

Πτυχιακή Εργασία των:

Αδαμοπούλου Μαρία

και

Ηλία Αθηνά

Θέμα:

**‘Η νοσηλευτική στη στήριξη του
ασθενή στο τελικό στάδιο
της ζωής του’.**



Κατερίνα Καλομύτη
Είπα για την
Μελοφρονιζαίου. Σου

Περιεχόμενα

Περίληψη.....3

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1

1.1 Ιστορική αναδρομή.....4

1.2 Σκοπός της μελέτης.....

Κεφάλαιο 2

2.1 Η έννοια των ψυχολογικών αναγκών σε ασθενείς τελικού σταδίου.....

2.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες στη δημιουργία ψυχολογικών προβλημάτων...

Κεφάλαιο 3

3.1 Η αντιμετώπιση του θανάτου από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό...

3.2 Προσωπικοί φόβοι και διλήμματα των νοσηλευτών.....

3.3 Συναισθηματική ασφάλεια των νοσηλευτών.....

3.4 Οι ευθύνες των νοσηλευτών απέναντι στον άρρωστο που πεθαίνει....

3.5 Νοσηλευτική αξιολόγηση των ψυχολογικών διαταραχών....

Κεφάλαιο 4

4.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση.....

4.2 Φαρμακολογία των Οπιοειδών – Αγωνιστών.....

Κεφάλαιο 5

5.1 Ποιοτικό πλαίσιο ασφαλείας του νοσηλευτικού προσωπικού.....

5.2 Προτάσεις για την προετοιμασία των νοσηλευτών για την αντιμετώπιση του αρρώστου που πεθαίνει.....

5.3 Η αντιμετώπιση του θανάτου στο Σπίτι, στο Γενικό Νοσοκομείο, στον Ξενώνα.....

II. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

III. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Υλικό - Μέθοδος.....
 - 1.1 Περιγραφική κατανομή.....
 - 1.2 Στατιστικές συγκρίσεις.....
2. Αποτελέσματα.....
 - 2.1 Περιγραφική κατανομή του δείγματος.....
 - 2.2 Συσχετίσεις ερωτήσεων.....
3. Συζήτηση.....
4. Συμπεράσματα.....

III. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η προσπάθεια να ερευνηθούν οι επιδράσεις του επικείμενου θανάτου σε νοσηλευτικό προσωπικό και νοσηλευόμενους ασθενείς, καθώς επίσης και να προταθούν λύσεις ικανές να μειώσουν τα προβλήματα που εντοπίζονται στις παραπάνω κατηγορίες.

Η εργασία μας διακρίνεται σε δύο μέρη: το γενικό και το ειδικό μέρος.

Στο γενικό μέρος, μετά την σύντομη ιστορική αναδρομή, διερευνήσαμε την έννοια των ψυχολογικών αναγκών ασθενών τελικού σταδίου και τους παράγοντες που διαμορφώνουν αυτήν. Στην συνέχεια, αναφερθήκαμε στο πως αντιμετωπίζεται ο θάνατος από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, τους προσωπικούς φόβους και τα διλήμματα των νοσηλευτών. Έπειτα έγινε αναφορά στις ευθύνες των νοσηλευτών απέναντι στον άρρωστο, ενώ στο τέλος του γενικού μέρους, εξετάστηκε η φαρμακευτική υποστήριξη και παρατέθηκαν κάποιες προτάσεις για την κατάλληλη προετοιμασία των νοσηλευτών για την αντιμετώπιση ασθενών τελικού σταδίου.

Στο δεύτερο και ειδικό μέρος παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη. Στη συζήτηση που ακολουθεί γίνεται περιφραστική αναφορά στα αποτελέσματα αυτά. Ενώ, στα συμπεράσματα, γίνεται νύξη στα πιο καίρια σημεία του ερευνητικού μέρους.

I.
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 Ιστορική Αναδρομή.

Ο τρόπος που αντιμετωπίζεται ο θάνατος από διάφορες ομάδες ανθρώπων και πολιτισμών παρουσιάζει εξαιρετική ποικιλία. Παρ'όλες τις διαφορές, όμως, μερικά χαρακτηριστικά παραμένουν κοινά, ειδικότερα σε προτεχνολογικές κοινωνίες.

Το πρώτο από αυτά τα χαρακτηριστικά ήταν ο βραχύς χρόνος επιβίωσης, κάτι που επικράτησε μέχρι τις αρχές του εικοστού αιώνα. Λίγοι άνθρωποι ζούσαν πέρα από τα τριάντα ή σαράντα τους χρόνια και η θνησιμότητα των νηπίων και των παιδιών ήταν τόσο ψηλή, ώστε οι απογραφές πληθυσμών δεν προσπαθούσαν καν να την καταμετρήσουν. Ένα από τα αποτελέσματα της βραχύτητας της ζωής ήταν η μικρή σημασία που είχε η εφηβεία σ' αυτές τις κοινωνίες. Επειδή τα ώριμα χρόνια ήταν λίγα, ελάχιστος χρόνος αφιερωνόταν για τη μεταβατική περίοδο από την ανέμελη παιδική στην υπεύθυνη ενήλικη. Λίγοι άνθρωποι πέθαιναν από γηρατειά, αλλά εκείνοι που κατάφερναν να φτάσουν μια προχωρημένη ηλικία με σώες τις σωματικές και διανοητικές τους δυνάμεις, ήταν σε θέση να εξασκούν αξιόλογη κοινωνική επιρροή.

Ένα δεύτερο κοινό χαρακτηριστικό ήταν η αδυναμία του ατόμου να απομονωθεί από την παρουσία του θανάτου, μια και ήταν σχεδόν συνέχεια εκτεθειμένο στην εικόνα ανθρώπων και ζώων που αργοπεθαίνουν ή ήταν ήδη νεκρά.

Το τρίτο χαρακτηριστικό ήταν η τάση του προτεχνολογικού ανθρώπου να αισθάνεται ανίσχυρος στο να εξασκήσει οποιοδήποτε έλεγχο πάνω στις δυνάμεις του φυσικού περιβάλλοντος.

Παρ' όλα τα κοινά κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία που βρίσκουμε στις προτεχνολογικές κοινωνίες, τα Δυτικο-Ευρωπαϊκά πολιτιστικά συστήματα ανέπτυξαν ριζικά διαφορετικές στάσεις απέναντι στο θάνατο, απ' ότι τα Ασιατικά και λοιπά Ανατολικά.

Στη συνείδηση του Αιγυπτίου καθώς και του Μαλαισίου π.χ., δεν υπήρχαν έντονες, δραματικές διαφορές μεταξύ ζωής και θανάτου. Αυτές οι φάσεις δεν ήταν

δύο εκ διαμέτρου αντίθετα φαινόμενα. Ο θάνατος δεν ήταν ένα απομονωμένο συμβάν, αλλά η τελευταία πράξη μιας εξελικτικής πορείας που είχε ήδη αρχίσει με το θαύμα της γέννησης.

Στην ελληνική συνείδηση, και κατ' επέκταση στη δυτικο-ευρωπαϊκή, όμως, ο θάνατος ήταν ένα αναπόφευκτο μυστήριο, που η κοινή συνείδηση απέφευγε και να το σκέφτεται ακόμα. Το φάσμα της ανυπαρξίας ήταν τρομερό, κι αυτό δημιούργησε την ιδέα της ψυχής στα Ομηρικά χρόνια, που, όχι μόνο βοήθησε να αντιμετωπιστεί σε κάποιο βαθμό ο φόβος του θανάτου, αλλά έγινε και η κεντρική ιδέα του χριστιανικού δόγματος της Ανάστασης. Παράλληλα, αναπτύχθηκαν και καλλιεργήθηκαν οι ιδέες του Παραδείσου, της Κόλασης και, από τον Καθολικισμό, του Πουργκατορίου.

Ο άνθρωπος του Μεσαίωνα πίστευε ακράδαντα ότι η στιγμή του θανάτου προκαλούσε στον άνθρωπο τον πιο φρικτό, αφόρητο πόνο της ζωής του. Η ελπίδα του Παραδείσου ήταν το μόνο αντίδοτο. Στη συνέχεια, οι Πουριτανοί αντιμετώπισαν το θάνατο με αδιαφορία και στωικότητα. Οι πρώτοι αυτοί άποικοι της Βόρειας Αμερικής αντιμετώπισαν απίστευτες ταλαιπωρίες στις πρώτες δεκαετίες της μετανάστευσης τους. Οι σκληροί χειμώνες, η ασταθής γεωργική παραγωγή, οι ασθένειες και επιδημίες προκάλεσαν ένα τεράστιο αριθμό θανάτων, στα νήπια ειδικά και στα μικρά παιδιά. Οι σοβαρές πιθανότητες θανάτου ενός παιδιού δημιούργησαν έναν ψυχικό μηχανισμό αυτοάμυνας στους Πουριτανούς, που πήρε τη μορφή αδιαφορίας προς το θάνατο και μιας συναισθηματικής ψυχρότητας και αποξένωσης από τα παιδιά τους. Με άλλα λόγια, ο Δυτικός πολιτισμός και, κατ' επέκταση, ο Αμερικανικός, έχει αντιμετωπίσει το θάνατο με τρόπο. Αυτός ο τρόμος έχει αναγκάσει τον άνθρωπο της Δύσης να καταφεύγει στην άρνηση, την εκλογίκευση και στους άλλους πολλούς τρόπους ψυχολογικής δραπετεύσης, όταν έρχεται αντιμέτωπος με το θάνατο.

Συχνά ακόμη και οι τελετουργίες της κηδείας προσπαθούν να αρνηθούν την πραγματικότητα του θανάτου. Στην Ελλάδα τα γραφεία κηδειών έχουν μετατραπεί σε γραφεία «Τελετών». Και στις Η.Π.Α. το πρόσωπο του πτώματος συχνά μακιγιάρεται και, καθώς το κεφάλι είναι ακουμπισμένο σε σατινιένο μαξιλάρι, η όλη εικόνα ενισχύει τη φαντασίωση ότι ο άνθρωπος δεν έχει πεθάνει, αλλά απλά, κοιμάται.

Παρ' όλα αυτά, ο Αμερικανός βρίσκεται σε μεγάλη αμηχανία όταν, από κοινωνική υποχρέωση, πρέπει να πλησιάσει ένα γνωστό που πρόσφατα έχασε κάποιον δικό του, ή έναν γιατρό που πέθανε κάποιος ασθενής του. Και οι δύο πλευρές θα προτιμούσαν μια σιωπηλή άρνηση του γεγονότος. Όταν αυτό επιτυγχάνεται, η

Αμερικανική κουλτούρα περιτυλίγεται με μια αμυντική πανοπλία φτιαγμένη από την άρνηση μιας αφόρητης σκληρής πραγματικότητας. Η προστατευτική ψυχοπανοπλία, όμως, δεν είναι άτρωτη και ο τρόμος του θανάτου καταφέρνει να εισχωρεί μέσα από τις ατέλειες της και να αγγίζει τον δήθεν προστατευμένο άνθρωπο.

Από αυτό τον τρόπο δεν είναι απαλλαγμένοι ακόμη και εκείνοι που εξαιτίας του επαγγέλματος τους, όπως το ιατρικονοσηλευτικό προσωπικό, θα έπρεπε να είναι εξοικειωμένοι με το θάνατο (1).

1.2 Σκοπός της μελέτης.

Η παρούσα μελέτη συντάχθηκε με σκοπό:

1. Να ενημερώσει το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με τα ψυχολογικά προβλήματα και τις ανάγκες που χαρακτηρίζουν ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους.
2. Να επισημάνει τους παράγοντες που διαμορφώνουν τις ψυχολογικές αντιδράσεις των νοσηλευτών στη σκέψη του ενδεχόμενου θανάτου προκειμένου να υπάρξει ένα ποιοτικό πλαίσιο ασφάλειας του νοσηλευτικού προσωπικού.
3. Να σφυγμομέτρησε τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με το θέμα, με απώτερο σκοπό την αποκάλυψη τυχόν λανθανόντων προβλημάτων.
4. Να ευαισθητοποιήσει τους νοσηλευτές ως προς τη στάση που οφείλουν να κρατήσουν απέναντι σε ασθενείς τελικού σταδίου.

2.1 Η έννοια των ψυχολογικών αναγκών σε ασθενείς τελικού σταδίου.

Μερικές από τις εκδηλώσεις αυτές είναι:

1. Το άγχος. Άγχος είναι η αγωνία που προκαλείται από την απειλή κάποιας έννοιας στην οποία το άτομο αποδίδει αξία, όπως είναι π.χ. η υγεία, η σωματική αρτιμέλεια, η απουσία του πόνου. Είναι αυτή η ένταση ή η ανησυχία που προκαλείται από την πρόβλεψη ενός κινδύνου που είναι άγνωστος ή δεν έχει αναγνωρισθεί (2). Είναι το ανήσυχο αυτό αίσθημα, που γεύεται το άτομο πριν επισκεφτεί τον γιατρό, που υποψιάζεται ότι θα συνεννοηθεί μάλλον με την οικογένειά του και θα του κρύψουν την αλήθεια (3). Διότι, όσο περισσότεροι άνθρωποι μέσα στο περιβάλλον του αρρώστου γνωρίζουν την διάγνωση, τόσο γρηγορότερα ο ίδιος ο άρρωστος θα αναγνωρίσει οπωσδήποτε την νέα κατάσταση των πραγμάτων, εφ' όσον πολύ λίγοι είναι αρκετά ηθοποιοί για να διατηρήσουν μια πιστευτή προσωπίδα ευθυμίας για μια μακρά περίοδο χρόνου. Οι περισσότεροι, αν όχι όλοι οι άρρωστοι, το γνωρίζουν οπωσδήποτε. Το αισθάνονται με την αλλαγμένη προσοχή, από την νέα και διαφορετική προσέγγιση, που παίρνουν οι άνθρωποι απέναντί τους, από το χαμήλωμα της φωνής, από ένα δακρυσμένο πρόσωπο ενός συγγενούς που δεν μπορούν να κρύψουν τα συναισθήματά τους.

Είναι η αγωνία του αρρώστου που προκαλείται από τον αντίκτυπο που έχει η ασθένεια και ο επικείμενος θάνατός του στην οικογένειά του, στους φίλους και συγγενείς. Αυτοί οι άνθρωποι με τους οποίους ο άρρωστος έχει ζήσει για πολλά χρόνια είναι λυπημένοι και ήδη θρηνούν. Ο άρρωστος το σκέφτεται αυτό και μπορεί να αισθάνεται ευθύνη που αφήνει έρημους και μόνους τον σύζυγο ή την σύζυγο, τα παιδιά, ή τους γέροντες γονείς του.

2. Ο φόβος. Είναι το συναίσθημα ή η φυσιολογική αντίδραση στην προσδιορισμένη πηγή του κινδύνου, όπως π.χ. ο φόβος της χειρουργικής επέμβασης που θα προκαλέσει δυσμορφία, ο φόβος του πόνου και ο φόβος του θανάτου. Στις

περισσότερες περιπτώσεις ο άρρωστος πεθαίνει μέσα σε αφόρητους πόνους. Ο Twycross, υποστηρίζει ότι ο πόνος είναι διφυές φαινόμενο, στο οποίο ένα σκέλος είναι η αίσθηση του πόνου και το άλλο η ψυχολογική αντίδραση του αρρώστου στον πόνο. Η αντοχή του αυτή στον πόνο θα διαφέρει ανάλογα με την διάθεση και το ηθικό του και τον βαθμό έντασης του άγχους και της αγωνίας, της μελαγχολίας και του κόπου (4).

3. Η ενοχή. Είναι το αίσθημα της ανικανότητας και της αυτομομφής που ξεκινάει από την παραδοχή της ευθύνης για τα λάθη που έγιναν και απώλειες που συνέβησαν. Το άτομο συνήθως κρίνει τον εαυτό του με κριτήρια αυστηρά και μερικές φορές εξωπραγματικά.

4. Ο θυμός και η οργή. Ο θυμός και η οργή είναι μια συναισθηματική αντίδραση που χαρακτηρίζεται από υπερβολική ένταση ή έλλειψη άνεσης που προκύπτει ή εμφανίζεται όταν ένας στόχος, κάποιος σκοπός ματαιώνεται, ή εμποδίζεται να πραγματοποιηθεί. Παράδειγμα είναι ο θυμός που εκδηλώνει ο άρρωστος όταν τίθεται η διάγνωση ή όταν λέγεται ότι είναι ανάγκη να παραμείνει στο Νοσοκομείο περισσότερο από όσο εκείνος υπολόγιζε ως απαραίτητο (5).

Ευτυχώς ή δυστυχώς πολλοί λίγοι ασθενείς μπορούν να διατηρήσουν ένα πλαστό κόσμο, μέσα στον οποίο είναι υγιείς και αισθάνονται καλά μέχρι που να πεθάνουν, είναι δε αρκετά δύσκολο να αντιμετωπισθεί ο θυμός και η οργή από την σκοπιά της οικογένειας και του προσωπικού. Ο λόγος είναι ότι αυτή η οργή και ο θυμός μετατίθενται προς όλες τις κατευθύνσεις και προς όλα τα πρόσωπα μηδενός εξαιρουμένου, γιατρούς, νοσηλευτές, οικογένεια, με αποτέλεσμα να εκλαμβάνεται η συμπεριφορά αυτή σαν προσωπική επίθεση του αρρώστου στον καθένα απ' αυτούς.

Το πρόβλημα εδώ είναι, ότι λίγοι βάζουν τον εαυτό τους στη θέση του αρρώστου και απορούν από πού να προέρχεται αυτός ο θυμός. Ίσως όμως και εμείς να οργιζόμασταν, αν όλες οι δραστηριότητές μας διακόπτονταν τόσο πρόωρα. Τι άλλο θα κάναμε με την οργή μας παρά να την αφήσουμε να ξεσπάσει πάνω σε ανθρώπους, που τρέχουν τόσο απασχολημένοι γύρω μας, για να μας θυμίσουν μόνο, ότι δεν μπορούμε πια ούτε και στα πόδια μας να σταθούμε (6);

Ένας όμως άρρωστος, που απολαμβάνει τον σεβασμό και την κατανόησή μας, που του δίδεται προσοχή και λίγος χρόνος, θα χαμηλώσει γρήγορα τη φωνή του και θα μειώσει τις οργισμένες του απαιτήσεις. Θα γνωρίζει πως είναι μια ανθρώπινη ύπαρξη με αξία, που την φροντίζουν, που της επιτρέπουν να ενεργεί στο ύψιστο

δυνατό επίπεδο και όσο καιρό μπορεί. Το τραγικό πολλές φορές είναι ότι δεν αναλογιζόμαστε τους λόγους της οργής του αρρώστου και το παίρνουμε τελείως προσωπικά. Πρέπει όμως να μάθουμε να ακούμε τους αρρώστους μας και να αποδεχόμαστε την παράλογη για μας οργή τους γνωρίζοντας, ότι η ανακούφιση που προκαλεί η έκφρασή τους θα τους βοηθήσει σε μία καλύτερη αποδοχή του προβλήματός τους.

5. Μελαγχολία. Όταν ο άρρωστος είναι αδύνατος και καχεκτικός και δεν μπορεί να κρύψει τίποτα πιο απλά με ένα χαμόγελο, τότε η οργή του και η μανία του γρήγορα αντικαθίστανται από την αίσθηση της μεγάλης απώλειας και ο άρρωστος καταλαμβάνεται από μελαγχολία και κατάθλιψη (7). Βρίσκεται στην πορεία της απώλειας του καθετί και όλων των αγαπημένων του προσώπων, της απώλειας της υγείας του, της ζωής του, του ελέγχου του εαυτού του και τους περιβάλλοντος του, μελών του σώματός του, της εργασίας του, του ρόλου του σαν σύζυγος, σαν πατέρας ή μητέρα ή ενός μονάκριβου και λατρευτού παιδιού. Αν του επιτρέψουμε να εκφράσει την λύπη του, θα βρει μια τελική αποδοχή πολύ πιο εύκολα, και θα είναι ευγνώμων προς αυτούς, που μπορούν να καθίσουν μαζί του στο στάδιο αυτό της μελαγχολίας χωρίς να του λένε διαρκώς να μη λυπάται. Ο τύπος αυτός της μελαγχολίας είναι αναγκαίος και ευεργετικός (8).

6. Έλλειψη βοήθειας και ελπίδας. Όταν μεσολαβεί αρκετός καιρός από τότε που μπήκε η διάγνωση, δίδεται στον άρρωστο η ευκαιρία να εκφράσει τον φθόνο για τους ζωντανούς και τους υγιείς και την οργή του για όσους δεν έχουν να αντιμετωπίσουν λογικά τον θάνατο τόσο σύντομα. Οι αντιδράσεις αυτές μπορεί να διαρκέσουν διάφορα χρονικά διαστήματα και να αντικαταστήσουν η μία την άλλη ή κατά καιρούς να συνυπάρχουν. Ένα πράγμα που συνήθως παραμένει είναι η ΕΛΠΙΔΑ. Η ελπίδα για κάποια θεραπεία, για την ανακάλυψη ενός φαρμάκου και για μια τελευταία έρευνα. Είναι η αχτίδα ελπίδας που τους διατηρεί στις ημέρες, τις εβδομάδες και τους μήνες της δοκιμασίας. Εδώ η παρουσία και η ενεργός συμμετοχή του νοσηλευτή και της οικογένειας είναι εξαιρετικά απαραίτητη. Διότι ο “άνθρωπος μπορεί να ελπίζει όταν μπορεί να βρίσκεται σε μια πραγματική επαφή και σχέση με κάποιον άλλον” (9).

Ενώ αντίθετα, η έλλειψη βοήθειας και ελπίδας είναι συναισθήματα που δηλώνουν την αίσθηση της ανικανότητας των άλλων να ενεργήσουν για λογαριασμό

του και την αίσθηση της ανεπάρκειας των άλλων να έχουν κάποιο αντίκτυπο στην κατάσταση του που να συνεπάγεται αλλαγή.

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο, η αποτυχία της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας και οι συνεχείς εξάρσεις και υφέσεις συχνά ενισχύουν τα αισθήματα αυτά. Ακόμη η έλλειψη ελπίδας είναι το αίσθημα ότι το άτομο είναι καταδικασμένο χωρίς ευκαιρίες για κάποια αλλαγή (10).

2.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες στη δημιουργία ψυχολογικών προβλημάτων.

Οι παράγοντες που διαμορφώνουν τις ψυχολογικές αυτές αντιδράσεις έχουν σχέση:

1. Με τον ασθενή (ηλικία – φύλο – προσωπικότητα – μόρφωση – κοινωνική θέση – προηγούμενες εμπειρίες με ανίατη νόσο).
2. Με την ίδια την αρρώστια (σοβαρότητα νόσου – βαρύτητα νόσησης – αιφνίδια ή βαθμιαία έναρξη – πόνος – προοπτική του θανάτου – χρονιότητα – στάδιο της εξέλιξής της, κ.λ.π.).
3. Με τον κοινωνικό περίγυρο του ασθενούς (οικογένεια – υγειονομικοί λειτουργοί – Μ.Μ.Ε.) (11).

Η ηλικία του ασθενή είναι πολύ ισχυρός παράγων στη διαμόρφωση της ψυχολογικής αντίδρασης. Στην παιδική ηλικία οι γνωστικές λειτουργίες και οι αμυντικοί μηχανισμοί δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς με αποτέλεσμα μεγαλύτερη συναισθηματική παλινδρόμηση στα παιδιά απ' ότι στους ενήλικες (12).

Για τους εφήβους αποτελεί πλήγμα στη διαδικασία της επιβεβαίωσης και της σταθεροποίησης του εγώ τους, με αποτέλεσμα τη δημιουργία έντονου άγχους. Συχνά παρατηρούμε στους εφήβους έλλειψη συνεργασίας με τους υγειονομικούς λειτουργούς ή ακόμη άρνηση της νόσου.

Στους μεσήλικες η έναρξη της νόσου συνοδεύεται από απαισιόδοξες σκέψεις για την πρόγνωση της νόσου, για τα γηρατειά που πλησιάζουν και τον αναπόφευκτο θάνατο.

Στην γεροντική ηλικία που υπάρχει αποργάνωση των γνωστικών λειτουργιών και μείωση της κριτικής ικανότητας σε σχέση με την αρρώστια και το περιβάλλον, επαυξάνεται η ένταση του stress και του συνοδού άγχους (13).

Το φύλο του ασθενούς μπορεί να σχετίζεται με την εμφανιζόμενη ψυχολογική αντίδραση. Οι γυναίκες αντιδρούν διαφορετικά και συνήθως πιο έντονα σε νόσους και επεμβάσεις που συνεπάγονται αισθητικές αλλοιώσεις και σε ότι τραυματίζει την θηλυκότητά τους (μαστεκτομή – υστερεκτομή – κολοστομία), ενώ στους άνδρες σε νοσήματα που συνεπάγονται εξάρτηση από τους άλλους (στομίες – ακρωτηριασμούς) (11).

Ο τύπος της προσωπικότητας του ασθενούς είναι ένας από τους πιο ισχυρούς παράγοντες στη διαμόρφωση των ψυχολογικών αντιδράσεων (14).

Ασθενείς με υστερική δομή προσωπικότητας συνήθως αντιδρούν με εντονότερη συναισθηματική παλινδρόμηση, αυξημένες ανάγκες περιποιήσεων και φροντίδας, σωματοποίηση του άγχους, επιδίωξη και παρατεταμένη χρήση του δευτερογενούς κέρδους και παρατεταμένη χρήση του ρόλου του ασθενούς.

Ασθενείς με παρανοειδή προνοσηρή προσωπικότητα είναι πιθανό να κινητοποιήσουν τον ψυχολογικό αμυντικό μηχανισμό και να γίνουν γκρινιάρηδες, επιθετικοί ή διεκδικητικοί, με αποτέλεσμα μεγαλύτερη δυσκολία στη συνεργασία.

Ασθενείς με ψυχαναγκαστική προνοσηρή προσωπικότητα κινητοποιούν πιο εύκολα τους μηχανισμούς της καταπίεσης και της μόνωσης. Έτσι επιφανειακά ενδιαφέρονται πολύ για την αρρώστια τους, ενημερώνονται γι 'αυτήν (θερμομετρικά διαγράμματα – εξετάσεις, κ.λ.π.) χωρίς όμως να συμμετέχουν συναισθηματικά. Σα να παρακολουθούν την εξέλιξη της αρρώστιας ενός άλλου.

Η μόρφωση και η κοινωνική θέση του ασθενούς μπορούν να διαμορφώσουν τις ψυχολογικές αντιδράσεις. Άτομα που μειονεκτούν μορφωτικά και κοινωνικά έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να αποδεχτούν αλλά και να εγκαταλείψουν εύκολα το ρόλο του ασθενούς (15), αντίθετα, πιο μορφωμένα άτομα κατανοούν καλύτερα τη νόσο τους και αποδέχονται ευκολότερα το ρόλο του ασθενούς (16), όμως μερικοί ασθενείς που είναι δραστήριοι κοινωνικά, όχι μόνο αποβάλουν εύκολα το ρόλο του ασθενούς, αλλά συχνά τον αποποιούνται ακόμη και όταν η πραγματικότητα τον επιβάλλει (15). Τέτοια άτομα κινητοποιούν τους μηχανισμούς απώθησης και άρνησης και φθάνουν στο σημείο να αγνοούν την ύπαρξη της αρρώστιας τους.

Αποφασιστικό ρόλο για την αντίδραση στην αρρώστια παίζουν και οι προηγούμενες εμπειρίες. Αν π.χ. ο ασθενής μέσα στην οικογένειά του είχε βιώσει την εξέλιξη του καρκίνου ενός άλλου μέλους της οικογένειάς του, η εμπειρία του αυτή θα τον επηρεάσει αρνητικά πιθανόν στην εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων.

Η σοβαρότητα της νόσου είναι ένας σημαντικός-καθοριστικός παράγων για τη διαμόρφωση ψυχολογικών αντιδράσεων. Ο καρκίνος, αδιάκριτος, ανεπιθύμητος και απρόσκλητος, παραβίασε τη ζωή του και σαν χρόνια νόσος θα παραμείνει μαζί του για ένα μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα. Κι εκείνος πρέπει να ζήσει με φόβο και άγχος και με την απειλή για πιθανή υποτροπή και τυχόν μεταστάσεις. Τα επίπονα θεραπευτικά σχήματα, του επιβάλλουν πολυδιάστατες επιπτώσεις, ψυχολογικές, επαγγελματικές, οικονομικές και τον υποχρεώνουν σε πολυάριθμους συμβιβασμούς (17). Η βαρύτητα αυτής της νόσου συνδέεται με την αμφιβολία για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, τις επώδυνες προσαρμογές στον τρόπο ζωής του ιδίου και του οικογενειακού του περιβάλλοντος και αβεβαιότητα για το μέλλον.

Η βαθμιαία έναρξη της νόσου αφήνει περισσότερα περιθώρια για την ανάπτυξη αμυντικών μηχανισμών αλλά δεν είναι λίγες και οι περιπτώσεις που η διάγνωση της νόσου επέρχεται όταν έχουν ήδη δημιουργηθεί μεταστάσεις. Γι' αυτό όλοι αυτοί οι άρρωστοι και ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι, ανεξάρτητα από την πρόγνωση της νόσου, απασχολούνται ψυχολογικά με την προοπτική του θανάτου. Το πόσο και πώς ποικίλει κατά περίπτωση.

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις τους εξαρτώνται από τις αντιλήψεις για τον θάνατο, οι οποίες πρέπει να είναι πάντοτε σεβαστές. Πολλοί πιστεύουν ότι ο θάνατος είναι το ξεκίνημα μιας νέας ζωής, ενώ άλλοι ότι δεν είναι τίποτα άλλο από το τέρμα της ζωής, γεγονός που σχετίζεται με τις πολιτιστικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις. Ο φόβος του θανάτου αντικατοπτρίζει τους προσωπικούς φόβους του ανθρώπου κατά τη διάρκεια της ζωής του. Εκείνος που έχει ισχυρούς οικογενειακούς και άλλους διαπροσωπικούς δεσμούς φοβάται το θάνατο κυρίως διότι φοβάται την απώλεια και τον αποχωρισμό από τα αγαπημένα του πρόσωπα. Αντίθετα, εκείνος που έχει συνηθίσει να ζει αυτόνομα και θεωρούσε σημαντική αξία την αυτάρκειά του, φοβάται κυρίως την ανάγκη εξάρτησης από τους άλλους. Εκτός όμως από τις προσωπικές αποχρώσεις, ο φόβος του θανάτου έχει σχεδόν για όλους τους ανθρώπους και κοινές ποιότητες. Είναι ο υπαρξιακός φόβος της εκμηδένισης και της ανυπαρξίας που συχνά μετριάζονται από θρησκευτικές και άλλες μεταφυσικές πεποιθήσεις για μετά θάνατον

ζωή. Είναι ο φόβος της ψυχοσωματικής κατάρρευσης πριν από το τέλος που συνεπάγεται απώλεια βασικών ικανοτήτων και ισοπέδωση της αυτοεκτίμησής του και κυρίως ο φόβος του άλγους – της αναπηρίας, των ποικίλων ταλαιπωριών που σχετίζονται με την αρρώστια και τη διαδικασία των διαφόρων θεραπειών (18).

Η στάση σημαντικών ανθρώπων του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς αλλά και η αντιμετώπιση από το ευρύτερο περιβάλλον όπως π.χ. από τους ανθρώπους του επαγγελματικού χώρου του ασθενούς, αλλά και του ιατρονοσηλευτικού περιβάλλοντος των συνασθενών και των επισκεπτών στην περίπτωση που ο ασθενής νοσηλεύεται, θα παίξει μεγάλο ρόλο στη διαμόρφωση της ψυχολογικής αντίδρασης του ασθενούς. Αλλά και η στάση της κοινωνίας συνολικά, όπως είναι διαμορφωμένη σήμερα, επιδρά στον ασθενή.

Κατά πόσο ο ασθενής θα αποδεχθεί το ρόλο του εξαρτάται από την αλληλεπίδραση των παραγόντων που συνδέονται με τον ίδιο, την αρρώστια του και το στενότερο ή ευρύτερο κοινωνικό του περίγυρο.

Είναι εμφανές ότι υπάρχουν απεριόριστες δυνατότητες νοσηλευτικής παρέμβασης στην τροποποίηση αυτών των παραγόντων, που προϋποθέτουν εξατομικευμένη προσέγγιση κάθε αρρώστου (19).

3.1 Η αντιμετώπιση του θανάτου από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Ένας από τους αμυντικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιούνται από το ιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό για την καταπολέμηση του άγχους που δημιουργεί ο θάνατος ασθενών, είναι η πώρωση, που περιγράφηκε χαρακτηριστικά από φοιτητή της ιατρικής σε συνέντευξη με τον ακόλουθο τρόπο: «Οι πιο πολύ από εμάς έχουμε ήδη χάσει τις ψευδαισθήσεις μας για το επάγγελμα. Στο πρώτο και δεύτερο έτος ζούσαμε με την αυταπάτη ότι ο γιατρός μπορεί να αντιμετωπίσει σχεδόν οποιαδήποτε επείγουσα ιατρική ανάγκη. Στα έτη βασικών σπουδών, είχαμε ελάχιστη γνώση ακριβώς πως ενεργεί ένας γιατρός σε συγκεκριμένες ιατρικές περιπτώσεις. Νομίζαμε ότι ο γιατρός μπορούσε να καταφέρει τα πάντα –μπορούσε να θεραπεύσει κάθε ασθενή. Όμως τώρα είμαστε σε θέση να είμαστε παρόντες στις “τσαπατσούλικες” εγχειρίσεις που γίνονται. Ο ιδεαλισμός μας έχει χαθεί. Βλέπουμε εκπαιδευόμενους γιατρούς να κάνουν βλακώδη λάθη και να προσπαθούν να θεραπεύσουν στα τυφλά». Για παράδειγμα, ο φοιτητής αναφέρθηκε στην περίπτωση ενός ειδικευόμενου ιατρού που αγνόησε τις επανειλημμένες, απεγνωσμένες προσπάθειες ενός φοιτητή να ελκύσει την προσοχή του σε έναν ασθενή που υπέφερε από πόνους στο γαστροκνήμιο. Την ίδια νύχτα ο ασθενής έπαθε εμβολή και πέθανε. Όπως είπε ο φοιτητής, ο ιατρός αντέδρασε απλώς με το ακόλουθο: «Ε, τι να κάνουμε!». Και πρόσθεσε ο φοιτητής; «Οι ειδικευόμενοι γιατροί είναι δογματικοί και απόλυτοι και στις μισές περιπτώσεις δεν έχουν ιδέα τι κάνουν. Και συχνά, την ίδια συμπεριφορά επιδεικνύουν και οι ειδικευόμενοι γιατροί».

Ο Freud ήταν ένας από τους πρώτους εξερευνητές της ανθρώπινης ψυχής, που στο βιβλίο του, *Η Ψυχοπαθολογία της Καθημερινής Ζωής*, υπέθεσε ότι το χιούμορ συχνά χρησιμοποιείται για την απόκρυψη του άγχους. Πράγματι, το χιούμορ χρησιμοποιείται πολύ συχνά, τόσο από τους ασθενείς, όσο και από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, που είναι αναγκασμένο να αντιμετωπίζει καθημερινά βασανιστικά ερωτήματα που δημιουργεί ο επικείμενος θάνατος, όπως την

αβεβαιότητα της ζωής, το υπαρξιακό νόημα του θανάτου και τη δική του αδυναμία να τον αναχαιτίσει. Συχνά το ιατρικό χιούμορ είναι ωμό, κακόγουστο, αντιφοβικό, άσεμνο και συγχρόνως ψυχοκαθαρτικό.

Ένας άλλος μηχανισμός που χρησιμοποιείται για να μετριάσει το άγχος που δημιουργεί ο επικείμενος θάνατος είναι ένα παιχνίδι πιθανοτήτων μέσα στην ίδια πάντα ατμόσφαιρα της ασεβούς χαριτολογίας. Το ιατρικό προσωπικό βάζει στοιχήματα όσον αφορά στη διάγνωση, στη θεραπεία, στην πρόγνωση της ασθένειας και, το πιο εξωφρενικό απ' όλα, στις πιθανότητες που έχει ο ασθενής να ζήσει ή να πεθάνει.

Μια άλλη συνήθεια θα μπορούσε να ονομασθεί το «πανηγυρικό σύνδρομο». Χαρακτηρίζεται από μικρογιορτές για τα γενέθλια του ασθενούς ή μέλους της θεραπευτικής ομάδας, για την επέτειο μιας εγχείρησης, ή απλώς για να εορταστεί η επιβίωση του ασθενούς. Στην πραγματικότητα όλα αυτά αποτελούν μια πικροειρωνική αντίδραση στη σαφή έλλειψη τάξης και νοήματος, στην αμηχανία και αδυναμία οποιασδήποτε βέβαιης πρόγνωσης, που νιώθουν από κοινού αυτοί που ασθενούν ή αργοπεθαίνουν και αυτοί που προσπαθούν αν τους θεραπεύσουν. Με άλλα λόγια, είναι ο τρόπος με τον οποίο όλοι αυτοί εκφράζουν τη διαμαρτυρία τους ενάντια στην ασθένεια και στο θάνατο, αυτά τα δύο που παρουσιάζονται στη ζωή και επιβάλλονται απρόσκλητα, αυθαίρετα, και για πολλούς, χωρίς κανένα υπαρξιακό νόημα (20).

Ένας άλλος μηχανισμός ψυχολογικής άμυνας παίρνει την ακόλουθη μορφή. Όταν συμπτώματα παραβλέπονται ή αγνοούνται και ο ασθενής πεθαίνει, ο ιατρός που δεν έχει εκπαιδευτεί πώς να αντιμετωπίζει το θάνατο σωστά, συχνά συγχωρεί το δικό του τραγικό λάθος με το να ρίχνει την ευθύνη στον ασθενή. Εάν ο ασθενής χαρακτηριστεί σαν ανισόρροπος, αλκοολικός, ανυπόφορος ή γενικά δύσκολος, τότε πράγματι εύκολο η ευθύνη για το ιατρικό λάθος να μεταφερθεί από τον ιατρό στον ίδιο τον ασθενή.

Ακόμα και ο θάνατος, παρ' όλο το αναπόφευκτο της μορφής του, όταν αντιμετωπισθεί δημιουργικά, μπορεί να αποκτήσει μια κάποια αξιοπρέπεια και να φέρει πιο κοντά ιατρό/νοσηλεύτη και ασθενή, αντί να τους κρατά αποξενωμένους με μισο-αλήθειες, ψευδαισθήσεις, ψυχολογικούς μηχανισμούς άμυνας και άλλα τέτοια.

Στις Η.Π.Α., η Elizabeth Kubler-Ross, μία ιατρός με αλάνθαστη κοινωνιολογική αντίληψη, έχει κάνει θαυμαστή πρωτοποριακή δουλειά προς αυτή

την κατεύθυνση. Ενάντια στην αρχικά έντονη αντίδραση των συναδέλφων της, η Kubler-Ross μελέτησε πολλές πλευρές της πορείας του θανάτου. Χρησιμοποιώντας την τεχνική θεραπείας ομάδων, έχει καταφέρει να βοηθήσει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τον επικείμενο θάνατο τους με μεγαλύτερη στωικότητα και τους ιατρούς με λιγότερο άγχος και αμηχανία.

Παρά το γεγονός ότι αντιμετωπίζει το θάνατο κάθε μέρα, η ενόχληση και αμηχανία που δημιουργεί η εμφάνιση του θανάτου στο ιατρικό προσωπικό φαίνεται χαρακτηριστικά από την αντίδραση των συναδέλφων της Kubler-Ross στην πρωτοποριακή εργασία της. Όπως έγραψε η ίδια, «όταν πρωτοάρχισα την εργασία μου με ασθενείς που πέθαιναν, παρατήρησα την τρομερή ανάγκη που είχαν οι συνάδελφοί μου και το προσωπικό του νοσοκομείου γενικά να αρνηθούν την ύπαρξη τέτοιων ασθενών στους θαλάμους τους. Σε ένα άλλο νοσοκομείο, αφού ξόδεψα ώρες ψάχνοντας να βρω έναν τέτοιο ασθενή για συνέντευξη, το προσωπικό με πληροφόρησε ότι κανένας από τους ασθενείς που βρίσκονταν σ' αυτή την κατάσταση δεν ήταν ικανός να μιλήσει. Εννέα στους δέκα ιατρούς έδειξαν αμηχανία και ενόχληση, ή κεκαλυμμένη εχθρότητα, όταν τους ζήτησα την άδεια να συνομιλήσω με έναν από αυτούς τους ασθενείς. Ενώ μερικοί ιατροί δικαιολόγησαν τη διστακτικότητά τους, αναφερόμενοι στη βαριά σωματική ή ψυχική κατάσταση του ασθενούς, άλλοι αρνήθηκαν και ότι είχαν υπό την παρακολούθησή τους τέτοιους ασθενείς. Όταν μόνοι τους οι ασθενείς ζήτησαν να μας δουν, μερικοί από τους γιατρούς έκφρασαν έντονο θυμό, σαν αυτό να ήταν ένδειξη της δικής τους ανικανότητας να βοηθήσουν τους ασθενείς τους να αντιμετωπίσουν την αγωνία της τελικής φάσης της αρρώστιας τους. Παρ' όλο που υπήρξαν λίγοι μόνο ιατροί που κατηγορηματικά αρνήθηκαν να μας επιτρέψουν να επισκεφτούμε τους ασθενείς τους, η πλειοψηφία θεώρησε ότι μας έκανε μεγάλη χάρη, όταν τελικά μας επέτρεψε συνέντευξη με ασθενή. Μετά από πολλή προσπάθεια και χρόνο τα πράγματα άλλαξαν και τώρα οι ίδιοι οι ιατροί έρχονται και μας ζητάνε να δούμε κάποιον από τους ασθενείς τους». Αξιοσημείωτο είναι ότι γιατροί από άλλες χώρες έχουν δείξει πολύ μεγαλύτερο ενδιαφέρον από τους συναδέλφους της Kubler-Ross στο ίδιο πανεπιστήμιο. Όπως γράφει η ίδια, «από τότε που αρχίσαμε το πρόγραμμα, ενώ ιατροί από το εξωτερικό, την Ευρώπη και κάτω περιοχή των Η.Π.Α., όταν τύχει να περάσουν από το Σικάγο, κάνουν κάθε προσπάθεια να παρακολουθήσουν τα σεμινάρια μας, από το δικό μας πανεπιστήμιο μόνο δύο καθηγητές μας έχουν τιμήσει με την παρουσία τους».

Αξιοσημείωτο είναι ότι αντίθετα από τους ιατρούς, οι νοσοκόμες παραδέχθηκαν με μεγαλύτερη ειλικρίνεια ότι η έλλειψη σχετικής εκπαίδευσης τους δημιουργούσε άγχος και αμηχανία στην αντιμετώπιση του θανάτου, και έκαναν αξιοθαύμαστες προσπάθειες για να παρακολουθήσουν τα σεμινάρια της Kubler-Ross.

Ο σύγχρονος δυτικός πολιτισμός αποφεύγει την εξοικείωση με τον θάνατο. Σαν αποτέλεσμα, η παρουσία ετοιμοθάντων θέτει το πρόβλημα και της δικής μας θνησιμότητας, που γίνεται αφορμή τρόμου και θυμού προς αυτούς που προκαλούν αυτό το φόβο. Φυσικά είναι αυτονόητο ότι δεν είναι οι ετοιμοθάνατοι που προκαλούν τον τρόμο, αλλά η δική μας άρνηση να αντιμετωπίσουμε την προσωρινότητα της ύπαρξής μας.

Αυτόν τον παράλογο θυμό προς τους ετοιμοθάνατους δεν τον αποφεύγει ούτε ακόμη και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Συχνά ο φόβος που προκαλεί αυτό το θυμό παίρνει τη μορφή ψυχολογικής εκλογίκευσης. Σ' ένα από τα σεμινάρια της Kubler-Ross, π.χ. μια ηλικιωμένη νοσοκόμα έσπασε τον πάγο που συχνά κυριαρχεί σ' αυτά, εκφράζοντας με ειλικρίνεια την κατάπληξή της «για τη σπατάλη χρόνου που αφιερώνεται σ' αυτούς τους ασθενείς». Υπενθύμισε στα άλλα μέλη του σεμιναρίου την πραγματικότητα της ανεπάρκειας νοσηλευτικού προσωπικού και τον «τέλειο παραλογισμό της σπατάλης χρόνου για ανθρώπους για τους οποίους δεν μπορεί να γίνει τίποτα πια».

Μια νεαρότερη νοσοκόμα πρόσθεσε ότι αισθάνεται πάντα πολύ άσχημα όταν ασθενείς πεθαίνουν μέσα στα χέρια της, και το συναίσθημα αυτό φάνηκε να είναι διάχυτο σε ολόκληρο το νοσοκομειακό προσωπικό. Μόνο μια από τις 12 νοσοκόμες του σεμιναρίου υπεστήριξε ότι και οι ετοιμοθάνατοι είναι άνθρωποι με ανάγκες που θα πρέπει να φροντιστούν με επιμέλεια μέχρι το τέλος τους.

Μια άλλη πηγή άγχους για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι το γεγονός ότι οι ετοιμοθάνατοι ασθενείς παρουσιάζουν συγκεκριμένες ψυχολογικές αντιδράσεις που το προσωπικό δεν είναι εκπαιδευμένο να τις προβλέψει, να τις κατανοήσει, και να τις αντιμετωπίσει σωστά. Μελέτες πάνω σε τέτοιους ασθενείς έχουν αποκαλύψει ότι οι περισσότεροι περνούν από τα ακόλουθα ψυχολογικά στάδια: καταπληξία (shock), άρνηση (denial), θυμός (anger), κατάθλιψη (depression), «παζάρεμα» (bargaining) –ειδικά αυτοί που έχουν κάποιο θρησκευτικό προσανατολισμό– και αποδοχή (acceptance) του αναπόφευκτου. Ειδικά για τον άπειρο νέο ιατρό ή νοσοκόμα, η εξοικείωση με αυτές τις έρευνες είναι πολύτιμη, μια και τους βοηθάει να

αποφύγουν ή να ελέγξουν τη δικιά τους έκπληξη, άρνηση και θυμό, όταν ο ασθενής τους διέρχεται αυτές τις ψυχολογικές φάσεις.

Η προφανής υποστήριξη για εκπαιδευτικά προγράμματα καλύτερης νοσηλείας ασθενών που δεν έχουν καμία ελπίδα θεραπείας ή επιβίωσης, δημιουργεί δικαιολογημένες αμφιβολίες και απορίες. Ίσως να θεωρείται σπατάλη π.χ. μια τέτοια συγκέντρωση οικονομικών πόρων και προσωπικού σ' αυτού του είδους τους ασθενείς. Μια και οι άνθρωποι αυτοί οπωσδήποτε θα πεθάνουν, ίσως είναι πιο λογικό, και φιλοσοφικά πιο πραγματικό, να χρησιμοποιηθούν όλοι οι περιορισμένοι μας πόροι από αυτούς που έχουν πιθανότητες να θεραπευτούν και να ζήσουν.

Και ενώ ίσως, για μια χώρα με τεράστιους χρηματικούς πόρους –όπως οι Η.Π.Α. – τέτοιου είδους εκπαίδευση και νοσηλεία είναι άνετα εφικτή, για την Ελλάδα είναι περιττή και ανέφικτη πολυτέλεια. Θα μπορούσε κανείς να ρωτήσει, ποιος συγκεκριμένα είναι ο σκοπός, η χρησιμότητα, η δικαίωση μιας σοβαρής δαπάνης για ανθρώπους που δεν έχουν καμία ελπίδα θεραπείας;

Αυτή η ερώτηση εμπεριέχει ηθικές θεωρήσεις όπως: ο επικείμενος θάνατος ελαττώνει το δικαίωμα του ανθρώπου να χαρεί μέχρι το τέλος την καλύτερη δυνατή φροντίδα και ανθρώπινη μεταχείριση; –ή μήπως, πριν ο θάνατος τον απομακρύνει οριστικά από τη ζωή, θα πρέπει να περιμένει κανείς να ξεγυμνωθεί η αξιοπρέπεια του, δια μέσου της αδιαφορίας και εγκατάλειψης των συνανθρώπων του; –και πόσο καιρό πριν από τον οργανικό θάνατο θα αρχίσει το ιατρικό προσωπικό να εξασκεί άνετα την αποανθρωποποίηση; δύο χρόνια; δύο μήνες; ή δύο μέρες πριν ο άρρωστος ξεψυχήσει;

Τέτοιες ερωτήσεις βοηθητικού χαρακτήρα δεν μπορούν να απαντηθούν στους διαδρόμους του νοσοκομείου, ενώ ο φοιτητής τρέχει από την αίθουσα ανατομίας να προλάβει το μάθημα της βιοχημείας. Ας ελπίσουμε ότι κατάλληλα μαθήματα που θα επεκτείνουν τον σεβασμό των φοιτητών για τη ζωή μέχρι την τελευταία της πνοή, θα εξαλείψουν ακόμα και την πιθανότητα να τίθενται τέτοιες ερωτήσεις.

Επί του παρόντος, όμως, και για όσους έχουν την τάση χαρακτηρίσουν το ενδιαφέρον και τη θεραπεία ασθενών που πάσχουν από θανατηφόρες νόσους ουτοπιστικό ιδεαλισμό, ή ασύμφορο, και οικονομικά δαπανηρό συναισθηματισμό, θα συζητηθεί εδώ ένας πολύ πρακτικός λόγος που δικαιώνει, ακόμη και από οικονομική άποψη, την ψυχοθεραπεία με τέτοιους ασθενείς.

Συχνά, οι άνθρωποι αυτοί καταπλήσσουν το νοσοκομειακό προσωπικό με τον τρόπο που καταφέρνουν να κρατιούνται στη ζωή, παρά το γεγονός ότι η κατάρρευση των βασικών ενεργειών του σώματος είναι τόσο προχωρημένη ώστε, ουσιαστικά, να είναι κλινικά ήδη νεκροί. Γιατί δεν πεθαίνουν; Αυτή η παράταση μιας φαινομενικά άχρηστης πια ζωής, σπαταλά την ενέργεια του ιατρικού προσωπικού και αποστραγγίζει τους οικονομικούς μας πόρους.

Εάν λοιπόν θέλουμε πράγματι να επιτευχθεί οικονομία χρόνου και χρήματος, θα πρέπει να παρασχεθεί η καλύτερη δυνατή νοσηλεία σ' αυτούς τους ασθενείς. Κι αυτό διότι, ενίοτε, πολλοί από αυτούς επιμένουν να κρατιούνται στη ζωή, επειδή προσωπικές υποθέσεις πολύ σπουδαίες για αυτούς, έχουν μείνει ατελείωτες ή μισοτελειωμένες. Μερικοί, π.χ. πριν την αρρώστια τους, είχαν τη φροντίδα μιας πνευματικά καθυστερημένης αδελφής, και δεν έχουν βρει ακόμα κάποιον να τη φροντίσει μετά τον θάνατό τους. Άλλοι δεν έχουν καταφέρει να τακτοποιήσουν τη φροντίδα μικρών παιδιών, και έχουν την ανάγκη να το συζητήσουν με κάποιον. Άλλοι είναι γεμάτοι ενοχές για πραγματικά λάθη, ή κατά φαντασία «αμαρτήματα», και νιώθουν μεγάλη ανακούφιση όταν τους δίνεται η ευκαιρία να τα συζητήσουν, ειδικά με την παρουσία κάποιου ιερέα. Έτσι, ψυχικά ξαλαφρωμένοι, πεθαίνουν σύντομα μετά την τακτοποίηση των μισοτελειωμένων υποθέσεών τους.

Είναι εμφανές λοιπόν ότι, πέρα από το ηθικό της νόημα, η φροντίδα του μελλοθάνατου ασθενούς έχει και απτή σημασία που, για όσους ενδιαφέρονται για κυρίως πρακτικά ζητήματα, μπορεί να μεταφρασθεί σε οικονομία χρήματος και χρόνου (1).

3.2 Προσωπικοί φόβοι και διλήμματα των νοσηλευτών.

Η ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους θνήσκοντες επηρεάζεται έντονα από τη στάση και τους φόβους του προσωπικού απέναντι στο θάνατο και στον ασθενή που πεθαίνει.

Αυτοί οι φόβοι και τα διλήμματα εξαρτώνται από τη παιδεία, από την επάρκεια της εκπαίδευσης που έχει πάρει ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια, από τις ψυχολογικές άμυνες που κινητοποιεί, από την ιδιαίτερη επαφή του στις ανθρώπινες

σχέσεις, από το υποστηρικτικό δίκτυο που τον περιβάλλει, από τις παρελθούσες σχετικές προσωπικές τους εμπειρίες, από τη φιλοσοφία ζωής, από τα θρησκευτικά του πιστεύω. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται ορισμένοι από τους φόβους αυτούς, που μπαίνουν εμπόδιο στην επικοινωνία του με τον ασθενή που βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση υγείας.

A) Ο φόβος μήπως «πονέσουμε» τον άλλο.

H ανακοίνωση ανεπιθύμητων νέων, η αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων (π.χ. για την πρόγνωση μιας ασθένειας) προκαλεί πόνο στον αποδέκτη και οι περισσότεροι άνθρωποι στεκόμαστε διστακτικοί, απρόθυμοι και αμήχανοι όταν πρόκειται να υποβάλλουμε κάποιον άλλο σε ψυχική δοκιμασία και πόνο. Αυτό ενισχύεται και από το εκπαιδευτικό σύστημα όπου η νοσηλεύτρια διδάσκεται ότι πρέπει να ανακουφίζει, να απαλύνει τον πόνο, όποτε είναι δυνατό, και όχι να τον εντείνουν. Αν χρειάζεται να προκαλέσουν σωματικό πόνο (π.χ. κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης), χρησιμοποιούν αναισθησία. Όμως, παρόμοιο αναισθητικό για τον ψυχικό πόνο, την οδύνη στο άκουσμα δυσοίωνων μηνυμάτων, δεν υπάρχει. Ορισμένες φορές, ίσως χορηγηθούν ηρεμιστικά.

B) Ο φόβος μήπως κατηγορηθεί ο ίδιος ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια για τα άσχημα νέα που φέρνει.

Tο φαινόμενο της συνταύτισης των δυσάρεστων νέων με τον φέροντα αυτά, δεν είναι κάτι το καινούριο. Υπάρχει από την αρχαιότητα. Η αντιμετώπιση μιας δυσάρεστης πληροφορίας, με την αφηρημένη έννοια, είναι κάτι το πολύ δύσκολο. Είναι πιο εύκολο να αντιμετωπίσουμε τις δυσάρεστες πληροφορίες όταν προσωποποιούνται, όταν παίρνουν «μορφή». Ο ασθενής, έχοντας εναποθέσει εξ ολοκλήρου την τύχη του και τις ελπίδες του στο γιατρό, τον βάζει σαν στόχο επίθεσης, όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά. Μπορεί να του απευθύνει κατηγορίες, σαν να έφταιγε ο γιατρός για τη δυσμενή εξέλιξη της υγείας του.

Γ) Ο φόβος του θανάτου.

O θάνατος και η συζήτηση γύρω από αυτόν αποτελεί κοινωνικό taboo. Μάλιστα, η επαφή με τον θνήσκοντα ανακινεί στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό υπαρξιακή αγωνία, φόβους για το δικό τους θάνατο, για τη δική τους

τρωτότητα στις ασθένειες, ή φέρνει στην επιφάνεια κάποια ανολοκλήρωτη διεργασία πένθους που αφορά κάποια παρελθούσα προσωπική απώλεια. Έτσι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κρατά απόσταση από τον ασθενή που πεθαίνει, δημιουργώντας στον εαυτό του την ψευδαίσθηση ότι αυτοί είναι «υγιείς» και άτρωτοι, ενώ είναι άλλος, ο ασθενής, αυτός που χάνεται.

Δ) Ο φόβος του άγνωστου και του αδίδακτου.

Από την εκπαίδευσή του, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει πάρει ούτε επαρκείς γνώσεις, ούτε έχει εμπειρία σχετικά με θέματα επικοινωνίας, αντιμετώπισης και φροντίδας ασθενών που πεθαίνουν και του συγγενικού τους περιβάλλοντος. Νιώθουν αμηχανία, άγχος, ανασφάλεια όταν έχουν να αντιμετωπίσουν κάποια κατάσταση στο νοσοκομειακό χώρο για την οποία δεν εκπαιδεύτηκαν, την οποία δεν διδάχθηκαν, δεν κατανοούν ή δεν γνωρίζουν πώς να χειριστούν.

Ε) Ο φόβος της θεραπευτικής αποτυχίας.

Συνήθως προτιμάμε να ασχολούμαστε με ιάσιμες περιπτώσεις ασθενών, απ' όπου παίρνουμε και ικανοποίηση από την αποτελεσματική και επιτυχή παρέμβασή μας. Τείνουμε να αποφεύγουμε περιπτώσεις που είναι «καταδικασμένες» ή μάταιες ή που οι θεραπευτικές δυνατότητές μας έχουν ελάχιστα να προσφέρουν. Η αβέβαιη πρόγνωση στον καρκίνο, οι μεγάλες ευθύνες που παίρνει ο γιατρός προτείνοντας ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό σχήμα, καθώς και οι επακόλουθες παρενέργειες της θεραπείας, συμβάλλουν στο φόβο της θεραπευτικής αποτυχίας και της πιθανής κριτικής των άλλων για τις επιλογές που έκανε στη διάρκεια της θεραπείας. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι συνήθως ανέτοιμο να παραδεχθεί τη θεραπευτική αποτυχία και να δεχθεί ότι «του πεθαίνουν ασθενείς μέσα στα χέρια», αλλά ούτε είναι και έτοιμο να παρέχει απλά ανακουφιστική φροντίδα.

Στ) Ο φόβος μήπως ξεσπάσει κάποια έντονη αντίδραση του ασθενούς ή των συγγενών του.

Η επαφή με κάποιον ασθενή που πεθαίνει μπορεί να φέρει κάποια απρόβλεπτη, ανεξέλεγκτη αντίδραση του ασθενούς. Για παράδειγμα μπορεί να ξεσπάσει σε κλάματα, ή σε φωνές ή κατάρες. Η έλλειψη γνώσεων χειρισμού τέτοιων αντιδράσεων μας κάνει να αισθανόμαστε ανεπαρκείς στα δικά μας μάτια και στα

μάτια των άλλων. Επίσης το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αισθάνεται αμηχανία, ενοχές και ενόχληση, όταν του βγαίνει η φήμη προς τα έξω ότι κατά τις επισκέψεις στους θαλάμους αναστατώνει, ταράζει τους ασθενείς και τους κάνει να κλαίει.

Ζ) Ο φόβος έκφρασης των συναισθημάτων.

Οι νοσηλεύτριες εκπαιδεύονται στο να συμπεριφέρονται με αυτοκυριαρχία και ψυχραιμία σε δύσκολες καταστάσεις με τους ασθενείς, καταπνίγοντας όποιον πανικό ή συμπάθεια αισθανθούν. Τους είναι πιο εύκολο να εκφράσουν τα συναισθήματά τους σε κάποιον συνεργάτη ή φίλο τους, παρά να δείξουν πώς νιώθουν μπροστά στον ασθενή. Μπροστά του πρέπει να εμφανίζονται με μάσκα ατόμου ψυχρού και υπεραπασχολημένου και να φέρονται απρόσωπα .

Η) Ο φόβος να πούμε «Δεν γνωρίζω».

Στην διάρκεια των σπουδών μας, απαντήσεις στα διαγωνίσματα με «δεν ξέρω» θεωρούνταν αποτυχημένες. Η επικοινωνία με κάποιον ασθενή που πεθαίνει μπορεί να μοιάζει με δοκιμασία, με «εξετάσεις» για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Δεν επιτρέπει στον εαυτό του να ομολογήσει πως κάτι που αφορά την πρόγνωση, την επιβίωση ή την αιτιολογία, δεν το ξέρει. Φοβάται ότι αυτό θα έπληττε το κύρος, την παντογνωσία και παντοδυναμία του.

Θ) Ο φόβος της ιεραρχίας.

Συνήθως οι νοσηλεύτριες δεν έχουν την «εξουσιοδότηση» να μιλήσουν ελεύθερα με τους ασθενείς, ιδίως όταν είναι ετοιμοθάνατοι. Ίσως η νοσηλεύτρια ερωτηθεί από τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, ή για τα τελευταία ευρήματα των εξετάσεων, ή για την έκταση της νόσου, ή για τυχόν επιπλοκές της. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να παραπέμψει την απάντηση τέτοιων ερωτημάτων στους γιατρούς ή στην προϊσταμένη.

Ι) Ο φόβος και η αδυναμία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να σηκώσει το βάρος της επικοινωνίας με τον ασθενή που πεθαίνει.

Η επικοινωνία με κάποιον ετοιμοθάνατο ασθενή φορτίζει συναισθηματικά το προσωπικό, ιδιαίτερα αν ο ασθενής έχει υποβληθεί σε ορατές παραμορφωτικές

επεμβάσεις, έχει έντονη δύσπνοια, ή αφόρητους πόνους. Το προσωπικό ίσως δεν αντέχει να πάρει άλλο βάρος και έτσι αποφεύγει την επικοινωνία με τον ασθενή. Μη επενδύοντας συναισθηματικά, η νοσηλεύτρια προστατεύει τον εαυτό της από τον πόνο της επικείμενης απώλειας του ασθενούς.

Κ) Ο φόβος της μη συνεργασίας του ασθενούς.

Μερικές νοσηλεύτριες, μη μιλώντας ανοιχτά με τον ασθενή, προσπαθούν να τον προστατεύσουν, να μην πληγωθεί ή να μην κλονιστεί το ηθικό του από τα άσχημα νέα που ίσως του ανακοινώσουν. Φοβούνται ότι τότε ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί να συνεχίσει τη θεραπεία, ότι δεν θα συνεργάζεται πια, ότι θα παραιτηθεί από την προσπάθεια να αγωνιστεί για τη ζωή του, ή ότι θα αυτοκτονήσει (21).

3.3 Συναισθηματική ασφάλεια των νοσηλευτών.

Παρ' όλο όμως, ότι κατά τα τελευταία χρόνια η συζήτηση περί θανάτου δεν είναι σπάνιο θέμα στον κύκλο των επαγγελματιών υγείας, των θεολόγων, κοινωνιολόγων κ.λ.π., εν τούτοις, όλοι και ιδιαίτερα οι Αδελφές που αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στη φροντίδα των αρρώστων, επηρεάζονται σημαντικά από το θάνατο του αρρώστου. Αποτελεί οδυνηρή εμπειρία για την Αδελφή η νοσηλεία του αρρώστου που πεθαίνει, και μάλιστα όταν αυτό συμβαίνει σχεδόν καθημερινά. Δεν είναι εύκολη για την Αδελφή η αντιμετώπιση του αγωνιώδους ερωτήματος, «Θα πεθάνω Αδελφή; - Γιατί εγώ;».

Η παροχή ανέσεως, η διασφάλιση της αξιοπρέπειας και η απάντηση στα αγχώδη ερωτήματα του αρρώστου, βάσει της προσωπικής του ψυχοσύνθεσης, απαιτούν πραγματικό ηρωισμό. Πώς λοιπόν, μπορεί η Αδελφή να αντιμετωπίσει θετικά την εμπειρία αυτή; Είναι δυνατόν να εργάζεται δημιουργικά σε συνεχή ατμόσφαιρα πόνου; Πιστεύω ότι η Αδελφή πρέπει να απαντήσει εσωτερικά στα ερωτήματα για την έννοια του πόνου που προκαλεί ο θάνατος, να βρει τον πνευματικό σκοπό του και τότε μόνον θα μπορεί να προσφέρει θετική βοήθεια στον άρρωστο που πεθαίνει. «Η Αδελφή στέκει με αγάπη μπροστά στο θαύμα της ζωής και αντικρίζει πάντα με πόνο το μυστήριο του θανάτου. Το έργο της Αδελφής είναι έργο πίστεως», όπως αναφέρει η Ελένη Πατρινέλη.

Το ερώτημα είναι: Πώς μπορεί η Αδελφή να βοηθήσει συνειδητά τον άρρωστο που πεθαίνει και να συμπαρασταθεί; Μπορεί η Αδελφή να συμμετέχει στα αισθήματα μονώσεως, του άγχους, της ανησυχίας και στο φόβο του θανάτου; Μπορεί να συμπαρίσταται στην αγωνία και στον παρατεινόμενο πόνο του αρρώστου που πεθαίνει; Αυτό βέβαια δεν επιτυγχάνεται εύκολα, χωρίς εσωτερικό αγώνα. Συχνά η Αδελφή καταλαμβάνεται από αίσθημα αποτυχίας. Τα συναισθηματικά της αποθέματα εξαντλούνται. Η παρακολούθηση της προσεγγίσεως του θανάτου προκαλεί ακόμη και στην πιο πεπειραμένη Αδελφή βαθιά λύπη και αισθήματα ανεπάρκειας. Πολλά ερωτηματικά δημιουργούνται για το νόημα και την αξία της ζωής. Τα ερωτήματα αυτά, όπως αναφέρει ο JUNG, ποτέ δεν ορθώνονται τόσο επιτακτικά και αγωνιώδη, όσο όταν αντικρίζουμε εξερχόμενη την τελευταία αναπνοή από το σώμα, που μόλις προ ολίγου ζούσε. Από ποια πηγή η Αδελφή θα αντλεί ψυχική δύναμη και θα έχει σχετικές απαντήσεις; Πιστεύω, ότι έχει ανάγκη πνευματικού προσανατολισμού και προσωπικής φιλοσοφίας ζωής, βασισμένης στη Χριστιανική πίστη για την αντιμετώπιση παρόμοιων ερωτημάτων.

***Η** νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που πεθαίνει, προϋποθέτει προσφορά χρόνου ενέργειας και προσωπικών αποθεμάτων. Προϋποθέτει αυτό-υπέρβαση. Αλλά μόνον κατ' αυτό τον τρόπο η Αδελφή κατορθώνει να βοηθάει τον άρρωστο στην πιο σημαντική ίσως στιγμή της ζωής του, στη στιγμή της αναδημιουργίας του. Συμμερίζεται τον πόνο του ανθρώπου, που αγωνίζεται και παλεύει. «Θαυμάζει τη ζωή μέσω της αγωνίας και τη γέννηση μέσω των οδυνών. Μόνο όταν ο άνθρωπος συμβάλλει δημιουργικά στη ζωή του άλλου, αισθάνεται και ο ίδιος το νόημα και το πλήρωμα της ζωής», κατά τον Terrien (22).*

***Οι** νοσηλευτές, που νοσηλεύουν αρρώστους με ψυχικά ή σωματικά νοσήματα, των οποίων η κατάσταση φαίνεται απελπιστική, αντιμετωπίζουν ηθικές συγκρούσεις και καλούνται να διαλέξουν μεταξύ πολλών λύσεων. Αξίζει η συνέχιση φροντίδας του αρρώστου, ο οποίος είναι ερείπιο από άποψη υγείας, έστω και αν ακόμα ζει; Αξίζει να διεκπεραιώνουν πιστά τη νοσηλεία του υπερήλικα αρρώστου με καταστραμμένο εγκέφαλο; Πόση φροντίδα πρέπει να καταβάλλουν για τον χρόνια ψυχικά πάσχοντα, ο οποίος δεν φαίνεται να έχει επαφή με τον πραγματικό κόσμο; Ο νοσηλευτής, που ειλικρινά αναζητάει απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα υπό το φως της αλήθειας, χρησιμοποιεί σαν πυξίδα τον πνευματικό προσανατολισμό στο*

έργο του. Η ανθρώπινη ζωή έχει σκοπό καθορισμένο από το Θεό, έστω κι αν δεν ερμηνεύεται με τη λογική (23).

3.4 Οι ευθύνες των νοσηλευτών απέναντι στον άρρωστο που πεθαίνει.

Η νοσηλευτική Παρέμβαση αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενή και παρέχεται αδιάκριτα σε οποιαδήποτε φάση της αρρώστιας, ακόμη και στο τελικό στάδιο της ζωής του.

Η συνεχής ψυχολογική υποστήριξη που δέχεται ο ασθενής από τους νοσηλευτές, αποβλέπει στην ενίσχυση και ενθάρρυνση του ασθενή για αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της κατάστασής του.

Κατά την άσκησή τους στο νοσοκομείο ή στο σπίτι του ασθενούς οι νοσηλευτές μαζί με τη συνήθη φροντίδα που παρέχουν συνδυάζουν και την υποστηρικτική συμβουλευτική (24).

Κατά τη Ραγιά «η αδελφή βοηθά τον ασθενή να ζήσει κάθε ημέραν και ώραν μέχρι της στιγμής του θανάτου του όσον το δυνατόν πληρέστερον με μεγαλύτεραν ψυχική και σωματική άνεσιν, αξιοπρέπειαν και ανακούφισιν. Προσπαθεί με τον νοσηλευτικό διάλογον, την τονωτικήν ομιλίαν της και την ευσυνείδητον σιωπήν της, να μεταβιβάσει εις τον ασθενή θερμόν ενδιαφέρον και αγάπην, κατανόησιν και συμμερισμόν της οδύνης του προ του θανάτου. Η αδελφή ενθαρρύνει τον ασθενήν να την καλεί όσον συχνά την χρειάζεται, τον διαβεβαιώνει Δε ότι δεν θα τον λησμονήσει, δεν θα τον αφήσει μόνον εις την αγωνίαν του, δεν θα μειώσει τη νοσηλευτικήν της προσοχήν εις το πρόσωπόν του και θα ανακουφίσει με κάθε τρόπον τον σωματικόν και ψυχικόν του πόνον» (25).

Είναι σημαντικό για τον ασθενή στο τελικό αυτό στάδιο της ζωής του να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια δεν πρόκειται να τον εγκαταλείψει, αλλά ότι θα μείνει δίπλα του και θα είναι διαθέσιμη για να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες του, να του παρέχει ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή. Πίσω από όλα αυτά κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλτης και όχι αλήθεια, ότι

ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο για να αντέξει ακόμη λίγο καιρό. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι νοσηλεύτριες πρέπει να πουν ψέματα στον ασθενή. Σημαίνει ότι μοιραζόμαστε μαζί του την ελπίδα πως κάτι απρόβλεπτο μπορεί να αλλάξει τη ροή των πραγμάτων. Πρέπει να προσέξουμε, ώστε να μην απελπίσουμε τον ασθενή, ενώ χρειάζεται ακόμα την ελπίδα. Αν εγκαταλείψουμε έναν τέτοιο ασθενή και παραιτηθούμε, μπορεί να εγκαταλείψει και ο ίδιος τον εαυτό του και η περαιτέρω ιατρική και νοσηλευτική βοήθεια θα μπορούσε να έλθει πολύ αργά, βρίσκοντας τον απροετοίμαστο για μια νέα μάχη.

Στον ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις, υποστηρίζοντάς τον και δείχνοντας του ότι δεν τον ξεχάσαμε. Ζητούμε από την οικογένεια, τους φίλους και τους γνωστούς του να μη τον εγκαταλείψουν. Συζητούμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με τον ίδιο τον ασθενή, αν αυτό είναι δυνατόν, και φροντίζουμε να διευθετήσει όλες τις υποθέσεις του. Του δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, τις ανάγκες, τα συναισθήματά του και του δείχνουμε κατανόηση και συμπράσταση (26).

Η υποστήριξη του ασθενούς είναι ένα σημαντικό μέρος της καλής νοσηλευτικής φροντίδας και συνεισφέρει στην υποστήριξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών. Είμαστε επίσης πεπεισμένοι ότι είναι σημαντικό για τους νοσηλευτές να έχουν μεγαλύτερη επίγνωση του υποστηρικτικού τους ρόλου. Επιπλέον, θα πρέπει να υποστηριχθεί η συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών.

Η υποστήριξη μπορεί να γίνει πιο σύνθετη και να περάσει από την μορφή της διαμεσολάβησης στην μορφή της προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενούς σχετικά με την αυτονομία και την ελεύθερη επιλογή. Τα στοιχεία της υποστήριξης του καταναλωτή είναι:

1. Μέγιστη μεταβίβαση της γνώσης στον πελάτη.
2. Εξέχουσα συμμετοχή του πελάτη στην λήψη της απόφασης και
3. Η ελευθερία του πελάτη στην εφαρμογή των αποφάσεων.

Με βάση αυτό το μοντέλο υποστήριξης ο ρόλος του νοσηλευτή στην μεταβίβαση της γνώσης είναι να διασφαλίσει ότι ο “πελάτης” έχει όλες τις πληροφορίες που χρειάζονται ώστε να πάρει μια συνειδητή απόφαση και ότι αυτές οι πληροφορίες του παρέχονται με κατανοητό τρόπο. Μετά την μεταβίβαση της γνώσης, ο “πελάτης” συμμετέχει ενεργά στην λήψη των αποφάσεων και η τελική απόφαση έγκειται σε αυτόν.

Ένα από τα θεμελιώδη καθήκοντα της νοσηλευτικής είναι να προάγει και να προασπίζεται τα δικαιώματα του ασθενούς. Το πρόβλημα που προκύπτει είναι η υπάρχουσα αβεβαιότητα του τι είναι σωστό, ηθικό και νόμιμο. Το δίλημμα προκύπτει όταν υπάρχει σύγκρουση ανάμεσα στις προσωπικές αξίες και τις δεδομένες επαγγελματικές υποχρεώσεις.

Οι νοσηλευτές συχνά έχουν περιορισμένη ή και καθόλου συμμετοχή στις αποφάσεις που λαμβάνονται σχετικά με τους ασθενείς τους οποίους φροντίζουν. Ο συνήγορος (υποστηρικτής) πρέπει να είναι γνώστης όλων των παραμέτρων των σχετικών με την απόφαση. Θα πρέπει να είναι γνώστης ότι θα είναι υπόλογος για τις πράξεις του και θα πρέπει να είναι έτοιμος να επωμιστεί τις συνέπειες των πράξεων του και θα πρέπει να παραμείνει μέσα στα όρια του επαγγελματικού κώδικα (27).

Επίσης, ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας έχει θεμελιώδη σημασία στη φροντίδα του μελλοθανάτου. Κατά την ειδική αυτή περίπτωση, το άτομο έχει ανάγκη να θεωρείται και να υπολογίζεται σαν ανθρώπινη ύπαρξη. Όσο ο άρρωστος πλησιάζει προς το θάνατο, τόσο περισσότερο χρειάζεται να αντιμετωπίζεται σαν πρόσωπο.

Η αρρώστια, η φτώχεια, η δέσμευση της ελευθερίας, η προσωπική και ηθική αποδιοργάνωση, είναι καταστάσεις, οι οποίες συνήθως υποβιβάζουν την αξιοπρέπεια του ανθρώπου. Όλες οι επιδιώξεις της κοινωνίας για την ανόρθωση της ανθρώπινης αξίας είναι αξιόλογες και ο νοσηλευτής οφείλει να τις υποστηρίξει. Εξάλλου έχει ολόκληρο πεδίο στη διάθεση του για την υλοποίηση αυτού του ιδεώδους.

Η νοσηλευτική, όπως είναι γνωστό, πιστεύει στην ύψιστη αξία του ανθρώπου, ανεξάρτητα από χρώμα, θρησκεία, φύλο, φυλή, ηλικία, πολιτικές πεποιθήσεις, κοινωνική θέση ή κατάσταση υγείας. Ο νοσηλευτής υπηρετεί τον άνθρωπο και την υγεία του, νοσηλεύει δε με το ίδιο ενδιαφέρον τον πλούσιο ή τον φτωχό, τον επιστήμονα ή τον αγράμματο, το φιλήσυχο πολίτη ή τον επαναστάτη ή ακόμα και τον κοινωνικά αξιοκαταφρόνητο. Ο σεβασμός δε προς την ανθρώπινη αξιοπρέπεια είναι ύψιστη, υπέρτατη αξία. Ενδιαφέρει πρώτα απ' όλα η ανθρώπινη προσωπικότητα.

Τι ζητάει ο μελλοθάνατος άρρωστος; Δεν υπάρχει ειδική απάντηση. Κάθε άνθρωπος, σαν μοναδικό πρόσωπο, εκδηλώνει ιδιαίτερη συμπεριφορά. Ζητάει όμως σεβασμό προς την ανθρώπινη αξία του. Μόνο όταν ο νοσηλευτής διαθέτει άγρυπνη και ευαίσθητη καρδιά, συλλαμβάνει τα μηνύματα που στέλνει ο άρρωστος που

πεθαίνει.. Βέβαια η γνώση και η πείρα πρέπει να κινητοποιούνται. Πέρα όμως από αυτά, το ιδεώδες εμπνέει τους νοσηλευτές στην παροχή της πιο λεπτής προσωπικής φροντίδας προς το μελλοθάνατο. Σε πολλές περιπτώσεις η κυριότερη νοσηλευτική δραστηριότητα είναι η σιωπηλή παρουσία του νοσηλευτή κοντά στο κρεβάτι του αρρώστου που πεθαίνει. Η παρουσία αυτή ενισχύει τον άρρωστο στην αντιμετώπιση του θανάτου με γενναιότητα (23).

Η νοσηλεύτρια οφείλει να βοηθήσει τον ασθενή να αναγνωρίσει τα αισθήματά του όπως το θυμό, και να τον βοηθήσει ομαλά και ήρεμα από αυτή τη φάση αντίδρασης. Αν τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς έχουν εκτεθεί σε αυτά τα ξεσπάσματα θυμού, προσβλητικότητας και επιθετικότητας, τα οποία δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν, η νοσηλεύτρια τα βοηθάει με το να τους εξηγήσει ότι ο ασθενής είναι πιθανότερο, λόγω της κατάστασης που βρίσκεται, να περνάει μια ψυχική ταραχή και σύγκρουση η οποία να εκδηλώνεται με θυμό παρά με κατάθλιψη. Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να καταλάβουν ότι ο θυμός είναι μηχανισμός άμυνας για τον ασθενή και ότι η νοσηλεύτρια βοηθάει τον ασθενή να εκδηλώσει κατά το δυνατόν αυτό το θυμό του, ώστε να μπορέσει να τον αποβάλλει στο τέλος. Αυτή η εκδήλωση συχνά κάνει τον ασθενή να αισθάνεται καλύτερα και πιο ήρεμος.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να δημιουργήσει κλίμα ηρεμίας και εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και οικογένειας, να γίνει συνδετικός κρίκος κατανόησης μεταξύ τους στη δύσκολη αυτή περίοδο. Μερικοί ασθενείς δεν εκδηλώνουν θυμό, αλλά δείχνουν σημεία κατάθλιψης. Συχνά, είναι το πρόσωπο που φαίνεται να αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο δίχως αντίσταση. Ο θυμός ή η κατάθλιψη ή και τα δύο είναι ως ένα σημείο αναμενόμενα. Η νοσηλεύτρια πρέπει να τα αντιμετωπίσει κατάλληλα, ώστε να μη γίνουν αιτία να διαταραχθεί η ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι καλή ακροάτρια για τον ασθενή. Η αποτελεσματική ακρόαση περιλαμβάνει όχι μόνο αυτά που λέγονται, αλλά και την κατανόηση του τρόπου που αυτά διατυπώνονται (26).

Η ικανότητα της νοσηλεύτριας να δώσει χρόνο προκειμένου να χτίσει μια σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού με τον άρρωστο, βοηθά τον τελευταίο επικοινωνώντας μαζί της να εκφράσει με την ομιλία τα συναισθήματά του, τα προερχόμενα από την ίδια τη νόσο. Αντίθετα, μικρά διαστήματα σιωπής από τη/το νοσηλεύτρια/τή συχνά δίνουν στον ασθενή την ευκαιρία να τακτοποιήσει τις σκέψεις

του και να ξεπεράσει την αμηχανία του ενώ ενθαρρύνεται να μιλήσει ακόμη και για το πώς βιώνει το πρόβλημα της υγείας του.

Με την ακρόαση παρέχεται η ευκαιρία στον άρρωστο να συγκεντρώσει τις σκέψεις του, ενώ παρατηρείται η έκφραση του προσώπου του (χαρά, λύπη, φόβος, πόνος, απελπισία) καθώς και η συμπεριφορά του, ο τρόπος δηλ. που μιλά, αντιδρά, πειθαρχεί στο περιβάλλον ή κρατά στάση απόστασης, απόσυρσης εχθρικότητας ή εξάρτησης από αυτό προσφέροντας έτσι πολύτιμες πληροφορίες για την επίδραση της νόσου στην υγεία του.

Προϋποθέσεις για την ορθή και ακριβή παρατήρηση είναι:

- Κλινική πείρα της νοσηλεύτριας
- Διαπροσωπικές της δεξιότητες
- Αντίληψη, μνήμη, κριτικό πνεύμα
- Ενδιαφέρον, αίσθημα ευθύνης
- Γνωριμία του αρρώστου σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα

Η νοσηλεύτρια αξιολογεί τις πληροφορίες που συγκέντρωσε και στη συνέχεια προγραμματίζει και εφαρμόζει ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή, αντιμετωπίζοντάς τον σαν αδιαίρετο ψυχοσωματικό οργανισμό στον οποίο όλες οι οργανικές λειτουργίες επηρεάζονται από τη ψυχική του κατάσταση και την επηρεάζουν αντίστοιχα (28).

Άλλη σημαντική επιδίωξη της νοσηλεύτριας δεν είναι μόνο να μιλάει στον ασθενή ή να συζητάει με αυτόν, αλλά να επιτυγχάνει την εκδήλωση των προβλημάτων, των φοβιών και των ανησυχιών του ασθενούς σε οποιαδήποτε στιγμή. Ο ασθενής μπορεί να έχει τη δυνατότητα να κρύβει τα συναισθήματά του, να έχει τη δυνατότητα να κλάψει ή να εκφράσει σκέψεις και συναισθήματα που μέχρι τη συγκεκριμένη στιγμή έκρυβε μέσα του. Η ευθύνη της νοσηλεύτριας τότε είναι να δράσει με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή. Το σχέδιο δράσης μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών στην οικογένεια ή στο γιατρό. Ίσως να υπάρχει κάτι να κάνει η νοσηλεύτρια για τον ασθενή, που μέχρι στιγμής δεν το είχε ζητήσει από κανέναν άλλο. Μπορεί να της ζητήσει να δει τον παπά της ενορίας ή να μεταφερθεί στο σπίτι, αν προτιμάει να πεθάνει εκεί, παρά στο νοσοκομείο.

Βλέπουμε δηλαδή τη νοσηλεύτρια να εκτελεί ένα ρόλο διαφορετικό από τους άλλους, αλλά εξίσου σημαντικό και ζωτικό, μια και αποτελεί τη γέφυρα επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και περιβάλλοντος (26).

3.5 Νοσηλευτική αξιολόγηση των ψυχολογικών διαταραχών.

Τα ίδια μέσα χρησιμοποιεί και για την αξιολόγηση των ψυχολογικών του διαταραχών, έχοντας μια σειρά πληροφοριών που περιλαμβάνει:

- **Ιατρικό ιστορικό:** Με τα εργαστηριακά και τ' άλλα διαγνωστικά ευρήματα, τη τρέχουσα/παλαιότερη εμπειρία πόνου, το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, την απώλεια όρεξης, βάρους καθώς και τα ατομικά στοιχεία του αρρώστου (για την ηλικία, τη μόρφωση, το επάγγελμα, τη διεύθυνση κατοικίας, το φύλο) η νοσηλεύτρια συγκεντρώνει στοιχεία που μπορούν να την πληροφορήσουν για τις συνθήκες ζωής του, τα διαπροσωπικά του προβλήματα, τις διατροφικές του συνήθειες, τις συνθήκες υγιεινής και κατά πόσο αυτά δημιούργησαν τη νόσο ή εξ' αιτίας της νόσου υπέστησαν αυτά αλλαγές, δημιουργώντας στον ασθενή θετικά ή αρνητικά συναισθήματα, με ανάλογη επίδραση στην πορεία της αρρώστιας του και στην ποιότητα ζωής του.
- **Κοινωνική θέση:** Σχέσεις με την οικογένεια (αποδοχή ή απόρριψη από αυτήν) επίπεδο ανεξαρτησίας, καλλιέργεια (κοινωνικός ρόλος), εισόδημα.
- **Ψυχολογική θέση:**
 - Κατανόηση της κατάστασης, γνώση της ασθένειας.
 - Συναισθηματική κατάσταση, όσον αφορά τη:
Συμπεριφορά, διάθεση, σύγχυση, κόπωση, ενθάρρυνση, αυτοεκτίμηση, αισθήματα φόβου, ενοχής, ντροπής, σκέψεις αυτοκτονίας, διαταραχές ύπνου, σωματική γνώμη, σεξουαλική ζωή (libido).
 - Ικανότητα συνεργασίας:

Κλαστικοί μηχανισμοί άμυνας όπως άρνηση, επιστροφή σε προηγούμενα στάδια ή αποχή καθημερινών δραστηριοτήτων, απαισιοδοξία (νοιώθει αβοήθητος χωρίς ελπίδα), αγωνιστικό πνεύμα.

Η συνέντευξη (ένας από τους τρόπους συλλογής πληροφοριών ή δεδομένων) για τη σωστή αξιολόγηση των ψυχολογικών διαταραχών πρέπει να διέπεται από:

- Εγκυρότητα (να μετρούν ό,τι πρέπει να μετρούν)
- Αξιοπιστία
- Ελευθερία από προκαταλήψεις (να μη χρησιμοποιούνται όροι καλός – κακός)

- Δυνατότητα εφαρμογής (από άποψη χρόνου, πείρας, στοιχείων, κ.α.) στον άρρωστο για συγκεκριμένο λόγο με ή χωρίς την παρουσία συνοδού όπου η νοσηλεύτρια:
- Εξηγεί στον ασθενή το σκοπό της συνέντευξης
- Εξασφαλίζει ήρεμο περιβάλλον χωρίς θορύβους
- Εξασφαλίζει άνετη θέση στον άρρωστο
- Δημιουργεί θετικό διαπροσωπικό κλίμα (ενδιαφέρον – σεβασμός)
- Αποκαλεί τον ασθενή με το “κύριε” ή “κυρία” και το επίθετό του
- Παρατηρεί την έκφραση του προσώπου του κατά τη διάρκεια της συνομιλίας καθώς και τη συμβολική γλώσσα της συμπεριφοράς του
- Μιλά αργά και με σαφήνεια, χρησιμοποιώντας ορολογία ανάλογη με τη μόρφωση και την κατανόηση του ασθενή
- Κρατά σημειώσεις (περιληπτικές αλλά ακριβείς) ώστε να μην διακόπτεται η επικοινωνία
- Ακούει με προσοχή τον ασθενή

Κατά τη συνέντευξη δεν πρέπει η νοσηλεύτρια:

- Να διακόπτει
- Να λογομαχεί
- Να κάνει κριτική
- Να δίνει συμβουλές χωρίς να της ζητηθούν
- Να καταλήγει σε βιαστικά συμπεράσματα για τον ασθενή (28)

4.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση.

Οι συνήθεις ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζουν ασθενείς τελικού σταδίου είναι η αγχώδης διαταραχή, η κατάθλιψη, οργανικά ψυχοσύνδρομα, αϋπνία, κλπ.

Ο νοσηλευτής πρέπει να αναγνωρίζει αυτές τις διαταραχές και να έχει γνώση της φαρμακευτικής αντιμετώπισης.

Διαγνωστικά κριτήρια:

A. Γενικευμένο, επίμονο άγχος που εκδηλώνεται με συμπτώματα από τρεις από τις παρακάτω τέσσερις κατηγορίες:

1. Κινητική τάση: ανατριχίλες, τρεμούλα, κατάσταση υπερέντασης, τρόμος, τάση, μυϊκά άλγη, κόπωση, αδυναμία χαλάρωσης, τρεμουλιάσματα στα βλέφαρα, συνοφρύωση, τεταμένη έκφραση προσώπου, κατάσταση νευρικής ανυπομονησίας, κινητική ανησυχία, εύκολο τρόμαγμα, εύκολη κόπωση.
2. Υπερδραστηριότητα αυτόνομου νευρικού συστήματος: ιδρώτες, αίσθημα παλμών ή ταχυπαλμία, ψυχρές και υγρές παλάμες, στεγνό στόμα, ζάλη, αίσθημα άδειου στο κεφάλι, παραισθήσεις (μουδιάσματα στα χέρια ή στα πόδια), ανακατεμένο στομάχι, εναλλαγές αισθήματος ζέστης και κρύου, συχνουρία, στομαχική δυσφορία, κόμπος στο λαιμό, κοκκίνισμα, χλόμισμα, αυξημένες σφίξεις και αναπνοές κατά την ηρεμία.
3. Αίσθημα ανήσυχης αναμονής: άγχος, ανησυχία, φόβος, σκεπτικός μηρυκασμός και αναμονή κάποιου κακού που θα συμβεί στον ίδιο ή στους άλλους.
4. Κατάσταση συναγερμού και επαγρύπνησης: μεγάλη ένταση της προσοχής που καταλήγει σε διάσπαση της προσοχής, δυσκολία στη συγκέντρωση, αϋπνία, αίσθημα ότι είναι “σε αναμμένα κάρβουνα”, ευερεθιστότητα, αδημονία.

B. Η αγχώδης συναισθηματική διάθεση είναι συνεχής τουλάχιστον επί ένα μήνα.

Γ. Δεν οφείλεται σε άλλη ψυχική διαταραχή όπως π.χ. καταθλιπτική διαταραχή ή σχιζοφρένεια.

Δ. Ηλικία τουλάχιστον 18 χρόνων.

Πίνακας Ι. Τα γνωστότερα αγχολυτικά που παρέχονται στις αγχώδεις διαταραχές.

ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Βενζοδιαζεπίνες Αλπραζολάμη(Xanax) Βρωμαζεπάμη(Lexotanil) Διαζεπάμη(Stedon) Λοραζεπάμη(Tavor) Χλωραζεπάμη(Tranxene)	Ανακούφιση άγχους για βραχύ χρονικό διάστημα (2-4 εβδ.), δεν συνιστάται χρόνια χρήση.	Εξάρτηση, ζάλη, υπνηλία, συνέργια με το αλκοόλ. Παράδοξες παρενέργειες: επιθετικότητα, διέγερση, αύξηση βάρους.
ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΗΠΤΙΚΑ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
(Minitran) Περφαιναζάλη+ Αμιτριπυλίνη	Μέτριο άγχος που συνοδεύεται με κατάθλιψη.	Ζάλη, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, ταχυκαρδία, αλλαγές ΗΚΓ, αρρυθμίες, λεπτός τρόμος, αστάθεια, επιληπτικές κρίσεις σε άτομα με προδιάθεση.
ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Χλωροπρομαζίνη (Largactil) Αλοπεριδόλη(Aloperidin)	Ψυχώσεις, οργανικά ψυχοσύνδρομα.	Όπως προηγούμενη ομάδα, συν εξωπυραμιδικά συμπτώματα.
ΑΝΤΙΣΤΑΜΙΝΙΚΑ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Υδροξυζίνη(Atarax)	Αντιμετώπιση άγχους σε βραχύ χρονικό διάστημα.	Ζάλη, συνέργια με αλκοόλ, κεφαλαλγία, μείωση ικανότητας οδήγησης. Γαστρεντερικές διαταραχές, ξηροστομία.
Β-ΜΠΛΟΚΕΡ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Προπανολόλη(Inderal)	Συμπτωματική αγωγή άγχους.	Βραδυκαρδία, βρογχοσπασμός, κόπωση, γαστρεντερικές διαταραχές.
ΑΛΛΑ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Βουσπιρόνη(Bespar)	Αντιμετώπιση άγχους.	Ναυτία, κεφαλαλγία, νευρικότητα, διέγερση, μείωση ικανότητας οδήγησης.

Τα αγχολυτικά δρουν αποτελεσματικά στην ανακούφιση του άγχους. Η αγωγή όμως πρέπει να είναι περιορισμένη στην ελάχιστη δυνατή δόση και στο

συντομότερο δυνατό διάστημα, προς αποφυγή της εξάρτησης (είτε σωματικής, είτε ψυχολογικής).

Ένα αγχολυτικό πρέπει να δίνεται:

- για ένα ορισμένο πρόβλημα
- για έναν ορισμένο στόχο
- για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα

με την πάροδο του οποίου γίνεται επανεκτίμηση για τη συνέχιση ή όχι της συγκεκριμένης αγωγής. Στην πράξη αυτό δεν γίνεται με αποτέλεσμα την εξάρτηση από το φάρμακο.

Ποιο χρονικό διάστημα απαιτείται για να εξαρτηθεί κάποιος, δεν μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα. Γενικά όμως μετά την πάροδο ενός εξαμήνου είμαστε προσεχτικοί, καθώς η απότομη διακοπή του φαρμάκου προκαλεί στερητικά συμπτώματα, όπως ανησυχία, νευρικότητα, αϋπνία ή ακόμα δακρύρροια, γαστρεντερικά ενοχλήματα.

Στην καθημερινή νοσοκομειακή πράξη πρέπει να είμαστε προσεχτικοί με ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν αγχολυτικά για ένα ή περισσότερα έτη, οι οποίοι υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση και στους οποίους γίνεται διακοπή του φαρμάκου, για πρακτικούς λόγους όπως η μη δυνατότητα λήψης από το στόμα. Μπορεί να παρουσιάσουν συμπτώματα στέρησης και να περιπλέξουν την εικόνα του ασθενούς.

Άλλη διαταραχή είναι η κατάθλιψη, της οποίας τα κύρια συμπτώματα είναι:

- καταθλιπτικό συναίσθημα
- μειωμένη διάθεση
- ανορεξία
- ιδέες θανάτου ή και αυτοκτονίας
- εύκολο κλάμα

Τα φάρμακα εκλογής είναι τα αντικαταθλιπτικά. Κάποια από τα αντικαταθλιπτικά έχουν και χαλαρωτική δράση και πρέπει αυτά να δίνονται κατά προτίμηση το βράδυ. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι πρέπει να δίνονται για μερικούς μήνες (τουλάχιστον δύο) και ότι το θεραπευτικό αποτέλεσμα αναμένεται δύο εβδομάδες μετά την έναρξη της αγωγής.

Πίνακας II. Τα κυριότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ		
ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Φλουοξετινίνη(Ladose) Φλουβοξαμίνη(Dumrox) Παροξετίνη(Seroxat)	Κατάθλιψη.	Ναυτία, εμετός, διάρροια, ανορεξία, κεφαλαλγία, άγχος, επιληπτικές κρίσεις σε άτομα με προδιάθεση.
ΤΡΙΚΥΚΛΙΚΑ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Αμιτριπυλίνη(Saroten) Ιμιπραμίνη(Tofranil) Χλωριμιπραμίνη (Anafranil)	Κατάθλιψη.	Ζάλη, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, εφίδρωση, ορθοστατική υπόταση, ταχυκαρδία, αλλαγές ΗΚΓ, αρρυθμίες, λεπτό τρόμο, αστάθεια, σύγχυση σε ηλικιωμένους, επιληπτικές κρίσεις σε άτομα με προδιάθεση.
ΤΕΤΡΑΚΥΚΛΙΚΑ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Μαπροπυλίνη(Ludiomil) Μιανσερίνη(Tolvon)	Κατάθλιψη.	Ζάλη, υπομανία, εξάνθημα.

Τελευταία αναφέρουμε τα ηρεμιστικά και υπνωτικά. Ένα ηρεμιστικό όταν δοθεί σε μεγάλη δόση δρα ως υπνωτικό και ένα υπνωτικό όταν δοθεί σε μικρή δόση δρα ως ηρεμιστικό. Ανάλογα μπορούμε να πούμε ότι δρουν και τα αγχολυτικά, τα οποία μειώνοντας το άγχος φέρουν ηρεμία και διευκολύνουν τον ύπνο. Και εδώ ισχύουν οι αναφορές για την εξάρτηση. Αναφέρονται στον *πίνακα III* τα κυριότερα φάρμακα (29).

Πίνακας III. Τα κυριότερα φάρμακα.

ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΥΠΝΩΤΙΚΑ		
BENZODIAZEPINES	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Διαζεπάμη(Stedon) Νιτραζεπάμη(Mogadon) Φλονιτραζεπάμη (Hipnosedon)	Αντιμετώπιση αϋπνίας, βάρους.	Εξάρτηση, ζάλη, μείωση ικανότητας οδήγησης, συνέργια με αλκοόλ, γαστρεντερικές διαταραχές, αστάθεια, σύγχυση σε ηλικιωμένους.

ΑΝΤΙΣΤΑΜΙΝΙΚΑ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Προμεθαζίνη(Phenergan)	Προσωρινές διαταραχές ύπνου.	Ζάλη, συνέργια με αλκοόλ, κεφαλαλγία.
ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ ΥΠΝΩΤΙΚΑ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Υδρική χλωράλη	Αϋπνία.	Γαστρεντερικές διαταραχές.
ΒΑΡΒΙΤΟΥΡΙΚΑ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Φαινοβαρβιτάλη(Liminal)	Αγωγή σοβαρής αϋπνίας.	Αστάθεια, παράδοξη διέγερση και σύγχυση, καταστολή αναπνοής.

4.2 Φαρμακολογία των Οπιοειδών - Αγωνιστών

Η μορφίνη απορροφάται πλήρως όταν χορηγείται από το στόμα ή με υποδόρια ένεση ως άλας με οξύ (υδροχλωρικό). Η δράση της αρχίζει ύστερα από 20 λεπτά και μετά από μια συνηθισμένη δόση, σε μη τοξικομανή, διαρκεί 3-4 ώρες. Οξειδώνεται στο ήπαρ και μικρό μέρος αποβάλλεται στο γαστρεντερικό σωλήνα.

Σε θεραπευτικές δόσεις αναστέλλει την ικανότητα συγκέντρωσης, το φόβο, το άγχος, την αγωγή και την αντίληψη του πόνου. Συνεπώς, δημιουργείται αίσθημα ευχάριστο, άνεσης και ευεξίας (ευφορίας). Το άτομο ξεχνά το παρελθόν, αδιαφορεί για το παρόν και ευελπιστεί για το μέλλον. Αν οι δόσεις αυξηθούν, προκαλείται ύπνος που εύκολα διακόπτεται. Με τοξικές δόσεις επέρχεται κόμα. Η ευαισθησία των προμηκικών κέντρων στο CO₂ ελαττώνεται με τη μορφίνη και η αναπνοή καταστέλλεται. Οι αναπνευστικές κινήσεις αραιώνουν και είναι δυνατόν να προκληθεί άπνοια.

Ο βήχας επίσης καταστέλλεται με τη μορφίνη και τα συγγενή της φάρμακα. Η μορφίνη διεγείρει τις χημειοαισθητικές ζώνες του εμετού. Η ενέργεια αυτή είναι ανεπιθύμητη, όταν το φάρμακο χρησιμοποιείται θεραπευτικά. Όταν υπάρχει δηλητηρίαση, με μικρές δόσεις μορφίνης προκαλείται εμετός, ενώ με μεγάλες δόσεις το κέντρο του εμετού παραλύει.

Επίσης προκαλεί μύση της κόρης του οφθαλμού, ενώ λόγω διαστολής των αγγείων του δέρματος απώλεια θερμότητας και εφίδρωση. Προκαλεί δυσκοιλιότητα

και αύξηση του τόνου των σφιγκτήρων του εντερικού σωλήνα, της χοληδόχου και της ουροδόχου κύστης (με παράλληλη αύξηση του ποσού της αντιδιουρητικής ορμόνης που κυκλοφορεί). Σε επανειλημμένες λήψεις προκαλείται μείωση των εκκρίσεων των εντερικών αδένων και αδιαφορία για κένωση, που επιβαρύνει έτσι τη δυσκοιλιότητα.

H μορφίνη είναι απελευθερωτής της ισταμίνης. Μπορεί έτσι να προκαλέσει ενέργειες από τους βρόγχους και πτώση της πίεσης. Τα οπιοειδή αναλγητικά είναι φάρμακα που παρουσιάζουν όλους τους χαρακτήρες της φαρμακευτικής εξάρτησης.

H φαρμακευτική εξάρτηση χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη α) ανθεκτικότητας ή αντοχής (tolerance) στο φάρμακο (δηλ. ύστερα από μερικές εφαρμογές της ίδιας δόσης, για να προκληθεί η ίδια ποσοτική ενέργεια απαιτείται αύξηση της δόσης του χορηγούμενου φαρμάκου) β) σωματικής ή φυσικής εξάρτησης (physical dependence) υπό την έννοια της υπαγωγής των λειτουργιών του οργανισμού του πάσχοντος υπό την εξουσία του φαρμάκου και γ) ψυχολογικής εξάρτησης-εθισμού (psychological dependence ή addiction), δηλαδή εξαναγκασμού σε κατάχρηση του (δυνατή ψυχική επιθυμία).

Ύστερα από μερικές εφαρμογές της ίδιας δόσης τα περισσότερα από τα οπιοειδή φάρμακα δεν προκαλούν ενέργειες (εκτός από μύση και δυσκοιλιότητα), γιατί παρουσιάζεται αντοχή ή ανθεκτικότητα στο φάρμακο. Στην κλινική πράξη, η αντοχή στην αναλγητική δράση της μορφίνης εκδηλώνεται αρχικά σαν μείωση στη διάρκεια της αναλγησίας. Ο ασθενής που αναπτύσσει αντοχή στο φάρμακο και λαμβάνει οπιοειδή επί πόνου θα ζητήσει να του χορηγηθεί το φάρμακο πιο συχνά. Ο ρυθμός ανάπτυξης αναλγητικής αντοχής ποικίλλει από άτομο σε άτομο, κάτι που μπορεί να οφείλεται και στην εξέλιξη προϋπάρχουσας νόσου με αποτέλεσμα την αύξηση της έντασης του πόνου που οδηγεί σε αυξημένη ζήτηση οπιοειδών φαρμάκων.

H αντοχή αναπτύσσεται με παρόμοιους ρυθμούς στις αναλγητικές και σε κάποιες παρενέργειες που εξαρτώνται από τη δόση, συμπεριλαμβανομένης της υπνηλίας και της αναπνευστικής καταστολής, επιτρέποντας την απαιτούμενη αύξηση στη δοσολογία. Ένας ασθενής ανθεκτικός σε ένα οπιοειδές θα αναπτύξει αντοχή και σε άλλο. Η διασταυρούμενη ανθεκτικότητα, όμως, τείνει να μην είναι πλήρης.

H σωματική ή φυσική εξάρτηση εκδηλώνεται με την εμφάνιση συμπτωμάτων απόσυρσης και των χαρακτηριστικών σημείων του γνωστού συνδρόμου στέρησης, όταν διακοπεί απότομα η λήψη του φαρμάκου ή χορηγηθεί ένα οπιοειδές-

ανταγωνιστής. Η σοβαρότητα της απόσυρσης εξαρτάται από τη δόση και τη διάρκεια της χορήγησης του ναρκωτικού που διεκόπη, δηλαδή της προηγούμενης εμπειρίας του ασθενή με ναρκωτικά φάρμακα. Η χορήγηση ενός οπιοειδούς-ανταγωνιστή σε ένα σωματικά εξαρτημένο άτομο προκαλεί άμεση επίσπευση του συνδρόμου. Το σύνδρομο στέρησης (abstinence syndrome) εμφανίζεται ασθενέστερο στη μεθαδόνη και εντονότερο στην ηρωίνη. Αρχικά ο τοξικομανής παρουσιάζει άγχος, ευερεθιστότητα, συμπαθητικοτονία, και στη συνέχεια χασμήματα, δακρύρροια, τρόμο, ανορεξία, αϋπνία, έμετο, διάρροια, πυρετό, ταχύπνοια, μυδρίαση, υπέρταση κ.λ.π. Τα συμπτώματα εμφανίζονται 36 ώρες ως μία εβδομάδα μετά την τελευταία δόση.

Οι δράσεις της μορφίνης που μεταβάλλουν τη διάθεση, μπορεί να οδηγήσουν τα εξαρτημένα άτομα σε παθολογική συμπεριφορά αναζήτησης του φαρμάκου. Ο αριθμός των ασθενών που εθίζονται υπό αυτή την έννοια είναι υπερβολικά μικρός σε σχέση με αυτούς που κάνουν χρόνια χρήση οπιοειδών για ιατρικούς λόγους.

Η μορφίνη είναι το πρότυπο φάρμακο σε συγκριτικές μελέτες. Η αναλγητική αποτελεσματικότητα 10mg μορφίνης ενδομυϊκά είναι το μέτρο σύγκρισης για όλα τα άλλα οπιοειδή φάρμακα. Είναι το φάρμακο εκλογής για μέτριο έως σοβαρό πόνο και χορηγείται συνήθως παρεντερικά.

Όπως και για όλα τα οπιοειδή φάρμακα, απαιτείται προσοχή κατά τη χορήγηση σε ασθενείς με αναπνευστικά προβλήματα, αυξημένη ενδοκράνια πίεση και ηπατική ανεπάρκεια.

Η ηρωίνη είναι ισχυρό αναλγητικό και ένα από τα πιο επικίνδυνα φάρμακα τα οποία προκαλούν εξάρτηση. Η Ελλάδα όπως και τα περισσότερα κράτη απαγορεύουν τη χρήση της.

Η κωδεΐνη έχει ασθενέστερη αναλγητική ενέργεια από τη μορφίνη. Τα 30mg κωδεΐνης από το στόμα προκαλούν ισοδύναμες αναλγητικές δράσεις με αυτές των 600mg ασπιρίνης. Η αύξηση των δόσεων της κωδεΐνης οδηγεί σε ικανοποιητική αναλγησία, αλλά οι παρενέργειες (ναυτία, έμετος, καταστολή) περιορίζουν την κλιμάκωση της δόσης πάνω από 240mg. Πολλά σκευάσματα κωδεΐνης περιλαμβάνουν συνδυασμό της με μη ναρκωτικά αναλγητικά. Προκαλεί δυσκοιλιότητα και έχει τις ίδιες αντενδείξεις με τη μορφίνη. Ο κίνδυνος εξάρτησης είναι μικρότερος σε σύγκριση με τη μορφίνη. Χρησιμοποιείται ευρέως σαν

ναρκωτικό φάρμακο πρώτης εκλογής σε ασθενείς που δεν μπορούν ν' ανεχτούν τα μη ναρκωτικά αναλγητικά.

Η μεπεριδίνη ή πεθιδίνη είναι ένα ναρκωτικό αναλγητικό βραχείας δράσης που χρησιμοποιείται για μέτριο έως έντονο πόνο. Προκαλεί ευφορία και εξάρτηση. Λύει το σπασμό των λείων μυϊκών ινών. Δεν προκαλεί μύση της κόρης του οφθαλμού και δυσκοιλιότητα. Βιομετατρέπεται σε νορμεπεριδίνη, έναν τοξικό μεταβολίτη που μετά από επανειλημμένες δόσεις συσσωρεύεται και προκαλεί διέγερση του ΚΝΣ. Η διέγερση αυτή εκδηλώνεται με μυϊκό τρόμο, αύξηση των αντανακλαστικών, μυδρίαση και σπασμούς. Επειδή η νεφρική δυσλειτουργία μπορεί να οδηγήσει σε συσσώρευση νορμεπεριδίνης, η χορήγηση του φαρμάκου αντενδείκνυται σε ασθενείς με διαταραγμένη νεφρική λειτουργία. Εκτός από το μετεγχειρητικό πόνο, χρησιμοποιείται στην προαναισθητική αγωγή και στον πόνο του τοκετού.

Η μεθαδόνη είναι ένα μακράς δράσης ναρκωτικό αναλγητικό με καλή ρ.ο. ισχύ. Έχει μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής στο πλάσμα (17-24 ώρες). Η αναλγητική της διάρκεια είναι 4 έως 6 ώρες. Έχει ασθενέστερη κατασταλτική κι ευφορική ενέργεια από τη μορφίνη. Οδηγεί σε εξάρτηση, αλλά το σύνδρομο στέρησης της είναι ήπιο. Χρησιμοποιείται και για τη θεραπεία των μορφινομανών. Επαναλαμβανόμενες δόσεις μεθαδόνης μπορεί να οδηγήσουν σε συσσώρευση του φαρμάκου και καταστολή. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ή οι ασθενείς με διαταραγμένη νεφρική ή ηπατική λειτουργία πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά μετά από χορήγηση μεθαδόνης.

Επιπλέον, η φαιντανύλη είναι το πρώτο οπιοειδές που διατέθηκε στο εμπόριο υπό μορφή αυτοκόλλητων προς επικόλληση στο δέρμα για διαδερμική χορήγηση του φαρμάκου. Αυτή η μέθοδος χορήγησης φαιντανύλης περιγράφηκε αρχικά από τον Sebel και τους συνεργάτες του (1987) και χρησιμοποιείται κυρίως για τον έλεγχο του χρόνιου πόνου των καρκινοπαθών. Ο Miguel και οι συνεργάτες του (1995) εξέτασαν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα ενός νέου ιδιοσκευάσματος για διαδερμική χορήγηση φαιντανύλης στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου των ασθενών μετά από κοιλιακές γυναικολογικές εγχειρήσεις. Βρήκαν ότι η χρήση του ιδιοσκευάσματος αυτού, επέδρασε θετικά στον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου, αλλά συνδέθηκε με αυξημένη επίπτωση αναπνευστικής καταστολής. Συνεπώς, χρειάζεται περαιτέρω έρευνα πριν χρησιμοποιηθεί σαν μέθοδος μετεγχειρητικής αναλγησίας (30).

5.1 Ποιοτικό πλαίσιο ασφάλειας του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Οι απόψεις μας σχετικά με την ποιότητα εξαρτώνται από την γνώση, τις θεωρήσεις και τις αξίες του καθενός.

Παρόλα αυτά είναι της μόδας στο σύστημα υγείας να επιχειρούμε να μετρήσουμε την ποιότητα δεχόμενοι ότι είναι μια ολότητα, κάτι για το οποίο είναι όλοι σύμφωνοι. Μια ποικιλία τεχνικών χρησιμοποιείται, ανάμεσα στις οποίες είναι δοκιμές, δείκτες απόδοσης και συστήματα ποιότητας ασφάλειας. Αλλά όλες αυτές είναι μέθοδοι ελέγχου της ποιότητας οι οποίες βασίζονται σε ανασκοπική εξέταση της διαδικασίας και του αποτελέσματος της φροντίδας με στόχο τον προσδιορισμό των ελλείψεων.

Όλες αυτές οι προσεγγίσεις απέτυχαν να λάβουν υπ' οψη τα μαθήματα που πήραν κατά την διάρκεια των ετών μέσα από την εφαρμογή αυτών των μεθόδων σε οργανισμούς πέραν της φροντίδας υγείας. Βρέθηκε ότι η βελτιωμένη ποιότητα δεν είχε αποτελέσματα. Αυτό συνέβαινε γιατί το προσωπικό το οποίο έλεγχε την παραγωγή δεν ήταν ο «εαυτός» του εξαιτίας του ότι ανακατευόταν με τον προσδιορισμό της επίλυσης των προβλημάτων.

Στη Μ.Βρετανία είναι τώρα της μόδας να γίνονται προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας με το να τίθενται standards. Όμως με το να ορίζουμε τις απαιτήσεις της φροντίδας μέσω Standards, περιορίζουμε την δυνατότητα των νοσηλευτών να εκφράζουν επαγγελματική κρίση. Εξάλλου, λόγω του ότι τα standards τίθενται με βάση τον «τυπικό» ασθενή και μία «τυπική» κατάσταση, η ξεχωριστές ανάγκες του κάθε ασθενούς και οι ποικιλία των περιπτώσεων βγαίνουν εκτός σχεδιασμού με τα standards. Για τον λόγο αυτό, το να αναζητούμε τη βολικότητα μέσα από ένα set standards η φροντίδα γίνεται «στανταρισμένη» οπότε γίνεται ομογενής και με μέσους όρους. Από μόνα τους τα standards δεν είναι εγγύηση της

ποιότητας φροντίδας όπως και οι μέθοδοι ποιότητας ελέγχου δεν αρκούν για να βελτιώσουν την φροντίδα.

Με σκοπό να εξασφαλίσουμε και να βελτιώσουμε την ποιότητα υγείας, χρειάζεται να γίνει μια διαφορετική προσέγγιση που να σχετίζεται με μια προληπτική διάσταση, έτσι ώστε τα προβλήματα να είναι από την αρχή, λιγότερο πιθανά να προκύψουν.

Θέματα που εξετάστηκαν μέσα από το πρόγραμμα ποιοτικής εξασφάλισης για τους ετοιμοθάνατους:

- Αξίες και προοπτικές.
- Τακτική.
- Έρευνα και ανάπτυξη.
- Επίπεδο υπηρεσιών.
- Μόρφωση και εκπαίδευση.
- Άμεση φροντίδα ασθενούς και οικογένειας.
- Προαγωγή υγείας.
- Πολύ-επαγγελματικές ομάδες.
- Ομαδική εργασία
- Π.Ε.

Το «πακέτο» αυτό εμπεριέχει τρεις ξεχωριστές ενότητες:

1. Ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα το οποίο βοηθά την μονάδα /ομάδα να:

α) Αναγνωρίσει τα στοιχεία ενός προγράμματος Π.Ε. καθώς και τις διαθέσιμες προσεγγίσεις.

β) Προσδιορίσει πώς η Π.Ε. μπορεί να ενσωματωθεί στην δουλειά τους με τους ετοιμοθάνατους.

γ) Χρησιμοποιήσει αυτό το πρόγραμμα εργασίας ώστε να αναπτύξει συγκεκριμένα συστήματα ποιότητας ειδικά για τους ετοιμοθάνατους.

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα έχει ως σκοπό να διευκολύνει την κατανόηση και την κατοχή, και εμπεριέχει ευκαιρίες για το προσωπικό στο να συσχετίζει το προτεινόμενο πλαίσιο δουλειάς με τις συγκεκριμένες περιστάσεις.

2. Το ίδιο το προτεινόμενο ποιοτικό πλαίσιο δουλειάς να βασίζεται:

α) Στην δημιουργία των στόχων των υπηρεσιών της μονάδας – ομάδας για την θεραπεία των ετοιμοθάντων μέσα από τις διαθέσιμες πηγές.

β) Σε επαγγελματικά / τεχνικά standards τα οποία θα ερμηνεύονται με βάση τις κατά τόπους ανάγκες.

γ) Στην εύρεση ομαλών μεθόδων στην απόκτηση εναυσμάτων και πράξεων.

Παρά το γεγονός ότι τελικά το πρόγραμμα είναι ελαστικό ορίζεται από τις καθιερωμένες αξίες που υποστηρίζουν την φροντίδα του ετοιμοθάνατου και πηγάζουν από την βιβλιογραφία και την πείρα.

3. Διατίμηση της διαδικασίας.

Μόλις το πλαίσιο εργασίας τεθεί σε χρήση ένα σύστημα οργάνωσης τακτικού ελέγχου θα υπάρξει για να εκτιμήσει την τοπική πρόοδο στην ποιότητα. Αυτό παρέχει καθοδήγηση και υποστήριξη σε αυτούς που μετέχουν στο πρόγραμμα και βοηθά στο να συμφωνηθούν οι στόχοι. Το Π.Ε. σαν σύνολο μπορεί να λειτουργήσει σε δύο επίπεδα. Στο οργανωτικό επίπεδο, οι αξίες και οι προσδιορισμένες ανάγκες υγείας του πληθυσμού δίνουν την κατεύθυνση και καθορίζουν τους στόχους των υπηρεσιών. Οι αρχές που υπόκεινται στην εξειδικευμένη φροντίδα που χρειάζεται στους ετοιμοθάνατους ανθρώπους και τις οικογένειές τους δεν είναι καλά θεμελιωμένες και αυτές καθορίζουν τις εξειδικευμένες αξίες και το περιεχόμενο των υπηρεσιών προς τους ετοιμοθάνατους ανθρώπους (31).

5.2 Προτάσεις για την προετοιμασία των νοσηλευτών για την αντιμετώπιση του αρρώστου που πεθαίνει.

Βάσει μιας έρευνας που έγινε προ ετών σε Σπουδάστριες Ανωτέρας Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων στην Αθήνα, βρέθηκε ότι το 70,6% των Σπουδαστριών αισθάνονται τις γνώσεις τους ανεπαρκείς για τη νοσηλεία αρρώστων που πεθαίνουν.

Είναι γεγονός ότι χρειάζεται να ληφθεί ειδική μέριμνα για την προετοιμασία Αδελφών, Ιατρών και άλλων που ασχολούνται με παρόμοιες περιπτώσεις, ώστε οι άρρωστοι αυτοί να έχουν καλύτερη φροντίδα και αντιμετώπιση. Σε άλλες χώρες άρχισε η διακλαδική εκπαίδευση των Σπουδαστών επαγγελματιών Υγείας από κοινού για το θέμα αυτό. Επίσης τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα διοργανώνουν ειδικά σεμινάρια, στα οποία λαμβάνουν μέρος οι Ιερείς των Νοσοκομείων, Ιατροί, Αδελφές, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Ψυχίατροι κ.λ.π. Με αυτό τον τρόπο όλοι διευρύνουν τις

γνώσεις τους, αλλά και αλληλοβοηθούνται για την καλύτερη αντιμετώπιση των αρρώστων που πεθαίνουν και των συγγενών τους.

Το Συμβούλιο Ευρώπης συγκάλεσε Ομάδα Εργασίας Εμπειρογνομόνων για τη Μελέτη του θέματος «Φροντίδα του Ανθρώπου που Πεθαίνει» και ασχολήθηκε με τα σχετικά προβλήματα του θανάτου.

Η Ομάδα Εργασίας το 1979 κατέληξε στα ακόλουθα συμπεράσματα, τα οποία υπέβαλε στην Επιτροπή Δημόσιας Υγείας του Συμβουλίου Ευρώπης για υιοθέτηση από τις κυβερνήσεις των μελών-κρατών.

Λαμβάνοντας υπ' όψη ότι:

- 1.Ο θάνατος δεν συμβαίνει πάντοτε αιφνίδια αλλά ότι είναι μια διεργασία, το προσωπικό πρέπει να υιοθετήσει νέα στάση προς τον άρρωστο που πεθαίνει στο σπίτι ή στο νοσοκομείο.
- 2.Η ποιότητα της νοσηλείας γενικά στα κράτη της Ευρώπης δε συμβαδίζει με την πρόοδο της τεχνολογίας και της ιατρικής.
- 3.Οι σημερινές συνθήκες της σύγχρονης ζωής και η αυξανόμενη εκβιομηχανοποίηση δημιουργούν πίεση (STRESS) και μοναξιά.
- 4.Ο πληθυσμός της Ευρώπης αυξάνει σε υπερήλικες, όλο και περισσότερο οι άνθρωποι αυτοί πεθαίνουν σε νοσοκομεία και άλλα ιδρύματα, χωρίς αυτά να προσφέρουν κατάλληλες υπηρεσίες.
- 5.Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στις Ευρωπαϊκές χώρες είναι μεγάλη.
- 6.Η εκπαίδευση για τη φροντίδα του αρρώστου που πεθαίνει είναι ελλιπής.
- 7.Η δυσκολία και τα εμπόδια επικοινωνίας μεταξύ ιδρυμάτων και κοινότητας είναι φανερή.
- 8.Ο θάνατος δημιουργεί λυπηρά συναισθήματα για όσους εργάζονται σε παρόμοιες συνθήκες και χρειάζονται βοήθεια και υποστήριξη.
- 9.Ο πόνος και άλλα συμπτώματα συνοδεύουν τον άρρωστο που πεθαίνει μέχρι το τέλος, χωρίς να χρησιμοποιούνται μέσα και τρόποι ανακουφίσεως, πολλές φορές λόγω γνώσεως και μη ορθής αντιμετώπισης.

Η Επιτροπή προτείνει:

- 1.Την υιοθέτηση ειδικών μέτρων, που συζητήθηκαν στην Επιτροπή, και την αναμόρφωση της νομοθεσίας, όπου χρειάζεται.

2.Την προώθηση ενιαίου σχεδίου αντιμετώπισης του αρρώστου που πεθαίνει μεταξύ των μελών- κρατών του Συμβουλίου Ευρώπης που να υλοποιηθούν σε ορισμένο χρονικό διάστημα απ' όλα τα κράτη.

Πολλές χώρες, κυρίως η Αμερική που άρχισε από τη δεκαετία του 1970 αλλά και η Ευρώπη τελευταία, οργανώνουν ειδικά προγράμματα για τις Αδελφές σχετικά με τη φροντίδα των αρρώστων που πεθαίνουν. Τα μαθήματα αυτά συμπεριλαμβάνονται στο γενικό πρόγραμμα της βασικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης αλλά και σε μεταπτυχιακά προγράμματα.

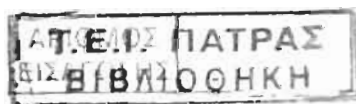
Σκοπός παρόμοιων προγραμμάτων είναι να ευαισθητοποιήσουν τις σπουδάστριες και τις Αδελφές και να τις καθιστούν ικανές να ενεργούν αποτελεσματικά σε περιπτώσεις κρίσεως, αλλά και να αναγνωρίζουν τις προσωπικές και ιδιαίτερες ανάγκες των αρρώστων που πεθαίνουν. Αυτό σημαίνει:

- 1.Ανάλυση της φιλοσοφίας και της στάσεως των σπουδαστριών και των αδελφών προς τον δικό τους θάνατο.
- 2.Ενεργητική και ενσυνείδητη φροντίδα του αρρώστου που πεθαίνει.
- 3.Δημιουργία αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας στον άρρωστο, καθώς και βοήθεια στους συγγενείς που παρευρίσκονται κατ' αυτή την ώρα του θανάτου (22).

Η αντιμετώπιση του ασθενούς που πεθαίνει και των συγγενών του θα πρέπει να ξεκινά από τη βασική εκπαίδευση ιατρικής ή νοσηλευτικής σαν ξεχωριστή σειρά μαθημάτων.

Στη διάρκεια των σπουδών να δίνεται η δυνατότητα συμμετοχής σε ομάδες εργασίας, όπου οι φοιτητές ιατρικής ή νοσηλευτικής θα έχουν την ευκαιρία να μοιραστούν με άλλους συναδέλφους τους, τους προσωπικούς τους φόβους, ανησυχίες, προβληματισμούς και προσωπικές εμπειρίες σε θέματα θανάτου. Την εποπτεία αυτών των ομάδων θα πρέπει να έχει εξειδικευμένο διδακτικό προσωπικό.

Ποιοτικές μελέτες έχουν προτείνει σειρά θεμάτων που πρέπει να περιλαμβάνονται στα προγράμματα εκπαίδευσης των νοσηλευτριών στη φροντίδα του αρρώστου που πεθαίνει. Τέτοια θέματα αποτελούν: οι αντιδράσεις των νοσηλευτριών μπροστά στη σκηνή του θανάτου και η ενθάρρυνση συμμετοχής της οικογένειας του ασθενούς στις τελευταίες στιγμές του συγγενή τους, η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας (ιδίως στον πόνο), οι αντιδράσεις απέναντι στο θυμό του ασθενούς, η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς του οποίου η υγεία βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση, η παροχή υποστήριξης προς τους συναδέλφους, η



ανταπόκριση στις ανάγκες της οικογένειας του ασθενούς που πεθαίνει, η ευκαιρία προσωπικής εξέλιξης και αλλαγής της στάσης της νοσηλεύτριας απέναντι στο ρόλο κατά τη φροντίδα του ετοιμοθάνατου (21).

Η διδασκαλία των αξιών έχει πολύ μεγάλη σπουδαιότητα για την εκπαίδευση γενικά και ιδιαίτερα για τους σπουδαστές των επαγγελματιών υγείας. Οι καθηγητές νοσηλευτικής, οι οποίοι σέβονται τον εαυτό τους και τους σπουδαστές, μπορούν να τους εμπνέουν, ώστε να νοσηλεύουν με σεβασμό τον άρρωστο. Όταν οι σπουδαστές δοκιμάζουν προσωπικά το σεβασμό εκ μέρους των άλλων, μαθαίνουν να εκδηλώνουν παρόμοιο σεβασμό προς τους αρρώστους. Ο σεβασμός προς τους ανθρώπους είναι η στάση, την οποία οφείλουμε να τηρούμε απέναντι των άλλων με τους οποίους πρόκειται να συνεργαστούμε δημιουργικά.

Η προσωπική καλλιέργεια των φοιτητών πρέπει να αποτελεί κεντρικό σκοπό της εκπαίδευσης, γιατί η νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη, η οποία επιστρατεύει την όλη προσωπικότητα του νοσηλευτή. Μεγαλύτερη σημασία έχει, το τι είναι ο νοσηλευτής σαν άνθρωπος και όχι τι κάνει. Οι δάσκαλοι οφείλουν πάντοτε να γνωρίζουν, ότι η εκπαίδευση αποβλέπει στην προετοιμασία των νοσηλευτών, οι οποίοι δεν θα είναι απλά επιστημονικά και τεχνικά καταρτισμένοι, αλλά θα έχουν ευρεία μόρφωση με νοσηλευτική δεξιοτεχνία και ψυχικό εξοπλισμό, αποτελούμενο από αξίες, όπως είναι ο σεβασμός προς την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, «η συμπάθεια, η κατανόηση και η δυνατότητα για ψυχική ωρίμανση». Η επιστήμη της νοσηλευτικής, δηλαδή το θεωρητικό πλαίσιο της νοσηλευτικής, πρέπει να περιλαμβάνει σύστημα πεποιθήσεων και αξιών, καθώς και την εφαρμογή τους στην πράξη. Η διδασκαλία των αξιών πρέπει να αποτελεί μέρος του νοσηλευτικού προγράμματος (23).

Πρόσφατα επίσης προσδιορίστηκαν και ορισμένες αρχές και πεποιθήσεις που πρέπει να λαμβάνουν υπ' όψη όσοι σχεδιάζουν προγράμματα εκπαίδευσης του προσωπικού σχετικά με το θάνατο, το θνήσκειν και τις απώλειες στη ζωή. Τέτοιες πεποιθήσεις είναι ότι: α) Στον κύκλο της ζωής, συχνά ερχόμαστε αντιμέτωποι με καταστάσεις που απειλούν τη ζωή, με μη αντιστρεπτές απώλειες, αλλά και με τα όρια που η θνητότητα μας επιβάλλει. β) Αυτές οι καταστάσεις έχουν αντίκτυπο στη σωματική, ψυχολογική, κοινωνική, πολιτισμική, διανοητική και φιλοσοφική διάσταση του ατόμου. γ) Ο θάνατος και οι απώλειες βιώνονται σαν απροσδόκητα και ανεξέλεγκτα συμβάντα, που οδηγούν σε αισθήματα απελπισίας και αβοήθητου. δ) Ωστόσο, κάποιοι τρόποι αντιμετώπισης των καταστάσεων αυτών είναι πιο αποδοτικοί

από άλλους, ενώ η κοινωνική υποστήριξη εκείνες τις στιγμές μπορεί να βοηθήσει στην αποτελεσματική αντιμετώπισή τους. ε) Το κοινωνικό περιβάλλον, η παιδεία, η τεχνολογία, ο πολιτισμός, οι αξίες, οι παραδόσεις, τα ήθη, επηρεάζουν τον τρόπο αντίδρασης και την εμπειρία αυτών των καταστάσεων απώλειας, απειλής ή θανάτου. στ) Συχνά ερχόμαστε αντιμέτωποι με ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα (π.χ. εφαρμογή θεραπειών που βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο, ευθανασία) και παίρνουμε αποφάσεις που αφορούν τη ζωή των άλλων. ζ) Η πυρηνική απειλή, η τρομοκρατία, ο πόλεμος, η εγκληματικότητα, που προβάλλουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης καθημερινά, ανακινούν το υπαρξιακό άγχος. η) Θέματα σχετικά με την αντιμετώπιση των απωλειών, θα πρέπει να διδάσκονται ήδη από τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Ωστόσο οι μελέτες αξιολόγησης των προγραμμάτων εκπαίδευσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα σχετικά με το θάνατο, εμφανίζουν συχνά μεθοδολογικά προβλήματα ερευνητικού σχεδιασμού, αξιοπιστίας και εγκυρότητας των οργάνων μέτρησης του άγχους του θανάτου και των στάσεων απέναντι στη φροντίδα του ασθενή που πεθαίνει, αλλά και προβλήματα ανάλυσης των δεδομένων.

Η ευαισθητοποίηση γιατρών και νοσηλευτριών σε θέματα επικοινωνίας με τον ασθενή που πεθαίνει θα οδηγήσει και σε μεγαλύτερη αίσθηση επάρκειάς τους και σε θετικότερη στάση απέναντι στη φροντίδα του. Επίσης θα οδηγήσει και σε μικρότερα επίπεδα επαγγελματικής κόπωσης, που στα ογκολογικά νοσοκομεία φαίνεται να επηρεάζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς. Αυτό έχει αναγνωριστεί και από όσους εργάζονται σε προγράμματα φροντίδας αρρώστων τελικού σταδίου, που διαπιστώνουν ότι «μερικές φορές δημιουργούμε σχέσεις επικοινωνίας με τους ασθενείς στις οποίες επενδύουμε ενδιαφέρον και έγνοια, αλλά η ανθρώπινη φύση που πονά στην απώλεια αυτών των σχέσεων, βάζει μια μεγάλη δυσκολία για όσους παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς αυτούς». Όπως, αναφέρει ο Ιακωβίδης πρέπει να είμαστε σε θέση να εξαλείψουμε πολλά από τα προβλήματα στην ποιότητα ζωής των ασθενών, ώστε οι ασθενείς να ζουν με αξιοπρέπεια και αυτοσεβασμό και όχι απλώς να υπάρχουν (21).

5.3 Η αντιμετώπιση του θανάτου στο σπίτι, στο Γενικό Νοσοκομείο, στον Ξενώνα.

Η υγεία, η αρρώστια και ο θάνατος είναι συνυφασμένα με την ύπαρξη του ανθρώπου. Ιδιαίτερα ο θάνατος είναι μια γενική και αναπόφευκτη εμπειρία, που αργά ή γρήγορα θα κόψει το νήμα της ζωής μας είτε σαν βιολογική κατάληξη της ανθρώπινης φύσης μας είτε σαν ένα αιφνίδιο γεγονός μετά από ατύχημα ή κάποιο νοσολογικό αίτιο.

Οι ταχύρυθμες εξελίξεις της επιστήμης και της τεχνολογίας επέφεραν τεράστιες οικονομικές, κοινωνικές και πολιτιστικές αλλαγές. Ιδιαίτερα η εκβιομηχανοποιημένη, αστικοποιημένη και τεχνολογικά αναπτυσσόμενη κοινωνία μας επηρέασε την παλιά παραδοσιακή δομή της οικογένειας, με αποτέλεσμα να αλλάξει ο ρυθμός της ζωής μας. Γεγονότα, όπως ο θάνατος, που άλλοτε αντιμετωπίζονταν από το ζεστό και προσωπικό περιβάλλον της οικογένειας, σήμερα συμβαίνουν μέσα σε πολυθόρυβα Νοσοκομεία Οξέων Νοσημάτων ή μέσα στα διάφορα Ιδρύματα της Κοινωνικής Πρόνοιας.

Ο θάνατος μέσα στο σπίτι.

Μέχρι το πρώτο τέταρτο του 20ού αιώνα η φροντίδα υγείας προς την οικογένεια παρείχετο σχεδόν στο σύνολο της μέσα στο σπίτι. Οι συγγενείς, οι φίλοι και οι παραδοσιακοί εργάτες υγείας, πρακτικοί ή μη, πρόσφεραν τεχνική, συναισθηματική και πνευματική υποστήριξη στον άνθρωπο, από τη γέννηση μέχρι και το θάνατό του. Συνήθως, ο άνθρωπος πέθαινε μέσα στη θαλπωρή του σπιτιού του, που τη θέρμαινε η στοργική φροντίδα των προσφιλών του προσώπων. Μέσα στο τόσο γνώριμο και αγαπημένο περιβάλλον του σπιτιού του, ο άνθρωπος δεμένος με τα προσωπικά του αντικείμενα και τις αναμνήσεις, που σχετίζονται μ' αυτά, απολάμβανε αισθήματα άνεσης και σιγουριάς. Ακόμη, μέσα στο σπίτι του, ο άρρωστος μπορούσε να διατηρεί τις προσωπικές του συνήθειες και να τις εκφράζει ανεπιφύλακτα.

Όμως, μετά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο η φροντίδα υγείας παρουσιάζει σημαντικές αλλαγές. Η μέχρι τότε περιορισμένη χρήση των εμβολίων διευρυνόταν

όλο και περισσότερο, ενώ η χρήση των σουλφαμίδων, σε συνδυασμό και με τις βελτιωμένες τεχνικές της απολύμανσης και αποστείρωσης προανήγγειλαν μια νέα εποχή για τη φροντίδα υγείας, που ολοκληρώθηκε με την ανακάλυψη των αντιβιοτικών. Οι αλλαγές αυτές επηρέασαν τον τρόπο παροχής της φροντίδας υγείας, με αποτέλεσμα η αντιμετώπιση των βαριά πασχόντων, και ιδιαίτερα εκείνων που βρίσκονταν στο τελικό στάδιο της ζωής τους, με αργό και σταθερό ρυθμό να μετακινηθεί από το σπίτι στο Νοσοκομείο.

Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο οι εκρηκτικές εξελίξεις της ιατρικής και της τεχνολογίας, ιδιαίτερα η αλματώδης ανάπτυξη της χειρουργικής στη διόρθωση, αφαίρεση και μεταμόσχευση οργάνων, καθώς και η ανάπτυξη υποστηρικτικών συστημάτων ζωής, όπως η παρεντερική σίτιση, η περιτοναϊκή διάλυση, η τεχνητή καρδιακή βηματοδότηση, οι τεχνικές αναζωογόνησης και τόσα άλλα μέσα και ευκολίες που διαθέτει σήμερα το Νοσοκομείο συνέβαλαν – σε κάποιο βαθμό – να αναπτυχθεί ένα αίσθημα ασφάλειας προς το νοσοκομείο, με συνέπεια να παρατηρείται αυξημένη προσέλευση των αρρώστων μέσα σ’ αυτό και μάλιστα εκείνων των αρρώστων, που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους.

Μια δεύτερη κοινωνική διάσταση στο φαινόμενο της αύξησης του δείκτη των θανάτων μέσα στο Νοσοκομείο μπορεί να ερμηνεύει τον φόβο του ανθρώπου προς τον θάνατο και την άρνηση του να τον αποδεχτεί στην κοινωνική του ζωή (32). Πράγματι, ο σύγχρονος άνθρωπος τείνει να απομακρύνεται από το πιο βέβαιο γεγονός της ζωής του. Η διαπίστωση, ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των φοιτητών και φοιτητριών της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής απάντησε, ότι δεν είχε αντιμετωπίσει τον θάνατο μέχρι τη στιγμή που ερωτήθηκε, δίνει κάποια εξήγηση στο φαινόμενο αυτό. Ακόμη, η προσπάθεια του ανθρώπου να αντικαταστήσει το ρήμα «πέθανε» με ευφημιστικότερα και περισσότερο ανώδυνα ρήματα, όπως «έφυγε», «ξεκουράστηκε», «αναπαύτηκε» κλπ., ενισχύουν τον παραπάνω ισχυρισμό.

Οι παραπάνω τάσεις ανεξάρτητα από την αιτία από την οποία πηγάζουν υποδηλώνουν, ότι μια νέα διάσταση στην παροχή της φροντίδας υγείας άρχισε να συντελείται. Δηλαδή, η πρωταρχική ευθύνη για τη φροντίδα υγείας, που άλλοτε ήταν βασισμένη στο σπίτι, προοδευτικά μετατίθεται από τα πιο κοντινά και αγαπημένα πρόσωπα του αρρώστου μέσα στο Νοσοκομείο (33).

Ο θάνατος μέσα στο Νοσοκομείο.

Τα τελευταία χρόνια η ποσοστιαία αναλογία των επερχόμενων θανάτων στα Νοσοκομεία αυξάνει συνεχώς. Οι άρρωστοι που πεθαίνουν στα Νοσοκομεία της Αγγλίας από το γενικό πληθυσμό υπερβαίνουν το 50% (34), ενώ από τον αστικό πληθυσμό το 70% (35). Σε πρόσφατη βιβλιογραφία αναφέρεται, ότι ο δείκτης των θανάτων στα Νοσοκομεία των Η.Π.Α. πλησιάζει το 85% (36). Ακόμη διαπιστώθηκε, ότι σε κεντρική περιοχή της Στοκχόλμης το 85% των θανάτων σημειώθηκαν στα διάφορα ιδρύματα (37). Στην Ελλάδα, το 1956 οι άρρωστοι που πέθαιναν στα Νοσοκομεία ήταν 17,5%, ενώ το 1981 το ποσοστό αντιστοιχούσε σε 42,1%. Η αύξηση αυτή εκδηλώθηκε τόσο στις αστικές, όσο και στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές (38).

Σε εργασία που έγινε στο Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός», διαπιστώθηκε, ότι σε σχέση με τον αριθμό των εξερχόμενων αρρώστων, ο οποίος παρέμεινε σχετικά σταθερός στην πενταετία 1980-1984, ο δείκτης των θανάτων στην αντίστοιχη χρονική περίοδο αυξήθηκε σταθερά και για τα δύο φύλα.

Είναι γεγονός ότι το Νοσοκομείο αποτελεί το τεχνικό και επιστημονικό πλαίσιο της υγείας του ανθρώπου. Μέσα σ' αυτό λαβαίνει χώρα μια κρίσιμη διαλεκτική μεταξύ υγείας και αρρώστιας και δίνεται αδιάκοπα η πιο σκληρή μάχη για τη διάσωση της ζωής του ανθρώπου. Όμως παρά τον ιλιγγιώδη ρυθμό ανάπτυξης της τεχνολογίας και βιοτεχνολογίας, ο θάνατος απρόσκλητος, ανεπιθύμητος και αδιάκριτος παραμένει αναπόφευκτο βιολογικό και κοινωνικό γεγονός για όλους τους ανθρώπους. Αναφέρεται, ότι στις δύο τελευταίες δεκαετίες το 1/3 των νοσοκομειακών κρεβατιών καταλαμβάνεται από αρρώστους που πεθαίνουν ή που πρόκειται να πεθάνουν μέσα στο χρόνο (39).

Αλλά, ας περάσουμε στο χώρο του Γενικού Νοσοκομείου, για να παρακολουθήσουμε τον τρόπο, με τον οποίο αντιμετωπίζονται και καλύπτονται οι ποικίλες ανάγκες του αρρώστου, που βρίσκεται στην τελική φάση της ζωής του.

Με την ανάπτυξη της ιατρικής εξειδίκευσης φάνηκε, ότι κάθε όργανο ή σύστημα του ανθρώπινου σώματος θα απαιτούσε δικό του γιατρό, δική του κλινική και μια μεγάλη ποικιλία από ειδικούς, που θα παρείχαν εξειδικευμένη φροντίδα. Δεν άργησε όμως να φανεί, ότι η νέα αυτή τάση απομάκρυνε την ολιστική προσέγγιση της φροντίδας, με αποτέλεσμα ο άνθρωπος εξεταζόμενος σε σχέση με την επιμέρους

λειτουργία των οργάνων του να αντιμετωπίζεται σαν ένα βιολογικό αντικείμενο. Πράγματι, η παρέμβαση της σύγχρονης τεχνολογίας στη διατήρηση των σημείων της ζωής με τεχνητά μέσα περιέθαλψε την ψευδαίσθηση, ότι κάποια αόριστη αναβολή του θανάτου μπορούσε να επιτευχθεί. Ακόμη κι αυτές οι τελευταίες στιγμές της ζωής του ανθρώπου ήταν εξαρτημένες περισσότερο από τη λειτουργία των μηχανημάτων, παρά από τη φυσιολογική δική του λειτουργία.. Το ερώτημα, πόσο χρόνο θα έπρεπε να υποστηριχτεί η ζωή με τεχνητά μέσα, πριν από το 1970, δεν είχε απασχολήσει την ιατρική σκέψη.

Οι ανησυχίες όμως για τον τεμαχισμό και την απρόσωπη φροντίδα, η οποία παρείχετο στον άρρωστο που πεθαίνει μέσα στο Γενικό Νοσοκομείο, απασχόλησαν το νέο τομέα της ψυχοσωματικής ιατρικής. Το ενδιαφέρον αυτού του τομέα δεν περιορίστηκε μόνο στη διερεύνηση των μηχανισμών, που συντελούν στην ανάπτυξη των ψυχοσωματικών νοσημάτων. Παράλληλα μελέτησε την ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ανθρώπου στα διάφορα νοσήματα, καθώς και την επίδραση, την οποία ασκούσαν τα άτομα που παρείχαν τη φροντίδα υγείας στη γενικότερη προσαρμογή του αρρώστου μέσα στο νοσοκομείο. Επίσης, η συμπεριφορά και οι αντιδράσεις του αρρώστου προς τον επερχόμενο θάνατο, καθώς και οι φάσεις που διέρχεται, μέχρι όταν συμβιβαστεί με το γεγονός του θανάτου και φτάσει στη φάση της παραδοχής, της αποκατάστασης και της ολοκλήρωσης της εμπειρίας, έχουν γίνει αντικείμενο πολλών ερευνητικών μελετών (40).

Μια πλήρη εικόνα του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο ο άρρωστος αντιμετωπίζει την τελική φάση της ζωής του, καθώς και της στάσης του προσωπικού απέναντι στο θάνατο και τον άρρωστο που πεθαίνει, αποτυπώθηκε από την Kubler-Ross στο βιβλίο της “On Death and Dying” το 1969. Πιστεύουμε, ότι η παρακάτω παράγραφος εκφράζει καθολικότερο χαρακτήρα, χωρίς βέβαια να αποκλείονται και οι εξαιρέσεις:

«**Ο** άρρωστος μπορεί να εκλιπαρεί για ανάπαυση, ειρήνη, αξιοπρέπεια, αλλά θα δεχτεί μεταγγίσεις, καρδιογράφους και όταν το καλέσει η ανάγκη και τραχειοστομία. Μπορεί να επιθυμεί κάποιον να σταματήσει, έστω και για ένα λεπτό της ώρας, να του απευθύνει μια μοναδική ερώτηση και όμως, θα περάσουν πολλοί άνθρωποι σ’ ολόκληρο το 24ωρο, όλοι απορροφημένοι με την πνευμονική και καρδιακή του λειτουργία, με τις εκκρίσεις και τις απεκκρίσεις του, εκτός από τον ίδιο σαν μια ανθρώπινη ύπαρξη».

Στην προκειμένη περίπτωση ο θάνατος αντιμετωπίζεται σαν ένα κλινικό φαινόμενο και λιγότερο σαν ένα ανθρώπινο γεγονός. Αυτήν την αυξανόμενη, μηχανική και απροσωποποιημένη προσέγγιση του αρρώστου η Kubler-Ross την ερμηνεύει σαν έναν τρόπο κινητοποίησης του μηχανισμού της δικής μας άμυνας, να δεχτούμε την έλλειψη της παντοδυναμίας μας, τους περιορισμούς και την αποτυχία μας και τέλος την άρνηση του επερχόμενου θανάτου του αρρώστου, που στην τελική ανάλυση μας θυμίζει και το δικό μας θάνατο (41). Στη μελέτη των Glaser και Strauss υποστηρίχτηκε, ότι οι άρρωστοι, που βρίσκονται στην τελική φάση της ζωής τους μέσα στο παραδοσιακό περιβάλλον του νοσοκομείου, συχνά αγνοούνται και αποφεύγονται από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό και ότι αυτή η συμπεριφορά δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα στους αρρώστους, όπως τη μοναξιά και την απόσυρση, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η θεραπευτική επικοινωνία (42). Ο Feder από τις αναρίθμητες συναντήσεις, που είχε μ' αυτήν την ομάδα των ασθενών, διαπίστωσε, ότι η μεγαλύτερη γι' αυτούς απειλή δεν ήταν ο φόβος του θανάτου, όσο ο φόβος της προοδευτικής απομόνωσης και το αναπτυσσόμενο αίσθημα της μοναξιάς (43). Οι παραπάνω φόβοι είναι περισσότερο συχνοί στους ηλικιωμένους αρρώστους, οι οποίοι πολύ συχνά εγκαταλείπονται ακόμη και από τα πιο κοντινά τους πρόσωπα. Στη μελέτη των Bowling και Cartwright βρέθηκε, ότι το 74% των ηλικιωμένων αρρώστων, που πεθαίνουν μέσα στα νοσοκομεία, στις τελευταίες στιγμές της ζωής τους, βρέθηκαν μόνοι στερημένοι της ψυχολογικής υποστήριξης, την οποία δίνει η θετική παρουσία των συγγενών ή των φίλων τους (44).

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται, ότι στους αρρώστους, που βρίσκονται στην τελική φάση της ζωής τους στο νοσοκομείο, δεν παρέχεται με ευχαρίστηση η νοσηλεία από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο τείνει να αποσύρεται κοινωνικά μεταθέτοντας την ευθύνη σε όλα τα μέλη της ομάδας. Επίσης αναφέρεται, ότι οι φοιτητές της Ιατρικής δεν προσεγγίζουν με ευκολία αυτούς τους ασθενείς, ενώ οι νοσηλευτές καθυστερούν περισσότερο να απαντήσουν στις κλήσεις τους. Ως προς τους γιατρούς αναφέρεται, ότι φοβούνται το θάνατο περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους και ότι στην προσπάθειά τους να τον αποφύγουν υιοθετούν διάφορες στρατηγικές, όπως της αποφυγής ή της ηρωικής ιατρικής παρέμβασης (45). Τέλος, σε μελέτη του Κέντρου Πολιτικής των Ηλικιωμένων (C.P.A.) στην Αγγλία εκφράζεται η άποψη, ότι μπορεί οι φυσικές ανάγκες των αρρώστων, που βρίσκονται στην τελική

φάση της ζωής τους, να καλύπτονται, διαπιστώνεται όμως, ότι δεν διατίθεται χρόνος για την κάλυψη των συναισθηματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών τους αναγκών. Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται ακόμη περισσότερο, από τη διαφορετική οργανωτική και λειτουργική δομή των νοσηλευτικών τμημάτων, των οποίων ο εξοπλισμός προσανατολίζεται σε μία πολύ διαφορετική ομάδα ιατρικών προτεραιοτήτων (46).

Στην ίδια περίπου χρονική περίοδο, οι παραπάνω απόψεις δημιούργησαν αντιεπιστημονικό κλίμα, που αμφισβητούσε τη χρήση της εντατικής τεχνολογίας. Κατά ερωτήματα όπως, σε ποιες περιπτώσεις και μέχρι ποιο σημείο θα έπρεπε να διακόψει το έργο της η θεραπευτική, για να συνεχίσει τις προσπάθειες της μόνο η φροντίδα, ή κατά πόσο θα έπρεπε να πληροφορηθεί ο άρρωστος τον επερχόμενο θάνατο, έχουν μείνει αναπάντητα. Παράλληλα, το θέμα του εγκεφαλικού θανάτου και της ευθανασίας απασχόλησαν αναρίθμητα διεθνή συνέδρια.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις και προβληματισμοί συνέπεσαν με τις μεγάλες κοινωνικές αλλαγές, των οποίων οι επιδράσεις επηρέασαν όχι μόνο τη στάση των επαγγελματιών υγείας, αλλά σε κάποιο βαθμό κι αυτά τα συστήματα υγείας. Τα δικαιώματα των αρρώστων απασχόλησαν τις διοικήσεις των νοσοκομείων, ενώ οι υποχρεώσεις των επαγγελματιών υγείας προς την κοινωνία, τους αρρώστους και τις οικογένειες τους εξετάζονται και επανακαθορίζονται στους νέους οργανισμούς των νοσοκομείων. Οι άρρωστοι μαζί με τις οικογένειες τους σχημάτιζαν ομάδες, που κέρδιζαν όλο και μεγαλύτερη κοινωνική αναγνώριση.

Στα οργανωμένα συστήματα υγείας, η κίνηση για συλλογική αντιμετώπιση των ποικίλων προβλημάτων του αρρώστου εκδηλώθηκε με την καθιέρωση της διεπιστημονικής ομάδας. Ακόμη, η συμμετοχή του αρρώστου στην ομάδα αποτελεί απόδειξη της αναγνώρισης του δικαιώματος του για πληροφόρηση, καθώς και της συμμετοχής του στις αποφάσεις, που παίρνονται στο σχεδιασμό της νοσηλευτικής του φροντίδας. Ένα ακόμη θετικό σημείο στη νεωτεριστική αυτή άποψη είναι, ότι αναγνώρισε το ρόλο της οικογένειας ως πηγής υποστήριξης για τον άρρωστο που πεθαίνει και ενθαρρύνθηκε η συμμετοχή της, ως μέλους στις δραστηριότητες της ομάδας.

Παράλληλα ο θεσμός του Ξενώνα, που είχε ήδη αρχίσει να δοκιμάζεται στην Αγγλία, αποτελεί μία έκφραση στους νοσηλευτικούς προβληματισμούς της Cicely Saunders. Με την ίδρυση του Ξενώνα μία νέα νοσηλευτική διάσταση καθιερώνεται,

που έχει σαν στόχο την ανθρωπινότερη προσέγγιση των αναγκών του αρρώστου, καθώς και την παροχή υποστήριξης στους συγγενείς του, που δοκιμάζουν μία τραυματική εμπειρία. Με την υποδειγματική λειτουργία του Ξενώνα St. Christopher's στην Αγγλία, η νοσηλευτική άνοιξε το δρόμο σε μία νέα παράμετρο φροντίδας, την ανακουφιστική φροντίδα (47).

Ο θάνατος μέσα στον Ξενώνα.

Οι πρώτες κινήσεις για την καθιέρωση του θεσμού του ξενώνα τοποθετούνται στη δεκαετία του 1950. Η ίδρυση των ξενώνων είναι μία έκφραση των ψυχολογικών αντιδράσεων, που προκάλεσε ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι ανάγκες των αρρώστων που βρίσκονταν στο τελικό στάδιο της ζωής τους μέσα στο γενικό νοσοκομείο. Οι υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων προσανατολισμένες προς τη θεραπεία κάνουν ευρεία χρήση της υψηλής τεχνολογίας, με αποτέλεσμα ο άρρωστος που πεθαίνει να εγκαταλείπεται στην επιβλητική της επιρροή.

Η ανάγκη για παροχή ανθρωπινότερης φροντίδας προς τον άρρωστο που πεθαίνει ενσωματώθηκε στην αντίληψη της φιλοσοφίας του ξενώνα. Τα ιδρύματα αυτά είτε είναι προσαρμοσμένα σε νοσοκομειακές μονάδες είτε λειτουργούν ανεξάρτητα μέσα στα σύγχρονα συστήματα υγείας. Κερδίζουν συνεχώς παραδοχή και δημοτικότητα και από το ιατρικό προσωπικό και τους άλλους εργατές υγείας, αλλά πολύ περισσότερο από το νοσηλευτικό προσωπικό, του οποίου η θέση μέσα στο νέο θεσμό του ξενώνα είναι στρατηγική.

Η αλλαγή της στάσης ιδιαίτερα του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού προς το θάνατο και τον άρρωστο που πεθαίνει αποτελεί ορόσημο στην ιστορία της φροντίδας για την υγεία. Και τούτο, γιατί ο θάνατος πριν από λίγο χρόνο εκλαμβάνονταν σαν αποτυχία της ιατρικής και νοσηλευτικής παρέμβασης.

Η φιλοσοφία του ξενώνα είναι ένας νέος κοινωνικός μηχανισμός, που χαρακτηρίστηκε ως ανθρωπιστική κίνηση και «μεταρρύθμιση» της φροντίδας υγείας. Η αντίληψη της ανακουφιστικής φροντίδας, προοδευτικά συγχωνεύτηκε σε σώμα γνώσεων με αρχές και στόχους, που κεντρικό τους πυρήνα έχουν την ολιστική προσέγγιση των αναγκών του αρρώστου. Οι ανάγκες του αρρώστου μέσα στον ξενώνα αντιμετωπίζονται συλλογικά από τη διακλαδική ομάδα. Ο ρόλος της ομάδας είναι πολυδιάστατος, διότι καλύπτει ένα ευρύ φάσμα φυσικών, ψυχολογικών,

κοινωνικών και πνευματικών αναγκών του αρρώστου. Παράλληλα, η ομάδα υποστηρίζει την οικογένεια να συμφιλιωθεί με το επερχόμενο γεγονός του θανάτου, ενώ μετά τον θάνατο την βοηθάει να ξαναβρεί τον κανονικό ρυθμό της ζωής της, με μία ομαλή κοινωνική επανένταξη.

Μία άλλη παράμετρος της ανακουφιστικής φροντίδας είναι η σύνδεσή της με το σπίτι. Στην περίπτωση που η οικογένεια ή ο άρρωστος εκφράσει την επιθυμία να πεθάνει στο σπίτι του, η επιθυμία του αναγνωρίζεται και ικανοποιείται. Η επέκταση της ανακουφιστικής φροντίδας, από τον ξενώνα στο σπίτι και το αντίθετο, αποτελεί ευέλικτη τάση, που επιτρέπει στον άρρωστο να διαλέξει το μέρος που προτιμάει να περάσει τις τελευταίες στιγμές της ζωής του. Στην προκειμένη περίπτωση, η ευθύνη της φροντίδας του αρρώστου και η παροχή υποστήριξης στους συγγενείς του αναλαμβάνεται από ειδική ομάδα «Home Care Team» ή «Continuing Care Team», η οποία ανήκει στον ξενώνα και της οποίας σκοπός είναι η συνέχιση της ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της υπόλοιπης ζωής του αρρώστου.

Στη σύντομη αυτή ανασκόπηση φάνηκε, ότι η νοσηλευτική φροντίδα προς τον άρρωστο που πεθαίνει, παρ' όλες τις αλλαγές που υπέστη στα διάφορα στάδια της πορείας της επιστρέφει πάλι στην οικογένεια. Οι νέες τάσεις δείχνουν, ότι ο άνθρωπος επιθυμεί να περάσει τις τελευταίες στιγμές της ζωής του στο μέρος, όπου πρωτοαντίκρουσε τη ζωή (48).

Η νοσηλευτική παρέμβαση υποστηριζόμενη και από τα άλλα μέλη της ομάδας προσφέρει ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα. Το γεγονός, ότι η παρουσία της νοσηλευτικής σε 24ωρη βάση κοντά στον άρρωστο που πεθαίνει κάνει τη θέση της κεντρική, την ευθύνη της σημαντική και τη συμβολή της αξιόλογη.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί και συμμετέχει στην αγωνία, που δοκιμάζει ο άρρωστος, ανεξάρτητα από το μέρος όπου πεθαίνει. Με το ειλικρινές ενδιαφέρον της και τις επιτυχείς διαπροσωπικές της δεξιότητες προσπαθεί να διατηρεί τα κανάλια της επικοινωνίας ανοιχτά με τον άρρωστο, στην προσπάθειά της να αναπτύξει δημιουργικό διάλογο, που τροφοδοτεί την ελπίδα και προάγει την ψυχική ηρεμία, προϋποθέσεις απαραίτητες για την εξασφάλιση αξιοπρεπούς και ειρηνικού θανάτου (49).

Συμπερασματικά πρέπει να λεχθεί, ότι ο τρόπος, με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι ανάγκες του αρρώστου που πεθαίνει, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη φιλοσοφία, τις αξίες και τα αισθήματα κυρίως του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και λιγότερο από το μέρος όπου συμβαίνει ο θάνατος.

Οι παραπάνω παράμετροι καθορίζουν το μέτρο της ανθρωπιστικής φροντίδας είτε αυτή παρέχεται μέσα σε πολυθόρυβα νοσοκομεία με υπερσύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό, είτε στους ξενώνες με το ειδικευμένο προσωπικό και τις ανάλογες ευκολίες ή ακόμη και στο ίδιο το σπίτι του αρρώστου.

***Η** αγάπη έχει παντού πρόσβαση, αρκεί να υπάρχει (50).*

II.
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Εισαγωγικό Σημείωμα.

Ονομαζόμαστε Ηλία Αθηνά και Αδαμοπούλου Μαρία. Η εργασία αυτή που κληθήκαμε να συνάψουμε έχει ως σκοπό την διερεύνηση των τρόπων αντιμετώπισης περιστατικών αναπόφευκτου θανάτου αρρώστων μέσα στο χώρο του νοσοκομείου. Στηρίζεται κατά πολύ στο παρακάτω ερωτηματολόγιο που είναι αδύνατον να ολοκληρωθεί χωρίς την πολύτιμη βοήθεια σας.

Οι ερωτήσεις απευθύνονται σε νοσηλευτές, -τριες που κατά την διάρκεια της εργασίας τους είναι πιθανόν να συναντήσουν ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Οι απαντήσεις θα παραμείνουν αυστηρά ανώνυμες όπως το απαιτεί η λεπτή και ευαίσθητη φύση του θέματος. Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική και η αποχώρηση από αυτή, αν πάσα στιγμή, αναφαίρετο δικαίωμα του συμμετέχοντος.

Για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη άντληση συμπερασμάτων, σας παρακαλούμε να επιλέξετε τις απαντήσεις με ειλικρίνεια και περισυλλογή.

Σας ευχαριστούμε θερμά που δεχθήκατε να συμμετάσχετε σε αυτήν μας την προσπάθεια.

Ερωτηματολόγιο με θέμα:

«Η νοσηλευτική στη στήριξη του ασθενή στο τελικό στάδιο της ζωής του».

1. Φύλο: Άρρεν Θήλυ
2. Ηλικία: α. 20-24 χρονών
β. 25-29 χρονών
γ. 30-34 χρονών
δ. 35-39 χρονών
ε. 40-49 χρονών
στ. 50-59 χρονών
ζ. 60 χρονών και άνω
3. Οικογενειακή κατάσταση: α. Παντρεμένος -η
β. Ανύπαντρος -η
γ. Διαζευγμένος -η
δ. Χήρος -α
4. Αριθμός παιδιών: _____
5. Θρήσκευμα: _____
6. Επίπεδο εκπαίδευσης: α. Δ.Ε.
β. Τ.Ε.
γ. Π.Ε.
7. α. Χρόνια προϋπηρεσίας: ____
β. Χρόνια προϋπηρεσίας σε τμήμα με ασθενείς σε τελικό στάδιο: ____
8. Νοσηλευτικό αξίωμα: α. Νοσηλεύτης -τρια
β. Υπεύθυνη τμήματος
γ. Προϊσταμένη τμήματος
δ. Άλλο _____

Πάντα Συνήθως Σπάνια Ποτέ

9. Η νοσηλεία ασθενών τελικού σταδίου προκαλεί άγχος και στρες στους νοσηλευτές.
10. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να έχει γνώσεις εξελικτικής ψυχολογίας (παροχή συναισθηματικής υποστήριξης) και ηθικής δεοντολογίας (ηθικά διλήμματα).
11. Ένας ασθενής στο τελικό στάδιο της ζωής του χρειάζεται περισσότερη συναισθηματική υποστήριξη από ότι οι βιώσιμοι ασθενείς.
12. Η επαφή ενός ασθενή τελικού σταδίου με τη θρησκεία τον βοηθά να αντιμετωπίσει τις φοβίες του.
13. Η ανάγκη του ασθενή που πεθαίνει να βρίσκεται κοντά στο οικογενειακό περιβάλλον κάνει απαραίτητη την μεταφορά του στο σπίτι.
14. Η λειτουργία μιας ειδικής μονάδας περίθαλψης ασθενών τελικού σταδίου θα μπορούσε να αποδώσει στην Ελλάδα όπως στην Ευρώπη.
15. Η ανώδυνη παραμονή ασθενή τελικού σταδίου στο νοσοκομείο (χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων) σχετίζεται με τον αξιοπρεπή θάνατο.
16. Η συναισθηματική φόρτιση των νοσηλευτών από κάποια εμπειρία θανάτου στο νοσοκομείο μεταφέρεται στο οικογενειακό του περιβάλλον.

Πάντα Συνήθως Σπάνια Ποτέ

17. Δουλεύοντας με ασθενείς τελικού σταδίου το νοσηλευτικό προσωπικό δένεται συναισθηματικά μαζί τους.

18. Το νοσηλευτικό προσωπικό αποφεύγει να δένεται συναισθηματικά με ασθενείς τελικού σταδίου από άμυνα έναντι στο άγχος και το φόβο που προκαλεί ο θάνατος.

19. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία αυτού που πεθαίνει, τόσο μεγαλύτερη είναι η αρνητική ψυχολογία που αναπτύσσεται στους νοσηλευτές.

20. Το άγχος αντιμετωπίζεται καλύτερα με:

α) μουσική	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) συζήτηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) κακές συνήθειες (κάπνισμα, αλκοόλ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ) άλλο _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Το άγχος που προκαλείτε από τον φόβο του θανάτου έχει κοινούς τρόπους αντιμετώπισης με το καθημερινό άγχος.

22. Αναφέρατε τον τρόπο που επιλέγεται να αντιμετωπίσετε κάποια αγχώδη εμπειρία θανάτου.

III.
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

I. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας.

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας, με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη – Καρδάση 1991).

B. Πληθυσμός – δείγμα.

Για τη συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε νοσηλευτικά ιδρύματα της Πάτρας. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από ένα δείγμα που αποτελούταν από 50 άτομα.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από το Σεπτέμβριο έως το Νοέμβριο του 2001 στην περιοχή της πόλης της Πάτρας. Οι ερωτηθέντες συναντήθηκαν με το μέλος της ερευνητικής ομάδας στα νοσηλευτικά ιδρύματα της περιοχής της Πάτρας.

Δ. Συλλογή δεδομένων.

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτηθέντα, ότι μπορούσε να μην απαντήσει στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσε να διακόψει τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διήρκεσε περίπου 15 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων.

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- η μόνιμη εργασιακή σχέση με το νοσηλευτικό ίδρυμα
- η ιδιότητα του ερωτηθέντα (να μην είναι διοικητικός κλπ)

και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν τα 50 ερωτηματολόγια από το σύνολο των 52 που διανεμήθηκαν.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής.

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας, εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης). Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο, το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο και το φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Z. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με έναν ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SigmaStat 1.0 for Windows.

1.1 Περιγραφική Κατανομή.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

1.2 Στατιστικές Συγκρίσεις.

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το

ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων, ήταν το chi-square ή χ^2 (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για τη συνέχεια) ή το Fishers exact όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής ήταν μικρότερη του 5.

Στο τέλος των αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από: 1) Μέγεθος του δείγματος και βαθμοί ελευθερίας, 2) τιμή της χ^2 , 3) Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p - value).

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα $p < 0,05$.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1 Περιγραφική κατανομή του δείγματος.

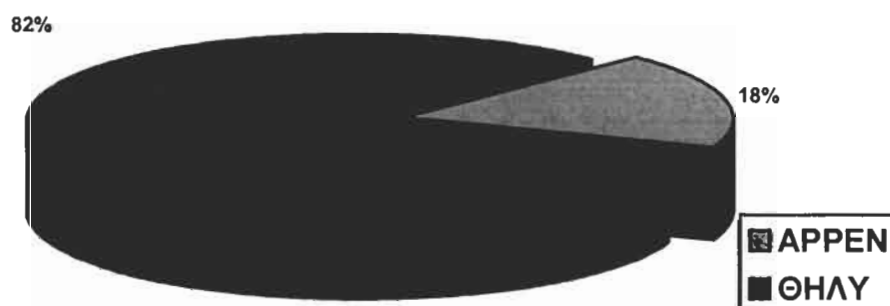
Δημογραφικά στοιχεία

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ συνήθως ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

Πίνακας 1. Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΡΡΕΝ	9	18
ΘΗΛΥ	41	82
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες.

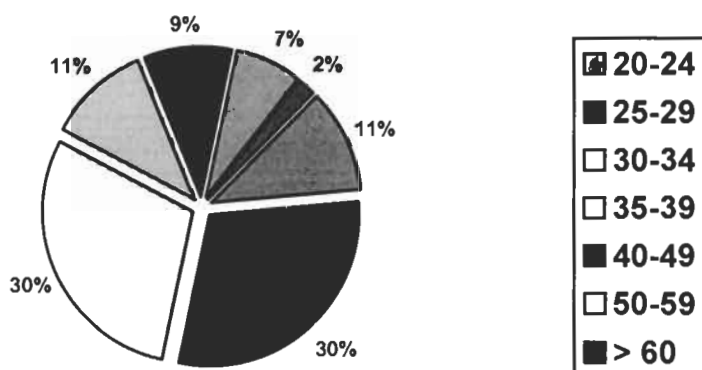


Σχήμα 1. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

Πίνακας 2. Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
20-24 ετών	6	12
25-29	16	32
30-34	16	32
35-39	6	12
40-49	5	10
50-59	4	8
> 60 ετών	1	2
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 25 και μικρότερης των 35 ετών.



Σχήμα 2. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

Πίνακας 3. Κατανομή απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ	21	42
ΑΝΥΠΑΝΤΡΟΣ	27	54
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	2	4
ΧΗΡΟΣ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ανύπαντροι.

Πίνακας 4. Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με τα παιδιά τους

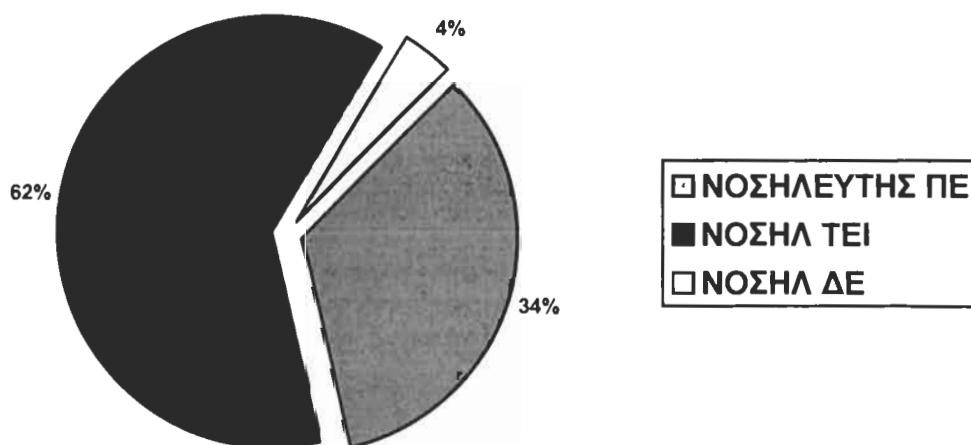
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
έως 2	22	92
3-4	2	8
ΣΥΝΟΛΟ	24	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν έως 2 παιδιά.

Πίνακας 5. Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευσή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
Δ.Ε.	17	34
Τ.Ε.	31	62
Π.Ε.	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν νοσηλευτές (ΤΕΙ).



Σχήμα 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευσή τους.

Πίνακας 6: Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με τα έτη εργασίας τους.

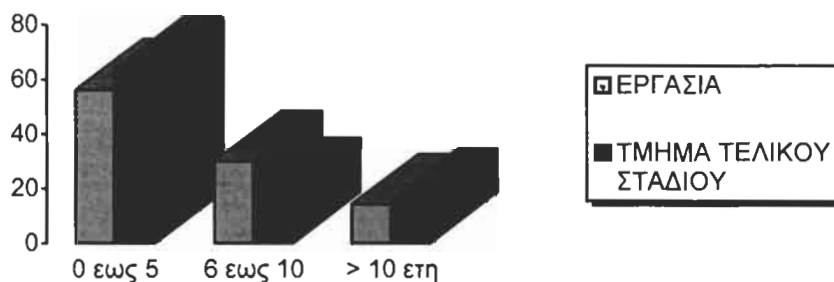
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
0 – 5 ετη	28	56
6 – 10	15	30
> 10 ετη	7	14
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα εργάζονταν λιγότερο από 5 έτη στο χώρο του νοσοκομείου.

Πίνακας 7: Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με τα έτη εργασίας τους σε τμήμα με ασθενείς σε τελικό στάδιο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
0 – 5 ετη	32	64
6 – 10	10	20
> 10 ετη	8	16
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα εργάζονταν λιγότερο από 5 έτη στο χώρο του νοσοκομείου σε τμήμα με ασθενείς σε τελικό στάδιο.



Σχήμα 4. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με τα έτη εργασίας τους.

Πίνακας 8. Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με την ειδικότητά τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	30	60
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ	7	14
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ	3	6
ΑΛΛΟ	10	20
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

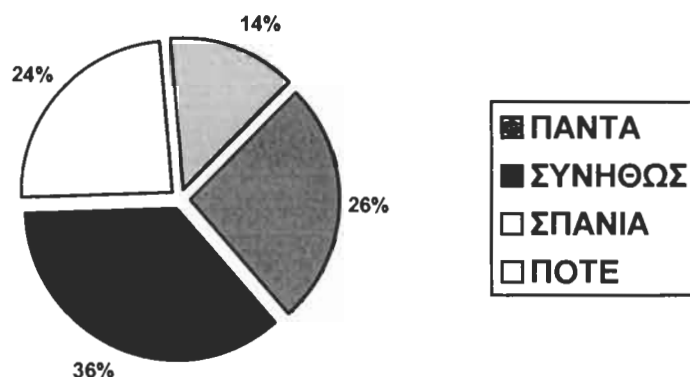
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα εργάζονταν στο χώρο του νοσοκομείου ως Νοσηλευτές.

Απαντήσεις σε σχέση με το θέμα.

Πίνακας 9. Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν τους προκαλεί άγχος η νοσηλεία ασθενών σε τελικό στάδιο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΝΤΑ	13	26
ΣΥΝΗΘΩΣ	18	36
ΣΠΑΝΙΑ	12	24
ΠΟΤΕ	7	14
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι τους προκαλεί συνήθως άγχος η νοσηλεία ασθενών σε τελικό στάδιο.

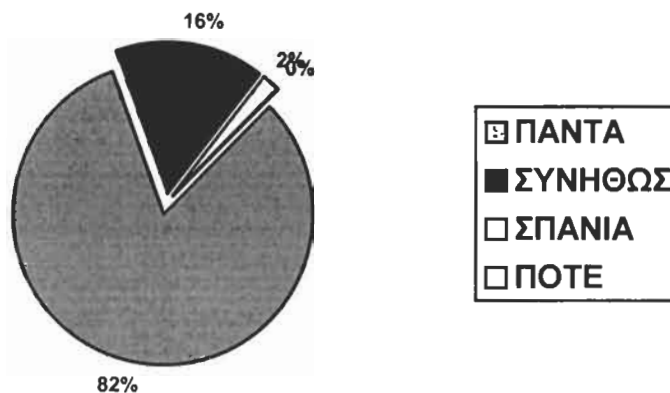


Σχήμα 5. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν τους προκαλεί άγχος η νοσηλεία ασθενών σε τελικό στάδιο.

Πίνακας 10. Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα πρέπει να έχουν ειδικές γνώσεις ψυχολογίας για την αντιμετώπιση των ασθενών σε τελικό στάδιο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΝΤΑ	41	82
ΣΥΝΗΘΩΣ	8	16
ΣΠΑΝΙΑ	1	2
ΠΟΤΕ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θα πρέπει να έχουν ειδικές γνώσεις ψυχολογίας για την αντιμετώπιση των ασθενών σε τελικό στάδιο.

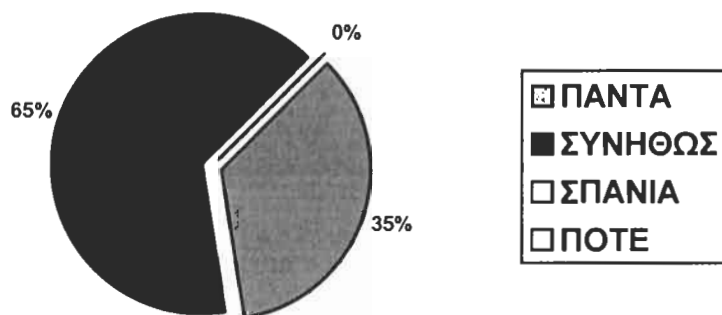


Σχήμα 6. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα πρέπει να έχουν ειδικές γνώσεις ψυχολογίας για την αντιμετώπιση των ασθενών σε τελικό στάδιο.

Πίνακας 11. Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν χρειάζονται οι ασθενείς αυτοί, περισσότερη συναισθηματική υποστήριξη.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΝΤΑ	24	28
ΣΥΝΗΘΩΣ	26	52
ΣΠΑΝΙΑ	0	0
ΠΟΤΕ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι χρειάζονται οι ασθενείς αυτοί περισσότερη συναισθηματική υποστήριξη.

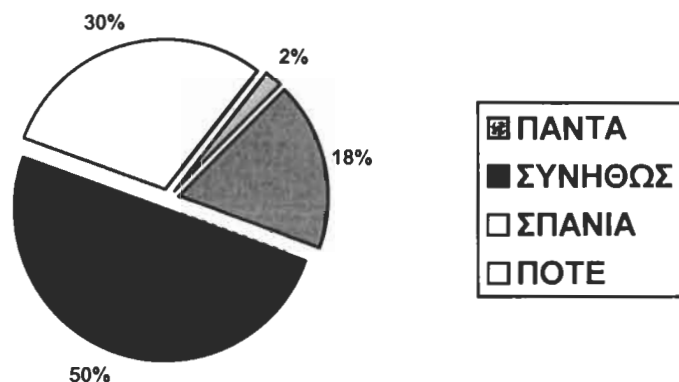


Σχήμα 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν χρειάζονται οι ασθενείς αυτοί, περισσότερη συναισθηματική υποστήριξη.

Πίνακας 12. Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η θρησκευτική πίστη βοηθά τον ασθενή στο τελικό στάδιο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΝΤΑ	9	18
ΣΥΝΗΘΩΣ	25	50
ΣΠΑΝΙΑ	15	30
ΠΟΤΕ	1	2
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η θρησκευτική πίστη συνήθως βοηθά τον ασθενή στο τελικό στάδιο .



Σχήμα 8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θρησκευτική πίστη βοηθά τον ασθενή στο τελικό στάδιο.

Πίνακας 13. Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι απαραίτητη η μεταφορά του ασθενούς στο σπίτι του.

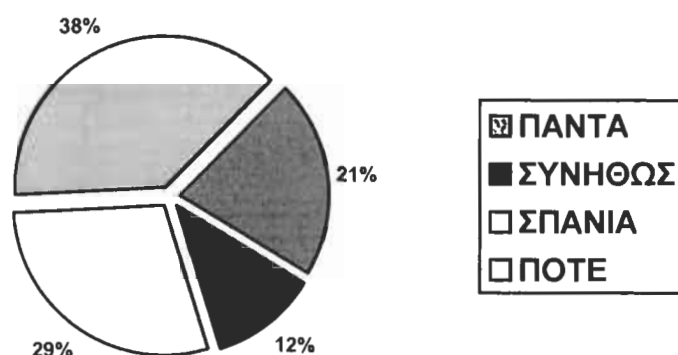
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΝΤΑ	7	14
ΣΥΝΗΘΩΣ	24	48
ΣΠΑΝΙΑ	17	34
ΠΟΤΕ	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν συνήθως ότι είναι απαραίτητη η μεταφορά του ασθενούς στο σπίτι του.

Πίνακας 14: Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι απαραίτητη η δημιουργία ειδικής μονάδας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΝΤΑ	11	22
ΣΥΝΗΘΩΣ	4	8
ΣΠΑΝΙΑ	15	30
ΠΟΤΕ	20	40
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι ΔΕΝ είναι απαραίτητη η δημιουργία ειδικής μονάδας.

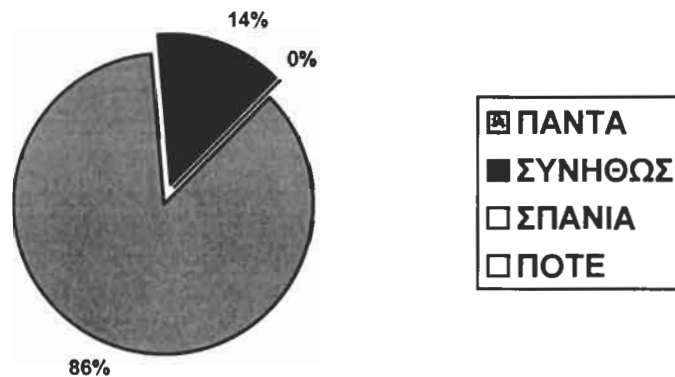


Σχήμα 9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι απαραίτητη η δημιουργία ειδικής μονάδας.

Πίνακας 15. Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ο αξιοπρεπής θάνατος σχετίζεται με τη χρήση αναλγητικών.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΝΤΑ	43	86
ΣΥΝΗΘΩΣ	7	14
ΣΠΑΝΙΑ	0	0
ΠΟΤΕ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι πάντα ο αξιοπρεπής θάνατος σχετίζεται με τη χρήση αναλγητικών.

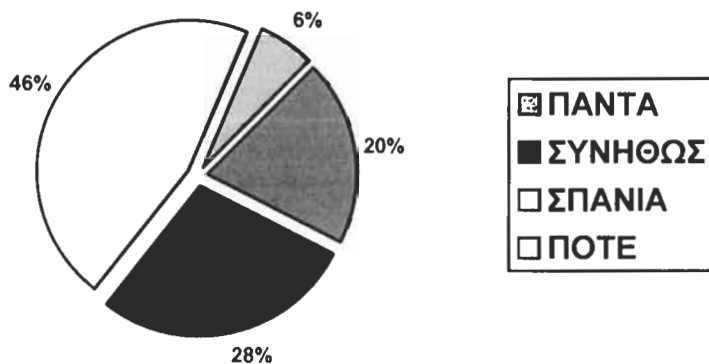


Σχήμα 10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αξιοπρεπής θάνατος σχετίζεται με τη χρήση αναλγητικών.

Πίνακας 16. Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν μεταφέρουν τη συναισθηματική τους φόρτιση στην οικογένειά τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΝΤΑ	10	20
ΣΥΝΗΘΩΣ	14	28
ΣΠΑΝΙΑ	23	46
ΠΟΤΕ	3	6
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα σπάνια μεταφέρουν τη συναισθηματική τους φόρτιση στην οικογένειά τους.

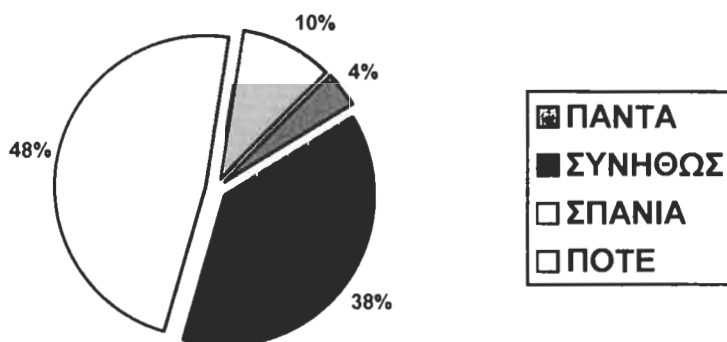


Σχήμα 11: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν μεταφέρουν τη συναισθηματική τους φόρτιση στην οικογένειά τους .

Πίνακας 17: Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν δένονται συναισθηματικά με τους ασθενείς τελικού σταδίου.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΝΤΑ	2	4
ΣΥΝΗΘΩΣ	19	38
ΣΠΑΝΙΑ	24	48
ΠΟΤΕ	5	10
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα **σπάνια** δένονται συναισθηματικά με τους ασθενείς τελικού σταδίου.

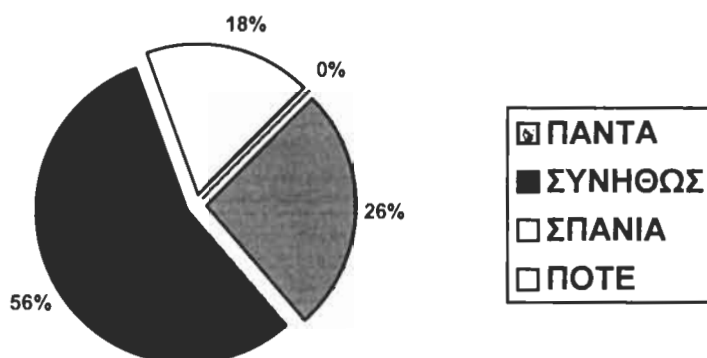


Σχήμα 12. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν δένονται συναισθηματικά με τους ασθενείς τελικού σταδίου.

Πίνακας 18: Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αποφεύγουν να δένονται συναισθηματικά με τους ασθενής τελικού σταδίου από άμυνα στο άγχος.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΝΤΑ	13	26
ΣΥΝΗΘΩΣ	28	56
ΣΠΑΝΙΑ	9	18
ΠΟΤΕ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα συνήθως αποφεύγουν να δένονται συναισθηματικά με τους ασθενής τελικού σταδίου από άμυνα στο άγχος .



Σχήμα 13. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αποφεύγουν να δένονται συναισθηματικά με τους ασθενής τελικού σταδίου από άμυνα στο άγχος.

Πίνακας 19. Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν σχετίζεται η ψυχολογία τους με την ηλικία του ασθενούς σε τελικό στάδιο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΝΤΑ	25	50
ΣΥΝΗΘΩΣ	20	40
ΣΠΑΝΙΑ	4	8
ΠΟΤΕ	1	2
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι πάντα σχετίζεται η ψυχολογία τους με την ηλικία του ασθενούς σε τελικό στάδιο.

Πίνακας 20. Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι σχετίζεται η αντιμετώπιση του άγχους καλύτερα.

□ Α. ΜΟΥΣΙΚΗ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΝΤΑ	14	28
ΣΥΝΗΘΩΣ	16	32
ΣΠΑΝΙΑ	12	24
ΠΟΤΕ	8	16
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

□ Β. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΝΤΑ	21	42
ΣΥΝΗΘΩΣ	24	48
ΣΠΑΝΙΑ	5	10
ΠΟΤΕ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

□ Γ. ΚΑΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

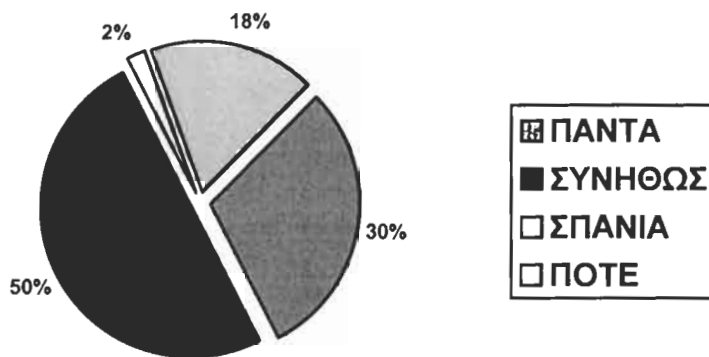
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΝΤΑ	29	58
ΣΥΝΗΘΩΣ	7	14
ΣΠΑΝΙΑ	9	18
ΠΟΤΕ	5	10
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι το άγχος τους αντιμετωπίζεται καλύτερα συνήθως με τη μουσική, τη συζήτηση και ΠΑΝΤΑ με τις κακές συνήθειές τους.

Πίνακας 21. Κατανομή των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν το άγχος που έχει σχέση με το φόβο του θανάτου αντιμετωπίζεται όπως και το καθημερινό άγχος.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΝΤΑ	15	30
ΣΥΝΗΘΩΣ	25	50
ΣΠΑΝΙΑ	1	2
ΠΟΤΕ	9	18
ΣΥΝΟΛΟ	50	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι συνήθως το άγχος που έχει σχέση με το φόβο του θανάτου αντιμετωπίζεται όπως και το καθημερινό άγχος.



Σχήμα 14. Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν το άγχος που έχει σχέση με το φόβο του θανάτου αντιμετωπίζεται όπως και το καθημερινό άγχος.

2.2 Συσχετίσεις ερωτήσεων.

Πίνακας 1. Συσχέτιση των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ανάγκης για ειδικές γνώσεις ψυχολογίας και των διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης (Ερώτηση 10 και 5).

Αριθμός	Δ.Ε.	Τ.Ε.	Π.Ε.	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΝΤΑ	15	25	1	41
ΣΥΝΗΘΩΣ	2	5	1	8
ΣΠΑΝΙΑ	0	1	0	1
ΠΟΤΕ	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	17	31	2	50

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
6	2.6	0.6

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ανάγκης για ειδικές γνώσεις ψυχολογίας και των διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 2: Συσχέτιση των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του αν δένονται συναισθηματικά με τους ασθενείς τους και των μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης (Ερώτηση 17 και 5).

Αριθμός	Δ.Ε.	Τ.Ε.	Π.Ε.	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΝΤΑ	0	1	1	2
ΣΥΝΗΘΩΣ	4	15	0	19
ΣΠΑΝΙΑ	12	11	1	24
ΠΟΤΕ	1	4	0	5
ΣΥΝΟΛΟ	17	31	2	50

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
6	17.5	0.007

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του αν δένονται συναισθηματικά με τους ασθενείς τους και των μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά αφού οι Νοσηλευτές Τ.Ε. δένονται συνήθως με τους ασθενείς τους.

Πίνακας 3: Συσχέτιση των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ανάγκης για ειδική μονάδα και των διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης (Ερώτηση 14 και 5).

Αριθμός	Δ.Ε.	Τ.Ε.	Π.Ε.	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΝΤΑ	5	6	0	11
ΣΥΝΗΘΩΣ	0	4	0	4
ΣΠΑΝΙΑ	7	7	1	15
ΠΟΤΕ	5	14	1	20
ΣΥΝΟΛΟ	17	31	2	50

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
6	5.7	0.45

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ανάγκης για ειδική μονάδα και των διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 4: Συσχέτιση των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του αν μεταφέρουν το άγχος τους στην οικογένειά τους και των ετών προϋπηρεσίας σε σχετικό τμήμα (Ερώτηση 6 και 7).

Αριθμός	0-5	6-10	> 10	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΝΤΑ	3	4	3	10
ΣΥΝΗΘΩΣ	8	3	3	14
ΣΠΑΝΙΑ	19	2	2	23
ΠΟΤΕ	2	1	0	3
ΣΥΝΟΛΟ	32	10	8	50

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
6	9.6	0.14

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του αν μεταφέρουν το άγχος τους στην οικογένειά τους και των ετών προϋπηρεσίας σε σχετικό τμήμα δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 5: Συσχέτιση των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ανάγκης για ειδικές γνώσεις ψυχολογίας και των ετών προϋπηρεσίας σε σχετικό τμήμα (Ερώτηση 10 και 7).

Αριθμός	0-5	6-10	> 10	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΝΤΑ	26	8	7	41
ΣΥΝΗΘΩΣ	5	2	1	8
ΣΠΑΝΙΑ	1	0	0	1
ΠΟΤΕ	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	32	10	8	50

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
6	0.7	0.9

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ανάγκης για ειδικές γνώσεις ψυχολογίας και των ετών προϋπηρεσίας σε σχετικό τμήμα δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 6: Συσχέτιση των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ανάγκης για ειδική μονάδα και των ετών προϋπηρεσίας σε σχετικό τμήμα (Ερώτηση 14 και 7).

Αριθμός	0-5	6-10	> 10	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΝΤΑ	8	1	2	11
ΣΥΝΗΘΩΣ	3	1	0	4
ΣΠΑΝΙΑ	11	1	3	15
ΠΟΤΕ	10	7	3	20
ΣΥΝΟΛΟ	32	10	8	50

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
6	6.14	0.4

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ανάγκης για ειδική μονάδα και των ετών προϋπηρεσίας σε σχετικό τμήμα δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 7: Συσχέτιση των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ανάγκης για ειδικές γνώσεις ψυχολογίας των και των ειδικοτήτων τους (Ερώτηση 10 και 8).

Αριθμός	ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	ΥΠΕΥΘΥΝΗ	ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ	ΑΛΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΝΤΑ	24	4	3	10	41
ΣΥΝΗΘΩΣ	5	3	0	0	8
ΣΠΑΝΙΑ	1	0	0	0	1
ΠΟΤΕ	0	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	30	7	3	10	50

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
9	6.7	0.3

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ανάγκης για ειδικές γνώσεις ψυχολογίας των και των ειδικοτήτων τους δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 8: Συσχέτιση των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του αν δένονται συναισθηματικά με τους ασθενείς τους των και των ειδικοτήτων τους (Ερώτηση 17 και 8).

Αριθμός	ΝΟΣΗΛΕΥ ΤΡΙΑ	ΥΠΕΥΘΥΝ Η	ΠΡΟΪΣΤΑΜ ΕΝΗ	ΑΛΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΝΤΑ	1	1	0	0	2
ΣΥΝΗΘΩΣ	13	2	1	3	19
ΣΠΑΝΙΑ	13	3	2	6	24
ΠΟΤΕ	3	1	0	1	5
ΣΥΝΟΛΟ	30	7	3	10	50

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
9	4.1	0.9

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του αν δένονται συναισθηματικά με τους ασθενείς τους των και των ειδικοτήτων τους δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 9: Συσχέτιση των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του αν αποφεύγουν να δένονται με τους ασθενείς σε τελικό στάδιο σαν άμυνά τους από το άγχος και της οικογενειακής τους κατάστασης (Ερώτηση 18 και 3).

Αριθμός	ΠΑΝΤΡΕΜΕ ΝΟΣ	ΑΝΥΠΑΝΤ ΡΟΣ	ΔΙΑΖΕΥΓΜ ΕΝΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΝΤΑ	6	7	0	13
ΣΥΝΗΘΩΣ	12	16	0	28
ΣΠΑΝΙΑ	3	4	2	9
ΠΟΤΕ	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	21	27	2	50

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
4	9.3	0.06

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του αν αποφεύγουν να δένονται με τους ασθενείς σε τελικό στάδιο σαν άμυνά τους από το άγχος και της οικογενειακής τους κατάστασης δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 10: Συσχέτιση των απαντήσεων 50 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του αν μεταφέρουν την φόρτισή τους στην οικογένειά τους και της οικογενειακής τους κατάστασης (Ερώτηση 16 και 3).

Αριθμός	ΠΑΝΤΡΕΜΕ ΝΟΣ	ΑΝΥΠΑΝΤ ΡΟΣ	ΔΙΑΖΕΥΓΜ ΕΝΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΝΤΑ	3	6	1	10
ΣΥΝΗΘΩΣ	4	10	0	14
ΣΠΑΝΙΑ	12	10	1	23
ΠΟΤΕ	2	1	0	3
ΣΥΝΟΛΟ	21	27	2	50

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
6	5.1	0.5

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του αν μεταφέρουν την φόρτισή τους στην οικογένειά τους και της οικογενειακής τους κατάστασης δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά.

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξάχθη κατά την περίοδο Σεπτεμβρίου – Νοεμβρίου 2001 στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της ευρύτερης περιοχής των Πατρών, από το σύνολο των 50 ερωτηθέντων το 82% ήταν γυναίκες. Οι περισσότεροι εξ' αυτών ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 25 και μικρότερης των 35 ετών. Σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση το 54% ήταν ανύπαντροι ενώ το 92%, από 24 ερωτηθέντες έδειξε ότι είχαν έως 2 παιδιά. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν νοσηλευτές ΤΕΙ. Επίσης, το 56% όσων ερωτήθηκαν εργάζονταν λιγότερο από 5 έτη στο χώρο του Νοσοκομείου. Ειδικότερα, μόνο ένα 16% έχει προϋπηρεσία μεγαλύτερη των 10 χρόνων σε τμήματα με ασθενείς σε τελικό στάδιο. Οι περισσότεροι εργάζονται σε χώρο του Νοσοκομείου ως νοσηλευτές.

Στην ερώτηση αν η νοσηλεία των ασθενών σε τελικό στάδιο προκαλεί άγχος οι περισσότεροι απάντησαν ότι συνήθως τους επηρεάζει, ενώ συμφώνησαν ότι πάντα θα πρέπει να έχουν ειδικές γνώσεις ψυχολογίας για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων ασθενών. Το 52% υποστηρίζει ότι συνήθως οι ασθενείς τελικού σταδίου έχουν περισσότερη ανάγκη συναισθηματικής υποστήριξης. Επίσης, από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι κατά τη γνώμη των ερωτηθέντων η θρησκευτική πίστη συνήθως βοηθά τον ασθενή στο τελικό στάδιο. Το 48% υποστηρίζει ότι συνήθως η μεταφορά του ασθενή στο σπίτι είναι απαραίτητη. Αντίθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό δεν κρίνει απαραίτητη τη δημιουργία ειδικής μονάδας νοσηλείας ασθενών σε τελικό στάδιο. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι πάντα ο αξιοπρεπής θάνατος σχετίζεται με τη χρήση αναλγητικών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 46% σπάνια μεταφέρει τη συναισθηματική τους φόρτιση στην οικογένεια τους, όπως και δεν δένονται συναισθηματικά με τους ασθενείς τελικού σταδίου, συνήθως λόγω άμυνας έναντι του άγχους που δημιουργείται. Επίσης η ηλικία ενός ασθενούς τελικού σταδίου πάντα επηρεάζει την ψυχολογία των νοσηλευτών. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες θεωρούν ότι το άγχος τους αντιμετωπίζεται καλύτερα, συνήθως, με τη μουσική, τη συζήτηση και πάντα με τις κακές συνήθειές τους. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 50% θεωρεί, ότι το άγχος που έχει σε σχέση με το φόβο του θανάτου αντιμετωπίζεται όπως και το καθημερινό άγχος.

Συνεχίζοντας την έρευνα έγινε συσχέτιση των ερωτήσεων στην προσπάθειά μας να εντοπίσουμε στατιστικές διαφορές. Αναλυτικότερα, στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ανάγκης για ειδικές γνώσεις ψυχολογίας και διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Αντίθετα, μεγάλη στατιστική διαφορά υπήρξε στη συσχέτιση του αν δένονται συναισθηματικά με τους ασθενείς και των διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δεν έκρινε απαραίτητη τη δημιουργία ειδικής μονάδας για ασθενείς τελικού σταδίου ανεξάρτητα από το επίπεδο εκπαίδευσής τους και από τα χρόνια προϋπηρεσίας σε σχετικό τμήμα. Η μεταφορά του άγχους στις οικογένειες των νοσηλευτών καθώς και η ανάγκη ειδικών γνώσεων ψυχολογίας, δεν φαίνεται να έχουν σχέση με την προϋπηρεσία τους σε τμήμα με ασθενείς τελικού σταδίου. Περαιτέρω συσχετισμοί απέδειξαν ότι η οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευτών που ερωτήθηκαν δεν επηρεάζει ούτε το ότι αποφεύγουν να δένονται με ασθενείς τελικού σταδίου σαν άμυνα από το άγχος, ούτε αν θα μεταφέρουν την ψυχολογική τους φόρτιση στις οικογένειές τους. Τέλος στην συσχέτιση των απαντήσεων 50 ερωτηθέντες για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του αν δένονται συναισθηματικά με τους ασθενείς και των ειδικοτήτων τους δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά.

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κρίνοντας τη σημαντικότητα των συμπερασμάτων θα θέλαμε να σταθούμε στα εξής σημεία.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν ανύπαντροι και νοσηλευτές ΤΕΙ. Είναι αξιοσημείωτο ότι ενώ η νοσηλεία ασθενών τελικού σταδίου δεν προκαλεί άγχος στους νοσηλευτές, εντούτοις επηρεάζονται ψυχολογικά από το νεαρό της ηλικίας τέτοιων ασθενών. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι οι ασθενείς τελικού σταδίου λαμβάνουν σημαντική ψυχολογική υποστήριξη από την πίστη τους στη θρησκεία και την παραμονή τους σε οικείο περιβάλλον (σπίτι).

Εξαιρετικά ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι σε σύγκριση με τα υπόλοιπα κράτη της Ευρώπης, στην Ελλάδα οι νοσηλευτές δεν κρίνουν απαραίτητη τη δημιουργία ειδικής μονάδας ασθενών τελικού σταδίου.

Κλείνοντας θα θέλαμε να επισημάνουμε ότι η πρώτη επιλογή των νοσηλευτών για την αντιμετώπιση του άγχους είναι οι κακές συνήθειες π.χ. το κάπνισμα, αλκοόλ.

IV.
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μονός Δ.: «Η αντιμετώπιση του θανάτου από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό», «Materia Medica Greca» (1986), τόμ.14, τεύχ. 4, σελ. 373-374, 375, 376, 377.
2. Knowles R.: “Dealing With Feelings: Managing Anxiety”, American Journal of Nursing, εκδ. 1981, τόμ. 81, τεύχ. 1, σελ. 110-111.
3. Francis G.: “Cancer: The Emotional Component”, American Journal of Nursing, εκδ. 1969, τόμ. 69, τεύχ. 8, σελ. 1677-1681.
4. Twycross E.: “Terminal Pain, Nursing Times”, εκδ. 1980, τεύχ. June 5, σελ. 1040-1042.
5. Edlund B., Sneed N.: “Emotional Responses to the Diagnosis of Cancer Age-related Comparisons”, Oncology Nursing Forum, εκδ. 1989, τόμ. 16, τεύχ. 5, σελ. 691-697.
6. Moritz D.: “Understanding Anger”, American Journal of Nursing, εκδ. 1978, τόμ. 78, τεύχ. 1, σελ. 81-83.
7. Crary W., Crary G.: “Depression”, American Journal of Nursing, εκδ. 1973, τόμ. 73, τεύχ. 3, σελ. 472-475.
8. Mahon S.: “Managing the Psychosocial Consequences of Cancer Recurrence Implications for Nurses”, Oncology Nursing Forum, εκδ. 1991, τόμ. 18, τεύχ. 3, σελ. 577-583.
9. Αρχιμ. Φάρος Φ.: «Το Πένθος – Ορθόδοξη Λαογραφική και Ψυχολογική θεώρηση», εκδ. Ακρίτας, Αθήνα 1981.
10. Δρ. Σαββοπούλου Γ.: «Η Έννοια των Ψυχολογικών Αναγκών στην Νοσηλευτική Ογκολογία», Πρακτικά 3^{ης} Ημερίδας, Θέμα «Αντιμετώπιση Ψυχολογικών αναγκών: Μια δυναμική πτυχή της Νοσηλευτικής Ογκολογίας», Ε.Σ.Α.Ν.Ε. Πειραιώς 1996, σελ.4.
11. Liposki Z. J.: “Physical Illness the Patient and his Environment”, American Handbook of Psychiatry, S. Arieti editor, vol. 4, basic Books, N. York 1975, pg.3-42.
12. Carey W. P.: “Psychological Sequel of Early Health Crisis”, Clin. Pediatr., εκδ. 1969, τεύχ. 8, σελ. 459.
13. Liposki Z. J.: “Delirium Clouding of Consinsness and Confusion”, J. Nerv. Ment. Dis., εκδ. 1967, τεύχ. 145, σελ. 227.
14. Kahana R. J., Bibring G. L.: “Personality Types in Medical Practice in a General Hospital”, EN. Zimberg editor, εκδ. International Universities Press, N. York 1964, σελ. 106-123.

15. Schmale A. H.: "Reaction to Illness", Convalescence and Grieving Psychological Clin., εκδ. 1966, τόμ. 3, σελ. 83.
16. Koos E. K.: "The Health of Regionvill", Columbia University Press, N. York 1954.
17. Πατηράκη Ε.: «Νοσηλευτική Συμβολή στην Ψυχολογική Αποκατάσταση και Ποιότητα Ζωής Αρρώστου με Καρκίνο», σεμινάριο Νοσηλευτικής 1991.
18. Σολδάτος Κ.: «Η αντιμετώπιση του Θνήσκοντος από Ανακούφιση του Πόνου των Καρκινοπαθών και Παρηγορική Αγωγή», Αθήνα 1996.
19. Λυμπέρη Σ., Ρώσση Ρ.: «Προδιαθεσικοί Παράγοντες στη Δημιουργία Ψυχολογικών Προβλημάτων στον Ασθενή με Καρκίνο», Πρακτικά 3^{ης} Ημερίδας, Θέμα «Αντιμετώπιση Ψυχολογικών αναγκών: Μια δυναμική πτυχή της Νοσηλευτικής Ογκολογίας», Ε.Σ.Α.Ν.Ε. Πειραιώς 1996, σελ. 11.
20. Fox R.: "Experiment Perilous Glencoe", Illinois, The Free Press 1999.
21. Αναγνωστόπουλος Φ., Ιακωβίδης Β.: «Ψυχολογικές Αντιδράσεις και Επιπτώσεις στους Νοσηλευτές της ΥΚΟΝ από την Άμεση Επαφή με Ασθενείς Τελικού Σταδίου», Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, τόμ. β', Αθήνα 1999, σελ. 237-241.
22. Λανάρα Β.: «Ο άρρωστος που Πεθαίνει», Νοσηλευτική τεύχ. 94, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1983, σελ. 29-33.
23. Λανάρα Β.: «Ηρωισμός και Νοσηλευτική Φιλοσοφική Διάσταση», εκδ.β' Αθήνα 1996, σελ.107, 109, 110, 112, 113.
24. Πριάμη Μ.: «Υποστηρικτική Φροντίδα Ηλικιωμένου Ασθενούς με Καρκίνο», Νοσηλευτική 2, σελ. 145-150, 1999.
25. Ραγιά Αφρ.(1982): «Ο άρρωστος που Πεθαίνει και η Αδελφή Νοσοκόμος», Στο Α. Δοντάς (Συντον.) Ο άρρωστος που πεθαίνει, Αρχ. Ιατρ. Εταιρ. 8(1): 11-30.
26. Κονιάρη Ελ.: «Καρκίνος του Μαστού, Νοσηλευτική Παρέμβαση», Εκδ. β', Αθήνα 1991, σελ. 255, 258, 259.
27. Segesten K., Fagring An.: "International Nursing Review", vol.43, no5, issue 329, September-October 1996, pg. 142,143,144.
28. Ψαρράκου Ρ.: «Νοσηλευτική Αξιολόγηση των Ψυχολογικών Διαταραχών», Πρακτικά 3^{ης} Ημερίδας, Θέμα «Αντιμετώπιση Ψυχολογικών αναγκών: Μια δυναμική πτυχή της Νοσηλευτικής Ογκολογίας», Ε.Σ.Α.Ν.Ε. Πειραιώς 1996, σελ. 13, 14, 17.
29. Καλλέργης Γ., Παπαδημητρίου Γιώτα: «Φαρμακευτική Αντιμετώπιση και Νοσηλευτική Παρέμβαση των Ψυχικών Διαταραχών», Θέμα «Αντιμετώπιση

Ψυχολογικών αναγκών: Μια δυναμική πτυχή της Νοσηλευτικής Ογκολογίας», Ε.Σ.Α.Ν.Ε. Πειραιώς 1996, σελ. 119-123.

30. Βαφείδη Τ.: «Πόνος και Άρρωστος», διδακτικές σημειώσεις, ΤΕΙ Πάτρας τμήμα Νοσηλευτικής, Ακαδημαϊκό έτος 1999-2000.

31. Harris L.: "A Quality Assurance Framework for Care of the Dying", Cancer Nursing the Balance Proceedings of the Sixth International Conference of Cancer Nursing, Amsterdam, 12th-17th August 1990, Scutari Press 1991.

32. Amenta M.: "Hospice in the United States", The Nursing Clinics of North America 1985, 20: 269.

33. Anderson S., Bauwens E.: "Chronic Health Problems Concepts and its Applications", St. Louis: The C V Mos-by Co, 1981.

34. knight M., Field D.: "A Silent Conspiracy: Coping with Dying Cancer patient on an Acute Surgical Ward", Journal of Advanced Nursing 1981, 6: 21.

35. Mc Guinness S.: "Coping with Death", Nursing Times 1986, 82: 28.

36. Coplees I.: "Implication of the New Hospice Legislation and the Accompanying Regulations", The Nursing Clinics of North America 1985, 20: 281.

37. Qvarstron Ul.: "Patients Reactions to Impending Death", International Nursing Review 1979, 26: 171.

38. Ε.Σ.Υ.Ε.: «Στατιστική της Φυσικής Κίνησης του Πληθυσμού της Ελλάδος έτους 1981», Α: Πληθυσμός, ISSN 0077 6114.

39. Cartwright A., Hockey I., Anderson C.: "Life Before Death", London: Routledge and Kegan Paul, 1973.

40. Kneil C.: "Thoughtful Care for the Dying", A J L 1968, 68: 550.

41. Kulber-Ross E.: " On Death and Dying", N. York: Mac., Co 1967.

42. Glaser G., Strauss L.: "Awareness of Dying", Chicago: Aldine Publishing Co 1965.

43. Anderson S., Bauwens E.: ό.π., σ. 60.

44. Bowling A., Cartwright A.: "A Life Under Death-A Study of the Elderly Widowed", London: Tavistock 1982.

45. Conboy0Hill S.: "Psychological Aspects of Terminal Care. A Preliminary Study of Nurses Attitudes and Behaviour in a General Hospital", International Nursing Review 1986, 33: 19.

46. Centre for Policy on Ageing Hospice Movement in Britain: "It's role and its future", London 1983.

47. Ingles Th.: “St. Christopher’s Hospice”, Nursing Outlook 1974, 22: 759.
48. Aroskar M.: “Access to Hospice”, The Nursing Clinics of North America 1985, 20: 299.
49. Hacking M.: “Dying and Bereavment”, Nursing 1981, 27: 116.
50. Πλατή Χ.: “Η Αντιμετώπιση του Θανάτου στο Σπίτι, στο Γενικό Νοσοκομείο, στον Ξενώνα», Νοσοκομειακά Χρονικά 1986, τόμ. 48, τεύχ. 4, σελ. 338.

