



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**[ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ
ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ
ΠΟΝΟΥ]**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΣΟΦΟΚΛΕΟΥΣ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΠΟΝΟΥ	12
1.1 ΠΑΡΟΧΗ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΠΟΝΟΥ	12
1.2 ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	15
1.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΠΟΝΟΥ	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΜΕΘ ΚΑΙ ΣΤΗΝ Π.Φ. ...	22
2.1 ΜΕΘ: ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ.....	22
2.2 Π.Φ.: ΠΕΡΙΓΡΑΦΟΝΤΑΣ ΜΙΑ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΠΟΝΟΥ.....	26
2.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ Π.Φ.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΗΘΙΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	34
3.1 ΗΘΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	34
3.2 ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ.....	39
3.3 ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ	45
4.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΖΩΝΤΟΣ ΧΩΡΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	45
4.2 ΠΡΟΣΕΓΓΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟ ΧΩΡΟ	48
4.3 ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	51
4.4 ΣΤΟΧΑΣΜΟΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	52
4.5 ΕΥΚΑΙΡΙΑ ΒΙΩΣΗΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΛΠΙΔΑΣ.....	53
4.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	55
4.7 ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Η ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	59
5.1 Η ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	59
5.2 Η ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ.....	64
5.3 Η ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΙΣ ΕΓΚΥΜΟΝΟΥΣΕΣ.....	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	74
6.1 ΕΛΛΙΠΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....	74

6.2 ΨΥΧΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	80
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	85
1^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ:	88
2^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ:	90
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ:	93
Βιβλιογραφία:	95

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μερικές φορές οι μεγάλες αλλαγές στη ζωή μας απαιτούν στήριξη και καθοδήγηση, η οποία δεν μπορεί πάντοτε να παρέχεται μόνο από την οικογένεια και τους συγγενείς μας. Είτε γιατί δεν γνωρίζουν είτε γιατί δεν είναι σε θέση να την παρέχουν. Αυτός είναι και ο κεντρικός λόγος ανάπτυξης της παρηγορητικής και απτικής φροντίδας. Με άλλα λόγια, η εναλλακτική-συμπληρωματική μέθοδος έρχεται να συμβάλλει στην νοσηλευτική, αλλά και στην ιατρική προσεγγίζοντας τους ασθενείς από άλλη πλευρά. Αυτή η πλευρά τοποθετεί στο κέντρο τον ίδιο το ασθενή και τις ανάγκες του, περιορίζοντας τη δόση των φαρμάκων και πιστεύοντας στο ότι οι ασθενείς μπορούν να πάρουν κουράγιο και να ανυψώσουν την αυτοπεποίθησή τους μέσω της πίστης τους και της προσευχής τους στο Θεό.

Σκοπός: Ο γενικός σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η απόκτηση γνώσης σχετικά με τον ρόλο, τον σκοπό και τον τρόπο λειτουργίας της παρηγορητικής φροντίδας, κυρίως στις μονάδες ανακούφισης πόνου. Επιπλέον, θα τονιστεί ο ρόλος, η συμβολή, αλλά και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές-φροντιστές κατά την παροχή της παρηγορητικής φροντίδας.

Αναλυτικότερα, η πτυχιακή εστιάζεται στον ιδιαίτερο ρόλο της παρηγορητικής φροντίδας στις μονάδες ανακούφισης πόνου. Στη συνέχεια τονίζει τις βασικές διαφορές μεταξύ της Μ.Ε.Θ και της παρηγορητικής φροντίδας, ενώ δεν παραλείπει να αναφερθεί στα ηθικά ζητήματα που

αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές-φροντιστές κατά την παροχή της παρηγορητικής φροντίδας. Ιδιαίτερη μνεία κάνει στην έννοια του ζώντος χώρου για τον ασθενή, αλλά και στη δράση του νοσηλευτή-φροντιστή, ο οποίος θα πρέπει να ακολουθήσει μια συγκεκριμένη προετοιμασία πριν προβεί στην παροχή της παρηγορητικής φροντίδας, διαδικασία που αναλύεται στο τέταρτο κεφάλαιο. Περαιτέρω, περιγράφει τη σημαντικότητα της συμπληρωματικής αυτής μεθόδου σε καρκινοπαθείς, ηλικιωμένους και εγκυμονούσες. Επίσης, τονίζει τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές-φροντιστές, προβλήματα που σχετίζονται όχι μόνο με την ελλιπή κατάρτιση και παιδεία, αλλά και με την ψυχολογική επιβάρυνση που υφίστανται. Τέλος, η πτυχιακή συμπεράνε ότι παρόλο που οι ασθενείς δεν έδωσαν ιδιαίτερη προσοχή στο περιβάλλοντα χώρο, αυτός έπαιξε καταλυτικό ρόλο για την παροχή της παρηγορητικής φροντίδας και την προαγωγή της ευεξίας τους. Ο θετικός αντίκτυπος της εναλλακτικής αυτής μεθόδου έγινε ορατός στα επίπεδα άγχους, αδρεναλίνης, οξυτοκίνης και στη φλεβική κυκλοφορία. Συνολικά, τα αποτελέσματα παρείχαν κάποιες ενδείξεις υπέρ της παρηγορητικής φροντίδας στους ασθενείς στη μονάδα ανακούφισης πόνου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρηγορητική φροντίδα είναι μια εναλλακτική-συμπληρωματική, μη φαρμακολογική μέθοδος που παρέχεται σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών. Συγκεκριμένα, παρέχεται σε ηλικιωμένους, καρκινοπαθείς, εγκυμονούσες (με καρκίνο), σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε πρόσφατο χειρουργείο, σε ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), σε ασθενείς με AIDS, αλλά και σε ασθενείς τελικού σταδίου.

Ή κύριος σκοπός της παρηγορητικής αγωγής είναι να βοηθήσει τους ασθενείς σε τελικό στάδιο να έχουν έναν αξιοπρεπή και όσο το δυνατό λιγότερο επώδυνο θάνατο. Συνεπώς, δεν προσπαθεί να θεραπεύσει, αλλά να ανακουφίσει (περιοδικό FOCUS, 13 Ιουνίου 2011). Ο παραπάνω ορισμός είναι ένας από τους βασικότερους ορισμούς της Π.Φ., αλλά επιπλέον ορισμοί θα εξεταστούν στη συνέχεια της πτυχιακής.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η παρηγορητική φροντίδα αποτελείται από επιμέρους σκέλη, την απτική και λεκτική φροντίδα, αλλά και την μουσικοθεραπεία. Αυτά τα στοιχεία είναι απαραίτητα για την επιτυχημένη παροχή της παρηγορητικής φροντίδας. Παρόλο που τα παραπάνω είναι ισάξια, ιδιαίτερα χρήσιμη είναι η απτική φροντίδα ή αλλιώς το φυσικό άγγιγμα.

Το άγγιγμα ως θεραπεία είναι μία από τις παλαιότερες μορφές θεραπείας στον κόσμο, και πρωτοεμφανίστηκε στην Κίνα κατά το δεύτερο αιώνα π.Χ (Field, 2000). Η σημαντικότητα της παρηγορητικής φροντίδας συνεχίστηκε κατά τον 4ο αιώνα με την δημιουργία τόπων ξεκούρασης για τους ταξιδιώτες που ονομάζονταν 'Hospices' (news-medical.net).

Το φυσικό άγγιγμα μπορεί να επιφέρει μία από τις βαθύτερες και πιο σημαντικές εμπειρίες που μπορεί να νιώσει ένας άνθρωπος (Wooten, 1999). Η ζωή χωρίς άγγιγμα θα μπορούσε να προκαλέσει αντιδράσεις απογοήτευσης και κατά συνέπεια άγχους. Το άγγιγμα μπορεί να είναι παρηγορητικό, γλυκό, προστατευτικό καθώς επίσης και να παρέχει αισθήματα εμπιστοσύνης, αυτοπεποίθησης και ηρεμίας (Vortherms, 1991, Adomat & Killingworth, 1994, Wigforss Percy, 2006). Το άγγιγμα διεγείρει την απελευθέρωση της ωκυτοκίνης, δηλαδή την «ορμόνη ηρεμίας και ξεκούρασης» και μπορεί να επιδράσει ως αγχολυτικό (Uvnäs-Moberg, 1997, Uvnäs-Moberg, 2000). Στη νοσηλευτική φροντίδα, το άγγιγμα και συνεπώς η απτική φροντίδα είναι ένα αναπόσπαστο μέρος αυτής και οι νοσηλευτές συχνά το χρησιμοποιούν για να έρθουν κοντά με τους ασθενείς τους (Snyder, 1992, Benner, 2000, Field, 2000).

Ως συμπληρωματική μέθοδος, το άγγιγμα έχει χρησιμοποιηθεί για να ανακουφίσει τα αισθήματα άγχους του ασθενούς και να προάγει την άνεση (Field et al., 1998). Εντούτοις, η απτική φροντίδα είναι συνηθισμένο μέρος

της νοσηλευτικής φροντίδας στη μονάδα ανακούφισης πόνου. Η θεραπεία έχει αξιολογηθεί και σε άλλες ομάδες ασθενών, για παράδειγμα γυναικών με καρκίνο, που έχουν βιώσει μειωμένη ναυτία (Billhult et al., 2007), σημαντικά χαμηλότερη συστολική πίεση αίματος και καρδιακό ρυθμό (Billhult et al., 2007). Αυτές οι παρατηρήσεις δεν ανέφεραν καμία αρνητική επίδραση της θεραπείας.

Επιπρόσθετα, οι ασθενείς στη ΜΕΘ εκτίθενται σε διάφορους παράγοντες άγχους, που σχετίζονται με το ίδιο το περιβάλλον, τη σοβαρότητα της κατάστασής τους καθώς και τη φύση της διαδικασίας που υφίστανται (Fredriksen & Ringsberg, 2007). Οι ασθενείς έχουν περιγράψει τα αισθήματά τους όταν λαμβάνουν εντατική φροντίδα με λέξεις όπως «φοβιστικά», «ανησυχητικά», «τρομακτικά», «μία αίσθηση όπως σε φυλακή» και «μοναχικά» (Löf et al., 2006, Magnus & Turkington, 2006, Corrigan et al., 2007). Το 1997, ο Novaes τόνισε την ανάγκη για παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να προωθήσουν μία ατμόσφαιρα στη ΜΕΘ όπου ήταν πιθανή η ξεκούραση (Novaes et al., 1997, Novaes et al., 1999). Οι παρεμβάσεις στην εντατική φροντίδα είναι συχνά τεχνικές, όπως η χορήγηση φαρμακευτικών θεραπειών για ανησυχία, πόνο ή ύπνο. Τέτοιες παρεμβάσεις παραμένουν αναμενόμενες και πολύ ορατές (Benner, 2004). Είναι ωφέλιμες για τους ασθενείς, αλλά θα μπορούσαν να έχουν και παρενέργειες όπως παραισθήσεις και εφιάλτες. Θα ήταν λοιπόν πολύ ωφέλιμο να αναπτυχθούν

μη φαρμακολογικές εναλλακτικές στις οποίες οι ασθενείς παραμένουν ξύπνιοι και ικανοί να συμμετέχουν στις νοσηλευτικές δραστηριότητες.



Εικόνα 1

Ιδιαίτερα σημαντική εξέλιξη ήταν η αναγνώριση του δικαιώματος για έναν αξιοπρεπή θάνατο, μετά από απόφαση που έλαβε Το Συμβούλιο της Ευρώπης το 1989, που είχε τίτλο "Η Ηθική Διάσταση της Υγείας".

Χώρες με οργανωμένα συστήματα υγείας, όπως η Βρετανία, ο Καναδάς, οι ΗΠΑ καθιέρωσαν εθνικά προγράμματα προπτυχιακής και μεταπτυχιακής διδασκαλίας, προγράμματα επιμόρφωσης νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας. Από την άλλη όμως, στην ηπειρωτική Ευρώπη η παρηγορητική ιατρική δεν υποστηρίζεται και δεν έχει ενταχθεί στα εθνικά προγράμματα των περισσότερων χωρών. Μη κυβερνητικοί οργανισμοί, όπως η European Association for Palliative Care (EAPC) και η European School of Oncology (ESO) ανέλαβαν πρωτοβουλία να εκδώσουν προτάσεις για την εκπαίδευση στην παρηγορητική φροντίδα.

Στην Ελλάδα, μία από τις πρώτες μονάδες παρηγορητικής φροντίδας είναι το Ίδρυμα Τζένη Καρέζη που λειτουργεί από το 1992. Παρόμοια δράση χορηγεί το ίδρυμα ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α (Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών και μη ασθενών) που φροντίζει ανθρώπους με χρόνια πόνο και παρέχει αγωγή σε ασθενείς τελικού σταδίου. Ομοίως, τα Ιατρεία Θεραπείας Πόνου αποτελούν τμήματα του χειρουργικού ή αναισθησιολογικού τομέα κάθε νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα, είναι

υπεύθυνα για την φροντίδα και ανακούφιση των ασθενών με καρκινικό και μετεγχειρητικό πόνο ή χρόνιες οσφυαλγίες.

Επίσης, ο νοσηλευτής-φροντιστής οφείλει να είναι ισχυρός χαρακτήρας, φιλόπρονος, πολλών αντάξιος άλλων, αγαθός, σοβαρός, χρήσιμος,, επιεικής, φιλάνθρωπος, φιλομαθής, ταπεινός, αγνός, ηθικός, με έντονη πνευματική και ψυχική καλλιέργεια, σταθερότητα, επιδεξιότητα και απαλλαγμένος από το προσωπικό του συμφέρον όπως δίδαξε ο Ασκληπιός και ο Ιπποκράτης.

Τέλος, να αναφέρουμε ότι η Παγκόσμια Ημέρα Παρηγορητικής Φροντίδας έχει ανακηρυχθεί η 9η (ενάτη) Οκτωβρίου.



Εικόνα 2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΠΟΝΟΥ

1.1 ΠΑΡΟΧΗ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΠΟΝΟΥ

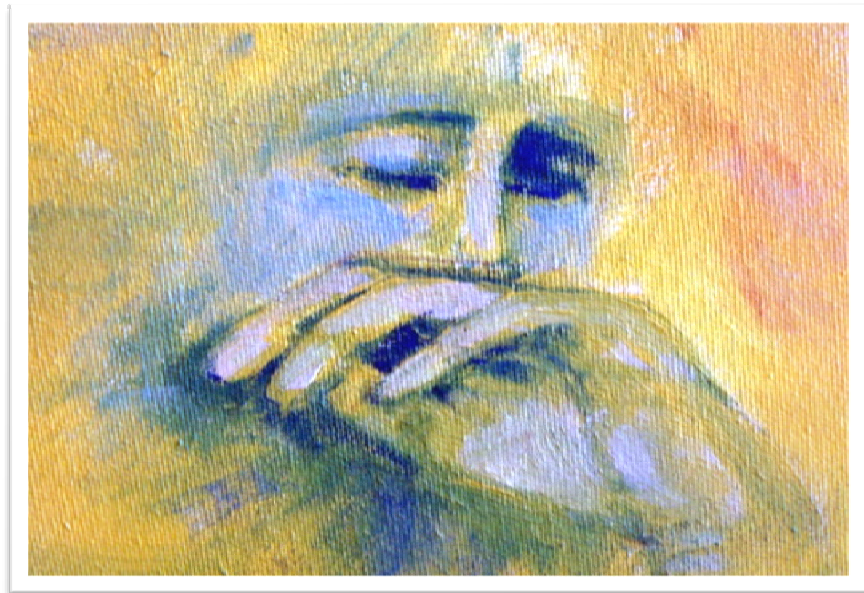
Η ΗΡΝΑ (Hospice and Palliative Nurses Association- Ξενώνας Παρηγορητικού Συνδέσμου Νοσηλευτών) είναι ένα σωματείο που ιδρύθηκε το 1986 για τα επιμέρους μέλη της ομάδας του νοσηλευτικού προσωπικού στην ειδικότητα της ανακουφιστικής νοσηλευτικής. Ο κύριος σκοπός του είναι ανοίξει το δρόμο για την προώθηση της παροχής παρηγορητικής φροντίδας-νοσηλείας, μέσω της εκπαίδευσης και υποστήριξης νοσηλευτών-φροντιστών. Επίσης, η Marie de Hennezel μία από τους πρωτοπόρους της παρηγορητικής φροντίδας στην Γαλλία, συνέβαλε στη δημιουργία της πρώτης Μονάδας Παρηγορητικής Αγωγής της Ευρώπης, η οποία ιδρύθηκε το 1987 στο διεθνές νοσοκομείο της Πανεπιστημιούπολης του Παρισιού.

Συγκεκριμένα, σε μερικές χώρες οι μονάδες παρηγορητικής αγωγής είναι τμήματα του νοσοκομείου που αντιμετωπίζουν ασθενείς με επείγοντα προβλήματα και περίπλοκα συμπτώματα. Ο στόχος των μονάδων αυτών είναι να μειώσουν την υπάρχουσα νόσο και εάν είναι δυνατόν οι νοσηλευτές-φροντιστές να προσφέρουν στον ασθενή ψυχική και κοινωνική υποστήριξη, ώστε να επέλθει ανακούφιση από τα συμπτώματα της κύριας νόσου, αλλά και από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των θεραπευτικών παρεμβάσεων, προσφέροντας οργανική, ψυχολογική και κοινωνική και πνευματική υποστήριξη.

Σε άλλες πάλι χώρες η παρηγορητική φροντίδα έχει κατά κύριο λόγο εθελοντικό χαρακτήρα και οργανώνεται από μη κυβερνητικές οργανώσεις με κύριο στόχο να ανακουφίσει τους ασθενείς με καρκίνο και νευρολογικές παθήσεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα στην Ελλάδα είναι η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α που αποτελείται εκτός των άλλων και από νοσηλευτές-φροντιστές που παρέχουν όχι μόνο τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς, αλλά ενημερώνουν και τους συγγενείς για το πώς θα πρέπει να αντιμετωπίζουν τον ασθενή.

Επιπλέον, η λήψη απτικής φροντίδας παρέχεται κυρίως σε ασθενείς με παροξυσμικό πόνο. Όμως, ιδιαίτερα σημαντικό είναι η συχνότητα και η φύση του πόνου, καθώς επίσης και το εάν οι ασθενείς βρίσκονται σε τελικό στάδιο. Σημαντική για την αποτελεσματική λήψη της φροντίδας είναι η κατανόηση και ομοφωνία των συγγενών για το είδος και τη συχνότητα της φροντίδας από τον νοσηλευτή-φροντιστή. Επίσης, οι προτιμήσεις και οι επιθυμίες του ασθενούς λαμβάνονται σοβαρά, ούτως ώστε και ο ίδιος να νιώσει άνετα στο περιβάλλον του και να μειωθούν τα συμπτώματα της ασθένειας του. Ειδική βαρύτητα δίνεται στους ασθενείς τελικού σταδίου που φαίνεται να απολαμβάνουν και με το παραπάνω την απτική επαφή ως την κύρια αγωγή ανακούφισης πόνου. Τους βοηθά να αντέξουν μια μη αναστρέψιμη κατάσταση, παρά τη χρησιμοποίηση θεραπειών οι οποίες, αν και παρατείνουν τη ζωή τους, τους ταλαιπωρούν περισσότερο.

Η λήψη παρηγορητικής φροντίδας στα νοσοκομεία γίνεται κατά κύριο λόγο στη ΜΕΘ, όπου παρουσιάζονται οξεία περιστατικά. Εδώ, η απτική φροντίδα χαρακτηρίζεται ως συμπληρωματική μέθοδος που παρέχεται ταυτόχρονα με την φαρμακευτική αγωγή. Στα ιδιωτικά ιδρύματα όμως, δηλαδή στις μονάδες ανακούφισης πόνου, η λήψη της απτικής φροντίδας είναι η κύρια αγωγή που παρέχεται στους ασθενείς. Συγκεκριμένα, η απτική φροντίδα συνοδεύεται από την παρηγορητική φροντίδα. Σε αυτές τις μονάδες η λήψη της παρηγορητικής αγωγής παρέχεται με ευαισθησία και επίγνωση του βάρους μιας ανίατης ασθένειας ή ενός θανάτου.



Εικόνα 3

1.2 ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Όταν ένας ασθενής αντιμετωπίζει απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή τραυματισμό και χρειάζεται εντατική φροντίδα, η κατάσταση απαιτεί συχνά καταστολή και τεχνική υποστήριξη της καρδιακής, πνευμονικής, ή της νεφρικής λειτουργίας. Οι διαδικασίες αυτές απαιτούν παρακολούθηση και καμία φορά οξείες παρεμβάσεις (Crooks & Clochesy, 2001, Granberg Axéll, 2001, Van de Leur et al., 2004, Pattison, 2005). Για να διατηρηθεί η ασφάλεια των ασθενών, η άνεση και η ανακούφιση του άγχους κατά τη διάρκεια της τεχνικής υποστήριξης, οι ασθενείς χρειάζονται κατασταλτικά και αναλγητικά φάρμακα (Jacobi et al., 2002). Αυτά τα φάρμακα, και η τεχνική υποστήριξη, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική μεταβολή στην καρδιαγγειακή λειτουργία. Ως εκ τούτου, οι ασθενείς λαμβάνουν φάρμακα για τον έλεγχο της αρτηριακής τους πίεσης (Krachman et al., 1995). Ο συνδυασμός των φαρμάκων και η αντίδραση στο στρες μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές (Van den Berghe et al., 2001, Van den Berghe et al., 2006).

Οι ασθενείς έχουν τις περισσότερες φορές δυσάρεστες αναμνήσεις από το χρόνο τους στη ΜΕΘ. Οι ασθενείς περιγράφουν το περιβάλλον ως άγνωστο και μερικές φορές τρομακτικό. Τα αισθήματα μοναξιάς, ο φόβος του θανάτου, το άγχος και η ανασφάλεια είναι εμπειρίες που κυριαρχούν στις αφηγήσεις των ασθενών (Gjengedal, 1994). Επιπλέον, οι ασθενείς

αισθάνονται ότι αγνοούνται και ότι δεν λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη. Επιπλέον, ασθενείς που παρέμειναν για μεγάλο χρονικό διάστημα στη ΜΕΘ παραπονέθηκαν για αυξημένο στρες και γενικότερα αρνητικές επιπτώσεις στο σώμα τους, όπως αδυναμία και ανεξήγητη κούραση.

Οι ασθενείς που εκτίθενται σε ένα τέτοιο περιβάλλον για μεγάλες χρονικές περιόδους διατρέχουν κίνδυνο για τη στέρηση ύπνου, η οποία με τη σειρά του μπορεί να επιφέρει εφιάλτες και "εξωπραγματικές" εμπειρίες όπως οι ψευδαισθήσεις (Daffurn et al., 1994, Granberg et al., 1998, Granberg et al. 1999, Crooks & Clochesy, 2001, Pattison, 2005). Για αυτό το λόγο, οι μονάδες παρηγορητικής φροντίδας έχουν διπλό ρόλο. Πρώτον, να ανακουφίσουν τον ασθενή από τον χρόνιο πόνο, ανάλογα με την μορφή της ασθένειας. Δεύτερον, να προσφέρουν στους ασθενείς τελικού σταδίου έναν αξιοπρεπή θάνατο, κοντά στην οικογένεια και τους φίλους του. Όπως χαρακτηριστικά λέει και η Marie de Hennezel που έγραψε το βιβλίο ο 'Μύχιος θάνατος': «Το γεγονός ότι είμαστε πεπερασμένοι είναι, παραδόξως, ο δεσμός μας με τους άλλους. Γι αυτό και μας αφορά ο θάνατός τους. Μας επιτρέπει να διεισδύσουμε στην καρδιά του μόνου ουσιαστικού ερωτήματος: Τι νόημα έχει, λοιπόν, η ζωή μου;», θέλοντας να τονίσει τη σημαντική αξία της παρηγορητικής αγωγής και απτικής φροντίδας στους ασθενείς τελικού σταδίου.

Εξίσου σημαντικό για τους ασθενείς είναι να νιώθουν ότι το περιβάλλον τους έχει κατανοήσει το κρίσιμο της κατάστασής τους και ότι είναι προετοιμασμένοι για το χειρότερο. Επίσης είναι σημαντικό ότι οι νοσηλευτές-φροντιστές δίνουν το απαραίτητο κουράγιο στους κοντινούς συγγενείς των ασθενών, γεγονός που δίνει επιπλέον κουράγιο στους ίδιους τους ασθενείς. Αυτό συμβαίνει γιατί νιώθουν ότι δεν παραμελούν για παράδειγμα τα παιδιά τους, αφού την φροντίδα τους έχουν αναλάβει έμπιστα άτομα.

Τέλος, οι μονάδες ανακούφισης πόνου χρησιμοποιούν παρόμοιες τεχνικές με αυτές που χρησιμοποιούνται σε ανθρώπους με ψυχολογικά προβλήματα. Αυτές οι τεχνικές έχουν φανεί ιδιαίτερα χρήσιμες όχι μόνο για την υποστήριξη των ασθενών, αλλά και των συγγενών τους. Η εφαρμογή των παραπάνω τεχνικών παρέχονται κατά κύριο λόγο από ψυχολόγους και νοσηλευτές-φροντιστές.



Εικόνα 4

1.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΠΟΝΟΥ

Ο βασικός σκοπός ενός νοσηλευτή-φροντιστή στη μονάδα εντατικής θεραπείας είναι να παρέχει επαγγελματική φροντίδα και βοήθεια στους ασθενείς και στις οικογένειές τους μέσω της αποκατάστασης και διατήρησης της υγείας του ασθενούς ή την αντιμετώπιση του θανάτου. Ακόμη, παρέχονται πρακτικές πληροφορίες για τη νόσο προκειμένου να διαλύονται αδικαιολόγητοι φόβοι-φοβίες. Εντοπίζει λανθασμένες στρατηγικές τις οποίες χρησιμοποιεί ο ασθενής ή οι συγγενείς τους με σκοπό την ανίχνευση ή τη δημιουργία θετικών σκέψεων και συμπεριφορών, ενώ παρέχεται στον ασθενή ενδιαφέρον, υποστήριξη και επιβεβαίωση της αυτοεκτίμησης. Η παρηγορητική αγωγή των ασθενών και των συγγενών τους μπορεί πραγματικά να κάνει τη διαφορά στη ζωή τους.

Πιο αναλυτικά, ο ρόλος του νοσηλευτή-φροντιστή είναι υποστηρικτικός, αλλά ταυτόχρονα έχοντας διαφορετικές διαστάσεις. Για παράδειγμα, μία διάσταση είναι η συμπεριφορά του απέναντι στον θάνατο, η καλή επικοινωνία του με τον ασθενή και η αφοσίωση που θα δείξει στην ιδιαίτερη περίπτωση του αρρώστου. Αναλυτικότερα, χρησιμοποιούνται θετικές και αρνητικές μέθοδοι. Δηλαδή αλλαγή του αντικειμένου ομιλίας (αρνητική μέθοδος) ή μουσικοθεραπεία (θετική μέθοδος) που αποσπά το μυαλό του ασθενή που κυριαρχείται από θετικές σκέψεις και έτσι μειώνεται ο πόνος.

Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές-φροντιστές πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί, διότι οι διαφορετικές ασθένειες έχουν και διαφορετική αντιμετώπιση. Δηλαδή, η συχνότητα της απτικής φροντίδας θα είναι διαφορετική σε έναν ασθενή που του χορηγείται μηχανική υποστήριξη και διαφορετική σε έναν ασθενή τελικού σταδίου. Το ίδιο ισχύει και για τις θετικές και αρνητικές μεθόδους. Ανάλογα με τη φύση του πόνου, ο νοσηλευτής-φροντιστής πρέπει να χρησιμοποιεί και τις ανάλογες μεθόδους. Δεν πρέπει να ξεχνάμε όμως ότι οι νοσηλευτές-φροντιστές υπάρχει περίπτωση να βιώσουν μια διεργασία θρήνου όταν φροντίζουν άτομα με ανίατη αρρώστια, κυρίως όταν έχουν αναπτύξει στενή σχέση με τον άρρωστο (Berger et al, 2007).

Πιο αναλυτικά έρχονται αντιμέτωποι με συναισθήματα που πηγάζουν από την ταύτιση με τον ψυχικό πόνο του αρρώστου ή των συγγενών του. Οι νοσηλευτές-φροντιστές που φροντίζουν άτομα με απειλητική αρρώστια έρχονται αναπόφευκτα σε επαφή με τη θνητότητα του ανθρώπου, συνεπώς και με την πιθανότητα του δικού τους θανάτου ή του θανάτου αγαπημένων τους προσώπων. Είναι πολλοί που όταν βρίσκονται μπροστά στον άρρωστο με ανίατη αρρώστια σκέφτονται ή λένε: «δεν έχω τίποτα άλλο να του προσφέρω...»,

Η φροντίδα ατόμων με απειλητική για τη ζωή αρρώστια είναι έργο δύσκολο και απαιτητικό. Οι νοσηλευτές-φροντιστές καλούνται να στηρίξουν τόσο τον άρρωστο, όσο και το συγγενικό του περιβάλλον και ταυτόχρονα να επεξεργαστούν τα προσωπικά τους συναισθήματα απέναντι στον πόνο, την απώλεια και το θάνατο. Ο θρήνος των νοσηλευτών, ωστόσο παραγνωρίζεται, τόσο από την κοινωνία, όσο και από τους ίδιους, γιατί κυριαρχεί η λαθεμένη άποψη ότι το να επηρεάζεται κανείς από τον πόνο του αρρώστου υποδηλώνει αδυναμία ή αποτυχία. Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές-φροντιστές να αναγνωρίζουν τα προσωπικά τους συναισθήματα απέναντι στην αρρώστια και το θάνατο και να αποδέχονται το θρήνο τους, καθώς αυτός αποτελεί μέρος του επαγγελματικού τους ρόλου. Για το λόγο αυτό, είναι αναγκαίο να υπάρχει κατάλληλη εκπαίδευση γύρω από θέματα που αφορούν την απειλητική αρρώστια, την πορεία προς το θάνατο και τη φροντίδα του αρρώστου, καθώς και η δυνατότητα κατάλληλης στήριξης για τους νοσηλευτές-φροντιστές στα πλαίσια της εργασίας τους. Όταν υπάρχουν αυτές οι προϋποθέσεις, η φροντίδα ατόμων που πάσχουν από απειλητική αρρώστια ή πεθαίνουν, μπορεί να αποδειχθεί πηγή σημαντικής ικανοποίησης για τον νοσηλευτή.

Συνολικά, ο ρόλος του νοσηλευτή στην Μονάδα Ανακούφισης Πόνου είναι να διαμορφώσει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον άρρωστο και ταυτόχρονα να γίνει μέρος της οικογένειας μέσω των εμπλουτισμένων εμπειριών του. Οι νοσηλευτές-φροντιστές που αναπτύσσουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τους

αρρώστους δείχνουν μια προσέγγιση φροντίδας, κατανόησης για την ταλαιπωρία των ασθενών, επίγνωση των αναγκών τους, και για αυτό παρέχουν επιπλέον φροντίδα χωρίς στην πραγματικότητα να ζητείται. Για τους παραπάνω λόγους, θεωρούνται αξιόπιστοι και αρμόδιοι για την παροχή αυτού του είδους φροντίδας.



Εικόνα 5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΜΕΘ ΚΑΙ ΣΤΗΝ Π.Φ.

2.1 ΜΕΘ: ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί ανεξάρτητο τμήμα ιατρικής και νοσηλευτικής δραστηριότητας, όπου ασκείται η Εντατική Θεραπεία. Η Ιατρική Εντατικής Θεραπείας υποστηρίζει τις ζωτικές λειτουργίες του ασθενούς ανεξάρτητα από την πρωτοπαθή νόσο με στόχο την αποκατάσταση της πρωτοπαθούς διαταραχής και την βελτίωση των ζωτικών λειτουργιών.



Εικόνα 6

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται για αρκετό διάστημα στη ΜΕΘ κινδυνεύουν από λοιμώξεις. Συνήθη φάρμακα που δίνονται για την αντιμετώπιση τους είναι η τιγκεκυκλίνη, η φωσφομυκίνη και το doribax (η δοριπενέμη). Το κεντρικό μήνυμα αφορά όλους τους κλινικούς γιατρούς και νοσηλευτές, το οποίο είναι η συνετή χρήση αντιβιοτικών για την αποφυγή της ανάπτυξης

αντοχών (medtime.gr). Δεν πρέπει να υποτιμάται κανένα μικρόβιο, τα οποία πρέπει να αντιμετωπίζονται έγκαιρα, με χρήση κατάλληλης εμπειρικής αγωγής. Η πρόσθετη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να επιβαρύνει περισσότερο την κατάσταση του ασθενή.

Περαιτέρω, μια χρόνια ασθένεια μετά τη διαδρομή του πλήρους κύκλου της μπορεί να φτάσει να απειλήσει τη ζωή ενός αρρώστου. Τα κακοήθη νοσήματα, η καρδιακή ανεπάρκεια, οι μεγάλες δυσλειτουργίες του νευρικού συστήματος μπορούν να γίνουν δυνητικό αίτιο θανάτου. Τότε η εισαγωγή του ασθενή στη ΜΕΘ είναι απαραίτητη. Η απόφαση πρέπει να βασίζεται σε συμπεράσματα που αρχικά θα στηρίζονται στα ιατρικά δεδομένα της ασθένειας (Ryan, 2009).

Εάν δηλαδή ο ασθενής μετά την προσφορά υπηρεσιών στη ΜΕΘ και με αποκατεστημένο- υποτίθεται- το οξύ πρόβλημα, θα έχει περιθώρια να ζήσει αξιοπρεπώς, χωρίς εξαρτήσεις από μηχανήματα ή μακρόχρονη νοσηλεία στη ΜΕΘ που θα συντηρούν έναν ασθενή χωρίς προοπτική. Ο θεράπων γιατρός μαζί με τους θεράποντες γιατρούς της ΜΕΘ είναι η βασική προϋπόθεση για να γίνει σαφής ο στόχος της νοσηλείας και να καθορισθεί ένα σχέδιο δράσης (Ryan, 2009). Πριν γίνει η εισαγωγή του ασθενή στη ΜΕΘ θα πρέπει να γίνουν σαφή από τον θεράποντα γιατρό τα συγκεκριμένα θέματα. Δηλαδή:

- Το προσδόκιμο επιβίωσης
- η εξάντληση ή μη των ιατρικών δυνατοτήτων

- οι πραγματικές και όχι οι επιθυμητές εξελίξεις.

Γενικά, στην καθημερινότητα τα φάρμακα μπορεί να φαίνονται ένας εύκολος τρόπος για τη μείωση του πόνου, αλλά συνήθως δεν είναι ο καλύτερος. Ακόμα, και τα παυσίπονα που θεωρούνται ασφαλή μπορούν να προκαλέσουν παρενέργειες. Τα άτομα που πονούν τα παίρνουν, επειδή νομίζουν πως τα χρειάζονται και όχι απαραίτητα επειδή θα τα βοηθήσουν. Αυτά τα άτομα συχνά εκπλήσσονται όταν ανακαλύπτουν ότι η διακοπή του φαρμάκου είναι πιο εύκολη από ότι περίμεναν. Επίσης, διαπιστώνουν ότι χωρίς τα φάρμακα έχουν μεγαλύτερη αίσθηση του ελέγχου του πόνου τους και της ζωής τους.

Συγκεκριμένα, μια μεγάλη ποικιλία από ηρεμιστικά και αναλγητικά χρησιμοποιούνται συχνά σε χειρουργικούς ασθενείς στη ΜΕΘ (Crit Care Med 1994, 22:974-980). Όμως, ιδεώδες κατασταλτικό δεν υπάρχει. Για αυτό το λόγο, η εκτίμηση του βάθους της καταστολής αποτελεί πρόκληση για όσους εργάζονται στο χώρο της ΜΕΘ. Κατά κύριο λόγο οι επιπλοκές που μπορούν αν παρουσιαστούν είναι η υπερκαταστολή και η υποκαταστολή. Η μεν υπερκαταστολή μπορεί να επιφέρει εξάρτηση, παράταση του μηχανικού αερισμού, παράταση της παραμονής στη ΜΕΘ, αύξηση νοσηρότητας και θνητότητας και αύξηση κόστους. Η δε υποκαταστολή μπορεί να επιφέρει αναποτελεσματικό αερισμό, υπέρταση, ταχυκαρδία, δυσχέρεια του ασθενούς και αυξημένη συχνότητα της αρνητικής έκβασης. Με άλλα λόγια, παρόλο που ο στόχος στη ΜΕΘ είναι το ελαφρύτερο, επίπεδο καταστολής που να

συμβαδίζει με την άνεση και την ασφάλεια του ασθενή, οι αρνητικές επιπτώσεις των φαρμάκων-κατασταλτικών είναι αναπόφευκτες.

Η καταστολή σε βαριά πάσχοντες ασθενείς με βάση μόνο κλινικά/εμπειρικά στοιχεία, φαίνεται ότι δεν καταφέρνει να επιτύχει το επιθυμητό επίπεδο καταστολής σε σημαντικό αριθμό ασθενών. Για αυτό το λόγο, συνδυασμός ενός ή περισσότερων φαρμάκων χορηγείται στην πλειοψηφία των ασθενών, χωρίς όμως να διασφαλίζεται το επιθυμητό επίπεδο καταστολής.

Όταν οι ασθενείς είναι σε κατάσταση καταστολής τους χορηγούνται τέσσερα είδη φαρμακευτικών ουσιών (προποφόλη, μιδαζολάμη, πεντοθάλη, φεντανύλη) με κατασταλτική ή κατασταλτική/αναλγητική δράση. Στην Ευρώπη και την Αμερική η πιστοποίηση ποιότητας παροχών υγείας βασίζεται σε εφαρμογή αλγορίθμων και κατευθυντήριων οδηγιών διασφαλίζοντας έτσι τον ασθενή αλλά και τον εμπλεκόμενο ιατρό ή νοσηλευτή. Παρόλα αυτά θα πρέπει να συνεχιστεί η βελτίωση της ποιότητας της κατασταλτικής αγωγής, έτσι ώστε ο ζυγός να κλείνει προς τη μεριά του οφέλους του ασθενή.

2.2 Π.Φ.: ΠΕΡΙΓΡΑΦΟΝΤΑΣ ΜΙΑ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΠΟΝΟΥ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2002) η παρηγορητική φροντίδα είναι μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και της οικογένειάς τους που υποφέρουν από νοσήματα πτωχής πρόγνωσης ή προοδευτικά επιδεινούμενα, μέσω της πρόληψης, εκτίμησης και αντιμετώπισης του πόνου και των λοιπών φυσικών συμπτωμάτων, καθώς και των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών τους (grpalliative.gr).

Η μονάδα ανακούφισης πόνου και παρηγορητικής αγωγής διαφέρει από τις υπόλοιπες ιατρικές προσεγγίσεις, όπως αυτή της ΜΕΘ. Συγκεκριμένα, η Παρηγορητική φροντίδα τοποθετεί στο κέντρο των αποφάσεων τον ασθενή και την οικογένεια του. Επιπλέον, η αντιμετώπιση της κατάστασης είναι ολιστική και διεκπεραιώνεται από πολυδύναμη ομάδα. Σημαντικό είναι επίσης ότι παρέχεται σε όποιον την έχει ανάγκη 24 ώρες την ημέρα- 7μέρες την εβδομάδα.

Η φιλοσοφία που επικρατεί σε μια μονάδα ανακούφισης πόνου μπορεί να συνοψισθεί στα εξής:

1. Εξειδίκευση στον πόνο-συμπτώματα
2. Ψυχολογική υποστήριξη

3. Ασθενής τελικού σταδίου
4. Εκπαίδευση για τη διαδικασία θανάτου
5. Ολιστική αντιμετώπιση
6. Μέχρι το τέλος υποστήριξη

Η παρηγορητική φροντίδα είναι η τέταρτη φάση Πρόληψης και όχι απλά ένα μοντέλο διαχείρισης πόνου της κρίσης. Πιο αναλυτικά, η πρώτη φάση περιλαμβάνει την πρόληψη εμφάνισης της νόσου (ενημέρωση κοινού). Η δεύτερη φάση περιλαμβάνει την πρόληψη εξέλιξης της νόσου (πρώιμη διάγνωση). Η τρίτη φάση περιλαμβάνει την πρόληψη θανάτου ή αλλιώς αντικαρκινική θεραπεία. Η τέταρτη και τελευταία φάση περιλαμβάνει την παρηγορητική φροντίδα, δηλαδή την παροχή θεραπείας και ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενή.

Κατά κύριο λόγο, η παρηγορητική αγωγή παρέχεται ως θεραπεία παράτασης ζωής ή σε ασθενείς τελικού σταδίου στις μονάδες ανακούφισης πόνου ή σε κέντρα πόνου. Είναι ζωτικής σημασίας να επισημάνουμε τα κέντρα πόνου σε όλη την Ελλάδα.

ΑΘΗΝΑ:**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"****"ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ" ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ****ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"****ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"****ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ "ΘΡΙΑΣΙΟ"****ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"****ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ"****ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ "ΜΕΤΑΞΑ"****ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ "ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"****6ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΚΑ****7ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΚΑ****ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ"****ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΤ****ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"****ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ:****ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΧΕΠΑ"****ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"****ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"****ΕΠΑΡΧΙΑ:****ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΙΒΑΔΕΙΑΣ****ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ****ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ****ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ****ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ****ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ****ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ****ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ****ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ"****ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ****ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ****ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ****ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ****ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΒΑΣ**

πηγή: website ΠΑΡΗ.ΣΥΑ

Ακόμη, τα πιο χαρακτηριστικά ιδιωτικά ιδρύματα που ασχολούνται με την ανακούφιση του πόνου και την παρηγορητική φροντίδα είναι το Ίδρυμα Τζένη Καρέζη και το ίδρυμα ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α (Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής & Συμπτώματα Φροντίδας Καρκινοπαθών & Μη Ασθενών) που έχουν καθοριστικά συμβάλλει στην εξέλιξη της παρηγορητικής αγωγής στην Ελλάδα.

Συνολικά, η συνδρομή και σημαντικότητα της Παρηγορητικής Φροντίδας μπορεί να συνοψισθεί στην παρακάτω παράγραφο που έχει αναρτηθεί από στην ιστοσελίδα του οργανισμού ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α:

‘Και ενώ η Κλασική Ιατρική αντιμετωπίζει ενεργά το χρόνιο νόσημα πολύ λίγο ασχολείται με όλα εκείνα τα προβλήματα που έχουν οι ασθενείς κάτω από το φάσμα του επικείμενου θανάτου. Η Παρηγορητική Φροντίδα είναι ακριβώς το ανάχωμα στο τεράστιο αυτό κενό. Είναι η ενεργός φροντίδα των αρρώστων που η ασθένειά τους δεν είναι θεραπεύσιμη, είναι η φροντίδα που ενισχύει τη ζωή και βλέπει το θάνατο σαν την φυσιολογική εξέλιξη της. Αντικείμενό της είναι ο έλεγχος του πόνου και άλλων συνοδών συμπτωμάτων και η ολιστική ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική στήριξη του αρρώστου και της οικογένειας στο νοσοκομείο ή στο σπίτι’.

2.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ Π.Φ.

Ένας από τους κύριους λόγους για τον οποίο η Παρηγορητική Φροντίδα είναι απαραίτητη είναι λόγω της αύξησης του αριθμού των καρκινοπαθών στην Ελλάδα, αλλά και στην Ευρώπη, η αύξηση των ασθενών με AIDS, αλλά και η αύξηση του αριθμού των υπερήλικων. Επιπρόσθετα, η παρηγορητική φροντίδα μπορεί να παρέχεται και κατ'οίκον. Δηλαδή, αναφέρεται σε ασθενείς με πρόσφατο χειρουργείο, σε καρκινοπαθείς (κάθε στάδιο), ασθενείς με κατακλίσεις και έλκη. Επιπλέον, αναφέρεται σε ασθενείς με χρόνια νεφρική, αναπνευστική και καρδιακή ανεπάρκεια. Τέλος, απευθύνεται σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, αλλά και με νευρολογικά νοσήματα. Η Π.Φ προσπαθεί να παρέχει ένα ολοκληρωμένο σύστημα στήριξης στους ασθενείς. Αυτό μπορεί να το επιτύχει μέσω της βελτίωσης της ποιότητας της ζωής του ασθενή. Τέλος, η Π.Φ. ανακουφίζει τον πόνο και τα λοιπά συμπτώματα μέσω της χορήγησης περιορισμένων αναλγητικών. Με άλλα λόγια η παρηγορητική αγωγή και φροντίδα είναι ένα κίνημα για την ποιότητα στη ζωή και στο θάνατο.

Αναλυτικά, η συμβατική ιατρική προσπαθεί να ανακουφίσει τον πόνο των καρκινοπαθών με τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. Όμως η παρηγορητική φροντίδα δίνει βαρύτητα σε άλλου είδους συμπτώματα που μπορεί να ταλαιπωρούν περισσότερο τους ασθενείς. Δηλαδή, οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο εκτός από τον πόνο, η ποιότητα ζωής τους

επηρεάζεται και από άλλα συνοδά συμπτώματα, όπως δυσκοιλιότητα μετά τη χρήση των οπιοειδών, έμετο, δύσπνοια, κνησμό, εφίδρωση και κατακλύσεις. Μετά την ανακούφιση από τα παραπάνω συμπτώματα, η βαρύτητα της παρηγορητικής φροντίδας γυρνά στην ανακούφιση από τον πόνο, αλλά αυτή τη φορά όχι μέσω μεγάλων δόσεων αναλγητικών φαρμάκων. Σε αυτό το σημείο εφαρμόζεται η εναλλακτική μέθοδος της απτικής φροντίδας που προσφέρει στους ασθενείς όχι μόνο ανακούφιση, αλλά και μία αίσθηση ότι οι γύρω του ασπάζονται και κατανοούν την κατάστασή του. Μαρτυρίες συγγενών επιβεβαιώνουν τα παραπάνω. Όπως η καρκινοπαθής Αμαλία Καλυβίνου, πριν την επίσκεψη της σε ιατρείο πόνου και παρηγορητικής φροντίδας ' Κανείς δεν πήρε σοβαρά τον πόνο μου', 'Φρικτός πόνος δεν μπορούσα να κουνηθώ' (Κιούση, 2007).

Μια άλλη κατηγορία ασθενών που χρειάζεται ιδιαίτερα την παρηγορητική φροντίδα και αγωγή είναι οι ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής, μεγαλύτερο περιορισμό των δραστηριοτήτων τους και αναπτύσσουν περισσότερο άγχος και κατάθλιψη από ότι οι ασθενείς με καρκίνο των πνευμόνων. Επιπλέον, η πρόσβασή τους στις υπηρεσίες παρηγορητικής θεραπείας είναι σπάνια. Μια προσέγγιση, σαν αυτή που χρησιμοποιείται σε ασθένειες τελικού σταδίου – ιδιαίτερα στις κακοήθειες, είναι πολύτιμη, δίνοντας έμφαση περισσότερο στην ποιότητα παρά στην ποσότητα ζωής. Αυτή παρέχεται από τις μονάδες ανακούφισης πόνου και παρηγορητικής

φροντίδας, ανακουφίζοντας συμπτώματα, όπως δυσφορία, βήχα, απώλεια βάρους, κόπωση, δίψα, ανορεξία, σύγχυση και πόνο, αλλά και εξασφαλίζοντας τη σωματική, κοινωνική, ψυχική και πνευματική υποστήριξη των ασθενών. Αρκετοί ασθενείς με ΧΑΠ πεθαίνουν κατά τη διάρκεια μιας υποτροπής, επομένως είναι σημαντικό να αναπτυχθούν στρατηγικές αντιμετώπισης, πριν επέλθει μία κρίση. Θα αναπτυχθούν διαφορετικές στρατηγικές παρηγορητικής αντιμετώπισης σε διαφορετικές χώρες, εξαρτώμενες από το σύστημα παροχής υγείας, το πολιτισμικό υπόβαθρο και τις ατομικές πεποιθήσεις (NHS End-of-Life Care Programme).

Η παρηγορητική φροντίδα για τους ασθενείς με AIDS/HIV είναι πολύ σημαντική, αλλά ταυτόχρονα πολύ περίπλοκη. Αναλυτικότερα, η παρηγορητική αγωγή μπορεί να ανακουφίσει την ένταση των ανθρώπων που πάσχουν από τη συγκεκριμένη ασθένεια. Όμως, το AIDS έχει προσθέσει νέους τομείς εξέλιξης στην παρηγορητική αγωγή λόγω της πολυπλοκότητάς του. Η πολυπλοκότητα του υιού έγκειται στην περίπλοκη δομή του ίδιου του υιού και της διαδικασίας ίασης. Όμως, το σημείο στο οποίο φαίνεται η πολυπλοκότητα της νόσου έγκειται στο ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς είναι στιγματισμένοι και αντιμετωπίζουν ένα είδος διάκρισης από την κοινωνία. Άρα η παρηγορητική φροντίδα είναι εξαιρετικά σημαντική όχι μόνο για την ανακούφιση του πόνου των ασθενών, αλλά και για την μείωση της αίσθησης περιθωριοποίησης τους από τους γύρω τους, αλλά και γενικότερα από την κοινωνία.

Στους παραπάνω ασθενείς έρχονται να προστεθούν και οι ηλικιωμένοι. Κατά το παρελθόν η παρηγορητική αγωγή παρεχόταν αποκλειστικά σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο. Στις μέρες μας η φροντίδα των ηλικιωμένων έχει διευρυνθεί και οι μονάδες ανακούφισης πόνου ασπάζονται και ηλικιωμένους με άλλες ασθένειες, όπως άνοια, πάρκινσον και κινητικά προβλήματα. Αυτή η ανάπτυξη οφείλεται στο ότι οι υπηρεσίες για ηλικιωμένους που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους ή αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας (όπως καρδιακές παθήσεις) είναι ανεπαρκείς και ελάχιστα αναπτυγμένες. Έτσι η παρηγορητική αγωγή και φροντίδα παρεμβαίνει για να μπορέσει να καλύψει μέχρι ενός σημείου το κενό αυτό.

Τέλος θα ήταν σημαντικό να αναφέρουμε το άρθρο 25 από την Διεθνή Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων το οποίο τονίζει την σημαντικότητα της καλής ποιότητας φροντίδας στο τέλος της ζωής ως βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Το άρθρο αναφέρει : 'Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα προστασίας και ασφάλειας απέναντι στην ανεργία, την ασθένεια, την ανικανότητα, τη χηρεία, τα γηρατειά καθώς και σε άλλη απώλεια της ικανότητας αυτοδιαχείρισης της ζωής του.'



Εικόνα 7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΗΘΙΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΗΓΟΤΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

3.1 ΗΘΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ

Κατά τη παροχή της απτικής φροντίδας δημιουργούνται και ηθικά διλλήματα που θα εξεταστούν σε αυτή την ενότητα. Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η απτική φροντίδα δεν πρέπει να είναι υποχρεωτική και ούτε να εφαρμόζεται σε ασθενείς που δεν επιθυμούν να την λάβουν, αφού υπάρχει περίπτωση να τους προκαλέσει μέχρι και δυσφορία. Οι ασθενείς πρέπει επίσης να έχουν τη δυνατότητα να κάνουν τις επιλογές τους κατά την απτική επαφή ούτως ώστε να μην το εκλαμβάνουν ως δυσάρεστη εμπειρία.

Αναπόσπαστο κομμάτι των ηθικών παραμέτρων είναι η πίστη, καθώς πολλοί ασθενείς στρέφονται στο θεό και στηρίζονται στη θρησκευτική του πίστη για να αντιμετωπίσουν το σωματικό τους πόνο (Pargament et al., 1998). Αυτό γιατί η πίστη στο Θεό αλλάζει τις προτεραιότητες του ασθενή, προσφέρει καταφύγιο και ανακούφιση. Επιπλέον, με την προσευχή προκύπτει μία βιολογική, ψυχική, κοινωνική και πνευματική πεποίθηση σε σχέση με την αντίληψη του πόνου. Η πίστη μπορεί να αυξήσει την αίσθηση του ελέγχου του πόνου, να λειτουργήσει σαν μέσω απόσπασης από τον πόνο και η προσευχή να οδηγήσει σε πνευματική γαλήνη.

Γενικότερα, η νοσηλευτική ηθική ασχολείται με τα προβλήματα που εμφανίζονται στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη και οι αρχές της είναι οι αρχές της ηθικής γενικά. Η πρώτη καταγραφή κανόνων νοσηλευτικής ηθικής

είναι ο όρκος που δίνουν οι νοσηλευτές ο οποίος εφαρμόζεται μέχρι σήμερα. Ο δεύτερος παγκόσμιος πόλεμος αποκάλυψε την ανεπάρκεια του συστήματος της νοσηλευτικής ηθικής και των κανόνων συμπεριφοράς του νοσηλευτικού σώματος, φέρνοντας τα θέματα αυτά στο προσκήνιο, ώστε η συζήτηση να διευρυνθεί πέραν του νοσηλευτικού κόσμου σε κύκλους φιλοσοφικούς, νομικούς, θεολογικούς, αλλά και ευρύτερα στην κοινωνία. Οι αρχές οι οποίες διέπουν την νοσηλευτική ηθική είναι οι γενικές αρχές της ηθικής προσαρμοσμένες στις απαιτήσεις της νοσηλευτική πράξης. Είναι συνυφασμένες με την θεμελίωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του ασθενούς, την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, την αρχή της αμοιβαίας εμπιστοσύνης και το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης στην περίθαλψη. Η αρχή της αυτονομίας του ατόμου και η αρχή της δίκαιης κατανομής των βαρών, γενικές φιλοσοφικές έννοιες εμπλέκονται καθημερινά στην άσκηση κλινικής πράξης.

Επιπλέον, ο νοσηλευτής οφείλει να ενεργεί πάντα με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς για τον οποίο φροντίζει, να είναι υπεύθυνος και να λογοδοτεί για την ζωή του ατόμου που φροντίζει, να σέβεται την προσωπικότητα και τις επιθυμίες του, να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα εξίσου ανάμεσα σε όσους την έχουν ανάγκη ανάλογα με τις ανάγκες τους και να είναι έντιμος και αξιόπιστος.

Στα Ελληνικά, έχει επικρατήσει ο όρος Ηθική και Δεοντολογία. Δεν υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ τους, στην πράξη όμως φαίνεται, ο όρος ηθική περιγράφει τους γενικούς ηθικούς κανόνες συμπεριφοράς του νοσηλευτή, ενώ ο όρος δεοντολογία περιγράφει πρακτικά θέματα, όπως η σωστή άσκηση της νοσηλευτικής στην καθημερινή κλινική πράξη και θέματα ετικέτας όπως η συμπεριφορά του νοσηλευτή προς τον ασθενή και τους οικείους του και η συμπεριφορά μεταξύ συναδέλφων.

Πιο συγκεκριμένα, όταν δίνεται η απτική επαφή σε έναν ασθενή στη μονάδα ανακούφισης πόνου, είναι σημαντικό να έχουμε κατά νου ότι η θεραπεία μπορεί να προκαλέσει αισθήματα παρενόχλησης στον ασθενή, αφού μπορεί να βρίσκεται κάτω από την εμπειρία φαρμάκων. Επίσης, οι νοσηλευτές θα μπορούσαν να διεγείρουν συναισθήματα θλίψης, καθώς οι ασθενείς ενδέχεται να αρχίσουν να κλαίνε. Αυτό μπορεί να συμβεί διότι χάνουν την επαφή με την πραγματικότητα και η επαναφορά σε αυτήν μπορεί να προκαλέσει δυσάρεστα αισθήματα. Ο νοσηλευτής-φροντιστής όταν δουλεύει στη μονάδα ανακούφισης πόνου, πρέπει να είναι προετοιμασμένος και σε θέση να αντιμετωπίσει αυτά τα συναισθήματα.

Υπάρχουν πολλά ηθικά διλήμματα, και πιθανά εμπόδια για τους νοσηλευτές που συμμετέχουν στην παρηγορητική φροντίδα. Κατά κύριο λόγο οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους ηθικές ανησυχίες με τους ασθενείς που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους, αλλά αυτό δεν αποκλείει και τους υπόλοιπους ασθενείς που βρίσκονται στην μονάδα ανακούφισης

πόνου. Οι προτεραιότητες της πρώτης ομάδας ασθενών συμβαίνει διότι για αυτούς δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο πρότυπο περίθαλψης ή συμβατικής θεραπείας. Περαιτέρω, οι ηθικές παράμετροι είναι ιδιαίτερα αισθητοί σε αυτή την πτυχή της νοσηλευτικής, διότι οι αξιολόγηση των κινδύνων γίνεται δύσκολα. Επίσης, δεν υπάρχει κάποια καθορισμένη θεραπεία, αλλά μια εναλλακτική-συμπληρωματική μέθοδος ψυχολογικής στήριξης των ασθενών.

Στην πραγματικότητα τα ηθικά διλλήματα είναι το μεγαλύτερο εμπόδιο στην μονάδα ανακούφισης πόνου. Συγκεκριμένα, οι άνθρωποι που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους έχουν χαρακτηριστεί ως ειδική κατηγορία. Αυτό γιατί είναι ευάλωτοι και δεν μπορούν να προστατεύσουν τα δικαιώματά τους. Ακόμη είναι ανίκανοι να λάβουν αποφάσεις ή να δώσουν την συναίνεση τους. Άρα κάθε είδους αγωγή θα πρέπει να παρέχεται με προσοχή, ούτως ώστε οι νοσηλευτές να μην παραβιάζουν άθελα τους αρχές ή αξίες των ασθενών. Συνολικά, οι νοσηλευτές- φροντιστές πρέπει να είναι γνώστες των ηθικών ζητημάτων με τα οποία θα έρθουν αντιμέτωποι στην μονάδα ανακούφισης πόνου.

Συνολικά, οι κλινικές αποφάσεις λαμβάνονται μέσα στα κοινωνικά, πολιτιστικά, νομικά και οικονομικά γενικά πλαίσια, που γεννούν δικαιώματα και υποχρεώσεις από κάθε πλευρά. Ο νοσηλευτής-φροντιστής έχει την πρωταρχική ηθική ευθύνη να διασφαλίσει ότι η υγεία και η αξιοπρέπεια των ασθενών εμπίπτει μέσα στα παραπάνω πλαίσια. Τα διλλήματα που

προκύπτουν στη διάρκεια της ανωτέρω διαδικασίας είναι συχνά δύσκολα, αλλά πολλές φορές τεχνικά μια που η στήριξη σε αρχές και ηθικούς κανόνες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών, ώστε ακόμα και όταν υπάρχει συναισθηματική φόρτιση, γιατροί, νοσηλευτές, συγγενείς αλλά και οι ίδιοι οι ασθενείς να μπορούν να εργασθούν εποικοδομητικά για να τα επιλύσουν (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α).



Εικόνα 8

3.2 ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ

Ο Καντ αναφέρεται στην αυτονομία ως την δυνατότητα 'ορθολογικής αυτοδιοίκησης του εαυτού μας' (Lam, 2007). Η αξιοπρέπεια έχει μία άρρηκτη σχέση με την αυτονομία, διότι σημαίνει ότι είσαι σε θέση να λαμβάνεις αυτόνομες αποφάσεις. Υπάρχουν πρόσφατες διαστρεβλώσεις αυτών των εννοιών στην ηθική της υγειονομικής περίθαλψης. Η αυτονομία περιορίστηκε στο να σημαίνει απλώς την ικανότητα των ανθρώπων να επιλέγουν ό, τι θέλουν. Όμως, σύμφωνα με τον Καντ, αυτονομία σημαίνει αρχικά ότι πρέπει να είναι σε θέση να σταθείς πίσω από το άμεσο συμφέρον ή τις επιθυμίες του ατόμου και να εκφράσεις της ηθικές αξίες και να ενεργήσεις σύμφωνα με τους κανόνες που πρέπει να ισχύουν για όλους.

Όπως προαναφέρθηκε η αξιοπρέπεια και ο σεβασμός είναι μια διπλή επαγγελματική αξία. Όταν λαμβάνονται υποκειμενικά έχουν ατομικές διαφορές και ιδιαιτερότητες, ενώ όταν λαμβάνονται αντικειμενικά είναι η βάση των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Ο νοσηλευτής-φροντιστής είναι υπεύθυνος να εξασφαλίσει και να προωθήσει την αυτονομία του ασθενούς, αφού όπως το άρθρο της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων δικαιωμάτων ορίζει ότι όλοι οι άνθρωποι γεννιούνται ελεύθεροι και ίσοι στην αξιοπρέπεια.

Ο Αριστοτέλης υποστήριξε ότι οι ηθικές αρετές μπορούν να εφαρμοστούν και υπερβολικά πολύ και υπερβολικά λίγο. Δεν μπορεί να υπάρξει ανεπάρκεια σεβασμού για την αξιοπρέπεια. Για αυτό, ο νοσηλευτής-φροντιστής πρέπει να είναι ισορροπημένος όσον αναφορά την προσωπική και επαγγελματική του αξιοπρέπεια για να μπορέσει να σεβαστεί την αυτονομία του ασθενή. Η σημαντικότητα των παραπάνω εστιάζεται στο ότι οι ασθενείς είναι ευάλωτοι σωματικά, ψυχολογικά και συναισθηματικά σε σχέση με την αυτονομία που μπορούν να έχουν. Αυτό συμβαίνει γιατί έχουν συγκεκριμένη ελευθερία κινήσεων. Η ηθική παρεμβαίνει λοιπόν σε αυτό το επίπεδο της νοσηλευτικής φροντίδας, ούτως ώστε να διευκολύνει και το έργο των νοσηλευτών, αλλά και για να διασφαλίσει τον ασθενή.

Δεν είναι άλλωστε τυχαίο ότι υπάρχουν τρία διαφορετικά επίπεδα παρηγορητικής φροντίδας για την διασφάλιση της αυτονομίας του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα, η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α (2008, τεύχος 6, σελ. 4) αναφέρει: πρώτον, ότι θα πρέπει να τηρούνται από όλους τους λειτουργούς υγείας. Δεύτερον, από λειτουργούς υγείας που με την βασική τους ειδικότητα έχουν εκπαιδευτεί για την εφαρμογή της και τρίτον να παρέχεται από ειδικούς που η αποκλειστική τους δραστηριότητα είναι η παροχή παρηγορητικής φροντίδας.

Με άλλα λόγια, η εξειδίκευση των νοσηλευτών-φροντιστών είναι απαραίτητη ούτως ώστε να υπάρξει σεβασμός της αυτονομίας του ασθενή. Διότι ο κάθε

άνθρωπος δίνει διαφορετική ερμηνεία στον όρο 'ποιότητα ζωής', διότι κάθε άνθρωπος έχει τις δικές του διαπροσωπικές σχέσεις και κουλτούρα και διότι οι προσωπικές ανάγκες, τα όνειρα και οι προσδοκίες του κάθε ανθρώπου διαφέρουν ανάλογα με την προσωπική του ιστορία και πορεία.

Περαιτέρω, ο νοσηλευτής-φροντιστής οφείλει να σέβεται την ζωή και να θεωρεί το θάνατο μια φυσιολογική εξέλιξη αυτής. Θα πρέπει να λάβει υπόψη του επίσης ότι ο ρόλος δεν είναι ούτε να επιταχύνει ούτε να αναβάλλει τον θάνατο. Όμως, θα πρέπει να εξασφαλίζει τον έλεγχο του πόνου και των λοιπών συμπτωμάτων τόσο από την νόσο όσο και από την θεραπεία και να προσφέρει ψυχολογική και κοινωνική και πνευματική υποστήριξη στον ασθενή, ώστε να παραμείνει όσο τον δυνατόν ενεργός μέχρι το τέλος της ζωής του. Αλλά, και να προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης στην οικογένεια καθ' όλη τη διάρκεια της ασθένειας και μετά την απώλεια.

Τέλος, είναι πιο εύκολο να αντιμετωπίζονται τα παθολογικά συμπτώματα του ασθενή παρά ότι σχετίζεται με τον ηθικό κόσμο του ασθενή. Άρα ο νοσηλευτής-φροντιστής σέβεται την αυτονομία του ασθενή με το να του κρατά το χέρι και να ακούει είτε τα λόγια είτε τη σιωπή του που πολλές φορές είναι το πιο πολύτιμο που μπορεί να προσφέρει στον ασθενή.

3.3 ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Αυτή η ενότητα θα εστιάσει στο τι θα πρέπει να κάνουμε όταν ασχολούμαστε με ηθικά ζητήματα στην μονάδα ανακούφισης πόνου και κατά την παρηγορητική αγωγή. Γενικότερα, τα ηθικά ζητήματα προκύπτουν όταν ο νοσηλευτής-φροντιστής δεν είναι σίγουρος ποιες ηθικές αρχές ή αξίες πρέπει να εφαρμόσει κατά την φροντίδα του ασθενή. Τέτοιες καταστάσεις εμφανίζονται όταν ο νοσηλευτής πρέπει να έρθει αντιμέτωπος με ασυμφωνία των συγγενών για το ποιό είναι το καλύτερο για την κατάσταση του ασθενή όταν απειλείται από μία χρόνια πάθηση ή και όταν βρίσκεται στο τέλος της ζωής του.

Τα ηθικά ζητήματα στο τελικό στάδιο μιας νόσου βασίζονται στο γεγονός ότι οι ασθενείς είναι προσωπικότητες που μπορούν να ενωθούν με το κοινωνικό σύνολο και να γεμίσουν τη ζωή τους με εμπειρίες. Ο Lime, διευθυντής του κέντρου πόνου στην Αμερική γράφει: γνώρισα πολλούς καρκινοπαθείς ασθενείς που ζητούσαν βοήθεια για να αυτοκτονήσουν και οι οποίοι όταν ανακουφίστηκαν από τον πόνο τους εκπλήρωσαν το όνειρο της ζωής τους και έκαναν το γύρω της Αμερικής ή της Ευρώπης'. Η ηθική απαιτεί ισορροπία μεταξύ της παρηγορητικής φροντίδας και της επιθυμίας των ασθενών. Κάθε ασθενής είναι μοναδικός. Η γνώμη και οι αξίες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Πρέπει να έχουμε κατά νου τα όρια της νοσηλευτικής και ότι ο πόνος μπορεί να είναι φόβος του θανάτου, άγχος του αποχωρισμού, μοναξιά, υπαρξιακά ζητήματα και αντίληψη ότι γίνονται βάρος. Ο νοσηλευτής-

φροντιστής βλέπει το θάνατο σαν φυσικό φαινόμενο, ο ασθενής βλέπει το τέλος του σαν μια υπέρβαση της φύσης και ζει μια εμπειρία σύμφωνα με τον χαρακτήρα του και την προσωπικότητα του. Αποτέλεσμα αυτής της σύγκρουσης ανάμεσα στο ηθικό και νοσηλευτικό ενδιαφέρον οδηγεί τον νοσηλευτή στον προβληματισμό αν θα αντιμετωπίσει τον ασθενή σαν άρρωστο ή σαν θανόντα. Αυτό ως συνήθως συμβαίνει σε ασθενείς τελικού σταδίου. Για αυτό θα πρέπει να υπάρχει μια επιτροπή ηθικής, η οποία θα θέτει τέσσερις αρχές.

Οι αρχές αυτές είναι:

Πρώτον, το δικαίωμα της αυτονομίας όπου ο ασθενής και η οικογένεια πρέπει να είναι ενήμεροι για τις αποφάσεις που λαμβάνονται. Δεύτερον, η αρχή της ωφελιμότητας για να αποφεύγονται μάταιες θεραπείες που δεν εξυπηρετούν κανένα σκοπό για την φροντίδα. Τρίτον, η ίαση και η ανακούφιση του ασθενή. Τέταρτον, η αρχή της δικαιοσύνης όπου ο καθένας ανάλογα με τις ανάγκες του θα πρέπει ισότιμα να λαμβάνει. Αυτές οι αρχές δεν καλύπτουν πλήρως την παρηγορητική αγωγή. Για αυτό πρόσφατα δημιουργήθηκαν και άλλες προσεγγίσεις όπως η ηθική της φροντίδας που εξηγεί πόσο ευάλωτη και εξαρτημένη είναι οι ανθρώπινη ύπαρξη στη λήψη αποφάσεων και στην ποιότητα των σχέσεων, στην ειλικρίνεια, στην εμπιστοσύνη και στην αξιοπιστία μεταξύ νοσηλευτή-φροντιστή και ασθενή. Και η αρετή της ηθικής όπου εξασφαλίζει τη λήψη αποφάσεων από την πλευρά του χαρακτήρα του ατόμου (Παναγιωτάκη-Δαυίδ, 2009).

Επιπρόσθετα, τα ηθικά ζητήματα στην παρηγορητική φροντίδα είναι τα ίδια με τα ηθικά διλήματα σε όλους τους τομείς της υγείας. Εδώ υπάρχουν όμως διαφορετικά ερωτήματα όπως αυτό του τέλους της ζωής, που έχουν άλλο βάρος. Αυτό προκύπτει επειδή η αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής είναι υποκειμενικό στοιχείο. Ένα ηθικό πρόβλημα που έχει προκύψει είναι ότι όταν κάποιος πάσχει από ανίατη νόσο και του ζητήσει να του επιβληθεί ευθανασία. Το ζήτημα παραμένει τόσο ηθικά όσο και νομικά ανοικτό. Η ευθανασία απασχολεί την σύγχρονη νομική, ιατρική και νοσηλευτική αλλά και γενικότερα την κοινωνία και τη θρησκεία διότι δημιουργούνται διάφορα θεμελιώδη ηθικά ζητήματα. Τα ερωτήματα που προκύπτουν είναι:

1. Έχει ένας ασθενής το δικαίωμα να επιλέξει έναν πρόωρο θάνατο;
2. Ποιος είναι ο ηθικά υπεύθυνος για την πράξη αυτή;
3. Θα πρέπει η ποιότητα της ζωής να είναι κριτήριο;
4. Έχει το δικαίωμα ο ασθενής να αρνηθεί τη θεραπευτική αγωγή;

Τέλος, τα ηθικά ζητήματα επεκτείνονται στο πως οι νοσηλευτές θα διαχειριστούν τον πόνο και τα συμπτώματα του, την πνευματική στήριξη αλλά και την ψυχοκοινωνική μέριμνα. Επίσης, περιλαμβάνει την σωστή διατροφή και υγιεινή του ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΖΩΝΤΟΣ ΧΩΡΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η έννοια του ζώντος χώρου μπορεί να γίνει αντιληπτή ως η επέκταση της σφαίρας του φυσικού περιβάλλοντος σε μια δεδομένη κατάσταση. Οι άνθρωποι κατανοούν τη ζωή μέσα από το σώμα. Το σώμα και η ζωή είναι αμοιβαία αλληλοεξαρτώμενα και αποτελούν μια ενότητα, το σώμα. Έχει υποστηριχθεί ότι ένα ανθρώπινο σώμα συνδυάζεται και κατοικεί στο χώρο και το χρόνο. Με άλλα λόγια η έννοια του ζώντος χώρου μπορεί να θεωρηθεί ως το σύνολο του χώρου που ένας άνθρωπος «ζει» και αποκτά τις εμπειρίες του (Fuchs, 2007). Τα ανθρώπινα συναισθήματα επηρεάζονται από τον χώρο στον οποίο βρίσκονται, για παράδειγμα, το εάν αισθάνονται ήρεμοι σε ένα ήσυχο περιβάλλον. Τα αισθήματα των ασθενών, όπως αισθήματα μοναξιάς και δυσφορίας κατά τη διάρκεια εντατικής θεραπείας μπορεί να είναι αποτέλεσμα της διαταραχής που έζησε ο ασθενής σε κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, π.χ. το διαχωρισμό από ένα γνώριμο σπίτι, από έναν πλησιέστερο συγγενή ή / και το ότι δεν γνωρίζουν πότε θα είναι δυνατόν να επιστρέψουν στο σπίτι τους. Τέτοιες προηγούμενες εμπειρίες επηρεάζουν τον ασθενή και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τον νοσηλευτή-φροντιστή.

Επιπλέον, η έννοια του ζώντος χώρου δεν σχετίζεται με έναν σταθερό χώρο που μπορεί να μετρηθεί, αλλάζει ανάλογα με την ύπαρξη, τις διαθέσεις του

ατόμου και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι συναισθηματικές εμπειρίες καθορίζουν το πώς πρέπει να είναι ένας χώρος ούτως ώστε ο ασθενής να αισθάνεται ότι βρίσκεται σε ένα άνετο ή φιλικό περιβάλλον (van Manen, 1990, Davidson, 2000). Όταν ένας άνθρωπος υποφέρει και είναι άρρωστος, η αίσθηση του ελέγχου πάνω στο χώρο του είναι σημαντική. Ένας ασθενής που βρίσκεται σε έναν απωθητικό χώρο, αυτό αυτόματα γίνεται απειλή για την κατάστασή του. Σε μια τέτοια περίπτωση, η δυνατότητα να δημιουργήσει ένα φιλικό ή αλλιώς 'σπιτικό' περιβάλλον είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία του αρρώστου.

Από την άλλη, ο ρόλος του νοσηλευτή στο χώρο του ασθενούς είναι εξίσου σημαντικός. Αυτό συμβαίνει γιατί ο νοσηλευτής-φροντιστής περνάει μεγάλο χρονικό διάστημα με τον ασθενή. Άρα, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του χώρου του ασθενή και για αυτό θα πρέπει να συμπεριφέρεται ανάλογα με τις συναισθηματικές εμπειρίες του ασθενή. Επιπλέον, μια συναισθηματική σχέση είναι μια σημαντική έννοια που συμβολίζει τα αμοιβαία καλά συναισθήματα, τη φιλία και την υποστήριξη μεταξύ δύο ανθρώπων. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η συναισθηματική σχέση μεταξύ νοσηλευτή-ασθενή δημιουργείται μέσω της φροντίδας του ασθενή. Με άλλα λόγια, οι νοσηλευτές-φροντιστές πρέπει να ανταποκριθούν στις ανάγκες και τις επιθυμίες του ασθενούς μέσω κατάλληλων ενεργειών, ούτως ώστε να θέσουν τα θεμέλια για μια βιώσιμη σχέση. Έχει τονιστεί ότι οι ασθενείς εκτίμησαν περισσότερο τους νοσηλευτές που ήταν χαρούμενοι και

υπομονετικοί και απέδειξαν τη φροντίδα τους, περνώντας αρκετό χρόνο με τους ασθενείς. Τέλος, η δημιουργία ενός ευχάριστου χώρου κατά τη διάρκεια που οι ασθενείς πέθαιναν ήταν πάρα πολύ σημαντικό και αυτό γιατί, οι νοσηλευτές παρείχαν σημασία στη ζωή του ατόμου. Με άλλα λόγια, κατά τη διαδικασία του θανάτου ενός ασθενή διατηρήθηκε η αξιοπρέπεια του, ενώ το άτομο ένιωθε ασφαλές και είχε μια αίσθηση ειρήνης.



Εικόνα 9

4.2 ΠΡΟΣΕΓΓΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟ ΧΩΡΟ

Το περιβάλλον της ΜΕΘ έχει περιγραφεί από πολλούς ασθενείς άγνωστο, τρομακτικό, σαν σε φυλακή (Löf et al., 2006, Magnus & Turkington, 2006). Αν ο ασθενής δεν νιώθει ότι έχει κάποια θέση στο χώρο όπου αυτός βιώνει δεν αισθάνεται προστατευμένος, γεγονός πολύ σημαντικό για την παροχή της απτικής φροντίδας (Bengtsson, 1998). Δεν είναι τυχαίο ότι κατά τη λήψη της απτικής επαφής, οι ασθενείς φαίνεται να ζήτησαν την βοήθεια από τον νοσηλευτή-φροντιστή για να βρουν ένα εναλλακτικό χώρο, δηλαδή αυτόν που δημιουργείται κατά την παρηγορητική αγωγή και μέσω της απτικής επαφής.

Εξίσου σημαντικό είναι ότι πριν ο νοσηλευτής εισέλθει σε αυτόν τον 'εναλλακτικό χώρο', πρέπει να προετοιμαστεί για να δώσει την απτική επαφή. Το προπαρασκευαστικό στάδιο φαίνεται επίσης να είναι σημαντικό για τους νοσηλευτές, αφού η προετοιμασία είναι διαφορετική για την απτική επαφή και διαφορετική κατά την διάρκεια της νοσηλείας ενός ασθενή. Όπως έχει προαναφερθεί, οι νοσηλευτές πρέπει να τηρούν τέσσερα στοιχεία: εσωτερική ισορροπία, έναν άνευ όρων σεβασμό για την ακεραιότητα του ασθενούς, μια σχέση με τον ασθενή που χαρακτηρίζεται από αμοιβαία εμπιστοσύνη και ένα ενθαρρυντικό περιβάλλον, προκειμένου να εισέλθουν στον χώρο απτικής επαφής ως νοσηλευτές-φροντιστές. Σε αυτή την φάση της προετοιμασίας οι νοσηλευτές έχουν την επιλογή να απορρίψουν ένα από τα

παραπάνω συστατικά εάν νιώθουν ότι κάποιο από αυτό δεν μπορεί να εφαρμοσθεί στον συγκεκριμένο ασθενή.

Αυτή η προετοιμασία των νοσηλευτών φάνηκε να "άνοιξε τον δρόμο" για τον ασθενή, ούτως ώστε να εισέλθει στον χώρο της απτικής επαφής και να απολαύσει αυτού του είδους την φροντίδα. Επίσης, κατά τη διάρκεια της απτικής επαφής, ο νοσηλευτής προσπάθησε να προωθήσει μια σχέση και μια αίσθηση αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Ωστόσο, φαίνεται ότι οι νοσηλευτές-φροντιστές είναι περισσότερο ενήμεροι από τους ασθενείς για την σημαντικότητα του περιβάλλοντος και οι συνέπειες που μπορούν να προκύψουν εάν τυχόν χαλάσει η ισορροπία του ήδη υπάρχοντος περιβάλλοντος. Για αυτό το λόγο, οι φροντιστές έχουν υπερβολικά υψηλές προσδοκίες σχετικά με τις προϋποθέσεις πριν από την εκτέλεση της απτικής επαφής, γεγονός που μπορεί να φέρει τον νοσηλευτή σε τέτοια θέση που να μην μπορεί να εκτελέσει την παρηγορητική αγωγή. Συνολικά, το μήνυμα αυτής της ενότητας είναι ότι οι νοσηλευτές-φροντιστές πρέπει να σταματήσουν να αντιμετωπίζουν το περιβάλλον ως εμπόδιο, ούτως ώστε να μπορέσουν να εστιάσουν καλύτερα στις ανάγκες των ασθενών και να παρέχουν μια ολοκληρωμένη απτική επαφή, αλλά και παρηγορητική φροντίδα.

Τέλος, αξίζει να αναφερθούν και κάποια από τα μέτρα που πρέπει να τηρηθούν ούτως ώστε να δημιουργηθεί μια μονάδα ανακούφισης πόνου. Ο

οργανισμός ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α έχει ταξινομήσει μερικά από αυτά. Δηλαδή ο χώρος πρέπει να:

1. Έξασφαλίζει συνθήκες οικογενειακού περιβάλλοντος οπουδήποτε και αν παρέχεται.
2. Υποστηρίζει τη σημασία της ποιότητας ζωής όπως αυτή ορίζεται από τον ασθενή
3. Στηρίζεται και στηρίζει πριν και μετά την απώλεια
4. Ενθαρρύνει την επικοινωνία, την αυτονομία και τις επιλογές του ασθενούς
5. Επικεντρώνεται στην ανακούφιση από τα συμπτώματα και όχι στη θεραπεία
6. Αποφεύγει επιθετικά ιατρικά μέτρα υποστήριξης της ζωής.
7. Είναι διαθέσιμη 24 ώρες 24ωρο, επτά ημέρες την εβδομάδα.'

(ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α, 2008, τεύχος 8, σελ.6)

Επίσης η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α (2008, τεύχος 8, σελ. 6) αναφέρει ότι :

‘Για να σχεδιαστεί και να επιλεγεί ένα πρόγραμμα ξενώνα θα πρέπει

1. Να εκτιμηθούν οι ανάγκες της περιοχής στην οποία θα λειτουργήσει
2. Να ελεγχθούν οι υπάρχουσες υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας οι δυνατότητες και η αποτελεσματικότητα τους
3. Να συνεργαστούν όλες οι τοπικές ομάδες, κρατικές ή εθελοντικές που δραστηριοποιούνται στη φροντίδα ξενώνα’.

4.3 ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν απτική επαφή χρειάζονται χαμηλότερες δόσεις ηρεμιστικών και τα επίπεδα άγχους τους έχουν μειωθεί αισθητά σε σύγκριση με ασθενείς που δεν λαμβάνουν αυτή του είδους την φροντίδα. Υπήρξε επίσης μια ένδειξη για χαμηλότερα επίπεδα αδρεναλίνης μεταξύ των ασθενών που εκτίθενται στην απτική επαφή.

Βάσει των παραπάνω, θα μπορούσε κανείς να σκεφτεί ότι η απτική επαφή καταπραΰνει τους ασθενείς όχι μόνο εξωτερικά αλλά και εσωτερικά. Αυτό συσχετίζεται με την διατήρηση των επιπέδων του οξυγόνου που ενεργοποιούνται από το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα (Uvnäs-Moberg, 2000). Αυτό μπορεί να συμβάλει στο να είναι οι ασθενείς πιο ήρεμοι με χαμηλότερα επίπεδα άγχους. Έτσι ώστε να χρειάζονται λιγότερη καταστολή, και μικρότερες δόσεις φαρμάκων. Σημαντική παρατήρηση είναι ότι η απτική επαφή έχει μακροχρόνια διάρκεια. Αυτό σημαίνει ότι η απτική επαφή επηρεάζει θετικά τον οργανισμό του ασθενή ακόμη και αν ο νοσηλευτής-φροντιστής δεν βρίσκεται δίπλα του διαρκώς (Uvnäs-Moberg, 2000).

Έχει καταγραφεί ότι καρκινοπαθείς που έλαβαν εκτεταμένη απτική φροντίδα στα χέρια και πόδια μείωσαν τα επίπεδα οξυτοκίνης στη φλεβική κυκλοφορία (Billhult et al., 2007). Από την άλλη, υγιή άτομα που έκαναν μασάζ για 60 λεπτά κάθε μέρα δεν είχα την ίδια ραγδαία εξέλιξη όπως οι ασθενείς που

προαναφέρθηκαν (Andersson et al., 2004). Το γεγονός ότι τα υγιή άτομα αντέδρασαν διαφορετικά από την παροχή απτικής επαφής δείχνει ότι οι ανάγκες των ασθενών είναι μεγαλύτερες, για αυτό και τα αποτελέσματα είναι πιο ορατά. Συνολικά, η απτική επαφή μπορεί να μειώσει την αρτηριακή πίεση του ασθενούς, και ταυτόχρονα να του προσφέρει αισθήματα ευφορίας, θετικότητας και ελπίδας, αισθήματα που δεν μπορούν να δημιουργηθούν κατά την χορήγηση φαρμάκων.

Παρά το γεγονός ότι οι παραπάνω παρατηρήσεις έχουν αποδειχθεί και συζητηθεί, υπάρχουν διαφωνίες που εστιάζονται στο ότι τα αποτελέσματα της απτικής φροντίδας εξαρτώνται από την διάρκεια της, καθώς και στο πως θα το εκλάβει ο ίδιος ο ασθενής, δηλαδή αν θα είναι θετικός και συνεργάσιμος εκ των προτέρων ή όχι.

4.4 ΣΤΟΧΑΣΜΟΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Έχει επισημανθεί ότι για να μπορέσουν οι νοσηλευτές-φροντιστές να επιτύχουν θετικά αποτελέσματα με την απτική επαφή και την παρηγορητική αγωγή χρειάζεται ένας συγκεκριμένος χρόνος. Δηλαδή, θα πρέπει ο φροντιστής πρώτα να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή και σταδιακά να χρησιμοποιήσει την απτική επαφή. Έτσι σταδιακά ο νοσηλευτής μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα οξυγόνωσης του εγκεφάλου του ασθενή, προσφέροντας του μόνο θετικές σκέψεις και εμπειρίες. Συνολικά ο ασθενής χρειάζεται να

λαμβάνει καθημερινά απτική επαφή και παρηγορητική αγωγή για τουλάχιστον 45 λεπτά, ούτως ώστε να επιτευχθούν θετικά αποτελέσματα.

4.5 ΕΥΚΑΙΡΙΑ ΒΙΩΣΗΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΛΠΙΔΑΣ

Έχει τονιστεί από ασθενείς ότι είναι δύσκολο να νιώσουν στιγμές ευχαρίστησης κατά την διάρκεια νοσηλείας τους. Οι ασθενείς βρίσκονται σε μία πολύ αγχωτική κατάσταση, αφού η ζωή τους βρίσκεται σε διαρκή κίνδυνο. Για αυτό το λόγο οι ασθενείς νιώθουν ανισσοροπία, φόβο, σύγχυση και άγχος. Αυτά τα συναισθήματα θα μπορούσαν να περιγραφούν ως δυσάρεστα και δυσβάστακτα. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι πολλοί ασθενείς έχουν αναπτύξει τραυματικές αρρώστιες-στρες μετά την εξαγωγή τους από εκτεταμένη νοσηλεία.

Για τους παραπάνω λόγους στις μονάδες ανακούφισης πόνου χρησιμοποιείται συχνά μουσικοθεραπεία. Με τον όρο μουσικοθεραπεία εννοούμε την ελεγχόμενη χρήση της μουσικής, καθώς και οι επιρροές που έχει στον άνθρωπο για να βοηθήσει στην φυσιολογική, ψυχολογική και συναισθηματική ολοκλήρωση του ατόμου κατά τη διάρκεια της θεραπείας του από μία ασθένεια ή για την ανακούφιση του από το χρόνιο πόνο (Munro and Mount, 1978). Πιο συγκεκριμένα, Ο νοσηλευτής-φροντιστής κατά την διάρκεια υπηρεσίας του στην παρηγορητική αγωγή έχει στη διάθεση του μια

ποικιλία από μουσικά όργανα (φλάουτο, βιολί, άρπα), αλλά για την μεγαλύτερη ευκολία κατά κύριο λόγο χρησιμοποιεί ένα κινητό στερεοφωνικό σύστημα για την αναπαραγωγή μουσικής. Η μουσική έχει πολυδιάστατες δυνατότητες και έτσι μπορεί να επηρεάσει τα διάφορα επίπεδα συνείδησης του ασθενή και να του προκαλέσει αισθήματα ευχαρίστησης και ελπίδας (Munro and Mount, 1978). Μπορεί ακόμη να λειτουργήσει ως καταλύτης για την συναισθηματική κινητοποίηση του ασθενή και να βοηθήσει τόσο στη λεκτική όσο και στη μη λεκτική επικοινωνία του με τους γύρω του. Λαμβάνοντας υπόψη την δυναμική της μουσικοθεραπείας και την θετική συμβολή της στην παρηγορητική φροντίδα μπορεί κανείς να προβλέψει μια ευρεία ποικιλία των χρήσεων της στους συγκεκριμένους ασθενείς.

Συγκεκριμένα, σε σωματικό επίπεδο, η προώθηση της μουσικής χαλάρωσης, η καταστολή του άγχους και της κατάθλιψης αλλοιώνουν την αντίληψη του πόνου και διευκολύνουν τη φυσική συμμετοχή του ασθενή σε δραστηριότητες στο βαθμό που είναι δυνατόν. Σε ψυχολογικό επίπεδο, η αλλαγή διάθεσης του ασθενούς, και η βοήθεια ανάκλησης θετικών αναμνήσεων από το παρελθόν παρέχουν συναισθήματα χαλάρωσης και ευχαρίστησης. Σε κοινωνικό επίπεδο, η μουσικοθεραπεία χρησιμοποιείται ως μέσο αυτό-έκφρασης του ασθενή και ταυτόχρονα τον φέρνει πιο κοντά με το περιβάλλον του και με τους συγγενείς του

Συνολικά, Ο όρος "μουσικοθεραπεία" προκαλεί έναν αδικαιολόγητο ενθουσιασμό στους ασθενείς. Από ότι φαίνεται η μουσικοθεραπεία προτείνεται στην παρηγορητική φροντίδα λόγω της πολυμορφίας των δυνατοτήτων της. Επίσης, είναι ιδιαίτερα κατάλληλη διότι ανταποκρίνεται στην ποικιλομορφία των προκλήσεων των ασθενών της παρηγορητικής φροντίδας, αφού επιτυχώς μπορεί να ανατρέψει αρνητικά συναισθήματα ή αισθήματα θλίψης σε εκείνα της ευχαρίστησης και της ελπίδας.

4.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οι ασθενείς που λαμβάνουν απτική επαφή παρατηρήθηκε ότι χρειάζονται μικρότερες δόσεις φαρμάκων για να βρίσκονται σε καταστολή. Οι ίδιοι οι ασθενείς εξέφρασαν την επιθυμία να είναι περισσότερο ενήμεροι για τα οφέλη της απτικής επαφής, ούτως ώστε να μπορούν να λαμβάνουν περισσότερα πλεονεκτήματα από αυτήν. Επίσης οι ίδιοι ζήτησαν να μην βρίσκονται σε πλήρη καταστολή για να μπορούν να λαμβάνουν συχνότερα τα οφέλη της απτικής επαφής.

Με αυτόν τον τρόπο οι ασθενείς που λαμβάνουν απτική επαφή χρειάζονται λιγότερη μιδαζολάμη, η οποία τους προκαλεί περισσότερη εγρήγορση. Έτσι, παραμένουν ήρεμοι, και συνεργάσιμοι με φυσικούς τρόπους και όχι μέσω της φαρμακευτικής επιβάρυνσης του οργανισμού τους. Από εκεί και πέρα ο

βαθμός καταστολής εξαρτάται από την εγρήγορση του ασθενή και το κατά πόσο έχει μία ενσυνείδητη επικοινωνία με το περιβάλλον του. Αν και η παραπάνω κατάσταση επικρατεί στις μονάδες ανακούφισης πόνου, την ίδια θετική ανταπόκριση είχαν και οι ασθενείς που βρίσκονταν στη ΜΕΘ (Samuelson, 2006). Άλλωστε όπως έχει διαπιστωθεί η αυξημένη καταστολή μπορεί να επιφέρει επιπλέον επιπλοκές και παρενέργειες στους ασθενείς, δημιουργώντας ταυτόχρονα και επιπρόσθετες αρνητικές αναμνήσεις στους ασθενείς.

Γενικότερα, η απτική φροντίδα θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε όλους τους ασθενείς κατά την εισαγωγή τους όχι μόνο στις μονάδες ανακούφισης πόνου, αλλά και σε νοσοκομειακές μονάδες όχι μόνο από εξειδικευμένους φροντιστές αλλά και από τους συγγενείς των ασθενών. Δηλαδή, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως γενικότερη στρατηγική βελτίωσης της κατάστασης των ασθενών, μειώνοντας τις ενοχλητικές και αγχωτικές εμπειρίες των ασθενών (Samuelson, 2006). Όπως έχει διαπιστωθεί οι ασθενείς που βρίσκονται σε φαρμακολογική καταστολή και έπειτα ξυπνούν νιώθουν το ίδιο ή περισσότερο κουρασμένοι. Έτσι λαμβάνοντας λιγότερη καταστολή είναι πιο ικανοί να αντιμετωπίσουν την ταλαιπωρία και το άγχος τους (Burchardi, 2004, Johnson et al., 2006). Συνολικά, η απτική φροντίδα και η φαρμακολογική καταστολή δεν συμβαδίζουν και θα ήταν θετικό να μειώνεται αισθητά κατά την παροχή της απτικής επαφής.

4.7 ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Η απτική φροντίδα είναι μία συμπληρωματική-προαιρετική μέθοδος στη μονάδα ανακούφισης πόνου και πριν χορηγηθεί στον ασθενή θα πρέπει να εξεταστούν αρκετά κριτήρια. Πρώτα απ' όλα, η απτική επαφή θα πρέπει να είναι προκαθορισμένη και να δίνεται από εξειδικευμένο νοσηλευτή-φροντιστή, ο οποίος πρέπει να ακολουθεί ένα συγκεκριμένο σχέδιο φροντίδας του ασθενούς. Αυτό το σχέδιο φροντίδας θα μπορούσε να περιλαμβάνει το πόσο συχνά θα πρέπει να δίνεται η απτική επαφή και πως θα πρέπει να αντιμετωπίζονται συγκεκριμένες αντιδράσεις του ασθενή.

Όμως με κάθε θεραπεία ένας συγκεκριμένος φροντιστής πρέπει να είναι αρμόδιος για τη διενέργεια της απτικής φροντίδας. Αυτό μπορεί να απαιτεί περαιτέρω κατάρτιση η οποία δεν παρέχεται σε βασικά εκπαιδευτικά προγράμματα για νοσηλευτές-φροντιστές. Όμως, το θέμα της κατάρτισης και εκπαίδευσης των νοσηλευτών θα εξεταστεί εκτενέστερα στο κεφάλαιο έξι. Επιπλέον, ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι ο φροντιστής ο οποίος έχει εξειδικευθεί στην απτική φροντίδα θα ήταν καλό να διδάξει έναν από τους πλησιέστερους συγγενείς του ασθενούς, ούτως ώστε να μπορέσει να χορηγήσει και αυτός την απτική φροντίδα. Ο στόχος αυτού, δεν είναι να δημιουργήσουν οι νοσηλευτές επιπρόσθετο βάρος στους συγγενείς, αλλά να τους δημιουργήσουν μια αίσθηση ότι ασχολούνται με τη φροντίδα του ασθενούς, αφού και οι ασθενείς έχουν υποστηρίξει ότι η οικογένεια και οι

φίλοι τους είναι μια μεγάλη πηγή υποστήριξης για αυτούς. Έτσι, όταν οι συγγενείς είναι παρόντες και διαθέσιμοι, οι ασθενείς νιώθουν μια αίσθηση άνεσης και αισθάνονται ασφαλείς (Hursey, 2000).

Τέλος, δεν είναι τυχαίο ότι ο νοσηλευτής που είναι ειδικευμένος στην Π.Φ θα πρέπει να ακολουθεί ένα συγκεκριμένο τελετουργικό. Πρώτον, θα πρέπει να επισκέπτεται καθημερινά τον ασθενή κατά τις εργάσιμες ημέρες και να προσφέρει τις υπηρεσίες του υπό τις οδηγίες του υπεύθυνου γιατρού. Δεύτερον, θα πρέπει να φροντίζει για την υγιεινή, τη διατροφή και την περιποίηση του. Τρίτον, θα πρέπει να μεριμνά για την έγκαιρη προμήθεια του απαιτούμενου φαρμακευτικού και νοσηλευτικού υλικού. Τέλος, θα πρέπει να αποτελεί τον συνδετικό κρίκο μεταξύ της επιστημονικής ομάδας και της μονάδας φροντίδας [ασθενής- οικογένεια] (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α, 2008, τεύχος 7, σελ. 2).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Η ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

5.1 Η ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Η προώθηση της απτικής και παρηγορητικής φροντίδας στους ηλικιωμένους ασθενείς είναι μια παρούσα και μελλοντική πρόκληση. Στη Γερμανία, αυτό έχει υπογραμμιστεί από τη νομοθεσία του 2009, για την παρηγορητική φροντίδα ως υποχρεωτική στο ιατρικό πρόγραμμα σπουδών των νοσηλευτών και ιατρών. Ενώ ο αριθμός των ηλικιωμένων ασθενών αυξάνεται σε πολλές δυτικές χώρες, η άνοια περιπλέκει την φροντίδα. Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων εξαρτάται από πολλούς παράγοντες: την καλή σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, αλλά και την ικανότητα του να επιτελεί τις καθημερινές του συνήθειες δραστηριότητες. Η απτική φροντίδα είναι μια βασική έννοια και για αυτό η διδασκαλία της σε φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής μπορεί να συμβάλει στην παροχή μιας καλύτερης φροντίδας, όπως αναγνωρίζεται από το Υπουργείο Υγείας αλλά και ομάδες εμπειρογνομώνων (Schulz, 2002).

Οι ηλικιωμένοι με τα χαρακτηριστικά του γήρατος και λόγω των φυσιολογικών μεταβολών που συμβαίνουν με την πάροδο του χρόνου γίνονται πιο ευάλωτοι. Η ύπαρξη βοήθειας εάν είναι άρρωστοι, η ανάγκη για να μιλήσουν σε κάποιον, η ανάγκη να εμπιστευτούν τους ίδιους ή να

μιλήσουν για τον εαυτό τους και τα προβλήματα τους, να μοιραστούν τις ανησυχίες και τους φόβους τους, αλλά και να νιώσουν ότι κάποιος τους αγαπά και να τους κάνει να αισθάνονται ότι αυτοί επιθυμούν είναι πολύ σημαντικό. Για αυτό ο πρωταρχικός ρόλος του νοσηλευτή-φροντιστή είναι να παρέχει άμεσα απτική και έπειτα παρηγορητική φροντίδα.

Ο νοσηλευτής-φροντιστής έχει καθήκον να συμβάλλει στην καλύτερη ποιότητα ζωής που είναι η υγεία στο φυσικό περιβάλλον αλλά και στην ποιότητα του χώρου στέγασης. Ο Cantly συνδέει τη ψυχολογική ευεξία με την ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους (Miller, 2008). Οι ηλικιωμένοι δίνουν προτεραιότητα στην υγεία εν αντιθέσει με τους νέους που πιθανότερο είναι να δώσουν προτεραιότητα στην εργασία. Ο Γεροντολογικός Σύλλογος των ΗΠΑ, το 1995, εν όψει των μεγάλων προβλημάτων που εμφανίζονται στην Τρίτη ηλικία διατύπωσε το απόφθεγμα: *'Add life to years, not just more years to life'* (να προσθέτουμε ζωή στα χρόνια, και όχι απλώς περισσότερα χρόνια στη ζωή). Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να ενδιαφερόμαστε για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Κατά τη LEMME (1995) τα κριτήρια είναι τα εξής:

1. Η διάρκεια ζωής
2. Η βιολογική υγεία
3. Η ψυχική υγεία
4. Η γνωστική αποτελεσματικότητα
5. Η κοινωνική ικανότητα και παραγωγικότητα

6. Η ικανότητα ελέγχου στη ζωή

7. Ικανοποίηση από τη ζωή

Εδώ ο νοσηλευτής-φροντιστής με την απτική και παρηγορητική φροντίδα μπορεί για παράδειγμα παρά την κακή υγεία του ηλικιωμένου να συμβάλλει ώστε να τον κάνει να αισθάνεται ψυχικά ικανοποιημένος γιατί θα μπορούσε 'να είναι χειρότερα' ή γιατί 'οι άλλοι υποφέρουν περισσότερο'.

Όπως έχει τονιστεί οι ηλικιωμένοι συχνά παραβλέπονται κατά το σχεδιασμό της απτικής και παρηγορητικής φροντίδας, και όμως έχουν συχνά τις μεγαλύτερες και πιο σύνθετες ανάγκες. Για αυτό διάφορα ερευνητικά προγράμματα στην δυτική Ευρώπη αλλά και στις Η.Π.Α προσπαθούν να κατανοήσουν και να καθορίσουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων με προοδευτικές ασθένειες, και να αναπτύξουν και να αξιολογήσουν μια εκπαιδευτική και υποστηρικτική παρέμβαση για την βελτίωση της απτικής και παρηγορητικής αγωγής για αυτόν τον ραγδαία αυξανόμενο πληθυσμό.

Επειδή οι ηλικιωμένοι δεν δημιουργούν εύκολα στενές σχέσεις όπως στην νεότητα και οι φίλοι που έχουν είναι από τα προηγούμενα χρόνια και όσο περνάει ο καιρός δεν βρίσκουν άλλα άτομα με τα οποία να μοιράζονται ίδιες εμπειρίες, ο ρόλος του νοσηλευτή-φροντιστή είναι καθοριστικός.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ασθενείς που μένουν σε μονάδες ανακούφισης πόνου, αντιμετωπίζουν πολλαπλά προβλήματα υγείας και για αυτό οι φροντιστές περνούν πολλές ώρες μαζί τους κάτι που μπορεί να μειώσει την

αίσθηση της αξιοπρέπειας τους. Όμως όταν οι νοσηλευτές έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς για να τους παράσχουν απτική φροντίδα, το αίσθημα αυτό χάνεται, αφού πλέον νιώθουν ότι τους νοιάζονται και τους φροντίζουν περισσότερο. Στην διατήρηση της αξιοπρέπειας έχει δοθεί υψηλή προτεραιότητα, ούτως ώστε οι ηλικιωμένοι να συνδέουν την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών με την ελπίδα και αυτοεκτίμηση και όχι με αρνητικά συναισθήματα, διότι εάν δεν τηρηθεί η παραπάνω αρχή, οι ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν με την απώλεια της αξιοπρέπειας τους.

Η σημαντικότητα της απτικής και παρηγορητικής φροντίδας στους ηλικιωμένους σε κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο μπορεί να συνοψιστεί στα παρακάτω:

1. Οι ηλικιωμένοι θα είναι το επίκεντρο και όχι η ασθένεια τους
2. Οι νοσηλευτές-φροντιστές θα τους αντιμετωπίζουν με αξιοπρέπεια και σεβασμό
3. Οι ηλικιωμένοι συμμετέχουν στις αποφάσεις καθ όλη τη διάρκεια της φροντίδας τους
4. Οι ηλικιωμένοι και οι συγγενείς τους βρίσκονται σε ένα περιβάλλον που καλλιεργεί μια κουλτούρα ζωής
5. Οι νοσηλευτές-φροντιστές παρέχουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη στους ηλικιωμένους έτσι όπως προκύπτουν από τις ιδιαίτερες ανάγκες τους.

Από την άλλη, η σημαντικότητα της απτικής φροντίδας σε θεραπευτικό επίπεδο μπορεί να συνοψιστεί στα παρακάτω:

1. Ανακούφιση πόνου
2. Καλύτερος ύπνος
3. Ενδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος
4. Βελτίωση του κυκλοφορικού συστήματος
5. Καλύτερη ευεξία του σώματος

Τέλος, η απτική φροντίδα στους ηλικιωμένους μπορεί να μεταφέρει ακόμη και συναίσθημα. Η απτική φροντίδα είναι χρήσιμη για όλους τους ανθρώπους, όλων των ηλικιών, αλλά πάνω απ 'όλα για τους ηλικιωμένους ασθενείς, οι οποίοι έχουν εκτεταμένες σωματικές και ψυχικές λειτουργικές διαταραχές ή μπορεί να βρίσκονται το τέλος της ζωής τους. Με άλλα λόγια είναι μια παροχή υγείας, διότι διεξάγεται με πνεύμα εξυπηρέτησης και αλληλεγγύης.

5.2 Η ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ

Στην Ελλάδα καταγράφονται 20.000 – 25.000 θάνατοι ετησίως, τοποθετώντας τον καρκίνο στη δεύτερη θέση αιτιών θανάτου (ΤΑ ΝΕΑonline, 2009). Στις ΗΠΑ περίπου 565.650 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο. Η απτική και παρηγορητική φροντίδα για τους ασθενείς που βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής τους είναι μια σημαντική πτυχή της φροντίδας του καρκινοπαθούς. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την παρηγορητική φροντίδα ως 'την ενεργό συνολική φροντίδα των ασθενών των οποίων η νόσος δεν ανταποκρίνεται στη θεραπευτική αγωγή'. Εντούτοις, ο έλεγχος του πόνου και άλλων συμπτωμάτων όπως των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών είναι υψίστης σημασίας.

Η απτική φροντίδα μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της ποιότητας και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των καρκινοπαθών ασθενών. Η αβεβαιότητα για το μέλλον, η μοναξιά, η κατάθλιψη και οι φόβοι είναι καταστάσεις που παρατηρούνται συχνά σε καρκινοπαθείς ασθενείς μετά από τις θεραπείες του. Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής-φροντιστής να είναι σε θέση να βοηθήσει τους ασθενείς αυτούς στο να μπορέσουν να αυξήσουν και να οργανώσουν τις δυνάμεις τους, ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν καλύτερα την νόσο. Είναι αναγκαίο να διερευνάται ο κάθε ασθενής ξεχωριστά και να του δίνεται στο βαθμό που απαιτείται η απτική και

παρηγορητική φροντίδα, ώστε να υπάρχουν ευεργετικές αντιδράσεις. Ο καρκίνος δεν επηρεάζει μόνο το σώμα επηρεάζει τον τρόπο σκέψης και τα αισθήματα. Ο τρόπος σκέψης αλλάζει γενικά δημιουργώντας καινούριες καταστάσεις και συναισθηματικές μεταβολές. Πρέπει λοιπόν ο νοσηλευτής-φροντιστής να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στον ψυχικό και συναισθηματικό κόσμο του καρκινοπαθούς όπως ακριβώς δίνεται στην σωματική ασθένεια.

Η παρηγορητική φροντίδα είναι σημαντική ώστε ο καρκινοπαθής να μπορεί να ελέγχει τον πόνο σε οποιαδήποτε κατάσταση του δημιουργεί δυσφορία είτε ο πόνος είναι οξύς είτε είναι χρόνιος.

Η απτική και παρηγορητική φροντίδα επιβεβαιώνει ότι ο χρόνιος πόνος μπορεί σε μεγάλο βαθμό να ελεγχθεί και παράλληλα να μειωθεί η δυσφορία που ο άρρωστος βιώνει εξαιτίας του. Στα πλαίσια της απτικής φροντίδας πρέπει ο άρρωστος να ανακουφίζεται, ενώ ταυτόχρονα να διατηρεί επαφή και επικοινωνία με το περιβάλλον.

Ο καρκίνος μπορεί να εμφανίσει διάφορα συμπτώματα. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν πόνο, απώλεια της όρεξης, κόπωση, αδυναμία, απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα, δυσκολία στην αναπνοή, σύγχυση, ναυτία, εμετό, βήχα και ξηρό ή ερεθισμένο λαιμό. Όλα αυτά τα συμπτώματα μπορούν να αντιμετωπιστούν με την σωστή περίθαλψη από τον νοσηλευτή-φροντιστή, αλλά προπαντός μέσω της χορήγησης της απτικής φροντίδας. Ο πόνος είναι ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα που βιώνουν οι άνθρωποι που έχουν καρκίνο. Ακόμη και στα τελικά στάδια του καρκίνου, ο

πόνος μπορεί σχεδόν πάντα να ελέγχεται με φάρμακα. Σε αυτό το σημείο φαίνεται πόσο σημαντική είναι η απτική φροντίδα ως εναλλακτικό μέσω ανακούφισης του πόνου. Κάθε άνθρωπος αντιδρά στον πόνο διαφορετικά. Ο νοσηλευτής-φροντιστής πρέπει να δημιουργήσει ένα σχέδιο διαχείρισης του πόνου που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ατόμου. Ο φροντιστής θα πρέπει να γνωρίζει ότι η χρόνια εξέλιξη του πόνου πρέπει να αντιμετωπιστεί με ένα κανονικό πρόγραμμα. Είναι σημαντικό να μην περιμένουμε το άτομο να αισθανθεί πόνο για να χορηγήσουμε απτική και παρηγορητική φροντίδα.

Για μερικούς ανθρώπους, ο γιατρός μπορεί να συνταγογραφήσει ένα οπιοειδές φάρμακο, όπως η μορφίνη ή η κωδεΐνη, για την ανακούφιση του πόνου. Τα οπιοειδή παυσίπονα προκαλούν συχνά δυσκοιλιότητα, έτσι ώστε το πρόσωπο που έχει καρκίνο μπορεί επίσης να χρειαστεί να πάρει κάποιο άλλο φάρμακο σε τακτική βάση ώστε να αποτραπεί αυτή η κοινή παρενέργεια. Όμως η απτική φροντίδα μειώνει σημαντικά τις παρενέργειες των φαρμάκων και ανακουφίζει τον ασθενή. Επίσης μέσω αυτής της φροντίδας αποφεύγεται ο εθισμός στα αναλγητικά φάρμακα. Μπορεί να χρειαστούν αρκετές συνεδρίες απτικής επαφής ούτως ώστε να μειωθούν τα συμπτώματα του πόνου. Το πρόσωπο όμως που αισθάνεται τον πόνο, δεν θα πρέπει να αποθαρρύνεται εάν στην αρχή η μέθοδος αυτή φαίνεται να μην λειτουργεί. Ο νοσηλευτής-φροντιστής πρέπει να γνωρίζει τις προτιμήσεις του ασθενή για να μπορέσει να διαχειριστεί τα συμπτώματα του πόνου

αναλόγως. Έτσι ο νοσηλευτής βοηθώντας στην αγωγή του ασθενή, μπορεί ταυτόχρονα να παρέχει στο άτομο που πάσχει από καρκίνο ένα αίσθημα ελέγχου της κατάστασέως του.

Κάθε άτομο αντιμετωπίζει το τέλος της ζωής του με το δικό του τρόπο. Είναι φυσιολογικό να αισθάνεται τα πάντα, από δυσπιστία και οργή μέχρι να αποδεχτεί την κατάσταση. Οι άνθρωποι μπορούν να νιώθουν λύπη για τον τρόπο που έχουν ζήσει ή για πράγματα που έχουν κάνει. Μπορούν να ανησυχούν ότι έχουν καταστεί βάρος για την οικογένειά τους ή για το πώς τα μέλη της οικογένειας θα τα καταφέρουν χωρίς αυτούς. Αυτά τα συναισθήματα και οι φόβοι είναι φυσιολογικοί. Ωστόσο, για άλλη μια φορά η σημαντικότητα της απτικής φροντίδας είναι φανερή σε αυτό το στάδιο, αφού ο ασθενής με τη χορήγηση της νιώθει περισσότερο νηφάλιος .

Επιπρόσθετα, η παρηγορητική φροντίδα προσφέρει την ευκαιρία στον καρκινοπαθή να ηρεμήσει από τα συναισθήματα που προκαλούν αρνητικές σκέψεις. Κάθε άτομο πρέπει να βρει νόημα με το δικό του τρόπο και με το δικό του ρυθμό. Μερικοί άνθρωποι βρίσκουν την άνεση στην ομιλία με έναν στενό φίλο, μέλος της οικογένειας ή ενός πνευματικού συμβούλου και μέσω της επικοινωνίας του με τους νοσηλευτές-φροντιστές. Οι νοσηλευτές-φροντιστές συνήθως προτιμούν στους ασθενείς να αντιμετωπίζουν τα συναισθήματά τους με άλλο τρόπο, όπως το γράψιμο, τη ζωγραφική ή ακούγοντας μουσική.

Τέλος, δεδομένου ότι ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου βρίσκεται όλο και πιο κοντά, κάθε μέλος της οικογένειας αναμένεται να αντιδράσει με διαφορετικό τρόπο. Είναι σύνηθες τα μέλη της οικογένειας να βιώνουν μια σειρά από συναισθήματα, όπως θυμός, σοκ, άγχος και μία αίσθηση ανικανότητας. Δεν υπάρχει ένας "σωστός τρόπος" για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης. Όμως ο νοσηλευτής-φροντιστής είναι εκεί όχι μόνο για τον ασθενή, αλλά και για τους συγγενείς του. Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να επισημαίνει στους συγγενείς ότι τα συναισθήματα δεν ακολουθούν συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα. Αυτό σημαίνει ότι επειδή ένα άτομο είναι έτοιμο να προχωρήσει στο επόμενο στάδιο του πένθους, δεν σημαίνει ότι όλοι οι άλλοι είναι. Στο πλαίσιο της παρηγορητικής φροντίδας, είναι σημαντικό για τα μέλη της οικογένειας να αξιοποιήσουν στο έπακρο το χρόνο που έχουν με το αγαπημένο τους πρόσωπο και όχι να επικεντρώνονται στο θάνατό του.

5.3 Η ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΙΣ ΕΓΚΥΜΟΝΟΥΣΕΣ

Το άγγιγμα εξυπηρετεί μία προστατευτική λειτουργία, ιδιαίτερα στα παιδιά και στις εγκύους. Το άγγιγμα έχει διπλό ρόλο, να μας προετοιμάσει για μια φυσική απειλή ή για την έναρξη μιας ευχάριστης κατάστασης.

Συγκεκριμένα, η ναυτία και ο έμετος κατά τη διάρκεια της κύησης είναι συνήθη συμπτώματα. Δεν υπάρχει θεραπεία για αυτά τα συμπτώματα, αλλά όπως έχει διαπιστωθεί υπάρχει έλλειψη εναλλακτικών μεθόδων για ανακούφιση από αυτά. Η απτική φροντίδα στις εγκύους είναι ιδιαίτερα βοηθητική διότι τις επιτρέπει να ανακτήσουν τη φυσική τους ενέργεια βασιζόμενες στη θεωρία των εσωτερικών και εξωτερικών δυνάμεων. Σημαντικό είναι η έγκυος να βοηθηθεί από τον νοσηλευτή-φροντιστή για την αύξηση της ευεξίας.



Εικόνα 10

Για να μπορέσει η έγκυος να νιώσει την πνευματική ευεξία θα πρέπει να αναγνωρίσει ποιες πράξεις, συναισθήματα, άτομα ή καταστάσεις επεμβαίνουν στην αίσθηση της εσωτερικής της γαλήνης. Μπορεί η έγκυος να βοηθηθεί σε αυτή τη σημαντική στιγμή της ζωής της εκτός από το νοσηλευτή-φροντιστή ακόμη και από ένα θρησκευτικό πρόσωπο για την επίτευξη της εσωτερικής γαλήνης.

Η εγκυμοσύνη μπορεί να είναι ένα πολύ αγχωτικό χρονικό διάστημα, και η απτική φροντίδα μπορεί να είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης αυτού του στρες. Μερικά από τα οφέλη της απτικής επαφής στις εγκύους είναι η ανακούφιση από μυϊκές κράμπες και σπασμούς, η αύξηση της κυκλοφορίας (η οποία μπορεί να μειώσει τη διόγκωση), ή την ανακούφιση του στρες σε αρθρώσεις που φέρουν βάρος. Ταυτόχρονα ο νοσηλευτής-φροντιστής προσφέρει και ψυχολογικά οφέλη μέσω αυτής της φροντίδας. Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι η απτική φροντίδα μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα της εργασίας, και να μειώσει τον πόνο κατά τη διάρκεια της εργασίας. Είναι σημαντικό ότι η απτική φροντίδα δεν έχει μόνο θετικές επιπτώσεις στην μητέρα, αλλά και στο μωρό . Γενικότερα, η μείωση του στρες είναι καλή για το μωρό, διότι το άγχος επηρεάζει μια ευρεία ποικιλία των συστημάτων του σώματος, πολλές από τις οποίες επηρεάζουν άμεσα το έμβρυο. Για αυτό είναι ζωτικής σημασίας οι έγκυες να ζητήσουν τη βοήθεια ενός καταρτισμένου επαγγελματία, όπως ενός νοσηλευτή-φροντιστή που γνωρίζει πώς να προσφέρει απτική φροντίδα κατά τη διάρκεια

εγκυμοσύνης. Διαφορετικά, εάν ο νοσηλευτής-φροντιστής ακουμπήσει σε λάθος περιοχές ή εστιάσει σε λάθος σημεία μπορεί να προκαλέσει σπασμούς στη μήτρα. Επίσης, κατά το τέλος της εγκυμοσύνης ο νοσηλευτής-φροντιστής μπορεί να συμβάλει στις συστολές της εγκύου κάνοντας τον τοκετό λιγότερο επώδυνο.

Τέλος, αν και η απτική φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι γενικά επωφελής, υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις όπου δεν συνιστάται. Δηλαδή, οι γυναίκες που διατρέχουν κίνδυνο πρόωρου τοκετού ή αντιμετωπίζουν προβλήματα με την πήξη του αίματος θα ήταν καλό να συμβουλευούνται πρώτα τον γιατρό τους πριν καταφύγουν σε αυτή.

Περαιτέρω, η απτική φροντίδα μπορεί να θεωρηθεί ως ένα είδος θεραπείας, αφού ανακουφίζει συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες της εγκυμοσύνης, όπως από πόνους στην πλάτη, πονοκεφάλους, οίδημα ή άλλα προβλήματα που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη. Δεν είναι τυχαίο ότι τα τελευταία χρόνια έχει ξεκινήσει να κερδίζει περισσότερη δημοτικότητα, αφού τα οφέλη της απτικής φροντίδας είναι χρήσιμα και μετά την εγκυμοσύνη και στις ίδιες τις γυναίκες, αλλά και στα νεογνά.

Η ενότητα αυτή εστιάζεται στην σημαντικότητα της απτικής φροντίδας, ούτως ώστε να περιγράψει τα οφέλη της όχι μόνο στις εγκύους που βιώνουν τις συνηθισμένες παρενέργειες της εγκυμοσύνης, αλλά και στις εγκύους με καρκίνο. Συγκεκριμένα, έρευνες επιβεβαιώνουν ότι μια γυναίκα που πάσχει

από καρκίνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να περάσει τη νόσο στο αγέννητο παιδί της (Lister, 2009). Εδώ ο ρόλος του νοσηλευτή-φροντιστή δεν είναι μόνο να ανακουφίσει την έγκυο, αλλά και να της παρέχει παρηγορητική φροντίδα, ούτως ώστε να μην πέσει σε κατάθλιψη και να μπορέσει να ξαναβρεί την ελπίδα και για την ίδια, αλλά και για το αγέννητο παιδί της.

Αναλυτικότερα, ο ρόλος του νοσηλευτή-φροντιστή σε τέτοιες περιπτώσεις είναι ιδιαίτερος. Στην αρχή, οι νοσηλευτές-φροντιστές θα πρέπει να προσπαθούν να ανακουφίζουν την έγκυο από τα συνήθη συμπτώματα της εγκυμοσύνης. Έπειτα θα πρέπει να προσπαθήσουν να την ανακουφίσουν από τα συμπτώματα που προέρχονται από τον καρκίνο. Για παράδειγμα, εάν η έγκυος πάσχει από καρκίνο του στήθους, συμπτώματα όπως ερυθρότητα, θερμότητα, ευαισθησία ή πόνοι στο στήθος είναι πολύ συχνά και πολύ ενοχλητικά. Τέλος, η σημαντικότητα του ρόλου της απτικής επαφής φαίνεται όταν στην έγκυο δεν μπορεί να δοθεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και ο νοσηλευτής-φροντιστής είναι εκεί για να της προσφέρει όχι μόνο απτική, αλλά και παρηγορητική φροντίδα.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ο καρκίνος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι σπάνιος. Όμως σε περίπτωση που κάποια έγκυος προσβληθεί από τη νόσο, θα πρέπει να γνωρίζει ότι ορισμένες θεραπείες καρκίνου είναι ασφαλείς κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ άλλες μπορεί να βλάψουν

το έμβρυο. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι σημαντικό οι έγκυες να μιλούν με τον νοσηλευτή-φροντιστή τους, ώστε να μαθαίνουν τους κινδύνους και τα οφέλη από διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπευτικές επιλογές.

Συνολικά, η απτική φροντίδα στις εγκύους δρα ως ένα θεραπευτικό εργαλείο. Το άγγιγμα είναι μια φυσική ανθρώπινη αντίδραση στον πόνο και το άγχος, αλλά και για τη μεταφορά συμπόνιας και υποστήριξης. Τα παραπάνω ισχύουν ιδιαίτερα για τις εγκύους που πάσχουν από καρκίνο και όχι μόνο υποφέρουν για δύο, αλλά θα πρέπει να γιατρευτούν για δύο. Με την απτική επαφή επιτυγχάνεται κάτι περισσότερο από απλή χαλάρωση για το σώμα και το μυαλό, αφού υπάρχουν συγκεκριμένες φυσιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές που συμβαίνουν, ακόμα περισσότερο όταν χρησιμοποιείται ως συχνή θεραπεία. Έτσι ο νοσηλευτής-φροντιστής δεν ανακουφίζει μόνο την έγκυο, αλλά μπορεί να την απαλλάξει από την στεναχώρια μέσω της παρηγορητικής φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

6.1 ΕΛΛΙΠΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η έλλειψη εκπαίδευσης και κατάρτισης στην παρηγορητική αγωγή είναι το πιο συχνά αναφερόμενο εμπόδιο για την ανάπτυξη της παρηγορητικής φροντίδας στη Δυτική Ευρώπη. Στη Φινλανδία, Αυστρία, Βέλγιο, Ελλάδα, Γαλλία, Ιταλία, Νορβηγία, Λουξεμβούργο, και την Τουρκία, αναφέρεται ότι η ανεπαρκής εστίαση στην παρηγορητική αγωγή είναι αποτέλεσμα ελλιπούς εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια των πανεπιστημιακών σπουδών. Το ίδιο ισχύει και για τα ελλιπή προγράμματα κατάρτισης για τους επαγγελματίες υγείας και φοιτητές της ιατρικής. Στη Γερμανία, αναφέρεται ότι η παρηγορητική αγωγή δεν έχει ενσωματωθεί στο υποχρεωτικό αναλυτικό πρόγραμμα για φοιτητές ιατρικής ή νοσηλευτικής. Η πλειοψηφία των ιατρικών πανεπιστημίων δεν έχουν ειδικό τμήμα για την παρηγορητική φροντίδα και οι φοιτητές δεν υποχρεούνται να παρακολουθήσουν μαθήματα στον τομέα της παρηγορητικής αγωγής.

Στο πλαίσιο αυτό, η έλλειψη εκπαίδευσης και κατάρτισης ισοδυναμούν με την έλλειψη ειδικευμένου εργατικού δυναμικού στην παρηγορητική φροντίδα, γεγονός που επηρεάζει την παροχή Παρηγορητικής Αγωγής. Για παράδειγμα, στη Νορβηγία η έλλειψη προσωπικού στην παρηγορητική αγωγή αναγνωρίζεται από τους υπεύθυνους, ενώ στην Ιρλανδία υπάρχει έλλειψη ποιότητας προσωπικού με εξειδικευμένες γνώσεις και κατάρτιση

στην παρηγορητική φροντίδα. Αυτό συμβαίνει επίσης στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου αναφέρονται δυσχέρειες σχετικά με την πρόσληψη γιατρών, νοσηλευτών και συναφών επαγγελματιών υγείας που επηρεάζει την παρηγορητική αγωγή. Ακόμα και όταν η χρηματοδότηση έχει διατεθεί για την υποστήριξη της παρηγορητικής φροντίδας, οι υπηρεσίες δεν είναι πάντα σε θέση να αυξηθούν τόσο γρήγορα όσο θα πρέπει, λόγω του χρόνου και των πόρων που απαιτούνται για την εκπαίδευση νέων νοσηλευτών-φροντιστών.

Περαιτέρω, στην Δανία, η κυβέρνηση απέτυχε να καθορίσει το επαγγελματικό επίπεδο στο οποίο μία μονάδα ανακούφισης πόνου υποτίθεται ότι πρέπει να λειτουργεί, ως εκ τούτου δεν υπάρχουν κοινά πρότυπα για τον τρόπο λειτουργίας. Επιπλέον έλλειψη γνώσης και κατανόησης για την παρηγορητική φροντίδα δεν περιορίζεται μόνο στους νοσηλευτές. Πολλοί άνθρωποι (συμπεριλαμβανομένων πολλών πολιτικών), εξακολουθούν να πιστεύουν ότι είναι ένα είδος «στοργικής φροντίδας-προσφοράς», κάτι που έρχεται σε αντίθεση με τις αρχές ενός εκπαιδευμένου επαγγελματία στον συγκεκριμένο τομέα. Ένα άλλο παράδειγμα είναι η Γερμανία, όπου οι ερευνητικές δραστηριότητες στον τομέα της παρηγορητικής ιατρικής και της παρηγορητική φροντίδας αυξάνονται με τη βελτίωση της δικτύωσης και αύξηση της χρηματοδότησης. Παρόλα αυτά, εξακολουθούν να παραμένουν σε ένα ανεπαρκές επίπεδο λόγω της ανεπαρκούς εκπαίδευσης που απαιτεί και περαιτέρω έρευνα. Συνολικά, στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένου και της Ελλάδας

υπάρχουν όχι μόνο λίγα ως ελάχιστα προγράμματα εκπαίδευσης για νοσηλευτές-φροντιστές, αλλά και μονάδες ανακούφισης πόνου. Κατά συνέπεια, οι νοσηλευτές δεν μπορούν να παρέχουν μια ολοκληρωτική φροντίδα στον ασθενή.

Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επίσημα τμήματα νοσηλευτικής για παρηγορητική φροντίδα. Αυτό σημαίνει ότι ούτε η εκπαίδευση νοσηλευτών για την παροχή παρηγορητικής φροντίδας είναι ευρέως διαδεδομένη. Επιπρόσθετα, δεν υπάρχει καμία ιατρική ειδικότητα για την παρηγορητική φροντίδα. Από το 1994, η παρηγορητική αγωγή έχει διδαχτεί στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, ως μάθημα επιλογής. Στην αρχή υπήρχαν μόνο 40 φοιτητές και σήμερα υπάρχουν περισσότερα από 320. Όμως, η περαιτέρω επέκταση των προγραμμάτων σπουδών του Πανεπιστημίου και των προγραμμάτων κατάρτισης παρηγορητικής αγωγής για τους επαγγελματίες της υγείας έχει ιδιαίτερη σημασία για την ανάπτυξη του επιστημονικού κλάδου στην Ελλάδα. Ταυτόχρονα, η πιο οργανωμένη προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση παρέχεται στη μονάδα του Αρεταίειου νοσοκομείου 'Ιατρείο πόνου και παρηγορητικής φροντίδας'. Το τμήμα αυτό παρέχει το κατ' επιλογήν μάθημα "Θεραπεία Πόνου και Παρηγορητική Φροντίδα" το οποίο διδάσκεται σε 6 εξάμηνα (8ο-12ο). Εκτός από τις παραδόσεις, μικρές ομάδες φοιτητών παρακολουθούν τις καθημερινές δραστηριότητες του Κέντρου στα εξωτερικά Ιατρεία του Αρεταίειου Νοσοκομείου. Όμως, η έλλειψη ενημέρωσης σε εθνικό επίπεδο,

όπου μόνο ένας πολύ περιορισμένος αριθμός άρθρων σε περιοδικά έχει δημοσιευθεί σχετικά με την παρηγορητική φροντίδα και για τον έλεγχο του πόνου επιβραδύνει την διάδοση αυτής της πτυχής της νοσηλευτικής.

Κατά τη διάρκεια συνεδρίασης της Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA) επισημάνθηκε η σημαντικότητα της βελτίωσης της εκπαίδευσης των νοσηλευτών-φροντιστών. Όπως διευκρινίστηκε, η νοσηλευτική εκπαίδευση είναι καθοριστική για την περίθαλψη ασθενών που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους. Αυτό ισχύει και πρέπει να εφαρμόζεται σε διαφορετικούς πληθυσμούς ανά τον κόσμο. Συγκεκριμένα, «7,6 εκ. συνάνθρωποί μας πεθαίνουν ετησίως από καρκίνο ενώ προβλέπεται ότι στην επόμενη δεκαετία θα έχουμε 86 εκ. θανάτους παγκοσμίως, σύμφωνα με τις ανακοινώσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (2007). Στην Ελλάδα καταγράφονται 20.000 – 25.000 θάνατοι ετησίως, τοποθετώντας τον καρκίνο στη δεύτερη θέση αιτιών θανάτου, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Από αυτούς το 30-40% θα υποφέρει από πόνο στα αρχικά στάδια της νόσου και το 80-90% στα τελικά», υπογραμμίζει η Αθ. Βαδαλούκα, Πρόεδρος της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α (ΤΑ ΝΕΑonline, 2009). Για τους παραπάνω λόγους, ασθενείς με καρκίνο, αλλά και μη ογκολογικοί ασθενείς, χρειάζονται υποστήριξη και φροντίδα από γιατρούς και προσωπικό εξειδικευμένο στην παροχή παρηγορητικής φροντίδας», τόνισε μεταξύ άλλων ο Πρόεδρος της EAPC, L. Randbruch. Με άλλα λόγια, οι νοσηλευτές-φροντιστές στη μονάδα εντατικής θεραπείας πρέπει να έχουν

υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικών δεξιοτήτων, διότι το έργο τους απαιτεί συνεχή εκπαίδευση και υψηλό επίπεδο γνώσεων (Ashworth & Bidilica, 2007).

Η Πρόεδρος της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α., Αθ. Βαδαλούκα τονίζει ότι υπάρχει άμεση ανάγκη βελτίωσης του θεσμικού πλαισίου βάσει των εισηγήσεων των αρμοδίων επιστημονικών εταιρειών, της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. και της ΕΕΑ, για τη δημιουργία θεμελιωδών δομών, για την οργάνωση και λειτουργία μονάδων ανακούφισης χρόνιου πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Αθ. Βαδαλούκα: «Αξίζει να σημειωθεί ότι η λειτουργία σύγχρονων δομών Παρηγορητικής Φροντίδας αποτελεί δείκτη πολιτισμού ενός λαού. Οι χωρίς διακρίσεις πρόσβαση στην Παρηγορητική Φροντίδα αποτελεί αναγνωρισμένο ανθρώπινο δικαίωμα» (ΤΑ ΝΕΑonline, 2009). Οι λειτουργίες αυτές όμως απαιτούν εκπαίδευση και έρευνα, γεγονός που απαιτεί την άμεση συνεργασία της πολιτείας.

Για τη βελτίωση της κατάστασης στην Ελλάδα, ο οργανισμός ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α προβάλλει κάποιες από τις απαραίτητες αλλαγές που θα πρέπει να εφαρμοστούν στο σύστημα, ούτως ώστε να αναγνωρισθεί ευρέως η σημαντικότητα των μονάδων ανακούφισης πόνου, αλλά και η σημαντικότητα εκπαίδευσης των νοσηλευτών. Πιο συγκεκριμένα, η πρόεδρος της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α αναφέρει ότι πρέπει να εφαρμοστεί άμεσα το θεσμικό πλαίσιο των Μονάδων Ανακούφισης Χρόνιου Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας. Ακόμη, πρέπει να διατεθούν κονδύλια για την εκπαίδευση και την έρευνα και να

σχεδιαστούν εκπαιδευτικά προγράμματα. Περαιτέρω, θα ήταν θετικό να παρέχεται εκπαίδευση, υποστήριξη και πιστοποίηση στους μη επαγγελματίες, εθελοντές παρηγορητικής φροντίδας (ΤΑ ΝΕΑonline, 2009).

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι παρόλο την ελλιπή εκπαίδευση και ενημέρωση, σημαντικά βήματα έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια στην χώρα μας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το 2005, όταν εφαρμόστηκε η αρχή ότι οι Έλληνες γιατροί υποχρεούνται να ανακουφίσουν τον πόνο και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών μέσω της παρηγορητικής φροντίδας. Παρομοίως, το 2006, το 8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιοχικής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας, με διεθνή συμμετοχή έφερε για άλλη μια φορά στο προσκήνιο την αναγκαιότητα της απτικής επαφής, αλλά και της ύπαρξης μονάδων ανακούφισης πόνου. (Ολυμπία, 19 - 21 Μάης 2006).

Επίσης θα ήταν καλό να αναφερθεί ότι η ανάπτυξη της Π.Φ. σε κάθε χώρα εξαρτάται από την εθνική ευαισθησία, τις παραδόσεις και την καλλιέργεια. Επίσης εξαρτάται από την ηθική απέναντι στη ασθένεια και τον θάνατο, την πολιτική του κράτους για την υγεία και την περίθαλψη.

6.2 ΨΥΧΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Λίγα δημοσιεύματα επικεντρώνονται ακριβώς στην ψυχική επιβάρυνση και εμπειρία του νοσηλευτή-φροντιστή, ειδικά κατά την διάρκεια φροντίδας των ασθενών σε τελικό στάδιο της ασθένειάς τους. Ειδικότερα, θα αναφερθούμε στην ψυχική στάση των νοσηλευτών, τις απειλές για την ψυχική τους ακεραιότητα, τα ψυχικά προβλήματα που γίνονται αντιληπτά από τους νοσηλευτές, και οι συναισθηματικές συνέπειες αυτών των ψυχικών προβλημάτων. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η συμπεριφορά των νοσηλευτών, η οποία θεωρητικά στηρίζεται στη δέσμευση για τη φροντίδα του ασθενή, φαίνεται να διαμορφώνονται από συγκεκριμένες διαδικασίες που οδηγούν σε ψυχικά αδιέξοδα. Οι νοσηλευτές συχνά φαίνεται να αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν την διάσταση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, κάτι που τους επηρεάζει ψυχολογικά. Επίσης, ορισμένα στοιχεία που είναι πέραν του ελέγχου των νοσηλευτών, λόγω της έλλειψης αυτονομίας και εξουσίας, επιδρούν και τους επιβαρύνουν ψυχικά. Ενδογενείς παράγοντες όπως τα συναισθήματα ανασφάλειας και αδυναμίας έχουν μια βαθιά επίδραση στις αντιλήψεις και τις στάσεις των νοσηλευτών που δημιουργούν επιπλέον ψυχικά προβλήματα. Συνολικά, τα ψυχικά προβλήματα των νοσηλευτών-φροντιστών είναι εμφανή στην επικοινωνία τους με τους ασθενείς, καθώς και στη καταλληλότητα τους για απτική φροντίδα και για ιατρική περίθαλψη.

Η φροντίδα για έναν ετοιμοθάνατο ασθενή μπορεί να δώσει στους νοσηλευτές μια πραγματική αίσθηση της εκπλήρωσης του καθήκοντος τους, αφού νιώθουν ότι βοήθησαν τον ασθενή να επιτύχει έναν αξιοπρεπή θάνατο και συμπαραστάθηκαν στις οικογένειες τους. Αν και η πίεση του έργου που έχουν αναλάβει είναι μεγάλη και ο χρόνος περιορισμένος μπορούν να μείνουν οι νοσηλευτές-φροντιστές στο πλευρό των ασθενών (Dunne & Sullivan, 2000). Όμως, αυτό έχει επιπτώσεις στην περίθαλψη που οι νοσηλευτές είναι σε θέση να παρέχουν, γιατί επιβαρύνονται ψυχολογικά. Η έλλειψη κατανόησης σχετικά με την επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους μπορούν επίσης να είναι εξαιρετικά οδυνηρή για τους νοσηλευτές και οι αρνητικές εμπειρίες μπορεί να τους προκαλέσουν προβλήματα όταν αντιμετωπίζουν παρόμοιες καταστάσεις. Είναι απαραίτητο για την παροχή εκπαιδευτικών ευκαιριών στη παρηγορητική φροντίδα να βοηθηθούν οι νοσηλευτές ώστε να αναπτύξουν τις δεξιότητές τους σε αυτόν το απαιτητικό τομέα της νοσηλευτικής.

Επιπρόσθετα, ο τεχνικός εξοπλισμός και οι διαδικασίες που είναι αναγκαίες και σωτήριες για τον ασθενή δημιουργούν προβλήματα στους νοσηλευτές-φροντιστές, που εξέφρασαν αισθήματα ανεπάρκειας, επειδή η τεχνολογία περισσότερο ή λιγότερο κυριαρχεί, αναγκάζοντας τους να στρέφουν την προσοχή τους και τον χρόνο τους στην τεχνική παρά στην απτική φροντίδα (Gjengedal, 1994). Αυτό ίσως σημαίνει ότι η ελευθερία των νοσηλευτών να δώσουν προτεραιότητα σε διαφορετικές πτυχές της φροντίδας έχει γίνει πιο

περιορισμένη (Almerud et al., 2007, Bergbom, 2007). Με αυτό τον τρόπο, οι ασθενείς τείνουν να καταλήγουν ως αντικείμενα ρουτίνας-παρατήρησης, και η σχέση μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή δεν είναι αμοιβαία (Gjengedal, 1994, Barnard, 2002, Almerud et al., 2007, Wikström et al., 2007). Αυτή η συνεχόμενη κατάσταση η οποία δεν εξαρτάται από τους νοσηλευτές, τους επιβαρύνει ψυχικά, αφού νιώθουν ότι δεν μπόρεσαν να βοηθήσουν ικανοποιητικά τον ασθενή ή να του παράσχουν επαρκώς την παρηγορητική φροντίδα.

Είναι επίσης σημαντικό να παρέχεται περισσότερος χρόνος για τους νοσηλευτές ούτως ώστε να προβληματιστούν σχετικά με την πρακτική τους και, με αυτό τον τρόπο, να αναρωτηθούν τι θα είχε συμβεί αν είχαν συμπεριφερθεί διαφορετικά. Ο προβληματισμός επιτρέπει στους νοσηλευτές να αναρωτηθούν : «Τι θα συμβεί αν είχε βρει κάποιον για να είναι με τον ασθενή, όταν δεν ήταν κοντά του; Τι θα συμβεί αν είχε αμφισβητήσει τον υπεύθυνο της διαχείρισης και υποστήριζε τον ασθενή με τον δικό του τρόπο; Στον πραγματικό κόσμο οι σκέψεις αυτές καταλήγουν συνήθως ως μια καταχώρηση στα ημερολόγια των νοσηλευτών. Αυτή η προσέγγιση όμως μπορεί να αλλάξει, μέσω ενημέρωσης και βοήθειας των νοσηλευτών να αναπτύξουν σαφέστερες γνώσεις σχετικά με το πώς βλέπουν τους εαυτούς τους και να ανταποκριθούν σε ορισμένες καταστάσεις, και με τη σειρά τους να μπορέσουν να βελτιώσουν την ποιότητα της Παρηγορητικής Αγωγής που παρέχουν.

Επίσης, οι επικοινωνιακές δεξιότητες έχουν καθοριστική σημασία για την αποτελεσματική εφαρμογή της παρηγορητικής φροντίδας. Για το πώς ο φροντιστής για παράδειγμα θα μεταδώσει κακές ειδήσεις στον άρρωστο. Αξιολογώντας το έργο των νοσηλευτών στις πιο δύσκολες πτυχές του προέκυψαν τόσο θετικά όσο και αρνητικά παραδείγματα. Επισημαίνεται η ανάγκη για επιπλέον εκπαίδευση, για την ενίσχυση των ικανοτήτων των νοσηλευτών να επικοινωνούν αποτελεσματικά και ευσπλαχνικά. Επίσης έχουν επισημανθεί διάφοροι βασικοί τομείς που χρήζουν βελτίωσης και που σχετίζονται με την επικοινωνία. Από τις πιο δύσκολες μορφές επικοινωνίας είναι η συνομιλία του ασθενή με τον γιατρό κατά την ανακοίνωση του προβλήματος, οι πνευματικές ανησυχίες του ασθενή, η υγειονομική περίθαλψη, αλλά και η εξασφάλιση για την ποιότητα ζωής του. Εδώ ο ρόλος του φροντιστή είναι καθοριστικός, διότι πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή συνομιλώντας μαζί του, διώχνοντας τους φόβους του και ακούγοντας τους προβληματισμούς του. Η ψυχική επιβάρυνση που υφίσταται ο νοσηλευτής-φροντιστής είναι μεγάλη. Οφείλει όμως να είναι φιλικός, συμπονετικός προσφέροντας στήριξη και όχι οίκτο έχοντας ταυτόχρονα εσωτερική δύναμη και ισορροπία.

Ο πρωταρχικός ρόλος των νοσηλευτών είναι αποτελεσματικές δεξιότητες επικοινωνίας, διότι έχουν καίρια σημασία για τη νοσηλευτική πρακτική και την εξασφάλιση ποιοτικής περίθαλψης. Η εκπαίδευση σχετικά με

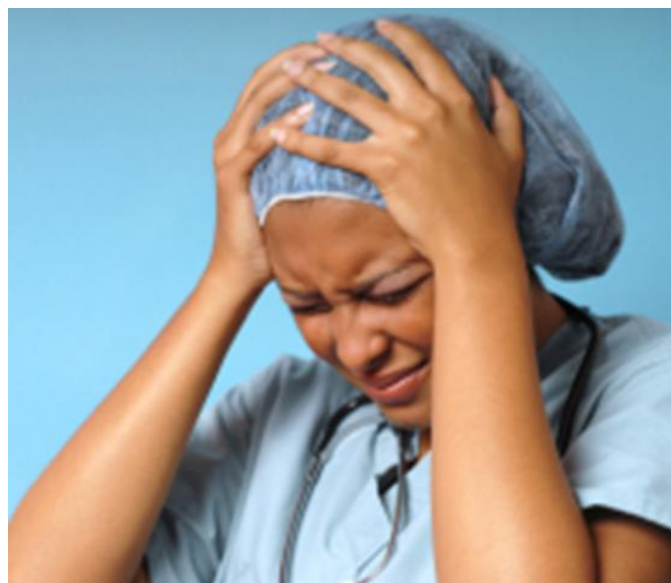
επικοινωνιακές δεξιότητες είναι αναγκαία και βασική για την νοσηλευτική. Όμως, η ψυχολογική κούραση που υφίστανται καθημερινά επηρεάζει αρνητικά τις ικανότητες τους. Με αυτόν τον τρόπο επηρεάζεται και η ικανότητα τους να επικοινωνούν σωστά με τους ασθενείς, καθιστώντας αδύνατον να δοθεί στους ασθενείς μία ολοκληρωμένη απτική φροντίδα στις μονάδες ανακούφισης πόνου, αλλά και στην ΜΕΘ.

Η αποτελεσματική και συμπονετική επικοινωνία είναι το θεμέλιο της ανακουφιστικής νοσηλευτικής φροντίδας. Η κλινική αξιολόγηση και η προσοχή των σωματικών συμπτωμάτων και ψυχικών και κοινωνικών ανησυχιών. Για να ανταποκριθούν σε αυτές τις ανάγκες, οι νοσηλευτές παροχής παρηγορητικής φροντίδας σε όλη την ποικιλία των ασθενών πρέπει να έχουν εκπαιδευτεί σωστά.

Τέλος ένα επιπλέον γεγονός που επιβαρύνει τους νοσηλευτές είναι η μη σωστή ενημέρωση τους για το πώς θα πρέπει να συμπεριφέρονται. Δηλαδή, το γεγονός ότι το έργο τους δεν αναγνωρίζεται τις περισσότερες φορές τους επιβαρύνει ψυχικά, αφού στο τέλος της ημέρας νιώθουν ένα ψυχικό κενό. Πιο συγκεκριμένα, σε όλη την περιοχή της Δυτικής Ευρώπης, η έλλειψη ευαισθητοποίησης και αναγνώρισης για θέματα παρηγορητικής φροντίδας επιβεβαιώνουν τα παραπάνω. Ακόμη και σε χώρες όπου το κοινό έχει συνειδητοποιήσει τη σημαντικότητα της παρηγορητικής αγωγής, τα προβλήματα της αντίληψης παραμένουν: «Ακόμα κι αν υπάρχουν

προγράμματα ενημέρωσης της παρηγορητικής φροντίδας από εκπροσώπους της ιατρικής, η ευαισθητοποίηση του κοινού δεν είναι τόσο καλή όσο θα πρέπει (να είναι). Σύμφωνα με δημοσκόπηση, το 2004, μόνο το 3% των πολιτών γνωρίζει τι σημαίνει ο όρος παρηγορητική φροντίδα » (Γερμανία).

Τέλος, ο βαθμός παθητικότητα εκ μέρους των ιατρικών επαγγελματιών σε πολλούς τομείς εξακολουθεί να αποτελεί δυνητικό εμπόδιο για τους νοσηλευτές και, όπως έχει αναφερθεί η παρηγορητική φροντίδα στερείται αναγνώρισης σε αρκετές χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Υπάρχει περιορισμένη παρηγορητική φροντίδα που παρέχεται από πανεπιστήμια και άλλους ακαδημαϊκούς οργανισμούς, και οι κυβερνητικές υπηρεσίες αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν την απτική φροντίδα ως ιατρική ή νοσηλευτική ειδικότητα, γεγονός που κάνει τους νοσηλευτές να μην μπορούν να δράσουν στον έσχατο βαθμό και επιπλέον επιβαρύνονται ψυχικά και ηθικά.



Εικόνα 11

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πτυχιακή ανέλυσε την έννοια, αλλά και τον ρόλο της παρηγορητικής φροντίδας στις μονάδες ανακούφισης πόνου. Έπειτα, διευκρίνισε τις διαφορές της με την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), περιέγραψε μια μονάδα ανακούφισης πόνου, και καθόρισε σε ποιούς κατά κύριο λόγο ασθενείς παρέχεται. Στη συνέχεια, ανέφερε ότι οι νοσηλευτές χρειάζονται μια διαδικασία προτού παράσχουν αυτού του είδους την φροντίδα, αφού διαφέρει σημαντικά από κάθε άλλου είδους φροντίδα στη συμβατική ιατρική. Κατέληξε στο ότι μία από τις πιο σημαντικές παραμέτρους για την παροχή της παρηγορητικής φροντίδας είναι τα ηθικά διλήμματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι νοσηλευτές-φροντιστές, το γεγονός ότι χρειάστηκαν εσωτερική και εξωτερική ισορροπία, αλλά και το ότι έπρεπε να δείξουν σεβασμό στην αυτονομία του ασθενή. Περαιτέρω, η πτυχιακή συμπέρανε ότι οι ασθενείς δεν παρατήρησαν τη σημαντικότητα που είχε η ισορροπία του περιβάλλοντος για την καλύτερευση της κατάστασής τους, όσο οι νοσηλευτές-φροντιστές. Παρόλα αυτά, οι ασθενείς απήλαυσαν την παρηγορητική φροντίδα και βίωσαν και πάλι την ελπίδα. Τα επίπεδα άγχους, ανησυχίας και οι σκέψεις θανάτου μειώθηκαν αισθητά. Τα αποτελέσματα επίσης έδειξαν ότι παρηγορητική και απτική αγωγή και φροντίδα είχαν μόνο θετικά αποτελέσματα σε κάθε είδος ασθενή. Χαρακτηριστικά αναφέρθηκε στη σημαντικότητα της σε ηλικιωμένους,

καρκινοπαθείς, καθώς και στις εγκύους. Τέλος, επισήμανε ότι η σημαντικότητα του τομέα αυτού δεν έχει αναγνωρισθεί πλήρως, καθώς όχι μόνο πολλοί δεν γνωρίζουν την ύπαρξη του, αλλά και η πολιτεία την αντιμετωπίζει ως εναλλακτική μέθοδο που θα πρέπει να παρέχεται σε ακραίες περιπτώσεις. Ιδιαίτερη έμφαση έδωσε στην ελλιπή εκπαίδευση των νοσηλευτών-φροντιστών ένεκα των παραπάνω λόγων, καθώς και στην παραμέληση της ψυχικής τους υγείας εξαιτίας της σημαντικότητας της δουλείας τους. Τέλος το κεντρικό συμπέρασμα της πτυχιακής είναι ότι η παρηγορητική και απτική φροντίδα θα πρέπει να γίνει αναπόσπαστο κομμάτι της συμβατικής ιατρικής, διότι όχι μόνο βοηθά στη βελτίωση της ζωής των ασθενών με ανίατες ασθένειες, αλλά τους προσφέρει και έναν αξιοπρεπή θάνατο.

1^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ:

Στοιχεία ασθενούς:

Όνοματεπώνυμο: Μ.Χ.

Όνομα πατέρα: Χ.Χ

Όνομα μητέρας: Ι.Χ.

Έτος γέννησης: 21-7-1967

Τόπος γέννησης: Νέα Ιωνία

Τόπος διαμονής: Νέα Ιωνία

Φύλλο: Θήλυ

Θρησκεία: Χ.Ο

Βάρος: 67 Kgr

Ύψος: 1.66 m

Ηλικία: 44 ετών

Άγαμη

Ημερομηνία εισαγωγής: 20-4-2011

Ημερομηνία εξαγωγής: 22-6-2011

Αιτία εισόδου: άρνηση συνέχισης αιμοκάθαρσης με τεχνητό νεφρό, η οποία συνοδεύεται από διαταραχές στα επίπεδα σακχάρου και από νευρωτισμό και αλεξιθυμία.

Γυναίκα 44ετών με διαβητική νευροπάθεια, παρουσίασε άρνηση συνέχισης της αιμοκάθαρσης, η οποία συνοδεύεται με αυξημένα επίπεδα σακχάρου. Κατ τον τελευταίο χρόνο παροχής της αιμοκάθαρσης παρουσίασε έντονο νευρωτισμό και αλεξιθυμία. Έγινε εισαγωγή στην Μονάδα Ανακούφισης Πόνου για συνέχιση της αιμοκάθαρσης με ταυτόχρονη παροχή παρηγορητικής φροντίδας για αντιμετώπιση των λοιπών συμπτωμάτων. Η ασθενής ήταν ιδιαίτερα συνεργάσιμη με τους νοσηλευτές-φροντιστές κατά τη διάρκεια παραμονής της στη μονάδα. Επιπρόσθετα, η παρουσία της οικογένειάς της βοήθησε επιπλέον στην όλη διαδικασία.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p><i>Άρνηση αιμοκάθαρσης, λόγω μακροχρόνιας εξάρτησης ζωής από αυτό</i></p>	<p>Σταδιακή αποδοχή της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης σε διάστημα 10 ημερών</p>	<p>Παρότρυνση μέσω παρηγορητικής αγωγής για την αποδοχή & αντιμετώπιση του προβλήματος. Η αγωγή εστιάστηκε κυρίως στη ψυχολογική στήριξη, η οποία μπόρεσε να αναζωπυρώσει τη πίστη της ασθενούς για τον Θεό, γεγονός που της ανύψωσε το ηθικό</p>	<p>Έμαθε να ελέγχει τα αισθήματα φόβου & άρνησης πριν τη διαδικασία αιμοκάθαρσης</p>	<p>Έχει αντίληψη της κατάστασης & δέχεται να κάνει τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης</p>
<p><i>Έντονη αλεξιθυμία & νευρωτισμός</i></p>	<p>Να απαλλαγεί ο ασθενής άμεσα από την αλεξιθυμία και τον νευρωτισμό μέσω φαρμακευτικής και παρηγορητικής αγωγής</p>	<p>-Συζήτηση με την ασθενή για τη διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν αυτά τα αισθήματα. -Παροχή σεροτονίνης & νορεπινεφρίνης για σταθεροποίηση της συμπεριφοράς της ασθενούς</p>	<p>Μειώθηκαν αισθητά τα αισθήματα της αλεξιθυμίας & του νευρωτισμού</p>	<p>-Έχει αλλάξει τη στάση της προς τη ζωή -Νιώθει πιο ήρεμη και δυνατή</p>
<p><i>Διαβήτης</i></p>	<p>Σταθεροποίηση του σακχάρου</p>	<p>Αντιμετώπιση της άρνησης για αιμοκάθαρση και του νευρωτισμού, με τη βοήθεια παροχής σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης</p>	<p>Έμαθε να διαχειρίζεται τα έντονα συναισθήματα και αποδέχτηκε ότι η αιμοκάθαρση είναι μέρος της ζωής της</p>	<p>Σταθεροποίηση των επιπέδων σακχάρου</p>

2^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ:

Στοιχεία ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Τ.Φ.

Όνομα πατέρα: Δ.Φ.

Όνομα μητέρας: Α.Φ.

Έτος γεννήσεως: 12-2-1946

Τόπος γέννησης: Μαρούσι

Τόπος διαμονής: Αμπελόκηποι

Φύλλο: Άρρεν

Θρησκεία: Χ.Ο.

Βάρος: 80 Kgr

Ύψος: 1.75 m

Ηλικία: 65 ετών

Έγγαμος

Ημερομηνία εισαγωγής: 18-3-2011

Ημερομηνία εξόδου: 25-4-2011

Αιτία εισόδου: εμφάνιση αυξημένου άγχους, κρίσεις πανικού και αλόγιστη χρήση ιατρικών υπηρεσιών.

Άνδρας 65 ετών, πρώην καπνιστής με ΧΑΠ παρουσίασε αυξημένο άγχος, κρίσεις πανικού και αλόγιστη χρήση ιατρικών υπηρεσιών (συχνή χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης). Έγινε εισαγωγή στη μονάδα Ανακούφισης Πόνου για παρακολούθηση της αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, έλεγχο και αντιμετώπιση των λοιπών συμπτωμάτων. Ο ασθενής ήταν ιδιαίτερα συνεργάσιμος κατά τη διάρκεια παραμονής του. Τέλος, η οικογένεια και οι συγγενείς του ήταν στο πλευρό του και του συμπαραστάθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Αυξημένο άγχος λόγω του επικίνδυνου της ασθένειας του	Να απαλλαγεί ο ασθενής από το αυξημένο άγχος σε σύντομο χρονικό διάστημα (7-10 ημέρες)	-Να βρεθούν οι παράγοντες που προκαλούν το άγχος -Να βελτιωθεί το περιβάλλον του ασθενή μέσω παρηγορητικής αγωγής και φροντίδας	Αποφυγή σκέψεων θανάτου από ασφυξία	Ο ασθενής έχει απαλλαγεί από το συνεχές άγχος
2. Κρίσεις πανικού που προέρχονται από τη πιθανότητα απόφραξης των σωλήνων του αναπνευστικού συστήματος	Να απαλλαγεί άμεσα ο ασθενής από τις κρίσεις πανικού σε διάστημα 2-3 ημερών	-Θα πάρουμε ιστορικό για νευρολογικές παθήσεις -Συζήτηση με τον ασθενή για τη πιθανή αιτία των κρίσεων	-Αποφυγή των αιτιών που προκαλούν τις κρίσεις -Δημιουργία ενός πιο θετικού περιβάλλοντος	Οι κρίσεις πανικού περιορίστηκαν αισθητά
3. Αλόγιστη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών για πρόληψη επιδείνωσης της κατάστασης της ασθένειας	Σταδιακός περιορισμός της χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών, δηλαδή παροχή μόνο όταν είναι απαραίτητη	-Παροχή παρηγορητικής αγωγής στον ασθενή για μείωση της αίσθησης ανάγκης για συχνή επίσκεψη στο γιατρό -Κανονική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής για την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	-Αποφυγή συχνής επίσκεψης στο γιατρό -Λήψη φαρμακευτικής αγωγής	Ο ασθενής επισκέπτεται την πρωτοβάθμια περίθαλψη μόνον όταν είναι απαραίτητο

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ:

- Ø EAPC → European Association for Palliative Care, Ευρωπαϊκός Σύλλογος Παρηγορητικής Φροντίδας
- Ø ESO → European School of Oncology, Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας
- Ø ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α → Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής και Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών & μη Ασθενών
- Ø HPNA → Hospice and Palliative Nurses Association, Ξενώνας Παρηγορητικού Συνδέσμου Νοσηλευτών
- Ø Μ.Ε.Θ. → Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
- Ø Π.Φ. → Παρηγορητική Φροντίδα
- Ø Χ.Α.Π → Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Βιβλιογραφία:

- Adomat R & Killingworth A (1994). Care of the critically ill patient: the impact of stress on the use of touch in intensive therapy units. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 912–922.
- Almerud S, Alapack R J, Fridlund B & Ekebergh M (2007). Of vigilance and invisibility – being a patient in technologically intense environments. *Nursing in Critical Care*, 12, 151–158.
- Ashworth P & Bidilica M (2007). Similarities and differences in critical care nursing. *Intensive and critical care nursing*, 23, 61–63.
- Barnard A (2002). Philosophy of technology and nursing. *Nursing Philosophy*, 3, 15–26.
- Bengtsson J (1998). *Fenomenologiska utflykter*, [Swedish] Daidalos, Goteborg.
- Benner P (2004). Relational ethics of comfort, touch, and solace-endangered arts? *Am J Crit Care*, 13, 346–349.
- Bergbom I (2007). Intensive and critical care nursing. *Intensive Critical Care Nursing*, 23, 121–123.
- Berger A.M., Schuster J.L. JR., Von Roenn J. H., 2007. '*Principles and practice of palliative care and supportive oncology*', 3rd edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

- Billhult A, Bergbom I & Stener-Victorin E (2007). Massage relieves nausea in women with breast cancer who are undergoing chemotherapy. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 13, 53–57.
- Burchardi H (2004). Aims of sedation/analgesia. *Minerva Anestesiol*, 70, 137–143.
- Corrigan I, Samuelson K A M, Fridlund B & Thome B (2007). The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 206–215.
- Crit Care Med, 1994, 22:974-980
- Crooks E & Clochesy J (2001). Special Needs. Nurses can provide hope and quality care for the chronically, critically ill adult. *Critical Care Nursing* 21–24.
- Daffurn K, Bishop G F, Hillman K M & Bauman A (1994). Problems following discharge after intensive care. *Intensive & Critical Care Nursing*, 10, 244–251.
- Davidson J (2000). A phenomenology of fear: Merleau-Ponty and agoraphobic life-worlds. *Sociology of Health & Illness*, 22, 640–660.
- Field T (2000). *Touch therapy*, Churchill Livingstone, Miami, USA.

- Field T, Peck M, Krugman S, Tuchel T, Schanberg S & Kuhn C (1998). Burn Injuries benefit from Massage therapy. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 19, 241–244.
- Fredriksen S-T D & Ringsberg K C (2007). Living the situation stress-experiences among intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 124–131.
- Fuchs T (2007). Psychotherapy of the Lived Space: A Phenomenological and Eco-logical Concept. *American Journal of Psychotherapy*, 61, 423–439.
- Gjengedal E (1994). *Understanding a world of critical illness. A phenomenological study of the experiences of respiratory patients and their caregivers.*, Department of Public Health and Primary Health Care, Division for Nursing Science University of Bergen.
- Granberg Axéll A (2001). *The Intensive Care Unit syndrome/delirium, patients' perspective and clinical signs*, Department of Anesthesiology and Intensive Care, Faculty of Medicine Lund University, Sweden.
- Granberg A, Engberg I B & Lundberg D (1998). Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in intensive care unit in relation to the ICU-syndrome. Part 1. *Intensive & Critical Care Nursing*, 14, 294–307.
- Hupcey J E (2000). Feeling safe: the psychosocial needs of ICU patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 32, 361–367.

- Jacobi J, Fraser G L, Coursin D B, Riker R R, Fontaine D, Wittbrodt E T, Chalfin D B, Masica M F, Bjerke H S, Coplin W M, Crippen D W, Fuchs B D, Kelleher R M, Marik P E, Nasraway S A, Jr, Murray M J, Peruzzi W T & Lumb P D (2002). Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult [corrected] [published erratum appears in CRIT CARE MED 2002 Mar; 30(3): 726]. *Critical Care Medicine*, 30, 119–141.
- Johnson P, St John W & Moyle W (2006). Long-term mechanical ventilation in a critical care unit: existing in an uneveryday world. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 551–558.
- Krachman S L, D'Alonzo G E & Criner G J (1995). Sleep in the intensive care unit. *CHEST*, 107, 1713–1720.
- Lam K.K, 2007. Dignity, '*Respect for dignity, and dignity conserving in palliative care*', Palliative Medical Unit, Grantham Hospital. Available from:

<http://www.fmskh.org/database/articles/dignityrespectfordignityanddignityconservinginpall.pdf>
- Lister S., 2009, '*Pregnant women with cancer can pass disease to unborn baby, study shows*', The Sunday Times
- Löf L, Berggren L & Ahlstrom G (2006). Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU

stay – 3 and 12 months after discharge. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, 154–166.

- Magnus V S & Turkington L (2006). Communication interaction in ICU – Patient and staff experiences and perceptions. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, 167–180.
- Miller, C.A., 2008, '*Nursing for wellness in older status*', 5th edition, Wolters Kluwer Health, Philadelphia.
- Munro S. and Mount B., 1978. '*Music therapy in palliative care*'. Canadian Medical Association Journal, 119, 1029-1034
- NHS End-for-Life Care Programme. The Gold Standards Framework. A programme for community palliative care. Available from: <http://www.goldstandardsframework.nhs.uk/non-cancer.php>.
- Novaes M, Aronovich A, Ferraz M B & Knobel E (1997). Stressors in ICU: patients' evaluation. *Intensive Care Medicine*, 23, 1282–1285.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710-724.
- Pattison N (2005). Critical care. Psychological implications of admission to critical care. *British Journal of Nursing (BJN)*, 14, 708–714.
- Ryan A., 2009, '*ICU Clinical Information System Upgrade, Intensive Care Service*'. Available from:

http://intensivecare.hsnet.nsw.gov.au/five/doc/icuconnect/hospital%20contributions/2009/may_rpah_ics.pdf

- Samuelson K A (2006). *Sedation during mechanical ventilation in intensive care. Sedation practice and patients' memories, stressful experiences and psycho-logical distress*, Department of Health Sciences, Faculty of Medicine, Lunds University Doctoral Dissertation.
- Schulz K F & Grimes D A (2002). Allocation concealment in randomized trials: defending against deciphering. *Lancet*, 359, 614.
- Snyder M (1992). *Independent nursing interventions*, Delmar Publishers Inc., New York.
- Uvnäs-Moberg K (2000). *Lugn och beröring. Oxytocinets läkande verkan i kroppen*, [Swedish] Natur & Kultur, Stockholm.
- Uvnäs-Moberg K (1997). Oxytocin linked antistress effects – the relaxation and growth response. *Acta physiologica Scandinavica Supplementum*, 640, 38–42.
- Van de Leur J, Van den Schans C, Loef B, Deelman B, Geertzen J & Zwaveling J (2004). Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Critical Care* 8, R467–473.
- Van den Berghe G, Wilmer A, Hermans G, Meersseman W, Wouters P J, Milants I, Van Wijngaerden E, Bobbaers H & Bouillon R (2006). Intensive insulin therapy in the medical ICU. *New England Journal of Medicine*, 354, 449.

- Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schetz M, Vlasselaers D, Ferdinande P, Lauwers P & Bouillon R (2001). Intensive insulin therapy in critically ill patients. *New England Journal of Medicine*, 345, 1359–1367.
- Van Manen M (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for Action Sensitive Pedagogy*, State University of New York Press, New York.
- Vortherms R C (1991). Clinically improving communication through touch. *Journal of Gerontological Nursing*, 17, 6–10.
- Wahlin I, Ek A-C & Idvall E (2006). Patient empowerment in intensive care – An interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, 370–377
- Wigforss Percy A (2006). *Massage och hälsa*, [Swedish] Studentlitteratur, Lund.
- Wikström A, Cederborg A-C & Johanson M (2007). The meaning of technology in an intensive care unit – an interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 187–195.
- Wrenn, 1998

Ελληνική βιβλιογραφία:

- Παναγιωτάκη-Δαυίδ Κ., 2009. 'Διλλήματα στον πόνο & την παρηγορητική αγωγή'. Διαθέσιμο από:
<http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/moraldilemmas/inpain/>
- Κιούση, Γ.(02/05/2007). 'Οκτώ χρόνια από τον <άσχετο> στον γραφειοκράτη' , *Ελευθεροτυπία*, [Online], Διαθέσιμο από:
http://archive.enet.gr/online/online_hprint?id=96109740

Websites:

- news-medical.net
- grpalliative.gr
- medtime.gr

Περιοδικά:

- ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α, 2008, τεύχος 6, σελ.4
- ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α, 2008, τεύχος 7, σελ.2
- ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α,2008, τεύχος 8, σελ.6
- ΤΑ ΝΕΑonline, 2009