

**ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2006-2007**

**Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ
ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ**

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΡΑΣΑΒΒΙΔΗΣ Σ.

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: ΠΑΤΙΝΙΩΤΗ ΜΑΡΙΑ
ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ**

«...Κι όπως ζεις ήρεμα και συνειδητοποιώντας
Τη σκοτεινή όψη της ζωής, λες
Πως τα κατάφερες μια χαρά. Τότε όμως
Μπορεί να εισβάλει από το παράθυρο
Κάτι που θα ξεριζώσει τη καρδιά σου
Και θα σε καταστρέψει ολότελα,
Παρασύροντας όλα τα ορόσημα που ήξερες και
Αφήνοντας σε, τρεμάμενο, σ' ένα βράχο στη βροχή...»

Neil Murnoe

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Γενικά Για Τον Θάνατο Και Το Πένθος	σελ. 4-8
2. Το Προσωπικό υγείας, Ως φροντιστής	σελ.8-27
3. Το Παιδί Και Ο Έφηβος Στο Τελικό Στάδιο	σελ.27-33
4. Επικοινωνία Προσωπικού Με Τον Ασθενή	σελ.33-42
5. Το Πένθος Του Προσωπικού Υγείας	σελ.42-53
6. Το Πρόβλημα Του Θανάτου Στην Νοσ/κη Εκ/ση	σελ.54-64
7. Η Οικογένεια Ως Φροντιστής	σελ.64-85
8. Τα Ψυχολογικά Προβλήματα Του Φροντιστή	σελ.85-95
9. Ευθανασία: Έγκλημα Ή Σωτηρία	σελ.96-100
10. Εκκλησία Και Ετοιμοθάνατος	σελ.101-102
11. Συζήτηση	σελ.102-107
12. Βιβλιογραφία	σελ.108-117

ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ

• Τι είναι θάνατος; Πως τον αντιλαμβάνεται ο άνθρωπος;

Ο θάνατος είναι ένα αναπόφευκτο και φυσικό μέρος της ζωής , προκαλεί στον άνθρωπο οδύνη και δέος, γι' αυτό τον απωθεί συνήθως από την σκέψη του και δυσκολεύεται να τον αντιμετωπίσει.¹

Τι είναι όμως ο θάνατος; Μήπως η διακοπή της αναπνευστικής λειτουργίας και της κυκλοφορίας; Αυτός είναι μόνο ο κλινικός θάνατος. Μήπως είναι η παύση της λειτουργίας του εγκεφάλου; Αυτός είναι ο βιολογικός θάνατος.²

Αλλά, εφόσον γνωρίζουμε ότι ο άνθρωπος αποτελείται από σώμα και πνεύμα, αν παραδεχτούμε ότι ο βιολογικός θάνατος είναι η παύση των σωματικών και των διανοητικών λειτουργιών, τότε τι είναι ο θάνατος για το πνεύμα; ²

Είναι μήπως ο χωρισμός του πνεύματος από το σώμα; Είναι η γέννηση του σε μια νέα ζωή που συνοδεύεται όπως και η σωματική από πόνους και οδύνες; Πράγματι ο θάνατος είναι ένα μεγάλο μυστήριο μπροστά στο οποίο στάθηκαν με έκσταση πολλά από τα ευγενέστερα πνεύματα της ανθρωπότητας.²

Ότι κι αν είναι όμως ο θάνατος, κανείς δε μένει ανεπηρέαστος από αυτόν. Γεγονός είναι ότι όλοι

επηρεαζόμαστε από την εμφάνιση του και, παρότι αποτελεί την βεβαιότερη πραγματικότητα της ζωής μας, δεν μπορούμε να εξοικειωθούμε με την έννοια του.²

Ο Freud υποστήριζε, ανέκαθεν, ότι ο άνθρωπος ενώ γνωρίζει ότι είναι θνητός, έχει την κακή συνήθεια να το ξεχνάει.³

Η Kubler- Ross προσθέτει, πως δεν μπορεί να μάθει ο άνθρωπος να δέχεται το θάνατο, όταν τον αποφεύγει και τον αρνείται. Πρέπει να τον αντιμετωπίζει, με το να τον αγνοεί δεν σημαίνει ότι παύει να υφίσταται .⁴

Τέλος, ο θάνατος είναι δύσκολος, ανεξάρτητα με το αν πρόκειται να πεθάνει το ίδιο το άτομο ή κάποιο αγαπημένο του πρόσωπο ή κάποιος που βρίσκεται στην επαγγελματική φροντίδα του.⁴

Το τέλος της ζωής δεν είναι κάτι που μπορεί να το δεχτεί ο άνθρωπος. Ωστόσο η πραγματική πρόκληση είναι να ζήσει τη ζωή που του απομένει όσο μπορεί πληρέστερα.⁴

- **Τι είναι πένθος; ποιος είναι φυσιολογικό και ποιο παθολογικό, διεργασία του πένθους και τρόποι διευκόλυνσης μιας διεργασίας θρήνου**

Πένθος είναι μια κατάσταση στην οποία βρίσκεται ένα άτομο που έχει υποστεί την απώλεια – το θάνατο – ενός σημαντικού προσώπου ενώ θρήνος είναι η πρωταρχική συγκινησιακή αντίδραση στην απώλεια ενός αγαπημένου

μια αντίδραση που εκδηλώνεται με διάφορα ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα .⁵

Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε αυτή την διαδικασία προκειμένου να αποφύγουμε να χαρακτηρίσουμε ως παθολογικές τις φυσιολογικές αντιδράσεις ενός ατόμου που πενθεί. Τα στάδια που θα παρουσιαστούν παρακάτω δεν είναι δεσμευτικά και διαφέρουν από άτομο σε άτομο:

1^η Φάση: **Μούδιασμα**. Μπορεί να συνοδεύεται από κλονισμό και δυσπιστία ή άρνηση του γεγονότος.

2^η Φάση: **Λαχτάρα**. Μπορεί να κλαίει, να αναζητά, να αναπολεί τον νεκρό, να αισθάνεται θυμό και ενοχή και να έχει παραισθήσεις .

3^η Φάση: **Αποδιοργάνωση και απελπισία**. Το άτομο δυσκολεύεται να συνεχίσει τη ζωή του λόγω των συναισθημάτων απελπισίας, μοναξιάς, άγχους και κατάθλιψης που βιώνει .

4^η Φάση: **Αναδιοργάνωση**. Σ' αυτή τη φάση το άτομο αποδέχεται την απώλεια και νιώθει ότι μπορεί να αρχίσει να τακτοποιεί τη ζωή του ξανά .⁶

Αυτά τα τέσσερα στάδια ισχύουν και στα παιδιά, αλλά θα πρέπει να έχουμε κατά νου ότι υπάρχουν σημαντικές ατομικές διαφορές μεταξύ τους στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τη διαδικασία και την έννοια του θανάτου, καθώς και στον τρόπο με τον οποίο αντιδρούν στην απώλεια των αγαπημένων τους προσώπων .⁶

Σε πολλές περιπτώσεις ο θρήνος για το χαμό ενός αγαπημένου προσώπου μπορεί να παρεκκλίνει από τον κανονικό με αντιδράσεις διαφορετικές, ως προς τη χρονική τους διάρκεια και τη συναισθηματική τους ένταση, από τις αναμενόμενες και συνηθισμένες αντιδράσεις .⁶

Μπορεί εμφανιστούν διαφορές επιπλοκές και μάλιστα παθολογικές, όπως :

Το άτομο αδυνατεί να πενήσει .

Το άτομο καθυστερεί να εκδηλώσει το θρήνο .

Ο θρήνος παρατείνεται επ' αόριστον .

Ο θρήνος αλλοιώνεται .⁶

Για ποιους λόγους μπορεί ο θρήνος να μην ακολουθήσει φυσιολογική πορεία:

1^{ος} Αφορά την σχέση που είχε αναπτυχθεί ανάμεσα στον επιζώντα και στο άτομο που πέθανε .

2^{ος} Αφορά τις συνθήκες θανάτου, τις οποίες μπορούν να προκαλέσουν διαφορετικά συναισθήματα και αντιδράσεις θρήνου.

3^{ος} Αφορά το πώς αντιμετωπίζει κανείς τις προηγούμενες απώλειες στη ζωή του.

4^{ος} Αφορά τη διαθεσιμότητα του υποστηρικτικού δικτύου προς το άτομο που πενήει .

5^{ος} Αφορά τον πολιτισμό μέσα στον οποίο θρηνεί κανείς και τους κώδικες συμπεριφοράς που έχουν αναπτυχθεί σ' αυτόν .⁷

Υπάρχουν πολλοί τρόποι διευκόλυνσης για την διεργασία ενός θρήνου. Ως μοντέλο θα πάρουμε του Worden, που περιγράφει αυτή τη διεργασία με τέσσερις στόχους:

- Ο πρώτος στόχος σχετίζεται με την διεργασία αποδοχής του θανάτου ενός αγαπημένου ατόμου .
- Ο δεύτερος και βασικός στόχος στη διεργασία επικεντρώνεται στη βίωση του πόνου που προκαλείται από μια σοβαρή απώλεια .
- Ο τρίτος στόχος αφορά την προσαρμογή σε μια πραγματικότητα από την οποία λείπει αυτός που πέθανε .
- Ο τέταρτος στόχος, τέλος έχει να κάνει με τη θέση που θα δοθεί σ' αυτόν που πέθανε, μέσα στην καρδιά, στις σκέψεις και στο νου των ανθρώπων που τον αγάπησαν, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ο θρήνος εμποδίζει τους πενθούντες να προχωρήσουν στα μονοπάτια της δικής τους ζωής .⁷

ΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΩΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ (Ενήλικες):

- **Ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο**

Είναι αντικειμενική η άποψη ότι η έννοια της ποιότητας ζωής έχει μια υποκειμενικότητα, διότι η ύπαρξη των συμπτωμάτων και πως αυτά θα επηρεάσουν την ποιότητα ζωής θεωρείται και προσωπική βιωματική εμπειρία. Η

ποιότητα ζωής ορίζεται ως μια μοναδική προσωπική αντίληψη και δείχνει τη στάση του ασθενή, ατόμου για το επίπεδο της υγείας του και για τους μη ιατρικούς τομείς της ζωής του. Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη υγεία περιλαμβάνει τη σωματική, πνευματική, κοινωνική και ψυχολογική διάσταση του ατόμου.⁸

Είναι γνωστό ότι συγκεκριμένες διαστάσεις επηρεάζονται από τα πιστεύω, τις αντιλήψεις, πεπαιθώσεις καθώς και τις εμπειρίες του ατόμου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να διαφέρει από άτομο σε άτομο η επικέντρωση σε μια διάσταση είτε περισσότερο σωματικό, είτε πνευματική.⁸ Η Π.Ο.Υ. ορίζει ως ποιότητα ζωής την υποκειμενική αίσθηση του καθενός για την θέση του στη ζωή σε συνάφεια με την κουλτούρα και το σύστημα αξιών στο οποίο ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τα ενδιαφέροντα του. Αποτελεί μια κατάσταση με ευρεία διακύμανση που επηρεάζεται με πολύπλοκο τρόπο από την φυσική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις προσωπικές πεπαιθώσεις, τις κοινωνικές σχέσεις και τις σχέσεις με προέχουσες μορφές του περιβάλλοντος.⁹

Σύμφωνα με τον Ferrans, η ποιότητα ζωής είναι η αίσθηση του ανθρώπου ότι είναι καλά, δηλαδή η ευημερία, «ευεξία», που απορρέει από την ικανοποίηση, ή τη μη ικανοποίηση από τη ζωή. Η ψυχολογική διάσταση εστιάζεται στην ικανοποίηση, στα συναισθήματα, στην

αβεβαιότητα και στη σωματική εικόνα. Αντίθετα, στην πνευματική διάσταση αναφέρονται τα αισθήματα της ασφάλειας και του ελέγχου της ζωής.⁸

Η σύγχρονη νοσηλευτική τάση είναι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο, διότι η αξία του νοήματος ποιότητας ζωής σε επίπεδο ασθενή, οικογένεια και συστήματος υγείας αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα γιατί θεωρείται πολύ παραμελημένη. Είναι γνωστό ότι η ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο.¹⁰

Έτσι, η βελτίωση της ποιότητας ζωής με την ολιστική φροντίδα για την αντιμετώπιση των οργανικών, ψυχολογικών επιδράσεων, αποτελεί σήμερα αντικείμενο ερευνητικού ενδιαφέροντος για περισσότερες νοσηλευτικές μελέτες.¹⁰

- **Λίγα λόγια για την ανακουφιστική φροντίδα**

Η ανακουφιστική φροντίδα είναι η ενεργός ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών, των οποίων η ασθένεια δεν ανταποκρίνεται στη θεραπευτική αγωγή. Στόχος της είναι η επίτευξη, όσο το δυνατόν, καλύτερης ποιότητας ζωής στον ασθενή αλλά και της οικογένειάς του.¹¹

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ., ο όρος ανακουφιστική φροντίδα περιλαμβάνει το σύνολο των καταπραϋντικών και υποστηρικτικών υπηρεσιών που προσφέρονται σε ασθενείς τελικού σταδίου με στόχο τη φυσική, ψυχολογική,

κοινωνική και πνευματική τους φροντίδα. Επίσης, περιλαμβάνει την ψυχολογική και κοινωνική στήριξη της οικογένειας του ασθενή με στόχο να βοηθήσει να αναπτύξει στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος. Ο συντονισμός της περίθαλψής των ασθενών γίνεται από ομάδες γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών και ομάδες εθελοντών.¹² Οι χώροι παροχής ανακουφιστικής φροντίδας είναι το νοσοκομείο, το σπίτι και οι ξενώνες τελικής νοσηλείας.¹¹

Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζει το άτομο που πεθαίνει είναι πρωταρχικά υποστηρικτικός, παράλληλα συνοδεύει τον ασθενή στην πορεία του προς το θάνατο και του παρέχει την απαιτούμενη ασφάλεια, ενώ το σημαντικό που μπορεί να του προσφέρει είναι να τον βοηθήσει να ζήσει μέχρι να πεθάνει εξασφαλίζοντας το απαραίτητο κλίμα αξιοπρέπειας και την ποιότητα στις συνθήκες διαβίωσης του.¹³

Το προσωπικό υγείας παρέχει ουσιαστική στήριξη, όταν αποδέχεται τόσο την οργανική και ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής σε μια δεδομένη στιγμή, όσο και το θάνατο γενικότερα. Την αποδοχή του την εκφράζει όταν προσφέρεται να συνοδεύσει τον ασθενή στην πορεία του, αφήνοντας τον ίδιο να καθοδηγήσει τον επαγγελματία υγείας. Με τη διακριτική του παρουσία του, το προσωπικό

υγείας εκπέμπει το μήνυμα ότι δεν τον εγκαταλείπει, ακόμα και όταν δεν διαθέτει τα μέσα για να τον θεραπεύσει.¹³

Η αποδοχή της πραγματικότητας ότι ο ασθενής πεθαίνει προϋποθέτει αυτογνωσία και προσωπική επεξεργασία των συναισθημάτων και αντιλήψεων που έχει ο επαγγελματίας υγείας γύρω από το θάνατο καθώς και των στόχων που θέτει στα πλαίσια της φροντίδας που παρέχει στο τελικό στάδιο της ζωής του ασθενή.¹³

Δυστυχώς όμως, στα πλαίσια του επικρατούντος βιοϊατρικού μοντέλου υγείας, ο θάνατος απωθείται και συχνά ιατρικοποιείται, καθώς το προσωπικό υγείας επιδιώκει μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του ατόμου να παρέμβει για να το «σώσει». Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί μια νέα προσέγγιση – γνωστή ως hospice approach- που αναγνωρίζεται και ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής.¹³ Στην πραγματικότητα, ο όρος “hospice” αναφέρεται: α) σε μια φιλοσοφία που διέπει τη φροντίδα στο τελικό στάδιο της ζωής και β) σ’ ένα οργανωμένο σύστημα υπηρεσιών που έχει στόχο την εφαρμογή των αρχών αυτής της φιλοσοφίας.¹²

Βασικό χαρακτηριστικό αυτής της προσέγγισης είναι η επικύρωση της ζωής και όχι του θανάτου. Αναγνωρίζει τις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου που πεθαίνει και προωθεί

εκείνες τις συνθήκες που θα του εξασφαλίσουν, στο μέγιστο δυνατό βαθμό , άνεση , αξιοπρέπεια και ποιότητα ζωής.¹³

Οι υπηρεσίες απευθύνονται τόσο στον ασθενή, όσο και στα μέλη της οικογένειας του, ενώ υποστήριξη εξακολουθεί να παρέχεται στην οικογένεια και την διάρκεια του πένθους. Η φροντίδα στα τελικά στάδια της ζωής προϋποθέτει τη διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα σε ειδικούς που διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις αλλά και «ανθρωπιά» . Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης, ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην υποστήριξη του προσωπικού υγείας που επενδύει και συμμετέχει ενεργά στην φροντίδα του ασθενή και της οικογένειας του.¹³

Όταν στόχος κάθε παρέμβασης δεν είναι πλέον η «θεραπεία» του ασθενή, αλλά η επιδίωξη ανακούφισης και μέγιστης δυνατής άνεσης, τότε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου που το οργανικό, ψυχολογικό, πνευματικό και κοινωνικό επίπεδο.¹³

- **Φροντίδα στο οργανικό επίπεδο**

Η φροντίδα στο οργανικό επίπεδο θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις βιολογικές ανάγκες του ασθενή, στη μείωση ή στον έλεγχο του πόνου, καθώς και σε οποιαδήποτε κατάσταση που προκαλεί δυσφορία.

Ο πόνος είναι κυρίως σύμπτωμα που ταλαιπωρεί τον ασθενή και η ανακούφιση του αποτελεί άμεση προτεραιότητα.¹¹

Όταν ο ασθενής πονά, κρίνεται απαραίτητη η κατανόηση και η αξιολόγηση του πόνου που βιώνει. Σύμφωνα με τον McCaffrey και Bebee “πόνος είναι ότι το άτομο λέει ότι βιώνει και υπάρχει οποτεδήποτε αναφέρει ότι υπάρχει.” Αποτελεί δηλαδή μια υποκειμενική εμπειρία που επηρεάζεται από ένα σύνολο ψυχολογικών παραγόντων.¹¹ Μερικοί από αυτούς περιλαμβάνουν:

α) Την ερμηνεία που το άτομο δίνει στον πόνο του η οποία με την σειρά της επηρεάζει την ανοχή και τον τρόπο που αντιδρά σ’ αυτό.

β) Την προσοχή που επικεντρώνει στον πόνο του, ή την απόσπαση της προσοχής με την ενασχόληση με δραστηριότητες ή/και ενδιαφέροντα που μειώνουν την αίσθηση του πόνου.

γ) Το άγχος και την αίσθηση ελέγχου που πιστεύει ότι μπορεί να ασκήσει πάνω στο πόνο.

δ) Τις προσδοκίες που έχει σχετικά με τις επιπτώσεις του πόνου και τη δυνατότητα ανακούφισης.

ε) Τους πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη, ερμηνεία και την ανοχή στο πόνο.¹³

ζ) Τη στάση του ατόμου απέναντι στο πόνο που συχνά πηγάζει από παιδικές εμπειρίες και από μια διαδικασία μάθησης που προέκυψε στα πλαίσια αυτών των εμπειριών.¹³

Η μελέτη του πόνου έχει απασχολήσει τους επιστήμονες τα τελευταία χρόνια. Διακρίνουν δύο μεγάλες κατηγορίες, πόνου: τον οξύ και τον χρόνιο πόνο.

Ο οξύς πόνος είναι συνήθως παροδικός και οφείλεται σε κάποιο συγκεκριμένο τραυματισμό ή οργανική βλάβη. Ακόμα και στα τελικά στάδια ζωής, ένα άτομο μπορεί να βιώσει οξύ – που είναι ή δεν είναι απαραίτητα συνδεδεμένος με την ασθένεια του – και ο οποίος απαιτεί άμεση παρέμβαση.¹³

Σε αντίθεση, ο χρόνιος πόνος δεν εξυπηρετεί τις ίδιες λειτουργίες με τον οξύ. Παρεμβαίνει καθημερινά στη ζωή του ατόμου για μεγάλο χρονικό διάστημα και προκαλεί μια σειρά από ψυχοκοινωνικά προβλήματα που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα.¹³

Συνήθως συνοδεύονται από αυξημένο άγχος και κατάθλιψη που με τη σειρά τους μεγεθύνουν την αίσθηση του πόνου και μειώνουν τα επίπεδα ανοχής σ' αυτόν. Συχνά, στο τελικό στάδιο, ο χρόνιος πόνος είναι άμεσα συνδεδεμένος με την ασθένεια που οδηγεί στο

θάνατο, αλλά εντείνεται και από την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου.¹³

Η σύγχρονη κλινική πράξη επιβεβαιώνει ότι ο χρόνιος πόνος μπορεί, σε μεγάλο βαθμό, να ελεγχθεί και παράλληλα να μειωθεί η δυσφορία που βιώνει ο ασθενής εξαιτίας του.¹³

Ο νοσηλευτής περισσότερο από οποιοδήποτε άλλον επαγγελματία συμβάλλει ουσιαστικά στην ανακούφιση του πόνου μέσα από την διαδικασία της παρακολούθησης της έντασης του και της αποτελεσματικότητας της αναλγητικής αγωγής. Στόχος οποιαδήποτε παρέμβασης του δεν πρέπει να είναι η «αναισθησία» με την έννοια της έλλειψης της διανοητικής διαύγειας, αλλά η «αναλγησία» στα πλαίσια της οποίας ο ασθενής ανακουφίζεται, ενώ ταυτόχρονα διατηρεί επαφή με το περιβάλλον.¹¹

Μελέτες αποδεικνύουν ότι άτομα που πεθαίνουν μπορούν να ανεχθούν ισχυρά αναλγητικά – ναρκωτικά. Ο φόβος της εξάρτησης τους από αυτά δεν ισχύει, ενώ ο προγραμματισμός της χορήγησης τους πρέπει να έχει ταυτόχρονα προληπτικό και ανακουφιστικό χαρακτήρα.¹³

Επίσης αρμοδιότητα του νοσηλευτή είναι να επιλέγει το κατάλληλο φάρμακο, στην κατάλληλη δόση, και τη σωστή οδό χορήγησης, ώστε να ανταποκρίνεται στις

ανάγκες του ασθενή αποφεύγοντας την υπερβολική, άσκοπη ή ανεπαρκή χορήγηση φαρμάκων.¹¹

Άλλα προβλήματα που συμπεριλαμβάνονται στο οργανικό επίπεδο είναι η ανορεξία, η δύσπνοια, η δυσφαγία, ναυτία και έμετος, η δυσκοιλιότητα και η αφυδάτωση. Ο νοσηλευτής αφού πρώτα εκτιμήσει τα προβλήματα, θα προσπαθήσει να ανακουφίσει τον ασθενή με κατάλληλες παρεμβάσεις.¹⁴

Ας δούμε πως μπορούν να αντιμετωπίσουν κάποια απ' αυτά: Η ναυτία και ο έμετος είναι πολύ συχνά συμπτώματα του ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής. Μπορούν να αντιμετωπιστούν με προσεκτική επιλογή της χορηγούμενης τροφής, η οποία να δίνεται σε μικρά και συχνά γεύματα καθώς και με φαρμακευτικά σκευάσματα.¹⁴

Η ανορεξία είναι ένα χαρακτηριστικό πρόβλημα του τελικού σταδίου της ζωής. Οι ασθενείς δεν ενδιαφέρονται καθόλου για φαγητό και μερικές φορές ακόμα και η μυρωδιά του, τους προκαλεί ναυτία. Σ' αυτό το στάδιο οι ασθενείς μπορούν να τρώνε οτιδήποτε τους ευχαριστεί και δεν τους προκαλεί δυσάρεστα ενοχλήματα. Πρέπει επίσης να επιδιώκεται και επιτυγχάνεται η κατάλληλα ενυδάτωση με σκοπό την αποφυγή χορήγησης των υγρών παρεντερικώς.¹¹

Θα πρέπει να τονιστεί ότι οποιαδήποτε παρέμβαση για ανακούφιση συμπτωμάτων είναι αποτελεσματικότερη όταν συνοδεύεται από ψυχολογική υποστήριξη.¹¹

- **Φροντίδα στο ψυχολογικό επίπεδο**

Καθώς ο ασθενής διανύει το τελικό στάδιο της ζωής του κατακλύζεται από αισθήματα ψυχικού πόνου, άγχους, θλίψης, και θυμού. Το συναίσθημα του άγχους κρύβει ένα σύνολο συγκεκριμένων φόβων που συνδέονται με το θάνατο και διαφέρουν από άτομο σε άτομο.¹¹

Συχνά ο ψυχικός πόνος του ασθενής φέρνει σε αμηχανία το προσωπικό υγείας που δεν γνωρίζει πώς να ανταποκριθεί σ' αυτόν.

Το άτομο δεν θρηνεί μόνο τις απώλειες που επίκειται στο άμεσο μέλλον, αλλά θρηνεί απώλειες που βιώνει μέσα στο παρόν, καθώς και τις απώλειες που αναφέρονται στο παρελθόν του.¹¹

Τα μέλη του προσωπικού υγείας παρέχουν ουσιαστική στήριξη στον ασθενή που πεθαίνει, όταν αναγνωρίζουν τη διεργασία θρήνου και ενθαρρύνουν την έκφραση των συχνά οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων και προβλημάτων που ενδεχομένως τη συνοδεύουν, χωρίς να κρίνουν, να συμβουλεύουν ή να επιβάλλουν τις προσωπικές τους απόψεις. Πολλές φορές επικρατεί η εσφαλμένη αντίληψη ότι κάθε συζήτηση η οποία φέρνει στην επιφάνεια το άγχος, την κατάθλιψη, την οργή ή

άλλα συναισθήματα είναι ανεπιθύμητα και αρνητικά για τον ασθενή. Στην περίπτωση αυτή γίνεται μια συστηματική προσπάθεια να αποφευχθούν παρόμοιες συζητήσεις και να απωθηθούν τα συναισθήματα του ασθενή. Κάτω από παρόμοιες συνθήκες, το προσωπικό υγείας δεν εξυπηρετεί τον ασθενή, αλλά προστατεύει τον εαυτό του από την προσωπική δυσφορία που του προκαλεί η ψυχική κατάσταση του ασθενή. Στην πραγματικότητα, ο μοναδικός τρόπος για να μπορέσει ο ασθενής να ανακουφιστεί από τον ψυχικό πόνο που βιώνει είναι να αναγνωρίσει και να συμφιλιωθεί με τα συναισθήματα του, εκφράζοντας τα σε κάποιον που είναι πρόθυμος να τον ακούσει και ενδιαφέρεται να τον καταλάβει.¹⁵

Οι νοσηλευτές γνωρίζοντας τις τεχνικές επικοινωνίας μπορούν να στηρίξουν ουσιαστικά τον ασθενή, ενθαρρύνοντας τον να εκφράσει τα οδυνηρά αισθήματα, τις σκέψεις και τους προβληματισμούς του, και δείχνοντας του ότι είναι πρόθυμοι να τον ακούσουν.¹¹

Στο τελικό στάδιο, το άγχος και οι φόβοι του ασθενή σε σχέση με το θάνατο αυξάνονται. Το προσωπικό υγείας μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να εντοπίσει, να εκφράσει, να επεξεργαστεί και να αποδεχτεί τους φόβους του, ώστε να μπορέσει να τους ελέγξει αποτελεσματικότερα. Οι Lemming και Dickinson

διακρίνουν δύο κατηγορίες φόβων: Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται οι φόβοι που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο, ενώ στην δεύτερη οι φόβοι αφορούν κυρίως το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού.¹⁵

Φόβοι που αφορούν την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο:

- Φόβος ταπείνωσης και απώλειας αξιοπρέπειας.
- Φόβος εξάρτησης.
- Φόβος πόνου.
- Φόβος εγκατάλειψης, απόρριψης και μοναξιάς .
- Φόβος αποχωρισμού από αγαπημένα πρόσωπα .

Φόβοι που αφορούν το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού:

- Φόβος οριστικότητας του θανάτου.
- Φόβος για την τύχη του σώματος μετά το θάνατο.
- Φόβος για την μετά θάνατο ζωή.

Χωρίς αμφιβολία, η ταξινόμηση αυτή δεν εξαντλεί όλους τους φόβους που μπορεί να βιώσει ένα άτομο σε σχέση με το θάνατο. Συνήθως, οι προβληματισμοί και οι ανησυχίες του επικεντρώνονται περισσότερο στο «πως» θα πεθάνει, γεγονός που επιτρέπει στο προσωπικό υγείας να συμβάλλει στην απομυθοποίηση ή στην μείωση των φόβων που συνδέονται με την πορεία προς τον θάνατο.¹⁵

Η ψυχολογική φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή είναι επίσης σημαντικό να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες του για ασφάλεια , αυτονομία και αυτοέλεγχο, μέσα από τις οποίες μπορεί να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του και αξιοπρέπεια εν όψει του επικείμενου θανάτου.

Η αίσθηση ασφάλειας καλλιεργείται όταν το προσωπικό υγείας βρίσκεται στη διάθεση του ασθενή όχι μόνο με την φυσική του παρουσία, αλλά και με το ουσιαστικό ενδιαφέρον και την εξατομικευμένη φροντίδα που παρέχει τόσο στον ίδιο όσο και στο άμεσο περιβάλλον του. Παράλληλα θεωρείται αναγκαίο να προγραμματίζει τις δραστηριότητες της καθημερινής ρουτίνας, έτσι ώστε να υπάρχει μια σταθερότητα στη διαδοχή των γεγονότων. Μ' αυτό τον τρόπο δίνεται στον ασθενή η δυνατότητα να προβλέπει όταν πρόκειται να συμβούν και να προσαρμοστεί σε συνθήκες που προϋποθέτουν μειωμένες απαιτήσεις.

Η καλλιέργεια της αυτονομίας και του αυτοελέγχου επιτυγχάνονται με πολλαπλούς τρόπους μεταξύ των οποίων είναι:¹⁵

- a. Η ενημέρωση του ασθενή που επιθυμεί να γνωρίζει την κατάσταση και την εξέλιξη της υγείας του και την αγωγή που του παρέχεται.

- b. Η προετοιμασία του για ενδεχόμενες σωματικές αλλαγές ή άλλες ιατρονοσηλευτικές διαδικασίες που πρόκειται να υποστεί.
- c. Η προώθηση της αυτοφροντίδας – στο μέτρο που είναι εφικτό – και της ενασχόλησης του ασθενή με πράγματα που τον ενδιαφέρουν και,
- d. Η δυνατότητα του να αποφασίσει για θέματα που αφορούν την υγεία του και την φροντίδα που δέχεται, αλλά και τις συνθήκες μέσα στις οποίες επιθυμεί να ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του.¹⁵

- **Φροντίδα στο κοινωνικό επίπεδο**

Καθώς ο ασθενής πλησιάζει προς το θάνατο του, πραγματοποιεί μια προοδευτική συναισθηματική και κοινωνική απόσυρση. Αυτή η στάση υπαγορεύεται από την ανάγκη του να συνειδητοποιήσει το γεγονός ότι πρόκειται να πεθάνει.¹¹ Συχνά οι συγγενείς παρερμηνεύουν αυτή την εσωστρέφεια και νομίζουν ότι «δεν τους θέλει», δεν τους αγαπά πλέον ή τους απορρίπτει.

Σύμφωνα με την Kubler- Ross, αυτή η προοδευτική συναισθηματική και κοινωνική απόσυρση αποτελεί φυσιολογική αντίδραση του ασθενή που συνειδητοποιεί το γεγονός ότι πρόκειται να πεθάνει και προετοιμάζεται γι' αυτό, ενώ ταυτόχρονα μειώνει τον

ψυχικό πόνο που του προκαλεί ο επικείμενος αποχωρισμός από πολλά πρόσωπα που έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη ζωή του. Αυτή η απόσυρση όμως δεν φτάνει απαραίτητα στην πλήρη διακοπή της επικοινωνίας του ασθενή με το περιβάλλον.

Σύμφωνα με τον Levine, άτομα που αποδέχονται το θάνατο περιορίζουν μεν τις σχέσεις τους, αλλά επιδιώκουν παράλληλα μια βαθιά επικοινωνία με λίγα αγαπημένα πρόσωπα. Συγχρόνως εκπέμπουν μια εσωτερική ηρεμία, δεν διατηρούν ψεύτικες ελπίδες και επικεντρώνονται στο παρόν, αντί να τους απασχολεί το μέλλον.¹⁵

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποδεχθεί και να συμφιλιωθεί αυτή την κατάσταση, ενημερώνοντας την οικογένεια του θα του εξασφαλίσει ένα ήρεμο περιβάλλον που δεν θα τον εγκαταλείψει και θα του επιτρέψει να θρηνήσει και να προετοιμαστεί για το πέρασμα από τη ζωή στο θάνατο.¹¹

Παρ' όλα αυτά, μερικές φορές ο ασθενής ωθείται σε κοινωνική απόσυρση, καθώς δεν υπάρχει κανείς στο περιβάλλον πρόθυμος να τον ακούσει ή να επικοινωνήσει μαζί του με ειλικρίνεια. Σ' αυτή την περίπτωση νιώθει εγκαταλελειμμένος από τους συγγενείς και τα μέλη του προσωπικού υγείας

αποσύρονται επειδή η κατάσταση του ασθενή τους προκαλεί έντονο άγχος.

Δυστυχώς, το σύστημα υγείας αλλά και ευρύτερα η σύγχρονη κοινωνία συχνά αντιμετωπίζουν τον ασθενή που πεθαίνει με φόβο, αποστροφή, περιθωριοποιώντας τον μέσα στον ίδιο χώρο που τον νοσηλεύει.

Παράλληλα, οι πόρτες των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας παραμένον κλειστές τις περισσότερες φορές, στους συγγενείς με αποτέλεσμα ο ασθενής να νιώθει ότι εγκαταλείπεται τις τελευταίες μέρες ή ώρες της ζωής του στα χέρια ενός εξειδικευμένου προσωπικού που τον γνωρίζει ελάχιστα ή καθόλου.¹⁵

Άλλες βασικές ανάγκες του ασθενή που πεθαίνει περιλαμβάνουν τη διευθέτηση εκκρεμών υποθέσεων οι οποίες πηγάζουν από το ρόλο και τη θέση του στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύνολο, και αποτελούν βασικές κοινωνικές ανάγκες.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφράζει τις ανάγκες του, αλλά ταυτόχρονα να παίξει και το ρόλο του συνηγόρου του και να λειτουργήσει εκ μέρους του, ώστε να πραγματοποιηθούν ή να καλυφθούν κάποιες από αυτές.¹¹

- **Φροντίδα στο πνευματικό επίπεδο**

Καθώς ο ασθενής προχωρεί προς το θάνατο συχνά βιώνει μια βαθιά υπαρξιακή κρίση, μια ψυχική διεργασία θρήνου, θρηνεί γιατί χάνει τον ίδιο του τον εαυτό, το σκοπό και το νόημα της ζωής του. Αντιμέτωπος με μια πραγματικότητα που μοιάζει παράλογη, άδικη ή δύσκολη αναρωτιέται διαρκώς «γιατί».¹¹

Σύμφωνα με τον Kauffman κάθε «γιατί» αποτελεί έκφραση ενός βαθύτερου εσωτερικού τραύματος καθώς θέτει σε αμφισβήτηση ολόκληρο το σύστημα των πεποιθήσεων του ατόμου και το νόημα της ύπαρξής του. Ανακινεί μια ψυχική διεργασία θρήνου παρόμοια με εκείνη που βιώνει κανείς όταν χάνει κάποιον αγαπημένο του πρόσωπο.

Ταυτόχρονα όμως με τη συνειδητοποίηση ότι η ζωή του φθάνει σε ένα τέλος, αναζητά τρόπους για να υπερβεί αυτό το τέλος. Αυτή την υπέρβαση επιδιώκει μέσα από την ικανοποίηση τριών βασικών πνευματικών αναγκών που βιώνει στο τελικό στάδιο της ζωής του. Αυτές είναι οι ακόλουθες:¹⁵

i. **Ανάγκη να δώσει νόημα στη ζωή του.** Είναι λοιπόν ιδιαίτερα σημαντικό το προσωπικό υγείας να στηρίζει τον ασθενή στην πνευματική αυτή

διεργασία, χωρίς να του επιβάλλει θεωρίες, απόψεις ή προσωπικές πεποιθήσεις.

- ii. **Ανάγκη να έχει ένα «καλό θάνατο».** «Καλός θάνατος» είναι εκείνος τον οποίο ορίζει ο ασθενής ο ίδιος. θεωρεί «καλό» ή «κατάλληλο» το θάνατο όταν μπορεί να ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του μέσα σε συνθήκες που είναι σύμφωνες με τις αξίες, πεποιθήσεις και τον τρόπο που πάντα αντιμετώπιζε τις προκλήσεις της ζωής.

Πολλές φορές, όμως, οι επιλογές και οι αποφάσεις του ασθενή μπορεί να είναι περιορισμένες, ανάλογα με την κλινική και την βιολογική πραγματικότητα που διακρίνει την πορεία της συγκεκριμένης ασθένειας από την οποία πεθαίνει.

- iii. **Ανάγκη για ελπίδα...πέρα από το θάνατο.** Σημαντική πνευματική ανάγκη κάθε ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του είναι να βρει ή να διατηρήσει ζωντανή την ελπίδα ότι υπάρχει ζωή μετά το θάνατο.¹⁵

Είναι πολύ σημαντικό να αντιμετωπίζεται κάθε ασθενής μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του ως άτομο που **ΖΕΙ**... ένα άτομο που σε καμιά περίπτωση δεν βρίσκεται στο περιθώριο της ζωής επειδή πεθαίνει, ένα άτομο που έχει ανάγκες, ελπίδες και δεν

παύει ποτέ να επιδιώκει να δώσει νόημα στις εμπειρίες και στη ζωή του.¹⁵

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΩΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ:

- **Το παιδί στο τελικό στάδιο της ζωής**

Πριν από μερικά χρόνια το παιδί με χρόνια ασθένεια ήταν κατά δικασμένο και αντιμετωπιζόταν σαν «ένα παιδί που πεθαίνει». Χάρη όμως στην πρόοδο της Ιατρικής επιστήμης, στην εποχή μας οι περισσότερες σοβαρές ασθένειες αποτελούν χρόνιες και απειλητικές για την ζωή καταστάσεις.

Οι οικογένειες προσπαθούν να προσαρμοστούν αποτελεσματικά στις νέες συνθήκες που επιβάλλει η ασθένεια , ενώ παράλληλα ζουν με την αβεβαιότητα ενός επικείμενου θανάτου, που μπορεί να επέλθει μετά από χρόνια.¹⁶

Ερευνητικές μελέτες επιδιώκουν να προσδιορίσουν το βαθμό δυσπροσαρμογής των παιδιών με χρόνια ασθένεια. Μερικές εντοπίζουν αυξημένο βαθμό ψυχικών διαταραχών ενώ άλλες επισημάνουν ότι τα παιδιά που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια είναι περισσότερο ευάλωτα και επιρρεπή στην ανάπτυξη συναισθηματικών και κοινωνικών προβλημάτων σε σχέση με τα υγιή.¹⁷

Πριν όμως γίνει αναφορά στο παιδί με την χρόνια και απειλητική για τη ζωή του ασθένεια, είναι σημαντικό να γνωρίζει κανείς το «πως» αναπτύσσεται η έννοια του θανάτου στο «φυσιολογικό παιδί».

Σύμφωνα με το ψυχαναλυτικό θεωρητικό μοντέλο, το «άγχος του αποχωρισμού» που βιώνει το παιδί των 6 μηνών από τη στιγμή που διαφοροποιείται από τη μητέρα του, αποτελεί και την αρχή του «άγχους του θανάτου» στη ζωή ενός ατόμου. Όμως η πραγματικότητα δείχνει να είναι διαφορετική.¹⁶

Σε συστηματικές μελέτες που έχουν γίνει κυρίως με παιδιά 6-10 ετών και τονίζουν ότι σ' αυτήν την ηλικία το παιδί συνειδητοποιεί τη σοβαρότητα της κατάστασης του, ακόμα και αν δεν το συζητά ανοικτά με το περιβάλλον του. Οι μελέτες αυτές βοήθησαν, επίσης, το προσωπικό υγείας να βγει από το δίλλημα για το αν πρέπει ή δεν πρέπει να ενημερωθεί το παιδί για την ασθένεια του.¹⁸

Το προσωπικό υγείας μπορεί να παρέμβει έγκαιρα, διευκολύνοντας το παιδί και την οικογένεια του, να υιοθετήσουν επικοινωνητικούς τρόπους και μεθόδους αντιμετώπισης των στρεσογόνων συνθηκών.¹⁷

Κατά την Bluebond – Langner, για να φθάσει στη γνώση ότι η ασθένεια του το οδηγεί στο θάνατο, πρέπει πρώτα από όλα το παιδί να έχει βιώσει μια

σειρά από σημαντικά γεγονότα, όπως είναι: η διάγνωση, η κατανόηση της θεραπείας, οι επιπλοκές της ασθένειας, η μη αποτελεσματικότητα των φαρμάκων και ότι παιδιά με την ίδια ασθένεια πεθαίνουν.¹⁹

Προοδευτικά φθάνει στη συνειδητοποίηση ότι η ασθένεια του είναι θανατηφόρα και ότι το ίδιο δεν θα γίνει καλά, ούτε θα είναι για πάντα άρρωστο, αλλά ότι πεθαίνει...

Οι Glaser και Strauss που μελέτησαν την επικοινωνία μεταξύ ασθενή και περιβάλλοντος όσον αφορά τα ζητήματα της πρόγνωσης της ασθένειας και της πιθανότητας του θανάτου περιγράφουν τέσσερα στάδια συνειδητοποίησης:¹⁹

- *Το επίπεδο αποκλεισμένης συνείδησης*, ο ασθενής δεν γνωρίζει ότι πεθαίνει, ενώ το περιβάλλον γύρω του το ξέρει
- *Το επίπεδο υποψιαζόμενης συνείδησης*, το παιδί υποψιάζεται αυτό που όλοι οι άλλοι ξέρουν.
- *Το επίπεδο αμοιβαίας προσποίησης*, το γνωρίζουν όλοι και το παιδί, αλλά αποφεύγουν να το συζητούν.
- *Το επίπεδο ανοικτής συνείδησης*, όπου η πιθανότητα θανάτου αναγνωρίζεται και συζητιέται ανοικτά.

Είναι σημαντικό να είμαστε ευαισθητοποιημένοι στη συμβολική γλώσσα που χρησιμοποιούν αυτά τα παιδιά για να εκφράσουν τις σκέψεις και το άγχος τους σχετικά με το θάνατο. Μέσα από τη συμπεριφορά τους, το παιχνίδι τους τη ζωγραφική τους τα όνειρα τους, εκδηλώνουν τις ανησυχίες τους, μερικές φορές μάλιστα από την αρχική κιάλας περίοδο που μπαίνει η διάγνωση.¹⁹

Όταν ένα παιδί εκφράζει κάποια στιγμή άμεσα ή έμμεσα τη γνώση και τα συναισθήματα σχετικά με τον επικείμενο θάνατο του, συχνά την επόμενη στιγμή εκδηλώνεται μια συμπεριφορά μέσα από την οποία αρνείται περισσότερο ή λιγότερο το γεγονός.²⁰

Συχνά με την συμπεριφορά του το παιδί εκδηλώνει έμμεσα τη γνώση ότι πεθαίνει. Μερικά παραδείγματα τέτοιας συμπεριφοράς είναι:

- Αποφυγή συζήτησης για το μέλλον και μακροπρόθεσμων στόχων.
- Επίμονη αναζήτηση ορισμένων αγαπημένων προσώπων που βρίσκονται μακριά.
- Απαίτηση για πραγματοποίηση άμεσα ορισμένων γεγονότων, όπως γενέθλια, χριστουγεννιάτικο δώρο, κ.α.
- Άρνηση για οποιαδήποτε θεραπεία ή ανώδυνη φροντίδα.

- Έντονο ενδιαφέρον για την υγεία άλλων παιδιών με ίδια ασθένεια, αντίθετα αποφυγή αναφοράς σε παιδί που πέθανε.²⁰
- Επικοινωνία μεταξύ παιδιού και περιβάλλοντος που ολοένα ελαττώνεται, ενώ παράλληλα αποφεύγονται οι συζητήσεις γύρω από την ασθένεια του.

Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να διευκολύνουν το παιδί στην έκφραση των συναισθημάτων του, παράλληλα είναι απαραίτητη η παρέμβαση του όταν το παιδί βιώνει έντονα ένοχα συναισθήματα, επειδή κατηγορεί τον εαυτό του για την κατάσταση που βρίσκεται ή επειδή πιστεύει ότι αποτελεί βάρος στο περιβάλλον του.²⁰

Σημαντικό είναι και μια κατάλληλη ανταπόκριση στις ανάγκες που εκφράζει. Παρ' όλο που κάθε παιδί έχει το δικό του μοναδικό τρόπο να αντιμετωπίζει το θάνατο του υπάρχουν μερικές βασικές ανάγκες που χαρακτηρίζουν όλα τα παιδιά που πεθαίνουν:

- Η ανάγκη ή καλύτερα, το δικαίωμα κάθε παιδιού να παραμείνει όσο το δυνατόν **απελευθερωμένο από κάθε οργανικό πόνο.**
- Η ανάγκη του για **αγάπη και ασφάλεια** σε ένα περιβάλλον που δεν το έχει εγκαταλείψει ή

απομονώσει και που δεν το έχει «ξεγράψει» επειδή η κατάσταση του προκαλεί ψυχικό πόνο.

- Τέλος, η ανάγκη για **κατανόηση** που ψάχνει το παιδί σε ένα ευαίσθητοποιημένο περιβάλλον, που θα του δώσει τη δυνατότητα να εκφραστεί ελεύθερα και να βρει παράλληλα την κατάλληλη υποστήριξη. Αυτή η υποστήριξη και συμπαράσταση είναι σημαντική σε μια περίοδο που συχνά αποτελείται από πολλούς «μικρούς συμβολικούς θανάτους» καθώς το παιδί από τη μια μέρα στην άλλη χάνεις τις δυνάμεις του.²⁰

Βασικά, όσοι βρίσκονται κοντά στο παιδί σ' αυτή τη τελική φάση, διευκολύνουν ή δυσκολεύουν με την στάση τους το πέρασμα του από τη ζωή στο θάνατο.

Είναι σημαντικό το προσωπικό υγείας να συνειδητοποιήσει ότι για να βοηθήσει το παιδί που πεθαίνει, πρέπει πρώτα να ξεκινήσει κοιτάζοντας βαθιά μέσα του, τα συναισθήματα, τις αντιλήψεις, τις άμυνες του, που μπορούν να στέκονται εμπόδιο στην επικοινωνία του μαζί με το παιδί.

Είναι απαραίτητο, το προσωπικό υγείας να πιστεύει ότι δεν είναι εντελώς αδύναμο απέναντι στο παιδί που πεθαίνει, αλλά αντιθέτως ότι έχει κάτι πολύ ουσιαστικό να προσφέρει, όταν διαλέγει να συμπορευτεί μαζί του.

Μονάχα μ' αυτό τον τρόπο θα μπορέσει να βρει και πάλι την δύναμη να «δώσει» και να πάρει» κοντά σ' αυτά τα παιδιά, που ίσως περισσότερο από το θάνατο, του διδάξουν το νόημα της ζωής.²⁰

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗ

Ο βαθμός της ικανοποίησης του ασθενή από την φροντίδα του εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων που πηγάζουν από τη σχέση που αναπτύσσει με τον επαγγελματία υγείας. Δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες αφορούν:

- i. Την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών που παρέχεται από το προσωπικό υγείας στον ασθενή και
- ii. Το ενδιαφέρον και την κατανόηση που δείχνει για τον ασθενή.²¹

Το κεφάλαιο αυτό αποβλέπει στην περιγραφή μερικών βασικών δεξιοτήτων ενεργητικής ακρόασης μέσω των οποίων το προσωπικό υγείας ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφραστεί και ταυτόχρονα επιδιώκει να κατανοήσει τις εμπειρίες που αυτός βιώνει. Στην περιγραφή των φραγμών που το προσωπικό υγείας χρησιμοποιεί κατά την επικοινωνία με τον ασθενή και στην αναφορά μερικών σταδίων που μπορούν να καθοδηγήσουν το προσωπικό υγείας στην αποτελεσματικότερη

ενημέρωση του ασθενή, ιδιαίτερα όταν αυτή περιλαμβάνει «δυσάρεστες ειδήσεις» σχετικά με την υγεία.²¹

Συχνά το προσωπικό υγείας αναλαμβάνει το ρόλο του «ειδικού» που γνωρίζει, συμβουλεύει, ελέγχει και κατευθύνει τον ασθενή. Σπάνια αφιερώνει χρόνο για να ακούσει τις εμπειρίες και τις ανησυχίες του. Ακόμα και όταν το κάνει, γρήγορα περιορίζει τη συζήτηση προσφέροντας συμβουλές, λύσεις την προσωπική του άποψη σχετικά με την εξέλιξη της υγείας του ασθενή ή τη στάση που «πρέπει» να τηρήσει στα θέματα που τον απασχολούν.²¹

Η ενεργητική ακρόαση βάζει τον επαγγελματία υγείας στο ρόλο του προσεκτικού «ακροατή». Είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που απαιτεί δεξιότητες τέτοιες ώστε ο «ακροατής» να καταλαβαίνει το βαθύτερο νόημα όσων εκφράζει ο συνομιλητής του και ταυτόχρονα να του μεταδώσει το μήνυμα ότι τον κατανοεί και τον αποδέχεται.

Τα χαρακτηριστικά, που είναι εξίσου βασικά για την σχέση που διαμορφώνει το προσωπικό υγείας με τον ασθενή, περιλαμβάνουν:

- a. Την άνευ όρων αποδοχή του ατόμου η οποία εκφράζεται μέσα από το πηγαίο ενδιαφέρον του

επαγγελματία της υγείας που δέχεται τον ασθενή με όλες του τις αδυναμίες, ικανότητες.

- b. Την ενσυναίσθηση που εκφράζεται με την προσπάθεια του επαγγελματία να αντιληφθεί τη πραγματικότητα μέσα από το πρίσμα από το οποίο τη βιώνει ο ασθενής, μεταφέροντας του το μήνυμα ότι τον κατανοεί.
- c. Την αυθεντικότητα η οποία προϋποθέτει τη «διαφάνεια» και την «ειλικρίνεια» από την πλευρά του επαγγελματία ο οποίος συνειδητοποιεί πως επηρεάζεται από τη σχέση του με το συνομιλητή του ,ενώ αποφεύγει να εκπέμπει «διπλά μηνύματα», προβάλλοντας κάτι διαφορετικό από αυτό που βιώνει.²¹

Ο επαγγελματίας υγείας είναι σημαντικό να λειτουργεί ως «καταλύτης». Χωρίς να είναι ιδιαίτερα κατευθυντικός, ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφραστεί, να κατανοήσει και να αποδεχτεί τις εμπειρίες που βιώνει και επιπλέον να αξιοποιήσει τις δυνατότητες του. Οι δεξιότητες της ενεργητικής ακρόασης, που βρήκαν εφαρμογή στο χώρο της υγείας περιγράφονται παρακάτω συνοπτικά.

Οι δεξιότητες αυτές αποσκοπούν να ενθαρρύνουν τον ασθενή να εκφραστεί και μεταδίδουν το μήνυμα ότι ο επαγγελματίας ενδιαφέρεται να τον ακούσει. Ο

επαγγελματίας εκφράζει τις προθέσεις και τη διαθεσιμότητα του τόσο μη λεκτικά, όσο και λεκτικά.²¹

- Στο **μη λεκτικό επίπεδο**, η *οπτική επαφή* αποτελεί ένα από τα ισχυρότερα μέσα επικοινωνίας. Η *απόσταση μεταξύ δύο ατόμων*, η *θέση* του καθενός και ο *προσανατολισμός* τους μέσα στο χώρο επηρεάζουν τις αντιλήψεις που διαμορφώνουν ο ένας για τον άλλον. Τέλος, η *στάση*, οι *κινήσεις του σώματος* και οι *χειρονομίες* δηλώνουν μια τάση προσέγγισης ή αποφυγής.²²

- Στο **λεκτικό επίπεδο** οι δεξιότητες επικοινωνίας αποβλέπουν να προσκαλέσουν τον ασθενή να μοιραστεί τις εμπειρίες του. Ο επαγγελματίας υγείας του παρέχει τον κατάλληλο «θεραπευτικό χώρο» για να εκφραστεί ελεύθερα, χωρίς να κατακλύζεται από ερωτήσεις, να διακόπτεται ή να καθοδηγείται.

Αρχικά, οι ανοικτές ερωτήσεις δίνουν στον ασθενή την ευκαιρία να οργανώσει, να αναπτύξει τις σκέψεις του και να απαντήσει περιγράφοντας προσωπικές εμπειρίες. Αντίθετα, οι κλειστές ερωτήσεις οδηγούν το άτομο να απαντήσει σε μια ή δύο προκαθορισμένες λέξεις και μ' αυτό περιορίζουν τη συζήτηση. Οι ερωτήσεις πρέπει να είναι απλές και σύντομες, η χρήση ενθαρρυντικών προτροπών

ενθαρρύνουν τον ασθενή να εκφραστεί και δηλώνουν το ενδιαφέρον του επαγγελματία.²²

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διατηρείται ουδετερότητα και να αποφεύγονται τα σχόλια. Τέλος, η αποδοχή της σιωπής του ασθενή μπορεί να έχει θεραπευτικές επιπτώσεις. Παρέχει στο άτομο χρόνο να έρθει σε επαφή με συναισθήματα ή σκέψεις. Συχνά, όμως, η σιωπή φέρνει σε αμηχανία το προσωπικό υγείας που δυστυχώς παρεμβαίνει με ερωτήσεις ή σχόλια για να καλύψει το «κενό».

Η αποτελεσματική επικοινωνία προϋποθέτει την κατανόηση του ασθενή και των εμπειριών που εκφράζει. Απαιτεί δεξιότητες και ταυτόχρονα ειλικρινή πρόθεση του επαγγελματία υγείας να καταλάβει όσα απασχολούν τον ασθενή. Δεν αρκεί όμως μόνο να τον καταλαβαίνει, αλλά ταυτόχρονα πρέπει και να του μεταδώσει το μήνυμα ότι είναι κατανοητός και αποδεκτός. Ο στόχος αυτός πετυγχάνεται μέσω:

- Της επανάληψης
- Της παράφρασης
- Της αντανάκλασης συναισθήματος
- Της συνοχής του περιεχομένου της συζήτησης.²²

Συμπερασματικά, οι παραπάνω δεξιότητες αποτελούν χρήσιμα «εργαλεία» στη διάθεση των μελών του προσωπικού υγείας και συμβάλλουν στην κατανόηση του ασθενή και της οικογένειάς του. Παρ' όλα αυτά, η χρήση τους είναι αποτελεσματική μόνο όταν συνοδεύεται από πηγαία και ειλικρινή διάθεση του επαγγελματία να λειτουργεί ως «ακροατής» και να κατανοήσει πως ο ασθενής βιώνει την ασθένεια και τις επιπτώσεις που έχει στη ζωή του.²³

Μια από τις βασικότερες αιτίες που το προσωπικό υγείας δυσκολεύεται ή αποτυγχάνει να επικοινωνήσει με τον ασθενή είναι η χρήση φραγμών επικοινωνίας. Οι φραγμοί επικοινωνίας πηγάζουν τόσο από κάποιες κοινωνίας ή προσωπικές συνήθειες, όσο και από τις προσωπικές ανάγκες του επαγγελματία υγείας να λειτουργήσει ως «δάσκαλος», «σωτήρας» με αποτέλεσμα να συμβουλεύει, να καθοδηγεί, να ηθικολογεί και να κρίνει τη συμπεριφορά του ασθενή. Ορισμένοι από τους συνηθέστερους φραγμούς περιλαμβάνουν:

- 1) Αλληπάλληλες ερωτήσεις
- 2) Κήρυγμα, ηθικολογία
- 3) Κριτική
- 4) Συμβουλή, καθοδήγηση
- 5) Εφησυχασμός, παρηγοριά

- 6) Εκλογίκευση ή ελαχιστοποίηση των ανησυχιών
- 7) Απειλή, προειδοποίηση
- 8) Αποφυγή ή αλλαγή του θέματος.²³

Πολύ συχνά ο ασθενής που ενημερώνεται σχετικά με την ασθένεια, τη θεραπεία και την εξέλιξη της υγείας του, δεν κατανοεί ή παρερμηνεύει την πληροφόρηση που δέχεται. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, οι αιτίες είναι πολλές:

- a) Το προσωπικό υγείας παρέχει πληροφορίες που είναι δυσνόητες
- b) Ο ασθενής διστάζει να θέσει ερωτήσεις, ακόμα και όταν επιθυμεί να μάθει περισσότερα για την κατάσταση του και
- c) Ο ασθενής βασίζεται σε μια προσωπική υποκειμενική θεώρηση για την ασθένεια του, μέσα από την οποία επεξεργάζεται και συχνά παρερμηνεύει τις πληροφορίες που δέχεται.²³

Η αποφυγή της ενημέρωσης του ασθενή εμφανίζεται συχνότερα στις περιπτώσεις όπου η ασθένεια από την οποία πάσχει ο ασθενής είναι ανίατη. Ο επαγγελματίας υγείας που φέρνει τα «άσχημα νέα» μετατρέπεται, αυτομάτως, σε Κασσάνδρα. Ο ρόλος του είναι μάλλον άχαρος, καθότι προκαλεί, είτε την επιθετικότητα και τον θύμο του ασθενή, είτε τα δάκρυα του. Ο επαγγελματίας

υγείας, στην ιδέα και μόνο ότι θα προξενήσει μια έκρυθμη συναισθηματική κατάσταση, διστάζει να μιλήσει ανοικτά, για λόγους επαγγελματικούς αλλά και συναισθηματικούς.²⁴

Τελικά, πολλοί επαγγελματίες υγείας προτιμούν να προφυλάξουν τον ασθενή τους από αυτή τη δοκιμασία. Το ισχυρότερο επιχείρημα που δικαιολογεί την αντιμετώπιση αυτή είναι ότι πρέπει να λένε στον ασθενή αυτό που επιθυμεί να ακούσει. Οι συνέπειες μιας τέτοιας τακτική, δυστυχώς, είναι εφάμιλλες της υποκρισίας: *Ο ασθενής μέλλει να χάσει την εμπιστοσύνη του απέναντι στο προσωπικό υγείας.* Ένας, ακόμα, από τους φόβους που κυριεύουν τον επαγγελματία υγείας είναι η ομολογία της αποτυχίας.

Όταν ο επαγγελματίας κάνει τη διάγνωση μιας ανίατης ασθένειας ή ενός επικείμενου θανάτου, έρχεται αντιμέτωπος με τα όρια της ίδιας το της φύσης, αλλά και της επιστήμης, της οποίας υπήρξε, ανεξάρτητα από τη θέληση του, εκπρόσωπος. ²⁴

Αυτή η αδυναμία εξεύρεσης λύσης βιώνετε σαν ευνουχισμός από τον επαγγελματία υγείας, ο οποίος νιώθει άοπλο και ανίκανος μπροστά στην ασθένεια, και δεν ξέρει πως να συμπεριφερθεί: Ως μετριοπαθής επαγγελματίας ή συμπάσχων φίλος, δυσκολεύεται να πει «λυπάμαι». Νομίζει ότι , έτσι , προσφέρει τόση

παρηγοριά όση και η γειτόνισσα. Κι όμως, η ψυχολογική υποστήριξη πρέπει να αντικαταστήσει την ιατρική ευθύνη.

Η συμπαράσταση, λοιπόν, στον ασθενή δεν είναι, απλώς, θεραπευτικά και επαγγελματικά ορθή, προσφέρει, ταυτόχρονα, και μια πολύτιμη ανθρώπινη βοήθεια. Σύμφωνα με τον Thurstan B. Brewin μια θετική συμπεριφορά, γεμάτη κατανόηση είναι η πιο ενδεδειγμένη: « Τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι η ευελιξία, που στηρίζεται στη διαπροσωπική σχέση με τον ασθενή από τη στιγμή της ανακοίνωσης, της δυσάρεστης είδησης, καθώς και η θετική σκέψη, η συμπαράσταση και ο προγραμματισμός του άμεσου μέλλοντος. Η συμπεριφορά αυτή πρέπει να συμβαδίζει με τα άσχημα νέα, και όχι να μετατίθεται για αργότερα.»²⁴

Η ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων προϋποθέτει τη χρήση δεξιοτήτων επικοινωνίας και τη διαθεσιμότητα των επαγγελματιών υγείας που υποστηρίζουν τον ασθενή όταν εκφράζει φόβους, ανησυχίες, θυμό ή άλλα οδυνηρά συναισθήματα. Ο Buckman προτείνει ένα μοντέλο έξι διαδοχικών σταδίων που μπορούν να καθοδηγήσουν το προσωπικό υγείας στην αναγγελία δυσάρεστων νέων.²³

Στόχος 1: Διαμόρφωση κλίματος εμπιστοσύνης.

Στόχος 2: Διευρένηση των γνώσεων του ασθενή σχετικά με την κατάσταση της υγείας του.

Στόχος 3: Εκτίμηση των αναγκών του ασθενή σχετικά με τη πληροφόρηση του.

Στόχος 4: Παροχή πληροφοριών

Στόχος 5: Αναγνώριση συναισθημάτων και ανησυχιών

Στόχος 6: Προγραμματισμός και υποστήριξη.

Συμπερασματικά, η ενημέρωση δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο γεγονός, αλλά μια συνεχής διαδικασία πληροφόρησης που προσαρμόζεται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του ασθενή. Δεν είναι απλή καθώς απαιτεί δεξιότητες και πείρα. Απλοϊκές δικαιολογίες εκφράζουν συχνά το άγχος του προσωπικού υγείας μπροστά στην ασθένεια, τον πόνο και τη δυσμενή εξέλιξη της υγείας του ασθενή. Αποβλέπουν να προστατεύσουν τον ίδιο τον εργαζόμενο και οδηγούν τον ασθενή σε συναισθηματική απομόνωση.²³

ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

Η παρακολούθηση ενός ατόμου κατά την διάρκεια ενός καθοριστικού σταδίου της ζωής του, αποτελεί μεγάλη δοκιμασία τόσο για τον γιατρό όσο και για την θεραπευτική ομάδα. Όταν η δοκιμασία αυτή επαναλαμβάνεται, εκλαμβάνεται συχνά αδιάκοπη

αναμέτρηση με το θάνατο, προκαλώντας χρόνιο άγχος.²⁵

Τα μέλη του προσωπικού υγείας βιώνουν πολλές και σημαντικές απώλειες όταν φροντίζουν άτομα, των οποίων η ζωή απειλείται από μια σοβαρή ασθένεια. Όταν μάλιστα δένονται με τον ασθενή συναισθηματικά, συχνά εμφανίζουν συμπτώματα όμοια μ' εκείνα που βιώνουν οι συγγενείς και οι φίλοι που θρηνούν.

Παρ' όλα αυτά, ένα σημαντικό σημείο που διαφοροποιεί το θρήνο του προσωπικού υγείας από εκείνο των συγγενών είναι ότι ο θρήνος του προσωπικού υγείας δεν παραγνωρίζεται μονάχα από την κοινωνία, αλλά και από τον ίδιο τον εργαζόμενο.²⁶

Ο Kalish υποστηρίζει ότι ο θάνατος των ασθενών επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το ιατρικό από το νοσηλευτικό προσωπικό. Συνήθως οι περισσότεροι γιατροί επιδιώκουν στόχους προσανατολισμένους στη θεραπεία του ασθενή, με αποτέλεσμα να βιώνουν το θάνατο ως προσωπική αποτυχία. Απορροφημένοι από την πρόκληση της ίασης αναλώνονται συχνά σε άσκοπες παρεμβάσεις που παρατείνουν τη ζωή του ασθενή που πεθαίνει, χωρίς να παρέχουν ποιότητα σ' αυτή. Όταν συνειδητοποιούν ότι δεν έχουν πλέον «τίποτα» να προσφέρουν, απομακρύνονται από τον ασθενή, καθώς νιώθουν ότι αμφισβητείται η

παντοδυναμία τους, ενώ ταυτόχρονα δοκιμάζουν αισθήματα αδυναμίας, ενοχών, οργής, ματαίωσης ή/και κατάθλιψης.²⁶

Οι νοσηλευτές, από την άλλη πλευρά, είναι περισσότερο προσανατολισμένοι στη γενικότερη φροντίδα του ασθενή και βρίσκονται κοντά του στις διάφορες φάσεις της πορείας του, με αποτέλεσμα να τον γνωρίζουν καλύτερα, να συνδέονται μαζί του, και να επηρεάζονται από την εξέλιξη της κατάστασης του. Η επιδείνωση της υγείας του ασθενή ανακινεί στο νοσηλευτή μια εσωτερική σύγκρουση που εκδηλώνεται μέσα από την τάση του να προσεγγίσει τον ασθενή προκειμένου να του παράσχει την απαιτούμενη φροντίδα, ενώ ταυτόχρονα απομακρύνεται από αυτόν για να προστατεύσει τον εαυτό του από τα έντονα και οδυνηρά συναισθήματα που προκαλεί ο επικείμενος θάνατος του.²⁶

Το **Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης** (Burn out) είναι μια κατάσταση ψυχολογικής και διανοητικής κόπωσης και εξουθένωσης που απομυζά, στην κυριολεξία, τα ενεργειακά αποθέματα του ατόμου. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από σωματική εξάντληση που συνοδεύεται από μια αίσθηση απώλειας της ζωτικής ενέργειας από ψυχολογική κόπωση που προκαλεί αδυναμία

κατάθλιψη και απαισιοδοξία, και από διανοητική κόπωση του ατόμου και εκδήλωση αρνητική συμπεριφοράς εναντίον του εαυτού του.²⁵

Το Σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν είναι σπάνιο φαινόμενο στα νοσοκομεία με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας των νοσηλευόμενων. Εδώ η αναμέτρηση με το θάνατο είναι καθημερινή πραγματικότητα. Όσοι το αποδέχονται αυτό, υποκινούνται συχνά, από μια εσωτερική δύναμη, ένα ζήλο που μοιάζει με εκείνο των αλλοτινών ιεραποστόλων ή άλλων αγγελιοφόρων χαρμόσυνων νέων. Οι εξαιρετικά υψηλοί στόχοι τους ξεπερνούν τους αντίστοιχους των συναδέλφων τους, των ασθενών τους και τους ωθούν να υπερβαίνουν, τις περισσότερες φορές, τα ίδια τους τα όρια.²⁷

Σε πρώτο στάδιο, πρέπει να αναρωτηθεί το προσωπικό υγείας για τα δικά του πένθη, πριν προσπαθήσει να αναλύσει τα συνειδητά κίνητρα που τον ωθούν να εργαστεί με τους ασθενείς αυτούς που πεθαίνουν στο ίδρυμα. Είναι γεγονός ότι αν ένας γιατρός, μια βοηθός νοσηλεύτρια, αλλά και όλοι όσοι εργάζονται σ' ένα νοσοκομείο έχουν ήδη σκεφτεί τις συνέπειες μιας απώλειας και την ικανότητα τους να την αντιμετωπίσουν, θα νιώθουν καλύτερα

προετοιμασμένοι, ακόμα και στην περίπτωση που οι απώλειες είναι περισσότερες από μία.²⁷

Αν συγκεντρωθούν σ' ένα κατάλογο όλες οι ιδέες για το συγκεκριμένο θέμα, θα υπάρξουν, αυτομάτως, οι θεμελιώδεις αρχές που διέπουν μια ομάδα, η οποία συμπαραστέκεται στους ασθενείς ως το τέλος:

- 1) *Οι στόχοι, μιας ομάδας νοσηλευτών που αποφάσισαν να αφοσιωθούν σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο , πρέπει να είναι ξεκάθαροι*
- 2) *Απαραίτητη εφαρμογή μιας ουσιαστικής «φιλοσοφίας» που να περιλαμβάνει ηθικές θέσεις, αλλά και στόχους βελτίωσης του ισχύοντος συστήματος*
- 3) *Καθορισμός των ρόλων και των προσδοκιών κάθε μέλους της ομάδας και ανάλυση, μαζί με την ομάδα, σχετικά με το πώς μπορεί να πετύχει ο καθένας τους στόχους που έχει θέσει, σεβόμενος, παράλληλα, την κοινή ιατρική πολιτική*
- 4) *Αναγνώριση των διαφορετικών ικανοτήτων των μελών της ομάδας*
- 5) *Παροχή μεγάλης ελευθερίας κινήσεων στα μέλη της ομάδας*
- 6) *Επιβολή κάποιων ορίων σ' αυτή την ιδιαίτερη ψυχοφθόρα εργασία*

- 7) Σύγκληση τακτικών συνελεύσεων, με στόχο την εξέταση των φακέλων των ασθενών, αλλά και την βελτίωση της επικοινωνίας και της οργάνωσης
- 8) Αμοιβαία υποστήριξη μεταξύ των μελών της ομάδας²⁷
- 9) Προσφορά δυνατοτήτων διεύρυνσης της ομάδας και ευκαιριών επαγγελματικής ανέλιξης των μελών της
- 10) Πρόληψη και κατάλληλος χειρισμός του άγχους, με την αύξηση του αριθμού του προσωπικού και την προαιρετική συμμετοχή σε εκδηλώσεις συλλογικής μνήμης

Κατά την άποψη του J. W. Worden η αποφυγή του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης επιτυγχάνεται με την ενεργή, κάποιες φορές, συμμετοχή στο πένθος ενός ασθενή που το προσωπικό υγείας εκτιμούσε. Επιτρέποντας στο προσωπικό να νιώσει αληθινή θλίψη και να την εκφράσει δημόσια. Η οδύνη ορισμένων δεν πρέπει να προκαλεί ενοχή, τύψεις σ' εκείνους που δεν αισθάνονται θλίψη.²⁷

Τέλος, το προσωπικό υγείας, αναγνωρίζοντας τα όρια του, θα είναι ευκολότερο να ζητήσει βοήθεια, όταν η θλίψη που νιώθει ξεπερνά τις δυνάμεις του.

Όμως, τις περισσότερες φορές είναι ακατόρθωτο να περιοριστεί το αίσθημα του μοιραίου, που πολιορκεί οποιού έρχεται, σε καθημερινή βάση, αντιμέτωπος με τον θάνατο.

Δυσκολίες που οφείλονται στην καθημερινή επαφή με τους ετοιμοθάνατους:

- 1) Αναμέτρηση με τον θάνατο, η οποία προκαλεί ακραία συναισθήματα
- 2) Διπλοί ρόλοι, που στερούν από το άτομο την ικανότητα του να δώσει μια απάντηση, ακόμα κι αν γνωρίζει την αλήθεια
- 3) Έλλειψη χρόνου για να ακούσει, να συνομιλήσει με τον ασθενή
- 4) Αναπόφευκτη ταύτιση με τον ασθενή, έστω και σε ελάχιστο βαθμό²⁷

Οι αχχογόνοι παράμετροι που συνδέονται με το υγειονομικό ίδρυμα ή το καθεστώς της υγείας είναι:

- 1) Υπερβολικός φόρτος εργασίας
- 2) Έλλειψη χρόνου, χώρου, προσωπικού, υλικού
- 3) Συγκρούσεις ανάμεσα στο προσωπικό
- 4) Έλλειψη διαρκούς επιμόρφωσης
- 5) Έλλειψη επαφής με συναδέλφους και άλλες κατηγορίες νοσηλευτών
- 6) Απουσία κατάλληλης υποδομής για την ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων

7) Απουσία διαύλων επικοινωνίας μεταξύ νοσοκομειακού και αστικού δικτύου

Οι προσωπικοί λόγοι που ευθύνονται για το άγχος του νοσηλευτή είναι οι παρακάτω:

- 1) Άπιαστο ιδανικό, ισχυρή εσωτερική ώθηση που υπερβαίνει το άτομο ²⁷
- 2) Έντονη και μακροχρόνια σχέση με τον ασθενή και την οικογένεια του
- 3) Ταύτιση με τον ασθενή
- 4) Προσωπικά προβλήματα , ανεξάρτητα από τη δουλειά
- 5) Δυσδιάκριτα όρια μεταξύ χώρου εργασίας και προσωπικής ζωής
- 6) Ανεπίλυτα πένθη ²⁷

Τελειώνοντας, παραθέτουμε ένα πίνακα με μερικές από τις ενδείξεις που έχουν παρατηρηθεί στα μέλη του προσωπικού υγείας, που έρχονται συχνά αντιμέτωποι με τον θάνατο των ασθενών τους:

➤ **Σωματικές Συνέπειες:**

1. Υπερκόπωση: *αίσθημα εξουθένωσης από την αρχή της μέρας*
2. Μυϊκή ένταση: *Πόνος στην πλάτη και στον αυχένα*
3. Ημικρανίες, Πονοκέφαλοι

4. Διαταραχές ύπνου: *Δυσκολία στον ύπνο, εφιάλτες*

➤ **Ψυχολογικές Συνέπειες:**

1. Αίσθημα αδυναμίας και απογοήτευσης
2. Ματαίωση, ευερεθιστότητα, ανυπομονησία και ξεσπάσματα θυμού
3. Αναλγησία, απάθεια, κυνισμός, μνησικακία
4. Δυσπιστία, μανία καταδίωξης
5. Απαισιοδοξία, αδιαφορία, σταδιακή απομόνωση

➤ **Συνέπειες στη Συμπεριφορά:**

1. Ο κίνδυνος αυξάνει: *Η κοινωνική αποξένωση οδηγεί στην κατάχρηση οινόπνεύματος, ναρκωτικών και φαρμάκων*
2. Η συμπεριφορά γίνεται μηχανική
3. Μετάδοση αρνητικού κλίματος στη ομάδα
4. Ατυχήματα
5. Σταδιακή απώλεια της πίστη στο Θεό²⁷

Στην προσπάθεια του να ελέγξει και να μειώσει το άγχος που δημιουργεί ο θάνατος, κάθε μέλος του προσωπικού υγείας ενεργοποιεί ασυνείδητα ορισμένους φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας. Ένας άλλος τρόπος σχετίζεται με τους ανθρώπους που το περιβάλλουν: *Η κοινωνική υποστήριξη τους επιτρέπει να αξιολογούν τις εμπειρίες, τις πεπιοιθήσεις και τις προσδοκίες τους.* Ένας τρίτος τρόπος περιλαμβάνει

τους συνειδητούς τρόπους υπερνίκησης του άγχους . Πρόκειται για την κατάστροψη ατομικών ή συλλογικών σχεδίων δράσης.²⁶

Το φάσμα των αμυντικών μηχανισμών ποικίλει αναλόγως με το άτομο. Όταν ορισμένοι μηχανισμοί άμυνας χρησιμοποιούνται συνεχώς και χωρίς διάκριση, μετατρέπονται σε ανασταλτικούς παράγοντες που έχουν σοβαρές συνέπειες στην επικοινωνία και στην παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή. Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από αυτούς τους μηχανισμούς:

- ✓ Ο μηχανισμός της **άρνησης** συνίσταται στην αδυναμία του ατόμου να αναγνωρίσει την πραγματικότητα μιας τραυματικής κατάστασης. Μέσα από την άρνηση μειώνει το άγχος και αποφεύγει την κατάθλιψη.
- ✓ Ο μηχανισμός της **εκλογίκευσης** επιτρέπει στο προσωπικό υγείας να αναλύσει «λογικά» την παρούσα κατάσταση, απωθώντας έτσι τα οδυνηρά συναισθήματα του
- ✓ Ο μηχανισμός της **προβολής** αφορά την αποδοχή προσωπικών οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων ή προθέσεων σε άλλα άτομα, αντικείμενα ή καταστάσεις

- ✓ Ο μηχανισμός της **μετάθεσης** επιτρέπει στον εργαζόμενο να μεταβιβάσει τα συναισθήματα που του προκαλεί ένα συγκεκριμένο γεγονός ή κατάσταση
- ✓ Άλλη αντίδραση που χρησιμοποιεί ως μέθοδο εκτόνωσης είναι το **χιούμορ**
- ✓ Μια άλλη αντίδραση αφορά το «**παιχνίδι των πιθανοτήτων**». Τα μέλη του προσωπικού υγείας βάζουν στοιχήματα όσον αφορά τη διάγνωση, τη θεραπεία, τη πρόγνωση και τη πιθανότητα επιβίωσης του ασθενή. Αυτές οι εκδηλώσεις συχνά εκδηλώνουν το βαθύτερο άγχος τους μπροστά στην αβεβαιότητα που προκαλεί η κατάσταση της υγείας του ασθενή ή και ο επικείμενος θάνατος
- ✓ Τέλος, μια ακόμα αμυντική συμπεριφορά, τη **διαρκή υπερδραστηριότητα ή την ακατάπαυτη ομιλία** του προσωπικού υγείας που δεν επιτρέπουν στον ασθενή να αναπτύξει τις προσωπικές του σκέψεις και συναισθήματα, ενώ ταυτόχρονα προστατεύουν τα μέλη του προσωπικού από άμεση επαφή με τα δικά τους συναισθήματα.²⁶

Η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας άλλος τρόπος αντιμετώπισης του άγχους. Ο οικογενειακός και κοινωνικός περίγυρος είναι ένας αληθινός κυματοθραύστης συνεπειών του άγχους. Το άτομο,

αφενός, εκφράζεται σ' ένα σύνολο του οποίου έχει την αμέριστη υποστήριξη. Έτσι αναγνωρίζεται η αξία του και ενισχύονται η ταυτότητα και η αυτοεκτίμηση του.²⁷

Τέλος, πέρα από την συνειδητοποίηση των αμυντικών μηχανισμών, τις τακτικές συνεδρίες για την παρακολούθηση των νοσηλευτών και τις εποπτικές ομάδες, με την συμμετοχή ενός ψυχολόγου ή ψυχαναλυτή, υπάρχουν και κάποιες άλλες στρατηγικές καταπολέμησης του άγχους .

Σύμφωνα με τον Lazarus και Folkman, οι διαδικασίες που ενεργοποιούνται ανήκουν σε 2 κατηγορίες:

- ✓ **Στρατηγικές που στοχεύουν στο συναίσθημα.**
Αφορούν στον αυτοέλεγχο, στην απάθεια ή ακόμα την αποφυγή της συγκίνησης
- ✓ **Στρατηγικές που επικεντρώνονται στο χειρισμό του προβλήματος** επιτρέπουν στο άτομο να παραμένει σε εγρήγορση και να αντιδράσει δυναμικά, με την προϋπόθεση να μην έχει εξαιρετικά αγχώδη χαρακτήρα.

Ο στόχος των στρατηγικών αυτών είναι η προσπάθεια επανεκτίμησης του προβλήματος. Πρόκειται, λοιπόν, για μια απόπειρα γεφύρωσης του χάσματος ανάμεσα στις απειλές που δέχεται το άτομο και στα μέσα που διαθέτει για να τις αντιμετωπίσει.²⁷

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

- Αναγνωρίζοντας το πρόβλημα

Ίσως οι πιο συχνές ερωτήσεις που τίθενται από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους είναι : « Τι πρέπει να πω;» ή «Τι πρέπει να κάνω;» Το συναίσθημα της απώλειας λέξεων μπροστά σε τέτοια περιστατικά μπορεί να αυξήσει την ανησυχία των σπουδαστών της νοσηλευτικής και να δημιουργήσει συναισθήματα επαγγελματικής αβεβαιότητας .²⁸

Η ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας , καθώς της ψυχολογικής και φυσικής υποστήριξης του ασθενή συνδυάζονται δημιουργώντας πολλαπλές απαιτήσεις από τους σπουδαστές , αλλά και από τους νοσηλευτές γενικότερα .

Η δυσκολία που εντοπίζεται στον χειρισμό των ασθενών αυτών από πλευράς των ψυχικών τους αναγκών προκαλεί έντονες ανησυχίες στους σπουδαστές , που καταλήγουν σε ορισμένες περιπτώσεις και στην ανάπτυξη άγχους .

Εφόσον το στρες μέσα στον κλινικό χώρο φαίνεται αναπόφευκτο , θεωρείται επιτακτική ανάγκη να εντοπιστούν και να αναλυθούν σε βάθος τα στοιχεία εκείνα που συνθέτουν το πρόβλημα .²⁸

- **Αναζητώντας τις παραμέτρους του προβλήματος**

Η γνώση που προσφέρεται μέσα στο πλαίσιο της νοσηλευτικής σχολής για τον ασθενή που πεθαίνει κυμαίνεται από φτωχή μέχρι ανύπαρκτη . Αυτό το χάσμα θεωρίας και πρακτικής οδηγεί συχνά τον άπειρο σπουδαστή και γενικά τον νοσηλευτή σε σύγχυση , με αποτέλεσμα να αδυνατεί να εκπληρώσει τα καθήκοντα του .²⁸

Την άποψη αυτή σχολιάζει η Benner , πως οι άπειροι σπουδαστές θα αποτύχουν στην προσπάθεια τους να ανταποκριθούν στους στόχους . Αυτό συμβαίνει γιατί δεν υπάρχει κανόνας που να τους υπαγορεύσει ποιες ενέργειες είναι ιδανικές για να εφαρμοστούν σε μια πραγματική κατάσταση .

Η Wong επικρίνει του εκπαιδευτικούς γιατί απέτυχαν να βοηθήσουν τους φοιτητές να μεταφέρουν ιδέες και αρχές στην πράξη . Αφού αυτά που διδάσκονται φαίνεται να βρίσκουν εφαρμογή μόνο στο προστατευμένο και καθ' όλα ελεγχόμενο περιβάλλον τους .²⁸

Η Quint θεωρεί λογικό ότι η μετακίνηση από ένα προστατευμένο περιβάλλον στο άγνωστο περιβάλλον του νοσοκομείου μπορεί να προκαλέσει έκπληξη ή και να οδηγήσει ακόμη και σε σύγχυση .

Είναι επομένως ευρέως αποδεκτό , ότι ο άπειρος σπουδαστής είναι επιρρεπής στις διάφορες επιδράσεις τέτοιων απροσδόκητων και συναισθηματικά φορτισμένων γεγονότων .²⁸

- **Το πρόγραμμα εκπαίδευσης δίνει έμφαση στη διατήρηση της ζωής**

Στα διάφορα εκπαιδευτικά ιδρύματα της νοσηλευτικής επιστήμης τίθεται ως πρωταρχικός στόχος η διατήρηση της ζωής κατά την άσκηση της νοσηλευτικής φροντίδας .Το πρόγραμμα δίνει αναμφισβήτητα προτεραιότητα στις ευθύνες των νοσηλευτών να βοηθήσουν τους ασθενείς να αναρρώσουν από την ασθένεια ή να προσαρμοστούν στις αλλαγές που διαγράφονται στην καθημερινή τους ζωή εξαιτίας αυτής .

Το περιεχόμενο του προγράμματος περιορίζεται σε τέσσερις θεμελιώδεις παρεμβάσεις :

1. **Παρακολούθηση αλλαγών στα ζωτικά σημεία**
2. **Παροχή άνεσης και ανακούφισης από τον πόνο**
3. **Ειδοποίηση του ιερέα όταν η πιθανότητα του θανάτου καταστεί εμφανείς**
4. **Υποστήριξη της οικογένειας κατά την περίοδο του θανάτου**

Παρ' όλα αυτά , πολλοί συγγραφείς εισηγούνται μια σειρά από στρατηγικές παρεμβάσεις που σκοπό έχουν τη διευκόλυνση των νοσηλευτών να ανταπεξέλθουν σε σενάρια που περιλαμβάνουν ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής τους²⁸.

➤ **Η έννοια του «μη συνεργάσιμου ασθενή»**

Εξαιτίας της φύσης των περιστατικών αυτών δημιουργούνται στο προσωπικό συναισθήματα αβεβαιότητας και έλλειψης αυτοπεποίθησης στις παρεμβάσεις τους . Η αδυναμία τους αυτή προκαλεί την ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων προς τους ασθενείς .

Οι Kelly & May εισηγούνται πως οι ασθενείς με ιδιόρρυθμη συμπεριφορά που διαχωρίζεται από την φυσιολογική , τείνουν να θεωρούνται από το προσωπικό μη συνεργάσιμοι και ιδιότροποι . Αυτό οφείλεται στην αδυναμία του προσωπικού να αντιμετωπίσει τα δεδομένα που παρουσιάζονται , αφού οι θεωρητικές τους γνώσεις είναι ανεπαρκείς .

Φυσικά , η αδυναμία δημιουργεί αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα φροντίδας που παρέχεται στα άτομα αυτά και στην οικογένεια τους . Η σχέση νοσηλευτή – ασθενή εξαιτίας αυτών των επιπτώσεων κλονίζεται ανεπανόρθωτα , αφού χάνεται η εμπιστοσύνη που πρέπει να διέπει μια τέτοια σχέση .²⁸

➤ Η φυσική και πνευματική εργασία

Οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές είναι αναμειγμένοι σε συναισθηματική εργασία γιατί η νοσηλευτική δεν διδάσκει μόνο τη φροντίδα των φυσικών αναγκών του ασθενή αλλά και των πνευματικών . Στις περιπτώσεις που οι ασθενείς βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής τους , αυτές οι ανάγκες αποκτούν ιδιαίτερη σημασία .

Σ' αυτή την εκπαίδευση αναμένεται από τον νοσηλευτή να εξασκείται στον έλεγχο των συναισθημάτων του , ώστε αυτά να μην τον εμποδίζουν στην άσκηση των καθηκόντων του .²⁸

Στην ογκολογική μονάδα του Γ. Ν. Λ. , περισσότερη έμφαση δίνεται στη σωματική φροντίδα του ασθενή παρά στη συναισθηματική , όπου εκεί επικεντρώνονται οι μεγαλύτερες ανάγκες του . Αυτή άλλωστε είναι και η οδηγία που απορρέει από το πρόγραμμα εκπαίδευσης . Παρ' όλα αυτά , ένα εύλογο ερώτημα προκύπτει εδώ , κατά πόσο είναι δυνατόν να διδαχθεί ένας συγκεκριμένος τύπος αντιμετώπισης στους σπουδαστές στο να χειρίζονται τα συναισθήματα τους σχετικά με το θάνατο και το άτομο που πεθαίνει .

Η Smith πιστεύει πως είναι αδύνατον να διδαχθείς πώς να αντιδράς σε τέτοιες περιπτώσεις . Η μάθηση για τον θάνατο είναι περισσότερο εμπειρική . Κάποιος

μαθαίνει από τον τρόπο που οι συνάδελφοι του αντιδρούν και προβαίνουν σε διάφορες παρεμβάσεις .²⁸

➤ **Οι πεπιοθήσεις των εκπαιδευτών για το θάνατο**

Υπάρχουν αναμφισβήτητα εκπαιδευτές που αισθάνονται την ανάγκη να αποφύγουν το στοιχείο του θανάτου για λόγους που σχετίζονται με τη δυσφορία που τους προκαλούν τέτοιες συνθήκες . Ίσως να οφείλεται σε τραυματικές εμπειρίες που είχαν βιώσει και οι ίδιοι σε ανάλογες περιπτώσεις .²⁸

Οι εκπαιδευτές έχουν τη δυνατότητα να επιλέγουν και να χρησιμοποιούν διδακτικές τεχνικές που τους επιτρέπουν να ελαχιστοποιούν την προσωπική τους ανάμειξη στο θέμα . Αυτό τους παρέχει προστασία από πιθανή επαφή με τον θάνατο και το ίδιο το άτομο που βιώνει τη διαδικασία του θανάτου . Πρόκειται για μια εγωιστική συμπεριφορά που δυστυχώς αφήνει εκτεθειμένους τους σπουδαστές .

Η έκθεση του σπουδαστή σε τέτοια περιστατικά μπορεί να οφείλεται σε ορισμένες περιπτώσεις και στις μη ρεαλιστικές προσδοκίες που τρέφουν οι εκπαιδευτές για τις δυνατότητες του σπουδαστή να ανταπεξέλθει στις φυσικές και πνευματικές ανάγκες του ασθενή .²⁸

Τέτοιες , όμως , λανθασμένες εκτιμήσεις οδηγούν συνήθως σε δυσμενή αποτελέσματα , που αντανακλώνται τόσο στον ίδιο όσο και στον ασθενή και την οικογένεια του . Μπορεί να οδηγήσουν σε τραυματισμό της αντίληψης του σπουδαστή της νοσηλευτικής για το θάνατο , δημιουργώντας έτσι στο μέλλον νοσηλευτές που θα αδυνατούν να αντιμετωπίσουν ανάλογα περιστατικά .²⁸

➤ **Αναζητώντας λύσεις στο πρόβλημα του θανάτου**

Σε μελέτες που έγιναν , περιγράφεται , πως η τεχνική της κριτικής ανάλυσης επεισοδίων χρησιμοποιήθηκε στην νοσηλευτική εκπαίδευση ώστε να αυξήσει τις γνώσεις των σπουδαστών , αλλά και να βελτιώσει το επίπεδο των διαπροσωπικών τους ικανοτήτων . Αυτή η διαδικασία προάγει την κατανόηση των ασθενών από τους νοσηλευτές , συγχρόνως τους βοηθά να διευρύνουν τη δική τους κατανόηση .

Η Replay υποστηρίζει πως σε πολλές περιπτώσεις η νοσηλευτική γίνεται κατανοητή από τους ίδιους νοσηλευτές ως μια διαπροσωπική σχέση .

Είναι λογικό να χρησιμοποιήσει κανείς την τεχνική αυτή σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές , έτσι ώστε να βοηθηθεί ο σπουδαστής της νοσηλευτικής να

εξοικειωθεί με καταστάσεις που περιλαμβάνουν ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής τους .

Η Winne , υποστηρίζει ότι όχι μόνο οι κλινικοί εκπαιδευτές αλλά και οι εκπαιδευτές στον θεωρητικό χώρο πρέπει να επιστρατεύουν τεχνικές και ασκήσεις που να προάγουν την κριτική σκέψη .²⁸

Αυτές θα καλλιεργήσουν στους σπουδαστές την ικανότητα να διακρίνουν με περισσότερη διορατικότητα τις παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμόσουν για να πετύχουν ποιοτική φροντίδα για τους ασθενείς που πεθαίνουν .

Επίσης , μπορούν να βοηθήσουν τους σπουδαστές να αναγνωρίζουν και να αμφισβητούν ακόμη τις γνώσεις που τους έχουν δοθεί , καθιστώντας τους έτσι περισσότερο ικανούς στην κριτική σκέψη γι' αυτά που πρέπει πρώτα να αφομοιώσουν και μετά να τα εφαρμόσουν .

Παρ' όλα αυτά , υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να περιοριστούν τα διλήματα της καθημερινότητας σε ακαδημαϊκές συζητήσεις με όλες τις επιπτώσεις που επιφέρει η απόσπαση από τον κλινικό χώρο .²⁸

➤ Ο ρόλος των κλινικών εκπαιδευτών

Το γεγονός ότι η κριτική ανάλυση των επεισοδίων και τα σενάρια ανάθεσης ρόλων στους σπουδαστές δεν μπορούν να αναπαραστήσουν πλήρως τη διαδικασία

του θανάτου , αλλά ούτε και τα συναισθήματα που διαχέουν σε αυτές τις περιπτώσεις τα άτομα που εμπλέκονται σ' αυτά , προσδίδει στους κλινικούς εκπαιδευτές έναν ιδιαίτερο ρόλο στην όλη διαδικασία , αυτόν του συνδετικού κρίκου μεταξύ θεωρίας και πρακτικής .²⁸

Μια ενεργός παρουσία στον κλινικό χώρο θα δώσει στον σπουδαστή την ασφάλεια που χρειάζεται για να ανταπεξέλθει σ' αυτές τις περιπτώσεις . Συγχρόνως ο εκπαιδευτής μπορεί να καθοδηγήσει τον σπουδαστή ώστε να πετύχει τον στόχο του , που δεν είναι άλλος από την παροχή ποιοτική φροντίδας στον ασθενή και στην οικογένεια του .

Οι κλινικοί εκπαιδευτές πρέπει να είναι έμπειροι σε τέτοιες περιπτώσεις και να κατέχουν πληθώρα γνώσεων σχετικά με την ειδικότητα τους . Ο ρόλος του εκπαιδευτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής , εξαιτίας του άγνωστου σ' αυτόν περιβάλλον του νοσοκομείου , γίνεται περισσότερο απαιτητικός και ίσως για το προσωπικό «μη συνεργάσιμος» .²⁸

Σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται μια λεπτή και προσεγμένη προσέγγιση από τον σπουδαστή , ώστε να επιτευχθεί η προσφορά της κατάλληλης φροντίδας . Για να κατορθώσει ο σπουδαστής να ανταπεξέλθει

σ' αυτές τις ιδιαίζουσες συνθήκες , χρειάζεται η καθοδήγηση από μέρους του εκπαιδευτή .

Κατά τη διάρκεια των συζητήσεων μετά την κλινική άσκηση , ο σπουδαστής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να σκέφτεται και να αναλύει τις εμπειρίες του , συζητώντας τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς του .²⁸

Αυτή η διαδικασία ίσως διευκολύνει τον σπουδαστή να αποκτήσει αυτογνωσία και ίσως να ανακαλύψει ένα κομμάτι του «κρυμμένου του εαυτού» . Με το να μάθει να νοιάζεται για τον εαυτό του , μαθαίνει να βελτιώνει τη φροντίδα που προσφέρει στους ασθενείς και την οικογένεια τους .

➤ Συμπεράσματα

Αγχογόνα περιστατικά όπως η φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν οδηγούν στην ανάπτυξη συναισθημάτων φοβίας , τα οποία είναι πιθανότερο να προκληθούν όταν ο στρεσογόνος παράγοντας είναι τραυματικός και το άτομο ευάλωτο .

Επομένως , για να αποφευχθούν τέτοιες αντιδράσεις , ο σπουδαστής χρειάζεται άμεσα την κατάλληλη καθοδήγηση και υποστήριξη από τους εκπαιδευτές τόσο στον θεωρητικό όσο και στον κλινικό τομέα .

Με αυτό τον τρόπο η διεργασία του θανάτου έστω και κατά το ελάχιστο καθίσταται λιγότερο τρομακτική . Ο

θάνατος είναι ίσως αναπόφευκτος για τους ασθενείς αυτούς όμως η μετάβαση από τη ζωή στο θάνατο θα είναι τουλάχιστον συναισθηματική γαλήνια , γεγονός που έχει ανυπολόγιστη αξία γι' αυτούς .²⁸

Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ

➤ Λίγα λόγια για την έννοια και τα χαρακτηριστικά της οικογένειας

Η οικογένεια σαν βασικό κύτταρο της κοινότητας αποτελεί το θεμελιακό λίθο της . Μέσα στην οικογένεια είναι δυνατόν να ανακαλυφθούν τόσο οι αιτίες όσο και οι τρόποι αντιμετώπισης ποικίλων προβλημάτων υγείας και ένα πλήθος στρατηγικών και μέσων που θα συντελέσουν στην προαγωγή της υγείας .²⁹

Τι είναι όμως οικογένεια ; Οικογένεια είναι το σύνολο το αποτελούμενο από δύο ή περισσότερα άτομα τα οποία κατοικούν στον ίδιο χώρο , έχουν κοινούς συναισθηματικούς δεσμούς , κοινούς σκοπούς και επιδιώξεις και διεκπεραιώνουν αλληλοεξαρτώμενες δραστηριότητες .

Τα χαρακτηριστικά που ισχύουν για κάθε οικογένεια είναι :

- Κάθε οικογένεια είναι **μοναδική** , διαφέρει από οποιαδήποτε άλλη . Χρειάζονται λοιπόν συγκεκριμένες πληροφορίες για την κάθε

οικογένεια ξεχωριστά με σκοπό να διαπιστωθούν και να αντιμετωπιστούν οι δικές της ιδιαίτερες ανάγκες .

➤ Κάθε οικογένεια **έχει ομοιότητες** με οποιαδήποτε άλλη οικογένεια . Οι ομοιότητες αυτές είναι :

1. Αποτελεί μια μικρή κοινωνική ομάδα
2. Έχει τις δικές τις πεποιθήσεις και κανόνες λειτουργίας
3. Διεκπεραιώνει συγκεκριμένες δραστηριότητες
4. Περνά από τα στάδια εξέλιξης της οικογένειας

➤ Μερικές οικογένειες **μοιάζουν περισσότερο μεταξύ τους** από άλλες . Έχουν κάποιο κοινό ιδιαίτερο χαρακτηριστικό.²⁹

Παρ' όλους τους ορισμούς και τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν την οικογένεια , οι επιστήμονες υγείας δίνουν περισσότερο έμφαση στο άτομο σαν μοναδική προσωπικότητα , έτσι κάνουν το λάθος να βλέπουν την οικογένεια σαν ένα σύνολο ατόμων . Το λάθος αυτό οφείλεται και σε ένα δεύτερο λόγο , δηλαδή στο γεγονός ότι βλέπουν την οικογένεια μέσω του ατόμου . Με αποτέλεσμα , σπάνια να τους απασχολεί το πώς λειτουργεί η οικογένεια σαν ένα ενιαίο σύνολο .²⁹

- **Οικογένεια και Χρόνια ασθένεια**

Άτομο και οικογένεια είναι συνδεδεμένα με δεσμούς . Μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας αναπτύσσονται σχέσεις και αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας ώστε όταν ένα μέλος πάσχει από μια χρόνια ασθένεια τότε όλη η οικογένεια επηρεάζεται . Η χρόνια ανίατη ασθένεια ενός μέλους μιας οικογένειας επηρεάζει τις σχέσεις μεταξύ των μελών της , γιατί είναι ένα κοινωνικό σύστημα και κάθε αλλαγή μέσα σ' αυτό αναπόφευκτα το διαταράσσει .³⁰

Οι οικογένειες που έχουν ένα μέλος που πάσχει από χρόνια ανίατη νόσο συνήθως πρέπει :

1. Να αναζητούν και να κατανοούν τις πληροφορίες για την ασθένεια
2. Να αποδεχθούν και να υιοθετήσουν αλλαγές στον τρόπο ζωής
3. Να έχουν τη δυνατότητα ανοικτής και ειλικρινής επικοινωνίας και ενημέρωσης όλων των μελών της οικογένειας ως προς την ασθένεια
4. Τη δυνατότητα έκφρασης συναισθημάτων , απόψεων ή σκέψεων μέσα σε κλίμα όπου γίνονται κατανοητά , αποδεκτά και αναγνωρίζεται η μοναδικότητα και η ξεχωριστή υπόσταση κάθε μέλους
5. τη σαφή οριοθέτηση ρόλων μέσα στην οικογένεια όπου οι σχέσεις χαρακτηρίζονται από

αμοιβαιότητα , συμπληρωματικότητα και υπευθυνότητα

6. Τον ισχυρό γονεϊκό συνασπισμό , με σαφή ιεραρχία στη βάση παιδί – γονέα³¹
7. Την επαφή και επικοινωνία της οικογένειας με τον εξωτερικό κόσμο και την ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου
8. Την αναγνώριση και αντιμετώπιση απωλειών με την ολοκλήρωση μιας διεργασίας θρήνου και την ανάπτυξη ενός υπερβατικού συστήματος αξιών
9. Πνευματικές αξίες και οικογένεια ατόμου με χρόνια ανίατη νόσο³¹

Κάτω από αυτή τη θεώρηση οι κρίσεις που βιώνουν οι οικογένειες και τα άτομα είναι αποτέλεσμα της δυσαρμονίας του σώματος και του πνεύματος . Έτσι , οι άνθρωποι πρέπει να αναζητήσουν πνευματικές διαστάσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της χρόνιας ασθένειας , όπως:

1. Έκφραση ανάγκης
2. εκδήλωση ενδιαφέροντος
3. Ικανότητα να συγχωρεί τους άλλους για πόνο που προκαλούν
4. Ικανότητα να δίνει και να παίρνει
5. Ικανότητα να αποδέχεται τον εαυτό του όπως είναι

6. Ικανότητα να απολαμβάνει τη ζωή ακόμα και μέσα από περιορισμούς³⁰

Η Brooks προσδιορίζει τρεις ψυχολογικούς τύπους οικογενειών που έχουν στους κόλπους τους ένα χρόνια ασθενή :

- A. **Η απορριπτική οικογένεια:** Ο τύπος αυτός δεν παραχωρεί διευκολύνσεις προς το ασθενές μέλος της. Τα μέλη της οικογένειας συνεχίζουν τους προηγούμενους ρυθμούς και αδιαφορούν για το άτομο και τις ανάγκες του. Ο τύπος αυτός μπορεί να κρατά σε συνοχή τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας αλλά το ασθενές μέλος το εξοστρακίζει
- B. **Η υπερπροστατευτική οικογένεια:** Αυτός πάλι ο τύπος της οικογένειας επικεντρώνει όλη την προσοχή της στο ασθενές μέλος και τα υπόλοιπα υπερτιμούν τις ανάγκες υποστήριξης του . Η οικογένεια γίνεται υπερπροστατευτική , ανήσυχη και δημιουργεί μια σχέση εξάρτησης με τον ασθενή παραβλέποντας τη θέληση του.
- C. **Η προσαρμοστική οικογένεια:** Τέλος ,ο τύπος αυτός συμπαραστέκεται στο ασθενές μέλος της χωρίς να παραμελεί τις ανάγκες των υπολοίπων και να θυσιάζεται. Οι παραδοσιακοί ρόλοι αναπροσαρμόζονται ώστε να βρει το ασθενές μέλος τη θέση του μέσα στην οικογένεια.³⁰

Σε περιπτώσεις όμως που το ασθενές μέλος είναι ένα παιδί τότε η κατάσταση γίνεται δυσκολότερη . Οι γονείς και γενικά η οικογένεια προσπαθεί να βρει τρόπους για να αντιμετωπίσει την οδυνηρή αυτή κατάσταση .³¹

Οι Petermann & Bode διακρίνουν πέντε συνηθισμένους υποκειμενικούς τρόπους εκτίμησης της ασθένειας με αντίστοιχες στρατηγικές/μεθόδους αντιμετώπισης της :

1. Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται τη ασθένεια ως **«πρόκληση»** και κινητοποιούνται για να ξεπεράσουν τις δυσκολίες , αναζητούν πληροφορίες , αναπτύσσουν νέες δεξιότητες και προσαρμόζονται αποτελεσματικά , έχοντας πεποίθηση στις δυνάμεις τους .
2. Οι οικογένειες την αντιλαμβάνονται σαν **«δοκιμασία»** επηρεαζόμενες από τις θρησκευτικές τους αντιλήψεις και πεποιθήσεις.
3. Ως **«κακοτυχία»** και συνήθως βιώνουν ταυτόχρονα με την διάγνωση και άλλες απροσδόκητες στρεσογόνες εμπειρίες
4. Ως **«θέλημα της μοίρας»** και δέχονται τις ιατρικές συμβουλές χωρίς να τις αμφισβητούν και χωρίς να αναζητούν πληροφόρηση

5. Τέλος , την αντιλαμβάνονται ως «τιμωρία» και έχουν μια αρνητική και απαισιόδοξη αντίληψη για την ζωή .³¹

Η οικογένεια , μέσα από τις πνευματικές διαστάσεις , τους βασικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην καλύτερη λειτουργία της και τους τρόπους εκτίμησης και στρατηγικής αντιμετώπισης της ασθένειας μπορεί να διατηρήσει ένα συναισθηματικό και κοινωνικό περιβάλλον σύμφωνα με αυτό του προηγούμενου τρόπου ζωής του ασθενούς . Αυτό μπορεί να γίνει είτε στο σπίτι , είτε στο νοσοκομείο .³²

• **Οικογένεια –κατ’ οίκον φροντίδα**

Η ανακουφιστική φροντίδα θεωρεί την οικογένεια βασικό μέλος της ομάδας παροχής υπηρεσιών προς το ασθενές μέλος της και από την ίδρυση της την συμπεριέλαβε στους κόλπους της ως «συνεργάτη» για την κάλυψη των συναισθηματικών και σωματικών αναγκών του ασθενούς .³³

Η φροντίδα ασθενούς προχωρημένου σταδίου στο σπίτι είναι εφικτή μόνο όταν οι συγγενείς –φροντιστές μπορούν να αναλάβουν τον μεγαλύτερο όγκο της φροντίδας του , για την εξασφάλιση ήρεμης και άνετης διαβίωσης μέχρι τον θάνατο .³³

Ως συγγενείς –φροντιστές ορίζονται τα άτομα που εκπληρώνουν την πλειοψηφία των αναγκών του

ασθενούς στο σπίτι ή συντονίζουν την παρεχόμενη φροντίδα , χωρίς να λαμβάνουν οικονομική αποζημίωση . Οι φροντιστές μπορεί να είναι μέλη της οικογένειας ή άτομα του ευρύτερου κοινωνικού κύκλου του ασθενούς .³³

Στο μέλλον , οι οικογένειες αναμένεται να παρέχουν στο σπίτι στα ασθενή μέλη τους όλο και πιο σύνθετη φροντίδα , η οποία προϋποθέτει υψηλό επίπεδο γνώσης και δεξιοτήτων . Παρόλο που το εννοιολογικό πλαίσιο των δεξιοτήτων παροχής φροντίδας από την οικογένεια μέχρι τώρα δεν έχει αναπτυχθεί από τη νοσηλευτική επιστήμη , είναι γεγονός ότι η απόκτηση ειδικών γνώσεων και δεξιοτήτων μπορεί να έχει πολύ διαφορετικά χαρακτηριστικά από εκείνα της επαγγελματικής εξειδίκευσης και συμπεριλαμβάνει την καταγραφή και εκτίμηση των αλλαγών στην κατάσταση των ασθενών καθώς και ένα ευρύτατο φάσμα δραστηριοτήτων .³³

Σε μια κοινωνιολογική μελέτη που έγινε , βρέθηκε ότι οι μη επαγγελματίες φροντιστές εκτελούν όλο και πιο σύνθετες δραστηριότητες παροχής φροντίδας , με την παράλληλη μείωση του αριθμού των δραστηριοτήτων που διεκπεραιώνονται από τους επαγγελματίες υγείας .³³ Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι η κατ' οίκον φροντίδα είναι εφικτή αν η οικογένεια έχει τη

δυνατότητα να χρησιμοποιήσει τον κατάλληλο εξοπλισμό. Τα πλεονεκτήματα της είναι:

- Την επιθυμία του ίδιου του ασθενή να μείνει στο σπίτι
- Την αντίληψη των συγγενών ότι ο ασθενής είναι πιο χαρούμενος
- Την απεξάρτηση από τις αρνητικές πλευρές της νοσοκομειακής ζωής
- Την ευκολότερη πρόσβαση των συγγενών και φίλων
- Την μικρότερη διατάραξη της οικογενειακής ζωής.³⁴

Παρακάτω θα αναλύσουμε τις αρμοδιότητες που αναλαμβάνουν οι οικογένειες κατά την παροχή φροντίδας , οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία της φροντίδας καθώς και ο τρόπος συμμετοχής των φροντιστών .³³

Τα μέλη της οικογένειας συχνά δρουν ως «φυσικοί» φροντιστές , συμπληρώνοντας τις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας και παρέχοντας σημαντική υποστήριξη στον ασθενή τους . Επιπλέον , προσφέρουν ενθάρρυνση, επιβεβαίωση , ακρόαση , άνεση , προστασία αλλά και απλή συντροφιά με ένα εντελώς διαφορετικό τρόπο από εκείνο των επαγγελματιών ή των άλλων «απλών γνωστών» , γιατί

οι δεσμοί με το πρόσωπο που πάσχει είναι διαφορετικής ποιότητας .³³

Στο σπίτι , ο ρόλος της οικογένειας στην παροχή φροντίδας είναι ευκρινέστερος και σημαντικότερος . Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της οικογενειακής φροντίδας είναι ότι , επειδή λαμβάνει χώρα στο σπίτι , δεν επιδέχεται χρονικούς και τοπικούς περιορισμούς . Εξοπλισμός και βοηθήματα δίνουν στο σπίτι την εμφάνιση νοσοκομείου . Επιπλέον , ο φροντιστής μπορεί να κληθεί να παρέχει βοήθεια οποιαδήποτε χρονική στιγμή κατά την διάρκεια της ημέρας και της νύχτας . Τα άτομα που παρέχουν φροντίδα στο σπίτι συχνά αναφέρουν ότι είναι εξαιρετικά δύσκολο να προσφέρουν φροντίδα κατά τη διάρκεια της νύχτας , δεδομένου ότι εξαντλούνται τα αποθέματα της ενέργειας τους και της γενικής υγείας τους και μειώνεται η ικανότητα ανταπόκρισης τους στις απαιτούμενες ανάγκες φροντίδας .³³

Κάποια από τα καθήκοντα που αναλαμβάνουν οι οικογενειακοί φροντιστές είναι : προετοιμασία γεύματος , μεταφορά ασθενούς , χορήγηση φαρμάκων , επικοινωνία με τους γιατρούς , αξιολόγηση και διαχείριση συμπτωμάτων , ντύσιμο ασθενούς , βοήθεια στη μεταφορά με ασθενοφόρο και βοήθεια για έγερση .

Άλλα καθήκοντα που δεν αφορούν την άμεση φροντίδα του ασθενούς είναι το μαγείρεμα , πλύσιμο , ψώνια , οικονομική διαχείριση , άμεση διαθεσιμότητα του φροντιστή , επιτήρηση της φαρμακευτικής αγωγής , ικανότητα οργάνωσης των καθημερινών δραστηριοτήτων του ασθενούς και διαχείριση επώδυνων συναισθημάτων .³³

Σε έρευνα , η φροντίδα αυτή διακρίνεται σε άμεση και έμμεση . Η άμεση περιλαμβάνει την παροχή της σωματικής φροντίδας , την επίβλεψη και καταγραφή των αντιδράσεων του ασθενούς στις διάφορες παρεμβάσεις , ενώ η έμμεση την ανάλυση των προηγούμενων ευθυνών του ασθενούς , όπως ψώνια και φροντίδα σπιτιού.³³

Αναφορικά με τη διαχείριση του πόνου , οι συγγενείς φροντιστές συχνά καλούνται να λάβουν αποφάσεις για την αντιμετώπιση του , όπως τη ρύθμιση της δοσολογίας ή την αλλαγή του είδους των φαρμάκων , και να κάνουν χρήση της τεχνολογίας για τη χορήγηση τους . Πολλές φορές οι φροντιστές παίρνουν αποφάσεις σχετικά με το χρόνο χορήγησης των φαρμάκων και την αύξηση των μεσοδιαστημάτων , σε περιπτώσεις επιδείνωσης του πόνου .³³

Δυστυχώς , πολλά από αυτά τα καθήκοντα καλούνται να τα αναλάβουν άτομα που οι συνηθισμένοι ρόλοι

τους δεν έχουν σχέση με την φροντίδα και συνήθως με ελάχιστη προετοιμασία . Η παροχή φροντίδας σε κάποιον που πεθαίνει είναι εξαιρετικά επίπονη . Ανεξάρτητα από τα γενικά καθήκοντα που πρέπει να εκπληρώνουν τα μέλη της οικογένειας , πρέπει πολλές φορές να ασχολούνται επιστάμενα με την ανακούφιση των συμπτωμάτων . Μπορεί να χρειαστεί να παραμείνουν για ώρες ή για μέρες κοντά στο αγαπημένο μέλος , μεταγγίζοντας αγάπη και επιβεβαίωση με την παρουσία τους .³³

Οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη διεργασία της φροντίδας μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες :

1. Σε αυτούς που έχουν σχέση με τα χαρακτηριστικά του φροντιστή
2. Σε αυτούς που έχουν σχέση με τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και
3. Σε αυτούς που έχουν σχέση με τις ανάγκες της φροντίδας

Η αίσθηση της οικογενειακής συνοχής , η στάση του προσωπικό και η διάρκεια της νόσου δύναται να προωθήσουν ή να παρεμποδίσουν την ουσιαστική συμμετοχή των συγγενών στη φροντίδα ασθενούς μέλους . Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμετοχή των συγγενών στην ανακουφιστική φροντίδα μπορεί

να είναι η εντόπιση της ασθένειας , η διάρκεια της τελικής φάσης , οι απόψεις των συγγενών για την φροντίδα , το στρες και ευεξία του ασθενούς . Σημαντικούς παράγοντες μπορούν να αποτελέσουν η ηλικία των συγγενών , το φύλο , η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση , η μόρφωση , η θρησκεία , το επίπεδο υγείας , η κατάσταση διαβίωσης και η ποιότητα της σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και τον φροντιστή . Άλλοι καθοριστικοί παράγοντες είναι η ποιότητα γάμου , η επικοινωνία μέσα στην οικογένεια , η κοινωνική στήριξη από επίσημα ή ανεπίσημα δίκτυα και ο τρόπος που η οικογένεια διαχειρίζεται την κατάσταση του στρες .³³

Υπάρχει όμως το ερώτημα : Γιατί μερικοί φροντιστές φροντίζουν τους ασθενείς τους καλύτερα από άλλους ; Οι λόγοι σχετίζονται με τη γνώση , την εμπειρία και το επίπεδο ενασχόλησης με τη φροντίδα . Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας που παρέχεται από μέλη της οικογένειας είναι μέρος του νοσηλευτικού ρόλου . Τα μέλη αποζητούν τη νοσηλευτική εκτίμηση για τη φροντίδα που παρέχουν και αναμένουν βοήθεια ώστε να αναπτύξουν επιπλέον δεξιότητες . Η καλή φροντίδα δεν ταυτίζεται απλώς με τη συμμόρφωση στις οδηγίες , αλλά είναι πολυπλοκότερη και περιλαμβάνει τη δυνατότητα

αναγνώρισης προβλημάτων και αναζήτησης λύσεων .Η παροχή πληροφόρησης προς τους συγγενείς , ώστε να γνωρίσουν όσα χρειάζονται , αυξάνει τη δυναμικότητα τους και τις ευκαιρίες ουσιαστικής συμμετοχής στη φροντίδα. Η φροντίδα του προσωπικού που βασίζεται σε ανθρωπιστικές αξίες , μπορεί να προφυλάξει την οικογένεια και να αποτελέσει «γενική πηγή αντίστασης» , έτσι ώστε να αυξηθούν οι πιθανότητες για ουσιαστική συμμετοχή της στη φροντίδα .³³

Ωστόσο , κάθε οικογένεια είναι μοναδική και επιθυμεί να συμμετάσχει με τον δικό της τρόπο . Άλλες φορές , όμως , είτε από τη πλευρά των συγγενών , είτε του ασθενούς , δεν θέλουν να υπάρχει συμμετοχή . Επομένως , οι νοσηλευτές έχουν τον πρωταγωνιστικό ρόλο .

Για τους τρόπους συμμετοχής των συγγενών στην τελική φροντίδα των ασθενών δεν υπάρχουν αρκετές αναφορές .

Ο Andershed και Ternestedt περιγράφουν τρεις τρόπους «να γνωρίζουν» , «να παρευρίσκονται» και «να ενεργούν» .

Το «**να γνωρίζουν**» σημαίνει ότι οι συγγενείς λαμβάνουν συνεχή πληροφόρηση με διαφορετικούς τρόπους για τα συμπτώματα , τη διάγνωση , τη

πρόγνωση , τα συναισθήματα και τις πράξεις του ασθενούς . Το **«να γνωρίζουν»** δεν είναι μόνο μέρος της συμμετοχής τους αλλά και προαπαιτούμενο αυτής . Το **«να παρευρίσκονται»** σημαίνει ότι οι συγγενείς είναι παρόντες , δείχνει ενδιαφέρον και τους επιτρέπει να εισχωρήσουν σε βαθύτερο επίπεδο στον κόσμο του ασθενούς . Το **«να ενεργούν»** έχει σχέση με τα καθήκοντα και την βοήθεια των συγγενών σε πράξεις που ο ασθενής θα εκτελούσε μόνος του , αν ήταν δυνατόν .³³

Σε μια άλλη μελέτη , η συμμετοχή των συγγενών περιγράφεται με 2 διαφορετικούς τρόπους : Με τη «συμμετοχή στο φως» που χαρακτηρίζεται από καλά πληροφορημένους συγγενείς , που βιώνουν τη συμμετοχή με νόημα και βασίζονται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη με το προσωπικό. Με την «συμμετοχή στο σκοτάδι» που σημαίνει περιορισμένη συμμετοχή από την πλευρά των συγγενών και νιώθουν ότι δεν αναγνωρίζονται από το προσωπικό , αλλά «ψάχνουν μέσα στο σκοτάδι» όταν προσπαθούν να στηρίξουν τον ασθενή τους . Οι φροντιστές που αντιμετωπίζουν τη γρήγορη εξέλιξη της νόσου του ασθενούς τους διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάμιξης στο σκοτάδι . Οι συγγενείς φροντιστές , πολλές φορές , κατέχουν στο όλο σύστημα παροχής υπηρεσιών, ασαφής θέση,

με αποτέλεσμα να υπολογίζονται άλλοτε ως πηγές στήριξης, άλλοτε ως συνεργάτες, άλλοτε ως ασθενείς – πελάτες και άλλοτε ως ειδικοί στην παροχή φροντίδας.³³

Όταν η οικογένεια θεωρείται ως πηγή στήριξης, οι συγγενείς και ιδιαίτερα οι σύντροφοι, θεωρούνται εκ προοιμίου διαθέσιμοι για την φροντίδα του ατόμου που πεθαίνει . Υπολογίζονται σαν «εξάρτημα» του ασθενούς και χρησιμοποιούνται από τους επαγγελματίες υγείας στη παροχή φροντίδας. Παρόλο που αναγνωρίζεται η σημαντική θέση του φροντιστή στην παροχή φροντίδας η επίτευξη επιθυμητών αποτελεσμάτων προϋποθέτει την ύπαρξη προσυμφωνημένων κοινών σκοπών και στρατηγικών. Όταν διαπιστώνεται ότι η συνέχιση της παροχής φροντίδας μπορεί να αποβεί επιζήμια για την υγεία και την ευεξία του φροντιστή, η επαγγελματική υποστήριξη και οι υπηρεσίες γενικότερα πρέπει να αποσκοπούν στην ενδυνάμωση του ώστε να επανακάμψουν προκειμένου να συνεχίσουν να παρέχουν την απαιτούμενη φροντίδα.³³

Παρόλο που πρόσφατα διατυπώθηκε η πρόταση οι φροντιστές να μη θεωρούνται ειδικοί για τη φροντίδα του αγαπημένου τους, είναι γεγονός ότι τα μέλη της οικογένειας είναι εκείνα που συνοδεύουν τον ασθενή

στα εξωτερικά ραντεβού για να τον στηρίξουν, συγκεντρώνουν πληροφορίες για την ασθένεια, και είναι εκείνα που τον παρακολουθούν για σημεία καταπόνησης. Είναι γνωστό ότι πολλές οικογένειες αναλαμβάνουν πολλά νοσηλευτικά καθήκοντα. Ενώ ορισμένοι φροντιστές αποκτούν γρήγορα τις απαραίτητες δεξιότητες, κάποιοι άλλοι δυσκολεύονται τόσο με την διεκπεραίωση των αναγκών φροντίδας, όσο και με την ανάληψη υπευθυνότητας, η οποία σταδιακά μπορεί να αλλάζει τη σχέση με τον αγαπημένο τους.

Όταν όμως η οικογένεια έχει λάβει την απόφαση να αναλάβει τη φροντίδα και δέχεται την κατάλληλη υποστήριξη παρατηρείται αξιοσημείωτη βελτίωση της ποιότητας. Γι' αυτό οι επιστήμονες υγείας οφείλουν να παρέχουν επαρκή πληροφόρηση σχετικά με την ασφαλή εκτέλεση των καθηκόντων προς όφελος του ασθενούς και να συλλέγουν συστηματικά τις απαραίτητες πληροφορίες από τον συγγενή φροντιστή για την εξέλιξη της κατάστασης του αγαπημένου του, ώστε να προχωρούν στην αναγκαία τροποποίηση του πλάνου φροντίδας.³³

Τέλος, η θέση των μελών της οικογένειας ως ασθενείς –πελάτες αναγνωρίζει σαφώς ότι ο φροντιστής είναι ένα άτομο με τα δικά του δικαιώματα και τις δικές του

ανάγκες, επιθυμίες και ρόλους, που χρειάζονται ειδικά αντιμετώπιση.³³

- **Οικογένεια – φροντίδα στο νοσοκομείο**

Η νοσηλεία των ασθενών στο νοσοκομείο, ιδίως όταν πρόκειται για παιδιά, επιφέρει συναισθηματικές διαταραχές και προβλήματα συμπεριφοράς που πολλές φορές είναι μακροχρόνια.³⁵

Μακριά από το γνωστό του περιβάλλον, ο ασθενής βρίσκεται σε άγνωστα χέρια, υφίσταται εξετάσεις ή επώδυνες παρεμβάσεις μέσα σ' ένα πλαίσιο που περιορίζει κάθε του κίνηση.³⁵

Αναμφίβολα, όταν ο ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο, θεωρεί ότι απειλείται. Η ακριβής φύση αυτών των απειλών που βιώνει, είτε αυτές είναι πραγματικές, είτε αυτές είναι φανταστικές ή δυνητικές, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως είναι η ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης, η προηγούμενη εμπειρία του, το ποσό και το είδος των πληροφοριών που κατέχει, η φύση της ίδιας της ασθένειας, η σοβαρότητας της, η χρονιότητα της, η διάρκεια της καθώς και το ποσό και το είδος της υποστήριξης που έχει από τους συγγενείς και τους επιστήμονες υγείας.³⁵

Η συναισθηματική αυτή αναστάτωση που βιώνεται από τους συγγενείς μεταβιβάζεται, τις περισσότερες φορές, στον ασθενή και τους καθιστά ανήμπορους να

βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του στρες του ασθενούς τους.

Το στρες αυτό των συγγενών έχει ποικίλες αιτίες, όπως: οικονομικές, κοινωνικές, βιολογικές και συναισθηματικές, που κυρίως έχουν σχέση με τη σοβαρότητα της ασθένειας, τη γνώση σχετικά με τη φύση της, τη πληροφόρηση που τους δίνεται αλλά και την υποστήριξη που δέχονται από την ομάδα υγείας.

Σε σχέση με την νοσηλεία του ασθενές παιδιού, οι γονείς βιώνουν φόβο, ενοχές και άγχος αποχωρισμού. Ανησυχούν για την εγκατάλειψη της φροντίδας του παιδιού σε ξένους, βιώνουν συναισθήματα αυτοαμφισβήτησης και αναρωτιούνται αν είναι «καλοί» γονείς.³⁵

Ακόμα και μέσα στο νοσοκομείο, διαπιστώθηκε ότι οι οικογένειες επιθυμούν να εκτελούν πολλές δραστηριότητες φροντίδας για το ασθενές μέλος τους. Η πραγματικότητα ότι κάθε οικογένεια έχει διαφορετικές επιθυμίες καθιστά επιτακτική την ανάγκη για τους νοσηλευτές να βρουν εξατομικευμένους τρόπους επικοινωνίας και να εκτιμούν αντικειμενικά τις επιθυμίες των οικογενειών για συμμετοχή στη φροντίδα των ασθενών τους.³⁶

Πολλές φορές όμως οι συγγενείς δεν ενημερώνονται για τον βαθμό και το είδος της συμμετοχής στη

φροντίδα του ασθενούς. Αυτό οφείλεται στο ότι οι νοσηλευτές θεωρούν αυτονόητη και δεδομένη τη συμμετοχή των συγγενών, τουλάχιστον σε δραστηριότητες που αφορούν τη σωματική και ψυχολογική φροντίδα.³⁶

Ο Darbyshire μελετώντας τις εμπειρίες των γονέων κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο, διαπίστωσε ότι οι γονείς, λόγω πλημμελούς ενημέρωσης σχετικά με το ρόλο που έπρεπε να παίξουν στη φροντίδα του παιδιού τους, βιώνουν άγχος, το οποίο εμπόδιζε ακόμη περισσότερο την ικανότητα τους να συμμετέχουν. Επίσης παρατήρησε ότι, αν και οι γονείς δεν ήταν βέβαιοι για το ρόλο τους, πολλές φορές συμμετείχαν στη φροντίδα για να δημιουργήσουν την εντύπωση του «καλού» και «χρήσιμου» συνεργάτη.³⁶ Παρ' όλα αυτά, είτε ο ασθενής είναι παιδί, είτε ενήλικας, η οικογένεια επιθυμεί να συμμετέχει σε όλες τις ομάδες δραστηριοτήτων που αφορούν στην φροντίδα του ασθενούς.

Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των οικογενειών θεωρεί εξαιρετικά και πολύ σημαντική τη συμμετοχή του σε δραστηριότητες σωματικής φροντίδας, όπως: το λουτρό, η αλλαγή ρούχων, η βοήθεια στην ατομική καθαριότητα, η φροντίδα του

δέρματος, η χορήγηση και επίβλεψη των γευμάτων και η λήψη της θερμοκρασίας.³⁶

Το αποτέλεσμα αυτό κάνει φανερό ότι οι συγγενείς επιθυμούν να εμπλακούν περισσότερο σε δραστηριότητες που αφορούν στη σωματική φροντίδα, θεωρώντας τη φροντίδα που παρέχουν στο νοσοκομείο ως συνέχεια αυτής που έδιναν στο σπίτι.

Υπάρχει ένα ποσοστό το οποίο δεν θέλει να εμπλακεί στην φροντίδα του ασθενούς τους. Το πιθανότερο είναι γιατί δεν είναι ενημερωμένοι σχετικά με την φροντίδα ή γιατί φοβούνται μήπως προκαλέσουν βλάβη στον ασθενή τους, λόγω άγνοιας και αυξημένου άγχους.

Άλλες οικογένειες θεωρούν σημαντικό να συμμετέχουν στις δραστηριότητες που αφορούν στην ψυχολογική φροντίδα, όπως είναι: η ψυχολογική υποστήριξη, η δημιουργία ευχάριστου περιβάλλοντος και όταν πρόκειται για παιδί: η ψυχαγωγία του και η παραμονή του γονέα.

Οι οικογένειες που είναι πληροφορημένες και γνώστες για το τι συμβαίνει στον ασθενή τους μπορούν να διαμορφώσουν την κατάλληλη συμπεριφορά και θετική στάση του απέναντι στο νοσοκομείο, το προσωπικό και την εφαρμοζόμενη θεραπεία.³⁶

Η σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή επηρεάζει τις απόψεις της οικογένειας με αποτέλεσμα να θεωρούν σημαντική τη συμμετοχή τους μόνο στην ψυχολογική υποστήριξη. Επίσης η οικογένεια θεωρεί πολύ σημαντική τη συμμετοχή της στο να προάγει την ασφάλεια και την άνεση του, καθώς και να τον στηρίζει. Η συνεχής παρουσία τους κοντά στον ασθενή ελαττώνει την ανησυχία και το άγχος του, τον ηρεμεί, αισθάνεται ασφάλεια και έτσι δεν επιδεινώνεται η ήδη σοβαρή κατάσταση του.

Τέλος, οι απόψεις που διατυπώθηκαν από τις οικογένειες ενισχύουν την ανάγκη για μια οικογενειοκεντρική προσέγγιση στη φροντίδα του ασθενούς. Οι συγγενείς επιθυμούν να συμμετέχουν σε όλες τις δραστηριότητες, με την προϋπόθεση, όμως, ότι θα έχουν την κατάλληλη πληροφόρηση και αντιμετώπιση από τους επιστήμονες υγείας.³⁶

ΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Η εμφάνιση μιας σοβαρής πάθησης ενός μέλους της οικογένειας, επιδρά και στα υπόλοιπα μέλη της, με διαφορετικό βέβαια τρόπο στο καθένα, ανάλογα με το είδος του δεσμού και το πόσο ικανοποιητική ήταν η σχέση τους στο παρελθόν. Επηρεάζει όμως ιδιαίτερα το άτομο που θα αναλάβει την αποκλειστική φροντίδα

του ασθενούς. Κι αυτό γιατί βιώνει διπλά το στρες έχει να διεργαστεί αφενός τα συναισθήματα που προκάλεσε η τραγωδία υγείας ενός αγαπημένου προσώπου και αφετέρου τους φόβους του για την απώλεια της οικογενειακής γαλήνης και ισορροπίας.³⁷ Υπάρχουν διαφορετικές πηγές στρες, οι οποίες επηρεάζουν όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου που φροντίζει έναν ασθενή:

1. **ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΟ:** Καθώς όλη η φροντίδα εστιάζεται στην περιποίηση του ασθενούς, το άτομο παραμελεί τη δική του υγεία, δεν τρέφεται σωστά, στερείται ώρες ύπνου και ξεκούρασης.
2. **ΓΝΩΣΤΙΚΟ – ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ:** Το άτομο κατακλύζεται από άγχος, φόβο και αρνητικές σκέψεις για το μέλλον της υγείας του ασθενούς, με αποτέλεσμα να βιώνει αρνητικά συναισθήματα, κυρίως κατάθλιψης και απελπισίας.
3. **ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ:** Είναι δυστυχώς πολύ εύκολο να απομονωθεί κανείς κοινωνικά, όχι μόνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας αλλά και μετά. Πολλές αλλαγές επέρχονται στην κοινωνική ζωή της οικογένειας, κάποιες από τις σχέσεις διακόπτονται ή περιορίζονται, καθώς δεν υπάρχει

η ψυχική διάθεση και η σωματική ενέργεια που απαιτείται.

4. **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ:** Διάφορα οικονομικά άγχη και φόβοι συνδέονται με την νόσο.
5. **ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ – ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟ:** Ορισμένες φορές οι διαπροσωπικές σχέσεις του ζευγαριού μπορεί να κλονιστούν ανεπανόρθωτα μετά την εκδήλωση μιας σοβαρής ασθένειας, ενώ άλλες να τονωθούν.
6. **ΜΕΤΑΦΥΣΙΚΟ:** Πολλές οικογένειες καταφεύγουν στο Θεό και αντλούν δύναμη από την πίστη και τη σχέση τους με την εκκλησία. Υπάρχουν όμως άτομα που κλονίζεται η πίστη του σε αυτές τις δύσκολες ώρες και αναθεωρούν τις σχέσεις τους με κάποιους θρησκευτικούς θεσμούς.³⁷

Στην περίπτωση, που ο ασθενής είναι στην τελικό στάδιο της ζωής του, μαζί του πεθαίνει συμβολικά και η οικογένεια. Σ' αυτή τη τελική φάση της ζωής του ασθενή τα μέλη της οικογένειας βιώνουν μια διεργασία θρήνου παρόμοια με εκείνην που βιώνει ο ασθενής που προετοιμάζεται ψυχολογικά για τον επικείμενο θάνατο του. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά αυτής της διεργασίας είναι:³⁸

- Αυξημένο άγχος που οφείλεται στην αίσθηση αδυναμίας και ανημποριάς των ανθρώπων να

ανατρέψουν τις συνθήκες που οδηγούν στο θάνατο. Το άγχος αυτό συχνά συνοδεύεται από οργή, ενοχές και κατάθλιψη.

- Διαρκή ενασχόληση με σκέψεις που αφορούν το θάνατο του ασθενούς, αλλά και προβληματισμούς σχετικά με τον δικό τους θάνατο.
- Έντονα αμφιθυμικά συναισθήματα. Άλλοτε οι συγγενείς θέλουν να βοηθήσουν στη φροντίδα του ασθενούς, ενώ παράλληλα επιθυμούν να απομακρυνθούν εξαιτίας του πόνου που τους προκαλεί η κατάσταση της υγείας το και ο επικείμενος θάνατος του.
- Προοδευτική συναισθηματική από-επένδυση από τα όνειρα, τις ελπίδες και τις προσδοκίες που είχαν για το άτομο και τη σχέση τους μαζί του. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι αυτή η φυσιολογική από-επένδυση δεν οδηγεί απαραίτητα στην εγκατάλειψη του ασθενούς που πεθαίνει.³⁸
- Έντονο προβληματισμό και προγραμματισμό σχετικά με τις άμεσες ή απώτερες συνθήκες ζωής που θα προκύψουν μετά το θάνατο του ασθενούς. Αυτές οι σκέψεις ενώ προκαλούν ενοχές αυξάνοντας τον ψυχικό πόνο των

συγγενών, στη ουσία αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις της διεργασίας του θρήνου εν όψει του επικείμενου θανάτου.

Στην αρχή της διεργασίας του θρήνου, ο πόνος και θλίψη των συγγενών μοιάζουν αβάσταχτοι και μερικές φορές συνοδεύονται από σωματικά συμπτώματα. Προοδευτικά ο έντονος ψυχικός πόνος μετατρέπεται σε μελαγχολία και σταδιακή συμφιλίωση με τη σκέψη ότι ο ασθενής θα πεθάνει. Στην πραγματικότητα, η διεργασία του θρήνου επιτρέπει στην οικογένεια αφενός, να αφομοιώσει και να αποδεχτεί το γεγονός του επικείμενου θανάτου και αφετέρου, να αναπτύξει μια ουσιαστική σχέση με τον ετοιμοθάνατο ασθενή. Οι συγγενείς εύχονται να μην υποφέρει τις τελευταίες μέρες της ζωής του, καθώς η κατάσταση του επιδεινώνεται και οι ελπίδες περιορίζονται.³⁸

Παρότι, η διεργασία του θρήνου προετοιμάζει ψυχολογικά τους συγγενείς και τους φίλους για το θάνατο, μερικές φορές μπορεί να έχει και αρνητικές επιπτώσεις. Αυτό συμβαίνει όταν ο θρήνος εκδηλώνεται πρώιμα ή με μεγάλη ένταση και φόρτιση. Σε αυτή τη περίπτωση, απορροφημένοι από τα δικά τους συναισθήματα, οι συγγενείς απομακρύνονται από τον ασθενή, δεν είναι σε θέση να τον στηρίξουν και δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες του.

Υπάρχουν και περιπτώσεις όπου, ενώ επίκειται άμεσα ο θάνατος του ατόμου, εκείνο συνέρχεται και συνεχίζει να ζει. Αυτό το φαινόμενο είναι γνωστό ως το «Σύνδρομο του Λαζάρου». Οι ψυχολογικά προετοιμασμένοι συγγενείς νιώθουν ανίκανοι να επανασυνδεθούν μαζί του, ενώ παράλληλα βιώνουν έντονο θυμό, απογοήτευση και ενοχές για τα συναισθήματα τους, που μερικές φορές αναπληρώνουν ασχολούμενοι υπερβολικά με τη φροντίδα του ασθενούς.³⁸

Άλλες φορές πάλι η έλλειψη της διεργασίας θρήνου μπορεί να δημιουργήσει σοβαρές δυσκολίες προσαρμογής τόσο κατά την περίοδο της πορείας προς το θάνατο, όσο και κατά την περίοδο του πένθους. Αυτό συνήθως συμβαίνει όταν οι συγγενείς αρνούνται τον επικείμενο θάνατο.

Άλλοτε, θέλοντας να προστατεύσουν ορισμένα μέλη της οικογένειας (κυρίως παιδιά), αποφεύγουν να μιλούν για τον θάνατο. Έτσι, δεν δίνουν την ευκαιρία για τη ψυχολογική προετοιμασία και δεν δίνουν τη δυνατότητα να αποχαιρετήσουν τον αγαπημένο τους.

Η ψυχολογική υποστήριξη που δίνουν στον ασθενή τα μέλη της οικογένειας και το προσωπικό υγείας είναι ανεκτίμητης, όταν τον ενθαρρύνουν να ζήσει

«ολοκληρωμένα» τις σχέσεις του με τους ανθρώπους που αγαπά μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του.³⁸ Σύμφωνα με τους Glaser και Strauss, το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται η επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς και περιβάλλοντος εξαρτάται από το πλαίσιο επίγνωσης. Οι συγγραφείς περιγράφουν τα παρακάτω πλαίσια μέσα στα οποία εξελίσσεται η επικοινωνία:

- Το πλαίσιο αποκλεισμένης επίγνωσης όπου ο ασθενής δεν γνωρίζει ότι πεθαίνει, ενώ όλοι γύρω του το γνωρίζουν
- Το πλαίσιο υποψιαζόμενης επίγνωσης όπου ο ασθενής υποψιάζεται αυτό που όλοι άλλοι γνωρίζουν
- Το πλαίσιο αμοιβαίας προσποίησης όπου το άτομο γνωρίζει καλά, όπως και όλοι γύρω του, όμως στα πλαίσια μιας σιωπηλής συμφωνίας αποφεύγονται οι συζητήσεις γύρω από το θάνατο.
- Το πλαίσιο επίγνωσης και ανοιχτής επικοινωνίας όπου το ενδεχόμενο θανάτου αναγνωρίζεται και συζητιέται ανοιχτά, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι το αποδέχονται.³⁸

Η ουσιαστική επικοινωνία συμβάλλει θετικά στην ποιότητα της ζωής του ασθενούς που πεθαίνει. Τρεις από τους σημαντικότερους παράγοντες που

καθορίζουν την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και περιβάλλοντος περιλαμβάνουν:

1. Τη συχνότητα της επικοινωνίας που εξαρτάται από τη συχνότητα της επίσκεψης και παραμονής των συγγενών, φίλων και προσωπικού
2. Το περιεχόμενο επικοινωνίας που καθορίζεται από την άνεση με την οποία ασθενής και περιβάλλον συζητούν ή αποφεύγουν διάφορα θέματα
3. Τον τρόπο επικοινωνίας και ανταλλαγής μηνυμάτων. Στα τελικά στάδια της ο ασθενής συνήθως εκφράζεται έμμεσα και συμβολικά, γι' αυτό και είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διαθέτει το προσωπικό υγείας εξειδικευμένες γνώσεις για να κατανοεί και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενούς.³⁸

- **Γονείς και αδέρφια του ασθενούς – παιδιού**

Η διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας σε ένα παιδί αποτελεί βαρύ ναρκισσιστικό πλήγμα για τους γονείς. Οι αντιδράσεις τους ποικίλουν και συχνά περιλαμβάνουν σοκ και άρνηση, θυμό, ενοχές, άγχος και απόγνωση. Αρχίζουν να νιώθουν «ανίκανοι» να προστατεύσουν το παιδί, ενώ παράλληλα απειλείται η φιλοσοφία τους για τη ζωή.³⁹

Σύμφωνα με τους Chester Paris και Barbarin το περιεχόμενο της ενημέρωσης, τόσο προς το παιδί τους που πάσχει, όσο και προς τα αδέρφια του βρέθηκε να εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, οι σημαντικότεροι των οποίων είναι: η ηλικία του παιδιού τη στιγμή της διάγνωσης, η ύπαρξη άλλων παιδιών στην οικογένεια, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των γονιών και η φιλοσοφία τους για τη ζωή και η ψυχολογική υποστήριξη των γονιών από το προσωπικό υγείας.³⁹

Συνήθως το ασθενές παιδί και η μητέρα διαμορφώνουν μια στενή επαφή μέσα από την οποία αλληλοπροστατεύονται. Μονοπωλεί την παροχή υποστήριξης προς το παιδί στις κρίσιμες φάσεις της ασθένειας. Δημιουργεί ένα μικρόκοσμο, μέσα στον οποίο απομονώνεται μαζί με το παιδί της.

Όταν η υγεία του παιδιού επιδεινώνεται, οι ελπίδες για ίαση μειώνονται και η απειλή του θανάτου γίνεται έντονα αισθητή. Οι γονείς αρχίζουν μια διεργασία θρήνου που τους προετοιμάζει ψυχολογικά. Όμως όσο και αν προετοιμαστούν, ο θάνατος διαταράσσει την ισορροπία του οικογενειακού συστήματος αναγκάζοντας τα μέλη του να αναζητήσουν μια νέα δυναμική ισορροπία.³⁹

Όλες όμως αυτές οι αλλαγές επηρεάζουν περισσότερο τα αδέλφια του ασθενούς. Αγνοημένα και στερημένα της φροντίδας των γονιών τους, συχνά εμφανίζουν οργανικά ή προβλήματα συμπεριφοράς που εκδηλώνονται στο σχολείο, ή στο σπίτι. Η παρατεταμένη παραμέληση των αναγκών τους μπορεί να έχει σοβαρές και μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις στην γενικότερη ψυχοκοινωνική τους εξέλιξη, γεγονός που υπογραμμίζει την αναγκαιότητα της έγκαιρης ψυχολογικής παρέμβασης. Τα παιδιά αυτά υποφέρουν εξίσου, αν όχι περισσότερο, από το ασθενές παιδί, καθώς στερούνται συναισθηματικής στήριξης.³⁹

Όταν το ασθενές παιδί πεθαίνει σημαντικά προβλήματα προκύπτουν, οι γονείς προσδοκούν ότι το άλλο θα «πάρει τη θέση» αυτού που πέθανε, το συγκρίνουν αρνητικά με την εξιδανικευμένη εικόνα του νεκρού αδελφού/ής του, το υπερπροστατεύουν, ή του επιτίθενται «γιατί να ζει αυτό» ή «γιατί προσαρμόστηκε τόσο “εύκολα” και “γρήγορα” στην απώλεια».⁴⁰

Ο θάνατος ενός παιδιού έχει σημαντικές και μακροχρόνιες ψυχολογικές επιπτώσεις στα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας που δεν θρηνούν μονάχα την απώλεια του/της αδελφού/ής τους αλλά και την

απώλεια της φροντίδας των γονιών τους. Οι σημαντικότερες εκδηλώσεις περιλαμβάνουν μια τάση κοινωνικής απομόνωσης, αισθήματα μοναξιάς και θλίψης αλλά και απόκτηση ωριμότητας που συνδέεται με την εμπειρία της ασθένειας η οποία σημάδεψε τη ζωή τους. Σύμφωνα με την Davies, οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιδράσεις των παιδιών στο θάνατο του/της αδελφού/ής τους είναι:

1. Ο βαθμός του συναισθηματικού δεσμού που προϋπήρχε ανάμεσα στα αδέλφια
2. Τα χαρακτηριστικά του οικογενειακού περιβάλλοντος
3. Η αυτοεκτίμηση του παιδιού

Η οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να στηρίζεται στη βαθιά γνώση των διεργασιών θρήνου που βιώνουν τόσο οι ενήλικες, όσο και τα παιδιά που βρίσκονται αντιμέτωπα με το θάνατο ενός μέλους της οικογένειας.⁴⁰

Καθένας τους είναι δυνατόν να βιώνει μια ατομική διεργασία θρήνου, αυτή όμως ολοκληρώνεται μέσα σε ένα οικογενειακό σύστημα το οποίο επηρεάζεται, αλλάζει και εξελίσσεται μέσα στο χρόνο.⁴⁰

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ: ΕΓΚΛΗΜΑ Ή ΣΩΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ, ΙΣΩΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

Η ζωή προστατεύεται όχι μόνο ως ένα απλό βιολογικό φαινόμενο, αλλά όπως αυτή νοηματοδοτείται και αξιολογείται από την κυρίαρχη κοινωνική αντίληψη. Όμως, το ερώτημα που εγείρεται σχετικά με την επίσπευση της επέλευσης του θανάτου ή της διακοπής της ζωής με σκοπό την ευθανασία σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατη νόσο τελικού σταδίου ή εκείνων που διατηρούνται στη ζωή με μηχανικά μέσα έχει προκαλέσει τεράστιες αντιθέσεις και ηθικά διλήμματα στη διεθνή επιστημονική κοινότητα.⁴¹

Οπωσδήποτε με την εξέλιξη της ιατρικής γνώσης και της υψηλής βιο-ιατρικής τεχνολογίας, ο ιατρός κατέχει τη γνώση παράτασης της ζωής ενός ασθενούς τελικού σταδίου που οδηγείται στο θάνατο, αλλά επίσης κατέχει τη γνώση επίσπευσης του θανάτου, όταν οι συνθήκες ζωής και οι όροι ύπαρξης του ασθενούς που πεθαίνει είναι σε τέτοιο βαθμό απαξιωτικές της αξιοπρέπειας ενός ανθρώπινου θανάτου.⁴²

Η ευθανασία για τους Αρχαίους Έλληνες σήμαινε τον ευτυχισμένο, ήρεμο και ανώδυνο θάνατο. Σήμερα, όταν συζητούν για ευθανασία εννοούν τη σύντμηση της προθανάτιας αγωνίας και βιολογικής οδύνης ενός

προσώπου, που αργοπεθαίνει, με ενέργεια τρίτο ατόμου.⁴³

Η ευθανασία διακρίνεται σε **εκούσια** και **ακούσια**. Η πρώτη προέρχεται μετά από απόφαση για επίσπευση του θανάτου με αίτημα ή συγκατάθεση του ασθενή και η δεύτερη προκύπτει από τρίτους.⁴¹

Σύμφωνα με μια άλλη ταξινόμηση η ευθανασία διακρίνεται σε: **Ενεργητική ευθανασία** η οποία κι αυτή διαχωρίζεται σε **άμεση** και **έμμεση**.

Στην άμεση ενεργητική, η σύντμηση της ζωής επέρχεται με θετικές πράξεις του γιατρού ή κάποιου άλλου. Τα μέτρα, που λαμβάνονται, επισπεύδουν το θάνατο του ατόμου που αργοπεθαίνει με αφόρητους πόνους.⁴³

Στην έμμεση ενεργητική ευθανασία, η ιατρικά επιβεβλημένη φαρμακευτική αγωγή προς ανακούφιση των πόνων ή προς καταστολή του θρήσκοντος ασθενούς επιτυγχάνει την επέλευση του θανάτου ως μη σκοπούμενο, αλλά αναπόφευκτο αποτέλεσμα. Η πρόθεση του γιατρού σε αυτή την περίπτωση δεν είναι η θανάτωση, αλλά η ανακούφιση του ασθενούς από τους πόνους, με παροχή φαρμάκων, τα οποία έχουν ως παράπλευρο αποτέλεσμα τη βράχυνση της ζωής. Σε αντίθεση με την άμεση ευθανασία, όπου επιδιώκει ως μέσο λύτρωσης από τους πόνους στην έμμεση

ευθανασία δεν επιδιώκεται ο θάνατος ούτε θεωρείται βέβαιος, απλώς γίνεται αποδεκτός ως πιθανή παρενέργεια της μείωσης των πόνων.⁴³

Παθητική ευθανασία, εδώ υπάρχει διακοπή της ιατρικής φροντίδας και η υποστήριξη του θρήσκοντος ασθενούς, του οποίου η επώδυνη κατάληξη με βέβαιη πρόγνωση έχει λάβει μη αναστρέψιμη πορεία. Επομένως, η παθητική ευθανασία υπάρχει όταν επιχειρείται ή δεν παρατείνεται μια θεραπευτική αγωγή, που συμβάλλει στη διατήρηση της ζωής του ασθενούς. Ίσως αυτή η μορφή να είναι σήμερα στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, καθώς με την εξέλιξη της ιατρικής, έχουν αυξηθεί οι δυνατότητες διατήρησης και παράτασης της λειτουργίας του οργανισμού για μεγάλο χρονικό διάστημα, ακόμα και αφού το άτομο έχει την επαφή με το περιβάλλον.⁴³

Στην περίπτωση της ιατρικής υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, το ίδιο το άτομο που πεθαίνει, εκτελεί την πράξη θανάτου υποβοηθούμενο από τον γιατρό, ο οποίος του παρέχει την γνώση και τα μέσα γι' αυτή την πράξη.⁴¹

Μέχρι σήμερα, πολύ λίγες χώρες έχουν δεχτεί την ευθανασία, όπως η Ολλανδία, μια πολιτεία της Αυστραλίας και η πολιτεία Ορεγκον των Η.Π.Α.. Για την ελληνική νομοθεσία ο όρος ευθανασία είναι

ανύπαρκτος, ενώ ο κώδικας άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, ρητά αναφέρει τα καθήκοντα, τις υποχρεώσεις, αλλά και τις παραβάσεις των ιατρών σε σχέση με την ευθανασία.

Η ενεργός συμμετοχή του ιατρού στην ευθανασία ταυτίζεται με την αυτοκτονία, γεγονός που αντιβαίνει στις βασικές αρχές του Ιπποκράτειου Όρκου: «Ου δώσω φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον ουδέ υφηγήσομαι συμβουλίων τοιώδε, ομοίως δε ουδέ γυναικί πεσσοῦ φθόριον δώσω». ⁴¹

Οι γιατροί ως οι κατ' εξοχήν πρωταγωνιστές των εξελίξεων, εκφράζουν συχνά μια συγκεχυμένη εικόνα, τηρούν μια αμφιλεγόμενη και μη ενιαία στάση αν και ορισμένοι εκδηλώνουν την υποστήριξη τους στο ζήτημα της ευθανασίας, εφόσον αυτό αντιμετωπίζεται νομικά, ηθικά και θεσμικά. Η σύγχυση που επικρατεί, προέρχεται συνήθως από τη συσχέτιση που γίνεται μεταξύ του αιτήματος ενός ασθενούς για τη διακοπή της θεραπείας που τον συντηρεί στη ζωή και του αιτήματος για ευθανασίας. ⁴²

Αυτά τα 2 αιτήματα δεν πρέπει να συγχέονται. Το πρώτο αίτημα εμπίπτει στο βασικό δικαίωμα του ασθενούς περί λήψης αποφάσεων που αφορούν την υγεία του. Ενώ το δεύτερο δεν εμπίπτει σε κάποια ηθική αξία ή κοινωνική υποχρέωση του γιατρού,

καθώς ο ασθενής με αυτό επιχειρεί την επιδιωκόμενη κατάληξη της ζωής του.

Αρκετοί είναι οι γιατροί που επιθυμούν την αποποινικοποίηση της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, αλλά πολλοί λιγότεροι είναι εκείνοι που θα συμμετείχαν στις διαδικασίες αυτές. Αντίθετα, οι γιατροί που παρέχουν ανακουφιστική φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου δεν θα επιθυμούσαν να εξασκήσουν την πράξη της ευθανασίας.⁴²

Όσον αφορά την κοινή γνώμη, η ευθανασία θα μπορούσε να γίνει αποδεκτή μόνο στις περιπτώσεις εκείνες κατά τις οποίες δεν υπάρχει ελπίδα ανάκαμψης και επαναφοράς του ασθενούς στην προς του τελικού σταδίου κατάσταση της υγείας του. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις όπου υπάρχει ελπίδα και σαφείς ενδείξεις μιας αναστρέψιμης κατάστασης καθώς και στις περιπτώσεις των ανάπηρων ατόμων απορρίπτουν την ευθανασία.⁴²

Τέλος, για να ληφθεί η απόφαση της ευθανασίας, τον πρώτο λόγο έχει ο ασθενής, ακολουθεί η παρουσία περισσότερων του ενός γιατρών καθώς και ψυχιατρική παρακολούθηση, διότι τις περισσότερες φορές η απόφαση ευθανασίας διακατέχεται από άγχος, κατάθλιψη ή θλίψη.⁴⁴

ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΚΑΙ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟΣ

Ο κάθε ασθενής είναι διαφορετικός. Βρίσκει βοήθεια με το δικό του τρόπο, μέσα από τις δικές του πηγές και εγκαθιδρύει τη δική του τάξη κι έναντι εκείνων που τον βοηθούν.⁴⁵

Για να μπορέσει ένας ιερέας να βοηθήσει έναν ετοιμοθάνατο θα πρέπει να μάθει το που είναι ευαίσθητος ο ασθενής και πως βλέπει την καταστροφή του. Πρέπει να σέβεται τα αισθήματα και τις σκέψεις του ασθενούς και να τον βοηθήσει να βρει και να χρησιμοποιήσει τις δικές του πηγές, θρησκευτικές ή όχι.⁴⁵

Πρέπει να δείχνει στον ασθενή πως τον νοιάζεται με το να έρχεται κανονικά και να τον ακούει. Να δέχεται τις μεταβολές της διάθεσης του και να αντιδρά ανάλογα.

Είναι σημαντικό ο ιερέας να διαμοιράζεται την προσφερόμενη βοήθεια με τα μέλη της οικογένειας, με τις νοσηλεύτριες, τους κοινωνικούς λειτουργούς, κ.α.. Η ειδικότητα του είναι να ασχολείται με τις ύστατες ανάγκες του ασθενούς.⁴⁵

Ειδική μέριμνα του ιερέα θα είναι να βοηθήσει τον ασθενή να καταλάβει ότι μπορεί να υπάρξει νόημα και αξία απλώς και στο πως σηκώνει κανείς τον πόνο και την ιδέα του θανάτου.⁴⁵

Ωστόσο, ο ιερέας δεν πρέπει να βιάζεται, και δεν πρέπει να σπρώχνει τις δικές του ιδέες. Ο ασθενής πρέπει να νιώθει πως ο ιερέας αποδέχεται το δικό του τρόπο ως προς το επικείμενο θάνατο του.

Τέλος, θα πρέπει να είναι έτοιμος, αν το θέλει ο ασθενής να διαμοιραστεί μαζί του την πίστη του και τις πηγές του, όπως προσευχή και μετάληψη.⁴⁵

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- **Συμπεράσματα**

Ο θάνατος από μόνος του είναι σκληρός, μπορεί να αποτελεί μέρος της καθημερινής μας ζωής μια αναπόφευκτη πραγματικότητα που όλοι αντιμετωπίζουμε κάποια στιγμή. Ίσως, όμως, το δύσκολο να είναι να ζήσεις μέχρι το τέλος της ζωής ανεξάρτητα αν ο θάνατος σε πλησιάζει ή βρίσκεται μακριά σου ή ανεξάρτητα με τον αν πρόκειται να φύγεις εσύ ή κάποιο δικός σου ή κάποιος που φροντίζεις.

Ο νοσηλευτής είναι ο πρώτος που έρχεται σε επαφή με την έννοια του θανάτου και πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένεια να τον αντιμετωπίσουν. Αλλά πρώτα θα πρέπει ο ίδιος να κοιτάξει βαθιά μέσα του τις αντιλήψεις, τα αισθήματα και τις άμυνες, που μπορούν να τον εμποδίσουν για την επικοινωνία του με τον ασθενή και το βασικότερο στο να μπορέσει να

αντιμετωπίσει τον ασθενή που πεθαίνει σαν άτομο που ζει, που ελπίζει, που έχει ανάγκες και δεν παύει να επιδιώκει να δώσει νόημα στη ζωή του.

Με της σειρά της η οικογένεια ενισχύει την οικογενειοκεντρική προσέγγιση στη φροντίδα θέλει να συμμετέχει στη φροντίδα, στις δραστηριότητες, μόνο που θα ήθελε περισσότερη πληροφόρηση από το προσωπικό.

Η σχέση προσωπικού – ασθενούς είναι μια συνεχής ενημέρωση και πληροφόρηση που προσαρμόζεται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του ασθενούς και βοηθά την οικογένεια. Οι απλοϊκές δικαιολογίες αποβλέπουν στο να προστατεύουν τον ίδιο τον εργαζόμενο και οδηγούν τον ασθενή σε συναισθηματική απομόνωση.

Όταν μέσα στην οικογένεια υπάρχει ένα μέλος που πεθαίνει, η οικογένεια χρειάζεται θεραπευτική στήριξη από άτομα με βαθιά γνώση των διεργασιών θρήνου που βιώνουν τόσο οι ενήλικες όσο και τα παιδιά. Καθένας μπορεί να βιώνει μια ατομική διεργασία θρήνου, η οποία ολοκληρώνεται στο οικογενειακό σύστημα το οποίο, επηρεάζεται, αλλάζει και εξελίσσεται μέσα στο χρόνο. Με την σειρά του το προσωπικό υγείας βιώνει το δικό του πένθος που το αντιμετωπίζει με τις στρατηγικές καταπολέμησης του

πένθους, τους αμυντικούς μηχανισμούς και την κοινωνική υποστήριξη. Με όλα αυτά προσπαθεί να γεφυρώσει το χάσμα ανάμεσα στις απειλές που έχει για να αντιμετωπίσει.

Τώρα, όσον αφορά το θέμα της εκπαίδευσης των νοσηλευτών θα λέγαμε ότι είναι λίγο ελλιπής στο θέμα του θανάτου. Για να αποφευχθούν τα συναισθήματα φοβίας, στρες κ.α. θα πρέπει να υπάρχει κατάλληλη καθοδήγηση και υποστήριξη τόσο σε θεωρητικό επίπεδο όσο και σε κλινικό.

Κλείνοντας τα δυο τελευταία κεφάλαια μας μιλάνε για την ευθανασία και το ρολό της εκκλησίας. Η ευθανασία είναι ένα ηθικό δίλλημα που απασχολεί όλο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Στην Ελλάδα απαγορεύεται. Ίσως όμως θα έπρεπε να το σκεφτούν για να βοηθήσουν τους ασθενείς που υποφέρουν...

Τώρα η εκκλησία και ο Θεός πάντα ήταν κοντά στον άνθρωπο. Και αυτός με τη σειρά του πάντα έψαχνε τον Θεό ή τον είχε μέσα του. Στις δύσκολες στιγμές, ειδικά, όπως ο θάνατος, θέλει να βρεθεί πιο κοντά Του για Δύναμη, Στήριγμα, Παρηγοριά.

- **Σύγκριση**

Υπάρχουν δυο είδη σχέσεων η πρώτη είναι νοσηλευτή – οικογένειας σε σχέση με την φροντίδα που προσφέρουν κι οι δυο, η δεύτερη είναι η ψυχολογία

του ασθενή – οικογένειας σε σχέση με το τελικό στάδιο που αντιμετωπίζουν.

Στην πρώτη σχέση ο νοσηλευτής προσφέρει τις επιστημονικές γνώσεις του στον ασθενή και στην οικογένεια σαν σωστός επαγγελματίας. Ενώ η οικογένεια πέρα από την σωματική φροντίδα προσφέρει και όλο το ψυχικό της απόθεμα για να εμπυχώσει τον ασθενή, του προσφέρει αγάπη, κατανόηση, και γενικά τα πάντα, τις περισσότερες φορές.

Στην δεύτερη σχέση από την μια πλευρά υπάρχουν τα συναισθήματα του ασθενούς για το θάνατο, το πένθος που βιώνει ο ίδιος, για το χαμό της ζωής του, των ονείρων του και του πόνου και της θλίψης που προκαλεί στα αγαπημένα του πρόσωπα. Από την άλλη η οικογένεια που νοιώθουν όλα τα συναισθήματα του ασθενούς του και βιώνουν και το δικό τους πένθος, ταυτόχρονα προσπαθούν να υποστηρίξουν τον ασθενή.

Τελικά δεν γνωρίζουμε ποιο είναι πιο δύσκολο. Αυτός που φεύγει ή Αυτός που μένει; Ζωή μετά τον θάνατο δεν ξέρουμε αν υπάρχει... Απλώς Ελπίζουμε...

- **Κριτική**

Η μελέτη όλων αυτών των βιβλίων και άρθρων μας δείχνει πως στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

υπάρχει η ανησυχία για το θέμα του θανάτου και της ανακουφιστικής φροντίδας των ατόμων που πεθαίνουν.

Θα είναι όμως καλό να δοθεί λίγη περισσότερο βαρύτητα και στην εκπαίδευση του προσωπικού υγείας πάνω στην ψυχολογική προσέγγιση του ετοιμοθάνατου.

Όσον αφορά το θέμα της ευθανασίας μπορούμε να επανεξετάσουμε τα υπέρ και τα κατά και να το ξανασκεφτούμε λίγο καλύτερα.

- **Προτάσεις**

Ίσως οι προτάσεις να μην είναι όλες εφικτές αλλά δεν παύουμε να ελπίζουμε σ' ένα καλύτερο σύστημα υγείας.

- Ο νοσηλευτής από την αρχή της εκπαίδευσης του, να έρχεται σε επαφή με το θέμα του θανάτου και πως μπορεί να τον αντιμετωπίσει και να βοηθήσει τον ασθενή τελικού σταδίου και την οικογένεια του.
- Να υπάρχει κατάλληλα ενημέρωση της οικογένειας ώστε να μπορούν να συμμετέχουν στην φροντίδα του ασθενούς, είτε αυτή λαμβάνει χώρα στο νοσοκομείο, είτε στο σπίτι.
- Να υπάρχει επαρκείς και κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή και στην οικογένεια του χωρίς να διαχωρίζονται γιατί είναι μια ομάδα,

μπορεί να είναι διαφορετικές οντότητες αλλά αλληλοεξάρτιονται.

- Τέλος, το Υπουργείο Υγείας να δημιουργήσει ξενώνες με κατάλληλο εκπαιδευμένο προσωπικό, για τα άτομα τελικού σταδίου για καλύτερη φροντίδα, όπως υπάρχουν και σε άλλες χώρες στην Ευρώπη.

Τελειώνοντας θα ήθελα να κλείσω την εργασία με ένα απόσπασμα του Guillermo Arriaga από την ταινία «21Grams»:

«Πόσες ζωές ζούμε;»

«Πόσες φορές πεθαίνουμε;»

«Λένε ότι όλοι χάνουμε 21 γραμμάρια...»

«...ακριβώς τη στιγμή του θανάτου μας.»

Τι χωράει μέσα σε 21 γραμμάρια;»

«Πόσα χάνονται;»

«Πότε χάνουμε 21γραμμάρια;»

«Τι χάνεται μέσα τους;»

«Τι κερδίζουμε;...Τι κερδίζουμε;»

«21 γραμμάρια...»

«Το βάρος πέντε κερμάτων...»

«Το βάρος ενός πουλιού...»

«Μιας σοκολάτας...»

«Πόσα ζυγίζουν τα 21 γραμμάρια;...»

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.** Δρ.ΧΑΛΙΚΙΟΠΟΥΛΟΥ ΜΕΛΙΣΣΑ ΧΡΥΣΟΥΛΑ, Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΟ: ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 1998, ΣΕΛ.218
- 2.** ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. Α. – ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ. Φ. ΝΟΣ/ΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟΥ: Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΟ: ΝΟΣ/ΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, Α' ΤΟΜΟΣ, 23^Η ΕΚΔΟΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΑΒΙΘΑ, ΑΘΗΝΑ 2002 ΣΕΛ.203-204
- 3.** Dr. BACQUE MARIE- FREDERIQUE ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ: ΔΕΝ ΕΙΜΑΣΤΕ ΑΤΡΩΤΟΙ ΣΤΟ: ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ: ΣΗΜΕΡΑ ΚΑΙ ΑΛΛΟΤΕ. ΤΟ ΣΟΚ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ : ΚΟΥΤΡΟΥΜΠΑ ΧΡ., ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΘΥΜΑΡΙ, ΑΘΗΝΑ 2001, ΣΕΛ.159
- 4.** KUBLER-ROSS ELISABETH Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΕΥΚΟΛΟΣ ΜΑ Η ΖΩΗ ΕΙΝΑΙ ΣΚΛΗΡΗ ΣΤΟ: ΘΑΝΑΤΟΣ :ΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ: ΒΡΑΧΑΣ ΦΡΙΞΟΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΙΟΔΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1975, ΣΕΛ. 117
- 5.** STROEBE M. ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ ΣΤΙΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΠΑΠΑΛΗΓΟΥΡΑ Ζ. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ, ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 2006, ΣΕΛ. 21

6. HERBET MARTIN Ο ΘΡΗΝΟΣ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΣΤΟ: ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ: ΑΓΓΕΛΗ Κ., ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ Γ., ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ 2004, ΣΕΛ. 29-31
7. WRENN ROBERT Η ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΘΡΗΝΟΥ ΣΤΟ: ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΜΑΣ ΤΗΣ ΜΥΡΤΩ ΝΙΛΣΕΝ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ: ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ., ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΜΕΡΙΜΝΑ, ΑΘΗΝΑ 1998, ΣΕΛ. 57-59
8. ΑΝΔΡΕΑ Σ. ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 2003 2(2)89
9. ΠΟΛΥΚΑΝΔΙΩΤΗ Μ., ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Ε., ΒΛΑΧΟΥ Χ., ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Π., ΚΕΡΜΕΛΗ Π., ΚΟΥΚΟΥΛΑΡΗΣ Δ., ΚΥΡΙΤΣΗΣ Ε., ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 2005 4(2) 94
10. ΑΝΔΡΕΑ Σ. ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 2003 2(2) 92

- 11.** ΛΑΒΔΑΝΙΤΗ ΜΑΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΝΟΣ/ΚΗ 2000(3)ΣΕΛ.225-227
- 12.** ΑΥΓΕΡΗΣ Α. ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ
ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ
ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 2002 1(4) 165
- 13.** ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΔΑΝΑΗ Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΠΟΥ
ΠΕΘΑΙΝΕΙ ΚΑΙ ΤΟ ΑΜΕΣΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ
ΣΤΟ: ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ.
Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ,
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1999,
ΣΕΛ. 146-150
- 14.** ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΥΕ., ΤΣΟΠΑΛΑΚΗ Ζ.
ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΝΑΥΤΙΑ ΚΑΙ
ΕΜΕΤΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ
ΝΟΣΟ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ
2002 1(4)173-175
- 15.** ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΔΑΝΑΗ, Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΠΟΥ
ΠΕΘΑΙΝΕΙ ΚΑΙ ΤΟ ΑΜΕΣΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ
ΣΤΟ: ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ & ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, Η
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΕΛ. ΓΡΑΜ., ΑΘΗΝΑ 1999, ΣΕΛ.152-160
- 16.** ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΔΑΝΑΗ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΤΗΝ
ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΜΠΡΟΣ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΣΤΟ:

ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ & ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ,
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ
ΚΑΡΚΙΝΟ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΦΛΟΓΑ, ΑΘΗΝΑ 1996, ΣΕΛ.
219

17. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ. ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΙ
ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ
ΣΤΟ: ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ & ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Η
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1999, ΣΕΛ. 215-
216

18. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ. ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΙ
ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ
ΣΤΟ: ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ. & ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΚΔ. ΕΛ.
ΓΡΑΜ., ΑΘΗΝΑ 1999, ΣΕΛ. 221

19. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΔΑΝΑΗ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΤΗΝ
ΧΡΟΝΙΑ ΜΠΡΟΣ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΣΤΟ:
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΤΙΜΩΝ ΜΕ
ΚΑΡΚΙΝΟ, ΕΚΔ. ΦΛΟΓΑ, ΑΘΗΝΑ 1996, ΣΕΛ. 222-
223

20. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΔΑΝΑΗ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΤΗ
ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΜΠΡΟΣ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΣΤΟ:
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ
ΚΑΡΚΙΝΟ, ΕΚΔ. ΦΛΟΓΑ, ΑΘΗΝΑ 1996, ΣΕΛ. 226-
229

- 21.** ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΔΑΝΑΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΣΤΟ: ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ & ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1999, ΣΕΛ. 175-177
- 22.** ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΥΓ. ΓΕΩΡΓΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΣΤΟ: ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣ/ΚΗ: ΜΙΑ ΒΙΟ – ΨΥΧΟ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΑΒΙΘΑ, ΑΘΗΝΑ 1999, ΣΕΛ. 182-185
- 23.** Dr.BACQUE MARIE – FREDERIQUE ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ: ΓΙΑΤΙ ΜΑΣ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΜΕΤΑΦΕΡΟΥΜΕ ΤΑ ΑΣΧΗΜΑ ΝΕΑ ΣΤΟ: ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ: ΑΛΛΟΤΕ ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΑ. ΤΟ ΣΟΚ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ: ΚΟΥΤΡΟΥΜΠΑ ΧΡ., ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΘΥΜΑΡΙ, ΑΘΗΝΑ 2001, ΣΕΛ. 163-164
- 24.** ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΔΑΝΑΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ: ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ & ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΚΔ. ΕΛ. ΓΡΑΜ., ΑΘΗΝΑ 1999, ΣΕΛ. 188-193
- 25.** Dr.BACQUE MARIE – FREDERIQUE ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΟΜΑΔΑΣ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ: ΑΛΛΟΤΕ ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΑ. ΤΟ ΣΟΚ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ: ΚΟΥΤΡΟΥΜΠΑ ΧΡ., ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΘΥΜΑΡΙ, ΑΘΗΝΑ 2001, ΣΕΛ. 200-201

26. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΔΑΝΑΗ Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ ΚΑΙ ΤΟ ΑΜΕΣΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ: ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ: ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ & ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1999, ΣΕΛ.166-170

27. Dr BACQUE MARIE – FREDERIQUE ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ : ΑΙΤΙΑ, ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ & ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ, ΣΤΟ: ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ: ΑΛΛΟΤΕ ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΑ. ΤΟ ΣΟΚ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ: ΚΟΥΤΡΟΥΜΠΑ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΘΥΜΑΡΙ, ΑΘΗΝΑ 2001, 204-215

- 28.** ΧΑΡΑΜΠΟΥΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΝΟΣ/ΚΗ 2002 (4) 379-383
- 29.** ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Θ. ΕΛΕΝΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ: ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣ/ΚΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΑΒΙΘΑ, ΑΘΗΝΑ 2004, ΣΕΛ. 226-227
- 30.** ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ – ΚΡΕΠΙΑ ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ – ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΣΤΟ: ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣ/ΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ 2004, ΣΕΛ. 43-45
- 31.** ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΔΑΝΑΗ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟ: ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ & ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΚΔ. ΕΛ. ΓΡΑΜ., ΑΘΗΝΑ 1999, ΣΕΛ. 217-219
- 32.** KUBLER – ROSS ELISABETH ΖΕΙΝ ΩΣ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ: ΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟ ΣΤΟ: ΘΑΝΑΤΟΣ: ΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ: ΒΡΑΧΑΣ ΦΡΙΞΟΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΙΟΔΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1975, ΣΕΛ. 128-129

33. ΓΚΟΒΙΝΑ ΟΥΡΑΝΙΑ, ΠΑΤΗΡΑΚΗ ΕΛΙΣΑΒΕΤ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΧΟΡΗΓΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΝΟΣ/ΚΗ 2005 (44)1 ΣΕΛ.64-68
34. ΑΥΓΕΡΗΣ Α., ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 2002 1(4) 166
35. ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Ε., ΚΥΡΙΤΣΗ Ε., ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ ΧΡ., ΑΔΑΛΗ Ε., ΙΟΡΔΑΝΙΔΟΥ Π., ΜΠΑΡΤΣΟΚΑΣ ΧΡ., ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΝΟΣ/ΚΗ 2001(4) ΣΕΛ. 107-108
36. ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Ε., ΚΥΡΙΤΣΗ Ε., ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ ΧΡ., ΑΔΑΛΗ Ε., ΙΟΡΔΑΝΙΔΟΥ Π., ΜΠΑΡΤΣΟΚΑΣ ΧΡ., ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΝΟΣ/ΚΗ 2001(4) ΣΕΛ.114-116
37. Δρ.ΧΑΛΙΚΙΟΠΟΥΛΟΥ – ΜΕΛΙΣΣΑ ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΦΡΟΝΤΙΖΟΥΝ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ: ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ, ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 1998, ΣΕΛ. 149-150

38. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ. Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΠΟΥ
ΠΕΘΑΙΝΕΙ ΚΑΙ ΤΟ ΑΜΕΣΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ:
ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΣΤΟ: ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ &
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ,
ΑΘΗΝΑ 1999, ΣΕΛ.160-166

39. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΔΑΝΑΗ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ
ΑΔΕΛΦΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ: ΤΟ ΠΑΙΔΙ
ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΤΟ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ &
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛ.ΓΡΑΜ., ΑΘΗΝΑ 1999,
ΣΕΛ. 228-231

40. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΔΑΝΑΗ Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΤΟΥ
ΠΑΙΔΙ: ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ: ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΙ
ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ
ΣΤΟ: ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ & ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Η
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΚΔ. ΕΛ.
ΓΡΑΜ., ΑΘΗΝΑ 1999, ΣΕΛ.234-236

41. ΠΡΙΑΜΗ Μ., ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ Α., ΑΔΑΛΗ Ε.,
ΤΟΥΡΟΥΚΗ Γ., ΑΠΟΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΝΟΣ/ΚΗ 2001 (4) 43-45

42. ΣΑΡΡΗΣ ΜΑΡΚΟΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ
ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΟ:
ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΤΗΣ ΖΩΗΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΑΖΗΣΗ, ΑΘΗΝΑ 2001,
ΣΕΛ.385-388
43. ΓΙΑΡΕΝΝΗ ΑΡ. ΙΩΑΝΝΑ ΤΟ «ΔΙΚΑΙΩΜΑ» ΣΤΟ
ΘΑΝΑΤΟ ΚΑΙ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΘΗΚΟΝ
ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟ ΒΗΜΑ
ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 2005 4(3) ΣΕΛ.140-142
44. ΠΡΙΑΜΗ Μ., ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ Α., ΑΔΑΛΗ Ε.,
ΤΟΥΡΟΥΚΗ Γ., ΑΠΟΨΕΙΣ ΝΟΣ/ΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΝΟΣ/ΚΗ 2001(4) ΣΕΛ.49
45. KUBLER – ROSS ELISABETH ΖΕΙΝ ΩΣ ΤΟ
ΘΑΝΑΤΟ: ΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΚΑΙ
ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟ ΣΤΟ:
ΘΑΝΑΤΟΣ: ΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ,
ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΒΡΑΧΑΣ ΦΡΙΞΟΣ, ΕΚΔ.ΔΙΟΔΟΣ,
ΑΘΗΝΑ 1975, ΣΕΛ.127-128

