

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τεύχος 3ο

Μαΐος — Ιουνιος 1986



Διμηνιαία έκδοση

του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσοκόμων Ελλάδος



«ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ»

ΕΣΔΝΕ



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ

Εθνικός Σύνδεσμος  
Διπλωματούχων Νοσοκόμων Ελλάδος

### ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Δημητρίου  
Β. Λανάρα  
Μ. Μαλγαρινού

### ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Μαρία Μαλγαρινού  
Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθηνών  
Πύργος Αθηνών – Γ Κτίριο  
2ος όροφος – 115 27 ΑΘΗΝΑ

### ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Φωτοστοιχειοθεσία – Σχεδιασμοί  
Εξώφυλλο – Εκτύπωση

**ΕΒΗΤΑ**  
medical arts



Εταιρεία Ιατρικών  
Γραφικών Τεχνών  
και Δημοσιότητας

Κατεχάκη & Αδριανείου 3 – 115 25 ΑΘΗΝΑ  
ΤΗΛ. 67 14 371 - 67 14 340

### ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Εμβάσματα – Επιταγές  
Περιοδικό ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
Πύργος Αθηνών – Γ κτίριο  
2ος όροφος  
Μεσογείων 2 115 27 ΑΘΗΝΑ  
Τηλ.: 77 02 861

Τιμή τεύχους	170 δρχ.
Τιμή τεύχους για σπουδαστές	80 δρχ.
Ετήσια συνδρομή	1000 δρχ.
Ετήσια συνδρομή για σπουδαστές	500 δρχ.
Ετήσια συνδρομή στο εξωτερικό	\$15

1. Θερμή Έκκλιση σε μια Μέλλουσα Νοσηλεύτρια .....	76
2. Ο θάνατος σε Γενικό Νοσοκομείο .....	79
3. Ενημέρωση στη νέα Νομοθεσία .....	89



## Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

**Χρυσάνθη Δ. Πλατή**

Πτυχιούχος Τμήματος Νοσηλευτικής  
του Πανεπιστημίου Αθηνών,  
Προϊσταμένη Αδελφή  
Θεραπευτηρίου «Ο Ευαγγελισμός»

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

---

Προκειμένου να περιγραφούν οι συνθήκες που επικρατούν στο Γενικό Νοσοκομείο, που ο άρρωστος αντιμετωπίζει την τελική φάση της ζωής του και να εξεταστούν οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη φροντίδα αυτών των αρρώστων, πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη στο Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός», για τα έτη 1980 – 1984. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης ήταν: 1) Ο δείκτης των θανάτων το 1980 ήταν για τους άνδρες 3,48% και τις γυναίκες 2,29%, το 1984 αυξήθηκε σε 4,46% και 3,21% αντιστοίχως. 2) Η μεγαλύτερη συχνότητα των θανάτων παρουσιάστηκε στην τρίτη ηλικία και ιδιαίτερα στην ηλικιακή ομάδα 70 – 79 ετών. 3) Το εσπερινό ωράριο εργασίας φαίνεται να συγκεντρώνει τους περισσότερους θανάτους. Ο διαφορετικός προσανατολισμός του Νοσοκομείου, οι συχνές εφημερίες, η έλλειψη του ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και η απουσία οργανωμένης διακλαδικής προσέγγισης, θεωρήθηκαν μερικοί από τους κυριότερους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη φροντίδα των αρρώστων που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

---

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

Οι ταχύρρυθμες εξελίξεις της επιστήμης και της τεχνολογίας επέφεραν τεράστιες οικονομικές, κοινωνικές και πολιτιστικές αλλαγές. Ιδιαίτερα η εκβιομηχανοποιημένη, αστικοποιημένη και τεχνολογικά αναπτυγμένη κοινωνία μας επηρέασε την παλιά παραδοσιακή δομή της οικογένειας, με αποτέλεσμα να αλλάξει ο ρυθμός της ζωής μας. Γεγονότα, όπως ο θάνατος μετακινήθηκαν από το οικογενειακό, ζεστό και προσωπικό περιβάλλον της



κοινωνικής μονάδας που λέγεται οικογένεια, σε κάποιο ίδρυμα κοινωνικής πολιτικής ή μέσα σε πολυδόρυβα Νοσοκομεία Οξέων Νοσημάτων.

Τα τελευταία χρόνια η ποσοστιαία αναλογία των επερχομένων θανάτων μέσα στα Νοσοκομεία αυξάνει συνεχώς. Οι θάνατοι που σημειώνονται στα Νοσοκομεία της Αγγλίας υπερβαίνουν το ήμισυ του συνόλου των θανάτων που συμβαίνουν στη χώρα αυτή<sup>1</sup>. Το ίδιο αναφέρει και η βιβλιογραφία των ΗΠΑ<sup>2,3</sup>. Σε έρευνα που έγινε στη Σουηδία, σε κεντρική περιοχή της Στοκχόλμης βρέθηκε, ότι το 85% των θανάτων σημειώθηκαν στα διάφορα Ιδρύματα<sup>4</sup>.

Στην Ελλάδα, το 1956, οι άρρωστοι που πέθαναν μέσα στα Νοσοκομεία ήταν 17,5%, ενώ το 1981 το ποσοστό αντιστοιχούσε σε 42,1%. Η αύξηση αυτή εκδηλώθηκε τόσο στις αστικές, όσο και στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές<sup>5</sup>. Ακόμη, στις δύο τελευταίες δεκαετίες υπολογίστηκε ότι το 1/3 των νοσοκομειακών κρεβατιών καταλαμβάνεται από αρρώστους που πεθαίνουν ή που πρόκειται να πεθάνουν μέσα στο χρόνο<sup>6</sup>.

Ενώ, για τους αρρώστους που πεθαίνουν και τους συγγενείς τους, η εμπειρία αυτή είναι μοναδική και προβληματική, επειδή η φροντίδα που παρέχεται από το ιατρο – νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί μέρος της εργασίας του, έτσι όπως διαμορφώνεται από τις συνθήκες της καθημερινής ζωής του Νοσοκομείου, καθώς και από την οργανωτική και λειτουργική του δομή<sup>7</sup>.

Είναι γεγονός, ότι το Νοσοκομείο αποτελεί το τεχνικό και επιστημονικό πλαίσιο της υγείας του ανθρώπου. Μέσα σ' αυτό λαβαίνει χώρα μια κρίσιμη διαλεκτική μεταξύ υγείας και αρρώστιας και δίνεται αδιάκοπα η πιο σκληρή μάχη για τη διάσωση της ζωής του αρρώστου<sup>8</sup>.

Όμως, παρά τον ιλιγγιώδη ρυθμό ανάπτυξης των ιατρικών γνώσεων, της ιατρικής τεχνολογίας και βιοτεχνολογίας, παρά τη σύγχρονη ανάπτυξη της χειρουργικής στη μεταμόσχευση οργάνων, την τοποθέτηση καρδιακών μηχανημάτων κ.ά., ο θάνατος απρόσκλητος, ανεπιθύμητος και αδιάκριτος παραμένει αναπόφευκτο βιολογικό και κοινωνικό γεγονός, για όλους τους ανθρώπους<sup>9,10</sup>.

Βέβαια, ο έλεγχος των λοιμωδών νοσημάτων με τη σύγχρονη βελτίωση του κοινωνικο – οικονομικού επιπέδου της ζωής, η μείωση του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας καθώς και ο έλεγχος των γεννήσεων συνέβαλαν στην αύξηση της τρίτης ηλικίας, που όπως είναι γνωστό η συχνότητα των θανάτων στην ομάδα αυτή είναι μεγαλύτερη<sup>11,12</sup>.

Αναφορικά με τη φιλοσοφική θεώρηση του θανάτου, η παγκόσμια βιβλιογραφία αφθονεί. Στη μελέτη αυτή, το φαινόμενο του θανάτου θα εξεταστεί ως ένα βιολογικό και κοινωνικό γεγονός που συμβαίνει καθημερινά μέσα σε Γενικό Νοσοκομείο, όπως είναι το Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός», με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κοινωνικής, οργανωτικής και λειτουργικής του δομής.

Ο σκοπός της μελέτης αυτής επικεντρώθηκε στη διερεύνηση των παρακάτω προβλημάτων που σχετίζονται:

1) Με τις συνθήκες που επικρατούν στο περιβάλλον του Νοσοκομείου που ο άρρωστος αντιμετωπίζει την τελική φάση της ζωής του.



2) Με τη γενικότερη πολιτική που ακολουθείται στην αντιμετώπιση και κάλυψη των ποικίλων αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου που πεθαίνει καθώς και των συγγενών του που βιώνουν τη μοναδική και ανεπανάληπτη εμπειρία τους.

Για την επίτευξη αυτού του σκοπού πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη στο Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός», η οποία κάλυψε τη χρονική περίοδο 1980 – 1984.

Ο στόχος αυτής της μελέτης δεν αποβλέπει μόνο στην περιγραφή του αριθμού και των βασικών χαρακτηριστικών των ατόμων που πέθαναν κατά την είσοδο ή την παραμονή τους στο Νοσοκομείο. Το ενδιαφέρον της μελέτης εστιάζεται στον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζονται και ικανοποιούνται τα ποικίλα προβλήματα τόσο του αρρώστου που πεθαίνει όσο και των συγγενών του.

## ΜΕΘΟΔΟΣ – ΥΛΙΚΟ

---

Τα στοιχεία που παραθέτουμε στη μελέτη αυτή συγκεντρώθηκαν από το μητρώο καταγραφής των θανάτων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Θεραπευτηρίου «Ο Ευαγγελισμός» και επαληθεύτηκαν από το γενικό μητρώο θανάτων, που υπάρχει στο Λογιστήριο Νοσηλευομένων του Ιδρύματος.

Συγκεκριμένα, οι Διπλωματούχες Αδελφές των Νοσηλευτικών Τμημάτων ή του Εφημερίου υποχρεούνται να δηλώσουν το θάνατο στο Γραφείο Διευθύνουσας Αδελφής.

Στη δήλωση περιλαμβάνονται τα παρακάτω στοιχεία: Ονοματεπώνυμο νεκρού, ηλικία, αιτία θανάτου, ώρα θανάτου, κλινική και Νοσηλευτικό τμήμα που ανήκε ο νεκρός, ασφαλιστικός φορέας και εάν παραβρίσκονταν ή όχι συγγενείς κατά την ώρα του θανάτου του ασθενούς. Στη συνέχεια ο θάνατος καταγράφεται στο Εσπερινό Δελτίο του αντίστοιχου Νοσηλευτικού Τμήματος ή του Εφημερίου.

Τα άτομα που πέθαναν κατά την είσοδο ή την παραμονή τους στο Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός», στη χρονική περίοδο 1980 – 1984, απετέλεσαν το υλικό αυτής της μελέτης.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

---

Από τη μελέτη του πίνακα 1 προκύπτει ότι, αν και υπάρχει κάποια αυξομείωση στον αριθμό των εξελθόντων αρρώστων μέσα στην πενταετία, η εξέλιξη του δείκτη των θανάτων στην αντίστοιχη χρονική περίοδο αυξάνει σταθερά και για τα δύο φύλα.

Συγκεκριμένα, από τον αριθμό των εξερχομένων αρρώστων του 1980 στο Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός», ο δείκτης θανάτων των ανδρών ήταν 3,48% και των γυναικών 2,29%, ενώ οι θάνατοι του 1984 έφτασαν σε 4,46% και 3,24% αντιστοίχως. Όπως δείχνει ο πίνακας 2, ως προς την ηλικία, η



**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.** Αποβιώσαντες ασθενείς στο Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός» στα έτη 1980 – 1984

Χρόνος	Εθελοντές ασθενείς		Από αυτούς απεβίωσαν				Επί τοις %	
	Σύνολο	Γ	Σύνολο	Απόλυτοι αριθμοί		Α	Γ	
				Α	Γ			
1980	31.670		1.827	1.103	727	3,38	2,29	
1981	27.063		1.706	1.099	607	3,97	2,19	
1982	26.056		1.869	1.080	779	3,97	2,91	
1983	26.589		2.031	1.167	864	4,27	3,16	
1984	32.134		2.528	1.469	1.059	4,46	3,21	

A = Άνδρες  
Γ = Γυναίκες

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.** Θάνατοι κατά ομάδες ηλικιών στο Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός» στα έτη 1980 – 1984.

**ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ**

Χρόνος	Σύνολο θανάτων	ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ										100 – 109	Ακαθόριστα
		0 – 9	10 – 19	20 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 69	70 – 79	80 – 89	90 – 99		
1980	1.827	8	14	47	56	101	230	379	540	240	58	1	153
1981	1.706	11	14	37	55	107	241	403	471	253	50	1	57
1982	1.869	9	26	48	58	99	229	391	496	288	48	6	151
1983	2.031	8	14	31	71	99	290	398	633	369	55	4	59
1984	2.528	8	25	69	67	138	318	527	791	429	6	3	147



μεγαλύτερη συχνότητα των θανάτων παρουσιάστηκε στην τρίτη ηλικία και ιδιαίτερα στην ομάδα ηλικιών 70 – 79 ετών.

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα 3, η μεγαλύτερη συχνότητα των θανάτων συνέβη στο εσπερινό ωράριο εργασίας 3 – 11, ενώ στον πίνακα 4 τα άτομα που προσήλθαν νεκρά ή που πέθαναν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, προτού ακόμη εισαχθούν στο Νοσοκομείο, παρουσίασαν σημαντική αύξηση, ιδιαίτερα κατά τα δύο τελευταία χρόνια.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.** Κατανομή θανάτων κατά ωράρια εργασίας στο Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός» στα έτη 1980 – 1984

	Σύνολο θανάτων	Ωράρια εργασίας			Ακαθόριστα
		7 – 3	3 – 11	11 – 7	
1980	1.827	493	696	476	162
1981	1.706	525	644	393	144
1982	1.869	613	639	565	52
1983	2.031	689	714	615	13
1984	2.528	794	815	799	120

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4.** Άτομα που προσήλθαν νεκρά ή απεβίωσαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Θεραπευτηρίου «Ο Ευαγγελισμός» στα έτη 1980 – 1984

Χρόνος	Κατά την ημέρα	Κατά τη νύκτα	Σύνολο
1980	198	69	267
1981	160	67	227
1982	186	75	261
1983	239	76	315
1984	260	94	354

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τη μελέτη των πινάκων προκύπτει ότι ο δείκτης θνησιμότητας αυξήθηκε σταθερά μέσα στην πενταετία και για τα δύο φύλα.

Η επικράτηση των θανάτων των ανδρών από δημογραφικής απόγερως εξασφαλίζει την ισορροπία των δύο φύλων, δεδομένου, ότι κατά τη γέννηση τα αγόρια υπερτερούν των κοριτσιών και υπολογίζονται σε 106 προς 100 κορίτσια αντιστοίχως<sup>13</sup>.



Στη μελέτη αυτή, η αύξηση του δείκτη θνησιμότητας παρουσιάζει ενδιαφέρον σε σχέση με την αύξηση της βαρύτητας της κατάστασης των αρρώστων που νοσηλεύονται στο Θεραπευτήριο. Η αρχιτεκτονική, οργανωτική και λειτουργική δομή του συγκεκριμένου Νοσοκομείου είναι έτσι σχεδιασμένη, ώστε να καλύπτει τις ανάγκες των αρρώστων που καταφεύγουν σ' αυτό, μετά από ένα παθολογικό ή χειρουργικό επεισόδιο και να επιστρέφουν σε μεγάλη αναλογία στην ενεργό τους ζωή.

Συνεπώς, η συνάφεια αυτού του είδους των αρρώστων με εκείνους που βρίσκονται στην τελική φάση της ζωής τους δημιουργεί λειτουργικά προβλήματα, δεδομένου ότι οι ανάγκες τους για σύνδεση, προσωπική, εξατομικευμένη και ποιοτικά βελτιωμένη φροντίδα είναι αυξημένη<sup>14,15</sup>.

Τα δεδομένα του πίνακα 2 δείχνουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των θανάτων ανήκει στην τρίτη ηλικία. Πολλά από τα άτομα της ομάδας αυτής αποκομμένα από το συγγενικό και τον ευρύτερο κοινωνικό τους περίγυρο, είτε ζουν μαζί με την «πυρηνική» οικογένεια, είτε μόνα τους, παρουσιάζουν, εκτός από τις φυσικές και βιολογικές τους ανάγκες, πληθώρα κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων<sup>16</sup>. Πολλές φορές, η έλλειψη κατανόησης, αγάπης και στοργής, προδιαθέτει τη μοναξιά και την απόσυρση του ηλικιωμένου. Όταν μάλιστα το γήρας συνδυάζεται και με αρρώστια, το αποτέλεσμα είναι η απόλυτη εξάρτηση του ηλικιωμένου<sup>17</sup>.

Είναι γεγονός, ότι οι μεταβλητές αυτές μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά το περιβάλλον του αρρώστου που πεθαίνει. Στη μελέτη όμως αυτή θα εξεταστούν οι αρνητικοί παράγοντες που προέρχονται από το χώρο του Νοσοκομείου και μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά το περιβάλλον του αρρώστου.

Φυσικά, η ευθύνη δεν μπορεί να αποδοθεί μόνο στον διαφορετικό προσανατολισμό του Νοσοκομείου. Η στάση και οι αξίες του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στον άρρωστο που βρίσκεται στην τελική φάση της ζωής του<sup>18</sup>.

Αναφορικά, με τις συνθήκες που επικρατούν στο περιβάλλον του Νοσοκομείου που ο άρρωστος πεθαίνει, η περιγραφή της Kübler – Ross εκφράζει καθολικότερο χαρακτήρα, χωρίς φυσικά να αποκλείονται και οι εξαιρέσεις. Θα επιχειρήσουμε τη μετάφραση της σχετικής παραγράφου, έτσι όπως έχει διατυπωθεί από την Kübler – Ross στο βιβλίο της «On death and dying».

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



Στην προκειμένη περίπτωση ο θάνατος αντιμετωπίζεται σαν ένα κλινικό φαινόμενο και λιγότερο σαν ένα ανθρώπινο γεγονός.

Αυτή την αυξανόμενη μηχανική και απροσωποποιημένη προσέγγιση του αρρώστου, η Kübler – Ross την ερμηνεύει ως ένα τρόπο κινητοποίησης του μηχανισμού της δικής μας άμυνας να δεχτούμε την έλλειψη της παντοδυναμίας μας, τους περιορισμούς και την αποτυχία μας και, τέλος, την άρνηση του επερχόμενου θανάτου του αρρώστου, που στην τελική ανάλυση μας δυμίζει και τον δικό μας το θάνατο<sup>19</sup>.

Η ξεκαθαρισμένη στάση της Αδελφής απέναντι στο θάνατο και τα αισθήματά της για τον άρρωστο που πεθαίνει, θα παίξουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη θετικού διαπροσωπικού κλίματος, που διευκολύνει την επικοινωνία, ενθαρρύνει την αυτοέκφραση και προάγει τη συμφιλίωση του αρρώστου με το θάνατο<sup>20</sup>.

Ανάμεσα στα επαγγέλματα υγείας, η Αδελφή και ο Γιατρός ζουν πιο κοντά τις ψυχολογικές αντιδράσεις του αρρώστου που πεθαίνει και βιώνουν στιγμές συναισθηματικής φόρτισης. Ακόμη, όπου το ενδιαφέρον της ιατρικής σταματάει, η Νοσηλευτική συνεχίζει να προσφέρει φυσική άνεση, κατανόηση, αγάπη<sup>21</sup>, μέχρις ότου οι ψυχολογικοί μηχανισμοί που κινητοποιεί ο άρρωστος καταλήξουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα της αποκατάστασης, της παραδοχής και της ολοκλήρωσης της εμπειρίας όπως περιγράφονται από τους παρακάτω συγγραφείς<sup>22</sup>.

<i>Engle</i>	1.	Shock and disbelief	Σοκ και δυσπιστία
	2.	Developing awareness of loss	Συναίσθηση της απώλειας
	3.	Restitution	Αποκατάσταση
<i>Kübler – Ross</i>	1.	Denial	Άρνηση
	2.	Anger	Θυμός
	3.	Bargaining	Διαπραγμάτευση
	4.	Depression	Αθυμία
	5.	Acceptance	Παραδοχή
<i>Gullo et al</i>	1.	Shock	Σοκ
	2.	Anger	Θυμός
	3.	Grief	Λύπη
	4.	Bargaining	Διαπραγμάτευση
	5.	Uncertainty	Αβεβαιότητα
	6.	Renewal and rebuilding	Ανανέωση – αποκατάσταση
	7.	Integration of experience	Ολοκλήρωση της εμπειρίας

Βέβαια, για να μπορεί η ιατρο – νοσηλευτική προσέγγιση να αντιληφθεί και αξιολογήσει όλα τα μηνύματα που εκπέμπονται από τις διάφορες φάσεις που διέρχεται ο άρρωστος, θα πρέπει να υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις που θα εξασφαλίσουν την υποδομή. Οι κυριότερες προϋποθέσεις που εξασφαλίζουν αυτή την υποδομή συνογίζονται παρακάτω.

1) Η ποσοτική και ποιοτική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να παρέχεται εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο.



2) Η συλλογική αντιμετώπιση των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου που πεθαίνει και των συγγενών του, από οργανωμένη διεπιστημονική ενδονοσοκομειακή ομάδα.

3) Η εισαγωγή ειδικών προγραμμάτων στη Βασική και Μεταβατική Εκπαίδευση του ιατρο – νοσηλευτικού προσωπικού, με γνωστικό αντικείμενο το θάνατο και τον άρρωστο που πεθαίνει<sup>23</sup>.

4) Η καδιέρωση ειδικών προγραμμάτων στα πλαίσια μιας ευρύτερης Κοινωνικής Πολιτικής, με προοπτική τη δημιουργία Ειδικών Ιδρυμάτων, όπως τα "Hospices" (Ξενώνες) ή ακόμη ειδικά τμήματα μέσα σε Γενικά Νοσοκομεία κατάλληλα εξοπλισμένα και στελεχωμένα με ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό για τη φροντίδα αυτών των αρρώστων<sup>24</sup> και

5) Η καδιέρωση Ομάδας από ειδικούς όπως "Continuing Care Team" (Ομάδα Συνεχούς Φροντίδας), που θα βασίζεται στα παραπάνω Ιδρύματα και θα στοχεύει στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στους συγγενείς του αρρώστου πριν, κατά και παρακολούθηση μετά το θάνατο του αρρώστου (follow up) τουλάχιστο για ένα χρόνο, ώστε να βοηθηθούν τα άτομα αυτά να ξαναβρούν τον κανονικό ρυθμό της ζωής τους<sup>25</sup>.

Αναφορικά με το δεσμό των "Hospices" τα τελευταία χρόνια γίνεται όλο και περισσότερο δημοφιλής, τόσο στην Αμερική, όσο και στην Αγγλία που εισήγαγε αυτό το δεσμό. Βέβαια δεν πρόκειται για κάποια νεωτεριστική ιδέα. Σύμφωνα με την παράδοση "Hospice" σημαίνει Ξενώνας, δηλαδή, μια πόρτα ανοιχτή που προσφέρει φιλοξενία στους ταξιδιώτες. Η σύγχρονη αντίληψη των «Ξενώνων» αγκαλιάζει την έννοια της φιλοξενίας του παραδοσιακού ταξιδιώτη, συγχρόνως διατηρεί την έννοια της φροντίδας στους αρρώστους που βρίσκονται στα τελικά στάδια της ζωής τους. Ο βασικός τους σκοπός είναι ο έλεγχος του πόνου και η επιδίωξη της φυσικής και ψυχικής άνεσης του αρρώστου, με στόχο την εξασφάλιση αξιοπρεπούς και ειρηνικού θανάτου<sup>26</sup>. Πρέπει να σημειωθεί, ότι η καδιέρωση αυτού του δεσμού ενδέχεται να παρουσιάσει και την αρνητική του πλευρά. Ο άρρωστος που εισάγεται σ' αυτά τα ιδρύματα γνωρίζει ότι έχει εγκαταλειφθεί κάθε ελπίδα διάσωσης της ζωής του. Το φάσμα του επερχόμενου θανάτου, σε συνδυασμό με τα αισθήματα φόβου, μοναξιάς και ενδεχόμενης εγκατάλειψης, τον απειλούν καθημερινά με συνέπεια να πολλαπλασιάζονται τα ψυχολογικά του προβλήματα<sup>27</sup>.

Βέβαια, στα σύγχρονα συστήματα παροχής υγείας, η εισαγωγή του δεσμού των "Hospices" κερδίζει συνεχώς έδαφος· παράλληλα η βιβλιογραφία των τελευταίων χρόνων διαγράφεται ενθαρρυντική<sup>28</sup>.

Όμως, παρά το γεγονός ότι το Νοσοκομείο παρουσιάζει σοβαρά μειονεκτήματα, οι άρρωστοι το προτιμούν, επειδή ενθαρρύνει και τροφοδοτεί την ελπίδα, για πιθανή βελτίωση της υγείας τους<sup>29</sup>. Δεν υπάρχει αμφιβολία, ότι η ιατρική και η νοσοκομειακή τεχνολογία προάγει το αίσθημα σιγουριάς και ασφάλειας του αρρώστου προς το Νοσοκομείο.

Βέβαια, όταν ο άρρωστος αντιμετωπίζει το θάνατο στο σπίτι του πλαισιωμένος από τη θαλπωρή και την αγάπη του οικογενειακού του περιβάλλοντος, η αντιμετώπιση του θανάτου μπορεί να είναι λιγότερο οδυνηρή<sup>30</sup>. Αυτό, βέβαια, προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή της Νοσηλευτικής στην Κοινότητα. Δηλαδή, τη νοσηλεία στο σπίτι σε 24ωρη βάση.

Η εξήγηση που δίνεται στη βιβλιογραφία σχετικά με τα δεδομένα του πίνακα 3, ότι οι περισσότεροι θάνατοι συμβαίνουν στο εσπερινό και νυκτερινό ωράριο εργα-



σίας είναι η εξής: Κατά το πρωινό ωράριο, ο άρρωστος είναι απασχολημένος με διάφορες νοσηλευτικές δραστηριότητες, όπως ατομική υγιεινή, ιατρικές επισκέψεις κ.ά., ενώ στο εσπερινό ωράριο οι δραστηριότητες περιορίζονται, οι άρρωστοι ηρεμούν, για να παραδοθούν στον ατελείωτο ύπνο...<sup>31</sup>.

Στον πίνακα 4, η αύξηση των θανάτων που σημειώνονται στα δύο τελευταία χρόνια οφείλονται σε κάποιο βαθμό στη σύγχρονη αύξηση των εφημεριών του Νοσοκομείου. Η μελέτη του πίνακα 4 παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, δεδομένου ότι τα άτομα που προσέρχονται νεκρά ή καταλήγουν στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα. Χαρακτηριστικά των θανάτων αυτών είναι ο ανύποπτος, αιφνίδιος και μερικές φορές σκόπιμος θάνατος.

Οι καρδιακές ανακοπές, τα τροχαία και επαγγελματικά ατυχήματα, οι αυτοκτονίες, τα εγκλήματα κ.ά. κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς τους θανάτους. Ενώ, ο γνωστός εχθρός τους ανθρώπου τα μικρόβια και η φυσική φθορά έχουν τη μικρότερη συμμετοχή.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις, η πιστοποίηση του θανάτου είναι η μόνη ιατρο – νοσηλευτική παρέμβαση. Ο νεκρός μεταφέρεται στο Δημόσιο Νεκροτομείο στερημένος κι αυτής της μεταθανάτιας φροντίδας<sup>32</sup>. Το ενδιαφέρον της Νοσηλευτικής μετακινείται στους συγγενείς του νεκρού, που τις περισσότερες φορές καταφθάνουν στο Νοσοκομείο κάτω από οδυνηρό stress ή φορτισμένοι συναισθηματικά από το ανεπιθύμητο γεγονός συμπεριφέρονται εχθρικά σ' αυτούς που άπλωσαν το χέρι για βοήθεια<sup>33</sup>.

Τα άτομα αυτά, σχεδόν στο σύνολό τους κατέχονται από αμηχανία, σύγχυση, μέχρι αποδιοργάνωση της προσωπικότητάς τους. Στην προκειμένη περίπτωση η παρέμβαση της Ομάδας είναι σημαντική, δοθέντος ότι τα άτομα αυτά περνούν τη μεγαλύτερη κρίση της ζωής τους<sup>34</sup>. Πιθανόν, η εκδήλωση της έντονης συναισθηματικής ευαισθησίας να σχετίζεται με τη Μεσογειακή μας καταγωγή και τα χαρακτηριστικά του λαού μας.

Πάντως, στο σχεδιασμό του Νοσοκομείου πρέπει να προβλέπεται κάποιος χώρος που θα δίνει τη δυνατότητα στους πονεμένους συγγενείς να εκτονωθούν, χωρίς να παραβλάπεται η ομαλή λειτουργία του Νοσοκομείου.

Συμπερασματικά, πρέπει να τονιστεί, ότι η προσφορά εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, που δικαιούται να έχει ο άρρωστος που πεθαίνει, δεν πρέπει να επικεντρωθεί μόνο στα Ειδικά Ιδρύματα, τον πολυδάπανο εξοπλισμό και τις ειδικές γνώσεις και δεξιότητες του προσωπικού<sup>35</sup>. Καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα της φροντίδας παίζει η στάση του προσωπικού απέναντι στο θάνατο και τον άρρωστο που πεθαίνει.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Knight M, Field D**: A silent conspiracy: Coping with dying cancer patient on an acute surgical ward. *Journal of Advanced Nursing* Vol 7 No 3, p 221, 1981
2. **Eliopoulos Ch**: *Geriatric Nursing*. London, p 320, 1979
3. **Gioiella E, Bevil CA**: *Nursing Care of the aging client promotion health adaptation*. USA Ap, – Co, – Crofts/NorthWalk Co, p 543, 1985
4. **Qvarnstron UI**: Patients reactions to impending Death. *International Nursing Review*, Vol 26, No 4, p 171, 1979
5. **Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας**, 1981
6. **Cartwright A, Hockey L**: *Life before death*. London, p1169, 1978
7. **Hacking M**: *Dying and Bereavement*. *Nursing*, Vol 27, p 1168, 1981



8. **Saunters B:** The Terminal Care Support Team. *Nursing*, Vol 15, p 657, 1982
9. **Baber M:** Nursing care and interpersonal relationships. *Archives of the Thanatology*, Vol 3, No 4, p 30, 1971
10. **Δοντάς Σ:** Ο Θάνατος του ηλικιωμένου, *Materia Medica Greca*, τόμ 5, No 4, σ 385.
11. **Judith A:** Domiciliary Care of the terminally ill. Paper presented at the ICN 18th Quadrennial Congress, Tel Aviv, June 1985
12. **Perrolaz L, Mollica M:** Public knowledge of hospice care. *Nursing Outlook*, Vol 29, No 1, p 20, 1981
13. **Βασιλειάδης Π:** Μαθήματα Υγιεινής και Επιδημιολογίας. Αθήνα 1971, Παρισιά-νος Γ, σ 444
14. **Rines A, Montag M:** *Nursing concepts and Nursing Care USA*. A Willey Biomedical Pub, p 145, 1976
15. **Craytor JO:** Talking with persons who have cancer. *American Journal of Nursing*, Vol 69, No 4, p 744, 1969
16. **Sysenski A:** Towards a peaceful end. *Nursing Mirror*, Vol 148, No 1, p 40, 1979
17. **Donang E:** A VNA – Organized Hospice Volunteer Program. *Nursing Outlook* Vol 29, No 3, p 23, 1981
18. **Schowalter J:** Death and the Pediatric Nurse. *Journal of Thanatology*, Vol 1, No 2, p 17, 1971
19. **Kübler – Ross E:** *On Death and Dying*. New York. The Mac, Co, 1970
20. **Scharp D:** Lesson from a dying patient. *American Journal of Nursing*, Vol 68 No 7, p 1517, 1968
21. **Λανάρα Β:** Ο άρρωστος που πεθαίνει. *Νοσηλευτική*, τευχ 94, σ 29, 1983
22. **Kneisi C:** Thoughtful care for the dying. *American Journal of Nursing*, Vol 68, No 3, p 550, 1968
23. **Field D:** We didn't want him to die on his own: nurses' accounts on nursing dying patients. *Journal of advanced Nursing*, Vol 9, No 3, p 59, 1984
24. **Ingles Th:** St Christopher's Hospice. *Nursing Outlook*, Vol 22, No 12, p 759, 1974
25. **Widner C, Brill R, Schlosser A:** Home care services and cost. *Nursing Outlook*, Vol 26, No 8, p 493, 1978
26. **Lamerton R:** Going deeper into care of the dying. *Nursing Mirror*, Vol 144, No 9, p 64, 1977
27. **Wentzel K:** The Dyings are the Livings. *American Journal of Nursing*, Vol 76, No 6, p 956, 1976
28. **Anderson S, Bauvens El:** *Chronic Health Problems. Concepts and Applications*, USA, CV Mosby Co, 1981
29. **Boland M:** Care of the dying patient in intensive care areas. *Nursing Mirror*, Vol 145, No 3, p 20, 1977
30. **Clark Is:** Time to be home with the family. *Nursing Mirror*, Vol 148, No 9, p 36, 1979
31. **Walker M:** The last hour before death. *American Journal of Nursing*, Vol 73, No 9, p 1592
32. **Pennington E:** Postmortem care more than ritual. *American Journal of Nursing*, Vol 78, No 5, p 46, 1978
33. **Quint J:** Obstacles to helping the Dying. *American Journal of Nursing*, Vol 66, No 7, p 1568, 1966
34. **Abrams R:** When death does us part. *American Journal of Nursing*, Vol 83, No 1, p 90, 1983
35. **Lewis F:** A time to live and a time to die: An instructional drama. *Nursing Outlook*, Vol 25, No 12, p 762, 1977