

Νοσηλευτική Φροντίδα σε Ασθενείς Διαφορετικής Πολιτισμικής Προέλευσης σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Μαρία Καλαφάτη,¹ Δήμητρα Παϊκοπούλου²

Transcultural Nursing Care

Abstract at the end of the article

¹Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, Ειδικό Τεχνικό Εργαστηριακό Προσωπικό (ΕΤΕΠ), Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, Εκπαιδευτικός Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Αθήνα

Τμήμα Νοσηλευτικής,
Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Υποβλήθηκε: 2.7.2010
Επανυποβλήθηκε: 10.11.2010
Εγκρίθηκε: 15.11.2010

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:
Μαρία Καλαφάτη
Ανδρούτσου 20, 143 42 Ν. Φιλαδέλφεια
Τηλ.: 210 74 61 486
e-mail: maria.kalafati@gmail.com

Εισαγωγή: Η κατάλληλη ολιστική φροντίδα προϋποθέτει αναγνώριση και αποδοχή της κουλτούρας του ασθενούς, της εθνικότητας και της φυλής του. Οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν και τη γνώση και τη δεξιότητα να αναγνωρίζουν την πολιτισμική ταυτότητα του ασθενούς και να την ενσωματώνουν στην καθημερινή πρακτική. **Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν ο προσδιορισμός των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), παρέχοντας φροντίδα σε έναν αυξανόμενο πολυπολιτισμικό πληθυσμό. **Υλικό-Μέθοδος:** Τα άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν, αφορούσαν στα έτη από 1994–2010 και προήλθαν από τις βάσεις δεδομένων PubMed, CINAHL, Medline, Google, Wikipedia και IMEPO. Επίσης, αναζητήθηκαν σχετικά άρθρα σε βιβλιοθήκες ακαδημαϊκών ιδρυμάτων. Τα κριτήρια για τη χρησιμοποίηση μιας βιβλιογραφικής αναφοράς περιελάμβαναν: Αναφορά σε ασθενείς ηλικίας > 16 ετών, αναφορά σε ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από βαριά ή μη ιάσιμα νοσήματα (εκτός των ογκολογικών), που χρήζουν εντατικής ή επείγουσας νοσηλείας και εμφανίζουν θρησκευτικές, πολιτισμικές, εθνικές και φυλετικές διαφοροποιήσεις. Δεν ελήφθησαν υπόψη δευτερεύοντα πολιτισμικά χαρακτηριστικά, όπως το μορφωτικό ή το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τα πολιτικά πιστεύω, η οικογενειακή κατάσταση, ο οικογενειακός προγραμματισμός και οι λόγοι μετανάστευσης. **Αποτελέσματα:** Η διεθνής βιβλιογραφία έχει επικεντρωθεί σε τέσσερα ζητήματα τα οποία συναντούν οι νοσηλευτές ΜΕΘ, όταν έχουν να φροντίσουν ασθενείς που διαφέρουν πολιτισμικά. Αυτά τα ζητήματα είναι (α) η επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένειά του, που δυσχεραίνεται λόγω των πολιτισμικών διαφορών στη λεκτική ή τη μη λεκτική επικοινωνία, στην ανακοίνωση σε αυτούς των δυσάρεστων νέων και στον τρόπο που αυτοί εκφράζουν τα συναισθήματά τους, (β) η λήψη αποφάσεων που αφορά είτε στον ίδιο τον ασθενή ή και στην οικογένειά του ή και στο θεράποντα ιατρό, (γ) η αυτονομία και ο αυτοπροσδιορισμός του ασθενούς που καθορίζονται από σχετικά νομικά έγγραφα και αφορούν σε θέματα, όπως είναι η εντολή «μη ανάνηψης», η δωρεά οργάνων και η ευθανασία και (δ) η περιθανάτια φροντίδα, που καθορίζεται από τις θρησκευτικές και τις πολιτισμικές πεποιθήσεις του ασθενούς και της οικογένειάς του και πρέπει να γίνεται απόλυτα σεβαστή από

τους νοσηλευτές ΜΕΘ χωρίς προσωπικές παρεμβάσεις ή πιστεύω σχετικά με το θάνατο και τη φροντίδα του νεκρού σώματος. **Συμπεράσματα:** Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν τον τρόπο που θα προσφέρουν τη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς της ΜΕΘ με πολιτισμικές διαφορές. Οφείλουν να αναπτύξουν γνώσεις, δεξιότητες και πρακτικές με σεβασμό στην κουλτούρα, με οικουμενική αντίληψη και διαπολιτισμική φιλοσοφία.

Λέξεις ευρετηρίου: Αυτονομία, διαπολιτισμική φροντίδα υγείας, επικοινωνία, λήψη αποφάσεων, ΜΕΘ, περιθανάτια φροντίδα

Εισαγωγή

Η Ελλάδα, τις τελευταίες δεκαετίες έχει δεχθεί μεταναστευτικό πληθυσμό από όλο τον κόσμο. Μέχρι το 2004, ο αλλοδαπός πληθυσμός από χώρες της Ευρώπης ή μη, μαζί με τους παλινοστούντες Έλληνες ομογενείς ανέρχονταν σε 1,15 εκατομμύρια, δηλαδή περίπου στο 10,3% του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Το 56% του συνόλου των μεταναστών αλλοδαπών είναι Αλβανοί, ενώ η πλειοψηφία των μεταναστών βρίσκονται στην Ελλάδα για λόγους εργασίας (80%).¹

Η θρησκεία είναι ένα τυποποιημένο σύστημα πίστης και λατρείας και ορίζεται ως «σύνολο πεποιθήσεων, αξιών και πρακτικών που βασίζονται στις διδασκαλίες ενός πνευματικού ηγέτη». ² Πολλά μυστήρια όπως η ζωή και ο θάνατος, η υγεία και η ασθένεια, ο πόνος και η δυστυχία, σχετίζονται με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις. Όταν εμφανίζονται, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις μπορεί να αμφισβητηθούν, να απορριφθούν ή να ισχυροποιηθούν.^{3,4} Οι κάτοικοι της Ελλάδας, σε ποσοστό 98% είναι Χριστιανοί διαφόρων δογμάτων (Ορθόδοξοι, Καθολικοί, Προτεστάντες, Μάρτυρες του Ιεχωβά, Παλαισημερολόγιτες, Ευαγγελικοί, Πεντηκοστιανοί, Κουάκεροι και Μορμόνοι), ενώ υπάρχει εβραϊκή κοινότητα και μουσουλμανική μειονότητα (Πομάκοι και Ρομά, κυρίως της Δυτικής Θράκης). Εκτός από τους παραπάνω, υπάρχουν ακόμη σε μικρότερους αριθμούς πιστοί Μπαχάι, Hare Krishna, καθώς και πιστοί της αρχαίας ελληνικής θρησκείας και της Σαϊεντολογίας.⁵

Ενώ η κοινωνία έχει καταστεί πολυπολιτισμική, δηλαδή διαφορετικές ομάδες εθνικότητων και θρησκειών αποτελούν μέρος της ίδιας κοινωνίας, αυξημένη εμφανίζεται η ανάγκη για τους επαγγελματίες υγείας να ενημερώνονται σχετικά με τις διαφορετικές κουλτούρες για να μπορούν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες αυτών των ανθρώπων κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.⁶

Κουλτούρα είναι ένα ολοκληρωμένο δυναμικό σύστημα αξιών, πιστεύω και πρακτικών, που μορφοποιούνται από

τις αλληλεπιδράσεις των αντιλήψεων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.⁷ Το εν λόγω δυναμικό σύστημα αναφέρεται σε υλιστικά στοιχεία όπως είναι η διατροφή, η ένδυση ή οι τελετουργικές πρακτικές, ή σε μη υλιστικά στοιχεία όπως είναι η γλώσσα, οι κοινωνικοί, οι πολιτικοί και οι οικογενειακοί θεσμοί.⁸

Η εθνικότητα αναφέρεται στον τρόπο κοινωνικής ομαδοποίησης ατόμων με κοινή φυλετική, ιστορική και γεωπολιτική ταυτότητα ή ατόμων που μοιράζονται ίδιες πολιτιστικές καταβολές (λογοτεχνία, μουσική, λαϊκές παραδόσεις). Αν και είναι αλληλένδετες έννοιες, η κουλτούρα και η εθνικότητα είναι εννοιολογικά διακριτές.² Ο Barth⁹ υποστηρίζει ότι «αν η εθνικότητα είναι η κοινωνική οργάνωση της πολιτιστικής διαφοροποίησης, θα πρέπει να κατανοήσουμε την κουλτούρα πρώτα, για να μπορέσουμε στη συνέχεια να κατανοήσουμε την εθνικότητα».⁹

Οι ανθρωπολόγοι υποστηρίζουν ότι η φυλή είναι υποκειμενική και ότι οι φυλετικές κατηγορίες χρησιμοποιούνται ως ασαφή υποκατάστατα μέτρησης των βιολογικών ή των γενετικών διαφορών ανάμεσα στους πληθυσμούς. Η κοινωνία όμως εμμένει σθεναρά στη διάκριση ορατών σωματικών διαφορών και αντιμετωπίζει τη φυλή ως ένα κατηγορικό αντικειμενικό γεγονός.¹⁰ Έτσι, ως φυλή ορίζεται «ο βιολογικός τρόπος κατηγοριοποίησης των ανθρώπων που βασίζεται σε σωματικά χαρακτηριστικά, όπως το χρώμα, η υφή του δέρματος, τα χαρακτηριστικά του προσώπου και οι αναλογίες του σώματος». Αν και μέσα από τους αιώνες προέκυψε ανάμειξη των φυσικών χαρακτηριστικών, τις τρεις μεγαλύτερες φυλές αποτελούν οι Καυκάσιοι, οι Νέγροι και οι Μογγόλοι.⁴

Οι πολυπολιτισμικές κοινωνίες αποτελούνται από διάφορους τύπους εθνικών μειονοτήτων, που είναι είτε μετανάστες και οι απόγονοί τους, είτε ιθαγενείς και οι απόγονοί τους. Μια μειονότητα έχει συνήθως κάποιο φυσικό ή πολιτισμικό χαρακτηριστικό –όπως το γένος-τη φυλή, τα θρησκευτικά πιστεύω ή το επάγγελμα– το οποίο διαφοροποιεί τα μέλη της μέσα στην κουλτούρα.¹¹ Οι μειονότητες και οι εθνικές ομάδες προστατεύονται από

τα ανθρώπινα δικαιώματα κι έτσι έχουν το δικαίωμα να διατηρούν την πολιτιστική τους ταυτότητα, τις πρακτικές της θρησκείας τους και τη χρήση της γλώσσας τους.^{11,12} Η ελληνική νομοθεσία υποστηρίζει τα ίσα δικαιώματα και γι' αυτό οι μετανάστες και όσοι ζητούν άσυλο έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στην παροχή ιατρικής φροντίδας και θεραπείας.¹³

Η κατάλληλη ολιστική φροντίδα προϋποθέτει αναγνώριση και αποδοχή της κουλτούρας του άλλου, της εθνικότητας και της φυλής του. Σύμφωνα με το μοντέλο των Papadopoulos et al,¹⁴ οι νοσηλευτές για να είναι εν δυνάμει πολιτισμικά ικανοί πρέπει να αποκτήσουν τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά: πολιτισμική επαγρύπνηση, πολιτισμική γνώση-κατανόηση, πολιτισμική ευαισθησία και πολιτισμική επάρκεια (εικ. 1).

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο προσδιορισμός μέσα από τη βιβλιογραφική διερεύνηση θεμάτων που

αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές, οι οποίοι εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), παρέχοντας φροντίδα σε έναν ολοένα αυξανόμενο πολυπολιτισμικό πληθυσμό. Στόχος ήταν ο προσδιορισμός των παραγόντων που σχετίζονται με τις ιδιαιτερότητες των διαφορετικών πολιτισμών, όσον αφορά στη φροντίδα και η παράθεση προτάσεων για τη διαχείριση των συγκεκριμένων καταστάσεων.

Υλικό και Μέθοδος

Τα ερευνητικά άρθρα και τα άρθρα ανασκόπησης που χρησιμοποιήθηκαν, προήλθαν μετά από ηλεκτρονική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων του PubMed, Cinahl, Medline, Google, Wikipedia και του ΙΜΕΡΟ. Επίσης, αναζητήθηκε βιβλιογραφία σε βιβλιοθήκες ακαδημαϊκών ιδρυμάτων.

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας αφορούσε στην περίοδο 1994–2010 ενώ οι λέξεις ευρετηρίου που χρησιμοποιήθηκαν ήταν “transcultural-nursing”, “ICU-nursing”,



Εικόνα 1. Το μοντέλο των Papadopoulos και Lees για την ανάπτυξη πολιτισμικής επάρκειας (model for developing cultural competence).¹⁴

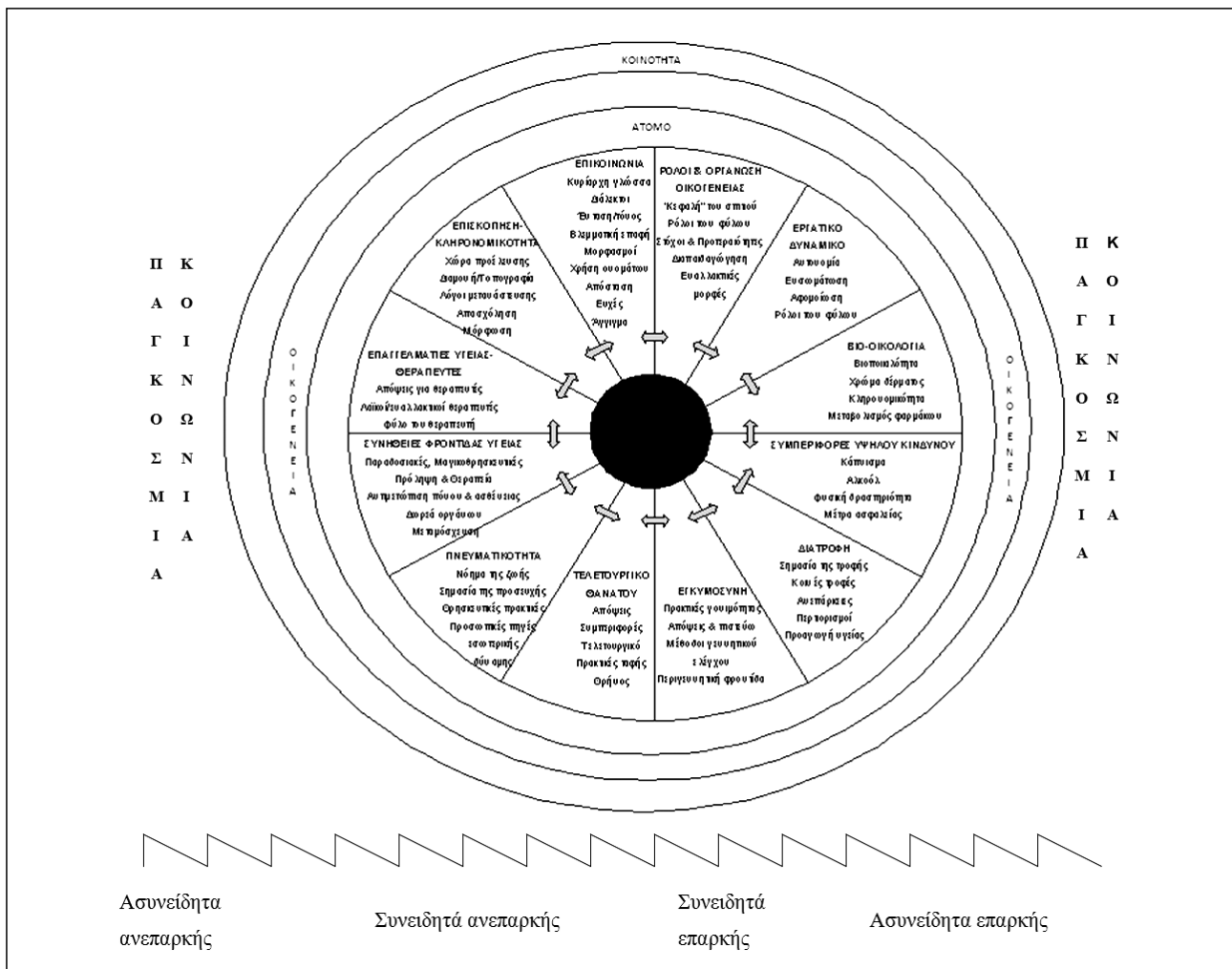
“communication”, “decision-making”, “patient-autonomy”, “end-of-life-care” και συνδυασμοί αυτών.

Από τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ανευρέθησαν 105 άρθρα/κείμενα, από τα οποία ως καταλληλότερα χρησιμοποιήθηκαν τα 60. Κριτήρια για τη χρησιμοποίηση ενός άρθρου ήταν η αναφορά σε ενήλικες ασθενείς (> 16 ετών), η αναφορά σε ασθενείς που πάσχουν από βαριά ή μη ιάσιμα νοσήματα (εκτός των ογκολογικών), που χρήζουν εντατικής ή επείγουσας νοσηλείας και εμφανίζουν θρησκευτικές, πολιτισμικές, εθνικές και φυλετικές διαφορές. Δεν ελήφθησαν υπόψη δευτερεύοντα πολιτισμικά χαρακτηριστικά όπως το μορφωτικό ή το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τα πολιτικά πιστεύω, η οικογενειακή κατάσταση, ο οικογενειακός προγραμματισμός και οι λόγοι μετανάστευσης.¹⁵

Αποτελέσματα

Σε μια διερεύνηση των καθημερινών διαδικασιών στις ΜΕΘ που έγινε από τους Wickstrom and Larsson¹⁶ διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας συνέδεαν την παροχή φροντίδας περισσότερο με την τεχνολογία, θεωρώντας ότι αυτή συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της κατάστασης υγείας των ασθενών.

Αν και οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι η φροντίδα της πνευματικής υγείας είναι βασικό στοιχείο της ποιοτικής ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας, ωστόσο, σπάνια διαχειρίζονται θέματα πνευματικής φύσης και τυπικά αισθάνονται απροετοίμαστοι γι’ αυτό. Ένας λόγος για τη συγκεκριμένη έλλειψη «ετοιμότητας» των νοσηλευτών ΜΕΘ να παρεμβαίνουν σε θέματα που αφορούν στην πνευματικότητα των ασθενών, είναι ότι στη βασική και



Εικόνα 2. Το μοντέλο πολιτισμικής επάρκειας του Purnell.¹⁵

τη συνεχιζόμενη εκπαίδευσή τους έχουν λάβει ελάχιστες πληροφορίες και γνώσεις. Σε μελέτη που έγινε από την McEwen,¹⁷ φάνηκε ότι τα νοσηλευτικά συγγράμματα επείγουσας και εντατικής Νοσηλευτικής ελάχιστο ποσοστό της ύλης (0–0,6%) αφιερώνουν σε θέματα που άπτονται της πνευματικής φροντίδας των ασθενών.

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ, καθώς και οι οικογένειές τους, χρειάζονται βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας για να αντιμετωπίσουν την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Ειδικότερα, οι πολυπολιτισμικές οικογένειες βιώνουν επιπλέον stress, γιατί έρχονται αντιμέτωπες με το ξένο νοσοκομειακό περιβάλλον, που τους επαναφέρει προηγούμενες δυσάρεστες εμπειρίες ως μετανάστες και πρόσφυγες. Ενώ συνήθως δεν πιστεύουν στις δυτικές αξίες περί αυτονομίας των ασθενών και αυτοπροσδιορισμού, έρχονται σε δυσχερή θέση όταν πρέπει να αποφασίσουν σχετικά με τη φροντίδα που λαμβάνουν στις ΜΕΘ. Η γνώση των πολιτισμικών διαφορών είναι σημαντική για τους νοσηλευτές που επιθυμούν να παρέχουν πληροφορίες κατάλληλες και σύμφωνες με την κουλτούρα των ασθενών, έτσι ώστε να τους βοηθήσουν να λάβουν σωστές αποφάσεις.¹⁸

Ο Purnell,¹⁵ αναφερόμενος στην πολιτισμική ικανότητα που θα πρέπει να αναπτύξουν οι επαγγελματίες υγείας, διατύπωσε το Μοντέλο Πολιτισμικής Επάρκειας μέσα στο περιβάλλον της ευρύτερης κοινωνίας, της κοινότητας, της οικογένειας και του ατόμου, εστιάζοντας στη διερεύνηση 12 τομέων που διαφοροποιούν τις κουλτούρες (εικ. 2).¹⁵ Παρόλα αυτά, η διεθνής μελέτη^{12,18–21} που αφορά σε ασθενείς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ, έχει επικεντρωθεί μόνο σε τέσσερις ευρύτερους τομείς: (α) Στην επικοινωνία με τον ασθενή και τους συγγενείς του, (β) στη λήψη αποφάσεων μέσα στην οικογένεια, (γ) στην αυτονομία και τον αυτοπροσδιορισμό του ασθενούς και (δ) στην περιθανάτια φροντίδα.

Επικοινωνία

Υπάρχει μια κοινή τάση να θεωρείται ότι η επικοινωνία είναι συνυφασμένη με την ομιλία, τη συνομιλία, καθώς και τα γραπτά κείμενα. Η μη λεκτική επικοινωνία θεωρείται ως ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιείται η επαφή με τα μάτια, οι χειρονομίες, το άγγιγμα κ.λπ. Όμως επικοινωνούμε και με πολλούς άλλους τρόπους, όπως τα ενδύματα που φοράμε, τα σύμβολα που υιοθετούμε (π.χ. ένας Χριστιανός μπορεί να φορά ένα σταυρό γύρω από το λαιμό του ή ένας Βουδιστής πιθανόν να φορά νήματα στους καρπούς των χεριών του), τις εμφάσεις μας και τις χειρονομίες κατά την ομιλία, τρόποι που μεταβιβάζουν μηνύματα για το ποιο είμαστε.²²

Γλωσσικές διαφορές

Προβλήματα όχι καλής επικοινωνίας και χρήσης της γλώσσας μπορεί να επηρεάσουν τη φροντίδα και τη θεραπεία. Οι «δυσκολίες στην επικοινωνία» επικεντρώνονται στις γλωσσικές διαφορές, γιατί συνήθως οι νοσηλευτές ΜΕΘ αδυνατούν να επικοινωνήσουν λεκτικά με ασθενείς και συγγενείς, που δε μιλούν καθόλου την επίσημη γλώσσα της χώρας, στην οποία νοσηλεύονται ή δεν τη μιλούν πολύ καλά. Η δυσχερής επικοινωνία μπορεί να προκύψει από διαφορές κατά την έννοια των λέξεων ή των φράσεων (λεξικο-σημασιολογικές διαφορές).²³

Όπως αναφέρεται σε μελέτη των Hoyer και Severinson,¹² οι νοσηλευτές ένιωθαν ανασφαλείς όταν χρειαζόταν να λάβουν και να μεταφέρουν πληροφορίες στους ασθενείς και το περιβάλλον τους, χρησιμοποιώντας μεταφραστές ή άλλες πρακτικές και τεχνικές μεθόδους (π.χ. κασετόφωνο με ηχογραφημένες πληροφορίες στην αντίστοιχη γλώσσα). Άλλες φορές, «επιστράτευαν» ένα μέλος της οικογένειας για μεταφραστή, αφού το επείγον της κατάστασης ανάγκαζε αυτούς να αναζητήσουν μια γρήγορη λύση ή υπαλλήλους με την ίδια εθνική/πολιτιστική καταγωγή με την οικογένεια για να βοηθήσουν στη γλωσσική επικοινωνία. Εγείρονται όμως διλήμματα, αν θα πρέπει να χρησιμοποιούν ή όχι για μεταφραστή κάποιο άτομο από το οικογενειακό περιβάλλον, ειδικά μάλιστα όταν πρόκειται να τον ενημερώσουν για μια σοβαρή πρόγνωση ή θεραπεία, γιατί εκφράζονται ισχυρές αμφιβολίες αν μεταφράζονται σωστά όλα όσα λέγονται.^{18–24} Διλήμματα, επίσης, τίθενται όταν χρησιμοποιούνται τα παιδιά των οικογενειών ως μεταφραστές, στην περίπτωση κατά την οποία οι γονείς δεν έχουν ευχέρεια με τη γλώσσα. Όταν χρησιμοποιούνται ως μεταφραστές οι υπάλληλοι του νοσοκομείου, τότε απειλείται η ανωνυμία και το ιατρικό απόρρητο.¹² Ο Nailon²⁵ υποστηρίζει ότι η έλλειψη μεταφραστών και η αδυναμία των νοσηλευτών να συνεργαστούν με τους μεταφραστές, μπορεί να επηρεάσει την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών να συλλέξουν επαρκείς και κατάλληλες πληροφορίες σχετικά με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Διάφορες μελέτες έχουν αναδείξει τη σημασία ύπαρξης διερμηνέων εκπαιδευμένων σε ιατρική ορολογία για την εξασφάλιση αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας.^{26–29}

Οι δυσκολίες επικοινωνίας που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές κατά την παροχή φροντίδας σε διαφορετικές εθνικότητες ασθενών μπορεί να φανεί ως εμπόδιο στην τήρηση φιλόδοξων ιδανικών, όπως της «ολιστικής φροντίδας» και της ανάπτυξης της «θεραπευτικής σχέσης».²³

Ανακοίνωση δυσάρεστων νέων

Όσον αφορά στην ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων παρατηρούνται μεγάλες αποκλίσεις ανάλογα με την πολιτισμική προέλευση των ασθενών.³⁰ Για παράδειγμα, οι Αμερικανοί γενικά έχουν την άποψη ότι οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για την έκβαση της ασθένειάς τους και την πρόγνωση. Όσοι προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σε άλλες μη δυτικές χώρες, συχνά δεν πληροφορούν τους ασθενείς για τη σοβαρότητα της πάθησής τους ούτε για τον επικείμενο θάνατο, θεωρώντας ότι είναι δύσκολο, επιζήμιο και ασεβές να θέσουν το εν λόγω θέμα προς συζήτηση. Οι ιατροί σε μερικές ευρωπαϊκές χώρες αποφεύγουν να ενημερώνουν τους ασθενείς για τη διάγνωση, αν δε συμβουλευτούν πρώτα τους συγγενείς. Αυτό δε φαίνεται ως εξαπάτηση ή λάθος χειρισμός, αλλά, αντίθετα, ως ευαισθησία απέναντι στον ασθενή και ανθρωπιστική πράξη.²¹

Μερικοί ασιατικοί πολιτισμοί προστατεύουν τα μέλη της οικογένειας από την πληροφορία της σοβαρής νόσου ή του επικείμενου θανάτου, πιστεύοντας ότι η αλήθεια «πονάει» και ότι θα «αποδυναμώσει» περισσότερο το αγαπημένο τους πρόσωπο. Αυτοί οι πολιτισμοί ενθαρρύνουν το άτομο να ελπίζει, ακόμη και όταν ο θάνατος είναι πολύ κοντά. Οι Φιλιππινέζοι πιστεύουν ότι η μοίρα του ανθρώπου καθορίζεται από το Θεό, και όχι από το ίδιο το άτομο. Οι λέξεις «θάνατος», «σοβαρή ασθένεια» κ.λπ., συνοδεύονται πάντα με τη «θέληση του Θεού», ενώ οι οικογένειες προστατεύουν τα οικεία πρόσωπα από κάθε συζήτηση σχετική με το θάνατο.²¹

Υπάρχουν τέσσερις βασικοί λόγοι που δικαιολογούν την απόκρυψη των δυσάρεστων νέων στις διάφορες κουλτούρες: (α) Η συζήτηση της σοβαρότητας της ασθένειας είναι «ασεβής» ή «αγενής»,^{31,32} (β) η «ανοικτή» συζήτηση της σοβαρότητας της κατάστασης μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη ή άγχος στον ασθενή, (γ) η άμεση αποκάλυψη μπορεί να μειώσει την ελπίδα και (δ) το να μιλάς δυνατά για μια κατάσταση, ακόμη κι αν είναι υποθετική, μπορεί να κάνει το θάνατο ή τη σοβαρή ασθένεια πραγματικότητα, εξαιτίας της δύναμης του λόγου.^{20,33}

Έκφραση συναισθημάτων – Διαπροσωπικές σχέσεις

Άλλη δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στις σχέσεις τους με τις πολυπολιτισμικές οικογένειες, είναι η ηχηρή έκφραση του πόνου και της θλίψης. Οι νοσηλευτές που δεν είναι εξοικειωμένοι σε αυτές τις εκδηλώσεις αντιμετωπίζουν προβλήματα στην άσκηση του έργου τους.¹²

Η άσκηση του νοσηλευτικού έργου στη ΜΕΘ παρεμποδίζεται από την έλλειψη κατάλληλου χώρου αναμονής για το επισκεπτήριο (πολυπληθείς οικογένειες), από τις

διακοπές κατά την εκτέλεση διαφόρων νοσηλευτικών διαδικασιών με την παρουσία περισσότερων του ενός συγγενών δίπλα στον ασθενή, από την είσοδο μεγάλου αριθμού επισκεπτών, τη μη τήρηση του ωραρίου επισκεπτηρίου και, τέλος, την έλλειψη κατάλληλου χώρου για αποχαιρετισμό του νεκρού. Έτσι, η πίεση στην εργασία προκαλεί στους νοσηλευτές ΜΕΘ αίσθημα ανεπάρκειας ή τους οδηγεί να αντιμετωπίζουν τις πολυπολιτισμικές οικογένειες με τρόπο συμβατικό.^{12,18}

Οι νοσηλεύτριες αισθάνονται πολλές φορές ότι απειλείται η επαγγελματική και η γυναικεία τους υπόσταση από πολυπολιτισμικές οικογένειες με πατριαρχικά πρότυπα. Τις οικογένειες αυτές τις αντιπροσωπεύει πάντα κάποιος άνδρας, με σοβινιστική αντίληψη για τις γυναίκες, που εκδηλώνεται όταν απευθύνεται στις νοσηλεύτριες και τις αντιμετωπίζει σαν να κάνουν εργασία απαξιοτική, υποβιάζοντας το ρόλο τους στην ομάδα υγείας.¹²

Λήψη αποφάσεων

Τα τελευταία 30 χρόνια, το σύστημα βιοηθικής στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) έχει αφαιρέσει από τους ιατρούς τη δικαιοδοσία να λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις εκ μέρους του ασθενούς, ενώ, αντίθετα, υποστηρίζει την αυτονομία του ασθενούς υπό προϋποθέσεις. Αντίθετα, σε άλλες κουλτούρες θεωρείται σωστό να προστατεύεται ο ασθενής από δυνητικά στρεσογόνες πληροφορίες και αποφάσεις. Η λήψη αποφάσεων σε θέματα υγείας είναι συχνά ευθύνη των οικογενειών ή του ιατρού ή μοιράζεται από κοινού στην οικογένεια και τον ιατρό.^{31,34}

Κουλτούρες που δίνουν μεγαλύτερη αξία στην ωφελιμότητα και τη μη βλαπτικότητα σε σχέση με την αυτονομία, έχουν μακρά παράδοση στην οικογενειοκεντρική λήψη αποφάσεων. Σε αυτή τη συλλογική διαδικασία λήψης αποφάσεων, οι συγγενείς συλλέγουν πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση και την πρόγνωση του ασθενούς και λαμβάνουν αποφάσεις για τη θεραπεία, συχνά χωρίς τη συμμετοχή του ασθενούς.³⁵

Σε κάποιες πολιτισμικές οικογένειες, οι αποφάσεις για τη φροντίδα λαμβάνονται είτε από τους άνδρες της οικογένειας είτε από το μεγαλύτερο σε ηλικία μέλος. Στην κορεατική παράδοση, ο μεγαλύτερος υιός εκπροσωπεί τον ασθενή όταν πρόκειται για λήψη σημαντικών αποφάσεων.³⁶ Σε κάποιους άλλους πολιτισμούς, ο ιατρός είναι αυτός που κυρίαρχα λαμβάνει τις αποφάσεις και του αποδίδεται αυθεντία, σεβασμός και ανωτερότητα.³⁷⁻³⁹

Στην ανατολική Ευρώπη, η θεραπεία είναι ιατροκεντρική και η λήψη αποφάσεων πατριαρχική. Στη Ρωσία, ο ιατρός μονομερώς προσδιορίζει το επίπεδο υποστήριξης

της ζωής του ασθενούς.³⁷ Μελέτες σε ΜΕΘ δύο ευρωπαϊκών χωρών έδειξαν ότι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους σπάνια συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, περιλαμβανομένης της εντολής «μη ανάνηψης» και διακοπής ή μη παροχής κάθε θεραπευτικής παρέμβασης.^{40,41}

Στην ασιατική και ειδικότερα στην ινδική και την πακιστανική κουλτούρα, τα μέλη της οικογένειας και οι ιατροί είναι από κοινού υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων. Στο Πακιστάν, οι ιατροί θεωρούνται μέλη της οικογένειας και η σχέση αυτή τους καθιστά υπεύθυνους για τη λήψη αποφάσεων.³⁹

Αυτονομία και αυτοδιάθεση του ασθενούς στη μονάδα εντατικής θεραπείας

Νομικά έγγραφα

Ο καθημερινός καταιγισμός με ειδήσεις, οι οποίες αναφέρονται στις βιοϊατρικές εξελίξεις που παρατείνουν τη ζωή, προκαλεί ανάμικτα αισθήματα δέους, θαυμασμού και απορίας. Η νομοθεσία που αφορά στην «αυτοδιαχείριση και τον αυτοπροσδιορισμό του ασθενούς», καθώς και τα «δικαιώματα και τις ευθύνες του ασθενούς» είναι παράγωγα των δυτικών πολιτισμικών αξιών. Κυρίαρχες πολιτισμικές αξίες σ'ό,τι αφορά στη φροντίδα υγείας είναι το δικαίωμα της αυτονομίας, της αυτοδιαχείρισης, του αυτοπροσδιορισμού και της προσωπικής λήψης αποφάσεων.⁴²

Στην ελληνική κοινωνία έχουν θεσπιστεί νόμοι που αφορούν στην αυτοδιαχείριση του ασθενούς. Το δικαίωμα του ατόμου να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του κατοχυρώνεται στο άρθρο 5, παρ. 1 του Συντάγματος, που αποτελεί εξειδίκευση και συγκεκριμενοποίηση της προστασίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (άρθρο 2, παρ. 1 του Συντάγματος).⁴³ Μέσω του συγκεκριμένου δικαιώματος σε συνδυασμό και με το άρθρο 57 του Αστικού Κώδικα, προστατεύονται όλες οι ανθρώπινες δραστηριότητες, με τις οποίες ο άνθρωπος ολοκληρώνεται και εκφράζεται ως προσωπικότητα και για τις οποίες δεν υφίσταται άλλη ρητή συνταγματική διάταξη. Το 1992, νομοθετήθηκαν τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς στο Ν. 2071/92, άρθρο 47,¹³ ενώ το 1997 με το Ν. 2519, άρθρο 12 καθιερώθηκαν τα όργανα προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών.⁴⁴ Το κράτος δηλαδή υποχρεούται να απέχει από ενέργειες με τις οποίες εμποδίζεται η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου και επιπλέον να λαμβάνει θετικά μέτρα για να τη διευκολύνει. Στο πλαίσιο αυτής της ελευθερίας μπορεί να υπαχθεί και η δυνατότητα του ατόμου να αρνηθεί την περαιτέρω συνέχιση θεραπείας, σε περίπτωση που αυτή δε συνδέεται με κάποια προοπτική ίασης, αλλά συνεπάγεται μόνο επώδυνες στιγμές.⁴³

Οι άνθρωποι μπορούν να αποφασίζουν τη φροντίδα που επιθυμούν να λάβουν για το τέλος της ζωής τους, καταγράφοντάς την σε επίσημο νομικό έντυπο. Με τα έντυπα αυτά, οι οικογένειες των νοσηλευομένων στη ΜΕΘ γνωρίζουν την επιθυμία του αγαπημένου τους προσώπου για το τέλος της ζωής του και απαλλάσσονται από το άγχος της λήψης οποιασδήποτε άλλης απόφασης. Αυτά τα έντυπα γράφονται όσο το άτομο είναι διανοητικά ικανό και καθορίζουν το πλαίσιο της φροντίδας υγείας κατά το τελικό στάδιο της ζωής. Αναφέρονται σε ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις, στην εντολή «μη ανάνηψης» και στη διαθήκη.³⁴

Ωστόσο, ακόμη και στις ΗΠΑ, κάποιες κουλτούρες και εθνικότητες δεν αναγνωρίζουν την αποδοχή των συγκεκριμένων νομικών εγγράφων. Σύμφωνα με τους Giger et al,⁴² την πεποίθηση ότι η λήψη αποφάσεων στο τελικό στάδιο της ζωής είναι ατομική ευθύνη του καθένα, δεν τη συμμερίζονται φυλές και εθνότητες όπως οι Μεξικανο-αμερικανοί, οι μαύροι Αφροαμερικανοί, οι Ινδιάνοι και οι Ασιάτες-Αμερικανοί.

Οι κινεζικής καταγωγής Αμερικανοί ασθενείς συνήθως δεν υπογράφουν τέτοια νομικά έγγραφα ή δε συμφωνούν σε εντολές μη ανάνηψης, γιατί η κουλτούρα τους υποστηρίζει το σεβασμό στους μεγαλύτερους και την πρακτική της ωφελιμότητας. Το να προσεγγίσεις έναν ασθενή ή έναν ετοιμοθάνατο για να συμπληρώσει τέτοια νομικά έγγραφα με οδηγίες για το τέλος της ζωής, θεωρείται ανάρμοστο ή απάνθρωπο.²¹

Οι Καυκάσιοι και οι Ασιάτες Αμερικανοί χρησιμοποιούν πολύ συχνά νομικά έντυπα για να εκφράσουν επιθυμίες για το τέλος της ζωής. Κάποιοι παλαιότεροι Κορεάτες-Αμερικανοί είναι θετικά προσκείμενοι στα συγκεκριμένα έντυπα και επιθυμούν τη διακοπή της υποστήριξης της ζωής αλλά ανησυχούν ότι αυτά μπορεί να δημιουργήσουν συγκρούσεις μεταξύ των γενεών, αν ο μεγαλύτερος υιός δεν τα κάνει δεκτά.⁴⁵

Πολιτισμικές κουλτούρες που πιστεύουν στο πεπρωμένο μπορεί να διαφωνούν με αυτά τα έντυπα.⁴⁶ Για τους Μουσουλμάνους, η θεραπεία που γίνεται ανώφελη δεν είναι πλέον υποχρεωτική. Η Ισλαμική Ιατρική Ένωση της Βόρειας Αμερικής ενθαρρύνει την επιθυμία μη αναζωγόνησης, αν υπάρχει εγκεφαλικός θάνατος.⁴⁷

Δωρεά οργάνων

Όσον αφορά στη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση, μελέτες έχουν δείξει ότι διάφοροι εξωτερικοί παράγοντες όπως η εκπαίδευση, η προσωπική εμπειρία, η κοινωνία, η κουλτούρα και η θρησκεία επηρεάζουν τη διαμόρφωση της στάσης απέναντι σε αυτές.⁴⁸

Ειδικότερα, οι δυτικές κοινωνίες και η Χριστιανική θρησκεία ενθαρρύνουν και προάγουν σε μεγάλο βαθμό τη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση ως μια έκφραση αγάπης, ανθρωπισμού και υπέρτατης προσφοράς. Οι Μουσουλμάνοι και οι Εβραίοι υποστηρίζουν και αυτοί τη δωρεά οργάνων. Όσον αφορά στους μάρτυρες του Ιεχωβά, η θρησκεία τους δεν είναι αρνητική στη μεταμόσχευση, γι' αυτό και το κάθε άτομο ξεχωριστά μπορεί να ενεργήσει σύμφωνα με τη συνείδησή του, αρκεί τα προς μεταμόσχευση όργανα να έχουν απαλλαγεί από όλο το αίμα.^{49,50}

Οι ανατολικές θρησκείες (Βουδισμός, Ινδουισμός, Κομφουκισμός κ.λπ.) δεν εκφράζουν σαφείς αντιρρήσεις στη δωρεά οργάνων, αλλά αφήνουν το θέμα αυτό στην προσωπική επιλογή του ατόμου και της οικογένειάς του.^{48,49}

Ευθανασία

Με τον όρο ευθανασία νοείται κυρίως ένας ανώδυνος και αξιοπρεπής θάνατος με την εφαρμογή κάποιας μεθόδου για τον τερματισμό της ζωής του ανθρώπου. Η ευθανασία ορίζεται ως «η σκόπιμη και ηθελημένη θανάτωση από τρίτο πρόσωπο ανίατου ή σοβαρά ανάπηρου ασθενούς, με τη συναίνεσή του –ή ακόμη και χωρίς αυτή– προς ανακούφιση ή απολύτρωσή του, από την επιθανάτια οδυνηρή αγωνία, από αφόρητους πόνους, όπου τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα αδυνατούν να καταπραΰνουν».⁵¹

Αν και κατά βάση οι θρησκείες είναι ενάντια στην ευθανασία, ωστόσο υπάρχουν ομάδες ακτιβιστών και πνευματιστών που υποστηρίζουν ότι σημαντική είναι η ποιότητα της ζωής και όχι η διάρκεια.⁵² Το σημαντικότερο επιχείρημα για τις τρεις μονοθεϊστικές θρησκείες (Ιουδαϊσμό, Χριστιανισμό, Ισλάμ) κατά της ευθανασίας στηρίζεται στην πεποίθηση ότι η ζωή είναι θείο δώρο. Αλλά και οι άλλες μεγάλες θρησκείες, όπως ο Βουδισμός και ο Ινδουισμός δεν αποδέχονται στη φιλοσοφία τους την έννοια της ευθανασίας.⁵³ Πολλά δυτικά κράτη, όπως η Ολλανδία, το Βέλγιο, η Ελβετία, η Πολιτεία Oregon των ΗΠΑ, έχουν αποδεχθεί και ρυθμίσει νομοθετικά την ευθανασία ως δικαίωμα του ασθενούς με ανίατη νόσο.⁵⁴

Ο ελληνικός Ποινικός Κώδικας δεν περιλαμβάνει τον όρο ευθανασία. Υποστηρίζεται ότι η ευθανασία ρυθμίζεται στο ελληνικό δίκαιο εμμέσως στο άρθρο 300 ΠΚ του 2007, που φέρει τον τίτλο ανθρωποκτονία με συναίνεση: «Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία κι επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση». Προκύπτει λοιπόν, ότι ο Έλληνας νομοθέτης θεωρεί την επιθανάτια ευθανασία αξιόποινη πράξη που απλά τιμωρείται ηπιότερα.⁵¹

Περιθανάτια φροντίδα

Το νοσηλευτικό προσωπικό στη ΜΕΘ καλείται να φροντίσει και ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους ανεξαρτήτως φυλής, εθνικότητας ή θρησκείας. Ακόμη και όταν η περίπλοκη και υπερσύγχρονη θεραπεία διακοπεί, η νοσηλευτική φροντίδα συνεχίζεται με (α) την ανακούφιση και την υποστήριξη του ασθενούς, (β) τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής που του απομένει, (γ) την προστασία των δικαιωμάτων και την εκπλήρωση των αναγκών του και (δ) την εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς θανάτου.⁵⁵

Η εξατομίκευση των αναγκών του ασθενούς, η συνεχής φυσική παρουσία του προσωπικού και η διάθεση χρόνου βοηθούν τον πολυπολιτισμικό ασθενή να προσεγγίσει τη στιγμή του θανάτου με σθένος και αξιοπρέπεια.⁵⁶ Η νοσηλευτική φροντίδα του ετοιμοθάνατου ασθενούς στη ΜΕΘ περιλαμβάνει την υποστήριξη των φυσικών λειτουργιών και τη φροντίδα του σώματος με σεβασμό και επιμέλεια. Όταν ένας ασθενής πεθάνει στη ΜΕΘ, είναι απαραίτητο για το νοσηλευτή να μην επιβάλλει εσκεμμένα ή όχι τα δικά του πιστεύω γύρω από το θάνατο και την περιποίηση του νεκρού, αλλά να σεβαστεί και να λάβει υπόψη του τις πιθανές ιδιαιτερότητες της θρησκείας, της κουλτούρας ή των πεποιθήσεών του.^{11,57}

Οι νοσηλευτές πρέπει να διερευνούν και να διαπιστώνουν τις πνευματικές ανησυχίες και τα ενδιαφέροντα του ασθενούς που πεθαίνει.⁵⁸ Εφόσον ο ασθενής είναι Χριστιανός Ορθόδοξος και το επιθυμεί ο ίδιος ή και οι συγγενείς του, οι νοσηλευτές μπορούν να μεσολαβήσουν, ώστε ο ιερέας του νοσοκομείου να αναλάβει την εκπλήρωση των αιτημάτων του ασθενούς για πνευματική επικοινωνία, ιερή εξομολόγηση και θεία κοινωνία ή όταν πεθάνει κρατούν το δεξί χέρι του κάνοντας το σταυρό του 3 φορές και τοποθετούν τα χέρια του σταυροειδώς.⁵⁸

Έμφαση δίνεται στις περιπτώσεις αβάπτιστων παιδιών που είναι βαριά άρρωστα ή γενικά κοντά στο θάνατο, οπότε οι γονείς επιθυμούν το παιδί τους να βαπτιστεί. Εν τη απουσία ιερέα, και ένας «κοσμικός» μπορεί να τελέσει, σε επείγουσες περιπτώσεις, το μυστήριο του βαπτίσματος κάνοντας το σημάδι του σταυρού στο μέτωπο του παιδιού και με νερό (ράντισμα) ή με αεροβάπτισμα δηλώνεται «εις το όνομα της Αγίας Τριάδος» το όνομα του παιδιού. Ακολούθως, πρέπει το συντομότερο δυνατό, να ενημερωθεί σχετικά και ο ιερέας του παρεκκλησίου του νοσοκομείου.¹⁰

Όταν ο νοσηλευόμενος ασθενής που πεθαίνει στη ΜΕΘ είναι Μουσουλμάνος, θα πρέπει να κληθεί ένας μάμης ή η οικογένειά του να μείνει στο πλευρό του και να προσευχηθεί. Οι νοσηλευτές ΜΕΘ πρέπει να γνωρίζουν ότι δεν πρέπει να αγγίξει κάποιος τη σωρό για 30

μην περίπου μετά το θάνατο, ενώ η οικογένεια ζητάει να συμμετέχει στη διαδικασία περιποίησης του νεκρού. Με την έγκριση της οικογένειας, το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να κάνει τις ακόλουθες ενέργειες, όσον αφορά στη φροντίδα του νεκρού μουσουλμάνου: να κλείσει τα μάτια και το στόμα, να τεντώσει τα άκρα και να τοποθετήσει τα χέρια παράλληλα με το σώμα, να στρέψει το κεφάλι του νεκρού προς τα δεξιά, για να «κοιτάζει», σύμφωνα με την παράδοση, τη Μέκκα. Το σώμα τυλίγεται, όπως είναι άπλυτο, με ένα λευκό σεντόνι και μεταφέρεται στο νεκροφυλάκειο. Αυτό γίνεται, γιατί το σώμα πρέπει να πλυθεί και να ντυθεί από μουσουλμάνο του ίδιου φύλου. Καλό θα είναι, στο καρτελάκι με τα στοιχεία του νεκρού να επισημαίνεται το μουσουλμανικό θρήσκευμα. Η ταφή γίνεται όσο το δυνατό συντομότερα μετά από το θάνατο, συνήθως εντός 24 ωρών και επομένως τα πιστοποιητικά πρέπει να εκδίδονται σύντομα και οι γραφειοκρατικές διαδικασίες να επισπεύδονται. Συνήθως, δεν είναι επιθυμητή η διεξαγωγή νεκροψίας-νεκροτομής, εκτός εάν υπάρχει σχετική εντολή από κάποιον ανακριτή. Οι συγγενείς θρηθούν συνήθως το νεκρό τους ανοικτά.⁵⁹

Πολλοί Εβραίοι σήμερα ασπάζονται τον Ιουδαϊσμό από παράδοση και πρακτικά δεν τηρούν απόλυτα τους θρησκευτικούς κανόνες. Τις δύσκολες ώρες πριν από το τέλος, ο ασθενής και η οικογένειά του μπορεί να ζητήσουν την πνευματική υποστήριξη του ραβίνου. Η οικογένεια δε θέλει να χάσει ο ασθενής την ελπίδα. Ο ασθενής που πεθαίνει δε θέλει να μένει μόνος και η οικογένειά του επιθυμεί να βρίσκεται κοντά του. Γενικά, οι νοσηλευτές που έχουν να φροντίσουν το νεκρό Εβραίο πρέπει να γνωρίζουν ότι (α) το σώμα πρέπει να παραμείνει ανέπαφο για 8 μην, (β) τη φροντίδα του νεκρού σώματος αναλαμβάνει η οικογένεια, (γ) το στόμα και τα μάτια κλείνονται από το μεγαλύτερο υιό, (δ) στο στόμα και στους ρώθωνες τοποθετούν φτερά και (ε) το σώμα τοποθετείται στο πάτωμα με τα πέλματα προς την πόρτα και τα χέρια στα πλευρά. Ο ενταφιασμός πρέπει να γίνει εντός 24 ωρών.^{54,58}

Οι σοβαρά ασθενείς ή ετοιμοθάνατοι μάρτυρες του Ιεχωβά δε νιώθουν το φόβο του θανάτου. Αντιμετωπίζουν το θάνατο ως μια κατάσταση που προσομοιάζει με τον ύπνο, από τον οποίο θα «αναστηθούν» σύμφωνα με το λόγο του Θεού. Δεν έχουν κάποιες ιδιαίτερες διαδικασίες όσον αφορά στη φροντίδα του νεκρού σώματος. Συνήθως, δεν επιθυμούν τη διεξαγωγή νεκροψίας-νεκροτομής.^{50,58}

Πολλοί Κινέζοι συνδυάζουν τη διδασκαλία, τους θεούς και τα πιστεύω των τριών κυριότερων θρησκειών της αρχαίας Κίνας, δηλαδή του Κομφουκιανισμού, του Ταοϊσμού και του Βουδισμού, ενώ δίνουν μεγάλη σημασία στη λατρεία και το σεβασμό των προγόνων τους. Εξαιτίας,

λοιπόν, της πολυπλοκότητας που εμφανίζουν σ' ό,τι αφορά στις θρησκευτικές πεποιθήσεις και τις πρακτικές τους, είναι απαραίτητο να ερωτάται τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένειά του για σχετικές ανάγκες και επιθυμίες.^{50,58} Μερικοί Κινέζοι θεωρούν ότι το να υποφέρει κάποιος πριν από το θάνατο είναι ένας τρόπος για να εξιλεωθεί για τις αμαρτίες του παρελθόντος και ότι αν δεν υποφέρει όσο είναι ζωντανός, τότε θα υποφέρει μετά. Αυτοί οι ασθενείς αρνούνται φαρμακευτική θεραπεία και θεωρείται αναγκαία η συνδρομή ενός πνευματικού καθοδηγητή, γνώστη της θρησκείας, προκειμένου να βοηθήσει αποφασιστικά αν η εκπεφρασμένη ανάγκη του ασθενούς να υποφέρει έχει παρερμηνευτεί ή πράγματι εντέλλεται από τη θρησκεία του.¹⁹

Σε περιπτώσεις, πάντως, ασθενών που δεν έχουν κάποια συγκεκριμένη θρησκεία, το προσωπικό της ΜΕΘ πρέπει να έχει έναν υποστηρικτικό ρόλο και να τους εξασφαλίζει ήσυχο και κατάλληλο περιβάλλον, για να μπορέσουν να εκφράσουν τα αισθήματα, τις σκέψεις, τις ανησυχίες και τους φόβους τους.^{50,58}

Συζήτηση

Οι ολοένα αυξανόμενες πολυπολιτισμικές κοινωνίες καθιστούν αναγκαία την παροχή ολιστικής και κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ. Χωρίς την κατάλληλη εκπαίδευση και την υποστήριξη, οι νοσηλευτές δε θα μπορούν να προσφέρουν πολιτισμικά συμβατή φροντίδα στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς και στις οικογένειές τους. Οι φραγμοί στην προσέγγιση ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής προσέγγισης διακρίνονται σε αυτούς που σχετίζονται με τους επαγγελματίες υγείας και σε εκείνους που σχετίζονται με το σύστημα.²¹

Οι πρώτοι φραγμοί προκύπτουν όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν γνώση των πολιτισμικών πρακτικών και πιστεύω των ασθενών τους ή όταν τα πιστεύω των θεραπευτών διαφέρουν από αυτά των ασθενών. Όσοι έχουν την άποψη ότι οι ασθενείς τους θα αντιδράσουν όπως οι ίδιοι σε θέματα, όπως π.χ. στη λήψη αποφάσεων, στην τεχνητή διατροφή και στη χορήγηση υγρών, στο θάνατο και το θρήνο, τότε θα αντιμετωπίσουν μια δυσάρεστη έκπληξη όταν οι ασθενείς τους αντιδράσουν διαφορετικά.²¹

Οι φραγμοί που σχετίζονται με το σύστημα υπάρχουν, γιατί οι περισσότερες υπηρεσίες και υποδομές δημιουργήθηκαν χωρίς να λάβουν υπόψη τους την πολιτισμική ποικιλότητα. Οι περιορισμοί στο προσωπικό ή το υλικό παρακωλύουν την ικανότητα της υπηρεσίας να προσαρμόσει την παροχή φροντίδας στους διάφορους

Πίνακας 1. Θέματα σχετικά με ασθενείς διαφορετικής κουλτούρας που πρέπει να διερευνώνται από τους νοσηλευτές ΜΕΘ.²⁰

Έμφαση στην ατομικότητα και όχι στη συλλογικότητα
Προσδιορισμός της μορφής της οικογένειας (διευρυμένη, πυρηνική, συγγενείς εξ αγχιστείας)
Ο ρόλος των δύο φύλων, οι πρακτικές ανατροφής των παιδιών και η φροντίδα των ηλικιωμένων
Οι απόψεις για το γάμο και τις σχέσεις
Μοντέλα επικοινωνίας (άμεση-έμμεση, μη λεκτική, χειρονομίες, μορφασμοί)
Θρησκευτικά και πνευματικά πιστεύω
Απόψεις για το νοσηλευτικό προσωπικό
Απόψεις για τον πόνο, τη δυστυχία, την ταλαιπωρία από τη νόσο
Απόψεις για τη μεταθανάτια ζωή

τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι προσεγγίζουν τη βαριά ασθένεια και το θάνατο. Οι περιορισμοί της ΜΕΘ στον αριθμό των επισκεπτών μπορεί να επηρεάσουν την επικοινωνία ενώ η μείωση του προσωπικού περιορίζει το χρόνο που μπορεί να αφιερώσει ένας νοσηλευτής για να ικανοποιήσει ειδικές ανάγκες.¹⁹

Το πρώτο βήμα σε μια πολυπολιτισμική προσέγγιση είναι οι επαγγελματίες υγείας να προσδιορίσουν και να κατανοήσουν τη στάση τους σε σχέση με την προοπτική του άλλου.¹⁹ Σε αυτό ενδέχεται να βοηθήσουν τα εργαλεία της πολιτισμικής αυτοεκτίμησης (cultural self-assessment tools), που ζητούν από τους επαγγελματίες υγείας να απαντήσουν στα εξής ερωτήματα: «*Ποια είναι η εθνική σου προέλευση;*», «*πόσο έντονα νιώθεις ότι ανήκεις σε μια εθνική κοινότητα;*», «*ποια είναι η πρώτη και ποια είναι η δεύτερη γλώσσα την οποία μιλάς και διαβάζεις;*» και «*ποια*

είναι η θρησκεία σου και τι ρόλο παίζει στην καθημερινή σου ζωή;». Τα εργαλεία της πολιτισμικής αυτοεκτίμησης πρέπει να εφαρμοστούν ακολούθως στους ασθενείς και τις οικογένειές τους.¹⁹ Οι νοσηλευτές μπορούν να αναπτύξουν μια αρμονική σχέση με τους ασθενείς, που διαφέρουν πολιτισμικά ή εθνικά, επιδεικνύοντας το σεβασμό στην πολιτισμική τους παράδοση και δίνοντας έμφαση σε θέματα, όπως αυτά που αναπτύσσονται στον πίνακα 1.²⁰ Διερευνώντας τις προτιμήσεις και τις πολιτισμικές διαφορές των ασθενών και των οικογενειών τους (πίν. 2), αναπτύσσουν πολιτισμική επίγνωση και ευαισθησία.³¹ Η πολιτισμική επίγνωση περιλαμβάνει τη γνώση του ατομικού και του οικογενειακού ιστορικού του ασθενούς, καθώς και το σεβασμό στις εορτές και τις καλλιτεχνικές του εκφράσεις. Περιλαμβάνει, επίσης, την επίγνωση της προσωπικότητάς του, των αξιών του, των πεποιθήσεων και των προκαταλήψεών του. Η πολιτισμική ευαισθησία είναι ο σεβασμός σε αποδεκτές μορφές επικοινωνίας, η αποφυγή προσβλητικής γλώσσας, καθώς και η αποφυγή απόψεων που προσβάλλουν τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου.⁴

Για να αξιολογήσει κάποιος τα θρησκευτικά και τα πνευματικά πιστεύω ενός ασθενούς μπορεί να εφαρμόσει το μνημονικό σύστημα ΠΕΚΟ (FICA): Πίστη (Faith), Επίδραση (Influence), Κοινότητα (Community), Οδηγίες (Address), που επινοήθηκε από τους Ruchalski και Romer (πίν. 3).⁶⁰

Είναι σημαντικό να αναμορφωθεί το σύστημα υγείας και η παροχή φροντίδας να γίνεται με σκοπό το όφελος του βαρέως πάσχοντα, ανεξάρτητα από τη φυλή, την εθνικότητα ή το πολιτισμικό του υπόβαθρο. Έτσι, είναι απαραίτητοι οι επαγγελματίες υγείας, τα νοσοκομεία και οι οργανισμοί που αναγνωρίζουν και κατανοούν τις ιδιαιτερότητες του πολυπολιτισμικού ασθενούς στη

Πίνακας 2. Ερωτήσεις σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ.³¹

-
- «Μερικοί άνθρωποι επιθυμούν να γνωρίζουν τα πάντα για την κατάσταση της υγείας τους και άλλοι όχι. Εσείς τι προτιμάτε;»
 - Προτιμάτε να λαμβάνετε μόνοι τις αποφάσεις για μελλοντικές εξετάσεις ή θεραπείες που σας αφορούν ή κάποιος άλλος να κάνει αυτό για εσάς;»
 - Για τους ασθενείς που ζητούν ο ιατρός να συνομιλεί με τα μέλη της οικογένειας για την κατάσταση της υγείας τους: «Προτιμάτε να συζητάμε με τον(την) (αδελφό, υιό, κόρη) σας κατ'ιδίαν ή να είστε και εσείς παρών(ούσα);»
 - Αν ο ασθενής επιλέξει να μην είναι παρών: «Αν αλλάξεις γνώμη και επιθυμείς να μάθεις περισσότερες πληροφορίες, μπορείς να μου το πεις. Είμαι πρόθυμος(η) να σου απαντήσω.»
 - Όταν συζητιούνται ιατρικά θέματα με τα μέλη της οικογένειας, ειδικότερα με τη μεσολάβηση ενός μεταφραστή, είναι χρήσιμο να επιβεβαιώνεται ότι καταλαβαίνουν όσα λέγονται: «Θέλω να είμαι σίγουρος(η) ότι εξήγησα τις θεραπευτικές επιλογές του ασθενούς επακριβώς. Μπορείς να μου εξηγήσεις τι κατάλαβες σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς και τη θεραπεία που προτείνεται γι' αυτόν;»
 - «Υπάρχει κάτι που θα ήταν χρήσιμο να γνωρίζω σχετικά με το πώς βλέπει η οικογένεια/η κοινότητα/οι θρησκευτικές πεποιθήσεις του τη σοβαρή ασθένεια και τη θεραπεία;»
 - «Μερικοί άνθρωποι νιώθουν άβολα να συζητούν τέτοια θέματα με έναν επαγγελματία υγείας που είναι διαφορετικής φυλετικής ή πολιτισμικής προέλευσης. Υπάρχει πρόβλημα αν σε αναλάβω εγώ; Μπορείς να με ενημερώσεις αν υπάρχει κάτι που θα ήταν χρήσιμο να γνωρίζω ενόσω εργάζομαι με σένα ή τον ασθενή-συγγενή σου;»
-

Πίνακας 3. Αξιολόγηση θρησκευτικών και πνευματικών πιστεύω κάποιου ασθενούς.

Πίστη: Ποια είναι η πίστη σου ή τα πιστεύω σου; Θεωρείς τον εαυτό σου πνευματικό ή θρησκευόμενο άτομο; Η θρησκευτική σου πίστη ή τα πνευματικά σου ενδιαφέροντα παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή σου; Τι νιώθεις ότι δίνει νόημα στη ζωή σου;

Επίδραση: Πόσο επηρεάζει τις σκέψεις σχετικά με την υγεία σου η θρησκευτική σου πίστη; Πόσο επηρεάζει τον τρόπο που φροντίζεις τον εαυτό σου;

Κοινότητα: Είσαι μέλος μιας πνευματικής ή θρησκευτικής κοινότητας ή συναγωγής; Σε ποιο βαθμό σε υποστηρίζει αυτή η κοινότητα;

Οδηγίες: Έχεις κάποια θρησκευτικά ή πνευματικά θέματα ή ζητήματα που θα ήθελες να διεκπεραιώσω για σένα; Υπάρχει κάποιος άλλος στον οποίο θα ήθελες να μιλήσεις γι' αυτά τα ζητήματα;

ΜΕΘ και της οικογένειάς του, ώστε να εξαλειφθούν οι όποιες ανισότητες και διαφορές στο σύστημα υγείας.¹⁰ Ειδικότερα, το σύστημα υγείας πρέπει να λάβει υπόψη του στη διαμόρφωση της πολιτικής, των στόχων και των παρεχομένων υπηρεσιών, την πολιτισμική ποικιλότητα των ασθενών του και να την ενσωματώσει στη φροντίδα τους. Στο πλαίσιο αυτής της αναμόρφωσης, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να λαμβάνει τέτοια εκπαίδευση ώστε να μπορεί να αναγνωρίζει τις ανάγκες των ασθενών με διαφορετική κουλτούρα, εθνικότητα ή θρήσκευμα και να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά και δυναμικά στην παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας.^{4,6}

Στην Ελλάδα, στο σύστημα υγείας, η ηθική λήψη αποφάσεων βασίζεται σε τρεις αξίες: Στην ιερότητα της ζωής, στην αυτονομία του ασθενούς και στην απουσία του πόνου.⁴ Στις περισσότερες μη δυτικές κοινωνίες, η ευημερία της ομάδας τίθεται υψηλότερα από τη ζωή του ατόμου. Οι αποφάσεις λαμβάνονται μετά από σύσκεψη. Αποτελεί ζήτημα ηθικής τάξης για τους νοσηλευτές ο αποκλεισμός του ασθενούς από συζητήσεις που σχετίζονται με καθοριστικές αποφάσεις για τη ζωή και την υγεία του.¹⁹ Σε κουλτούρες τέτοιες, όπου οι ατομικές ανάγκες

έπονται των οικογενειακών, τότε η πληροφορημένη συναίνεση και η πλήρης ενημέρωση μπορούν να είναι ασεβείς και καταπιεστικές. Οι ασθενείς που προέρχονται από κουλτούρες στις οποίες ο πόνος είναι σημαντικός για ένα «ένδοξο» τέλος, χρειάζονται υποστήριξη κατά τη διάρκεια της επίπονης αυτής διαδικασίας. Είναι απαραίτητο να εξασφαλίζεται ότι ο ασθενής γνωρίζει καλά τις επιλογές για την ανακούφιση του πόνου.¹⁹

Συμπεράσματα

Αν και υπάρχει πλούσια βιβλιογραφική αναφορά σε θέματα που άπτονται της διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής, ωστόσο, ελάχιστα άρθρα αναφέρονται σε μελέτες που αφορούν στη νοσηλευτική διαχείριση πολυπολιτισμικών ασθενών σε ΜΕΘ.

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές κατά την παροχή φροντίδας σε διαφορετικές εθνικότητες ασθενών αναφορικά με τη γλωσσική επικοινωνία και τις διαπροσωπικές σχέσεις μπορεί να αποτελέσει φραγμό στην παροχή ολιστικής φροντίδας και στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης. Η επιθυμία του ασθενούς ή των συγγενών του να γίνουν σεβαστές οι εθνικές, οι θρησκευτικές και οι προσωπικές τους ιδιαιτερότητες, μπορεί να προβληματίσει το νοσηλευτή της ΜΕΘ, που είναι προσανατολισμένος στα δυτικά πρότυπα διαχείρισης τέτοιων καταστάσεων. Όμως, η κάθε επιθυμία είναι αφ' εαυτού μια αμιγώς οικειοθελής επιλογή.

Οι Έλληνες νοσηλευτές έχουν χρέος να γνωρίζουν θεωρητικά και πρακτικά τον τρόπο με τον οποίο θα προσφέρουν τη νοσηλευτική φροντίδα που θα υποδεικνύει σεβασμό στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά του ασθενούς της ΜΕΘ και της οικογένειάς του. Οφείλουν να αποκτήσουν γνώσεις, δεξιότητες και πρακτικές για να προσφέρουν φροντίδα με σεβασμό στην κουλτούρα του άλλου, με οικουμενική αντίληψη και φιλοσοφία, αλλά ταυτόχρονα διατηρώντας τη δική τους πολιτισμική και επαγγελματική ταυτότητα.

ABSTRACT

Nursing Care of Culturally Diverse Patients in the Intensive Care Unit

Maria Kalafati,¹ Dimitra Paikopoulou²

¹MSc, PhD, RN, Instructor, Researcher, Special Technical Laboratory Staff, Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, ²MSc, PhD, RN, Educator in High School, Athens, Greece

Background: Appropriate holistic nursing care encompasses the recognition and acknowledgement of each patient's culture, ethnicity and race. Nurses need to have the knowledge and skill to recognize the cultural identity of their patients and to integrate this into their daily practice. **Aim:** Definition of the issues that critical care nurses encounter when caring for an increasingly multicultural population. **Method:** A review was made of articles from 1994 to 2010 collected through the

PubMed, Cinahl, Medline, Google, Wikipedia and IMEPO databases. Significant articles were also located in Academic Institution Libraries. The evidence used in the study met the following specific criteria: it had to concern patients aged over 16 years suffering from serious or incurable diseases needing critical or emergency care and with religious, cultural, ethnic and racial differences from the local population. Secondary characteristics such as educational and socioeconomic status, political beliefs, marital status, sexual orientation and reasons for migration were not taken into account in the review. **Results:** International research has focused on four issues encountered by critical care nurses when caring for patients who differ culturally from the majority population, namely: (a) communication with the patient and his/her family, which is impaired by cultural differences in verbal and non-verbal contact, with consequent difficulties in the announcement of bad news to them, and also the diverse ways of expression of their emotions by family members, (b) issues of decision making, which may be either a patient's matter and/or that of his/her family and/or the attending physician, (c) conflicts over patient autonomy and self-determination which are mapped out from advance directives (ADs) and may concern "do-not-resuscitate" orders, organ donation and euthanasia, and (d) the end-of-life care determined by the religious and cultural beliefs of the patient and his/her family, which should be deeply respected by critical care nurses without the interference of their personal beliefs concerning death and care of the dead body. **Conclusions:** Nurses should be adept at offering nursing care to critical patients with cultural diversity. They need to develop competencies, skills and practices that respect culture, a universal viewpoint and multicultural philosophy. **NOSILEFTIKI 2011, 50 (1): 49–62.**

Key-words: communication, decision-making, end-of-life-care, ICU-nursing, patient-autonomy, transcultural-nursing

✉ **Corresponding Author:** Maria Kalafati, 20 Androutsou street, GR- 143 42 Nea Philadelphia, Greece, tel.: +30 210 74 61 486, e-mail: maria.kalafati@gmail.com

Βιβλιογραφία

1. Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής, ΙΜΕΠΟ. Διαθέσιμο στο: <http://www.imepo.gr/> (πρόσβαση: 22.1.2010)
2. Spector RE. *Cultural diversity in health and illness*. 6th ed. Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ, 2004
3. Andrews MM, Boyle JS. *Transcultural concepts in nursing care*. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2003
4. Σαρρή Α. Η θέση της νοσηλευτικής στις διαπολιτισμικές κοινωνίες, θρησκείες και μειονότητες. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2007, 24:250–255
5. Wikipedia. Θρησκεία και θρησκευτικές ιδιαιτερότητες. Διαθέσιμο στο: <http://el.wikipedia.org/wiki> (πρόσβαση: 12.1.2010)
6. Leininger M. Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs* 2002, 13:189–192
7. Willis WO. Culturally competent nursing care during the perinatal period. *J Perinat Neonatal Nurs* 1999, 13:45–59
8. Byrd WM, Clayton LA. Racial and ethnic disparities, in healthcare: A background and history. In: Smedley BD, Stith AY, Nelson AR (eds) *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in healthcare*. National Academic Press, Washington, DC, 2003:455–527
9. Barth F. *Ethnic groups and boundaries: The social organization of culture difference*. Waveland Press, Illinois, 1994
10. Crawley LM. Racial, cultural, and ethnic factors influencing end-of-life care. *J Palliat Med* 2005, 8(Suppl 1):S58–S69
11. Taylor C, Lillis C, LeMone P. *Fundamentals in nursing, The art and science of nursing care*. Λεμονίδου Χ, Πατηράκη Ε (επιμ.) *Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής. Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2002
12. Høye S, Severinsson E. Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive Crit Care Nurs* 2008, 24:338–348
13. Νόμος 2071/1992. Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας. ΦΕΚ Α' 123, Αθήνα, 15.7.1992
14. Papadopoulos I, Lees S. Developing culturally competent researchers. *J Adv Nurs* 2002, 37:258–264
15. Purnell L. The Purnell model for cultural competence. *J Transcult Nurs* 2002, 13:193–196
16. Wikström AC, Sätterlund LU. Patient on display – a study of everyday practice in intensive care. *J Adv Nurs* 2003, 43:376–383
17. McEwen M. Analysis of spirituality content in nursing textbooks. *J Nurs Educ* 2004, 43:20–30
18. Hultsjö S, Hjelm K. Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *Int Nurs Rev* 2005, 52:276–285
19. Mazanec P, Tyler MK. Cultural considerations in end-of-life care: How ethnicity, age, and spirituality affect decisions when death is imminent. *Am J Nurs* 2003, 103:50–58
20. Searight HR, Gafford J. Cultural diversity at the end of life: Issues and guidelines for family physicians. *Am Fam Physician* 2005, 71:515–522
21. Doolen J, York NL. Cultural differences with end-of-life care in the critical care unit. *Dimens Crit Care Nurs* 2007, 26:194–198
22. Burnard P. Learning human skills: An experiential and reflective, guide for nurses and health care professionals: In: *Communication, nursing and culture*. 4th ed. Butterworth-Heinemann, Oxford, 2002:30–48
23. Robinson M, Gilmartin J. Barriers to communication between health practitioners and service users who are not fluent in

- English. *Nurse Educ Today* 2002, 22:457–465
24. Hudelson P. Improving patient-provider communication: Insights from interpreters. *Fam Pract* 2005, 22:311–316
 25. Nailon RE. Nurses' concerns and practices with using interpreters in the care of Latino patients in the emergency department. *J Transcult Nurs* 2006, 17:119–128
 26. Bernstein J, Bernstein E, Dave A, Hardt E, James T, Linden J et al. Trained medical interpreters in the emergency department: Effects on services, subsequent charges, and follow-up. *J Immigr Health* 2002, 4:171–176
 27. Lee LJ, Batal HA, Maselli JH, Kutner JS. Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic. *J Gen Intern Med* 2002, 17:641–645
 28. Bischoff A, Bovier PA, Rrustemi I, Gariazzo F, Eytan A, Loutan L. Language barriers between nurses and asylum seekers: Their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med* 2003, 57:503–512
 29. Flores G, Laws MB, Mayo SJ, Zuckerman B, Abreu M, Medina L et al. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics* 2003, 111:6–14
 30. Lucy M. Truth telling and advance planning at the end of life: Problems with autonomy in a multicultural world. *Fam Syst Health* 2002, 20:213–228
 31. Kagawa-Singer M, Blackhall LJ. Negotiating cross-cultural issues at the end of life: "You got to go where he lives". *JAMA* 2001, 286:2993–3001
 32. Frank G, Blackhall LJ, Michel V, Murphy ST, Azen SP, Park K. A discourse of relationships in bioethics: Patient autonomy and end-of-life decision making among elderly Korean Americans. *Med Anthropol Q* 1998, 12:403–423
 33. Hallenbeck J, Arnold R. A request for nondisclosure: Don't tell mother. *J Clin Oncol* 2007, 25:5030–5034
 34. Ersek M, Kagawa-Singer M, Barnes D, Blackhall L, Koenig BA. Multicultural considerations in the use of advance directives. *Oncol Nurs Forum* 1998, 25:1683–1690
 35. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 4th ed. Oxford University Press, New York, 1994
 36. Valente S, Haley B. Culturally diverse communities and end of life care. Available at: <http://www.apa.org/pi/eol/factsheets.htm> (accessed: 8.4.2010)
 37. Karakuzon M. Russia. In: Crippen D, Kilcullen JK, Kelly DF, Russia (eds) *Three patients: International perspectives on intensive care at the end-of-life*. Kluwer, Boston, 2002:67–72
 38. Schlesinger M. A loss of faith: The sources of reduced political legitimacy for the American medical profession. *Milbank Q* 2002, 80:185–235
 39. Moazam F. Families, patients, and physicians in medical decision making: A Pakistani perspective. *Hastings Cent Rep* 2000, 30:28–37
 40. Svantesson M, Sjökvist P, Thorsén H. End-of-life decisions in Swedish ICUs. How do physicians from the admitting department reason? *Intensive Crit Care Nurs* 2003, 19:241–251
 41. Cardoso T, Fonseca T, Pereira S, Lencastre L. Life-sustaining treatment decisions in Portuguese intensive care units: A national survey of intensive care physicians. *Crit Care* 2003, 7:R167–R175
 42. Giger JN, Davidhizar RE, Fordham P. Multi-cultural and multi-ethnic considerations and advanced directives: Developing cultural competency. *J Cult Divers* 2006, 13:3–9
 43. *Σύνταγμα της Ελλάδος και Αστικός Κώδικας*. Εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα, Μάρτιος 2001
 44. Νόμος 2519/1997. ΦΕΚ 165 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»
 45. Phipps E, True G, Pomerantz S. *Approaches to end of life care in culturally diverse communities*. Last Act Innovations, 2000. Available at: <http://www.lastacts.org/scripts> (accessed: 12.12.2010)
 46. Pietch JH, Braun KL. Autonomy, advance directives, and the patient self-determination act. In: Braun K, Pietsch JH, Blanchette PL (eds) *Cultural issues in end-of-life decision making*. Sage Publ, Thousand Oaks, CA, 2000:37–53
 47. Lawrence P, Rozmus C. Culturally sensitive care of the Muslim patient. *J Transcult Nurs* 2001, 12:228–233
 48. Kim JR, Elliott D, Hyde C. The influence of sociocultural factors on organ donation and transplantation in Korea: Findings from key informant interviews. *J Transcult Nurs* 2004, 15:147–154
 49. Δημοσθένους Α. Ο άνθρωπος μπροστά στη νόσο και το θάνατο: Στο Ισλάμ και άλλες θρησκείες. Διαθέσιμο στο: www.bioethics.gov.cy/Law/cnbc/cnbc.nsf/All (πρόσβαση: 15.4.2010)
 50. Godwin S. Transfusions, transplants, and Jehovah's witnesses. Available at: http://www.wfial.org/index.cf?fuseaction=artJws.article_2 (accessed: 15.4.2010)
 51. Αγγελάκη Σ. Το ζήτημα της ευθανασίας – Εγκληματολογικές προσεγγίσεις. Διπλωματική εργασία. Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, 2008
 52. Jewell P. *Rationality, euthanasia, and the sanctity of life*. In: Australian Association for Professional and Applied Ethics (ed) *Proceedings of 12th Annual Conference*, 28–30 September 2005, Adelaide
 53. Ζιάκα Α. Ευθανασία, θρησκείες και πολιτισμοί. Στο: *Ευθανασία: Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής*. Εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 2007:19–43
 54. Krippner S, Kasian S. Cross-cultural perspectives on euthanasia and physician assisted suicide. Available at: <http://drstefanjksian.weebly.com/cross-cultural-euthanasia.html> (accessed: 15.12.2009)
 55. Douglas MK, Pierce JU, Rosenkoetter M, Callister LC, Hattar-Pollara M, Lauderdale J et al. Standards of practice for culturally competent nursing care: A request for comments. *J Transcult Nurs* 2009, 20:257–269
 56. Volker DL, Limerick M. What constitutes a dignified death? The voice of oncology advanced practice nurses. *Clin Nurs Spec* 2007, 21:241–247
 57. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: A systematic review. *Ann Int Med* 2008, 148:147–159

58. Παϊκοπούλου Δ, Γέραλη Μ. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς στο τελικό στάδιο της ζωής του – πρωτόκολλο μεταθανάτιας φροντίδας. *Νοσηλευτική* 2009, 48:19–29
59. International Strategy and Policy Institute. Guidelines for health care providers interacting with Muslim patients and their families. Available at: <http://www.ispi-usa.org/guidelines.htm> (accessed: 11.2.2010)
60. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med* 2000, 3:129–137