

Τα στοιχεία φροντίδας μιας θεραπευτικής σχέσης

The caring elements of a therapeutic relationship

Author: Γιουβρή Ευαγγελία¹, Κανάμου Ευρυδίκη².

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc Α Χειρουργικό Τμήμα - Παν. Νοσ. Λάρισας

2. Νοσηλεύτρια ΤΕ Α Χειρουργικό Τμήμα - Παν. Νοσ. Λάρισας

Περίληψη

Είναι αλήθεια πως οι σχέσεις επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών βασίζονται κυρίως στους νοσηλευτές, οι οποίοι θα πρέπει να «αναλαμβάνουν» κάθε φορά διαφορετικούς «ρόλους», λαμβάνοντας υπ' όψιν τους τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς, τις διαφορετικές του ανάγκες, δυνάμεις και όρια. Η ικανότητα να «γνωρίζεις» και να επικοινωνείς με τον ασθενή αποτελεί προσόν εξαιρετικής σπουδαιότητας στο χώρο της ογκολογικής νοσηλευτικής.

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η μελέτη μέσω της σχετικής βιβλιογραφίας των στοιχείων φροντίδας που απαιτεί η ουσιαστική επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών.

Η «παρουσία» (presence), το «άγγιγμα» (touch), και «το χάρισμα του καλού ακροατή» (listening) αποτελούν σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία τα βασικά συστατικά μιας εποικοδομητικής επικοινωνίας. Αυτά τα στοιχεία φροντίδας διευκολύνουν τους καρκινοπαθείς να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματά τους και να συμμετάσχουν ενεργά στη διαδικασία αντιμετώπισης της ασθένειάς τους.

Είναι υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας να αναζητήσουν τρόπους ώστε να ενσωματώσουν αυτά τα στοιχεία φροντίδας στην καθημερινή τους νοσηλευτική πρακτική, αν θέλουν να εργάζονται με πιο αποτελεσματικό τρόπο και να ικανοποιούν τις ανάγκες των ασθενών με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Abstract

It is true, that relationships in the nursing profession depend mostly on nurses, who have to play different roles, taking into account special characteristics of each patient, dissimilar needs, strengths and limitations. The importance of knowing the patient holds a high position in an oncology setting.

The present article aims to study the caring elements that the effective communication between nurses and patients demands.

Presence, touch and listening are described in the international bibliography as essential components of a useful communication. These caring elements help cancer-patients to explain in their own words their feelings and actively participate in the healing process.

It is an obligation for the health professionals to seek ways to incorporate innovative combinations of these comforting strategies into patient care activities, if they want to use themselves more effectively as therapeutic instruments and be capable to respond to their patients' needs more completely.

Εισαγωγή

Είναι γνωστό στο χώρο της Νοσηλευτικής και της Ιατρικής πως η επαγγελματική φροντίδα του ασθενούς δεν αποτελεί μονόδρομη διαδικασία. Υπάρχει μια συνεχής αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου που ασκεί νοσηλευτική ή ιατρική και του ατόμου που ζητάει ανακούφιση από την ασθένει ή τον πόνο του. Η νοσηλευτική φροντίδα έχει σαν σκοπό να προάγει τόσο τη φυσική όσο και τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών (Fareed, 1996). Αν και κανείς δεν αμφισβητεί τη σπουδαιότητα της ολοκληρωμένης φυσικής περίθαλψης, οφείλουμε να παραδεχτούμε πως ακόμη και αυτή δεν αναπληρώνει τα κενά μιας «φτωχής» συναισθηματικά φροντίδας. Φυσική και συναισθηματική φροντίδα αποτελούν τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος. Υπάρχει τρόπος για να επιτύχουμε τη ταυτόχρονη προσφορά τους: η αποτελεσματική επικοινωνία. Η αποτελεσματική επικοινωνία θεωρείται το κλειδί της ανάπτυξης μιας θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών και αποτελεί βασικό συστατικό της υψηλής νοσηλευτικής φροντίδας που προάγει την αυτοεκτίμηση των ασθενών, την ικανοποίησή τους και την αποτελεσματικότητα των ικανοτήτων τους (Silverman et al, 1998).

Θεραπευτική σχέση

Οι σχέσεις επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών εξαρτώνται κυρίως από τους νοσηλευτές, οι οποίοι θα πρέπει να «αναλαμβάνουν» κάθε φορά διαφορετικούς «ρόλους», λαμβάνοντας υπ' όψιν τους τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς, τις διαφορετικές τους ανάγκες, δυνάμεις και όρια (Stanton, 1991). Αυτοί οι ρόλοι μπορεί να περιλαμβάνουν άμεση διαχείριση φυσικής φροντίδας, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, εκπαίδευση και συμβουλευτική (Lindberg et al, 1994). Η ικανότητα να «γνωρίζεις» και να επικοινωνείς με τον ασθενή αποτελεί προσόν εξαιρετικής σπουδαιότητας στον χώρο της ογκολογικής νοσηλευτικής (Luker et al, 2000). Ο λόγος; Ο καρκίνος δεν είναι μια απλή

χρόνια ασθένεια. Είναι μια αρρώστια που στα μάτια όλων φαντάζει «τρομακτική», αφού συνδέεται με τον πόνο, την αδυναμία, την αλλαγή συνθηκών ζωής και κυρίως το φόβο του θανάτου. Οι νοσηλευτές σ' αυτές τις περιπτώσεις αναλαμβάνουν ένα ζωτικό ρόλο στην αναγνώριση των αναγκών των ασθενών και στην ικανοποίηση αυτών με τον πιο ακριβή τρόπο.

Στόχος της συγκεκριμένης εργασίας είναι η κατάδειξη μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης της σημασίας της αποτελεσματικής επικοινωνίας όπως αυτή σχηματίζεται μέσω «των στοιχείων φροντίδας» (Frendriksson, 1999, σελ. 1168) μιας θεραπευτικής σχέσης.

Οι Frendriksson (1999) και Kruijver et al (2000) περιγράφουν την «παρουσία» (presence), το «άγγιγμα» (touch), και την «ακρόαση» (listening) ως ακρογωνιαίους λίθους μιας εποικοδομητικής επικοινωνίας. Αυτά είναι και τα στοιχεία φροντίδας που διευκολύνουν τους καρκινοπαθείς να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματά τους (Krishnasamy, 1996). Το κάθε ένα από αυτά τα στοιχεία μελετάται ξεχωριστά παρακάτω.

Παρουσία

Η έννοια της παρουσίας αναφέρεται στην ικανότητα του νοσηλευτή να παραμένει σωματικά, πνευματικά και συναισθηματικά εναρμονισμένος με την οντότητα του ασθενούς. Στον χώρο της νοσηλευτικής η παρουσία εξηγείται από το γεγονός ότι ο νοσηλευτής δεν βρίσκεται κοντά στον άρρωστο μόνο ως φυσική παρουσία, αλλά προσπαθεί να οργανώσει ένα πλάνο φροντίδας προκειμένου να επιτύχει κάποιους στόχους, όπως ανακούφιση, υποστήριξη, ενθάρρυνση (Fareed, 1996) και την αυτονομία του ασθενούς (Pederson, 1993).

Στη διεθνή βιβλιογραφία περιγράφονται τρία στάδια της νοσηλευτικής παρουσίας. Στο πρώτο στάδιο, ο νοσηλευτής αρχίζει να γνωρίζεται με τον ασθενή μέσω λεκτικής επικοινωνίας, στο δεύτερο,

δημιουργείται ένα θετικό κλίμα και μια ατμόσφαιρα αμοιβαίου σεβασμού και εμπιστοσύνης και στο τρίτο, η παρουσία του νοσηλευτή επιδεικνύεται μέσω της διαθεσιμότητας του ως θεραπευτής (Pederson, 1993). Το βέβαιο και στα τρία στάδια πάντως είναι πως ο νοσηλευτής χρησιμοποιώντας τον κατάλληλο τόνο φωνής, τη σωστή επιλογή λέξεων, την οπτική επαφή μπορεί να μειώσει τα αρνητικά συναισθήματα, όπως ο φόβος, το άγχος, η απόρριψη, η αβεβαιότητα και η ανασφάλεια για τις διαγνωστικές διαδικασίες και αγωγές, να ανακουφίσει τον ασθενή και ταυτόχρονα να τον πείσει πως νοιάζεται πραγματικά και πως θα είναι πολύτιμος βοηθός του σε αυτή την τόσο δύσκολη δοκιμασία (Pederson, 1993, Cohen et al, 1994, Hawkins-Walsh 2000).

Οι Dunniece & Slevin (2000) στη δημοσίευση των ευρημάτων μιας σχετικής μελέτης, περιγράφουν τις εμπειρίες νοσηλευτριών οι οποίες ήταν παρούσες τη στιγμή που ο ασθενής μάθαινε πως πάσχει από καρκίνο. Στη μελέτη αυτή, οι νοσηλεύτριες αναφέρονται στη δύναμη της «παρουσίας». Δηλώνουν πως ένιωσαν σαν «μαξιλαράκι», όπου οι ασθενείς θα μπορούσαν να ακουμπήσουν, σαν τον άνθρωπο «που μαζεύει τα κομμάτια», εξαιτίας της ανεπαρκούς συμπεριφοράς από την μεριά των γιατρών και τελικά σαν τον άνθρωπο που οφείλει να δώσει πληροφορίες, να εξηγήσει, να απαντήσει σε ερωτήσεις, να ακούσει ή απλά να είναι παρών χωρίς να μιλά.

Η Benner (2001) προσθέτει πως η «παρουσία» αν και αποτελεί επιλογή του κάθε νοσηλευτή, είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς με αυτό τον τρόπο έχει την ευκαιρία να δημιουργήσει ένα εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας.

Άγγιγμα

Το «άγγιγμα» αποτελείτο δεύτερο στοιχείο φροντίδας σε μια θεραπευτική σχέση. Πρόκειται για μια από τις κυρίαρχες εκδηλώσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς, καθώς αναζητούμε το άγγιγμα από τη στιγμή της γέννησης έως τη στιγμή του θανάτου.

Στο χώρο της ογκολογικής νοσηλευτικής η σημασία του επιτείνεται (Routasalo & Isola, 1996), αφού οι καρκινοπαθείς χρειάζονται το άγγιγμα ως απόδειξη προσοχής και φιλικότητας.

Στον χώρο της νοσηλευτικής έχουν αναγνωρισθεί δύο είδη αγγίματος: 1) το άγγιγμα που συνδέεται με την διεκπεραίωση των νοσηλευτικών καθηκόντων και 2) αυτό που συνδέεται με την ψυχική φροντίδα (Morales, 1994, σελ. 467). Παρότι για πολλούς το άγγιγμα κατά τη διάρκεια των νοσηλευτικών καθηκόντων είναι απλά διαδικαστικό, η δύναμη του είναι τεράστια. Ιδιαίτερης σπουδαιότητας άλλωστε είναι και η διαδικασία προσέγγισης του ασθενή (Bottorfl et al, 1995). Οι νοσηλευτές πριν αγγίξουν τον ασθενή θα πρέπει να έχουν αποσπάσει άτυπα την άδεια να εισέλθουν στον χώρο του και να διεκπεραιώσουν μια νοσηλευτική πράξη (Davidhizar & Newman Giger, 1997). Έχοντας κερδίσει την εμπιστοσύνη των αρρώστων, οι νοσηλευτές παύουν να αποτελούν μόνο διεκπεραιωτές μιας νοσηλευτικής πράξης. Η εργασία τους συνδέεται πλέον με τη φροντίδα εκείνη που θα ανακουφίσει, θα επηρεάσει θετικά και θα φροντίσει ψυχικά τον άρρωστο (Fredriksson, 1999, Morales, 1994). Το «θεραπευτικό άγγιγμα» περιγράφεται κυρίως ως συναισθηματική επικοινωνία, κατά τη διάρκεια της οποίας δύο πλευρές ανταλλάσσουν συναισθήματα. Σε έρευνα του Morales (1994), οι ασθενείς συσχέτισαν το νοσηλευτικό άγγιγμα με αυτό των συγγενών τους. Απλές κινήσεις, όπως το στιγμιαίο κράτημα του χεριού, το απαλό χτύπημα της πλάτης, το χάιδεμα του κεφαλιού, χαρακτηρίστηκαν ως το μέσο το οποίο ενδυναμώνει, ενθαρρύνει και τονώνει την αυτοπεποίθηση των ασθενών. Κάθε μία από τις παραπάνω κινήσεις χαρακτηρίστηκε ως «ζεστή, ευγενική, ανακουφιστική και σημαντική». Οι ασθενείς μέσω του αγγίματος βίωσαν την συμπαράσταση και «... την ηθική υποστήριξη για επιβίωση, γιατί αν κάποιος αφεθεί χωρίς υποστήριξη, βυθίζεται μέσα στην ασθένεια» (Morales, 1994, p467). Οι ίδιοι ασθενείς άλλωστε ανέφεραν πως το θεραπευτικό

ραπτευτικό άγγιγμα τους έκανε να νιώσουν ανακούφιση, αποδοχή από τον νοσηλευτή και τη σιγουριά πως δεν αποτελούν μόνο αντικείμενα εργασίας.

Ακρόαση

Η «ακρόαση» στον χώρο της νοσηλευτικής είναι μια ενεργητική διαδικασία, η οποία βρίσκεται στην καρδιά της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών και απαιτεί την συγχώνευση στο πρόσωπο του νοσηλευτή της διορατικότητας και της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας με επιτυχή τρόπο (Koshy, 1983, Kemper, 1992 & Lindberg et al, 1994). Προκειμένου να ακούσεις τον ασθενή, δεν αρκεί μόνο η αίσθηση της ακοής. Η έννοια της ακρόασης εμπεριέχει την ικανότητα να ακούς αυτά που λέγονται καθώς και αυτά που παραλείπονται (Sundeen et al, 1998) και απαιτεί ιδιαίτερος στην φροντίδα των καρκινοπαθών, ενέργεια, αυτοέλεγχο, ειλικρινές ενδιαφέρον, διαίσθηση και κυρίως διάθεση για προσφορά βοήθειας (Antai-Otong, 1999).

Η προθυμία των νοσηλευτών να ακούσουν τον ασθενή εκδηλώνεται μέσω συγκεκριμένων στάσεων συμπεριφοράς, όπως η οπτική επαφή, οι εκφράσεις προσώπου, οι χειρονομίες, η ενθάρρυνση για συνέχιση της κουβέντας κάνοντας επεξηγηματικές (ανοικτές ή κλειστές) ερωτήσεις ή επαληθεύοντας όσα έχουν ήδη λεχθεί ή ακόμα και μένοντας σιωπηλοί (Silverman et al, 1998).

Επίσης, απαιτείται η αναγνώριση και ο αποκλεισμός εσωτερικών ή εξωτερικών επιρροών που παρεμβαίνουν στην διαδικασία της επικοινωνίας (Kemper, 1992). Δυστυχώς, συχνά οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν εμπόδια που «φρενάρουν» την διάθεση τους για επικοινωνία. Το πιο σύνηθες είναι η έλλειψη χρόνου. Οι συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες των καρκινοπαθών, η διάθεση κάλυψης από τον νοσηλευτή όχι μόνο των φυσικών αναγκών των ασθενών αλλά και των συναισθηματικών και η ταυτόχρονη έλλειψη προσωπικού έχουν ελαχιστοποιήσει τον χρόνο που οι

νοσηλευτές μπορούν να διαθέσουν σε κάθε άρρωστο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή καθώς ακόμα και ο ελάχιστος υπάρχων χρόνος δεν αξιοποιείται, αν διαφανεί έστω και ένα σημάδι βιασύνης από την πλευρά του νοσηλευτή. Μ' αυτόν τον τρόπο το μόνο που θα πετύχει είναι να «κλεισθεί» ξανά ο ασθενής στον εαυτό του (Dunniece, Slevin, 2000 & Luker et al, 2000).

Αξίζει ωστόσο να αναφερθεί πως οι νοσηλευτές συγκριτικά με τους συγγενείς και φίλους των ασθενών, θεωρούνται πιο κατάλληλοι για να ακούσουν και να αφήσουν τον ασθενή να μοιραστεί μαζί τους τις ανησυχίες του (Hawkins-Walsh, 2000). Οι Webb & Hope (1995) μάλιστα διαπίστωσαν στα μάτια των ασθενών πως η πολύτιμη νοσηλευτική διαδικασία είναι η ακρόαση των ανησυχιών τους. Έχει μάλιστα διαπιστωθεί πως όταν δίνεται η ευκαιρία στον ασθενή να πει την ιστορία του, δίνεται η ευκαιρία και στον νοσηλευτή να γνωρίσει τον ασθενή με έναν τρόπο που προεκτείνεται της ασθένειας του, ενώ ταυτόχρονα δημιουργείται μια διαλεκτική σχέση που βασίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη. Η ακρόαση βοηθά τους νοσηλευτές να διαμορφώσουν μια γενική άποψη για τους ασθενείς και τις αντιλήψεις τους προκειμένου να ερμηνεύουν με ευκολία τόσο τις ανησυχίες όσο και τις προσδοκώμενες ανάγκες τους.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημάνουμε πως ο νοσηλευτής θα πρέπει να ακούει την «ιστορία» των ασθενών χωρίς διάθεσης κριτικής. Είναι πολύ πιο δύσκολο για τον νοσηλευτή να αξιολογήσει και να επικεντρωθεί σε όσα λέγονται όταν ταυτόχρονα σκέφτεται τι είναι σωστό και τι λάθος (Burnard, 1991, Sundeen et al, 1998).

Επίλογος

Όλα τα παραπάνω καταδεικνύουν πως αν και ο συναισθηματικός πόνος του καρκινοπαθούς είναι βαθιά προσωπική υπόθεση και ιδιαίτερος δύσκολο θέμα συζήτησης, ο συνδυασμός των στοιχείων φροντίδας μιας θεραπευτικής σχέσης έχουν

την δύναμη να διευκολύνουν και να προτρέπουν τους ασθενείς να μιλήσουν για αυτά που πραγματικά έχουν ανάγκη.

Επίσης, αποδεικνύεται πως η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών δημιουργεί ένα θετικό κλίμα όπου ενθαρρύνεται τόσο η ποιότητα ζωής για τους ασθενείς όσο και η επαγγελματική αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών καθώς αισθάνονται περισσότερο ικανοποιημένοι από το έργο τους και περισσότερο αποτελεσματικοί (Lotzkar & Bottorff, 2001, Hawkins-Walsh, 2000).

Πως όμως μπορούμε να είμαστε βέβαιοι πως οι νοσηλευτές διαθέτουν ικανότητες επικοινωνίας; Δυστυχώς, δεν μπορούμε! Αν εξαιρεθούν οι νοσηλευτές οι οποίοι διαθέτουν φυσικό χάρισμα επικοινωνίας, η πεποίθηση πως οι ικανότητες επικοινωνίας βελτιώνονται με την εμπειρία αποτελεί τεράστια πλάνη (Burnard, 1991, Kurtz et al, 1998). Δεν αποτελεί τυχαίο γεγονός το ότι το βασικότερο παράπονο των ασθενών προς την Επιτροπή Υγείας ήταν η έλλειψη επικοινωνίας (Young, 1995).

Είναι λυπηρό αλλά πραγματικό: η βασική εκπαίδευση πολλών εν ενεργεία επαγγελματιών νοσηλευτών ολοκληρώθηκε χωρίς να έχει συμπεριληφθεί στο πρόγραμμα σπουδών η διδασκαλία τρόπων επικοινωνίας. Η ελλιπής προετοιμασία τους προκαλεί διπολικό προβληματισμό. Αφενός αδυνατούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν την τραυματική εμπειρία της ασθένειας τους, αφετέρου δεν έχουν αντιστάσεις ώστε να αποφύγουν την επαγγελματική τους εξουθένωση (Maslach & Jackson, 1986, Maguire, 2000, Benner, 2001). Η τελευταία γίνεται αισθητή όταν ο επαγγελματίας υγείας αρχίζει να κρατά αποστάσεις, φοβούμενος πως θα χάσει τον έλεγχο αν βρεθεί «κοντά» στον ασθενή (αποπροσωποποίηση), όταν αρχίζει να αισθάνεται χωρίς ενέργεια και βιώνει ένα

ψυχικό κενό (συναισθηματική εξάντληση) και όταν αισθάνεται πως η δουλειά του δεν του αποφέρει καθόλου ικανοποίηση (έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων).

Για όλους αυτούς τους λόγους, είναι υποχρέωση των νοσηλευτών να αναζητήσουν τρόπους ώστε να ενσωματώσουν αυτά τα στοιχεία φροντίδας στην καθημερινή τους νοσηλευτική πρακτική, προκειμένου να ξεπεράσουν τα εμπόδια στη επαφή τους με τον ασθενή και να διαδραματίσουν έναν καταλυτικό ρόλο στην υποστήριξη των καρκινοπαθών και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Είναι υποχρέωση τέλος των εκπαιδευτών να δημιουργήσουν εκπαιδευτικά προγράμματα που θα εφοδιάσουν τους νοσηλευτές με τις αναγκαίες ικανότητες επικοινωνίας και θα τους διδάξουν πως να προσεγγίζουν, να εξερευνούν και να μοιράζονται τα έντονα συναισθήματα των καρκινοπαθών, χωρίς ωστόσο να χάνουν τον έλεγχο των δικών τους (Maguire, 2000).

Είναι αλήθεια, ότι πολύ λίγα πράγματα μπορούν να υπερβούν το τραύμα του να γίνεσαι αποδέκτης της διάγνωσης του καρκίνου ή της πρόγνωσης του καρκίνου στο τελευταίο στάδιο (Dunniece & Slevin, 2000, ρ 617). Περαιτέρω γνώση και εξέλιξη των επικοινωνιακών δεξιοτήτων χαρακτηρίζεται ως άμεση ανάγκη, αν οι νοσηλευτές επιθυμούν «να σπάσουν τους φραγμούς» (Phillips, 1992, ρ 30) και να έχουν κρίσιμο και καταλυτικό ρόλο στην προσπάθεια να υπομείνουν καρτερικά τις φυσικές και συναισθηματικές ανησυχίες (Bottorff et al, 1995). Οι νοσηλευτές δεν πρέπει να ξεχνούν ποτέ ότι η φροντίδα είναι κάτι που δίνεις και δέχεσαι. Η φροντίδα σε κάνει να καταλαβαίνεις περισσότερα και βαθύτερα. Όλη η μηχανική και επιστημονική τεχνολογία μπορεί να σώσει ζωές αλλά δεν δημιουργεί δεσμούς. Η φροντίδα το κάνει.

Βιβλιογραφία

- Antai-Ontong, D. (1999) Active Listening at Work. *American Journal of Nursing*, 99 (2), 24L-25.
- Benner, P. (2001) *From Novice to Expert - Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bottorff, J. L., Gogar, M., Engelberg-Lotzkar, M. (1995), Comforting: exploring the work of cancer nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6) 1077-1084.
- Burnard, P. (1991) Acquiring minimal counselling skills. *Nursing Standard*, 5 (46), 37-39.
- Cohen, M.Z., Hausner, J., Johnson, M. (1994) Knowledge and presence: accountability as described by nurses and surgical patients. *Journal of Professional Nursing* 3, 177-185.
- Davidhizar, R., Newman Giger F. & J. (1997) When touch is not the best approach. *Journal of Clinical Nursing*, 6 (3), 203-206.
- Dunniece, U. & Slevin E. (2000) Nurses' experience of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3), 611-618.
- Fareed, A. (1996) The experience of reassurance: patients' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (2), 282-279.
- Fredriksson, L. (1999) Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (5), 1167-1176.
- Hawkins-Walsh, E. (2000) Listening - A teacher of nurse practitioners explores the basics. *American Journal of Nursing*, 100 (9), 24BBB-24DDD.
- Kemper, B. (1992) Therapeutic listening: Developing the concept. *Journal of Psychosocial Nursing*, 30 (7), 21-23.
- Koshy, T. (1983) The art of listening. *Nursing Times*, 79 (50), 38.
- Krishnasamy, M. (1996) What do cancer patients identify as supportive and unsupportive behaviour of nurses? A pilot study. *European Journal of Cancer Care*, 5 (2), 103-110.
- Kruijver, I.P.M., Kerkstra, A., Bensing, J.M., Van de Miel, B.M.H. (2000) Nurse-patient communication in Cancer care - A Review of the literature. *Cancer Nursing*, 23 (1), 20-31.
- Kurtz, S., Silverman, J., Draper, J. (1998) *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd.
- Lindberg, B.J., Hunter, M.L., Kruszewski, Z.A. (1994) *Introduction to Nursing. Concepts, issues and opportunities*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Luker, K.A., Austin, L., Caress, A., Hallett, C. (2000) The importance of "knowing the patient" community nurses" constructions of quality in providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (4), 775-782.
- Lotzkar, M., Bottorff, J.L. (2001) An observational study of the development of a nurse-patient relationship. *Clinical Nursing Research*, 10 (3), 275-294.
- Maguire, P. (2000) *Communication skills for doctors*. New York: Arnold.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986) *Maslach Burnout Inventory*. Manual 2nd ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.
- Morales, E. (1994) Meaning to touch to hospitalized Puerto Ricans with cancer. *Cancer Nursing*, 17 (6), 464-469.
- Pederson, C. (1993) Presence as a nursing intervention with hospitalised children *Maternal-Child Nursing Journal*, 21 (3), 75-81.
- Phillips, J. (1992) Breaking down the barriers. *Nursing Times*, 88 (35), 30-31.
- Routasalo, P. & Isola, A. (1996) The right to touch and be touched. *Nursing Ethics*, 3 (2), 165-176.
- Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J. (1998) *Skills for communication with patients*. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd.
- Stanton, D.J. (1991) The psychological impact of intensive therapy: the role of nurses. *Intensive Care Nursing*, 7 (4) 230-235.
- Sundeen, J. S., Stuart, W.G., Rankin, A.D.E., Cohen, A.S. (1998) *Nurse-client interaction implementing the nursing process*. St. Louis: Mosby.
- Webb, C. & Hope, K. (1995) What kind of nurses do patients want? *Journal of Clinical Nursing*, 4 (2), 101-108.
- Young, A. (1995) Complaints. *British Journal of Nursing*, 4 (1), 59.