

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Θέμα:**

**«Γνώσεις και αντιλήψεις των ογκολογικών και μη  
ογκολογικών νοσηλευτών σχετικά με τον καρκίνο.»**

*Των φοιτητών/τριών:*

Βαρθολομαίος Δημήτρης AM: 6403

Βέργα Αναστασία AM: 6258

Μαυροθαλασσίτης Σταύρος AM: 6016

*Επιβλέπων Καθηγητής:*

Κωνσταντινίδης Θεοχάρης

Λέκτορας

Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

Μάρτιος 2018

## **Ευχαριστίες**

*Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλο το προσωπικό του ΑΤΕΙ Κρήτης, τους καθηγητές μας που μας μεταλαμπαδεύσανε όλες τους τις γνώσεις και συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση των σπουδών μας.*

*Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε ιδιαιτέρως τον επιβλέπον καθηγητή μας, κύριο Θεοχάρη Κωνσταντινίδη, για τη συμβολή του και τις χρήσιμες συμβουλές που μας παρείχε κατά τη διάρκεια της συγγραφής της εργασίας.*

*Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά το νοσηλευτικό προσωπικό από τις κλινικές της παρούσας μελέτης που αφιέρωσε χρόνο στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων που αποτέλεσαν το πεδίο της έρευνας μας.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>Ευχαριστίες</b>		2
<b>Πρόλογος</b>		5
<b>Περίληψη</b>		6
<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup></b>	<b>Βιολογία του καρκίνου</b>	
1.1	Ορίζοντας την έννοια του καρκίνου	9
1.2	Μορφολογική σύγκριση φυσιολογικών, καλοήθη και κακοήθη κυττάρων	10
1.3	Είδη καρκίνου	12
1.4	Διασπορά του καρκίνου	13
<b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup></b>	<b>Καρκίνο και νοσηλευτική φροντίδα</b>	
2.1	Πρόληψη της νόσου	16
2.2	Νοσηλευτική φροντίδα στη φάση της διάγνωσης	20
2.3	Ο ρόλος του νοσηλευτή στο σχέδιο φροντίδας της νόσου	23
2.3.α	Σχέδιο φροντίδας με στόχο την ίαση	26
2.3.β	Σχέδιο φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου	29
<b>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup></b>	<b>Γνώσεις και αντιλήψεις νοσηλευτών αναφορικά με τον καρκίνο</b>	
3.1	Διερεύνηση των αντιλήψεων σχετικά με τον καρκίνο	31
3.2	Διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τον καρκίνο	35
3.3	Ψυχολογικό και κοινωνικό αντίκτυπο της χρόνιας νόσου στους ογκολογικούς νοσηλευτές	37
<b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup></b>	<b>Μεθοδολογία της έρευνας</b>	
4.1	Σκοπός της έρευνας	40

4.2	Στόχοι της έρευνας	40
4.3	Χώρος της έρευνας	40
4.4	Δείγμα της έρευνας	40
4.5	Τρόπος συλλογής δεδομένων	41
4.6	Δεοντολογία της έρευνας	42
4.7	Πιλοτική μελέτη	42
4.8	Στατιστική ανάλυση	43
<b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup></b>	<b>Αποτελέσματα έρευνας</b>	44
<b>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup></b>	<b>Συζήτηση&amp;Συμπεράσματα</b>	61
<b>Βιβλιογραφία</b>		68
<b>Παράρτημα</b>		73

## Πρόλογος

Η ογκολογική νοσηλευτική είναι μια πρόσφατη σχετικά ειδικότητα στην ιστορία της νοσηλευτικής φροντίδας. Αναπτύχθηκε ώστε να συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση του καρκίνου που τα τελευταία χρόνια γνωρίζει αλματώδη ανάπτυξη, αλλά και ως αποτέλεσμα της ανάγκης για καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών με καρκίνο και των οικογενειών τους.

Για την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας έχουμε πραγματοποιήσει βιβλιογραφική ανασκόπηση, ύστερα από μελέτη ξένης και ελληνικής βιβλιογραφίας όπως και ηλεκτρονικής αναζήτησης της βιβλιογραφίας από το διαδίκτυο με σκοπό την άντληση πληροφοριών για την φροντίδα των ογκολογικών ασθενών, την περιγραφή της ασθένειας και των επιπλοκών της, τέλος τις ευθύνες των νοσηλευτών με ειδίκευση στην ογκολογική νοσηλευτική.

Σκοπός της έρευνας ήταν η καταγραφή και η κατανόηση των σημερινών δεδομένων που κυριαρχούν στον ελληνικό χώρο της υγείας, των στάσεων και των αντιλήψεων σε διάφορα θέματα σχετικά με τον καρκίνο όπως επίσης και το επίπεδο των ογκολογικών γνώσεων σε νοσηλευτές διαφόρων ειδικοτήτων.

## Περίληψη

*Εισαγωγή:* Ο καρκίνος είναι μία ασθένεια που μαστίζει τις σύγχρονες κοινωνίες. Τα μεγάλα ποσοστά θνητότητας και θνησιμότητας είναι αίτια για τη δημιουργία και την ανάπτυξη μίας μυθολογίας γύρω από την ασθένεια, η οποία χαρακτηρίζεται από φόβο και φαταλιστικές πεποιθήσεις και αφορά τόσο το γενικό πληθυσμό όσο και όμως επαγγελματίες υγείας.

*Σκοπός:* Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η σύγκριση των γνώσεων και η διερεύνηση των αντιλήψεων των ογκολογικών και μη ογκολογικών νοσηλευτών σχετικά με το βίωμα του καρκίνου.

*Υλικό και μέθοδος:* Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 92 μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού, που εργάζονταν στα νοσοκομεία Πα.Γ.Ν.Η., Βενιζέλειο και Άγιος Παντελεήμων. Από αυτούς το 64% ήταν μη ογκολογικοί νοσηλευτές ενώ το 36% είχαν εμπειρία σε ογκολογικά τμήματα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου μετά από τη μελέτη της ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας ενώ η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος IBMSPSS 24.0

*Αποτελέσματα:* Το 32,6% του δείγματος εργαζόταν στο Πα.Γ.Ν.Η., το 43,5% στο Βενιζέλειο και το 23,9% στο νοσοκομείο του Αγίου Παντελεήμων. Ο μέσος όρος εργασιακής εμπειρίας ως νοσηλευτές ήταν τα 15,3 χρόνια, ενώ των ογκολογικών ήταν τα 9,4 χρόνια. Το 64,1% ήταν απόφοιτοι ΑΤΕΙ, το 63,6% έγγαμοι, το 15,2% του δείγματος προερχόταν από ογκολογικές κλινικές, το 12,0% από αιματολογικές κλινικές, το 83,7% ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία όλων ήταν 39,7 χρόνια. Η υψηλότερη ορθή απόκριση («ναι») ως προς τις στάσεις παρουσιάζει η ερώτηση «Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή με καρκίνο επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ψυχολογική κατάσταση των συγγενών του» με ποσοστό 98,6%. Η υψηλότερη ορθή απάντηση («ναι») ως προς τις αντιλήψεις παρατηρήθηκε στην ερώτηση «Οι νοσηλευτές των ογκολογικών τμημάτων καταπονούνται ψυχολογικά περισσότερο από νοσηλευτές άλλων τμημάτων» με ποσοστό 84,8%. Τέλος οι ογκολογικοί νοσηλευτές/τριες βρέθηκαν με σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία γνώσεων για τον καρκίνο (71,8%), έναντι των μη ογκολογικών συναδέλφων τους (58,6%).

*Συμπεράσματα:* Δεν εντοπίστηκε ουσιαστική διαφοροποίηση μεταξύ ογκολογικών και μη ογκολογικών νοσηλευτών όσον αφορά τα θέματα στάσεων και αντιλήψεων. Ωστόσο τα επίπεδα γνώσεων των ογκολογικών ήταν υψηλότερα έναντι

των μη ογκολογικών νοσηλευτών. Σε γενικές όμως γραμμές τα επίπεδα γνώσεων και στις δύο ομάδες ήταν αρκετά υψηλά.

## **Abstract**

*Introduction:* Cancer is a disease plaguing our contemporary societies. The enormous morbidity and mortality rates are the main causes for the creation and the development of a mythology referring to the disease which is characterized by fear and fatalistic beliefs and concerns not only the general population but also the health professionals.

*Aim:* The aim of this study was to compare the level of knowledge and to examine the beliefs of the oncology and non oncology nurses relatively to the experience of cancer.

*Methodology:* The sample of the research was composed of 92 nurses who have been working in University General Hospital of Heraklion, Venizelio and Saint Panteleimon Hospital. It should be mentioned 36% of the sample had experience in oncology nursing. The data selection was accomplished with the help of an anonymous questionnaire. Data analysis was conducted with the use of the program IBM SPSS 24.0.

*Results:* 32,6% of the sample was working in University General Hospital of Heraklion, 43,5% was working in Venizelio hospital and 23,9% was working in Saint Panteleimon hospital. The working experience average of non oncology nurses was 15, 3 years whereas the oncology nurses was 9,4 years. 15,2% of the sample worked in oncology department, 12% of the sample worked in hematology department, 83,7% was females and the mean age was 39,7. The highest score (right response) as to the attitudes appear was in the question “the psychological condition of the patient with cancer affect to a great degree the psychological condition of his relatives” with 98,6%. The highest score (right answer) as to the beliefs was observed in the question “Nurses of oncology departments are psychologically stressed more than nurses of other department” with 84,8% . Finally oncology nurses were found with significantly higher average score on knowledge about cancer (71,8%) against non oncology colleges (54,9%).

*Conclusions:* No significant differences were noticed between the oncology and non oncology nursing departments as far as the issues of attitudes and beliefs are considered. However the level of knowledge oncology nurses was higher than the non oncology nurses. In general though the level of knowledge, regardless their oncology experience was rather high.



# Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

## Βιολογία του καρκίνου

### 1.1. Ορίζοντας την έννοια του καρκίνου

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια η οποία κατηγοριοποιείται ανά οργανικό σύστημα, στην πραγματικότητα όμως είναι μία κυτταρική νόσος. Το ανθρώπινο σώμα περιέχει πολλά διαφοροποιημένα είδη κυττάρων όλα με μοναδική δομή και λειτουργία που συνεισφέρουν στη φυσιολογική ολιστική λειτουργία του σώματος. Κάθε κακοήθεια ξεκινά από ένα κύτταρο η μία ομάδα κυττάρων που αρχικά ήταν φυσιολογικά, αλλά λόγω διαφόρων αιτιολογικών παραγόντων τροποποιήθηκαν σε γενετικό επίπεδο. Το τελικό αποτέλεσμα της αλλαγής ή της μεταμόρφωσής είναι η μερική ή η ολική απώλεια βασικών χαρακτηριστικών των κυττάρων και η έκφραση μη φυσιολογικών χαρακτηριστικών. Οι αλλαγές που λαμβάνουν χώρα επηρεάζουν την εμφάνιση του κυττάρου, τη λειτουργικότητα του, την επιφανειακή μεμβράνη του και το ρυθμό ανάπτυξής του.

Η ανάπτυξη των περισσότερων κυττάρων και ιστών αναμένεται κατά την παιδική ηλικία. Κάποια κύτταρα, όπως αυτά που βρίσκονται σε ιστούς όπου οι συνεχείς βλάβες είναι πιθανές, συνεχίζουν να πολλαπλασιάζονται με μίτωση (κυτταρικός διαχωρισμός) σε όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. Αυτή η ανάπτυξη είναι απαραίτητη για την αντικατάσταση των νεκρών κυττάρων. Όταν ένας αριθμός κυττάρων καταστρέφεται τότε τα υπόλοιπα κύτταρα ίδιου τύπου πολλαπλασιάζονται μέχρι να αποκατασταθεί ο φυσιολογικός τους αριθμός. Αυτός ο μηχανισμός είναι αυστηρά ελεγχόμενος έτσι ώστε να διασφαλιστεί ότι μόνο ο σωστός αριθμός κυττάρων διαχωρίστηκε και πολλαπλασιάστηκε σε κάθε ιστό η όργανο. Στην πραγματικότητα ο καρκίνος είναι ένα είδος μη φυσιολογικής ανάπτυξης κυττάρων. Έρευνες έχουν ταυτοποιήσει περίπου 100 διαφορετικούς τύπους καρκίνων. Τα καρκινικά κύτταρα εμφανίζουν αλλαγές στη μορφολογία και τη βιοχημεία τους. Οι μεταβολές που παρατηρούνται σε σύγκριση με τα φυσιολογικά κύτταρα αφορούν χαρακτηριστικά της ανάπτυξης, τις αντιδράσεις τους σε ουσίες που τη ρυθμίζουν, τη στάση της μεμβράνης τους, τη φύση πολλών ενζύμων και δεν επηρεάζονται από τους σύνηθες περιορισμούς των μηχανισμών κυτταρικού πολλαπλασιασμού του ξενιστή. Οι διαφορές ανάμεσα στα φυσιολογικά και τα καρκινικά κύτταρα είναι τόσες πολλές, που είναι πολύ δύσκολο να αποδοθούν όλες σε μία μόνο μεταβολή, είναι βέβαιο πως εμφανίζουν πολυάριθμες μεταβολές ανεξάρτητα από το μόριο τους. (Σέμογλου 1998)

Ένας νέος πολλαπλασιασμός που δεν είναι αναγκαίος για την ομαλή ανάπτυξη ή την αντικατάσταση ιστών που έχουν υποστεί βλάβη και παραμένει μετά από την αφαίρεση του αρχικού ερεθίσματος ονομάζεται **νεοπλασία**. Η νεοπλασία είτε καταλήξει σε καλοήγη όγκους είτε σε καρκίνο θεωρείται πάντα μη φυσιολογική (Newton, Hickey & Marrs 2009). Τα νεοπλασματικά κύτταρα είτε είναι καλοήγη, είτε κακοήγη προέρχονται από φυσιολογικά κύτταρα. Άρα τα καρκινικά κύτταρα ήταν κάποτε φυσιολογικά κύτταρα τα οποία είχαν υποστεί κάποιες γενετικές μεταλλάξεις που είχαν σαν αποτέλεσμα την απώλεια των διεργασιών ελέγχου του φυσιολογικού πολλαπλασιασμού και της λειτουργίας τους. Οποιοσδήποτε ιστός μπορεί να εξελιχθεί σε καρκίνο, η κατηγοριοποίησή τους είναι ανάλογη με τον τύπο ιστού που αναπτύσσονται.

Ο καρκίνος διαφοροποιείται από τις άλλες νόσους στο ότι στην ογκολογία η «επιβεβαίωση» αποτελεί σημείο αναφοράς για την εκτίμηση, την έκβαση και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η επιλογή θεραπείας καθορίζεται με βάση την εκτίμηση της πιθανότητας επιβίωσης του ασθενή, σε συνδυασμό με τα επίπεδα τοξικότητας της προτεινόμενης θεραπείας. Επειδή η πιθανότητα θανάτου θεωρείται άμεση, ο στόχος που επικρατεί είναι η προσπάθεια αποφυγής του, που ενισχύει αλλά και ανταποκρίνεται στις κοινωνικές και πολιτισμικές στάσεις γύρω από τον καρκίνο. (Corner&Bailey 2006)

## **1.2. Σύγκριση μεταξύ φυσιολογικών κυττάρων, καλοήγη και καρκινικών κυττάρων.**

Κάθε φυσιολογικό ώριμο είδος κυττάρου είναι διαφοροποιημένο, με ευδιάκριτη και αναγνωρίσιμη τόσο εμφάνιση όσο μέγεθος και σχήμα. Στη συνέχεια το μέγεθος του πυρήνα ενός φυσιολογικού κυττάρου είναι συχνά μικρό συγκριτικά με το μέγεθος του υπόλοιπου κυττάρου συμπεριλαμβανομένου του κυτταροπλάσματος. Επομένως τα φυσιολογικά κύτταρα γενικά έχουν μικρή αναλογία πυρήνα:κυτταροπλάσματος και ο πολλαπλασιασμός τους θεωρείται μία φυσιολογική πορεία του κύκλου ζωής του κυττάρου και θα ήταν λάθος να ισοδυναμεί με καρκινική ένδειξη. Οι περιπτώσεις μη φυσιολογικού κυτταρικού πολλαπλασιασμού κατηγοριοποιούνται σε *μη νεοπλασματικές* και *νεοπλασματικές*.

Σύμφωνα με την Otto (2001) στον πολλαπλασιασμό των μη νεοπλασματικών κυττάρων παρατηρούνται τέσσερα κοινά μοτίβα, η υπερτροφία, η υπερπλασία, η μεταπλασία και η δυσπλασία.

- *Υπερτροφία*: Είναι μία αύξηση κυτταρικού μεγέθους η οποία συνήθως είναι επακόλουθο κούρασης, ορμονικής διαταραχής ή κάποιας άλλης λειτουργικής δυσλειτουργίας.
- *Υπερπλασία*: Είναι μία αντίστροφη αύξηση του αριθμού κυττάρων ενός συγκεκριμένου τύπου με αποτέλεσμα τη δημιουργία μίας μάζας. Αύτη η ταχεία αύξηση ιστού πολλές φορές είναι λειτουργική για τον άνθρωπο όπως παραδείγματος χάρη σε μία εγκυμοσύνη. Μη φυσιολογική θεωρείτε η αύξηση ιστού όταν υπερέχει από τις λογικές απαιτήσεις του οργανισμού.
- *Μεταπλασία*: Ένα ενήλικο συνήθως είδος κυττάρου αντικαθιστάται από ένα άλλο είδος μη σύνηθες για τον εμπλεκόμενο ιστό. Η διαδικασία αυτή είναι αντιστρέψιμη αν ο αιτιολογικός παράγοντας αποσιωπηθεί, αλλιώς η μεταπλασία μπορεί να εξελιχτεί σε δυσπλασία. Οι αιτιολογικοί παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε μεταπλασία είναι φλεγμονές, ελλείψεις βιταμινών, έκθεση σε διάφορες χημικές ουσίες κ.τ.λ. Ένα σύνηθες σημείο εμφάνισης μεταπλασίας αποτελεί ο τράχηλος της μήτρας.
- *Δυσπλασία*: Είναι χαρακτηρίστηκες μεταβολές σε φυσιολογικά ενήλικα κύτταρα, το μέγεθος, το σχήμα των οποίων διαφέρει από το φυσιολογικό ή έχει αντικατασταθεί από ένα κύτταρο που βρίσκεται σε διαφορετική φάση ωριμότητας. Η δυσπλασία δημιουργείται συνήθως από εξωτερικούς παράγοντες όπως η έκθεση σε ραδιενέργεια και πιθανά να υποχωρήσει όταν εξαλειφθεί ο αιτιολογικός παράγοντας.

Όλα τα παραπάνω μοτίβα πολλαπλασιασμού παρόλο που δεν χαρακτηρίζονται ως φυσιολογικά είναι μη νεοπλασματικά, τα οποία όμως εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα εξέλιξης καρκίνου.

Τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι ένας όγκος πέρα από τα όρια του φυσιολογικού ιστού που αποτυγχάνουν να πραγματοποιήσουν τις λειτουργίες του κυττάρου. Χάνουν την χαρακτηριστική εμφάνιση των πατρικών κυττάρων και χαρακτηρίζονται από ακανόνιστη διαίρεση και ασυνήθιστη κινητικότητα καθώς και μη ελεγχόμενη λειτουργία. Οι νεοπλασματικοί όγκοι ενδεχομένως να είναι επιβλαβείς για τον οργανισμό. Ανάλογα με το μέρος του σώματος που εντοπίζονται και τις

θρεπτικές ουσίες που καταναλώνουν και τον αν εμφανίζουν μεταστάσεις σε άλλους ιστούς ή όργανα κατηγοριοποιούνται σε καλοήθη και κακοήθη καρκινικά κύτταρα.

- ✓ *Καλοήθη* κύτταρα: Οι καλοήθεις όγκοι μοιάζουν με τους ιστούς από τους οποίους προέρχονται διατηρώντας μεγάλο κομμάτι της μορφολογίας των πατρικών κυττάρων. Όπως και τα φυσιολογικά κύτταρα έτσι και τα καλοήθη έχουν μικρή αναλογία πυρήνα : κυτταροπλάσματος και δεν διαθέτουν την ικανότητα διασποράς σε γειτονικούς ιστούς και λεμφαδένες (μεταστάσεις). Αν και οι καλοήθεις όγκοι δεν είναι σε γενικές γραμμές απειλητικοί για τη ζωή, μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικά συμπτώματα που οφείλονται σε: πίεση στους γύρω ιστούς, στένωση ενός αιμοφόρου αγγείου είτε πόρου, με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της ροής του αίματος ή των εκκρίσεων, ανώμαλη παραγωγή της ορμόνης, ακόμα και την εξέλιξη σε κακοήθη όγκο.
- ✓ *Καρκινικά* κύτταρα: Τα καρκινικά κύτταρα χάνουν τη χαρακτηριστική εμφάνιση των πατρικών κυττάρων. Αυτή η απώλεια κάνει πολλά είδη καρκίνων να μοιάζουν ίδια. Ο πυρήνας ενός καρκινικού κυττάρου είναι μεγαλύτερος και το σχήμα του παράτυπο από αυτόν ενός φυσιολογικού κυττάρου του ίδιου ιστού. Άρα τα καρκινικά κύτταρα έχουν μεγαλύτερη αναλογία πυρήνα : κυτταροπλάσματος. Επιπλέον πρωτογενής όγκος έχει την ικανότητα διασποράς των καρκινικών κυττάρων σε περιβάλλοντες δομές συμπεριλαμβανομένου του αίματος και των λεμφικών αγγείων, ως επακόλουθο τη δημιουργία μεταστατικών όγκων. Η μετάσταση είναι μία διαδικασία με την οποία τα καρκινικά κύτταρα αποσπώνται από τον κύριο όγκο, αποκτούν πρόσβαση στην κυκλοφορία του αίματος και της λέμφου, μεταφέρονται σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος, εμφυτεύονται σε ένα άλλο όργανο όπου αρχίζουν να πολλαπλασιάζονται και να δημιουργούν έναν νέο όγκο (δευτερογενής όγκος) (Kearney & Richardson 2011).

### **1.3. Είδη καρκίνου.**

Οι όγκοι κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με τον ιστό από τον οποίο προέρχονται σε τρεις κατηγορίες: καρκινώματα, σαρκώματα, λεμφώματα – λευχαιμίες.

- ✓ *Καρκινώματα*: Αναπτύσσονται στους ιστούς που καλύπτουν την επιφάνεια ή την εσωτερική μεμβράνη των οργάνων και το επιθήλιο. Πολλοί επιθηλιακοί

καρκίνοι αναπτύσσονται σ' ένα όργανο που εκκρίνει κάποια ουσία. Συχνά σε διάγνωση καρκινωμάτων σε παιδιά χρησιμοποιείται το απόθεμα -βλάστωμα για να περιγράψει ένα νεόπλασμα που αναπτύσσεται από εμβρυικούς ιστούς.

- ✓ *Σαρκόματα:* Είναι όγκοι των μαλακών ιστών ή των ουσιών. Αναπτύσσονται σε κάθε τμήμα του υποστηρικτικού ή συνδετικού ιστού, στους μυς, τα οστά, τα νεύρα, τους τένοντες ή τα αιμοφόρα αγγεία και αποτελούν το 10% του συνόλου των καρκίνων. Στο ίδιο όργανο όπου μπορεί να αναπτυχθεί καρκίνωμα, είναι δυνατόν να αναπτυχθεί και σάρκωμα, εφόσον το όργανο περιέχει συνδετικό ιστό.
- ✓ *Λεμφώματα και λευχαιμίες:* Η λευχαιμία είναι ο καρκίνος του αιμοποιητικού συστήματος και είναι διάχυτος παρά ένας συμπαγής όγκος. Χαρακτηριστικό αυτής της ασθένειας είναι ο μη φυσιολογικός πολλαπλασιασμός και απελευθέρωση πρώιμων μορφών των λευκών αιμοσφαιρίων. Κατηγοριοποιείται ως *λεμφογενής* ή *μυελογενής* με βάση το επικρατέστερο είδος κυττάρων και ως *οξεία* ή *χρόνια* ανάλογα με το επίπεδο ωρίμανσης που παρουσιάζει το επικρατές είδος κυττάρων. Η οξεία λευχαιμία χαρακτηρίζεται από τον πολλαπλασιασμό πρώιμων λευκών αιμοσφαιρίων. Η χρόνια λευχαιμία χαρακτηρίζεται από τον πολλαπλασιασμό ώριμων κυττάρων.

Τέλος, υπάρχει η πιθανότητα εμφάνισης μικτού καρκίνου που περιέχει περισσότερα από ένα είδος νεοπλασματικών κυττάρων. Τα τερατώματα αποτελούν ένα ειδικό τύπο μικτού όγκου, που μπορεί να είναι καλοήθης ή κακοήθης. Εμφανίζουν ποικίλη βιολογική σύσταση και προέρχονται από αρχέγονα γενετικά κύτταρα(Otto 2001).

#### **1.4. Τρόποι Διασποράς του Καρκίνου.**

Ο καρκίνος μπορεί να παραμείνει τοπικός, προσβάλλοντας τους γύρω ιστούς ή μπορεί να μεταδοθεί σε απομακρυσμένα σημεία μέσω του κυκλοφορικού ή του λεμφικού συστήματος. Κάποιοι όγκοι παρουσιάζουν τακτικό μοτίβο προόδου: Αρχικά, ο πρωτοπαθής όγκος μεγαλώνει, στη συνέχεια καρκινικά κύτταρα εισχωρούν στους περιφερειακούς λεμφαδένες και τέλος εμφανίζονται απομακρυσμένες μεταστάσεις. Σε άλλους όγκους οι μεταστάσεις μπορεί να συμβαίνουν ταυτόχρονα ή πριν από τη διασπορά στους περιφερειακούς λεμφαδένες. Η διασπορά των καρκινικών κυττάρων συμβαίνει μέσα από δύο βασικούς τρόπους: την άμεση

διασπορά στις γύρω περιοχές και την μεταστατική διασπορά, ή *μετάσταση*, σε απομακρυσμένους ιστούς.

Άμεση διασπορά είναι η ικανότητα του όγκου να εισβάλει και να καταστρέφει τους ιστούς που τον περιβάλλουν χρησιμοποιώντας παράγοντες αγγειογένεσης και ένζυμα που εκκρίνουν τα καρκινικά κύτταρα σε συνδυασμό με την κινητικότητα των ογκοκυττάρων, ασκώντας πίεση στους γύρω ιστούς και διηθώντας μέσα σε αυτούς. Επίσης κίνδυνο διασποράς επιφέρει η δυνατότητα εμβολισμού των καρκινικών κυττάρων, τα οποία όταν βρεθούν σε κοιλότητες του σώματος προσκολλώνται στις εξωτερικές επιφάνειες των οργάνων της κοιλότητας, ο ίδιος κίνδυνος υπάρχει και κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων μέσα από τις οποίες ο όγκος ή τμήμα του μπορεί να μετακινηθούν ή να απελευθερωθούν κύτταρα αυτού στη κυκλοφορία.

Μεταστατική διασπορά, ή *μετάσταση*, είναι η ικανότητα αποκόλλησης των καρκινικών κυττάρων από τη θέση της πρωτοπαθούς εστίας και η εγκατάσταση δευτεροπαθών όγκων σε απομακρυσμένες θέσεις μέσω του κυκλοφορικού και λεμφικού συστήματος. Παρόλο που τα μεταστατικά ογκοκύτταρα προσβάλλουν άλλα όργανα, το είδος των καρκινικών κυττάρων δεν μεταβάλλεται ανάλογα. Οι μεταστάσεις μέσω του κυκλοφορικού συστήματος χαρακτηρίζονται από ευδιάκριτα βήματα ή διαδικασίες, γνωστές ως *μεταστατική αλληλουχία* (Varricchio 2004).

- *Αγγειογένεση στην πρωτοπαθή εστία:* Ο όγκος αυξάνεται και αναπτύσσει εσωτερική αγγείωση. Παράγοντες αγγειογένεσης διεγείρουν την ανάπτυξη και εξέλιξη νέων αιμοφόρων αγγείων μέσα στον όγκο, τα οποία συχνά είναι ελαττωματικά και προσβάλλονται εύκολα από καρκινικά κύτταρα. Ένας όγκος χωρίς αγγείωση σπανίως είναι μεταστατικός.
- *Εισβολή:* Η κακοήθεια επεκτείνεται στους γύρω ιστούς, μέσω της παραγωγής ενζύμων που διαλύουν ουσίες που φυσιολογικά συγκρατούν τα κύτταρα. Ο όγκος εκκρίνει παράγοντες που βοηθούν την κίνηση των κυττάρων του σε φυσιολογικούς ιστούς.
- *Ενδαγγείωση:* Ο όγκος εισχωρεί σε σωματικές κοιλότητες και αιμοφόρα αγγεία. Κακοήθη κύτταρα παράγουν ένζυμα τα οποία δημιουργούν οπές στο τριχοειδές ενδοθήλιο και επιτρέπουν στα καρκινικά κύτταρα να διαφύγουν.
- *Εμβολισμός και μεταφορά:* Τα ογκοκύτταρα μεταφέρονται σε άλλες θέσεις του σώματος, στη διαδρομή αλληλεπιδρούν με αιμοπετάλια, λεμφοκύτταρα, ινωδογόνα και άλλους παράγοντες που προστατεύουν τον ξενιστή. Εκτιμάται ότι μόνο 1% των ογκοκυττάρων που φτάνουν σε αυτό το στάδιο επιβιώνουν για

περίπου 24 ώρες, με λιγότερο από το 0,01% να δημιουργούν μεταστατικές αποικίες.

- *Σύλληψη*: Τα καρκινικά κύτταρα τελικά παγιδεύονται στο τριχοειδές στρώμα του οργάνου-στόχου. Το κύτταρο ή το σύμπλεγμα κύτταρων προσκολλάται στα τοιχώματα του αιμοφόρου αγγείου. Η ανάπτυξη ενός ινώδους πλέγματος γύρω από το κακοήθη κύτταρο ή κυτταρικό σύμπλεγμα αποσκοπεί στην προστασία του, ώστε να αποφευχθεί η έγκαιρη εντόπιση του από το ανοσοποιητικό σύστημα του ξενιστή.
- *Εξαγγείωση*: Το καρκινικό κύτταρο απελευθερώνει ένζυμα που διαλύουν τις μεμβράνες του αιμοφόρου αγγείου και του επιτρέπουν να εισβάλει στους γύρω ιστούς.
- *Εγκατάσταση*: Τα κακοήθη κύτταρα «χειραγωγούν» το νέο περιβάλλον για να επιτευχθεί ο πολλαπλασιασμός και η ανάπτυξή τους. Αν δεν είναι εφικτό να δημιουργήσουν τον δικό τους αγγειακό εφοδιασμό σε αυτή την εστία, δεν θα επιβιώσουν.

Γνωρίζουμε πολύ λιγότερα για τη διαδικασία διασποράς των καρκινικών κυττάρων μέσω του λεμφικού συστήματος σε αντίθεση με την διασπορά μέσω του κυκλοφορικού συστήματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις η πρώτη ένδειξη της διασποράς είναι η εμφάνιση μιας μάζας στους περιφερειακούς λεμφαδένες γύρω από την πρωτοπαθή εστία, ενώ σε άλλες μεταστατικά ογκοκύτταρα προσπερνούν τους τοπικούς λεμφαδένες και προχωρούν σε πιο απομακρυσμένα σημεία του λεμφικού συστήματος. Στην πραγματικότητα τα καρκινικά κύτταρα θα παρακάμψουν πολλούς λεμφαδένες πριν εγκατασταθούν σε μία απομακρυσμένη λεμφαδενική εντόπιση. Αφού εισχωρήσουν τα καρκινικά κύτταρα ή συνεχίζουν να αναπαράγονται ή πεθαίνουν λόγω της δυσκολίας επιβίωσης στο περιβάλλον ή αδρανοποιούνται. Καθώς το λεμφικό και το κυκλοφορικό σύστημα συνδέονται, είναι επίσης πιθανό να περάσουν και μέσα στην κυκλοφορία του αίματος (Otto 2001, Brady & Yeates 2013).

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

### Καρκίνος και νοσηλευτική φροντίδα

#### 2.1. Πρόληψη της νόσου

Τα κακοήθη νεοπλάσματα είναι χρόνιες νόσοι, για την ύπαρξη των οποίων έχουν καταγραφεί στοιχεία από την αρχαιότητα, σε κείμενα του Ιπποκράτη και του Γαληνού, σε αιγυπτιακούς πάπυρους όπως επίσης και σε ρωμαϊκά και περσικά κείμενα (World cancer report 2008). Με την ανάπτυξη της τεχνολογίας και της ιατροφαρμακευτικής αντιμετώπισης η επιστήμη καθορίζει τα αίτια του καρκίνου και απομυθοποιεί τις αντιλήψεις που στιγματίζουν τους ασθενείς κατά το παρελθόν. Υπολογίζεται ότι το 35% των καρκίνων αποδίδεται σε αιτιολογικούς παράγοντες που δυνητικά μπορούν να ελέγχουν (Danaei et al 2005).

Οι βασικοί παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση του καρκίνου είναι το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η υπό-κινητικότητα, η ανθυγιεινή διατροφή και η κατανάλωση οινοπνεύματος. Επίσης έχει ρόλο η υπερ-έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία και ειδικότερα στην Ελλάδα οι ιοί της ηπατίτιδας.

Ο καρκίνος δεν αποτελεί μια «μοντέρνα» νόσο αλλά σήμερα εντοπίζεται συχνότερα σε διαφορετικά σημεία του σώματος ανάλογα και με τον τρόπο ζωής. Αξίζει να αναφερθεί ότι από τις περιπτώσεις νεοπλασμάτων που έχουν ανιχνευθεί στο παρελθόν οι περισσότερες αφορούν στην στοματική κοιλότητα, τον οισοφάγο, το φάρυγγα τα οστά της λεκάνης, σε αντίθεση με τα τέλη του 20<sup>ου</sup> αιώνα που οι πιο συνήθεις περιπτώσεις είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, του μαστού ή των οστών (World cancer report 2008). Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα την πρώτη αίτια θανάτου την αποτελούσαν τα λοιμώδη νοσήματα ενώ ο καρκίνος καταλάμβανε την ογδόη θέση. Προς τα τέλη του ίδιου αιώνα η πρώτη αίτια θανάτου είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, στη δεύτερη θέση τα τροχαία ατυχήματα και στην τρίτη ο καρκίνος. Η νοσηρότητα του καρκίνου έχει υπερδιπλασιαστεί τα τελευταία 30 χρόνια και υπολογίζεται ότι ένας στους 3 ευρωπαίους θα νοσήσει με καρκίνο σε κάποιο στάδιο της ζωής του (World cancer report 2008).

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου πρόκλησης καρκινογένεσης βάση του σχεδίου δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως παρουσιάστηκε στο 9<sup>ο</sup> Συνέδριο Μαριάννας Λόρδου το 2007, στην Κύπρο, με θέμα «Management of cancer and cancer services in the EU» είναι οι ακόλουθοι:



1. Η ατμόσφαιρα με την ανεξέλικτη εκπομπή ρύπων από εργοστάσια και βιομηχανίες, ιδιαίτερα αυτών που γειτονεύουν με κατοικημένες περιοχές, σχολεία, χώρους εργασίας, νοσοκομεία κλπ.
2. Η ελλιπής πολιτική για ανανεώσιμες πηγές ενέργειας, και η διοχέτευση των τοξικών απορριμμάτων
3. Η αύξηση της κυκλοφορίας μηχανοκίνητων οχημάτων και τα περιορισμένα μαζικά μέσα μεταφοράς του πληθυσμού.
4. Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα και η χρήση τοξικών ουσιών από το ευρύ κοινό (σπρέι, εντομοκτόνα, χρώματα βαφής, υλικά καθαρισμού).
5. Οι επιπτώσεις στο νερό από τοξικά απόβλητα, φυτοφάρμακα και χημικές ουσίες.
6. Η έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία (παραθεριστές, αγρότες, εργαζόμενοι, στην οικοδομική βιομηχανία) και στην ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία (φούρνοι μικροκυμάτων, κινητά τηλέφωνα).
7. Οι επιπτώσεις από το κάπνισμα, το αλκοόλ, τις λοιμώξεις και τις ιώσεις (ιός ηπατίτιδας B, C, HPV), η κακή διατροφή, η καθιστική ζωή, η εργασιακή έκθεση σε παράγοντες κινδύνου (αμιάντος, κάδμιο, κυτταροστατικά φάρμακα, ακτίνες X, ραδιενεργά σκιαγραφικά υλικά).
8. Οι γενετικοί παράγοντες.

Στη διεθνή βιβλιογραφία τονίζεται ότι ο καρκίνος μπορεί να προληφθεί σε ποσοστό 30-40% υιοθετώντας βασικές προληπτικές συμπεριφορές όπως η αποχή από το κάπνισμα, η σωστή διατροφή, η ενασχόληση με τη φυσική δραστηριότητα και ο έλεγχος του βάρους(Danaei et al 2005).

### **Πρωτόγεννης Πρόληψη**

- *Κάπνισμα:* Οι θεσμικές και οικονομικές πολιτικές που εφαρμόζονται στην Ελλάδα συνάδουν με τις οδηγίες του ΠΟΥ και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, (Υπουργείο Υγείας, 2008). Στις οικονομικές πολιτικές περιλαμβάνονται οι υψηλοί έμμεσοι φόροι στα τσιγάρα, η αύξηση των τιμών των πακέτων και οι επιδοτήσεις σε καπνοπαραγωγούς για να αντικαταστήσουν τις καλλιέργειες καπνού. Στις θεσμικές ανήκουν η ολική απαγόρευση των διαφημίσεων τσιγάρων σε όλη την επικράτεια της χώρας, νομοθετικές ρυθμίσεις που

αφορούν την πρόληψη καπνού σε ανήλικους και ρυθμίσεις για τους δημόσιους χώρους, χώρους εργασίας και μέσα συγκοινωνίας.

- *Διατροφή:* Η σχέση διατροφής και καρκίνου δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά. Κάποια επίδραση πιθανόν να έχει η συστηματική δίαιτα που είναι πλούσια σε κόκκινο κρέας και φτωχή σε φυτικές ίνες. Η αλλαγή σε μεσογειακή διατροφή που είναι πλούσια σε φυτικές ίνες, ψάρι και ελαιόλαδο, αποτελεί μέτρο πρόληψης κυρίως του καρκίνου του γαστρεντερικού συστήματος. Τα αποτελέσματα από τον Ελληνικό πληθυσμό έδειξαν ότι η κατανάλωση λαχανικών και πιθανόν η κατανάλωση φρούτων είναι αντίστροφος ανάλογη με την εμφάνιση της νόσου (Υπουργείο Υγείας, 2008).
- *Παχυσαρκία και άσκηση:* Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι η παχυσαρκία και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας σχετίζεται με διάφορες μορφές καρκίνου (Danaei et al 2005). Υπάρχουν στοιχεία ότι η άσκηση μπορεί να μειώσει τον καρκίνο του μαστού (D'Avanzo et al. 1996, Lee, Oguma 2006) και πολλές άλλες έρευνες αναφέρουν ότι μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης διαφόρων νεοπλασμάτων.
- *Ηλιακή ακτινοβολία/ηλεκτρομαγνητικά πεδία:* Η Κύπρος και η Ελλάδα είναι χώρες με μεγάλη ηλιοφάνεια. Η καταστροφή του όζοντος αποτελεί αιτία αύξησης του καρκίνου του δέρματος, και το κακόηθες μελάνωμα είναι μέσα στις πιο συχνές μορφές καρκίνου. Η μείωση των ρυπογόνων εκπομπών και η αναζήτηση εναλλακτικών πηγών ενέργειας είναι μια σημαντική μορφή πρόληψης.
- *Γενετικοί παράγοντες:* Σημαντική είναι η κληρονομικότητα και η ύπαρξη όγκο-γονιδίων. Σύμφωνα με τη θεωρία τα όγκο-γονίδια είναι ανενεργές γονιδιακές εντολές που προδιαθέτουν στην εμφάνιση του καρκίνου σε κάποια χρονική περίοδο στη ζωή του ασθενή ή μπορεί να μην ενεργοποιηθούν ποτέ.
- *Επαγγελματικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες:* Οι καρκίνοι που σχετίζονται με επαγγελματικούς παράγοντες αποτελούν το 5% του συνόλου των νεοπλασιών και οι ουσίες που επηρεάζουν τους εργαζόμενους είναι περίπου 35 (Υπουργείο Υγείας, 2008). Σε αυτές περιλαμβάνονται ο αμιάντος, η φορμαλδεΐδη, το κάδμιο, οι υδρογονάνθρακες, το χρώμιο κ.α. Μέτρο πρόληψης, αν δεν μπορεί να αποφευχθεί η χρήση τους, είναι ο αυστηρός έλεγχος της ποσότητας και το χρόνου έκθεσης των εργαζομένων.

- *Λοιμογόννοι παράγοντες:* Στην Ευρώπη το 10% των καρκίνων οφείλονται σε βακτήρια, ιούς και παράσιτα (Υπουργείο Υγείας, 2008). Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV 16, 18, της ηπατίτιδας (HBV, HCV) και το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού είναι υπεύθυνα για ένα μεγάλο αριθμό λοιμωδών νοσημάτων. Οι εμβολιασμοί κατά της ηπατίτιδας και του HPV σε κορίτσια στην εφηβική ηλικία και επίσης ο έλεγχος των φορέων ανάμεσα σε αλλοδαπούς και μετανάστες θεωρούνται υψηλού επιπέδου προληπτικός έλεγχος.

### **Δευτερογενής Πρόληψη**

- *Προ-συμπτωματικός πληθυσμιακός έλεγχος:* Η Ευρωπαϊκή Ένωση δίνει έμφαση στη διενέργεια προ-συμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου, όπου μέσα από ένα καλά οργανωμένο και ποιοτικό πρόγραμμα μπορεί να αποτραπεί το 1/3 των νεοπλασμάτων. Στον ελληνικό χώρο οι εξετάσεις μαστού και τραχήλου της μήτρας παρέχονται δωρεάν από τις κρατικές υπηρεσίες και τους ιδιώτες που είναι συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία. Επίσης σημαντική είναι η προώθηση δια των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης οι προληπτικές συμπεριφορές και η ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για τους εμβολιασμούς και τους ελέγχους, με απώτερο σκοπό την προαγωγή της υγείας. Στην ενημέρωση εκτός από τον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα είναι σημαντική και η δράση των μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ) όπου συμβάλλουν με αποφασιστικό τρόπο με ελέγχους και κινητοποιήσεις προληπτικού χαρακτήρα.

### **Τριτογενή Πρόληψη**

- *Θεραπεία:* Στην Ελλάδα οι αρμόδιες υπηρεσίες που παρέχουν θεραπεία είναι οι ογκολογικές κλινικές σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, εντός και εκτός της Αττικής, οι κλινικές μαστού και τα ιατρεία πόνου και παρηγορητικής φροντίδας. Σε όλους τους ογκολογικούς ασθενείς ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση. Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρέχεται δωρεάν μετά από απόφαση της κυπριακής και της ελληνικής Βουλής. Για τις περιπτώσεις των ασθενών όπου η θεραπεία ή τα αναγκαία διαγνωστικά μέσα

δεν παρέχονται στη χώρα διαμονής τους, αποστέλλονται στο εξωτερικό με κρατική κάλυψη και των εξόδων διαμονής και θεραπείας.

- *Παρηγορητική-ανακουφιστική αγωγή:* Η παρηγορητική αγωγή καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών που χρειάζονται ανακούφιση από τα συμπτώματα της νόσου. Ειδικά η υποστήριξη των ασθενών που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο, ή στην τελική φάση της νόσου, είναι κρίσιμη τόσο για την ψυχολογία τους αλλά και των οικογενειών τους, όπως και με την διατήρηση της κοινωνικής τους ισορροπίας.

## **2.2. Νοσηλευτική φροντίδα στη φάση της διάγνωσης**

Η διαδικασία της διάγνωσης απαιτεί τη συλλογή ποικίλων δεδομένων από μια σειρά δοκιμασιών που απαιτούν δείγματα ιστού από βιοψία (βιοψία δια βελόνης, ή χειρουργική επέμβαση) καθώς και άλλες εργαστηριακές εξετάσεις. Σπινθηρογράφημα καθώς και ιστολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις. Η διάγνωση θα χρειαστεί κάποιο χρόνο για την συλλογή των δεδομένων, όπως για την ταυτοποίηση του σταδίου αλλά και του ιστολογικού τύπου του καρκίνου. Η O' Mary (1997) ορίζει αυτή τη φάση της νόσου, ως το στάδιο της διαγνωστικής εκτίμησης, ταξινόμησης και σταδιοποίησης της με στόχο τον καθορισμό του ιστολογικού τύπου της κακοήθειας, της πρωτοπαθούς εστίας, της έκτασης της νόσου και της πιθανότητας μελλοντικής υποτροπής. Οι πληροφορίες αυτές κρίνονται απαραίτητες για τον καθορισμό της θεραπευτικής προσέγγισης. Η σημαντική τεχνολογική πρόοδος των απεικονιστικών μεθόδων επιτρέπει την αναπαραγωγή εικόνων του ανθρώπινου σώματος με υψηλή ανάλυση και ευκρίνεια, δίνοντας έτσι την ευελιξία στο ιατρικό προσωπικό να μεγεθύνει, περιστρέφει αλλά και να προβάλλει πανοραμικά τις εικόνες, συμβάλλοντας έτσι στο διαχωρισμό των υγιών από τους κακοήθεις ιστούς. Μια ανασκόπηση των διαγνωστικών εξετάσεων μας δίνει ο Eddy (1996) οι οποίες είναι σχεδιασμένες ώστε να βοηθούν στην καλύτερη σταδιοποίηση των όγκων όπως και την αποτελεσματικότητα των θεραπειών.

Δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση και σταδιοποίηση του καρκίνου είναι:

- 1) *Χειρουργικές επεμβάσεις:* Βιοψίες, λαπαροσκόπηση, παρακέντηση όγκου.

- 2) *Ενδοσκοπήσεις:* λαρυγγοσκόπηση, βρογχοσκόπηση, οισοφαγοσκόπηση, γαστροσκόπηση, κολονοσκόπηση, ενδοσκόπηση του κατώτερου πεπτικού συστήματος, κυστεοσκόπηση.
- 3) *Αιματολογικές εξετάσεις:* Γενική εξέταση αίματος, βιοχημικές αιματολογικές εξετάσεις, εκτιμήσεις καρκινικών δεικτών, ηλεκτροφόρηση, ανοσολογικές εξετάσεις, ιολογικές εξετάσεις κλπ.
- 4) *Ακτινολογικές εξετάσεις:* Ακτινολογικές εξετάσεις, μαστογραφία
- 5) *Εξετάσεις ούρων:* Ανάλυση ούρων, αναζήτηση πρωτεϊνών Bencejones και έλεγχος για την ανίχνευση κατεχολαμινών στα ούρα.
- 6) *Συνήθεις διαγνωστικές εξετάσεις προ-συμπτωματικού ελέγχου:* Μαστογραφία, λήψη τραχηλικού επιχρίσματος και δοκιμασίες ανίχνευσης μικροσκοπικής αιμορραγίας στα κόπρανα.
- 7) *Απεικόνιση του όγκου:* Με την χρήση σκιαγραφιών ουσιών: βαριούχο γεύμα και βαριούχος υποκλυσμός, ενδοφλέβια ουρογραφία, λεμφαγγειογραφία, χολαγγειογραφία και μυελόγραμμα.
  - ✓ Υπερηχογράφημα
  - ✓ Σπινθηρογράφημα
  - ✓ Υπολογιστική αξονική τομογραφία (CT)
  - ✓ Υπολογιστική μαγνητική τομογραφία (MRI)

Η ανάγκη συνέχισης των εξετάσεων σταδιοποίησης του καρκίνου συνδέεται με το γεγονός ότι ως κυτταρική νόσος διασπείρεται σε απομακρυσμένα σημεία που τη καθιστά δύσκολη στην έγκαιρη διάγνωση της. Από την πρώτη στιγμή της ανίχνευσης κάποιου όγκου ή λειτουργικής διαταραχής υπάρχει η υποψία του καρκίνου τόσο στο ίδιο άτομο όσο και στους επαγγελματίες υγείας. Βλέποντας τα παραπάνω και σε συνδυασμό με την προκατάληψη που επικρατεί απέναντι στον καρκίνο, καταλαβαίνουμε ότι από την διαδικασία της διάγνωσης δημιουργείται σύγχυση και φόβος στο ασθενή σε αντίθεση με άλλες διαγνωστικές πρακτικές, τόσο από την ίδια διαδικασία όσο και από την αναμονή για τα αποτελέσματα της (Δοριάκη, Κόλλια 2010).

Οι τρόποι συμπεριφοράς των ατόμων όταν βιώνουν μια ασθένεια αποκαλούνται συμπεριφορές ασθένειας. Αυτές περιλαμβάνουν την παρακολούθηση και τον έλεγχο στο σώμα, προσδιορίζουν και ερμηνεύουν τα συμπτώματα και αναζητούν την υγειονομική φροντίδα προκειμένου να επανακτήσουν την σωματική

και πνευματική ισορροπία. Τα στάδια της συμπεριφοράς του ασθενούς ανάλογα τα στάδια της νόσου όπως αναφέρει ο Dewi τείναι:

**Μεταβατικό στάδιο:** Η έναρξη μπορεί να γίνει με ασαφή, μη ειδικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, το άτομο μπορεί να αρνείται ότι αισθάνεται άρρωστο, αλλά αναγνωρίζει ότι υπάρχουν συμπτώματα και ασθένεια. Στο στάδιο αυτό γίνεται η αναγνώριση και η παραδοχή ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα υγείας. Καθώς τα συμπτώματα συνεχίζουν ή επιδεινώνονται, ο ασθενής ενδέχεται να λάβει από μόνος του φάρμακα ή να ζητήσει ιατρική βοήθεια.

**Στάδιο αποδοχής:** Καθώς μειώνεται η άρνηση της ασθένειας επέρχεται η αποδοχή της. Ο ασθενής συμμετέχει σε ενέργειες και μέτρα για την ανάκτηση της υγείας του, ενώ εγκαταλείπονται οι συνηθισμένες υποχρεώσεις και ρόλοι. Ένα ποσοστό των ασθενών αναβάλλουν την επίσκεψη στο ιατρό για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, γιατί ο φόβος για το τί πρόβλημα μπορεί να υποκρύπτεται και η υποβολή σε εξετάσεις και διαγνωστικές διαδικασίες συχνά προκαλούν άγχος.

**Στάδιο ανάρρωσης:** Η ανάρρωση αποτελεί τη διαδικασία αποκατάστασης μετά από μια ασθένεια και την ανάκτηση της υγείας. Αν η ασθένεια ή η νόσος είναι χρόνια, η φάση της πλήρους ανάρρωσης αντικαθίσταται από την προσαρμογή στους οποίους περιορισμούς και την χρήση των εναπομεινάντων δυνατοτήτων (Dewit 2013).

Η αρρώστια εκτός από τη βιολογική υπόσταση, εκδηλώνεται με ψυχολογική και κοινωνική υπόσταση αντίστοιχα. Το ιατρό- νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να αντιμετωπίσει τα πλαίσια προσαρμογής του ασθενούς στο νοσοκομείο και τις συνέπειες της νόσου. Ο νοσηλευτής παρέχει φροντίδα και ενημέρωση, διευκρινίζει τις διαδικασίες και συμβουλεύει το οικογενειακό του περιβάλλον, ως κύριος εκφραστής της παροχής φροντίδας στον ασθενή, θα πρέπει να γνωρίζει ποιες είναι οι συνηθισμένες αντιδράσεις του ασθενούς σε μια δεδομένη κατάσταση μιας σοβαρής και όχι μόνο ασθένειας, την αξιολόγηση και ενθάρρυνση των θετικών συναισθημάτων αλλά και των αρνητικών συναισθημάτων όπως είναι ο θυμός και η λύπη. Αν ο νοσηλευτής κατανοήσει την ανάγκη του ασθενούς να εκφράσει τον θυμό του, μπορεί να αποδεχτεί αυτό το συναίσθημα, ειδικά όταν κατευθύνεται στον ίδιο και μένει δίπλα του υποστηρικτικά χωρίς να τον απορρίπτει (Παπαγεωργίου 2012).

### 2.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στο σχέδιο φροντίδας της νόσου.

Ιστορικά ο «ειδικός» ρόλος του νοσηλευτή σε αρρώστους με καρκίνο και στην ανακουφιστική φροντίδα υιοθετήθηκε για πρώτη φορά από το ίδρυμα ανακούφισης του καρκίνου Macmillan. Ο ρόλος του νοσηλευτή σχετικά με την διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου είναι βασικός και δεν περιορίζεται μόνο στην συμμετοχή στην ομάδα λήψης των αποφάσεων για τη θεραπεία, αλλά και στην ανάληψη ευθυνών για τη χορήγηση και τον έλεγχο των επιδράσεων της θεραπείας ή της διαγνωστικής διαδικασίας.

Έχουν διεξαχθεί διαδοχικές έρευνες σχετικά με τις προτιμήσεις των διαγνωσμένων ατόμων με καρκίνο στη λήψη αποφάσεων. Τα σενάρια αυτά περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω (Degner 1988):

- i. *Λήψη αποφάσεων κατευθυνόμενη από επαγγελματίες υγείας:* Το προσωπικό υγείας έχει τον τελικό έλεγχο για τον τύπο της θεραπείας, ενώ ο ασθενής και η οικογένεια του εμπλέκονται ποικιλότροπα στην πραγματική εφαρμογή της θεραπείας
- ii. *Λήψη αποφάσεων ελεγχόμενη από τον ασθενή:* Ο ασθενής ασκεί τον τελικό έλεγχο και τον τύπο της θεραπείας που θα λάβει
- iii. *Λήψη αποφάσεων ελεγχόμενη από την οικογένεια:* Η οικογένεια ασκεί τον τελικό έλεγχο και αποφασίζει για τη θεραπεία που θα χορηγηθεί.
- iv. *Από κοινού έλεγχος της λήψης αποφάσεων:* Ο έλεγχος για τον σχεδιασμό της θεραπείας ανήκει σε ένα ή περισσότερους από τους συμμετέχοντες στη λήψη αποφάσεων.

Οι Denger και Sloan (1992) δημιούργησαν ένα εργαλείο συνεχούς αξιολόγησης αυτών των προτιμήσεων, με ενεργό ρόλο στη λήψη αποφάσεων μέσω του οποίου ένας συνεργατικός ή μικτός ρόλος μετατρέπεται σε παθητικό ρόλο όπου ο γιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας είναι ο πρωτεύοντα ή μοναδικός που λαμβάνει τις αποφάσεις. Με δεδομένο ότι στο γενικό πληθυσμό η πλειοψηφία των ατόμων επιθυμούν να αναλάβουν έναν ενεργητικό ρόλο στην θεραπεία τους, όλο και περισσότερο αποδεικνύεται ότι δεν συμβαίνει το ίδιο όταν η διάγνωση είναι μία απειλητική για τη ζωή νόσος όπως ο καρκίνος, μεταφέροντας έτσι περισσότερες ευθύνες στο ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό. Σε μελέτη του Beaver (1996) και των συνεργατών του με ένα δείγμα 150 γυναικών με διάγνωση καρκίνου του μαστού και 200 γυναικών με καλοήγη

όγκου του μαστού, η πλειοψηφία των ασθενών προτιμούσε έναν παθητικό ρόλο, ενώ το 28% έναν συμμετοχικό ρόλο και ένα 20% έναν ενεργητικό ρόλο. Η χειρουργική είναι η παλαιότερη μορφή αντί-καρκινικής θεραπείας αλλά και μία από τις σημαντικότερες σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές αντιμετώπισης των ατόμων με συμπαγείς όγκους. Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την επιλογή της θεραπείας είναι:

- ❖ *Ο ρυθμός ανάπτυξης του όγκου.*
  - Ο χρόνος που απαιτείται ώστε η καρκινική μάζα να διπλασιαστεί σε μέγεθος
  - Οι όγκοι με χαμηλό ρυθμό ανάπτυξης δηλαδή με κύτταρα που χαρακτηρίζονται από παρατεταμένο κυτταρικό κύκλο ανταποκρίνονται καλύτερα στη χειρουργική αντιμετώπιση γιατί εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα περιορισμένης τοπικής εντόπισης παρά οι όγκοι με ψηλό ρυθμό ανάπτυξης
- ❖ *Η πιθανότητα εμφάνισης μεταστάσεων*
  - Ορισμένοι όγκοι καθυστερούν να εμφανίσουν μεταστάσεις, ή επεκτείνονται τοπικά και δίνουν μεταστάσεις σε γειτονικούς ιστούς και είναι δυνατόν να ιαθούν με χειρουργική επέμβαση.
  - Άλλοι όγκοι δημιουργούν μεταστάσεις σε απομακρυσμένα σημεία οπότε η χειρουργική εφαρμόζεται μόνο ως συμπληρωματική θεραπεία.
- ❖ *Η εντόπιση του όγκου, ο ιστολογικός τύπος και η διηθητικότητα του*
  - Πχ :αν γειτνιάζει με άλλα όργανα και την επιθετικότητα του.
- ❖ *Η φυσική κατάσταση του ασθενή:*
  - Η προ-εγχειρητική κατάσταση του ασθενή είναι ζωτικής σημασίας
  - Κατά τον προγραμματισμό της χειρουργικής επέμβασης λαμβάνονται υπόψη η κατάσταση της νόσου καθώς και συνυπάρχοντα νοσήματα
- ❖ *Η ποιότητα ζωής και οι προσωπικές επιλογές του ασθενή*
  - Ο θεραπευτικός στόχος της θεραπείας ποικίλει ανάλογα με το στάδιο της νόσου, αλλά τα οφέλη και οι κίνδυνοι από κάθε μορφή θεραπείας θα πρέπει να είναι αποδεκτά από τον ασθενή.

Η χημειοθεραπεία αποτελεί την κύρια αντί-νεοπλασματική θεραπεία και χρησιμοποιείται είτε με την προοπτική ίασης της νόσου, εφόσον καταστρέφονται όλα τα καρκινικά κύτταρα οπότε το προσδόκιμο ζωής του ασθενούς είναι ίδιο με αυτό ενός υγιούς ανθρώπου, είτε για τον έλεγχο της νόσου μέσω της επιβράδυνσης η την οριστική διακοπή της εξέλιξης του κακοήθους όγκου (πχ. προ-εγχειρητική



χημειοθεραπεία) και την αύξηση του προσδόκιμου χρόνου επιβίωσης. Επίσης μπορεί να είναι ανακουφιστική για τα συμπτώματα της νόσου όπως ο πόνος και η δύσπνοια.

Ορισμένοι όροι-κλειδιά για την ανταπόκριση του όγκου είναι:

1. Πλήρης ανταπόκριση-εξάλειψη του συνόλου της νόσου.
2. Μερική ανταπόκριση- ελάττωση του συνολικού όγκου σε ποσοστό 50% η και περισσότερο.
3. Σταθερή κατάσταση- ούτε κατά 50% ελάττωση του όγκου, αλλά ούτε και αύξηση της μάζας του πάνω από 25%.
4. Επιδείνωση της νόσου- αύξηση του μεγέθους της μάζας του όγκο πάνω από 25% (Horwich1995).

Η αλωπεκία, ο εμετός, η ξηροστομία, η εμμηνόπαυση και η κόπωση είναι μερικά από τα προβλήματα που θεωρούνται αποδεκτές συνέπειες της χημειοθεραπείας.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην παροχή φροντίδας είναι πολύ σημαντικός διότι είναι αυτοί που παρέχουν τη θεραπεία εναντίον του καρκίνου (πχ χορήγηση χημικό-θεραπευτικών σχημάτων), την προετοιμασία του ασθενή για τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τον έλεγχο τους, τη φροντίδα για την ανακούφιση του πόνου και την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη. Η θεραπεία του καρκίνου είναι συχνά μακροχρόνια και περιλαμβάνει ενδεχομένως σειρά θεραπειών και αξιολογήσεων, μετά την θεραπεία υπάρχει συνεχής συστηματική παρακολούθηση για τον εντοπισμό αλλαγών ή υποτροπών. Οι νοσηλευτές συμμετέχουν ενεργά στη διαμόρφωση του εκάστοτε στρατηγικού σχεδίου φροντίδας λαμβάνοντας υπόψη, το είδος της θεραπείας, το είδος του νεοπλασματος, τη σωματική αλλά και ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, τα λειτουργικά και πρακτικά προβλήματα. Μεγάλης σημασίας είναι η εκπαίδευση του ασθενή από την αρχή της διάγνωσης μέχρι και το πέρας της νόσου, διότι με αυτό τον τρόπο δημιουργείται ένας διάυλος επικοινωνίας ανάμεσα στο θεράποντα και τον ασθενή, κτίζεται μια σχέση εμπιστοσύνης και βοηθά να προωθούνται πρακτικές αυτό-συντήρησης και αυτό-φροντίδας, την ελάττωση του άγχους, της κατάθλιψης και τον φόβο του θανάτου. Επίσης αυξάνει την επιμονή του πάσχοντος σε μια θεραπευτική αγωγή παρά τις ανεπιθύμητες παρενέργειες. Αξίζει να σημειωθεί πως η αξιολόγηση των δυσκολιών που πρέπει να αντιμετωπιστούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου αποτελεί βασική διάσταση της αποτελεσματικής παροχής φροντίδας.

### **2.3.α Σχέδιο φροντίδας με στόχο την ίαση.**

Κατά τη φροντίδα του ογκολογικού ασθενή με στόχο την ίαση το ιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό διεκπεραιώνει ανά τακτά χρονικά διαστήματα αξιολογήσεις του ασθενούς και την πορεία της θεραπείας. Οι σκοποί των εξετάσεων αυτών είναι η αξιολόγηση της οργανικής κατάστασης του κάθε υποψήφιου για χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της κατάστασης θρέψης, η λειτουργικότητα των νεφρών, του ήπατος, της καρδιάς κλπ ο καθορισμός του σταδίου του καρκίνου ώστε να υπάρχει μέτρο σύγκρισης και μέτρησης της θεραπευτικής ανταπόκρισης και τέλος ο υπολογισμός της ορθής δόσης φαρμάκων που απαιτούνται ώστε να αποφεύγεται ο κίνδυνος τοξικότητας.

Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι δυνατόν να ταξινομηθούν σύμφωνα με τον χρόνο έναρξης τους σε 3 κατηγορίες, τις άμεσες παρενέργειες που εμφανίζονται μετά από 30 λεπτά περίπου από την έναρξη της θεραπείας, τις βραχυχρόνιες παρενέργειες εμφανίζονται 3 με 7 ημέρες και τις μακροχρόνιες παρενέργειες όπου προκύπτουν ύστερα από 7 ημέρες. Οι άμεσες παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι ο πόνος στο σημείο εισόδου του ενδοφλεβίου καθετήρα μέσω του οποίου χορηγείται το φάρμακο, φλεβικός πόνος, ψυχρή αίσθηση κατά μήκος της φλέβας και κνησμός, ερυθρότητα προσώπου και σώματος, υπόταση, αντιδράσεις υπερευαισθησίας, αναφυλαξία και ασυνήθιστη γεύση και οσμή. Οι βραχύχρονες παρενέργειες είναι η ανορεξία, η ναυτία, ο εμετός, η στοματίτιδα, επανεμφάνιση ακτινικής δερματίτιδας, πόνος στην περιοχή του όγκου, κακουχία, σύνδρομο που μοιάζει με γρίπη και πυρετό, αιματουρία, δυσκοιλιότητα και διάρροια. Ενώ οι μακροχρόνιες και οι πιο σοβαρές είναι η καταστολή του μυελού των οστών, αλωπεκία, δερματικές αντιδράσεις όπως φλεγμονές, εξανθήματα, υπέρχρωση και φωτοευαισθησία, ραβδώσεις των νυχιών, πνευμονική ίνωση, θρομβοφλεβίτιδα. Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, ηπατική δυσλειτουργία, νεφροτοξικότητα, σεξουαλική δυσλειτουργία, νευρολογικά προβλήματα όπως μυϊκής αδυναμίας, απώλεια ακοής σε υψηλές συχνότητες, ατονία κ.α. και τοξικότητα του ΚΝΣ που παρουσιάζει λήθαργο, κόπωση, κατάθλιψη και κεφαλαλγίες. Πρέπει να προσθέσουμε πως οι παρενέργειες είναι δυνατό να προκαλέσουν και συναισθηματική φόρτιση τόσο στον ασθενή όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον και γι αυτό η σωστή

ενημέρωση είναι το κλειδί για την ομαλοποίηση των καταστάσεων και την αποφυγή παρεξηγήσεων. Οι άμεσες παρενέργειες έχουν συνήθως παροδικό χαρακτήρα, συνεπώς οι ασθενείς δεν έχουν παρά να περιμένουν ένα μικρό χρονικό διάστημα.

- ✓ Στην ανορεξία, που ανήκει στις βραχύχρονες παρενέργειες, οι νοσηλευτές αξιολογούν την κατάσταση θρέψης και τη φυσική κατάσταση του ασθενή. Λόγω των αλλοιώσεων στη γεύση και την οσμή η επιλογή τροφών με έντονες γεύσεις και οσμές όπως αρωματισμένα γλυκά προτιμώνται ώστε να καλύψουν τις πιο δυσάρεστες. Επιπλέον, από τους νοσηλευτές μπορούν να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη ή ελαχιστοποίηση κάποιων παραγόντων που επηρεάζουν την πρόσληψη τροφής, όπως για παράδειγμα η επιμελής στοματική υγιεινή, η αντιμετώπιση της στοματίτιδας, της ναυτίας, του εμετού και της δυσκοιλιότητας.
- ✓ Η διάρροια μπορεί να οριστεί σαν την αύξηση του όγκου και της υδαρότητας των κοπράνων, η οποία οδηγεί σε 3-4 κενώσεις την ημέρα. Αυτό οφείλεται στην διαταραχή του επιθηλιακού τοιχώματος του έντερου από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα και τη φλεγμονή. Το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας αποτελείται από τη χορήγηση αντι-διαρροϊκών φαρμάκων και με την πρόσληψη στερεών τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε βιταμίνες, πρωτεΐνες και θερμίδες.
- ✓ Η δυσκοιλιότητα περιγράφεται ως η μη συχνή, απέκκριση υπερβολικά ξηρών κοπράνων. Τα αλκαλοειδή της vinca προκαλούν συχνότερα δυσκοιλιότητα. Έμφαση πρέπει να δίνεται στην πρόληψη της παρά στην θεραπεία της, γι αυτό προτείνονται τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες και υγρά, επίσης ο νοσηλευτής μπορεί να χορηγήσει καθαρτικά μαζί με τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που είναι γνωστό ότι προκαλούν δυσκοιλιότητα, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- ✓ Η ναυτία γίνεται συχνά αντιληπτή ως η τάση να κάνει κάποιος εμετό. Συνήθως οι ασθενείς που υποφέρουν από ναυτία εμφανίζονται ωχροί και κάθιδροι ενώ το δέρμα τους είναι ψυχρό και κολλώδες. Η ναυτία που οφείλεται από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα εμφανίζεται σε διαφορετικές χρονικές στιγμές από την χορήγηση του φαρμάκου. Η κύρια αντιμετώπιση τους είναι η πρόσληψη διαφόρων αντιεμετικών φαρμάκων ανάλογα την περίπτωση και την αξιολόγηση του ασθενούς, επίσης μπορούν να εκπαιδευτούν από τους νοσηλευτές για τους χρόνους εμφάνισης των συμπτωμάτων.

- ✓ Η κόπωση είναι μια παρενέργεια που μπορούν οι ασθενείς να διδαχθούν από το νοσηλευτικό προσωπικό να ελέγξουν με συστηματική ξεκούραση και προγραμματισμένους ύπνους.
- ✓ Στις μακροχρόνιες παρενέργειες εντοπίζεται η καταστολή του μυελού των οστών. Θεωρείται η πλέον πιο συχνή επιπλοκή στην αντικαρκινική θεραπεία. Αυτό δημιουργεί προβλήματα όπως αναιμία, αποδυνάμωση της άμυνας του οργανισμού και θρομβοπενία, που μπορούν όμως να διορθωθούν με μεταγγίσεις αίματος ή αιμοπεταλίων.

Ένας αριθμός χημειοθεραπευτικών παραγόντων, με κυριάρχους την δοξορουμπισίνη και την δαυνομυκίνη, έχουν τοξική δράση στην καρδιά. Οι επιπλοκές σπάνια είναι θανατηφόρες και συχνά υποχωρούν γρήγορα χωρίς να αφήνουν επιπλοκές. Οι νευρολογικές παρενέργειες που σχετίζονται με τη χημειοθεραπεία δεν είναι σπάνιες, αλλά είναι δύσκολα να διαχωριστούν από τις παρενέργειες που προκαλεί η ίδια η νόσος. Αν παρουσιαστούν δύναται να επιβάλλουν την ελάττωση του φαρμάκου αλλά οι παρενέργειες μπορεί να είναι μη αναστρέψιμες. Η πνευμονική τοξικότητα μπορεί να εμφανιστεί με την μορφή της πνευμονίτιδας ή της ίνωσης και σε αυτές τις περιπτώσεις γίνεται διακοπή του φαρμάκου. Πολλοί χημειοθεραπευτικοί παράγοντες είναι γνωστοί για τη νεφροτοξικότητά τους. Οι επιπτώσεις στη λειτουργικότητα των νεφρών ποικίλουν από ήπιες και αναστρέψιμες διαταραχές μέχρι την οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Η προενυδάτωση και η μετενυδάτωση από θεραπεία με πλατίνα, καθώς και η ενδοφλέβια χορήγηση μαννιτόλης αποτελούν τα κύρια μέτρα πρόληψης ή ελαχιστοποίησης των βλαβών, επίσης τα διουρητικά χρησιμοποιούνται σε θεραπευτικά σχήματα υψηλών δόσεων.

Ο πόνος είναι ο βασικός λόγος για την αναζήτηση φροντίδας υγείας, για κάθε ασθενή που διαγιγνώσκεται με καρκίνο (Lanceley 1995). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προωθεί την αρχή του «ολικού πόνου» και αναγνωρίζει τις πολύπλευρες διαστάσεις του, την οργανική, την συναισθηματική, την κοινωνική, και πνευματική.

Οι βασικές αρχές και στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας στην αντιμετώπιση του πόνου είναι: η αναγνώριση και άμεση αξιολόγηση του πόνου, η ανίχνευση των ψυχολογικών και πνευματικών επιδράσεων στην αντίληψη του πόνου και την διαχείριση του, ανακούφιση του πόνου κατά την διάρκεια της νύχτας στην ανάπαυση και στην μετακίνηση, μεγιστοποίηση της ανεξαρτησίας και της ποιότητας της ζωής του ασθενούς, καταγραφή και ανακούφιση παρόντων και μελλοντικών φόβων για τον

πόνο, την παροχή υποστήριξης και ενθάρρυνσης των μελών της οικογένειας, των φίλων και των επαγγελματιών υγείας, υιοθέτηση συνεργατικής και διεπιστημονικής προσέγγισης, τακτική επαναξιολόγηση των αποτελεσμάτων, την έγκαιρη παραπομπή σε του ασθενή σε ειδικούς αν δεν επιτυγχάνεται η αντιμετώπιση του πόνου. (Bates) Η χρόνια φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου χωρίζεται σε 3 επίπεδα, τον ήπιο πόνο με φάρμακα επιλογής μη οπιοειδή όπως η παρακεταμόλη και η ασπιρίνη, τον μέτριο πόνο με ήπια οπιοειδή όπως η κωδεΐνη και η δεξοπροποξυφαινη και τον έντονο πόνο με οπιούχα φάρμακα όπως η μεθαδόνη και η μορφίνη (Redmond 1996).

### **2.3.β Σχέδιο φροντίδας σε ασθενή τελικού σταδίου.**

Η ανακουφιστική φροντίδα είναι μια σχετικά νέα ειδικευση, αναγνωρισμένη επίσημα από το 1987 ως ιατρική ειδικότητα στο Ηνωμένο Βασίλειο (Penell, Corner 2005). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ανακουφιστική φροντίδα είναι η ενεργός και ολοκληρωμένη φροντίδα ασθενών, των οποίων η ασθένεια δεν ανταποκρίνεται στη θεραπευτική αγωγή. Η ανακουφιστική φροντίδα είναι σημαντική και αναγκαία στο χώρο της δημόσιας υγείας διότι απευθύνεται κυρίως σε ασθενείς με ανίατες ασθένειες, όπως και σε ογκολογικούς ασθενείς τελικού σταδίου που δεν δέχονται καμία θεραπεία εκτός από την παρηγορητική φροντίδα για όσο χρόνο τους απομένει. Δεν επικεντρώνεται μόνο στα οργανικά προβλήματα αλλά και στη γενική ψυχοσύνθεση των ασθενών, ενώ ο σκοπός της είναι να προσφέρει την καλύτερη ποιότητα ζωής που μπορεί.

Οι βασικές αρχές που διέπουν την ανακουφιστική φροντίδα είναι:

1. Ο σεβασμός προς την ζωή και η πεποίθηση ότι ο θάνατος είναι η φυσιολογική εξέλιξη της.
2. Δεν επιταχύνει και δεν αναβάλλει τον θάνατο.
3. Εξασφαλίζει την ψυχοκινητική και πνευματική υποστήριξη του ασθενούς.
4. Εξασφαλίζει τον έλεγχο του πόνου και την ανακούφιση των συμπτωμάτων από την νόσο και από την θεραπεία.
5. Προσφέρει τη στήριξη του ασθενούς ώστε να παραμείνει ενεργός μέχρι το τέλος της ζωής του.
6. Τη στήριξη της οικογένειας του ασθενούς, τόσο καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας όσο και μετά τον θάνατο του (Gamlin 2001).

Ο προπαρασκευαστικός θρήνος είναι μια ιδιαίτερη διαδικασία που βιώνει ο ασθενής και το περιβάλλον του, πότε περισσότερο ή λιγότερο επώδυνη, όταν συνειδητοποιεί ότι απειλείται η ζωή του ή επέρχεται ο θάνατος. Η διαδικασία αυτή χαρακτηρίζεται από τον θρήνο για την απώλεια, ενδοψυχικές συγκρούσεις, έντονο άγχος ή θυμό, ενασχόληση με το τελικό στάδιο της νόσου και τέλος με τις συνθήκες του επερχόμενου θανάτου.

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

### Γνώσεις και αντιλήψεις νοσηλευτών αναφορικά με τον καρκίνο

#### 3.1. Διερεύνηση των αντιλήψεων σχετικά με τον καρκίνο

Οι αντιλήψεις και οι ιδέες που έχουν οι άνθρωποι τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τον κόσμο αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για τον τρόπο ζωής που επιλέγουν. Καθ' όλη την διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου υπάρχει αλληλεπίδραση με πολλούς παράγοντες μέσα από τους οποίους το άτομο αποκτά κριτική σκέψη και αντίληψη, μια διαδικασία που αρχίζει από τα πρώτα βήματα και συνεχίζει σε όλη την ζωή του. Οι πυλώνες μιας κοινωνίας βασίζονται σε μια κοινή γλώσσα και υπάρχουν μοτίβα και συμπεριφορές που είναι αποδεκτά από όλα τα άτομα που την απαρτίζουν. Με αυτόν τον τρόπο διαμορφώνονται μία κοινή συμπεριφορά και κοινές αξίες και κανόνες που συμβάλλουν στην ομαλή λειτουργία της κοινωνίας. Το άτομο υιοθετεί έναν τρόπο ζωής που αυτό επιλέγει με βάση τα παραπάνω, αξιολογεί τον εαυτό του και τις επιλογές του, συγκρίνει τον εαυτό του με τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας και προσπαθεί συνεχόμενα για την άνοδο του στην κοινωνία.

Οι αμοιβαίες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατόμων επηρεάζουν και διαμορφώνουν τις στάσεις, τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές. Αυτό συμβαίνει σε διάφορους τομείς της ζωής των ατόμων, ακόμα και στην υγεία. Η νοοτροπία της μάζας που παρατηρείται σε μία κοινωνία επηρεάζει και την «συμπεριφορά» υγείας του ατόμου. Για παράδειγμα τα περισσότερα άτομα δεν αναζητούν συχνά ιατρική περίθαλψη, αδιαφορώντας για τα συμπτώματα ασθένειας. Αξιολογούν την κατάσταση τους χωρίς τη βοήθεια κάποιου επαγγελματία υγείας και συχνά οι ίδιοι αποφασίζουν το αν είναι κάτι «σοβαρό» ή όχι. Λόγω των διαφορετικών βιωμάτων των ανθρώπων μια κοινωνίας, των διαφορετικών κοινωνικών ομάδων και των διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης, η δυνατότητα εκτίμησης της υγείας δεν είναι από όλους η ίδια. Άτομα υψηλών κοινωνικών ομάδων με αυξημένο το επίπεδο μόρφωσης που διαθέτουν πρόσβαση σε μία πληθώρα πληροφοριών μπορούν να διακρίνουν ευκολότερα τα συμπτώματα και τα σημεία εκδηλώσεων μιας νόσου και διαθέτουν μεγαλύτερη δυνατότητα αναζήτησης σωστής ιατρικής περίθαλψης. Παρόλα τα παραπάνω και τις διαφορές που θα παρατηρηθούν μεταξύ των ανθρώπων μιας

κοινωνίας έχουν δημιουργηθεί μοντέλα πρόληψης και προώθησης υγείας, που είναι κοινά από όλους (Κυριαζή 2011).

Ως υγεία δεν ορίζουμε μόνο την απουσία ασθένειας, αλλά και την πλήρη ψυχική και κοινωνική ευεξία. Η υγεία είναι μία μεταβαλλόμενη κατάσταση, διαταράσσεται και το άτομο μπορεί να ξεπεράσει την κρίση και επανέλθει στην αρχική του κατάσταση. Για την διατήρηση της το άτομο διδάσκεται σε όλη του την ζωή, υιοθετώντας έναν καλό τρόπο διαβίωσης με συνήθειες που θα προωθήσουν τρόπους πρόληψης και αποφυγής μιας ασθένειας. Ο πρώτος ορισμός για την υγεία διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) το 1946 και αποτελεί την επικρατέστερη και πιο ευρέως διαδεδομένη προσέγγιση για τον προσδιορισμό της, όρισε την υγεία ως «την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο την απουσία νόσου ή αναπηρίας» (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1946). Παρόλα αυτά είναι κοινώς αποδεκτό ότι τα άτομα κάθε κοινωνικού στρώματος παρουσιάζουν κοινές αντιλήψεις και ιδέες όσο αναφορά την ασθένεια του καρκίνου. Από τις αντιλήψεις αυτές διακρίνεται κυρίως ο φόβος λόγω της πεποίθησης ότι ο καρκίνος είναι μία ανίατης ασθένεια και της συσχέτισης του με το θάνατο.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ο καρκίνος παραμένει ένα από τα συχνότερα αίτια θανάτου. Συγκεκριμένα ο καρκίνος του αναπνευστικού συστήματος βρίσκεται στην τέταρτη θέση στα δέκα συχνότερα αίτια θανάτου παγκοσμίως. Το 2015 καταγράφηκαν 1.7 εκατομμύρια θάνατοι. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την πολύπλοκη φύση της ασθένειας και τη δυσκολία εύρεσης αποτελεσματικών τρόπων πρόληψης αποτελούν πρόσφορο έδαφος για τη δημιουργία και την εξάπλωση μύθων και μοιρολατρικών πεποιθήσεων γύρω από την ασθένεια. Ως μοιρολατρία ή φαταλισμό ορίζουμε την άποψη ότι, τα γεγονότα ελέγχονται από εξωτερικές δυνάμεις όπως η μοίρα και ότι οι άνθρωποι είναι ανήμποροι να τα επηρεάσουν.

Στην έρευνα που πραγματοποίησαν οι Jeff Niederdeppe και Andrea Gurmankin Levy που αφορά στις μοιρολατρικές πεποιθήσεις γύρω από τον καρκίνο το 47.1% των ερωτηθέντων συμφώνησαν με την άποψη ότι «σχεδόν όλα προκαλούν καρκίνο». Το 27% συμφώνησε ότι «δεν υπάρχουν πολλά που μπορεί να κάνει κάποιος για να μειωθούν οι πιθανότητες να εμφανίσεις καρκίνο» και τέλος η πλειοψηφία (71,5%) συμφώνησε ότι, «υπάρχουν τόσες πολλές συμβουλές γύρω από την πρόληψη του καρκίνου, που είναι δύσκολο να ξέρεις ποιές να ακολουθήσεις».



Ακόμα βρέθηκε ότι αυτές οι πεποιθήσεις ήταν ισχυρότερες σε άτομα με χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης (Niederdeppe & Gurmankin Levy, 2007).

Είναι δυνατόν κάποιος να υποθέσει ότι οι μοιρολατρικές πεποιθήσεις περί του καρκίνου θα αποτελούσαν κινητήρια δύναμη για την υιοθέτηση στάσεων και ενός τρόπου ζωής ωφέλιμου για την αποτελεσματικότερη πρόληψη. Αντιθέτως υπάρχουν ενδείξεις που αποδεικνύουν ότι αυτές λειτουργούν σαν τροχοπέδη της πρόληψης. Σπέρνουν τον φόβο και τον πανικό για την ασθένεια και ως επακόλουθο οι περισσότεροι άνθρωποι αποφεύγουν τις διαγνωστικές εξετάσεις και συσχετίζουν την διάγνωση για ύπαρξη καρκίνου με «θανατική ποινή» (Niederdeppe & Gurmankin Levy, 2007). Όπως αναφέρουν ο Loewenstein και οι συνεργάτες του ο φόβος μας ακινητοποιεί όταν έχουμε τη μεγαλύτερη ανάγκη για δύναμη και προκαλεί σεξουαλική ανικανότητα, διαταραχές ύπνου, έλκη και νευρική και σου στερεί την ικανότητα να είσαι αντικειμενικός και να δρας ορθά με διαύγεια, άρα ωθεί τον κόσμο να αποφεύγει την συνειδητοποίηση του προβλήματος. Η αρνητική αυτή στάση απέναντι στην πρόληψη του καρκίνου και η αποχή από τα διαγνωστικά μέσα λόγω του φόβου μια καρκινικής διάγνωσης, μπορεί να οδηγήσει στην μη έγκαιρη διάγνωση και άλλων νοσημάτων όπως καρδιακά νοσήματα, διαβήτης και άλλα. Παράλληλα ένα μικρότερο ποσοστό πανικοβάλλεται με την παραμικρή σωματική ανωμαλία θεωρώντας τις ως σχεδόν αναμφίβολες καρκινικές ενδείξεις, στρεφόμενοι στην άμεση αναζήτηση μη αναγκαίας ιατρικής περίθαλψης, ως μέσο λύτρωσης αυτών από τις «παρανοϊκές» ιδέες (Loewenstein et al, 2001).

Στερεοτυπικές αντιλήψεις παρατηρούνται και για την εικόνα των καρκινοπαθών. Σκελετωμένοι, γερασμένοι, δυστυχισμένοι, μη παραγωγικοί άνθρωποι, που πασχίζουν να επιβιώσουν μία μέρα ακόμα υπομένοντας τις αντίξοες συνθήκες που χαρακτηρίζουν ακόμα και τη φάση της θεραπείας τους, εικόνα που δεν αντιπροσωπεύει την πραγματικότητα σε όλες τις περιπτώσεις. (Robb et al., 2014) Μέτα από την ανακοίνωση της ασθένειας ένα από τα πρώτα πράγματα που θα τρομοκρατήσουν τον οποιοδήποτε είναι η αλλοίωση της τωρινής του εικόνας μαζί με την αίσθηση ότι το σώμα του τον «πρόδωσε» (M.W.Linn, B.S.Linn&Stein, 1982). Φυσικά η εμπειρία της ασθένειας και οι αντιλήψεις υιοθετούνται τόσο από τον ασθενή όσο και από το κοντινό του περιβάλλον. Η σωματική και ψυχική εξουθένωση τους χαρακτηρίζει και αρχίζουν να κατανοούν ότι η ασθένεια μπορεί να αλλάξει ριζικά τις ζωές τους. Το εύρος της διαφοράς που θα προκληθεί από την ασθένεια στην ποιότητας ζωής ποικίλει από άρρωστο σε άρρωστο, καθώς και ο χρόνος που

χρειάζεται για να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του και να φτάσει στο σημείο αποδοχής και έναρξης των μέτρων αντιμετώπισης του καρκίνου. Υπάρχουν άτομα που έχουν ξεπεράσει γρήγορα το σοκ της διάγνωσης αποδέχτηκαν την κατάσταση τους έχοντας ένα επαρκές υποστηρικτικό περιβάλλον, έμαθαν να ζουν με τα νέα δεδομένα. Καθώς και άτομα των οποίων το στάδιο της ασθένειας τους τους επέτρεψε να διατηρήσουν την παραγωγικότητα τους καθώς και μία ομαλή καθημερινότητα. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που καθηλώθηκαν και έπαψαν πλέον να αυτοϊκανοποιούν βασικές καθημερινές τους ανάγκες. Είδαν την ζωή τους να αλλάζει ριζικά, να εξαρτώνται από τους άλλους για κάθε τους ανάγκη. Έπαψαν να έχουν όνειρα και προσδοκίες για το μέλλον, αφού ακόμα και μέσα από την θεραπεία τους έβλεπαν να χάνουν κομμάτια του εαυτού τους τόσο εμφανισιακά όσο και ψυχικά, καθώς και τα άτομα που δεν επιλέγουν κανέναν τρόπο θεραπείας γιατί υποστηρίζουν ότι η θεραπεία είναι χειρότερη από την ίδια την ασθένεια. Όλα αυτά τους οδήγησαν να αγκιστρωθούν στα κοντινά τους άτομα για να βρουν ίσως μια πηγή δύναμης. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους που υπάρχει η προκατάληψη ότι τα άτομα με καρκίνο βαριάς μορφής ζουν παρασιτικά εις βάρος άλλων (Ρηγάτος, 2000).

Είναι κοινός παραδεκτό ότι η ύπαρξη συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην πορεία το καρκίνου. Λειτουργεί ευεργετικά για τον άρρωστο για να αντιμετωπίσει τους φόβους του, να σταθεί δυνατός και να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα του. Εξαιτίας όμως του γεγονότος ότι ο καρκίνος είναι μία ασθένεια άκρως επιθετική, που επιφέρει συχνά τον θάνατο, δημιουργείται ένα ιδεολογικό ερώτημα μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης. Μερικές φορές το υποστηρικτικό περιβάλλον επιλέγει να αποκρύψει την αλήθεια στον άρρωστο, προσπαθώντας να τον προστατέψει από την επώδυνη αλήθεια. Η απόφαση αυτή μπορεί να φθείρει την επικοινωνία και να δημιουργεί προβλήματα στην έκβαση της ασθένειας. Το κόστος της σιωπής διαφέρει σε κάθε περίπτωση και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες το αν θα λειτουργεί ευεργετικά για τον ασθενή. Η ηλικία του ασθενή, η ψυχολογική του κατάσταση, το ιστορικό του καθώς και το επίπεδο συνείδησης είναι παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη για να αξιολογηθεί η απόφαση σιωπής και να εκτιμηθεί αν είναι βασισμένη σε ορθά κριτήρια ή απλά εξυπηρετεί τους συγγενείς στο να προστατεύσουν τον εαυτό τους από τον πόνο της αποκάλυψης. Όλος αυτός ο μυστικισμός λειτουργεί προς όφελος της διασποράς του φόβου που χαρακτηρίζει την ασθένεια και δημιουργεί περισσότερες φαταλιστικές πεποιθήσεις.

## **3.2. Διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τον καρκίνο**

### **3.2.α. Ορισμός των στάσεων.**

Ως «στάση» ορίζουμε τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει κάποιος ένα ζήτημα και τον τρόπο αντιμετώπισης που αυτός θα επιλέξει. Η διαμόρφωση των στάσεων είναι ένας πολύπλοκος μηχανισμός κοινωνικοποίησης που προϋποθέτει διαρκείς επεξεργασίες δημιουργώντας έτσι μόνιμες ή όχι προδιαθέσεις, που είναι ιδιότητες επίκτητες. Διακρίνεται από την έννοια της «συνήθειας». Η τελευταία χαρακτηρίζεται από έναν αυτοματισμό. Οι «στάσεις» μαζί με τις «συνήθειες» διαμορφώνουν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων. Οι στάσεις λοιπόν εκδηλώνονται εξειδικευμένα και αφορούν συγκεκριμένες καταστάσεις και αντικείμενα.

### **3.2.β. Απόψεις και στάσεις των νοσηλευτών όσον αφορά τον καρκίνο.**

Κάθε μέλος του προσωπικού υγείας δεν μπορεί να κρατηθεί αμερόληπτο σε όλες αυτές τις προκαταλήψεις και τις λανθασμένες αντιλήψεις που δημιουργούν μία περίεργη μυθολογία γύρω από τον καρκίνο. Με βάση το βαθμό που επηρεάζονται από αυτές, οι νοσηλευτές διαμορφώνουν τις δικές τους στάσεις και απόψεις γύρω από την ασθένεια και ενδέχεται αυτό να επηρεάσει το επίπεδο φροντίδας που προσφέρουν στους ασθενείς τους. Κάποιος θα περίμενε ότι λόγω των γνώσεων των νοσηλευτών και της καθημερινής τους τριβής με τον καρκίνο θα ήταν ευκολότερο να αποστασιοποιηθούν από τις φатаλιστικές πεποιθήσεις γύρω από την ασθένεια. Παρόλα αυτά δεν υπάρχει κάποια βιβλιογραφική αναφορά επί του θέματος, υποθέτουμε ότι κάποιο ποσοστό επηρεάζεται συναισθηματικά από όσα συμβαίνουν σε μία ογκολογική κλινική. Επιπλέον ακόμα και προσωπικές εμπειρίες που μπορεί να έχουν οι νοσηλευτές με τον καρκίνο που αφορούν είτε τους ίδιους είτε συγγενικά τους πρόσωπα, αυξάνουν σίγουρα αυτό το συναισθηματικό φορτίο. Πιθανότατα το ποσοστό αυτόν να αφορά περισσότερο ανθρώπους νέους στο επάγγελμα της νοσηλευτικής.

Η καθημερινή επαφή με ανθρώπους που αγωνίζονται με το θάνατο πιθανά εγείρει το ερώτημα κατά πόσο η ψυχολογική υποστήριξη από ειδικό θα έπρεπε να αφορά και το νοσηλευτικό προσωπικό, πέρα από τους συνοδούς και τους ασθενείς προκειμένου οι νοσηλευτές να μπορέσουν να αποδώσουν στο μέγιστο των δυνατοτήτων του. Ταυτόχρονα αρνητικό αντίκτυπο μπορεί να επιφέρουν και οι τυχόν μηχανισμοί άμυνας που έχει παρατηρηθεί ότι αναπτύσσουν οι νοσηλευτές στην προσπάθεια τους να μειώσουν το άγχος που επιφέρει ο θάνατος και το συναισθηματικό τους φορτίο. Αν και αυτοί οι μηχανισμοί δημιουργούνται ασυνείδητα με σκοπό τη διασφάλιση της ψυχικής ακεραιότητάς τους, συχνά μπορούν να μετατραπούν σε ανασταλτικούς παράγοντες για το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας. Στη συνέχεια ενδεικτικά παρατίθενται κάποιοι μηχανισμοί άμυνας:

- **Ο μηχανισμός της εκλογίκευσης**, επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να αναλύουν λογικά την παρούσα κατάσταση και να αποστασιοποιούνται από τη συναισθηματική κατάσταση με τη χρήση λογικών επιχειρημάτων.
- **Ο μηχανισμός της άρνησης**, απαντάται στην αποφυγή του ατόμου να αναγνωρίσει την πραγματικότητα μίας τραυματικής κατάστασης. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται να ελαττωθεί το άγχος και το άτομο να κρατηθεί συναισθηματικά ουδέτερο. Ως αποτέλεσμα μερικές φορές να μην μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του αρρώστου και να υστερεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.
- Μια άλλη κοινή αντίδραση που συνιστάται ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας στην προσπάθεια άμυνας και εκτόνωσης είναι το **χιούμορ**. Μερικές φορές όμως όταν γίνεται εις βάρος των ασθενών θεωρείται λεκτική βία. Έπαρλα αυτά το προσωπικό υγείας επιδιώκει μέσα από αυτό να ανταπεξέλθει σε καταστάσεις αδυναμίας αποτροπής του επερχόμενου θανάτου.
- **Ο μηχανισμός μετάθεσης**, επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να μεταβιβάσουν τα συναισθήματα που προκαλούνται από μία κατάσταση σε κάποιο άλλο πρόσωπο. Για παράδειγμα ένας νοσηλευτής που νιώθει θυμό για τον θάνατο ενός ασθενή μεταθέτει την οργή του στους συγγενείς ή στους συναδέλφους του, η ακόμα και στον ασθενή για μη έγκυρη αναζήτηση ιατρικής περίθαλψης (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

### **3.3. Ψυχολογικό και κοινωνικό αντίκτυπο της χρόνιας νόσου στους ογκολογικούς νοσηλευτές**

Η δουλειά του ογκολογικού νοσηλευτή, όπως και όλων των επαγγελματιών υγείας δεν είναι εύκολη. Είναι δύσκολο να κρίνει κανείς πως χρόνια εργασίας σε ένα ογκολογικό τμήμα θα μεταβάλει τις απόψεις του, τις πεποιθήσεις του και τον τρόπο διαχείρισης των συναισθημάτων που προκαλούνται από το εργασιακό του περιβάλλον. Η διαρκής εγγύτητα με τον θάνατο, τον πόνο και τον φαταλισμό δεν είναι ελαφρύ φορτίο για κανέναν και οι επαγγελματίες υγείας δεν αποτελούν εξαίρεση. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές καλούνται όχι μόνο να παρέχουν στον άρρωστο ολιστική φροντίδα, εξασφαλίζοντας έτσι το απαραίτητο κλίμα αξιοπρέπειας και την ποιότητα στις συνθήκες διαβίωσής του, αλλά ακόμα να διαχειριστούν το τεράστιο ψυχολογικό φορτίο που πολλές φορές καταβάλλει τον ασθενή και τους συγγενείς του.

Ο ογκολογικός νοσηλευτής πρέπει διαρκώς να δημιουργεί ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για τους ασθενείς αλλά πολλές φορές και για τους συνοδούς τους, κάτι που δεν είναι εύκολο καθώς τόσο ο ασθενής όσο και οι συγγενείς του, εμφανίζονται ως μεμονωμένα άτομα, με ιδέες, ελπίδες και πεποιθήσεις που κάπου συγκλείουν και κάπου αποκλείουν τόσο μεταξύ τους όσο και με αυτές του νοσηλευτικού προσωπικού. Επίσης πολλές φορές ο νοσηλευτής μπορεί να αποτελέσει στόχο εκτόνωσης για τον θυμό και την φόρτιση που καταβάλλει τα άτομα κατά την διάγνωση, την θεραπεία ή όταν το αγαπητό τους πρόσωπο “φύγει”. Όλα τα παραπάνω μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην ψυχολογική του κατάσταση. Όταν δένεται με έναν άρρωστο συναισθηματικά, ειδικά όταν επιδίδονται η κατάσταση του αρρώστου μπορεί να νιώσει θλίψη, θυμό, ενοχές, άγχος ή να εμφανίσει σημάδια κόπωσης, αδυναμίας να ανταπεξέλθει στις εργασίες του, πονοκεφάλους, αϋπνίες και άλλα. Ο νοσηλευτής καλείται να διαφύλαξη τον εαυτό του αλλά αυτό δεν είναι πάντα εφικτό, ιδιαίτερα στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Στην προσπάθεια επίτευξης αυτού του σκοπού πολλές φορές αναπτύσσεται μία λανθασμένη, απομακρυσμένη και παγερή στάση προς τους αρρώστους, με αποτέλεσμα την ανεπαρκή επικοινωνία μεταξύ τους και την παροχή ελλιπούς φροντίδας. Οι ρίζες αυτού του προβλήματος ίσως βρίσκονται στη δυσκολία αποδοχής του θανάτου ως φυσιολογικού και αναπόσπαστου κομματιού της ζωής και στην συμφιλίωση με αυτόν, ειδικά όταν στα μάτια τους είναι πρόωρος, άτυχος ή άδικος. Η μεταβολή του σχεδίου φροντίδας από θεραπευτικό σε

ανακουφιστικό πολλές φορές αναγγέλλει την έναρξη μιας ψυχικά και συναισθηματικά επίπονης διαδικασίας κατά την οποία ο νοσηλευτής νιώθει ανήμπορος να συμπαρασταθεί στον ασθενή στις δύσκολες στιγμές του με αποτέλεσμα κάθε καινούριος άρρωστος που εισάγεται στο ογκολογικό τμήμα να γίνεται αντιληπτός ως «βάρος».

Όλα τα παραπάνω αποτελούν πτυχές του ίδιου φαινομένου, που εμφανίζεται ιδιαίτερα σε σωματικά και ψυχικά πιεστικούς χώρους όπως μία ογκολογική κλινική, που ονομάζεται σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ή burnout. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης χαρακτηρίζεται ως η ψυχοσωματική καταπόνηση του ατόμου και η εξάντληση όλων των προσωπικών, σωματικών και ψυχικών του αποθεμάτων κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα. Η πάλη των επαγγελματιών υγείας να μείνουν αντικειμενικοί από την μία και από την άλλη να ενδιαφέρονται για τους ασθενείς τους οδηγεί στο να χάνουν το ενδιαφέρον τους και να αρχίζουν να διαμορφώνουν μία απόμακρη και μερικές φορές ακόμη και απάνθρωπη συμπεριφορά. Αυτή η κατάσταση δεν παρουσιάζεται ξαφνικά ούτε είναι το αποτέλεσμα κάποιου μεμονωμένου περιστασιακού γεγονότος που προκάλεσε έντονο stress. Είναι αποτέλεσμα χρόνιου, stress, που αναπτύσσεται σταδιακά. Κάποιος θα μπορούσε να υποθέσει ότι το σύνδρομο αποδίδεται κυρίως στις συνθήκες και στη φύση της δουλειάς, οι περισσότερες όμως έρευνες δείχνουν ότι τα αίτια της εξουθένωσης οφείλονται περισσότερο σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του εργαζομένου. Ο τρόπος με τον οποίο η εργασιακή εξουθένωση επηρεάζει τους νοσηλευτές δεν είναι πάντα ο ίδιος σε φύση και επίπεδο. Συνήθως υπάρχει μία συναισθηματική και ψυχική εξάντληση με δυσκολία συγκέντρωσης στις επαγγελματικές υποχρεώσεις. Άλλοτε παρατηρείται η υιοθέτηση ουδέτερων στάσεων και αδιαφορίας απέναντι στους ασθενείς ως προς αποφυγή συναισθηματικών δεσμών. Σε πολλές περιπτώσεις η αδιαφορία, δεν περικλείει μόνο το να σκέφτεται ο νοσηλευτής υποτιμητικά για τον ασθενή αλλά και να πιστεύει πως βιώνουν ότι τους αξίζει. Τέλος παρουσιάζεται μια αίσθηση ανικανότητας στον πάσχον με αποτέλεσμα την συχνή εγκατάλειψη της προσπάθειας παροχής βοήθειας στους αρρώστου (Kneils, Wilson & Trigoboff, 2009). Οι Burner και Wrubel επισημαίνουν ότι δεν φταίει η επίπονη φροντίδα για να φτάσουμε στην αδιαφορία και την εξουθένωση και πως είναι λάθος να προσπαθούμε να αποφύγουμε το φαινόμενο ελαττώνοντας τη φροντίδα.

Οι εσωγενείς απαιτήσεις που πηγάζουν από τη σχέση μεταξύ του εργαζόμενου και του ασθενή θεωρούνται κατά κύριο λόγο υπεύθυνες για την εξουθένωση του επαγγελματία υγείας. Οι εργαζόμενοι ενός ογκολογικού τμήματος, εξαιτίας της φύσης του επαγγέλματός τους, έρχονται καθημερινά σε επαφή με τον ανθρώπινο πόνο, την απογοήτευση ακόμη και το θάνατο. Το να πονά κανείς και να υποφέρει είναι από τις πιο έντονες και στρεσογόνες εμπειρίες στη ζωή. Το περιβάλλον μιας ογκολογικής κλινικής μαστίζεται από πόνο και δεν είναι εφικτό όλοι οι εργαζόμενοι να διαθέτουν ιδιοσυγκρασία τέτοια ώστε να μπορούν να αποφύγουν το φαινόμενο. Αυτό έχει ως επακόλουθο να επιφέρει υψηλό κίνδυνο εξουθένωσης του προσωπικού προσθέτοντας έτσι άλλο ένα λιθαράκι στο πρόβλημα του καρκίνου (Kneils, Wilson & Trigoboff, 2009).

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>**

### **Μεθοδολογία της έρευνας**

#### **4.1. Σκοπός της έρευνας**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η σύγκριση των γνώσεων και η διερεύνηση των αντιλήψεων των ογκολογικών και μη ογκολογικών νοσηλευτών σχετικά με το βίωμα του καρκίνου.

#### **4.2. Στόχοι της έρευνας**

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

- Καταγραφή των γνώσεων του δείγματος σχετικά με τον καρκίνο.
- Διερεύνηση των αντιλήψεων του δείγματος σχετικά με τον καρκίνο.
- Διερεύνηση της άποψης του νοσηλευτικού προσωπικού σε λανθασμένες θεωρίες που επικρατούν συχνά στην κοινή γνώμη και αφορούν θέματα φροντίδας ογκολογικών ασθενών.
- Σύγκριση των δυο ομάδων σχετικά με τις γνώσεις και τις αντιλήψεις τους σχετικά με τον καρκίνο και τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών.
- Διερεύνηση των πηγών ενημέρωσης του δείγματος.
- Βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας

#### **4.3. Χώρος της έρευνας**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Κρήτης, στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης και στο Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας “Άγιος Παντελεήμων” στις εξής κλινικές: *Ογκολογική κλινική, Αιματολογική κλινική, Οφθαλμολογική κλινική, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενική Παθολογική κλινική, Καρδιολογική κλινική.*

#### **4.4. Δείγμα της έρευνας**

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 97 μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού, που εργάζονταν ως μόνιμοι υπάλληλοι στις κλινικές της παρούσας μελέτης. Ωστόσο τα έγκυρα ερωτηματολόγια ήταν 92 (95%). Επίσης στους 92 υπήρχαν σημεία



ελλειπουσών αποκρίσεων (missing values) όπως ηλικία και οικογενειακή κατάσταση (βλ. πίνακα 1). Στην κλίμακα Γνώσεων, έγινε άθροιση των ορθών απαντήσεων και μετασχηματισμός των τιμών στην κλίμακα 0-100. Υψηλές τιμές υποδηλώνουν καλές γνώσεις σε θέματα για τον καρκίνο. Τέλος, ο διαχωρισμός του προσωπικού σε Μη Ογκολογικούς (n=58) & Ογκολογικούς (n=34) νοσηλευτές/τριες έγινε σύμφωνα με την ερώτηση “Χρόνια εργασίας σε ογκολογικά τμήματα;”. Σημειώνεται ότι οι ογκολογικοί νοσηλευτές/τριες που εργαζόταν στα σχετικά τμήματα όταν πραγματοποιήθηκε η έρευνα, ήταν n=14.

#### 4.5. Τρόπος Συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω της συμπλήρωσης ανώνυμων ερωτηματολογίων και αφορά στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού των προαναφερόμενων κλινικών. Η επιλογή των ερωτήσεων έγινε ύστερα από μελέτη της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας και περιλάμβανε 3 ενότητες:

1. Δημογραφικά στοιχεία.
2. Ερωτήσεις γνώσεων.
3. Ερωτήσεις που αφορούν τις στάσεις και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών,

Οι ερωτήσεις ήταν κυρίως κλειστού τύπου με προτυπωμένες απαντήσεις και περιλάμβαναν και ελάχιστες ερωτήσεις συμπλήρωσης. Ο χρόνος συμπλήρωσής του κυμαινόταν μεταξύ 5 έως 10 λεπτών.

Η επιλογή του ερωτηματολογίου ως μέθοδος συλλογής δεδομένων έναντι των άλλων μεθόδων έγινε με βάση τα ακόλουθα πλεονεκτήματα.

- Αντιπροσωπεύει το κάθε τμήμα του πληθυσμού ώστε το συνολικό δείγμα να είναι μία αναλογική μικρογραφία του.
- Ο σχεδιασμός της αναλογικής δειγματοληψίας μειώνει το σφάλμα εκτίμησης
- Η δειγματοληψία θα είναι αποδοτικότερη λόγω της διαφοράς μεταξύ των δειγμάτων, ενώ θα υπάρχει ταυτόχρονα εσωτερική ομοιογένεια.
- Το σύνολο των δεδομένων της έρευνας θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί αυτούσιο για την εξαγωγή συμπερασμάτων, σύγκριση δεδομένων με άλλες έρευνες και άλλα.
- Η φύση της έρευνας δεν απαιτεί μεγάλο δείγμα πληθυσμού ως προς την ποιότητάς της. (Μερκούρης, 2008)

#### **4.6. Δεοντολογία της έρευνας.**

Στα πλαίσια της δεοντολογίας της έρευνας κατατέθηκε το πρωτόκολλο προς έγκριση στη γραμματεία του τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης. Στην συνέχεια ζητήθηκε η άδεια από τα αντίστοιχα νοσοκομεία. Επίσης υποβλήθηκε στους διευθυντές και τους προϊστάμενους των αντίστοιχων κλινικών για την ενημέρωση και αποκόμιση ειδικής αδειάς. Ο κάθε ερωτώμενος ενημερωνόταν για το ερωτηματολόγιο και διευκρινιζόταν ότι ήταν καθαρά για ακαδημαϊκούς σκοπούς και ενημερωνόταν για τα δικαιώματα του:

- Το δικαίωμα της αυτοαπόφασης.
- Το δικαίωμα της δηκτικότητας .
- Το δικαίωμα για ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.
- Το δικαίωμα να μην υποστούν βλάβη.
- Το δικαίωμα της ίσης μεταχείρισης .

Επίσης θα πρέπει να τονιστεί ότι: Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα ήταν εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσαν να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις ήταν απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας είχαν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν δημοσιεύτηκε, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο τηρήθηκε στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δέσμευσε τα μέλη της ερευνητικής ομάδας

#### **4.7. Πιλοτική μελέτη**

Στο πλαίσιο της έρευνας το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 5 νοσηλευτές, από τους οποίους ζητήθηκε να το διαβάσουν και να το συμπληρώσουν. Μέσω αυτής της διαδικασίας ελέγχθηκε η εγκυρότητα, η αξιοπιστία και η σαφήνεια των ερωτήσεων. Ταυτόχρονα ζητήθηκε από το δείγμα να διατυπώσουν τυχόν ελλείψεις που παρατήρησαν κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Με βάση τα σχόλια τους στην πιλοτική μελέτη διαμορφώθηκε το τελικό ερωτηματολόγιο της έρευνας.

#### **4.8. Στατιστική ανάλυση**

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με την βοήθεια του προγράμματος IBMSPSS 24.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών των 92 νοσηλευτών και νοσηλευτριών που συμμετείχαν στην έρευνα. Στον έλεγχο της διαφοράς και συγκρίσεων στις κατανομές απαντήσεων σε σχετικές ερωτήσεις, υπολογίστηκαν κατά περίπτωση με την μέθοδο  $\chi^2$  και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης με τεχνικές bootstrap. Στη σύγκριση της βαθμολογίας των ορθών αποκρίσεων σε ερωτήσεις που αφορούν τις γνώσεις των 92 μη ογκολογικών και ογκολογικών νοσηλευτών και νοσηλευτριών ακολουθήθηκε ανάλυση συνδιακύμανσης. Ως συμμεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας επιλέχθηκε το 5%.

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>

### Αποτελέσματα της έρευνας

#### Νοσηλευτικό προσωπικό

Από τους 92 συμμετέχοντες στην έρευνα μας, το 32,6% προερχόταν από το Πα.Γ.Ν.Η., το 43,5% από το Βενιζέλειο και το 23,9% από το νοσοκομείο του Άγιου Παντελεήμων (πίνακας 1). Αναζητήθηκαν από επτά διαφορετικές κλινικές με το 15,2% να προέρχονται από ογκολογικές, το 83,7% ήταν γυναίκες και οι μέση ηλικία όλων ήταν τα 39,7 χρόνια. Το 64,1% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ, 63,6% έγγαμοι, είχαν μέσο χρόνο εμπειρίας τα 15,3 χρόνια ή τα 9,4 χρόνια στα ογκολογικά τμήματα.

**Πίνακας 1.** Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά 92 μελών του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στην έρευνα.

		N	%
<b>Νοσοκομείο</b>	<i>Π.α.Γ.Ν.Η.</i>	30	32,6
	<i>Βενιζέλειο</i>	40	43,5
	<i>Άγιος Παντελεήμων</i>	22	23,9
<b>Τμήμα εργασίας</b>	<i>Ογκολογική</i>	14	15,2
	<i>Αιματολογική</i>	11	12,0
	<i>Οφθαλμολογική</i>	9	9,8
	<i>ΜΕΘ</i>	16	17,4
	<i>Μονάδα Τεχνητού Νεφρού</i>	11	12,0
	<i>Γενική Παθολογική</i>	18	19,6
	<i>Καρδιολογική</i>	13	14,0
<b>Φύλο</b>	<i>άνδρας</i>	15	16,3
	<i>γυναίκα</i>	77	83,7
<b>Ηλικία, χρόνια, n=89</b>	<i>μέση ηλικία±τυπ. απόκλ.(ελ.-μεγ.)</i>	39,7±9,9 (21-61)	
<b>Τόπος κατοικίας</b>	<i>Ηράκλειο</i>	70	76,1
	<i>άλλο</i>	22	23,9
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	<i>Λύκειο</i>	7	7,6
	<i>Σχολή/ΙΕΚ</i>	18	19,6
	<i>ΤΕΙ</i>	59	64,1
	<i>ΑΕΙ</i>	5	5,4
	<i>MSc</i>	3	3,3

<b>Οικογενειακή κατάσταση, n=88</b>	<i>Άγαμος/η</i>	30	34,1
	<i>Έγγαμος/η</i>	56	63,6
	<i>Διαζευγμένος/η</i>	2	2,3
<b>Χρόνια εμπειρίας ως νοσηλευτής/τρια</b>	<i>μέσος αριθμός±τυπ. απόκλ. (ελ.-μεγ.)</i>	15,3±10,2 (1-35)	
<b>Χρόνια εμπειρίας σε ογκολογικά τμήματα, n=36</b>	<i>μέσος αριθμός±τυπ. απόκλ. (ελ.-μεγ.)</i>	9,4±8,4 (0,2-28)	

Στον **πίνακα 2** παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των 92 νοσηλευτών/τριων ως προς το διαχωρισμό τους σύμφωνα με τα χρόνια εμπειρίας τους, σε μη ογκολογικούς (n=58) & ογκολογικούς νοσηλευτές/τριες (n=34). Σημειώνεται ότι οι ήδη υπηρετούντες σε ογκολογικά τμήματα κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνάς μας ήταν n=14. Όπως ήταν αναμενόμενο, οι ογκολογικοί νοσηλευτές/τριες (n=34) ήταν σημαντικά περισσότεροι στο Πα.Γ.Ν.Η. ή στα ογκολογικά τμήματα (p<0,001), ωστόσο ήταν και σημαντικά μεγαλύτερης μέσης ηλικίας (p=0,030), ήταν έγγαμοι (p=0,029) ή είχαν περισσότερα χρόνια εμπειρίας ως νοσηλευτές/τριες (p=0,023).

**Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά των 92 μελών του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στην έρευνα ως προς το διαχωρισμό τους σύμφωνα με την εμπειρία τους\*, σε μη ογκολογικούς & ογκολογικούς νοσηλευτές/τριες**

		Νοσηλευτές/τριες		p-value
		Μη Ογκολογικοί	Ογκολογικοί	
		% (n)		
<b>Προσωπικό</b>		63,0 (58)	37,0 (34)	--
<b>Νοσοκομείο</b>	<i>Π.α.Γ.Ν.Η.</i>	17,2	58,8	<0,001
	<i>Βενιζέλειο</i>	44,9	41,2	
	<i>Άγιος Παντελεήμων</i>	37,9	0,0	
<b>Τμήμα εργασίας</b>	<i>Ογκολογική</i>	0,0	41,2	<0,001
	<i>Αιματολογική</i>	6,9	20,6	
	<i>Οφθαλμολογική</i>	13,8	2,9	
	<i>ΜΕΘ</i>	20,7	11,8	

	<i>Μονάδα Τεχνητού Νεφρού</i>	12,1	11,8	
	<i>Γενική Παθολογική</i>	25,9	8,8	
	<i>Καρδιολογική</i>	20,6	2,9	
<b>Φύλο</b>	<i>άνδρας</i>	24,1	2,9	
	<i>γυναίκα</i>	75,9	97,1	
<b>Ηλικία, χρόνια</b>	<i>μέση ηλικία±τυπ. απόκλ.</i>	38,3±10,9	42,4±6,8	0,030
<b>Τόπος κατοικίας</b>	<i>Ηράκλειο</i>	62,1	100,0	<0,001
	<i>άλλο</i>	37,9	0,0	
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	<i>Λύκειο</i>	8,6	5,9	0,494
	<i>Σχολή/ΙΕΚ</i>	24,1	11,8	
	<i>ΤΕΙ</i>	60,3	70,6	
	<i>ΑΕΙ</i>	5,2	5,9	
	<i>MSc</i>	1,7	5,9	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<i>Άγαμος/η</i>	42,9	18,8	0,029
	<i>Έγγαμος/η</i>	53,6	81,3	
	<i>Διαζευγμένος/η</i>	3,6	0,0	
<b>Χρόνια εμπειρίας ως νοσηλευτής/τρια</b>	<i>μέσος αριθμός±τυπ. απόκλ.</i>	13,6±11,0	18,2±7,9	0,023

\* Ο διαχωρισμός αφορούσε την ερώτηση “Χρόνια εργασίας σε ογκολογικά τμήματα;”. Το προσωπικό που εργαζόταν στα σχετικά τμήματα όταν πραγματοποιήθηκε η έρευνα ήταν n=14. Έλεγχοι  $\chi^2$  και Studentt.

### Στάσεις, Γνώσεις & Αντιλήψεις νοσηλευτών/τριων

Σχετικά με τις στάσεις και των 92 μελών του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στην έρευνα για το καρκίνο (πίνακας 3), σημαντικές διαφοροποιήσεις βρέθηκαν στις παρατηρούμενες αποκρίσεις τους σε 8 σχετικές ερωτήσεις ( $p < 0,001$ ). Μεταξύ άλλων, την υψηλότερη ορθή απόκριση («ναι») ή 98,6% καταγράφουν στην ερώτηση «Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή με καρκίνο επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ψυχολογική κατάσταση των συγγενών του» αλλά χαμηλότερη με 37,0%

στην «Ως νοσηλευτής ακολουθείται πιστά το πρόγραμμα των προληπτικών διαγνωστικών εξετάσεων για τα ογκολογικά νοσήματα που ισχύει ανάλογα με την ηλικία σας και άλλους παράγοντες».

**Πίνακας 3. Συχνότητα αποκρίσεων 92 μελών του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στην έρευνα σε ερωτήσεις που αφορούν τις ΣΤΑΣΕΙΣ τους για τον καρκίνο.**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ
1. Το διαδίκτυο αποτελεί μια έγκυρη και ολοκληρωμένη πηγή ενημέρωσης σχετικά με τον καρκίνο.	23,9%	<b>64,1%</b>	12,0%
2. Οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην πρόληψη του καρκίνου.	<b>76,1%</b>	13,0%	10,9%
3. Οι προληπτικές εξετάσεις για τον καρκίνο πρέπει να είναι υποχρεωτικές.	<b>76,1%</b>	15,2%	8,7%
4. Οι προληπτικές εξετάσεις για τον καρκίνο πρέπει να είναι δωρεάν.	<b>93,5%</b>	3,3%	3,3%
5. Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή με καρκίνο επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ψυχολογική κατάσταση των συγγενών του.	<b>98,9%</b>	0,0%	1,1%
6. Το περιβάλλον της ογκολογικής κλινικής επιβαρύνει αρνητικά την ψυχολογία του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με άλλες κλινικές.	<b>80,4%</b>	13,0%	6,5%
7. Ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου όταν υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις είναι χρήσιμο να νοσηλεύονται στο σπίτι τους.	<b>90,2%</b>	5,4%	4,3%
8. Ως νοσηλευτής ακολουθείται πιστά το πρόγραμμα των προληπτικών διαγνωστικών εξετάσεων για τα ογκολογικά νοσήματα που ισχύει ανάλογα με την ηλικία και άλλους παράγοντες.	<b>37,0%</b>	51,1%	12,0%

Με έντονα εμφανίζονται οι ορθές αποκρίσεις.

Ελεγχοι  $\chi^2$ . Διαπιστώθηκε σημαντική ( $p < 0.001$ ) διαφοροποίηση αποκρίσεων σε όλες τις ερωτήσεις.

Αντίστοιχα στις γνώσεις τους για τον καρκίνο (πίνακας 4), επίσης σημαντικές διαφοροποιήσεις βρέθηκαν στις παρατηρούμενες αποκρίσεις τους σε 21 σχετικές ερωτήσεις ( $p < 0,001$ ). Μεταξύ άλλων, η υψηλότερη ορθή απόκριση «Διαφωνώ» καταγράφεται στην ερώτηση από το 92,4% «Όλοι οι οργανισμοί αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο μετά την υποβολή τους σε χημειοθεραπεία» και ακολουθεί με «ναι» από το

91,3% στην «Ο σημερινός τρόπος ζωής επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την αύξηση των περιστατικών καρκίνου» ή από το 90,2% «Έχετε παρατηρήσει αύξηση των περιπτώσεων καρκίνου τα τελευταία χρόνια».

**Πίνακας 4. Συχνότητα αποκρίσεων 92 μελών του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στην έρευνα σε ερωτήσεις που αφορούν τις ΓΝΩΣΕΙΣ τους για τον καρκίνο.**

	Συμφωνώ	διαφωνώ	Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ
18. Το 80-90% των καρκίνων του πνεύμονα σχετίζονται με το κάπνισμα	<b>66,3%</b>	21,7%	12,0%
19. Όλοι οι όγκοι είναι κακοήγη νεοπλασμάτα	3,3%	<b>90,2%</b>	6,5%
20. Η ταξινόμηση της τοξικότητας κάθε συμπτωμάτων μετά από χημειοθεραπεία βαθμολογείται από 1 έως 10	43,5%	<b>8,7%</b>	47,8%
21. Η εύρεση μεταστάσεων χωρίς την γνώση του πρωτοπαθούς όγκου είναι αδύνατη	26,1%	<b>53,3%</b>	20,7%
22. Όλοι οι οργανισμοί αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο μετά την υποβολή τους σε χημειοθεραπεία.	4,3%	<b>92,4%</b>	3,3%
23. Ο καρκινικός δείκτης AFP είναι δείκτης καρκίνου του ήπατος	<b>33,7%</b>	8,7%	57,6%
24. Όταν ένας ασθενής παρουσιάζει θρομβοπενία μετά από χημειοθεραπεία αντενδεικνύονται οι ενδομυϊκές ενέσεις	<b>55,4%</b>	13,0%	31,5%
25. Η αποτελεσματικότερη μέθοδος επιβεβαίωσης διάγνωσης καρκίνου είναι η μαγνητική τομογραφία.	44,6%	<b>39,1%</b>	16,3%
26. Ένας ηλικιωμένος ασθενής έχει λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξει νεόπλασμα.	47,8%	<b>37,0%</b>	15,2%
27. Οι καλοήθεις όγκοι προκαλούν συχνά μεταστάσεις	8,7%	<b>76,1%</b>	15,2%
28. Οι πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι είναι παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του ενδομητρίου	<b>65,2%</b>	15,2%	19,6%
29. Η σταδιοποίηση κατά TNM είναι ένα σύστημα ταξινόμησης του καρκίνου.	<b>53,3%</b>	3,3%	43,5%
30. Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή με καρκίνο από το προσωπικό απαιτεί εξειδικευμένη εκπαίδευση.	<b>84,8%</b>	12,0%	3,3%
31. Οι ηλικιωμένοι ογκολογικοί ασθενείς απαιτούν λιγότερη ψυχολογική υποστήριξη από ότι οι ενήλικες.	6,5%	<b>89,1%</b>	4,3%
32. Η ψυχολογική συμπαράσταση στον ετοιμοθάνατο είναι βασική νοσηλευτική πράξη.	<b>73,9%</b>	18,5%	7,6%



33. Στην καθημερινή κλινική πρακτική παρατηρούνται πολλές περιπτώσεις ασθενών στις οποίες ο πόνος τους δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά.	<b>73,9%</b>	15,2%	10,9%
34. Η χημειοθεραπεία αποτελεί την κύρια επιλογή στην θεραπεία του καρκίνου.	53,3%	<b>38,0%</b>	8,7%
35. Η χειρουργική θεραπεία αποτελεί κύρια αντιμετώπιση σε κάθε νεοπλασματική μορφή.	26,1%	<b>57,6%</b>	16,3%
36. Ο καρκίνος είναι ανίατος και οδηγεί στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων σε θάνατο παρά τις διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις.	33,7%	<b>58,7%</b>	7,6%
37. Ο σημερινός τρόπος ζωής επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την αύξηση των περιστατικών καρκίνου.	<b>91,3%</b>	1,1%	7,6%

Με έντονα εμφανίζονται οι ορθές αποκρίσεις.

Ελεγχοι  $\chi^2$ . Διαπιστώθηκε σημαντική ( $p < 0.001$ ) διαφοροποίηση αποκρίσεων σε όλες τις ερωτήσεις.

Στις αντιλήψεις τους επίσης για τον καρκίνο (πίνακας 5), σημαντικές διαφοροποιήσεις βρέθηκαν στις παρατηρούμενες αποκρίσεις τους σε 9 σχετικές ερωτήσεις ( $p < 0,05$ ). Μεταξύ άλλων, η πλειοψηφία τους ή το 84,8% απαντά «ναι» στην ερώτηση «Οι νοσηλευτές των ογκολογικών τμημάτων καταπονούνται ψυχολογικά περισσότερο από νοσηλευτές άλλων τμημάτων» ή στην «Θα συμμετείχατε εθελοντικά σε προγράμματα ενημέρωσης του τοπικού πληθυσμού σχετικά με την πρόληψη και την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου» ενώ παράλληλα απαντά αρνητικά σε ποσοστό 80,4% «Έχετε συμμετάσχει σε προγράμματα ενημέρωσης του τοπικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο;».

**Πίνακας 5. Συχνότητα αποκρίσεων 92 μελών του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στην έρευνα σε ερωτήσεις που αφορούν τις ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ τους για τον καρκίνο.**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ
9. Η πλήρης ενημέρωση του ασθενή μπορεί να του προκαλέσει άσκοπο άγχος ή να τον επιβαρύνει ψυχολογικά.	67,4%	25,0%	7,6%
10. Οι νοσηλευτές των ογκολογικών τμημάτων καταπονούνται σωματικά περισσότερο από νοσηλευτές άλλων τμημάτων.	37,0%	53,3%	9,8%

11. Οι νοσηλευτές των ογκολογικών τμημάτων καταπονούνται ψυχολογικά περισσότερο από νοσηλευτές άλλων τμημάτων.	84,8%	7,6%	7,6%
12. Προτείνετε στους καρκινοπαθείς τη χρήση συμπληρωματικών ή εναλλακτικών θεραπειών (π.χ. βελονισμός, ομοιοπαθητική).	35,9%	44,6%	19,6%
13. Θα συμμετείχατε εθελοντικά σε προγράμματα ενημέρωσης του τοπικού πληθυσμού σχετικά με την πρόληψη και την πρόωπη διάγνωση του καρκίνου.	84,8%	5,4%	9,8%
14. Στην επαγγελματική σας καριέρα ο θάνατος ενός ασθενή επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη ψυχολογική σας κατάσταση.	60,9%	30,4%	8,7%
15. Θα συμμετείχα στη διαδικασία υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ασθενών τελικού σταδίου, εάν υπήρχε το νομικό πλαίσιο και ήταν επιθυμία του ασθενή και των συγγενών του.	25,0%	54,3%	20,7%
16. Σε κάθε φάση της νόσου ο ασθενής θα πρέπει να έχει πλήρη ενημέρωση της κατάστασης της υγείας του.	65,2%	23,9%	10,9%
17. Έχετε συμμετάσχει σε προγράμματα ενημέρωσης του τοπικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο.	15,2%	80,4%	4,3%

Ελεγχος  $\chi^2$ . Διαπιστώθηκε σημαντική ( $p < 0.05$ ) διαφοροποίηση αποκρίσεων σε όλες τις ερωτήσεις.

### Ελεύθερη διατύπωση στάσεων σε 4 σενάρια φροντίδας

Πέρα από την καταγραφή στάσεων, γνώσεων & αντιλήψεων των νοσηλευτών/τριων με κλειστές καταγραφές, δόθηκε η δυνατότητα να απαντήσουν για τις στάσεις τους για τον καρκίνο σε 4 σενάρια ανοικτού τύπου καταγραφών. Ακολούθησε ομαδοποίηση στην ταύτιση απόψεων και προέκυψαν οι **πίνακες 6-9**. Στον πίνακα 6 δίνεται η συχνότητα αποκρίσεων σε ερώτηση που αφορούσε: «Ένας πολυτραυματίας και μία ασθενής που εμφάνισε επιπλοκές μετά από την προκαθορισμένη χημειοθεραπεία, χρειάζονται να νοσηλευτούν στην ΜΕΘ. Σε ποιον θα δίνετε προτεραιότητα και γιατί;». Η πιο συχνή καταγραφή (18,5%) αφορά «Στον πολυτραυματία» και έπεται (6,5%) ότι «Είναι ιατρική απόφαση». Σημειώνεται όμως ότι γενικά «Στον πολυτραυματία» αναφέρεται το 41,6%

**Πίνακας 6. Συχνότητα αποκρίσεων 92 μελών του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στην έρευνα σε ερώτηση που αφορούσε: Ένας πολυτραυματίας και μία ασθενής που εμφάνισε επιπλοκές μετά από την προκαθορισμένη χημειοθεραπεία, χρειάζονται να νοσηλευτούν στην ΜΕΘ. Σε ποίον θα δίνετε προτεραιότητα και γιατί;**

	v	%
Ανάλογα από την βαρύτητα και το προσδόκιμο ζωής.	1	1,1
Ανάλογα από την ηλικία και το προσδόκιμο ζωής του καθενός	2	2,2
Ανάλογα από το ποιός από τους δυο χρήζει επείγουσας φροντίδας.	3	3,3
Ανάλογα το στάδιο βρίσκεται ο καρκινοπαθής. Αν είναι αρχικό το στάδιο αξίζει να διεκδικήσει μια θέση στη ΜΕΘ.	1	1,1
Ανάλογα τη σοβαρότητα των τραυμάτων και των επιπλοκών της ασθένειας η από την ΧΜΘ.	1	1,1
Ανάλογα την ηλικία του κάθε ασθενούς.	2	2,2
Ανάλογα την κατάσταση του πολυτραυματία.	1	1,1
Είναι ιατρική απόφαση.	6	6,5
Η κατάσταση του πολυτραυματία ως επείγουσα λογικά τον θέτει σε προτεραιότητα, πάντα όμως επιβάλλεται μια πολύ εστιασμένη αξιολόγηση της κατάστασης του καθενός.	1	1,1
Ηθικό δίλλημα.	2	2,2
Και στους δυο ασθενείς.	4	4,3
Σε αυτόν που έχει μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής.	2	2,2
Στην ασθενή, λόγω απουσίας ανοσοποιητικού η επιπλοκών.	4	4,3
Στην ασθενή, που εμφάνισε επιπλοκές μετά την ΧΜΘ διότι η ΧΜΘ καταστέλλει όλο το σώμα.	1	1,1
Στην ασθενή, που εμφάνισε επιπλοκή γιατί πρέπει να το αντιμετωπίσουμε άμεσα.	1	1,1
Στην ασθενή, υπό χημειοθεραπεία λόγω μειωμένης λειτουργίας ανοσοποιητικού συστήματος (μεγαλύτερος κίνδυνος).	1	1,1
Στον πολυτραυματία.	17	18,5
Στον πολυτραυματία, αν διατρέχει κίνδυνο για Σύνδρομο Πολυοργανικής Ανεπάρκειας (Σ.Π.Ο.Α).	1	1,1
Στον πολυτραυματία, αν και η αρμοδιότητα αυτή αφορά την ιατρική υπηρεσία.	1	1,1
Στον πολυτραυματία, γιατί δεν γνωρίζει την κατάσταση του σε αντίθεση με την ασθενή που κάνει ΧΜΘ.	1	1,1
Στον πολυτραυματία, γιατί έχει μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης.	1	1,1
Στον πολυτραυματία, γιατί η ασθενής με επιπλοκές από την ΧΜΘ θα μπορούσε να νοσηλευτή σε κλινική ειδική για αυτό όπως ογκολογική.	1	1,1
Στον πολυτραυματία, γιατί η κατάσταση του προέχει. Επιπλέον η αντιμετώπιση των επιπλοκών από τη χημειοθεραπεία είναι περισσότερο στοχευόμενη και πιο εύκολα διαχωρίσιμη.	1	1,1

Στον πολυτραυματία, επειδή οι επιπλοκές μπορεί να επηρεάσουν και αλλά συστήματα όπως αναπνευστικό και να είναι ήδη επιβαρημένη η κατάσταση του από τα τραύματα.	1	1,1
Στον πολυτραυματία, επειδή οι παρεμβάσεις είναι πιο επείγουσες ενώ η ασθενής με τις επιπλοκές μετά από την ΧΜΘ μπορεί να αντιμετωπιστεί σε θάλαμο.	1	1,1
Στον πολυτραυματία, έχει περισσότερες πιθανότητες επιβίωσης.	2	2,2
Στον πολυτραυματία, η ασθενής με καρκίνο ίσως έχει λιγότερο προσδόκιμο ζωής, φυσικά παίζει ρόλο και η ηλικία.	1	1,1
Στον πολυτραυματία, η νόσος είναι ήδη επιβαρυντικό στοιχείο.	1	1,1
Στον πολυτραυματία, ίσως απειλείται άμεσα η ζωή του.	3	3,3
Στον πολυτραυματία, καθώς το προσδόκιμο επιβίωσης είναι αρκετά υψηλότερο και οι επιπλοκές μπορούν να αντιμετωπιστούν ίσως και στο τμήμα.	1	1,1
Στον πολυτραυματία, κατά την γνώμη μου έχει περισσότερη ανάγκη στενού παρακολούθησης.	1	1,1
Στον πολυτραυματία, λόγω επιπλοκών.	1	1,1
Στον πολυτραυματία, λόγω προσδόκιμου επιβίωσης.	3	3,3
Δεν ξέρω, δεν απαντώ.	3	3,3
Δεν απάντησαν.	18	19,6

Παρόμοια, από τον **πίνακα 7** και την ερώτηση: «*Ποιές θα ήταν οι νοσηλευτικές σας ενέργειες σε ογκολογικό ασθενή προχωρημένου σταδίου όπου αρνείται να συνεχίσει τη θεραπεία;*», η πιο συχνή καταγραφή (10,5%) αφορά την «*Ψυχολογική υποστήριξη*» και έπεται (9,8%) ότι «*Θα σεβόμουν την επιθυμία του*».

**Πίνακας 7. Συχνότητα αποκρίσεων 92 μελών του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στην έρευνα σε ερώτηση που αφορούσε: Ποιές θα ήταν οι νοσηλευτικές σας ενέργειες σε ογκολογικό ασθενή προχωρημένου σταδίου όπου αρνείται να συνεχίσει τη θεραπεία;**

	v	%
Ανάλογα τον τύπο καρκίνου.	1	1,1
Είναι δικαίωμα του, ενημέρωση του γιατρού και του ψυχολόγου.	1	1,1
Ενημέρωση πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της απόφασης του και παροχή ανακουφιστική φροντίδα.	1	1,1
Ενημέρωση- εκτίμηση βαθμού κατάστασης. Υποστήριξη στην απόφαση του για άρνηση θεραπείας.	1	1,1
Ενθάρρυνση και συμβουλευτική υποστήριξη για να συνεχίσει τη θεραπεία.	1	1,1
Επειδή η ελπίδα πεθαίνει πάντα τελευταία θα προσπαθούσα να τον στηρίξω ψυχολογικά με επιχειρήματα.	1	1,1
Θα ενημέρωνα το θεράποντα γιατρό.	4	4,3

Θα μιλούσα με κάποιον ειδικό ώστε να το διαχειριστώ καλύτερα, όπως και με την οικογένεια του.	1	1,1
Θα μιλούσα στην οικογένεια του.	1	1,1
Θα προσπαθούσα να συζητήσω μαζί του για ποίους λόγους ενεργεί κατά αυτόν τον τρόπο. Αλλά στο τέλος πρέπει να σεβαστούν την επιλογή του.	1	1,1
Θα προσπαθούσα να τον μεταπείσω.	7	7,6
Θα προσπαθούσα να τον προωθήσω σε μια μονάδα παρηγορητικής φροντίδας. Θα προσπαθούσα να βελτιώσω την ποιότητα ζωής του.	1	1,1
Θα προσπαθούσα να του εξηγήσω ότι είναι για το καλό του αλλά αν δεν θέλει είναι δικαίωμα του.	1	1,1
Θα σεβόμουν την επιθυμία του.	9	9,8
Θα σεβόμουν την επιθυμία του αλλά θα επέμενα να το παλέψει μέχρι τέλους και να συνεχίσει την θεραπεία.	1	1,1
Θα σεβόμουν την επιθυμία του αν η θεραπεία δεν θα τον βοηθήσει και θα του έλεγα να πάει σπίτι του.	1	1,1
Θα σεβόμουν την επιθυμία του και θα ενημέρωνα τον θεράπων ιατρό για εκτίμηση από τον ψυχολόγο του τμήματος.	2	2,2
Θα σεβόμουν την επιθυμία του, παροχή ανακουφιστικής φροντίδας.	1	1,1
Θα το συζητήσω μαζί του για να μάθω τους λόγους. Θα ζητούσα την βοήθεια ψυχολόγου και θα σεβόμουν την άποψη του.	1	1,1
Θα τον ενημέρωνα για τις καλύτερες προγνωστικές πιθανότητες και για τις 2 περιπτώσεις και θα έκανα μια διακριτική προσπάθεια για να μην διακόψει τη ΧΜΘ.	1	1,1
Θα του εξηγούσα τα κατά και τα υπέρ Μέτα να σεβόμουν την απόφαση του και θα ενημέρωνα τον γιατρό.	1	1,1
Θα του συμπαραστεκόμουν και θα τον παρότρυνα να μην τα παρατάει ποτέ γιατί αυτός είναι ο μόνος τρόπος να γίνει καλά και ότι θέλω μόνο το καλό του.	1	1,1
Κύρια προτεραιότητα για το νοσηλευτή πρέπει να είναι η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας. Επίσης θα πρέπει να δημιουργεί συνθήκες για έναν υγιή διάλογο.	1	1,1
Με σύμφωνη γνώμη ιατρού ανάλογη φροντίδα.	1	1,1
Οι απαραίτητες.	1	1,1
Οφείλουμε να σεβαστούμε την επιθυμία του αν ο ασθενής είναι ενήλικος και έχει ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του.	1	1,1
Παροχή ανακουφιστικής φροντίδας καθώς και επικοινωνία με τον ψυχολόγο.	2	2,2
Πλήρης ενημέρωση των επιλογών του και σεβασμός ως προς την επιλογή του, ενημέρωση του προσωπικού που τον φροντίζει & των συγγενών.	1	1,1
Πλήρης υποστηρικτική και ανακουφιστική φροντίδα αγωγή με ορούς αντιβίωση ,πασίπινα και άλλα.	1	1,1
Συμβουλευτική μέσω συζήτησης	2	2,2

Συμπληρωματική και καταπραϋντική θεραπεία. Αφού έχει το δικαίωμα να ζητήσει διακοπή κάθε θεραπείας.	1	1,1
Συμπτωματική θεραπεία	1	1,1
Ψυχολογική υποστήριξη	11	11,1
Ψυχολογική υποστήριξη ανεξάρτητα και σωστή πληροφόρηση για την θεραπεία του, την νόσο και την έκβαση λόγω των επιλογών του.	1	1,1
Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς και οικογένειας.	2	2,2
Ψυχολογική υποστήριξη και ενημέρωση για τις προσδοκίες που έχουμε για βελτίωση του επιπέδου ζωής του ασθενούς.	1	1,1
Ψυχολογική υποστήριξη και σεβασμός στις αποφάσεις του.	1	1,1
Ψυχολογική υποστήριξη ώστε να συνεχίσει την θεραπεία του και του εξηγώ τα θετικά στοιχεία της θεραπείας.	1	1,1
Δεν ξέρω, δεν απαντώ.	1	1,1
Δεν απάντησαν	22	23,9

Από τον **πίνακα 8** και την ερώτηση: «*Διαφέρουν οι προτεραιότητες στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη/ μεταστατική νόσο με βάση το γεγονός ότι ο ένας είναι ηλικιωμένος και ο άλλος ενήλικας;*», η πιο συχνή καταγραφή (47,9%) αφορά γενικά το «όχι» και έπεται (21,8%) γενικότερα η καταφατική απάντηση.

**Πίνακας 8. Συχνότητα αποκρίσεων 92 μελών του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στην έρευνα σε ερώτηση που αφορούσε: Διαφέρουν οι προτεραιότητες στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη/ μεταστατική νόσο με βάση το γεγονός ότι ο ένας είναι ηλικιωμένος και ο άλλος ενήλικας.**

	v	%
Δεν νομίζω/ όχι.	4	4,3
Εννοείται πως βάση ηλικίας ο νεότερος έχει προτεραιότητα.	1	1,1
Ναι.	15	16,3
Ναι, αλλά εξαρτάται και από τη λειτουργικότητα κάθε ασθενή.	1	1,1
Ναι, διαφέρουν - Αναλόγως με την κατάσταση του ηλικιωμένου ασθενή.	3	3,3
Οι ανάγκες των ογκολογικών ασθενών είναι σαφώς και σε συνάρτηση με την ηλικία.	1	1,1
Οι ηλικιωμένοι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη από νοσοκομειακή φροντίδα.	1	1,1
Όχι, αλλά συναισθηματικά η απώλεια ενός νεότερου επηρεάζει παραπάνω.	1	1,1
Όχι, δεν πρέπει να διαφέρουν στις προτεραιότητες - Πρέπει να υπάρχει ισότητα στη θεραπεία/περίθαλψη.	41	44,6
Όχι, όμως όταν ο ασθενής είναι μικρός είσαι πιο ευαισθητοποιημένος.	1	1,1
Σίγουρα, στον ενήλικα η εξέλιξη της νόσου είναι γρηγορότερη και επιθετικότερη αλλά και οι δυο θα λάβουν την ίδια φροντίδα.	1	1,1

Συμφωνώ, διαφέρουν, καθώς τα καρκινικά κύτταρα των νεότερων αναπτύσσονται ραγδαία με αυτά των ηλικιωμένων.	1	1,1
Υπάρχουν σημαντικότεροι παράγοντες από την ηλικία που καθορίζουν την προτεραιότητα.	1	1,1
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ.	3	3,3
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ.	17	18,5

Τέλος, από τον **πίνακα 9** και την ερώτηση: «Σε ασθενή που πρέπει να λάβει 600mg από ένα φάρμακο που είναι σε amp με δόση 200mg/2ml πόσες amp θα χρησιμοποιήσετε;», η πιο συχνή καταγραφή (77,2%) αφορά γενικά τα «3 amp» ενώ το 19,6% δεν απάντησε.

**Πίνακας 9. Συχνότητα αποκρίσεων 92 μελών του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στην έρευνα σε ερώτηση που αφορούσε: Σε ασθενή που πρέπει να λάβει 600mg από ένα φάρμακο που είναι σε amp με δόση 200mg/2ml πόσες amp θα χρησιμοποιήσετε**

	v	%
1,5 amp	1	1,1
2 amp	1	1,1
3 amp	71	77,2
Δεν ξέρω	1	1,1
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	18	19,6

### **Στάσεις, αντιλήψεις & γνώσεις ογκολογικών και μη νοσηλευτών/τριων**

Στους **πίνακες 10-12**, δίνεται η συγκριτική συχνότητα των καταφατικών αποκρίσεων σε ερωτήσεις στάσεων, αντιλήψεων και γνώσεων μεταξύ μη ογκολογικών και ογκολογικών νοσηλευτών/τριών. Σημαντική διαφοροποίηση βρέθηκε στις στάσεις τους σε ορισμένες μόνο αποκρίσεις (3 ερωτήσεις από τις 8) (**πίνακας 10**) όπου οι ογκολογικοί νοσηλευτές/τριες απάντησαν ορθώς σε υψηλότερη συχνότητα ( $p < 0.05$ ),

**Πίνακας 10. Συχνότητα ΚΑΤΑΦΑΤΙΚΩΝ αποκρίσεων 92 μη ογκολογικών και ογκολογικών νοσηλευτών και νοσηλευτριών που συμμετείχαν στην έρευνα σε ερωτήσεις που αφορούν τις ΣΤΑΣΕΙΣ τους για τον καρκίνο.**

	Νοσηλευτές/τριες		p-value
	Μη Ογκολογικοί	Ογκολογικοί	
	%	%	
1. Το διαδίκτυο αποτελεί μια έγκυρη και ολοκληρωμένη πηγή ενημέρωσης σχετικά με τον καρκίνο.	32,8	8,8	0,001
2. Οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην πρόληψη του καρκίνου.	74,1	79,4	ΜΣ
3. Οι προληπτικές εξετάσεις για τον καρκίνο πρέπει να είναι υποχρεωτικές.	67,2	91,2	0,024
4. Οι προληπτικές εξετάσεις για τον καρκίνο πρέπει να είναι δωρεάν.	91,4	97,1	ΜΣ
5. Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή με καρκίνο επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ψυχολογική κατάσταση των συγγενών του.	98,3	100,0	ΜΣ
6. Το περιβάλλον της ογκολογικής κλινικής επιβαρύνει αρνητικά την ψυχολογία του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με άλλες κλινικές.	72,4	94,1	0,032
7. Ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου όταν υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις είναι χρήσιμο να νοσηλεύονται στο σπίτι τους.	86,2	97,1	0,178
8. Ως νοσηλευτής ακολουθείται πιστά το πρόγραμμα των προληπτικών διαγνωστικών εξετάσεων για τα ογκολογικά νοσήματα που ισχύει ανάλογα με την ηλικία και άλλους παράγοντες.	37,9	35,3	ΜΣ

Ελεγχοι  $\chi^2$ . ΜΣ, μη σημαντικό.

με εξαίρεση την απόκριση «*Το διαδίκτυο αποτελεί μια έγκυρη και ολοκληρωμένη πηγή ενημέρωσης σχετικά με τον καρκίνο*», με την οποία φαίνεται να συμφωνούν σε σημαντικά χαμηλότερη συχνότητα ( $p < 0.05$ ). Αντίστοιχα σε θέματα αντιλήψεων (πίνακας 11), δεν διαπιστώνεται σημαντική διαφοροποίηση παρά μόνο στις αποκρίσεις δύο ερωτήσεων από τις 9, όπου οι ογκολογικοί νοσηλευτές/τριες απάντησαν καταφατικά σε υψηλότερη συχνότητα στην ερώτηση «*Οι νοσηλευτές των ογκολογικών τμημάτων καταπονούνται σωματικά περισσότερο από νοσηλευτές άλλων τμημάτων*» ( $p = 0,048$ ) και χαμηλότερη στην «*Προτείνετε στους καρκινοπαθείς τη*



χρήση συμπληρωματικών ή εναλλακτικών θεραπειών (π.χ. βελονισμός, ομοιοπαθητική)» ( $p < 0,001$ ).

**Πίνακας 11. Συχνότητα ΚΑΤΑΦΑΤΙΚΩΝ αποκρίσεων 92 μη ογκολογικών και ογκολογικών νοσηλευτών και νοσηλευτριών που συμμετείχαν στην έρευνα σε ερωτήσεις που αφορούν τις ΑΝΤΙΑΛΗΨΕΙΣ τους για τον καρκίνο.**

	Νοσηλευτές/τριες		p-value
	Μη Ογκολογικοί	Ογκολογικοί	
	%		
9. Η πλήρης ενημέρωση του ασθενή μπορεί να του προκαλέσει άσκοπο άγχος ή να τον επιβαρύνει ψυχολογικά.	67,2	67,6	ΜΣ
10. Οι νοσηλευτές των ογκολογικών τμημάτων καταπονούνται σωματικά περισσότερο από νοσηλευτές άλλων τμημάτων.	27,6	52,9	0,048
11. Οι νοσηλευτές των ογκολογικών τμημάτων καταπονούνται ψυχολογικά περισσότερο από νοσηλευτές άλλων τμημάτων.	81,0	91,2	ΜΣ
12. Προτείνετε στους καρκινοπαθείς τη χρήση συμπληρωματικών ή εναλλακτικών θεραπειών (π.χ. βελονισμό, ομοιοπαθητική).	48,3	14,7	<0,001
13. Θα συμμετείχατε εθελοντικά σε προγράμματα ενημέρωσης του τοπικού πληθυσμού σχετικά με την πρόληψη και την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου.	79,3	94,1	ΜΣ
14. Στην επαγγελματική σας καριέρα ο θάνατος ενός ασθενή επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη ψυχολογική σας κατάσταση	53,4	73,5	ΜΣ
15. Θα συμμετείχα στη διαδικασία υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ασθενών τελικού σταδίου, εάν υπήρχε το νομικό πλαίσιο και ήταν επιθυμία του ασθενή και των συγγενών του.	24,1	26,5	ΜΣ
16. Σε κάθε φάση της νόσου ο ασθενής θα πρέπει να έχει πλήρη ενημέρωση της κατάστασης της υγείας του.	65,5	64,7	ΜΣ
17. Έχετε συμμετάσχει σε προγράμματα ενημέρωσης του τοπικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο;	17,2	11,8	ΜΣ

Έλεγχος  $\chi^2$ . ΜΣ, μη σημαντικό.

Σημαντική επίσης διαφοροποίηση βρέθηκε στις γνώσεις τους μόλις στο 1/3 των αποκρίσεων (7 ερωτήσεις από τις 21) (πίνακας 12), δίνοντας σε σημαντικά υψηλότερη συχνότητα ορθές αποκρίσεις οι ογκολογικοί νοσηλευτές/τριες ( $p < 0.05$ ). Μεταξύ άλλων, το 79,4% των ογκολογικών νοσηλευτών/τριων αναφέρει ότι «Όταν ένας ασθενής παρουσιάζει θρομβοπενία μετά από χημειοθεραπεία αντενδεικνύονται οι ενδομυϊκές ενέσεις» έναντι 41,4% των συναδέλφων τους μη ογκολογικών, 61,8% έναντι 25,9% αντίστοιχα, ότι «Η αποτελεσματικότερη μέθοδος επιβεβαίωσης διάγνωσης καρκίνου είναι η μαγνητική τομογραφία».

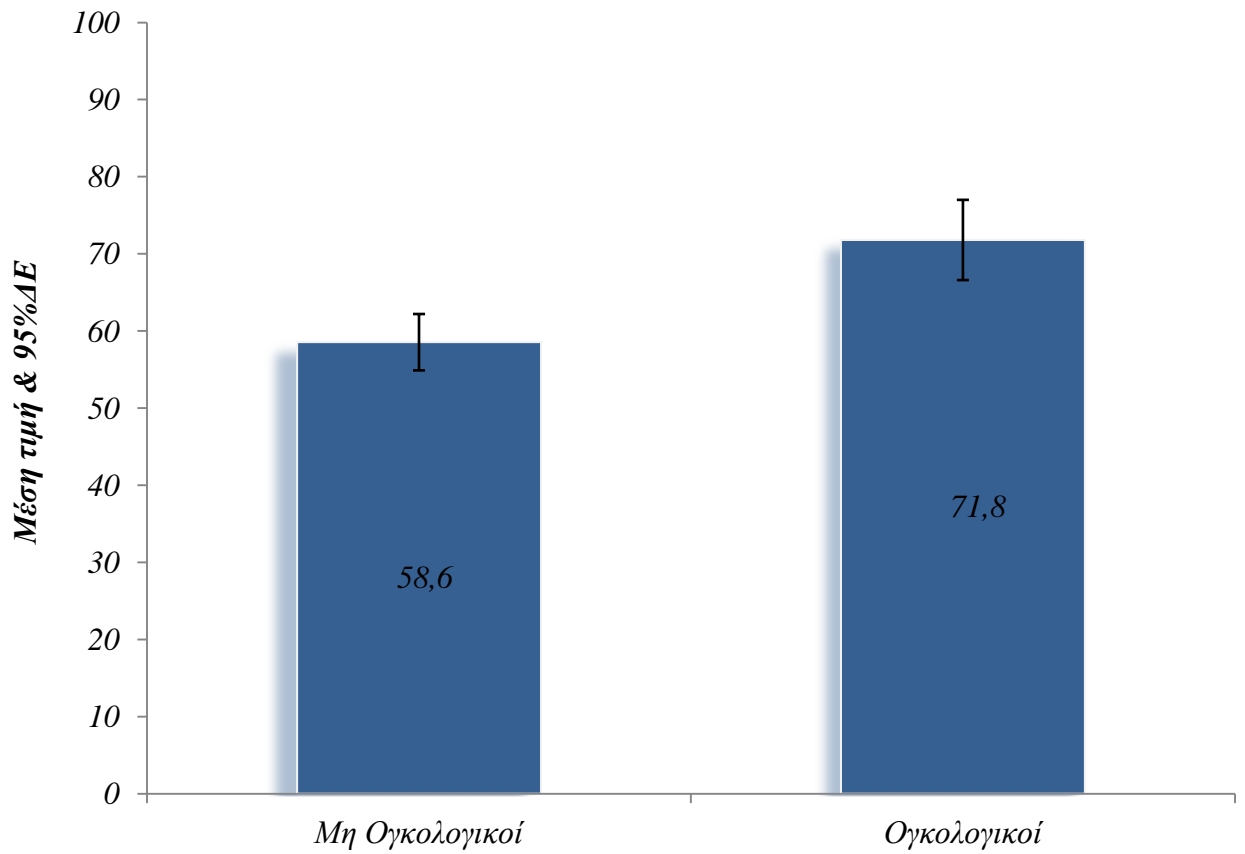
**Πίνακας 12. Συχνότητα ΟΡΘΩΝ αποκρίσεων 92 μη ογκολογικών και ογκολογικών νοσηλευτών και νοσηλευτριών που συμμετείχαν στην έρευνα σε ερωτήσεις που αφορούν τις ΓΝΩΣΕΙΣ τους για τον καρκίνο.**

	Νοσηλευτές/τριες		p-value
	Μη Ογκολογικοί	Ογκολογικοί	
	%		
18. Το 80-90% των καρκίνων του πνεύμονα σχετίζονται με το κάπνισμα.	63,8	70,6	ΜΣ
19. Όλοι οι όγκοι είναι κακοήγη νεοπλασμάτα.	87,9	94,1	ΜΣ
20. Η ταξινόμηση της τοξικότητας κάθε συμπτώματος μετά από χημειοθεραπεία βαθμολογείται από 1 έως 10.	1,7	20,6	0,004
21. Η εύρεση μεταστάσεων χωρίς την γνώση του πρωτοπαθούς όγκου είναι αδύνατη.	41,4	73,5	0,003
22. Όλοι οι οργανισμοί αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο μετά την υποβολή τους σε χημειοθεραπεία.	91,4	94,1	ΜΣ
23. Ο καρκινικός δείκτης AFP είναι δείκτης καρκίνου του ήπατος	17,2	61,8	<0,001
24. Όταν ένας ασθενής παρουσιάζει θρομβοπενία μετά από χημειοθεραπεία αντενδεικνύονται οι ενδομυϊκές ενέσεις.	41,4	79,4	<0,001
25. Η αποτελεσματικότερη μέθοδος επιβεβαίωσης διάγνωσης καρκίνου είναι η μαγνητική τομογραφία.	25,9	61,8	0,001
26. Ένας ηλικιωμένος ασθενής έχει λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξει νεόπλασμα.	37,9	35,3	ΜΣ
27. Οι καλοήθεις όγκοι προκαλούν συχνά μεταστάσεις.	74,1	79,4	ΜΣ
28. Οι πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι είναι παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του ενδομητρίου.	62,1	70,6	ΜΣ

29. Η σταδιοποίηση κατά TNM είναι ένα σύστημα ταξινόμησης του καρκίνου.	46,6	64,7	ΜΣ
30. Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή με καρκίνο από το προσωπικό απαιτεί εξειδικευμένη εκπαίδευση.	84,5	85,3	ΜΣ
31. Οι ηλικιωμένοι ογκολογικοί ασθενείς απαιτούν λιγότερη ψυχολογική υποστήριξη από ότι οι ενήλικες.	87,9	91,2	ΜΣ
32. Η ψυχολογική συμπαράσταση στον ετοιμοθάνατο είναι βασική νοσηλευτική πράξη.	67,2	85,3	ΜΣ
33. Στην καθημερινή κλινική πρακτική παρατηρείτε πολλές περιπτώσεις ασθενών που ο πόνος τους δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά.	69,0	82,4	ΜΣ
34. Η χημειοθεραπεία αποτελεί την κύρια επιλογή στην θεραπεία του καρκίνου.	29,3	52,9	0,024
35. Η χειρουργική θεραπεία αποτελεί κύρια αντιμετώπιση σε κάθε νεοπλασματική μορφή.	46,6	76,5	0,005
36. Ο καρκίνος είναι ανίατος και οδηγεί στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων σε θάνατο παρά τις διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις.	60,3	55,9	ΜΣ
37. Ο σημερινός τρόπος ζωής επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την αύξηση των περιστατικών καρκίνου.	89,7	94,1	ΜΣ

Έλεγχοι  $\chi^2$ . ΜΣ, μη σημαντικό.

Τέλος, όσον αφορά την εκτίμηση της βαθμολογίας των ορθών αποκρίσεων στις ερωτήσεις γνώσεων για τον καρκίνο (**σχήμα 1**), διαπιστώνεται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ μη ογκολογικών και ογκολογικών νοσηλευτών/τριων. Συγκεκριμένα, οι ογκολογικοί νοσηλευτές/τριες βρέθηκαν με σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία γνώσεων για τον καρκίνο (71,8, 95%ΔΕ: 66,6-77,0) έναντι των μη ογκολογικών συναδέλφων τους (58,6, 95%ΔΕ: 54,9-62,2).



**Εικόνα 1. Βαθμολογία ΟΡΘΩΝ αποκρίσεων σε ερωτήσεις που αφορούν τις ΓΝΩΣΕΙΣ 92 μη ογκολογικών και ογκολογικών νοσηλευτών και νοσηλευτριών (ανάλυση συνδιακύμανσης: ως συμεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά).**

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>

### Συμπεράσματα & Συζήτηση

#### Κύρια συμπεράσματα

Κύριος σκοπός της έρευνας της πτυχιακής μας εργασίας ήταν η σύγκριση των γνώσεων και η διερεύνηση των αντιλήψεων των ογκολογικών και μη ογκολογικών



νοσηλευτών σχετικά με το βίωμα του καρκίνου. Έγινε προσπάθεια ωστόσο να καταγραφούν απόψεις, στάσεις και αντιλήψεις που περιγράφουν την καθημερινή πρακτική των νοσηλευτών σε διάφορα τμήματα νοσηλείας και να προσδιοριστούν με μεγαλύτερη ακρίβεια ζητήματα ενημέρωσης του προσωπικού με στόχο πάντα τη βελτίωση

της παρεχόμενης φροντίδας. Κατά συνέπεια, η καταγραφή των στάσεων, αντιλήψεων και γνώσεων που έχουν ή αναμένεται να έχουν στην καθημερινή κλινική πράξη οδηγεί και στη μείωση του πιθανού κινδύνου για τους ασθενείς. Συνοπτικά λοιπόν, από την παρούσα έρευνα προέκυψαν αρκετά χρήσιμα ουσιαστικά ή δευτερογενή συμπεράσματα, τα οποία περιγράφονται παρακάτω:

- Διαπιστώθηκε υψηλός μέσος χρόνος εμπειρίας σε ογκολογικά τμήματα (9,4 χρόνια) από μέρους του προσωπικού (ογκολογικοί νοσηλευτές/τριες,  $n=34$ ) που συμμετείχε στην έρευνα ( $n=92$ ).
- Οι ογκολογικοί νοσηλευτές/τριες ή γενικότερα όσοι/όσες υπηρετούν ή/και υπηρέτησαν σε ογκολογικά τμήματα, έχουν σημαντικά περισσότερα χρόνια εμπειρίας ως νοσηλευτές/τριες ( $p=0,023$ ).
- Συνολικά, οι νοσηλευτές/τριες της έρευνας διαπιστώθηκε να έχουν διαφορετικές στάσεις, αντιλήψεις και γνώσεις ανά αντικείμενο ή θεματικό πεδίο καθώς διαφοροποιούνται σημαντικά οι αποκρίσεις τους ( $p<0,001$ ).
- Στα διάφορα σενάρια στάσεων (πρακτικής) φαίνεται η πλειοψηφία να αντιμετωπίζει κατά προτεραιότητα τα επείγοντα περιστατικά (πολυτραυματίας έναντι ασθενή σε ΧΜΘ με επιπλοκές), να υποστηρίζει τη λήψη ψυχολογικής βοήθειας σε ασθενείς με καρκίνο, να αποδέχεται την εκάστοτε επιθυμία των συγκεκριμένων ασθενών ή να μην υφίσταται διάκριση τους λόγω ηλικίας.

- Δεν φαίνεται να υπάρχει ουσιαστική διαφοροποίηση στις στάσεις σε θέματα για τον καρκίνο μεταξύ ογκολογικών και μη νοσηλευτών/τριων καθώς σε ορισμένες μόνο αποκρίσεις (3 από τις 8) βρέθηκαν σημαντικές διαφορές.
- Αντίστοιχα και σε θέματα αντιλήψεων, δεν διαπιστώνεται σημαντική διαφοροποίηση ογκολογικών και μη νοσηλευτών/τριων (παρά μόνο σε αποκρίσεις 2 ερωτήσεων από τις 9).
- Επίσης, σημαντική διαφοροποίηση στις γνώσεις τους εκτιμήθηκε μόλις στο 1/3 των αποκρίσεων (7 ερωτήσεις από τις 21), με υψηλότερη συχνότητα ορθών αποκρίσεων να παρατηρούνται σε ογκολογικούς νοσηλευτές/τριες ( $p < 0,05$ ).
- Τέλος, συνεκτιμώντας όλες τις ερωτήσεις γνώσεων για τον καρκίνο και εξάγοντας βαθμολογία ορθών αποκρίσεων στις ερωτήσεις γνώσεων, διαπιστώθηκε να έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα γνώσεων οι ογκολογικοί έναντι των μη ογκολογικών νοσηλευτών/τριων ( $p < 0,05$ ). Γενικά ωστόσο η βαθμολογία γνώσεων τους ήταν υψηλή.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

*«Η καρδιά της περίθαλψης: Ογκολογική Νοσηλευτική»*

Στο ρόλο του ογκολογικού νοσηλευτή, τα Cancer Treatment Centers of America αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές είναι η καρδιά της φροντίδας υγείας, ενώ η ογκολογική νοσηλευτική αποτελεί μοναδικά ένα από τα πιο απαιτητικά, προκλητικά και ανταποδοτικά πεδία της περίθαλψης (<https://www.cancercenter.com>). Για όλους όσους πάσχουν από καρκίνο, οι νοσηλευτές ογκολογίας είναι εκείνοι που είναι εκεί αντί για εμάς, στις πιο δύσκολες και οικείες στιγμές της ζωής μας, των φίλων μας, των συγγενών μας, που βρίσκονται δίπλα στο κρεβάτι μας, αυτό του πόνου και της ανάγκης, μας εκπαιδεύουν, μας ενθαρρύνουν. Είναι και αυτοί που βρίσκονται πίσω από τα παρασκήνια, επικοινωνώντας με τους γιατρούς, συντονίζοντας τη φροντίδα και κρατώντας μας ασφαλείς, με προοπτική και ελπίδα για την πλήρη μακρόχρονη ίαση μας (<https://www.cancercenter.com>). Οι ογκολογικοί όμως νοσηλευτές αλλά και εν γένει όλο το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως διατυπώνει τις



απόψεις του και στην παρούσα έρευνα, φαίνεται ότι έχει να αντιμετωπίσει θεμελιώδη, κοινά και ογκώδη ζητήματα, που σχετίζονται με τις ιδιαίζουσες περιπτώσεις φροντίδας και περιποίησης ασθενών, είτε πρόκειται δηλαδή για «πολυτραυματίες» ή «ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ΧΜΘ», χωρίς προκαταλήψεις και διακρίσεις (φύλου, ηλικίας κλπ) και με μοναδικό γνώμονα την περίθαλψη του ασθενή (Λαβδανίτη & Ζυγά, 2012; Χατζή και συν. 2017; Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, 2001; Professional Conduct for Each Nurse and Midwife).

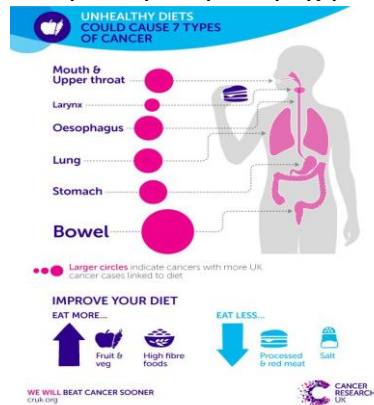
Αν οι στάσεις και οι αντιλήψεις των νοσηλευτών/τριων, ογκολογικών ή μη, δομούνται όχι μονάχα μέσω της εκπαίδευσής τους αλλά και μέσα από την εμπειρία τους, οι γνώσεις τους είναι αυτές που καθορίζουν και τη γενικότερη στάση τους στη διάρκεια της επαγγελματικής τους πορείας. Αυτό εξάλλου αποτελεί ως ζητούμενο της επιστημονικής έρευνας: η συνεχής αξιολόγηση των γνώσεων τους! Το κυριότερο εύρημα λοιπόν από την παρούσα έρευνα αποτέλεσε η διαπίστωση, αναμενόμενη ή όχι, ότι οι ογκολογικοί νοσηλευτές έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα γνώσεων σε ζητήματα που αφορούν τις νεοπλασίες ή γενικότερα τον καρκίνο, σε σχέση με τους μη ογκολογικούς νοσηλευτές/τριες ( $p < 0,05$ ). Η διαπίστωση αυτή έλαβε χώρα παρά το μεθοδολογικό σχεδιασμό, ότι δηλαδή ελήφθησαν δειγματικά από το σύνολο του προσωπικού των τριών ιδρυμάτων και εκ των υστέρων διαχωρίστηκαν όχι σύμφωνα με την τρέχουσα υπηρεσία τους σε ογκολογικά τμήματα αλλά με βάση την εμπειρία που είχαν σε αυτά, οποτεδήποτε και αν υπηρέτησαν.

Ο τρόπος αξιολόγησης των γνώσεων ωστόσο ποικίλει στη διεθνή βιβλιογραφία και είναι ανάλογη τόσο του θεματικού πεδίου (είδη καρκίνου, συμπτώματα νόσου, παρενέργειες θεραπείας, επιμόρφωση ογκολογικών νοσηλευτών/τριων, ιδρύματα περίθαλψης κλπ) όσο και των εργαλείων χρήσης. Γενικά, αξιολογη προσπάθεια στην απάντηση ορισμένων καίριων ερωτημάτων όσον αφορά στην αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών δίνουν οι Salim et al.(2017) στην ανασκόπησή τους. Εκεί, σχετικά με τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις που αναπτύσσουν οι ογκολογικοί νοσηλευτές απέναντι στον πόνο και τη διαχείρισή του, αναφέρουν ότι πολλές μελέτες έχουν δείξει πως οι νοσηλευτές έχουν έλλειψη γνώσης και ανεπαρκούς στάσης απέναντι στην εκτίμηση του πόνου που προκαλεί ο καρκίνος και στη αντιμετώπιση του με αναλγητικά. Αυτές οι ανεπάρκειες περικλείουν αδυναμίες στην κατανόηση σχετικά με την εκτίμηση του πόνου και την εσφαλμένη πεποίθηση ότι οι ασθενείς υπερεκτιμούν την κατάσταση του πόνου τους. Επίσης, παρατηρήθηκαν ακατάλληλες πεποιθήσεις σχετικά με την ανοχή των φαρμάκων και

τον εθισμό και γενικότερα την ανεπαρκή γνώση της φαρμακολογίας (των αναλγητικών φαρμάκων). Ως εκ τούτου, οι Salim et al. (2017) στο συμπέρασμα τους υπογραμμίζουν την ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση του εν λόγω προσωπικού εντός των νοσοκομείων στη διαχείριση του πόνου. Επιπλέον, προτείνουν τη βελτίωση των προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών για την αντιμετώπιση της διαχείρισης του πόνου στο περιεχόμενό της. Στα πλαίσια της ίδιας εργασίας, αναφέρεται άλλη ανεξάρτητη μελέτη από τους EL-Rahman et al. (2013) που είχε ανάλογο σχεδιασμό με την παρούσα έρευνα. Οι συγγραφείς της συγκεκριμένης μελέτης, πραγματοποίησαν συγκριτική περιγραφική συγχρονική μελέτη το 2013 στην Ιορδανία μεταξύ 124 ογκολογικών και 93 μη ογκολογικών νοσηλευτών/τριων με σκοπό την αξιολόγηση και σύγκριση των γνώσεων και πεποιθήσεων χρησιμοποιώντας σταθμισμένο εργαλείο αξιολόγησης (Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain - NKARSP tool). Συμπερασματικά, οι ογκολογικοί νοσηλευτές/τριες βρέθηκαν να έχουν υψηλότερη βαθμολογία σε όλα τα επίπεδα γνώσεων και πεποιθήσεων που αφορούσαν τον πόνο των ασθενών, ωστόσο η μελέτη έδειξε έλλειψη γνώσεων στον κίνδυνο εθισμού που προκαλεί η χρήση αναλγητικών σε ογκολογικούς ασθενείς μικρής ηλικίας (EL-Rahman et al. 2013). Παρόμοια, η Southern (2007) σε μελέτη στην Ιρλανδία το 2003 επέλεξε 72 νοσηλευτές/τριες και διαχώρισε εκ των υστέρων όπως ανάλογα έγινε στην παρούσα μελέτη σε 37 ογκολογικούς και 35 μη ογκολογικούς νοσηλευτές/τριες. Σκοπός της ήταν να ερευνηθεί τις γνώσεις και την εκπαίδευση των νοσηλευτών για τη στοματική φροντίδα ασθενών που εισέρχονται για ογκολογική θεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το εν λόγω προσωπικό δεν είχε ουσιαστική επιμόρφωση για την στοματική υγιεινή, ενώ οι γνώσεις τους για τα συμπτώματα και τις παρενέργειες θεραπείας ήταν ανεπαρκείς. Παράλληλα, το ειδικό προσωπικό του νοσοκομείου (π.χ. οδοντίατροι) δεν έδειξε τον απαιτούμενο ζήλο για υποστήριξη του προσωπικού, ώστε να ανταποκρίνονται προληπτικά στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών πριν τη θεραπεία. Και εδώ λοιπόν τονίζεται η ανάγκη για διαρκή και αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ ειδικοτήτων και επαγγελματιών υγείας. Επίσης, οι Pai et al. (2015) πραγματοποίησαν συγχρονική μελέτη σε 158 μέλη του νοσηλευτικού ογκολογικού προσωπικού σε 4 διαφορετικά νοσοκομεία στην Ινδία. Και από αυτή την έρευνα φάνηκε ότι το περισσότερο προσωπικό είχε ανεπαρκείς γνώσεις στοματικής υγιεινής και φροντίδας ογκολογικών νοσηλευτών και ιδιαίτερα στις επιδράσεις που ενέχει η ΧΜΘ ή η ακτινοθεραπεία.



Τονίζοντας όμως την πολυθεματικότητα του ρόλου του ογκολογικού νοσηλευτή στην παροχή συμβουλών, σε άλλη μελέτη, οι van Veen et al. (2017)



διαπιστώνουν ότι περισσότεροι από τους μισούς ογκολογικούς νοσηλευτές δίνουν συμβουλές για την ορθή θρέψη και τη σωματική άσκηση ασθενών με καρκίνο, χωρίς όμως να έχουν τις επαρκείς γνώσεις, όπως οι ίδιοι κρίνουν, ώστε να το κάνουν. Τονίζουν έτσι ότι και αυτό το πεδίο επιμόρφωσης πρέπει να εντάσσεται στο πλαίσιο της εκπαίδευσης των νοσηλευτών και φυσικά να συνεργάζονται με

διαιτολόγους και ειδικούς στη φυσική αγωγή.

Άλλο σημείο που αναδείχθηκε από την παρούσα έρευνα όταν τέθηκε ελεύθερα η διατύπωση γνώμης (σενάρια κρίσης), αποτέλεσε η πολυσύχναστη αναφορά ότι οι ασθενείς χρίζουν κατάλληλης ψυχολογικής υποστήριξης, να αποδέχεται ο νοσηλευτής την επιθυμία τους αφουγκράζοντας ότι ζητούν και να μην κάνει διακρίσεις λόγω π.χ. ηλικίας των ασθενών. Η περίπτωση αυτή αφορούσε και το προχωρημένο στάδιο του ασθενή, σημείο κρίσιμο για την υποστήριξή του. Οι Libo-On et al (2017) μελέτησαν τις ικανότητες και γνώσεις των νοσηλευτών να διαχειριστούν π.χ. το τέλος ζωής (end-of-life, EoL) στο National Center for Cancer Care and Research (NCCCR) στο Qatar. Βρέθηκε το 1/3 περίπου των συμμετεχόντων να έχουν την σχετική ικανότητα, ενώ τα 2/3 ήταν αβέβαιοι ή



αμφιλεγόμενοι όσον αφορά στα γεγονότα και τις καταστάσεις που προκύπτουν στο EoL ενώ ελάχιστοι είχαν ολοκληρωμένη επιμόρφωση για την αντιμετώπιση του θανάτου. Παρόμοια και οι Burhenn et al. (2017), μελέτησαν παρεμβατικά και αξιολόγησαν τη γνώση, τις πεποιθήσεις/αντιλήψεις και τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο στην City of Hope, της Καλιφόρνιας. Μετά την επιμόρφωση τους βελτιώθηκαν σημαντικά οι γνώσεις τους σε διάφορα πλαίσια της γηριατρικής ογκολογικής φροντίδας. Επίσης οι Powazki et al. (2014) εκτίμησαν ότι οι νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας και εμπειρίας είχαν καλύτερα εφόδια, ικανότητας και άνεσης να διαχειριστούν ζητήματα θανάτου ασθενών με καρκίνο, ενώ ένιωθαν πιο ικανοί να ανταποκριθούν σε θέματα σχετικών

γνώσεων, σωματικής και ψυχολογικής φροντίδας παρά σε θέματα βιοηθικής, επικοινωνίας ή πνευματικότητας.

## Περιορισμοί μελέτης & προτάσεις

Βασικό σημείο περιορισμού της παρούσας έρευνας αποτέλεσε ο διαχωρισμός των ογκολογικών και μη νοσηλευτών/τριων. Καθώς ο νοσηλευτής/τρια ογκολογικών ασθενών μπορεί να είναι πτυχιούχος τμήματος νοσηλευτικής επιστημών υγείας, με ειδικότητα στην νοσηλευτική ογκολογία ή ακόμη και κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος, εδώ ο διαχωρισμός βασίστηκε στα χρόνια υπηρεσίας ή προϋπηρεσίας σε ογκολογικά τμήματα και κλινικές. Προφανώς η μακρόχρονη υπηρεσία σε σχετικά τμήματα αποδίδει τα μέγιστα στη γνώση και προσφορά, ωστόσο ένας πιο ορθολογικός σχεδιασμός της έρευνας θα μπορούσε να αφορά το επίπεδο της εκπαίδευσής τους (απόφοιτοι ΑΕΙ, ΤΕΙ με MSc /PhD) αλλά και την ενσωμάτωση νοσηλευτών/τριων από διάφορα ογκολογικά τμήματα διαφόρων ιδρυμάτων της επικράτειας, σε σχέση με προσωπικό άλλων τμημάτων και ιδρυμάτων. Στην περίπτωση αυτή ακόμη και μια μικρή εξομοίωσή τους (π.χ. ηλικία, τόπος κατοικίας, χρόνια εμπειρίας) θα εξομάλυνε ενδεχόμενες διαφοροποιήσεις.



Άλλο σημείο περιορισμού αποτελεί η χρήση ενός σταθμισμένου εργαλείου αξιολόγησης που έχει ήδη αξιοποιηθεί. Αυτό θα διευκόλυνε την άμεση σύγκριση των αποτελεσμάτων μας, ωστόσο τον παρόν ερωτηματολόγιο δύναται να χρησιμοποιηθεί στο μέλλον από άλλους ερευνητές και να αποδώσει συγκρίσεις.

## Σύνοψη

Συνοψίζοντας, κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η σύγκριση των γνώσεων και η διερεύνηση των αντιλήψεων των ογκολογικών και μη ογκολογικών νοσηλευτών σχετικά με το βίωμα του καρκίνου. Στο σύνολο του προσωπικού, η πλειοψηφία υποστηρίζει τη χορήγηση ψυχολογικής βοήθειας σε ασθενείς με καρκίνο, αποδέχεται την εκάστοτε επιθυμία των συγκεκριμένων ασθενών ή να μην υφίσταται διάκριση τους λόγω ηλικίας. Δεν εντοπίστηκε ουσιαστική διαφοροποίηση μεταξύ

ογκολογικών και μη ογκολογικών νοσηλευτών όσον αφορά τις στάσεις σε θέματα για τον καρκίνο ή αντίστοιχα σε θέματα αντιλήψεων. Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα γνώσεων οι ογκολογικοί έναντι των μη ογκολογικών νοσηλευτών/τριων ( $p<0,05$ ). Γενικότερα όμως κρίνεται ότι η βαθμολογία γνώσεων όλου του προσωπικού, ανεξαρτήτως δηλαδή διαχωρισμού τους ήταν αρκετά υψηλή. Κατά συνέπεια, η καταγραφή των στάσεων, αντιλήψεων και γνώσεων που έχουν ή αναμένεται να έχουν στην καθημερινή κλινική πράξη μπορεί να οδηγήσει και στη μείωση του οποιουδήποτε κινδύνου για τους ασθενείς, στην παροχή ασφαλούς και χρήσιμης φροντίδας.

## Βιβλιογραφία

### Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Bates M S. *Ethnicity and pain: a biocultural model* Social Science And Medicine (1987), 24, 47-50.

Beaver K, Luker K, Owens R G, Leister S J, Degner L. *Treatment decision making in women newly diagnosed with breast cancer*. Cancer Nursing 1996, 19(1): 8-19

Burner P & Wruble J (Eds). *Copping with caregiving. In the primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA : Addison- Wessley, 1986.

D'avanzo B, Nanni O, La Vecchia C, et al. *Physical activity and breast cancer*. Cancer Epidemiology Biomarker Prevention, 1996, 5, 3:155-160.

Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez A D, et al. *Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioral and environmental risk factors*. Lancet, 2005, 366:184-93.

Degner L, Russell A. *Preferences for treatment and control among adults with cancer*. Research in Nursing and Health 1988, 11(6): 367-374

Degner L, Sloan J F. *Decision making during serious illness: what part do patients really wanna play*. Journal of clinical epidemiology 1992, 45(9): 944-50

Eddy D. *Diagnostic and staging investigations*. In Tschudin V (ed). Nursing the patient with cancer. London: Prentice Hall, 1996

Gillon R. *Philosophical Medical Ethics*. Chichester: John Wiley, 1986.

Horwich A (ed). *Oncology: A Multidisciplinary Textbook*. London: Chapman and Hall, 1995.

Lanceley A. *Wider Issues in pain management*. European Journal Of Cancer Care 4, 1995, 153-157.

Laurence D R, Bennett P N and Brown M J. *Clinical Pharmacology*. New York: Clurchill Livingstone, 1997, 560.

Lee I, Oguma Y. *Physical activity*. In: Schottenfeld D & Fraumeni JF, (EDs), *Cancer Epidemiology and Prevention*, 3rd ed. New York : Oxford University Press, 2006.

Linn M W, Linn B S, Stein S R, (1982). *Beliefs about causes of cancer in cancer patients*.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953682902362>(24/11/2016).

Loewenstein G F et al. (2001). *Risk as feelings*.

<http://psycnet.apa.org/fulltext/2001-16969-005.html>(8/3/2018)

Maxwell M B. *Principles of treatment planning*. In Groenwald S, Hansen Frogge M & Henke Yarbrow C. *Cancer Nursing* 4th edition. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1997.

McGrath P. *It OK to say no! A discussion of ethical issues arising from informed consent to chemotherapy drug delivery: regional therapy*. *Cancer Nursing*, 1995, 18 (2): 97-103.

Newton S, Hickey M, Marrs J. *Oncology nursing advisor: A comprehensive guide to clinical practice*. St Louis, Missouri: Mosby, 2009.

Niederdeppe J, Gurmankin Levy A. (2007), *Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behaviors*. <http://cebp.aacrjournals.org/content/16/5/998.short> (24/11/2016)

Nursing and Midwifery board of Ireland, *Code of Professional Conduct and Ethics for Registered Nurses and Registered Midwives*. Blackrock, Co. Dublin, 2014.

O'Mary S. *Diagnostic evaluation, classification and staging*. In Groenwald S, Hansen Frogge M & Henke Yarbrow C, *Cancer Nursing* 4th edition, Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1997.

Omran S, Al Qadire M, AL Ali N & Al Hayek M F. *Knowledge and Attitudes about Pain Management: A Comparison of Oncology and Non-Oncology Jordanian Nurses* .*Nursing and Health* 2014, 2(4): 73-80.

- Otto S E. *Oncology Nursing* 4th edition. St Louis, Missouri: Mosby, 2001.
- Pai R R, Ongole R. *Nurses' knowledge and education about oral care of cancer patients undergoing chemotherapy and radiation therapy*. Indian Journal of Palliative Care 2015, 21(2): 225-230.
- Pennell M, Corner J. *Palliative care and cancer*. In Corner J & Bailey C (eds) *Cancer Nursing Care in Context*, Oxford: Blackwell Sciences, 2001.
- Powazki R et al. *The Care of the Actively Dying in an Academic Medical Center: A Survey of Registered Nurses' Professional Capability and Comfort*. American Journal of Hospice & Palliative Medicine 2014, 31(6): 619-627.
- Pratt W B, Ruddon R W, Ensminger W D & Maybaum J. *The Anticancer Drugs*. New York: Oxford University Press, 1994.
- Salim N, Al-Attyat N, Tuffaha M, Abu Nigim H & Brant J. *Knowledge and Attitude of Oncology Nurses toward Cancer Pain Management: A Review*. Archives of Medicine 2017, 9(2): 9.
- Souhami R and Tobias S. *Cancer and its Management*. Oxford: Blackwell Sciences, 1995.
- Southern H. *Oral care in cancer nursing: nurses' knowledge and education*. Journal of Advanced Nursing 2007, 57(6), 631–638.
- Redmond K. *Advances in supportive care*. European Journal of Cancer Care, 1996, 5: 1-7.
- Robb KA, Simon AE, Miles A, et al. (2014). *Public perceptions of cancer: a qualitative study of the balance of positive and negative beliefs*  
<http://bmjopen.bmj.com/content/4/7/e005434.short> (24/11/2016)
- Varrichio C G. *A cancer source book for nurses 8th edition*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2004.
- World Health Organisation (1990). *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Geneva: World Health Organisation Report.

*World Health Statistics* 2008. WHO: 2008

### **Ελληνική Βιβλιογραφία**

Brady D, Yeates K. *Νοσηλευτική αξιολόγηση των ασθενών με ανοσολογικά και φλεγμονώδη νοσήματα* στο Osborn K S, Wraa C E, Watson A B. *Παθολογική-χειρουργική νοσηλευτική: προετοιμασία για νοσηλευτική πρακτική*. Κύπρος εκδόσεις Broken hill,2013.

Corner J, Bailey C. *Νοσηλευτική Ογκολογία: το πλαίσιο φροντίδας*. Αθήνα: εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 2006.

Dewit S. *Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας*. 3η έκδοση. Αθήνα: ιατρικές εκδόσεις. Λαγός Δημήτριος,2013

Gamlin R. *Ανακουφιστική φροντίδα Παρελθόν Παρόν και Μέλλον*. στο Ευθυμίου Ε (επιμ.), *Ανακουφιστική Νοσηλευτική: Εξασφαλίζοντας ελπίδα και ποιότητα ζωής*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα Ιατρικές, 2001.

Kearney N, Richardson A. *Νοσηλεύοντας ασθενείς με καρκίνο*. Αθήνα: εκδόσεις Ίων, 2011

Kneisl C R, Wilson H S, Trigoboff E. *Σύγχρονη Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Ίων, 2009.

Δοριάκη Α, Κόλλια Μ. (2010) *Προδιαθεσικοί παράγοντες και διαγνωστικές εξετάσεις σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του πνεύμονα*.  
[https://apothesis.lib.teicrete.gr/bitstream/handle/11713/1448/Doriaki\\_Kollia2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apothesis.lib.teicrete.gr/bitstream/handle/11713/1448/Doriaki_Kollia2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Κωνσταντινίδης Θ, Φιλαλήθης Α. *Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο: Η νοσηλευτική προσέγγιση*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31(4): 412-422.

Κυριαζή Ν. *Η κοινωνιολογική έρευνα*..Αθήνα: Πεδίο, 2011.

Λαβδανίτη Μ, Ζυγά Σ. *Νεότερα δεδομένα για το ρόλο του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2012, 4(1): 13-17.

Λόρδου Μ. Πρακτικά 9<sup>ου</sup> συνεδρίου , με θέμα «*Management of cancer and cancer services in the EU*», Κύπρος, 2007.

Μερκούρης Α. *Μεθοδολογία νοσηλευτικής έρευνας, Πρώτη έκδοση*, Αθήνα εκδόσεις Ιών, 2008.

Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α. *Ψυχική υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη: Σύγχρονες τάσεις*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, 2012.

Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 1995.

Προεδρικό Διάταγμα υπ' αριθ. 216, *Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας*. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος 1<sup>ο</sup>, 2001, Αρ. Φύλλου 167.

Ρηγάτος Γ. *Ψυχοκοινωνική Ογκολογία*. Αθήνα: εκδόσεις ASCENT, 2000.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (ΥΥΚΑ) (2008), Νέο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2008-2012 Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας. Αθήνα ΥΥΚΑ

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (ΥΥΚΑ) (2008), Νέο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, Γενική Διεύθυνση δημόσιας Υγιεινής, Τμήμα Επιδημιολογίας Νοσημάτων, Αθήνα : ΥΥΚΑ, 2008



# ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

## ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΤΙΤΛΟΣ:** “ Γνώσεις και αντιλήψεις των ογκολογικών και μη ογκολογικών νοσηλευτών σχετικά με τον καρκίνο. ”

Των φοιτητών/τριών: Βαρθολομαίος Δημήτρης, Βέργα Αναστασία, Μαυροθαλασσίτης Σταύρος

Το παρόν ανώνυμο ερωτηματολόγιο διερευνά την τις γνώσεις και τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού των κλινικών της μελέτης. Αποτελεί μεθοδολογικό εργαλείο σχετικής μελέτης που πραγματοποιούμε στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας. Η συμμετοχή σας απαιτεί τη διάθεση χρόνου 10 περίπου λεπτών για να απαντήσετε με ειλικρίνεια τις ερωτήσεις που ακολουθούν. Θα θέλαμε να τονίσουμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Όλα τα στοιχεία που θα σας ζητηθούν θα είναι εμπιστευτικά και θα είναι σε γνώση μόνο των ερευνητών και του επιστημονικού υπευθύνου από τη σχολή. Τα επεξεργασμένα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν συλλογικά και ανώνυμα. Εάν συμφωνείτε, παρακαλώ συμπληρώστε το παρακάτω ερωτηματολόγιο.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τον χρόνο που θα μας διαθέσετε.

---

Υπογραφή

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

#### **A. Δημογραφικά στοιχεία**

**1. Νοσοκομείο εργασίας:** α) ΠΑΓΝΗ  β) Βενιζέλειο  γ) Άγιος Παντελεήμων

**2. Τμήμα εργασίας:**

α)Ογκολογική  β)Αιματολογικό  γ)Οφθαλμολογική  δ)Μονάδα Εντατικής Θεραπείας  ε)Μονάδα Τεχνητού Νεφρού  στ)Γενική Παθολογική κλινική

**3. Φύλο:** α) Άνδρας  β) Γυναίκα

**4. Ηλικία:** .....

**5. Τόπος κατοικίας:** α) Ηράκλειο  β) Αθήνα  γ) Άλλο .....

**6. Εκπαιδευτική κατάρτιση:**

α) ΑΕΙ  β) ΑΤΕΙ  γ) Άλλο .....

**7. Οικογενειακή κατάσταση:**

α) Άγαμος/η  β) Έγγαμος/η  γ) Διαζευγμένος/η  δ) Χήρος/α

**8. Συνολικά χρόνια εμπειρίας εργασίας ως εργαζόμενος νοσηλευτής/τρια**  
.....

**9. Χρόνια εργασίας σε ογκολογικά τμήματα** .....

**B. Θέματα στάσεων/ αντιλήψεων/ Γνώσεων**

<b>B.1 Θέματα στάσεων</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>Δεν γνωρίζω /δεν απαντώ</b>
1.Το διαδίκτυο αποτελεί μια έγκυρη και ολοκληρωμένη πηγή ενημέρωσης σχετικά με τον καρκίνο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην πρόληψη του καρκίνου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Οι προληπτικές εξετάσεις για τον καρκίνο πρέπει να είναι υποχρεωτικές.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Οι προληπτικές εξετάσεις για τον καρκίνο πρέπει να είναι δωρεάν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή με καρκίνο επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ψυχολογική κατάσταση των συγγενών του.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Το περιβάλλον της ογκολογικής κλινικής επιβαρύνει αρνητικά την ψυχολογία του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με άλλες κλινικές.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου όταν υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις είναι χρήσιμο να νοσηλεύονται στο σπίτι τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ως νοσηλεύτης ακολουθείται πιστά το πρόγραμμα των προληπτικών διαγνωστικών εξετάσεων για τα ογκολογικά νοσήματα που ισχύει ανάλογα με την ηλικία σας και άλλους παράγοντες.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>B.2 Θέματα αντιλήψεων</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>Δεν γνωρίζω /δεν απαντώ</b>
9. Η πλήρης ενημέρωση του ασθενή μπορεί να του προκαλέσει άσκοπο άγχος ή να τον επιβαρύνει ψυχολογικά.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Οι νοσηλευτές των ογκολογικών τμημάτων καταπονούνται σωματικά περισσότερο από νοσηλευτές άλλων τμημάτων.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Οι νοσηλευτές των ογκολογικών τμημάτων καταπονούνται ψυχολογικά περισσότερο από νοσηλευτές άλλων τμημάτων.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Προτείνετε στους καρκινοπαθείς τη χρήση συμπληρωματικών ή εναλλακτικών θεραπειών (π.χ. βελονισμός, ομοιοπαθητική).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Θα συμμετείχατε εθελοντικά σε προγράμματα ενημέρωσης του τοπικού πληθυσμού σχετικά με την πρόληψη και την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Στην επαγγελματική σας καριέρα ο θάνατος ενός ασθενή επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη ψυχολογική σας κατάσταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Θα συμμετείχα στη διαδικασία υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ασθενών τελικού σταδίου, εάν υπήρχε το νομικό πλαίσιο και ήταν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

επιθυμία του ασθενή και των συγγενών του.			
16. Σε κάθε φάση της νόσου ο ασθενής θα πρέπει να έχει πλήρη ενημέρωση της κατάστασης της υγείας του.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Έχετε συμμετάσχει σε προγράμματα ενημέρωσης του τοπικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>B.3 Ερωτήσεις γνώσεων</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Δεν γνωρίζω /δεν απαντώ</b>
18. Το 80-90% των καρκίνων του πνεύμονα σχετίζονται με το κάπνισμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Όλοι οι όγκοι είναι κακοήγη νεοπλασμάτα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Η ταξινόμηση της τοξικότητας κάθε συμπτωμάτων μετά από χημειοθεραπεία βαθμολογείται από 1 έως 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Η εύρεση μεταστάσεων χωρίς την γνώση του πρωτοπαθούς όγκους είναι αδύνατη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Όλοι οι οργανισμοί αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο μετά την υποβολή τους σε χημειοθεραπεία.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ο καρκινικός δείκτης AFP είναι δείκτης καρκίνου του ήπατος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Όταν ένας ασθενής παρουσιάζει θρομβοπενία μετά από χημειοθεραπεία αντενδεικνύονται οι ενδομυϊκές ενέσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Η αποτελεσματικότερη μέθοδος επιβεβαίωσης διάγνωσης καρκίνου είναι η μαγνητική τομογραφία.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ένας ηλικιωμένος ασθενής έχει λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξει νεόπλασμα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Οι καλοήθεις όγκοι προκαλούν συχνά μεταστάσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Οι πολλαπλοί σεξουαλική σύντροφοι είναι παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του ενδομητρίου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Η σταδιοποίηση κατά TNM είναι ένα σύστημα ταξινόμησης του καρκίνου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή με καρκίνο από το	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

προσωπικό απαιτεί εξειδικευμένη εκπαίδευση.			
<b>31.</b> Οι ηλικιωμένοι ογκολογικοί ασθενείς απαιτούν λιγότερη ψυχολογική υποστήριξη από ότι οι ενήλικες.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>32.</b> Η ψυχολογική συμπαράσταση στον ετοιμοθάνατο είναι βασική νοσηλευτική πράξη.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>33.</b> Στην καθημερινή κλινική πρακτική παρατηρείτε πολλές περιπτώσεις ασθενών που ο πόνος τους δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>34.</b> Η χημειοθεραπεία αποτελεί την κύρια επιλογή στην θεραπεία του καρκίνου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>35.</b> Η χειρουργική θεραπεία αποτελεί κύρια αντιμετώπιση σε κάθε νεοπλασματική μορφή.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>36.</b> Ο καρκίνος είναι ανίατος και οδηγεί στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων σε θάνατο παρά τις διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>37.</b> Ο σημερινός τρόπος ζωής επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την αύξηση των περιστατικών καρκίνου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Γ. Ερωτήσεις στάσεων

<b>i.</b> Ένας πολυτραυματίας και μία ασθενής που εμφάνισε επιπλοκές μετά από την προκαθορισμένη χημειοθεραπεία, χρειάζονται να νοσηλευτούν στην ΜΕΘ. Σε ποιόν θα δίνετε προτεραιότητα και γιατί;
<b>ii.</b> Ποίες θα ήταν οι νοσηλευτικές σας ενέργειες σε ογκολογικό ασθενή προχωρημένου σταδίου όπου αρνείται να συνεχίσει την θεραπεία;
<b>iii.</b> Διαφέρουν οι προτεραιότητες στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη/ μεταστατική νόσο με βάση το γεγονός ότι ο ένας είναι ηλικιωμένος και ο άλλος ενήλικας;
<b>iv.</b> Σε ασθενή που πρέπει να λάβει 600mg από ένα φάρμακο που είναι σε amp με δόση 200mg/2ml πόσες amp θα χρησιμοποιήσετε;



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
7<sup>Η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
Ταχ. Δ/ση: 3<sup>ο</sup> χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,  
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης  
Πληροφορίες: Πατεράκη Μαριάνθη  
Τηλ: 2813 404411  
Fax: 2810 331570  
Email: [mpateraki@hc-crete.gr](mailto:mpateraki@hc-crete.gr),  
[dprogram@hc-crete.gr](mailto:dprogram@hc-crete.gr)

Ηράκλειο, 6 /03/18  
Αρ. Πρωτ.: 4471  
Φάκελος: ΕΡΕΥΝΑ

ΠΡΟΣ: κο Βαρθολομαίο Δ., Βέργα Α. και  
Μαυροθαλασσίτη Στ., σπουδαστές του  
Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής ΣΕΥΠ, του  
ΑΤΕΙ Κρήτης

ΚΟΙΝ:

1. Αναπλ. Διοικητή ΓΝΗ «Βενιζέλειο»
2. Πρόεδρο Ε. Σ. ΓΝΗ «Βενιζέλειο»
3. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας ΓΝΗ

**ΘΕΜΑ:** «Έγκριση έρευνας στο ΓΝΗ «Βενιζέλειο», στα πλαίσια πτυχιακής μελέτης»

**ΣΧΕΤΙΚΑ:** Η με υπ' αρ. 3/94/18/29-01-2017 απόφαση του Ε. Σ. του ΓΝΗ «Βενιζέλειο»

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη το ανώτερο σχετικό έγγραφο, εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στο ΓΝΗ «Βενιζέλειο» και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στο νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου, από τους κο Βαρθολομαίο Δημήτριο, κα Βέργα Αναστασία και κο Μαυροθαλασσίτη Σταύρο, στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας, με θέμα: «Γνώσεις και αντιλήψεις των ογκολογικών και μη ογκολογικών νοσηλευτών σχετικά με τον καρκίνο», υπό την επίβλεψη του Καθηγητή Εφαρμογών, κου Κωνσταντινίδη Θεοχάρη.

Η Έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση 7<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν.Η «Βενιζέλειο». Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7<sup>η</sup> ΥΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο [www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx](http://www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx). Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της τήρησης της ανωνυμίας, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου και της έγγραφης συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

ΠΑΧΟΥΛΑΚΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ



Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΕΛΕΝΗ Ε. ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗ

**Συνημμένα:** Φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας  
**Εσωτερική Διανομή:** Γραφείο Διοίκησης



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
7<sup>Η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/νση: 3<sup>ο</sup> χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,  
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης  
Πληροφορίες: Πατεράκη Μαριάνθη  
Τηλ: 2813 404411  
Fax: 2810 331570  
Email: [mpateraki@hc-crete.gr](mailto:mpateraki@hc-crete.gr),  
[dprogram@hc-crete.gr](mailto:dprogram@hc-crete.gr)

Ηράκλειο, 9 / 1 / 18  
Αρ. Πρωτ.: 449  
Φάκελος: ΕΡΕΥΝΑ

ΠΡΟΣ: κο Μαυροθαλασσίτη Στ., Βαρθολομαίου  
Δ. και Βέργα Αν., σπουδαστές του Τμήματος  
Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Κρήτης

ΚΟΙΝ:

1. Διοικητή ΠΑΓΝΗ
2. Επιστημονικό Συμβούλιο ΠΑΓΝΗ
3. Ιατρική Υπηρεσία ΠΑΓΝΗ

**ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης Πτυχιακής Εργασίας»**

**ΣΧΕΤΙΚΑ:** Η με υπ' αρ. πρτ. 15721/20-12-17 έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα κατατεθέντα σχετικά έγγραφα, **εγκρίνουμε** τη διεξαγωγή έρευνας στο ΠΑΓΝΗ και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στο Νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ Ενηλίκων, Νεφρολογικής, Γενικής Παθολογικής, Οφθαλμολογικής, Καρδιολογικής ΧΟΓΚ, ΠΟΓΚ και Αιματολογικής/ Ογκολογικής Παίδων κλινικής του Νοσοκομείου, από τους σπουδαστές του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Κρήτης, κο Μαυροθαλασσίτη Σταύρο, κο Βαρθολομαίο Δημήτριο και κα Βέργα Αναστασία, με θέμα: «**Γνώσεις και αντιλήψεις των ογκολογικών και μη ογκολογικών νοσηλευτών σχετικά με τον καρκίνο**», υπό την επίβλεψη του Καθηγητή κου Κωνσταντινίδη Θεοχάρη.

Η Έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα **προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση 7<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ**. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7<sup>η</sup> ΥΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο [www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx](http://www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx). Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της τήρησης της ανωνυμίας, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου και της συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα.



Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΕΛΕΝΗ Ε. ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗ

**Συνημμένα:** φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας  
**Εσωτερική Διανομή:** Γραφείο Διοίκησης