

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**Τμήμα Νοσηλευτικής Α.Τ.Ε.Ι**

**Πτυχιακή Εργασία**

**Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥ-  
ΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ  
ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

Υπεύθυνος Καθηγητής:

**ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΚΑΝΑΒΑΚΗΣ**

Ψυχίατρος

Καθηγητής ΤΕΙ Ηρακλείου

Σπουδαστές :

Χαμαλάκη Ιωάννα

Νικολαΐδη Αικατερίνη

Μαρουλάκη Νίκη

Ηράκλειο 2007

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή μελετήθηκε από τρεις τελειόφοιτους σπουδαστές του τμήματος Νοσηλευτικής Ηρακλείου.

Επιλέξαμε αυτό το θέμα γιατί είχαμε προσωπικές ευαισθησίες και εμπειρίες στην διάρκεια των εργαστηρίων μας στο Βενιζέλειο και στο Π.Α.Γ.Ν.Η.

Στόχος μας ήταν να δώσουμε μετά από μια θεωρητική προσέγγιση τι είναι στάση-συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, πως διακρίνεται και πως εξελίσσεται, θα αναφερθούμε στην ψυχολογία των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο και τα διάφορα στάδια που περνούν με την εξέλιξη της νόσου. Στην συνέχεια θα επιχειρήσουμε να αναλύσουμε την συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού οι οποίοι περνούν το μεγαλύτερο μέρος της ζωής στους χώρους όπου προσφέρεται νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη λαμβάνοντας υπόψη και την ιδιαιτερότητα του ογκολογικού ασθενή.

Το δεύτερο μέρος της εργασία μας αποτελείται από το ερευνητικό κομμάτι που περιλαμβάνει την ανάλυση πινάκων και τα συμπεράσματα που απορρέουν από την επεξεργασία αυτή.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>ΣΕΛΙΔΕΣ</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	8
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ</b>	
1.1 Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	11
1.2 Διασπορά και είδη καρκίνου.....	12
1.3 Μέτρηση ρυθμού ανάπτυξης.....	13
1.4 Προσδιορισμός σταδίου καρκίνου .....	13
1.5 Διάγνωση καρκίνου.....	14
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΤΑΣΕΙΣ</b>	
2.1 Ορισμός στάσεων.....	17
2.2 Προσδιοριστικά στοιχεία στάσεων.....	18
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ -ΦΟΒΟΙ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ</b>	
3.1 Ψυχολογία -Φόβοι των ασθενών με καρκίνο.....	22
3.2 Μοντέλα ψυχολογικών αποκρίσεων στην γνώση του επικείμενου θανάτου....	24
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΤΑΣΗ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ</b>	
4.1 Φροντίδα στο ψυχολογικό επίπεδο .....	28
4.2 Μηχανισμοί άμυνας του προσωπικού υγείας.....	30

4.3 Φροντίδα στο πνευματικό επίπεδο.....	35
4.4 Φροντίδα στο οργανικό επίπεδο.....	37
4.5 Ενημέρωση του ασθενή με καρκίνο.....	39
4.6 Τι συμβαίνει στην Ελλάδα;.....	54
4.7 Πρέπει να ενημερώνεται τελικά ο ασθενής με καρκίνο;.....	54
4.8 Βασικές αρχές της επικοινωνίας του προσωπικού με τους ασθενείς με καρκίνο.....	58
4.9 Φράγματα επικοινωνίας .....	66

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ**

5.1 Η σχέση των συγγενών με το προσωπικό.....	70
5.2 Άρνηση-συνομωσίες σιωπής.....	72
5.3 Πολλοί συγγενείς-διαφορετικές απόψεις.....	73
5.4 Θυμός και παράπονα.....	75
5.5 Φροντίδα για τους φροντιστές.....	75
5.6 Μετά από ένα θάνατο.....	76

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ Η BURN OUT**

### **ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

6.1 Τι είναι το burn out -διαστάσεις.....	79
6.2 Συμπτωματολογία του burn out.....	81
6.3 Αίτια.....	82

6.4 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο.....	83
6.5 Παρεμβάσεις σε διοικητικό επίπεδο.....	84

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΓΙΝΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ**

7.1 Ο ρόλος του παιδίατρου οικολόγου κατά το τελικό στάδιο της ζωής του παιδιού με καρκίνο.....	87
7.2 Η δύναμη των νοσηλευτών στη διεπιστημονική ομάδα αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου.....	87
7.3 Προβλήματα ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου.....	88
7.4 Ιπποκρατική παράδοση και σύγχρονη Ιατρική.....	88
7.5 Ατομικά χαρακτηριστικά και επαγγελματική εξάντληση των επαγγελματιών υγείας.....	89
7.6 Πρόληψη -Αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών.....	89
7.7 Η σχέση γιατρού -αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας.....	90
7.8 Επικοινωνία ιατρού -στενούς.....	90

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.**

### **ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΙ ΔΙΕΘΝΩΣ**

8.1 Οι συναισθηματικές αντιδράσεις των γιατρών στον πρόσφατο θάνατο ασθενή. Διατομική μελέτη των γιατρών του νοσοκομείου.....	93
8.2 Θα μπορούσε το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης να συμβάλει στο βάσανο; σε βάθος μελέτη από την προοπτική των ασθενών με καρκίνο κατά το τέλος.....	94

8.3 Αποφάσεις κοντά στο τέλος της ζωής: επαγγελματικές απόψεις σχετικά με τις θεραπείες που στηρίζουν την ζωή .....	95
8.4 Σχέση γιατρού-ασθενή στην Ογκολογική ακτινολογία.....	96
8.5 Ο καρκίνος του μαστού παράγοντας κινδύνου και οι γνώσεις των νοσηλευ- τριών.....	97
8.6 Πρόσβαση των ασθενών στα αρχεία: προσδοκίες των γιατρών νοσοκομείων και εμπειρία των ασθενών με καρκί- νο.....	98
8.7 Η καθοδηγούμενη από τους νοσηλευτές παρακολούθηση και η τυπική ιατρική παρακολούθηση στον χειρισμό των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα: δοκιμή με τυχαία επιλογή.....	99
8.8 «Όταν οι ασθενείς πάσχουν από καρκίνο, σταματούν να με επισκέπτονται»- ο ρόλος του παθολόγου στα πρώτα στάδια της παρακολούθησης των ασθενών με καρκίνο- μια ποιοτική μελέτη. ....	100
8.9 Συζητώντας τις κλινικές δοκιμές τυχαίας επιλογής για την θεραπεία του καρκίνου: η εκτιμήσει ενός βρετανικού εκπαιδευτικού προγράμματος έρευνας κα- τά του καρκίνου.....	102
8.10 Το burn out σύνδρομο μεταξύ του ιατρικού προσωπικού στο ίδρυμα για την Ογκολογία και την Ακτινολογία της Σερβίας.....	103

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.**

1.1	Μεθοδολογία - Σκοπός έρευνας.....	107
1.2	Υλικό - Μέθοδος.....	107

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.**

#### **ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ**

Γραφήματα γιατρών Π.Α.Γ.Ν.Η. και Βενιζελείου.....	110
Γραφήματα νοσηλευτών Π.Α.Γ.Ν.Η. και Βενιζελείου.....	132
Γραφήματα συνολικού προσωπικού Π.Α.Γ.Ν.Η. και Βενιζελείου.....	154

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.**

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	177
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	181
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	183
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....	187

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος σήμερα θεωρείται νόσος η οποία όταν διαγνωστεί έγκαιρα υπάρχουν σοβαρές ελπίδες θεραπείας. Το μήνυμα αυτό της επιστήμης είναι σαφές και ελπιδοφόρο αλλά όχι όμως αποδεκτό από το ευρύ κοινό.

Το άτομο που πάσχει από καρκίνο έχει μυαλό, αισθήματα είναι με προσωπικότητα και έχει αξίες, ελπίδες και όνειρα. Παρά το πρόβλημα της υγείας, συχνά ο άρρωστος επανακτά ένα «φυσιολογικό» ρυθμό ζωής και επανεντάσσεται στο κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον. Στα πλαίσια αυτής της νέας πραγματικότητας ο «α-ασθενής» δεν στερείται «σθένους» γιατί συμμετέχει ενεργά και ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, ακόμα και αν η ασθένεια από την οποία πάσχει απειλεί την ζωή του. Χάρη στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας οι αιτίες που οδηγούν στον θάνατο και οι συνθήκες στις οποίες πεθαίνει το άτομο έχουν διαφοροποιηθεί πολύ από τις αρχές του αιώνα (Nuland, 1994).

Σε ένα επάγγελμα που έρχεται σε καθημερινή επαφή με την στενοχώρια και τον πόνο όπως είναι οι εργαζόμενοι σε νοσοκομείο και ειδικότερα στο ογκολογικό τμήμα αναπτύσσεται στο προσωπικό είτε μια αμυντική στάση ή είτε μια ταύτιση με τον ασθενή. Οι αμυντικές στάσεις δημιουργούν στους επαγγελματίες υγείας ένα είδος θωράκισης που τους εμποδίζει να νιώσουν τα συναισθήματα του ασθενή. Αυτό μεταφράζεται σε μια σχέση απόμακρη ψυχρή άσηπτη και καθόλου ανθρωπιστική.

Από την άλλη όταν υπάρχει ταύτιση με τον ασθενή συγχέονται τα συναισθήματα μεταξύ του ασθενή και του προσωπικού και αναμιγνύονται οι φόβοι του ενός και γίνονται φόβοι του άλλου και αντίστροφα.

Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι εξαιρετικής σημασίας, όχι μόνο στην πρόληψη του καρκίνου αλλά και στην παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας, της οποίας ο στόχος αναφέρεται στην αντιμετώπιση της νόσου αλλά και στην περίθαλψη του ασθενή σε όλα τα επίπεδα.

Απαραίτητα και ζωτικής σημασίας είναι επίσης η θέση του προσωπικού στις πολύπλευρες προσπάθειες για την αντιμετώπιση του καρκίνου που αναφέρονται στην έρευνα, την πρόληψη την θεραπεία και την υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους.

Ο ρόλος του γιατρού η του νοσηλευτή που φροντίζουν τον ασθενή που πάσχει από καρκίνο δεν είναι μόνο ιατρικός η νοσηλευτικός. Περισσότερη από κάθε άλλη περίοδο της

ιατρονοσηλευτικής φροντίδας μπορούν με την παρουσία τους και μόνο να του προσφέρουν –καθώς και σε όλη την οικογένεια –την απαραίτητη συμπαράσταση και μια αίσθηση σιγουριάς και ασφάλειας ότι δεν έχουν απομείνει μόνοι σε αυτές τις στιγμές .

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

# 1. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ

Τα κακοήθη νεοπλάσματα προσβάλουν κάθε ηλικιακή ομάδα ωστόσο τα περισσότερα εμφανίζονται σε άτομα άνω των 65 ετών με μεγαλύτερη επίπτωση στους άνδρες από ότι στις γυναίκες, επίσης παρουσιάζονται με υψηλότερο ποσοστό στις εκβιομηχανισμένες χώρες από ότι στις αναπτυσσόμενες και μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, είναι η κύρια αιτία θανάτου. Για άγνωστες αιτίες ορισμένα κύτταρα του οργανισμού μεταβάλλονται δομικά και πολλαπλασιάζονται με ταχύ ρυθμό.

Πριν μερικές δεκαετίες, ο καρκίνος θεωρείτο ότι είναι μια χρόνια, αναπότρεπτη ασθένεια, που έρχεται ως φυσικό επακόλουθο της γήρανσης του οργανισμού. Η αντίληψη αυτή τροποποιήθηκε όταν δεδομένα επιδημιολογικών ερευνών επισήμαναν ότι το κάπνισμα σχετίζεται αιτιολογικά με τον καρκίνο του πνεύμονα και πως άλλοι προσδιορισμένοι παράγοντες συνδέονται με την έναρξη και προαγωγοί του καρκίνου.

Οι περισσότεροι από τους παράγοντες αυτούς ανήκουν στην κατηγορία των «παράγοντων κινδύνου», χαρακτηριστικά δηλαδή του ατόμου που αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου πάνω από το επίπεδο κινδύνου στο γενικό πληθυσμό. Το ποσοστό των περιπτώσεων καρκίνου το οποίο έχει αποδοθεί σε «περιβαλλοντικές αιτίες» διαφέρει μεταξύ των ερευνητών κυμαινόμενο από 70% έως 90%.

## 1.1. ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Πρόσφατα οι Doll και Peto παρουσίασαν τις εκτιμήσεις τους για τα ποσοστά θανάτων από καρκίνο στην Αμερική που μπορεί να αποδοθούν σε διάφορους παράγοντες.

Οι παράγοντες που περιέβαλαν είναι:

✧ **Η διατροφή (35%)** που θεωρείται ως πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για κακοήθειες νεοπλασίες του στομάχου του παχέως εντέρου του ενδομήτριου του μαστού.

✧ **Το κάπνισμα και οι καρκινογόνες ουσίες από το κάπνισμα (30%)** που σχετίζονται έντονα με τον καρκίνο του πνεύμονα, οισοφάγου, λάρυγγα αλλά και πιθανόν ουροδόχου κύστεως, παγκρέατος και νεφρού.

✧ **Οι ακτίνες X, μερικές ορμόνες και φάρμακα** όπως το DES, κάποια οιστρογόνα και ορισμένα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.

✧ **Υπερβολική έκθεση στις ηλιακές ακτίνες**, βιομηχανικά παράγωγα ή τοξικές ουσίες του περιβάλλοντος, ή παχυσαρκία.

✧ **Σεξουαλικές παράμετροι (7%)** η πολλαπλότητα των σεξουαλικών σχέσεων, η ηλικία της γυναίκας όταν έκανε για πρώτη φορά έρωτα και η ηλικία που έμεινε έγκυος για πρώτη φορά η πρόωπη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση σχετίζονται θετικά με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας η του μαστού.

✧ **Μερικοί σεξουαλικοί μεταδιδόμενοι ιοί**, είναι δυνατόν να προκαλέσουν καρκίνο όπως είναι ο ιός HPV των κονδυλωμάτων, το σάρκωμα KAPOSI που είναι απόλυτα εξακριβωμένο με το ιό HIV του AIDS..

## 1.2. ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο καρκίνος διασπείρεται με τρεις τρόπους.

**Απευθείας επέκταση.** Καθώς η καρκινική μάζα αναπτύσσεται εισβάλλει στα γειτονικά όργανα και ιστούς και τείνει να δημιουργεί ρίζες που αναπτύσσονται στρώματα των γύρω ιστών, όπως τα καρότα που αναπτύσσονται μέσα στη γη.

**Μέσω του αίματος (αιματογενής διασπορά).** Οι όγκοι διαθέτουν αιματική παροχή έτσι οι αρτηρίες προωθούν το αίμα στα κακοήθη κύτταρα και οι φλέβες το απαίνουν.

**Μέσω του λεμφικού συστήματος,** ο καρκίνος του μαστού συχνά εξαπλώνεται διαμέσου των λεμφαγγείων στους λεμφαδένες της μασχάλης. Αν τα καρκινικά κύτταρα δεν σταματήσουν εκεί, συνεχίζουν να ταξιδεύουν στους λεμφαδένες άλλων περιοχών του σώματος.

## 1.3. ΕΙΔΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Υπάρχουν τρεις τύποι κακοηθών όγκων που αναπτύσσονται σε **τρία** είδη ιστών.

***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.

***Σαρκώματα.*** 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. Στο ίδιο όργανο όπου μπορεί να αναπτυχθεί καρκίνωμα, είναι δυνατόν να αναπτυχθεί καρκίνωμα, είναι δυνατόν να αναπτυχθεί και σάρκωμα, εφόσον το όργανο περιέχει συνδετικό ιστό.

*Λεμφώματα και λευχαιμίες.* Αναπτύσσονται στους λεμφαδένες ή στα αιμοποιητικά κύτταρα του μυελού των οστών.

## **ΜΕΤΡΗΣΗ ΡΥΘΜΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ**

Καλό θα ήταν να υπήρχε ένας απλός τρόπος να τη μετρήσουμε, λόγω χάρη να μπορούσαμε να σκοπεύσουμε μ' ένα ραντάρ τον όγκο και να διαβάσουμε την ταχύτητα ανάπτυξης του. Η εμφάνιση του όγκου και η συμπεριφορά του μας δίνει πολλές και χρήσιμες πληροφορίες.

### **Καλώς διαφοροποιημένοι όγκοι**

Μικροσκοπικώς, μερικά καρκινικά κύτταρα δείχνουν να μοιάζουν πολύ με τα κύτταρα του φυσιολογικού ιστού από τον οποίο προέρχονται. Τα κύτταρα αυτά ονομάζονται καλώς διαφοροποιημένα και οι όγκοι καλώς διαφοροποιημένοι.

### **Αδιαφοροποίητοι όγκοι.**

Υπάρχουν όμως και όγκοι που μοιάζουν λίγο ή και καθόλου με τον φυσιολογικό ιστό από τον οποίο προέρχονται. Φαίνονται περισσότερο πρωτόγονοι ή ανώριμοι και μερικές φορές κάθε άλλο παρά δίνουν την εικόνα κάποιου ειδικού ιστού. Οι όγκοι αυτοί αποκαλούνται αδιαφοροποίητοι ή φτωχής διαφοροποίησης.

### **Όγκοι υψηλής και χαμηλής κακοήθειας.**

Υπάρχει τέλος ένα άλλο σύστημα κατάταξης που μερικές φορές αλληλοσυμπληρώνεται με το σύστημα το οποίο στηρίζεται στη διαφοροποίηση. Οι υψηλής κακοήθειας όγκοι είναι άωροι, φτωχά διαφοροποιημένοι, γρήγορα αναπτυσσόμενοι και επιθετικοί. Οι χαμηλής κακοήθειας όγκοι είναι συνήθως ώριμοι, καλά διαφοροποιημένοι αναπτύσσονται αργά και είναι λιγότερο επιθετικοί.

## **1.4. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Το σύστημα σταδιοποίησης, είναι ένας πρακτικός τρόπος για να καθοριστεί η έκταση, το μέγεθος, ο βαθμός ανάπτυξης του όγκου και η διασπορά του. Είναι ένας τρόπος προσδιορισμού της πρόγνωσης, επειδή οι πιθανότητες ίασης μειώνονται όσο οδεύουμε σε κατηγορίες πιο προχωρημένων ή εκτεταμένων σταδίων

### **Το σύστημα T.N.M.**

Το **T** δηλώνει το μέγεθος του όγκου, το **N** το βαθμό διασποράς του στους λεμφαδένες και το **M** την παρουσία μεταστάσεων.

**Το** δηλώνει ότι ο όγκος έχει αφαιρεθεί πλήρως με τη βιοψία, η οποία έγινε για να διαγνωσθεί η νόσος. T1 σημαίνει το μικρότερο μέγεθος όγκου, T2, T3, T4 σημαίνουν μεγαλύτερα μεγέθη όγκου με ανάπτυξη στους περίξ ιστούς.

**No** σημαίνει ότι οι γειτονικοί λεμφαδένες δεν έχουν προσβληθεί από καρκίνο. N1, N2 και N3 σημαίνουν αυξημένη προσβολή των επιχώριων λεμφαδένων.

**Mo** σημαίνει ότι δεν βρέθηκαν απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Σταδιοποίηση και θεραπεία. Η σημασία αυτής της ταξινόμησης συνιστάται στο ότι η θεραπεία εξαρτάται από το στάδιο της νόσου όπως έχει περιγραφεί σύμφωνα με το σύστημα **T.N.M.** Σε ορισμένα στάδια ο καρκίνος θεραπεύεται καλύτερα χειρουργικά, σε άλλα με ακτινοβολία και σε άλλα με χημειοθεραπεία. Επίσης γίνεται ολοένα και πιο σύνηθες να χρησιμοποιούνται μαζί δυο είδη θεραπείας και σε μερικές περιπτώσεις και τα τρία μαζί.

Από το 1991 το **T.N.M.** συνιστάται ως το καταλληλότερο σύστημα σταδιοποίησης για τις περισσότερες μορφές καρκίνου.

## 1.5. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

### Συμπτώματα

- Τα κακοήθη νεοπλάσματα πιέζουν τους γειτονικούς ιστούς και μερικές φορές προκαλούν πόνο.
- Αναπτύσσονται στα γειτονικά αιμοφόρα αγγεία και μπορεί να προκαλέσουν αιμορραγία.
- Ο όγκος γίνεται τόσο μεγάλος ώστε να καθίσταται εμφανής και ψηλαφητός.
- Ενδεχομένως μεταβάλλεται η φυσιολογική λειτουργία των οργάνων. Για παράδειγμα, η δυσκολία στην κατάποση (δυσφαγία) ίσως αποτελεί ένδειξη καρκινικής διήθησης του οισοφάγου (ο οισοφάγος αποτελεί τη δίοδο από το λαιμό στο στομάχι). Το βράχνιασμα ή η μεταβολή της φωνής μπορεί να σημαίνει καρκίνο του λάρυγγα ή των φωνητικών χορδών.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία, στον κατάλογο των Έξι Πρώτων Προειδοποιητικών Σημείων.

⇒ Αλλαγή στη συμπεριφορά του εντέρου ή της κύστης.

- ⇒ Δυσίατη φλεγμονή του φάρυγγα.
- ⇒ Ασυνήθεις αιμορραγία ή παθολογικό έκκριμα.
- ⇒ Σκλήρυνση ή διόγκωση στο μαστό ή σε άλλο σημείο.
- ⇒ Δυσπεπτικά ενοχλήματα ή δυσκολίες κατάποσης.
- ⇒ Εμφανής αλλαγή σε σπίλο ή σε κρεατοελιά



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20

## **2. ΣΤΑΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

### **2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ**

Κατά καιρούς έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί όσον αφορά την έννοια της στάσης, αλλά τη μεγαλύτερη επίδραση άσκησε αυτός του G.W. Allport. Σύμφωνα μ' αυτόν, με την έννοια στάση νοείται «η νοερή και νευρική κατάσταση ετοιμότητας, η οποία είναι οργανωμένη με βάση εμπειρίες, ώστε να κατευθύνει και να επηρεάζει δυναμικά τις αντιδράσεις του ατόμου προς αντικείμενα και συνθήκες με τις οποίες σχετίζεται». Επίσης, η σύγχρονη κοινωνική ψυχολογία καταλήγει στον εξής ορισμό της στάσης: «Με τη χρήση της έννοιας «στάση» προς κάποιο αντικείμενο, κάποια ιδέα ή κάποιο πρόσωπο εννοείται ένα διαρκές σύστημα το οποίο περιλαμβάνει ένα γνωστικό στοιχείο, ένα συναισθηματικό στοιχείο.

Οι στάσεις προέρχονται από την αλληλεπίδραση υποκειμενικών (ένστικτα, ιδιοσυγκρασία, υπερεγώ) και αντικειμενικών (εξωτερικές επιδράσεις) παραγόντων, οι οποίοι προετοιμάζουν το άτομο να εκδηλώσει συγκεκριμένη συμπεριφορά (λεκτική ή μη λεκτική), απέναντι σε κοινωνικά φαινόμενα, στις διάφορες συνθήκες, καταστάσεις κι αντικείμενα του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος του.

Οι στάσεις αντιπροσωπεύουν τον κεντρικό άξονα της αντίληψης των κοινωνικών φαινομένων από την πλευρά του ανθρώπου, επειδή, όπως η προσωπικότητα, κατευθύνουν τη συμπεριφορά του ατόμου στις συναλλαγές με Το συνάνθρωπο του, με την οικογένεια του, με το Χώρο της εργασίας και γενικά με όλους τους φορείς της κοινωνίας. Γνωρίζουμε ότι η ατομική ή ομαδική συμπεριφορά είναι το αποτέλεσμα των σχέσεων αλληλεπίδρασης μεταξύ υποκειμενικών και αντικειμενικών παραγόντων, δηλαδή μεταξύ των αυθόρμητων εκδηλώσεων της προσωπικότητας των ατόμων και των εξωτερικών επιδράσεων της κοινωνίας.

Έτσι, κάθε δραστηριότητα των ατόμων ή των ομάδων κινείται ανάμεσα σε δύο επίπεδα, το ατομικό και το κοινωνικό και δημιουργεί ένα πλέγμα από ενδιάμεσες ψυχολογικές τοποθετήσεις και διαθέσεις.

Αυτές οι ενδιάμεσες τοποθετήσεις και διαθέσεις εκφράζουν από τη μια την ανάγκη των ατόμων ή των ομάδων να αντιδράσουν σύμφωνα με τις ιδιαίτερες άλλη την ανάγκη να προδιαθέσει από την τους και εξισορροπήσουν αυτές τις προδιαθέσεις σύμφωνα με τα κοινωνικά δεδομένα και περιστάσεις.

Η έννοια της "στάσης" είναι η έννοια κλειδί που βοηθά το πέρασμα από το ατομικό στο κοινωνικό επίπεδο, προσδιορίζοντας αυτές τις ενδιάμεσες ψυχολογικές καταστάσεις.

Πολλοί κοινωνιολόγοι υποστηρίζουν ότι οι στάσεις συνδέονται με τις αξίες, γιατί βρίσκονται σε σχέση αλληλεξάρτησης. Γι' αυτούς επομένως, ορίζεται σαν τη στάση του ανθρώπου να αντιδρά θετικά ή αρνητικά σε μία δεδομένη κοινωνική αξία, που αποτελεί αντικείμενο της εμπειρίας του.

## 2.2. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ

Η "στάση" ως αποτέλεσμα των πολύπλοκων μηχανισμών της κοινωνικοποίησης, που προϋποθέτει διαρκείς επεξεργασίες δημιουργώντας έτσι λίγο ή πολύ μόνιμες προδιαθέσεις διακρίνεται από την έννοια της "συνήθειας" και "ενστίκτου", όπου η πρώτη χαρακτηρίζεται από ένα αυτοματισμό, ενώ η δεύτερη έννοια από μια επαναληπτική ομοιομορφία. Ακόμη οι ψυχολόγοι που ασχολήθηκαν με τη σχέση των στάσεων με τα άλλα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου διέκριναν τη "στάση" από την "τάση" και τα ιδιαίτερα γνωρίσματα του χαρακτήρα.

Η μεν **τάση** αποτελεί μια θεμελιώδη έμφυτη ιδιότητα του ατόμου, ενώ η **στάση** είναι ιδιότητα επίκτητη. Όσον αφορά δε τα ιδιαίτερα γνωρίσματα του χαρακτήρα εκδηλώνονται και υπάρχουν σταθερά, ανεξάρτητα από τα αντικείμενα στα οποία αναφέρονται, αντίθετα από τη "στάση" που εκδηλώνεται εξειδικεύτηκα, δηλαδή σε σχέση με συγκεκριμένες καταστάσεις και αντικείμενα.

Τάσεις και ιδιαίτερα γνωρίσματα του χαρακτήρα προσδιορίζουν βέβαια την προσωπικότητα και επομένως αποτελούν, μεταξύ άλλων, τους υποκειμενικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τη στάση του ατόμου σε κάθε περίπτωση,

Από την άποψη της εκδήλωσης της προσωπικότητας του ατόμου, η "στάση" μπορεί να εκφράζει μια θετική ή αρνητική τοποθέτηση απέναντι σ' ένα τρίτο, τοποθέτηση που συνδέεται γενικά με ένα συναίσθημα "συμπάθειας" ή "αντιπάθειας" και είναι βασικά μια ενδιάμεση ψυχολογική τοποθέτηση του ατόμου που παρέχει γεφύρωση στις ψυχολογικές διαθέσεις και στα σταθερά αντικείμενα του προσανατολισμού του. Αποτελεί επομένως πηγή ενός αριθμού συμπεριφορών και γνώμων, σε σχέση με αυτά τα αντικείμενα ή καταστάσεις του προσανατολισμού του. Η έννοια στάση θεωρείται από τους σύγχρονους κοινωνικούς ψυχολόγους *ότι έχει τρεις διαστάσεις:*

### **1) Γνωστική διάσταση:**

Η γνωστική διάσταση των στάσεων αναφέρεται στις γνωστικές λειτουργίες που χαρακτηρίζουν την ανθρώπινη νοημοσύνη. Η αντίληψη του ανθρώπου, οπτική, ακουστική κ.τ.λ. δεν περιορίζεται στην αντίληψη μεμονωμένων ερεθισμάτων, για παράδειγμα, στο άσπρο, μαύρο χρώμα ή στο τετράγωνο σχήμα. Αντιθέτως, οργανώνει τα ερεθίσματα, κατά τη θεωρία της μορφής σε σύνολο. Η κατηγοριοποίηση των ερεθισμάτων σαφώς διευκολύνει την αντίληψη του περιβάλλοντος επειδή η αντίληψη διαφορετικών ερεθισμάτων ως ενιαία απλοποιεί τις αντιδράσεις του οργανισμού.

### **2) Συναισθηματική διάσταση:**

Εκτός από το γνωστικό περιεχόμενο, το συναισθηματικό στοιχείο αποτελεί τη δεύτερη διάσταση των στάσεων. Η κάθε στάση ενδέχεται να διεγείρει θετικά, ουδέτερα ή αρνητικά συναισθήματα στο άτομο. Ωστόσο, υπάρχουν 'στάσεις που ενδέχεται να δημιουργήσουν αντικρουόμενα συναισθήματα.

### **3) Διάσταση της συμπεριφοράς:**

Η τρίτη διάσταση των στάσεων αφορά τη συμπεριφορά. Εάν κάποιος γιατρός έχει μια συγκεκριμένη στάση, για παράδειγμα μια ιδεολογικό φιλοσοφική" τοποθέτηση απέναντι στη ζωή και το θάνατο, τότε:

α) Η γνωστική διάσταση αποτελείται από τα χαρακτηριστικά που αποδίδει στην έννοια της ζωής και του θανάτου,

β) Η συναισθηματική διάσταση αποτελείται από τη θετική ή αρνητική φόρτιση που συνδέεται με τη γνωστική κατηγορία.

γ) Υπάρχει η επακόλουθη συμπεριφορά των ατόμων π.χ. αποφυγή ασθενή.

Συνοψίζοντας όλα όσα έχουν ειπωθεί για τις "στάσεις" μέχρι εδώ, θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα γενικά χαρακτηριστικά των στάσεων είναι:

α) Οι στάσεις δεν υπόκεινται σε άμεση παρατήρηση. Εκδηλώνονται μέσα από τη συμπεριφορά και τα διάφορα συμπτώματα της και μέσα από τη διατύπωση ή έκφραση γνώμης. Αυτό τον υποκρυπτόμενο παράγοντα, της "στάσης" τις αποκαλύπτουμε αφού αναλύσουμε μεγάλο αριθμό συμπεριφορών και γνώμών.

**β)** Είναι επίκτητες. Διαμορφώνονται από τη βρεφική ηλικία και καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου μέσα από τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης. Επομένως, υφίσταται εξωτερικές επιδράσεις.

**γ)** Σχεδόν πάντα συνδέονται με τις αξίες και τις πεποιθήσεις, γι' αυτό είναι φορτισμένες συναισθηματικά και εκδηλώνονται με εμμονή. Για κάθε ζήτημα ή κατάσταση υπάρχει μια στάση υπέρ ή κατά χωρίς πάντα λογική δικαιολόγηση.

**δ)** Η "στάση" αποτελεί γεφύρωμα μεταξύ των - περισσότερο ή λιγότερο μόνιμων ψυχολογικό διαθέσεων του ατόμου ή της ομάδας και των εκάστοτε αντικειμένων του προσανατολισμού του.

Επομένως, διαμορφώνονται καθ' όλη τη διάρκεια της κοινωνικοποίησης και έχουν διαφορετικό περιεχόμενο, ανάλογα με την επίδραση που ασκούν στο άτομο

- Διάφορα γεγονότα που αφορούν την ατομική ψυχολογική του οργάνωση.

- Διάφορα γεγονότα που συντελούν στη διατήρηση ή μεταβολή των στάσεων.

- Εμπειρικά γεγονότα, που προσδιορίζουν το περιεχόμενο της παρατηρούμενης συμπεριφοράς από τη μελέτη της οποίας συμπεραίνουμε τις "στάσεις". Μέσα μάλιστα από τα εμπειρικά αυτά γεγονότα διαμορφώνονται ως μόνιμες λίγο πολύ διαθέσεις του ατόμου.

**ε)** Είναι σχετικά σταθερές

δηλαδή αλλάζουν με αργό ρυθμό χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορούν να μεταβληθούν επομένως όταν μιλάμε για δυναμική των στάσεων εννοούμε αυτή την δυνατότητα μεταβολής ή αλλαγής τους.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 30

### 3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ-ΦΟΒΟΙ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

#### 3.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ -ΦΟΒΟΙ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Στον ασθενή με καρκίνο το άγχος και οι φόβοι του σε σχέση με το θάνατο αυξάνονται (Pattison, 1977· Rando, 1984). Το αδιαφοροποίητο και διάχυτο συναίσθημα άγχους συχνά κρύβει ένα σύνολο συγκεκριμένων φόβων που συνδέονται με το θάνατο και διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Το προσωπικό υγείας μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να εντοπίσει, να εκφράσει, να επεξεργαστεί και να αποδεχθεί τους φόβους του, ώστε να μπορέσει να τους ελέγξει αποτελεσματικότερα. Πολλοί επιστήμονες έχουν επιδιώξει να ταξινομήσουν αυτούς τους φόβους. Μεταξύ αυτών, οι Leming και Dickinson (1985) διακρίνουν δύο κατηγορίες φόβων: στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται οι φόβοι που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την **περίοδο που οδηγεί στο θάνατο (process of dying)**, ενώ στη δεύτερη κατηγορία οι φόβοι αφορούν κυρίως **το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού (state of being dead)**.

Ο **φόβος της ταπείνωσης και της απώλειας της αξιοπρέπειας** χαρακτηρίζουν το άτομο που ανησυχεί μήπως παραμορφωθεί ή μήπως υποστεί πρόσθετες αναπηρίες που θα επηρεάσουν τη λειτουργικότητά του και κυρίως την εικόνα που έχει για τον εαυτό του, την αυτοέκτιμηση και τον αυτοσεβασμό του.

Ο **φόβος της εξάρτησης** είναι ιδιαίτερα έντονος για το άτομο που έχει μάθει να είναι αυτόνομο και αυτόρκες στη ζωή του. Αντιμέτωπο με την απώλεια αυτοελέγχου και τον περιορισμό των ικανοτήτων και δραστηριοτήτων του, το άτομο φοβάται να μην εξαρτηθεί και γίνει «βάρος» στους άλλους.

Ο **φόβος του πόνου**, της δύσπνοιας ή της οποιασδήποτε άλλης οργανικής δυσφορίας αυξάνεται όταν ο ασθενής πιστεύει ότι δεν υπάρχουν τα μέσα ή τα χρονικά περιθώρια που θα του επιτρέψουν να ανακουφιστεί.

Ο **φόβος της απόρριψης, της εγκατάλειψης και της μοναξιάς** είναι ιδιαίτερα συχνός όταν το προσωπικό υγείας αποσύρεται, γιατί νιώθει ότι δεν έχει πλέον «τίποτα» να προσφέρει στον ασθενή και οι συγγενείς απομακρύνονται ή τον «ξεγράφουν» πρόωρα, επειδή υποφέρουν όταν βλέπουν τον αγαπημένο τους να πεθαίνει.

Ο **φόβος του αποχωρισμού** εκφράζεται συχνά μέσα από τον έντονο προβληματισμό του ατόμου σχετικά με το τι θα απογίνουν οι συγγενείς του, πώς θα τα βγάλουν πέρα, ιδιαίτε-

ρα μάλιστα εάν ο ασθενής αποτελούσε σημαντικό συναισθηματικό και οικονομικό στήριγμα για τα μέλη της οικογένειας ή συνέβαλλε στην συνοχή της.

**Ο φόβος για τη μετά θάνατο ζωή ή άλλη κατάσταση.** Μπροστά στο «άγνωστο» που είναι ο θάνατος, κάθε άνθρωπος δίνει τη δική του ερμηνεία. Έτσι μερικοί ασθενείς φοβούνται την «θεία δίκη» που τους περιμένει στην μετέπειτα ζωή, άλλοι μπορεί να φοβούνται πνεύματα ή μεταφυσικές δυνάμεις και ορισμένοι να πανικοβάλλονται στην σκέψη ότι μετά τον θάνατο δεν υπάρχει τίποτα.

**Ο φόβος μπροστά στην οριστικότητα του θανάτου** συνοδεύεται από υπαρξιακά ερωτήματα και ανησυχίες: «Τι θα απογίνουν όλα τα ανεκπλήρωτα όνειρα και οι στόχοι που έχω βάλει στην ζωή μου;», «Υπάρχει ζωή μετά θάνατο;», «Όλα τα αγαπημένα μου πρόσωπα δεν θα τα ξαναδώ ποτέ;»

**Ο φόβος για την τύχη του σώματος,** η ταφή και η αποσύνθεσή του, η εικόνα του φέρετρου κάτω από το χώμα, είναι ζητήματα που προκαλούν έντονο φόβο σε μερικά άτομα.

Χωρίς αμφιβολία, η ταξινόμηση αυτή δεν εξαντλεί όλους τους φόβους που μπορεί να βιώσει ένα άτομο σε σχέση με το θάνατο. Κάθε ασθενής βιώνει έναν ή περισσότερους φόβους, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, στις διάφορες φάσεις της αρρώστιας του. Συνήθως οι προβληματισμοί και οι ανησυχίες του επικεντρώνονται περισσότερο στο «πώς» θα πεθάνει, γεγονός που επιτρέπει στο ευαισθητοποιημένο προσωπικό υγείας να συμβάλει στην απομυθοποίηση ή μείωση των φόβων που συνδέονται με την πορεία του αρρώστου προς το θάνατο.

Η ψυχολογική φροντίδα που παρέχει στον άρρωστο το προσωπικό είναι επίσης σημαντικό να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες του για **ασφάλεια, αυτονομία και αυτοέλεγχο**, μέσα στις οποίες μπορεί να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του και αξιοπρέπεια εν όψει του επικείμενου θανάτου.

Η **αίσθηση ασφάλειας** καλλιεργείται όταν το προσωπικό υγείας βρίσκεται στη διάθεση του αρρώστου όχι μόνο με τη φυσική του παρουσία, αλλά και με το ουσιαστικό ενδιαφέρον και την εξατομικευμένη φροντίδα που παρέχει τόσο στον ίδιο, όσο και στο άμεσο περιβάλλον του.

Η **καλλιέργεια της αυτονομίας** και του **αυτοελέγχου** επιτυγχάνεται με πολλαπλούς τρόπους μεταξύ των οποίων είναι: (α) η ενημέρωση του αρρώστου που επιθυμεί να γνωρίζει την κατάσταση και εξέλιξη της υγείας του και την αγωγή που του παρέχεται, (β) η προετοιμασία του για ενδεχόμενες σωματικές αλλαγές ή άλλες ιατρονοσηλευτικές διαδικασίες



που πρόκειται να υποστεί, (γ) η προώθηση της αυτοφροντίδας -στο μέτρο που είναι εφικτό- (π.χ. διατροφή, καθαριότητα, υγεία κ.λ.π.) και της ενασχόλησης του αρρώστου με πράγματα που τον ενδιαφέρουν και (δ) η δυνατότητά του να αποφασίζει για θέματα που αφορούν την υγεία του και τη φροντίδα που δέχεται, αλλά και τις συνθήκες μέσα στις οποίες επιθυμεί να ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του.

### **3.2. ΜΟΝΤΕΛΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΠΟΚΡΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ**

Η Kübler - Ross μελέτησε τις ψυχικές αντιδράσεις πολλών βαριά πασχόντων και πήρε συνέντευξη από 200 και πλέον ασθενείς που γνώριζαν ότι θα πεθάνουν από την ασθένειά τους και οι οποίοι στη μέγιστη πλειονότητά τους ήταν καρκινοπαθείς. Κατά την Kübler - Ross κάθε άρρωστος που πάσχει από βαριά αρρώστια, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου διέρχεται από 5 στάδια από την στιγμή που συνειδητοποιεί ότι είναι άρρωστος μέχρι τον θάνατό του.

Το πρώτο στάδιο είναι της **άρνησης και της απομόνωσης**. Η πρώτη αντίδραση των περισσότερων ασθενών της έρευνας, όταν πληροφορήθηκαν για την ασθένειά τους ήταν «**όχι, όχι σε μένα. Δεν είναι δυνατόν να είναι αλήθεια**». Ο ασθενής ενδέχεται να αμφισβητήσει την ορθότητα της διάγνωσης να απευθυνθεί σε διάφορους ιατρούς με την ελπίδα να διαψεύσει την «μοιραία διάγνωση». Σε καμία περίπτωση το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αποτραβήξει τον ασθενή από το στάδιο της άρνησης αντίθετα θα πρέπει να αφουγκραστεί την συμβολική γλώσσα που χρησιμοποιεί.

Το δεύτερο στάδιο είναι **του θυμού** που μπορεί να περιγραφεί καλύτερα με την φράση των αρρώστων «**γιατί εγώ;**» ο θυμός στρέφεται προς άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος ή προς τους υγιείς γενικά ή προς τους γιατρούς ή ακόμη και προς τον Θεό. Το προσωπικό και η οικογένεια του ασθενή δυσκολεύονται να τον αντιμετωπίσουν και η ενσυναίσθηση και όχι η εχθρική στάση θα δημιουργήσει το αναγκαίο πλαίσιο υποδοχής επιτρέποντας στον ασθενή να απελευθερωθεί από την οργή που τον βαραίνει. Το προσωπικό υγείας αν επιθυμεί να βοηθήσει αποτελεσματικά θα πρέπει ήδη να έχει αντιμετωπίσει τους δικούς του φόβους σχετικά με τον θάνατο ώστε να ελέγχει τους δικούς του αντίστοιχους μηχανισμούς άμυνας σε σχέση με τον ασθενή.

Το τρίτο στάδιο είναι **της συνδιαλλαγής**. Ο άρρωστος ημερεύει, παρακαλεί και μοιάζει να ζητά αναβολή του μοιραίου και για αντάλλαγμα προσφέρει την καλή του συμπεριφορά. Μπορεί να παρομοιαστεί με το μικρό παιδί που ζητάει μια χάρη και οι γονείς του την

αρνούνται. Στην αρχή θυμώνει και κλαίει και όταν διαπιστώσει ότι οι γονείς του δεν υποκύπτουν σε αυτή την συμπεριφορά, γίνεται μειλίχιο και παρακαλεί. Οι περισσότερες διαπραγματεύσεις γίνονται με τον Θεό χωρίς να αποκλείεται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, είναι μυστικές και εμπεριέχουν την σιωπηλή δέσμευση ότι ο ασθενής δεν θα ζητήσει άλλη αναβολή.

Το τέταρτο στάδιο είναι **της κατάθλιψης**. Η άρνηση, η οργή και οι διαπραγματευτικές πράξεις αντικαθίστανται κάποια στιγμή από το συναίσθημα μιας μεγάλης απώλειας το οποίο εκδηλώνεται ποικιλοτρόπως: απώλεια από την εργασία, οικονομικές δυσκολίες, απώλεια γυναικείας ταυτότητας, τυπικό παράδειγμα κατάθλιψης είναι της γυναίκας που υποβάλλεται σε μαστεκτομή ή υστερεκτομή.

Ο ασθενής παρουσιάζει κλινικές ενδείξεις **κατάθλιψης**(απόσυρσης, διαταραχές ύπνου απελπισίας και πιθανόν τάσεις αυτοκτονίας). Κατά την Kübler - Ross υπάρχουν δυο είδη ή τύποι κατάθλιψης αυτών των ασθενών. Το πρώτο είναι η **αντιδραστική κατάθλιψη**. Αντιλαμβάνεται ότι δεν είναι πλέον πλήρης και πέφτει σε κατάθλιψη. Ενώ βρίσκεται σε κατάθλιψη, η ασθενής συνήθως έχει έντονη ανάγκη να συζητεί.

Το δεύτερο είδος της κατάθλιψης είναι η **προπαρασκευαστική κατάθλιψη**. Ο ασθενής προπαρασκευάζεται για το τελικό στάδιο. Η κατάθλιψη του δεν είναι αποτέλεσμα περασμένων απωλειών ή αποτυχιών αλλά συνέπεια της επικείμενης απώλειας των πάντων. Στην περίπτωση αυτή η ενθάρρυνση και η επιβεβαίωση ότι θα διευθετηθούν οι οποίες εκκρεμότητες που δημιουργούν ανησυχία δεν έχουν κανένα νόημα. Στην προπαρασκευαστική κατάθλιψη ο ασθενής χρειάζεται περισσότερο την σιωπηλή συντροφιά και την σωματική επαφή παρά την λεκτική επικοινωνία η οποία αποκτά δευτερεύουσα σημασία.

Τέλος το πέμπτο στάδιο είναι **της αποδοχής**. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται το επικείμενο τέλος και βαθμιαία περιορίζει και τα ενδιαφέροντα του στο ελάχιστο δυνατόν. Οι επισκέψεις τον ενοχλούν και θέλει να μένει μόνος του ενώ η επικοινωνία του με το περιβάλλον συνηθέστερα γίνεται με νοήματα και σπάνια με την ομιλία.

Πρέπει να σημειωθεί ότι κατά την Kübler – Ross η χρονική διάρκεια κάθε σταδίου δεν είναι η ίδια για όλους τους ασθενείς, όπως επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι τα διάφορα στάδια δεν είναι στεγανά μεταξύ τους και παρατήρησε ότι οι ασθενείς κινούνται παλινδρομώντας αναλυτικά. Τα άτομα που πεθαίνουν βιώνουν ένα μεγάλο φάσμα συναισθημάτων τα οποία εμφανίζονται και εξαφανίζονται και για αυτό απορρίφθηκε η ιδέα ότι πολλοί άνθρωποι φτάνουν στο στάδιο της αποδοχής.

Η αντίδραση του ατόμου απέναντι στο θάνατο του είναι παρόμοια με την γενικότερη βίωση μιας απώλειας. Αρκετοί ερευνητές συσχέτισαν την αντίδραση του ετοιμοθάνατου στην κατάσταση του, με την αντίδραση σε παρελθούσες εμπειρίες. Βασιζόμενοι σε σχετική εμπειρία του ατόμου σχετική με το στρες θα μπορούσαμε να περιμένουμε μια ολόκληρη κλίμακα συναισθηματικών αντιδράσεων και στρατηγικών αντιμετώπισης από τον ασθενή που είναι στο τελικό στάδιο.

Μερικοί θα αγωνιστούν να επιζήσουν, άλλοι θα προσπαθήσουν να μάθουν όσα περισσότερα μπορούν για την ασθένεια τους προκειμένου να διατηρήσουν κάποιο έλεγχο επί της κατάστασης τους, μερικοί θα είναι παθητικοί και συμβιβαστικοί, άλλοι θα προσπαθήσουν να μείνουν ανεξάρτητοι άλλοι θα παραμείνουν στο κρεβάτι τους, θα εγκαταλείψουν κάθε προσπάθεια και θα νιώσουν καταθλίψει, ενώ άλλοι θα επιτύχουν θετικότερη αποδοχή της κατάστασης τους.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 40**

## **4. ΣΤΑΣΗ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

### **4.1. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ**

Ένας παράγοντας που θα μπορούσε να σταθεί εμπόδιο στην εγκατάσταση της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή είναι η παραμέληση της ανακούφισης του ψυχικού πόνου του ασθενούς. Η παράξενη μυθολογία που συνοδεύει τον καρκίνο υπάρχει εν μέρει και για τις ψυχολογικές και ψυχιατρικές του συνέπειες. Θα ήταν παράλογο αν περιμέναμε να μην αναστατωθεί ο ασθενής που αντιλαμβάνεται ή πληροφορείται ότι έχει καρκίνο. Είτε φοβάται υπερβολικά, είτε έχει άγχος και αϋπνία είτε κλαίει, όλα αυτά αποτελούν εκφράσεις της ψυχολογικής κρίσης με την αλλαγή της κατάστασης υγείας του και είναι ένας τρόπος άμυνας. Η σχέση εμπιστοσύνης με το προσωπικό που θα του δώσει διευκρινιστική υποστήριξη, αλλά και υποστήριξη μέσω πληροφόρησης για το τι μπορεί να κάνει για την υγεία του, καθώς και ενθάρρυνση να ζητήσει υποστήριξη από όλο το κοινωνικό του δίκτυο αποτελεί το συστατικό κλειδί για την επιτυχή λύση αυτής της κρίσης και την ευπροσαρμογή.

Με την εμφάνιση καταθλιπτικού συναισθήματος είτε στα πλαίσια μιας αντιδραστικής κατάθλιψης είτε στα πλαίσια μιας μείζονος κατάθλιψης είναι αναγκαία η παραπομπή για ψυχιατρική εκτίμηση που μπορεί να αποτελέσει μια δεύτερη επιπρόσθετη υποστηρικτική σχέση για τον ασθενή, μπορεί όμως να αρχίσει να αντιμετωπίζεται από τον θεράποντα, αφού τα αντικαταθλιπτικά νέας γενιάς αποτελούν σίγουρα και ασφαλή φάρμακα.

Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζει το άτομο που πάσχει από καρκίνο είναι πρωταρχικά υποστηρικτικός· συνοδεύει τον ασθενή στην πορεία του και συχνά, με την παρουσία και τη διαθεσιμότητά του, μπορεί να παρέχει τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του την απαραίτητη ασφάλεια που χρειάζεται σ' αυτές τις δύσκολες στιγμές. Δυστυχώς, μερικές φορές, επικρατεί η λανθασμένη πεποίθηση ότι ο ρόλος του προσωπικού υγείας συνίσταται στο να προστατεύσει τον άρρωστο από τη συνειδητοποίηση του επικείμενου θανάτου του.

Άλλοτε πάλι, ενισχύεται η πεποίθηση ότι ρόλος του είναι να οδηγήσει τον άρρωστο σε αποδοχή και συμφιλίωση με την πραγματικότητα ή να τον «βοηθήσει να πεθάνει». Στην ουσία, όμως, το σημαντικότερο που μπορεί να προσφέρει το προσωπικό υγείας είναι «να βοηθήσει τον ασθενή να ζήσει μέχρι να πεθάνει», εξασφαλίζοντας το απαραίτητο κλίμα αξιοπρέπειας και την ποιότητα στις συνθήκες διαβίωσή του (Kübler-Ross, 1969). Κανείς

δεν μπορεί να πείσει τον ασθενή να αποδεχθεί τον θάνατο του όταν τον αρνείται, ούτε να τον αρνηθεί όταν συνειδητοποιεί και επιθυμεί να συζητήσει τα συναισθήματα του και τις ανησυχίες του σχετικά με τον επικείμενο θάνατο.

Το προσωπικό υγείας παρέχει ουσιαστική στήριξη όταν αποδέχεται τόσο την οργανική και ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής σε μια δεδομένη στιγμή όσο και το θάνατο γενικότερα. Την αποδοχή του την εκφράζει όταν προσφέρεται να συνοδεύσει τον ασθενή στην πορεία του αφήνοντας τον ίδιο τον ασθενή να καθοδηγήσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Με τη διακριτική του παρουσία, οι επαγγελματίες υγείας εκπέμπουν το μήνυμα ότι δεν τον εγκαταλείπουν, ακόμα και όταν δεν διαθέτουν τα μέσα για να τον θεραπεύσουν. Μερικές φορές ένα χέδι, η σιωπηλή συντροφιά, μια ματιά, ένας φιλικός λόγος αρκούν για να στηρίξουν το άτομο που έχει καρκίνο. Σύμφωνα με κλινικούς επιστήμονες όταν το προσωπικό αποδέχεται ότι ο ασθενής πρόκειται να πεθάνει, έμμεσα μεταφέρεται και σε αυτόν το μήνυμα ότι «μπορεί...είναι φυσικό πια να πεθάνει».

Η αποδοχή της πραγματικότητας ότι ο άρρωστος πεθαίνει προϋποθέτει αυτογνωσία και προσωπική επεξεργασία των συναισθημάτων και αντιλήψεων που έχει ο επαγγελματίας της υγείας γύρω από το θάνατο καθώς και των στόχων που θέτει στα πλαίσια της φροντίδας που παρέχει στο τελικό στάδιο της ζωής του ασθενή. Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί μια νέα προσέγγιση γνωστή ως hospice approach της οποίας βασικό χαρακτηριστικό είναι η επικύρωση της ζωής και όχι του θανάτου.

Αναγνωρίζει τις ιδιαιτέρες ανάγκες του ατόμου που πεθαίνει και προωθεί εκείνες τις συνθήκες που θα του εξασφαλίσουν στο μέγιστο βαθμό, άνεση, αξιοπρέπεια και ποιότητα ζωής. Η φροντίδα του ασθενή που πάσχει από καρκίνο προϋποθέτει την διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα σε ειδικούς που διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις αλλά και «ανθρωπιά». Όταν στόχος της κάθε παρέμβασης δεν είναι πλέον η «θεραπεία» του αρρώστου, αλλά η επιδίωξη ανακούφισης και μέγιστης δυνατής άνεσης, τότε το προσωπικό υγείας ανταποκρίνεται στις ιδιαιτέρες ανάγκες του καρκινοπαθή που εκδηλώνονται σε πολλά επίπεδα..

Δυστυχώς όμως, στα πλαίσια του επικρατούντος βιοϊατρικού μοντέλου υγείας, ο θάνατος απωθείται και συχνά ιατρικοποιείται, καθώς το προσωπικό υγείας επιδιώκει μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του ατόμου να παρέμβει για να το «σώσει». Όταν μάλιστα δένεται με τον άρρωστο συναισθηματικά και με αφορμή την επιδείνωση της υγείας του ή το θάνατό του, μπορεί να αισθανθεί την ανάγκη να κλάψει, να νιώσει θλίψη, δυσκολεύεται

να αυτοσυγκεντρωθεί, βιώνει θυμό, ενοχές, άγχος, γενική κούραση ή αδυναμία να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της δουλειάς του, έχει πονοκεφάλους, αϋπνίες κ.λ.π.

Παρ' όλα αυτά, ένα σημαντικό σημείο που διαφοροποιεί το θρήνο του προσωπικού υγείας από εκείνον των συγγενών είναι ότι ο θρήνος του προσωπικού δεν παραγνωρίζεται μονάχα από την κοινωνία, αλλά και από τον ίδιο τον εργαζόμενο. Και αυτό συμβαίνει γιατί λανθασμένα πιστεύει ή έχει διδαχθεί ότι «Δεν Πρέπει» να έχει προσωπικές ανάγκες, αντιδράσεις και συναισθήματα, όταν φροντίζει τον άρρωστο. Αντίθετα, πρέπει να είναι «δυνατός», να αντέχει στον πόνο, στην αρρώστια και να διατηρεί τις αποστάσεις του ώστε να μην επηρεάζεται από τις καταστάσεις αυτές αλλά ακόμα και αν επηρεαστεί επιβάλλεται να ελέγχει τα συναισθήματα του για να μην εκτεθεί στα μάτια των συναδέλφων του.

Όλες αυτές οι παράλογες προσδοκίες δυσχεραίνουν την αναγνώριση και την αποδοχή του θρήνου που βιώνουν οι επαγγελματίες της υγείας, καθώς στερούνται της υποστήριξης που συχνά έχουν ανάγκη όταν έρχονται αντιμέτωποι με τη σοβαρή αρρώστια, τον πόνο και το θάνατο αρρώστων. Όταν λοιπόν ο εργαζόμενος σε μια ογκολογική κλινική απροετοίμαστος καθώς είναι να συμπαρασταθεί στον ασθενή και την οικογένεια του σε αυτές τις δύσκολες στιγμές τότε νιώθει αδύναμος και ανήμπορος και κατά συνέπεια τους αποφεύγει, ενώ παράλληλα αισθάνεται άσχημα για αυτήν του την συμπεριφορά.

#### **4.2. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΥΓΕΙΑΣ**

Στην προσπάθειά του να ελέγξει και να μειώσει το άγχος που δημιουργεί ο θάνατος, κάθε μέλος του προσωπικού υγείας ενεργοποιεί ασυνείδητα ορισμένους φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας και συμπεριφορές. Το φάσμα των αμυντικών μηχανισμών ποικίλλει αναλόγως με το άτομο. Όταν ορισμένοι μηχανισμοί άμυνας χρησιμοποιούνται συνεχώς και χωρίς διάκριση, μετατρέπονται σε ανασταλτικούς παράγοντες που έχουν σοβαρές συνέπειες στην επικοινωνία και στην παροχή ποιοτικής φροντίδας στον άρρωστο. Ενδεικτικά παρακάτω αναφέρονται μερικοί από τους μηχανισμούς αυτούς.

**Ο μηχανισμός της άρνησης** συνίσταται στην αδυναμία του ατόμου να αναγνωρίσει την πραγματικότητα μιας τραυματικής κατάστασης. Μέσα από την άρνηση μειώνει το άγχος του και αποφεύγει την κατάθλιψη. Για παράδειγμα, αργοπορεί να ανταποκριθεί στο κάλεσμα του αρρώστου, γιατί δεν αξιολογεί ως «κρίσιμη» την κατάστασή του, ασχολείται

με τις τεχνικές λεπτομέρειες που αφορούν την φροντίδα του ή με πρωτόκολλα θεραπείας που αποβλέπουν στον έλεγχο της ασθένειας ή τη θεραπεία.

**Ο μηχανισμός της εκλογίκευσης** επιτρέπει στο προσωπικό υγείας να αναλύει «λογικά» την παρούσα κατάσταση, απωθώντας έτσι τα οδυνηρά συναισθήματά του. Για παράδειγμα, ο γιατρός αποφεύγει να επισκεφτεί τον άρρωστο προβάλλοντας λογικά επιχειρήματα: «Έτσι και αλλιώς δεν καταλαβαίνει», «Δεν μπορώ να του προσφέρω τίποτε άλλο», «Δεν έχει νόημα, σύντομα θα πεθάνει» κ.λ.π.

**Ο μηχανισμός της προβολής** αφορά την απόδοση προσωπικών οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων ή προθέσεων σε άλλα άτομα, αντικείμενα ή καταστάσεις. Για παράδειγμα, ο νοσηλευτής που νιώθει αδύναμος και αμήχανος μπροστά στον άρρωστο, χωρίς να ξέρει τι να πει ή πώς να συμπεριφερθεί, προβάλλει τα αισθήματά του στον άρρωστο, αντί να τα αναγνωρίσει ως δικά του. Έτσι τον αποφεύγει, ισχυριζόμενος ότι ο ασθενής δεν επιθυμεί να του μιλούν, να τον ενοχλούν ή να τον επισκέπτονται.

**Ο μηχανισμός της μετάθεσης** επιτρέπει στον εργαζόμενο να μεταβιβάσει τα συναισθήματα που του προκαλεί ένα συγκεκριμένο γεγονός ή κατάσταση σε κάποιο άλλο πρόσωπο, αντικείμενο ή κατάσταση. Για παράδειγμα, ο ψυχολόγος που νιώθει θυμό για το άδικο της υποτροπής ενός αρρώστου, με τον οποίο είναι συνδεδεμένος, μεταθέτει την οργή του και «εκτονώνεται» πάνω στους συναδέλφους ή/ και στα μέλη της οικογένειάς του.

Μια άλλη κοινή αντίδραση που χρησιμοποιείται ως μέθοδος εκτόνωσης είναι **το χιούμορ**. Όταν όμως γίνεται σε βάρος του ασθενούς, είναι κυνικό ή μακάβριο, εκφράζει μια βαθύτερη επιθετικότητα. Η λεκτική αυτή βία χρησιμοποιείται από το προσωπικό που επιδιώκει να ανταπεξέλθει στην πραγματική βία του θανάτου και συμβάλλει στη «διασκέδαση» των αισθημάτων αδυναμίας που βιώνουν οι επαγγελματίες της υγείας, όταν δεν μπορούν να ανατρέψουν το αναπόφευκτο του θανάτου.

Μια άλλη συνήθης αντίδραση αφορά **το «παιχνίδι των πιθανοτήτων»**. Τα μέλη του προσωπικού υγείας βάζουν στοιχήματα όσον αφορά τη διάγνωση, θεραπεία, πρόγνωση και πιθανότητα επιβίωσης του αρρώστου.

Μια ακόμα αμυντική συμπεριφορά αφορά **τη διαρκή υπερδραστηριότητα ή ακατάπαυστη ομιλία** του προσωπικού υγείας που δεν επιτρέπουν στον άρρωστο να αναπτύξει τις προσωπικές σκέψεις και συναισθήματά του, ενώ ταυτόχρονα προστατεύουν τα μέλη του προσωπικού από την άμεση επαφή με τα δικά τους συναισθήματα



Ο Kalish (1985) υποστηρίζει ότι ο θάνατος των αρρώστων επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το ιατρικό από το νοσηλευτικό προσωπικό. Συνήθως οι περισσότεροι γιατροί επιδιώκουν στόχους προσανατολισμένους στη θεραπεία του αρρώστου, με αποτέλεσμα να βιώνουν το θάνατο ως προσωπική αποτυχία και ήττα.

Η πιθανότητα του θανάτου του ασθενούς μπορεί να προκαλέσει ενοχή και εχθρότητα στο προσωπικό υγείας επειδή τίθεται σε δοκιμασία το ασυνείδητο αίσθημα παντοδυναμίας του και η εξίσου ασυνείδητη ανάγκη να το αγαπούν και έτσι του δημιουργούν τον ασυνείδητο φόβο ότι είναι υπεύθυνο για τον θάνατο.

Είναι γνωστό ότι δεν υπάρχει μεγαλύτερη ψυχοπιεστική στιγμή για τον θεράποντα από εκείνη που πρέπει να αποφασίσει τη διακοπή της ενεργούς θεραπείας σε ανακουφιστική, σχεδόν αποτελεί τον μεγαλύτερο ψυχοπιεστικό παράγοντα στην ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης.

Απορροφημένοι από την πρόκληση της ίασης, οι επαγγελματίες υγείας αναλώνονται συχνά σε άσκοπες παρεμβάσεις που παρατείνουν τη ζωή του αρρώστου που πεθαίνει, χωρίς να παρέχουν ποιότητα σ' αυτήν. Όταν συνειδητοποιούν ότι δεν έχουν πλέον «τίποτα» να προσφέρουν, απομακρύνονται από τον ασθενή, καθώς νιώθουν ότι αμφισβητείται η παντοδυναμία τους, ενώ ταυτόχρονα δοκιμάζουν αισθήματα αδυναμίας, ματαίωσης ή/ και κατάθλιψης.

Συχνά η αίσθησης αυτής της αποτυχίας εκδηλώνεται μέσα από θυμό. Άλλοτε ο μεν νοσηλευτής ή ο γιατρός στρέφουν τον θυμό προς τον ίδιο τους τον εαυτό τον οποίο κατηγορούν ότι δεν είχε καμιά γνώση, πείρα, ικανότητα για να προσφέρει στον ασθενή που πεθαίνει, γεγονός που οδηγεί σε νέα αισθήματα ανεπάρκειας. Άλλοτε πάλι μπορεί να προκαλέσει αντίδραση και θυμό στο προσωπικό η μη τήρηση των «ευθυνών» που έχει ο ασθενής και που απορρέουν από τον κοινωνικά δοσμένο «ρόλο του ως αρρώστου».

Συγκεκριμένα με την ασθένεια και την απειλή της αυτονομίας τους ο ασθενής παλινδρομεί ψυχολογικά. Αποτέλεσμα αυτής της παλινδρόμησης είναι πολλές φορές να αποδέχεται μεν τα δικαιώματα που απορρέουν από αυτόν τον ρόλο, όπως το να σταματήσει τη δουλειά ή το σχολείο και ακόμα να αφήσει τους άλλους να τον φροντίζουν, αλλά πολλές φορές δεν αποδέχεται τις δύο ευθύνες που έχει όπως το να θέλει να γίνει καλά ενεργητικά και να συνεργάζεται με τον θεράποντά του. Αυτή η μη τήρηση των δύο ευθυνών του, αποτέλεσμα της παλινδρόμησης, μπορεί να προκαλέσει την αντίδραση και τον θυμό του θεράποντα, που εκείνες τις στιγμές της αγωνίας και της προσπάθειας για τη σωματική υ-

γεία ξεχνά αυτές τις ασυνείδητες αντιδράσεις του ασθενούς του. Επίσης μπορεί οι εργαζόμενοι σε μια ογκολογική κλινική να κατηγορήσουν τον ίδιο τον άρρωστο ότι δεν ζήτησε έγκαιρα βοήθεια καθιστώντας τον υπεύθυνο για την πρόκληση της παρούσας κατάστασης και μπορεί φτάνοντας στο σημείο να σκεφτούν ότι εφόσον δεν συμμορφώθηκε με τις οδηγίες «αξίζει να πάθει αυτό που έπαθε». Ο θυμός αυτός ακολουθείται από ενοχές γιατί ο εργαζόμενος συνειδητοποιεί τα αρνητικά συναισθήματα και την έλλειψη σεβασμού που δείχνει στο ασθενή.

Παράλληλα εντείνεται το άγχος του καθώς βαθμιαία επιδεινώνεται η κατάσταση της υγείας του αρρώστου και σε αυτήν την φάση μπορεί να ταυτιστεί μαζί του καθώς ανακινούνται έντονοι φόβοι μήπως και ο ίδιος αρρωστήσει κάποια μέρα και έχει την ίδια μοίρα. Άλλοτε πάλι μη έχοντας ολοκληρώσει το πένθος από το θάνατο κάποιου συγγενή του ξαναζωντανεύει μια άλυτη προσωπική συναισθηματική του κατάσταση κάθε φορά που βρίσκεται κοντά σε κάποιον που πεθαίνει.

Οι εργαζόμενοι σε ογκολογική κλινική είναι περισσότερο προσανατολισμένοι στη γενικότερη φροντίδα του αρρώστου και βρίσκονται κοντά του στις διάφορες φάσεις της πορείας του, με αποτέλεσμα να τον γνωρίζουν καλύτερα, να συνδέονται μαζί του και να επηρεάζονται από την εξέλιξη της κατάστασής του. Η επιδείνωση της υγείας του αρρώστου τους ανακινεί μια εσωτερική σύγκρουση που εκδηλώνεται μέσα από την τάση τους να προσεγγίσουν τον ασθενή προκειμένου να του παράσχουν την απαιτούμενη φροντίδα, ενώ ταυτόχρονα απομακρύνονται από αυτόν για να προστατεύσουν τον εαυτό τους από τα έντονα και οδυνηρά συναισθήματα.

Τα μέλη του προσωπικού υγείας παρέχουν ουσιαστική στήριξη στον άρρωστο που πεθαίνει, όταν αναγνωρίζουν τη διεργασία θρήνου και ενθαρρύνουν την έκφραση των συχνά οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων και προβληματισμών που ενδεχόμενα τη συνοδεύουν, χωρίς να κρίνουν, να συμβουλεύουν ή να επιβάλουν τις προσωπικές τους απόψεις.

Πολλές φορές επικρατεί η εσφαλμένη αντίληψη ότι κάθε συζήτηση η οποία φέρνει στην επιφάνεια το άγχος, την κατάθλιψη, την οργή ή άλλα συναισθήματα είναι ανεπιθύμητη και αρνητική για τον ασθενή. Στην περίπτωση αυτή γίνεται μια συστηματική προσπάθεια να αποφευχθούν παρόμοιες συζητήσεις και να απωθηθούν τα συναισθήματα του αρρώστου. Αποφεύγοντας να έρθουν οι ίδιοι αντιμέτωποι με τα δικά τους συναισθήματα ανικανότητας να επηρεάσουν την πορεία απέναντι στον θάνατο, επιδιώκουν να διατηρήσουν το πάνω χέρι και μέσα από «ηρωικές προσπάθειες» να κρατήσουν τον άρρωστο στη ζωή.

Άλλες φορές πάλι τον υπερπροστατεύουν στερώντας του κάθε ευκαιρία να νιώσει αυτοπεποίθηση μπροστά στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει. Έτσι ο ασθενής βιώνει ακόμα μεγαλύτερη κατάθλιψη, άγχος και μια έντονη αίσθηση απελπισίας που τον υποβιβάζει και τον μειώνει.

Κάτω από παρόμοιες συνθήκες, το προσωπικό υγείας δεν εξυπηρετεί τον άρρωστο, αλλά προστατεύει τον εαυτό του από την προσωπική δυσφορία που του προκαλεί η ψυχική κατάσταση του ασθενή.

Ο ρόλος λοιπόν του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι πολύ ουσιαστικός όταν ανταποκρίνεται στην ανάγκη κάθε αρρώστου να αναπτύσσει και να διατηρεί μια αίσθηση αυτοελέγχου και αξιοπρέπειας που εξασφαλίζεται όταν:

- ‡ Ενημερώνει τον ασθενή που ζητά πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του και όταν τον προετοιμάζει για τις ενδεχόμενες θεραπευτικές διαδικασίες ή σωματικές αλλαγές που πρόκειται να αντιμετωπίσει
- ‡ Προσφέρει στον άρρωστο δυνατότητες επιλογής ή αποφάσεων που αφορούν την ιατρική του φροντίδα και καθημερινή του δραστηριότητα
- ‡ Ενθαρρύνει τον ασθενή να φροντίζει τον εαυτό του και να έχει ενασχόληση με πράγματα που τον ενδιαφέρουν.
- ‡ Οργανώνει το πρόγραμμα του αρρώστου ώστε να υπάρχει κάποια σταθερότητα, ένας σχεδιασμός, μια δυνατότητα να προβλέψει ορισμένα γεγονότα στην κάθε μέρα που περνά.

Χωρίς αμφιβολία η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση γύρω από την ψυχολογία του αρρώστου που πεθαίνει καθώς και η προσωπική διεργασία αυτογνωσίας όλων όσων δουλεύουν στο χώρο Ογκολογίας αποτελούν μια αναγκαιότητα και απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδας σε κάθε άτομο.

Αναφερόμενος στον ρόλο του γιατρού ο Σολδάτος διευκρινίζει:

«Δεν υπάρχει μεγαλύτερη ικανοποίηση για τον ασθενή αν ο γιατρός του ασθενή με καρκίνο του συμπαρισταθεί ολοκληρωμένα τις τελευταίες του στιγμές .Δεν υπάρχει μεγαλύτερη ικανοποίηση για τον γιατρό αν μπορέσει να σηκώσει από την θέση του το βάρος της υπαρξιακής αγωνίας ενός ανθρώπου. Αν το κατορθώσει θα καταλάβει ότι ο αληθινός του ρόλος είναι η παροχή ολοκληρωμένης ανθρωπιστικής βοήθειας και ότι ο προορισμός του

δεν σταματά στην θεραπεία και μόνο του ασθενούς που συχνά δεν είναι τίποτα άλλο από μια καθαρά τεχνοκρατική αντιμετώπιση της νόσου».

### 4.3. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Πολλοί πιστεύουν ότι ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι να καθοδηγήσει τον ασθενή σε μια αποδοχή και συμφιλίωση με την πραγματικότητα ότι πεθαίνει πράγμα το οποίο σπάνια γίνεται δυνατό εφόσον συνειδητοποιεί το αναπόφευκτο του θανάτου χωρίς αυτό να σημαίνει ότι θέλει να πεθάνει.

Υπάρχουν βέβαια και οι ασθενείς που αρνούνται να δεχθούν ότι θα πεθάνουν και σε αυτήν την περίπτωση είναι σημαντικό να διαχωρίσει το προσωπικό υγείας αν η άρνηση αυτή προκαλεί έναν μηχανισμό αυτοπροστασίας μπροστά στην απειλή του θανάτου ή αποτελεί μια προσποίηση που χρησιμοποιεί το άτομο για να προστατεύσει τα αγαπημένα του πρόσωπα από τον ψυχικό πόνο που θα τους προκαλούσε η γνώση ότι ο ίδιος ξέρει την σοβαρότητα της κατάστασης του. Όταν λοιπόν προσποιείται, αναπόφευκτα οδηγείται σε μια συναισθηματική αποξένωση για αυτόν το λόγο θα πρέπει η ομάδα υγείας να διατηρεί μια επικοινωνία μαζί του χωρίς να του αποκρύβει τα γεγονότα αλλά ούτε και να του επιβάλλει την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας του.

Σ' αυτήν την δύσκολη φάση της ζωής του ασθενή θα πρέπει το προσωπικό να είναι έτοιμο να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ενθαρρύνοντας έναν ανοιχτό διάλογο μαζί του που να προϋποθέτει την ετοιμότητα του να συζητήσει θέματα σχετικά με τον θάνατο του, όταν το άτομο αναζητήσει κάποιον που είναι πρόθυμος να ακούσει τους φόβους του, χωρίς να του δώσει συμβουλές αλλά να του παρέχει συναισθηματική στήριξη. Βασικά η σημαντικότερη προσφορά που μπορεί να προσφέρει το προσωπικό στηρίζεται στην αποδοχή και στην συμφιλίωση του με την ιδέα του θανάτου και κατά συνέπεια θα αποδεχθεί και ο ίδιος το δικό του θάνατο.

Όταν ο άρρωστος συνειδητοποιεί ότι πεθαίνει συχνά βιώνει μια βαθιά υπαρξιακή κρίση και έρχεται αντιμέτωπος σε μια πραγματικότητα που μοιάζει παράλογη, άδικη η δύσκολη και αναρωτιέται διαρκώς «γιατί»

Συμφωνά με την Kauffman {1994}, κάθε «γιατί» αποτελεί την βαθύτερη αιτία εσωτερικού τραύματος καθώς θέτει σε αμφισβήτηση ολόκληρο το σύστημα των πεποιθήσεων του ατόμου Ανακρίνει μια ψυχική διεργασία θρήνου παρόμοια με εκείνη που βιώνει κανείς όταν χάνει αγαπημένο του πρόσωπο Όμως στην προκειμένη περίπτωση ο άρρωστος θρη-

νεί γιατί χάνει τον ίδιο του τον εαυτό. Ο Stephenson {1994} ονομάζει αυτό τον θρήνο «υπαρξιακό» γιατί πηγάζει από την αναγνώριση του ατόμου ότι είναι ευάλωτο και θνητό. Ταυτόχρονα μ' αυτήν την συνειδητοποίηση αναζητά τρόπους για να υπερβεί αυτό το τέλος {Becker 1973}. Αυτήν την υπέρβαση την επιδιώκει μέσα από την ικανοποίηση τριών βασικών αναγκών που βιώνει στο τέλος της ζωής του {Doka 1993β}. Αυτές είναι οι ακόλουθες:

**Ανάγκη να δώσει νόημα στη ζωή του.** Στην ανάγκη αυτή το άτομο ανταποκρίνεται ολοκληρώνοντας την ανασκόπηση της ζωής του και προσπαθεί να δώσει νόημα στην ύπαρξη του. Η διεργασία αυτή είναι δυνατόν να αποτελέσει μια πολύ κρίσιμη εμπειρία για μερικούς ασθενείς που βρίσκουν στα πλαίσια της μια αίσθηση πληρότητας και εσωτερικής ηρεμίας εν όψει του επικείμενου θανάτου. Άλλοτε πάλι η ανασκόπηση ζωής φέρνει στην επιφάνεια θυμό, πίκρα, ενοχές για ορισμένες αποφάσεις και πράξεις απογοήτευση για τις χαμένες ευκαιρίες και τους στόχους που δεν ολοκληρώθηκαν ή για τις συγκρούσεις που παρέμειναν άλυτες

**Ανάγκη να έχει έναν καλό θάνατο.** «Καλός» είναι εκείνος ο θάνατος τον οποίο ορίζει ο ίδιος ο ασθενής. Θεωρεί «καλό» ή «κατάλληλο» θάνατο όταν μπορεί να ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του σύμφωνα με τις αξίες, πεποιθήσεις και τον τρόπο που πάντα αντιμετώπιζε τις προκλήσεις της ζωής. Για μερικούς αρρώστους ο θάνατος είναι αξιοπρεπής όταν επέρχεται στο χώρο του Νοσοκομείου για ορισμένους όταν περιβάλλονται από συγκεκριμένα πρόσωπα κ.λ.π. Και ενώ πολλοί επιστήμονες επισημαίνουν πόσο σημαντικό είναι το κάθε άτομο να επιλέγει πως θα ζήσει τις τελευταίες ημέρες της ζωής του ο Nuland {1994} υποστηρίζει ότι πολλές φορές οι επιλογές και οι αποφάσεις του αρρώστου μπορεί να είναι περιορισμένες ανάλογα με την κλινική και βιολογική πραγματικότητα που διακρίνει την πορεία της συγκεκριμένης ασθένειας και πεθαίνει

**Ανάγκη για ελπίδα ...πέρα από τον θάνατο.** Σημαντική πνευματική ανάγκη κάθε αρρώστου που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του είναι να βρει ή να διατηρήσει ζωντανή την ελπίδα ότι υπάρχει ζωή μετά τον θάνατο ή ακόμα και όταν δεν πιστεύει στην μετά το θάνατο ζωή, ότι αφήνει κάτι πίσω του που θα εξακολουθεί να υπάρχει όταν εκείνος δεν θα ζει.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό το νοσοκομειακό πλαίσιο να παρέχει μια συστηματική και οργανωμένη υποστήριξη στα μέλη του προσωπικού υγείας (μέσα από ομάδες ή/και εποπτεία με την καθοδήγηση ψυχολόγου ή ψυχιάτρου), ώστε να επεξεργάζονται τις εμπειρίες

που βιώνουν στην καθημερινή κλινική πράξη. Εξίσου σημαντική είναι και η παροχή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στα πλαίσια της οποίας, πέρα από την απόκτηση γνώσεων, είναι σημαντικό να αναθεωρούνται στόχοι και να διαμορφώνεται μια φιλοσοφία που να διέπει τη φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους και των οικογενειών τους.

#### 4.4. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Ο πόνος είναι ένα αρκετά συχνό πρόβλημα στον καρκίνο. Διάφορες έρευνες αναφέρουν την ύπαρξη πόνου σε ποσοστά που κυμαίνονται από 40% έως 90%. Η συχνότητα εμφάνισής του εξαρτάται από:

Την πρωτοπαθή εστία (ποικίλει αναλόγως του σημείου του όγκου, από τα οστά και τον τράχηλο 86% έως την λευχαιμία 5%)

- Το στάδιο της νόσου (η επίπτωση του πόνου αυξάνεται με την πρόοδο της νόσου)
- Τις εντοπίσεις των μεταστάσεων (π.χ. μεγάλη ένταση του πόνου στα οστά)
- Την ανεπαρκή αντιμετώπισή του
- Την προσωπικότητα του ασθενή, τα υποστηρικτικά του συστήματα κ.λ.π.

Σήμερα επικρατούν διάφοροι **μύθοι και παρανοήσεις** σχετικά με τον πόνο στον καρκίνο και την αντιμετώπισή του.

Οι συνηθέστεροι είναι:

- Ο πόνος που οφείλεται στον καρκίνο είναι αναπόφευκτος και αθεράπευτος.
- Η εξάρτηση συνίσταται συχνά στους ασθενείς που παίρνουν οπιοειδή για μεγάλο χρονικό διάστημα.
  - Η κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή είναι συχνή μετά την χρήση οπιοειδών για τον πόνο.
- Η ανακούφιση μετά από ένα εικονικό χάπι ή ένεση (placebo) είναι απόδειξη ότι ο ασθενής ψεύδεται ότι πονάει.
- Τα ισχυρά οπιοειδή δεν πρέπει να δίνονται παρά μόνο όταν ο πόνος γίνεται πολύ ισχυρός.

- Οι ηλικιωμένοι ασθενείς υποφέρουν λιγότερο από ότι οι νεότεροι.
- Οι ασθενείς αναφέρουν αυθόρμητα τον πόνο τους.
- Οι ασθενείς που υποφέρουν πρέπει να εκδηλώνουν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά που υποδηλώνει πόνο π.χ. να βογκούν, να σφαδιάζουν κ.λ.π.
- Ο ίδιος βαθμός βλάβης των ιστών θα πρέπει να προξενεί παρόμοιο βαθμό πόνου σε διαφορετικούς ασθενείς.

Η ανακούφιση του σωματικού πόνου αποτελεί ένα αναπόσπαστο μέρος της όλης φροντίδας προς τον ασθενή. Σήμερα είναι κοινώς αποδεκτό ότι πρέπει και μπορούμε να ανακουφίζουμε τον πόνο του ασθενούς με καρκίνο. Καταρχήν ζητούμενο παραμένει το μαγικό φάρμακο με μεγάλη αποτελεσματικότητα, ανύπαρκτη ή περιορισμένη τοξικότητα, μεγάλη διάρκεια δράσης, χαμηλό κόστος, έλλειψη προκαταλήψεων και απουσία γραφειοκρατικών εμποδίων.

Η αντιμετώπιση του πόνου στον καρκίνο από τους επαγγελματίες υγείας σε μια Ογκολογική κλινική είναι μιας συνεχής κυκλική διεργασία με πέντε στάδια, που είναι τα εξής:

- Συνεχής αξιολόγηση του πόνου και καταγραφή των παρατηρήσεων.
- Πληροφόρηση και εκπαίδευση του ασθενή και του οικογενειακού περιβάλλοντος για τις εσφαλμένες αντιλήψεις περί οπιοειδών, τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, τον τρόπο δράσης της αναλγητικής θεραπείας, και τεχνικές αυτοελέγχου του πόνου.
- Την υποστήριξη των ήδη αποδεδειγμένων αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την ανακούφιση του πόνου του συγκεκριμένου ασθενή.
- Την ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων ενεργειών.
- Την συνεχή εκτίμηση και αναφορά του αναλγητικού αποτελέσματος. Την συνεργασία με τους άλλους επιστήμονες υγείας για την αντιμετώπιση του ολικού πόνου.

Από τη μεριά του ο ασθενής με καρκινικό πόνο έχει ορισμένα δικαιώματα τα οποία καθορίστηκαν από το Κέντρο Ανακούφισης Πόνου του Wisconsin.

Έχει το δικαίωμα να γίνεται πιστευτός ο πόνος του από τους θεράποντες, την οικογένειά του και τους φίλους του.

Έχει το δικαίωμα να ελέγχεται ο πόνος του ανεξάρτητα από την αιτία του ή το πόσο έντονος μπορεί να είναι.

Έχει το δικαίωμα να προσεγγίζεται με σεβασμό σε όλες τις στιγμές και όταν χρειάζεται παυσίπονα να μην αντιμετωπίζεται ως ένας φαρμακοεξαρτώμενος.

#### **4.5. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

Πολύ συχνά ο άρρωστος που ενημερώνεται σχετικά με την αρρώστια, τη θεραπεία και την εξέλιξη της υγείας του, δεν κατανοεί ή παρερμηνεύει την πληροφόρηση που δέχεται. Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα (Ley, 1988), οι αιτίες είναι πολλές: (α) το προσωπικό υγείας παρέχει πληροφορίες που είναι δυσνόητες, (β) ο άρρωστος διστάζει να θέσει ερωτήσεις, ακόμα και όταν επιθυμεί να μάθει περισσότερα για την κατάσταση της υγείας του και (γ) ο άρρωστος βασίζεται σε μια προσωπική υποκειμενική θεώρηση για την αρρώστια του μέσα από την οποία επεξεργάζεται και συχνά παρερμηνεύει τις πληροφορίες που δέχεται.

Η αποφυγή της ενημέρωσης του αρρώστου εμφανίζεται συχνότερα στις περιπτώσεις όπου η ασθένεια από την οποία πάσχει θεωρείται μη κατανοητή, κατά συνέπεια μυστηριώδης, και συνοδεύεται από κοινωνικές προκαταλήψεις.

Ωστόσο, σύμφωνα με τη Sontag (1993), η σύγχρονη άρνηση του θανάτου δεν δικαιολογεί τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των συγγενών που αποκρύπτουν την αλήθεια ή ψεύδονται. Οι αιτίες της μη ενημέρωσης είναι πολύ βαθύτερες και άμεσα συνδεδεμένες με τους συμβολισμούς που αποδίδονται σε ορισμένες ασθένειες.

Οι τρόποι με τους οποίους το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της ενημέρωσης είναι τόσο όσο και οι καρκινοπαθείς. Για να διευκολυνθεί η ανάλυση του δεχόμαστε ότι θεωρητικά υπάρχουν τρεις δυνατοί τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος.

#### **ΠΡΩΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ**

Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να γνωστοποιείται στον καρκινοπαθή η νόσος του. Κατά συνέπεια, οι πληροφορίες που δίνονται στον ασθενή σχετικά με τη διάγνωση της νόσου, τη θεραπεία και την πρόγνωση του πρέπει να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.

#### **ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ**

**Πρώτον**, το κύριο πλεονέκτημα που επικαλούνται οι υποστηρικτές αυτού του τρόπου αντιμετώπισης του προβλήματος είναι ότι η απόκρυψη της νόσου από τον ασθενή τον βοηθάει να ξεπεράσει ευκολότερα τα ψυχικά προβλήματα που συνεπάγεται η γνώση ότι πά-



σχει από καρκίνο. Στα αρχικά στάδια, οι διαβεβαιώσεις για την καλή έκβαση της νόσου ξεγελούν τον ασθενή και τον κάνουν να πιστεύει ότι σύντομα θα γίνει καλά. Με αυτό τον τρόπο, αποφεύγεται ο φόβος, η στενοχώρια και η κατάθλιψη που καταλαμβάνουν τον ασθενή, όταν μάθει απότομα ότι πάσχει από καρκίνο.

Είναι γεγονός ότι με την πάροδο του χρόνου, πολλοί ασθενείς μαθαίνουν μόνοι τους με διάφορους τρόπους ή υποψιάζονται έντονα ότι πάσχουν από καρκίνο. Είναι προτιμότερο, υποστηρίζεται, να αφήνουμε αυτούς τους ασθενείς να λύσουν τα ψυχικά προβλήματα μόνοι τους. Κατ' αυτό τον τρόπο, οι ασθενείς εξοικειώνονται βαθμιαία με την ιδέα του θανάτου, με αποτέλεσμα να αμβλύνονται οι δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχισμό τους. Επιπλέον δεν πρέπει να παραγνωρίζεται ότι υπάρχουν αρκετοί ασθενείς, οι οποίοι θέλουν να πιστεύουν ότι δεν πάσχουν από καρκίνο. Αυτοί είναι οι ασθενείς που αρνούνται τη νόσο τους. Θα ήταν τεράστιο σφάλμα, υποστηρίζεται, αν σε αυτούς τους ασθενείς αποκαλυπτόταν η διάγνωση. Αν αποκρύψουμε την αλήθεια από αυτούς, τους προσφέρουμε μεγάλη βοήθεια.

**Δεύτερον**, ειδικά για την Ελλάδα, δέχονται ότι αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης του ασθενούς είναι πλεονεκτικός. Αν σε άλλες χώρες έχει αποδώσει η λύση της γνωστοποίησης στον καρκινοπαθή της νόσου του, δεν ισχύει το ίδιο στην Ελλάδα. Αλλιώς αντιδρά ένας ασθενής που κατάγεται και ζει σε βόρειες χώρες, όταν μάθει ότι πάσχει από καρκίνο, και αλλιώς ένας Έλληνας. Οι Έλληνες είναι λαός μεσογειακός με ευμετάβολο συναισθηματικό κόσμο. Αν κάποιος δοκίμαζε να αποκαλύπτει τη διάγνωση του καρκίνου σε κάθε Έλληνα καρκινοπαθή, τα αποτελέσματα θα ήταν τραγικά και σίγουρα θα είχαμε περισσότερες αυτοκτονίες μεταξύ των καρκινοπαθών.

Οι υποστηρικτές αυτής της άποψης φαίνεται ότι δεν λαμβάνουν υπόψη τους την αλλαγή που έχει σημειωθεί κατά τα τελευταία χρόνια στο κοινωνικό μας περιβάλλον και κυρίως στη δομή της ελληνικής οικογένειας. Πριν από λίγα σχετικά χρόνια, η ελληνική οικογένεια ήταν εκτεταμένη και οι δεσμοί μεταξύ των μελών αυτής της ευρείας οικογένειας ήταν στενοί. Αν ένα από τα μέλη της αρρώσταινε, υπήρχαν στην οικογένεια πολλά άτομα, που είχαν τη διάθεση να επωμισθούν όλες τις συνέπειες της νόσου. Στη σημερινή οικογένεια, οι σχέσεις μεταξύ των μελών είναι πιο χαλαρές. Έτσι, δεν υπάρχουν σήμερα διαθέσιμα πολλά συγγενικά πρόσωπα να σηκώσουν το βάρος του μυστικού.

Ανεξαρτήτως αυτών, υπάρχει το δεδομένο ότι στους Έλληνες καρκινοπαθείς που καταφεύγουν στο εξωτερικό για θεραπεία (και αυτοί δεν είναι λίγοι), συνήθως αποκαλύπτεται

ευθέως η διάγνωση. Μέχρι στιγμής, δεν έχουν περιγραφεί σε αυτούς τους ασθενείς ψυχικές επιπλοκές, περισσότερες από εκείνες που παρατηρούνται στους καρκινοπαθείς, οι οποίοι αντιμετωπίζονται στην Ελλάδα και οι οποίοι δεν μαθαίνουν τη διάγνωση.

**Τρίτον**, αν και δεν ομολογείται από τους υποστηρικτές αυτού του τρόπου ενημέρωσης, πρέπει να αναγνωρισθεί ότι η απόκρυψη της αλήθειας από τον ασθενή είναι η ευκολότερη λύση για το νοσηλευτικό προσωπικό και τους γιατρούς.

#### **ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ**

**Πρώτον**, η απόκρυψη της διάγνωσης της νόσου από τον καρκινοπαθή συνεπάγεται μεγάλο ηθικό πρόβλημα.

Κάθε ασθενής έχει ορισμένα δικαιώματα. Από αυτά, τα κυριότερα είναι το δικαίωμα του ασθενούς να γνωρίζει την πάθησή του και το δικαίωμά του να αποφασίζει ο ίδιος για τη θεραπεία του. Από την άλλη μεριά, το προσωπικό έχει την ηθική, και ίσως και τη νομική, υποχρέωση να ενημερώνει τον ασθενή για την πάθησή του και να τον βοηθάει να παίρνει σωστές αποφάσεις. Πως όμως, είναι δυνατόν να καταλήξει ο ασθενής σε ορθές αποφάσεις για τη θεραπεία του, αν δεν είναι ορθά ενημερωμένος για την πάθησή του;

**Δεύτερον**, ο ασθενής αφήνεται αβοήθητος να λύσει τα ψυχικά προβλήματα μόνος του. Αν τον αφήσουμε να «βρει μόνος του το δρόμο του», τον εγκαταλείπουμε έκθετο σε πολλούς κινδύνους. Ο εργαζόμενος υγείας που αποποιείται την υπευθυνότητά του και αρνείται να ενημερώνει σωστά τον ασθενή πρέπει να είναι βέβαιος ότι το έργο της ενημέρωσης, αργά ή γρήγορα, θα το αναλάβουν απρόσκλητοι καλοθελητές που είναι άτομα συνήθως ανίδια ή ανεύθυνα και πολλές φορές κακόβουλα.

**Τρίτον**, οι αμφιβολίες και οι υπόνοιες, που έχει ο ασθενής στα αρχικά στάδια της νόσου, έχουν δυσμενέστερες συνέπειες στον ψυχισμό του από ότι έχει η σωστή ενημέρωση για τη νόσο του και η κατάλληλη ψυχολογική του αντιμετώπιση.

**Τέταρτον**, η απόκρυψη της διάγνωσης ποτέ δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Ο ασθενής που θέλει να μάθει τη διάγνωση μπορεί να τη μάθει με πολλούς τρόπους. Δεν είναι απαραίτητο να τη μάθει ευθέως από το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια. Αν θέλει, θα την κρυφακούσει από τους γιατρούς που συζητούν μεταξύ τους ή, όπως κάνουν αρκετοί ασθενείς, θα την ψάξει κρυφά στον φάκελο νοσηλείας του στο νοσοκομείο ή θα βεβαιωθεί γι' αυτήν από το είδος της θεραπείας, στην οποία υποβάλλεται. Εκτός όμως από αυτά, ο τρόπος έκφρασης του θεράποντος γιατρού ή της νοσηλεύτριας ή η απότομη αλλαγή της κουβέντας στο σπίτι του ασθενούς κάθε φορά που ο ίδιος μπαίνει στο δωμάτιο των «άλλων» ή

τα λεγόμενα ενός «φίλου» ή ενός αγνώστου ή ακόμα μία εκπομπή τηλεόρασης, όλα αυτά και άλλα πολλά είναι περισσότερο από αρκετά για να πείσουν τον καρκινοπαθή ότι πάσχει από καρκίνο. Μόνον οι ασθενείς, που αρνούνται τη νόσο τους, και αυτοί είναι λίγοι, είναι δυνατόν να αγνοήσουν όλες αυτές τις μαρτυρίες που βοούν την αλήθεια.

**Πέμπτον**, όταν η νόσος βρίσκεται σε πιο προχωρημένο στάδιο, η αναπόφευκτη και καθημερινή διάψευση των φρούδων ελπίδων του ασθενούς, που τόσο απερίσκεπτα καλλιεργούν η οικογένειά του, ο γιατρός του και το νοσηλευτικό προσωπικό, όχι μόνον καταρρακώνουν το ηθικό του, αλλά και τον κάνουν να χάσει την εμπιστοσύνη του προς τα προσφιλή του πρόσωπα και το προσωπικό.

Κυρίως, όμως, χάνεται η εμπιστοσύνη του ασθενούς προς το γιατρό, τη νοσηλεύτρια και τα μέλη της οικογένειάς του από τις συνεχείς αντιφάσεις τους.

Όσο και αν είναι συνεννοημένοι οι συμμετέχοντες στην αντιμετώπιση του ασθενούς (θεράπων γιατρός, γιατροί λοιπών ειδικοτήτων, νοσηλευτικό προσωπικό, συγγενικά πρόσωπα), δεν είναι δυνατόν να λένε όλοι πάντοτε τα ίδια ψέματα. Κατ' ανάγκη, πέφτουν σε αντιφάσεις· και οι αντιφάσεις τρομάζουν τον ασθενή και καταστρέφουν κάθε ίχνος εμπιστοσύνης. Έτσι, όταν ο ασθενής έχει ανάγκη συμπαράστασης, είναι τελείως μόνος και αβοήθητος.

**Έκτον**, η απόκρυψη της διάγνωσης από τον ασθενή δεν βοηθάει στην ενημέρωση του κοινού για τον καρκίνο.

**Έβδομον**, η απόκρυψη της διάγνωσης από τον ασθενή δυσκολεύει πολλές φορές την αντιμετώπιση της ίδιας της κακοήθους νόσου. Οι θεραπευτικές μέθοδοι που εφαρμόζονται κατά του καρκίνου είναι πολύπλοκες και πολυδάπανες και συνεπάγονται κινδύνους για την υγεία του ασθενούς. Από την άλλη μεριά, τα αποτελέσματά τους είναι τόσο καλύτερα όσο νωρίτερα εφαρμόζεται η θεραπεία. Για να δεχθεί όμως ο ασθενής να υποβληθεί έγκαιρα σε μια πολύπλοκη, πολυδάπανη και επικίνδυνη θεραπευτική αγωγή, πρέπει να έχει πεισθεί για τη σκοπιμότητα και την αναγκαιότητα αυτής της αγωγής. Για να γίνει αυτό, πρέπει να γνωρίζει την πάθησή του. Οι ασθενείς, στους οποίους δεν ανακοινώνεται η πάθησή τους, πολύ συχνά αρνούνται να υποβληθούν στην ενδεικνυόμενη θεραπεία, γεγονός που σε ορισμένες περιπτώσεις έχει τραγικές συνέπειες ακόμη και για τη ζωή τους.

**Όγδοον**, η απόκρυψη της διάγνωσης της νόσου από τον καρκινοπαθή συνεπάγεται σε ορισμένες περιπτώσεις σοβαρά κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Αρκετοί καρκινοπαθείς που δεν ενημερώνονται εγκαίρως για την πάθησή τους πεθαίνουν, αφήνοντας εκκρεμή

διάφορα κληρονομικά ή κοινωνικά ή οικονομικά ζητήματα. Αν ήταν ενημερωμένοι για την πάθησή τους, στις πιο πολλές περιπτώσεις, θα είχαν φροντίσει να τακτοποιήσουν εγκαίρως αυτές τις εκκρεμότητες.

## **ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΤΡΟΠΟΣ**

Όλοι οι καρκινοπαθείς, χωρίς εξαίρεση, πρέπει να γνωρίζουν επακριβώς τη νόσο τους καθώς και κάθε λεπτομέρεια που σχετίζεται με αυτήν.

## **ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ**

**Πρώτον**, ο ασθενής, όπως έχει δικαίωμα, μαθαίνει ποια είναι η πάθησή του και αποφασίζει μόνος του για το είδος θεραπείας, ακόμη και για τη ζωή του.

**Δεύτερον**, ο ασθενής ενημερώνεται υπεύθυνα από το νοσηλευτικό προσωπικό και το γιατρό και έτσι μειώνονται οι πιθανότητες να πέσει θύμα καιροσκόπων.

**Τρίτον**, ο ασθενής μπορεί έγκαιρα να επιλύσει οικονομικά ή άλλα προβλήματα που σχετίζονται με τη νόσο ή με το θάνατό του.

**Τέταρτον**, η πλήρης και υπεύθυνη ενημέρωση κάθε καρκινοπαθούς για τη νόσο του συντελεί στην ορθή ενημέρωση του κοινού σχετικά με τις κακοήθειες νόσους. Επιπλέον, αυξάνει την εμπιστοσύνη του κοινού προς το γιατρό και τη νοσηλεύτρια.

**Πέμπτον**, η λύση είναι εύκολη για το θεράποντα και τη νοσηλεύτρια. Δεν απαιτείται να διαθέσουν χρόνο για να σκεφθούν ποιος άρρωστος πρέπει να ενημερωθεί για τη νόσο του λιγότερο και ποιος περισσότερο. Σε όλους αδιακρίτως δίνεται κάθε πληροφορία που σχετίζεται με τη νόσο τους, είτε τη ζητήσουν είτε όχι.

## **ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ**

Με αυτό τον τρόπο ενημέρωσης, παραγνωρίζεται το γεγονός ότι υπάρχουν ασθενείς που δεν έχουν την ψυχική δύναμη να αντέξουν στη δοκιμασία που συνεπάγεται η πληροφορία ότι πάσχουν από καρκίνο.

Είναι αναμφισβήτητο ότι μεταξύ των καρκινοπαθών υπάρχουν ασθενείς που αρνούνται τη νόσο τους. Σε αυτούς τους ασθενείς, η γνωστοποίηση κάθε πληροφορίας που σχετίζεται με τη νόσο τους, όταν μάλιστα δεν τη ζητήσουν, έχει αναμφισβήτητα δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχισμό τους. Δεν πρέπει να λησμονούμε ότι, εκτός από το δικαίωμα του ασθενούς να γνωρίζει τη νόσο του, υπάρχει και το δικαίωμα του ασθενούς να μη θέλει να μάθει τη νόσο του.

Για τους παραπάνω λόγους, πρέπει:

- ⌘ Να λαμβάνεται υπόψη το συμφέρον του ασθενούς για την εξασφάλιση της πιο αποτελεσματικής θεραπείας.
- ⌘ Όταν ο ίδιος ο ασθενής δεν θέλει να μάθει την αλήθεια, να μην προτρέχει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να του τη γνωρίσει.
- ⌘ Όταν ο ασθενής επιθυμεί τη γνώση, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να συνεκτιμούν πολλούς παράγοντες για την αποκάλυψη της φύσης της νόσου.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Ιακωβίδη et al (1989), σε 300 ερωτηθέντες ασθενείς 164 (55%) ήταν ενημερωμένοι, 124 (41 %) δεν ήταν ενημερωμένοι και 12 (4%) προσποιήθηκαν ότι δεν ήξεραν τη διάγνωση.

### **ΤΡΙΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ**

Η έκταση της ενημέρωσης και ο τρόπος, με τον οποίο γίνεται η ενημέρωση του καρκινοπαθούς για τη νόσο του, πρέπει να εξατομικεύονται σε κάθε ασθενή.

### **ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ**

Αυτός ο τρόπος ενημέρωσης συνδυάζει για τον ασθενή τα πλεονεκτήματα, τα οποία συνεπάγονται και οι δύο τρόποι που έχουν ήδη αναλυθεί. Κατ' αρχήν, λαμβάνεται υπόψη ο ψυχισμός του ασθενούς, ενώ παράλληλα αποφεύγεται να λεχθεί πλήρως η αλήθεια στους ασθενείς που δεν είναι σε θέση να τη μάθουν. Εξάλλου, εκείνοι που επιθυμούν να μάθουν την αλήθεια και έχουν κατά την κρίση της νοσηλεύτριας ή του γιατρού την αναγκαία ψυχική δύναμη ενημερώνονται υπεύθυνα και έχουν όλα τα πλεονεκτήματα που αναλύθηκαν στο δεύτερο τρόπο αντιμετώπισης.

### **ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ**

Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος είναι ο δυσκολότερος για το θεράποντα γιατρό και για τη νοσηλεύτρια. Στους δύο προηγούμενους τρόπους οι δύο παραπάνω δεν έχουν δίλημμα. Στον πρώτο τρόπο, προσπαθούν να κρατήσουν όλους αδιακρίτως τους ασθενείς στην άγνοια. Στο δεύτερο τρόπο, λένε σε όλους αδιακρίτως τους ασθενείς κάθε λεπτομέρεια που σχετίζεται με τη νόσο τους. Στον τρίτο τρόπο, προβληματίζονται στην κάθε περίπτωση και προσπαθούν να εξατομικεύσουν την ενημέρωση ανάλογα με την ψυχосύνθεση του ασθενούς. Κατ' αυτό τον τρόπο, εκτίθενται στον κίνδυνο του λάθους. Ενδέχεται να μην εκτιμήσουν σωστά και να δώσουν σε έναν ασθενή περισσότερες πληρο-

φορίες, από όσες θα είχε τη δυνατότητα να δεχθεί ή, αντιθέτως, να αποκρύψουν ορισμένες πληροφορίες από άλλους που θα επιθυμούσαν και θα μπορούσαν να τις δεχθούν.

Μια μέθοδος που θα βοηθούσε τον γιατρό να ανακαλύψει τι ποσοστό αλήθειας επιθυμεί και αντέχει ο ασθενής μειώνοντας τις πιθανότητες λάθους, **είναι η σταδιακή ενημέρωση**. Ο γιατρός δίνει αρχικά κάποιες πληροφορίες στον ασθενή και έπειτα διαθέτει χρόνο σε αρκετές συναντήσεις, λύνοντας τις απορίες του ασθενούς και περιμένοντας να εκφράσει ο ίδιος, τα ερωτήματα, τους φόβους, το άγχος και την επιθυμία να ενημερωθεί.

Δεδομένου αφενός της δυσκολίας να εξασφαλιστεί η δυνατότητα συναντήσεων σε καθημερινή βάση και αφετέρου των προβλημάτων που μπορεί να προκαλέσει η παρεμβολή μεγάλων διαστημάτων ανάμεσα τους, ο γιατρός μπορεί να εφαρμόσει σε περιορισμένο βαθμό αυτήν την μέθοδο λαμβάνοντας υπόψη ότι είναι καλύτερο για τον ασθενή να αποφευχθεί η πλήρης και ενδεχομένως τραυματική ενημέρωση σε μια συνάντηση.

Στα πλαίσια της ενημέρωσης και της πληροφόρησης, θεωρείται σήμερα ότι ο ασθενής, που θέλει να γνωρίζει τη φύση της ασθένειάς του και είναι ικανός να την κατανοεί, έχει δικαίωμα και πρέπει να του παρασχεθούν όλες εκείνες οι πληροφορίες ώστε να διαμορφώσει μια τεκμηριωμένη άποψη και, αν μπορεί, να συμμετέχει «επί ίσους όρους» στις αποφάσεις που αφορούν στη θεραπεία του.

Ο ασθενής μαθαίνει κάποτε μόνος του με διάφορους τρόπους ή υποψιάζεται έντονα ότι πάσχει από καρκίνο. Παρά ταύτα η οικογένεια και ο θεράπων ιατρός προσπαθούν να άρουν τις υποψίες του και μέχρι τέλους τον διαβεβαιώνουν ότι δεν είναι τίποτε σοβαρό.

Όλοι οι παράγοντες που παρεμβαίνουν κατά τη διαδικασία ενημέρωσης και συντελούν στην απόκρυψη της αλήθειας, παρά την αρχική επιθυμία του γιατρού να ενημερώσει, είναι στην ουσία συμπεριφορές από ασυνείδητους φόβους που έχει ο ίδιος ο γιατρός σαν άνθρωπος ή έχει αποκτήσει κατά τις σπουδές του. Αυτοί οι φόβοι συντελούν ώστε να αποστασιοποιείται ο γιατρός συναισθηματικά από τον ασθενή, ως μια πρώτη άμυνα, αφού το να κατανοήσει την αγωνία και τον φόβο του ασθενούς προϋποθέτει κάποια ενσυναίσθηση, κάποια ταύτιση και αυτή η βαθιά επαφή θα ξαναζωντανέψει μέσα του απωθημένα συναισθήματα απόρριψης, εγκατάλειψης και το φόβο του θανάτου του.

Έτσι, ο φόβος ανεξέλεγκτης αντίδρασης του ασθενούς με κλάματα κατά τη στιγμή της ενημέρωσης προκαλεί αυτόματα και ασυνείδητα την τάση του γιατρού να καθησυχάσει τον ασθενή και να αποκρύψει την αλήθεια. Πολλοί λίγοι θυμόμαστε αυτή τη στιγμή ότι το να κλάψει ο ασθενής είναι αφενός μια φυσιολογική αντίδραση, που φέρνει ανακούφι-

ση, και αφετέρου σημαίνει ότι μας θεωρεί ήδη πολύ κοντά του και μοιράζεται το κλάμα του μαζί μας.

Μια άλλη αντίδραση από τις συνηθέστερες των ασθενών είναι η εκδήλωση επιθετικότητας, με την απόδοση κατηγοριών στο μέλος του προσωπικού υγείας που αναγγέλλει τις δυσάρεστες ειδήσεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο επαγγελματίας φοβάται ότι με την αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων, ο άρρωστος θα αρνηθεί την προτεινόμενη αγωγή ή θα διακόψει τη συνεργασία.

Ο φόβος της έκφρασης προσωπικών συναισθημάτων μπροστά στην ψυχική οδύνη που βιώνει ο άρρωστος φέρνει το προσωπικό υγείας σε αμηχανία γιατί έχει εκπαιδευτεί να πιστεύει ότι πρέπει να συμπεριφέρεται με αυτοκυριαρχία και ψυχραιμία, να τηρεί αποστάσεις από τους ασθενείς και να καταπνίγει ενδεχόμενα συναισθήματα συμπάθειας, θυμού ή λύπης. Η πεποίθηση ότι οι εμπειρίες των αρρώστων δεν πρέπει να επηρεάζουν τους επαγγελματίες της υγείας εντείνουν την απόθεση συναισθημάτων που παραμένουν ανεπεξέργαστα και τους απειλούν.

Ο φόβος της αμφισβήτησης του «παντοδύναμου» ρόλου που το προσωπικό υγείας υιοθετεί έρχεται σε σύγκρουση με την εντυπωσιακή πρόοδο της ιατρικής που έχει ενισχύσει με την ψευδαίσθηση ότι όλες σχεδόν οι ασθένειες θεραπεύονται. Η επιστήμη μοιάζει να διαθέτει απαντήσεις και λύσεις για όλα τα προβλήματα υγείας, γεγονός που ενισχύει την αντίληψη της παντοδυναμίας του προσωπικού υγείας. Κι ενώ ο/ η γιατρός και η/ ο νοσηλεύτρια/ της επιστρατεύονται για να θεραπεύσουν τον άρρωστο, έρχονται σε αντίθεση με τους στόχους τους όταν καλούνται να τον πληροφορήσουν ότι δεν διαθέτουν πλέον τα μέσα για να τον θεραπεύσουν ή ότι η πορεία της υγείας του «δεν ελέγχεται».

Ο φόβος της θεραπευτικής αποτυχίας βρίσκει το προσωπικό υγείας ανέτοιμο να χειριστεί τις επιπτώσεις. Επιπρόσθετα, η αβέβαιη πρόγνωση, η άγνωστη αιτιολογία μιας αρρώστιας και οι «δύσκολες» ερωτήσεις που θέτει ο ασθενής αυξάνουν το άγχος του προσωπικού υγείας και αποφεύγει να ενημερώσει ή να ομολογήσει ότι «δεν γνωρίζει», γεγονός που προσβάλλει το κύρος, την παντογνωσία και την παντοδυναμία του.

Το ψέμα στη θεραπευτική σχέση εκτός του ότι είναι καταστροφικό για την ελπίδα, έχει παράλληλα μεγάλη κατανάλωση ψυχικής ενέργειας για τον γιατρό. Επίσης συχνά ξεχνάμε ότι η αλήθεια έχει ένα ευρύ φάσμα από την ευγένεια μέχρι την τραχύτητα και οι ασθενείς, όπως όλοι εξάλλου, προτιμούν την ευγένεια.

Για πολλούς ο «καρκίνος» είναι μια αρνητικά φορτισμένη λέξη και ο αντίκτυπος της λέξης αυτής θα μπορούσε να μετριαστεί με την πρόταση «εξετάσεις έδειξαν ότι έχεις ένα είδος καρκίνου». Σε αυτή την περίπτωση «το είδος» δεν αποτελεί επιθετικό προσδιορισμό εντόπισης, αλλά παράγοντα ελαχιστοποίησης της αρνητικά φορτισμένης λέξης «καρκίνος». Αυτός ο «ευφημισμός» όταν χρησιμοποιείται για να εκφράσει την αλήθεια είναι σωστή πράξη, αλλά είναι λάθος όταν χρησιμοποιείται για εξαπάτηση. Από την άλλη μεριά δεν είναι πάντα όλα τόσο ξεκάθαρα αφού ο ασθενής μπορεί να βιώσει, ή να βιώνει, σύγκρουση μεταξύ της επιθυμίας του να γνωρίζει την αλήθεια και της επιθυμίας του να αποφύγει τη δυσφορία.

Καθησυχαστικές δηλώσεις στην προσπάθεια ελαχιστοποίησης της σοβαρότητας της νόσου συχνά εκλαμβάνονται από τους ασθενείς ως μη υποστηρικτικές και ως ένας τρόπος επικοινωνίας με τον οποίο ο γιατρός δεν θέλει να ξεσκεπάσει τον συναισθηματικό πόνο.

Είναι αλήθεια ότι ο τρόπος που ο ασθενής ενημερώνεται είναι άμεσα συνυφασμένος με το εκάστοτε ιστορικά κατασκευασμένο πολιτισμικό πλαίσιο. Οι κοινωνικά μαθημένες συμπεριφορές και τα πιστεύω πράγματι παίζουν ένα σημαντικό ρόλο για το πώς και το εάν ο ασθενής θα δεχθεί την ενημέρωση ή όχι.

Είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα το πόσο ξένη σε ορισμένα δυτικά κράτη είναι η ιδέα της συμμετοχής του ασθενούς στην κλινική διαδικασία σε αντιδιαστολή με την σχεδόν ακραία και νομικά επιβεβλημένη και καθορισμένη αντιμετώπιση του ίδιου θέματος από τον αμερικανικό πολιτισμό. Είναι ωστόσο εξαιρετικά δύσκολο ή μάλλον επίφοβο να προσπαθούμε να ομογενοποιήσουμε και να κατατάξουμε τις ανάγκες των μελών ενός πολιτισμού ιδιαίτερα όταν η συζήτηση αφορά στο αναφαίρετο δικαίωμα της αλήθειας.

Η παραδοχή σχετικά με τον ρόλο του πολιτισμού στην υιοθέτηση τακτικών δεν θα πρέπει λοιπόν να μας οδηγήσει στο να παγιώσουμε μια de facto τακτική ενημέρωση βασιζόμενοι μόνο σε a priori κατασκευασμένες και άκαμπτες ιδέες σχετικά με το τι επιζητά κάθε πολιτισμός για την ενημέρωση του.

Τα μοντέλα και οι ανάγκες ενημέρωσης ποικίλουν τόσο διαπολιτισμικά όσο και μέσα στην ίδια κοινωνία, ενώ κάθε μέλος του πολιτισμού είναι ένα ενεργό υποκείμενο που να μην από την μια δεσμεύεται από τις κοινωνικές επιταγές από την άλλη όμως είναι αρκετά ελεύθερο και ικανό να διαμορφώσει το μέλλον του και να κατακτήσει ένα ενεργητικό ρόλο στην ιατρική διαδικασία.



Συμπερασματικά αυτό που πρέπει να κρατήσουμε είναι ότι το δικαίωμα του κάθε ασθενούς στην ενημέρωση σε όποιον πολιτισμό και αν ανήκει αυτός δεν μπορεί και δεν πρέπει να τίθεται υπό διαπραγμάτευση (χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν πρέπει να είμαστε αρκούντως ευαίσθητοι για να αφουγκραστούμε και την ανάγκη του να μην κάνει χρήση αυτού του δικαιώματος ).

#### **ΑΣΧΗΜΕΣ ΚΑΙ ΔΥΣΑΡΕΣΤΕΣ ΕΙΔΗΣΕΙΣ**

Θα πρέπει να ομολογηθεί ότι ως επαγγελματική τάξη οι γιατροί και οι νοσηλευτές φοβούνται ιδιαίτερα τα άσχημα νέα. Αποφεύγουν να συζητήσουν με τους ασθενείς τις δύσκολες διαγνώσεις, καλυπτόμενοι πίσω από προφάσεις, όπως: «Ο άρρωστος θα επιχειρήσει να αυτοκτονήσει αν του πω ότι έχει καρκίνο». Στην πραγματικότητα αυτό δεν έχει συμβεί παρά μόνο πολύ σπάνια και κυρίως σε περιπτώσεις όπου η αναγγελία της διάγνωσης έγινε με τρόπο λανθασμένο. Η αληθινή αιτία της αποφυγής είναι συνήθως ότι δεν είναι προετοιμασμένοι και δεν ξέρουν πώς να αντιμετωπίσουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών.

Οι αντιδράσεις αυτές στο άκουσμα μιας δυσάρεστης είδησης είναι φυσιολογικές. Οι ασθενείς είναι άνθρωποι που μπορεί να βουρκώσουν, να οργιστούν ή να αμφισβητήσουν τις πληροφορίες που τους δίνουν. Αν η ανακοίνωση γίνει χωρίς την απαιτούμενη ευαισθησία, μπορεί να νομίσουν ότι πράγματι έφθασε το τέλος και δεν απομένει πλέον καμία ελπίδα. Πρέπει συνεπώς ο γιατρός να τις περιμένει, να είναι ψυχολογικά προετοιμασμένος γι' αυτές και να ανταποκριθεί σωστά, ώστε να βοηθήσει τον ασθενή να περάσει από τη φάση του αρχικού σοκ στη θετική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Η άνεση του χώρου και του χρόνου, η ησυχία από εξωτερικούς περισπασμούς, η διαφύλαξη του απορρήτου, η ευγενική συμπεριφορά και η συμπάθεια προς τον πάσχοντα, καθώς και η διάθεση εκ μέρους του προσωπικού να του προσφέρει ότι καλύτερο μπορεί στη δύσκολη κατάσταση που βρίσκεται είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη σωστή διεξαγωγή του ψυχικά "φορτισμένου" διαλόγου και για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Πριν ανακοινωθεί το δυσάρεστο, είναι καλό να διερευνηθεί με τη συζήτηση πόσα γνωρίζει ή υποπτεύεται ο ασθενής που κάθεται απέναντι μας. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου το προσωπικό δεν είχε προηγούμενη επαφή με τον συγκεκριμένο άρρωστο, ο οποίος υποβλήθηκε σε διαγνωστικές εξετάσεις κάπου αλλού και τώρα παραπέμπεται στον ειδικό για θεραπευτική αντιμετώπιση. Την ανασκόπηση του ιστορικού (που θα πρέπει πάντα να γίνεται) μπορεί να ακολουθήσει μια ανώδυνη ερώτηση του τύπου: «Τι

νομίζετε ότι συμβαίνει με το στομάχι σας;» ή «Τι σας έχουν πει για την όλη κατάσταση μέχρι τώρα;». Έτσι δίνεται η ευκαιρία στον πάσχοντα να εξωτερικεύσει αυτά που ο ίδιος κατάλαβε (ή νομίζει ότι κατάλαβε) και αυτά που άκουσε μέχρι τώρα. Είναι ενδεχόμενο να του έχουν ήδη δώσει κάποιες πληροφορίες, ακόμη και τη διάγνωση, πράγμα που ελαφρώνει σημαντικά το βάρος της συζήτησης. Σε μια τέτοια περίπτωση ο γιατρός μπορεί, ξεκινώντας από την απάντηση του αρρώστου, να επιβεβαιώσει το πρόβλημα και να προχωρήσει στη διευκρίνιση και την αντιμετώπισή του.

Όταν πρόκειται να ανακοινώσουμε δυσάρεστες ειδήσεις πρέπει πρώτα να αποφασίσουμε για τα ακόλουθα ζητήματα:

### **Ποιος θα κάνει την ανακοίνωση;**

Γενικά η ευθύνη της αναγγελίας ανήκει στον θεράποντα γιατρό, αυτόν που έκανε τις απαραίτητες διαγνωστικές ενέργειες και έχει αναπτύξει ήδη μια θεραπευτική σχέση με τον πάσχοντα. Στο περιβάλλον του νοσοκομείου τον ρόλο αυτόν θα πρέπει να αναλάβει ο υπεύθυνος της θεραπευτικής ομάδας (π.χ. διευθυντής ή επιμελητής) και όχι ο ειδικευόμενος, ο οποίος όμως πρέπει να παρακολουθήσει τον διάλογο, όχι μόνο για λόγους εκπαιδευτικούς, αλλά και για να είναι αργότερα σε θέση να απαντήσει σε ερωτήσεις του ασθενούς.

### **Σε ποιον θα γίνει η ανακοίνωση;**

Όπως ειπώθηκε παραπάνω, υπάρχει η ακραία άποψη ότι ο ασθενής δεν πρέπει να μάθει τίποτε. Δεοντολογικά η θέση αυτή δεν είναι αποδεκτή. Με την προϋπόθεση ότι συχνά θα ακολουθήσει κάποιο είδος θεραπείας με περισσότερες ή λιγότερες παρενέργειες, τις οποίες θα υποστεί ο ασθενής, είναι αυτονόητο ότι ο τελευταίος πρέπει να έχει κάποια ιδέα για την πάθηση και τη σοβαρότητά της. Αυτή η ανάγκη γίνεται ακόμη πιο επιτακτική αν ο ασθενής πρόκειται να ενταχθεί σε κάποιο ερευνητικό πρωτόκολλο, μιας πειραματικής αγωγής. Με βάση τη δεοντολογική "αρχή της αυτονομίας" η άποψη του ασθενούς βαρύνει περισσότερο από τις (έστω και καλοπροαίρετες) γνώμες των συγγενών και φίλων του.

Εξ ίσου απαράδεκτο είναι και το άλλο άκρο, ότι δηλ. ο άρρωστος πρέπει να μάθει με κάθε λεπτομέρεια τη φύση, την έκταση και την πρόγνωση της νόσου. Η φυσική ευαισθησία του ανθρώπου μπροστά στο δυσάρεστο νέο θα πρέπει να γίνει σεβαστή και να δοθεί στον ασθενή ο χρόνος που χρειάζεται για να αφομοιώσει την πληροφορία αυτήν και τις επιπτώσεις της. Παράλληλα, επειδή το αρχικό "μούδιασμα" από την άσχημη είδηση εμποδίζει τον ασθενή να συλλάβει και να θυμάται όλες τις πληροφορίες που του δίνουμε, είναι

καλό οι επαγγελματίες υγείας να μιλήσουν ταυτόχρονα στον ίδιο και σε ένα ακόμη πρόσωπο του στενού περιβάλλοντος και της εμπιστοσύνης του (σύζυγος, παιδιά, αδέρφια), που θα είναι σε θέση στη συνέχεια να συμπληρώσει τα κενά. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις (π.χ. όταν ο ασθενής βρίσκεται σε βαρεία κατάσταση, όπως κώμα ή προχωρημένη καχεξία) η αποκάλυψη μπορεί να περιορισθεί στο συγγενικό περιβάλλον, για λόγους ανθρωπιστικούς, αλλά και καθαρά πρακτικούς.

Η συμμετοχή ενός τρίτου προσώπου εξυπηρετεί ακόμη έναν σκοπό. Δείχνει στον ασθενή και στους οικείους του ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι ανοικτοί για διάλογο με όλους και ότι δεν έχουν κάτι να κρύψουν. Αυτό προάγει την εμπιστοσύνη του αρρώστου προς τον θεράποντα. Παράλληλα, ο συνοδός ακούει τις εξηγήσεις που δίνουν, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιήσει την ίδια γλώσσα με τον ασθενή, όταν αργότερα θα χρειασθεί να του επαναλάβει κάποια πράγματα.

### **Τι θα περιλαμβάνει η ανακοίνωση;**

Είναι αυτονόητο ότι για να μιλήσουμε για μια σοβαρή διάγνωση, όπως ο καρκίνος, πρέπει να έχουμε στα χέρια μας όλες τις απαραίτητες πληροφορίες. Αν υπάρχει ακόμη διαγνωστική αμφιβολία δεν έχουμε δικαίωμα να πανικοβάλουμε πρόωρα τον ασθενή, εκτός αν είναι ανάγκη να προχωρήσουμε σε κάποια δραστική λύση (π.χ. όταν πρόκειται να συστήσουμε μια ερευνητική επέμβαση). Στην περίπτωση αυτήν ο άρρωστος πρέπει να ξέρει ότι υπάρχει διαγνωστικό πρόβλημα, ότι μέσα στις ενδεχόμενες διαγνώσεις περιλαμβάνεται και η κακοήθεια και ότι η επέμβαση είναι απαραίτητη και μπορεί να έχει και θεραπευτικό χαρακτήρα.

Επίσης, η ύπαρξη ή όχι αποτελεσματικής ριζικής θεραπείας και η ανάγκη για μια επείγουσα παρέμβαση μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο θα ανακοινώσουμε τη διάγνωση. Έτσι π.χ. στην περίπτωση μιας οξείας λευχαιμίας, η οποία επιδέχεται θεραπεία με μεταμόσχευση μυελού, πρέπει να ενημερώσουμε τον πάσχοντα για τις διάφορες επιπτώσεις και της νόσου και της θεραπείας, ώστε να μπορέσουμε να προχωρήσουμε χωρίς χρονοτριβή. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι θα προβούμε σε μια βάνουση αποκάλυψη, χωρίς την απαραίτητη διάκριση: θα ακολουθήσουμε τη σωστή οδό, σεβόμενοι συγχρόνως και τον χρόνο που δεν πρέπει να χαθεί.

Σε άλλες περιπτώσεις, όπου είτε υπάρχει αμφιβολία για τη διάγνωση είτε δεν ενδείκνυται ριζική διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση και υπάρχει ένα περιθώριο αναμονής (π.χ. ένας πνευμονικός όζος σε άτομο μεγάλης ηλικίας, με αντενδείξεις για θωρακοτομή και

χωρίς συμπτώματα), μπορούμε να εξηγήσουμε στον άρρωστο ότι δεν απαιτείται θεραπεία και ότι θέλουμε να παρακολουθήσουμε την εξέλιξη του προβλήματος με τον χρόνο. Εδώ η συζήτηση για την ακριβή διάγνωση μπορεί να αναβληθεί για το συμπτωματικό στάδιο, οπότε μπορεί να παρουσιασθεί ανάγκη π.χ. για παρηγορητική ακτινοθεραπεία.

### **Πόσα θα πούμε στον άρρωστο;**

Εδώ ισχύει αυτό που σημειώθηκε παραπάνω. Οι δυο ακραίες θέσεις ("όλα" και "τίποτε") είναι γενικά απαράδεκτες. Η αποκάλυψη της αλήθειας πρέπει να εξατομικεύεται. Ο βαθμός και ο ρυθμός της αποκάλυψης θα εξαρτηθεί από τον συγκεκριμένο ασθενή. Μερικοί άνθρωποι θέλουν ξεκάθαρες εξηγήσεις, χωρίς περιστροφές και εκτιμούν την αλήθεια γυμνή. Άλλοι ικανοποιούνται με την βασική γνώση ότι «κάτι δεν πάει καλά» κι αυτό το κάτι είναι ενδεχομένως σοβαρό και μπορεί να εξελιχθεί άσχημα στο μέλλον. Η συζήτηση θα πρέπει να γίνεται με τέτοιο ρυθμό, ώστε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να προλαβαίνει να εκτιμήσει τις αντιδράσεις του αρρώστου και να σταματήσει ή να προχωρήσει περισσότερο, ανάλογα με αυτές.

Ο άρρωστος πρέπει να έχει τον χρόνο να ακούσει, να σκεφθεί και να ρωτήσει. Η χρησιμοποίηση προοδευτικά πιο συγκεκριμένων εκφράσεων («τα πράγματα δεν είναι τόσο απλά», «εμπόδιο στον βρόγχο», «πήραμε βιοψίες», «κάποια κύτταρα που μοιάζουν κακοήθη», «ένα είδος όγκου») εισάγει τον ασθενή στην υποψία του καρκίνου, που σιγά-σιγά γίνεται βεβαιότητα. Όπως λένε οι ίδιοι οι ασθενείς, τα λίγα δευτερόλεπτα ανάμεσα στην πρώτη νύξη και την ολοκληρωμένη διάγνωση είναι χρόνος πολύτιμος για την προσαρμογή τους στην καινούργια πραγματικότητα.

Αν ο ασθενής διακόψει τον γιατρό στα μισά της συζήτησης και πει: «Γιατρέ, χρειάζεται να κάνω καμιά θεραπεία;», αυτό είναι ένα σήμα από μέρους του ότι αυτήν τη στιγμή δεν θέλει να συνεχίσει, και του αρκεί ότι ο γιατρός ξέρει την πάθηση και σκοπεύει να κάνει κάτι. Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής υποσυνείδητα αμύνεται, απωθώντας την πραγματικότητα που υποπτεύεται μεν, αλλά φοβάται να αντικρίσει, οπότε η παραπέρα αποκάλυψη θα είναι άχρηστη και μπορεί να αναβληθεί για άλλη ευκαιρία. Σε μια επόμενη επίσκεψη, έχοντας πλέον ξεπεράσει το αρχικό σοκ, μπορεί να ανακινήσει ο ίδιος το θέμα. Από την άλλη ο άρρωστος που επιμένει στις ερωτήσεις του ίσως έχει ήδη καταλήξει στο Αποτέλεσμα ότι πρόκειται για καρκίνο και θέλει να έχει την επιβεβαίωση από το στόμα του γιατρού. Ακόμη και σ' αυτήν την περίπτωση όμως η προσέγγισή του προσωπικού πρέπει να είναι προοδευτική και να αφήνει περιθώρια να αντιμετωπισθούν οι ενδεχόμενες

αντιδράσεις. Επειδή δεν γνωρίζει εκ των προτέρων πόσο αντέχει και τι πραγματικά θέλει ο κάθε ασθενής, πρέπει να διατηρεί την απαραίτητη προσοχή και ευαισθησία σε όλες τις περιπτώσεις.

Έχοντας δώσει το βασικό μήνυμα της διάγνωσης (μέχρι το σημείο που θέλει ο ασθενής), ο γιατρός πρέπει να σταματήσει και να αφήσει κάποιο χρονικό περιθώριο για προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα. Πολλές φορές ο ασθενής "μουδιάζει" από το νέο και δεν μπορεί να σκεφθεί την επόμενη ερώτηση. Σε πολλές περιπτώσεις ο άρρωστος ή ο συνοδός του μπορεί να παρουσιάσει μια συναισθηματική, αντίδραση, να βουρκώσει ή να κλάψει. Το χειρότερο που μπορεί να κάνει στην περίπτωση αυτήν είναι να τον αποπάρει («έλα τώρα, μην κάνεις σαν μικρό παιδί!») ή να του ζητήσει να καθίσει στην αίθουσα αναμονής μέχρι να συνέλθει. Ακριβώς εδώ είναι που ο ασθενής χρειάζεται να νιώσει ότι το προσωπικό είναι δίπλα του. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να αφήσει τη "θέση ασφαλείας" πίσω από το γραφείο του και να καθίσει δίπλα στον άρρωστο, πιάνοντας το χέρι του ή αγγίζοντας τον στον ώμο, χωρίς να πει τίποτε. Με τον τρόπο αυτόν αφ' ενός μικραίνει την απόσταση που τους χωρίζει, κατεβαίνει στο επίπεδο του αρρώστου, του δείχνει χωρίς λόγια ότι είναι κι αυτοί άνθρωποι και καταλαβαίνουν πώς αισθάνεται. Αφ' ετέρου του δίνουν σιωπηρά την άδεια να ξεσπάσει συναισθηματικά για λίγα δευτερόλεπτα, ώστε να συνεχίσουν τον διάλογο σε μια νέα βάση. Ακόμη και αν ο ασθενής δεν εκδηλωθεί με τέτοιο τρόπο, είναι καλό να ερωτηθεί ήπια: «Πώς βλέπεις τα πράγματα; Σε τρομάζει η κατάσταση;», και να δεχθούν τις ενδεχόμενες καθυστερημένες αντιδράσεις του.

Συχνά ο γιατρός, στην προσπάθεια να προσπεράσει όσο γίνεται πιο γρήγορα τη δύσκολη στιγμή της αλήθειας, συνοδεύει τη δυσάρεστη είδηση με έναν καταιγισμό από πληροφορίες για το τι πρόκειται να ακολουθήσει (ανάγκη για πρόσθετες εξετάσεις μορφές θεραπείας, πιθανές παρενέργειες κτλ.). Πρέπει όμως να ξέρει ότι ο ασθενής που δέχεται μια δυσάρεστη είδηση συνήθως "μουδιάζει" διανοητικά, με αποτέλεσμα να μην αφομοιώνει τις παρακάτω πληροφορίες. Συχνά δεν συνειδητοποιεί τη σοβαρότητα της κατάστασης. Για τον λόγο αυτόν χρειάζεται η παρουσία ενός συνοδού, ο οποίος θα συγκρατήσει περισσότερα στοιχεία και θα μπορέσει στη συνέχεια να τα μεταδώσει στον πάσχοντα. Ο θεράπων θα πρέπει να ελέγχει τον βαθμό κατανόησης του αρρώστου και του συνοδού («Καταλαβαίνετε όσα σας είπα;») και να επαναλαμβάνει μερικά πράγματα αν χρειάζεται. Σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα η λεπτομερής συζήτηση της θεραπείας μπορεί να χρειασθεί να αναβληθεί για μια επόμενη συνάντηση, οπότε το αρχικό σοκ θα έχει σε μεγάλο

βαθμό περάσει και ο άρρωστος θα μπορεί να συμμετάσχει πιο ενεργητικά στη λήψη, των αναγκαίων αποφάσεων.

Όταν ανακοινώνεται ένα δυσάρεστο νέο, πρέπει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να είναι προετοιμασμένο να προσφέρει και την ελπίδα. Έτσι, ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να συστήσει κάποια ριζική αγωγή (επέμβαση, χημειοθεραπεία, ακτινοβολίες), να τονίσει ότι κάθε ασθενής είναι μια ιδιαίτερη περίπτωση και δεν υπάρχουν απόλυτοι κανόνες και στατιστικές για όλους, να επισημάνει την περιορισμένη φύση της νόσου (χωρίς να πει ψέματα) και προ παντός να δώσει στον ασθενή να εννοήσει ότι θα είναι δίπλα του ότι κι αν συμβεί

Αυτή η ενθάρρυνση πρέπει να έλθει αφού κοπάσουν οι πρώτες συναισθηματικές αντιδράσεις και πρέπει να είναι ανάλογη με τη βαρύτητα της κατάστασης. Μια υπέρμετρη αισιοδοξία σε μια νόσο τελικού σταδίου θα δημιουργήσει παράλογες και εξωπραγματικές προσδοκίες στον ασθενή και την οικογένειά του, με αποτέλεσμα αργότερα να υπάρξουν εκδηλώσεις οργής, πικρίας και δυσπιστίας. Για τον λόγο αυτόν, πρέπει να αποφεύγονται να δίνονται χρονικά περιθώρια ή να κάνουμε άλλου είδους προβλέψεις για την πορεία της νόσου.

Εκτός από την ελπίδα για το μέλλον, ο ασθενής πρέπει να πάρει κι άλλο ένα μήνυμα: η πόρτα της επικοινωνίας να είναι πάντα ανοικτή. Ακόμη και στις περιπτώσεις εκείνες όπου δεν υπάρχει ουσιαστική θεραπεία, ο ασθενής ή οι δικοί του πρέπει να νιώθουν ότι έχουν το δικαίωμα να υποβάλλουν ερωτήσεις στην πορεία της νόσου, να λύνουν τις απορίες τους πάνω στα προβλήματα που δημιουργεί η αρρώστια ή η θεραπεία, ακόμη και να φέρνουν αντιρρήσεις ή να αμφισβητούν τις προτάσεις του προσωπικού. Συχνά μπορεί να χρειασθεί και δεύτερη συζήτηση σε μερικές μέρες για να γίνουν κατανοητά όσα ειπώθηκαν. Αν ο ασθενής καταλαβαίνει ότι η συζήτηση αυτή δυσχεραστεί το προσωπικό υγείας, γρήγορα θα χάσει την εμπιστοσύνη του και θα απογοητευθεί, με αρνητικές επιπτώσεις για τη μετέπειτα πορεία της κατάστασης.

Η αναγγελία της δυσάρεστης είδησης αποτελεί μια από τις πιο δύσκολες μορφές διαπροσωπικής επικοινωνίας. Αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να την αποφεύγουμε. Με την κατάλληλη εκπαίδευση και με την απαραίτητη ευαισθησία απέναντι στον ασθενή μπορούμε να επιτελέσουμε τη λεπτή αυτή εργασία με τρόπο ανθρώπινο και με θετικά αποτελέσματα, πάντα προς όφελος του πάσχοντος.

#### **4.6. ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΟΜΩΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;**

Στη χώρα μας, η διάγνωση του καρκίνου γνωστοποιείται, τις περισσότερες φορές, στην οικογένεια και όχι στον ίδιο τον ασθενή. Υιοθετείται μια τακτική αοριστολογίας που πηγάζει από την πεποίθηση ότι ο άρρωστος πρέπει να προφυλαχθεί από τη γνώση ότι μπορεί να πεθάνει.

Έρευνα του Μάνου και Χρηστάκη σε 110 γιατρούς που εργάζονταν σε αντικαρκινικά νοσοκομεία ή τμήματα έδειξε ότι το 73% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ουδέποτε ή πολύ σπάνια ανακοινώνουν στον καρκινοπαθή άρρωστο ότι πάσχει από κακοήθη νόσο. Κανείς γιατρός δεν δήλωσε ότι ανακοινώνει την διάγνωση του καρκίνου σε όλους τους καρκινοπαθείς φίλους του. Στην μέγιστη πλειονότητα των Ελλήνων ασθενών, όταν ακόμη υπάρχει απλώς η υποψία καρκίνου, οι συγγενείς του ασθενή παρακαλούν τον θεράποντα ιατρό: «γιατρέ αν είναι αυτή η αρρώστια να μην το μάθει ο άρρωστος». Συνηθέστατα ο γιατρός συμφωνεί και από εκείνη την στιγμή και μέχρι θανάτου οι πάντες καταβάλλουν προσπάθεια να αποπροσανατολίσουν τον άρρωστο από την διάγνωση του καρκίνου. Σε άλλες πάλι περιπτώσεις ενημερώνεται από τον θεράποντα γιατρό η οικογένεια ή τουλάχιστον ένα μέλος της οικογένειας του αρρώστου για την διάγνωση της νόσου, για την ενδεικνυόμενη θεραπεία, τις επιπλοκές και την πρόγνωση. Στον άρρωστο ανακοινώνεται μια διάγνωση που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα και δίνεται από όλους η διαβεβαίωση ότι δεν είναι τίποτα σπουδαίο και όλα θα πάνε καλά.

#### **4.7. ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΑΙ ΤΕΛΙΚΑ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ;**

Το δίλημμα εάν «πρέπει ή δεν πρέπει» να ενημερώνεται ο άρρωστος αποτελεί ψευδοδίλημμα, αφού η πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση της υγείας του ασθενή αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμά του. Τόσο η «πλήρης», χωρίς ευαισθησία ενημέρωση, όσο και η παντελής απόκρυψη της αλήθειας έχουν σοβαρές αρνητικές συνέπειες και είναι εξίσου τραυματικές. Και στις δύο περιπτώσεις ανταποκρίνονται περισσότερο στις ανάγκες του προσωπικού υγείας και λιγότερο σ' εκείνες του αρρώστου.

Για να δεχθεί ο ασθενής την αρρώστια του, πρέπει να την ονομάσει, να την κατανοήσει και να διορθώσει τις εσφαλμένες αναπαραστάσεις που ενδεχόμενα τη συνοδεύουν. Το πραγματικό λοιπόν ερώτημα που τίθεται είναι «πώς» το προσωπικό υγείας θα ενημερώσει το συγκεκριμένο ασθενή.

Η αναγγελία «δυσάρεστων ειδήσεων» πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να διευκολύνεται η κατανόηση και αποδοχή τους, ενώ ταυτόχρονα να μειώνεται η πιθανότητα α-

ντιδράσεων άρνησης, αποδιοργάνωσης, αμφιθυμίας ή η υιοθέτηση παράλογων προσδοκιών (Faulkner, Magurie, Regnard, 1994). Όταν ο επαγγελματίας της υγείας εξατομικεύει την ενημέρωση, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του ένα σύνολο παραγόντων που περιλαμβάνουν την ηλικία, το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο, τις ανάγκες του αρρώστου για πληροφόρηση, την ψυχολογική του κατάσταση και τη διαθεσιμότητα του υποστηρικτικού του δικτύου.

Η ανακοίνωση των «δυσάρεστων πληροφοριών» προϋποθέτει τη χρήση δεξιοτήτων επικοινωνίας και τη διαθεσιμότητα των επαγγελματιών που υποστηρίζουν τον άρρωστο όταν εκφράζει φόβους, ανησυχίες, θυμό ή άλλα οδυνηρά συναισθήματα.

Ο Buckman (1992) προτείνει ένα μοντέλο έξι διαδοχικών σταδίων που μπορούν να καθοδηγήσουν το προσωπικό υγείας στην αναγγελία «δυσάρεστων» ειδήσεων όσον αφορά τη διάγνωση, την υποτροπή, τα αποτελέσματα ιατρικών εξετάσεων ή άλλες «δύσκολες» ερωτήσεις στις οποίες καλείται να απαντήσει.

#### **Στάδιο 1: Διαμόρφωση κλίματος εμπιστοσύνης**

Ο πρώτος στόχος αφορά την εξασφάλιση ενός περιβάλλοντος που επιτρέπει τη διεξαγωγή μιας συζήτησης, μεταξύ ειδικού και αρρώστου, χωρίς διακοπές ή διασπάσεις. Η ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων από το τηλέφωνο ή «στο πόδι» μέσα στους διαδρόμους του νοσοκομείου περιορίζει κάθε δυνατότητα ουσιαστικής επικοινωνίας. Απαιτεί χρόνο και διαθεσιμότητα, καθώς όσο σημαντικό είναι το τι θα πει ο γιατρός ή ο νοσηλευτής, άλλο τόσο σημαντικό είναι το τι επιθυμεί να ρωτήσει ή να εκφράσει ο άρρωστος.

#### **Στάδιο 2: Διερεύνηση των γνώσεων του αρρώστου σχετικά με την κατάσταση της υγείας του**

Ο δεύτερος στόχος αποβλέπει στη διερεύνηση των αντιλήψεων που έχει το άτομο για την κατάσταση της υγείας του δηλαδή πόσο ευάλωτο αξιολογεί τον εαυτό του, πώς ερμηνεύει τα συμπτώματά του και πόσο σοβαρά ή απειλητικά τα θεωρεί. Μ' αυτό τον τρόπο, ο επαγγελματίας της υγείας εκτιμά κατά πόσο η αντίληψη που έχει ο άρρωστος για την κατάσταση της υγείας του απέχει από την πραγματικότητα και ποιο είναι το επίπεδο των γνώσεών του. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στον τρόπο με τον οποίο εκφράζει ή αποφεύγει να εκφράσει τις ανησυχίες του, ποιες λέξεις χρησιμοποιεί όταν μιλά για το σώμα ή την ασθένειά του και πώς εκδηλώνει τα συναισθήματά του.



### **Στάδιο 3: Εκτίμηση των αναγκών του αρρώστου σχετικά με την πληροφόρησή του**

Είναι σημαντικό να ερωτάται ευθέως το άτομο «πόσα» και «τι» επιθυμεί να γνωρίζει τη συγκεκριμένη στιγμή σχετικά με την αρρώστια, τη θεραπεία και την πρόγνωση. Έρευνες επισημαίνουν ότι ακόμα και όταν τα νέα είναι δυσάρεστα, οι περισσότεροι ασθενείς επιθυμούν να γνωρίζουν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες οι οποίες, αν και παροδικά αυξάνουν το άγχος, ωστόσο παρέχουν μια αίσθηση ελέγχου.

### **Στάδιο 4: Παροχή πληροφοριών**

Έχοντας υπόψη τις ανάγκες του αρρώστου, το προσωπικό υγείας αρχίζει την ενημέρωσή του τονίζοντας πρώτα τα σημεία που έχει ήδη επισημάνει ο ασθενής που περιγράφει την κατάσταση της υγείας του και αναφέρει τις ανησυχίες του. Οι πληροφορίες που παρέχει ο επαγγελματίας προσαρμόζονται στο επίπεδο των γνώσεων του αρρώστου, ενώ ταυτόχρονα γίνεται μια συνειδητή προσπάθεια εκπαίδευσής του. Οι ιατρικοί όροι πρέπει να αποφεύγονται ή να επεξηγούνται.

Σημαντική είναι και η αποφυγή ποσοστιαίων προγνωστικών εκτιμήσεων όσον αφορά τις πιθανότητες ίασης ή τη χρονική διάρκεια επιβίωσης. Οι στατιστικές ενδείξεις (π.χ. «Έχετε πιθανότητες 60% να θεραπευθείτε» ή «Ο μέσος όρος επιβίωσης για τη συγκεκριμένη αρρώστια είναι δύο χρόνια»), μπορεί να μην ανταποκρίνονται στην περίπτωση του αρρώστου ή να τον αποθαρρύνουν.

Όταν η πληροφόρηση παρέχεται σε μικρές δόσεις, τότε ελέγχεται η κατανόησή της και διευκρινίζονται τυχόν ασάφειες, παρερμηνείες ή απορίες. Η συχνή επανάληψη των κυριότερων σημείων, συνοδευόμενη από έντυπο ενημερωτικό υλικό, γραπτές οδηγίες ή διαγράμματα, ενισχύει την αφομοίωση των πληροφοριών και συμβάλλει στην απομνημόνευσή τους.

### **Στάδιο 5: Αναγνώριση συναισθημάτων και ανησυχιών**

Η ικανότητα του αρρώστου από τη σχέση του με το προσωπικό υγείας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την πληροφόρηση που δέχεται εξαρτάται και από τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι αυτά λαμβάνονται υπόψη από επαγγελματίες που ενδιαφέρονται πραγματικά γι' αυτόν.

## **Στάδιο 6: Προγραμματισμός και υποστήριξη**

Ο προγραμματισμός περιλαμβάνει τον προσδιορισμό άμεσων βραχυπρόθεσμων στόχων που θέτουν από κοινού ο ασθενής με το γιατρό ή το νοσηλευτή. Όταν οι στόχοι αφορούν τη θεραπεία, απαραίτητη είναι η συναίνεση του αρρώστου. Με τον όρο «συναίνεση» εννοείται η συγκατάθεση που δίνει ο άρρωστος προκειμένου να πραγματοποιηθούν στον ίδιο ορισμένες ιατρικές πράξεις που κρίνονται αναγκαίες από το γιατρό (Κουτσελίνης & Μιχαλοδημητράκης, 1984).

Συμπερασματικά, η ενημέρωση δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο γεγονός, αλλά μια συνεχή διαδικασία πληροφόρησης που προσαρμόζεται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του αρρώστου και δεν είναι απλή, καθώς απαιτεί δεξιότητες και πείρα. Απλοϊκές δικαιολογίες όπως «Ο άρρωστος δεν θέλει να ξέρει», «Καλύτερα να μην γνωρίζει τη σοβαρότητα της κατάστασής του, γιατί μπορεί να καταρρεύσει ή να αυτοκτονήσει», «Δεν αντέχω να του στερήσω τη μοναδική του ελπίδα...» κ.λ.π. εκφράζουν συχνά το άγχος του προσωπικού υγείας μπροστά στην αρρώστια, τον πόνο και τη δυσμενή εξέλιξη της υγείας του ασθενή και αποβλέπουν να προστατεύσουν τον ίδιο τον εργαζόμενο οδηγώντας τον ασθενή σε συναισθηματική απομόνωση.

#### **4.8. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ**

Ο βαθμούς της ικανοποίησης του ασθενή από την φροντίδα του, εξαρτάται από το σύνολο παραγόντων που πηγάζουν από την σχέση που αναπτύσσει με τον επαγγελματία υγείας. Δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες αφορούν α) την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών που παρέχει το προσωπικό στον ασθενή β) το ενδιαφέρον και την κατανόηση που δείχνει για τον ασθενή.

Κάθε ασθενής προσερχόμενος στον γιατρό φοβάται, αν και συγκαλυμμένα πολλές φορές, και στην πραγματικότητα θέλει να αισθανθεί ανακούφιση και σιγουριά παρά να θεραπευτεί, όσο περίεργο και αν φαίνεται αυτό. Συχνά όμως ο επαγγελματίας υγείας αναλαμβάνει το ρόλο του ειδικού που γνωρίζει, συμβουλεύει, ελέγχει και κατευθύνει τον ασθενή και σπάνια αφιερώνει χρόνο για να ακούσει τις ανησυχίες του.

#### **ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

Πρώτη αρχή και βασική προϋπόθεση για την κλινική επικοινωνία είναι η γνήσια διάθεση από την πλευρά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να καταλάβει και να βοηθήσει τον άρρωστο. Ο επαγγελματίας υγείας που θεωρεί τη συνομιλία με τον ασθενή ως "αναγκαίο κακό" ή ως περισπασμό από την ερευνητική, ακαδημαϊκή ή άλλη ασχολία του δεν μπορεί να επικοινωνήσει σωστά. Αυτό γίνεται αμέσως αντιληπτό από τον ασθενή, ο οποίος "κουμπώνεται", αποφεύγει να πει όλα όσα θα ήθελε και μένει με την εντύπωση ότι σπαταλά τον πολύτιμο χρόνο του προσωπικού. Το αποτέλεσμα είναι ελλιπής συνεννόηση στην καλύτερη περίπτωση και ζημία του αρρώστου στη χειρότερη. Υπό ιδανικές συνθήκες (και ειδικά στη νοσοκομειακή πράξη) αυτό προϋποθέτει σαφή κατανομή και διάκριση του εργασίμου χρόνου ανάμεσα σε ώρες διδακτικές, ώρες ερευνητικής και άλλης επιστημονικής εργασίας και ώρες που μπορούν να αφιερωθούν σε επαφές με ασθενείς και τους οικείους τους, τόσο με καθαρά ιατρικό, όσο και με ενημερωτικό σκοπό

Η επικοινωνία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού-ασθενούς είναι μια διαδικασία που αρχίζει από την πρώτη επαφή των δύο και διαρκεί όσο και η θεραπευτική τους σχέση. Οι πρώτες εντυπώσεις μένουν, και συνεπώς το προσωπικό που θέλει να δημιουργήσει σωστή επαφή και σχέση με τον άρρωστο του πρέπει να τον "κερδίσει" από την πρώτη στιγμή. Αυτό θα γίνει αν η συνομιλία τους διεξαχθεί υπό κατάλληλες συνθήκες. Ακόμη κι αν φαίνεται αυτονόητο, πρέπει να τονιστεί ότι η ευγένεια και η καλοσύνη, από την πλευρά του προσωπικού είναι απαραίτητη. Το βαρύ και δύσθυμο ύφος, η υπερβολική αυστηρό-

τητα, η έλλειψη χιούμορ, στέλνουν στον ασθενή το μήνυμα ότι το προσωπικό "δεν σηκώνει πολλές κουβέντες", με αρνητικές συνέπειες για τον παραπέρα διάλογο. Στο άλλο άκρο βέβαια μπορεί να συναντήσει κανείς την υπερβολική οικειότητα, που φθάνει καμία φορά στον εκχυδαϊσμό της σχέσης. Και τα δύο άκρα πρέπει να αποφεύγονται. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται άνετα με τους επαγγελματίες υγείας, αλλά οι δεύτεροι πρέπει να προστατεύσουν το κύρος τους (όχι με τρόπο υπεροπτικό) και να μη δίνουν αφορμή για παρεξηγήσεις.

Στην επικοινωνία προσωπικού-ασθενούς τα δύο μέρη δεν βρίσκονται στην ίδια συναισθηματική κατάσταση. Ο ασθενής προσέρχεται στον διάλογο κάτω από την πίεση των γεγονότων και τη συναισθηματική φόρτιση που αυτά του έχουν δημιουργήσει. Ανάλογα με την ψυχοσύνθεσή του μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο ψυχραιμος. Αντιδράσεις όπως θυμός, δυσπιστία, αμφισβήτηση, γκρίνια, ιδιοτροπία, επιθετικότητα και άρνηση της πραγματικότητας αποτελούν γνωστούς αμυντικούς μηχανισμούς, που επιστρατεύονται για να βοηθήσουν την προσαρμογή στη νέα (ενδεχομένως ανίατη) κατάσταση που προέκυψε και δεν στρέφονται εναντίον συγκεκριμένων προσώπων. Ο οργισμένος άρρωστος συνήθως δεν έχει "προσωπικά προηγούμενα" με το προσωπικό, έστω κι αν ο τελευταίος είναι ο άμεσος αποδέκτης της οργής. Το προσωπικό θα πρέπει να κατανοήσει και να αποδεχθεί τους μηχανισμούς αυτούς (που εξυπηρετούν το υποκείμενο άγχος του ασθενούς) και να απαντήσει όχι με μια εξίσου οργισμένη αντιπαράθεση, αλλά με την πληροφόρηση, την ανοικτή διάθεση για ενημέρωση και την πρόθυμη παροχή κάθε δυνατής βοήθειας.

Επίσης δεν πρέπει να μεταφέρει στην επικοινωνία με τον ασθενή τις δικές του "συναισθηματικές αποσκευές". Είναι βέβαια κι αυτοί άνθρωποι, που μπορεί να αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα σε προσωπικό, οικογενειακό ή κοινωνικό επίπεδο, και η διάθεσή τους δεν είναι κάθε μέρα αυθόρμητα ευχάριστη. Οπωσδήποτε όμως τα προβλήματά τους δεν θα βρουν λύση με ένα ξέσπασμα στον άρρωστο, ο οποίος ήρθε για να αποθέσει το φορτίο του. Όσο κι αν αυτό είναι δύσκολο (και ίσως να φαίνεται "άνισο"), το προσωπικό οφείλει να αφήνει τις προσωπικές του φροντίδες έξω από τον χώρο της κλινικής επικοινωνίας, ώστε να μπορεί να επιτελέσει την εργασία του πιο αντικειμενικά, χωρίς να επιβαρύνει τον ασθενή με αρνητικά συναισθήματα, που δυσχεραίνουν τη μεταξύ τους σχέση.

Ένα βασικό στοιχείο, που στην πράξη συχνά παραβλέπεται, είναι η ανάγκη για ήσυχο περιβάλλον, με απουσία εξωτερικών περισπασμών, το οποίο θα εξασφαλίζει την

απαραίτητη εμπιστευτικότητα του διαλόγου. Όχι σπάνια συναντάται το φαινόμενο συζητήσεις λεπτές, ακόμη και αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων, να γίνονται στο πόδι, στη μέση του διαδρόμου της κλινικής, "εις επήκοον πάντων". Σε άλλες περιπτώσεις η συζήτηση μπορεί να γίνεται μεν σε κάποιο γραφείο νοσοκομείου, στο οποίο όμως συνεχώς μπαίνουν τρίτα πρόσωπα, ξένα προς την φροντίδα του συγκεκριμένου ασθενούς. Πέρα από τη δεοντολογική υποχρέωση για τη διασφάλιση του απορρήτου, η κατάσταση αυτή δεν διευκολύνει και πρακτικά την επικοινωνία. Σ' ένα τέτοιο περιβάλλον οι αποκαλύψεις του αρρώστου σχετικά με την πάθησή του μπορεί να είναι συγκεκαλυμμένες ή να συνοδεύονται από αίσθημα ντροπής που δυσχεραίνει την έκφρασή τους.

Με την ευκαιρία ας σημειωθεί εδώ, σαν παρένθεση, ότι δυστυχώς η έννοια της ιδιωτικότητας (privacy) είναι σχεδόν άγνωστη στον ελληνικό νοσοκομειακό χώρο. Ακόμη και η κλινική εξέταση των ασθενών μπορεί να γίνεται σε θαλάμους χωρίς παραβάν ή σε διαδρόμους, σε κοινή θέα των υπολοίπων. Η στενότητα του χώρου είναι βέβαια ένα βασικό πρόβλημα, που πρέπει να αντιμετωπισθεί. Ωστόσο, ακόμη πιο βασική είναι η έλλειψη μιας κοινωνικής αγωγής και παιδείας, που θεωρείται αυτονόητο δικαίωμα να ανοίγουν την πόρτα ενός ιατρείου και να διακόπτουν την εξέταση ενός ασθενούς για να κάνουν τη δική τους δουλειά ή και να κουβεντιάσουν για άσχετα θέματα με τον θεράποντα γιατρό.

Ακόμη περισσότερο από την άνεση του χώρου η επικοινωνία απαιτεί άνεση χρόνου. Κάθε άρρωστος έχει τον δικό του τρόπο και θέλει να αποκαλύψει το πρόβλημά του με τον δικό του ρυθμό. Οπωσδήποτε όμως χρειάζεται κάποιο χρόνο για να γνωρίσει τον γιατρό (ιδίως αν τον βλέπει για πρώτη φορά) και να δημιουργήσει την απαραίτητη εμπιστοσύνη προς το πρόσωπό του. Αν βιάσουν τα πράγματα από την αρχή η εμπιστοσύνη αυτή μπορεί να χαθεί ή να μη δημιουργηθεί ποτέ. Αν ακολουθηθεί μια πειθαρχημένη διαδικασία στη λήψη του ιστορικού και τη συζήτηση με τον άρρωστο, ο απαιτούμενος χρόνος παρέχεται αυτόματα και φυσικά.

Ο χρόνος είναι πολύτιμος για το προσωπικό είναι όμως εξίσου πολύτιμος και για τον ασθενή. Ο δεύτερος συχνά είναι προετοιμασμένος να περιμένει, μια και αυτός έχει το πρόβλημα και αναζητεί βοήθεια. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι μπορεί οι επαγγελματίες υγείας να αγνοούν την δική του πίεση. Έτσι, θα πρέπει να σέβεται τον χρόνο του ασθενούς, και να παρέχει τις ανάλογες εξηγήσεις εκεί όπου μια καθυστέρηση είναι αναπόφευκτη, απροσδόκητη ή υπερβολικά παρατεταμένη.

Κάθε άνθρωπος θέλει να έχει μια αποκλειστικότητα. Ο ασθενής πρέπει να έχει την αίσθηση ότι ο χρόνος που του διαθέτουμε (είτε είναι πέντε λεπτά είτε μία ώρα) είναι απόλυτα δικός του. Αν η επικοινωνία του με το προσωπικό διακόπτεται συχνά από το τηλέφωνο ή από ενασχόληση του με άλλα πράγματα, η αποκλειστικότητα αυτή χάνεται και η επικοινωνία παρεμποδίζεται. Υπό ιδανικές συνθήκες τέτοιες διακοπές θα πρέπει να μειώνονται στο ελάχιστο, αλλά αν αυτό δεν μπορεί να γίνει θα πρέπει να ζητά συγγνώμη. Ο ασθενής που έχει την αμέριστη προσοχή του επαγγελματία υγείας φθάνει στην αποκάλυψη του προβλήματός του πιο σύντομα και έχει την ικανοποίηση ότι ο θεράπων τον άκουσε και τον πρόσεξε.

Στο ζήτημα αυτό ουσιαστικό ρόλο παίζει και η γλώσσα του σώματος ή, όπως ονομάζεται, μη λεκτική επικοινωνία. Η συνολική εικόνα που παρουσιάζει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στον άρρωστο (εμφάνιση, στάση, κινήσεις, έκφραση προσώπου), ακόμη και όταν δεν μιλάει, δίνει σημαντικά μηνύματα για τη σοβαρότητά του, το ενδιαφέρον του και την επιστημονική του ικανότητα. Αν δεν κοιτάζει τον ασθενή στα μάτια ενώ συζητά μαζί του, αλλά βλέπει έξω από το παράθυρο ή ανακατεύει χαρτιά σε κάποιο συρτάρι, ο άρρωστος δύσκολα θα πιστέψει ότι τον προσέχει. Αν οι κινήσεις, οι ματιές και η όλη του εμφάνιση δεν ταιριάζει με τα λόγια του, ο ασθενής θα αισθανθεί καχυποψία και δυσπιστία απέναντί του. Αντίθετα, η επαφή των ματιών σημαίνει ότι δεν έχει να κρύψει τίποτε και ότι του μιλάει ειλικρινά και με γνήσιο ενδιαφέρον για το πρόβλημά του. Αν θέλει να κρατάει σημειώσεις την ώρα της συζήτησης, καλό είναι να τον ενημερώσει, ώστε να γνωρίζει ότι η γραφική του απασχόληση έχει άμεση σχέση με το πρόβλημά του. Και πάλι θα πρέπει να σηκώνει συχνά το βλέμμα και να τον κοιτάζει στα μάτια, ώστε να μη χάνεται η αίσθηση της διαρκούς επαφής.

Από τη πλευρά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού η παρατήρηση της γλώσσας του σώματος του ασθενούς του δίνει χρήσιμες ενδείξεις για την ψυχική του κατάσταση, όπως είναι το κοκκίνισμα του προσώπου, ο τρόμος των χειλιών ή του πηγουνιού, οι κινήσεις αμηχανίας των χεριών, η αποφυγή του βλέμματος και τόσα άλλα. Επίσης προσέχει αν η συμπεριφορά ταιριάζει με τα λεγόμενα του ασθενούς ή υπάρχει διαφορά ανάμεσα σε όσα λέει και σε όσα δείχνει. Ο ασθενής που μιλάει με φαινομενικά αδιάφορο και ξένοιαστο ύφος, αλλά ταυτόχρονα στριφογυρίζει συνεχώς νευρικά τα δάχτυλά του, ίσως θέλει να πει κάτι περισσότερο από αυτό που λέει με λόγια και περιμένει την ανάλογη ενθάρρυνση.

Η επικοινωνία είναι μια διαδικασία αμφίδρομη. Αυτό σημαίνει ότι πριν μιλήσει το προσωπικό στον άρρωστο θα πρέπει να τον ακούσει με προσοχή και χωρίς διακοπές. Η ικανότητα της ενεργητικής ακρόασης δεν είναι τόσο φυσική όσο πιστεύεται, αλλά θα πρέπει να καλλιεργείται συστηματικά από τη μεριά του προσωπικού. Σε μια μελέτη με μαγνητοφωνημένες κλινικές συνομιλίες χρονομετρήθηκε το διάστημα για το οποίο μίλησε ο ασθενής πριν τον διακόψει για πρώτη φορά ο γιατρός και βρέθηκε ότι ήταν κατά μέσο όρο 18 δευτερόλεπτα. Αυτό σημαίνει ότι ο άρρωστος δεν πρόλαβε να μπει στην ουσία του προβλήματός του και παρέλειψε σημαντικά επιμέρους στοιχεία. Ο William Osler, από τους πιο φημισμένους κλινικούς, συμβούλευε τους μαθητές του: «Ακούτε τον άρρωστο! Σας λέει ο ίδιος την διάγνωση». Η συμβουλή αυτή ισχύει σχεδόν χωρίς εξαίρεση. Μάλιστα ο Peter Tate γράφει ότι οι περισσότεροι καλοί γιατροί γνωρίζουν ότι αν δεν έχουν καταλήξει σε μια πιθανή διάγνωση μετά τη συνομιλία τους με τον ασθενή, η κλινική εξέταση σπάνια θα τους διαφωτίσει.

Η ενεργητική ακρόαση δεν προϋποθέτει μόνο τη λειτουργία της ακοής, αλλά περιλαμβάνει και την κατανόηση και ερμηνεία των λόγων του ασθενή με καρκίνο. Ενεργητική ακρόαση σημαίνει ότι το προσωπικό δίνει ακέραια την προσοχή του στον ασθενή, αποφεύγοντας να τον διακόπτει και αποκλείοντας τους εξωτερικούς περισπασμούς. Ο ασθενής πρέπει να βλέπει ότι τον προσέχουν, ώστε ανεμπόδιστα να πει αυτό που θέλει. Επειδή δεν έχουν όλοι οι ασθενείς ανεπτυγμένο το χάρισμα της ευγλωττίας, χρειάζεται να έχουν οι επαγγελματίες υγείας υπομονή με ασθενείς που μιλούν αργά, κάνουν πολλές επαναλήψεις ή χρησιμοποιούν ασύνδετες φράσεις.

Στην όλη συζήτηση με τον ασθενή πρέπει ιδιαίτερα να προσέξουμε τη χρήση της γλώσσας. Ο Mishler χαρακτηριστικά γράφει ότι οι γιατροί και οι ασθενείς μιλούν διαφορετικά. Ο λόγος του γιατρού χαρακτηρίζεται από ιατρικούς όρους, αντικειμενικές περιγραφές σωματικών συμπτωμάτων και ταξινόμηση των συμπτωμάτων αυτών μέσα σ' ένα βιοϊατρικό μοντέλο. Ο λόγος του ασθενούς χαρακτηρίζεται από μη τεχνολογική αφήγηση της υποκειμενικής εμπειρίας της νόσου μέσα στο πλαίσιο των κοινωνικών σχέσεων και του καθημερινού κόσμου όπου ζει ο ασθενής. Επειδή ο γιατρός ομιλεί από θέση ισχύος, ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται ότι η φωνή του καταπνίγεται, υποβαθμίζεται ή απογυμνώνεται από το προσωπικό και κοινωνικό της περιεχόμενο. Το ζητούμενο είναι να βρεθεί τρόπος επικοινωνίας κατάλληλος για την περίπτωση, που να μη "καταπιέζει" τον ασθενή, αλλά και να μην αφαιρεί από την ουσία της συζήτησης.

Η γλώσσα του ασθενούς δεν εκφράζει πάντα αμέσως και χωρίς περιστροφές το πρόβλημα του. Ο Recordon γράφει: «Συχνά ένας άρρωστος χρησιμοποιεί τις λέξεις για να "τριγυρίζει" γύρω από προβλήματα που τον κάνουν να ντρέπεται ή να πονά. Χρησιμοποιεί αυτό το τριγύρισμα για να δοκιμάσει τη σχέση, ώστε να δει αν τολμά να πει αυτό που ήρθε για να πει, για να δει σε τι διάθεση βρίσκεται ο γιατρός, για να τον δοκιμάσει πρώτα με μερικά διαφορετικά συμπτώματα

Ακόμη, και πάλι κατά την περιγραφή του Recordon, «Με τις λέξεις εκφράζουμε όχι μόνο πραγματικά γεγονότα, αλλά και συναισθήματα. Ξέρουμε ότι τα συναισθήματα κρύβονται πίσω από όλες σχεδόν τις αρρώστιες: μερικές φορές προκαλούν τη νόσο, μερικές φορές τη μεγεθύνουν, καθώς προσθέτουν τα στοιχεία του τρόμου, του φόβου, της ανησυχίας, της μοναξιάς ή της αυτοκατάκρισης. Η αρρώστια υποφέρεται και αντιμετωπίζεται πιο εύκολα, αν τα συναισθήματα αυτά μπορούν να συζητούνται». Πολλές φορές οι ασθενείς αποφεύγουν να εκφράσουν τα συναισθήματα τους με λόγια, μπορεί όμως να δίνουν ενδείξεις με την υπόλοιπη συμπεριφορά τους ότι κάτι θέλουν να πουν. Μερικές ενθαρρυντικές παρατηρήσεις από μέρους του προσωπικού ή και διαστήματα σιωπής μπορεί να βοηθήσουν, ώστε να εξωτερικευτούν τα συναισθήματα αυτά και να γίνει πιο εύκολη και πιο ουσιαστική η παραπέρα σχέση.

. Συχνά στην ομιλία του προσωπικού υγείας επικρατεί η επιστημονική "αργκό", με αποτέλεσμα ο ασθενής να βομβαρδίζεται από μακροσκελείς λέξεις με λίγη ή και καμία σημασία γι' αυτόν. Η γλώσσα της επικοινωνίας πρέπει να είναι στο επίπεδο του ασθενή ο οποίος ίσως δεν είναι σε θέση να εκτιμήσει τις επιστημονικές γνώσεις, αλλά πρέπει να καταλάβει όσα θα του πει οι γιατροί και οι νοσηλευτές. Είναι προτιμότερο οι εξηγήσεις να είναι απλές και κατανοητές, έστω κι αν στα δικά τους αφτιά ακούγονται αφελείς και απλοϊκές. Σκοπός δεν είναι να κάνουν επιστημονική διάλεξη, αλλά να δώσουν πρακτικές εξηγήσεις και συμβουλές.

Εκτός από τον προφορικό λόγο και τη γλώσσα του σώματος, με τους ασθενείς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό επικοινωνεί και με την αφή. Σε κάθε κοινωνία ανθρώπων τα ήθη και οι συμβατικοί κανόνες συμπεριφοράς υπαγορεύουν τον βαθμό σωματικής επαφής που είναι αποδεκτός σε οποιαδήποτε σχέση. Στη σχέση προσωπικού-ασθενούς η κλινική εξέταση είναι μια καθιερωμένη διαδικασία, που έχει "τελετουργικό" χαρακτήρα: η παράλειψή της, εκτός του ότι αποτελεί ουσιαστικό σφάλμα, δημιουργεί δικαιολογημένα στον ασθενή με καρκίνο την εντύπωση της αμέλειας και αδιαφορίας («Ούτε καν με εξέτασε ο γιατρός»). Η διαδικασία αυτή είναι ετεροβαρής (ο γιατρός κυρίως αγγίζει τον α-



σθενή), και οι ασθενείς μπορεί να πάρουν πολλά μηνύματα από τον τρόπο με τον οποίο τους εξετάζουμε. Η βιασύνη, η απρέπεια, η έλλειψη σεβασμού προς τον άρρωστο, την εμφάνιση και την αξιοπρέπειά του (π.χ. βίαιο τράβηγμα των ρούχων, εγκατάλειψη του αρρώστου ακάλυπτου μετά την εξέταση) δημιουργούν αρνητικές εντυπώσεις, που δύσκολα επανορθώνονται. Οπωσδήποτε δεν πρέπει να προκαλείται στον ασθενή που πάσχει από καρκίνο και θα πρέπει να ζητείται αμέσως συγγνώμη αν κάτι τέτοιο συμβεί. Ακόμη πιο σωστό είναι να προειδοποιείται ο άρρωστος για χειρισμούς που μπορεί να προκαλέσουν πόνο («Θα σας πιέσω την κοιλιά: πείτε μου αν αισθανθείτε κάτι»).

Εκτός από την κλινική εξέταση η αφή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να δώσει στον άρρωστο -ανάλογα με τις περιστάσεις- την ενθάρρυνση, τη διαβεβαίωση ότι όλα θα πάνε καλά ή ότι το προσωπικό θα είναι δίπλα του ότι κι αν συμβεί. Το σφίξιμο του χεριού, το άγγιγμα στον ώμο ή το μπράτσο του αρρώστου που είναι στο κρεβάτι, ακόμη και το πέρασμα του χεριού του γύρω από τους ώμους του, συμβάλλουν στην επικοινωνία αυτή. Ο βαθμός της οικειότητας που έχει ήδη αναπτυχθεί στη θεραπευτική σχέση καθορίζει και τις ανάλογες εκδηλώσεις. Εξάλλου οι ασθενείς με καρκίνο μπορεί να δείχνουν με τη συμπεριφορά τους ότι αποφεύγουν ή επιδιώκουν τέτοιου είδους εκδηλώσεις. Στην πρώτη περίπτωση ο επαγγελματίας υγείας θα συμμορφωθεί με τη διάθεσή τους, ενώ στη δεύτερη θα πρέπει να είναι επιφυλακτικός ώστε να μην δείξει μια οικειότητα που μπορεί να είναι παρεξηγήσιμη. Η γραμμή μεταξύ του πρέποντος και τους απρεπούς συχνά είναι πολύ λεπτή και δυσδιάκριτη.

Μια τελευταία, αλλά όχι μικρής σημασίας, προϋπόθεση για σωστή επικοινωνία μεταξύ ασθενή με καρκίνο και προσωπικού υγείας είναι η ευθύτητα και η ειλικρίνεια.. Η όλη συζήτηση με τον ασθενή πρέπει να γίνεται σε τόνο που δεν αφήνει υποψίες, ενδοιασμούς, επιφυλάξεις ή αφορμή για παρεξηγήσεις. Για παράδειγμα, αν ο ασθενής έχει την εντύπωση ότι, ενώ το προσωπικό μιλάει σ' αυτόν, κάνει νοήματα ή ρίχνει ματιές προς κάποιον συνοδό του, θα υποψιασθεί ότι δεν του λει ολόκληρη την αλήθεια. Εκεί που πραγματικά υπάρχει ανάγκη για μια χωριστή συζήτηση με κάποιο πρόσωπο του περιβάλλοντος του ασθενούς, θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στον τόπο, τον τρόπο και τον χρόνο της επικοινωνίας αυτής, η οποία θα πρέπει να είναι ανεξάρτητη από τον διάλογο με τον ίδιο τον άρρωστο.

Το είδος των ερωτήσεων που θα χρησιμοποιήσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει μεγάλη σημασία. Γενικά οι ερωτήσεις διακρίνονται σε ανοικτές και κλειστές. Κάθε είδος έχει τη χρησιμότητά του. Οι ανοικτές ερωτήσεις αφήνουν ελεύθερο το πεδίο στον

ασθενή με καρκίνο να οδηγήσει τη συζήτηση όπου εκείνος θέλει, χωρίς περιορισμούς κάνοντας την απλή αρχική ερώτηση: «Τι σας συμβαίνει;» Η ανοικτή ερώτηση μπορεί να προσφέρει τις πιο σημαντικές πληροφορίες για τη μορφή και τη διαχρονική εξέλιξη των συμπτωμάτων, καθώς και για τη γενική κατάσταση του καρκινοπαθή. Σχηματίζει το περίγραμμα ενός χάρτη, στον οποίο μπορούμε στη συνέχεια να προστεθούν λεπτομέρειες, αφού αρχικά προσδιοριστούν τα σύνορα. Αν η λήψη του ιστορικού αρχίζει με στενές κλειστές ερωτήσεις του τύπου: «Βήχετε;» ή «Κάνετε πυρετό;», η εργασία μοιάζει με την απόπειρα να σχεδιάσουμε τον χάρτη γύρω από τις δυο-τρεις πόλεις που σημειώσαμε πάνω στο λευκό χαρτί. Μόνο όταν ο ασθενής αρχίζει να μακρηγορεί και να απομακρύνεται από το θέμα να "βγαίνει από τα σύνορα", θα χρειασθεί, διακριτικά και όχι απότομα, να τον επαναφέρει στην αφήγηση με συγκεκριμένες ερωτήσεις.

Η λήψη του ιστορικού δεν θα πρέπει να δίνει στον άρρωστο την αίσθηση της ανάκρισης, αλλά της ήρεμης συζήτησης, με ενδιαφέρον για το πρόβλημά του. Με το πνεύμα αυτό δεν θα πρέπει να αγχώνεται ο ασθενής να απαντά στις ερωτήσεις του προσωπικού αλλά να αποδέχεται τις περιόδους σιωπής, που μπορεί να είναι πραγματικά παραγωγικές. Μετά από λίγες στιγμές παύσης οι ασθενείς μπορεί να προσφέρουν ουσιαστικές πληροφορίες, συχνά απροσδόκητες, αλλά χρήσιμες και σχετικές με την πάθησή τους, που βοηθούν να φανεί το πρόβλημα από μια τελειώς διαφορετική οπτική γωνία. Αν ωστόσο οι παύσεις αυτές παρατείνονται υπερβολικά, θα πρέπει να επαναληφθεί η ερώτηση ή να προχωρούμε σε κάτι άλλο, επιστρέφοντας ίσως αργότερα στο προηγούμενο θέμα μας.

Η επικοινωνία με τις γυναίκες ασθενείς μοιάζει να έχει κάποια πλεονεκτήματα. Το να μοιράζει κανείς τα συναισθήματά του φαίνεται να είναι μια γυναικεία «οπτική». Επιπλέον οι γυναίκες επικοινωνούν καλύτερα κατά τη διάρκεια ψυχοπαιστικών γεγονότων και τείνουν να έχουν πιο πολλές φίλες και περισσότερες πηγές υποστήριξης. Πιστεύουν ότι με το να εκφράζουν τα συναισθήματά τους θα αισθανθούν καλύτερα. Λόγω όλων αυτών αντιμετωπίζουν καλύτερα το ψυχοπαιστικό γεγονός του καρκίνου και ως ασθενείς και ως επαγγελματίες υγείας.

Αντίθετα, οι άνδρες φαίνεται να προτιμούν περισσότερο την πληροφόρηση, να κατέχουν ένα πλάνο της νόσου, και λιγότερο τη συναισθηματική έκφραση. Οι διαφορές αυτές παίζουν ρόλο όχι μόνο στην επικοινωνία αλλά και στον σχεδιασμό ομάδων υποστήριξης ή αυτοβοήθειας: εκεί φαίνεται ότι οι γυναίκες όχι μόνο τις χρησιμοποιούν περισσότερο από τους άνδρες, αλλά και προτιμούν το μοίρασμα των κοινών εμπειριών με άλλες συνασθενείς τους.

Σε ασθενείς που γνωρίζουν ότι έχουν περιορισμένο χρόνο επιβίωσης, η ελπίδα πρέπει να συντηρείται συνεχώς. Πρέπει να βοηθήσουμε τους ασθενείς να «βρούνε» κάτι το οποίο θα θελήσουν να ζήσουν, όπως «θα ζήσω μέχρι τον γάμο της κόρης μου». Αυτές οι «μικρές ελπίδες» είναι πολύ σημαντικές για το ηθικό και την επιβίωσή τους.

#### **4.9. ΦΡΑΓΜΑΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

Ενίοτε απλά σφάλματα στην επικοινωνία μπορούν να σταθούν εμπόδιο στην εγκατάσταση της σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Συχνά το προσωπικό διακόπτει τον ασθενή για να του απαντήσει αμέσως μόλις εκφράσει το πρώτο πρόβλημα ή ανησυχία. Οι φραγμοί επικοινωνίας πηγάζουν τόσο από προσωπικές η κοινωνικές συνήθειες του επαγγελματία υγείας όσο και από προσωπικές του ανάγκες να λειτουργήσει ως σύμβουλος η γονέας. Ορισμένοι από τους συνηθέστερους φραγμούς περιλαμβάνουν:

**Αλλεπάλληλες ερωτήσεις.** Οι πολλές ερωτήσεις δίνουν την αίσθηση της ανάκρισης και εμποδίζουν την ελεύθερη έκφραση

**Κήρυγμα, ηθικολογία.** Συχνά το προσωπικό υγείας ηθικολογεί καθοδηγώντας τον ασθενή πως πρέπει να νιώσει να σκέφτεται η να συμπεριφέρεται

**Κριτική.** Η κριτική μειώνει τον ασθενή και εμποδίζει την ανεπιφύλακτη αποδοχή του και συγχρόνως έχει ως αποτέλεσμα να ενισχυθεί την αμυντική η την επιθετική στάση του ασθενή

**Συμβουλή, καθοδήγηση.** Η καθοδήγηση δημιουργεί στον ασθενή το αίσθημα ότι δεν ορίζει τις καταστάσεις και δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες

**Εφησυχασμός, παρηγοριά.** Το προσωπικό υγείας αποφεύγει να αναγνωρίσει και να συζητήσει τα οδυνηρά συναισθήματα του ασθενή με αποτέλεσμα να παραγνωρίζονται οι βαθύτερες αιτίες των προβληματισμών του

**Εκλογίκευση ή ελαχιστοποίηση των ανησυχιών.** Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε συναισθηματική φόρτιση το προσωπικό υγείας επιδιώκει με λογικά επιχειρήματα να τον «συναντήσει» αγνοώντας τα συναισθήματα του

**Απειλή η προειδοποίηση.** Με την απειλή το προσωπικό υγείας επιδιώκει να ελέγξει την συμπεριφορά του ασθενή γεγονός που έχει αρνητικές επιπτώσεις στην συνεργασία τους

**Αποφυγή η αλλαγή στο θέμα της συζήτησης.** Όταν ο επαγγελματίας υγείας νιώθει αμηχανία σε κάποιο μέρος της συζήτησης η αδυναμία να χειριστεί τις αντιδράσεις

του ασθενή αποφεύγει συχνά το θέμα θέτει ερωτήσεις που αποπροσανατολίζουν τον ασθενή η αρχίζει να μιλά ο ίδιος

Αν και οι παραπάνω φραγμοί μπορεί να μοιάζουν ανώδυνοι στην πραγματικότητα αποτελούν συμπεριφορές «υψηλού κινδύνου» καθώς παρεμποδίζουν την επικοινωνία και αποξενώνουν τους συνομιλητές

Σε γενικές γραμμές ο ασθενής χρειάζεται ανθρώπινη επαφή και όχι μεγαλόστομες παρηγοριές. Εκείνο που ζητάει στην πραγματικότητα δεν είναι μια διαγνωστική ή προγνωστική πληροφόρηση αλλά μια σχέση εμπιστοσύνης. Το να ακούει κανείς μπορεί να είναι κουραστικό, χρονοβόρο και συναισθηματικά οδυνηρό, αλλά δίνει εξαιρετική ικανοποίηση. Αν μιλάει ο ασθενής για τους πόνους, μιλάμε και εμείς γι' αυτούς. Αν μιλάει για τα προβλήματα της οικογένειας μιλάμε και εμείς γι' αυτά.

Οι μη εκφρασμένες ανησυχίες είναι αυτές που μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα και δυστυχώς οι περισσότερες έρευνες πάνω στην επικοινωνία επικεντρώνονται σε αυτά που λέγονται παρά σε αυτά που δεν εκφράζουν οι ασθενείς. Επιγραμματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι για να γίνουμε καλοί ακροατές και να κατανοούμε όχι μόνο τις λέξεις αλλά και τα συναισθήματα, τις στάσεις και τις προκαταλήψεις του ατόμου που μας μιλά θα έπρεπε :

Να μη βιαστούμε να απαντήσουμε με την πρώτη παύση που κάνει. Όσο πιο πολύ μπορούμε να μένουμε σιωπηλοί τόσο καλύτεροι ακροατές είμαστε και τόσο μεγαλύτερη κατανόηση και υποστήριξη δίνουμε.

Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις, μετά από μια ερώτηση είναι σίγουρο ότι ο ασθενής δεν θέλει να πάρει γρήγορη απάντηση, αλλά να κινητοποιήσει το ενδιαφέρον του θεράποντα.

Η βλεμματική είναι σημαντική επειδή σχεδόν όλοι μας όταν μιλάμε θέλουμε να ξέρουμε πως αντιδρά ο άλλος για να μπορέσουμε να συνεχίσουμε.

Όταν θελήσουμε να ρωτήσουμε κάτι καλά θα ήταν να αποφύγουμε τη λέξη «γιατί;». Αφενός εκλαμβάνεται ως κριτική αφετέρου πράγματι ο ασθενής μπορεί να μη ξέρει πώς να απαντήσει.

Όταν εκφράζονται αρνητικά συναισθήματα, π.χ. θυμός, που ξέρουμε ότι πρέπει να βγουν στην επιφάνεια, θα μπορούσε να γίνει η παρότρυνση με την έκφραση «θα ήθελες να μου πεις περισσότερα γι' αυτό;».

Τέλος όταν θέλουμε ο ασθενής να σκεφθεί και άλλες εναλλακτικές λύσεις θα μπορούσαμε να πούμε «κάποια άλλη ιδέα;».

Η ενθάρρυνση από το προσωπικό της εξωτερίκευσης συναισθημάτων ενοχής ή θυμού μελών της οικογένειας είναι επίσης μια σημαντική συνιστώσα της όλης υποστήριξης. Η παρεμπόδιση έκφρασης τέτοιων συναισθημάτων της οικογένειας μπορεί να δράσει ανασταλτικά στο μεγαλύτερο πλησίασμα της οικογένειας αυτές τις στιγμές και έχει βρεθεί ερευνητικά ότι η υποστήριξη του κοινωνικού δικτύου έχει την πιο σίγουρη ευεργετική επίδραση στον οργανισμό του ασθενούς μέσω της ενίσχυσης της βιολογικής και της συμπεριφερειολογικής προσαρμογής.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 50

## 5. Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ

*"Κανένας άνθρωπος δεν είναι νησί,*

*ολόκληρο από μόνο του."*

Με τη φράση αυτή ο John Donne (1572-1631) περιέγραψε την πραγματικότητα ότι κανένας δεν είναι απόλυτα ανεξάρτητος, αυθύπαρκτος και ξένος από άλλους ανθρώπους. Έτσι, η πατρική οικογένεια αποτελεί για τον καθένα τον πρώτο κύκλο ανθρώπων με τον οποίο σχετίζεται, από τη στιγμή της γέννησης και κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης. Ο κύκλος αυτός προοδευτικά διευρύνεται και περιλαμβάνει λίγα ή πολλά συγγενικά πρόσωπα. Στη συνέχεια ο ενήλικας άνθρωπος δημιουργεί δική του οικογένεια, δεν παύει όμως να διατηρεί τον σύνδεσμο με την ευρύτερη οικογένεια της καταγωγής του. Η στενότητα του συνδέσμου αυτού εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τα ήθη και τα πολιτισμικά δεδομένα της κοινωνίας στην οποία ζει.

### 5.1. Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Στη σχέση προσωπικού -ασθενούς, εμπλέκεται και η οικογένεια του τελευταίου. Μια αρρώστια, ιδίως όταν είναι σοβαρή ή χρόνια, διαταράσσει όχι μόνο την προσωπική ζωή του ασθενούς, αλλά και τις σχέσεις του με τα μέλη της οικογένειας και την ίδια τη ζωή των μελών αυτών. Έτσι, εκτός από τον άρρωστο, πάσχουν συγχρόνως και ο/ η σύζυγος, τα παιδιά, οι γονείς, τα αδέρφια ή και άλλοι συγγενείς, κατά περίπτωση. Συχνά ο ασθενής προσέρχεται στον γιατρό συνοδευόμενος από κάποιο συγγενικό του πρόσωπο. Συνεπώς η επικοινωνία με τον άρρωστο συχνά δεν περιορίζεται σε δύο μόνο πρόσωπα, αλλά διευρύνεται και αφορά σε πολύ περισσότερα άτομα.

Η ύπαρξη συγγενικού (και κατά δεύτερο λόγο φιλικού) περιβάλλοντος είναι ένας ουσιαστικός παράγων στην πορεία του καρκίνου. Η οικογένεια αποτελεί το άμεσο σύστημα υποστήριξης του ασθενούς, τόσο φυσικής (στέγη, τροφή, καθαριότητα, καθημερινές ανάγκες κτλ.), όσο και ψυχολογικής. Σε βιβλία και άρθρα που αναφέρονται στην άσκηση της οικογενειακής ιατρικής, της γηριατρικής και της παρηγορητικής αγωγής στις σύγχρονες δυτικοποιημένες κοινωνίες διαβλέπει κανείς τη "ζήλια" με την οποία οι συγγραφείς βλέπουν κοινωνίες όπως οι μεσογειακές ή οι ανατολικές / ασιατικές, στις οποίες η διευρυμένη οικογένεια (θείοι, ξαδέλφια, παππούδες κτλ.) παρέχει πλήρη και συνεχή βοήθεια και συμπαράσταση σε ένα από τα μέλη της που βρίσκεται σε ανάγκη.

Έτσι, στη μέριμνά του προσωπικού υγείας για τον άρρωστο με καρκίνο δεν θα πρέπει να αγνοεί την παρουσία και τις ανάγκες των μελών της, που κυρίως φέρουν το βάρος της φροντίδας. Οι άνθρωποι αυτοί βρίσκονται δίπλα στον ασθενή 24 ώρες το 24ωρο, υποβάλλονται σε σημαντικές ταλαιπωρίες (όχι μόνο σωματικές), στερούνται πολλά πράγματα και θυσιάζουν την ιδιωτική τους ζωή προκειμένου να προσφέρουν στον άνθρωπό τους. Αν με τη στάση του το προσωπικό υγείας δείχνει ότι τους περιφρονεί ή δεν αναγνωρίζει την προσφορά αυτή, τους πληγώνει βαθιά. Αντίθετα, αν τους αποδέχεται πρόθυμα ως συνεταίρους στο έργο της φροντίδας, η αυτοπεποίθηση και το κουράγιο τους μεγαλώνουν και μπορούν να συνεχίσουν με ανανεωμένες δυνάμεις την εργασία τους.

Γενικά οι συγγενείς έχουν τις ίδιες ανάγκες επικοινωνίας με τον άρρωστο. Σκοπός της επικοινωνίας με τους συγγενείς είναι να τους βοηθήσουν οι εργαζόμενοι να προσφέρουν με τον πιο σωστό τρόπο τις υπηρεσίες τους στον πάσχοντα, αλλά και να προσαρμοσθούν οι ίδιοι στην κατάσταση της νόσου και της ενδεχόμενης κακής έκβασης. Οι ανάγκες αυτές θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ανάλογο τρόπο.

Έτσι:

Η λήψη του ιστορικού μπορεί να περιλαμβάνει και συγγενικά πρόσωπα, από τα οποία μπορεί να αποκομιστούν σημαντικές πληροφορίες, ιδίως εκεί που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να μας ενημερώσει με ακρίβεια ή και καθόλου

Η παροχή πληροφοριών και ενημέρωσης σχετικά με τη νόσο δεν θα πρέπει να γίνεται μόνο προς τον ασθενή, αλλά και προς το στενό συγγενικό του περιβάλλον, ιδίως στις περιπτώσεις που υπάρχει ανάγκη για μακροχρόνια φροντίδα στο σπίτι.

Η ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων στους συγγενείς του αρρώστου θα πρέπει να γίνεται με την ίδια ευαισθησία και λεπτότητα με την οποία θα προσεγγίσουν οι επαγγελματίες υγείας και τον άρρωστο.

Συχνά οι συγγενείς αισθάνονται την ανάγκη να αποθέσουν στον γιατρό ή το νοσηλευτή το συναισθηματικό βάρος που καθημερινά σηκώνουν. Αυτή η εκφόρτιση πρέπει να γίνεται αποδεκτή χωρίς διαμαρτυρία από τη πλευρά του προσωπικού, διότι έχει θεραπευτικό χαρακτήρα. Έχοντας ακούσει τα βάσανα που υποφέρουν, στη συνέχεια μπορούν να τους υποδείξουν τρόπους ενδεχόμενης ανακούφισης, που εκείνοι δεν έχουν σκεφθεί.

Τέλος, η οδός της επικοινωνίας θα πρέπει να παραμένει ανοικτή στους συγγενείς, για τυχόν προβλήματα ή ανάγκες που ανακύπτουν στην πορεία της νόσου.



## 5.2. ΑΡΝΗΣΗ - ΣΥΝΩΜΟΣΙΕΣ ΣΙΩΠΗΣ

Συχνά στην αντιμετώπιση ασθενών με σοβαρά νοσήματα όπως είναι ο καρκίνος δημιουργούνται οι λεγόμενες "συνωμοσίες σιωπής". Οι συγγενείς ζητούν από τον γιατρό να μην αποκαλύψει την αλήθεια στον ασθενή, φοβούμενοι την κακή ψυχολογική αντίδραση του τελευταίου και ο γιατρός αποδέχεται το αίτημα αυτό. Ακόμη, στην ελληνική πραγματικότητα συχνά συναντάται το φαινόμενο να αρχίζει από τον γιατρό η συνωμοσία αυτή.

Ανεξάρτητα από το ποιος κάνει την αρχή, οι συνέπειες είναι ίδιες για τον άρρωστο πολλές φορές εκείνος υποπεύεται την αλήθεια, αλλά σκέφτεται ότι αυτή θα είναι ψυχικά δυσβάστακτη για τους συγγενείς του κι έτσι προσπαθεί να τους προστατεύσει από την επώδυνη πραγματικότητα, αποφεύγοντας να μιλάει γι' αυτήν και προσποιούμενος ότι δεν γνωρίζει τίποτε. Αποτέλεσμα είναι η απομόνωση του αρρώστου, ο οποίος σηκώνει το φορτίο της διάγνωσης μόνος του, γεγονός που του δημιουργεί περισσότερο άγχος, φόβο και σύγχυση. Αντίστοιχα, οι οικείοι αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν με ψέματα την κατάσταση, και αυτή η εξαπάτηση (έστω και καλοπροαίρετη) πληγώνει τον ασθενή περισσότερο από την επώδυνη αλήθεια. Αποτέλεσμα είναι η οικογένεια να μην επικοινωνεί ουσιαστικά και να μην επιλύει σημαντικά προβλήματα, σε μια χρονική στιγμή που περισσότερο παρά ποτέ υπάρχει ανάγκη στενής συνεργασίας. Απώτερη συνέπεια μπορεί να είναι η ανάπτυξη ενοχής και τύψεων στους συγγενείς μετά τον θάνατο του αρρώστου, διότι πιστεύουν ότι δεν στάθηκαν κοντά του τόσο, όσο θα έπρεπε.

Όταν αντιμετωπίζεται το αίτημα ενός συγγενούς για απόκρυψη της αλήθειας από τον άρρωστο, θα πρέπει να διερευνώνται τα κίνητρά του. Συχνά πιστεύεται ότι οι συγγενείς προσπαθούν να προστατεύσουν τον εαυτό τους από τον πόνο της αποκάλυψης, αλλά το συνηθέστερο είναι ότι πραγματικά ενεργούν από αγάπη και ενδιαφέρον για τον ασθενή. Μερικές φορές το αίτημά τους μπορεί να προέρχεται από άρνηση των ιδίων να δεχθούν την πραγματικότητα, οπότε θα πρέπει το προσωπικό να βοηθήσει προς την κατεύθυνση αυτή. Αφού διαπιστωθεί πόσα καταλαβαίνουν σχετικά με την αρρώστια, θα πρέπει να συζητηθεί για το κόστος της σιωπής αυτής πόσο επιβαρύνονται οι ίδιοι, όταν χρειάζεται να κρύβονται από τον άρρωστο και να φορούν το προσωπίο του ξένοιαστου και αδιάφορου μπροστά του;

Εφόσον οι συγγενείς παραδεχθούν ότι η απόκρυψη της αλήθειας συνεπάγεται μεγάλη ψυχική οδύνη για τους ίδιους, μπορούμε να τους τεθεί το ζήτημα της ανοικτής συ-

ζήτησης με τον ασθενή, όπου θα δοθεί στον τελευταίο την ευκαιρία να εξωτερικεύσει όσα εκείνος γνωρίζει. Αν ο ασθενής βρίσκεται σε άρνηση και ψυχολογικά φαίνεται να ισορροπεί καλά μέσα στην άγνοιά του, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να σεβαστούν αυτόν τον αμυντικό μηχανισμό και δεν να μην προσπαθήσουν να του φορτώσουν την αλήθεια, που δεν είναι έτοιμος να δεχθεί. Αν όμως δείξει ότι πράγματι ξέρει ή υποπτεύεται την αλήθεια, τότε θα μπορέσουν να επιβεβαιώσουν τις υποψίες του και έτσι να διευκολύνουν τον διάλογο με τους συγγενείς. Ο διάλογος αυτός θα επιτρέψει στα μέλη μιας οικογένειας να έχουν την καλύτερη δυνατή ανταλλαγή απόψεων μέσα στην πραγματικότητα που δημιουργεί η νόσος και να ολοκληρώσουν εργασίες ή υποχρεώσεις, που αλλιώς μπορεί να έμεναν σε εκκρεμότητα, λόγω της έλλειψης επικοινωνίας. Επειδή, συχνά ο ασθενής βρίσκεται και εκείνος σε μια κατάσταση προστατευτικής σιωπής απέναντι στους οικείους του, η διαμεσολάβηση του γιατρού για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας κατά κανόνα θα είναι ευπρόσδεκτη και από τα δύο μέρη, αν και αρχικά ο διάλογος θα είναι συναισθηματικά πολύ φορτισμένος. Είναι αυτονόητο ότι μια τέτοια προσέγγιση μπορεί να εφαρμοσθεί και να αποδώσει καλύτερα, αν το ίδιο το προσωπικό έχει ξεπεράσει τους δικούς του φόβους και την αμηχανία του μπροστά στις συναισθηματικές αντιδράσεις των συνομιλητών του.

### **5.3. ΠΟΛΛΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ - ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ**

Συχνά ο επαγγελματίας υγείας αντιμετωπίζει περισσότερα από ένα συγγενικά πρόσωπα, που θέλουν να πάρουν ξεχωριστά πληροφορίες για τον ασθενή ή και να εκφράσουν διαφορετικές απόψεις για την πορεία της θεραπείας του. Αυτό συχνά φθάνει να γίνεται κουραστικό για το προσωπικό όχι μόνο γιατί αποτελεί πρόσθετο φόρτο εργασίας, αλλά και διότι μπορεί ακούσια να δημιουργήσει διαφορετικές εντυπώσεις σε κάθε πρόσωπο και να οδηγήσει σε σύγχυση. Ακόμη, το προσωπικό δεν είναι σε θέση να γνωρίζει τις διαπροσωπικές σχέσεις των διαφόρων συγγενών, οι οποίες δεν είναι πάντα αγαθές και αρμονικές. Έτσι, η παροχή πληροφοριών για τον ασθενή, σε έναν αποξενωμένο συγγενή μπορεί να μην είναι σύμφωνη με τις επιθυμίες του αρρώστου και να οδηγήσει σε παρεξηγήσεις, εχθρότητα ή και σε νομικές συνέπειες για τον γιατρό.

Μια τέτοια κατάσταση μπορεί να αποφευχθεί, αν από την αρχή ή με την πρώτη κατάλληλη ευκαιρία, ζητήσει το προσωπικό από τον ασθενή να ορίσει ένα συγκεκριμένο συγγενικό πρόσωπο (σύζυγο, μεγαλύτερο παιδί, αδελφό), με το οποίο θα επικοινωνεί και το οποίο με τη σειρά του θα μεταβιβάζει την πληροφόρησή προς τα άλλα μέλη της οικογένειας. Πολλές φορές οι ασθενείς προσέρχονται π.χ. για χημειοθεραπεία συνοδευόμενοι

από τον ίδιο συγγενή, οπότε αυτός ορίζεται εκ των πραγμάτων ως "εκπρόσωπος" του ασθενούς. Αν κάποια στιγμή εμφανισθεί ένα νέο, άγνωστο σε πρόσωπο και ζητήσει ενημέρωση, θα πρέπει να διερευνηθεί η σχέση του με τον ασθενή και να παραπεμφθεί στον συνήθη εκπρόσωπο για κάθε πληροφορία, εξηγώντας ευγενικά τους λόγους αυτής της ενέργειας.

Ακολουθώντας την τακτική, αυτή δίνεται στον ασθενή το δικαίωμα να καθορίζει τη ροή των πληροφοριών προς τους άλλους. Έτσι ο ασθενής δεν χάνει τον έλεγχο της κατάστασης (κάτι που έχει ψυχολογική σημασία για τον ίδιο) και ο γιατρός δεν εμπλέκεται στη διαδικασία της ενημέρωσης του κάθε συγγενούς χωριστά. Ακόμη και ο πιο "φορτικός" συγγενής δεν πρέπει να μας εκβιάζει στο να δίνουμε επιμέρους πληροφορίες, παραβαίνοντας τον παραπάνω κανόνα.

Δεν θα πρέπει να διαφεύγει ότι, στα πλαίσια της φόρτισης που δημιουργείται κατά την περίοδο της νόσου ενός μέλους της οικογένειας, παλαιά προβλήματα και συγκρούσεις μπορεί να βγαίνουν στην επιφάνεια και να συγχέουν την εικόνα που δίνει η οικογένεια ως σύνολο. Η επίλυση των εντάσεων που υπάρχουν μεταξύ των μελών μιας οικογένειας δεν αποτελεί μέρος των υποχρεώσεων του γιατρού. Είναι καλύτερα για τον τελευταίο να μην αναμιχθεί καθόλου σε οικογενειακά ζητήματα, εκτός αν αυτά προκαλούν φανερή δυσφορία στον ασθενή (π.χ. καυγάδες μέσα στο νοσοκομείο) ή δημιουργούν ουσιαστικά προβλήματα στη φροντίδα του.

Σε περίπτωση που έλθει σε γνώση του προσωπικού ότι κάποιο τρίτο πρόσωπο (συγγενικό ή φιλικό) επηρεάζει την απόφαση της οικογένειας για τον χειρισμό του ασθενούς (π.χ. τους συστήνει διακοπή θεραπείας ή αλλαγή θεράποντος γιατρού), ίσως η καλύτερη τακτική είναι να συναντηθεί ταυτόχρονα με τον ασθενή και /ή τον εκπρόσωπό του και με αυτό το τρίτο πρόσωπο και να προσπαθήσει να διαλύσει τυχόν παρεξηγήσεις ή αμφιβολίες που μπορεί να υπάρχουν. Οι κατάλληλες εξηγήσεις προς τα κατάλληλα πρόσωπα μπορεί να λύσουν το πρόβλημα και να οδηγήσουν σε πιο αρμονική συνεργασία. Αυτό μπορεί να γίνει εφόσον ο ίδιος ο ασθενής επιθυμεί να συνεχίσει συνεργασία μαζί του. Αν ο ασθενής στραφεί προς άλλη κατεύθυνση, άσχετα αν ενεργεί με δική του πρωτοβουλία ή επηρεασμένος από άλλους, οφείλει να σεβαστεί την επιλογή του. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να είναι έτοιμοι να αιτιολογήσουν, με ευγενικό και πολιτισμένο τρόπο, τις θεραπευτικές τους προτιμήσεις προς τον ίδιο και τους οικείους του, αλλά και να ενημερώσουν ανάλογα τους συναδέλφους, που μπορεί να εμπλακούν στη φροντίδα του από εκεί και πέρα.

#### 5.4. ΘΥΜΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΟΝΑ

Στα πλαίσια της άσκησης της ιατρικής το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μπορεί κάθε τόσο να βρεθεί μπροστά σε ασθενείς ή (ίσως συχνότερα) συγγενείς που εκδηλώνουν θυμό, οργή ή παράπονα εναντίον του και εναντίον όλων. Η επιθετική στάση τους μπορεί να δημιουργήσει ανάλογη αντίδραση από τη μεριά του γιατρού και των νοσηλευτών και η όλη κατάσταση να εξελιχθεί με τρόπο δυσάρεστο.

Προκειμένου να αντιμετωπίσουν σωστά τον θυμό του άλλου πρέπει να γνωρίζουν τα πιθανά αίτια. Ο θυμωμένος ασθενής ή συγγενής σπάνια έχει προσωπικές διαφορές με τον θεράποντα ιατρό. Ο οργισμένος ή παραπονούμενος προς τον γιατρό άνθρωπος τις περισσότερες φορές εκδηλώνει την προσωπική του σύγχυση και αμηχανία μπροστά σε μια βασανιστική αρρώστια (δική του ή του συγγενούς του), που δεν μπορεί να εξηγήσει ή να καταπολεμήσει αποτελεσματικά. Υπό το κράτος της σύγχυσης αυτής μπορεί να παρεξηγεί αυτά που του λένε οι εργαζόμενοι, με αποτέλεσμα να επιτείνεται η ταραχή του. Άλλοτε πάλι ο θυμός μπορεί να είναι εξωτερίκευση κάποιου άλλου συναισθήματος, όπως η ενοχή, η ανασφάλεια ή η λύπη. Τέλος, μπορεί να υπάρχει και θυμός δικαιολογημένος, εκεί που έχει προηγηθεί κάποιο ιατρικό σφάλμα ή ενδεχόμενη κακή συμπεριφορά από τον γιατρό ή κάποιο άλλο μέλος του προσωπικού.

Ποια είναι η ενδεδειγμένα τακτική για την αντιμετώπιση του θυμού; Εκεί που δεν υπάρχει κάποια δικαιολογημένη αιτία θα πρέπει να επιτραπεί στο οργισμένο συνομιλητή να εκτονωθεί και να "βγάλει από μέσα του" αυτά που τον πιέζουν. Η αποδοχή του ξεσπάσματος αυτού, χωρίς μια θυμωμένη αντίδραση εκ μέρους του εργαζομένου, μπορεί να τον οδηγήσει στη συνέχεια να αποκαλύψει τα πραγματικά συναισθήματα, που κρύβονται πίσω από το προσωπίο του θυμού. Τότε μπορεί να του υποδείξει, με τρόπο ήρεμο και ευγενικό, ότι καταλαβαίνει το πρόβλημά του, ότι έχει δίκαιο να αισθάνεται έτσι και ότι θέλει να τον βοηθήσει να ξεπεράσει τη δυσκολία που αντιμετωπίζει. Έχοντας αποσυμφορήσει την οργή του, μπορεί να διερευνήσει τα συναισθήματα που του δημιουργεί η κατάσταση της αρρώστιας του συγγενούς του και να προχωρήσουν σε έναν πιο δημιουργικό διάλογο.

## 5.5. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ

Η φροντίδα ενός χρόνιου ασθενούς μπορεί να δημιουργεί πολλά και διάφορα προβλήματα στους συγγενείς. Ωστόσο, οι τελευταίοι μπορεί να μην εξωτερικεύουν τα προβλήματα αυτά, διότι πιστεύουν ότι ο ασθενής έχει προτεραιότητα και συνεπώς δεν θέλουν να αποσπάσουν την προσοχή του γιατρού απ' αυτόν. Όταν η φροντίδα αυτή παρατείνεται για πολλούς μήνες ή χρόνια, υπάρχει ο κίνδυνος της ψυχικής φθοράς του συγγενούς που τον φροντίζει, με αποτέλεσμα να μη μπορεί πλέον να αποδώσει και να μένει ο ίδιος τραυματισμένος, ακόμη και μετά τον θάνατο του ασθενούς. Πολλοί συγγενείς, στην προσπάθειά τους να προσφέρουν περισσότερα, παραμελούν τον εαυτό τους και τις στοιχειώδεις ανάγκες τους για ανάπαυση, χαλάρωση ή αλλαγή παραστάσεων. Πιστεύουν ότι αν κάνουν ένα διάλειμμα, θα στερήσουν τον άρρωστο από την παρουσία τους και θα του προξενήσουν ζημιά.

Όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό διαβλέπει μια τέτοια στάση είναι καλό να ρωτά τους συγγενείς πόσο τους επηρεάζει η φροντίδα του αρρώστου. Αν από την απάντηση φαίνεται ότι καταβάλλονται σωματικά και ψυχικά, θα πρέπει να τους υποδεικνύει (με ευγένεια και διάκριση) το καθήκον προς τον εαυτό τους και να τους ενθαρρύνει να αφήνει κάθε τόσο κάποιες ώρες ή ημέρες για δική τους ανάπαυση. Θα πρέπει να υπογραμμίζει θετικά την αφοσίωσή τους και να τονίζει ότι, αν οι ίδιοι καταρρεύσουν, τότε ο ασθενής θα μείνει πραγματικά αβοήθητος. Αντίθετα, αν παρέχουν στον εαυτό τους τακτική, έστω και σύντομη ανάπαυλα, θα μπορέσουν να συνεχίσουν με ανανεωμένες δυνάμεις το έργο της προσφοράς τους.

Εξάλλου, αν από την επικοινωνία με τους συγγενείς φαίνεται ότι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι οικονομικά, κοινωνικά, ψυχολογικά ή μεταφυσικά/ πνευματικά, , ίσως να χρειάζεται να υποδείξουν πρόσωπα που μπορούν να προσφέρουν συγκεκριμένη βοήθεια (κοινωνικούς λειτουργούς, κληρικούς, ψυχολόγους κτλ.).

## 5.6. ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΘΑΝΑΤΟ

Όταν ο αγώνας ενός συγκεκριμένου αρρώστου με μια ανίατη ή μακροχρόνια νόσο τελειώσει, είναι πολύ εύκολο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να ξεχάσει τον ασθενή, να τον βάλει στο αρχείο της μνήμης σαν "ένα ακόμη περιστατικό". Απομένει όμως η οικογένεια, που μπορεί να διατηρεί τις καλύτερες εντυπώσεις και αναμνήσεις από την όλη θεραπεία και φροντίδα για τον αποθανόντα, αλλά καμία φορά ίσως έχει και ερωτηματικά ή και εσφαλμένες εντυπώσεις και αρνητικά συναισθήματα απέναντι στους εργαζομένους .

Ακόμη, κάποιος συγγενής ενδέχεται να έχει αμφιβολίες ή και τύψεις για τον τρόπο με τον οποίο ο ίδιος συμπεριφέρθηκε προς τον νοσηλευτή ή γιατρό τις τελευταίες του μέρες.

Στην προσπάθεια να λύσει τα προβλήματα αυτά και να βοηθήσει στην ομαλή πορεία μέσα από τα στάδια του πένθους η σύγχρονη ψυχιατρική έχει αναπτύξει, με κύριο εκπρόσωπο τον Colin Murray Parkes, έναν ολόκληρο κλάδο, τη συμβουλευτική του πένθους (bereavement counselling). Στην απλούστερη μορφή της η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει μια συνάντηση του θεράποντος γιατρού με τα ενδιαφερόμενα πρόσωπα και έναν ειλικρινή διάλογο, στον οποίο ο καθένας αισθάνεται ελεύθερος να εκδηλώσει τις τυχόν απορίες και σκέψεις του για την εξέλιξη της αρρώστιας του προσφιλούς τους προσώπου. Ακόμη και όταν εκφράζονται με μορφή κριτικής απέναντι στον γιατρό (π.χ. «Αν δεν τον είχατε χειρουργήσει, ίσως να ζούσε ακόμη»), οι απορίες αυτές αποτελούν περισσότερο εκτόνωση μιας αμηχανίας και σύγχυσης, παρά προσωπικές επιδέσεις. Η προσεκτική ακρόαση αυτών των σχολίων και παραπόνων μπορεί να έχει θεραπευτικό αποτέλεσμα. Μπορεί να μην υπάρχουν επαρκείς εξηγήσεις για όλα τα ερωτήματά τους, ωστόσο το γεγονός ότι δεν αποφεύγουν τον διάλογο, αλλά είναι ανοικτοί σ' αυτόν, οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να σημαίνει πολύ περισσότερα για τους συγγενείς από μια πλήρη παθολογική ερμηνεία των συνθηκών του θανάτου. Επιπλέον το να διαβεβαιώσουν τους συγγενείς ότι τέτοιες αντιδράσεις είναι φυσιολογικές και αναμενόμενες μετά από έναν θάνατο, τους βοηθούν να ξεπεράσουν το γεγονός με τρόπο υγιή και χωρίς παθολογικά ψυχολογικά κατάλοιπα, ενώ οι μεμονωμένες περιπτώσεις παθολογικού πένθους μπορεί να χρειάζονται εξειδικευμένη ψυχιατρική βοήθεια.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 60

## 6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ Ή ΣΥΝΔΡΟΜΟ BURN- OUT ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

### 6.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ BURNOUT

Ο όρος **burnout** αποδίδεται συνήθως στα Ελληνικά με τις λέξεις «εξάντλημένος /η» ή «εξουθενωμένος /η» και εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του ατόμου και την εξάντληση όλων των προσωπικών, ψυχικών του αποθεμάτων κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα. Το συγκεκριμένο σύνδρομο αφορά κυρίως εκτός από τα «επαγγέλματα φροντίδας», στους δημοσιογράφους λόγω των πιεσμένων ωραρίων, στους εκπαιδευτικούς και γενικότερα στους δημόσιους υπάλληλους.

Αυτή η κατάσταση της επαγγελματικής κόπωσης δεν παρουσιάζεται ξαφνικά ούτε είναι το αποτέλεσμα κάποιου συγκεκριμένου περιστασιακού γεγονότος που προκάλεσε έντονο stress. Είναι φαινόμενο που αναπτύσσεται σταδιακά και οφείλεται κυρίως σ' ένα χρόνιο, έντονο stress, που δημιουργούν οι συνθήκες και η φύση της δουλειάς στο γιατρό, την αδελφή, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό ή άλλο εργαζόμενο που έρχεται σε επαφή με τον άρρωστο και τους συγγενείς του.

Σύμφωνα με τη Maslach, η εργασιακή εξάντληση χαρακτηρίζεται από τις εξής τρεις διαστάσεις:

- **Συναισθηματική εξάντληση** (emotional exhaustion), που αναφέρεται στο αίσθημα ψυχικής κόπωσης που πηγάζει από τον εργασιακό χώρο καθιστώντας τον εργαζόμενο σε νοσοκομεία "ανίκανο" να συγκεντρωθεί στα εργασιακά του καθήκοντα.
- **Αποπροσωποποίηση** (depersonalization), που αναφέρεται στην ανάπτυξη ουδέτερων ή ακόμα και αρνητικών αισθημάτων του προσωπικού προς τον ασθενή, άρα και στην απομάκρυνση του πρώτου από τον δεύτερο, και
- **Το αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης** (loss of personal accomplishment) που αναφέρεται στο μειωμένο επιθυμητό και επιδιωκόμενο αίσθημα ικανοποίησης του εργαζόμενου σε χώρους ψυχικής υγείας από την εργασία του. Στην προκειμένη περίπτωση το άτομο εγκαταλείπει κάθε προσπάθεια αποτελεσματικού χειρισμού των προβλημάτων των ασθενών (Jimmieson, 2000).



## **Η επαγγελματική εξουθένωση ως απόρροια της συναισθηματικής "υπέρεμπλοκής"**

Σύμφωνα με τη Maslach (1993), 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 (Firth-Cozens, & Payne, 1999). Πιο συγκεκριμένα, τόνισε, πως οι εργαζόμενοι σε χώρους ψυχικής υγείας, εξαιτίας της φύσης του επαγγέλματός τους, έρχονται καθημερινά σε επαφή με τον ανθρώπινο πόνο. Έτσι, λοιπόν, στην προσπάθειά τους να "συνεργαστούν" σε ιδιαίτερα απαιτητικές συναισθηματικές καταστάσεις και ταυτόχρονα να φανούν αποτελεσματικοί στο έργο τους, υιοθετούν τεχνικές αποστασιοποίησης. Το προσωπικό, αντιμετωπίζοντας τις ανάγκες των ασθενών "από απόσταση," κατ' επέκταση και με πιο αντικειμενικό τρόπο, διευκολύνει το έργο του ενώ παράλληλα αποφεύγει την έντονη ψυχική φόρτιση. Η συναισθηματική αποστασιοποίηση αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο "διαχείρισης" των προβλημάτων των ασθενών, ενώ η αποπροσωποποίηση όχι. Θα είναι παράλειψη να μην αναφέρουμε στο σημείο αυτό, ότι η ίδια η φύση των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, κατά κάποιο τρόπο προάγει τη στρατηγική της αποπροσωποποίησης αφού το ενδιαφέρον του επαγγελματία εστιάζεται περισσότερο στα προβλήματα των ασθενών, παρά στις θετικές πτυχές της ζωής τους. Οι ασθενείς με τη σειρά τους συντηρούν την αποστασιοποιητική στάση, αφού επισκέπτονται τον γιατρό ή το νοσηλευτή μόνο σε περιπτώσεις που αντιμετωπίζουν πρόβλημα.

Συνεχίζοντας, σημειώνουμε ότι η αποστασιοποίηση συνεπάγεται την αδιαφορία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για τις ανάγκες των ασθενών, τη μειωμένη προσπάθειά του να ανταποκριθεί στα εργασιακά του καθήκοντα και τέλος το αίσθημα αμφισβήτησης των προσωπικών του ικανοτήτων.

## **Η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού ως αποτέλεσμα της έλλειψης ανταπόδοσης**

Η επαγγελματική σχέση μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή με καρκίνου είναι εξ' ορισμού μια σχέση "δότη" - "παραλήπτη". Ο εργαζόμενος σε χώρους ψυχικής υγείας δίνει-παρέχει βοήθεια, συμβουλές, στήριξη, ενώ ο ασθενής δέχεται τις υπηρεσίες του πρώτου. Παρ' όλα αυτά, και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναζητούν "ανταμοιβή" για την προσφορά τους. Για παράδειγμα, αναμένουν στη θεραπεία ή βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς. Ανταμείβονται ακόμα και όταν βλέπουν τους ασθενείς "τους" να καταβάλλουν προσπάθειες για να τα πάνε καλά. Επειδή, όμως, στην πραγ-

ματικότητα η προσφορά τους δεν ακολουθείται κάθε φορά από ανταμοιβή, είναι πιθανό με το πέρασμα του χρόνου να αναπτυχθεί το αίσθημα έλλειψης ανταπόδοσης. Τότε, ο επαγγελματίας υγείας αισθάνεται ότι διαρκώς δίνει περισσότερα στη σχέση του με τον ασθενή, από όσα λαμβάνει.

Οι Buunk και Schaufeli (1993) τόνισαν ότι το αίσθημα έλλειψης ανταπόδοσης μειώνει τα ψυχικά αποθέματα του εργαζόμενου και τελικά τον οδηγεί στη συναισθηματική εξάντληση (Firth-Cozens, & Payne, 1999). Για να αντιμετωπίσει το αίσθημα έλλειψης ανταπόδοσης, ο επαγγελματίας υγείας παύει να επενδύει τόσα πολλά στη σχέση με τον ασθενή "του" με αποτέλεσμα να υιοθετεί μια απόμακρη στάση και να αναπτύσσει απρόσωπες σχέσεις μαζί του. Κάτω από αυτό το πρίσμα, η αποπροσωποποίηση και η συναισθηματική αποξένωση λειτουργούν ως αντίδοτα στο αίσθημα έλλειψης ανταπόδοσης που βιώνει ο εργαζόμενος. Οι ερευνητές, όμως, σημειώνουν ότι ο συγκεκριμένος τρόπος αντιμετώπισης δεν είναι ο κατάλληλος εφόσον η σχέση προσωπικού με τον ασθενή με καρκίνο στηρίζεται σε μια μη ισορροπημένη εσωγενή βάση καθώς εμποδίζει το έργο του εργαζόμενου, αυξάνει τις πιθανότητες αποτυχίας του και τελικά τον οδηγεί στην αμφισβήτηση των προσωπικών του ικανοτήτων.

## 6.2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ BURNOUT

Τα συμπτώματα του burnout είναι *σωματικά* αλλά κυρίως *ψυχολογικά*:

Όσο αφορά την *ψυχολογική* σφαίρα το burnout παρουσιάζει τα εξής συμπτώματα:

Οι συναισθηματικές ενδείξεις της εξουθένωσης περιλαμβάνουν μια υποκειμενική αίσθηση ψυχικής εξάντλησης («Νιώθω άδειος στο τέλος της ημέρας») που συνοδεύεται από άγχος και κατάθλιψη. Αποθαρρυσμένος και με χαμηλή αυτοεκτίμηση, ο επαγγελματίας υγείας πιστεύει ότι δεν είναι ικανός να ανταπεξέλθει τόσο στις προσωπικές του προσδοκίες, όσο και σε εκείνες που θέτει ο χώρος εργασίας. Κάθε καινούριος άρρωστος που εισάγεται στο Ογκολογικό Τμήμα γίνεται αντιληπτός στον επαγγελματία υγείας ως «βάρος» και βαθμιαία περιορίζει την επαφή του με τους ασθενείς και τους συγγενείς. Αποφεύγει να δεθεί συναισθηματικά μαζί τους, ελαττώνει τις επισκέψεις στους θαλάμους και μοιάζει διαρκώς απασχολημένος και μη διαθέσιμος. Η στάση του και η συμπεριφορά του γίνονται απρόσωπες. Αναφέρεται στον άρρωστο ως «περίπτωση», «αρρώστια» ή «αριθμό θαλάμου», ενώ αγνοεί τόσο τον άνθρωπο τον οποίο φροντίζει, όσο και τις ανάγκες του. Μερικές φορές μάλιστα γίνεται κυνικός, ειρωνικός, επιθετικός, απότομος και ευερέθιστος.

Άλλες *χαρακτηριστικές* ενδείξεις της επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνουν τη δυσκολία του εργαζόμενου να συγκεντρωθεί στη δουλειά του, την τάση να ξεχνά, να παραβλέπει σημαντικά κλινικά συμπτώματα και να είναι επιρρεπής σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, απροσεξίες ή ατυχήματα. Συχνά απουσιάζει ή αργοπορεί, και διακατέχεται από μια τάση φυγής και ονειροπόλησης. Μεγάλο ποσοστό από τις αναρρωτικές άδειες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού οφείλονται σε ψυχολογικά αίτια. Επιπλέον, πλήττεται και η προσωπική και κοινωνική ζωή του επαγγελματία αφού μειώνεται το υποστηρικτικό δίκτυο, αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με σημαντικά άτομα και ελαττώνεται η **σεξουαλική διάθεσή του (Griffith et al, 1999).**

### **6.3. ΑΙΤΙΑ BURNOUT.**

#### *Σχέσεις με αρρώστους*

Στο χώρο της Ογκολογίας το προσωπικό έρχεται συνεχώς σ' επαφή με άτομα που εκδηλώνουν έντονα συναισθήματα και αντιδράσεις όταν μαθαίνουν τη διάγνωση κάποιας μορφής καρκίνου, ή το γεγονός πιθανής υποτροπής, ή τη σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας τους που προοδευτικά οδηγεί στο θάνατο. Όταν λοιπόν ο εργαζόμενος είναι απροετοίμαστος για να καταλάβει και να υποστηρίξει τον άρρωστο και την οικογένειά του σ' αυτές τις δύσκολες στιγμές, τότε νιώθει αδύναμος κι ανήμπορος να σταθεί κοντά τους και κατά συνέπεια τους αποφεύγει, ενώ παράλληλα αισθάνεται άσχημα γι' αυτή του τη συμπεριφορά.

#### *Προσωπικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου*

Οι έρευνες στον τομέα αυτό έχουν επισημάνει ορισμένες δημογραφικές παραμέτρους που συμβάλλουν έτσι ώστε μερικά άτομα να είναι πιο ευάλωτα στην ανάπτυξη επαγγελματικής κόπωσης.

Ως προς τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, είναι πολύ δύσκολο να περιγραφεί ένα συγκεκριμένο «προφίλ προσωπικότητας» του ατόμου που θεωρείται ιδιαίτερα ευαίσθητο στην ανάπτυξη επαγγελματικής κόπωσης.

Παρ' όλα αυτά περισσότερες πιθανότητες έχει εκείνος ο εργαζόμενος που νιώθει αδύναμος, ανήμπορος να τα βγάλει πέρα, παγιδευμένος, αποτυχημένος, που υποτιμά τις ικανότητές του και κρίνει αυστηρά τον εαυτό του. Με λίγα λόγια εκείνος που τον χαρακτηρίζει ένα έντονο αίσθημα αποθάρρυνσης και πιστεύει ότι αξίζει ως άτομο μονάχα αν είναι «ο πρώτος», ο «καλύτερος», ο «ανώτερος». Κατά συνέπεια κάθε λάθος ή αποτυχία αποτελεί πλήγμα στο γόητρό του και αντιμετωπίζεται σαν κάτι το καταστροφικό που του προκαλεί

έντονο stress. Στο ίδιο αποτέλεσμα οδηγείται κι εκείνος ο εργαζόμενος που πιστεύει ότι πρέπει να έχει τον έλεγχο για όσα συμβαίνουν γύρω του, αναλαμβάνοντας υπερβολικές ευθύνες σε σημείο που να μην μπορεί να ανταπεξέλθει.

Άλλες φορές πάλι, πίσω από το αίσθημα αποθάρρυνσης κρύβεται ένα άτομο που χαρακτηρίζεται από μια υπερβολική ανάγκη γι' αγάπη και παραδοχή από τους άλλους, γιατί μόνο τότε νιώθει ότι έχει κάποια αξία. Κατά συνέπεια κάνει κάθε τι για να αρέσει, να ευχαριστήσει και να κερδίσει την αγάπη των αρρώστων ή των συνεργατών του.

#### **6.4. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

*1. Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων* που δηλώνουν ότι ο εργαζόμενος βιώνει στρες, επιτρέπει την ενασχόληση με τον εαυτό του πριν οδηγηθεί προοδευτικά στην εξουθένωση.

Συνήθως αγνοούνται οι ενδείξεις, γιατί ο εργαζόμενος σε ογκολογικά τμήματα πιστεύει ότι «αντέχει» ή ότι δεν είναι «αρκετά άρρωστος» για να φροντίσει τον εαυτό του. Άλλοτε πάλι, για να αποδείξει στον εαυτό του και στους συναδέλφους ότι μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας ή στους υψηλούς προσωπικούς του στόχους, εντείνει το ρυθμό της δουλειάς και αναλαμβάνει πρόσθετες ευθύνες που αυξάνουν το βαθμό της συναισθηματικής και σωματικής του εξάντλησης.

*2. Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών* που έχει ο επαγγελματίας υγείας από τον εαυτό του, τους αρρώστους που φροντίζει, τη σχέση με συναδέλφους και προϊστάμενους και τη δουλειά του γενικότερα συμβάλλει στην αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό μερικών εξ αυτών.

Όταν, για παράδειγμα, προσδοκά ότι η φροντίδα που παρέχει πρέπει να είναι πάντα αποτελεσματική, ότι με τις παρεμβάσεις του πρέπει να επηρεάζει τη ζωή των αρρώστων και ότι εκείνοι ανελλιπώς θα αναγνωρίζουν την προσφορά του, ότι θα δέχονται τις συμβουλές και τις οδηγίες του χωρίς να τις αμφισβητούν, τότε ο επαγγελματίας της υγείας γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος σε απογοητεύσεις, καθώς η πραγματικότητα δεν ανταποκρίνεται σ' αυτές τις υψηλές και μη ρεαλιστικές προσδοκίες.

*3. Η αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης* που ενεργοποιεί ο επαγγελματίας υγείας του επιτρέπει να αξιολογήσει ποιες έχουν αποτελεσματικό αντίκτυπο στη ρύθμιση των συναισθημάτων και στην επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο εργασίας, και ποιες δυσχεραίνουν την προσαρμογή του, αυξάνοντας το στρες που βιώνει.

Ο Ghiriboga και οι συνεργάτες του (1983) μελέτησαν τις στρατηγικές αντιμετώπισης τις οποίες χρησιμοποιούσαν νοσηλεύτριες που φρόντιζαν ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Παρατήρησαν ότι εκείνες που ήταν αποτελεσματικότερες στη δουλειά τους και αντιμετώπιζαν καλύτερα τις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας είχαν την τάση να εκφράζουν και να μοιράζονται τα συναισθήματά τους και να χρησιμοποιούν συχνότερα γνωστικές στρατηγικές οι οποίες τους επέτρεπαν να αναπτύξουν μια προσωπική φιλοσοφία και να δώσουν νόημα τόσο στις εμπειρίες τους, όσο και στην προσφορά τους.

**4. Η αναζήτηση υποστήριξης** τόσο από φίλους και συνεργάτες, όσο και από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση της εξουθένωσης. Παρ' όλα αυτά, συχνά τα μέλη του προσωπικού υγείας, ενώ παρέχουν στους αρρώστους υποστήριξη, δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν ότι χρειάζονται ή/ και να ζητήσουν βοήθεια για τον εαυτό τους, άλλοτε γιατί παραγνωρίζουν τις ανάγκες τους και άλλοτε γιατί το θεωρούν ένδειξη αδυναμίας. Ένας ίσως από τους βασικότερους τρόπους για να ανταπεξέλθουν στις στρεσογόνες συνθήκες που βιώνουν, είναι να μοιραστούν τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς τους και να νιώσουν ότι υποστηρίζονται σε δύσκολες στιγμές.

5. Επιστήμονες τονίζουν ότι για την ψυχική ισορροπία του εργαζόμενου σε χώρους ψυχικής υγείας σημαντική είναι **η ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες** που του παρέχουν τη δυνατότητα να δημιουργήσει, να εκτονωθεί, να ξεφύγει από την καθημερινή ρουτίνα.

## **6.5. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ /ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

**1. Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση** αυξάνει τις πιθανότητες απόδοσής του αλλά και της παροχής ποιοτικής φροντίδας. Κάθε χώρος εργασίας είναι σημαντικό να θεσπίζει σαφή κριτήρια για την πρόληψη προσωπικού που θεωρεί ως κατάλληλο να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες λειτουργίας του. Πέρα από τις γνώσεις και την πείρα του επαγγελματία της υγείας, πρέπει να συνεκτιμώνται οι διάφοροι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες.

**2. Η αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων και η συμμετοχή του επαγγελματία στη λήψη αποφάσεων** που τον αφορούν αυξάνουν τον αυτοέλεγχο, την υπευθυνότητα και την ανθεκτικότητά του στις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας.

**3. Η δημοκρατική διοίκηση** συμβάλλει τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο Τμήμα που διοικείται δημοκρατικά αναπτύσσο-

νται σχέσεις αμοιβαίου σεβασμού, αναγνωρίζεται ο ρόλος του καθενός και προωθείται η συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας που αναλαμβάνουν ευθύνες και πρωτοβουλίες στα πλαίσια ορισμένων κανονισμών που αφορούν τη λειτουργία του Τμήματος.

**4. Η πολυμορφία στην εργασία** είναι απαραίτητη κυρίως σε Τμήματα όπου το αντικείμενο εργασίας είναι ιδιαίτερα βαρύ και επηρεάζει ψυχολογικά τους εργαζόμενους. Για παράδειγμα, ο επαγγελματίας της υγείας που ασχολείται διαρκώς με χρόνια περιστατικά και φροντίζει αρρώστους που συχνά πεθαίνουν ή βρίσκονται σε κρίση, μπορεί γρήγορα να νιώσει παγιδευμένος σε ρόλο και καθήκοντα που του δημιουργούν έντονο στρες.

**5. Η δυνατότητα «διαλειμμάτων» και «ειδικών αδειών»,** μετ' αποδοχών, δίνουν την ευκαιρία στον επαγγελματία να απομακρυνθεί για λίγο από το χώρο εργασίας, πριν εκδηλώσει ή κατά τη στιγμή που εμφανίζει τις πρώτες ενδείξεις επαγγελματικής εξουθένωσης.

**6. Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης αποτελούν σημαντικό κίνητρο** και πηγή ανανέωσης για τους εργαζόμενους που δεν νιώθουν ακινητοποιημένοι ή/και παγιδευμένοι σε ένα συγκεκριμένο ρόλο και σε καθήκοντα που με την πάροδο του χρόνου ασκούνται μηχανικά.

**7. Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης** δίνει την ευκαιρία στα μέλη του προσωπικού υγείας: (α) να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους για την αρρώστια, την αναπηρία, το θάνατο και τη ζωή, (β) να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στο χώρο εργασίας, (γ) να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων και (δ) να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους.

**8. Η συμβουλευτική εποπτεία** απευθύνεται σε έναν εργαζόμενο ή μια ομάδα επαγγελματιών που με την υποστήριξη ειδικού συμβούλου αναγνωρίζουν και αξιοποιούν δημιουργικά τις ικανότητές τους για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο εργασίας. Η βοήθεια που παρέχει ο σύμβουλος δεν στηρίζεται στην άποψη ότι το μέλος του προσωπικού υγείας είναι «προβληματικό» και χρειάζεται ψυχοθεραπεία.

**9. Η δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης** συμβάλλουν στην απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων και ιατρονοσηλευτικών και ψυχολογικών δεξιοτήτων. Οι ψυχολογικές γνώσεις βοηθούν στην κατανόηση των αντιδράσεων του αρρώστου, της οικογένειας και των μελών του προσωπικού υγείας και συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη επικοινωνία και υποστήριξή τους

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο**

## **ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ**

### **7.1 Ο ρόλος του παιδίατρου ογκολόγου κατά το τελικό στάδιο της ζωής του παιδιού με καρκίνο**

#### **Σ. Πολυχρονοπούλου –Ανδρουλακάκη**

Ο ρόλος του Ογκολόγου είναι κριτικής σημασίας δεδομένου ότι πρέπει να αποφασίζει , να συντονίζει, και να διευκολύνει όλες τις ιατρικές τις νοσηλευτικές και τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις με στόχο την όσο το δυνατό ανώδυνη και αξιοπρεπή διέλευση του ασθενή από την ζωή στο θάνατο. Συγχρόνως πρέπει να ενημερώνει το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον προετοιμάζοντας τα μέλη της οικογένειας για το επερχόμενο γεγονός.

Ο γιατρός Ογκολόγος έχει ανάγκη την συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και της ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης του θεραπευτικού κέντρου όπου με τον τρόπο αυτό μπορεί τελικά να υλοποιηθεί ο βασικός στόχος όλων των προσπαθειών που είναι η πλέον ομαλή και ανώδυνη κατάληξη του ασθενή με καρκίνο

Οι ιατρικές παρεμβάσεις επιβάλλεται να αφορούν την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου και γενικότερα την συμπτωματική αντιμετώπιση τυχόν λοιμώξεων, αιμορραγιών και άλλων σοβαρών προβλημάτων που πιθανόν να εμφανίσει ο ασθενής

Οι μείζονες θεραπευτικές ενέργειες π.χ. εντατικά σχήματα χημειοθεραπείας δεν έχουν νόημα για τα μ' αυτόν τον τρόπο παρατείνεται το χρονικό διάστημα ταλαιπωρίας του ασθενή ενώ παράλληλα δημιουργούνται ψευδαισθήσεις στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον για τυχόν επανέλεγχο της νόσου.

### **7.2 Η δύναμη των νοσηλευτών στη διεπιστημονική ομάδα αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου**

#### **Μ. Ροβίθης**

Όπως ξέρουμε ήδη τα άτομα με κάποια μορφή καρκινικού πόνου παρουσιάζουν τεράστια ποικιλία συμπεριφορών και βιώνουν πληθώρα από βιολογικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν ένα αναπόσπαστο κομμάτι της διεπιστημονικής ομάδας αντιμετώπισης καρκινικού πόνου.



Ειδικότερα ο νοσηλευτής μέσα στην ομάδα αποτελεί ξεχωριστή αυτοδύναμη επαγγελματική μονάδα ο οποίος έχει μοναδικότητα στην αντίληψη και στην ικανότητα να επικοινωνεί με τον ασθενή αλλά και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.

Έχοντας ως πρωταρχικό σκοπό να καλύψει τις ανάγκες του ασθενή και να αντιμετωπίσει τον πόνο του, προτείνει, αναθεωρεί διαισθάνεται και προγραμματίζει.

### **7.3 Προβλήματα ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου**

#### **M. Νούλα Λ.Ι. Τσούκας**

Στο τελικό στάδιο του καρκινοπαθούς παρουσιάζονται προβλήματα που επηρεάζονται από τα προβλήματα επικοινωνίας και τις ψυχολογικές αντιδράσεις του ασθενούς.

Στην αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων σημαντικό ρόλο παίζει η σωστή ενημέρωση του ασθενούς από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό η οποία θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη.

Από μελέτες που διεξαχθήκαν αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου παρουσίασαν αυξημένη επαγγελματική κόπωση όταν οι ασθενείς δεν ήταν ενημερωμένοι για την φύση της ασθένειάς τους.

Η μείωση της καταπόνησης του νοσηλευτικού προσωπικού επιτυγχάνεται με την εκπαίδευση για εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς του τελικού σταδίου.

### **7.4 Ιπποκρατική παράδοση και σύγχρονη Ιατρική**

#### **N. Duncas**

Το άρθρο βασίζεται στην πρόσφατη μετάφραση Έργων του Ιπποκράτη από τον συγγραφέα στην οποία εξετάζονται οι δεοντολογικές πλευρές των ευθυνών και των υποχρεώσεων που αναλαμβάνει ο γιατρός προς τους ασθενείς και προς το λειτούργημα του.

Ενώ επήλθαν αλλαγές στην Ιατρική και στον τρόπο παροχής ιατρικών υπηρεσιών που έχουν επηρεάσει την σχέση γιατρού ασθενούς καθώς και το πώς ο γιατρός συνειδητοποιεί το ρόλο και το έργο του.

Έχει ιδιαίτερη σημασία για την Ιατρική να επανακαθορίσει τις δεοντολογικές βάσεις της και για τους γιατρούς να επανεξοικειωθούν με τις παραδοσιακές αξίες, οι οποίες κατά πρώτον καθιερώθηκαν από τον Ιπποκράτη στις αρχές του Δυτικού πολιτισμού.

## **7.5 Ατομικά χαρακτηριστικά και επαγγελματική εξάντληση των επαγγελματιών υγείας**

### **A. Σ. Αντωνίου**

Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης ήδη από τις αρχές του 1980 έχει συνδεθεί με τους επαγγελματίες υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη και την σχετική διεθνή βιβλιογραφία επιχειρήθηκε η ανάπτυξη ορισμένων ατομικών χαρακτηριστικών που έχουν σχέση με την επαγγελματική εξάντληση των επαγγελματιών υγείας.

Όσο αφορά το φύλο οι γυναίκες γιατροί εκδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής κόπωσης γεγονός που αποδίδεται περισσότερο στην γενικότερη νοοτροπία για το «γένος» ορισμένων επαγγελμάτων και λιγότερο σε αντικειμενικές διαφορές.

Η επαγγελματική κόπωση πλήττει κυρίως μικρότερες ηλικίες όπως επίσης επαγγελματική κόπωση βιώνουν οι άγαμοι επαγγελματίες υγείας γιατί λαμβάνουν επισφαλείς αποφάσεις για τους ασθενείς.

Περισσότερες περιπτώσεις επαγγελματικής εξάντλησης εμφανίζονται σε επαγγελματίες υγείας με συγκριτικά χαμηλότερα επίπεδα σπουδών.

Έχει διαπιστωθεί ότι οι γιατροί οι οδοντίατροι και οι κλινικοί ψυχολόγοι ως προσωπικότητες ανήκουν στον τύπο A με ότι αυτό συνεπάγεται για την υγείας τους.

Όσο αφορά τους τρόπους που χρησιμοποιούν για να ανταπεξέρχονται στις αγχογόνες καταστάσεις προβάλλονται εκείνοι που στοχεύουν τόσο το ίδιο το άτομο (τους επαγγελματίες υγείας) όσο και τον εργασιακό χώρο (το νοσοκομείο).

## **7.6 Πρόληψη –Αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών**

### **E. Αδαλη**

Οι επιπτώσεις από την επαγγελματική κόπωση αφορούν όχι μόνο τους επαγγελματίες υγείας αλλά και τους οργανισμούς. Η έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος και η λήψη μέτρων είναι απαραίτητα για την ανακούφιση από τις δυσμενείς επιπτώσεις.

Οι τρόποι πρόληψης και αντιμετώπισης θα πρέπει να στοχεύουν στην βελτίωση συστημάτων κοινωνικής υποστήριξης και στην μείωση των στρεσογόνων παραγόντων. Επίσης συμπεριλαμβάνονται οι διαλέξεις σχετικά με το εργασιακό στρες και πως αντιμετωπίζε-

ται, η ευελιξία των προγραμμάτων εργασίας, η εκπαίδευση των νοσηλευτών της επαγγελματικές κόπωσης και στην θεματολογία που έχει σχέση με την προαγωγή της υγείας.

Η απομάκρυνση του επαγγελματία υγείας από τον εργασιακό του χώρο και η υποστήριξη του από την ομάδα αποτελούν τα βασικότερα μέτρα αντιμετώπισης του συνδρόμου.

## **7.7 Η σχέση γιατρού –αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας**

### **Γ.Ν. Παπαδημητρίου Ι.Γ. Παπακώστας**

Στην ανασκόπηση αυτή παρουσιάζονται οι τάσεις και οι προοπτικές που αφορούν την σχέση ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή. Η σχέση αυτή που δεν έχει αλλάξει από την εποχή του Ιπποκράτη φαίνεται ότι έχει μεταβληθεί δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες.

Αναλύονται τα επικρατέστερα πρότυπα σχέσης γιατρού –ασθενή όπως το πατερναλιστικό, το πληροφοριακό, το διερμηνευτικό, το διασκεπτικό καθώς και το συναιτερικό που προτάθηκε πρόσφατα. Επίσης αναπτύσσονται οι προϋποθέσεις ουσιαστικής σχέσης ασθενή-γιατρού όπως η δυνατότητα επιλογής του γιατρού από τον ασθενή, η ιατρική ικανότητα, η συμπόνια η διάρκεια της σχέσης και η απουσία σύγκρουσης συμφερόντων.

Η επικοινωνιακή ικανότητα του γιατρού επιδρά σημαντικά στην σχέση του με τον ασθενή και στην θεραπευτική διαδικασία. Δεδομένου ότι οι δεξιότητες επικοινωνίας μπορούν να βελτιωθούν μέσα από μαθησιακές προσεγγίσεις, προτείνονται ως στόχοι της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Τέλος διερευνώνται οι στάσεις του γιατρού και του μη ιατρικού προσωπικού απέναντι στην νόσο και τον ασθενή και δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην στρατηγική του γιατρού όσο αφορά το βαθμό ενημέρωσης του ασθενούς.

Συμπερασματικά η εγκατάσταση συναισθηματικής σχέσης μεταξύ γιατρού –ασθενή στα πλαίσια της καλούμενης «θεραπευτικής συμμαχίας» θεωρείται καθοριστικός παράγοντας στην ιατρική φροντίδα και υγεία.

## **7.8 Επικοινωνία ιατρού –ασθενούς**

### **Δ.Ν. Χρυσός**

Το άρθρο αυτό βασίζεται στην εκπαίδευση των γιατρών των νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας με στόχο την αποτελεσματικότερη δυνατή επικοινωνία με τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον

Οι παράμετροι που καθιστούν την επικοινωνία αυτή αποτελεσματική είναι οι ακόλουθες η ενημέρωση του ασθενούς να είναι κατανοητή η ανεύρεση τρόπων μείωσης της μη τήρησης των ιατρικών συμβουλών η αναζήτηση τρόπων ενθάρρυνσης των ασθενών ώστε να ξεπεράσουν την διστακτικότητα την οποία αισθάνονται συχνά στην επικοινωνία τους με τον γιατρό η τον νοσηλευτή, η συμπεριφορά του γιατρού η του νοσηλευτή να είναι τέτοια ώστε να ενισχύει ψυχολογικά τον ασθενή και να του εμπνέει εμπιστοσύνη στο πρόσωπο του.

Τα οφέλη από την βελτίωση της επικοινωνίας ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή είναι εμφανή και περιλαμβάνουν την μεγαλύτερη ευχαρίστηση του ασθενούς, την καλύτερη συμμόρφωση με τις συμβουλές και τα φάρμακα που χορηγούνται την μείωση της αγωνίας του και της ανησυχίας του.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 80

## ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΙ

### **8.1 ΟΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΤΟΝ ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΑΣΘΕΝΗ. ΔΙΑΤΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Ellen M Redinbaugh, Amy M Sullivan, Susan D Block, Nina M Gadmer, Matthew Lakoma, Ann M Mitchell,<sup>3</sup> Deborah Seltzer, Jennifer Wolford, Robert M Arnold.

Τμήμα Συμπεριφοριστικών Ιατρικής και Ογκολογίας, Πανεπιστήμιο του Ιδρύματος καρκίνου του Πίτσμπουργκ, Τμήμα της Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Ίδρυμα καρκίνου Dana-Farber και Brigham και Γυναικολογικό Νοσοκομείο, Πανεπιστήμιο του Πίτσμπουργκ Σχολή νοσηλευτριών ,

Τμήμα ψυχιατρικής, Ιατρικό σχολείο του Χάρβαρντ.

**30 Ιουλίου 2003**

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να περιγράψει τις συναισθηματικές αντιδράσεις των γιατρών στον πρόσφατο θάνατο ενός «μέσου» ασθενή και να ερευνήσει τα αποτελέσματα του επιπέδου εκπαίδευσης στις αντιδράσεις των γιατρών.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Στην μελέτη συμμετείχαν 188 γιατροί παθολόγοι (ισοδύναμοι με τους βρετανικούς συμβούλους), κάτοικοι (ισοδύναμοι με ανώτερους υπαλλήλους βρετανικών ανώτερους σπιτιών), και συνοδοί που φρόντισαν 68 ασθενείς που πέθαναν στο νοσοκομείο.

Τα κύρια μέτρα έκβασης ήταν η εμπειρία γιατρών στην παρερχομένη φροντίδα και οι συναισθηματικές αντιδράσεις τους στο θάνατο του ασθενή.

Οι περισσότεροι γιατροί (139/188, 74%) αναφερθήκαν ικανοποιητικώς στην εμπειρία της φροντίδας για έναν ασθενή που πεθαίνει. Οι γιατροί εξέθεσαν τα μέτρια επίπεδα συναισθηματικού αντίκτυπου (σημειώθηκε 4,7 (SD 2.4) σε μια κλίμακα 0-10) από το θάνατο. Οι γυναίκες και εκείνοι οι γιατροί που είχαν φροντίσει για τον ασθενή για περισσότερο διάστημα δοκίμασαν τις ισχυρότερες συναισθηματικές αντιδράσεις. Το επίπεδο της εκπαίδευσης δεν είχε σχέση με τις συναισθηματικές αντιδράσεις, αλλά οι εκπαιδευόμενοι ιατροί ανέφεραν ότι χρειάζονται σημαντικά περισσότερη συναισθηματική υποστήριξη από ότι οι επιβλέποντες ιατροί. Παρόλο που οι περισσότεροι ειδικευόμενοι ιατροί συζήτησαν τον θάνατο του ασθενούς με τον επιβλέποντα ιατρό, λιγότεροι του ενός τετάρτου των εκπαι-

δευόμενων και των εσωτερικών ιατρών διαπίστωσαν ότι το ανώτερο εκπαιδευτικό προσωπικό (επιβλέποντες ιατροί) είναι η πιο βοηθητική πηγή υποστήριξης.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι γιατροί που ξοδεύουν περισσότερο χρόνο φροντίζοντας για τους ασθενείς τούς ξέρουν καλύτερα αλλά αυτό τους καθιστά επίσης πιο τρωτούς στα συναισθήματα της απώλειας όταν πεθαίνουν αυτοί οι ασθενείς. Οι ιατρικές ομάδες μπορούν να ωφεληθούν από την αναφορά μέσα στο τμήμα για να δώσουν στους ειδικευόμενους γιατρούς μια ευκαιρία να μοιραστούν τις συναισθηματικές αντιδράσεις και να συλλογιστούν το θάνατο του ασθενή.

## **8.2 ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΝΑ ΣΥΜΒΑΛΕΙ ΣΤΟ ΒΑΣΑΝΟ; ΣΕ ΒΑΘΟΣ ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΤΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ**

Serge Daneault, Véronique Lussier, Suzanne Mongeau, Éveline Hudon, Pierre Paillé, Dominique Dion, Louise Yelle.

Δεκεμβρίου 2006

Κατευναστικές υπηρεσίες φροντίδας Notre-Dame νοσοκομείο του Μόντρεαλ.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να ερευνήσει τις αντιλήψεις των ασθενών με καρκίνο κατά το τέλος, για το βάσανό τους προκειμένου να περιγραφούν, από την προοπτική αυτών των ασθενών, τα μερικά στοιχεία της αντίδρασης των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης στο βάσανο.

## **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Στην μελέτη συμμετείχαν είκοσι έξι ασθενείς διαγνωσμένοι με τον τελικό καρκίνο.

Στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψής μας, ασθενείς παίρνουν μέρος σε ένα κυρίαρχο σχέδιο της αποφυγής του βασάνου, η οποία συμβάλλει στη συνέχεια στο αυξανόμενο βάσανο. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης θεωρούνται ως πεδίο μάχης όπου οι παθολόγοι και οι ασθενείς συμμετέχουν σε μια χαμένη προσπάθεια να αποκρούσουν την ασθένεια και το θάνατο. Και οι παθολόγοι και οι ασθενείς συμμετέχουν στην αποφυγή του σκεπτικισμού και την κάλυψη του κινδύνου. Η αναπόφευκτη ομολογία της αδυναμίας παρά τη μοιραία ασθένεια θεωρείται ως συνθηκολόγηση και θεραπευτική εγκατάλειψη. Οι

δημοσιονομικοί περιορισμοί και understaffing, μαζί με έναν κυρίαρχο πολιτισμό που αρνείται σιωπηρά το θάνατο, παράγουν ένα περιβάλλον συμβάλλον στην αποφυγή του βασάνου. Για να αντιμετωπιστεί αυτό, οι πρακτικές υγειονομικής περίθαλψης που ενθαρρύνουν την αυξανόμενη επικάλυψη και τη συνοχή μεταξύ των σφαιρών της Ογκολογίας, η κατευναστική φροντίδα, και η οικογενειακή ιατρική φαίνονται άξιες.

Το βάσανο των σοβαρά ασθενών είναι δύσκολο να ανακουφιστεί στα πλαίσια των σύγχρονων οργανώσεων υγειονομικής περίθαλψης. Σε μερικές περιπτώσεις, η παράδοση υγειονομικής περίθαλψης συμβάλλει άμεσα στο αυξανόμενο βάσανο. Η παροχή της υποστήριξης επίσης βοηθώντας τους ασθενείς και τις οικογένειές τους για να αντιμετωπίσει τις επερχόμενες σκληρές πραγματικότητες είναι μια λεπτή ισορροπημένη πράξη που πρέπει να εξερευνηθεί περαιτέρω.

### **8.3 ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΟΥ ΣΤΗΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΖΩΗ .**

M Z Solomon, L O'Donnell, B Jennings, V Guilfooy, S M Wolf, K Nolan, R Jackson, D Koch-Weser, S Donnelley

Πρόγραμμα, Education Development Center Inc, Newton

**Ιανουάριος 1993**

#### **ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ**

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να ερευνηθεί πώς οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης αξιολογούν την προσοχή των ασθενών των νοσοκομείων κοντά στο τέλος της ζωής. Οι παθολόγοι και οι νοσηλεύτριες είναι ενήμεροι και σε συμφωνία με τις εθνικές συστάσεις σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών να αποποιηθούν τις ιατρικές περιθάλψεις ζωής-στήριξης και να λάβουν τον επαρκή έλεγχο πόνου; Στην έρευνα συμμετείχαν 687 παθολόγοι και 759 νοσηλεύτριες σε 5 νοσοκομεία.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Σχεδόν οι μισοί (47%) από όσους απάντησαν και ένα πλήρες 70% ανέφεραν ότι είχαν ενεργήσει ενάντια στην συνείδηση τους όταν παρείχαν ιατρική φροντίδα στους ετοιμοθάνατους. Τέσσερις φορές τόσο πολλοί αυτοί που συμμετείχαν ανησύχησαν για την παροχή υπερβολικά φορτικής θεραπείας απ'ό,τι για το undertreatment.



## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Εν περιλήψει, πολλοί παθολόγοι και νοσηλεύτριες ενοχλήθηκαν από το βαθμό στον οποίο οι τεχνολογικές λύσεις επηρεάζουν την προσοχή κατά τη διάρκεια των τελικών ημερών μιας κακοήθους ασθένειας και από το undertreatment του πόνου. Εντούτοις, οι αλλαγές στην προσοχή των ασθενών που πεθαίνουν μπορεί να μην είχαν συμβαδίσει με τις εθνικές συστάσεις, εν μέρει επειδή πολλοί παθολόγοι και νοσηλεύτριες διαφώνησαν και μπορεί να ήταν απληροφόρητοι με μερικές βασικές οδηγίες, όπως την επιτρεπτή απόσυρση των θεραπειών.

### **8.4 ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ**

L. Ollivier, J. Leclère, S. Dolbeault, S. Neuenschwander

Παρίσι, Γαλλία, Institut Gustave Roussy

**4 Οκτωβρίου 2005**

Η πρόοδος στην ιατρική και οι αλλαγές στην κοινωνία μας έχουν οδηγήσει σε έναν αυξανόμενο αριθμό ασθενών με τον καρκίνο και μια αλλαγή στη σχέση ιατρός-ασθενής. Τα δικαιώματα ασθενών καθορίζονται τώρα σε διάφορες χώρες από τους νόμους. Η πορεία του καρκίνου περιλαμβάνει τις πολυάριθμες εξετάσεις απεικόνισης στις οποίες ο ακτινολόγος περιλαμβάνεται πρώτιστα. Είναι συχνά ο ακτινολόγος που ανακαλύπτει τις ανωμαλίες και που πρέπει να αναγγείλει τις ειδήσεις στον ασθενή. Αυτός ο στόχος γίνεται ακόμα δυσκολότερος από την έλλειψη του ακτινολόγου συγκεκριμένης κατάρτισης στη διαχείριση των δύσκολων καταστάσεων όπως η αναγγελία των κακών ειδήσεων. Υπάρχει ένας υψηλός κίνδυνος ακατάλληλων απαντήσεων που μπορούν να έχουν μια σοβαρά καταστροφική επίδραση στην κατάσταση του μυαλού του ασθενή. Ακόμη και με τις καλύτερες προθέσεις, μπορεί να είναι πολύ κερδοφόρο να αναθεωρηθούν και να βελτιωθούν οι συγγενικές μορφές μας και να ικανοποιηθεί αποτελεσματικότερα η αυξανόμενη ζήτηση του ασθενή για τις πληροφορίες. Η τεχνική τεχνογνωσία του ακτινολόγου δεν είναι ικανοποιητική, όπως πρέπει επίσης να είναι σε θέση να δώσει ακριβώς το σωστό ποσό πληροφοριών βασισμένο στην κλινική ικανότητά του, και τη σχέση του με τους ασθενείς σεβόμενος τις επιθυμίες τους και τα δικαιώματά τους.

## **8.5 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ**

Faiza Ahmed, Sadia Mahmud, Juanita Hatcher, Shaista M. K.

Τμήμα της επιδημιολογίας και της βιοστατιστικής, Τμήμα κοινοτικών επιστημών υγείας, Πανεπιστήμιο Aga Khan, karachi, Πακιστάν.

**19 Σεπτεμβρίου 2006**

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο κοινός καρκίνος μεταξύ των γυναικών στον αναπτυσσόμενο και αναπτυσσόμενο κόσμο. Η εμφάνιση του καρκίνου του μαστού στο karachi, Πακιστάν είναι 69,1 ανά 100.000 με την παρουσίαση καρκίνου του μαστού σταδιακά III και IV που είναι κοινό (? 50%). Η πραγματική λύση στην έγκαιρη ανίχνευση βρίσκεται στην εκπαίδευση καρκίνου του μαστού των γυναικών. Οι νοσηλεύτριες αποτελούν μια ειδική ομάδα που έχει τα κατάλληλα χαρακτηριστικά για τη διάδοση των πληροφοριών καρκίνου του μαστού στις γυναίκες. Αξιολογήσαμε το επίπεδο γνώσης παραγόντων κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού μεταξύ των γεγραμμένων γυναικών νοσηλευτριών στα νοσοκομεία διδασκαλίας karachi. Επίσης προσδιορίσαμε εάν οι επιλεγμένοι παράγοντες μεταξύ των νοσοκόμων συνδέθηκαν με τη γνώση τους παραγόντων κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού, έτσι ώστε τα σχετικά μέτρα για να βελτιώσει η γνώση νοσοκόμων να μπορούν να εφαρμοστούν.

### **ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μια διατομική έρευνα πραγματοποιήθηκε σε επτά νοσοκομεία διδασκαλίας στο karachi χρησιμοποιώντας τη στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία με την ανάλογη κατανομή. Συνολικά 609 γεγραμμένες γυναίκες νοσηλεύτριες πέρασαν από συνέντευξη χρησιμοποιώντας ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που προσαρμόστηκε από τη stager περιεκτική δοκιμή γνώσης καρκίνου του μαστού. Η γνώση παραγόντων κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού ταξινομήθηκε στις καλές, δίκαιες και φτωχές κατηγορίες.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Ένα σχετικά μικρό ποσοστό του νοσηλευτικού πληθυσμού είχε το καλό επίπεδο γνώσης των παραγόντων κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Αυτή η γνώση συνδέεται με τη σχολικό νοσηλευτικό επίπεδο, την επαγγελματική έκθεση καρκίνου του μαστού και την κλινική εξέταση μαστών. Δεδομένου ότι μόνο για το ένα τρίτο των νοσοκόμων είχε την

καλή γνώση για τους παράγοντες κινδύνου, υπάρχει μια ανάγκη να εισαχθεί η εκπαίδευση καρκίνου του μαστού στα σχολεία νοσηλευτικής ιδιαίτερα στο δημόσιο τομέα. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση νοσηλευτικής στον εργασιακό χώρο μπορεί να είναι πρόσθετου οφέλους.

## **8.6 ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΑΡΧΕΙΑ: ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

B Fisher, N Britten

Ενωμένο Ιατρικό σχολείο, Νοσοκομειακού τύπου, Λονδίνο.

**Φεβρουάριος 1993**

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να εξεταστούν οι αντιδράσεις των ασθενών με καρκίνο στην προσφορά της πρόσβασης στα ιατρικά αρχεία τους, τις προκαταλήψεις των γιατρών νοσοκομείων της πρόσβασης των ασθενών στα ιατρικά αρχεία και την πραγματικότητα της πρόσβασης στα αρχεία για αμφότερα τα συμβαλλόμενα μέρη. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν με 32 ασθενείς και 21 γιατρούς νοσοκομείων. Οι γιατροί νοσοκομείων παρουσίασαν επίσης ιατρικά αρχεία από το τμήμα τους στον ιατρό παθολόγο και ρώτησαν για οποιεσδήποτε αλλαγές που θα είχαν κάνει ως αποτέλεσμα της γνώσης για την πρόσβαση των ασθενών στα αρχεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι ασθενείς ήταν σε θέση να κρίνουν για το εάν θέλησαν την πρόσβαση ή όχι και ότι οι ασθενείς που επέλεξαν να εξετάσουν τα αρχεία τους βρήκαν την πρόσβαση στα αρχεία τους χρήσιμη και καθησυχάστηκαν ακόμα κι αν οι ειδήσεις ήταν κακές. Οι γιατροί ανέμεναν την πρόσβαση στα αρχεία να είναι επιβλαβή στους ασθενείς αλλά δεν θα είχαν επιθυμήσει να τροποποιήσουν πολλών από τις ιατρικά αρχεία που είχαν γράψει. Η πρόσβαση των ασθενών στα αρχεία μπορεί να είναι μια ασφαλής και χρήσιμη προσθήκη στην καλή φροντίδα του ασθενή.

## **8.7 Η ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ Η ΤΥΠΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΤΟΝ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ: ΔΟΚΙΜΗ ΜΕ ΤΥΧΑΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ.**

Sally Moore, Jessica Corner, Jo Haviland<sup>a</sup> Mary Wells, Emma Salmon, Charles Normand, Mike Brada, Mary O'Brien, Ian Smith

Κέντρο για τον καρκίνο και τις Κατευναστικές μελέτες φροντίδας, το Ίδρυμα έρευνας καρκίνου, το Royal νοσοκομείο Marsden στο Λονδίνο, Σχολή της Νοσηλευτικής, το Πανεπιστήμιο Southampton, Μονάδα κλινικών δοκιμών και στατιστικών, Τμήμα της επιδημιολογίας, Ίδρυμα της έρευνας καρκίνου, Sutton.

**16 Νοεμβρίου 2002**

### **ΣΤΟΧΟΣ**

Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν για να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της νοσοκόμας που επιβλέπει την παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο των πνευμόνων. Συμμετείχαν 203 ασθενείς με τον καρκίνο πνευμόνων που είχε ολοκληρώσει την αρχική θεραπεία τους και αναμενόταν για να επιζήσει για τουλάχιστον 3 μήνες.

### **ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Η καθοδηγούμενη από τους νοσηλευτές παρακολούθηση εξωτερικών ασθενών σε σύγκριση με την τυπική ιατρική παρακολούθηση.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η αποδοχή της νοσοκόμας από τους ασθενείς που επιβλέπει συνεχώς ήταν υψηλή: 75% (203/271) των επιλέξιμων ασθενών συγκατατέθηκε να συμμετέχει. Οι ασθενείς που έλαβαν την επέμβαση είχαν τη λιγότερο αυστηρή δύσπνοια σε 3 μήνες ( $P=0.03$ ) και είχαν τα καλύτερα αποτελέσματα για τη συναισθηματική λειτουργία ( $P=0.03$ ) και τη λιγότερη απομακρυσμένη νευροπάθεια ( $P=0.05$ ) σε 12 μήνες. Οι ασθενείς ομάδας επέμβασης σημείωσαν σημαντικά καλύτερα στις περισσότερες υποκλίμακες ικανοποίησης σε 3 ..6, και 12 μήνες. Καμία σημαντική διαφορά στη γενική ικανοποίηση των ιατρών παθολόγων δεν επήλθε μεταξύ των δύο ομάδων. Καμία διαφορά δεν επήλθε στην επιβίωση ή τα ποσοστά αντικειμενικής προόδου, αν και οι νοσοκόμες κατέγραψαν την πρόοδο των συμπτωμάτων πιο σύντομα από τους γιατρούς ( $P=0.01$ ). Οι ασθενείς επέμβασης ήταν πιθανότερο να πεθάνουν στο σπίτι παρά σε ένα νοσοκομείο ή ένα άσυλο ( $P=0.04$ ), παρευρέθηκαν σε λιγότερες συνεδρίες με έναν γιατρό νοσοκομείων κατά τη διάρκεια των πρώτων 3 μηνών ( $P=0.004$ ), είχαν λιγότερες ακτινογραφίες κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών ( $P=0.04$ ), και είχαν περισσότερη ακτινοθεραπεία μέσα στους πρώτους 3 μήνες ( $P=0.01$ ).

Καμία άλλη διαφορά δεν επήλθε μεταξύ των δύο ομάδων από την άποψη της χρήσης των πόρων.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Η καθοδηγούμενη από τους νοσηλευτές παρακολούθηση ήταν αποδεκτή στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα και στους παθολόγους και οδήγησε σε θετικά συμπεράσματα.

Οι γιατροί και οι νοσοκόμες αποτυγχάνουν συχνά να διαγνώσουν τη συναισθηματική θλίψη των ασθενών, και οι ασθενείς έχουν λίγο χρόνο να προκαλέσουν τις ανησυχίες τους. Τι προσθέτει αυτή η μελέτη: Η παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο πνευμόνων από τους κλινικούς ειδικούς νοσοκόμους είναι ασφαλής, αποδεκτή, και οικονομικά αποδοτική. Και οι ασθενείς και οι ιατροί παθολόγοι ικανοποιήθηκαν ιδιαίτερα με το πρότυπο της νοσηλεύτριας που έχει τη συνεχή επίβλεψη.

## **8.8 «ΌΤΑΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ, ΣΤΑΜΑΤΟΥΝ ΝΑ ΜΕ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΝΤΑΙ»- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ ΣΤΑ ΠΡΩΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ- ΜΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.**

Tor Anvik, Knut A Holtedahl, Hege Mikalsen

Institute της κοινοτικής ιατρικής, πανεπιστήμιο Tromsø, Νορβηγία, Τμήμα της γαστροεντερικής χειρουργικής επέμβασης, Πανεπιστημιακό νοσοκομείο της βόρειας Νορβηγίας.

**21 Μαρτίου 2006**

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Ο ρόλος του ιατρού παθολόγου στη συνεχή παρακολούθηση του καρκίνου είναι κακώς καθορισμένος. Η έρευνα αυτή περιγράφει και να αναλύει το ρόλο του ιατρού παθολόγου κατά τη διάρκεια της αρχικής συνεχούς παρακολούθησης των ασθενών με τον πρόσφατα θεραπευθέντα καρκίνο, από την προοπτική των ασθενών, των συγγενών τους και γιατρών παθολόγων τους. Στην έρευνα συμμετείχαν έξι ιατροί παθολόγοι από την πόλη Bodø και 17 ιατροί παθολόγοι από την πόλη Tromsø στη βόρεια Νορβηγία.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ερώτηση για την αναγνώριση των προσδοκιών και των προτιμήσεων κάθε μεμονωμένου ασθενή είναι μια κεντρική πτυχή μεταξύ του ασθενή -κεντροθετημένου ύφους εργασίας και ενισχύουν την ενδυνάμωση του ασθενή. Η συντήρηση της αξιοπρέπειας είναι ένας γενικός στόχος και ο ιατρός παθολόγος μπορεί να συμβάλει σε αυτό. Η αυξανόμενη εκτίμηση και η ενδυνάμωση συσχετίζονται πολύ με τη βελτιωμένη έκβαση για διάφορες ασθένειες, συμπεριλαμβανόμενος και ο καρκίνος. Ο ιατρός παθολόγος είναι πολυάσχολος, αλλά έχει ένα είδος σταθερότητας που μπορεί σπάνια να αντιστοιχηθεί σε ένα πιο σύνθετο σύστημα όπως το νοσοκομείο. Το τμήμα της εργασίας μεταξύ της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης είναι πιο ευδιάκριτο κατά τη διάρκεια των πρόωρων διαγνωστικών και θεραπευτικών φάσεων ασθένειας απ'ό,τι η συνεχής παρακολούθηση. Μόνο μια μερίδα ιατρών παθολόγων θεώρησε ότι ήταν μέρος μιας ομάδας συνεχούς παρακολούθησης πρόωρα μετά από τη θεραπεία του ασθενή. Ακόμα και όταν επισκέπτεται ένα ιατρός παθολόγος συχνά το σπίτι σε έναν κατά το τέλος άρρωστο ασθενή και συμβάλλει ενεργά ιατρικά και ψυχολογικά κατά τη διάρκεια του τελευταίου μέρους της ζωής ενός ασθενή, το νοσοκομείο παραμένει ο επίσημος συντονιστής. Η περαιτέρω έρευνα απαιτείται προκειμένου να προσδιοριστούν και να υπερνικηθούν τα εμπόδια σε μια καλύτερη μοιρασμένη φροντίδα για τους ασθενείς με τον καρκίνο.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο ιατρός παθολόγος έχει μια θέση στη συνεχή παρακολούθηση των ασθενών με τον πρόσφατα θεραπευθέντα καρκίνο, αλλά μετά βίας για όλους τους. Πολλοί ασθενείς με τον καρκίνο χρειάζονται τη συνοχή της περίθαλψης από έναν προσωπικό ιατρό παθολόγο ο οποίος τους ξέρει καλά, και τον εμπιστεύονται για να τους παρέχει την ικανοποιητική φροντίδα. Οι περισσότερα ιατροί παθολόγοι είναι έτοιμοι να πάρουν έναν πιο προεξέχοντα ρόλο στη συνεχή παρακολούθηση για αυτούς τους ασθενείς και γνωρίζουν την ανάγκη για την εξατομικευμένη φροντίδα. Η τυποποιημένη συνεργασία με έναν ιατρό παθολόγο πρέπει να καθιερωθεί για τους περισσότερους ασθενείς με καρκίνο προτού να αφήσουν το νοσοκομείο. Κατ' αυτό τον τρόπο οι ικανές συμβουλές θα μπορούσαν να είναι διαθέσιμες για το ιατρό παθολόγο και τον ασθενή του/της όπως απαιτείται. Οι ασθενείς καθώς επίσης και ιατροί παθολόγοι καλούν τους γιατρούς νοσοκομείων που είναι υπεύθυνοι για τη θεραπεία για να αρχίσουν τέτοια συνεργασία για τους μεμονωμένους ασθενείς

## **8.9 ΣΥΖΗΤΩΝΤΑΣ ΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ ΤΥΧΑΙΑΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ: Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΝΟΣ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΈΡΕΥΝΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

V Jenkins, L Fallowfield, I Solis-Trapala, C Langridge, V Farewell

Ψυχοκοινωνική ομάδα Ογκολογίας του Σάσσεξ, Μπράιτον και Ιατρικό σχολείο του Σάσσεξ, Πανεπιστήμιο του Σάσσεξ, Centro de Investigacion Matematicas, Guanajuato, Μεξικό, Μονάδα βιοστατιστικής MRC, Ίδρυμα Δημόσιας υγείας, Κέμπριτζ.

**10 Ιανουαρίου 2005**

### **ΣΤΟΧΟΣ**

Να εκτιμηθεί μια εκπαιδευτική παρέμβαση, με στόχο την βελτίωση της επικοινωνίας των επαγγελματιών ιατρικής φροντίδας με τους ασθενείς με καρκίνο σχετικά με τις κλινικές δοκιμές τυχαίας επιλογής.

Συμμετείχαν 101 επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης ( 33 νοσοκομειακοί γιατροί και 68 ερευνητικές νοσοκόμες ).

### **ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Διανεμήθηκαν τέσσερα σημεία μέτρησης από ένα εκπαιδευμένο ειδικό με την χρήση βίντεο-ταινιών και ασκήσεων αλληλεπίδρασης για την κάλυψη γενικών ζητημάτων σχετικά με την συζήτηση επί των κλινικών δοκιμών τυχαίας επιλογής με ασθενείς, με προβλήματα ειδικά στις βοηθητικές δοκιμές, με δοκιμές που έχουν στόχο τον περιορισμό (της ασθένειας) και με δοκιμές όπου οι ασθενείς είχαν έντονη προτίμηση σε ένα μέσο θεραπείας.

### **ΚΥΡΙΑ ΜΕΤΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ**

Πριν και μετά την παρέμβαση, οι συμμετέχοντες βιντεοσκοπήθηκαν να συζητούν μια δοκιμή όπου ένας ηθοποιός υποδύοταν τον ασθενή. Αυτές οι συνεδρίες καθορίστηκαν για την ύπαρξη των πληροφοριών, που απαιτούνται από καλές οδηγίες κλινικής πρακτικής. Οι ηθοποιοί ασθενείς έδωσαν μια εκτίμηση μετά από κάθε συνέντευξη. Οι συμμετέχοντες εξέφρασαν την αυτοπεποίθηση τους σχετικά με σημεία κλειδιά της συζήτησης για τις δοκιμές..

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η ανάλυση των βιντεοσκοπημένων συνεδριών έδειξε ότι, μετά την παρέμβαση, σημαντικά περισσότεροι συμμετέχοντες επέδειξαν συμπεριφορές βασικής επικοινωνίας, όπως η εξήγηση της τυχαίας επιλογής (69 έναντι 81, σποραδική αναλογία 2,33, P=0,033), ο έλεγχος της κατανόησης των ασθενών (11 έναντι 31, σποραδική αναλογία

3,22,  $P=0,002$ ) και η συζήτηση καθιερωμένης θεραπείας ( 73 έναντι 88, σποραδική αναλογία 4,75,  $P=0,005$ ) και οι παρενέργειες (69 έναντι 85, σποραδική αναλογία 3,29,  $P=0,006$ ). Η αυτοπεποίθηση των συμμετεχόντων αυξήθηκε σημαντικά ( $P < 0,001$ ) σε όλους τους τομείς. Οι ταξινομήσεις των ηθοποιών- ασθενών σχετικά με την επικοινωνία των συμμετεχόντων έδειξαν σημαντικές βελτιώσεις σε 12 από τα 15 σημεία κλειδιά.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Αυτή η εντατική 8ωρη παρέμβαση βελτίωσε σημαντικά την πεποίθηση και ικανότητα των συμμετεχόντων στην επικοινωνία σχετικά με τις κλινικές δοκιμές τυχαίας επιλογής.

### **8.10 ΤΟ BURN OUT ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΕΡΒΙΑ**

Z. Tomasevic, S. Jesic, D. Radosavljevic, S. Jezdic

Ίδρυμα για την Ογκολογία και την Ακτινολογία της Σερβίας, Βελιγράδι Γιουγκοσλαβία

**12 Νοεμβρίου 2000**

#### **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Η εξέταση του θανάτου και του βάσανου στους ασθενείς είναι αναπόφευκτες στην ογκολογία ως μέρος του επαγγέλματος αλλά η σταθερή παρουσία θανάτου και τα βάσανα έχουν επίσης τις αναπόφευκτες συνέπειες στο ιατρικό προσωπικό. Κανένας δεν μπορεί κατά τρόπο αόριστο να αφιερωθεί στην φροντίδα της ογκολογίας χωρίς μερικά είδη συναισθηματικών και φυσικών συμπτωμάτων stress. Τα συμπτώματα του stress είναι ετερογενής και συχνά μπορεί να μιμηθεί διάφορους άλλους όρους. Μερικά από τα συμπτώματα είναι εύκολο να αντιμετωπιστούν ενώ άλλα που είναι ευτυχώς σπάνια απαιτούν την επαγγελματική βοήθεια.

Η αλλαγή στη διανοητική υγεία με την απώλεια κινήτρου μαζί με όλα τα άλλα συμπτώματα που απαριθμούνται μπορεί, στις ακραίες καταστάσεις, να προκαλέσει την αναχώρηση από την επαγγελματική πρακτική, την εξάρτηση από τα ναρκωτικά αλκοολισμό, την κατάθλιψη ή ακόμα και την αυτοκτονία. Εντούτοις, είναι πολύ σημαντικό να γίνει η διαφορά μεταξύ του stress πέρα από την εργασία και του stress από την έλ-



λειψη κινήτρου. Και τα δύο σύνδρομα πρέπει να αντιμετωπιστούν αλλά με διαφορετικούς τρόπους. Ευτυχώς εκείνοι που αναγνώρισαν αρχικά το σύνδρομο burn out προσέφεραν επίσης την πιθανή λύση για εκείνο το πρόβλημα.

Μερικές από τις λύσεις είναι διοικητικού τύπου και δεν μπορούν να είναι χωρίς την επίσημη συνεργασία, όπως τον περιορισμό των ωρών καθήκοντος, και περισσότερες ελεύθερες ημέρες, αλλά μερικές μπορούν να είναι απλά από την απλή εσωτερική αναδιοργάνωση θαλάμων. Αυτός ο τύπος έρευνας δεν εκτελέστηκε ποτέ πριν στη χώρα μας έτσι που τα παρουσιασμένα αποτελέσματα είναι τα πρώτα και, ας ελπίσουμε, ακριβώς προκαταρκτική. Φαίνεται ότι το stress κάλλιστα ανέχεται μεταξύ το ιατρικού προσωπικού της ογκολογίας, ως εκ τούτου μόνο οι συμμετέχοντες μειονότητας φαίνονται να είναι κάτω από την ακραία πίεση. Άλλοι βρίσκουν τον τρόπο τους να αντιμετωπίσουν όλες τις δυσκολίες όχι μόνο στη θέση εργασίας, αλλά και στη ζωή γενικά. Εντούτοις η περιπλοκότερη έρευνα θα μπορούσε να έχει επιτύχει μερικά διαφορετικά αποτελέσματα. Επίσης ο ερευνημένος πληθυσμός ήταν μάλλον νέος, μέσος όρος 37.7 έτη.

Καμία από τις καταγγελίες δεν πρέπει να αγνοηθεί, και περισσότερη προσοχή πρέπει να δειχτεί στις συνθήκες εργασίας. Η εκπαίδευση ογκολογίας είναι μια μακροχρόνια και σκληρή διαδικασία και είναι βεβαίως φτηνότερη για να βελτιώσει μερικές από τις συνθήκες εργασίας από το να αφήσει ανικανοποίητο το ιατρικό προσωπικό να φύγει από το επάγγελμα. Λέγεται ότι η αναγνώριση του προβλήματος είναι το πρώτο βήμα στη λύση προβλήματος. Επίσης λέγεται ότι κάποιος μπορεί να είναι μόνο ένα μέρος του προβλήματος ή ένα μέρος της λύσης.

# ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

## 1.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ - ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι επαγγελματίες υγείας στα περισσότερα τμήματα του νοσοκομείου είναι τα άτομα που βρίσκονται το περισσότερο χρονικό διάστημα κοντά στους ασθενείς. Η υποχρέωση τους να καλύπτουν το τμήμα σε 24ωρη βάρδια και να είναι υπεύθυνοι για πολλές εργασίες ενώ συγχρόνως να έρχονται σε επαφή με τον πόνο και έτσι να αναπτύσσουν είτε μια αμυντική στάση είτε μια ταύτιση με τον ασθενή που πάσχει από καρκίνο .

Σκοπός της εργασίας μας είναι να ερευνήσουμε την στάση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο.

## 1.2. ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στα δύο μεγάλα νοσοκομεία του Ηρακλείου (Βενιζέλειο – ΠΑΓΝΗ).

Συνολικά μοιράστηκαν 200 ερωτηματολόγια (100 στο Βενιζέλειο και 100 στο ΠΑΓΝΗ) σε τυχαία επιλεγμένα μέλη του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού διαφορετικών βαθμίδων εκπαίδευσης και διαφορετικών ειδικοτήτων που εργάζονται στην παθολογική και χειρουργική ογκολογική, παθολογική, ορθοπαιδική, νευρολογική, νευροχειρουργική, ουρολογική, ΩΡΛ και ψυχιατρική κλινική. Το δείγμα της μελέτης μας αποτελείται από 31 γιατρούς και 69 νοσηλευτές στο ΠΑΓΝΗ ενώ στο Βενιζέλειο απάντησαν στα ερωτηματολόγια 28 γιατροί και 72 νοσηλευτές. Η διαδικασία συμπλήρωσης ερωτηματολογίων έγινε ανώνυμα και κατά την διάρκεια της εργασίας μας εφόσον βέβαια είχε προηγηθεί κατάθεση για άδεια διεξαγωγής της μελέτης στην νοσηλευτική διεύθυνση του νοσοκομείου. Ο αριθμός των ερωτηθέντων θα ήταν μεγαλύτερος αλλά ο φόρτος εργασίας παράλληλα με τις επιφυλάξεις μέρους του προσωπικού για τα αποτελέσματα της έρευνας δεν ήταν ιδιαίτερα πρόθυμοι ιδιαίτερα στις ογκολογικές κλινικές και πιο συγκεκριμένα από μέρους των νοσηλευτών.

Τα ερωτηματολόγια περιέχουν ερωτήσεις όπου οι ενδιαφερόμενοι εκθέτουν την άποψή τους αν δηλαδή θεωρούν το φύλο του ασθενή διαφοροποιό παράγοντα στην αντιμετώπισή του, ποια στάση υιοθετούν στον τομέα της ενημέρωσης του καρκινοπαθή, αν λένε ψέματα ή αν αποκρύπτουν την αλήθεια.

Στη συνέχεια παραθέτουμε τέσσερις ομάδες διαφορετικών γραφημάτων για να φανούν οι διαφορές μεταξύ των γιατρών και μεταξύ των νοσηλευτών στα δύο νοσοκομεία.

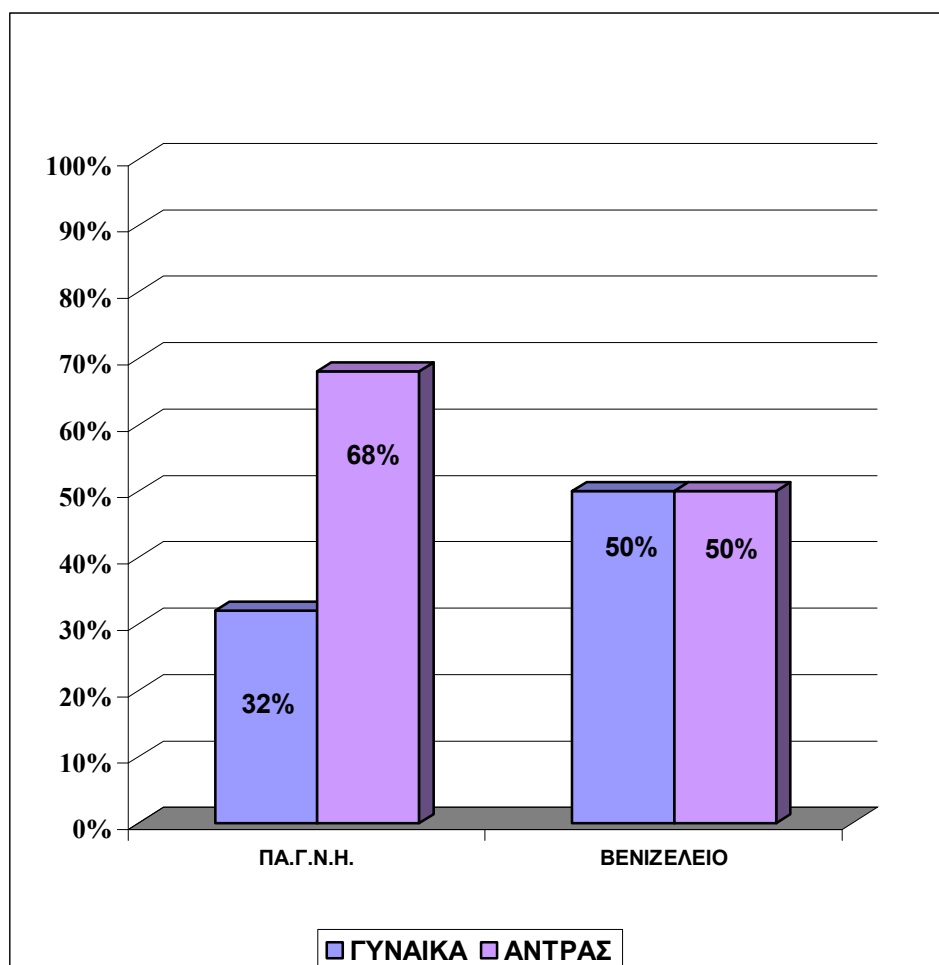
Τέλος διατυπώνουμε γενικά συμπεράσματα που προκύπτουν από το ερευνητικό μέρος καθώς και προτάσεις που πιστεύουμε ότι μπορούν να συμβάλουν στην βελτίωση του επιπέδου επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών με καρκίνο.

Επίσης αναφέρουμε λύσεις ώστε οι εργαζόμενοι να αποφύγουν την επαγγελματική κόπωση.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 1. ΦΥΛΟ

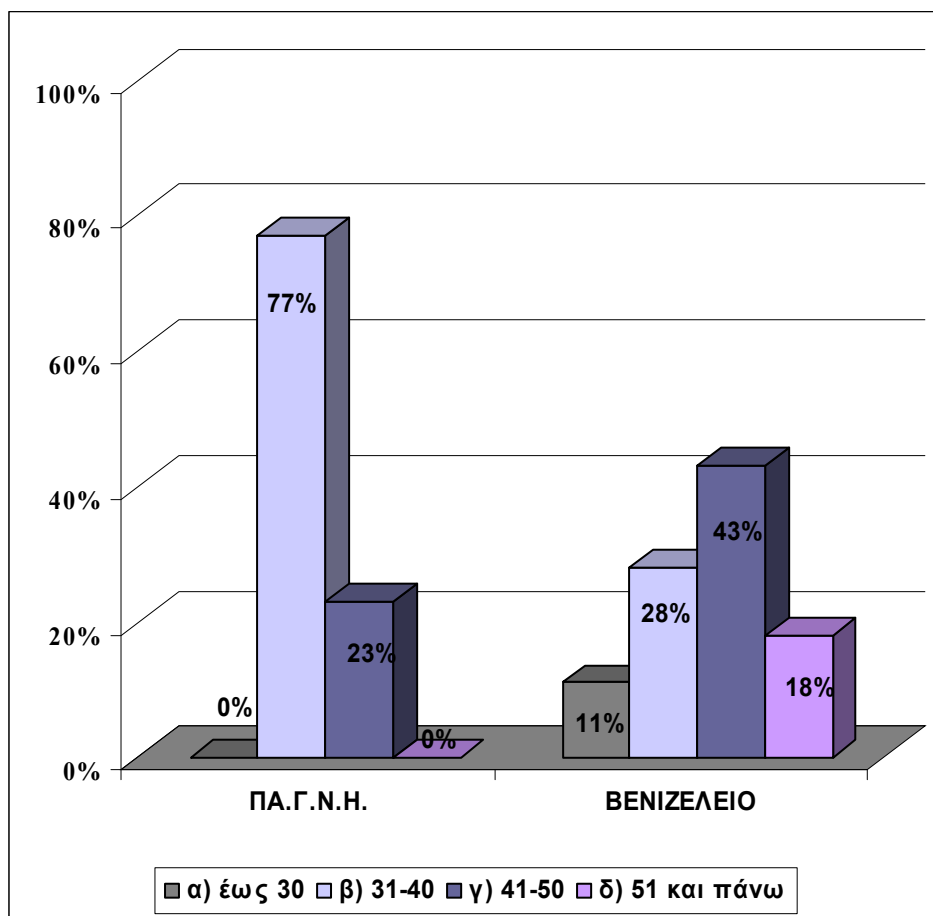


ΦΥΛΟ	Π.Α.Γ.Ν.Η		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ	ΣΥΝΟΛΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΓΥΝΑΙΚΑ	10	32%	14	50%
ΑΝΤΡΑΣ	21	68%	14	50%

Στο δείγμα μας το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών, το **68%**, που εργάζονται στο Π.Α.Γ.Ν.Η είναι άντρες ενώ οι γυναίκες είναι **32%**, σε σχέση με το Βενιζέλειο όπου απάντησαν με ίσο ποσοστό και οι άντρες αλλά και οι γυναίκες **50%**.

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 2. ΗΛΙΚΙΑ



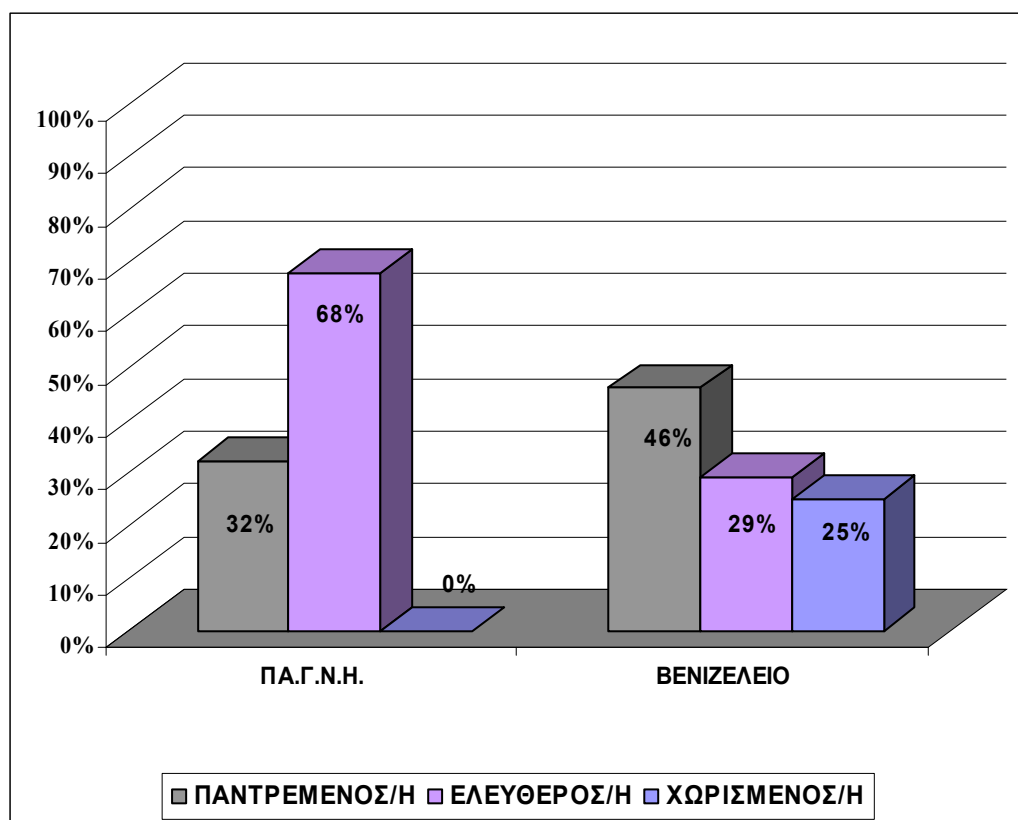
	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
α) έως 30	0	0%	3	11%
β) 31-40	24	77%	8	28%
γ) 41-50	7	23%	12	43%
δ) 51 και πάνω	0	0%	5	18%

Στους γιατρούς του Π.Α.Γ.Ν.Η. οι ηλικίες που πλειοψήφησαν στην έρευνα μας το **77%**, είναι 31-40 ετών ένα **23%** ήταν από 41-50 ετών ενώ στο Βενιζέλειο το **43%** μεταξύ 41-50 ετών ένα **28%** από 31-40 ετών και το **18%** πάνω από 50 ετών.



## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

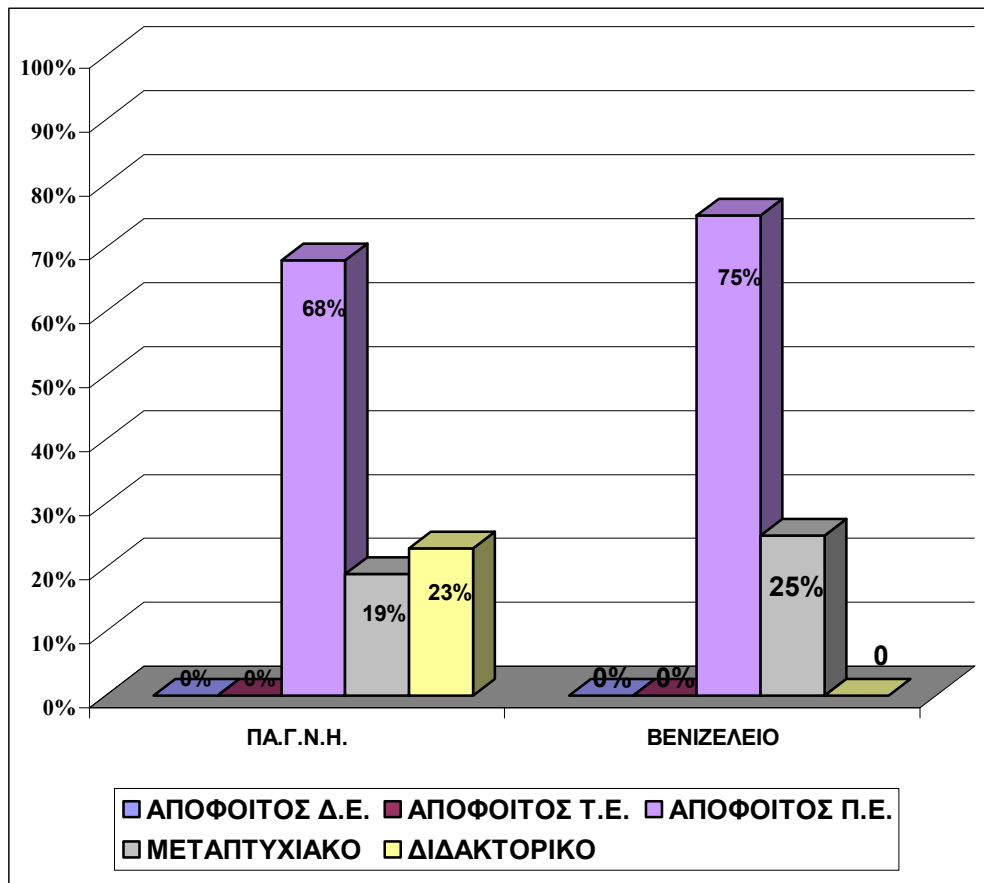


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ/Η	10	32%	13	46%
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ/Η	21	68%	8	29%
ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΣ/Η	0	0%	7	25%

Η πλειοψηφία των γιατρών που πήραν μέρος στην έρευνα του Π.Α.Γ.Ν.Η. ήταν ελεύθεροι ένα **68%**, το **32%** ήταν παντρεμένοι, ενώ στο Βενιζέλειο η πλειοψηφία το **46%**, ήταν παντρεμένοι το **29%** ελεύθεροι και το **25%** χωρισμένοι.

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

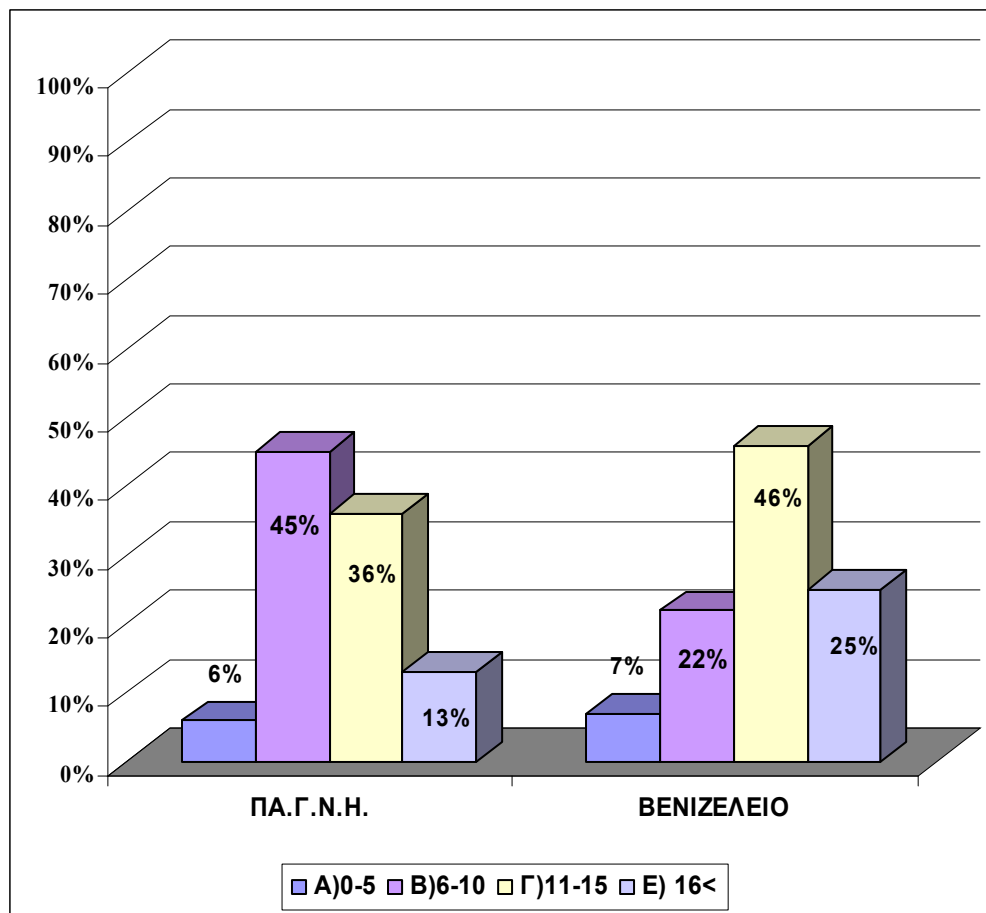


	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Δ.Ε.	0	0%	0	0%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Τ.Ε.	0	0%	0	0%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Π.Ε.	18	68%	21	75%
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	6	19%	7	25%
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	7	23%	0	0%

Στο Π.Α.Γ.Ν.Η. στην πλειοψηφία τους οι γιατροί που πήραν μέρος στην έρευνα είναι απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης με ποσοστό **68%**, το **23%** είχε διδακτορικό και το **19%** έχει κάνει μεταπτυχιακό ενώ στο Βενιζέλειο **75%** είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου και το **25%** έχει κάνει μεταπτυχιακό.

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 5. ΣΥΝΟΛΟ ΕΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

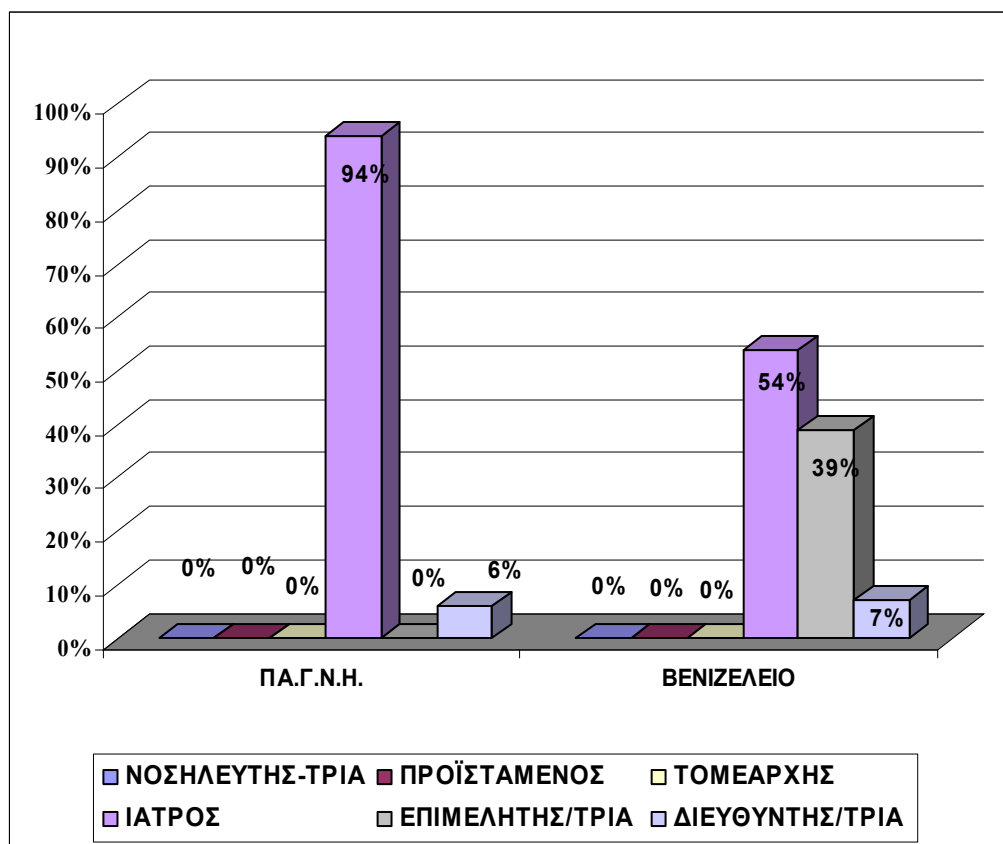


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Α)0-5	2	6%	2	7%
Β)6-10	14	45%	6	22%
Γ)11-15	11	36%	13	46%
Ε) 16<	4	13%	7	25%

Στο Π.Α.Γ.Ν.Η. η πλειοψηφία των γιατρών που απάντησε στα ερωτηματολόγια το **45%**, είχε 6-10 έτη εργασίας, ενώ στο Βενιζέλειο η πλειοψηφία το **46%** είχε 11-15 έτη εργασίας.

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 6. ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

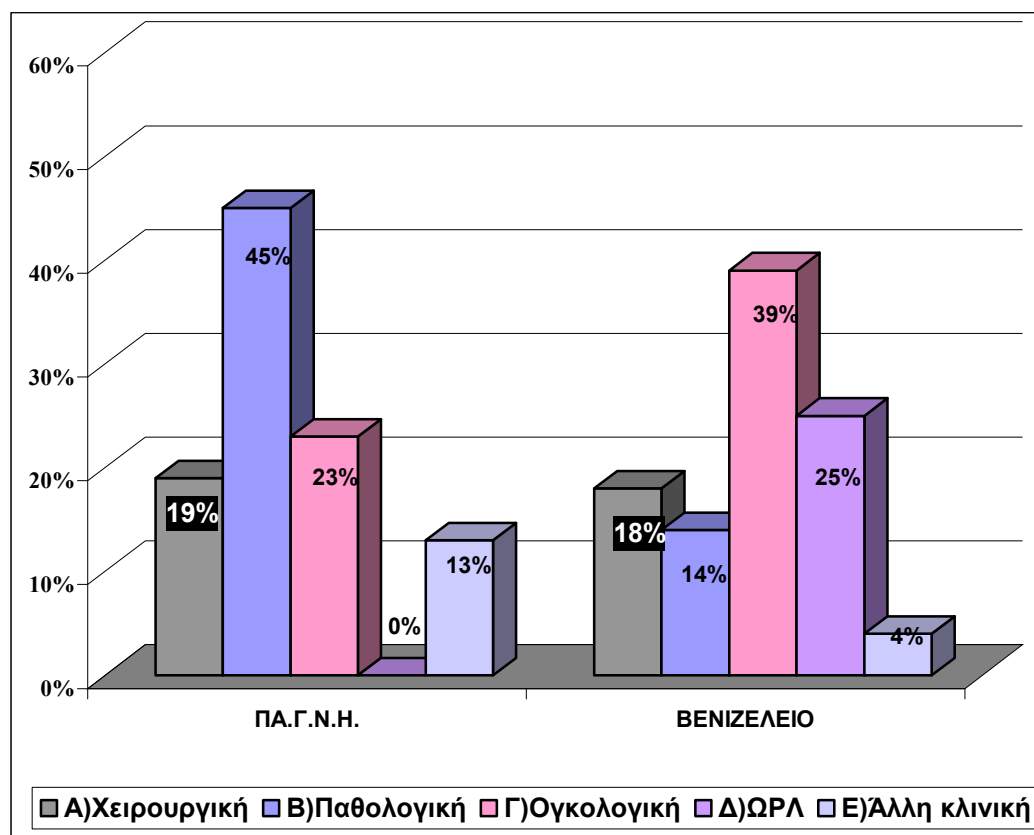


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ-ΤΡΙΑ	0	0%	0	0%
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ	0	0%	0	0%
ΤΟΜΕΑΡΧΗΣ	0	0%	0	0%
ΙΑΤΡΟΣ	29	94%	15	54%
ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	0	0%	11	39%
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΤΡΙΑ	2	6%	2	7%

Από το δείγμα μας διαπιστώθηκε ότι και στα δυο νοσοκομεία οι γιατροί ήταν στο μεγαλύτερο τους ποσοστό ειδικευόμενοι στο μεν Π.Α.Γ.Ν.Η το **94%** ενώ το **6%** είναι διευθυντές στο δε Βενιζέλειο το **54%** ήταν ειδικευόμενοι το **39%** επιμελητές και το **7%** διευθυντές .

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 7. ΚΛΙΝΙΚΗ

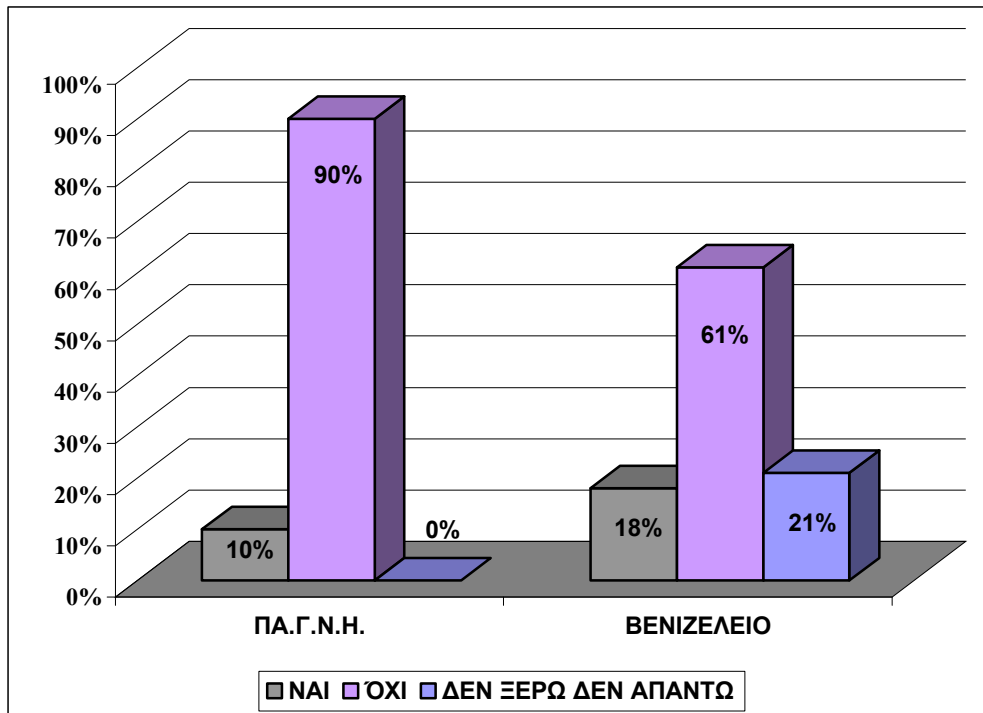


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Α) Χειρουργική	6	19%	5	18%
Β) Παθολογική	14	45%	4	14%
Γ) Ογκολογική	7	23%	11	39%
Δ) ΩΡΛ	0	0%	7	25%
Ε) Άλλη κλινική	4	13%	1	4%

Οι γιατροί του Π.Α.Γ.Ν.Η. που απάντησαν στα ερωτηματολόγια μας η πλειοψηφία το **45%** εργάζονται στην παθολογική κλινική το **19%** σε χειρουργική ένα **23%** σε Ογκολογική ενώ στο Βενιζέλιο η πλειοψηφία το **39%** σε Ογκολογική κλινική το **18%** σε χειρουργική το **25%** στην ΩΡΛ και το **14%** σε παθολογική

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 8. ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ;

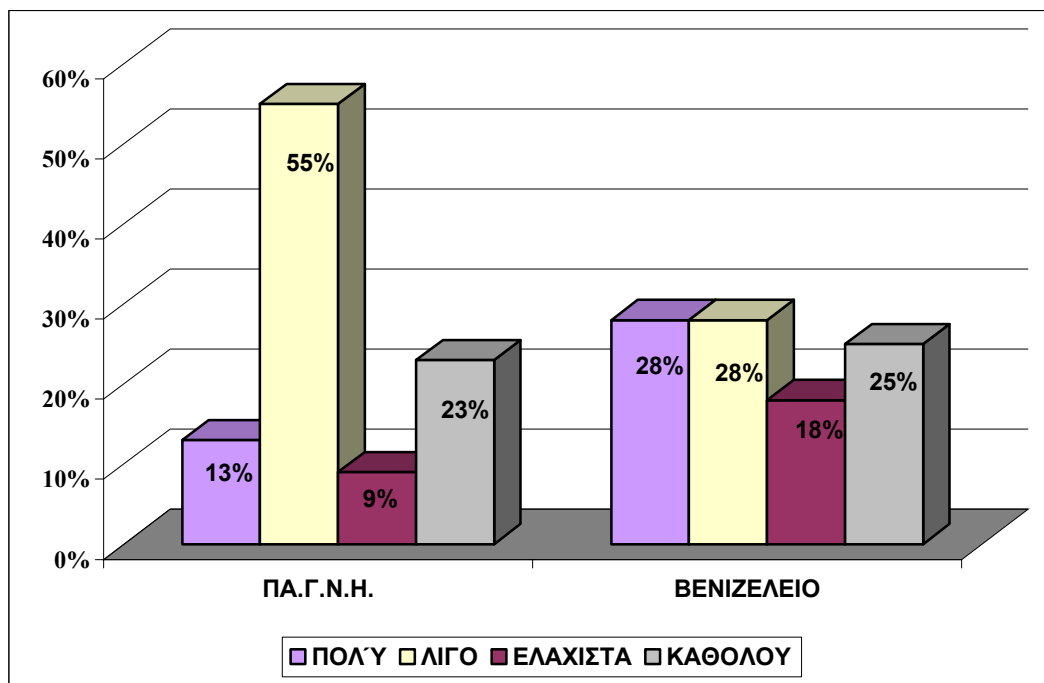


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	3	10%	5	18%
ΌΧΙ	28	90%	17	61%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ ΔΕΝ ΑΠΑ- ΝΤΩ	0	0%	6	21%

Και στα δυο νοσοκομεία οι γιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα υποστηρίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό το **90%** το Π.Α.Γ.Ν.Η. και το **61%** το Βενιζέλειο ότι το φύλο του ασθενή δεν αποτελεί διαφοροποιό παράγοντα αντιμετώπισης του ενώ σε μικρότερο ποσοστό το Π.Α.Γ.Ν.Η. το **10%** και το Βενιζέλειο σε ποσοστό **18%** υποστηρίζει ότι αποτελεί.

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 9. ΠΟΣΟ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟ;

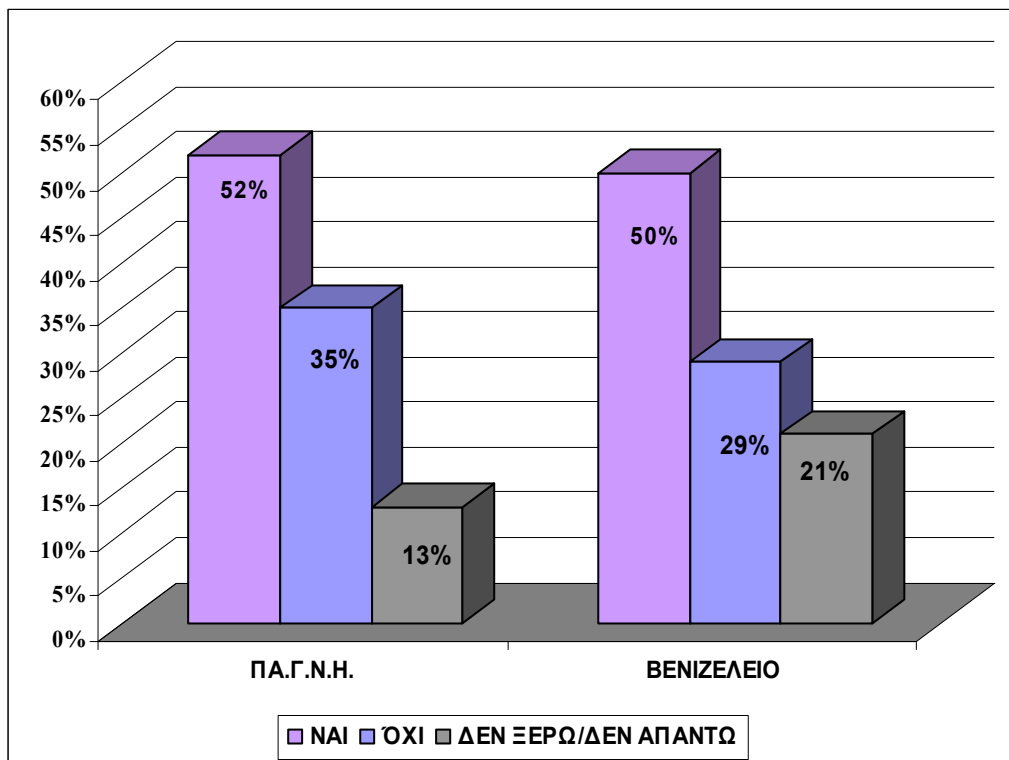


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
<b>ΠΟΛΥ</b>	4	13%	8	28%
<b>ΛΙΓΟ</b>	17	55%	8	28%
<b>ΕΛΑΧΙΣΤΑ</b>	3	9%	5	18%
<b>ΚΑΘΟΛΟΥ</b>	7	23%	7	25%

Οι γιατροί του Π.Α.Γ.Ν.Η που πήραν μέρος στην έρευνα υποστηρίζουν στην πλειοψηφία τους ότι το μορφωτικό επίπεδο του ασθενή επηρεάζει λίγο την προσωπική τους επικοινωνία με τον ασθενή με ποσοστό **55%**, και ένα **23%** ότι δεν την επηρεάζει καθόλου, ενώ το Βενιζέλειο με **28%** θεωρεί ότι την επηρεάζει πολύ ενώ ένα άλλο **28%** του Βενιζέλειου θεωρεί ότι επηρεάζει πολύ την προσωπική τους επικοινωνία με τον ασθενή και ένα **23%** ότι δεν την επηρεάζει καθόλου

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 10. ΕΧΕΤΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΝΑ ΑΝΑΚΟΙΝΩ- ΣΕΤΕ ΣΕ ΕΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ;



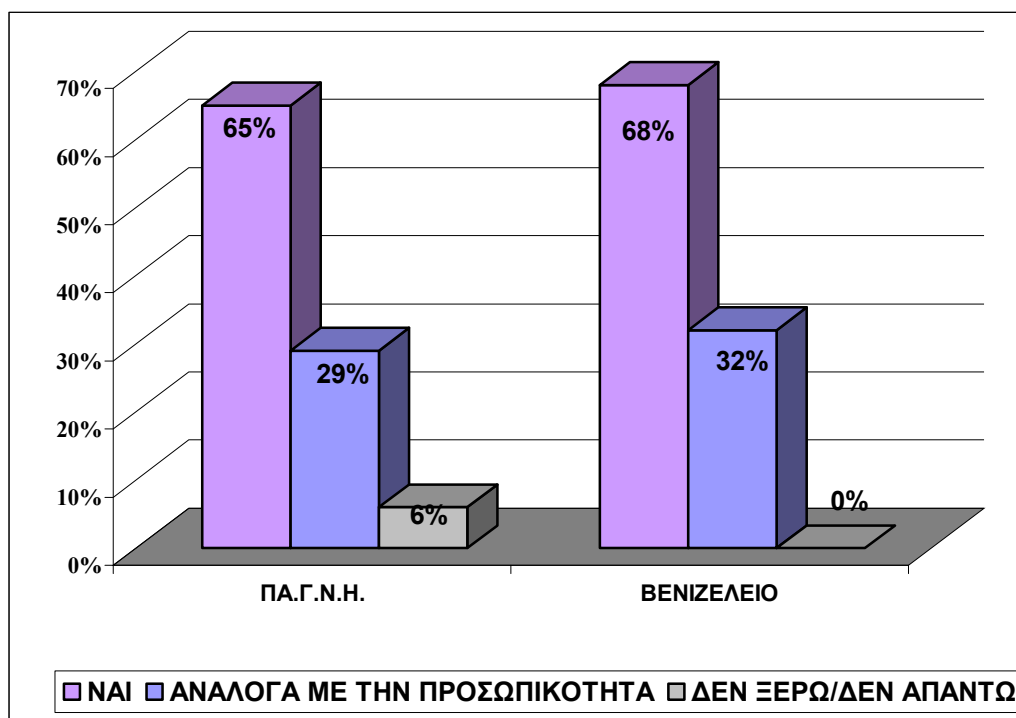
	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	16	52%	14	50%
ΌΧΙ	11	35%	8	29%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	13%	6	21%

Έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση για να ανακοινώσουν σε ένα ασθενή την αρρώστια του έτσι τουλάχιστον υποστηρίζουν οι περισσότεροι γιατροί της έρευνας μας και στα δυο νοσοκομεία με ποσοστό **52%** στο Π.Α.Γ.Ν.Η. και **50%** στο Βενιζέλειο ενώ απαντούν αρνητικά και οι δυο ομάδες σε μικρότερο ποσοστό **35%** το Π.Α.Γ.Ν.Η και **29%** το Βενιζέλειο αντίστοιχα.



## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 11. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;

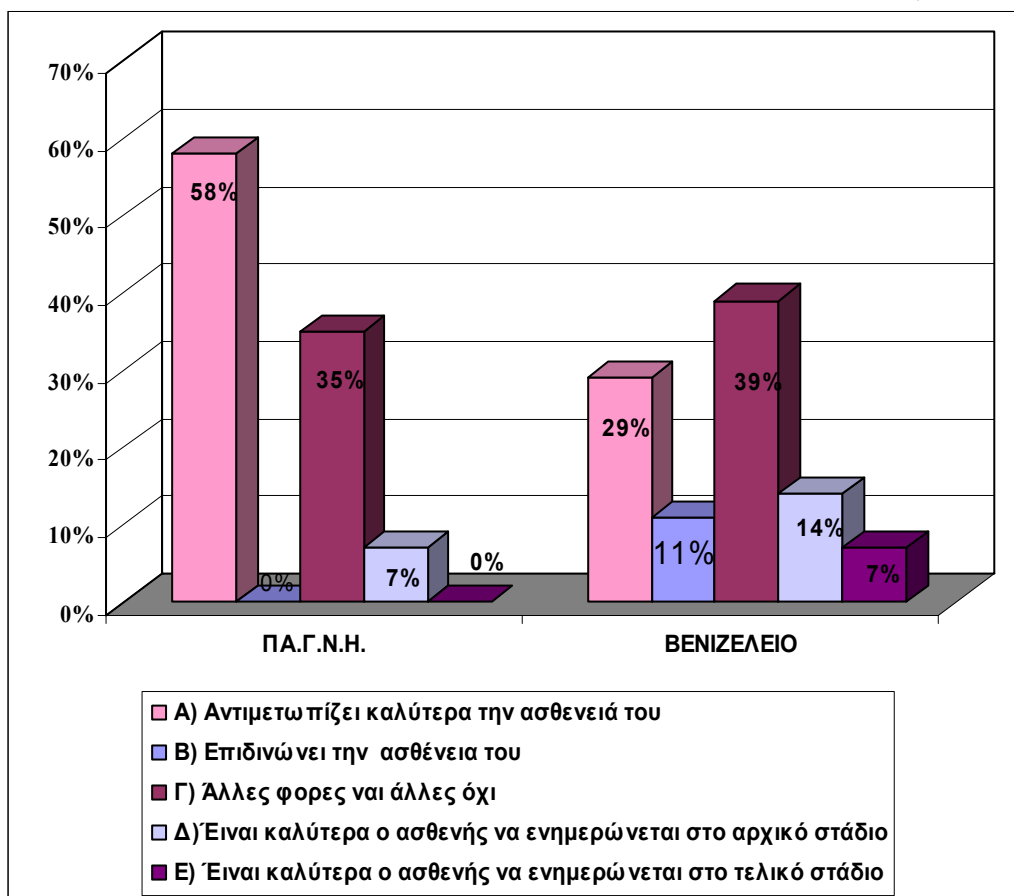


	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	20	65%	19	68%
ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ- ΤΗΤΑ	9	29%	9	32%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	6%	0	0%

Με πλειοψηφία και στα δύο νοσοκομεία οι γιατροί του δείγματος μας υποστηρίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό το **65%** το Π.Α.Γ.Ν.Η. και το **68 %** το Βενιζέλειο ότι ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για την διάγνωση και την θεραπεία του ενώ θεωρούν με μικρότερο ποσοστό το Π.Α.Γ.Ν.Η σε **29%** και το Βενιζέλειο με **32%** ότι ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται ανάλογα με την προσωπικότητα .

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 12. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΌΤΙ Ο ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ;

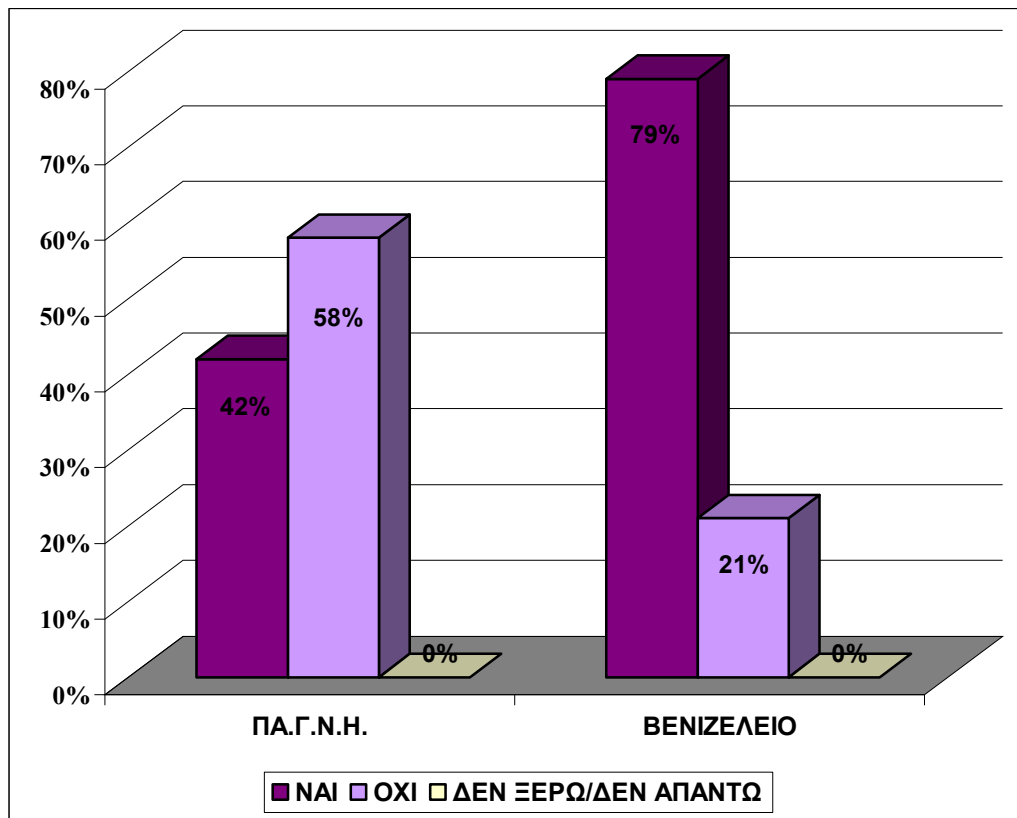


	Π.Α.Γ.Ν.Η.	ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ		
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
A) Αντιμετωπίζει καλύτερα την ασθένεια του	18	58%	8	29%
B) Επιδεινώνει την ασθένεια του	0	0%	3	11%
Γ) Άλλες φορές ναι άλλες όχι	11	35%	11	39%
Δ) Είναι καλύτερα ο ασθενής να ενημερώνεται στο αρχικό στάδιο	2	7%	4	14%
Ε) Είναι καλύτερα ο ασθενής να ενημερώνεται στο τελικό στάδιο	0	0%	2	7%

Οι γιατροί της ομάδας του Π.Α.Γ.Ν.Η., που συμμετείχαν στην έρευνα στην πλειοψηφία το **58%** δηλώνουν ότι ο ενημερωμένος ασθενής αντιμετωπίζει καλύτερα την ασθένεια του, σε αντίθεση με την ομάδα του Βενιζελείου που πιστεύει, το **39%**, ότι η ενημέρωση άλλοτε βοηθάει και άλλοτε όχι.

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 13. ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΠΩΣ Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΤΟΥ ΚΑΝΕΙ ΚΑΚΟ;

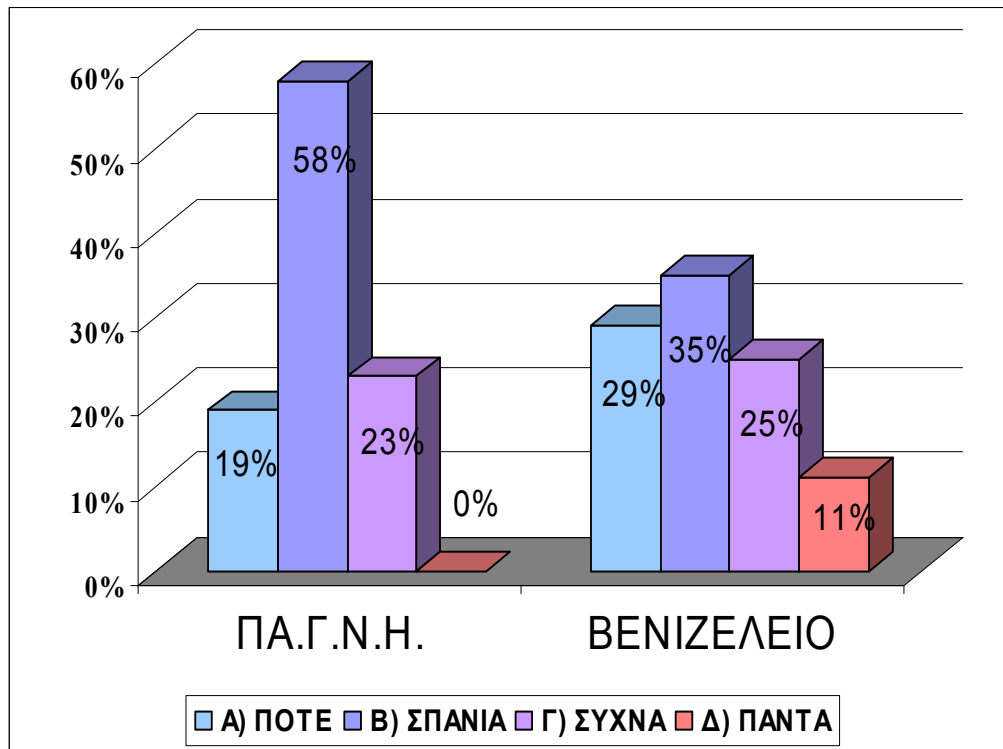


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	13	42%	22	79%
ΟΧΙ	18	58%	6	21%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	0	0%	0	0%

Από την έρευνα μας στην ερώτηση αν θεωρούν ότι η ενημέρωση μπορεί να κάνει κακό στον ασθενή προκύπτει ότι το μεν Π.Α.Γ.Ν.Η., απαντά αρνητικά σε ποσοστό **58%** το δε Βενιζέλειο απαντά θετικά με ποσοστό **79%**.

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 14. ΕΧΕΤΕ ΠΕΙ ΨΕΜΑΤΑ ΠΙΣΤΕΥΟΝΤΑΣ ΠΩΣ ΘΑ ΒΟΗΘΗΣΕΤΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ;

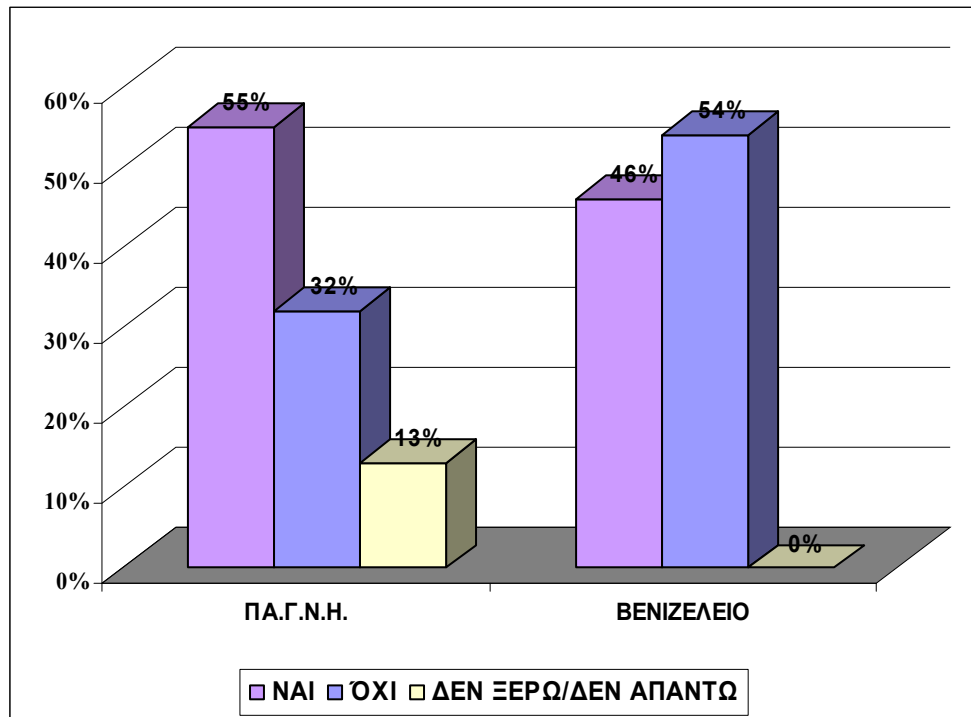


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Α) ΠΟΤΕ	6	19%	8	29%
Β) ΣΠΑΝΙΑ	18	58%	10	35%
Γ) ΣΥΧΝΑ	7	23%	7	25%
Δ) ΠΑΝΤΑ	0	0%	3	11%

Σπάνια έχουν πει ψέματα πιστεύοντας ότι θα βοηθήσουν τον ασθενή έτσι τουλάχιστον υποστηρίζουν και οι δυο ομάδες των νοσοκομείων του δείγματος μας το Π.Α.Γ.Ν.Η. σε ποσοστό **58%** αλλά και το Βενιζέλειο το **35%**.

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 15. ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΤΕ ΝΑ ΑΠΟΚΡΥΨΕΤΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ;

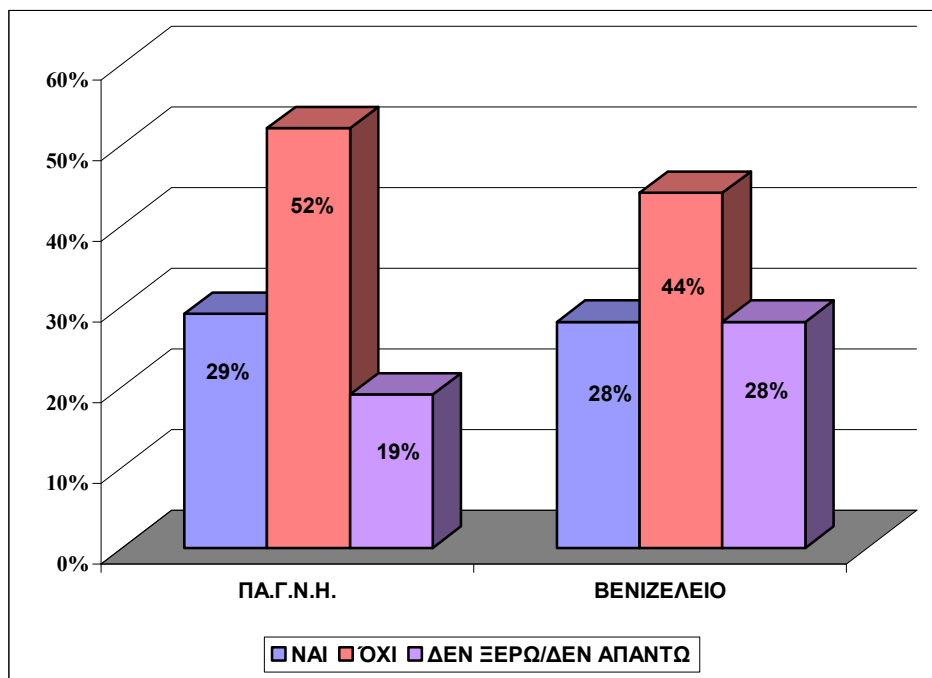


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	17	55%	13	46%
ΟΧΙ	10	32%	15	54%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	13%	0	0%

Στην ερώτηση αν προσπαθούν να αποκρύψουν το μέγεθος της ασθένειας οι γιατροί που πήραν μέρος στην έρευνα το Π.Α.Γ.Ν.Η. απαντούν θετικά στο μεγαλύτερο ποσοστό **55%** οι γιατροί του Βενιζελείου με ποσοστό **54%** απάντησαν αρνητικά.

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 16. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΒΑΘΜΟΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΥΤΕΡΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΧΡΟΝΙΑ;

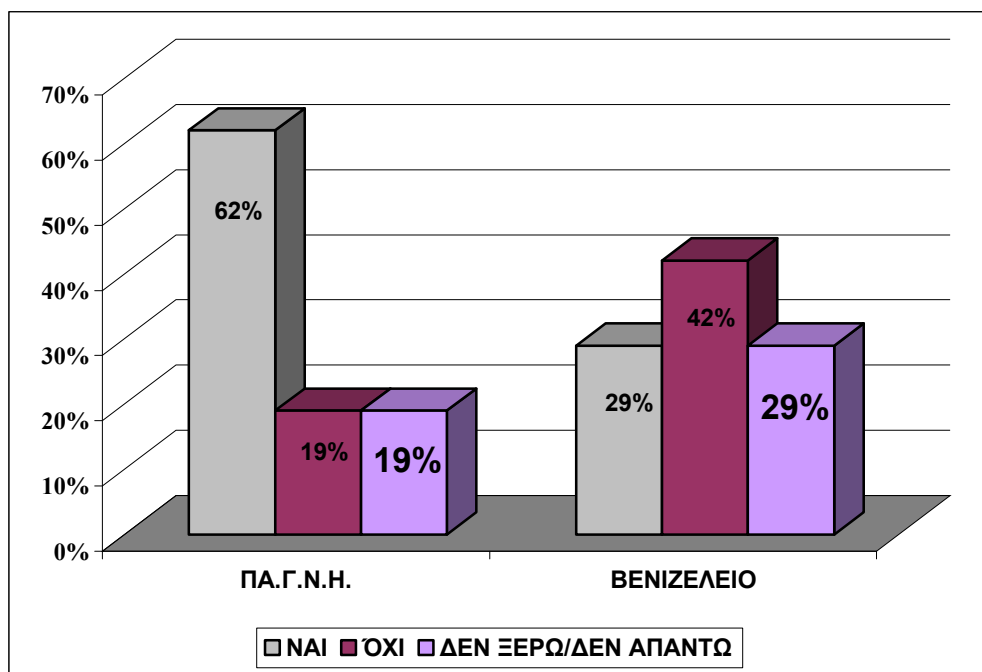


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	9	29%	8	28%
ΟΧΙ	16	52%	12	44%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	6	19%	8	28%

Όσο αφορά τον βαθμό ενημέρωσης του ογκολογικού ασθενή σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια συμφωνούν και οι δυο ομάδες των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα δηλαδή θεωρούν ότι δεν έχει βελτιωθεί σε σχέση με τον προηγούμενο χρόνο το Π.Α.Γ.Ν.Η . σε ποσοστό **52%** και το Βενιζέλειο σε ποσοστό **44%**.

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 17. ΕΙΣΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΕΤΟΙΜΟΙ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΕΤΕ ΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΧΡΟΝΙΑ;

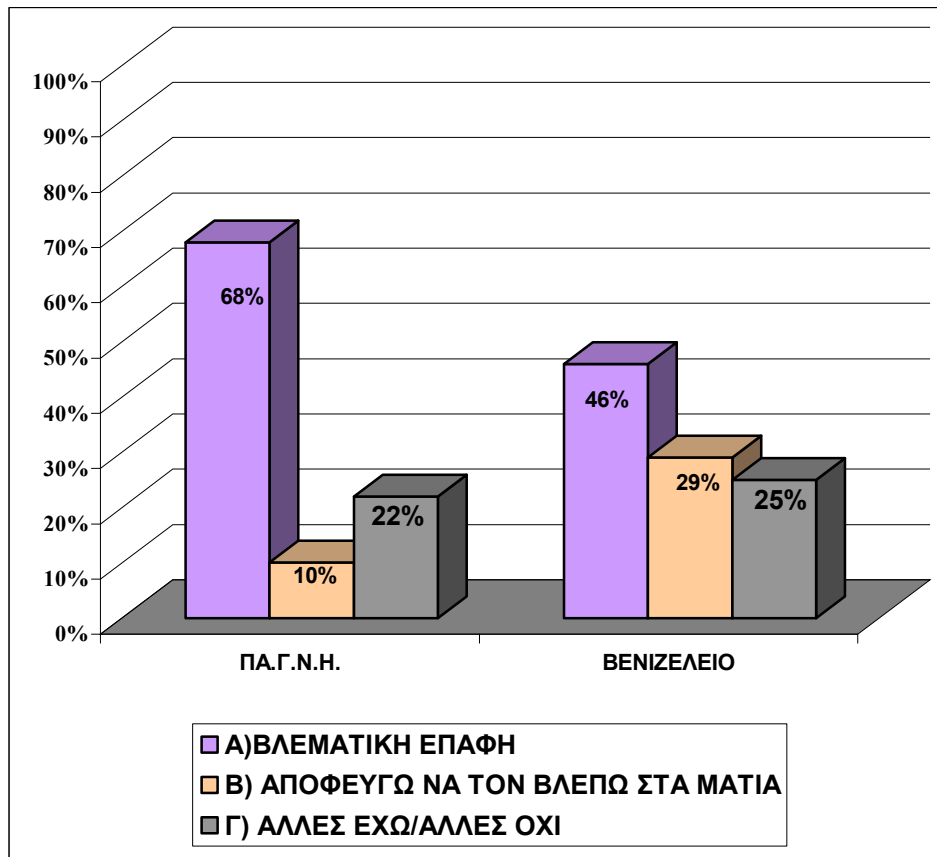


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	19	62%	8	29%
ΟΧΙ	6	19%	12	42%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	6	19%	8	29%

Σε σχετική ερώτηση αν δηλαδή οι ίδιοι είναι περισσότερο έτοιμοι να ενημερώσουν τον ογκολογικό ασθενή οι γιατροί του δείγματος μας του Π.Α.Γ.Ν.Η. απαντούν θετικά στο μεγαλύτερο ποσοστό τους το **62%** σε αντίθεση με τους γιατρούς του Βενιζελείου που απαντά αρνητικά στην πλειοψηφία τους το **42%** των ερωτηθέντων.

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 18. ΜΕ ΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΕΧΩ:



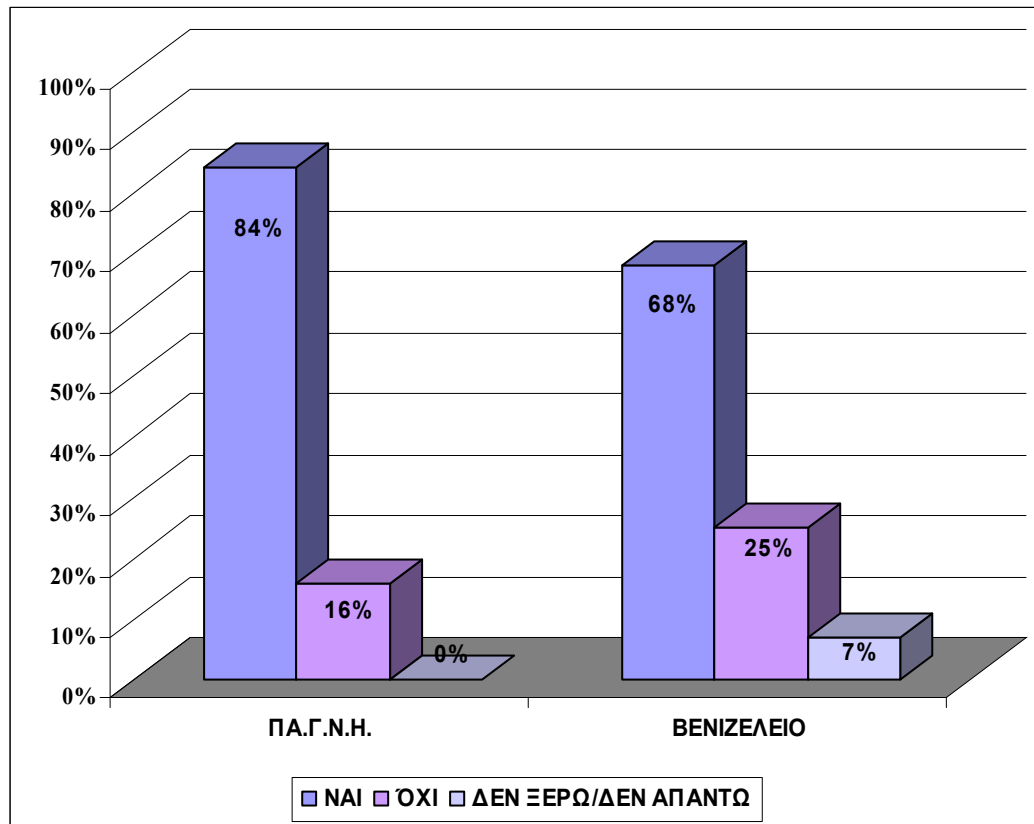
	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Α) ΒΛΕΜΑΤΙΚΗ ΕΠΑΦΗ	21	68%	13	46%
Β) ΑΠΟΦΕΥΓΩ ΝΑ ΤΟΝ ΒΛΕΠΩ ΣΤΑ ΜΑΤΙΑ	3	10%	8	29%
Γ) ΑΛΛΕΣ ΕΧΩ/ΑΛΛΕΣ ΟΧΙ	7	22%	7	25%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων γιατρών της έρευνας μας και των δυο νοσοκομείων υποστηρίζει ότι έχει βλεματική επαφή με τον ασθενή το Π.Α.Γ.Ν.Η. σε ποσοστό **68%** και το Βενιζέλειο **46%**.



## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 19. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΟΜΑΔΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ;

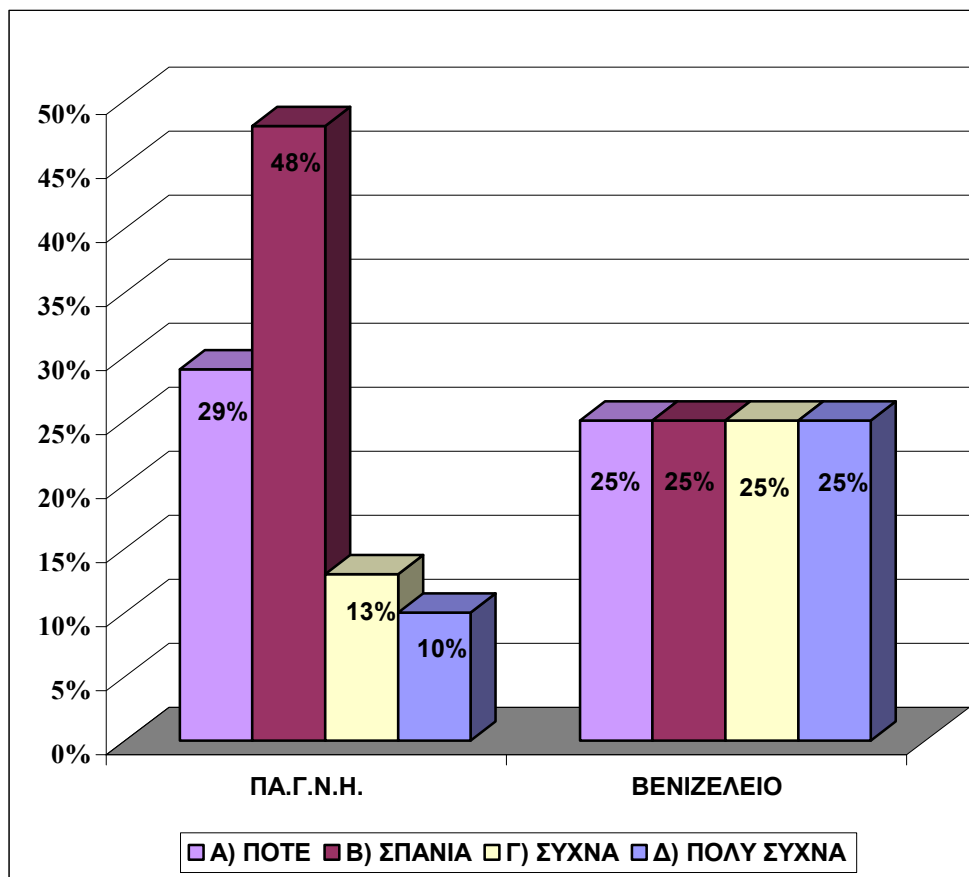


	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	26	84%	19	68%
ΌΧΙ	5	16%	7	25%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	0	0%	2	7%

Υπάρχει ένα πολύ μεγάλο ποσοστό από τους ερωτηθέντες γιατρούς και στα δυο νοσοκομεία που θεωρεί ότι χρειάζονται ομάδες υποστήριξης προσωπικού, στο Π.Α.Γ.Ν.Η. σε ποσοστό **84%** και στο Βενιζέλειο **68%**.

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 20. ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΤΥΧΕΙ ΠΟΤΕ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΑΣ ΚΑΡΙΕΡΑ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΤΕΙΤΕ ΑΠΟ ΘΑΝΑΤΟ ΑΣΘΕΝΗ ΣΑΣ;

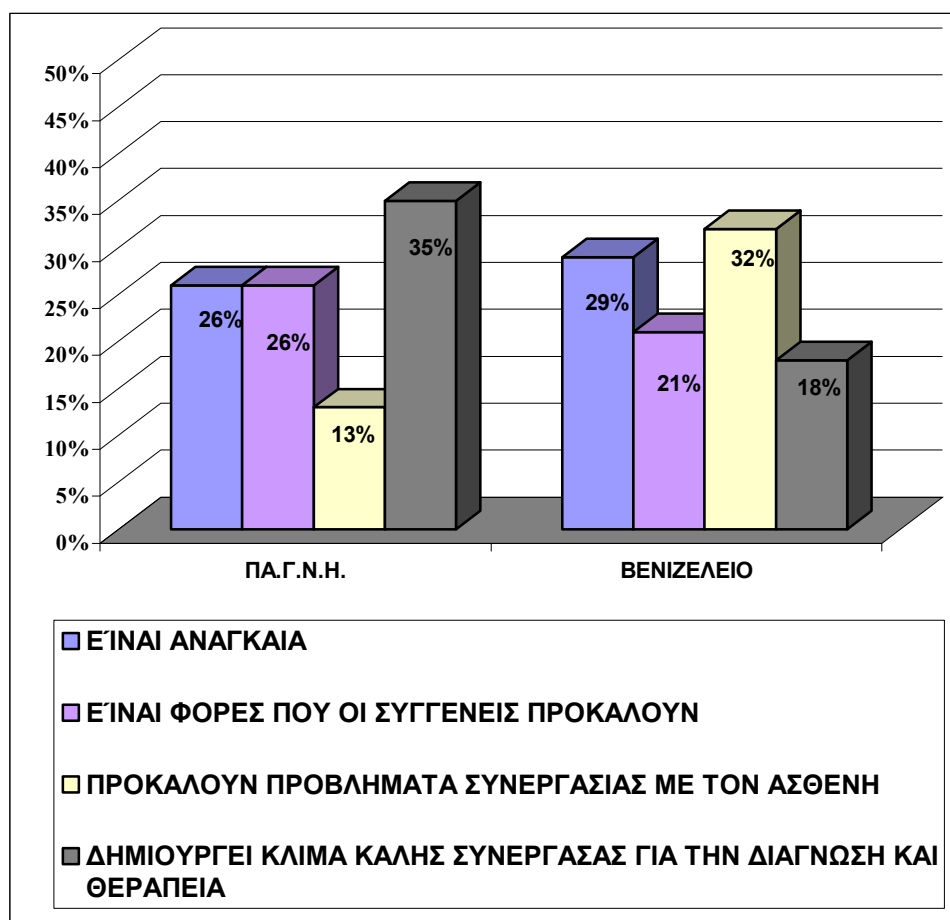


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Α) ΠΟΤΕ	9	29%	7	25%
Β) ΣΠΑΝΙΑ	15	48%	7	25%
Γ) ΣΥΧΝΑ	4	13%	7	25%
Δ) ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	3	10%	7	25%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες γιατροί του Π.Α.Γ.Ν.Η. το **48%** δηλώνουν ότι επηρεάζονταν σπάνια από θάνατο ασθενή τους σε αντίθεση με τους γιατρούς του Βενιζελείου όπου το **25%** δεν επηρεάζεται ποτέ και ένα άλλο **25%** επηρεάζεται συχνά.

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 21. ΠΟΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ;

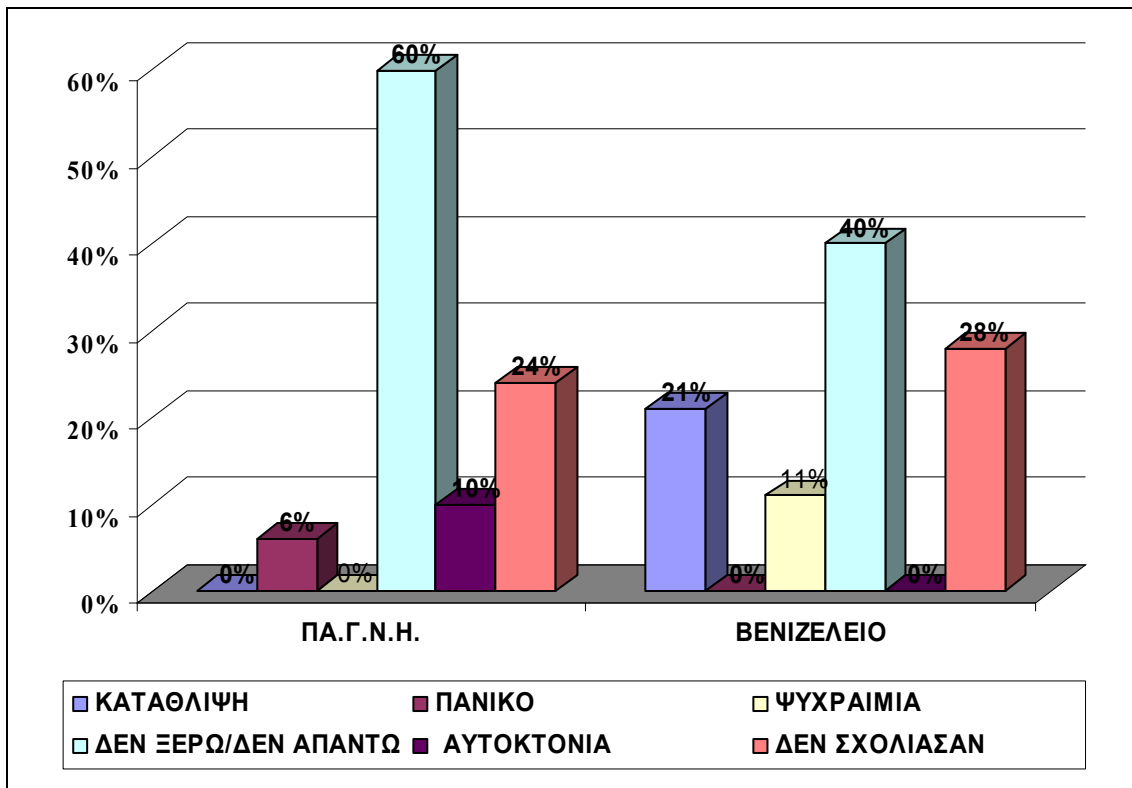


	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΑ	8	26%	8	29%
ΕΙΝΑΙ ΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ	8	26%	6	21%
ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	4	13%	9	32%
ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΚΛΙΜΑ ΚΑΛΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	11	35%	5	18%

Οι περισσότεροι γιατροί που ερωτηθήκαν θεωρούν ότι η παρουσία των συγγενών δημιουργεί κλίμα συνεργασίας με τον ασθενή, στο Π.Α.Γ.Ν.Η. το **35%** και οι γιατροί στο Βενιζέλειο πιστεύουν σε ποσοστό **32%** ότι προκαλεί προβλήματα συνεργασίας με τον ασθενή.

## ΓΙΑΤΡΟΙ

### 22. ΤΙ ΝΙΩΣΑΤΕ Ή ΤΙ ΘΑ ΝΙΩΘΑΤΕ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΕΞΕΙΣ ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΡΚΙΝΟ;

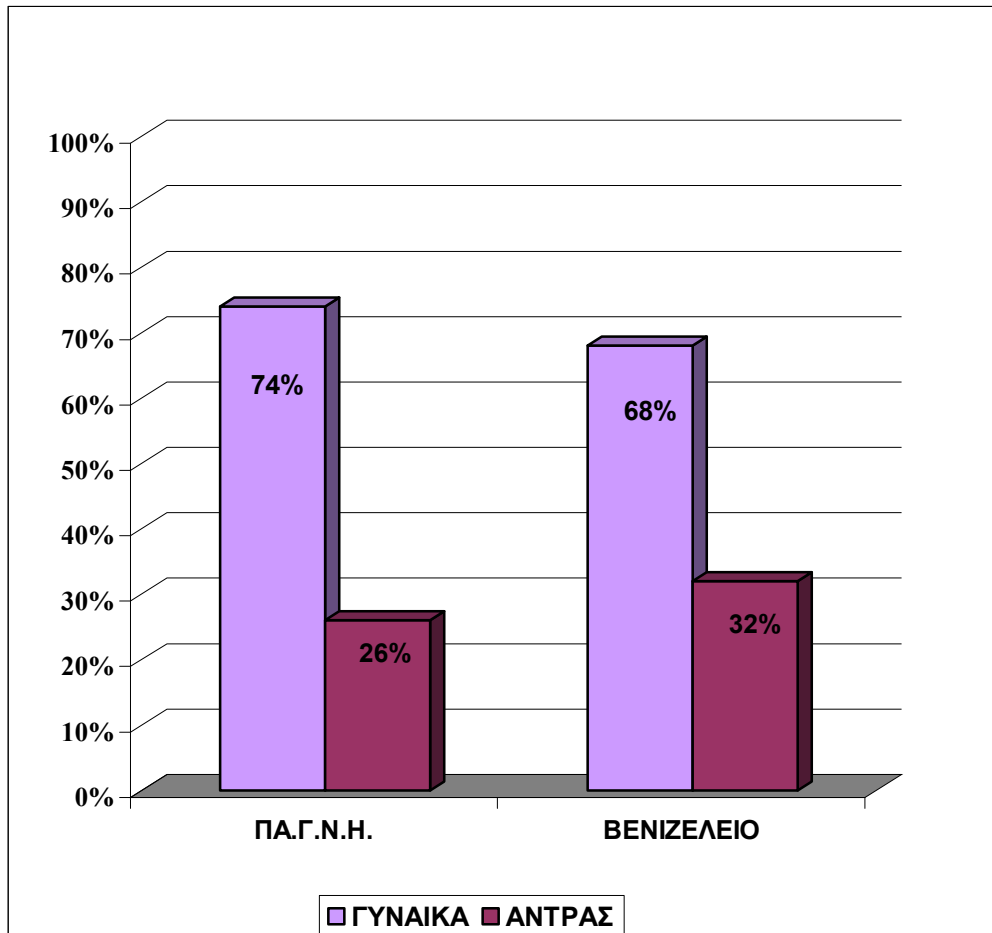


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	0	0%	6	21%
ΠΑΝΙΚΟ	2	6%	0	0%
ΨΥΧ.ΣΤΗΡΙΞΗ	0	0%	3	11%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	18	60%	11	40%
ΔΕΝ ΣΧΟΛΙΑΣΑΝ	8	24%	8	28%
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	3	10%	0	0%

Στην τελευταία ερώτηση τι θα ένιωθαν ή τι ένιωσαν στην περίπτωση που είχαν οι ίδιοι καρκίνο στην μεγαλύτερη τους πλειοψηφία οι γιατροί αρνήθηκαν να απαντήσουν στο Π.Α.Γ.Ν.Η το ποσοστό έφτασε στο **60%**, ένα άλλο ποσοστό δεν ήθελε να σχολιάσει το **24%**, οι υπόλοιποι απάντησαν ότι το **10%** θα αυτοκτονούσε Στο Βενιζέλειο το **40%** αρνήθηκαν να απαντήσουν, το **28%** δεν ήθελε να σχολιάσει και το **21%** θα πάθαινε κατάθλιψη.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### 1. ΦΥΛΟ

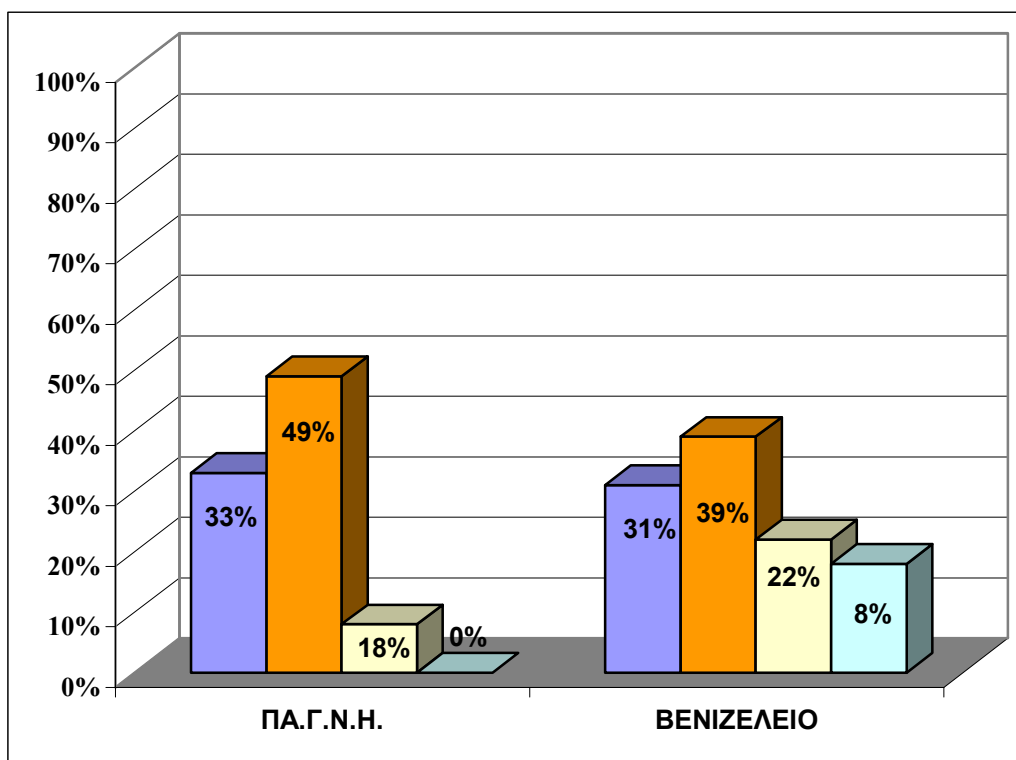


ΦΥΛΟ	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΓΥΝΑΙΚΑ	51	74%	49	68%
ΑΝΤΡΑΣ	18	26%	23	32%

Από την έρευνα μας προκύπτει ότι στο Π.Α.Γ.Ν.Η. οι νοσηλεύτριες το **74%** είναι γυναίκες και το **26 %** είναι άντρες ενώ στο Βενιζέλειο το **68 %** είναι γυναίκες και το **32 %** είναι άντρες .

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### 2. ΗΛΙΚΙΑ

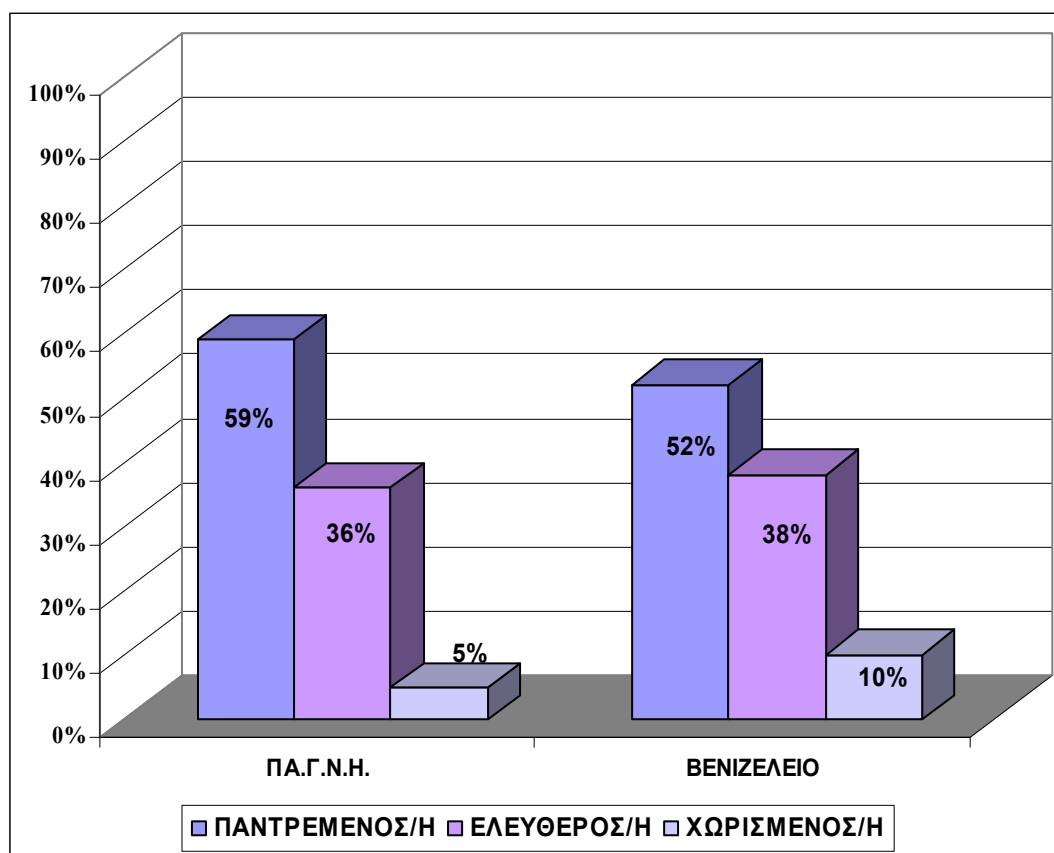


	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
α) έως 30	23	33%	22	31%
β) 31-40	34	49%	28	39%
γ) 41-50	12	18%	16	22%
δ) 51 και πάνω	0	0%	6	8%

Από τους ερωτηθέντες νοσηλεύτες στο Π.Α.Γ.Ν.Η. το **49%** είναι από 31 – 40 ετών το **33%** είναι ηλικίας έως 30 ετών, και στο Βενιζέλειο το **39%** είναι από 31 – 40, το **31%** είναι έως 30 ετών.

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

#### 3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

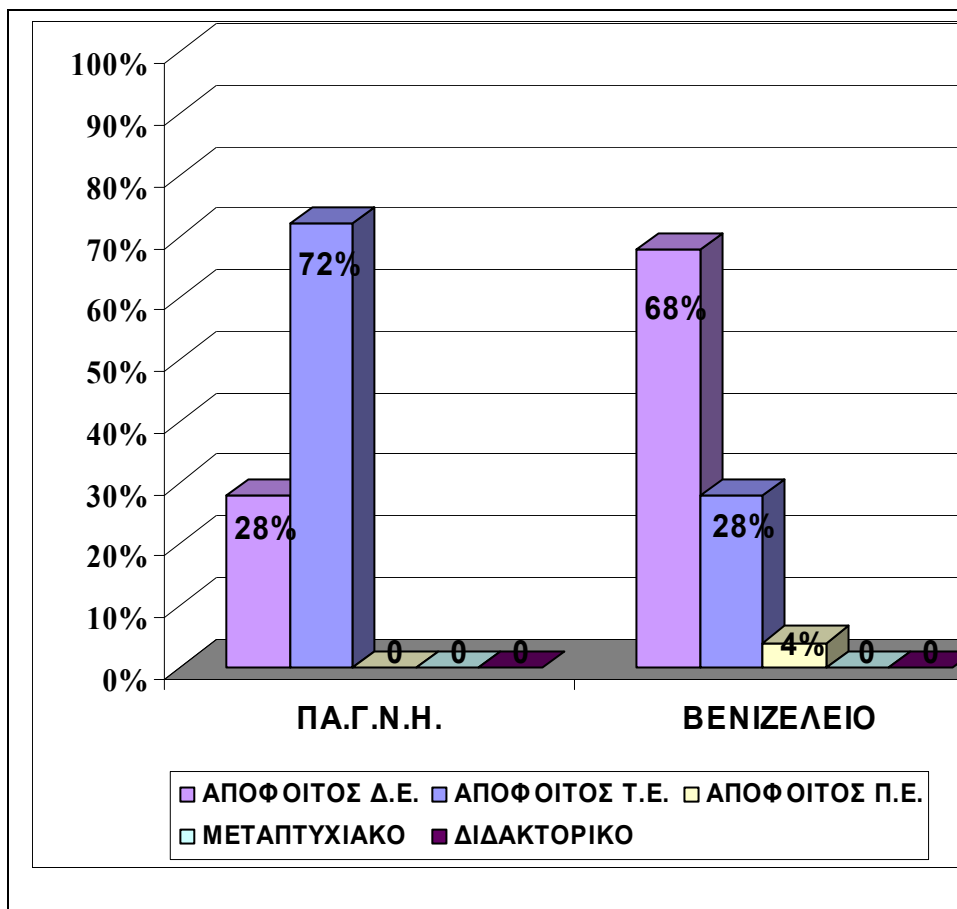


	Π.Α.Γ.Ν.Η.	ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ		
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ/Η	41	59%	38	52%
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ/Η	25	36%	27	38%
ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΣ/Η	3	5%	7	10%

Το **59 %** των ερωτηθέντων νοσηλευτών του Π.Α.Γ.Ν.Η . είναι παντρεμένοι , το **36 %** ελεύθεροι σε αντίθεση με το Βενιζέλειο όπου το **52 %** είναι παντρεμένοι, το **38 %** ελεύθεροι και το **10 %** χωρισμένοι

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### 4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ



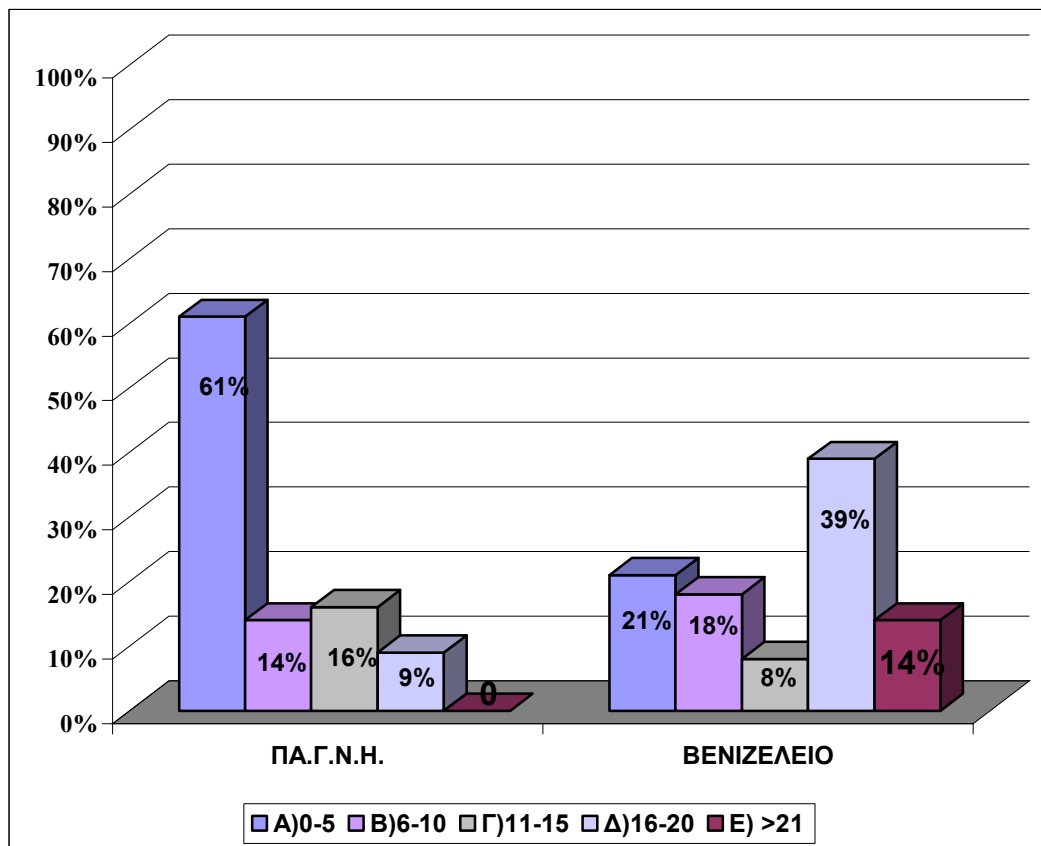
	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Δ.Ε.	19	28%	49	68%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Τ.Ε.	49	72%	20	28%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Π.Ε.	0	0%	3	4%
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	0	0%	0	0%
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	0	0%	0	0%

Στο Π.Α.Γ.Ν.Η. το **28 %** των νοσηλευτών της έρευνας μας είναι απόφοιτοι Δ.Ε , το **72 %** είναι απόφοιτοι Τ.Ε ενώ στο Βενιζέλειο το **68 %** είναι απόφοιτοι Δ.Ε, το **28 %** απόφοιτοι Τ.Ε και ένα **4 %** απόφοιτοι Π.Ε .



## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### 5. ΣΥΝΟΛΟ ΕΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

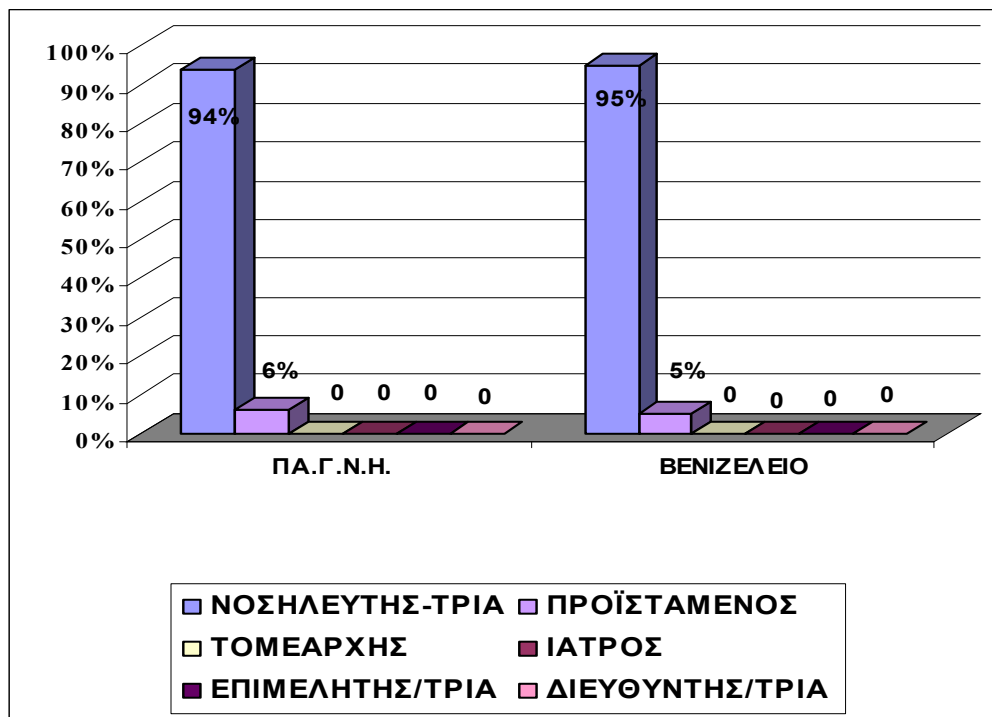


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Α) 0-5	42	61%	15	21%
Β) 6-10	10	14%	13	18%
Γ) 11-15	11	16%	6	8%
Δ) 16-20	6	9%	28	39%
Ε) >21	0	0%	10	14%

Από τους νοσηλευτές του δείγματος μας στο Π.Α.Γ.Ν.Η το **61 %** εργάζονται από 0–5 χρόνια, το **16 %** από 11–15 χρόνια ενώ στο Βενιζέλειο το **39 %** από 16–20 χρόνια το **21 %** εργάζονται από 0–5 χρόνια

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### 6. ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

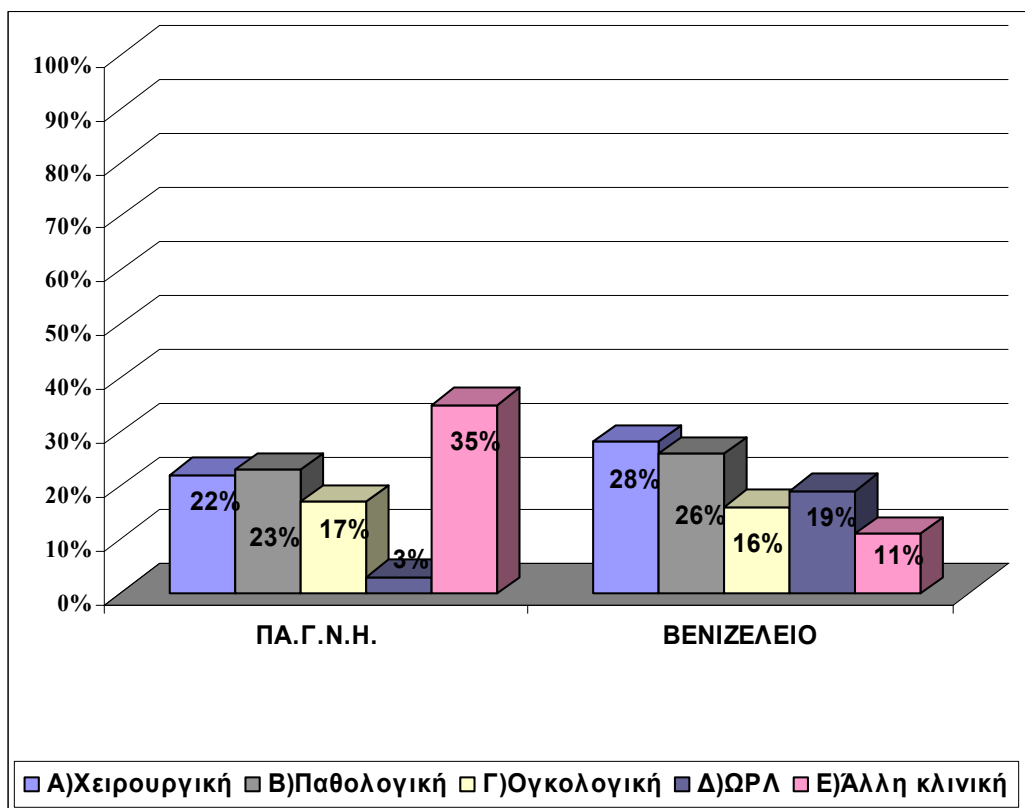


	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ-ΤΡΙΑ	65	94%	68	95%
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ	4	6%	4	5%
ΤΟΜΕΑΡΧΗΣ	0	0%	0	0%
ΙΑΤΡΟΣ	0	0%	0	0%
ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	0	0%	0	0%
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΤΡΙΑ	0	0%	0	0%

Από τα άτομα που πήραν μέρος στην έρευνα μας στο Π.Α.Γ.Ν.Η. το **94%** είναι νοσηλεύτες και το **6%** είναι προϊστάμενες ενώ στο Βενιζέλειο το **95%** είναι νοσηλεύτες και το **5%** προϊστάμενες .

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### 7. ΚΛΙΝΙΚΗ

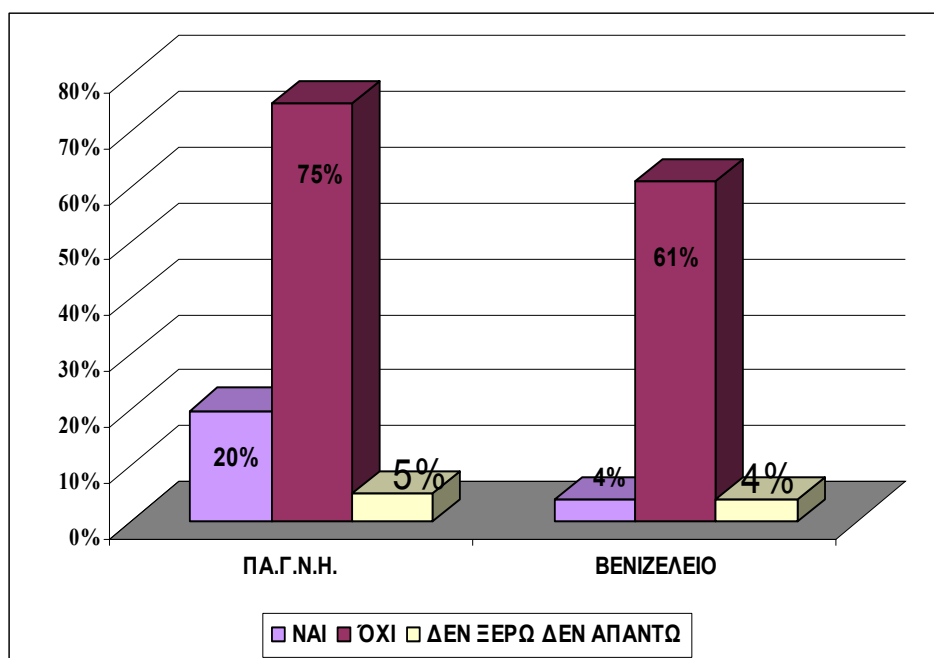


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Α)Χειρουργική	15	22%	21	28%
Β)Παθολογική	16	23%	17	26%
Γ)Ογκολογική	12	17%	12	16%
Δ)ΩΡΛ	2	3%	14	19%
Ε)Άλλη κλινική	24	35%	8	11%

Στο Π.Α.Γ.Ν.Η. το **22 %** των νοσηλευτών της έρευνας εργάζονται στην χειρουργική κλινική , το **23 %** στην Παθολογική κλινική, το **17 %** στην Ογκολογική κλινική , το **3 %** στην ΩΡΛ και το **35 %** σε άλλη κλινική ενώ στο Βενιζέλειο το **28 %** εργάζονται στην χειρουργική κλινική , το **26 %** στην Παθολογική κλινική , το **16 %** στην Ογκολογική κλινική , το **19 %** στην ΩΡΛ και το **11 %** σε άλλη κλινική

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### 8. ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ;

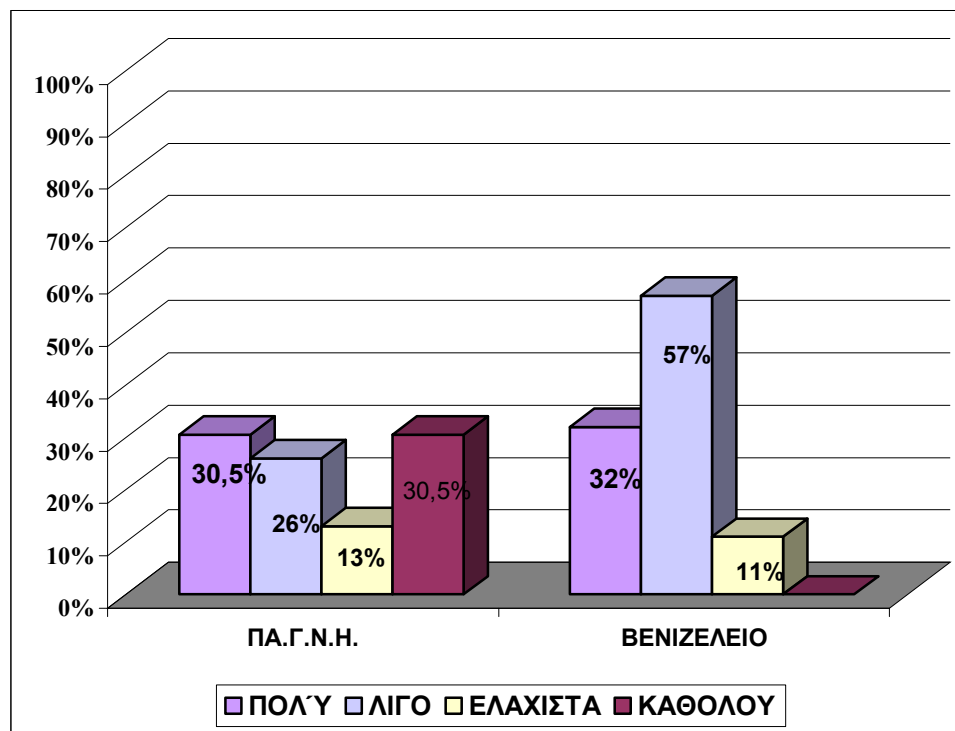


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	14	20%	25	4%
ΌΧΙ	52	75%	44	61%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	3	5%	3	4%

Στην έρευνα μας προκύπτει ότι από τους νοσηλευτές του Π.Α.Γ.Ν.Η το **75 %** απαντάει ότι το φύλο του ασθενή αποτελεί διαφοροποιό παράγοντα αντιμετώπισης του ενώ το **20%** απαντά αρνητικά σε σχέση με το Βενιζέλειο όπου, το **61%** απαντάει ότι δεν αποτελεί διαφοροποιό παράγοντα .

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### 9. ΠΟΣΟ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟ;

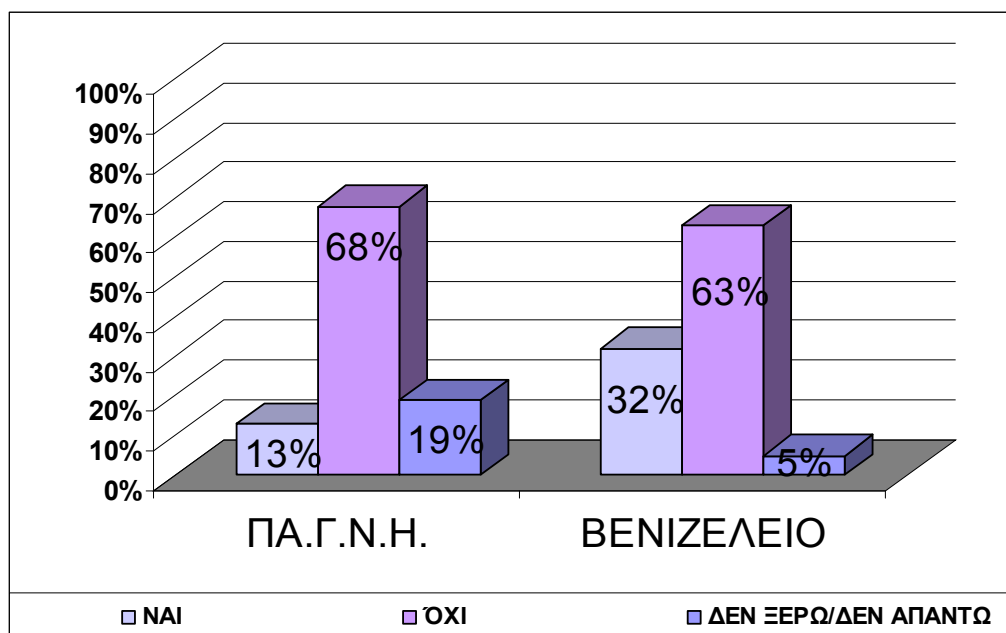


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ	21	30,5%	23	32%
ΛΙΓΟ	18	26%	41	57%
ΕΛΑΧΙ- ΣΤΑ	9	13%	8	11%
ΚΑΘΟ- ΛΟΥ	21	30,5%	0	0%

Στο δείγμα μας το **30,5%** των νοσηλευτών του Π.Α.Γ.Ν.Η. θεωρούν ότι πολύ επηρεάζει την προσωπική τους επικοινωνία με τον ασθενή το μορφωτικό του επίπεδο, το **30,5 %** καθόλου ενώ στο Βενιζέλειο το **57 %** λίγο, το **32 %** πολύ .

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### 10. ΕΧΕΤΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΝΑ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΤΕ ΣΕ ΕΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ;

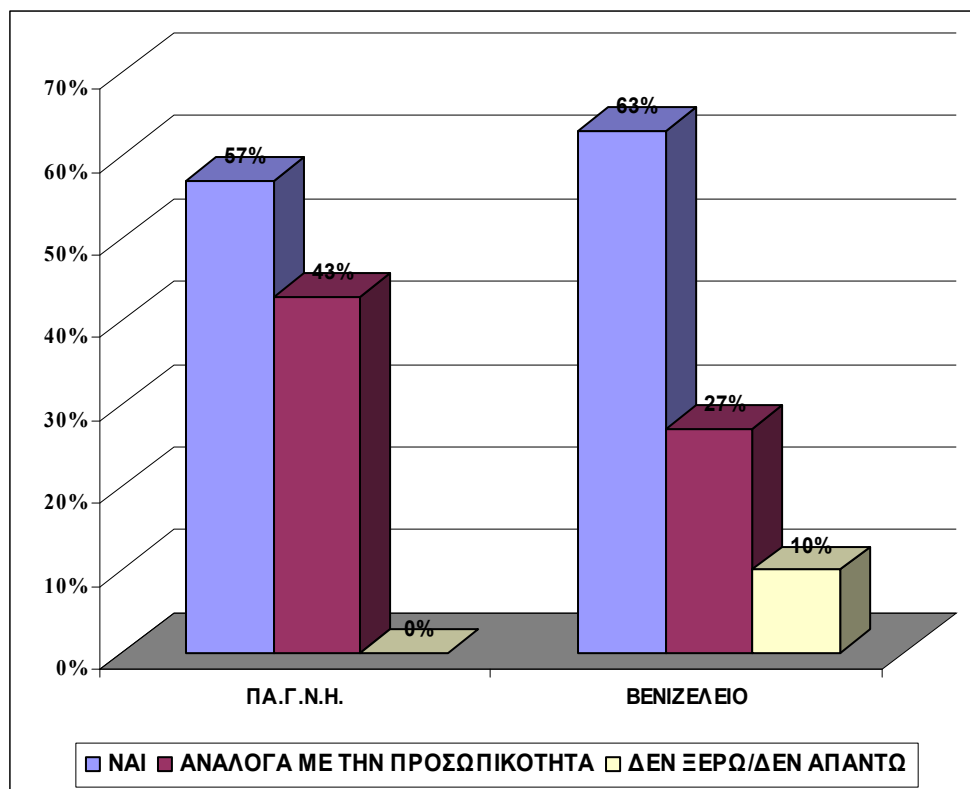


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	9	13%	23	32%
ΌΧΙ	47	68%	45	63%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	13	19%	4	5%

Στην έρευνα μας στο Π.Α.Γ.Ν.Η το **68%** δεν θεωρεί ότι έχει την κατάλληλη εκπαίδευση να ανακοινώσει σε έναν καρκινοπαθή την ασθένειά του, το ίδιο υποστηρίζει και το Βενιζέλειο με ποσοστό **63%**

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### 11. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;

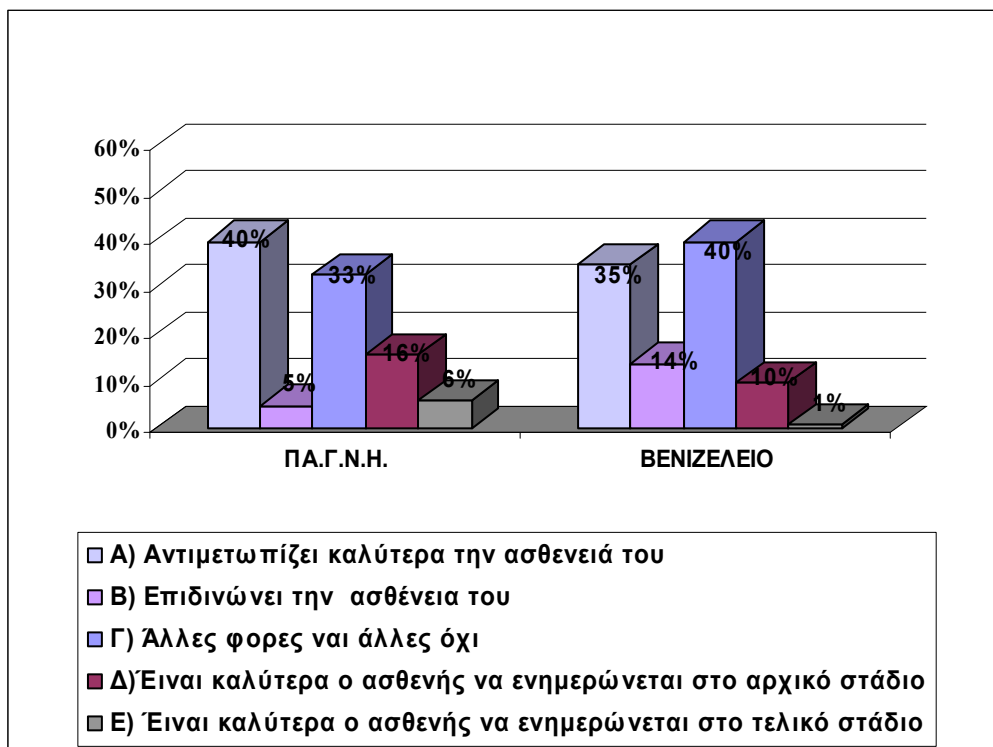


	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	39	57%	45	63%
ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ	30	43%	20	27%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	0	0%	7	10%

Από τους νοσηλευτές που ρωτηθήκαν στο Π.Α.Γ.Ν.Η. το 57 % απαντάει ότι ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για την διάγνωση και την θεραπεία , το 43 % απαντάει ανάλογα με την προσωπικότητα ,στο Βενιζέλειο το 63 % απαντάει θετικά, και ένα 27 % ανάλογα με την προσωπικότητα.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### 12. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ:



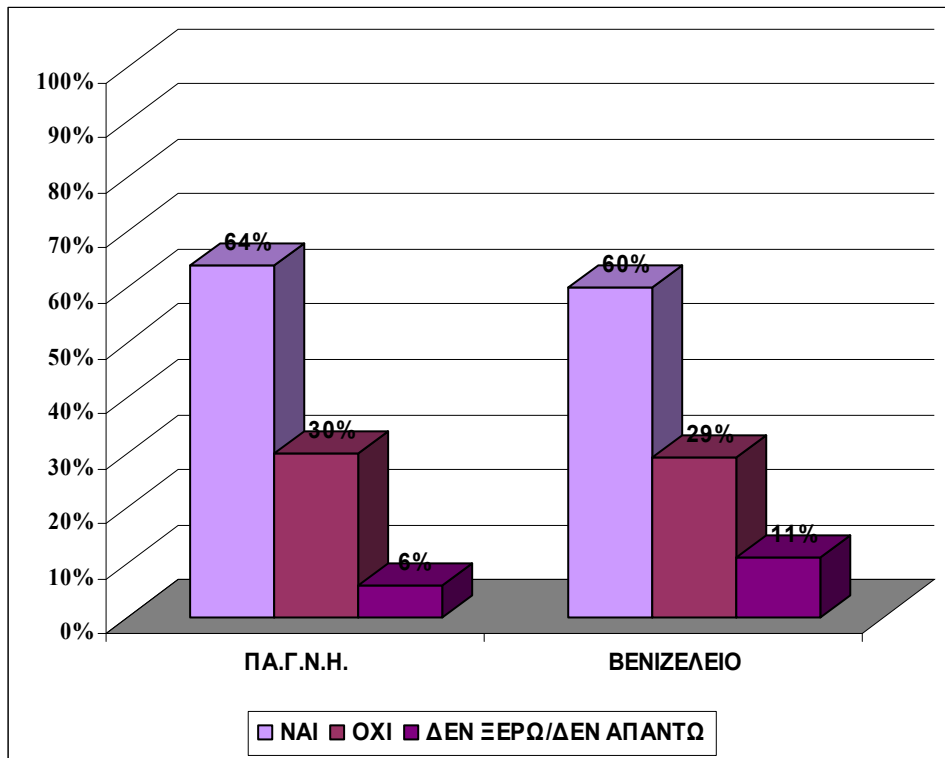
	Π.Α.Γ.Ν.Η.	BENIZE- ΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟ Σ.	ΣΥΝ ΠΟΣ
A) ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕ- ΝΕΙΑ ΤΟΥ	25	40 %	25 35 %
B) ΕΠΙΔΕΙΝΩΝΕΙ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ	4	5%	10 14 %
Γ) ΆΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ ΝΑΙ ΑΛΛΕΣ ΟΧΙ	32	33 %	29 40 %
Δ) ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΝΑ ΕΝΗ- ΜΕΡΩΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΑΡΧΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ	11	16 %	7 10 %
Ε) ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΝΑ ΕΝΗ- ΜΕΡΩΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ	6	6%	1 1%

Το 40 % των ερωτηθέντων νοσηλευτών του Π.Α.Γ.Ν.Η. θεωρούν ότι ο ενημερωμένος ασθενής αντιμετωπίζει καλύτερα την ασθένειά του, το 33% πιστεύει ότι άλλες φορές ναι και άλλες φορές όχι, το 16 % ότι είναι καλύτερα να ενημερώνεται στο αρχικό στάδιο ενώ στο Βενιζέλειο το 40 % ότι άλλοτε βοηθά και άλλοτε όχι και το 35 % πιστεύει ότι αντιμετωπίζει καλύτερα την ασθένειά του.



## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### 13. ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΠΩΣ Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΤΟΥ ΚΑΝΕΙ ΚΑΚΟ;

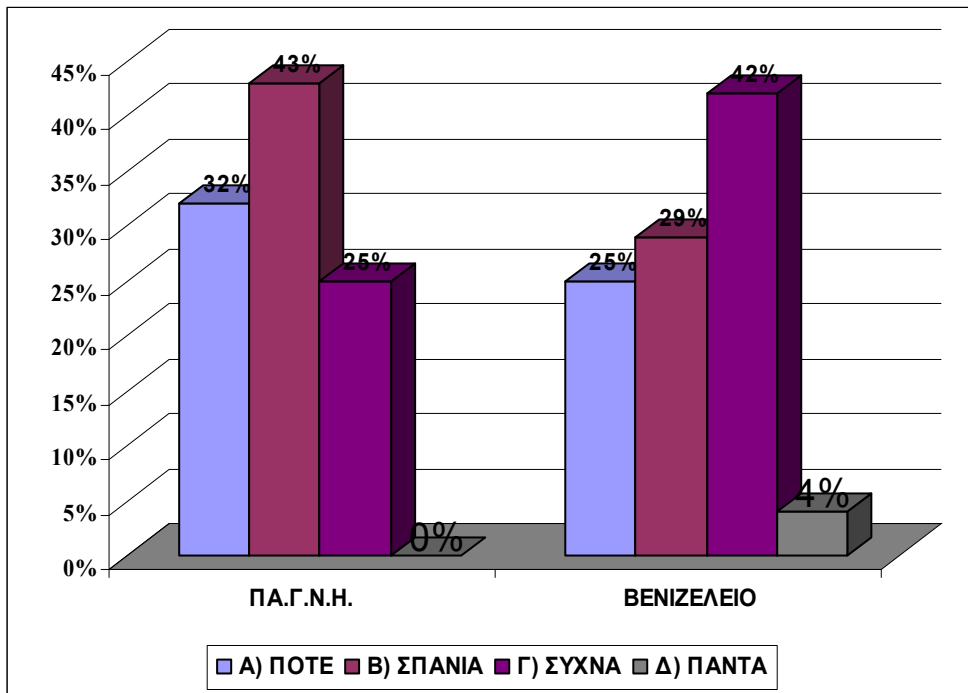


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖ-ΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	45	64%	43	60%
ΟΧΙ	20	30%	21	29%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	6%	8	11%

Το **64 %** των ερωτηθέντων νοσηλευτών του Π.Α.Γ.Ν.Η . απαντάει θετικά , στην ερώτηση αν η ενημέρωση μπορεί να κάνει κακό στον ασθενή το **30 %** απαντάει αρνητικά σε σχέση με το Βενιζέλειο όπου το **60 %** απαντάει θετικά , το **29 %** αρνητικά.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

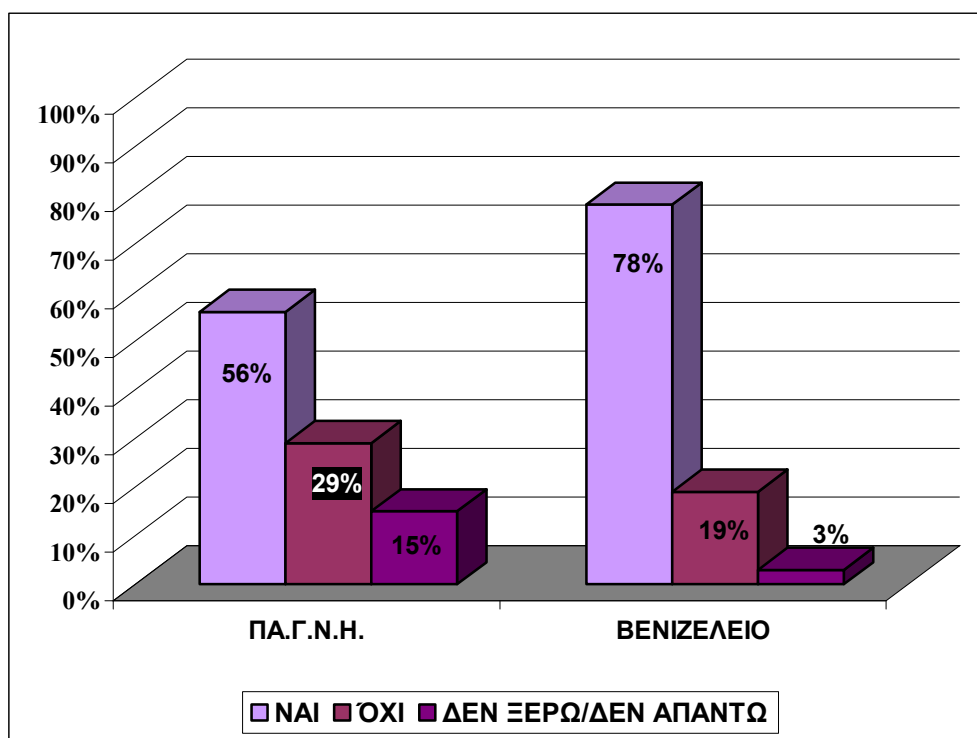
### 14. ΕΧΕΤΕ ΠΕΙ ΨΕΜΑΤΑ ΠΙΣΤΕΥΟΝΤΑΣ ΠΩΣ ΘΑ ΒΟΗΘΗΣΕΤΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ;



	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
A) ΠΟΤΕ	28	32%	18	25%
B) ΣΠΑΝΙΑ	30	43%	21	29%
Γ) ΣΥΧΝΑ	17	25%	30	42%
Δ) ΠΑΝΤΑ	0	0%	3	4%

Από το αντιπροσωπευτικό δείγμα μας στο Π.Α.Γ.Ν.Η. το **43%** σπάνια έχει πει ψέματα, το **32%** των νοσηλευτών ποτέ δεν έχει πει ψέματα πιστεύοντας πως θα βοηθήσει τον ασθενή, ενώ στο Βενιζέλειο το **42%** συχνά έχει πει ψέματα.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**  
**15. ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΤΕ ΝΑ ΑΠΟΚΡΥΨΕΤΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ;**

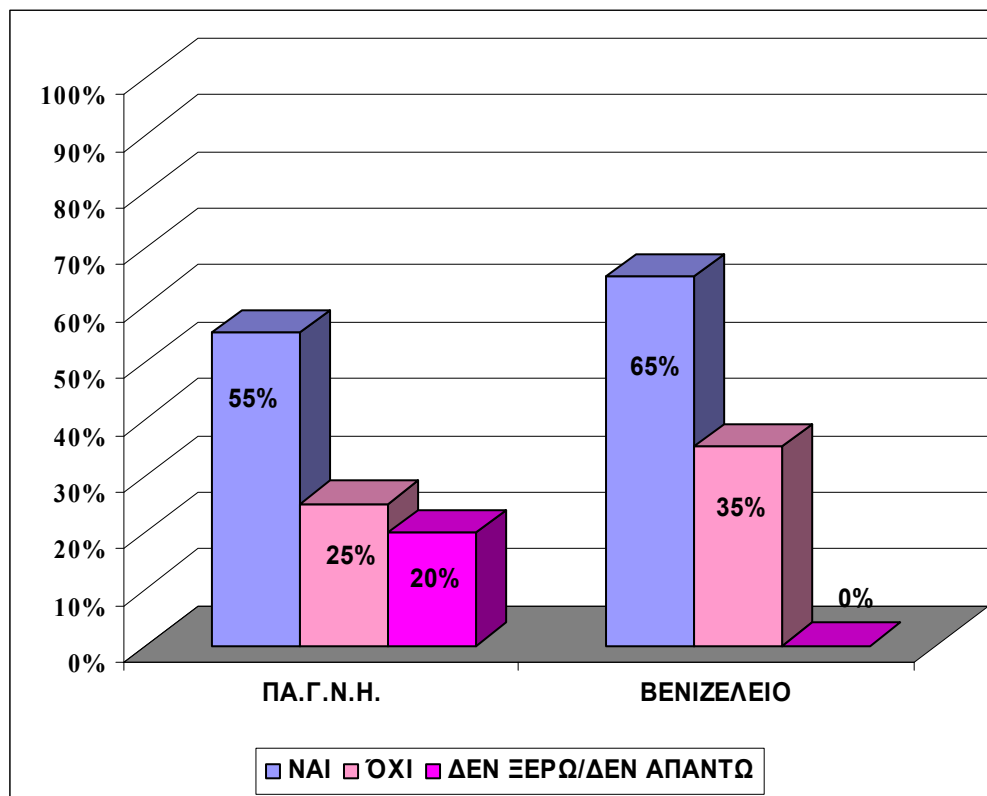


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	39	56%	56	78%
ΌΧΙ	20	29%	14	19%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	10	15%	2	3%

Στην ερώτηση αν προσπαθούν να αποκρύψουν το μέγεθος της ασθένειας, από τους νοσηλευτές που ρωτηθήκαν στο Π.Α.Γ.Ν.Η το **56 %** απαντάει θετικά στην ερώτηση όπως και το Βενιζέλιο που συμφωνεί με ποσοστό **78%**.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

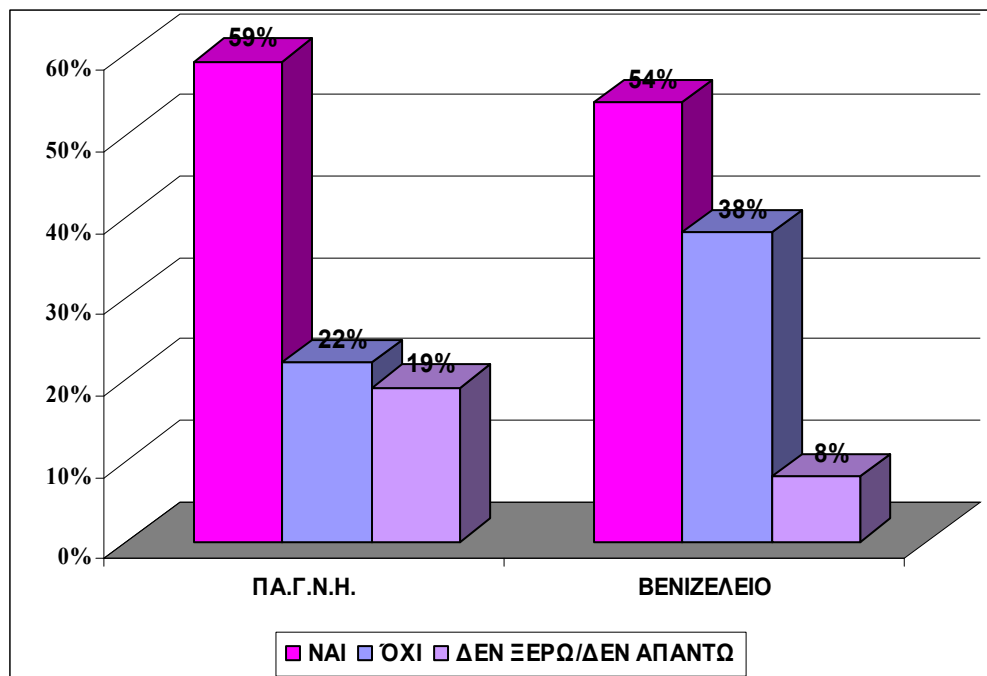
### 16. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΒΑΘΜΟΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΥΤΕΡΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΧΡΟΝΙΑ;



	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	38	55%	47	65%
ΟΧΙ	17	25%	25	35%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	14	20%	0	0%

Όσο αφορά τον βαθμό ενημέρωσης του ογκολογικού ασθενή αν βελτιώθηκε σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια οι νοσηλεύτριες της έρευνας μας απάντησαν το μεν Π.Α.Γ.Ν.Η το **55%** θετικά και το δε Βενιζελειο με ποσοστό **65%** συμφωνεί με αυτήν την άποψη.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**  
**17. ΕΙΣΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΕΤΟΙΜΟΙ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΕΤΕ ΤΟΝ**  
**ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ**  
**ΧΡΟΝΙΑ;**

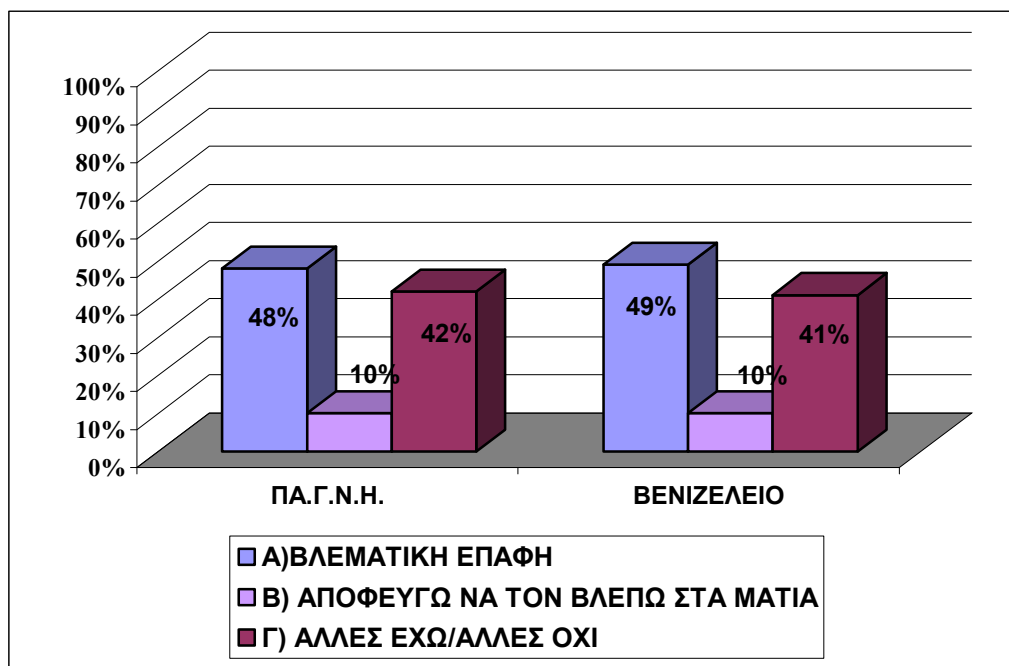


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	41	59%	39	54%
ΌΧΙ	15	22%	27	38%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	13	19%	6	8%

Από την έρευνα μας σε σχετική ερώτηση αν δηλαδή οι ίδιοι είναι περισσότερο έτοιμοι να ενημερώσουν τον ογκολογικό ασθενή οι νοσηλεύτριες στο Π.Α.Γ.Ν.Η το **59 %** απαντάει θετικά στο Βενιζέλειο το **54 %** απαντάει θετικά.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### 18. ΜΕ ΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΕΧΩ: Α) ΒΛΕΜΑΤΙΚΗ ΕΠΑΦΗ Β) ΑΠΟΦΕΥΓΩ ΝΑ ΤΟΝ ΒΛΕΠΩ ΣΤΑ ΜΑΤΙΑ Γ) ΑΛΛΕΣ ΕΧΩ/ΑΛΛΕΣ ΟΧΙ

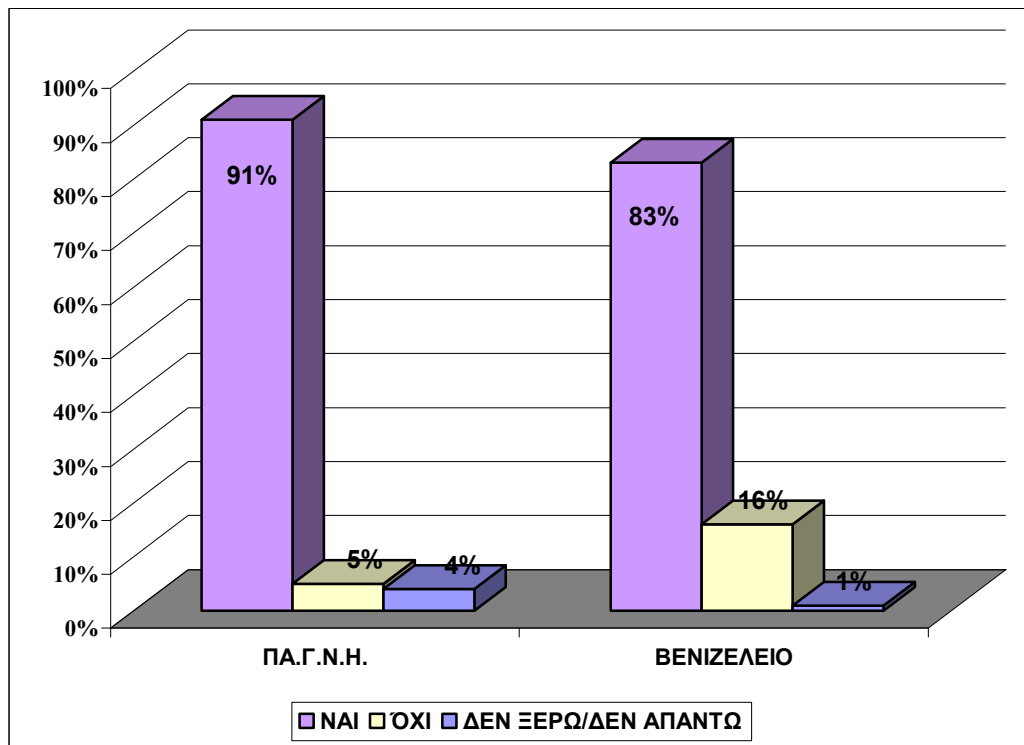


	Π.Α.Γ.Ν.Η.	ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ
Α) ΒΛΕΜΜΑΤΙΚΗ ΕΠΑΦΗ	33	48%	35 49%
Β) ΑΠΟΦΕΥΓΩ ΝΑ ΤΟΝ ΒΛΕΠΩ ΣΤΑ ΜΑΤΙΑ	7	10%	7 10%
Γ) ΑΛΛΕΣ ΕΧΩ /ΑΛΛΕΣ ΟΧΙ	29	42%	30 41%

Από τους νοσηλευτές που ρωτηθήκαν το Π.Α.Γ.Ν.Η με ποσοστό **48 %** απαντάει πως με τον ογκολογικό ασθενή έχει βλεμματική επαφή, το **42 %** απαντά άλλες φορές ναι άλλες φορές όχι, και το **10 %** απαντάει αποφεύγει να τον κοιτάζει στα μάτια ενώ το Βενιζέλειο το **49 %** απαντά το α, και το **41 %** απαντά άλλες φορές ναι άλλες φορές όχι .

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### 19. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΟΜΑΔΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

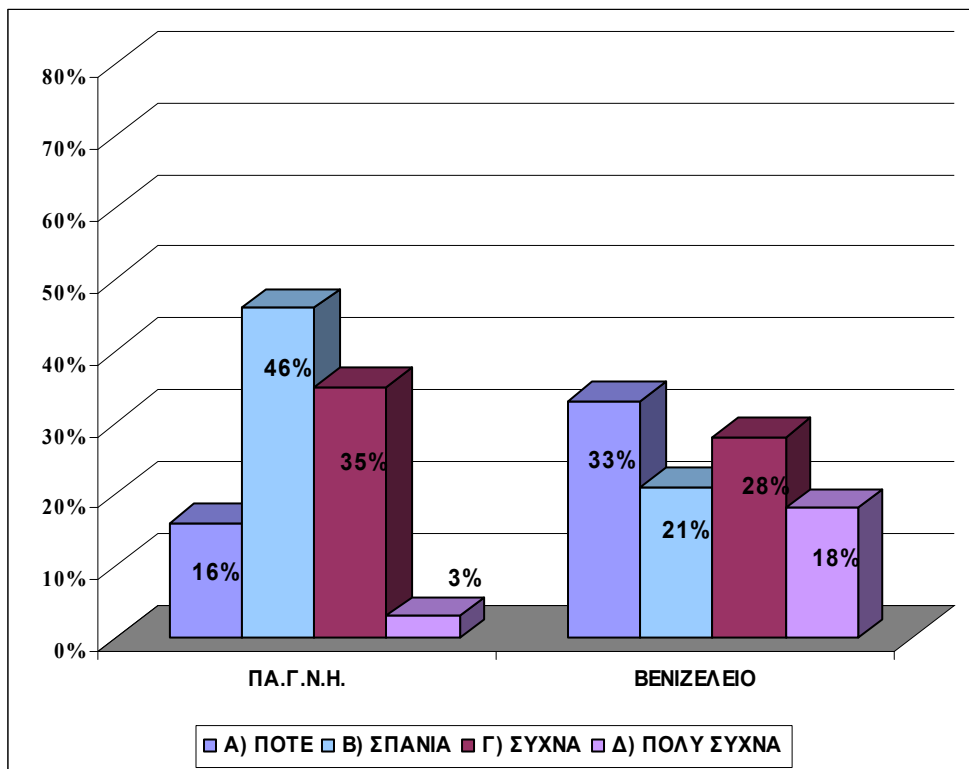


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	64	91%	60	83%
ΌΧΙ	3	5%	11	16%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	4%	1	1%

Από τους νοσηλευτές που ρωτηθήκαν υπάρχει ένα πολύ μεγάλο ποσοστό που θεωρεί ότι χρειάζονται ομάδες υποστήριξης προσωπικού το **91 %** των νοσηλευτών του Π.Α.Γ.Ν.Η, το ίδιο υποστηρίζει και το Βενιζέλειο με **83 %**.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### 20. ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΤΥΧΕΙ ΠΟΤΕ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΑΣ ΚΑΡΙΕΡΑ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΤΕΙΤΕ ΑΠΟ ΘΑΝΑΤΟ ΑΣΘΕΝΗ ΣΑΣ;



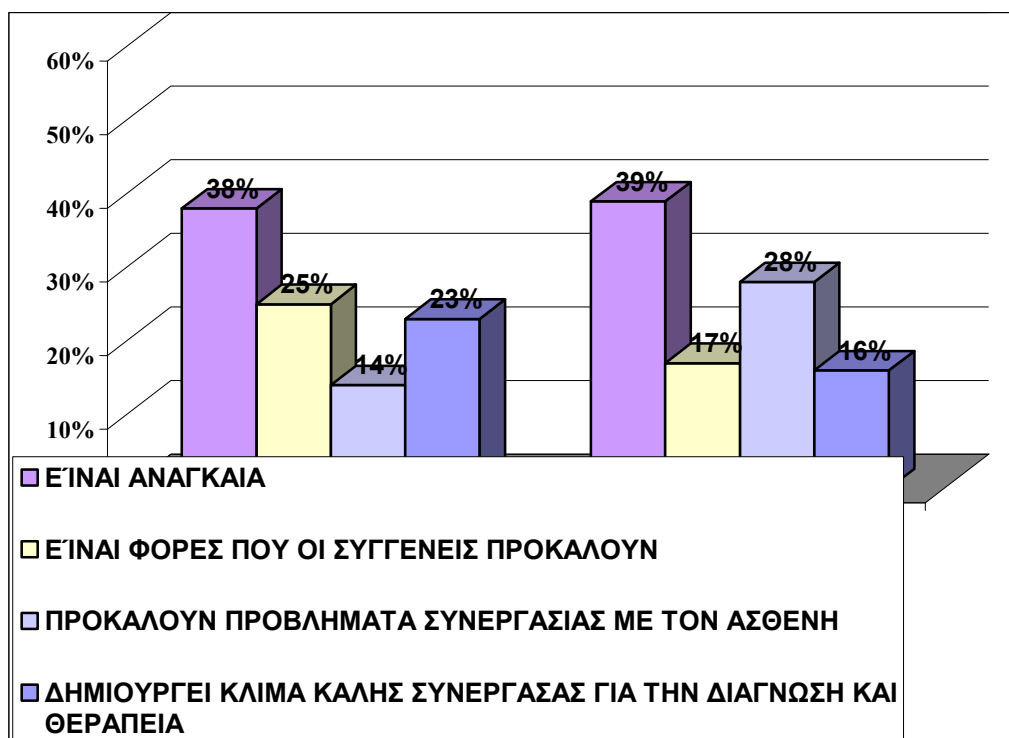
	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Α) ΠΟΤΕ	11	16%	24	33%
Β) ΣΠΑΝΙΑ	32	46%	15	21%
Γ) ΣΥΧΝΑ	24	35%	20	28%
Δ) ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	2	3%	13	18%

Το 46 % των ερωτηθέντων νοσηλευτών του Π.Α.Γ.Ν.Η απαντά ότι σπάνια επηρεάστηκε από θάνατο ασθενούς σε αντίθεση με το Βενιζέλειο όπου το 33 % απαντά ότι ποτέ δεν επηρεάστηκε.



## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### 21. ΠΟΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ

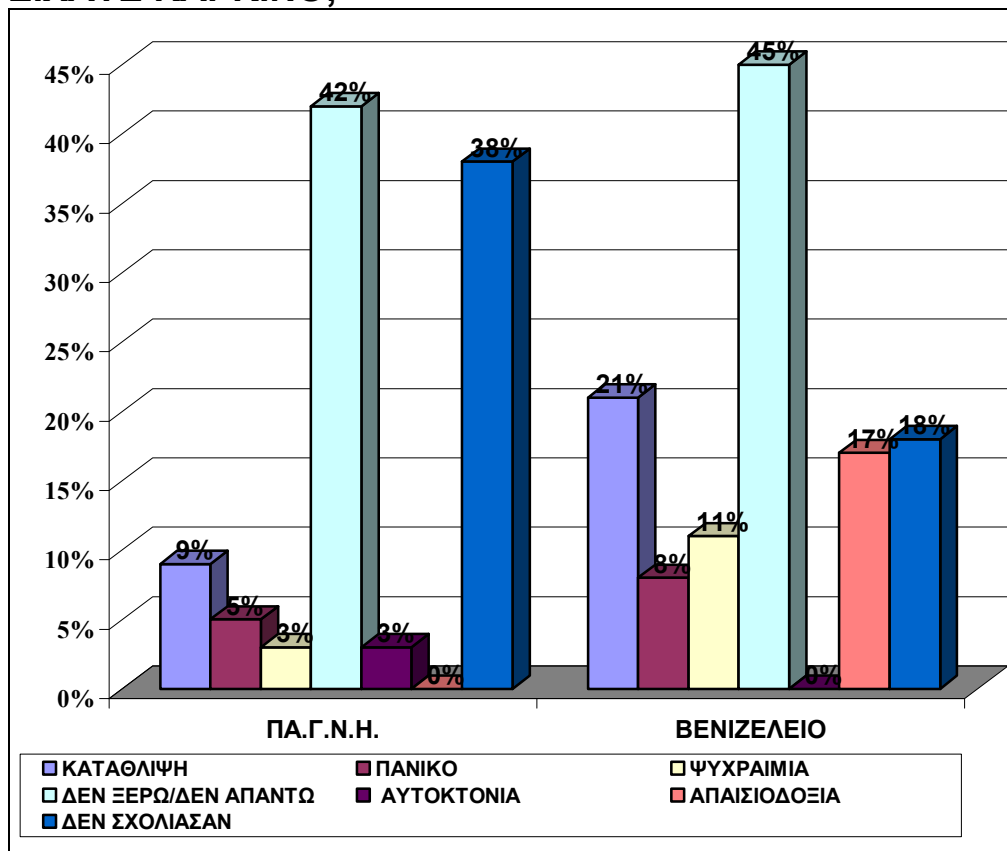


	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΑ	26	38%	28	39%
ΕΙΝΑΙ ΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ	17	25%	12	17%
ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	10	14%	20	28%
ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΚΛΙΜΑ ΚΑΛΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	16	23%	12	16%

Στο Π.Α.Γ.Ν.Η το **38 %** των ερωτηθέντων νοσηλευτών απαντά πως η παρουσία συγγενών είναι αναγκαία, το **25 %** απαντούν πως είναι φορές που οι συγγενείς προκαλούν, και το **23 %** πως δημιουργούν κλίμα καλής συνεργασίας για την διάγνωση και θεραπεία ενώ στο Βενιζέλειο το **39 %** απαντά ότι η παρουσία συγγενών είναι αναγκαία το **28%** απαντά ότι προκαλούν προβλήματα συνεργασίας με τον ασθενή

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

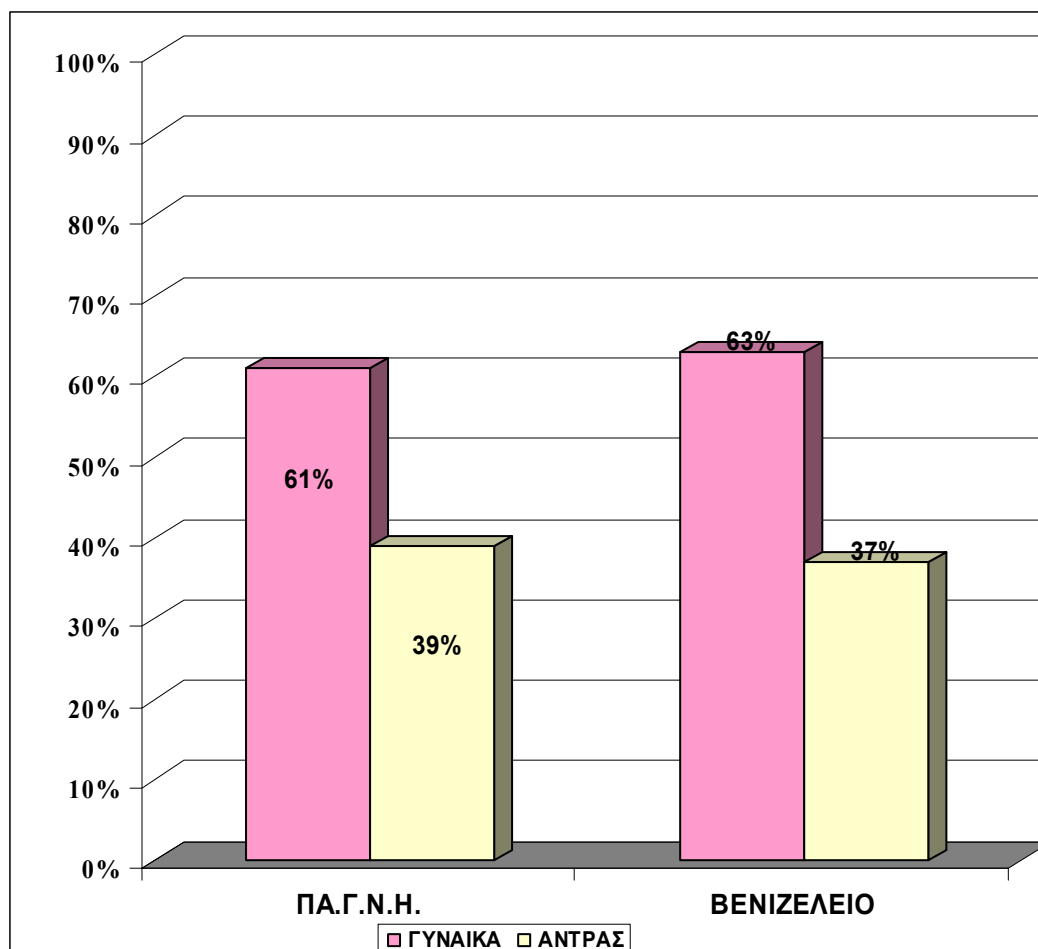
### 22. ΤΙ ΝΙΩΣΑΤΕ Ή ΤΙ ΘΑ ΝΙΩΘΑΤΕ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΕΣΕΙΣ ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΡΚΙΝΟ;



	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	9	14%	17	24%
ΠΑΝΙΚΟ	3	4%	8	11%
ΨΥΧΡΑΙΜΙΑ	3	4%	3	4%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	42	62%	30	42%
ΔΕΝ ΣΧΟΛΙΑΣΑΝ	12	16%	12	19%

Στην ερώτηση τι ένιωσαν η τι θα ένιωθαν στην περίπτωση που οι ίδιοι είχαν καρκίνο από τους νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα μας στο Π.Α.Γ.Ν.Η το **62 %** απέφευγαν να απαντήσουν το **16%** δεν ήθελε να σχολιάσει το **14 %** θα πάθαινε κατάθλιψη, το **4 %** πανικό και το **4 %** θα το αντιμετώπιζε ψυχραιμία ενώ στο Βενιζέλειο το **42%** απέφευγαν να απαντήσουν, το **19%** δεν ήθελε να σχολιάσει το **24 %** θα πάθαινε κατάθλιψη, το **11 %** θα πάθαινε πανικό και ένα άλλο το **4 %** θα το αντιμετώπιζε ψύχραιμα.

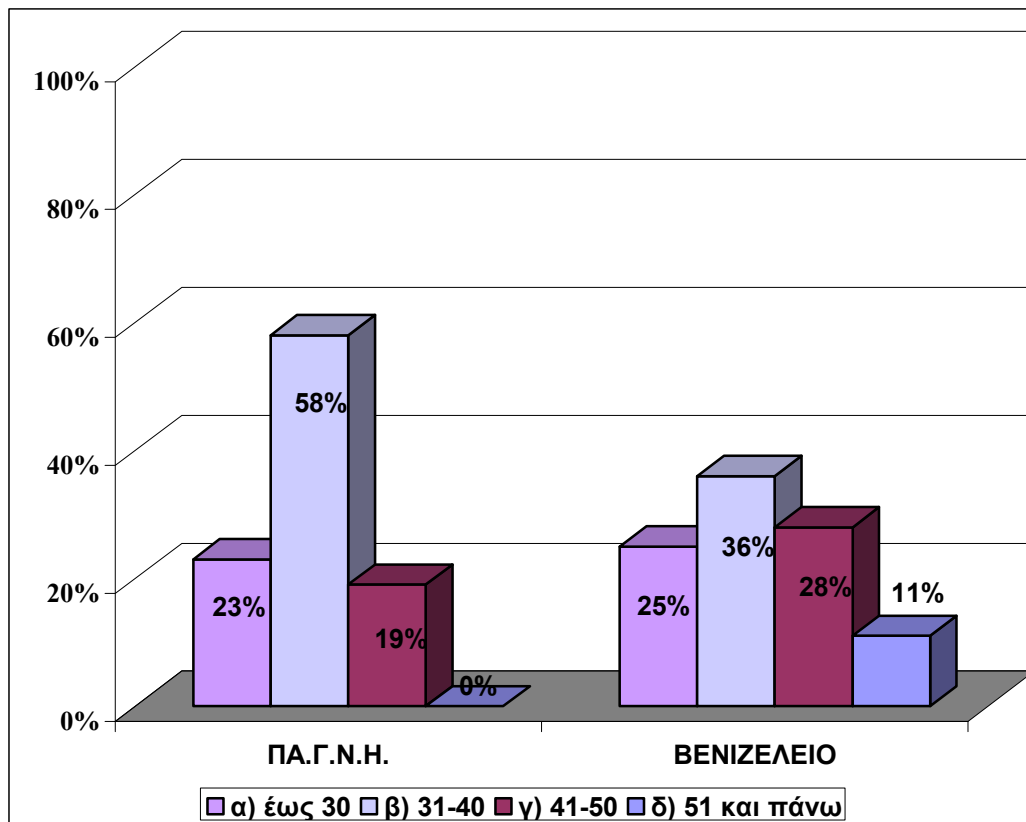
**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)  
1. ΦΥΛΟ**



	Π.Α.Γ.Ν.Η		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΓΥΝΑΙΚΑ	61	61%	63	63%
ΑΝΤΡΑΣ	39	39%	37	37%

Από την έρευνα μας διαπιστώνεται ότι στο Π.Α.Γ.Ν.Η το **61 %** είναι γυναίκες και το **39 %** είναι άντρες ενώ στο Βενιζέλειο το **63 %** είναι γυναίκες και το **37 %** είναι άντρες .

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)  
2. ΗΛΙΚΙΑ**

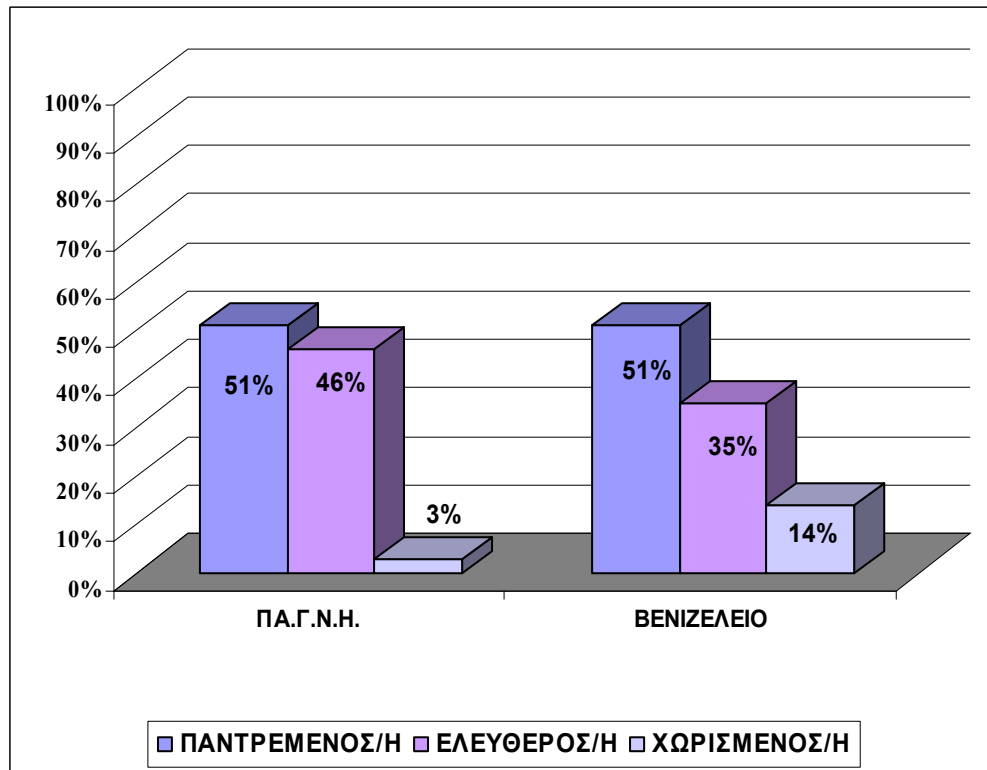


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
α) έως 30	23%	23	25%	25
β) 31-40	58%	58	36%	36
γ) 41-50	19%	19	28%	28
δ) 51 και πάνω	0%	0	11%	11

Από το δείγμα μας στο Π.Α.Γ.Ν.Η το **58 %** είναι από 31 – 40 ετών ενώ στο Βενιζέλειο το **28 %** του προσωπικού έχουν ηλικία έως 30, το **36%** από 31–40 ετών.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)**

**3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

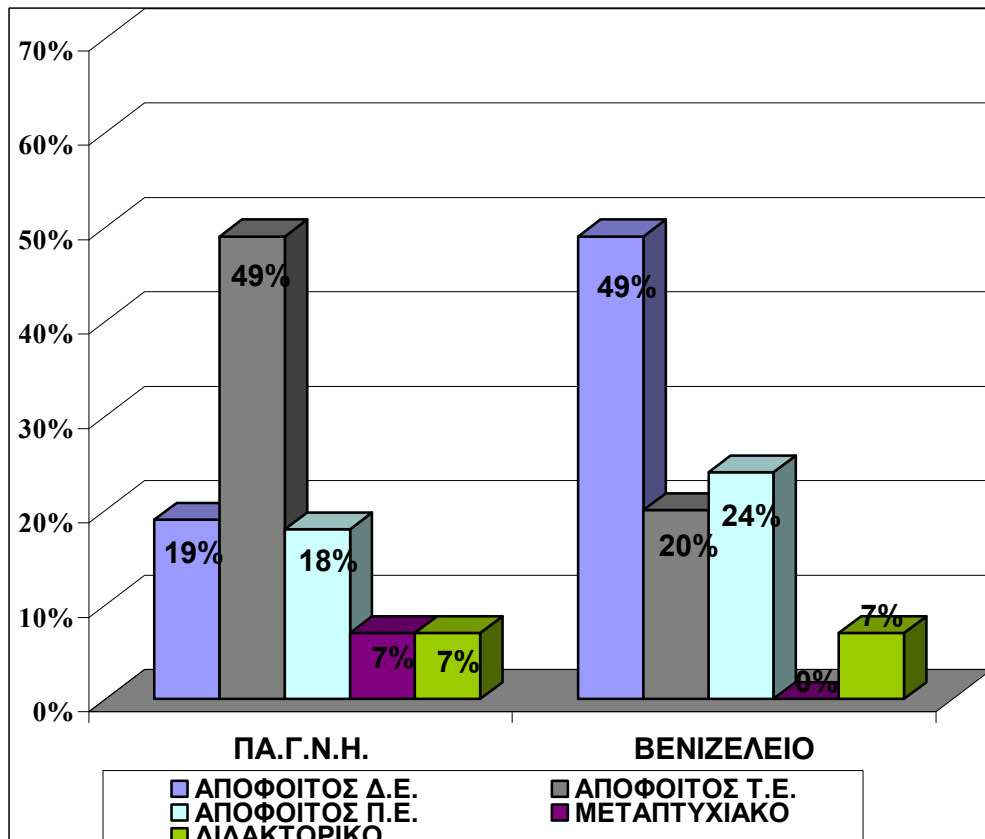


	Π.Α.Γ.Ν.Η.	ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ		
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ/Η	51%	51	51%	51
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ/Η	46%	46	35%	35
ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΣ/Η	3%	3	14%	14

Στο Βενιζέλειο το **51 %** του προσωπικού που πήρε μέρος στην έρευνα είναι παντρεμένοι, το **35%** είναι ελεύθεροι, και το **14 %** είναι χωρισμένοι ενώ στο Π.Α.Γ.Ν.Η το **51 %** είναι παντρεμένοι.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)

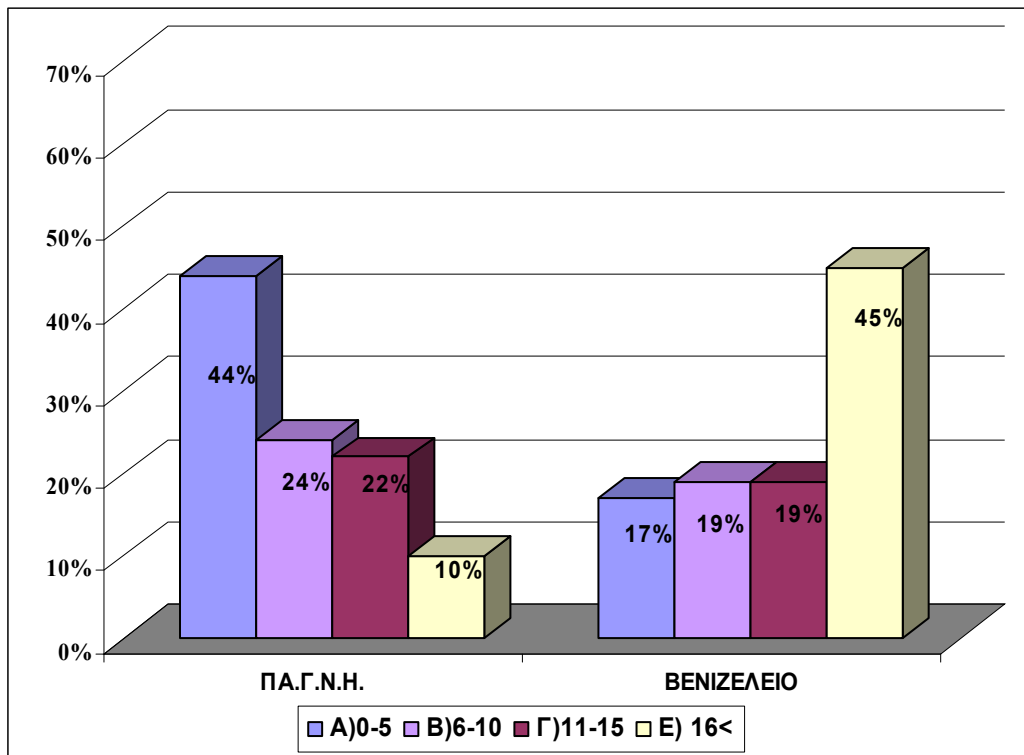
4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ



	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Δ.Ε.	19%	19	49%	49
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Τ.Ε.	49%	49	20%	20
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Π.Ε.	18%	18	24%	24
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	7%	7	0%	0
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	7%	7	7%	7

Στο Βενιζέλειο το 49 % του προσωπικού που πήρε μέρος στην έρευνα είναι απόφοιτοι Δ.Ε, το 20 % είναι απόφοιτοι Τ.Ε , ενώ στο Π.Α.Γ.Ν.Η. το 49% είναι απόφοιτοι Τ.Ε, το 19 % είναι απόφοιτοι Δ.Ε

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)  
5. ΣΥΝΟΛΟ ΕΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

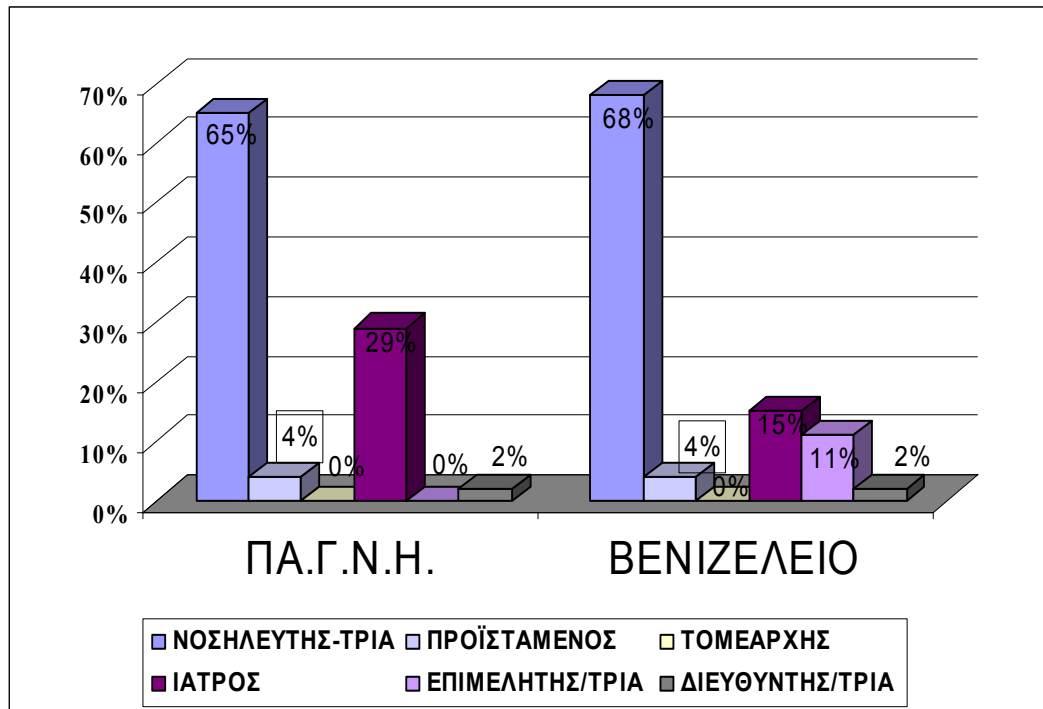


	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
A)0-5	44%	44	17%	17
B)6-10	24%	24	19%	19
Γ)11-15	22%	22	19%	19
E) 16<	10%	10	45%	45

Στο Βενιζέλειο το **45%** των ερωτηθέντων εργάζεται πάνω από 16 χρόνια ενώ στο Π.Α.Γ.Ν.Η. το **44%** εργάζεται μέχρι 5 χρόνια.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)

6. ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



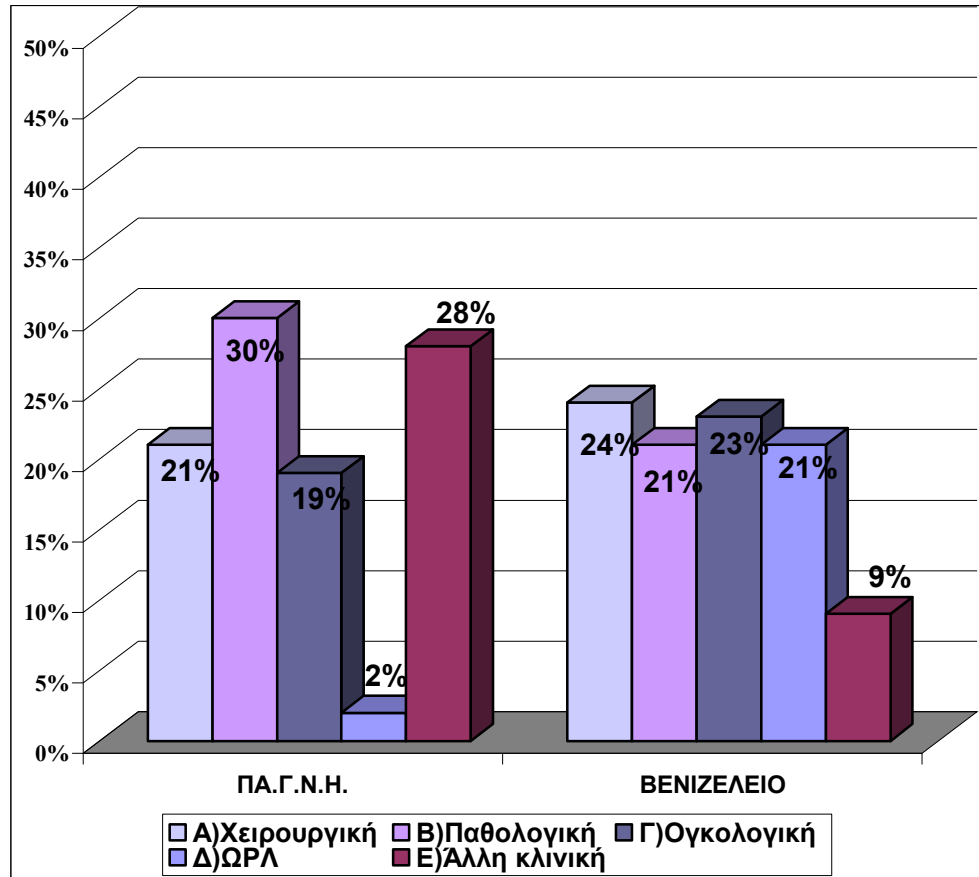
	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ-ΤΡΙΑ	65%	65	68%	68
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ	4%	4	4%	4
ΤΟΜΕΑΡΧΗΣ	0%	0	0%	0
ΙΑΤΡΟΣ	29%	29	15%	15
ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ /ΤΡΙΑ	0%	0	11%	11
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΤΡΙΑ	2%	2	2%	2

Στο Π.Α.Γ.Ν.Η το **65%** του προσωπικού που συμμετείχε μέρος στην έρευνα είναι νοσηλευτές, το **4 %** είναι προϊστάμενες ενώ στο Βενιζέλειο το **68 %** είναι νοσηλευτές, το **4 %** είναι προϊστάμενες.



## ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)

### 7. ΚΛΙΝΙΚΗ

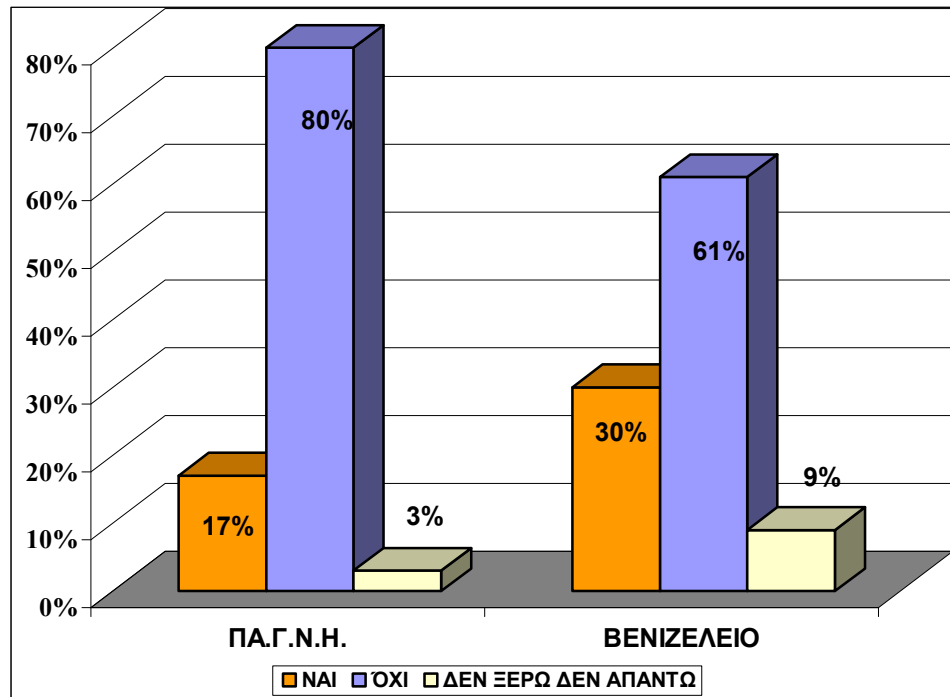


	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
Α) Χειρουργική	21%	21	24%	24
Β) Παθολογική	30%	30	21%	21
Γ) Ογκολογική	19%	19	23%	23
Δ) ΩΡΛ	2%	2	21%	21
Ε) Άλλη κλινική	28%	28	9%	9

Στο Π.Α.Γ.Ν.Η το 21 % του προσωπικού που συμμετείχε μέρος στην έρευνα εργάζεται στην Χειρουργική κλινική, το 30 % στην Παθολογική, το 19 % στην Ογκολογική ενώ στο Βενιζέλιο το 24 % εργάζεται στην Χειρουργική κλινική, το 21 % στην Παθολογική, το 23 % στην Ογκολογική κλινική.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)**

**8. ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ;**

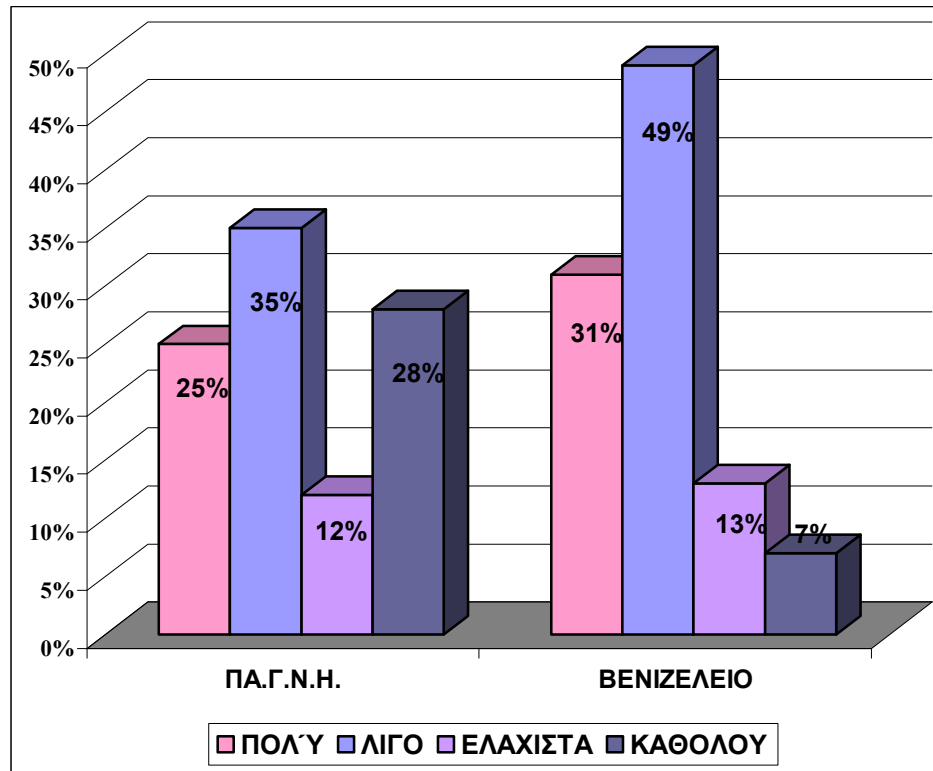


	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	17%	17	30%	30
ΌΧΙ	80%	80	61%	61
ΔΕΝ ΞΕΡΩ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	3%	3	9%	9

Στο Π.Α.Γ.Ν.Η το **80 %** του προσωπικού που ρωτήθηκε δεν θεωρεί το φύλο του ασθενή διαφοροποιό παράγοντα αντιμετώπιση της ασθένειας του σε σχέση με το Βενιζέλειο όπου το **61 %** συμφωνεί και το **30 %** έχει αντίθετη άποψη.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)**

**9. ΠΟΣΟ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟ;**

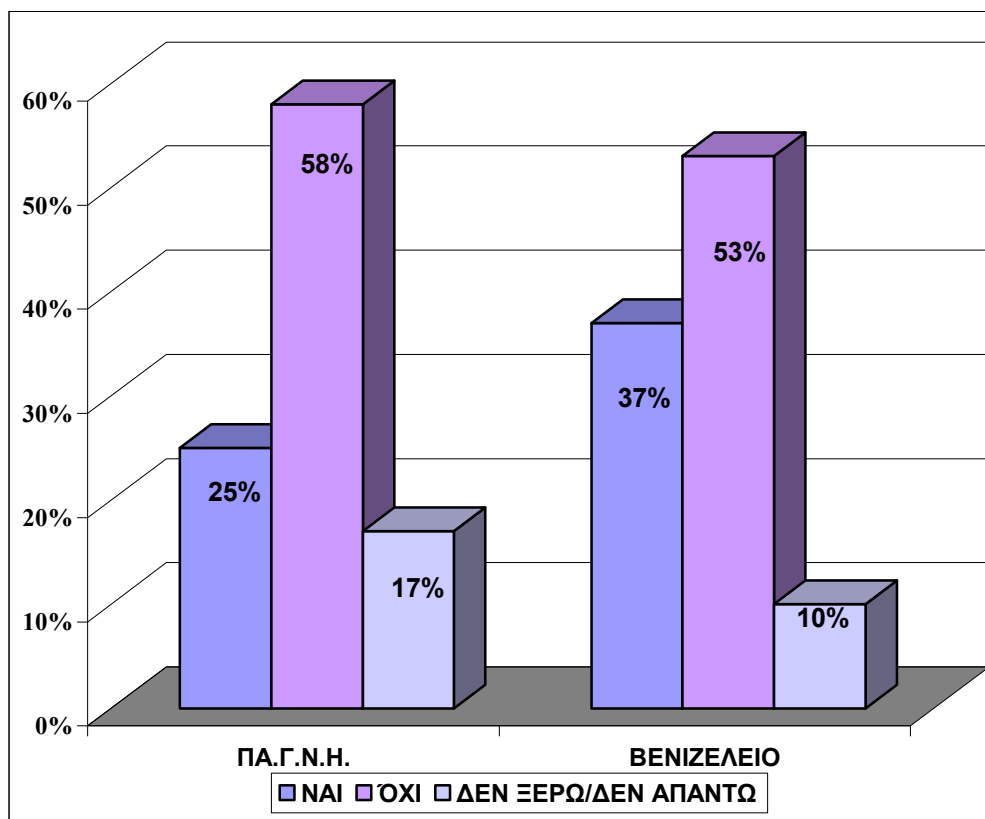


	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΟΛΥ	25%	25	31%	31
ΛΙΓΟ	35%	35	49%	49
ΕΛΑΧΙΣΤΑ	12%	12	13%	13
ΚΑΘΟΛΟΥ	28%	28	7%	7

Στο δείγμα μας το προσωπικό του Π.Α.Γ.Ν.Η. υποστηρίζει στην πλειοψηφία του ότι το μορφωτικό επίπεδο του ασθενή επηρεάζει λίγο την προσωπική τους επικοινωνία με τον ασθενή με ποσοστό **35%** όπου συμφωνεί και το Βενιζέλειο με το **49%** .

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)**

**10. ΕΧΕΤΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΝΑ ΑΝΑΚΟΙΝΩ-  
ΣΕΤΕ ΣΕ ΕΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ;**

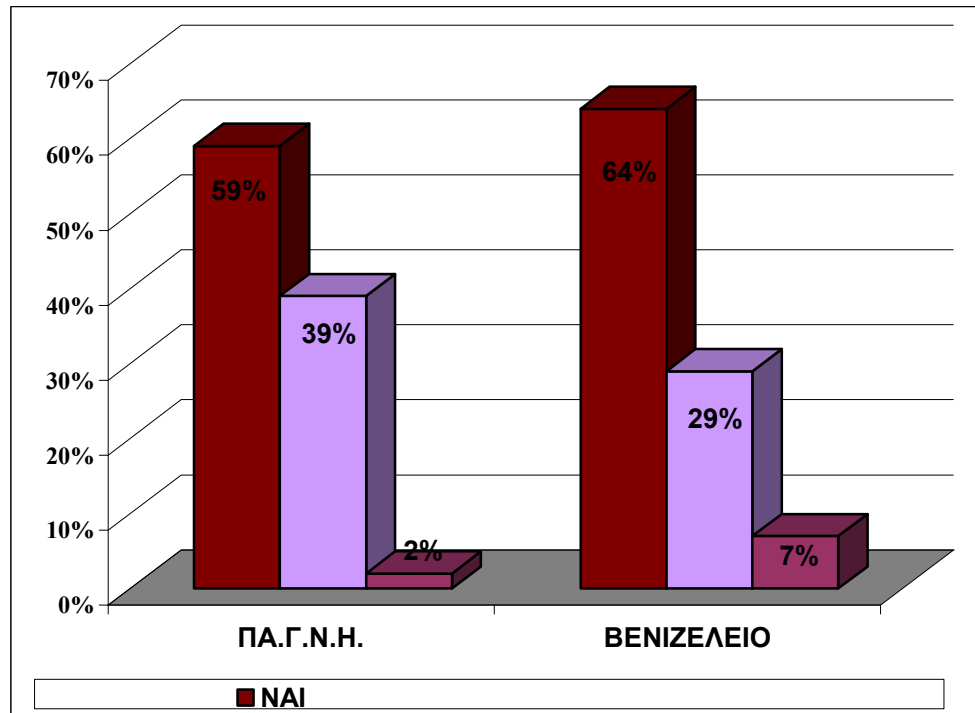


	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	25%	25	37%	37
ΌΧΙ	58%	58	53%	53
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	17%	17	10%	10

Στο Π.Α.Γ.Ν.Η το **58 %** των εργαζομένων που συμμετείχαν στην έρευνα μας, δεν θεωρεί ότι έχει την κατάλληλη εκπαίδευση να ανακοινώσει σε έναν καρκινοπαθή την ασθένεια του σε σχέση με το Βενιζέλειο όπου μόνο το **53%** υποστηρίζει το ίδιο ενώ ένα άλλο ποσοστό το **37%** πιστεύει ότι δεν έχει την κατάλληλη μόρφωση

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)**

**11. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΑΙ  
ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;**

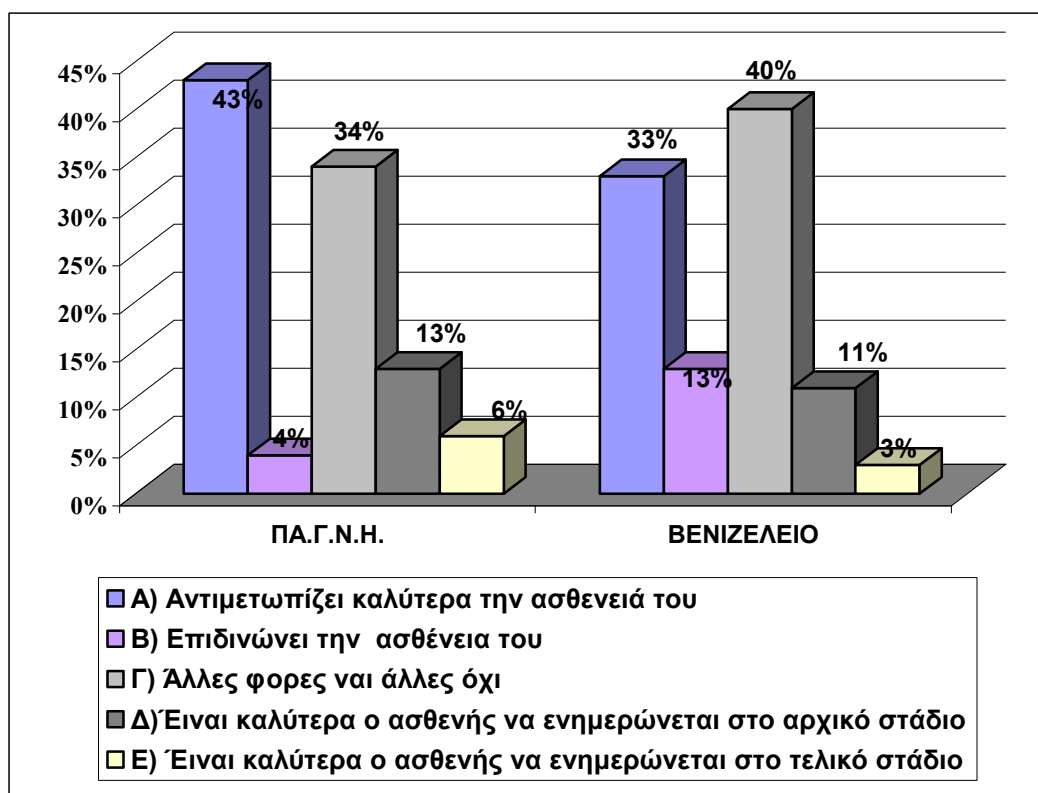


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	59%	59	64%	64
ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ	39%	39	29%	29
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2%	2	7%	7

Από την έρευνα μας διαπιστώθηκε ότι και τα δυο νοσοκομεία στην πλειοψηφία τους πιστεύουν ότι ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για την διάγνωση και την θεραπεία το Π.Α.Γ.Ν.Η. με ποσοστό **59%** και το Βενιζέλειο με ποσοστό **64%**.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)**

**12. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΌΤΙ Ο ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ:**

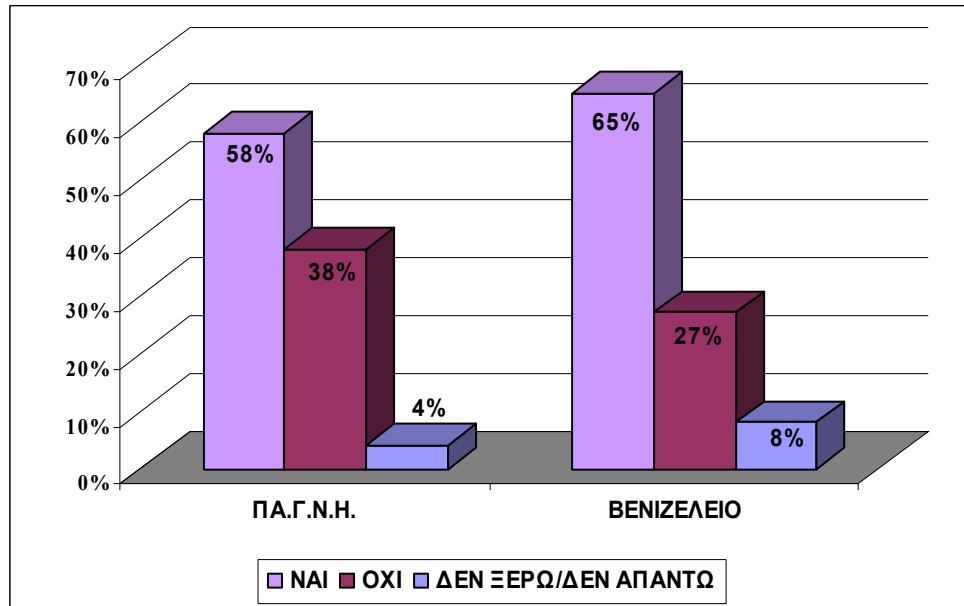


	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
A) ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ	43%	43	33%	33
B) ΕΠΙΔΙΔΩΝΕΙ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ	4%	4	13%	13
Γ) ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ ΝΑΙ ΑΛΛΕΣ ΟΧΙ	34%	34	40%	40
Δ) ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΑΡΧΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ	13%	13	11%	11
Ε) ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ	6%	6	3%	3

Το **43%** του προσωπικού που ρωτήθηκε του Π.Α.Γ.Ν.Η. θεωρεί ότι ο ενημερωμένος ασθενής αντιμετωπίζει καλύτερα την ασθένεια του ενώ αντίθετη άποψη έχει το Βενιζελείο που πιστεύει ότι άλλες φορές βοηθά και άλλες όχι. με ποσοστό **40%**.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)**

**13. ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΠΩΣ Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΤΟΥ ΚΑΝΕΙ ΚΑΚΟ;**

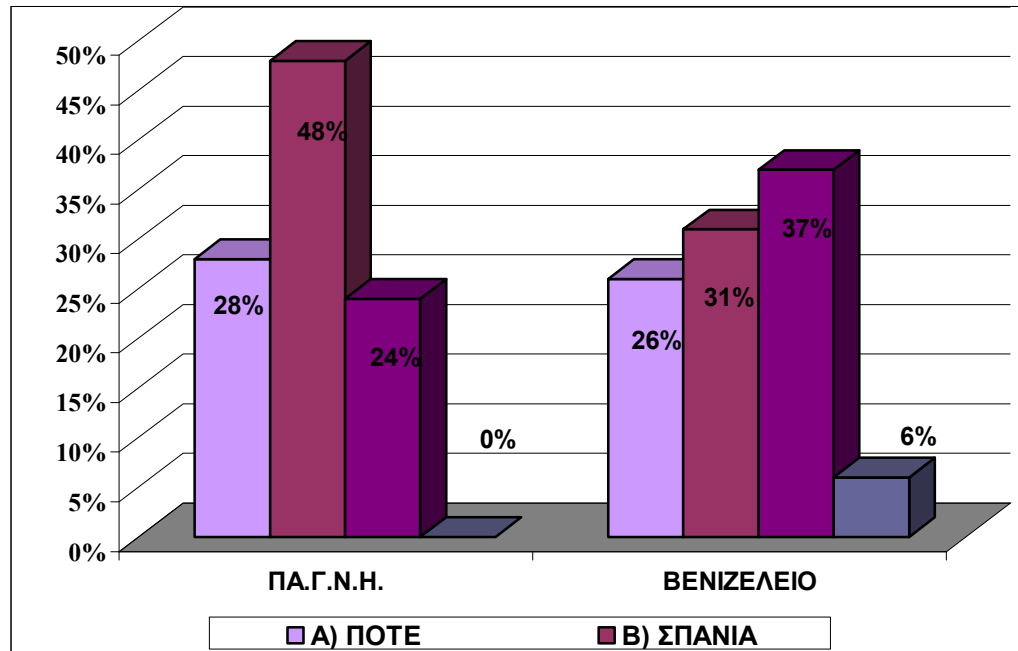


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΝΑΙ</b>	58%	58	65%	65
<b>ΟΧΙ</b>	38%	38	27%	27
<b>ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ</b>	4%	4	8%	8

Στην ερώτηση αν θεωρούν ότι η ενημέρωση μπορεί να κάνει κακό στον ασθενή το προσωπικό που ρωτήθηκε στο Π.Α.Γ.Ν.Η., απαντά θετικά με το **58%** ενώ έχει αντίθετη άποψη το **38%** του ίδιου νοσοκομείου το δε Βενιζελείο στην πλειοψηφία του απαντά θετικά με ποσοστό **65%**.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)**

**14. ΕΧΕΤΕ ΠΕΙ ΨΕΜΑΤΑ ΠΙΣΤΕΥΟΝΤΑΣ ΠΩΣ ΘΑ ΒΟΗΘΗΣΕΤΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ;**



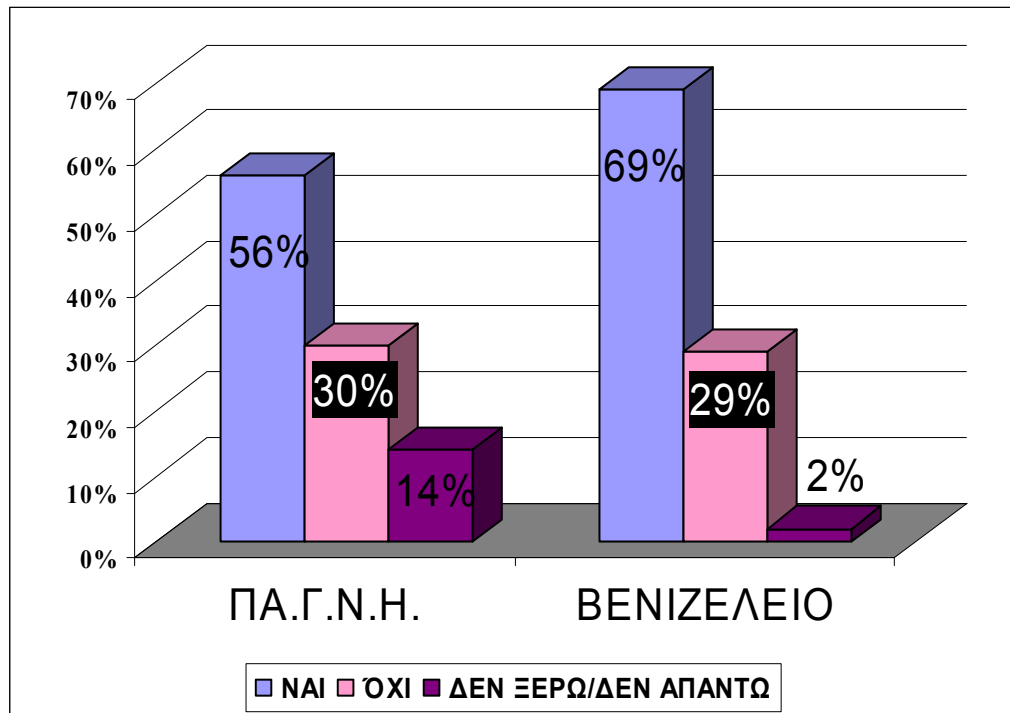
	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
Α) ΠΟΤΕ	28%	28	26%	26
Β) ΣΠΑΝΙΑ	48%	48	31%	31
Γ) ΣΥΧΝΑ	24%	24	37%	37
Δ) ΠΑΝΤΑ	0%	0	6%	6

Σπάνια έχουν πει ψέματα πιστεύοντας ότι θα βοηθήσουν τον ασθενή έτσι τουλάχιστον υποστηρίζουν στο Π.Α.Γ.Ν.Η οι εργαζόμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα μας με ποσοστό **48%** ενώ στο Βενιζέλειο **37%** συχνά έ χειπείψεματα.



**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)**

**15. ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΤΕ ΝΑ ΑΠΟΚΡΥΨΕΤΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΤΗΣ ΑΣΘΕ-  
ΝΕΙΑΣ;**

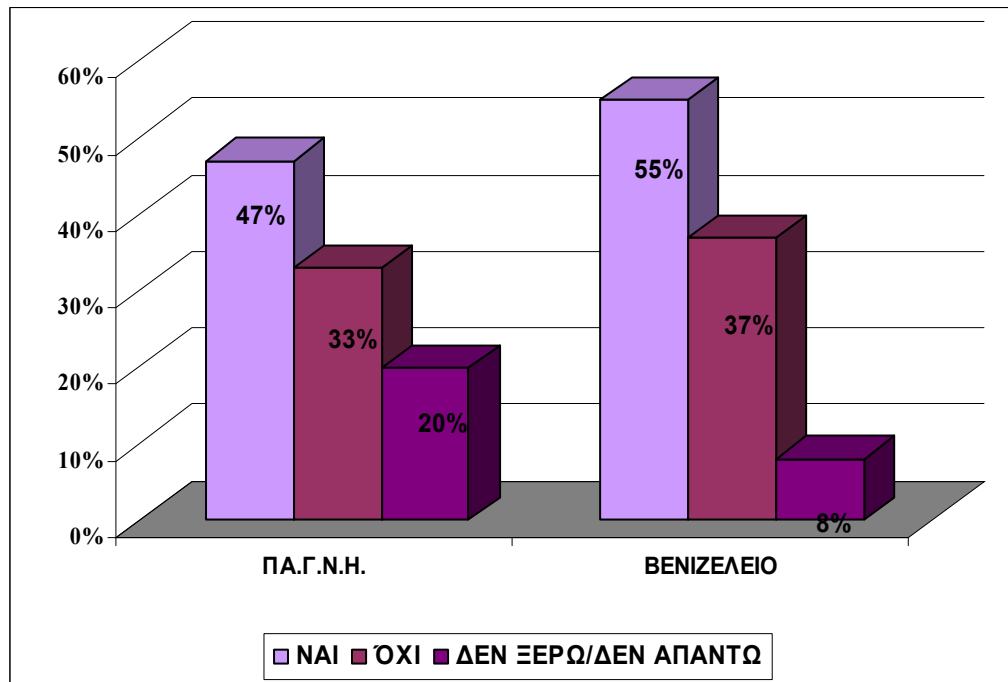


	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	56%	56	69%	69
ΌΧΙ	30%	30	29%	29
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑ- ΝΤΩ	14%	14	2%	2

Από το αντιπροσωπευτικό δείγμα μας προκύπτει ότι και τα δυο νοσοκομεία στην πλειοψηφία τους έχουν προσπαθήσει να αποκρύψουν την αλήθεια στον ασθενή το Π.Α.Γ.Ν.Η με ποσοστό **56%** και το Βενιζέλειο με **69%**.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)**

**16. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΒΑΘΜΟΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΥΤΕΡΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΧΡΟΝΙΑ;**

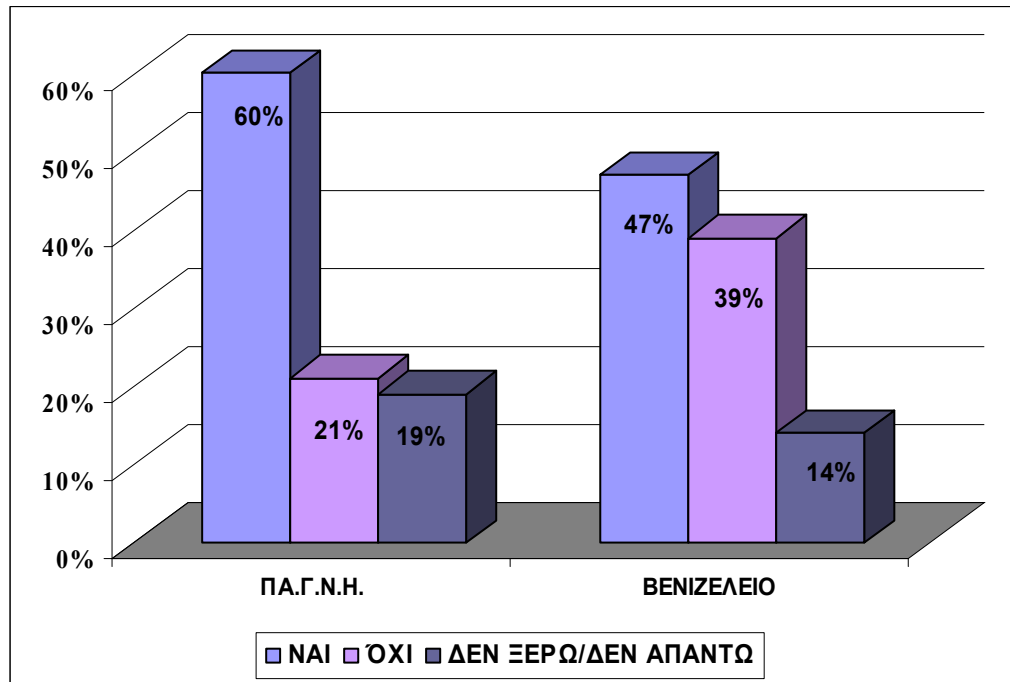


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	47%	47	55%	55
ΌΧΙ	33%	33	37%	37
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	20%	20	8%	8

Από το αντιπροσωπευτικό δείγμα μας προκύπτει ότι όσο αφορά τον βαθμό ενημέρωσης του ογκολογικού ασθενή αν βελτιώθηκε σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια, στην πλειοψηφία τους και τα δυο νοσοκομεία απαντούν θετικά το Π.Α.Γ.Ν.Η με το **55%** , και το Βενιζέλειο με μεγαλύτερο ποσοστό **47%**.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)**

**17. ΕΙΣΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΕΤΟΙΜΟΙ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΕΤΕ ΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΧΡΟΝΙΑ;**

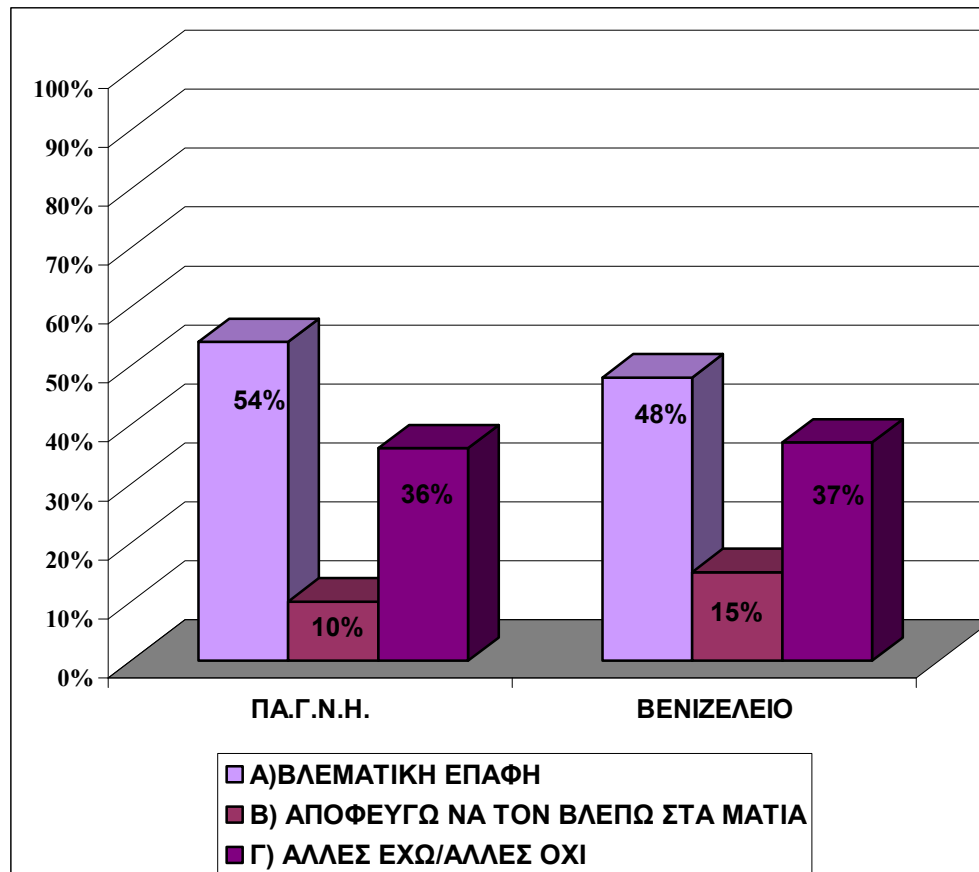


	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	60%	60	47%	47
ΌΧΙ	21%	21	39%	39
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	19%	19	14%	14

Σε σχετική ερώτηση αν δηλαδή οι ίδιοι είναι περισσότερο έτοιμοι να ενημερώσουν τον ογκολογικό ασθενή το προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα μας στο Π.Α.Γ.Ν.Η το **60 %** απαντάει θετικά και το Βενιζέλειο έχει την ίδια άποψη με ποσοστό **47%**.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)**

**18. ΜΕ ΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΕΧΩ;**

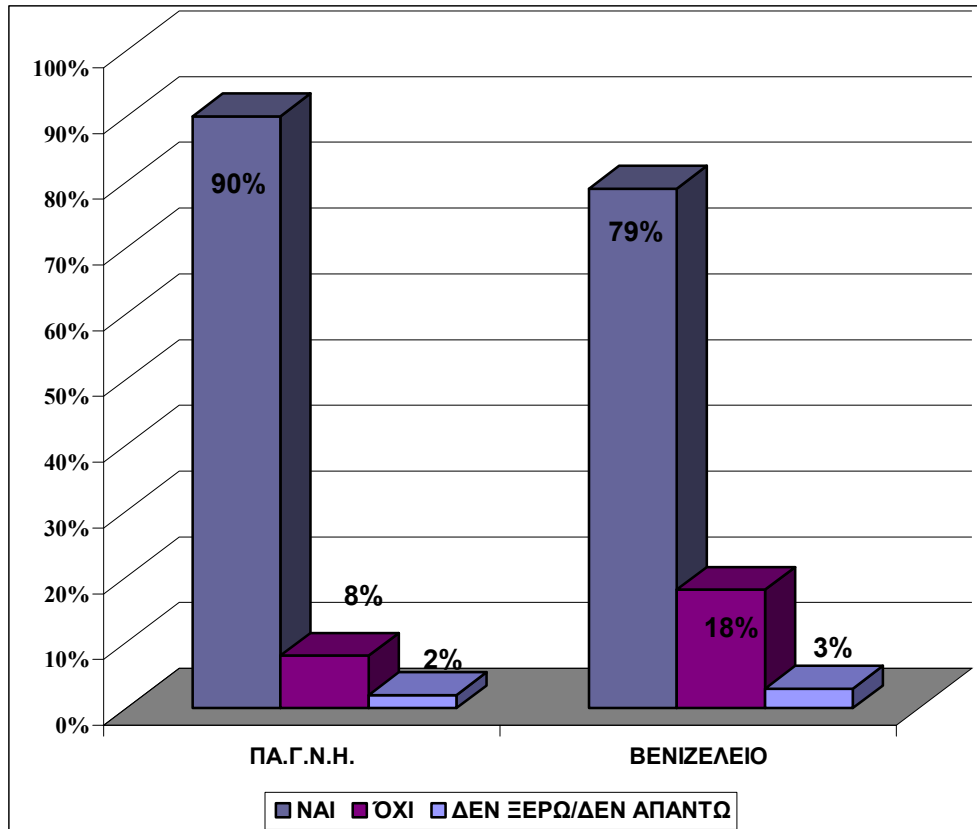


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		BENIZELIO	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
Α) ΒΛΕΜΑΤΙΚΗ ΕΠΑΦΗ	54%	54	48%	48
Β) ΑΠΟΦΕΥΓΩ ΝΑ ΤΟΝ ΒΛΕΠΩ ΣΤΑ ΜΑΤΙΑ	10%	10	15%	15
Γ) ΑΛΛΕΣ ΕΧΩ/ΑΛΛΕΣ ΟΧΙ	36%	36	37%	37

Από το αντιπροσωπευτικό δείγμα μας προκύπτει ότι στην πλειοψηφία τους και τα δυο νοσοκομεία θεωρούν ότι με τον ογκολογικό ασθενή έχουν βλεμματική επαφή το Π.Α.Γ.Ν.Η με ποσοστό **54%** και το Βενιζέλειο με το **48%**.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)**

**19. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΟΜΑΔΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ;**

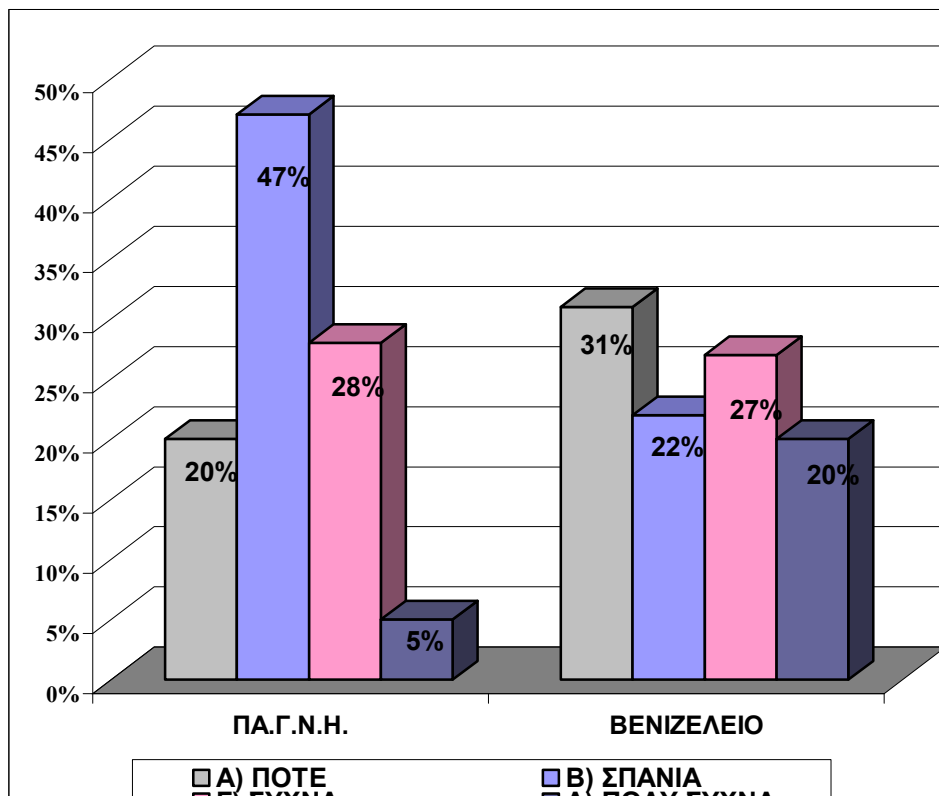


	ΠΑ.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	90%	90	79%	79
ΌΧΙ	8%	8	18%	18
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ ΔΕΝ Α- ΠΑΝΤΩ	2%	2	3%	3

Από το αντιπροσωπευτικό δείγμα μας προκύπτει ότι υπάρχει ένα πολύ μεγάλο ποσοστό και στα δυο νοσοκομεία που θεωρεί ότι χρειάζονται ομάδες υποστήριξης προσωπικού το **90%** του Π.Α.Γ.Ν.Η, το ίδιο υποστηρίζει και το Βενιζέλειο με ποσοστό **79%** .

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)**

**20. ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΤΥΧΕΙ ΠΟΤΕ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΑΣ ΚΑΡΙΕΡΑ  
ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΤΕΙΤΕ ΑΠΟ ΘΑΝΑΤΟ ΑΣΘΕΝΗ ΣΑΣ;**

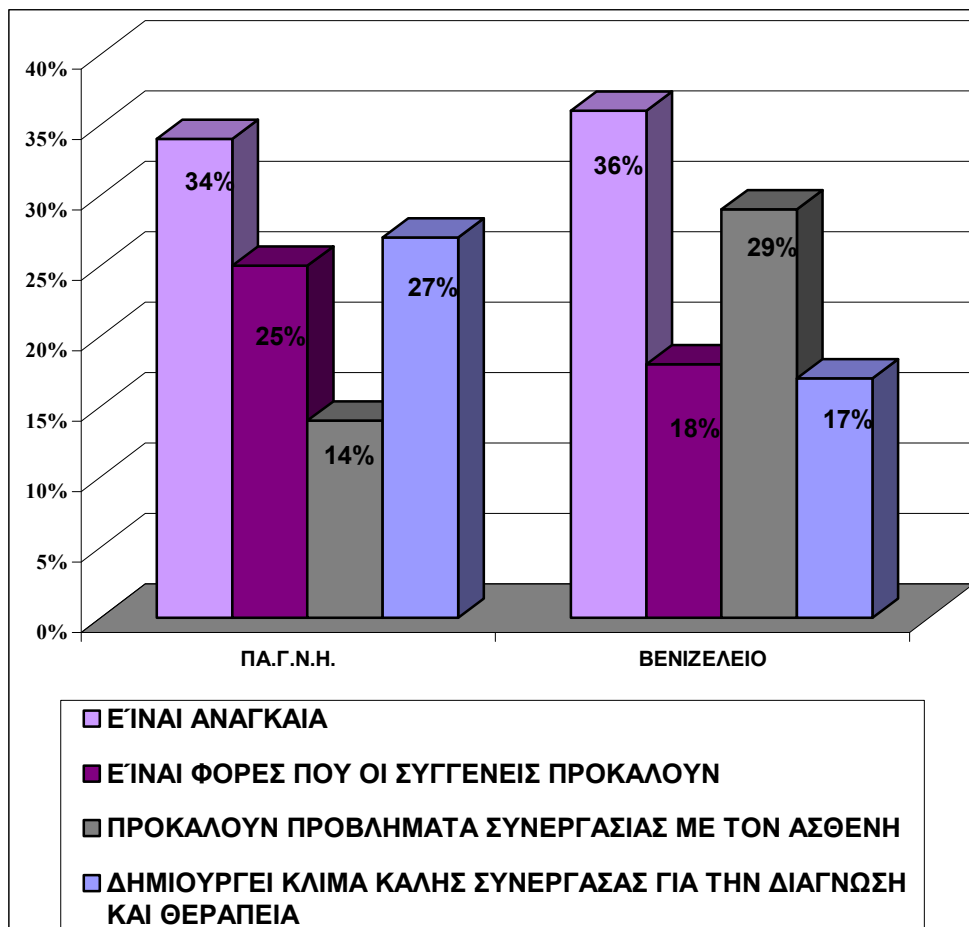


	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Α) ΠΟΤΕ	20	20%	31	31%
Β) ΣΠΑΝΙΑ	47	47%	22	22%
Γ) ΣΥΧΝΑ	28	28%	27	27%
Δ) ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	5	5%	20	20%

Από το προσωπικό που ρωτήθηκε το μεν Π.Α.Γ.Ν.Η απαντά ότι σπάνια επηρεάστηκε από θάνατο ασθενούς με ποσοστό **47%** ενώ στο Βενιζέλειο ένα **31%** θεωρεί ότι επηρεάζεται συχνά ένα άλλο **25%** δεν επηρεάστηκε ποτέ.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)**

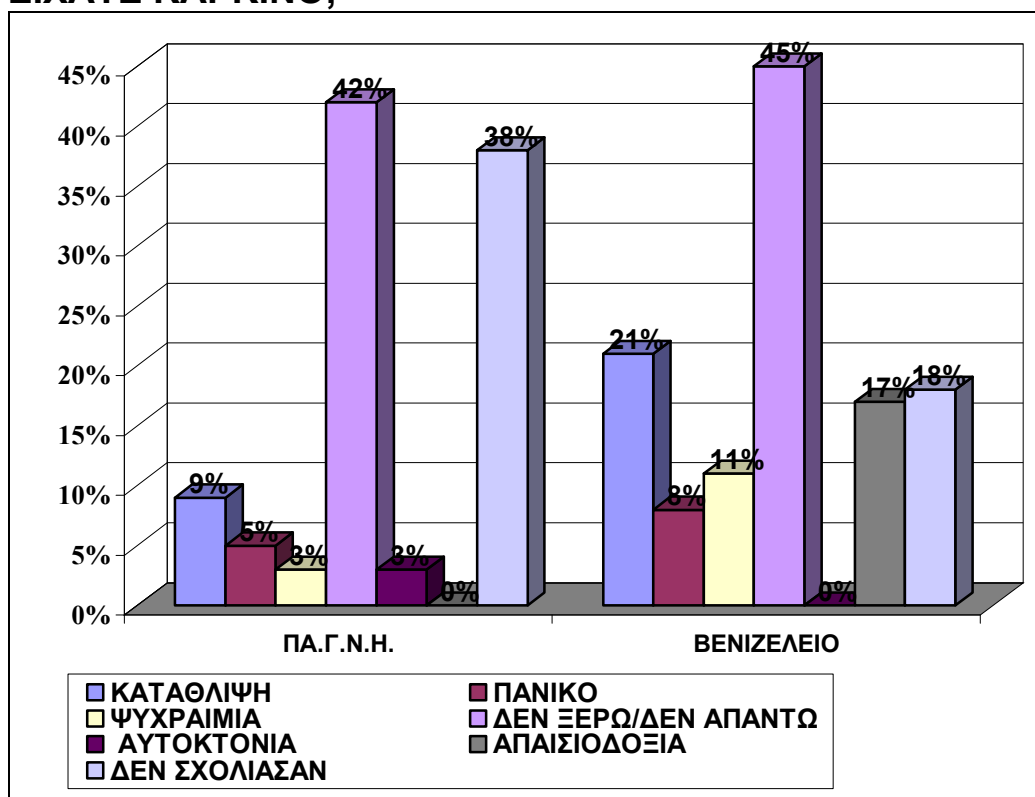
**21. ΠΟΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ:**



	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΑ	34%	34	36%	36
ΕΙΝΑΙ ΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΟΙ ΣΥΓΓΕ- ΝΕΙΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ	25%	25	18%	18
ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	14%	14	29%	29
ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΚΛΙΜΑ ΚΑΛΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑ- ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	27%	27	17%	17

Την παρουσία των συγγενών οι περισσότεροι εργαζόμενοι που ρωτηθήκαν και στα δυο νοσοκομεία την θεωρούν αναγκαία με ποσοστό **34%** το Π.Α.Γ.Ν.Η και το Βενιζέλειο με το **36%**.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
(ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ)  
22. ΤΙ ΝΙΩΣΑΤΕ Ή ΤΙ ΘΑ ΝΙΩΘΑΤΕ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΕΣΕΙΣ  
ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΡΚΙΝΟ;**



	Π.Α.Γ.Ν.Η.		ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	
	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	9%	9	21%	21
ΠΑΝΙΚΟ	5%	5	8%	8
ΨΥΧΡΑΙΜΙΑ	3%	3	11%	11
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	42%	42	45%	45
ΔΕΝ ΣΧΟΛΙΑΣΑΝ	38%	38	18%	18
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	3%	3	0%	0
ΑΠΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	0%	0	17%	17

Από την έρευνα μας προκύπτει ότι στην ερώτηση τι θα ένιωθαν η τι ένιωσαν στην περίπτωση που είχαν οι ίδιοι καρκίνο στην μεγαλύτερη τους πλειοψηφία αρνήθηκαν να απαντήσουν στο Π.Α.Γ.Ν.Η με ποσοστό **42%** αλλά και ένα άλλο ποσοστό δεν ήθελε να σχολιάσει το **38%**. Στο Βενιζέλειο αρνήθηκαν να απαντήσουν με ποσοστό **45%** και ένα άλλο ποσοστό **18%** δεν ήθελε να σχολιάσει. Οι υπόλοιποι εργαζόμενοι απάντησαν το μεν Π.Α.Γ.Ν.Η στο **9%** θα πάθαινε κατάθλιψη και το **5%** πανικό το δε Βενιζέλειο θα πάθαινε το **21%** κατάθλιψη και το **17%** θα ένιωθε απαισιόδοξα



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρατηρώντας τα δεδομένα των απαντήσεων που έδωσαν οι γιατροί της ομάδας του Π.Α.Γ.Ν.Η στην πλειοψηφία τους το **58%(18)** θεωρούν ότι ο ενημερωμένος ασθενής αντιμετωπίζει καλύτερα την ασθένεια του, σε αντίθεση με την ομάδα των γιατρών του Βενιζελείου που πιστεύει, το **39%(11)**, ότι η ενημέρωση άλλοτε βοηθάει και άλλοτε όχι.

Παρατηρώντας τις απαντήσεις στην ερώτηση της έρευνας μας αν οι γιατροί προσπαθούν να αποκρύψουν το μέγεθος της ασθένειας παρατηρούμε ότι το Π.Α.Γ.Ν.Η απαντά θετικά με ποσοστό **55%(17)** γεγονός που πιθανώς να σημαίνει ότι με αυτόν τον τρόπο αποφεύγουν να χειριστούν τις ψυχολογικές αντιδράσεις του ασθενή. Το Βενιζελείο απαντά αρνητικά στην συγκεκριμένη ερώτηση με ποσοστό **54%(15)**.

Είναι πασιφανές ότι στην ερώτηση, αν οι ίδιοι είναι περισσότερο έτοιμοι να ενημερώσουν τον ογκολογικό ασθενή οι γιατροί του Π.Α.Γ.Ν.Η απαντούν θετικά με ποσοστό **62%(19)** ενώ το Βενιζελείο απαντά αρνητικά με ποσοστό **42%(12)**.

Παρατηρώντας τα δεδομένα των απαντήσεων που έδωσαν οι γιατροί του Βενιζελείου βλέπουμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό το **32%(9)** πιστεύουν ότι η παρουσία των συγγενών προκαλεί προβλήματα συνεργασίας με τον ασθενή ενώ το **35%(11)** του Π.Α.Γ.Ν.Η πιστεύει ότι δημιουργεί κλίμα καλής συνεργασίας με τον ασθενή.

Στην τελευταία ερώτηση τι θα ένιωθαν η τι ένιωσαν στην περίπτωση που είχαν οι ίδιοι καρκίνο στην μεγαλύτερη τους πλειοψηφία οι γιατροί αρνήθηκαν να απαντήσουν στο Π.Α.Γ.Ν.Η το ποσοστό έφτασε στο **60%(18)**, ένα άλλο ποσοστό δεν ήθελε να σχολιάσει το **24%(8)**, οι υπόλοιποι απάντησαν το **10%(3)** ότι θα αυτοκτονούσε. Στο Βενιζέλειο το **40%(11)** αρνήθηκαν να απαντήσουν, το **28%(8)** δεν ήθελε να σχολιάσει και το **21%(6)** θα πάθαινε κατάθλιψη.

Παρατηρώντας τα δεδομένα των απαντήσεων που έδωσαν οι νοσηλευτές του Βενιζελείου και του Π.Α.Γ.Ν.Η βλέπουμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό το **68%(49)** και **74%(51)** αντίστοιχα που εργάζεται και στα δυο νοσοκομεία είναι γυναίκες. Πιθανόν αυτό να συμβαίνει γιατί το γυναικείο φύλο να είναι πιο ευαισθητοποιημένο στα επαγγέλματα που αφορούν τον τομέα της υγείας.

Όπως βλέπουμε από τα γραφήματα που προέκυψαν από την τέταρτη ερώτηση σχετική με το φύλο στο μεγαλύτερο ποσοστό το **72%(49)** των νοσηλευτών του Π.Α.Γ.Ν.Η είναι τεχνολογικής εκπαίδευσης ενώ στο Βενιζέλειο το **68%(49)** είναι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Στην ερώτηση αν οι νοσηλευτές θεωρούν το φύλο του ασθενή διαφοροποιό παράγοντα αντιμετώπισης του το **75%(52)** του Π.Α.Γ.Ν.Η απαντά θετικά ενώ το Βενιζέλειο σε ποσοστό **61%(44)** απαντά αρνητικά. Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι στο Βενιζέλειο αντιμετωπίζουν τον ασθενή ως ξεχωριστή προσωπικότητα ανεξαρτήτως φύλου γεγονός που δεν ισχύει στο Π.Α.Γ.Ν.Η στην πλειοψηφία τουλάχιστον.

Στην ερώτηση αν έχουν επηρεαστεί από τον θάνατο ασθενούς οι νοσηλευτές, το μεν Π.Α.Γ.Ν.Η απαντά σε ποσοστό **46%(32)** ότι σπάνια έχει επηρεαστεί ενώ το Βενιζέλειο με ποσοστό **33%(24)** δηλώνει ότι ποτέ δεν επηρεάστηκε. Από αυτό συμπεραίνεται ότι το προσωπικό και στα δυο νοσοκομεία στην πλειοψηφία τους φαίνεται να αναπτύσσει μηχανισμούς άμυνας και συμπεριφοράς οι οποίοι όμως όταν χρησιμοποιούνται συνεχώς μετατρέπονται σε ανασταλτικούς παράγοντες στην επικοινωνία με τον ασθενή.

Στην ερώτηση τι ένιωσαν η τι θα ένιωθαν στην περίπτωση που οι ίδιοι είχαν καρκίνο από τους νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα μας στο Π.Α.Γ.Ν.Η το **62%(42)** απέφευγαν να απαντήσουν, το **16%(12)** δεν ήθελε να σχολιάσει, το **14%(9)** θα πάθαινε κατάθλιψη, το **4%(3)** πανικό και το **4%(3)** θα το αντιμετώπιζε ψυχραιμία ενώ στο Βενιζέλειο το **42%(30)** απέφευγαν να απαντήσουν, το **19%(12)** δεν ήθελε να σχολιάσει, το **24%(17)** θα πάθαινε κατάθλιψη, το **11%(8)** θα πάθαινε πανικό και ένα άλλο το **4%(3)** θα το αντιμετώπιζε ψυχραιμία.

Από τις απαντήσεις που προέκυψαν από το προσωπικό και των δυο νοσοκομείων διαπιστώθηκε ότι το μεν Π.Α.Γ.Ν.Η με ποσοστό **48%(48)** σπάνια έχει πει ψέματα στον ασθενή σε αντίθεση με το Βενιζέλειο όπου το **37%(37)** συχνά λέει ψέματα στον ασθενή. Οι λόγοι που πιθανώς οι εργαζόμενοι του Π.Α.Γ.Ν.Η δεν λένε συχνά ψέματα γιατί πιστεύουν ότι ο ασθενής αν θέλει να ενημερωθεί θα το κάνει με κάθε τρόπο.

Οι εργαζόμενοι της ομάδας του Π.Α.Γ.Ν.Η στην πλειοψηφία τους σε ποσοστό **47%(47)** απαντά ότι σπάνια επηρεάστηκε από θάνατο ασθενούς ενώ στο Βενιζέλειο ένα **31%(31)** θεωρεί ότι επηρεάζεται συχνά.

Από την έρευνα μας προκύπτει ότι στην ερώτηση τι θα ένιωθαν η τι ένιωσαν στην περίπτωση που είχαν οι ίδιοι καρκίνο στην μεγαλύτερη τους πλειοψηφία οι εργαζόμενοι αρνήθηκαν να απαντήσουν στο Π.Α.Γ.Ν.Η με ποσοστό **42%(42)** αλλά και ένα άλλο ποσοστό δεν ήθελε να σχολιάσει το **38%(38)**. Στο Βενιζέλειο αρνήθηκαν να απαντήσουν με ποσοστό **45%(45)** και ένα άλλο ποσοστό **18%(18)** δεν ήθελε να σχολιάσει. Οι υπόλοιποι εργα-

ζόμενοι απάντησαν το μεν Π.Α.Γ.Ν.Η στο **9%(9)** θα πάθαινε κατάθλιψη και το **5%(5)** πα- νικό το δε Βενιζέλειο θα πάθαινε το **21%(21)** κατάθλιψη και το **17%(17)** θα ένιωθε απαι- σιόδοξα.

Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Redinbaugh, Sullivan, Arnold, Gadmer, Lakoma, Mitchell, Seltzer, Wolford και Block το Ιούλιο του 2003 βρέ- θηκε ότι οι περισσότεροι γιατροί που ξοδεύουν μεγαλύτερο διάστημα φροντίζοντας για τους ασθενείς τους ξέρουν καλύτερα αλλά αυτό τους καθιστά επίσης πιο τρωτούς στα συ- ναισθήματα της απώλειας όταν πεθαίνουν αυτοί οι ασθενείς. το **74%( 139/188)**. Η έρευνα αυτή δεν συμφωνεί με τα ποσοστά που παρουσιάστηκαν στην δική μας μελέτη στην οποία το **48%(15)** των γιατρών του ΠΑΓΝΗ δηλώνει ότι σπάνια επηρεάζεται από τον θάνατο ασθενούς ενώ από τους γιατρούς του Βενιζελείου το **25% (7)** δεν επηρεάστηκε ποτέ και ένα άλλο **25%(7)** επηρεάζεται συχνά από τον θάνατο ασθενούς.

Οι Ollivier, Dolbeault, Neuenschwander Leclère, υποστήριξαν τον Οκτώβριο του 2005 ότι η τεχνική τεχνογνωσία του ακτινολόγου δεν είναι ικανοποιητική όπως επίσης ότι ο ίδιος ο ακτινολόγος δεν είναι σε θέση να δώσει ακριβώς το σωστό ποσό πληροφοριών βασισμένο στην κλινική ικανότητά του, και τη σχέση του με τους ασθενείς σεβόμενος τις επιθυμίες τους και τα δικαιώματά τους.

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Ahmed, Mahmud, Shaista M. KHatcher, τον Σεπτέμβριο του 2006 με σκοπό την αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων παραγόντων κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού μεταξύ των γεγραμμένων γυναικών νοσηλευ- τριών στα νοσοκομεία διδασκαλίας Karachi, αποκαλύφτηκε ότι ένα σχετικά μικρό ποσο- στό του νοσηλευτικού πληθυσμού είχε το καλό επίπεδο γνώσης των παραγόντων κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η έρευνα αυτή δεν συμφωνεί με τα υψηλά ποσοστά που παρουσιάστηκαν στην δική μας μελέτη στην οποία με ποσοστό στο Π.Α.Γ.Ν.Η το **59% (41)** και στο Βενιζέλειο το **54%(39)** απαντάει ότι είναι περισσότερο έτοιμοι να ενημερώ- σουν τον ογκολογικό ασθενή οι νοσηλευτές.

Επίσης σύμφωνα με την έρευνα των Daneault, Lussier, Mongeau, Hudon Paillé, Yelle Dion, τον Δεκέμβριο του 2006 είχε σκοπό να ερευνήσει τις αντιλήψεις των ασθενών με καρκίνο κατά το τέλος για το βάσανό τους, προκειμένου να περιγραφούν, από την προο- πτική αυτών των ασθενών, τα μερικά στοιχεία της αντίδρασης των επαγγελματιών υγειο- νομικής περίθαλψης στο βάσανο. Από την έρευνα προκύπτει ότι το βάσανο των σοβαρά ασθενών είναι δύσκολο να ανακουφιστεί στα πλαίσια των σύγχρονων οργανώσεων υγειο- νομικής περίθαλψης.. Η παροχή της υποστήριξης θα βοηθούσε τους ασθενείς και τις οι-

κογένειές τους για να αντιμετωπίσουν τις επερχόμενες σκληρές πραγματικότητες κάτι το οποίο είναι μια λεπτή ισορροπημένη πράξη.

Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Moore, Haviland, Wells, Salmon, NormandBrada, O'Brien, και Smith το 2002 που στόχευε να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της νοσηλεύτριας που επιβλέπει την παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο των πνευμόνων συμπεράθηκε ότι η καθοδηγούμενη από τους νοσηλευτές παρακολούθηση ήταν αποδεκτή στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα και στους παθολόγους και οδήγησε σε θετικά συμπεράσματα. Επομένως διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με καρκίνο παρακολουθούμενοι εντατικά από έμπειρο προσωπικό και νιώθοντας την απαραίτητη ασφάλεια η υγεία τους είχε θετική έκβαση.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με αφορμή τα συμπεράσματα που προηγήθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, αναφέρουμε σ' αυτό το σημείο κάποιες ουσιαστικές προτάσεις για την αναβάθμιση του επιπέδου της επικοινωνίας μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών και την μείωση της επαγγελματικής κόπωσης στα πλαίσια της λειτουργίας των δύο δημόσιων Νοσοκομείων που βρίσκονται στην πόλη μας.

Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης όπου οι στόχοι θα είναι το προσωπικό του νοσοκομείου να μοιράζεται τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις για την αρρώστια, το θάνατο, τη ζωή να ζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους, να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στον εργασιακό τους χώρο.

Έγινε επίσης κατανοητό, ότι η συνάντηση μεταξύ Νοσηλευτών και Ιατρικού προσωπικού είναι απαραίτητη, τόσο για την ενημέρωση σχετικά με την πορεία του αρρώστου, όσο και για τον τρόπο προσέγγισης που πρέπει να ακολουθούν στην επικοινωνία και συμβουλευτική, αφού αυτός εξαρτάται από τη φύση και την πορεία της νόσου. Για παράδειγμα, σε μία ασθενή που πάσχει από Ca μαστού, ο Νοσηλευτής εκτός από τη διάγνωση, πρέπει να γνωρίζει σε συνεργασία με το γιατρό τη μέθοδο που θα γίνει, για να μπορέσει να της παρέχει την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη, που είναι φυσικά ένα αναπόσπαστο τμήμα των επικοινωνιακών και συμβουλευτικών δεξιοτήτων

Εύκολα μπορεί να συμπεράνει κανείς ότι ένας βασικός παράγοντας που οδηγεί στην μείωση του επιπέδου επικοινωνίας μεταξύ προσωπικού και ασθενή επαγγελματική κόπωση είναι ο ανεπαρκής αριθμός ενεργών νοσηλευτών. Ενώ λοιπόν, το προσωπικό των δύο νοσοκομείων αναγνωρίζει την αξία της επικοινωνίας και της συμβουλευτικής στη θεραπευτική εξέλιξη του ασθενούς με καρκίνο, αδυνατούν να την εφαρμόσουν στο βαθμό που είναι απαραίτητο να υπάρχει. Θεωρούμε λοιπόν αναγκαία την πρόσληψη προσωπικού, ιδιαίτερα στο χώρο του Βενιζελείου, όπου το πρόβλημα εμφανίζεται οξύτερο, χωρίς αυτό να σημαίνει τη μη-ύπαρξη ανάλογου προβλήματος στο Π.Α.Γ.Ν.Η.

Οι κακές κτιριακές εγκαταστάσεις ή η ανεπάρκεια διατιθέμενων χώρων σε αναλογία με τις καθημερινές εισαγωγές ασθενών, αποτελούν άλλον ένα ανασταλτικό παράγοντα στην επικοινωνία, εφόσον ο Νοσηλευτής και ο γιατρός δυσκολεύεται να επικοινωνήσει λόγω του άτακτου καταμερισμού των κλινών και του συναισθήματος της μειωμένης άνεσης που έχει

ο ασθενής στο να εκθέσει το πρόβλημά του. Συνεπώς επιβάλλεται η ίδρυση καινούριων πτερύγων που θα φιλοξενούν με μεγαλύτερη ευχέρεια.

Τέλος, πρέπει να τονιστεί η ανάγκη για μείωση του χρόνου εργασίας των Νοσηλευτών ανά εβδομάδα. Η φύση του επαγγέλματος, αλλά και οι παρούσες συνθήκες, επιβαρύνουν την ψυχολογία του Νοσηλευτή και συνεπώς δε μπορεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις που προβάλλουν οι επικοινωνιακές και συμβουλευτικές τεχνικές. Η μείωση για παράδειγμα του εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας στις 32 ώρες, δίνει τη δυνατότητα στο Νοσηλευτή για ψυχική, σωματική και πνευματική ευεξία, γεγονός που του επιτρέπει να επικοινωνεί αποδοτικότερα στον εργασιακό του χώρο, δηλαδή να βοηθά αποτελεσματικότερα στο θεραπευτικό έργο. Αυτό προϋποθέτει την αύξηση εργατικού δυναμικού, χωρίς όμως την ταυτόχρονη μείωση των αποδοχών, αλλά ούτε την κατασπατάληση των οικονομικών πόρων του Κράτους. Η απόδοση των Νοσηλευτών αυξάνεται, επομένως και η «παραγωγικότητα», άρα η πρόσληψη περισσότερων Νοσηλευτών δε θα είναι επιζήμια για το Κράτος.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1) ΔΡ. ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ Μιλώντας με τον άρρωστο  
University studio Press Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών  
Θεσσαλονίκη 2003
- 2) ΕΥΔΟΞΙΑ ΚΟΝΙΑΡΗ Ca μαστού Νοσηλευτική Παρέμβαση  
Αθήνα 1991
- 3) Β.ΙΑΚΩΒΙΔΗΣ Α. ΙΑΚΩΒΙΔΗΣ Αρχές ψυχοογκολογίας ψυχοσωματική και  
σωματοψυχική Θεώρηση του καρκίνου  
Θεσσαλονίκη Μαστορίδης 2001
- 4) ΓΙΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΘΗΝΑ Διλήματα και προβληματισμός στην σύγχρονη νο-  
σηλευτική  
Εκδόσεις ΤΑΘΙΒΑ Αθήνα 1995
- 5) ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Ογκολογική νο-  
σηλευτική  
ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2005
- 6) ΦΩΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΔΑΝΑΗ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Ψυχολογική  
προσέγγιση ατόμων με καρκίνο  
Εκδόσεις ΚΕΡΔΟΣ 1980
- 7) ΔΑΝΑΗ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΦΩΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Η ψυχολογία  
στο χώρο της υγείας  
Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα Αθήνα 1999
- 8) ΣΗΦΑΚΑΚΗ Γ. Ανίατη ασθένειας και θάνατος Αθήνα 2000



**9) ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ** Δημόσια Υγεία Και  
Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

**10) MOLIN DOLLINGER M.D. ERNEST ROSENBAUN M.D. ΚΑΙ GREG  
CABLE** Ο καρκίνος Έκδοση Δεκέμβριος 1992

**11)ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΘΑΣ** Η αντιμετώ-  
πιση του πόνου στον καρκίνο 2000

**12) ΙΑΚΩΒΙΔΗΣ Β. ΙΑΚΩΒΙΔΗΣ Α. ΒΑΡΘΑΛΙΤΗΣ Ι.**

14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής Πρακτικά ΕΑ 159

Ηράκλειο Κρήτης

**13) Πρακτικά 8<sup>ου</sup> Μετεκπαιδευτικού συνεδρίου κλινικής ογκολογίας.** Εξελίξεις  
στην ογκολογίας του 2000 **Β. Α. Γεωργουλίας** Ηράκλειο Κρήτης 2001

**ΕΛΕΝΗ ΜΑΥΡΑΝΤΩΝΑΚΗ** Νοσηλευτική παρέμβαση στον άρρωστο με καρκίνο  
σελ. 401-407

**14) Πρακτικά 8<sup>ου</sup> Μετεκπαιδευτικού συνεδρίου κλινικής ογκολογίας.** Εξελίξεις  
στην ογκολογίας του 2000 **Β. Α. Γεωργουλίας** Ηράκλειο Κρήτης 2001

**Ε. ΒΑΣΙΛΑΚΗ** Ψυχολογική υποστήριξη στον άρρωστο με καρκίνο σελ. 123-131

**15) Πρακτικά 6<sup>ου</sup> Μετεκπαιδευτικού συνεδρίου κλινικής ογκολογίας.** Εξελίξεις  
στην ογκολογίας του 1998 **Β. Α. Γεωργουλίας** Ηράκλειο Κρήτης 2001

**Δ. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ** Ο θρήνος των επαγγελματιών υγείας σελ. 705-710

**16) Πρακτικά 6<sup>ου</sup> Μετεκπαιδευτικού συνεδρίου κλινικής ογκολογίας.** Εξελίξεις  
στην ογκολογία του 1998 **Β. Α. Γεωργουλίας** Ηράκλειο Κρήτης 1999

**Χ. ΜΠΕΝΤΕΝΙΔΗΣ** Σύγχρονες ψυχιατρικές προσεγγίσεις απέναντι στα προ-  
βλήματα καρκινοπαθών που ακτινοθεραπευονται σελ. 365-369

17) Πρακτικά 6<sup>ου</sup> Μετεκπαιδευτικού συνεδρίου κλινικής ογκολογίας. Εξελίξεις στην ογκολογίας του 1998 Β. Α. Γεωργουλίας Ηράκλειο Κρήτης 1999

**Ε. ΒΑΝΤΣΗ Ανακοίνωση δυσανεσιών νέων στην ογκολογία σελ.257-264**

18) Πρακτικά 6<sup>ου</sup> Μετεκπαιδευτικού συνεδρίου κλινικής ογκολογίας. Εξελίξεις στην ογκολογίας του 1998 Β. Α. Γεωργουλίας Ηράκλειο Κρήτης 1999

**Θ. ΠΑΠΠΑ Ο θρήνος του αρρώστου σελ. 695-698**

19) 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο συνέδριο ψυχιατρικής Ελεύθερη Ανακοίνωση Λήμνος Απρίλιος 1998

**ΙΑΚΩΒΙΔΗΣ Β. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Θ. ΒΑΝΤΣΗ Ε. Διερεύνηση του βαθμού και του τρόπου συμμετοχής των Ελλήνων ψυχιάτρων στην αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο**

20) **ΓΡΗΓΟΡΗΣ ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΣ Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας**

Ελληνικά Γράμματα Αθήνα 1995

21)<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&rendertype=abstract&artid=1694502>**Decisions near the end of life: professional views on life-sustaining treatments**

22)<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&rendertype=abstract&artid=133453>**Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: randomised trial**

23)<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&rendertype=abstract&artid=166122>**Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors**

24)<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=549112> **Discussing randomised clinical trials of cancer therapy: evaluation of a Cancer Research UK training programme**

25)<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=1435903> **"When patients have cancer, they stop seeing me" - the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer - a qualitative study**

26)<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&rendertype=abstract&artid=1665303> **Doctor-patient relationship in oncologic radiology**

27)<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&rendertype=abstract&artid=1599729> **Breast cancer risk factor knowledge among nurses in teaching hospitals of Karachi, Pakistan: a cross-sectional study**

28)<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&rendertype=abstract&artid=1783759> ***Primum non nocere*: could the health care system contribute to suffering? In-depth study from the perspective of terminally ill cancer patients**

29)<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=1372298> **Patient access to records: expectations of hospital doctors and experiences of cancer patients**

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### 1) Φύλο

α) Γυναίκα  β) Άνδρας

### 2) Ηλικία

α) έως 30  β) 31-40

γ) 41-50  δ) 51 και πάνω

### 3) Οικογενειακή κατάσταση

α) Παντρεμένος /η  β) Ελεύθερος /η

γ) Χωρισμένος /η

### 4) Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

α) Απόφοιτος Δ.Ε  β) Απόφοιτος Τ.Ε

γ) Απόφοιτος Π.Ε  δ) Μεταπτυχιακό

ε) Διδακτορικό

5) Σύνολο ετών εργασίας

**6) Θέση εργασίας**

- α) Νοσηλεύτης /τρια  β) Προϊστάμενος/η   
γ) Τομεάρχης  δ) Ιατρός   
ε) Επιμελητής /τρια  στ) Διευθυντής /τρια

**7)Κλινική**

- α) Χειρουργική  β) Παθολογική   
γ) Ογκολογική  δ) ΩΡΛ   
ε) Άλλη κλινική

**8)Αποτελεί το φύλο του ασθενή διαφοροποιό παράγοντα αντιμετώπισης του;**

- α) Ναι  β) Όχι   
γ) Δεν ξέρω /δεν απαντώ

**9) Πόσο επηρεάζει την προσωπική επικοινωνία σας με τον ασθενή με καρκίνο το μορφωτικό του επίπεδο.**

- α) Πολύ  β)Λίγο   
γ)Ελάχιστα  δ)Καθόλου

**10)Έχετε την κατάλληλη εκπαίδευση για να ανακοινώσετε σε ένα καρκινοπαθή την ασθένεια του;**

- α) Ναι  β) Όχι   
γ) Δεν ξέρω /δεν απαντώ

**11) Πιστεύετε ότι ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για την διάγνωση και την θεραπεία;**

- α) Ναι  β) Ανάλογα με την προσωπικότητα   
γ) Δεν ξέρω / δεν απαντώ

**12) Πιστεύετε ότι ο ενημερωμένος ασθενής**

- α) Αντιμετωπίζει καλύτερα την ασθένεια του   
β) Επιδεινώνει την ασθένεια του   
γ) Άλλες φορές ναι, άλλες φορές όχι   
δ) Είναι καλύτερα ο ασθενής να ενημερώνεται στο αρχικό στάδιο   
ε) Είναι καλύτερα ο ασθενής να ενημερώνεται στο τελικό στάδιο

**13) Νομίζετε ότι η ενημέρωση του ασθενή μπορεί να του κάνει κακό**

- α) Ναι  β) Όχι   
γ) Δεν ξέρω /δεν απαντώ

**14) Έχετε πει ψέματα πιστεύοντας ότι θα βοηθήσετε τον ασθενή**

- α) Ποτέ  β) Σπάνια   
γ) Συχνά  δ) Πάντα

**15) Προσπαθείτε να αποκρύψετε το μέγεθος της ασθένειας του;**

**α) Ναι**  **β) Όχι**

**γ) Δεν ξέρω /δεν απαντώ**

**16) Πιστεύετε ότι ο βαθμός ενημέρωσης στον γενικό πληθυσμό είναι καλύτερος σε σχέση με τον προηγούμενο χρόνο;**

**α) Ναι**  **β) Όχι**

**γ) Δεν ξέρω / δεν απαντώ**

**17) Είστε περισσότεροι έτοιμοι να ενημερώσετε τον ογκολογικό ασθενή σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια;**

**α) Ναι**  **β) Όχι**

**γ) Δεν ξέρω /δεν απαντώ**

**18) Με τον ογκολογικό ασθενή έχω**

**α) Βλεμματική επαφή**

**β) Αποφεύγω να τον βλέπω στα μάτια**

**γ) Άλλες φορές έχω, άλλες φορές όχι**

**19) Πιστεύετε ότι χρειάζεται δημιουργία ομάδων υποστήριξης προσωπικού;**

**α) Ναι**  **β) Όχι**

**γ) Δεν ξέρω /δεν απαντώ**

**20) Σας έχει τύχει ποτέ στην επαγγελματική σας καριέρα να επηρεαστείτε από θάνατο ασθενή σας;**

**α) Ποτέ**  **β) Σπάνια**

**γ) Συχνά**  **δ) Πολύ συχνά**

**21) Πολλές φορές η παρουσία των συγγενών**

**α) Είναι αναγκαία**

**β) Είναι φορές που οι συγγενείς προκαλούν**

**γ) Προκαλούν προβλήματα συνεργασίας με τον ασθενή**

**δ) Δημιουργείται κλίμα καλής συνεργασίας για την διάγνωση και την θεραπεία**



**22) Τι νιώσατε η τι θα νιώθατε σε περίπτωση που εσείς είχατε καρκίνο;**