

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΠΩΣ ΒΙΩΝΕΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΚΑΙ
ΠΟΙΟΣ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.**



Συντάκτρια Εργασίας:
ΤΣΟΥΡΟΥ- ΜΠΟΥΓΙΟΥΚΑ ΙΩΑΝΝΑ

Υπεύθυνη καθηγήτρια:
Δρ. ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΥ ΜΑΡΙΑ

Πάτρα, 2008

Στη μνήμη της πολυαγαπημένης μου
γιαγιάς για το μάθημα ζωής που μας
μετέδωσε, αντιμετωπίζοντας την
ασθένεια της με χιούμορ και
αισιοδοξία μέχρι το τέλος.



[Φώτο 1: Από το party των τελευταίων της γενεθλίων.]

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτρια του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας και Κλινική Ψυχολόγο Δρ. Θεοδωράτου- Μπέκου Μαρία, υπεύθυνη της πτυχιακής εργασίας, η οποία μου υπέδειξε το θέμα καθώς και για την καθοδήγηση, διευκόλυνση και συμπαράσταση που μου πρόσφερε.

Ευχαριστώ τα μέλη του προσωπικού των Νοσοκομείων ``Ιπποκράτειο``, ``Θεαγένειο`` και ``Άγιος Παύλος`` Θεσσαλονίκης που συνέβαλλαν στο να πραγματοποιηθεί η έρευνα, με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων .

Τέλος, ευχαριστώ την βιβλιοθήκη του Α.Τ.Ε.Ι Πατρών καθώς και την Δημοτική βιβλιοθήκη Θεσσαλονίκης.

Κυρίως όμως ευχαριστώ τους αγαπημένους μου γονείς και φίλους, για την υλική και ηθική υποστήριξη και συμπαράσταση τους όλη αυτή τη χρονική περίοδο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η μελέτη της πτυχιακής εργασίας αναφέρεται στο πώς ο καρκινοπαθής βιώνει το θάνατο και ποιος ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο κυρίως μέρη: το πρώτο σχετίζεται με τα στοιχεία που συλλέχθηκαν, ύστερα από τη μελέτη βιβλιογραφικού υλικού και το δεύτερο αφορά τα βήματα που ακολουθήθηκαν για την διεξαγωγή της έρευνας.

Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει επτά κεφάλαια. Σε κάθε κεφάλαιο γίνεται μια αναλυτική αναφορά η οποία είναι απαραίτητη για την καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Στο πρώτο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός του καρκίνου. Αναφέρεται η ιστορική αναδρομή του στο πέρασμα των χρόνων, στην σημερινή εποχή καθώς και η κοινωνική του διάσταση. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνονται η αιτιολογία του καρκίνου, η ψυχοσωματική αιτιολόγηση του και νεώτερες έρευνες στην ψυχοσωματική του διάσταση. Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρονται η διάγνωση του καρκίνου, καθώς και ο ρόλος του θεράποντα ιατρού κατά την ανακοίνωση της διάγνωσης στον ασθενή και στην οικογένεια του. Γίνεται περιγραφή της συναισθηματικής κατάστασης του ασθενή και της οικογένειας του κατά την ανακοίνωση της διάγνωσης, καθώς και των συνεπειών που έχει η διάγνωση στη ζωή του ασθενή. Στο τέταρτο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός του θανάτου. Αναπτύσσονται οι αντιλήψεις γύρω από το θάνατο από αιώνα σε αιώνα μέχρι και σήμερα. Στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφεται η ψυχική διεργασία του καρκινοπαθή απέναντι στο θάνατο, δίνοντας έμφαση στο φόβο του για το θάνατο και την ανάλυση του. Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται μια εκτενή αναφορά στις αντιδράσεις του καρκινοπαθή μέσα στο νοσοκομείο καθώς και στο ρόλο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού κατά τις τελευταίες μέρες του καρκινοπαθή. Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο αναπτύσσεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην αντιμετώπιση του καρκίνου και οι κύριες μέθοδοι κοινωνικής εργασίας στην αντιμετώπιση του (Κ.Ε.Α, Κ.Ε.Ο, Κ.Ε.Κ).

Στη συνέχεια ακολουθεί το δεύτερο μέρος της πτυχιακής εργασίας το οποίο περιλαμβάνει τρία κεφάλαια. Στο όγδοο κεφάλαιο όπου γίνεται εισαγωγή στην μεθοδολογία της έρευνας. Ειδικότερα αναλύονται ο σκοπός, το δείγμα, η μέθοδος και τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την ερευνητική διαδικασία. Στο ένατο κεφάλαιο περιγράφεται η διαδικασία χορήγησης των ερωτηματολογίων στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων και παραθέτονται τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων. Τέλος, στο δέκατο κεφάλαιο αναφέρονται προτάσεις με βάση τα συμπεράσματα της έρευνας και την ολοκληρωμένη μελέτη της εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ8-9

ΜΕΡΟΣ Α΄ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ- ΕΤΥΜΟΛΟΓΙΑ

ΛΕΞΕΩΝ.....11-12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. Πως ορίζεται ο καρκίνος;.....13
 - Ο καρκίνος από ιατρικής σκοπιάς.....13-14
 - Η κοινωνική διάσταση του καρκίνου.....14-15
 - Ιστορική αναφορά στον καρκίνο.....16
 - Ο καρκίνος σήμερα.....17-19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. Η αιτιολογία του καρκίνου.....20
 - Η σύγχρονη αιτιολογική αντίληψη.....20-24
 - Η ψυχοσωματική αιτιολόγηση του καρκίνου.....24
 - Ιστορική αναδρομή.....24-25
 - Νεώτερες έρευνες στην ψυχοσωματική διάσταση του καρκίνου.....25-29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

- 3.1. Η διάγνωση του καρκίνου.....30
- 3.2. Ο ρόλος του θεράποντα ιατρού κατά την ανακοίνωση της διάγνωσης στον ασθενή.....31-34
 - 3.2.1. Ο ρόλος του θεράποντα ιατρού κατά την ανακοίνωση της διάγνωσης στην οικογένεια του ασθενή.....34-36
- 3.3. Το πρώτο άκουσμα, τα πρώτα συναισθήματα του ασθενή.....36-39
 - 3.3.1. Οι αντιδράσεις της οικογένειας κατά την ανακοίνωση της διάγνωσης.....40-42

3.4. Συνέπειες που έχει ο καρκίνος στη ζωή του ασθενή.....	42-44
--	-------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. Πως ορίζεται ο θάνατος.....	45-46
4.1. Κοινωνιολογική προσέγγιση του θανάτου.....	46-47
4.2. Αντιλήψεις γύρω από το θάνατο.....	48
4.2.1. Ιστορική αναδρομή.....	48-50
4.2.2. Νεώτερες αντιλήψεις.....	50-52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5. Πως αντιλαμβάνεται ο καρκινοπαθής το θέμα το θανάτου.....	53-55
5.1. Η ψυχική διεργασία του καρκινοπαθή απέναντι στο θάνατο.....	55-57
5.2. Ο φόβος του θανάτου ως το κυρίαρχο συναίσθημα.....	57-59
5.2.1. Παράγοντες που ενισχύουν το φόβο του θανάτου.....	59-61
5.2.2. Πως αντιμετωπίζεται ο φόβος του καρκινοπαθή για το θάνατο.....	61-63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6. Η ιδρυματοποίηση του θανάτου.....	64-65
6.1. Οι αντιδράσεις του καρκινοπαθή στο νοσοκομείο.....	65-67
6.2. Ο ρόλος του προσωπικού του νοσοκομείου- Συνεργασία μελών.....	67-70
6.3. Οι τελευταίες μέρες πριν το θάνατο του καρκινοπαθή.....	70-72
6.3.1. Προπαρασκευαστικός θρήνος της οικογένειας.....	72-73
6.3.2. Προπαρασκευαστικός θρήνος του προσωπικού του νοσοκομείου.....	73-74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7. Ο ρόλος της Κοινωνικής εργασίας στο χώρο της υγείας- στην αντιμετώπιση του καρκίνου.....	75
7.1. Κ.Ε.Α. και καρκίνος.....	76-78
7.2. Κ.Ε και η οικογένεια του καρκινοπαθή.....	78
7.3. Κ.Ε.Κ. και καρκίνος.....	79-81

ΜΕΡΟΣ Β' ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ (ΕΛΛΗΝΙΚΑ- ΑΓΓΛΙΚΑ)	83-84
---	-------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8. Μεθοδολογία.....	85
8.1. Εισαγωγή.....	85-86
8.2. Δείγμα.....	86
8.3. Εργαλεία.....	87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9. Συλλογή δεδομένων.....	88
9.1. Περιγραφή της συλλογής του ερευνητικού υλικού.....	88
9.2. Ποσοτικά δεδομένα.....	89
9.3. Δεδομένα που προκύπτουν.....	90-124
9.3.1 Συσχέτιση αποτελεσμάτων με βάση το φύλο των ερωτηθέντων.....	125-151
9.3.2 Συσχέτιση αποτελεσμάτων με βάση την ηλικία των ερωτηθέντων.....	152-177
9.3.3 Συσχέτιση αποτελεσμάτων με βάση την ειδικότητα των ερωτηθέντων.....	178-202
9.3.4 Συσχέτιση αποτελεσμάτων με βάση την ύπαρξη μεταπτυχιακού των ερωτηθέντων.....	203-225
9.3.5 Συσχέτιση των αποτελεσμάτων με βάση την προϋπηρεσία των ερωτηθέντων.....	226-247

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.1. Συμπεράσματα.....	248-251
10.2. Εισηγήσεις.....	252-254

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	255-259
---------------------------	---------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην ιστορία του ανθρώπινου γένους το γεγονός του θανάτου ήταν πάντα δύσκολο ν' αντιμετωπιστεί. Η φύση δεν μας έχει προικίσει μ' ένστικτο ώστε να μαντεύουμε την ακριβή στιγμή του θανάτου μας, έτσι λοιπόν η ιδέα του θανάτου δεν είναι ακριβής για τον άνθρωπο αλλά ακαθόριστο αίσθημα αγωνίας.

Ο άνθρωπος παρόλη την προσπάθεια του να συνειδητοποιήσει την προοπτική του θανάτου δεν μπορεί να δεχτεί ότι θα συμβεί στον ίδιο και πιστεύει ότι αυτό μπορεί να επέλθει μόνο με την παρέμβαση κάποιου εξωτερικού παράγοντα. Ο θάνατος δηλαδή συνδέεται με μια κακή πράξη, μια τρομακτική εμπειρία. Με απλά λόγια για τον υποσυνείδητο εαυτό μας, ο θάνατος μπορεί να συμβεί μόνο αν κάποιος άλλος το προκαλέσει.

Πιο πολύ στις σύγχρονες κοινωνίες ο θάνατος φαίνεται να είναι taboo. Οι πιο σημαντικές εξηγήσεις γι' αυτό είναι ότι η τεχνολογική πρόοδος μας κάνει να πιστεύουμε στην παντοδυναμία του εαυτού μας με αποτέλεσμα να 'χουμε φαντασιώσεις ότι θα νικήσουμε το θάνατο. Επίσης έχουν γίνει τέτοιες κοινωνικές αλλαγές ώστε η οικογένεια να είναι απομονωμένη μέσα στην κοινότητα και σε περίπτωση θανάτου να μην υπάρχει η δυνατότητα για υποστήριξη από συγγενείς και φίλους.

Παίρνοντας σαν έναυσμα την στάση και τις αντιλήψεις της Ελληνικής κοινωνίας για την οποία ο θάνατος αποτελεί taboo, τέθηκε σαν στόχος της εργασίας να μελετηθεί η πραγματικότητα που ισχύει για έναν ασθενή που πάσχει από καταληκτική ασθένεια και νοσηλεύεται στο νοσοκομείο. Αυτή αφορά τόσο τις αντιδράσεις, την συμπεριφορά και τα συναισθήματα που βιώνει ο ασθενής με την πάθηση του, και το ρόλο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Σήμερα με την πρόοδο της Ιατρικής επιστήμης έχει αλλάξει η πρόγνωση και το μέλλον των ατόμων που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες. Ο γιατρός δεν αντιμετωπίζει έναν ασθενή ``που πεθαίνει``, αλλά έναν ασθενή ``που ζει χρόνια`` με μια ασθένεια που απειλεί μεν τη ζωή του, αλλά του δίνει την ευκαιρία τις περισσότερες φορές να ζει για μεγάλα χρονικά διαστήματα σε ύφεση και μερικές φορές να φτάσει σε πλήρη αποθεραπεία.

Τόσο η διάγνωση μιας θανατηφόρας ασθένειας όσο και ο θάνατος ενός ασθενή επισυμβαίνουν στο νοσοκομείο. Δηλαδή παρουσιάζεται το φαινόμενο της ιδρυματοποίησης του θανάτου. Έτσι ο ασθενής και η οικογένεια του περνούν τις τραγικές αυτές στιγμές σ' ένα άγνωστο περιβάλλον συνήθως και συχνά αισθάνονται φοβισμένοι και χαμένοι.

Οι σύγχρονες ιατρικές ανακαλύψεις πάνω στη θεραπεία των ασθενών που πάσχουν από καταληκτικές ασθένειες έχουν ουσιαστικά αλλάξει την πρόγνωση και το μέλλον αυτών των ασθενών. Εξ' αιτίας αυτού του γεγονότος γίνεται αναγκαίο να υπάρχουν οι προϋποθέσεις ώστε παράλληλα με την σωματική τους φροντίδα να προωθείται και η συναισθηματική, πνευματική και κοινωνική τους εξέλιξη.

Η ανακοίνωση της σοβαρής και χρόνιας ασθένειας είναι μια τραυματική εμπειρία που συγκλονίζει την οικογένεια όταν μαθαίνουν ότι η ζωή κάποιου μέλους της απειλείται. Είναι συνήθως πληθωρικοί στις αντιδράσεις τους και σε κατάσταση οξείας κρίσης. Μια τέτοια εμπειρία προκαλεί συχνά έντονα και σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα και βάζει σε δοκιμασία την ισορροπία της οικογένειας.

Ένα μεγάλο κομμάτι από το βάρος και το άγχος για τον θάνατο έχει ν' αντιμετωπίσει εκτός από την οικογένεια, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου μιας και το πρόβλημα του θανάτου έχει μετατεθεί στο νοσοκομείο.

Ο θάνατος και η ιδρυματοποίηση του είναι μια σκληρή πραγματικότητα στην Ελληνική κοινωνία. Τα ερωτήματα που τίθενται είναι, πως βιώνει ο ασθενής την ασθένεια του, ποια είναι τα συναισθήματα των μελών της οικογένειας του, ποια είναι η στάση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού τόσο απέναντι στον ασθενή όσο και στην οικογένεια του, και κατά πόσο αυτή η στάση είναι βοηθητική και προς τον ασθενή και προς την οικογένεια του

ΜΕΡΟΣ Α΄
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ – ΕΤΥΜΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΛΕΞΕΩΝ.

- ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Ο καρκίνος είναι μια κατηγορία ασθενειών η διαταραχών που χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτη διαίρεση κύτταρων και τη δυνατότητα αυτών να εισβάλλουν σε άλλους ιστούς, είτε από την άμεση αύξηση στον παρακείμενο ιστό μέσω εισβολής, είτε από την εμφύτευση σε απόμακρες περιοχές μέσω μετάστασης. Αυτή η ανεξέλεγκτη αύξηση προκαλείται από ζημιά στο DNA με συνέπεια τις μεταλλάξεις στα γονίδια που ελέγχουν την κυτταροδιαίρεση. Διάφορες μεταλλάξεις μπορούν να απαιτηθούν για να σχηματίζουν ένα κανονικό κύτταρο σε ένα κακοήθεις κύτταρο. Αυτές οι μεταλλάξεις προκαλούνται συχνά από χημικές ουσίες ή τους φυσικούς παράγοντες αποκαλούμενες «καρκινογόνες ουσίες». Μερικές μεταλλάξεις εμφανίζονται αυθόρμητα ή μπορούν να κληρονομηθούν ως μεταλλάξεις γραμμών μικροβίων.[www.inhealth.gr]

- ΘΑΝΑΤΟΣ

Είναι η κατάσταση κατά την οποία παύουν οι ζωτικές λειτουργίες ενός οργανισμού. [Εγκυκλοπαίδεια Δομή ,λήμμα θάνατος.]

- ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Με τον όρο θεραπεία εννοείται η χρησιμοποίηση μέσων προς ίαση του ασθενή ή έστω για την ανακούφιση του.[www.inhealth.gr]

- ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο όρος διάγνωση αναφέρεται, στην εξακρίβωση της νόσου από την οποία πάσχει ο ασθενής. Κατά τη διάγνωση πρέπει να αποκλείεται κάθε άλλη ασθένεια που παρουσιάζει ανάλογα συμπτώματα. Ένα μέρος της διάγνωσης συμπεραίνεται από καλή λήψη ιστορικού και το άλλο μέρος συμπεραίνεται από την κλινική έρευνα και τις παρακλινικές εξετάσεις. [www.inhealth.gr]

- ΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ

Ο Martin χρησιμοποιεί τον όρο ‘ιδρυματοποίηση’ για να χαρακτηρίσει το σύνδρομο της υποτακτικότητας, απώλειας της ατομικότητας και απάθειας που απαντάται σε πολλούς ασθενείς που νοσηλεύονται σε ιδρύματα όπως νοσοκομεία, ψυχιατρεία κ.τ.λ [Σημειώσεις κοινωνικής εργασίας με ιδρύματα 2006]

- ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Με τον όρο αυτό εννοείται η χρόνια ασθένεια για την οποία δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπευτική μέθοδος και η οποία οδηγεί στον θάνατο.[www.inhealth.gr]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.Πως ορίζεται ο καρκίνος :

Στην καθημερινή μας επικοινωνία όταν λέμε καρκίνος εννοούμε κάθε κακοήθεις νόσημα, το οποίο αποκαλείται επίσης κακοήθεις νεοπλασία. Η λέξη όγκος δεν ταυτίζεται ως έννοια με τη λέξη καρκίνος διότι αφ' ενός υπάρχουν όγκοι που είναι καλοήθεις, αφ'ετέρου ορισμένα κακοήθεις νοσήματα {π.χ λευχαιμία, πολλαπλούν μυέλωμα} δεν εμπεριέχουν όγκους. [www.inhealth.gr]

1.1.Ο καρκίνος από ιατρικής σκοπιάς

Προσεγγίζοντας το θέμα καθαρά από την ιατρική πλευρά, ο καρκίνος είναι μια χρόνια πάθηση η οποία δυστυχώς συχνά καταλήγει στο θάνατο. Σαν όρος υποδηλώνει κάθε είδους κακοήθη όγκο, ανεξάρτητα από τη φύση του ιστού που τον αποτελεί.[Εγκυκλοπαίδεια Δομή, σελ. 431]

Πρόκειται για μια άτυπη, άσκοπη, ανώμαλη και απρογραμματίστη ανάπτυξη νέων κυττάρων που μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε όργανο ή σύστημα του οργανισμού του ανθρώπου από τη γέννηση του ως το βαθύ γήρας. [Ε.Αθανατου 2002]

Στην ιατρική επιστημονική ορολογία ο καρκίνος καλείται 'κακοήθεις νεόπλασμα' και οι μορφές που μπορεί να εκδηλωθεί δεν έχουν περιορισμό. Ο κακοήθεις όγκος τείνει διαρκώς να αυξάνεται διήθει τους ιστούς και μεθίσταται σε απομακρυσμένες περιοχές. Συνήθως έχει ανώμαλο σχήμα και συντίθεται από ελάχιστα διαφοροποιημένα κύτταρα. Είναι γενικότερη πεποίθηση και φαίνεται να αποτελεί πραγματικό γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια η συχνότητα νόσησης των ανθρώπων από νεοπλασματικά νοσήματα εμφανίζεται αυξημένη. Το γεγονός αυτό φαίνεται ότι δεν αποτελεί απλώς εντύπωση επιφανειακή, η οποία προέρχεται από την ευκολότερη και ευρύτερη διάδοση των επικοινωνιών, οπότε περιστατικά νεοπλασίας λόγω της φύσεως τους γίνονται ευρύτερα γνωστά σε μεγαλύτερο αριθμό ατόμων. [Α. Παγκάλτσος, 2002]

Στην ουσία ο καρκίνος είναι μια πολυκυτταρική νόσος. Εξαιτίας σπάνιων μεταλλάξεων ένα κύτταρο μπορεί να χάσει τον έλεγχο και να αρχίσει να πολλαπλασιάζεται ανεξέλεγκτα. Το πρόβλημα ενδέχεται να επιδεινωθεί από άλλες μεταλλάξεις, αυτές μπορεί να επιτρέψουν σε

διαταραγμένα κύτταρα να εισβάλουν στους περιβάλλοντες ιστούς και να διασπαρούν στο σώμα. Άλλος κίνδυνος είναι να επιτρέψουν τα καρκινικά κύτταρα να εισβάλλουν στο ανοσοποιητικό σύστημα ή να προσελκύσουν αιμοφόρα αγγεία ικανά να προμηθευτούν οξυγόνο.[N. Komarova, 2007]

Σε σχέση με την αιτιολογία του καρκίνου αυτή ως συμπέρασμα παραμένει άγνωστη για την ιατρική είναι όμως πλέον αποδεκτό πως δεν επιδρά μόνο ένας καρκινογόνος παράγοντας αλλά σύνολο παραγόντων οι οποίοι κατατάσσονται σε χημικούς, φυσικούς, γενετικούς καθώς και σε ιούς. Η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων γίνεται με βάση τον ιστό που προσβάλλεται και διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: α)τα καλοήγη νεοπλάσματα τα οποία δεν έχουν τη δυνατότητα να προσβάλλουν γειτονικούς ιστούς, β)τα ημικακοήγη που προέρχονται από τον ιστό που προσβάλλουν και δεν δημιουργούν μεταστάσεις και γ)τα κακοήγη νεοπλάσματα που αντίθετα από τα άλλα έχουν τη δυνατότητα να προσβάλλουν γειτονικούς ιστούς και να δημιουργούν μεταστάσεις. Οι θεραπείες του καρκίνου είναι κυρίως η χειρουργική για την προληπτική αφαίρεση ολόκληρων όγκων, η χημειοθεραπεία που σκοπό έχει να επιβραδύνει την ανάπτυξη του νεοπλάσματος και να περιορίσει τις διαστάσεις του και η ακτινοθεραπεία, η καταπολέμηση δηλαδή του όγκου με ακτινοβολίες. Λιγότερο διαδεδομένες και σε ερευνητικό ακόμη στάδιο είναι η ανοσοθεραπεία που αποβλέπει στην θεραπεία μέσω της ενίσχυσης του ανοσοποιητικού συστήματος του ασθενή και η ορμονοθεραπεία που βασίζεται στην υπόθεση πως η ανάπτυξη του νεοπλάσματος συνδέεται με την διατάραξη της ορμονικής ισορροπίας του οργανισμού την οποία επιχειρεί να αποκαταστήσει. [Α. Παγκάλτσος, 2002]

1.2. Η κοινωνική διάσταση του καρκίνου.

Πέρα από τους ορισμούς της ιατρικής, ο καρκίνος είναι κάτι περισσότερο από μια χρονιά ασθένεια. Για τον περισσότερο κόσμο είναι μια λέξη συνώνυμη με το θάνατο. Συνεπώς εφόσον οι άνθρωποι φοβούνται το θάνατο φοβούνται και τον καρκίνο. Γι αυτό αποφεύγουν και να προφέρουν το όνομα του και τον ξορκίζουν με την έκφραση ``επάρατη νόσος``. Σα να ήταν μόνο ο καρκίνος επάρατη νόσος και όλες οι άλλες αρρώστιες ευπρόσδεκτες. Η διαφοροποίηση αυτή του καρκίνου από τις άλλες χρόνιες ασθένειες προέρχονται να μεν από τη σύνδεση της με το θάνατο. Κυρίως όμως γιατί είναι άρρηκτα δεμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό. [www.i-m-attikis.gr]

Το άγνωστο αίτιο του καρκίνου μαζί με το γνωστό αποτέλεσμα έχουν διαμορφώσει μέσα στο πέρασμα των αιώνων του ``κοινωνικό

στίγμα`` της νόσου. Οι τρόποι που αυτό το στίγμα εκφράζεται είναι διάφοροι. Ένας από αυτούς είναι το αίσθημα οίκτου που δέχονται σα μήνυμα τα άτομα που προσβάλλονται από αυτή. Έτσι ενώ ένα άτομο μπορεί να παίξει αναρίθμητους ρόλους στη ζωή του σαν γονιός, γιος, αδελφός κ.λ.π. ή να έχει χαρακτηριστικά όπως χιούμορ, γοητεία, εξυπνάδα κ.λ.π. από τη στιγμή που θα προσβληθεί από την ασθένεια γίνεται απλά ένας ``καρκινοπαθής``. Ο φόβος αυτός της κοινωνικής απομόνωσης και η ντροπή για μια πιθανή μείωση ή απώλεια ρόλου έχει βρεθεί πως ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για την καθυστερημένη προσέλευση για εξέταση σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. [C. Simonton, 1988]

Για το κοινωνικό στίγμα της νόσου ακόμη ευθύνεται το γεγονός πως η θεραπεία της έχει πάρα πολλές παρενέργειες και πολύ συχνά αλλοιώνει την εικόνα του σώματος για μια ολόκληρη ζωή. Αυτό όμως που πρέπει να τονιστεί εδώ είναι πως το κοινωνικό αυτό στίγμα δεν προστατεύει κανέναν άλλον εκτός από την ίδια την αρρώστια. Έχουνε γίνει σήμερα σημαντικά βήματα στη θεραπεία του καρκίνου και η έγκαιρη προσέλευση συχνά έχει θετικά αποτελέσματα. Τα παλαιότερα χρόνια, πριν 30 περίπου δεκαετίες ο καρκίνος σκότωνε λόγω άγνοιας, σήμερα όμως εξακολουθεί να σκοτώνει εξ' αιτίας του φόβου. Είναι σημαντικό να δούμε πως ο καρκίνος δεν σημαίνει μόνο θάνατο, θα πρέπει να αρχίσουμε να μετακινούμε τις διαχωριστικές γραμμές που με απόλυτο τρόπο έχουμε τοποθετήσει για πολλούς λόγους ανάμεσα στην υγεία και την αρρώστια, το καλό και το κακό.

Στις σύγχρονες κοινωνίες φαίνεται να ξεχνάμε ότι ο καθένας μας αργά ή γρήγορα περνά για λίγο ή για πολύ στη χώρα των ασθενών. Ο σύγχρονος άνθρωπος της νεωτερικότητας έχει δυσκολία να συμφιλιωθεί με τη φθορά και τον θάνατο ο οποίος σήμερα χωρίς τις τελετουργίες που επιτρέπουν το πέρασμα στη νέα κατάσταση, στερείται νοήματος. Με λίγα λόγια βρισκόμαστε ανάμεσα σε δυο μυθολογίες, μια αρχέγονη όπου το φρικαλέο υπονοούμενο του νοήματος της αρρώστιας πρέπει να διατηρηθεί κρυφό και μια νεωτερική όπου έχουμε ένα σώμα που δυσλειτουργεί, μια μηχανή για επιδιόρθωση όπου το νόημα απλά δεν υφίστανται. Αυτές οι δύο μυθολογίες φαινομενικά αντίθετες, στην ουσία όμως ταυτόσημες μας εγκλωβίζουν σ' ένα δίπολο πάνω στο οποίο κτίζονται αντιλήψεις για την αρρώστια οι οποίες τελικά δεν μας επιτρέπουν μια περισσότερο ενεργητική στάση όχι μόνο προς την αρρώστια αλλά και προς την υγεία και τη ζωή.

1.3. Ιστορική αναφορά στον καρκίνο.

Ο καρκίνος σαν αρρώστια είναι τόσο παλιά όσο και η ύπαρξη ζωής πάνω στη γη. Είναι μια αρρώστια που πλήττει κάθε μορφή ζωής (φυτά, ζώα) και όχι μόνο τον άνθρωπο. Τα πρώτα ιατρικά κείμενα στον ελληνικό χώρο που αναφέρονται στον καρκίνο τα βρίσκουμε την εποχή της άνθησης της ιατρικής στην Ελλάδα τα χρόνια του Ιπποκράτη (460-337πΧ). Μέσα από τα κείμενα αυτά βρίσκουμε αναφορές στο πως η ασθένεια πήρε το όνομα της, όνομα που το δανείστηκε από το γνωστό μας κάβουρα (καρκίνο). Για αρκετούς αιώνες η αιτία του εστιαζόταν στην εξαγγείωση οργανικών χυμών. Η πραγματική ιστική του σύσταση έγινε γνωστή τον 18^ο αιώνα χάρη στην ανάπτυξη της παθολογικής ανατομικής κατά την συγκεκριμένη περίοδο. Τον 19^ο αιώνα χάρη στις βελτιώσεις που πραγματοποιήθηκαν στο μικροσκόπιο και στην ιστολογία άρχισε η διάκριση των νεοπλασιών ανάλογα με τους ιστούς που τις αποτελούν και έτσι κατέστη δυνατή η μορφολογική τους ταξινόμηση και καθιερώθηκε ορολογία, η οποία κατά μεγάλο μέρος ισχύει ως σήμερα. Όσο αφορά τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου ήταν πάντα ιδιαίτερα δυσχερές. Πρακτικά ήταν αδύνατο να διαγνωσθεί ο καρκίνος στην αρχική φάση της ανάπτυξης του, αφού δεν υπήρχαν τα μέσα. Μόνο όταν ο όγκος γινόταν εμφανής ο ίδιος ή τα συμπτώματά του, τότε μόνο μπορούσε να γίνει κάποια θεραπευτική ενέργεια. Οι θεραπείες όταν δεν ήταν επίκληση της βοήθειας των θεών, τόσο στην αρχαία Ελλάδα όσο και στην αρχαία Αίγυπτο, όπου ήταν οπαδοί της Ελληνικής σοφίας, ήταν κυρίως η χειρουργική αφαίρεση του όγκου, η καυτηρίαση είτε του όγκου είτε της χειρουργικής τομής με πυρακτωμένο σίδηρο και η χορτοφαγική ή γαλακτοφυτική διαίτα. Οι μέθοδοι αυτές παρέμειναν περίπου ίδιες και κατά τα χρόνια του Μεσαίωνα ενώ ελάχιστες αλλαγές παρατηρήθηκαν και τα χρόνια της αναγέννησης. [Εγκυκλοπαίδεια Δομή, σελ.431]

Πρέπει βέβαια να σημειωθεί εδώ πως ουδέποτε στο παρελθόν ο καρκίνος είχε πάρει την έκταση που σήμερα γνωρίζει. Έκταση τέτοια ώστε αρκετοί να έχουν χαρακτηρίσει τον καρκίνο ως την επιδημία του δυτικού πολιτισμού.

1.4 Ο καρκίνος σήμερα.

Παρά τη πρόωμη ανακάλυψη του καρκίνου, η μελέτη της εξέλιξης του καρκίνου βρίσκεται ακόμα σε νηπιακό στάδιο, με σοβαρές αμφισβητήσεις ως προς τους ενεχόμενους μηχανισμούς και αρκετές επιστημονικές υποθέσεις που πρέπει να επαληθευτούν. Υπολογίζεται πως στη χώρα μας καταγράφονται ετησίως περισσότερα από 36000 νέα κρούσματα, ενώ τουλάχιστον 22000 άνθρωποι κάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους εξαιτίας του.[N.Komarova 2007]

Ο καρκίνος είναι σήμερα η δεύτερη αιτία θανάτου στο χώρο της υγείας, μετά την αποφρακτική αγγειοπάθεια. Σύμφωνα με στατιστικές μελέτες, ένα στα δύο άτομα θα αναπτύξουν κάποια στιγμή στη ζωή τους καρκίνωμα, ακόμη και αν δεν πεθάνουν από αυτό. Οι άντρες κινδυνεύουν κυρίως από τον καρκίνο του πνεύμονα, προστάτη και παχέως εντέρου. Ενώ οι γυναίκες από καρκίνο του πνεύμονα, μαστού, τραχήλου, της μήτρας και του παχέως εντέρου.[www.cancercouncil.com]

Υπολογίζεται ότι πάνω από 1 εκατομμύριο άνθρωποι πεθαίνουν κάθε εβδομάδα σε όλο τον κόσμο. Ο αριθμός θανάτων από καρκίνο υπολογίζεται σε 6 με 10 εκατομμύρια νέα περιστατικά κάθε χρόνο και με πρόβλεψη να αυξηθούν σε 15 εκ. το 2020. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η συχνότερη νεοπλασία και μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου. Στην Ελλάδα, κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται περισσότερες από 6000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα. Ενώ λιγότερο από το 10% αυτών των ασθενών αναμένεται να επιβιώσει περισσότερο από μία πενταετία. Ο καρκίνος του πνεύμονα σκοτώνει ετησίως περισσότερους ασθενείς από όσους ο καρκίνος του παχέως εντέρου, του μαστού και του προστάτη μαζί. Οι συχνότερες μεταστατικές εστίες είναι ο εγκέφαλος, το ήπαρ, τα οστά και τα επινεφρίδια. Στους άντρες ο συχνότερος καρκίνος που διαγιγνώσκεται και αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου από κακοήθεια μετά τον καρκίνο του πνεύμονα είναι ο καρκίνος του προστάτη. Αφορά κυρίως άντρες 50-80 ετών, συχνά παραμένει κλινικά ασυμπτωματικός μέχρις ότου φθάσει σε προχωρημένα στάδια. Αν όμως διαγνωσθεί σε αρχικά στάδια, οι θεραπευτικές επιλογές είναι πολλές και η επιβίωση του ασθενούς στην 5ετία πλησιάζει το 100%. [www.iatronet.gr].

Ο συνηθέστερος καρκίνος στις γυναίκες είναι ο καρκίνος του μαστού και η συχνότητα εμφάνισης του αυξάνει σταθερά. Κάθε χρόνο γίνεται διάγνωση περίπου 250000 νέων περιστατικών καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη και 175000 περιστατικών στις Η.Π.Α., ενώ τα ετήσια ποσοστά θανάτου είναι πάνω από 165000 ασθενείς στην Ευρώπη και 44000 στις Η.Π.Α. Σε ολόκληρο τον κόσμο περισσότερες από 400000 γυναίκες πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού το χρόνο, ενώ εκτιμάται 'ότι ποσοστό

8% με 9% των γυναικών θα αναπτύξουν καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Αν ο καρκίνος διαγνωσθεί αρκετά γρήγορα, πριν επεκταθεί πέραν του μαστού, το πενταετές ποσοστό επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο ξεπερνά το 95%. Παρ'όλες όμως τις προόδους στη διάγνωση και τη θεραπεία, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την κύρια αιτία θανάτων σχετιζομένων με τον καρκίνο στις γυναίκες και την υπ' αριθμόν τρία αιτία θανάτου συνολικά στην Ευρώπη και τις Η.Π.Α. Μετά την αρχική θεραπεία περίπου 50% των ασθενών αναπτύσσουν μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Μετά την αρχική διάγνωση μεταστατικού καρκίνου του μαστού, ο διάμεσος χρόνος επιβίωσης αυτών των ασθενών είναι 18 ως 30 μήνες. [www.rocche.gr]

Τον καρκίνο του μαστού, ακολουθεί ο καρκίνος του τραχήλου καθώς σε ολόκληρο τον κόσμο εμφανίζονται κάθε χρόνο 470000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και 230000 γυναίκες πεθαίνουν ετησίως από την ασθένεια αυτή. Είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου γυναικών από καρκίνο στο κόσμο. Στην Ευρώπη 30000 γυναίκες εμφανίζουν κάθε χρόνο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και 15000 γυναίκες πεθαίνουν κάθε χρόνο από τη νόσο αυτή. Με άλλα λόγια 3 γυναίκες κάθε ώρα χάνουν σήμερα τη ζωή τους στην προηγμένη Ευρώπη από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. [www.hpv-info.gr]

Ο κυριότερος λόγος της αύξησης του καρκίνου της μήτρας, σύμφωνα με έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας η οποία πραγματοποιήθηκε το καλοκαίρι του 2006 σε ελληνίδες ηλικίας 16-23 ετών είναι η άγνοια. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι :

- Το 75% των γυναικών δεν κάνει συστηματικά τεστ Παπανικολάου.
- Το 59% των Ελληνίδων δεν γνωρίζει το λόγο για τον οποίο γίνεται το τεστ Παπανικολάου.
- Οι νέες γυναίκες δεν γνωρίζουν σε ποσοστό 52% την κύρια αιτία του τραχήλου της μήτρας.
- 6 στις 10 Ελληνίδες θεωρούν ότι κινδυνεύουν ελάχιστα έως καθόλου, να προσβληθούν από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας [www.eurocharity]

Η αντιμετώπιση και η θεραπεία του παρόλη την πρόοδο της ιατρικής και των μέσων που έχει στη διάθεσή της είναι δύσκολη και συχνά αδύνατη. Το πιο θετικό βήμα ως σήμερα μπορούμε να πούμε πάνω στον καρκίνο είναι το γεγονός ότι υπάρχουν τα διαγνωστικά μέσα με τα οποία μπορεί να ανακαλυφθεί ένας όγκος στο ξεκίνημα του οπότε είναι ευκολότερα να θεραπευτεί. Τα μέσα θεραπείας που έχει στη διάθεση της σήμερα η ιατρική

είναι η χειρουργική, που είναι και η παλαιότερη από τις θεραπευτικές μεθόδους, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία, στην οποία εισέρχεται ο ασθενής όταν οι δύο προηγούμενες μέθοδοι δεν κατάφεραν να αναστείλουν την νόσο. Όλες αυτές οι θεραπείες προκαλούν έντονες παρενέργειες στον ασθενή. Ξεκινώντας από τη χειρουργική αυτή πολύ συχνά παραμορφώνει το σώμα του ασθενή. Η μαστεκτομή, η κολοστομία, η λαρυγγεκτομή, η ορχεκτομή κ.α. δημιουργούν στα άτομα που θα υποστούν μια τέτοια θεραπεία πλείστα προβλήματα. Η ακτινοθεραπεία προκαλεί συχνότατα ναυτία και εμετό που επιβαρύνουν πολύ έντονα την ψυχολογική κατάσταση των αρρώστων ώστε συχνά να αρνούνται τη συνέχιση της θεραπείας. Τέλος, η χημειοθεραπεία προκαλεί και αυτή εμετό ενώ καταστέλλει το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενή πράγμα που μπορεί να έχει συνέπειες για την όλη εξέλιξη της κατάστασης του αρρώστου. Παραπέρα αν εξετάσουμε το κόστος θεραπείας, βρίσκουμε πως είναι τεράστιο. Υπάρχουν θεραπείες που κάθε βδομάδα μπορεί το κόστος τους να υπερβεί τις 3000ευρω μόνο για τα φάρμακα, ενώ τα διάφορα τεχνητά μέλη και βοηθήματα ανεβάζουν κι άλλο τους αριθμούς. Μετά τις θεραπείες του AIDS και τις μεταμοσχεύσεις σε κόστος ακολουθούν οι θεραπείες του καρκίνου. Αν σε αυτά προστεθούν και οι κινήσεις των ίδιων ασθενών που ζητούν δεύτερες γνώμες ή θεραπείες στο εξωτερικό, τότε τα ποσά που χρειάζονται για να ανταπεξέλθει κάποιος στις ανάγκες θεραπείας μιας τέτοιας ασθένειας καταλαβαίνουμε πως είναι υπέρογκα. [www.iatronet.gr]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. Η αιτιολογία του καρκίνου .

2.1.Η σύγχρονη αιτιολογική αντίληψη.

Ένα από τα στοιχεία που έχουν συντελέσει στο να αποκτήσει ο καρκίνος το έντονο κοινωνικό στίγμα που τον χαρακτηρίζει είναι το γεγονός πως τα αίτια της ασθένειας παραμένουν ακόμη άγνωστα. Είναι βέβαια γνωστός ο μηχανισμός με τον οποίο ένα καρκινικό κύτταρο πολλαπλασιάζεται σχηματίζοντας έναν όγκο, είναι γνωστό ποιες μορφές όγκων επηρεάζουν την υγεία και με ποιο τρόπο, παραμένει όμως άγνωστο το γιατί ένα καρκινικό κύτταρο εμφανίζεται σε ένα συγκεκριμένο άτομο κάποια δεδομένη χρονική στιγμή, όπως επίσης είναι άγνωστο το γιατί αυτό το πρώτο κύτταρο δεν καταπολεμήθηκε από το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου. Η κατεύθυνση που από καιρό έχει πάρει η έρευνα για τον εντοπισμό των αιτιών του καρκίνου ,είναι προς το να βρει τους εξωγενείς παράγοντες που ευθύνονται για τη νόσο. [Μ.Δημοπούλου,2002]

Οι επικρατέστερες απόψεις σήμερα ενοχοποιούν:

α.)Τη μόλυνση του αέρα και του περιβάλλοντος.

Είναι γνωστό ότι ο καρκίνος του πνεύμονα είναι αυξημένος σε βιομηχανικές πόλεις κατά αντίθεση προς την εμφάνιση του στην ύπαιθρο χώρα. Στις πόλεις υπάρχει μόλυνση του ατμοσφαιρικού αέρα από τα καυσαέρια του αυτοκινήτου και τους ρύπους της βιομηχανίας. Δεν υπάρχουν απόλυτα συμπεράσματα επί του θέματος, είναι όμως γεγονός ότι οι αυξημένοι πολυκυκλικοί υδρογονάνθρακες και το βενζοπυρένιο στον αέρα των πόλεων επαυξάνουν την συχνότητα του καρκίνου του πνεύμονα. Περιοχές όπου υπάρχουν πετρώματα αμιάντου με συνέπεια στο πόσιμο νερό να υπάρχει σχετικώς αυξημένη περιεκτικότητα αμιάντου ή περιοχές όπου υπάρχουν εγκαταστημένες βιομηχανίες αμιάντου, παρατηρήθηκε αυξημένη συχνότητα καρκίνου του πνεύμονα. [Μ.Δημοπούλου, 2002]

β.)Το κάπνισμα.

Η συμμετοχή του καπνίσματος στην ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα αποδείχτηκε χωρίς αμφιβολία κατόπιν επιδημιολογικών ερευνών σε πληθυσμούς καπνιζόντων και μη. Η συχνότητα βρογχογενούς καρκινώματος είναι 10 φορές μεγαλύτερη στους καπνιστές. Αλλά το κάπνισμα πέρα από τον καρκίνο του πνεύμονα ενοχοποιείται και για καρκίνους άλλων οργάνων όπως: οισοφάγου, νεφρών, ουροδόχου κύστεως

και παγκρέατος κ.α. Η διακοπή του καπνίσματος απομακρύνει την απειλή των νεοπλασιών μετά τη πάροδο 10-15 χρόνων. [Μ. Δημοπούλου, 2002]

γ.)Τις ακτινοβολίες.

Ο κυριότερος όγκος πληροφοριών για την ικανότητα προκλήσεων νεοπλασίας από τις ακτινοβολίες, προήλθε κυρίως μετά τον βομβαρδισμό με ατομικές βόμβες των πόλεων Ναγκασάκι και Χιροσίμα κατά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο. Επίσης, μετά από ατυχήματα σε πυρηνικές εγκαταστάσεις ή από περιπτώσεις μεγάλης έκθεσης ασθενών σε διαγνωστικές ακτινοβολίες. Ο μυελός των οστών, ο θυρεοειδής και ο μαστός αποτελούν τους πλέον ευαίσθητους ιστούς του ανθρώπινου οργανισμού. Η εμφάνιση της νεοπλασίας ως συνέπεια της ακτινοβολίας δεν αποτελεί άμεσο γεγονός. Διάφορες έρευνες έδειξαν ότι για να εκδηλωθεί η νεοπλασία κατόπιν ακτινοβολίας, θα πρέπει να υπάρξει ορισμένος χρόνος επώασης. Η ηλιακή ακτινοβολία αποτελεί μια άλλη πηγή κινδύνου εμφάνισης νεοπλασιών. Συγκεκριμένα, ο δερματικός καρκίνος φαίνεται να έχει άμεση εξάρτηση από την έκθεση σε ηλιακή ακτινοβολία. Ακόμη, τα μελανώματα φαίνεται να εξαρτώνται αιτιολογικά από την υπερϊώδη ακτινοβολία. Συμπερασματικά θα μπορούσε να λεχθεί ότι οι ακτινοβολίες αποτελούν αιτιολογικό παράγοντα νεοπλασίας σ' ένα ποσοστό λίγο μικρότερο του 3% του συνόλου των νεοπλασιών του ανθρώπου. [Μ. Δημοπούλου, 2002]

δ.)Τους ιούς.

Η αιτιολογική σχέση ιών και καρκίνου, αποτελεί αντίληψη που κατά καιρούς προτείνεται και υποστηρίζεται με φανατισμό χωρίς όμως αυτή η σχέση να τεκμηριώνεται με αντίστοιχες πραγματικές ενδείξεις. Στατιστικές έρευνες έδειξαν ότι ο καρκίνος του ήπατος σχετίζεται με προηγούμενη μόλυνση των πασχόντων με τον ιό της ηπατίτιδας Β. Η αντίληψη ότι οι ιοί είναι δυνατόν να αποτελούν άμεσο ή έμμεσο αίτιο καρκινογένεσης ενέχει την αισιόδοξη προοπτική ότι ο εμβολιασμός θα μπορούσε να προλάβει την εμφάνιση του καρκίνου. [Μ. Δημοπούλου, 2002]

Η Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρεία εκτιμά ότι το 17% των περιπτώσεων καρκίνου (περισσότερο από το 1,8 εκατομμύρια ανά έτος) προκαλούνται από ιούς και άλλους λοιμογόνους παράγοντες. Οι επιστήμονες μελετούν την εξέλιξη των παθογόνων εκείνων που προκαλούν καρκίνο, αναζητώντας ενδείξεις για την καταπολέμησή τους. Ένα τέτοιο παθογόνο είναι ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων που ευθύνεται για περισσότερες από 0.5 εκατομμύρια διαγνώσεις καρκίνου του τράχηλου της μήτρας ετησίως. Ο ιός μπορεί να προκαλέσει τη διαίρεση των κυττάρων του ξενιστή για μακρύτερο χρονικό διάστημα από το πέρας των διαιρέσεων

των φυσιολογικών κυττάρων και μπορεί να εμποδίσει την επιδιόρθωση μεταλλάξεων στο DNA τους. [Fransis S.Collins, Anna D. Barker, 2007]

ε.)Τις διατροφικές συνήθειες.

Ο ρόλος της δίαιτας και οι διατροφικές συνήθειες σε ατομικό επίπεδο και σε επίπεδο μεγάλων ομάδων πληθυσμού υπήρξε ανέκαθεν αντικείμενο ερευνών αλλά και σοβαρών αντιπαραθέσεων. Η πρόληψη λιπαρών τροφών για μεγάλο χρονικό διάστημα προκαλεί αυξημένη έκκριση στεροειδών της χολής στο έντερο και διαμορφώνει τη διαφοροποιημένη εντερική χλωρίδα. Τα μικρόβια αυτής της εντερικής χλωρίδας παράγουν ένζυμα τα οποία εγκαθίστανται στο έντερο και προκαλούν αντιδράσεις μετατροπής των υπαρχόντων στεροειδών της χολής σε καρκινογόνα στεροειδή. Επίσης, η λιπαρή διατροφή μπορεί να προκαλέσει νεοπλασία και μέσω άλλου μηχανισμού. Αυτό το είδος διατροφής οδηγεί σε μεγαλύτερη μετατροπή της ανδροστενοδιόνης σε οιστρόνη, η οποία μπορεί να επηρεάσει την καρκινογένεση στο μαστό. [Μ. Δημοπούλου, 2002]

στ.)Την ανοσοανεπάρκεια (AIDS)

Τα τελευταία χρόνια με την εξάπλωση της νόσου του ιού της ανοσοανεπάρκειας (aids) μεταξύ των ανθρώπων, διαπιστώθηκε ότι οι πάσχοντες από τη νόσο αυτή, εκτός από την αυξημένη συχνότητα των ευκαιριακών λοιμώξεων εμφανίζουν και αυξημένη συχνότητα νόσησης από σάρκωμα Karosi και άλλων νεοπλασιών. Επειδή το αμυντικό σύστημα των ασθενών του aids δεν είναι παροπλισμένο, οι διάφοροι ογκογόνοι παράγοντες ενεργούν ανενόχλητοι και επιτυγχάνουν ευκολότερα το έργο τους. [Μ. Δημοπούλου, 2002]

ζ.)Τα φάρμακα.

Η εμφάνιση των αντισυλληπτικών φαρμάκων και η αλόγιστη χρήση τους, ιδίως στην αρχική περίοδο προκάλεσε πλήθος παρενεργειών μια εκ των οποίων ήταν η εμφάνιση νεοπλασιών. Επίσης, κατά τη χημειοθεραπεία των νεοπλασμάτων πέρα του επιθυμητού θεραπευτικού αποτελέσματος, εμφανίζεται ως παρενέργεια η λευχαιμία. [Μ. Δημοπούλου, 2002]

η.)Τις ουσίες επαγγελματικής φύσης.

Αυξημένη συχνότητα σε καρκίνο του όσχεου παρατηρείται στους καπνοδοκαθαριστές. Η αιτία είναι η αυξημένη συσσώρευση καρκινογόνων ουσιών του καπνού στο όσχεο, λόγω μειωμένης καθαριότητας των ατόμων αυτών. Συγκεκριμένα προϊόντα και υποπροϊόντα πίσσας συλλέγονται στο τρίχωμα του όσχεου και παραμένοντας για πολύ καιρό ασκούν τοπική ερεθιστική καρκινογόνο δράση. Άλλες βλαπτικές ουσίες επαγγελματικής φύσεως που ενισχύουν τον καρκίνο είναι οι ανόργανες ουσίες αρσενικού, ο

αμιάντος, το βενζόλιο, η βενζιδίνη, οι ενώσεις χρωμίου, τα αέρια υπερίτου, οι πολυκυκλικοί υδρογονάνθρακες, το χλωριούχο βινύλιο κ.α. [Μ. Δημοπούλου, 2002]

θ.) Τη κληρονομικότητα.

Ορισμένοι καρκίνοι είναι οικογενειακοί, οικογενείς όπως αποκαλούνται ιατρικώς και χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης για την ευκολότερη εμφάνιση καρκινικών μεταλλάξεων. Οι οικογενειακοί καρκίνοι αναπτύσσονται συχνά σε νέα άτομα, χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι ο κληρονομικός καρκίνος του εντέρου, του μαστού, των ωοθηκών. Σήμερα με τη πάροδο της γενετικής, ορισμένα κληρονομικά γονίδια, που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη καρκίνου έχουν ταυτοποιηθεί και ανιχνεύονται με ειδικές εξετάσεις σε άτομα υψηλού κινδύνου. [www.olafree.com]

Άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες.

Σύμφωνα με τον Robert A. Weinberg του Ινστιτούτου Whitehead για την Βιοιατρική, έρευνα στο Τεχνολογικό Ινστιτούτο της Μασαχουσέτης, η φλεγμονώδης ανοσιακή κατάσταση δρα ως βασικός μεσολαβητής των ενδιάμεσων σταδίων της ανάπτυξης ενός όγκου. Ένας όγκος δεν συνιστά μόνο άθροισμα κυττάρων που η συμπεριφορά τους αποκλίνει από το φυσιολογικό, περιλαμβάνει επίσης ένα σύστημα υποστήριξης, ένα νεοπλασματικό μικροπεριβάλλον, το οποίο εμπεριέχει πολλούς και διαφόρους τύπους ανοσοκυττάρων καθώς και διασταυρωμένα χημικά σήματα, μαζί με ένα παράνομο όργανο, το οποίο δεν υπάρχει για να αντλεί αίμα ή για να απαλλάσσει το σώμα από τις τοξίνες αλλά για να εξυπηρετεί αποκλειστικά τις δικές τους ανάγκες. Κάποιοι ερευνητές έχουν περιγράψει την κακοήθεια ως εξής: *`` Η γενετική βλάβη είναι το σπίρτο που ανάβει τη φωτιά και η φλεγμονή είναι το καύσιμο που την τροφοδοτεί..``*. [Scientific American, Τόμος 5/Τεύχος 11 Δεκεμβρίου σελ.33]

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η άποψη ότι κάθε εναπομείναν στον οργανισμό νεοπλασματικό κύτταρο θα ήταν δυνητικά σε θέση να αναζωπυρώσει την ασθένεια. Η ιδέα ότι ένας μικρός πληθυσμός κακοηθών αρχέγονων κυττάρων μπορεί να προκαλέσει καρκίνο δεν είναι νέα. Η έρευνα των αρχέγονων κυττάρων θεωρείται ότι ξεκίνησε στα σοβαρά τις δεκαετίες του 1950 και του 1960 με μελέτες που αφορούσαν τους συμπαγείς όγκους και τις κακοήθειες του αίματος. Σήμερα, μέσω της μελέτης των αρχέγονων κυττάρων διαφωτίζεται και η έρευνα του καρκίνου. Ειδικά την τελευταία πεντηκονταετία, οι επιστήμονες έχουν φέρει στο προσκήνιο σημαντικές λεπτομέρειες σχετικά με τους μηχανισμούς οι οποίοι ρυθμίζουν τη συμπεριφορά των φυσιολογικών αρχέγονων κυττάρων

και τις σειρές των θυγατρικών κυττάρων που δημιουργούνται από αυτά. Με τη βαθύτερη αυτή νέα γνώση έχουμε οδηγηθεί και στην ανακάλυψη παρόμοιων ιεραρχιών, μεταξύ των καρκινικών κυττάρων μέσα σ' έναν όγκο, στηρίζοντας έτσι ισχυρά τη θεωρία που θέλει ως γενεσιουργό αιτία για πολλές μορφές καρκίνου κάποια παρεκκλίνοντα αρχεγονοειδή κύτταρα. [Michel F.Clarke, Michel W.Becker, 2006]

2.2. Η ψυχοσωματική αιτιολόγηση του καρκίνου.

2.2.1. Ιστορική αναδρομή.

Το ότι σήμερα η έρευνα για το καρκίνο στρέφεται στην αναζήτηση εξωγενών αιτιών, δεν σημαίνει πως ήταν πάντα έτσι. Πρόκειται για μια καθαρά νέα τάση της ιατρικής την οποία ο L. Leshan την αποδίδει από τη μια στο ότι η ιατρική επιστήμη σημείωσε στις αρχές του αιώνα μεγάλη πρόοδο όσο αναφορά την καθαρά οργανική πλευρά της ασθένειας και από την άλλη στο ότι από την εποχή του Freud και μετά έγινε αντικείμενο άλλων σχολών η απασχόληση με θέματα προσωπικότητας και ψυχολογίας των ανθρώπων. Ως τότε οι γιατροί ελάχιστα μπορούσαν να κάνουν πέρα από το να παρατηρούν και να βρίσκουν τις σχέσεις των ασθενειών με συγκινησιακούς παράγοντες. [L. Leshan, 1981].

Η σύνδεση του καρκίνου οποιασδήποτε μορφής με παράγοντες που έχουν σχέση με τον ίδιο τον ασθενή είναι πολύ παλαιότερη απ' όσο μπορούμε να φανταστούμε. Η αρχαία ελληνική ιατρική, κυριαρχούμενη από τις αντιλήψεις της χυμοπαθολογίας του Ιπποκράτη, αποδίδει τη γέννηση του καρκίνου στην περίσσεια της ``μέλαινας χολής``. Την ίδια αντίληψη τον 2^ο μ.Χ. αιώνα συνεχίζει και ο Γαληνός λέγοντας πως ο καρκίνος ``υπό μελαγχολικού γίνεται χυμού``. Παρενθετικά αναφέρουμε ότι οι γιατροί της εποχής πρέσβευαν την ύπαρξη στον ανθρώπινο οργανισμό ``τριών περιττωμάτων της πέψεως``. Ήταν το πικρόχολο (Ξανθή Χολή) που παρήγετο από το συκώτι και τη χοληδόχο κύστη, το μελαγχολικό (Μέλαινα Χολή) που παρήγετο από τη λειτουργία της σπλήνας και το (Ορώδες) παράγωγο των νεφρών. Τυχόν δυσλειτουργία κάποιου από τα παραπάνω όργανα είχε σα συνέπεια την ανισορροπία των χυμών στο σώμα και την εμφάνιση ασθενειών. Η περίσσεια μέλαινας χολής ευθύνονται για την εμφάνιση του καρκίνου και είναι σαφές πως οι έννοιες της ``μέλαινας χολής`` και του μελαγχολικού χυμού έχουν το ίδιο νόημα που έχει σήμερα ο όρος ``μελαγχολία``. Την παραπάνω άποψη διατήρησαν και ενίσχυσαν χωρίς εξαιρέσεις όλοι οι Έλληνες γιατροί.[Εγκυκλοπαίδεια Δομή, σελ.431].

Στην ιστορία της σύγχρονης ιατρικής το θέμα της ψυχοσωματικής προσέγγισης του καρκίνου μπαίνει πάλι στις αρχές του 18^{ου} αιώνα από το Γάλλο γιατρό Gerton, ο οποίος είχε εκφράσει την άποψη ότι ο κακοήθης όγκος οφείλεται σε μεταβολές της σωματικής λειτουργίας που προκαλούνται από συχνά πένθη, το φόβο και το άγχος. Το 1759 ο Άγγλος Sir Richard Guy, περιγράφει δυο περιπτώσεις γυναικών με καρκίνο μαστού ο οποίος εκδηλώθηκε μετά από μεγάλη στεναχώρια, όπως επισημαίνει. Στην πρώτη περίπτωση εξ' αιτίας του θανάτου του παιδιού της και στη δεύτερη εξ' αιτίας του θανάτου της φυλάκισης της. Παρατήρησε επίσης ότι ο όγκος είναι συχνότερος σε γυναίκες με νευρωτικά και υστερικά προβλήματα και κύρια στις μελαγχολικές. Γενικά στις εργασίες διαφόρων ερευνητών του 18^{ου} και 19^{ου} αιώνα αναφέρονται σε σχέση με τον καρκίνο ψυχοτραυματισμοί που είναι: α) η απώλεια (θάνατος ή χωρισμός αγαπημένου προσώπου), β) η ματαίωση σημαντικών γεγονότων και γ) η τάση για απογοήτευση και απελπισία σε κάθε απώλεια ή ματαίωση. Η αντίληψη όμως αυτή που για εκατοντάδες χρόνια διατηρήθηκε, εξοστρακίστηκε από τα πεδία των ερευνών για το καρκίνο αμέσως μετά την επικράτηση των καρτεσιανών αντιλήψεων. Οι μέθοδοι έγκαιρης διάγνωσης, οι βελτιωμένες τεχνικές χειρουργικών επεμβάσεων και η χρήση χημικών και άλλων μέσων έσωσαν τη ζωή πολλών ανθρώπων. Καλλιέργησαν όμως μια στενή θεώρηση της ασθένειας εντοπισμένη σ' ένα μόνο σημείο του σώματος. [M. Ευριπίδης, 1992].

2.2.2 Νεώτερες έρευνες στην ψυχοσωματική διάσταση του καρκίνου.

Η αδυναμία της σύγχρονης ιατρικής να ορίσει τα αίτια του καρκίνου και οι ενδείξεις που υπήρχαν ότι κάτι στον ίδιο τον ασθενή συμμετέχει στην εμφάνιση και εξέλιξη της ασθένειας, οδήγησαν τα τελευταία χρόνια αρκετούς μελετητές να αποδεσμευτούν από το γραμμικό ιατρικό μοντέλο και να αναζητήσουν απαντήσεις σε θέματα της προσωπικότητας του ασθενούς. Περισσότερο γνωστό είναι το έργο του L. Leshan, χωρίς όμως να είναι και το μοναδικό. Πρωτοπόρος ωστόσο ερευνητής ο Leshan, ύστερα από δυο δεκαετίες εργασίας με καρκινοπαθής, πιστεύει με μεγάλη βεβαιότητα ότι μπορούμε να κάνουμε μια γενίκευση: ``Η παρουσία καρκίνου δείχνει συνήθως πως κάτι άλλο δεν πάει καλά με τη ζωή του ασθενούς``. [L. Leshan, 1981]

Ο L. Leshan, με την ειδικότητα του ως πειραματικός ψυχολόγος, εργάστηκε είκοσι χρόνια με την έρευνα και την ψυχοθεραπευτική εργασία με ασθενείς με καρκίνο. Κύρια επιδίωξη του ήταν να μπορέσει να καλύψει ένα κενό που υπήρχε στη συμπεριφορά της νόσου. Το γιατί μόνο τα δυο από τα πέντε αδέρφια μιας οικογένειας με κληρονομική προδιάθεση

προσβάλλονται, γιατί ασθενείς με καρκίνο σε πολύ προχωρημένο στάδιο γίνονται καλά και οι άλλοι με μικρούς όγκους με αρχικό στάδιο παρουσιάζουν πολύ πιο δραματική εξέλιξη απ' όσο κανείς θα μπορούσε να προβλέψει. Ήταν ξεκάθαρο πως οι απαντήσεις της ιατρικής δεν έφταναν να ερμηνεύσουν αυτά τα φαινόμενα. [L. Leshan, 1981]

Σε μελέτη που έκανε αργότερα ο ίδιος συγκεντρώνοντας ιστορικά ασθενών με καρκίνο, εντόπισε ορισμένα σημεία που εμφανίζονται σε όλα τα ιστορικά. Η ισχυρότερη ένδειξη που είχε ήταν η απώλεια από μέρους του ασθενούς ενός σκοπού της ζωής, η οποία συνέβη στο παρελθόν πριν την εμφάνιση των πρώτων φανερών συμπτωμάτων καρκίνου. Από τα στοιχεία του τεστ πρόκυψε ότι οι ασθενείς είχαν ζήσει κάποτε μια περίοδο κατά την οποία συμμετείχαν πολύ ενεργά στη ζωή, αυτή όμως η περίοδος ενεργητικότητας κινούνταν γύρω από μια και μοναδική ``σημαντική σχέση``. Όταν αυτή η σχέση χάνονταν για διάφορους λόγους (θάνατος, χωρισμός, ανεξαρτητοποίηση των παιδιών κ.λ.π.) τότε οι ασθενείς ήταν που έχαναν το νόημα της ζωής, αφού έχαναν το ρόλο (του συζύγου, γονιού, εργαζόμενου κ.α.) που τους έδινε το νόημα αυτό. Φαινόταν πως υπήρχε ένα στοιχείο στην προσωπικότητα των καρκινοπαθών που τους εμπόδιζε να τα βγάλουν πέρα με τέτοια κοινωνικά γεγονότα. Συνεχίζοντας τη μελέτη του εντόπισε μια ανικανότητα από πλευράς του ατόμου να εκφράσει θυμό ή δυσαρέσκεια. Οι ασθενείς ήταν άτομα που φαινόταν αρκετά συχνά να καταπνίγουν τα συναισθήματα τους ενώ φαίνεται πως είχαν επιθετικά συναισθήματα και ήταν ανίκανοι να τα εκφράσουν. Σε όλους υπήρχε ένα χαρακτηριστικό καλόβολο προσωπίο. Εντόπισε ακόμη ο ερευνητής μια τάση των καρκινοπαθών να μην αγαπούν τον εαυτό τους και να μην του δείχνουν εμπιστοσύνη. Δεν είχαν καμιά απολύτως εκτίμηση στα δικά τους επιτεύγματα αλλά αντίθετα ``χαριζόταν`` για τα δίκαια και τα ιδανικά των άλλων. Συχνά ο L. Leshan παρατήρησε πως οι επιθυμίες και οι ευχές των καρκινοπαθών είχαν καταπιεστεί τόσο, ώστε η απάντηση που έπαιρνε όταν τους ρωτούσε ``τι πραγματικά θέλεις εσύ από τη ζωή σου;`` ήταν ένα αδειανό κατάπληκτο βλέμμα. [L. Leshan, 1981]

Άρχισε λοιπόν από τις έρευνες του Leshan να σκιαγραφείται σιγά-σιγά ένας ιδιαίτερος τύπος προσωπικότητας που απαντιέται συχνά ανάμεσα στους καρκινοπαθείς. Ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο, χαρακτηριστικό της προσωπικότητας αυτής είναι η απόγνωση, όπως ο ίδιος την αποκάλεσε. Δεν πρόκειται για μια απόγνωση σαν απόρροια του γεγονότος ότι τα άτομα προσβλήθηκαν από καρκίνο αλλά ένα συναίσθημα συνοδευτικό σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Ο καρκίνος τους είναι απλά ακόμη ένα σημάδι του πόσο μάταιη είναι η ζωή τους αυτή. Ένας άλλος ερευνητής ο Δρ. D. Kessen από έρευνα που έκανε ανάμεσα σε 300 ασθενείς μιας κλινικής νοσημάτων

θώρακος, συμπέρανε πως τα άτομα που δεν είχαν ικανοποιητικές διεξόδους συναισθηματικού φορτίου είχαν πολύ περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από καρκίνο του πνεύμονα. Η ίδια μελέτη έδειξε πως τα ποσοστά θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα ανά 100.000 είναι 270 για αυτούς που δεν έχουν συναισθηματικές διεξόδους και μόνο 57 για την αντίθετη περίπτωση. Σημαντικό είναι ότι η διαφορά αυτή υπήρχε ανεξάρτητα από το αν οι ασθενείς κάπνιζαν ή όχι. [L. Leshan, 1981]

Ο L. Leshan, λοιπόν μέσα από τις έρευνες και τις μελέτες των ιστορικών των καρκινοπαθών κατέληξε να σκιαγραφήσει το βασικό συγκινησιακό σχήμα του καρκινοπαθούς που το αποτελεί από τρία κύρια μέρη:

1. Το πρώτο περιλαμβάνει μια παιδική ή εφηβική ηλικία σημαδεμένη από αισθήματα μοναξιάς και την αίσθηση ότι οι έντονες σχέσεις που έχουν κάποιο βαθύτερο νόημα είναι επικίνδυνες και προκαλούν απόρριψη και πόνο.

2. Υπάρχει μια περίοδος όπου ο άνθρωπος βρίσκει μια έντονη σχέση που δίνει νόημα στη ζωή του, στην οποία προσκολλάται και από την οποία αντλεί την παραδοχή των άλλων.

3. Είναι η φάση μετά την απώλεια της σχέσης που οδηγεί τον άνθρωπο σε μια αίσθηση απόλυτης απόγνωσης. Δε βρίσκει πια νόημα στη ζωή του, δεν υπάρχει ελπίδα για κάτι άλλο, έχουν πια επιβεβαιωθεί οι φόβοι της παιδικής ηλικίας πως οι στενές σχέσεις κάνουν κακό.

Κάποια στιγμή μετά την τρίτη αυτή φάση παρουσιάζονται τα πρώτα σημάδια του καρκίνου. Η παρουσία του σ' ένα τέτοιο άτομο δεν είναι κάτι που προκαλεί έκπληξη, όπως δεν προκαλεί έκπληξη και η απώλεια μιας σχέσης που πάντα φοβότανε. Αντίθετα η αρρώστια φαίνεται να ταιριάζει με τη μειωμένη διάθεση του ατόμου για ζωή. [L. Leshan, 1981]

Παρόμοιες μελέτες άλλων επιστημόνων κατέληξαν και αυτές σε παρόμοιες διαπιστώσεις. Ο C. Simonton ογκολόγος- ακτινολόγος και ιατρικός διευθυντής του Κέντρου Ερευνών και Συμβουλευτικής καρκίνου στο Ντάλας των Η.Π.Α. και η σύζυγος του S. Mathieus- Simonton, ψυχοθεραπεύτρια, εξετάζοντας τα ιστορικά ασθενών με καρκίνο, σε σχέση με τις συγκρούσεις που αντιμετώπισαν τους μήνες που προηγήθηκαν της ασθένειας, αναγνωρίζουν πέντε βασικά βήματα της ψυχολογικής πορείας που συχνά προηγούνται του καρκίνου:

1. Οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας οδηγούν σε αποφάσεις που καθορίζουν ένα πρότυπο για τον εαυτό μας και συγκεκριμένες αντιδράσεις και συμπεριφορές. Πολλές από αυτές τις αποφάσεις είναι θετικές, πολλές όμως όχι. Ορισμένες αποφάσεις παίρνονται κάτω από τραυματικές

εμπειρίες και υιοθετημένες συμπεριφορές υπό τέτοιες συνθήκες μπορεί να περιορίσουν τις κανονικές πηγές του ατόμου να τα βγάλει πέρα με το stress. Η απόφαση που μπορεί να πάρει π.χ. ένα παιδί ότι ο μόνος τρόπος για να αγαπηθείς ή να γίνεις αποδεκτός από το περιβάλλον σου είναι να είσαι άτομο που μόνο θα αγαπά, μπορεί να κρατήσει μια ζωή ολόκληρη, ακόμη κι όταν αυτή γίνεται αφόρητη. Ένα τέτοιο άτομο θα δυσκολευτεί να εκφράσει θυμό, ακόμη και όταν αυτό απαιτείται.

2. Το άτομο συγκλονίζεται από γεγονότα της ζωής του γεμάτα άγχος. Οι έρευνες των Simontons δείχνουν πως το έντονο άγχος είναι συχνά πρόδρομος του καρκίνου. Ως κρίσιμες αγχωγόνες καταστάσεις θεωρούνται εκείνες που απειλούν το Εγώ του ατόμου (θάνατος συζύγου ή αγαπημένου προσώπου, η συνταξιοδότηση, η απώλεια ενός σημαντικού ρόλου).

3. Τα άγχη αυτά με τη σειρά τους δημιουργούν προβλήματα που το άτομο αδυνατεί να ξεπεράσει μη γνωρίζοντας τρόπους να τα χειριστεί. Όταν π.χ. ένας άνθρωπος έχει εξαρτήσει τη ζωή του από τη δουλειά του, δύσκολα θα προσαρμοστεί στο νέο τρόπο ζωής όταν αποσυρθεί απ' αυτήν. Ακόμη, αν κάποιος εκφράζει τα συναισθήματα του σπάνια, νιώθει παγιδευμένος όταν αντιμετωπίζει μια κατάσταση που μπορεί να βελτιωθεί μόνο αν εκφραστεί ανοικτά.

4. Το άτομο δεν βλέπει τρόπους αλλαγής των αντιδράσεων του και αισθάνεται παγιδευμένο και αβοήθητο στη λύση των προβλημάτων του. Οι υποσυνείδητες αποφάσεις του σωστού τρόπου συμπεριφοράς που προέρχονται από την παιδική ηλικία αποτελούν σημαντικό μέρος του εγώ των ανθρώπων και η αλλαγή στάσης απέναντι σε ορισμένες καταστάσεις ή προβλήματα μεταφράζεται σαν απώλεια της ταυτότητας τους. Οι περισσότεροι ασθενείς των Simontons παραδέχονται πως μήνες πριν γίνουν καρκινοπαθείς, αισθανόταν αβοήθητοι, σαν θύματα, ανίκανοι ν' αλλάξουν τη ζωή τους. Έτσι ώστε να βοηθήσουν στην λύση των προβλημάτων τους. Η ζωή τους κυλούσε και δεν την έλεγχαν. Ήταν παθητικοί απέναντι της.

5. Το άτομο καταλήγει να αποστασιοποιείται από το πρόβλημα του και έτσι γίνεται άκαμπτο, στατικό και δεν αλλάζει. Μια και το άτομο αυτό δεν έχει ελπίδες, έχει την αίσθηση ότι τρέχει χωρίς να φτάνει πουθενά. Επιφανειακά μοιάζει να αντιμετωπίζει καλά τη ζωή, για τον ίδιο όμως δεν υπάρχει σ' αυτή κανένα νόημα. Σε πολλές περιπτώσεις η σοβαρή ασθένεια ή και ο θάνατος ακόμη αντιπροσωπεύουν μια λύση, μια διέξοδο ή μια αναβολή του προβλήματος. [C. Simonton, 1988].

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα των δυο παραπάνω μελετών εύκολα μπορούμε να εντοπίσουμε τα κοινά συμπεράσματα τους. Κι άλλοι όμως

μελετητές πιο πριν έχουν διαπιστώσει περίπου τα ίδια. Ο E. M. Blumberg έδειξε ότι ο γιατρός μπορεί να προβλέψει την ταχύτητα ανάπτυξης ενός όγκου, βασισμένος σε ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του καρκινοπαθούς. Υποστήριζε πως οι ασθενείς με γρήγορη ανάπτυξη όγκου ήταν άτομα που προσπαθούσαν να δημιουργήσουν καλές εντυπώσεις για το άτομο τους. Ήταν επίσης πιο αμυντικοί και λιγότερο ικανοί να προστατεύσουν τον εαυτό τους από το άγχος. Αντίθετα οι ασθενείς με μεγαλύτερη ικανότητα στην απορρόφηση συναισθηματικών σοκ και στη μείωση της έντασης είχαν όγκους με αργή ανάπτυξη. Η δυσκολία των ασθενών με τους γοργά αναπτυσσόμενους όγκους φαίνονταν να εντοπίζεται στις μπλοκαρισμένες συναισθηματικές διεξόδους του. Ανάλογα ο Δρ. Klopper έκανε μια μελέτη με βάση την οποία προβλεπόταν ο τύπος του όγκου ανάλογα με τις άμυνες του ``Εγώ`` του ασθενούς καθώς και την άποψη του ατόμου για την ``πραγματικότητα``. Ο Klopper πίστευε πως όταν μεγάλο μέρος από τα δυναμικά του ασθενούς αναλώνονται στην υπεράσπιση του ``Εγώ`` και της νοοτροπίας του, τότε το σώμα δεν έχει την αναγκαία ζωτική ενέργεια για να πολεμήσει τον καρκίνο. [C.Simonton, St.Mathews-Simonton, J.L Greighton, 1988]

Φαίνεται λοιπόν πως η μηχανιστική άποψη που ερμηνεύει τις αιτίες των ασθενειών γραμμικά σαν αποτέλεσμα ενός εξωγενούς παράγοντα, σιγά- σιγά υποχωρεί. Ολοένα και περισσότερο γίνεται αποδεκτό ότι η ασθένεια είναι ένα φαινόμενο που έχει σχέση με ολόκληρη την ανθρώπινη οντότητα, σωματική, ψυχική, κοινωνική και πως υπάρχουν σαφείς αλληλεπιδράσεις ανάμεσα σ' αυτές. Για να γίνει όμως ευρύτερα αποδεκτή η άποψη πως το stress, τα συναισθήματα και η ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο, πρέπει και εδώ να βρεθεί ο μηχανισμός με τον οποίο αυτό συμβαίνει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Η διάγνωση του καρκίνου.

Στάδια διάγνωσης του καρκίνου:

- Η κλινική εξέταση για τη διάγνωση του καρκίνου περιλαμβάνει αφ' ενός την αναφορά στο αναμνηστικό της νόσου από όπου αντλούνται πληροφορίες για συμπτώματα που πιθανολογούν παρουσία νεοπλασματος, αφ' ετέρου την κλινική εξέταση κατά συστήματα όπου πιθανολογείται το όργανο ή το σύστημα που πάσχει.
- Ακολουθεί ο παρακλινικός έλεγχος, ο οποίος επικεντρώνεται στο οργανικό σύστημα και το είδος της νεοπλασίας που πιθανολογείται.
- Οι καρκινικοί δείκτες (αντιγόνα), οι οποίοι αποκαλύφθηκαν τελευταίως, συνεχώς και περισσότερο αποκτούν νόημα στην έρευνα των νεοπλασιών.
- Οι απεικονιστικές μέθοδοι: α) υπερηχογραφήματα, β) ακτινολογικοί μέθοδοι, γ) αρτηριογραφίες, δ) αξονική και μαγνητική τομογραφία και ε) πυρηνική ιατρική. Οι οποίοι επιβεβαιώνουν και εντοπίζουν την παρουσία νεοπλασματος.
- Ο ενδοσκοπικός έλεγχος παρέχει τη δυνατότητα άμεσης επισκόπησης όγκων που εντοπίζονται στις διάφορες κοιλότητες του σώματος. Παρέχει επίσης τη δυνατότητα λήψεως βιοψίας προς ιστολογική μελέτη.
- Ο ιστολογικός έλεγχος παρέχει τη τελική διαγνωστική επιβεβαίωση των νεοπλασιών. Η ιστολογική μελέτη συμβάλλει επίσης σημαντικά στην σταδιοποίηση των όγκων, γεγονός χρήσιμο για την καλύτερη, θεραπευτική προσέγγιση αυτών. [Α. Παγκάλτσος, 2002]

3.2.0 ρόλος του θεράποντα ιατρού κατά την ανακοίνωση της διάγνωσης στον ασθενή.



Ένα από τα δύσκολα καθήκοντα του γιατρού είναι η ανακοίνωση νέων που είναι επώδυνα για τον ασθενή και τους συγγενείς του. Τα δυσάρεστα νέα δεν αφορούν μόνο τη διάγνωση του καρκίνου αλλά και κάποιας υποτροπής του ή ακόμη και μιας δύσκολης και επίπονης θεραπείας που μπορεί να είναι ιδιαίτερα πολυδάπανη. Πριν από μερικές δεκαετίες ήταν συνήθεια να μην ανακοινώνονται τα άσχημα νέα στον ασθενή. Έτσι για παράδειγμα το 1961 έρευνα με δείγμα 193 γιατρών έδειξε ότι οι 169 (88%) συνήθως δεν ανακοίνωναν τη διάγνωση του καρκίνου, κυρίως για να διατηρήσει ο ασθενής την αισιοδοξία του και για να μπορεί να συνεργαστεί καλύτερα στη θεραπεία του για να μην απογοητευθεί τελείως. Αυτή η πρακτική τα τελευταία χρόνια έχει αλλάξει αλλά διαφοροποιείται από χώρα σε χώρα, λόγω πολιτισμικών παραγόντων. Σε πρόσφατη μελέτη σε δείγμα 675 γιατρών το 45% δήλωσε ότι ο ασθενής για λόγους αρχής, θα πρέπει πάντοτε να πληροφορείται για τη διάγνωση. Όμως μόνο ένας στους τέσσερις δήλωσε ότι το εφαρμόζει στην καθημερινή του άσκηση. Επίσης είναι ενδιαφέρον ότι το 86% ανέφερε ότι είναι σημαντικό και αναγκαίο να υπάρχουν οδηγίες για τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να γίνεται η πληροφόρηση. [www.hygeia.gr].

Στην Ελλάδα οι γιατροί τείνουν να λένε την αλήθεια στον ασθενή συχνότερα τώρα απ' ό τι στο παρελθόν, αλλά η πλειονότητα εξακολουθεί να αναφέρει την αλήθεια μόνο στους άμεσους συγγενείς. Στη χώρα μας συχνά οι γιατροί δέχονται πιέσεις από τους ίδιους τους συγγενείς να μην πληροφορήσουν τον ασθενή για τη κατάσταση της υγείας του, λέγοντας: *``Εγώ που τον ξέρω καλά, ξέρω πως δεν θ' αντέξει...``*. Αυτό μπορεί να καθρεπτίζει τους δικούς τους φόβους και ανησυχίες και κατά κάποιον τρόπο υποθετικά το ψυχικό σθένος των ασθενών. Παρ' όλα αυτά διεθνώς πλέον, το ερώτημα δεν είναι αν θα πρέπει να πληροφορείται ο ασθενής, τα δυσάρεστα νέα, αλλά με ποιο τρόπο θα πρέπει να το πληροφορείται. Εμπόδια στην αποτελεσματική επικοινωνία πληροφόρησης δυσάρεστων νέων είναι κυρίως:

1. Μπορεί στην ομάδα να εμπλέκονται πολλοί γιατροί και ειδικότητες οπότε δεν είναι ξεκάθαρο ποιος θα πρέπει να ανακοινώσει τα νέα.

2. Το πώς παρουσιάζονται τα νέα, μπορεί να επιδράσει στο πώς κατανοεί και προσαρμόζεται ο ασθενής σ' αυτό.

3. Οι φόβοι που αντιμετωπίζει ο γιατρός (όπως το φόβο ότι ο ασθενής μπορεί να τον κατηγορήσει, το φόβο ότι μπορεί να προκαλέσει πόνο στον ασθενή, τους δικούς του φόβους για την ασθένεια και το θάνατο κ.α.). [www.hygeia.gr].

Οι ασθενείς που δέχονται τα άσχημα νέα αξιολογούν σε σχέση με την επιστημονική ικανότητα του γιατρού, την τιμιότητα, την προσοχή και το χρόνο που αφιερώνει ο γιατρός σε ερωτήσεις. Μεγάλη σημασία για τον ασθενή έχει ακόμη η διατύπωση μιας ξεκάθαρης και κατανοητής διάγνωσης και η χρησιμοποίηση καθαρής γλώσσας. Οι οδηγίες που μπορούν να διευκολύνουν την επικοινωνία και την ανακοίνωση δυσάρεστων νέων είναι οι ακόλουθοι:

1. Να υπάρχει χώρος όπου ο γιατρός και ο ασθενής θα είναι μόνοι, κατά προτίμηση σε οικείο και γνωστό περιβάλλον.

2. Ο γιατρός να φροντίσει να υπάρχουν όσο το δυνατόν ελάχιστες διακοπές, έχοντας τακτοποιήσει όλες τις εκκρεμότητες.

3. Να γνωρίζει ο γιατρός επαρκώς το ιστορικό και την κλινική κατάσταση του ασθενή.

4. Να ερωτηθεί ο ασθενής ποιον/ ποιους από όσους τον συνοδεύουν θα ήθελε παρόντα/ ες.

5. Ο ιατρός να τηρεί βλεμματική επαφή με τον ασθενή. [www.hygeia.gr].

Βασική αρχή για το γιατρό είναι να καταλάβει πως αντιλαμβάνεται την κατάσταση ο ασθενής και τι γνωρίζει ήδη για την κατάσταση της υγείας του. Μια ερώτηση όπως: *`` Τι σου έχουν πει για το πρόβλημα;``* ή *`` Θυμάσαι γιατί κάναμε αυτή την εξέταση;``*, μπορεί να διαφωτίσουν το γιατρό για το τι γνωρίζει ο ασθενής. Με αυτές τις προκαταρκτικές ερωτήσεις ο γιατρός θα μπορέσει να καταλάβει το πώς αντιλαμβάνεται την κατάσταση του ο ασθενής, θα του δοθεί η ευκαιρία να διορθώσει τυχόν λάθος πληροφόρηση, αλλά κυρίως θα επικοινωνήσει τα νέα στο επίπεδο κατανόησης του ασθενή. Ο γιατρός θα πρέπει να πάρει την άδεια του ασθενή για να του πει τα νέα. Προτάσεις όπως: *`` Έχω τα αποτελέσματα των εξετάσεων, θέλετε να τα συζητήσουμε;``*, προετοιμάζουν τον ασθενή για την πληροφόρηση αν και εφόσον θέλει. Είναι χρήσιμο να ξέρει ο ιατρός πόσες λεπτομέρειες να δώσει. Δίνει την ελευθερία στον ασθενή να ορίσει το επίπεδο της πληροφόρησης καθώς και να το αλλάξει σε μια άλλη συνάντηση. Η πληροφόρηση πρέπει να δίνεται σε δόσεις και ενδιάμεσα να ερωτάται ο ασθενής εάν είναι ξεκάθαρες οι πληροφορίες. Ο ιατρός πρέπει να αποφεύγει το μονόλογο. Η γλώσσα που χρησιμοποιεί να είναι απλή, όχι τεχνική και όλους τους ιατρικούς όρους θα πρέπει να τους μεταφράζει σε καθημερινή γλώσσα. Σε όλη τη διάρκεια της συνάντησης ο γιατρός θα πρέπει να αναγνωρίζει και να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του ασθενή και να ανταποκρίνεται σ' αυτά. *`` Καταλαβαίνω ότι έχεις αναστατωθεί πολύ από τα νέα..``*, *`` Μπορείτε να μιλήσετε για το πώς νιώθετε;``*. κλειδί στην επικοινωνία με τον ασθενή είναι η κατανόηση και η ανταπόκριση στα συναισθήματα του. Αυτό βελτιώνει τη σχέση γιατρού και ασθενή, μειώνει το άγχος του, αυξάνει την εμπιστοσύνη στο γιατρό και συντομεύει τη συζήτηση. Συχνά είναι αρκετά απλό να ακούσει κανείς τον ασθενή για δυο, τρία λεπτά. Εάν επιτραπεί στον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα του και νιώσει ότι τον κατανοούν, τότε μπορεί να αφομοιώσει ευκολότερα τα δυσάρεστα νέα και να συνεργαστεί καλύτερα. [www.hygeia.gr].

Σύμφωνα με την Elisabeth Kubler- Ross αν ένας γιατρός μπορεί να μιλήσει ελεύθερα με τους αρρώστους του σχετικά με τη διάγνωση της κακοήθειας της ασθένειας χωρίς αυτό αναγκαία να εξισώνεται μ' ένα επικείμενο θάνατο, θα προσφέρει μια μεγάλη εξυπηρέτηση στον άρρωστο. Την ίδια στιγμή πρέπει να αφήσει ανοικτή τη θύρα για ελπίδα, δηλαδή για νέα φάρμακα, νέες μεθόδους θεραπείας, δυνατότητες για νέες τεχνικές επινοήσεις και έρευνες. Το κυριότερο είναι να ανακοινώσει στον ασθενή,

ότι όλα δεν είναι χαμένα. Ότι δεν τον εγκαταλείπει εξ' αιτίας μιας διάγνωσης. Ότι είναι ένας αγώνας, που πρόκειται να παλέψουν μαζί (ο άρρωστος, η οικογένεια του και ο γιατρός) όποιο και αν είναι το αποτέλεσμα. Αυτός ο άρρωστος δεν θα φοβηθεί την απομόνωση, την απάτη, την απόρριψη αλλά θα συνεχίσει να εμπιστεύεται την τιμιότητα του γιατρού του και θα ξέρει ότι οτιδήποτε μπορεί να γίνει θα γίνει από κοινού. Μια τέτοια προσέγγιση είναι για την οικογένεια εξίσου ενθαρρυντική, γιατί αισθάνεται συχνά σε τέτοιες περιπτώσεις φοβερά αδύνατη. Στηριζόμενοι μερικώς πάνω στην ενθάρρυνση του γιατρού που γίνεται με λόγια ή σιωπηλά, ενθαρρύνονται να γνωρίζουν, ότι θα γίνει οτιδήποτε δυνατό, αν όχι για να επεκταθεί η ζωή τους, τουλάχιστον για να μειωθεί ο πόνος του. [E. Kubler-Ross, 1979a].

3.2.1.Ο ρόλος του θεράποντα ιατρού κατά την ανακοίνωση της διάγνωσης στην οικογένεια του ασθενή.

Η ανακοίνωση της διάγνωσης, είναι μια εμπειρία τραυματική για την οικογένεια του ασθενή, που η ζωή των μελών θα αλλάξει από εκείνη την ίδια στιγμή, αλλά και δύσκολη για τι γιατρό που ανακοινώνει τα δυσάρεστα νέα. Το κοινωνικό-μορφωτικό επίπεδο των μελών της οικογένειας του ασθενή, η σχέση και η δυνατότητα υποστήριξης τους καθώς και οι ανάγκες τους για ενημέρωση πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Για τους συγγενείς είναι σημαντικό να υπάρχει κάποιος ιδιαίτερος χώρος η στάση του γιατρού, η κατάρτιση του, η καθαρή γλώσσα και επάρκεια χρόνου για ερωτήσεις. [www.hygeia.gr]

Πέντε είναι οι βασικές προϋποθέσεις που πρέπει να κατευθύνουν κάθε γιατρό στην ανακοίνωση της διάγνωσης μιας σοβαρής και απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας, όπως ο καρκίνος:

1.Κατανοητή πληροφόρηση σχετικά με τη διάγνωση.

Ο γιατρός θα πρέπει να δίνει πληροφορίες και εξηγήσεις με απλούς και κατανοητούς όρους, πάντα προσαρμοσμένους στην ηλικία και το διανοητικό επίπεδο των μελών της οικογένειας του ασθενή. Ανεξάρτητα από τη μόρφωση, μπορούν να καταλάβουν όλες τις λεπτομέρειες μιας πληροφόρησης, αρκεί ο γιατρός να την προσαρμόσει στο μορφωτικό τους επίπεδο. Μερικοί συγγενείς ανέφεραν πόσο βοηθητικό ήταν γι' αυτούς, το ότι ο γιατρός δεν περιορίστηκε να τους ανακοινώσει τον ιατρικό όρο της αρρώστιας αλλά με χάρη την ειδική μορφή του καρκίνου του ασθενή και τα μέσα για την καταπολέμηση του.

2.Σταδιακή πληροφόρηση σχετικά με την αρρώστια και τη θεραπεία της.

Η πληροφόρηση σχετικά με την αρρώστια και τη θεραπεία της να γίνεται σταδιακά μέσα από συχνές, τακτικές, σύντομες συναντήσεις μεταξύ των συγγενών και του γιατρού. Με αυτή την τακτική, ειδικά τις πρώτες μέρες μετά τη διάγνωση, δίνει την ευκαιρία στην οικογένεια του ασθενή να λύσει τα ερωτηματικά και τις απορίες της. Παράλληλα υπάρχει ανάγκη από τα μέλη της οικογένειας να ακούσουν από το γιατρό να επαναλαμβάνει πολλές φορές τα ίδια πράγματα ώσπου να τα αφομοιώσει.

3.Ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση αφήνοντας πάντα χώρο για ελπίδα.

Ο γιατρός στην ενημέρωση των συγγενών πρέπει να βασίζεται πάντα στην ελπίδα, χωρίς βέβαια να παραβλέπει το γεγονός, ότι η ζωή του ασθενή, μπορεί ενδεχομένως να απειλείται.

4.Κατανόηση των φυσιολογικών συναισθημάτων αντιδράσεων που έχουν οι γονείς κατά τη περίοδο της διάγνωσης.

Έχει παρατηρηθεί από μελέτες ότι η οικογένεια που βρίσκεται αντιμέτωπη με τη διάγνωση μιας σοβαρής αρρώστιας, βιώνει έντονα συναισθήματα που το κάθε μέλος της το εκφράζει με το δικό του μοναδικό τρόπο. Το αρχικό shock συνοδεύεται από άρνηση και δυσπιστία να δεχτούν μια τόσο οδυνηρή πραγματικότητα, οι γιατροί θα πρέπει να κατανοούν τα συναισθήματα θυμού και επιθετικότητας που πιθανόν να εκδηλώσουν τα μέλη της οικογένειας του ασθενή και να τα δουν σαν μια αντίδραση στην κρίση που περνούν. Επίσης, είναι σημαντικό να καταλάβει ο γιατρός τα συναισθήματα ενοχής που πιθανόν να αισθάνονται ακόμα κι όταν αυτά δεν εκφράζονται ανοιχτά.

5.Πρόκληση των συγγενών σε μια στενή συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Με αυτό τον τρόπο ο γιατρός, αναγνωρίζει ότι έχουν κάτι ουσιαστικό να προσφέρουν στην φροντίδα του ασθενή. [Ζ.Ραιμπό, 1978]

Σύμφωνα με την Ε. Kubler- Ross, το πιο σημαντικό για την οικογένεια είναι η επιβεβαίωση του γιατρού ότι θα γίνει ότι είναι δυνατό για να μην εγκαταλειφθεί ο ασθενής, ότι υπάρχουν στη διάθεση του τρόποι θεραπείας, ότι υπάρχει ακτίνα ελπίδας ακόμη και στις πιο προχωρημένες περιπτώσεις. Αν τα νέα μπορούν να μεταδοθούν με τον τρόπο αυτό, η οικογένεια του ασθενή θα συνεχίσει

να έχει εμπιστοσύνη στον γιατρό και θα έχει καιρό να επεξεργαστεί τις διάφορες αντιδράσεις που θα τη καταστήσουν ικανή ν' αντιμετωπίσει τη νέα αυτή και γεμάτη ένταση κατάσταση της ζωής της. [E.Kubler-Ross, 1979a]

3.3.Το πρώτο άκουσμα, τα πρώτα συναισθήματα του ασθενή κατά την ανακοίνωση της διάγνωσης.



Οι άνθρωποι φοβούνται τον καρκίνο περισσότερο από κάθε άλλη αρρώστια. Οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν τη λέξη καρκίνος συνώνυμη με το θάνατο. Συνεπώς εφόσον οι άνθρωποι φοβούνται τον θάνατο, φοβούνται και τον καρκίνο. Ο καρκίνος δεν είναι περισσότερο θανατηφόρος από άλλες αρρώστιες. Επομένως, θα πρέπει να αποσυνδέσουμε το νόσημα από την πιθανότητα κακής έκβασης του που είναι ο θάνατος. Είναι γεγονός ότι οι καρκινοπαθείς βρίσκονται ξαφνικά αντιμέτωποι με μια νέα και άγνωστη κατάσταση. Αρχίζει ένας μακροχρόνιος αγώνας για τον έλεγχο μιας νόσου που την καλύπτει ένα πέπλο δεισιδαιμονίας και στον οποίο καλούνται εκτός από τον ίδιο τον άρρωστο να συμμετάσχουν οι οικείοι και το ιατρικό προσωπικό. Ο αγώνας αυτός απαιτεί μεγάλη ψυχική προσπάθεια. Η συναισθηματική πίεση γίνεται ακόμα μεγαλύτερη όταν η νόσος παρουσιάζει περιόδους δυσμενούς εξέλιξης και οι ελπίδες μετατρέπονται σε απελπισία. Οι ασθενείς, οι οικείοι και οι γιατροί αντιμετωπίζουν συνήθως την κατάσταση ατομικά, ο καθένας από τη δική του σκοπιά και ανάλογα με την πληροφόρηση και τη γνώση που έχει αποκτήσει γύρω από αυτήν. Έτσι το αίσθημα μοναξιάς που νιώθει

ο άρρωστος είναι έντονο και γίνεται ακόμα εντονότερο όταν έχει πλήρη άγνοια της καταστάσεως του. Ο ασθενής συνειδητοποιεί ότι με την εξέλιξη της νόσου του χάνει σταδιακά την ακεραιότητα του ως προσωπικότητα και τον έλεγχο πάνω στον κατά κανόνα εγωκεντρικό τρόπο της ζωής του, που εκείνος έχει επιλέξει δοκιμάζοντας την μοίρα του ανθρώπου που ελέγχεται και εξαρτάται από άλλους. Έτσι συχνά αναπτύσσονται συναισθήματα θυμού, αγωνίας, επιθετικότητας, κατάθλιψης που αφενός μεν δρουν δυσμενώς στη εξέλιξη της νόσου και αφετέρου δηλητηριάζουν τις σχέσεις ασθενή- οικείων και αυτών με τους θεράποντες ιατρούς. Η κατάσταση επιδεινώνεται ακόμα περισσότερο καθώς ασθενείς και οικείοι συνήθως είναι απροετοίμαστοι στην αντιμετώπιση αυτών των δυσκολιών. [www.i-m-attikis.gr]

Κάθε άνθρωπος, όταν έρχεται αντιμέτωπος με ένα δυνητικά θανατηφόρο νόσημα προσπαθεί να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση με σκοπό να μπορέσει να χρησιμοποιήσει όλες τις εφεδρείες που έχει ώστε να αντιμετωπίσει καλύτερα τον κίνδυνο για τη ζωή του. Όλοι οι άνθρωποι δεν τα καταφέρνουν το ίδιο καλά και αυτό φαίνεται να έχει σχέση με τα εγγενή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους. Άλλοι κατορθώνουν γρήγορα να προσαρμοστούν με τα καινούρια δεδομένα της ζωής τους, άλλοι αργούν περισσότερο και άλλοι δεν το κατορθώνουν ποτέ. Εκτεταμένες έρευνες πάνω στους τρόπους αντιμετώπισης των σοβαρών νοσημάτων έχουν δείξει ότι οι κύριοι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για την προσαρμογή είναι οι ακόλουθοι:

- **ΑΡΝΗΣΗ**

Το άτομο που νοσεί αρνείται ενεργητικά κάθε ένδειξη που συνηγορεί ότι πάσχει από σοβαρό νόσημα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού π.χ. αρνείται κατηγορηματικά την διάγνωση, ενώ δικαιολογεί την χειρουργική επέμβαση με λόγια όπως: *``Δεν ήταν κάτι σοβαρό, απλώς έβγαλαν το στήθος για προληπτικούς λόγους..``*. Οι γυναίκες αυτές δεν μιλούν ποτέ από μόνες τους για το θέμα και κλείνουν γρήγορα τη συζήτηση όταν αναφερθεί από κάποιον άλλον.

- **ΜΑΧΗΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Ο ασθενής είναι αποφασισμένος να πολεμήσει και να νικήσει. Κρατάει θετική στάση, ελπίζει και συνήθως ψάχνει από μόνος του να συλλέξει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί σχετικά με το νόσημα του και την αντιμετώπιση του.

- **ΣΤΩΙΚΗ ΑΠΟΔΟΧΗ**

Οι ασθενείς αυτοί δέχονται τη διάγνωση. Δεν αναζητούν πληροφορίες γι' αυτήν εκτός αν προκύψουν καινούρια συμπτώματα και γενικά συνεχίζουν να ζουν όπως πρώτα χωρίς να ασχολούνται ιδιαίτερα με το νόημα τους.

- **ΑΠΟΔΟΧΗ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΑΓΧΟΣ/ ΘΛΙΨΗ**

Οι ασθενείς αυτοί αντιδρούν στη διάγνωση με υπερβολικό άγχος/ θλίψη. Έχουν την τάση να ερμηνεύουν τις πληροφορίες που συλλέγουν για την ασθένειά τους με τρόπο αρνητικό και απαισιόδοξο. Είναι όμως ικανοί να αντεπεξέλθουν στις καθημερινές δραστηριότητες τους.

- **ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ/ ΑΒΟΗΘΗΤΟΤΗΤΑ**

Οι ασθενείς αυτοί φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα από τη διάγνωση. Θεωρούν ότι είναι συνεχώς άρρωστοι είτε έχουν είτε δεν έχουν συμπτώματα και μερικές φορές ενεργούν σα να πρόκειται να καταλήξουν άμεσα. Η καθημερινή τους λειτουργικότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη. [www.mednet.gr]

Καθώς η διάγνωση του καρκίνου είναι πλέον σίγουρη αρχίζουν να εμφανίζονται τα σοβαρότερα ψυχικά νοσήματα τα οποία είναι ανάλογα της διαγνώσεως του καρκίνου και λιγότερο της βαρύτητας της επεμβάσεως. Η θλίψη, η αϋπνία, το άγχος, η ανορεξία, η νευρική κατάσταση, η οργή, η ενοχή είναι φυσικό να συνοδεύουν στην αρχή τη διάγνωση του καρκίνου. Αργότερα οι παράγοντες της ανθρώπινης αντοχής και του ψυχικού σθένους αποκαλύπτουν τις πραγματικές τους διαστάσεις και λειτουργούν στα όρια των δυνατοτήτων τους. Οι συμπεριφορές ξεχωρίζουν ανάλογα με το χαρακτήρα, το σθένος και την ποιότητα στήριξης από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. [www.mastology.gr]

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να αναφέρω τα λόγια μιας καρκινοπαθούς για τα συναισθήματα και τις σκέψεις που έκανε όταν πρώτο άκουσε τη διάγνωση της ασθένειάς της:

``.....Αρχίζω εξετάσεις και μια αγωνία, μια κούραση για την υπόλοιπη ημέρα που κρέμεται επιτακτικά επάνω μου και δε ζητά εξηγήσεις ή δικαιολογίες. Η ασθένεια είναι η άγνοια και η απουσία της ψυχής στο σώμα. Πόση άγνοια απόλυτη έχουμε για το σώμα, που σέρνει τη δική του ροή.....

Μετά από δυο- τρεις μήνες με ενημερώνουν: `` Μπορεί να είναι κακοήθης όγκος``. Μου εξηγούν ``καρκίνος``. Δεν μιλώ. Σκέφτομαι μόνο πως η ζωή φεύγει κάτω από τα πόδια μου! Βλέπω τώρα κοντά. Μέσα σε μια νύχτα, λες

ένας τοίχος μου έκλεισε τα βλέμματα και τα μίκρυνε όλα. Τη καρδιά, τις φουσκωμένες σκέψεις, τα σχέδια, τον κόσμο ολόκληρο, που στάθηκε μια κουκίδα κάτω απ' τα πόδια μου αυθαίρετα.... Η ασθένεια έρχεται πάντα απρόσκλητη, όπου δεν τη περιμένει κανείς. Βρίσκομαι παγιδευμένη ανάμεσα στη ζωή και το θάνατο, ανάμεσα στο φως και στο σκοτάδι, σ' ένα άγνωστο μέρος που περπατώ μόνη... Μπήκε βαθιά στη ζωή και μου κλέβει χρόνο, μου κλέβει τις μέρες μου, τις ώρες, τα βραδινά, όταν κοιμάμαι μόνη χωρίς τα φτερά μου...

Το ταξίδι του καρκίνου είναι άγνωστο, χωρίς γραμμές, χωρίς ευθείες, δε σύρει τα βήματα μας κάπου. Το άγνωστο κι ο φόβος που το συντροφεύει με κατακλύζουν. Σαν τσίμπημα, χιλιάδες αγκάθια τρυπούν το σώμα και οδηγούν την απειλή βαθιά στην καρδιά. Μέσα σ' όλα προσπαθώ να μάθω για την ασθένεια, ρωτώ άλλους ασθενείς, κανείς δε λέει το όνομα της. Είναι μαζί μου, νοσηλεύεται στο ίδιο νοσοκομείο με μια κοινή πάθηση, τον καρκίνο. Κι όμως στο άκουσμα της λέξης τα χείλη παγώνουν....

Ναυτίλος, δεμένη στο καράβι του καρκίνου, **-ΠΟΥ ΜΕ ΣΕΡΝΕΙΣ ΖΩΗ;-** αρχίζω την περιπλάνηση.- πόσο χρόνο; για πού; πότε;- . Στενά, περιπλεγμένα νήματα κινούν τους ανέμους μου. Η πληγή, η ασθένεια, το αναπόφευκτο, το αναπότρεπτο και παράλληλη γραμμή σ' αυτό το τρεμούλιασμα των δοντιών, ο φόβος, η προσδοκία της αποδοχής. Τα συναισθήματα διαδέχονται το ένα το άλλο και χαράσσουν αυλάκια στη σκέψη. Η σκέψη μου δεν έχει πια κατεύθυνση. Παντού γαλάζια κύματα κλείνουν τον κόσμο της φυλακής μου: **ΓΙΑΤΙ ΕΓΩ ΔΕΝ ΘΕΛΩ ΝΑ ΠΕΘΑΝΩ!! ΘΕΛΩ ΝΑ ΖΗΣΩ** και να ξεφύγω από ό,τι μου ορίζουν!! **ΒΓΑΛΤΕ ΜΕ ΑΠΟ ΕΔΩ ΜΕΣΑ!!!** Νιώθω παγιδευμένη σ' ένα χώρο που με πνίγει. Που μου στερεί την ελευθερία να ορίζω το σώμα, τις επιλογές, τη ζωή μου. Μισώ την ασθένεια και ό,τι μου κάνει. Ο πόνος, μόνη κοινή μου συντροφιά να με δένει, να μου θυμίζει την παρουσία της απειλής πάνω στην ύπαρξή μου. Πονώ και περιμένω. Κάποιος πάτησε το κουμπί της ζωής και με ακινητοποίησε στο πουθενά, στο άπειρο, στον αέρα που κυκλοφορεί ολόγυρα μας και είναι **ΤΙΠΟΤΑ** και είναι **ΟΛΑ**.

Είμαι παντού και δεν είμαι πουθενά. Η σκέψη, οι αγωνίες μου, εφιαλτικές, απλώνονται τρελά και άλλοτε μαζεύονται σε μια μικρή κουκίδα στο μυαλό: **ΚΑΡΚΙΝΟΣ.....!!** [Π. Μήττα, 2003 σελ. 6-14]

3.3.1.Οι αντιδράσεις της οικογένειας κατά την ανακοίνωση της διάγνωσης.

Οι άνθρωποι και η οικογένεια τους αντιδρούν στην ανακοίνωση της διάγνωσης του καρκίνου με διάφορους τρόπους. Οι φυσιολογικές αντιδράσεις στη διάγνωση του καρκίνου είναι μια αρχική δυσπιστία και άρνηση της διάγνωσης, απογοήτευση, άγχος, κατάθλιψη, αϋπνία, μειωμένη συγκέντρωση και δυσκολία λειτουργίας στις καθημερινές δραστηριότητες. [www.incutopics.com.]

Η χρόνια ασθένεια αποτελεί για την οικογένεια κατάσταση κρίσης και άπτεται της λειτουργικής της δομής και σηματοδοτεί την έναρξη μιας περιόδου ανασφάλειας και αβεβαιότητας. Επιφέρει αλλαγές:

1. Στη δομή και στους ρόλους της οικογένειας.
2. Στις καθημερινές δραστηριότητες.
3. Στην κοινωνική ζωή.
4. Στην αυτονομία των μελών.
5. Στη μελλοντική οικονομική σταθερότητα.
6. Στις σχέσεις των μελών μεταξύ τους.

Η οικογένεια αντιλαμβάνεται την αρρώστια ως δοκιμασία, επηρεαζόμενη από τις θεραπευτικές πεποιθήσεις και συχνά πιστεύει ότι με την αρρώστια δοκιμάζεται η πίστη, η αντοχή και η σχέση των μελών της. Ακόμη, πολλές φορές η αρρώστια και οι επιπτώσεις της αντιλαμβάνονται ως τιμωρία και η οικογένεια έχει μια αρνητική και απαισιόδοξη αντίληψη για τη ζωή. [www.incutopics.com.]



Ο καρκίνος προκαλεί συναισθηματική κρίση σε όλη την οικογένεια. Τις περισσότερες φορές τα μέλη της οικογένειας δυσκολεύονται να μιλήσουν για τον καρκίνο ή να εκφράζουν αυτό που νιώθουν και προσποιούνται πως δεν συμβαίνει τίποτα και όλα είναι καλά και μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια. Σκέφτονται πως θα στεναχωρήσουν τον άρρωστο ή θα τον απογοητεύσουν αν ακούσει τους δικούς τους φόβους και ανησυχίες. Όμως η προσποίηση δυσκολεύει στη συνομιλία και ο καρκινοπαθής κλείνεται περισσότερο στον εαυτό του και δεν εξωτερικεύει τα συναισθήματά του. Με αποτέλεσμα τα μέλη της οικογένειας να αρχίζουν σιγά-σιγά να απομονώνονται από το αγαπημένο τους πρόσωπο. [www.bococ.org.cy]

Όταν υπάρχουν παιδιά στην οικογένεια, η απόφαση των ενηλίκων μελών να τους μιλήσουν είναι δύσκολη. Αυτό που θα τους κατευθύνει είναι η ηλικία τους και η ωριμότητά τους. Τα πολύ μικρά παιδιά αναστατώνονται εύκολα για τις αλλαγές που συμβαίνουν στο χώρο τους κι έτσι χρειάζονται απλές επεξηγήσεις στο ερώτημα τους γιατί το συγκεκριμένο μέλος της οικογένειας πηγαίνει συχνά στο νοσοκομείο. Τα κάπως μεγαλύτερα παιδιά μπορούν να κατανοήσουν μια απλή ιστορία όπως για τα καλά και κακά του σώματος. Είναι σημαντικό στα παιδιά να επαναλαμβάνεται και να βεβαιώνεται ότι δεν φταίνε για την αρρώστια, είτε εκδηλώνονται είτε όχι,

διότι συνήθως νιώθουν ότι η αρρώστια προήλθε εξ' αιτίας τους (π.χ. Δεν ήμουν καλό παιδί γι' αυτό αρρώστησε η μαμά) και μέμφονται τον εαυτό τους και ζουν με τις ενοχές αυτές για αρκετό καιρό. Οι έφηβοι πολλές φορές δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν την κατάσταση επειδή νιώθουν πως εξαναγκάζονται να επιτρέψουν ξανά μέσα στην οικογένεια τη στιγμή που μόλις άρχισαν να ζουν την ανεξαρτησία τους. [www.bococ.org.cy]

3.4.Συνέπειες που έχει ο καρκίνος στη ζωή του ασθενή.

Η διάγνωση του καρκίνου αλλάζει όλη τη ζωή του ατόμου: τον συναισθηματικό του κόσμο, τις οικογενειακές του σχέσεις, την σχέση του με τον/ την σύντροφο του, την επαγγελματική του ζωή. Αρχίζει να βιώνει συγκρούσεις με το περιβάλλον του που έχουν να κάνουν τόσο με τη φύση της νόσου όσο και με την αντιμετώπιση της. Το να έχει αρρωστήσει κανείς από κάτι που έχει τόσο κακή φήμη δημιουργεί ένα αίσθημα απομόνωσης από τον υπόλοιπο κόσμο. Το άτομο διακατέχεται από συγκεκριμένες φοβίες:

1. τον φόβο της αποξένωσης

Το άτομο δεν φοβάται τόσο τον θάνατο, μια έννοια που δεν την καταλαβαίνει καλά, αλλά την εγκατάλειψη, την απόρριψη και την απομόνωση ειδικά στα πρώτα και στα τελευταία στάδια της νόσου. Όσο πιο σκληρή είναι η προτεινόμενη θεραπεία τόσο περισσότερο ο ασθενής αισθάνεται απειλημένος από την εισβολή στο σώμα του.

2. τον φόβο του ακρωτηριασμού

Η επίθεση του καρκίνου βιώνεται ως επίθεση στην εικόνα που έχει κανείς για το σώμα του, στην ακεραιότητα της ύπαρξης του. Το άτομο δεν μπορεί να αποδεχτεί εύκολα την χειρουργική επέμβαση, την ακτινοθεραπεία ή την χημειοθεραπεία γιατί υπαινίσσονται αλλαγές τόσο στη φυσική του κατάσταση όσο και στις ψυχολογικές λειτουργίες του.

3. τον φόβο ότι θα χάσει τον έλεγχο

Για πολλούς ανθρώπους η διατήρηση της ψυχικής τους ισορροπίας έχει σχέση με την αίσθηση αυτονομίας, την αίσθηση ότι είναι χρήσιμοι στους άλλους και ικανοί να ασκήσουν επιρροή στο περιβάλλον τους. Η εμφάνιση του καρκίνου συνεπάγεται της απώλειας ελέγχου πάνω στη ζωή και τις εκφράσεις της. Η φύση της νόσου,

άγνωστης αιτιολογίας και απρόβλεπτης εξέλιξης συνηγορεί στην αίσθηση απώλειας ελέγχου. Το άτομο μπορεί να αντιδράσει με δυο τρόπους είτε να παλινδρομήσει και να αφήσει τον έλεγχο στα χέρια των άλλων, είτε να γίνει υπερκινητικό και να αρχίσει να αναζητάει ανορθόδοξους τρόπους θεραπείας. [www.psychology.com.]

Τη στιγμή της διάγνωσης αλλά και αργότερα κατά τη διάρκεια της θεραπείας ο ασθενής πρέπει να διατηρήσει την ψυχική του ισορροπία, την κοινωνική του ζωή και τις εργασιακές του ασχολίες στο μέτρο του δυνατού, για να αντεπεξέλθει και στη νόσο αλλά και στην εμπειρία του νοσοκομείου. Η ανάγκη προσαρμογής μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην χρήση αμυντικών μηχανισμών που απαιτούν τη κατανόηση του γιατρού: ο ασθενής μπορεί να παραπονιέται ότι δεν τον περιποιούνται επαρκώς ή ότι δεν τον καταλαβαίνουν. Τα προβλήματα επικοινωνίας είναι συχνά μεταξύ του ασθενή και του προσωπικού υγείας. Και οι ασθενείς και το προσωπικό φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αγχωμένοι κατά τη διάρκεια ``δύσκολων`` περιόδων της ασθένειας. Οι πρώτοι βιώνουν την εμπειρία της ασθένειας ενώ οι δεύτεροι την βιολογία της. Οι ασθενείς αισθάνονται ότι πρέπει να πολεμήσουν το ιατρικό κατεστημένο για να πάρουν την ευθύνη της θεραπείας στα χέρια τους. Στην πορεία της ασθένειας ο ασθενής ενδέχεται να επιλέξει να μην ακολουθήσει τις οδηγίες του γιατρού του γιατί αντιτίθεται στο δικό του σύστημα αξιών ή θίγουν συνήθειες της οικογένειας του ή έχουν να κάνουν με τις προκαταλήψεις του. [www.cancercouncil.com]

Ένα κοινό θέμα στην έλλειψη επικοινωνίας είναι η προστασία του ασθενή από τη διάγνωση που μπορεί να επιβαρύνει άλλο με τα προβλήματα του π.χ. ένας ασθενής ξέρει ότι βρίσκεται στα τελικά στάδια του καρκίνου αλλά δεν το συζητά με τα παιδιά του. Τα παιδιά του ξέρουν ότι ο πατέρας τους πεθαίνει αλλά δεν μιλούν μαζί του για τον καρκίνο γιατί πιστεύουν 'ότι θα πάθει κατάθλιψη και είναι ήδη σε άσχημη κατάσταση. Το μυστικό τοποθετεί εμπόδια στην επικοινωνία της οικογένειας, ιδιαίτερα σε μια εποχή που όλοι αισθάνονται άσχημα ενώ συντρέχουν και πρακτικά προβλήματα, όπως η επιλογή της θεραπείας για το τελικό στάδιο, η παραμονή ή όχι στο νοσοκομείο. Μερικοί ασθενείς δεν αρνούνται την ασθένεια αλλά την ταυτίζουν με το άτομο τους. Οργανώνουν όλη τους τη ζωή γύρω από αυτή και δεν μπορούν να μιλήσουν ή να ασχοληθούν με τίποτε άλλο εκτός από το μοντέλο της αρρώστιας του. Ξεχνούν τα προηγούμενα ενδιαφέροντα τους και αποτραβιούνται από το περιβάλλον τους. Τα μέλη της οικογένειας τους εστιάζουν και αυτά την προσοχή τους στην ασθένεια, προστατεύοντας τον ασθενή από δραστηριότητες που

παλιότερα μπορεί να ευχαριστιόταν αλλά που τώρα ενδέχεται να του κάνουν κακό.[\[www.cancercouncil.com\]](http://www.cancercouncil.com)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.Πως ορίζεται ο θάνατος.



Ο θάνατος ορίζεται ως η κατάσταση κατά την οποία παύουν οι ζωτικές λειτουργίες ενός οργανισμού. Το φαινόμενο του θανάτου υπήρξε ένα από τα πρωταρχικά ερεθίσματα που οδήγησαν τον άνθρωπο στη δημιουργία μεταφυσικών, θρησκευτικών αντιλήψεων. Η υποσυνείδητη άρνηση του να παραδεχτεί τη διακοπή της ζωής εκφράστηκε αρχικά με τη γιαιτρεία νεκρών ή με τον συμβολισμό της αναγέννησης της φύσης, όπως αυτός εκφράστηκε σε διάφορες θρησκείες (για παράδειγμα, ο μύθος της Περσεφόνης στην αρχαία Ελλάδα). [Εγκυκλοπαίδεια Δομή, σελ. 721]

Στη χριστιανική θρησκεία ο θάνατος αντιμετωπίστηκε ως θεϊκή τιμωρία που επιβλήθηκε στο ανθρώπινο γένος. Σύμφωνα με τη χριστιανική άποψη, ο άνθρωπος πλάστηκε από τον Θεό, ελεύθερος να επιλέξει ανάμεσα στο καλό και στο κακό. Πριν διαπράξει το προπατορικό αμάρτημα, βρισκόταν σε στενή σχέση με τον Δημιουργό, ο οποίος είναι η πηγή της αιώνιας ζωής. Το προπατορικό αμάρτημα είχε ως αποτέλεσμα τον πνευματικό θάνατο του ανθρώπου και στη συνέχεια τον σωματικό θάνατο. Έκτοτε, η επίγεια ζωή του ανθρώπου είναι πρόσκαιρη. Η χριστιανική θρησκεία διακρίνει τον πνευματικό θάνατο που δηλώνει τη διάσπαση της επικοινωνίας του ανθρώπου με τον θεό, τον αιώνιο θάνατο που αποτελεί την αιώνια καταδίκη του εξαιρετικά αμαρτωλού ανθρώπου και τέλος τον σωματικό θάνατο, κατά τον οποίο διαχωρίζεται η ψυχή από το σώμα. Η

πίστη σε ότι αφορά την αθανασία της ψυχής εκφράζει την ελπίδα της τελικής πάταξης του θανάτου. Η έννοια της νίκης κατά του θανάτου εκφράζεται πιο συγκεκριμένα με τη σταύρωση και την ανάσταση του Ιησού Χριστού, η οποία, τουλάχιστον στα πλαίσια της λαϊκής παράδοσης, παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με τον αρχαίο συμβολισμό της αναγέννησης της φύσης. Η πίστη στη μέλλουσα ζωή χαρακτηρίζει όλες τις γνωστές θρησκείες που εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια της ιστορικής πορείας του ανθρώπινου γένους. [Εγκυκλοπαίδεια Δομή, σελ. 721]

Στους Βουδιστές, η πίστη στην αθανασία της ψυχής εκφράζεται με τη θεωρία των διαδοχικών μετενσαρκώσεων, έως την τελειωτική απολύτρωση της νιρβάνα. Οι διάφορες θρησκευτικές αντιλήψεις που αντιμετώπισαν το φαινόμενο του θανάτου με την αντιπαράθεση της αθανασίας της ψυχής είχαν συχνά ως αποτέλεσμα την υιοθέτηση ασκητικού τρόπου ζωής, ο οποίος ουσιαστικά αποτελούσε άρνηση της επίγειας ζωής και αναζήτηση της μεταθανάτιας σωτηρίας. [Εγκυκλοπαίδεια Δομή, σελ. 721]

4.1.Κοινωνιολογική προσέγγιση του θανάτου.

Ο θάνατος αποτελεί μια πανανθρώπινη και διαχρονική πραγματικότητα. Βεβαίως οι άνθρωποι διαχειρίστηκαν την έννοια αυτή και τα παραγόμενα της (τελετές, πένθος) διαφορετικά στις λεγόμενες παραδοσιακές απ' ότι στις σύγχρονες κοινωνίες. Όσο όμως και αν ιστορικά οι εικόνες καταγράφονται διαφορετικές, η ουσία είναι ότι αν θέλουμε να διαχειριστούμε τον θάνατο με επιτυχία, τότε αμφότεροι, κοινωνία ως σύνολο αλλά και ο κάθε ένας μας ξεχωριστά, θα πρέπει να γνωρίσουμε και να απαντήσουμε θεωρητικά στην έννοια, σηματοδοτώντας μ' αυτόν τον τρόπο και δίνοντας μια νέα αφετηρία και νόημα στην ίδια μας τη ζωή. Το ενδιαφέρον της κοινωνιολογίας για το θάνατο εντάσσεται στο ενδιαφέρον για την ανθρώπινη ζωή, υπό το πρίσμα ότι ενώ αποτελεί ένα μοιραίο βιολογικό γεγονός για όλα τα ανθρώπινα όντα, ποικίλει σύμφωνα με τις κατά τόπους κουλτούρες όσο αφορά την κατασκευή της έννοιας κάθε αυτής αλλά και το όλο κοινωνικό περιβάλλον που χωροχρονικά παράγεται και αναπαράγεται μέσω των δικών μας πράξεων και αντιλήψεων. [Δ.Γ. Μαγριπλής, 2001]

Οι κοινωνιολόγοι μελέτησαν την έννοια του θανάτου και του ετοιμοθάνατου εστιάζοντας το ενδιαφέρον ειδικότερα στις

κοινωνικοπολιτικές διαφορές σ' ότι αφορά στις κοινωνιολογικού περιεχομένου προβλέψεις για το θάνατο και τον ετοιμοθάνατο. Με την έννοια τις κοινωνιολογικού χαρακτήρα διαδικασίες διαχείρισης που περιλαμβάνουν τη διακοπή της συμμετοχής του ως μέλους κοινωνικών ομάδων, μια μορφή ``ένος κοινωνικού περάσματος``. Στο Ηνωμένο Βασίλειο και σε ορισμένες άλλες δυτικές κοινωνίες, αντίθετα με προηγούμενες εποχές όπου ο θάνατος αντιμετωπιζόταν ως θέμα ταμπού με συνεπακόλουθες δυσκολίες για τους πενθούντες, εφαρμόζονται πλέον νέες ρυθμίσεις στις οποίες συμπεριλαμβάνονται ο θεσμός του ασύλου για τους ανίατα ασθενείς και των συμβούλων πένθους. [D. Jary, J. Jary, 1994]

Ο προτεσταντισμός ξεκάθαρα αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό βήμα προς τη σύγχρονη αντιμετώπιση του θανάτου. Δεν είναι όμως η μόνη αιτία, αφού η μεταλλαγή των ταξικών σχέσεων και οι συνακόλουθες μεταβολές στις πολιτισμικές αρχές (ήθη, έθιμα, εκπαίδευση, θρησκεία) στην ιδεολογία, τις αξίες και τις κοινωνικές αναπαραστάσεις, που παρατηρούνται στον ύστερο καπιταλισμό, οδήγησαν στην διαπίστωση ότι ο θάνατος έως και πριν το πρώτο παγκόσμιο πόλεμο, στην κοινωνική και δημόσια διάσταση του, αντιμετωπιζόταν ως κοσμικό γεγονός κάτι που δεν συμβαίνει σήμερα. Αντιθέτως ο θάνατος αποτελεί στις μέρες μας σχετικά καλυμμένη ιδιωτική εμπειρία, η οποία επισημαίνεται από την αύξουσα ανησυχία πέρα των ορίων, των υλικών σωμάτων, των ζωντανών και των νεκρών. Στη σύγχρονη κοινωνία που ζούμε ο άνθρωπος γίνεται περισσότερο ανίσχυρος απέναντι σ' ένα γεγονός που όσο κι αν αποσιωπάται δεν θα πάψει να υπάρχει. Όσο κι αν η σύγχρονη πραγματικότητα ισοπεδώνει παραδόσεις σε αναφορά με τον θάνατο και η πρόοδος της επιστήμης αφήνει ελπίδες μεγαλύτερης μακροζωίας, το να διαχειριστούμε την έννοια του θανάτου προϋποθέτει να είμαστε πιο ισχυροί από αυτή. Αυτό είναι απόρροια γνώσης που πρέπει να παρέχεται από την πολιτεία αλλά και υποκειμενική κατάληξη μιας ελεύθερης αναζήτησης και διαδρομής, όπου κι αν καταλήγει ή αναπαύεται. [Δ.Γ. Μαγριπλής, 2001]

4.2.Αντιλήψεις γύρω από το θάνατο.

4.2.1.Ιστορική αναδρομή.

Το ζήτημα του θανάτου και της ανθρώπινης ψυχής είναι ένα από τα κεντρικότερα και αρχαιότερα ζητήματα στα διάφορα θρησκευτικά συστήματα και κοσμοθεωρίες. Είτε ως αυτούσιο υπαρξιακό ερώτημα του κάθε ανθρώπινου όντως, είτε ως πολιτισμική επένδυση στις σχέσεις με τους απογόνους και την ιστορία, είτε ως πεδίο ερμηνείας και τελετουργίας απέναντι στις φυσικές δυνάμεις και τα προβλήματα της ανθρώπινης ζωής, η ψυχή του ανθρώπου εμφανίζεται στις διάφορες θρησκείες με διάφορες μορφές ``αφθαρσίας`` ή ``ανακύκλωσης``. Ο Έρβιν Ρόντε γερμανός κλασικός φιλόλογος που διετέλεσε πανεπιστημιακός καθηγητής, παρουσιάζει στα έργα του τη λατρεία των ψυχών και τις αντιλήψεις περί αθανασίας στους αρχαίους Έλληνες. Τα στοιχεία που αντλεί από την αρχαία Ελληνική γραμματεία και τα ανασκαφικά ευρήματα και διατρέχοντας στις διαδοχικές εποχές παρουσιάζει τις επικρατούσες κατά καιρούς απόψεις και δοξασίες για τον θάνατο και την ανθρώπινη ψυχή. Η πρώτη γραπτή επικοινωνία με τον ελληνικό πολιτισμό είναι τα ομηρικά έπη. Σε αυτά ο Ρόντε αναγνωρίζει έναν πολιτισμό της χαράς της ζωής, όπου ο θάνατος δεν είναι σε καμία περίπτωση απαλλαγή από τα βάσανα. Ο θάνατος είναι ένα ανεπιθύμητο τέλος και δεν επιφυλάσσει καμία συνέχεια, κανένα περιεχόμενο, ούτε τιμωρίας, ούτε ανταμοιβής. Στον Άδη κατέρχεται μια σκιώδης ψυχή, μια εικόνα με το όνομα του θανόντος, που παύει να έχει οποιαδήποτε σχέση και επιρροή στον κόσμο των ζωντανών. Οι ζωντανοί δεν ενοχλούνται καθόλου πλέον από αυτόν, ο κόσμος κυβερνιέται μόνο από τους θεούς. [www.archive.gr]

Τα ομηρικά έπη αντιπροσωπεύουν μια εξελικτική φάση του ελληνικού πολιτισμού, όπου η αστική ζωή πήρε τη θέση της αυστηρής πατριαρχίας. Σίγουρα αυτή η εξέλιξη αντανακλάται και στις θρησκευτικές αντιλήψεις, οι οποίες απομακρύνθηκαν από την πρωτόγονη προγονολατρεία. Οι ομηρικές αφηγήσεις μεμονωμένων περιστατικών, εθίμων και μορφών λόγου που αντικρούουν την επικρατούσα ορθολογική ατμόσφαιρα του έπους, οφείλονται σε κατάλοιπα, επιβιώσεις στοιχείων μιας περασμένης βαθμίδας πολιτισμού, στην οποία άνθιζε η λατρεία της ψυχής. Οι θυσίες π.χ. και οι αθλητικοί αγώνες προς τιμή του νεκρού, αντιφάσκουν με την άποψη μιας ψυχής που φεύγει για πάντα, ``αδιάφορης`` για τις ενέργειες των ζωντανών. Για τους αιώνες που ακολούθησαν την ομηρική εποχή αναγνωρίζουμε πολλαπλασιασμό των αντικειμένων θρησκευτικής λατρείας, ενίσχυση συνολικά του θρησκευτικού στοιχείου, ισχυροποίηση του μαντείου των Δελφών. Σ' αυτή

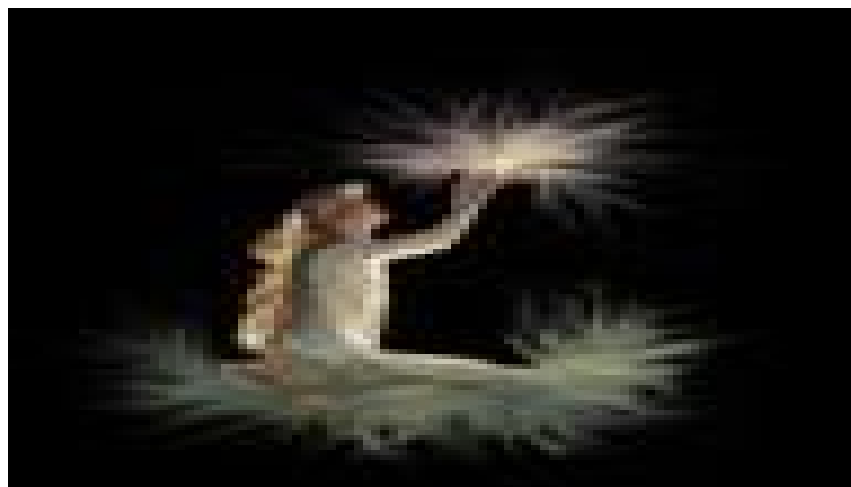
την εποχή ενισχύθηκαν σαφώς μια κανονική λατρεία της εξαϋλωμένης ψυχής και μια πραγματική πίστη στην αθανασία της. Πρωτεύον χαρακτηριστικό η λατρεία των χρόνιων θεοτήτων, δηλαδή όσων κατοικούν μέσα στη γη με το βασίλειο τους να είναι πλέον πολύ κοντινό με τους ζωντανούς. Οι ψυχές των νεκρών συνδέονται με τους ζωντανούς και λατρεύονται. Η ταφή και η έκφραση οδύνης για το νεκρό αποκτά ιδιαίτερη και σοβαρότατη θρησκευτική σημασία, όχι μόνο στη βάση της ευσέβειας αλλά και της πεποίθησης ότι η ψυχή του είναι ακόμη παρούσα και ευχαριστιέται με τις τιμές. Η αόρατη παρουσία του προκαλούσε ακόμη και φόβο γι' αυτό και στη νεκρώσιμη τελετή ελάμβανε μόνο επαίνους από τους ζωντανούς. [www.archive.gr]

Η ιδέα μας όμως για το θάνατο δεν ήταν πάντα η ίδια. Από εποχή σε εποχή αλλάζει. Αυτό αποδεικνύουν οι μελέτες του γνωστού ιστορικού Φίλιπ Αριές, συγγραφέα ενός εμβριθούς βιβλίου για τη στάση του ανθρώπου απέναντι στο θάνατο, από το Μεσαίωνα ως τις μέρες μας. Σύμφωνα με τον Αριές, κατά τον Μεσαίωνα ο θάνατος ήταν ένα συμβάν που δεν προκαλούσε φόβο, αλλά αντίθετα ήταν ένα οικείο και δημόσιο γεγονός. Ο μελλοθάνατος δεν πρόβαλε αντίσταση. Ξάπλωνε στο κρεβάτι και προετοιμαζόταν για το μεταθανάτιο ταξίδι του, εγκαταλείποντας το μέλλον του στη θεία βούληση. Οι συγγενείς και οι φίλοι πήγαιναν συχνά να τον επισκεφτούν και το σπίτι ήταν ανοιχτό σε όλους, έθιμο πολύ διαδεδομένο στον τόπο μας. Στη συνέχεια, η κυρίαρχη τάση θανάτου αφορά το θάνατο του εαυτού. Αυτή η τάση γίνεται ορατή τον 12^ο αιώνα, κάτι το οποίο διαφαίνεται καθαρά στα γλυπτά των ρωμαϊκών εκκλησιών. Μεταξύ του 12^{ου} και 15^{ου} αιώνα, ο άνθρωπος άρχισε να αποκτά συνείδηση του εαυτού του, ο ασυνείδητος φόβος ότι θα κριθούμε, δημιουργεί φόβο για το θάνατο. Ο θάνατος δεν είναι πλέον μια αιώνια ανάπαυση μιας και το άτομο μπορεί να πάει είτε στον παράδεισο είτε στην κόλαση. Η αθανασία της ψυχής είναι ένα κυρίαρχο θέμα σ' αυτό το σύστημα θανάτου. [www.focusmag.gr]

Κατά τον 16^ο και 18^ο αιώνα η θρησκεία αρχίζει προοδευτικά να χάνει έδαφος και ο θάνατος μεταμορφώνεται σε φυσικό φαινόμενο. Ταυτόχρονα όμως αρχίζει να απομακρύνεται από την καθημερινή ζωή των ανθρώπων ή πιο σωστά οι άνθρωποι άρχισαν να αποξενώνονται από την εμπειρία του θανάτου. Τα κοιμητήρια που μέχρι τότε ήταν μέσα στις πλατείες άρχισαν να εκτοπίζονται έξω από τις πόλεις. Έγιναν τα ψυχρά νεκροταφεία του παρόντος. Τον 19^ο αιώνα σε Δυτικές κοινωνίες επικρατεί ρητορική γύρω από το θάνατο του άλλου. Ο θάνατος εξυμνείται και δραματοποιείται. Επικρατεί λιγότερη ενασχόληση με το δικό μας θάνατο. Ο φόβος για το θάνατο μεταφέρθηκε από το θάνατο του εαυτού στο θάνατο

του άλλου. Ο θρήνος δεν είναι για το νεκρό αλλά γι' αυτόν που ζει και πονά για το θάνατο του άλλου. Τέλος, ο θάνατος του άλλου γίνεται ντροπή και αντικείμενο απαγόρευσης. Η κυρίαρχη τάση αφορά το δικό μας θάνατο. Παύει πλέον να είναι οικείος. Οι συγγενείς κρύβουν τη σοβαρότητα του προβλήματος στον ασθενή κι έτσι ο ασθενής μοιράζεται τους φόβους του και αισθάνεται μόνος. Αυτή η τάση θανάτου αρχίζει να αναδύεται στην εποχή μας και είναι απόρροια της ιατρικής προόδου. Οι άνθρωποι αρνούνται να δεχτούν το θάνατο ως κάτι το φυσικό και εξετάζουν σοβαρά το θέμα της ευθανασίας, όταν η ποιότητα ζωής του ατόμου είναι κακή και μη αναστρέψιμη. [www.imeranews.gr]

4.2.2. Σύγχρονες αντιλήψεις για το θάνατο.



`` Ο θάνατος ανήκει στη ζωή όπως η γέννηση και το περπάτημα, γίνεται με το σήκωμα του ποδιού και το κατέβασμα του..`` [Ταγκόρ, από τα ``Αποδημητικά πουλιά`` cclxII]

Αναμφίβολα, ο θάνατος, η απώλεια και το πένθος αγγίζουν τον κάθε ένα με διαφορετικό τρόπο. Ο θάνατος είναι μια πραγματικότητα, την οποία αρνούμαστε πεισματικά να δούμε ή ακόμη και να ονομάσουμε, καθώς λέμε *``έφυγε.. μας άφησε...κοιμήθηκε...αναπαύθηκε...``* και οτιδήποτε άλλο αρκεί να μην προφέρουμε εκείνη τη λέξη, που ηχεί τόσο βάρβαρα στα αυτιά μας και αναστατώνει συθέμελα την ύπαρξη μας. Ο μεγάλος Έλληνας φιλόσοφος Επίκουρος υποστηρίζει ότι δεν πρέπει να φοβόμαστε το θάνατο, γιατί όσο ζει ένας άνθρωπος, ο θάνατος δεν υπάρχει και όταν υπάρχει ο

θάνατος, ο άνθρωπος δεν ζει πια. Στην πραγματικότητα, αυτό που μας γεννά φόβο δεν είναι το τι συμβαίνει μετά το θάνατο, αλλά το βασανιστικό πέρασμα από τη ζωή στην ανυπαρξία. Σήμερα πια οι περισσότερες περιπτώσεις θανάτου είναι πολύ λιγότερο επώδυνες απ' όσο φανταζόμαστε, αφού η ιατρική είναι σε θέση να περιορίσει ή και να εξαλείψει τον πόνο. Στην Ελλάδα ελάχιστοι γιατροί γνωρίζουν ή μπορούν να το κάνουν και ακόμα χειρότερα, όταν το κάνουν κανείς δε μιλά. Ενώ έχουμε τόσο πολύ εθιστεί και εξοικειωθεί με το βίαιο, θεαματικό και συχνά ``στυμμένο`` θάνατο των τηλεοπτικών ειδήσεων, του κινηματογράφου και των βιντεοπαιχνιδιών, ο αληθινός θάνατος αποτελεί παραδόξως ταμπού. Ίσως επειδή αγνοούμε πως είναι στην πραγματικότητα. Όλο και πιο σπάνια μας επιτρέπεται πλέον να τον βλέπουμε στα σπίτια μας κι αυτή μας η άγνοια έχει ως αποτέλεσμα να γιγαντώνει τους φόβους μας. [www.focusmag.gr]

Θα ήταν υπέροχο να μπορούσαμε ν' αγνοήσουμε το θάνατο. Είναι όμως αδύνατο, αφού τον συναντάμε παντού γύρω μας. Είναι στενά συνδεδεμένος με τη ζωή της φύσης και του ανθρώπου. Αποτελεί το μέτρο για την αξιολόγηση της καταλληλότητας και της αποτελεσματικότητας κάθε μορφής ζωής. Ήταν και είναι η πηγή έμπνευσης και δημιουργίας για την τέχνη, τη μουσική και τη ποίηση. Στις μέρες μας υπάρχει ένας βίαιος και κραυγαλέος τρόπος για την αναπαράσταση του θανάτου, ο οποίος ενώ ελάχιστα σχετίζεται με τον αληθινό, καθημερινό θάνατο, έχει καταφέρει να εισβάλει στη διαφήμιση, ν' αυξήσει τις πωλήσεις των εφημερίδων και της τηλεόρασης. [www.focusmag.gr]

Ο θάνατος αποτελούσε και εξακολουθεί να αποτελεί ένα θέμα ταμπού για την σημερινή σύγχρονη κοινωνία που φροντίζει μόνο να μας προβάλλει την ευτυχία, την υγεία, την επιτυχία, τη ζωή. Για ένα περίεργο λόγο δεν θέλουμε να ακούμε για το θάνατο και όταν βιώσουμε το θάνατο στη ζωή μας δεν έχουμε την παραμικρή ιδέα πώς να τον αντιμετωπίσουμε και πώς να απαλύνουμε τον πόνο και τις πληγές που προκαλεί. Ο θάνατος πονάει και αφήνει τα σημάδια του σε όλους μας αργά ή γρήγορα. Η αντιμετώπιση του είναι θέμα προσωπικής φιλοσοφίας και εκπαίδευσης στην αποδοχή του. Οι βαθιά θρησκευόμενοι άνθρωποι, που όλο και σπανίζουν στις μέρες μας, βρίσκουν παρηγοριά στο Θεό. Οι μηδενιστές που πιστεύουν ότι ο θάνατος αποτελεί το τέλος των πάντων, αποδέχονται το γεγονός σαν τη φυσική κατάληξη κάποιας ζωής με μια αρχή και ένα τέλος που οδηγεί στην ανυπαρξία, χωρίς αυτό να σημαίνει όμως ότι ο θάνατος δεν τους φοβίζει ή ότι δεν τους προκαλεί τα ανάλογα συναισθήματα πένθους. Από θάνατο σαν μια καινούρια αρχή και σαν μια νέα ευκαιρία για την αυτοπραγμάτωση και την τελειοποίηση του είναι για να ενωθεί με το θείο. Όλα αυτά αποτελούν την παρηγοριά και την ελπίδα που σαν άνθρωποι έχουμε την ανάγκη να πιστεύουμε για να μπορούμε να

αντιμετωπίσουμε το μεγάλο μυστήριο του θανάτου που αποτελεί τη μόνη βεβαιότητα της ύπαρξης μας. [www.archive.gr]

Χαρακτηριστικό της εποχής μας είναι η στάση των γονέων απέναντι στις ερωτήσεις των παιδιών σχετικά με το θάνατο. Σήμερα οι γονείς είναι πιο πρόθυμοι να μιλήσουν με τα παιδιά τους για τον έρωτα παρά για το θάνατο. Η ερώτηση *``από που ήρθα;``* φαίνεται να απαντάται με περισσότερη ευκολία και ειλικρίνεια από το φυσικό της αντίθετο *``που πηγαίνω;``*. Οι προσπάθειες των γονέων να αποφύγουν τις ερωτήσεις των παιδιών σχετικά με το θάνατο και η συχνά ανεπαρκής πληροφόρηση που παρέχουν, αφήνουν το παιδί να ξεδιαλύνει τα μυστήρια του θανάτου μόνο του, σε μια βάση άγνοιας και σύγχυσης. Μάλιστα τις περισσότερες φορές, τα παιδιά για να καλύψουν τα αναπάντητα ερωτήματα που τα βασανίζουν, σχετικά με το θάνατο, δημιουργούν εικόνες πολύ πιο τρομακτικές από αυτές που ισχύουν στην πραγματικότητα. [www.imeranews.gr]

Για να μιλήσουν οι γονείς με το παιδί και τον έφηβο για το θάνατο ενός κοντινού του προσώπου, πρέπει πρώτα οι ίδιοι οι γονείς να έχουν ξεπεράσει τις απώλειες της δικής τους παιδικής ηλικίας. Μια άλλη εξίσου σημαντική οδηγία στους γονείς είναι το να είναι ανοιχτοί και τίμιοι στην επικοινωνία με το παιδί. Να είναι δηλαδή έτοιμοι να απαντούν ευθέως και άμεσα στις ερωτήσεις των παιδιών και να τα ενθαρρύνουν ακόμα να κάνουν ερωτήσεις, χωρίς να τα διακατέχει ο φόβος γελοιοποίησης ή επίπληξης. Οι άμεσες απαντήσεις λοιπόν, είναι απαραίτητες για το παιδί. Είναι πολύ βοηθητικό όταν οι γονείς μοιράζονται τις αξίες και τις αβεβαιότητες για σύνθετα θέματα όπως ο θάνατος. Οι γονείς οφείλουν να είναι έτοιμοι να δίνουν τις κατάλληλες απαντήσεις, σύμφωνα πάντα με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού. Κατά τον Piaget, η ωριμότητα που επιφέρει η ηλικία σε συνδυασμό με την εμπειρία που αποκτά το παιδί από το περιβάλλον, καθορίζουν τη γνωστική του ανάπτυξη και επομένως, τη δυνατότητα του να κατανοεί τις διάφορες έννοιες που ενέχει ο θάνατος, όπως η μη αναστρεψιμότητα και η καθολικότητα. [www.imeranews.gr]

Το πένθος, η θλίψη αυτή που μόνο ο θάνατος μπορεί να προκαλέσει, κάποια στιγμή θα χτυπήσει και τη δική μας πόρτα και δυστυχώς οι περισσότεροι από εμάς δεν θα είμαστε σε θέση να το αντιμετωπίσουμε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.Πως αντιλαμβάνεται ο καρκινοπαθής το θέμα του θανάτου.



``Τα πράγματα που θεωρούμε τραγωδίες δεν είναι στην πραγματικότητα, παρά μόνο εάν επιλέξουμε εμείς να τα ζήσουμε τραγικά..``
[E. Kubler- Ross, 2004 σελ.2]

Το πιο φορτισμένο συναισθηματικά γεγονός της ζωής, το πιο τρομακτικό, το πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί, είναι ο θάνατος. Είναι τόσο φοβερό, ώστε το θέμα του θανάτου είναι σχεδόν ταμπού στην κοινωνία μας. Η αποτυχία συζήτησης του θανάτου ενισχύει την τρομακτική του δύναμη επάνω μας και την αβεβαιότητα στην προσέγγιση του. Οι περισσότεροι καρκινοπαθείς φοβούνται λιγότερο, το γεγονός του θανάτου απ' ότι φοβούνται την πιθανότητα του. Φοβούνται ένα παρατεταμένο θάνατο που θα βουλιάξει την οικογένεια και τους φίλους, συναισθηματικά και οικονομικά. Φοβούνται την προοπτική να μείνουν μήνες ολόκληρους μέσα σ' ένα νοσοκομείο, μακριά από τους αγαπημένους τους, με μια μοναχική, επώδυνη και άδεια ζωή. Οι οικογένειες τους συχνά προσπαθούν να αποφύγουν ολοκληρωτικά το θέμα του θανάτου. Όταν ο ασθενής προσπαθεί να συζητήσει την πιθανότητα θανάτου, η πιο συνηθισμένη αντίδραση είναι *``Μη μιλάς έτσι! Δεν πρόκειται να πεθάνεις``*. Επειδή οι ασθενείς δεν μπορούν να μιλήσουν για το θάνατο ούτε και στους πιο κοντινούς τους ανθρώπους, ο φόβος τους δε φεύγει και μπορεί ν' αυξηθεί.
[C.Simonton, St.Mathews-Simonton, J.L Greighton, 1988]

Παρά τη γενική απροθυμία των ανθρώπων να συζητούν αυτό το θέμα, η Δρ. Elisabeth Kubler- Ross, μια από τις πρώτες αυθεντίες πάνω στο θάνατο και στη διαδικασία του, έχει παρατηρήσει ότι τόσο οι ενήλικες όσο και τα παιδιά ξέρουν από ένστικτο πότε φτάνει ο θάνατος τους. Έχει πει επίσης ότι οι άνθρωποι διατηρούνται πολλές φορές στη ζωή, είτε γιατί ένα αγαπημένο πρόσωπο, είτε γιατί οι γιατροί τους δεν αποδέχονται το θάνατο τους. Αυτοί οι άνθρωποι κουβαλάνε διπλό βάρος, ξέρουν ότι πεθαίνουν και ότι πρέπει να δείχνουν στους άλλους το αντίθετο. [C.Simonton, St.Mathews-Simonton, J.L Greighton, 1988]

Το άγχος του θανάτου φαίνεται να παίρνει τρεις αρκετά συγκεκριμένες μορφές στη διάρκεια του τελικού σταδίου της ανίατης ασθένειας, που είναι, συγκεκριμένα, η αλλοτρίωση, ο εκμηδενισμός και η αίσθηση της επικινδυνότητας, δηλαδή του επερχόμενου κινδύνου.

- Η **αλλοτρίωση** χαρακτηρίζεται από το συναίσθημα της μοναξιάς, της απομόνωσης, της εγκατάλειψης και ακόμη ενέχει την αίσθηση ότι η αντικειμενική πραγματικότητα του άνδρα ή της γυναίκας ή του παιδιού αποσυντίθεται δραματικά. Το άτομο που διακατέχεται από το συναίσθημα της αλλοτρίωσης αισθάνεται τόσο αποξενωμένο, ώστε συχνά να παραπονιέται πως τον έχουν εγκαταλείψει οι πάντες, ακόμα και όταν δίπλα του βρίσκονται τα συγγενικά του πρόσωπα.

- Ο **εκμηδενισμός** αφορά το άγχος της ανυπαρξίας μας, αφορά το γεγονός ότι με το θάνατο το άτομο παύει να υπάρχει, ανάγεται στο τίποτε, στο μηδέν. Ο κόσμος, τα πρόσωπα και τα αντικείμενα που στην ολότητα τους συνθέτουν την επίγεια αντικειμενική μας πραγματικότητα θα συνεχίσουν να υπάρχουν, αλλά το συγκεκριμένο άτομο, θα πάψει να υπάρχει, θα εξαφανιστεί.

- Η **αίσθηση της επικινδυνότητας**, η αίσθηση του επικείμενου κινδύνου, συνδυάζει τα συναισθήματα του φόβου και του θυμού στην υποκειμενική διαπίστωση του ατόμου πως μολονότι η ζωή του είναι σε άμεσο κίνδυνο, αυτό παραμένει ευάλωτο, εφήμερο, καταστρέψιμο, χωρίς προστασία ακόμη και από τους ειδικούς, από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που είναι ταγμένο να διαφυλάξει, να σώσει ζωές αποτρέποντας με τα μέσα και τις γνώσεις που διαθέτει τον κίνδυνο του θανάτου. [www.dspace.lib]

Στο τελικό στάδιο πέρα από τις οποιεσδήποτε ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του ρόλου, της κατάστασης του ασθενή, δημιουργούνται και συγκεκριμένα οργανικά προβλήματα που επικεντρώνονται στο θέμα του σωματικού όχι μόνο του ψυχικού πόνου και της ανάγκης ελέγχου του από την ιατρονοσηλευτική ομάδα, όπως και προβλήματα που σχετίζονται με

την αρχικά βαθμιαία, αλλά αισθητή και στη συνέχεια ραγδαία απώλεια ενέργειας και αντοχής από το άτομο. [www.dspace.lib]

5.1. Η ψυχική διεργασία του καρκινοπαθή απέναντι στο θάνατο.



Κάθε ασθενής βιώνει το θάνατο με τον δικό του μοναδικό τρόπο. Η ψυχοσυναισθηματική διάσταση του θέματος είναι αναμφισβήτητα βαρύνουσα και συνάμα πολύπλοκη. Ο καρκινοπαθής τελικού σταδίου, κυριεύεται από ανασφάλεια και φόβο: α)για το άγνωστο, β)για τον πόνο που δυνατόν να μην ελεγχθεί ικανοποιητικά καθιστώντας τον εξαρτώμενο από αναλγητικά, γ)για τον κίνδυνο να χάσει τον έλεγχο των βασικών του λειτουργιών καθιστώντας τον εξαρτημένο από την οικογένεια του και το περιβάλλον ενός νοσηλευτηρίου και δ. για τις διαπροσωπικές οικογενειακές, οικονομικές και άλλες επιπτώσεις που επιφέρει η επιδείνωση της κατάστασης του. Φόβοι, οι οποίοι συνοδεύονται παράλληλα από ενοχές, απογοήτευση και συναισθηματική καταπόνηση. [Δ. Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος, 1999]

Σύμφωνα με την E.Kubler- Ross η ψυχική διεργασία που βιώνει το άτομο, καθώς πορεύεται προς το θάνατο, χαρακτηρίζεται από πέντε στάδια:

1. Το στάδιο της άρνησης.

Η άρνηση λειτουργεί ως ασπίδα αυτοπροστασίας για το άτομο το οποίο αντιλαμβάνεται την απροσδόκητη πραγματικότητα ως απειλητική ή οδυνηρή. Αρνείται το γεγονός της αρρώστιας και των επιπτώσεων της, διαστρεβλώνοντας την αντίληψη που έχει από την πραγματικότητα. Η άρνηση είναι σπουδαία και αναγκαία βοηθά στην ομαλή προσγείωση του αρρώστου στην ιδέα του πως ο θάνατος είναι αναπόφευκτος.

2. Το στάδιο της οργής και του θυμού. (Γιατί εγώ;)

Αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση ενός ατόμου το οποίο είναι υποχρεωμένο να δεχθεί ότι ξαφνικά η ζωή του αλλάζει ριζικά και το μέλλον του χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα. Κάθε ``γιατί`` κρύβει πίκρα και θυμό. Πολλοί άρρωστοι νιώθουν ότι προδόθηκαν από το ίδιο τους το σώμα και δυσκολεύονται να αποδεχτούν ότι οργανισμός τους είναι τρωτός. Ευάλωτος και αδύναμος. Δυσφορούν με το γεγονός ότι οι άλλοι γύρω τους παραμένουν υγιείς και ζωντανοί, ενώ ο ίδιος πεθαίνει. Κύριος στόχος του θυμού είναι ο Θεός, αφού ``Αυτός`` είναι που θεωρείται πως επιβάλλει αυθαίρετα τη θανατική καταδίκη.

3. Το στάδιο της διαπραγματεύσεως. (Ναι, εγώ, μα...)

Παρέχει στο άτομο την ψευδαίσθηση ότι αποφεύγοντας ή επιδιώκοντας ορισμένες πράξεις μπορεί να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της αρρώστιας ή και το θάνατο. Οι διαπραγματεύσεις συνήθως γίνονται με κάποιο άτομο κύρους ή με το Θεό. Υπόσχονται να είναι καλοί ή να κάνουν σ' αντάλλαγμα κάτι για παράταση μιας βδομάδας ή ενός μηνός ή ενός χρόνου. Ότι υπόσχονται είναι απόλυτα άσχετο, για τον απλούστατο λόγο ότι ουδέποτε θα μπορέσουν να τηρήσουν την υπόσχεση τους.

4. Το στάδιο της κατάθλιψης. (Ναι...., η ζωή μου απειλείται, μπορεί να πεθάνω)

Ο άρρωστος αρχίζει πλέον να δέχεται ότι πρόκειται να πεθάνει και θρηνεί. Η κατάθλιψη του μπορεί να είναι ``αντιδραστική`` όταν οφείλεται σε απώλειες που βιώνει μέσα στο παρόν, καθώς συγκρίνει πως ήταν στο παρελθόν και πως έχει αλλάξει όσο αναφορά την εμφάνιση του, την ενεργητικότητα του κ.λ.π. στη συνέχεια μπαίνει σε μια κατάσταση ``προπαρασκευαστικής`` θλίψης και ετοιμάζεται για τον ερχομό του θανάτου. Ο άρρωστος τότε αρχίζει να ηρεμεί ή να μη θέλει επισκέπτες. Όταν ένας άρρωστος δεν θέλει να σε ξαναδεί πια, είναι σημάδι πως έχει τελειώσει τις ατέλειωτες υποθέσεις με τον εαυτό του γι αυτό είναι καλό. Μπορεί τώρα να φύγει ειρηνικά.

5. Το στάδιο της αποδοχής. (Η ώρα μου πλησίασε, εντάξει..)

Στο στάδιο αυτό ο άρρωστος διακρίνεται από μια εσωτερική ηρεμία. Παύει να αγωνίζεται για να σωθεί και προοδευτικά συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου. Έχοντας τακτοποιήσει εκκρεμείς υποθέσεις, νιώθει ψυχολογικά ήρεμος και έτοιμος να πεθάνει. Το στάδιο αυτό είναι άδαιο από αισθήματα μα δεν αποτελεί παραίτηση, είναι νίκη. [E. Kubler- Ross, 1988]

Η E. Kubler- Ross ισχυρίζεται ότι τα προαναφερθέντα στάδια δεν διαδέχονται αυστηρά το ένα το άλλο, αλλά συχνά συνυπάρχουν ή εμφανίζονται σε διάφορες φάσεις της αρρώστιας. Ένα άτομο που πεθαίνει βιώνει μια στρεσογόνο κατάσταση που προκαλεί έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Κάθε άτομο χρησιμοποιεί γνώριμες στρατηγικές που το βοηθούν να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα. Διαφορετικά άτομα χρησιμοποιούν διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

5.2.Ο φόβος του θανάτου ως κυρίαρχο συναίσθημα.



`` Ο φόβος είναι μια σκιά που καλύπτει τα πάντα: την αγάπη μας, τα αληθινά μας συναισθήματα, την ευτυχία μας, ακόμα και την ίδια μας την υπόσταση... `` . [E. Kubler- Ross, 2002 σελ.131]

Είναι φυσικό να φοβάται ο άνθρωπος το θάνατο. Με τη γέννηση του αρχίζει ν' απολαμβάνει το δώρο της ζωής το πολύτιμο αυτό δώρο του Θεού στον άνθρωπο. Γνωρίζει τη ζωή, ταυτίζει τον εαυτό του με τη ζωή, απολαμβάνει, χαίρεται τα άπειρα δώρα του Θεού, την ομορφιά της φύσης,

τον ήλιο, τον αέρα, το νερό, τις τροφές αλλά και τις ψυχικές ομορφιές των αισθημάτων. Όλα όμως αυτά εξαφανίζονται με τον θάνατο. Το βλέπει αυτό κάθε φορά σε κάθε περίπτωση θανάτου συγγενών και φίλων. Είναι φυσικό να φοβάται το θάνατο. Βλέπει να σβήνουν όνειρα, να κόβονται ελπίδες, να γκρεμίζεται το ωραίο σκηνικό της ζωής. [www.-im-attikis.gr]

Στη διάρκεια του τελικού σταδίου της ανίατης ασθένειας το άγχος και οι φόβοι του ασθενή σε σχέση με το θάνατο αυξάνονται. Το αδιαφοροποίητο και διάχυτο συναίσθημα άγχους συχνά κρύβει ένα σύνολο συγκεκριμένων φόβων που συνδέονται με το θάνατο και διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Πολλοί επιστήμονες έχουν επιδιώξει να ταξινομήσουν αυτούς τους φόβους. Μεταξύ άλλων οι Leming και Dickinson, οι οποίοι διακρίνουν δυο κατηγορίες φόβων:

A. Οι φόβοι που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο και

B. Οι φόβοι που αφορούν κυρίως το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού. [Δ. Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος, 1999]

Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται οι εξής φόβοι:

1. Ο φόβος της ταπείνωσης και της απώλειας της αξιοπρέπειας.

Χαρακτηρίζει το άτομο που ανησυχεί μήπως παραμορφωθεί ή μήπως υποστεί πρόσθετες αναπηρίες που θα επηρεάσουν τη λειτουργικότητα του και κυρίως την εικόνα που έχει για τον εαυτό του, την αυτοεκτίμηση και τον αυτοσεβασμό του.

2. Ο φόβος της εξάρτησης.

Είναι ιδιαίτερα έντονος για το άτομο που έχει μάθει να είναι αυτόνομο και άταρκες στη ζωή του. Αντιμέτωπο με την απώλεια αυτοελέγχου και τον περιορισμό των ικανοτήτων και δραστηριοτήτων του, το άτομο φοβάται μην εξαρτηθεί και γίνει βάρος για τους άλλους.

3. Ο φόβος του πόνου.

Αυξάνεται όταν ο ασθενής πιστεύει ότι δεν υπάρχουν τα μέσα ή τα χρονικά περιθώρια που θα του επιτρέψουν να ανακουφιστεί.

4. 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.

5. Ο φόβος του αποχωρισμού.

Εκφράζεται μέσα από τον έντονο προβληματισμό του ατόμου σχετικά με τι θα απογίνουν οι συγγενείς του, πως θα τα βγάλουν πέρα, ιδιαίτερα μάλιστα εάν ο ασθενής αποτελούσε σημαντικό συναισθηματικό και οικονομικό στήριγμα για τα μέλη της οικογένειας ή συνέβαλε στη συνοχή της. [Δ. Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος, 1999]

Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι εξής φόβοι:

1. 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 μπορεί να φοβούνται τη ``θεία δίκη`` που τους περιμένει στη μετέπειτα ζωή, άλλοι μπορεί να φοβούνται πνεύματα ή μεταφυσικές δυνάμεις και ορισμένοι να πανικοβάλλονται στη σκέψη ότι μετά το θάνατο δεν υπάρχει τίποτα.

2. Ο φόβος μπροστά στην οριστικότητα του θανάτου.

Συνοδεύεται από υπαρξιακά ερωτήματα και ανησυχίες: ``Υπάρχει ζωή μετά το θάνατο;``, ``Θα χάσω την ταυτότητα μου;``, ``Κι όλα τ' αγαπημένα μου πρόσωπα δεν θα τα ξαναδώ ποτέ;``

3. Ο φόβος για την τύχη του σώματος.

Η ταφή, η αποσύνθεση του, η εικόνα του φέρετρου κάτω από το χώμα, είναι ζήτημα που προκαλούν έντονο φόβο σε μερικά άτομα. [Δ. Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος, 1999]

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 ασθένειας του.

5.2.1. Παράγοντες που ενισχύουν το φόβο του θανάτου.

Οι άνθρωποι που πληροφορούνται πως έχουν σύντομη ζωή αντιδρούν με διάφορους τρόπους. Μερικοί φαίνονται ν' αντιμετωπίζουν με ψυχραιμία τον ψυχικό πόνο, όπως κι αν παρουσιάζεται (σαν θυμός, κατάθλιψη ή άπρεπη ενοχή). Προσαρμόζονται συναισθηματικά ως εκεί που μπορούν να ζήσουν τις τελευταίες βδομάδες και μήνες της ζωής τους με εσωτερική γαλήνη. Άλλοι άρρωστοι φαίνονται ανίκανοι να σηκώσουν τον πόνο. Ο ετοιμοθάνατος δεν μπορεί να βοηθηθεί να ξανακερδίσει φυσική ευεξία. Οι συντελεστές που σχετίζονται με τη συναισθηματική προσαρμογή του ασθενή είναι οι εξής:

1. Η δυσφορία που έχει.
2. Οι θρησκευτικές του πεποιθήσεις και θέσεις.
3. Η οικονομική του κατάσταση.
4. Η ηλικία του.
5. Το φύλο του.
6. Η παιδεία. [E. Kubler- Ross, 1988]

Σύμφωνα με την E. Kubler- Ross, το επίπεδο έχει αρνητική σχέση με τη συναισθηματική προσαρμογή. Όση παραπάνω δυσφορία έχει ο

άρρωστος τόσο πέφτει η προσαρμοστικότητα. Ασθενείς που έτυχε να βρεθούν κοντά σε άτομα που αποδέχτηκαν το θάνατο με εσωτερική γαλήνη, βιώνουν και οι ίδιοι με τη σειρά τους το θάνατο κοντά τον ίδιο τρόπο κι αυτό γιατί είχαν την ευκαιρία να κουβεντιάσουν ανοιχτά και ειλικρινά μαζί τους για τις ανησυχίες και τους φόβους τους, καθώς τα μέλη των οικογενειών τους αποφεύγουν οποιαδήποτε συζήτηση γύρω από το θάνατο. Η αντιμετώπιση του θανάτου είναι θέμα προσωπικής φιλοσοφίας και εκπαίδευσης στην αποδοχή του. Οι βαθιά θρησκευόμενοι άνθρωποι, που όλο και σπανίζουν στις μέρες μας, βρίσκουν παρηγοριά στο Θεό. Οι μηδενιστές που πιστεύουν ότι ο θάνατος αποτελεί το τέλος των πάντων, αποδέχονται το γεγονός σαν τη φυσική κατάληξη κάποιας ζωής με μια αρχή και ένα τέλος που οδηγεί στην ανυπαρξία, χωρίς αυτό να σημαίνει όμως ότι ο θάνατος δεν τους φοβίζει ή ότι δεν τους προκαλεί τα ανάλογα συναισθήματα πένθους. Από την άλλη, όσοι πιστεύουν στην μετεμψύχωση βλέπουν το θάνατο σαν μια καινούρια αρχή και σαν μια νέα ευκαιρία για την αυτοπραγμάτωση και την τελειοποίηση του ``είναι`` για να ενωθεί με το θείο. Ασθενείς που έχουν εντάξει τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις μέσα στον τρόπο ζωής του, αποδέχονται το θάνατο πιο εύκολα και ανώδυνα. [E. Kubler- Ross,1979a]

Σύμφωνα με τον Piaget, η ωριμότητα που επιφέρει η ηλικία σε συνδυασμό με την εμπειρία που αποκτά το παιδί από το περιβάλλον, καθορίζουν τη γνωστική του ανάπτυξη και επομένως, τη δυνατότητα του να κατανοεί τις διάφορες έννοιες που ενέχει ο θάνατος, όπως η μη αναστρεψιμότητα και η καθολικότητα. Έτσι όταν οι γονείς είναι ανοιχτοί και τίμιοι στην επικοινωνία με το παιδί και απαντούν άμεσα και ευθέως στις ερωτήσεις του για το θάνατο σύμφωνα πάντα με το αναπτυξιακό τους στάδιο αποδέχονται την έννοια του θανάτου και δεν τρομάζουν στην ιδέα του. [www.imeranews.gr]

Επιπρόσθετα, όταν στα παιδιά επιτρέπεται να μείνουν σπίτι όπου συνέβη κάτι μοιραίο και περιλαμβάνονται κι αυτά στις συνομιλίες, τις συζητήσεις και τους φόβους, τους δίνει το αίσθημα ότι δεν είναι μόνοι στη θλίψη και τους δίνει την άνεση της συμμετοχής σε μια ευθύνη και σ' ένα πένθος, που μοιράζεται. Τα ετοιμάζει βαθμιαία και τα βοηθά να αντικρούσουν τον θάνατο σαν μέρος της ζωής, μια εμπειρία που μπορεί να τα βοηθήσει να μεγαλώσουν και να ωριμάσουν. [E. Kubler- Ross,1979a]

Τέλος, η κυριότερη ανησυχία του ασθενή που ενισχύει το φόβο του θανάτου είναι ο χωρισμός του από τα αγαπημένα του πρόσωπα, για το πώς οι δικοί του θα φροντίζουν για τον εαυτό τους μετά το δικό του θάνατο. Οι γυναίκες ασθενείς ανησυχούν περισσότερο για τη φροντίδα και την επιμέλεια των μελών της οικογένειας και του σπιτιού, ενώ οι άντρες

ασθενείς για την οικονομική στήριξη και ασφάλεια της οικογένειας τους. [E. Kubler- Ross,1988]

Το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ο άνθρωπος πεθαίνει επηρεάζει τη φύση των εμπειριών που βιώνει και τις ερμηνείες που δίνει σ' αυτές. Καθώς βρίσκεται σε διαρκή συνδιαλλαγή και επικοινωνία με το περιβάλλον επηρεάζεται από τον τρόπο που τον αντιμετωπίζουν συγγενείς, φίλοι, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ενώ ταυτόχρονα τους επηρεάζει με τη δική του στάση.

5.2.2.Πως αντιμετωπίζεται ο φόβος του καρκινοπαθή για το θάνατο.

ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

Η ψυχολογική φροντίδα που παρέχεται στον άρρωστο είναι σημαντικό να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες του για ασφάλεια, αυτονομία και αυτοέλεγχο, μέσα από τις 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 ασθενή 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 ασθενή που επιθυμεί να γνωρίζει την κατάσταση και εξέλιξη της υγείας του και την ανάγκη 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 και της ενασχόλησης του αρρώστου με πράγματα που τον ενδιαφέρουν και δ. η δυνατότητα του να αποφασίζει για θέματα που αφορούν την υγεία του και τη φροντίδα που δέχεται, αλλά και τις συνθήκες μέσα από τις οποίες επιθυμεί να ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του.[Δ.Παπαδάτου, Φ.Αναγνωστόπουλος, 1986]

Άλλες βασικές κοινωνικές ανάγκες του ασθενή που πεθαίνει είναι η διευθέτηση εκκρεμών υποθέσεων οι οποίες πηγάζουν από το ρόλο και τη θέση του στην οικογένεια, στο χώρο εργασίας και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Η συζήτηση γύρω από τους προβληματισμούς του σχετικά με το πώς θα τα βγάλει πέρα η οικογένεια μετά το θάνατο του, πως θα ολοκληρωθεί ένα σημαντικό έργο που έχει αρχίσει, ποιος θα αναλάβει την επιχείρηση κ.λ.π., μπορεί να αποβεί ουσιαστική, όταν του παρέχει τη στήριξη και τη δυνατότητα να υλοποιήσει μερικές επιθυμίες του. Τα μέλη

του προσωπικού υγείας μπορούν να διαμορφώσουν το κατάλληλο κλίμα που θα επιτρέψει στον άρρωστο να εκφράσει τις αγωνίες του, ενώ ταυτόχρονα μεσολαβούν ή λειτουργούν εκ μέρους του, ώστε να καλυφθούν μερικές από τις κοινωνικές του ανάγκες. Είναι πολύ σημαντικό ν' αντιμετωπίζεται κάθε ασθενής μέχρι τη τελευταία στιγμή της ζωής του ως άτομο που ζει, ένα άτομο που σε καμία περίπτωση δεν βρίσκεται στο περιθώριο της ζωής επειδή πεθαίνει, ένα άτομο που έχει ανάγκες, ελπίδες και δεν παύει ποτέ να επιδιώκει να δώσει νόημα στις εμπειρίες και στη ζωή του. [Δ.Παπαδάτου, Φ.Αναγνωστόπουλος, 1986]

ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η οικογένεια μπορεί να βοηθήσει με το να διατηρεί, όταν το επιτρέπουν οι περιστάσεις ένα συναισθηματικό και κοινωνικό περιβάλλον σύμφωνα με τον προηγούμενο τρόπο ζωής του ασθενή. Αυτό σημαίνει να κρατάνε τον ασθενή στο σπίτι του, όπου μπορεί να τρώει και να κοιμάται κατά το δυνατό φυσιολογικότερα, παρά να τον κρατάνε στο νοσοκομείο ή σε άλλο ίδρυμα. Όσο το μυαλό του ασθενή δουλεύει, η οικογένεια πρέπει να του δίνει την ευκαιρία να συμμετέχει στις συζητήσεις και στις αποφάσεις για τη φροντίδα που πρέπει να του δίνεται. Είναι σημαντικό για την οικογένεια να κάνει ότι μπορεί για να δείχνει αγάπη κι έγνοια χωρίς ωστόσο, να συμπεριφέρεται με τρόπο που να τον κάνει να νιώθει ένοχος με την ιδέα πως προκαλεί βάρος. Τα μέλη της οικογένειας που δεν μπορούν ν' αντικρίσουν το θάνατο στη ζωή τους και που προβάλλουν αυτό το φόβο στον αγαπημένο τους μπορεί να αποτελούν εμπόδιο στην προσπάθεια του ασθενή να αντιμετωπίσει το δικό του ψυχικό πόνο και φόβο. Όταν ο ασθενής είναι έτοιμος να δεχτεί την πραγματικότητα του θανάτου, πρέπει να είναι έτοιμη να συμμεριστεί την αποδοχή αυτή και η οικογένεια. [E. Kubler- Ross, 1988]



``Αν μπορείς ν' αρχίσεις να δέχεσαι το θάνατο σαν ένα αόρατο φιλικό σύντροφο στο δρόμο της ζωής σου, που σου θυμίζει διακριτικά να μη αναβάλλεις γι' αύριο ότι έχεις υπόψη σου να κάνεις, θα μπορέσεις να μάθεις να ζεις τη ζωή σου κι όχι απλώς να την περνάς σαν διαβάτης...`` [E. Kubler-Ross,1988 σελ.11]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.Η ιδρυματοποίηση του θανάτου.



Η στάση της σημερινής κοινωνίας, είναι τέτοια που γενικά μπορούμε να πούμε ότι δεν δέχεται το θάνατο, τον αρνείται, τον ιδρυματοποιεί. Σήμερα είναι σπάνιες οι περιπτώσεις των ανθρώπων που πεθαίνουν στο σπίτι τους, μερικές ακόμα φορές αν μένουν σε πολυκατοικίες πηγαίνουν κατ' ευθείαν από το νοσοκομείο στο νεκροταφείο. Σύμφωνα με τον Τσιάντη η ιδρυματοποίηση είναι ένας από τους τρόπους, με τους οποίους η κοινωνία προσπαθεί να λύσει τα προβλήματα, που δεν μπορεί να αντέξει. Το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι ασθενείς πεθαίνουν συνήθως στο νοσοκομείο μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα να μην έχει τη δυνατότητα ο ασθενής να μοιραστεί με τα μέλη της οικογένειας του την αγωνία τους για την ασθένεια του και το θάνατο που μπορεί να έρχεται. [Δ.Παπαδάτου, Φ.Αναγνωστόπουλος, 1999]

Τόσο η διάγνωση, μιας θανατηφόρας ασθένειας όσο και ο θάνατος ενός ασθενή πραγματοποιούνται στο νοσοκομείο. Ένα μεγάλο κομμάτι από το βάρος και το άγχος για τον θάνατο έχει να αντιμετωπίσει ο θεράπων ιατρός και γενικά το περιβάλλον του νοσοκομείου. Όσο για την οικογένεια δεν υπάρχει πιο δραματική εμπειρία στην ζωή της απ' αυτή του θανάτου ενός μέλους της. Η ζωή της οικογένειας ανακόπτεται σαν μια μονάδα και κάθε μέλος της έχει να αντιμετωπίσει μια κρίση εξ' αιτίας της απώλειας. Ο μελλοθάνατος είναι το πιο μοναχικό πλάσμα που υπάρχει στο κόσμο. Θύμα μιας ασθένειας που του επιφέρει οργανικό πόνο, αντικείμενο μυστηριωδών

θεραπειών, εμπιστευόμενο σε ξένα χέρια, απομονωμένο απέναντι στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που κρατά τα σχοινιά του πεπρωμένου του, μακριά από την οικογένεια του, με τη φαντασία του να δίνει διάφορες ερμηνείες της κατάστασης του. [E. Kubler- Ross,1988]

Ο ασθενής που πεθαίνει στο νοσοκομείο κατά τρόπο απρόσωπο δεν υπάρχει το ίδιο, ένα όργανο έχει πάρει τη θέση του. Είναι παρόν με το όνομα της πάθησης του. Οι θεραπευτικές προσπάθειες γίνονται στον αγώνα διάσωσης της ζωής του ασθενή κι αν μπορέσουν να σώσουν τη ζωή του, τότε θα μπορέσουν να φροντίζουν ύστερα και για τον ίδιο σαν πρόσωπο. Εκείνοι που κοιτάζουν πρώτα το πρόσωπο μπορεί να χάσουν πολύτιμο χρόνο για να σώσουν τη ζωή του. Οι ασθενείς του τελικού σταδίου πρέπει να αφήνονται να πεθαίνουν στο σπίτι τους, διατηρώντας την αξιοπρέπεια και την ηρεμία τους ως το τέλος. Όχι τόσο για λόγους οικονομικούς, όσο γιατί προτιμούν να πεθαίνουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον παρά στο νοσοκομείο, με τις περιορισμένες επισκέψεις. Έχουν την ανάγκη να μοιράζονται πολύ περισσότερο χρόνο με τα μέλη των οικογενειών τους, όπου οι ανάγκες του αλλά και των υπολοίπων μελών θα εξωτερικευτούν και θα γίνουν σεβαστές μέσα από πραγματική αγάπη και δεν πρόκειται να βιώσουν το φόβο του θανάτου. [E. Kubler- Ross,1988]

6.1.Οι αντιδράσεις του καρκινοπαθή στο νοσοκομείο.

Η εισαγωγή του καρκινοπαθή στο νοσοκομείο αποτελεί μια ψυχοπιεστική εμπειρία τόσο για τον ίδιο, όσο και για την οικογένεια του. Οι επιπτώσεις της νοσοκομειακής φροντίδας στον ψυχισμό του ασθενή εξαρτώνται από την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, όπως:

1.Οι ατομικοί παράγοντες.

Αφορούν τα χαρακτηριστικά του καρκινοπαθή, την ηλικία, την προσωπικότητα του, τις ικανότητες αντιμετώπισης και προσαρμογής σε στρεσογόνες συνθήκες, προηγούμενες εμπειρίες με ασθένειες.

2. Οι διαπροσωπικοί παράγοντες.

Περιλαμβάνουν τη στάση και τις αντιδράσεις των μελών της οικογένειας του, του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και του ευρύτερου κοινωνικού περιγύρου απέναντι στον καρκινοπαθή, καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με τις συνθήκες νοσηλείας και τις σχέσεις του με άλλους νοσηλευόμενους ασθενείς.

3. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια.

Όπως η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του, η χρονιότητα της, οι επιπτώσεις που έχει στην εξωτερική εμφάνιση του ασθενή και οι απαιτήσεις που επιβάλλει η θεραπεία της.

Κανένας από τους προαναφερόμενους παράγοντες δεν καθορίζει από μόνος του την αποτελεσματικότητα της προσαρμογής του καρκινοπαθή στην ασθένεια και στη νοσηλεία του. Η δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ τους προσδιορίζει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει, σε μια δεδομένη στιγμή, το πρόβλημα της υγείας του και την εισαγωγή στο νοσοκομείο.[Δ.Παπαδάτου, Φ.Αναγνωστόπουλος, 1999]

Κατά κύρια ομολογία οι καρκινοπαθείς που εισάγονται στο νοσοκομείο, διακατέχονται από έντονο στρες, το οποίο είναι αποτέλεσμα των ακόλουθων παραγόντων:

1. του αποχωρισμού από τα αγαπημένα του πρόσωπα και τις διαταραχές του καθημερινού ρυθμού ζωής της οικογένειας.

2. των ερμηνειών και των φαντασιώσεων του σχετικά με την ασθένεια, τις θεραπευτικές διαδικασίες στις οποίες υποβάλλεται ή το πόνο που βιώνει.

3. της ενδεχόμενης αλλαγής στη συμπεριφορά και στη στάση των ανήσυχων μελών της οικογένειας.

4. των παράλογων προσδοκιών του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που απαιτεί από τον ασθενή πλήρη συμμόρφωση και παθητική ή στωική αποδοχή της θεραπείας του. [Δ. Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος, 1999]

Κατά κανόνα το νοσοκομείο αποτελεί έναν χώρο όπου οι ψυχικές δυνάμεις του ασθενή μειώνονται. Όλες οι επιδράσεις και τα προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια του καρκίνου εκφράζονται και αναδύονται στο χώρο του νοσοκομείου. Πολλές φορές δημιουργούνται αντιδράσεις που έχουν σαν αφετηρία τόσο τα βιώματα που φέρνει ο καθένας, όσο και το βαθμό συμμετοχής στην διαδικασία της θεραπείας. Η ανάγκη προσαρμογής μπορεί να οδηγήσει το άτομο στη χρήση αμυντικών μηχανισμών που απαιτούν την κατανόηση του γιατρού. Ο ασθενής μπορεί να παραπονιέται ότι δεν τον περιποιούνται επαρκώς ή ότι δεν τον καταλαβαίνουν. Έτσι χαρακτηρίζονται δύστροποι ή απαιτητικοί χωρίς να αντιλαμβανόμαστε απόλυτα τον πραγματικό λόγο. Επιπλέον, η μείωση της ατομικότητας τους και η εξάρτηση από τους γιατρούς και τις θεραπείες τους κάνει συναισθηματικά ευάλωτους. Έτσι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει να αντιμετωπίσει μόνο την ασθένεια αλλά πρέπει να λάβει υπόψη και την ιδιαίτερη ψυχολογική κατάσταση του ασθενή. [www.iatronet.gr]

Σύμφωνα με τα παραπάνω η νοσηλεία είναι ``διαπροσωπική σχέση και συνεργασία`` και προϋποθέτει την αγάπη στην τελειότερη της έκφραση, την ολόψυχη συμμετοχή στον πόνο του αρρώστου. Η καλή ομιλία του ιατρού δημιουργεί ευνοϊκές προϋποθέσεις μιας διαπροσωπικής ατμόσφαιρας μέσα στην οποία ο ασθενής μπορεί να πληροφορηθεί το πρόβλημα του. Ο ασθενής έχει ουσιώδη ψυχολογική ανάγκη για

επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό. Η έλλειψη της προκαλεί, σοβαρότατα προβλήματα και κλονίζει την ψυχική του υγεία. Ζητά με αγωνία να του εμπιστευθεί τους φόβους, τις ανησυχίες, τον πόνο, την αγωνία του. Έχει άμεση ανάγκη πολύτιμης ψυχολογικής υποστήριξης. [www.medicare.gr]

6.2.Ο ρόλος του προσωπικού του νοσοκομείου- Συνεργασία μελών.

Εκτός από την οικογένεια, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι εκείνο, που έρχεται αντιμέτωπο με τη σοβαρή ασθένεια από την οποία πάσχει ο ασθενής. Το προσωπικό μοιραία θα επηρεασθεί, από τη θανατηφόρα ασθένεια του ασθενή, περισσότερο όμως από αυτόν, γιατί είναι τόσο κοντά στον ασθενή και την οικογένεια. Ο ρόλος του είναι σημαντικός στη προσπάθεια προσαρμογής του ασθενή και της οικογένειας του σε μια κατάσταση με προβληματικό παρόν και αβέβαιο μέλλον. Η Ε. Kubler- Ross (1979b) εξηγώντας τον τρόπο που δουλεύει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με σοβαρά άρρωστα άτομα που αντιμετωπίζουν το γεγονός του θανάτου λέει: *``Δεν κάνουμε ποτέ αυστηρή διαστολή μεταξύ των διαφόρων μελών του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Δεν θέλουμε μόνο οι ψυχίατροι και όχι άλλες ειδικότητες, να νοιάζονται για τις συναισθηματικές δυσκολίες των ασθενών και οι γιατροί με τις φυσικές εκδηλώσεις της ασθένειας τους. Στα εργαστήρια μας περί θανάτου, μ' όλους τους κλάδους του βοηθητικού προσωπικού πολύ συχνά ανταλλάσσουμε ρόλους. Εκείνος που νιώθει πιο άνετα μ' ένα συγκεκριμένο μέλος της οικογένειας ή μ' ένα συγκεκριμένο ασθενή, αυτομάτως γίνεται κι ο άνθρωπος που το βοηθά..``* (σελ. 122)

Σε κάθε περίπτωση ασθενή με καταληκτική ασθένεια το προσωπικό θα πρέπει να συζητά και να μοιράζει τις ευθύνες αρχικά αλλά και να επικοινωνεί, να αλληλοβοηθείται καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή, καθώς και μετά το θάνατο του όταν συνεχίζεται η επαφή με την οικογένεια κυρίως από τον κοινωνικό λειτουργό. Βέβαια κάθε περίπτωση χρειάζεται και διαφορετική αντιμετώπιση από το προσωπικό.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟΥ.

Ο παθολόγος- ογκολόγος, με την ιδιότητα με την ιδιότητα του θεράποντα γιατρού και μέσα από την ιδιαίτερη σχέση που έχει αναπτύξει με τον ασθενή που πεθαίνει, καλείται να αντιμετωπίσει τον πάσχοντα ως σύνολο, αναγνωρίζοντας έγκαιρα τις οποίες ανάγκες τόσο του ίδιου όσο και των συγγενών του, καθώς ο ασθενής έχει ανάγκη από εξατομικευμένη προσέγγιση για τις συναισθηματικές αντιδράσεις του στον επερχόμενο

θάνατο. Ενδεικτική της συμπεριφοράς που αναμένεται να εκδηλώσει ο ασθενής, είναι όλη τη στάση που τήρησε σε προηγούμενους στρεσογόνους σταθμούς στη πορεία της νόσου του, όπως κατά τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου και στη διάρκεια των θεραπευτικών χειρισμών. Η ποικιλομορφία των αντιδράσεων πηγάζει από τη διαφορετική ηλικία, κουλτούρα, οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο, ενώ οι παλινδρομήσεις μεταξύ των διαφόρων τύπων αντιδράσεων είναι ο κανόνας. Ο ετοιμοθάνατος δεν τρομάζει τόσο με την ιδέα του θανάτου όσο με την ιδέα της απομόνωσης και της εγκατάλειψης, καθώς σύντομα αναγνωρίζει αυτούς που ενώ αρχικά επιδεικνύουν έντονο ενδιαφέρον σταδιακά αποσύρονται από το προσκήνιο. Αυτό άλλωστε είναι που αποτρέπει τους περισσότερους ασθενείς τελικού σταδίου από το να εγείρουν το θέμα του θανάτου στη συζήτηση με τους συγγενείς τους και περισσότερο με το θεράποντα γιατρό τους. Γι' αυτό η αποκάλυψη της αλήθειας ακόμη και στους ασθενείς που είναι έτοιμοι να την ακούσουν πρέπει να συνοδεύεται πάντα από μια θετική στάση εκ μέρους του γιατρού που να εμπνέει ελπίδα. Η γνωστοποίηση της πτωχής πρόγνωσης δεν εξαντλεί υποχρεωτικά τα αποθέματα ελπίδας που έχουν συσσωρευτεί. Αφουγκραζόμενος τις πραγματικές επιθυμίες και ανάγκες του ασθενή του μέσα από ειλικρινή και ουσιαστική επικοινωνία, ο γιατρός μπορεί να καλλιεργήσει ένα αίσθημα προσμονής για ελπιδοφόρα αναμενόμενα, γεγονότα όπως είναι για παράδειγμα η γέννηση ενός παιδιού στην οικογένεια και να δημιουργήσει κλίμα ασφάλειας διαβεβαιώνοντας πως θα βρίσκεται παρών μέχρι το τέλος. Όσο οξύμωρο κι αν αυτό ακούγεται, ο ασθενής που πεθαίνει ελπίζοντας, σκέφτεται περισσότερο για τη ζωή που του απομένει παρά για τον ίδιο το θάνατο. [Γ.Ν.Ιωαννίδης, ΑΑρδαβάνης, Γ.Ρηγάτος,2006]

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.

Για να προσεγγίσει τον ασθενή και το περιβάλλον του και να συμβάλλει θετικά στην αποκατάσταση του καρκινοπαθή απαιτείται από το/τη νοσηλεύτη/ τρία:

1. Τέχνη καλής επικοινωνίας, που να δημιουργεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και άνεσης.

2. Σωστή πληροφόρηση. Διάθεση χρόνου να ακούσει και να απαντήσει σε ερωτήσεις και απορίες του, στα πλαίσια της αρμοδιότητας του/ της.

3. Καλή ψυχολογική προετοιμασία για την επέμβαση και τη μετεγχειρητική πορεία.

4. Διδασκαλία ανάλογα με την περίπτωση, για την αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών προβλημάτων και της θεραπείας.

5. Πρόθυμη αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή.

6. Συνεργασία με την οικογένεια, ενημέρωση και βοήθεια για μια καλή αποδοχή της δοκιμασίας του. Διδασκαλία σε θέματα συμπεριφοράς προς τον άρρωστο και παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. [E.Αθανάτου,2004]

Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή σε συνδυασμό με τη φυσική φροντίδα και τη λεπτομερή εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να προωθήσει την αυτοφροντίδα, να βοηθήσει στην ανεξαρτητοποίηση από τη πρώτη μετεγχειρητική ημέρα, να ενισχύσει τη θέληση και να διατηρήσει την ελπίδα για ζωή και δράση. Το προσωπικό είναι πρόχειρο πάντα σε ώρες κρίσης και κατάθλιψης, όταν οι άλλοι δεν είναι κοντά. Αυτό συμβαίνει κυρίως τις νύχτες ή σε νοσοκομεία που δεν έχουν οργανωμένη συμβουλευτική φροντίδα. Ο/ η νοσηλευτής/ τρία αποκτούν μεγαλύτερη σημασία σε συμβουλευτικό ρόλο σε ασθενείς που δεν έχουν στενούς συγγενείς ή που η σχέση τους με το γιατρό είναι πενιχρή. Μπορούν να βοηθήσουν καλύτερα ακούγοντας τον ασθενή στα λεπτότερα του αισθήματα, προσπαθώντας κυρίως να προσαρμοστούν στη διάθεση του και όχι να προγραμματίζουν από πριν το τι θα πουν στον ασθενή πριν μπουν στο δωμάτιο του για να του αναπτερώσουν το ηθικό. [E.Kubler-Ross,1988]

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ.

Κατά την εξέλιξη της ασθένειας του, ο καρκινοπαθής παρουσιάζει μια ποικιλία συναισθηματικών αντιδράσεων, όπου χρειάζεται ψυχιατρική καθοδήγηση. Οι πιο κοινές αντιδράσεις του είναι τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια με απόσυρση, απογοήτευση και επιθυμία θανάτου, διέγερση και οργανικά ψυχοσύνδρομα με η χωρίς εγκεφαλικές μεταστάσεις, καθώς και αλλαγές της προσωπικότητας, εχθρότητα, άρνηση θεραπείας, απειλές μηνύσεις, κατάχρηση ουσιών, οργή για το ότι είναι ασθενείς, όπως και θλίψη, παραίτηση πριν η νόσος φθάσει σε τελικό στάδιο, καθώς και ματαίωση σχεδίων για το μέλλον. Αντιμετωπίζοντας αυτή τη σειρά των κλινικών και ψυχοκοινωνικών πιέσεως ο ψυχίατρος μπορεί να είναι αρκετά παραγωγικός, με την επίγνωση ότι η παρέμβαση αυτή δεν είναι διαφορετική για ένα άτομο με ανίατη νόσο απ' ότι για οποιονδήποτε άλλο πάσχοντα. Δεν μπορεί να γίνουν θαύματα ούτε υπάρχουν απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις. Ασχέτως του πόσο τραγική και αβάσταχτη είναι η πρόγνωση ενός τέτοιου ασθενή, ο ψυχίατρος θα πρέπει να τον βλέπει όπως και τους υπόλοιπους νοσηλευόμενους δηλαδή να διαγνωστεί και να προτείνει συγκεκριμένη θεραπεία. Οι κυριότερες δυνάμεις του ψυχιάτρου είναι η δυνατότητα να μοιραστεί τις άμυνες του πάσχοντος και να αναπτύξει θαυμασμό για τις εσωτερικές του δυνάμεις, ομορφιά, ευφυΐα,

κουράγιο και ειλικρίνεια. Τέλος, η οικογένεια ενός ασθενή με ανίατο νόσημα μπορεί να συμπεριληφθεί στη διασυνδεκτική φροντίδα ή να αποτελέσει επίσης θέμα προς καθοδήγηση. Όταν ένα άτομο πεθαίνει, όλο το σύστημα αποτελεί στόχο για ιατρική βοήθεια. Επίσης, ένα μέλος της οικογένειας μπορεί να έχει περισσότερες δυσκολίες στο να αντιμετωπίσει την κατάσταση από τον πάσχοντα και εξαιτίας της δικής του αδυναμίας, να εκνευρίζει τους θεράποντες γιατρούς, να τους αποσπά από τον ασθενή, να προκαλεί απομόνωση τους από το περιβάλλον και γενικότερα να θέτει σε κίνδυνο τη θεραπεία. [www.enkephalos.gr]

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.

Η πιο συνηθισμένη ανησυχία που οι ετοιμοθάνατοι ασθενείς εξομολογούνται είναι ο φόβος να μη γίνουν βάρος των άλλων. Με τη παροχή του απαιτούμενου υλικού πληροφοριών και καθοδήγησης στον ασθενή και την οικογένεια του, όταν ο πρώτος εγκαταλείπει το νοσοκομείο., ο κοινωνικός λειτουργός σηκώνει ένα σοβαρό εμπόδιο της συναισθηματικής προσαρμοστικότητας. Είναι επίσης φορές που αποβαίνει δυνατή και χρήσιμη η βοήθεια του στο συμβουλευτικό ρόλο. Επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να προσφέρει μεγάλη βοήθεια στην οικογένεια του ασθενή όχι τόσο από την άποψη που υπογραμμίζει η φιλολογία της συνηθισμένης πρακτικής εργασίας (οικονομική βοήθεια κ.α.) όσο με το να της παρέχει βοήθεια για καλύτερες σχέσεις με τον ασθενή. Πρέπει να βοηθάει τον ασθενή και την οικογένεια του να μοιράζονται τα αισθήματα τους κι έτσι να βρίσκουν κάποια ανακούφιση και γαλήνη. [E.Kubler-Ross,1988]

Για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού θα ασχοληθούμε εκτενέστερα στο επόμενο κεφάλαιο.

6.3.Οι τελευταίες μέρες πριν το θάνατο του καρκινοπαθή.

Οι καρκινοπαθείς του τελικού σταδίου καταλαβαίνουν πως πλησιάζει το τέλος τους και πολλοί απ' αυτούς έχουν μια φυσιολογική απόσυρση του ασθενή από την παθολογική κατάθλιψη, που οδηγεί στην πρόωρη εγκατάλειψη κάθε ελπίδας και έγνοιας. Είναι σημαντικό να διευκολυνθεί ο ασθενής στην έκφραση των συναισθημάτων του, παράλληλα είναι απαραίτητη η παρέμβαση του προσωπικού υγείας όταν αυτός βιώνει έντονα, ένοχα συναισθήματα, επειδή κατηγορεί τον εαυτό του για την κατάσταση που βρίσκεται ή επειδή πιστεύει ότι αποτελεί βάρος στο περιβάλλον του. Εξ' ίσου σημαντική είναι η κατάλληλη ανταπόκριση στις

ανάγκες που εκφράζει. Παρ' όλο που κάθε ασθενής έχει το δικό του μοναδικό τρόπο ν' αντιμετωπίζει το θάνατο του, υπάρχουν μερικές βασικές ανάγκες που χαρακτηρίζουν όλους τους ασθενείς που πεθαίνουν:

1. Η ανάγκη κάθε ασθενή να παραμείνει όσο το δυνατόν απελευθερωμένο από κάποιο οργανικό πόνο. Στη φάση αυτή, τα διάφορα φάρμακα πρέπει να χρησιμοποιούνται ανεπιφύλακτα για την όσο δυνατή ανακούφιση του ασθενή από τον οργανικό πόνο.

2. Η ανάγκη του ασθενή για αγάπη σε ένα περιβάλλον που δεν τον έχει εγκαταλείψει ή απομονώσει και που δεν τον έχει ``ξεγράψει`` επειδή η κατάσταση του προκαλεί βαθύ ψυχικό πόνο. Σε αυτή την τελική φάση, οι περισσότεροι ασθενείς εξοικονομώντας πολύτιμη ψυχική ενέργεια και μπρος τον πόνο του επικείμενου χωρισμού, περιορίζουν τις σχέσεις τους με λίγα σημαντικά πρόσωπα.

3. Η ανάγκη του ασθενή για τη κατανόηση που ψάχνει σε ένα ευαίσθητοποιημένο περιβάλλον, που θα του δώσει τη δυνατότητα να εκφραστεί ελεύθερα και να βρει παράλληλα την κατάλληλη υποστήριξη. Αυτή η υποστήριξη και συμπαράσταση είναι σημαντική σε μια περίοδο που συχνά αποτελείται από πολλούς ``μικρούς συμβολικούς θανάτους``, καθώς ο ασθενής από τη μια μέρα στην άλλη χάνει τις δυνάμεις του, αντιμετωπίζει νέες αναπηρίες, περιορίζεται στις δραστηριότητες του και στις κοινωνικές του επαφές κι αυτό είναι ένας υγιής τρόπος να αποχωρίσει βαθμιαία. [Δ.Παπαδάτου, Φ.Αναγνωστόπουλος, 1999]

Η χειρότερη μοναξιά για έναν ετοιμοθάνατο είναι το να μην μπορεί να ανακοινώσει στους οικείους του πως πεθαίνει. Διαισθάνεται μεν τον ερχομό του θανάτου, αλλά δεν μπορεί να μιλήσει, να μοιραστεί αυτό που η επερχόμενη αναχώρηση του εμπνέει. Συχνά η μόνη του επιλογή είναι η διανοητική σύγχυση, το παραλήρημα ή ακόμα ο πόνος που του δίνει τουλάχιστον, έναν τρόπο να εκφραστεί. [M. De Hennezel, 2007]

Η παρουσία και μόνο του θεράποντα ιατρού και της οικογένειας του ασθενή, όταν κι εφόσον είναι αυτή εφικτή, αποτελεί την πιο ειλικρινή εκδήλωση ενδιαφέροντος και την καλύτερη υπηρεσία που μπορεί να προσφέρει τις τελευταίες αυτές στιγμές. Για τον ετοιμοθάνατο που διατηρεί ακόμη επαφή με το περιβάλλον τα λόγια έχουν να πουν πολύ λιγότερα απ' ότι ίσως ένα ειλικρινές χαμόγελο ή μια ζεστή χειρονομία συμπαράστασης. Η οικογένεια του ασθενή, ακόμη κι όταν έχει αποδεχτεί το γεγονός του επερχόμενου θανάτου, δεν είναι εξοικειωμένη με τα χαρακτηριστικά σημεία που καταγράφονται τις τελευταίες στιγμές πριν εκπνεύσει ο άνθρωπος τους. Η προοδευτική απώλεια επαφής με το περιβάλλον, ακούσιες κινήσεις του σώματος και μορφασμοί του προσώπου, ο επιθανάτιος ρόγχος κι οι αγωνιώδεις προθανάτιες αναπνευστικές κινήσεις δυνατόν να πυροδοτήσουν αντιδράσεις πανικού και να οδηγήσουν σε

εσφαλμένες ερμηνείες ως επακόλουθο της άγνοιας αυτής. Είναι επομένως σημαντικό ο γιατρός να εξηγήσει αλλά και να προετοιμάσει τους συγγενείς για όλα εκείνα τα γεγονότα τα οποία φυσιολογικά προηγούνται της στιγμής του τέλους απαντώντας σε ερωτήματα και απορίες τους. Η ενημέρωση των συγγενών για τους χειρισμούς που γίνονται προς ανακούφιση του ασθενούς κι ο καθησυχασμός τους ότι ο τελευταίος δεν φαίνεται να υποφέρει δρουν παρηγορητικά ενισχύοντας το αίσθημα ελέγχου. [Γ.Ν.Ιωαννίδης, ΑΑρδαβάνης, Γ.Ρηγάτος,2006]

Τέλος, οι ασθενείς που ξέρουν τα συναισθήματα τους, να νιώσουν κοντά στους ανθρώπους που αγαπούν και να έχουν την ευκαιρία να αποχαιρετιστούν με αξιοπρέπεια νιώθοντας πως ακόμα αποτελούν μέρος της οικογένειας. Αν τα μέλη της οικογένειας είναι ικανά να μιλήσουν με τον ασθενή δηλαδή να τον ακούσουν και να του απαντήσουν σ' όλα, στα σοβαρά και ασήμαντα, σ' όλα αυτά που βρίσκονται στο κέντρο των σχέσεων μεταξύ των ανθρώπων, θα μπορέσουν να τον συνοδέψουν ως το τέλος. Η μόνη βοήθεια που μπορεί κανείς να προσφέρει στον μελλοθάνατο είναι να του δείξει πως επιθυμεί να μείνει μαζί του. [Ζ.Ραιμπό, 1978]

6.3.1.Προπαρασκευαστικός θρήνος της οικογένειας.

Τις τελευταίες μέρες πριν το θάνατο όλα τα μέλη της οικογένειας βιώνουν μια διεργασία προπαρασκευαστικού θανάτου. Κατά τη διεργασία αυτή η οικογένεια ενώ αρχίζει να συμφιλιώνεται με τη σκέψη του θανάτου περνά ταυτόχρονα από στιγμές άρνησης και διατηρεί περιοδικά μια ελπίδα που έρχεται σε αντίφαση με την πραγματικότητα. Αόριστες σκέψεις γύρω από το θάνατο

χαρακτηρίζουν τους φόβους και συχνά τους εφιάλτες της οικογένειας, ενώ εντείνεται το άγχος της μπροστά στον αναμενόμενο ``χωρισμό``. Πολλές φορές τα μέλη της οικογένειας αρχίζουν να σκέφτονται τι θα απογίνουν και πως θα αλλάξει η ζωή τους, την οποία προσπαθούν να φανταστούν χωρίς το μέλος της οικογένειας τους. Αυτή η νοητική προετοιμασία έχει σημαντικές θετικές επιπτώσεις στη προσαρμογή της οικογένειας στις μετά το θάνατο καινούργιες συνθήκες ζωής. [Δ.Παπαδάτου, Φ.Αναγνωστόπουλος, 1986]

Σύμφωνα με την E.Kubler- Ross (1979^a) οι αντιδράσεις της οικογένειας περνούν από τα εξής στάδια:

1. **Άρνηση**, να δεχτούν τη σοβαρότητα της κατάστασης.
2. **Θυμό**, που συνήθως απευθύνεται στο νοσηλευτικό προσωπικό.
3. **Κατάθλιψη**, όπου οι ελπίδες έχουν χαθεί και έχουν ανάγκη βοήθειας για να περάσουν στο επόμενο στάδιο.
4. **Παραδοχή**, να συνειδητοποιήσουν τη κατάσταση.

Στην περίοδο αυτή του προπαρασκευαστικού πένθους το προσωπικό και ιδιαίτερα ο κοινωνικός λειτουργός όσο περισσότερο μπορεί να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να εκφράζουν τις συγκινήσεις τους, πριν ο θάνατο του αγαπημένου τους, τόσο πιο άνετα θα νιώθουν αυτοί. Επίσης αυτή η οργή, η δυσαρέσκεια τους όταν μπορούν να τύχουν μιας σωστής επεξεργασίας, τότε τα μέλη θα περάσουν μέσα από προπαρασκευαστική φάση θλίψης, όπως περνά και το πρόσωπο που πεθαίνει. Όσο περισσότερο εκφράζεται αυτή η θλίψη πριν το θάνατο, μέσα από το προπαρασκευαστικό θρήνο, τόσο λιγότερο ανυπόφορη γίνεται αργότερα. Όταν η διαδικασία του προπαρασκευαστικού θρήνου αρχίζει πρώιμα και διαρκεί για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να απομακρυνθεί συναισθηματικά η οικογένεια από τον ασθενή πριν ακόμα πεθάνει. Υπάρχει ακόμα ο κίνδυνος να απορρίψουν τον ασθενή, να τον ξεγράψουν πριν το θάνατο του. Σε αυτή τη περίπτωση ο ασθενής θα προσπαθήσει να προστατεύσει τον εαυτό του, ενάντια σ' αυτή την απομόνωση αυτή την ακύρωση του εαυτού του. Αντίστροφα πάλι όταν τα μέλη μιας οικογένειας δεν προετοιμάζονται έγκαιρα για να αντιμετωπίσουν το θάνατο, τότε αντιδρούν αρνητικά στις κρίσιμες τελευταίες στιγμές, άλλοτε αναζητώντας μη επιστημονικούς τρόπους θεραπείας ή εκδηλώνοντας έντονη επιθετικότητα προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όταν συμβεί ο θάνατος του ασθενή. [Z.Ραιμπό, 1978]

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε πως το προσωπικό και ειδικότερα ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να ενθαρρύνει τους γονείς και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν τα συναισθήματα τους και να ζήσουν το προπαρασκευαστικό πένθος, όταν έρθει η κατάλληλη περίοδος.

6.3.2. Προπαρασκευαστικό πένθος στο προσωπικό του νοσοκομείου.

Το προσωπικό ζει επίσης τη διαδικασία του προπαρασκευαστικού πένθους για τους ασθενείς με τους οποίους κάθε μέλος έχει συνδεθεί και πρόκειται να πεθάνουν. Από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό υπάρχει ένας έντονος αρνητισμός για να ζήσουν τις τελευταίες στιγμές του βαριά

άρρωστου ασθενή. Όλοι εύχονται, ο θάνατος να μην συμβεί στη δική τους εφημερία. Όλες οι δραστηριότητες του τμήματος νεκρώνονται. Επικρατεί μια έντονη νευρική κατάσταση και ένας μυστικισμός. Το προσωπικό κυριεύεται από αισθήματα ανεπάρκειας, αποτυχίας και αυτό-αμφισβήτησης. Θλίβεται γιατί τερματίζεται μια μακρά και πάνω απ' όλο ανθρώπινη σχέση αυτή του γιατρού και του ασθενή του, καθώς και γιατί το γεγονός αυτό καθ' αυτό αποτελεί δυσάρεστη υπενθύμιση του επερχόμενου θανάτου του ίδιου και των αγαπημένων του προσώπου. Πολλές φορές συμβαίνει το νοσηλευτικό προσωπικό να ζει μαζί με την οικογένεια του ασθενή το προπαρασκευαστικό πένθος με συναισθήματα θλίψης, θυμού για την ανικανότητα αντιμετώπισης του θανάτου, έντονης οργής και αποθάρρυνσης κι αυτό γιατί βρίσκεται σε συνεχή άμεση επαφή μαζί τους. [Γ.Ν.Ιωαννίδης, ΑΑρδαβάνης, Γ.Ρηγάτος,2006]

Ο ασθενής για να δεχτεί την απώλεια και να ξεπεράσει τη φάση της κατάθλιψης, χρειάζεται τη συνεπή και σταθερή παρουσία της οικογένειας του και του προσωπικού υγείας, τη συμμετοχή και συνεχή συμπαράσταση τους. Για να μπορέσουν να βοηθήσουν τον ασθενή που πεθαίνει θα πρέπει να συμπορεύονται μαζί του προς το θάνατο και να βρίσκονται κοντά του ως την ώρα που θα πεθάνει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.Ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της υγείας- στην αντιμετώπιση του καρκίνου.

Η αναγνώριση των ψυχοκοινωνικών καταστάσεων ως ουσιαστικών παραγόντων στην κατάσταση της υγείας και την εξέλιξη μιας ασθένειας, με ιδιαίτερη αναφορά στον καρκίνο, βάζει την Κοινωνική Εργασία σε μια πιο ουσιαστική θέση στο χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας, από την ως σήμερα παραγνωρισμένη από τις λοιπές ιατρικές και παραϊατρικές ειδικότητες αναγκαιότητα του κλάδου αυτού. Στο εφαρμοζόμενο σήμερα μοντέλο περίθαλψης ο συνδεδετικός κρίκος ανάμεσα στην καθαρά βιολογική κατεύθυνση της ιατρικής και την πολύπλευρη πραγματικότητα του ασθενή είναι κυρίως η κοινωνική εργασία. Επιστήμη καθαρά ανθρωποκεντρική με αντικείμενο της τον άνθρωπο στην καθημερινότητα του, τα προβλήματα και τις δυσκολίες του. Ένας κλάδος που δεν μπορεί να επικαλυφθεί από κανέναν άλλο γιατί έχει αυτοτέλεια και ιδιαιτερότητα τόσο στον τρόπο προσέγγισης αλλά και κυρίως στον τρόπο εφαρμογής. Στο χώρο του αγώνα κατά του καρκίνου η κοινωνική εργασία φυσικά δεν αποβλέπει στην επιμήκυνση της ζωής του ασθενή. Δεν είναι αυτός ο σκοπός της. Σκοπός της είναι πάντα η βελτίωση της ποιότητας ζωής με την ευρύτερη δυνατή έννοια. Το ότι η βελτίωση αυτή μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στην αποφυγή του υποτροπιασμού της νόσου ή στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας, είναι για την κοινωνική εργασία προς το παρόν, δευτερογενής στόχος. Ο καρκίνος όμως είτε στο σημερινό μοντέλο υγείας είτε σ' ένα μελλοντικό δεν θα πάψει να είναι κατά κύριο λόγο για δουλειά συνεργασίας και αλληλοσυμπλήρωσης.

Για την ιατρική καθαρά θεραπεία είναι αρμόδιος ο γιατρός. Για την ψυχολογική θεραπεία και την εφαρμογή της χαλάρωσης είναι αρμοδιότερος ο ψυχολόγος. Για τον χειρισμό όμως των σχέσεων του ασθενή με τον κοινωνικό του περίγυρο, με τη στάση του και αντιμετώπιση των προβλημάτων της ζωής, είναι αρμοδιότερος όλων ο κοινωνικός λειτουργός. Τα επίπεδα της παρέμβασης της Κοινωνικής Εργασίας είναι πολλά και απαιτείται η χρήση και των τριών μεθόδων της, της Κοινωνικής Εργασίας με **άτομα**, με **οικογένεια**, με **κοινότητα**.

7.1.Κ.Ε.Α και καρκίνος.

Όλες οι εναλλακτικές θεραπείες που έχουν ως τώρα παρουσιαστεί για τον καρκίνο, έχουν το κοινό γνώρισμα ότι στο κέντρο του ενδιαφέροντος τους τοποθετούν όχι την ασθένεια αλλά στον ασθενή. Στη δομή του σήμερα εφαρμοζόμενου μοντέλου υγείας η ειδικότητα που κατά κύριο λόγο ασχολείται με τον ασθενή είναι αυτή του κοινωνικού λειτουργού. Γενικά σκοπός της δουλειάς του στη νοσοκομειακή περίθαλψη είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τα προβλήματα εκείνα που του δημιουργούν μια τέτοια ψυχική κατάσταση που παρεμποδίζουν τη θεραπεία του. Τα κοινωνικά προβλήματα συνήθως συνυπάρχουν με τα προβλήματα υγείας άλλοτε σαν συνέπεια και άλλοτε σαν αιτία, ψυχοκοινωνικών δυσκολιών. [Δ.Παπαδάτου, Φ.Αναγνωστόπουλος, 1986]

Όσο αφορά τον καρκίνο κάποια ψυχοκοινωνικά προβλήματα μπορεί να προϋπάρχουν της εκδήλωσης της ασθένειας και η ίδια η ασθένεια όμως από μόνη της είναι γενεσιουργός αιτία πλείστον άλλων προβλημάτων. Αυτά τα προβλήματα ξεκινάνε ακόμη από τη διάγνωση του καρκίνου. Ο φόβος που καλύπτει την ασθένεια αυτή οδηγεί συχνά το περιβάλλον του ασθενή και τον γιατρό να του αποκρύψουν την αλήθεια για τη κατάσταση του. Πολύ συχνά το ίδιο το περιβάλλον του καρκινοπαθή, θέλοντας να προστατεύσει τον ασθενή της από την οδύνη μιας τέτοιας γνώσης, δημιουργεί ένα κλίμα υποκριτικής αισιοδοξίας, αφήνοντας τον ασθενή ανενημέρωτο για την πραγματική του κατάσταση. Ζητάει μάλιστα και από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να κάνει το ίδιο. Αυτή η στάση όμως είναι αυτή που τελικά ενισχύει το κοινωνικό στίγμα της νόσου. Η επικρατέστερη άποψη πάνω στο θέμα είναι πως η τακτική που θα ακολουθηθεί θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να συνεκτιμούνται η ιδιαιτερότητα της προσωπικότητας του ασθενή και οι περιβαλλοντικές του συνθήκες με στόχο ποτέ η ενημέρωση να μη καταλήγει εις βάρος του. [Δ.Παπαδάτου, Φ.Αναγνωστόπουλος, 1986]

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σ' αυτό ακριβώς το σημείο είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Αυτός είναι που θα συνεκτιμήσει τις συνθήκες και σε συνεργασία με άλλες ειδικότητες θα επιλέξει τον κατάλληλο χειρισμό για να προβεί στην ενημέρωση. Από εδώ ξεκινάει η κύρια δουλειά του κοινωνικού λειτουργού με τους καρκινοπαθείς. Η διάγνωση του καρκίνου συχνά προκαλεί στον ασθενή ψυχολογική αποδιοργάνωση αφού κινητοποιεί το φόβο του θανάτου. Η φροντίδα για τη στήριξη, τη συμπαράσταση, την ενίσχυση στην έκφραση των πραγματικών συναισθημάτων είναι βασική δουλειά των κοινωνικών λειτουργών. Ο

άνθρωπος που αντιμετωπίζει αυτή την ασθένεια παλεύει ταυτόχρονα με δυο σημαντικά προβλήματα. Το ένα είναι η ίδια η ασθένεια και το δεύτερο ο αντίκτυπος που έχει αυτή στην προσωπικότητα του, στους ρόλους της ζωής του, στις σχέσεις του με το περιβάλλον του. [L.L.Hay, 2007]

Ο αγώνας που γίνεται μέσα σ' ένα αντικαρκινικό νοσοκομείο σήμερα από τις ιατρικές ειδικότητες σκοπό έχει βασικά την παράταση του χρόνου ζωής. Σκοπός της Κοινωνικής Εργασίας είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής, ασχέτως του χρόνου που απομένει. Σε σχέση με την ασθένεια αυτή καθ' αυτή αρμοδιότητα του κοινωνικού λειτουργού είναι να κατευθύνει τον ασθενή στην έκφραση των πραγματικών του συναισθημάτων και των αναγκών του. Ο καλύτερος τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι:

1. Να αναγνωρίσει κανείς τη θέση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής.
2. Να αναπτύξει μαζί του μια ειλικρινή σχέση ώστε να του δοθεί η δυνατότητα να ρωτήσει οτιδήποτε θέλει να ξέρει σχετικά με την κατάσταση του.

Αναπάντητες ερωτήσεις προσλαμβάνουν πολλές φορές παράλογη σπουδαιότητα και μόνο η επικοινωνιακή συζήτηση μπορεί να αποτρέψει σοβαρές παρεξηγήσεις και αδικαιολόγητες φοβίες. [Δ.Παπαδάτου, Φ.Αναγνωστόπουλος, 1986]

Είναι γνωστό πως η εκφόρτηση καταπιεσμένων συναισθημάτων και φόβων βελτιώνει σημαντικά τόσο την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων όσο και τις σχέσεις του με το περιβάλλον του, βελτιώνοντας κατ' επέκταση και την ποιότητα ζωής και δεν πρέπει να ξεχνάμε πως μια θετική στάση του ασθενή έχει θετικό αντίκτυπο στην υγεία του. Δεν είναι στόχος το να υποβαθμιστεί ο κίνδυνος που υπάρχει, πίσω από τον καρκίνο. Ο καρκίνος είναι πάντα μια σοβαρή ασθένεια που πρέπει να αναγνωρίζεται τόσο από τον κοινωνικό λειτουργό όσο και από τον ασθενή και το περιβάλλον του. Πρέπει όμως να ειπωθεί στις πραγματικές του διαστάσεις πέρα από υπερβολικούς συναισθηματισμούς και φόβους. Η διαπίστωση εξ' άλλου ότι διάφορες ψυχοκοινωνικές καταστάσεις μπορεί να ενέχονται στην εμφάνιση ενός καρκίνου δεν πρέπει να περάσει απαρατήρητη. Στη διαδικασία της θεραπείας και της αποκατάστασης ενός καρκινοπαθή μπορεί να κριθεί χρήσιμη η ψυχοθεραπευτική βοήθεια προς τον ασθενή, κι ένα αντικαρκινικό πλαίσιο θα πρέπει να παρέχει αυτή τη δυνατότητα. Όσο δύσκολη κι αν είναι μια κατάσταση υπάρχει πάντα η δυνατότητα να κινητοποιηθούν τα δυναμικά του ασθενή προς τη βελτίωση της κατάστασης αυτής και να αποφευχθεί η κοινωνική απομόνωση και ο στιγματισμός. Ο ασθενής με καρκίνο θα πρέπει να συνεχίσει να είναι η προσωπικότητα που πάντα ήταν με όλα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της και δεν πρέπει να γίνει απλά ένας καρκινοπαθής. Σημαντική βοήθεια μπορεί να προσφέρει η

Κοινωνική Εργασία εδώ, εργαζόμενη με το στενότερο περιβάλλον του ασθενή.

7.2.Κ.Ε. και η οικογένεια του καρκινοπαθή.

Πολύ συχνά παρατηρείται το στενότερο περιβάλλον του καρκινοπαθή, τα ίδια δηλαδή τα μέλη της οικογένειας του, να εγείρουν μηχανισμούς άμυνας που απομονώνουν τον ασθενή και αποστασιοποιούνται από το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν. Προσπαθούν να του συμπαρασταθούν δείχνοντας συμπόνια και οίκτο και τον προστατεύουν από τον πόνο, με το να μη συζητάνε καθόλου μεταξύ τους το πρόβλημα που τόσο φανερά τους απασχολεί. Απαλλάσσουν συχνά τον ασθενή από τις συνηθισμένες του δραστηριότητες και ευθύνες και τον υπερπροστατεύουν. Δημιουργούν ένα κλίμα ψεύτικης αισιοδοξίας με το να υπόσχονται πως όλα θα πάνε καλά, προτείνοντας στον ασθενή να μην κλαίει και να μη φοβάται. Το μεγαλύτερο πρόβλημα εντοπίζεται στο ότι η στάση αυτή της οικογένειας έρχεται τον καιρό που ο ασθενής έχει τη μεγαλύτερη ανάγκη από ενθάρρυνση και υποστήριξη για να εκφράσει τα πραγματικά του συναισθήματα και να πιστέψει πως και μπορεί αλλά και πρέπει να αγωνιστεί για τη ζωή του. Άντ' αυτού όμως εισπράττει οίκτο και σιωπή. Ο L. Leshan, αναφέρει πως όταν σε συνεργασία με την οικογένεια ενός καρκινοπαθή χρησιμοποιεί τη φράση: *``Ας αντιμετωπίσουμε ένα γεγονός``* αυτή κάνει τα μέλη να περιμένουν ν' ακούσουν τη συνέχεια *``ο T. πεθαίνει``*. Όταν αντί αυτού ο Leshan λέει: *``ο T. είναι ζωντανός``* τα μέλη της οικογένειας νιώθουν ένα έντονο σοκ, που δείχνει ότι υποσυνείδητα είχαν θεωρήσει το μέλος της οικογένειας τους νεκρό. Το γεγονός ότι η οικογένεια αποφεύγει τη συναισθηματική εμπλοκή και εγκαταλείπει τον ασθενή σαν αυτός να έχει ήδη πεθάνει, ερμηνεύεται σα μια υποσυνείδητη απόπειρα αυτοπροστασίας για να μειώσουν το πλήγμα όταν επέλθει ο θάνατος. [L. Leshan, 1981]

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε παρόμοιες περιπτώσεις είναι να διδάξει την οικογένεια, να της μάθει τρόπους ώστε να αναπτύξουν μια πιο ειλικρινή σχέση μεταξύ τους και πιο βοηθητική για το άρρωστο μέλος τους. Πρέπει να τους βοηθήσει να συνειδητοποιήσουν πως τηρώντας αρνητική στάση απλά κάνουν τα πράγματα πιο δύσκολα και πως αντίθετα με την ανοιχτή και ειλικρινή έκφραση των συναισθημάτων τους βοηθούν στην πιο εύκολη αντιμετώπιση του προβλήματος. Δεν μπορεί βέβαια να μετρηθεί πόσο μια τέτοια στάση επιφέρει βελτίωση στην κατάσταση της υγείας του ασθενή, δεν μπορεί όμως και να αποκλειστεί μια τέτοια υπόθεση. Το σίγουρο είναι πως βελτιώνονται οι συνθήκες διαβίωσης, μειώνεται η

ένταση και το άγχος τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειας του και επιτυγχάνεται ως ένα βαθμό η ποιότητα ζωής. Σίγουρα το σύστημα της οικογένειας βιώνει κάποια έντονα συναισθήματα και ένα ισχυρό σοκ όταν ένα μέλος της προσβληθεί από καρκίνο. Υπάρχει διαφορά ανάλογα με το ποιο μέλος είναι αυτό, τη θέση που κατείχε μέσα στην οικογενειακή δομή καθώς και με το κοινωνικό- πολιτιστικό επίπεδο της οικογένειας. Σε τέτοιες περιπτώσεις η οικογένεια έχει ένα διπλό ρόλο. Αυτόν του αποδέκτη φροντίδας για τη μείωση του άγχους, της σύγχυσης και της απελπισίας καθώς και για την αναστήλωση της ελπίδας για το μέλλον κι αυτόν του συμμετοχού στην παροχή φροντίδας στον ασθενή. Η οικογένεια του καρκινοπαθή θα πρέπει να ενισχυθεί και να εκπαιδευτεί ώστε να μπορεί να κατανοήσει τις ανάγκες του άρρωστου μέλους της όταν αυτό είναι δυνατό, να το κρατήσει και να το φροντίσει μέσα στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού της και όχι στο απρόσωπο νοσοκομείο. [M. De Hennezel,2007]

Όπως έχει υποστηριχθεί ο καρκίνος είναι μια εκδήλωση που φανερώνει κάποια άλλη δυσλειτουργία σε κάποιο τομέα της καθημερινής ζωής του ασθενή, καταλαβαίνουμε πως δεν μπορούμε να μιλάμε για θεραπεία όταν αυτές οι συνθήκες συνεχίζουν να υπάρχουν ακόμη κι αν η χειρουργική ή άλλη επέμβαση έχουν εξαφανίσει εντελώς τον όγκο. Ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, στο βαθμό που του δίνεται η δυνατότητα και οι ιδιαίτερες κάθε φορά συνθήκες το επιτρέπουν, να παρεμβαίνει προτείνοντας και ενισχύοντας αλλαγές στη συμπεριφορά και στην αλληλεπίδραση του ασθενή με το περιβάλλον του. Στο σημείο αυτό ίσως δεν είναι τόσο σημαντικό το πια μέθοδος θα ακολουθηθεί. Σημαντικότερη κρίνεται η ίδια η προσωπικότητα του κοινωνικού λειτουργού που θα πρέπει να μπορεί να αναπτύξει μια ειλικρινή και λειτουργική σχέση με τον πελάτη του βασισμένη στον σεβασμό και στην πραγματική επιθυμία να βοηθήσει.

7.3.Κ.Ε.Κ και καρκίνος.

Για πολλά χρόνια ο καρκίνος ήταν μια εξαιρετικά επικίνδυνη ασθένεια εξ' αιτίας της άγνοιας που είχε ο περισσότερος κόσμος γι' αυτήν και αδιαφορούσε ή δεν μπορούσε να αναγνωρίσει τα συμπτώματα που παρουσιάζονταν. Έτσι η προσέλευση στο γιατρό ήταν καθυστερημένη και γι' αυτό οι δυνατότητες για θεραπεία μικρές. Σήμερα παρ' όλο που η ενημέρωση είναι ως ένα βαθμό ικανοποιητική ο καρκίνος συνεχίζει να είναι μια επικίνδυνη ασθένεια εξ' αιτίας του φόβου που τον περιβάλλει. Η γνώση των συμπτωμάτων και μόνο φαίνεται πως δεν επαρκεί για να οδηγήσει κάποιον έγκαιρα στο γιατρό. Ίσως μάλιστα να λειτουργεί ανασταλτικά για το άτομο που τα αναγνωρίζει και ξέρει πως σημαίνουν

``καρκίνος``, αφού συχνά κάτω από το κράτος του φόβου μεταθέτει τις εξετάσεις, που στην περίπτωση αυτή ισοδυναμούν με επιβεβαίωση της ``θανατικής καταδίκης``. Ο καρκίνος όπως έχει λεχθεί είναι μια αρρώστια ταυτισμένη με το θάνατο και μάλιστα με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο. [Δ.Παπαδάτου, Φ.Αναγνωστόπουλος, 1986]

Σε έρευνες που έγιναν σχετικά με την καθυστερημένη προσέλευση για διάγνωση ή για θεραπεία ατόμων με καρκίνο, έχει διαπιστωθεί πως ευθύνονται για αυτό. Παράγοντες όπως η έλλειψη γνώσης σχετικά με τις δυνατότητες θεραπείας, η προσωπικότητα του ατόμου καθώς και διάφοροι κοινωνικοί συντελεστές όπως ο φόβος της κοινωνικής απομόνωσης, η κακή σχέση ασθενή- γιατρού, η ντροπή για μια πιθανή μείωση ή απώλεια ρόλου. Το τελευταίο έχει σχέση με τις γνωστές παρενέργειες της θεραπείας κυρίως της χειρουργικής (όπως η μαστεκτομή, κολοστομία, ορχεκτομή, λαρυγγεκτομή) ή και η απώλεια μαλλιών που συνεπάγεται η χημειοθεραπεία, οι οποίες αλλοιώνουν σημαντικά τα χαρακτηριστικά των ασθενών. [Δ.Παπαδάτου, Φ.Αναγνωστόπουλος, 1986]

Η σημερινή όμως θεραπεία του καρκίνου υποστηρίζεται ότι είναι αποτελεσματική όταν ο καρκίνος διαγνωστεί έγκαιρα και αντιμετωπιστεί στα πρώτα του στάδια. Καταλαβαίνουμε λοιπόν πόσο μεγάλης σημασίας είναι η έγκαιρη προσέλευση για εξέταση, όταν εντοπίσουν κάποια συμπτώματα ή πολύ καλύτερα ακόμη, η τακτική προληπτική εξέταση. Η έννοια της πρόληψης βέβαια για τον καρκίνο μπορεί να είναι πολύ ευρύτερη με την έννοια ότι θα περιλαμβάνει δραστηριότητες που θα στοχεύουν στο να μειώσουν την εμφάνιση μιας ασθένειας σ' ένα πληθυσμό. Αυτό όμως είναι θέμα περισσότερο πολιτικής βούλησης. Στην αντιμετώπιση όμως της ασθένειας του καρκίνου όπως αυτή σήμερα γίνεται, η πρόληψη με στόχο την έγκαιρη διάγνωση θεωρείται ζωτικής σημασίας. Έτσι με κύριους φορείς τα Αντικαρκινικά και Γενικά νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας στις επαρχιακές περιοχές, οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν ν' αναλάβουν σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση του πληθυσμού για τις δυνατότητες θεραπείας, τη χρησιμότητα της προληπτικής εξέτασης, τα θετικά της έγκαιρης διάγνωσης. Το πιο σημαντικό όμως κομμάτι δεν είναι τόσο η γνωστοποίηση των επιστημονικών όρων. Πολύ σημαντικότερη είναι η δουλειά που πρέπει να γίνει ώστε ο καρκίνος να πάψει να είναι η ``επάρατη νόσος``. Το κοινωνικό στίγμα του καρκίνου θα πρέπει να σπάσει και να τεθεί η ασθένεια στη σωστή της διάσταση. Ο καρκίνος έτσι όπως σήμερα τον γνωρίζουμε είναι φτιαγμένος από τους ανθρώπους. Οι άνθρωποι έχουν δώσει στον καρκίνο αυτή τη τρομακτική μορφή. Η αλήθεια όμως είναι τελείως διαφορετική. Ο καρκίνος είναι μια χρόνια πάθηση, από την οποία μπορεί να μην κάποιος να πεθάνει μπορεί όμως και όχι. Άλλωστε δεν είναι η μόνη επικίνδυνη χρόνια ασθένεια. Το θέμα του

καρκίνου πρέπει να τεθεί στις σωστές του διαστάσεις και η σωστή διάσταση φοβίζει πολύ λιγότερο από το βαρύ κοινωνικό στίγμα.

Ο κοινωνικός λειτουργός μέσα σ' ένα ευρύτερο πρόγραμμα πολιτικής απέναντι στον καρκίνο και μέσα από διάφορους φορείς, μπορεί να εργαστεί πάνω σ' αυτό το σημείο της ενημέρωσης:

1. με ομιλίες σε κοινοτικούς χώρους, σε σχολεία, μέσα από τα Μ.Μ.Ε.

2. με διοργάνωση σχετικών ημερίδων.

3. με τη συνεργασία και άλλων ειδικοτήτων.

Θα πρέπει να βρει το κανάλι εκείνο της επικοινωνίας με τον κόσμο, που θα απογυμνώσει τον καρκίνο απ' όλη τη μυθολογία που τον συνοδεύει. Όσο ο καρκίνος και τα θέματα γύρω απ' αυτόν παραμένουν ταμπού και όσο κυριαρχεί ο φόβος γύρω από την ασθένεια αυτή, αυτό που τελικά ευνοείται από μια τέτοια στάση είναι αυτή η ίδια η ασθένεια.

Θα ήθελα να κλείσω την ενότητα αυτή με μια προσευχή γραμμένη από Ινδιάνους της Αμερικής πριν από εκατοντάδες χρόνια, η αλήθεια της οποίας ωστόσο έχει και σήμερα την ίδια τεράστια αξία:

Ήσε με να βαδίσω με χάρη και κάνε το βλέμμα μου ν' ατενίζει αιώνια το άλικο και πορφυρό ηλιοβασίλεμα.

Κάνε τα χέρια μου να σέβονται τα δημιουργήματα σου, και χάρισε σ' αυτιά μου ευαισθησία για ν' ακούν τη φωνή σου.

Κάνε με σοφό για να μπορώ να καταλαβαίνω τα πράγματα που έχεις διδάξει στο λαό μου.

Άσε με να μάθω τα μαθήματα που έχεις κρυμμένα μέσα σε κάθε φύλλο και κάθε πέτρα.

*Ζητάω δύναμη, όχι για να είμαι δυνατότερος από τον αδελφό μου, αλλά για να παλέψω τον μεγαλύτερο εχθρό μου: **EMENA**.*

Κάνε με να είμαι έτοιμος κάθε στιγμή να 'ρθω κοντά σου με τα χέρια καθαρά και βλέμμα ευθύ, έτσι που όταν η ζωή μου θα αχνοσβήνει σαν το φως του δειλινού, το πνεύμα μου να έρθει σε σένα χωρίς ντροπή...`. [E. Kubler- Ross, 2004 σελ. 123-124]

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας για τη λήψη πτυχίου, είχε ως σκοπό της να γίνει μια προσπάθεια διερεύνησης του ρόλου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση καρκινοπαθών που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ασθένειας τους. Στην έρευνα έλαβαν μέρος συνολικά 100 άτομα. Ο πληθυσμός που απευθύνθηκα ήταν οι ιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλευτές- τρεις των Νοσοκομείων της Ανατολικής Θεσσαλονίκης: ``Ιπποκράτειο``, ``Άγιος Παύλος`` και ``Θεαγένειο``.

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή πληροφοριών είναι το ερωτηματολόγιο και για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 16.0 για Windows.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ

Κάποια από τα κυρίαρχα σημεία των αποτελεσμάτων της έρευνας που αξίζει να αναφερθούν είναι, ότι το 43% των γιατρών ασχολείται εκτός από την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του ασθενή και με την ψυχολογική του υποστήριξη, έναντι του 3% των γιατρών. Ακόμη, το 82% του πληθυσμού, ανεξαρτήτως ειδικότητας πιστεύει ότι ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για τη σοβαρότητα της κατάστασης του. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το γεγονός ότι το 58% του πληθυσμού θεωρεί ότι κύριος υπεύθυνος για την ενημέρωση του ασθενή όσο αναφορά τη σοβαρότητα της κατάστασης του είναι ο θεράπων ιατρός. Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί ότι το 96% του πληθυσμού συνεργάζεται και στηρίζει την οικογένεια του ασθενή με ποικίλους τρόπους. Επίσης, το 25% των νοσηλευτών θεωρεί ότι είναι απαραίτητη η ειδική εκπαίδευση του προσωπικού που ασχολείται με καρκινοπαθής του τελικού σταδίου, έναντι του 6%. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 95% του πληθυσμού ανεξαρτήτως ειδικότητας υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει στήριξη των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται με τη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Τέλος, το 15% των κοινωνικών λειτουργών αναφέρει ότι υπάρχει διαφοροποίηση των συναισθημάτων τους ανάλογα με το περιστατικό που έχουν ν' αντιμετωπίσουν κάθε φορά και κυρίαρχος παράγοντας όπως υποστηρίζει το 9% (των κοινωνικών λειτουργών) είναι η ηλικία των ασθενών.

SUMMARY

The research that was conducted within the: framework of my thesis subject, had as its purpose to investigate the role of the medical staff in dealing with final-stage cancer patients. A total of 100 individuals took part in this research. The populace was comprised by doctors, psychologists, social workers and nursing staff, employed by the hospitals of the Eastern Thessaloniki, "Híppokrateío", "Saint Paul" and "Theageneio".

The result tool that was used for collecting the data was in the form of questionnaires and for the statistical processing of the data the SPSS 16.0 statistical pack for Windows was used. Some of the main points resulting: from this research worth mentioning are that while 43% of doctors deal with both the medical care as well as the psychological support of the patients, in contrast to 3% that do not. Furthermore, 82% of the questioned populace, of different medical expertise, believes that the patient should be informed about the gravity of his/her situation. Another interesting finding, is the fact that 58% supports that the sole responsible for updating the patient in concern with the gravity of the situation is the attending physician. In addition, it's worth mentioning that 96% is collaborating and supporting the patient's family in various manners. Also, 25% of the nursing staff believes that special training is essential for the staff members that work with final-stage cancer patients, in comparison to 6% that do not support this belief. Noticeable is the fact that 95% of the questioned populace, all of different expertise, believe that there is no adequate support for the medical professional working with this specific group of patients. Finally, 15% of social workers supports that there is emotional differentiation depending on the individual case and 9% believes that the patient's age is the critical factor.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

8.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε επιστημονική έρευνα, σε οποιοδήποτε γνωστικό αντικείμενο εκπονείται με βάση μια συγκεκριμένη συλλογιστική, που προκύπτει από την εμπειρική παρατήρηση ενός πλήθους μεταβλητών, οι οποίες χαρακτηρίζουν το περιβάλλον ανάπτυξης της κάθε επιστήμης, αλλά κυρίως εκπονείται από τη συνεχώς διογκούμενη και επεκτεινόμενη βιβλιογραφία που άπτεται των ενδιαφερόντων του ή των ερευνητών.

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας για τη λήψη πτυχίου, είχε ως σκοπό της να γίνει μια προσπάθεια διερεύνησης του ρόλου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση καρκινοπαθών που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ασθένειας τους.

Ο αρχικός στόχος για να καλυφθεί αυτή η μελέτη ήταν να χρησιμοποιηθεί ο ερευνητικός τρόπος δουλειάς. Μετά όμως από πολυήμερες και συχνές επισκέψεις που πραγματοποιήθηκαν σε Νοσοκομεία και κατόπιν συνεργασίας με το επιστημονικό τους προσωπικό, που αποτελείται από ιατρούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές διαπιστώθηκε ότι δεν ήταν δυνατόν να προσεγγιστούν οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο και οι συγγενείς τους.

Η έντονη συναισθηματική κατάσταση συγγενών και ασθενών, η ιδιαιτερότητα της ασθένειας, η προοπτική ενός επερχόμενου θανάτου και τέλος οι πρακτικές δυσκολίες, όπως η απαγόρευση της εισόδου σε ορισμένες μονάδες ήταν οι κυρίως λόγοι που δεν επέτρεψαν την προσέγγιση των ατόμων αυτών.

Μετά από αυτές τις εμπειρίες και τις παρατηρήσεις από τις επαφές με τους ειδικούς, έγινε προσπάθεια να γίνει ερευνητική μελέτη με το προσωπικό των Νοσοκομείων αυτών. Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι δεν βρέθηκε έρευνα που να έχει ασχοληθεί συγκεκριμένα με το θέμα της παρούσας μελέτης. Έτσι η έρευνα αυτή θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια προερευνητική εργασία που μπορεί να επιδέχεται εκτενέστερη ανάλυση και εμβάθυνση των παραμέτρων της και των αποτελεσμάτων της.

Οι ερευνητικές υποθέσεις που έγιναν ήταν οι εξής:

1. Η έλλειψη στήριξης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού.
2. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που ασχολείται με την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή συμβάλλει στη βελτίωση της κατάστασης του.
3. Η ειδική εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού βοηθάει το ίδιο το προσωπικό στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.
4. Η ειλικρινής αντιμετώπιση του ασθενή από μέρος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού συμβάλλει στη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ τους.

8.2. ΔΕΙΓΜΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος συνολικά 100 άτομα. Δεν υπήρξε απώλεια ερωτηματολογίων κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, ενώ η συμμετοχή τους στην έρευνα ήταν προαιρετική και ανώνυμη.

Ο πληθυσμός που απευθύνθηκα ήταν ιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλεύτριες των Νοσοκομείων της ανατολικής Θεσσαλονίκης: ``Ιπποκράτειο``, ``Άγιος Παύλος`` και ``Θεαγένειο``. Για γραφειοκρατικούς όμως λόγους η συνεργασία με το προσωπικό του Νοσοκομείου ``Θεαγένειο`` δεν ήταν εφικτή.

Κατόπιν διευκρινήσεων προς το προσωπικό των Νοσοκομείων σχετικά με το σκοπό και το περιεχόμενο της έρευνας οι περισσότεροι συμπλήρωναν με προθυμία το ερωτηματολόγιο.

Η μέθοδος επιλογής του δείγματος που χρησιμοποιήθηκε για να εξασφαλιστεί ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ήταν η τυχαία δειγματοληψία. Επιλέχθηκε αυτή η μέθοδος γιατί με αυτόν τον τρόπο κάθε μέλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού έχει την ίδια πιθανότητα να συμπεριληφθεί στο δείγμα.

Υπήρξε περιορισμός ως αναφορά την ειδικότητα των ιατρών. Επιλέχθηκαν γιατροί από το Παθολογικό, το Χειρουργικό, το Ορθοπαιδικό και το Ογκολογικό Τμήμα. Αποκλείστηκαν οι γιατροί του Καρδιολογικού Τμήματος και των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας.

8.3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ

- Ερευνητικό εργαλείο

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή πληροφοριών είναι το ερωτηματολόγιο και χρησιμοποιήθηκε για τους εξής λόγους:

1. Είναι λιγότερο δαπανηρό και χρειάζεται λιγότερο χρόνο και ενέργεια για τη διαχείριση του.
2. Παρέχει τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας που μπορεί να είναι καθοριστική στη λήψη πληροφοριών για κοινωνικά μη αποδεκτές ομάδες.
3. Στις απαντήσεις του δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που να αντανακλούν την αντίδραση του υποκειμένου στον ερευνητή μάλλον παρά στις ίδιες τις ερωτήσεις, αφού δεν είναι παρόν ο ερευνητής κατά την απάντηση τους.

- Εργαλείο στατιστικής ανάλυσης

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο **SPSS 16.0** για windows.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

9.1. Περιγραφή της συλλογής ερευνητικού υλικού

Το χειμώνα του 2008 και συγκεκριμένα το μήνα Ιανουάριο, πραγματοποιήθηκε η χορήγηση των ερωτηματολογίων στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των Νοσοκομείων ``Άγιος Παύλος``, ``Ιπποκράτειο`` και ``Θεαγένειο``. Η συλλογή των ερωτηματολογίων ολοκληρώθηκε στο διάστημα δυο μηνών, σε πρωινές ώρες.

Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έπειτα από έγκριση του Επιστημονικού συμβουλίου και του Διοικητικού συμβουλίου των Νοσοκομείων ``Άγιος Παύλος`` και ``Ιπποκράτειο``. Αν και το Επιστημονικό συμβούλιο του Νοσοκομείου ``Θεαγένειο`` έγκρινε το ερωτηματολόγιο, το Διοικητικό συμβούλιο δεν ήταν σε θέση να αποφασίσει και με παρέπεμψαν στην 4^η Δ.Υ.Π.Ε. Λόγο όμως ανεπάρκειας χρόνου αυτό δεν ήταν εφικτό, καθώς για την συγκεκριμένη απάντηση τους ήμουν σε αναμονή 1 ½ μήνα.

Ο μέσος χρόνος για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν δεκαπέντε (15) λεπτά. Για την αύξηση όμως του αριθμού του δείγματος και την επιστροφή περισσότερων ερωτηματολογίων, υπήρξε μια μικρή επιμήκυνση του χρόνου αναμονής των απαντήσεων.

Προκειμένου να μην υπάρχουν ασάφειες και αδιευκρίνιστα σημεία δόθηκαν περισσότερες διευκρινίσεις κατά τη διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετοί από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, εκδήλωσαν ενδιαφέρον τόσο για το θέμα της έρευνας όσο και για την ανάλυση των αποτελεσμάτων της.

9.2. Ποσοτικά δεδομένα

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 100 άτομα (ιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλεύτριες-τριες). Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Η μέθοδος απάντησης του ερωτηματολογίου ήταν η συνέντευξη και ο μέσος χρόνος που απαιτήθηκε για κάθε ερωτηματολόγιο ήταν 15 λεπτά περίπου.

9.3. Δεδομένα που προκύπτουν.

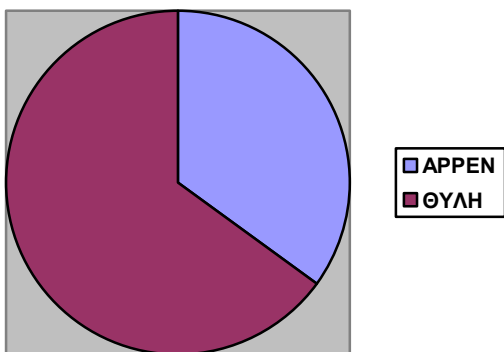
Α' ΜΕΡΟΣ

1. ΦΥΛΟ

Πίνακας 1.1. Φύλο ερωτηθέντων.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Άρρεν	35	35,0	35,0	35,0
Θήλυ	65	65,0	65,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.1. Φύλο ερωτηθέντων.

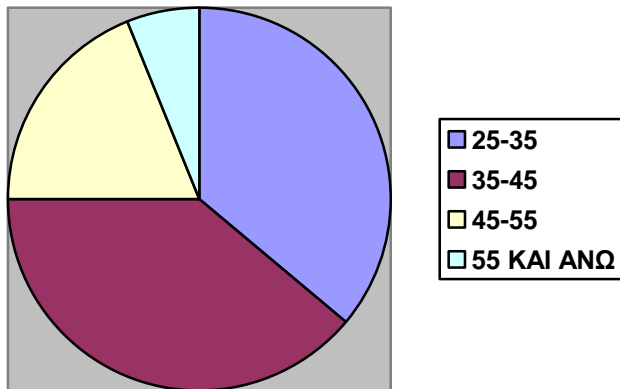


2. ΗΛΙΚΙΑ

Πίνακας 1.2. Ηλικία ερωτηθέντων.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
25-35	36	36,0	36,0	36,0
35-45	39	39,0	39,0	75,0
45-55	19	19,0	19,0	94,0
55 και άνω	6	6,0	6,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.2. Ηλικία ερωτηθέντων.

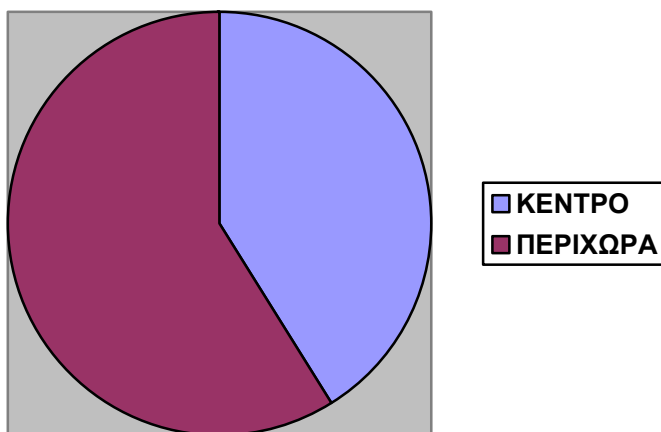


3. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ(ΠΕΡΙΟΧΗ)

Πίνακας 1.3. Τόπος κατοικίας ερωτηθέντων.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-	10	10,0	10,0	10,0
ΚΕΝΤΡΟ	37	37,0	37,0	47,0
ΠΕΡΙΧΩΡΑ	53	53,0	53,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.3. Τόπος κατοικίας ερωτηθέντων.

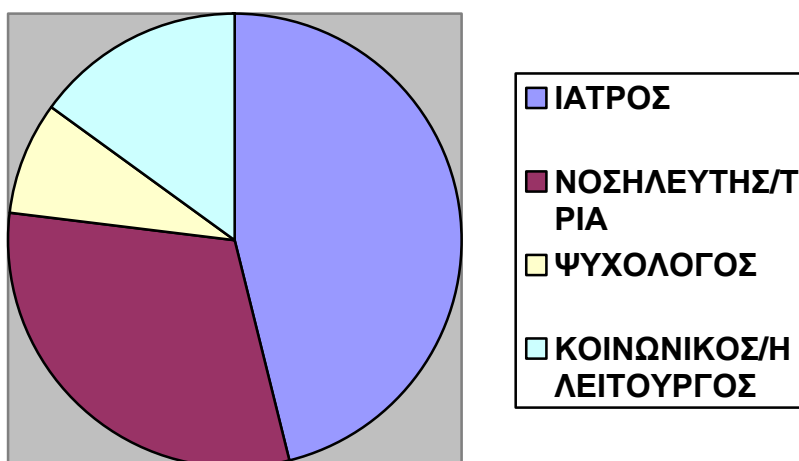


4. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΣΑΣ;

Πίνακας 1.4. Ειδικότητα ερωτηθέντων.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ιατρός	46	46,0	46,0	46,0
Νοσηλεύτης / ρια	31	31,0	31,0	77,0
Ψυχολόγος	8	8,0	8,0	85,0
Κ.Λ	15	15,0	15,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.4. Ειδικότητα ερωτηθέντων.

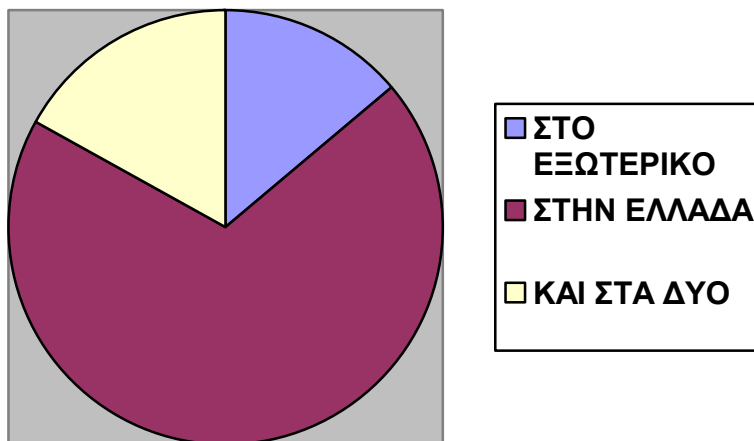


5. ΠΟΥ ΣΠΟΥΔΑΣΑΤΕ;

Πίνακας 1.5. Τόπος σπουδών.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Εξωτερικό	14	14,0	14,0	14,0
Ελλάδα	69	69,0	69,0	83,0
Και στα δυο	17	17,0	17,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.5. Τόπος σπουδών.

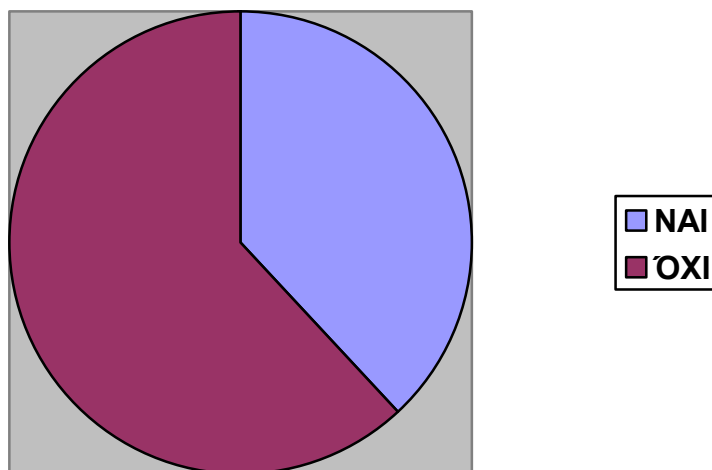


6. ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ;

Πίνακας 1.6. Ύπαρξη μεταπτυχιακών σπουδών ερωτηθέντων

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ναι	38	38,0	38,0	38,0
Όχι	62	62,0	62,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.6. Ύπαρξη μεταπτυχιακών σπουδών ερωτηθέντων.

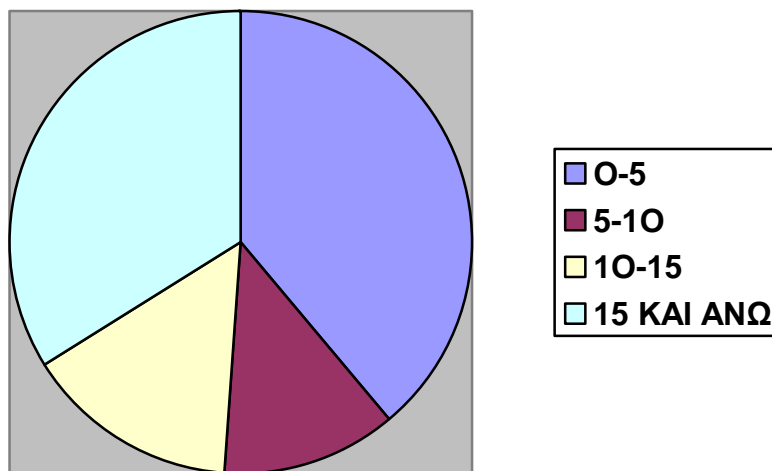


7. ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (ΕΤΗ);

Πίνακας 1.7. Έτη προϋπηρεσίας.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-5	39	39,0	39,0	39,0
5-10	12	12,0	12,0	51,0
10-15	15	15,0	15,0	66,0
15 και άνω	34	34,0	34,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.7. Έτη προϋπηρεσίας.



Β' ΜΕΡΟΣ

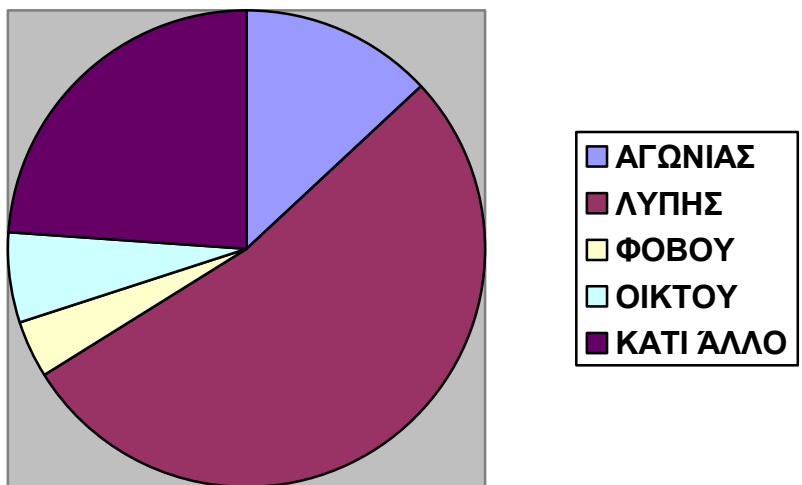
8. ΤΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΒΙΩΝΕΤΕ ΔΟΥΛΕΥΟΝΤΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ;

Πίνακας 1.8. Συναισθήματα ερωτηθέντων.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΑΓΩΝΙΑΣ	13	13,0	13,0	13,0
ΑΓΩΝΙΑΣ/ ΛΥΠΗΣ	2	2,0	2,0	15,0
ΑΓΩΝΙΑΣ/ ΛΥΠΗΣ/ ΦΟΒΟΥ	1	1,0	1,0	16,0
ΛΥΠΗΣ/ ΦΟΒΟΥ	1	1,0	1,0	17,0
ΑΓΩΝΙΑΣ/ ΦΟΒΟΥ	1	1,0	1,0	18,0
ΑΓΑΠΗ	1	1,0	1,0	19,0
ΑΓΧΟΣ	1	1,0	1,0	20,0
ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ	1	1,0	1,0	21,0
ΛΥΠΗΣ	53	53,0	53,0	74,0
ΛΥΠΗΣ/ ΟΙΚΤΟΥ	1	1,0	1,0	75,0
ΦΟΒΟΥ	4	4,0	4,0	79,0
ΟΙΚΤΟΥ	6	6,0	6,0	85,0
ΔΕΟΣ	1	1,0	1,0	86,0
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ	1	1,0	1,0	87,0
ΕΝΟΧΗ	1	1,0	1,0	88,0
ΚΟΥΡΑΓΙΟ	1	1,0	1,0	89,0
ΠΕΝΘΟΣ	1	1,0	1,0	90,0
ΠΟΛΛΑ ΣΥ	1	1,0	1,0	91,0

ΣΥΜΠΑΘΕΙ	2	2,0	2,0	93,0
ΣΥΜΠΟΝΙΑ	6	6,0	6,0	99,0
ΨΥΧΡΑΙΜΙΑ	1	1,0	1,0	100,0

Διάγραμμα πίνακα 1.8. Συναισθήματα ερωτηθέντων.

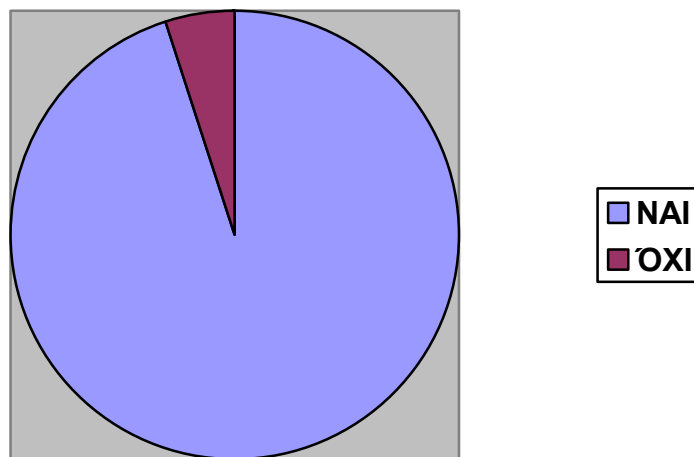


9.Α. ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ, ΣΥΜΒΑΛΕΤΕ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΤΟΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ;

Πίνακας 1.9. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	95	95,0	95,0	95,0
ΟΧΙ	5	5,0	5,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.9. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών.

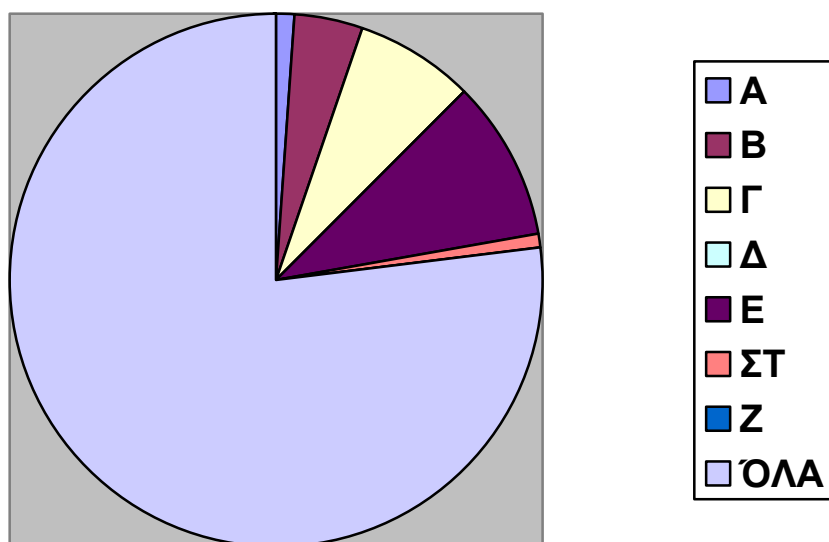


Β. ΑΝ, ΝΑΙ ΜΕ ΠΟΙΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ;

Πίνακας 1.10. Τρόποι

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-	5	5,0	5,0	5,0
A	1	1,0	1,0	6,0
B	4	4,0	4,0	10,0
Γ	7	7,0	7,0	17,0
Δ	-	-	-	17,0
E	9	9,0	9,0	26,0
ΣΤ	1	1,0	1,0	27,0
ΟΛΑ	73	73,0	73,0	100,0

Διάγραμμα πίνακα 1.10. Τρόποι.

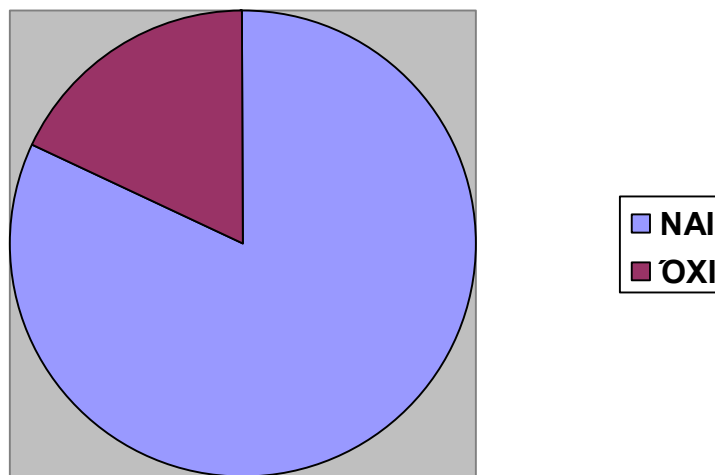


10.Α. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ;

Πίνακας 1.11. Ενημέρωση του ασθενή.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-	1	1,0	1,0	1,0
ΝΑΙ	82	82,0	82,0	83,0
ΟΧΙ	17	17,0	17,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.11. Ενημέρωση του ασθενή.

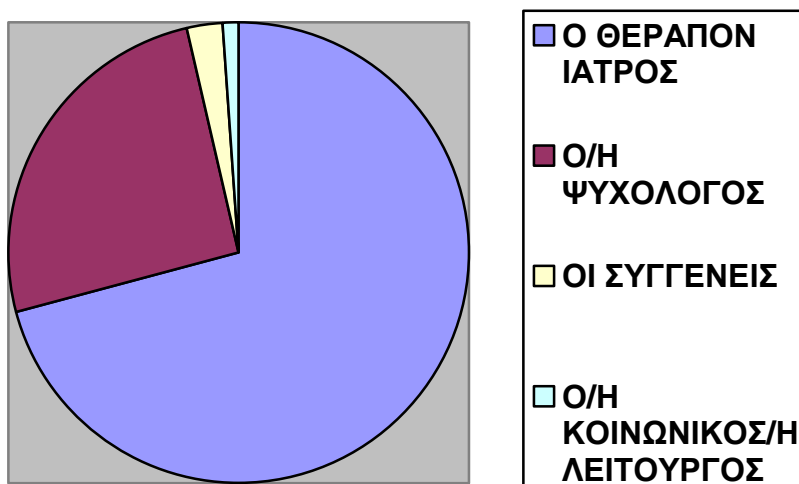


Β. ΑΝ, ΝΑΙ ΠΟΙΟΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΝΑΛΑΒΕΙ ΑΥΤΟΝ ΤΟΝ ΡΟΛΟ;

Πίνακας 1.12. Αρμόδιος για την ενημέρωση.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-	18	18,0	18,0	18,0
ΘΕΡΑΠΟΝ ΙΑΤΡΟΣ	58	58,0	58,0	76,0
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	21	21,0	21,0	97,0
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	2	2,0	2,0	99,0
Κ.Λ	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.12. Αρμόδιος για την ενημέρωση.

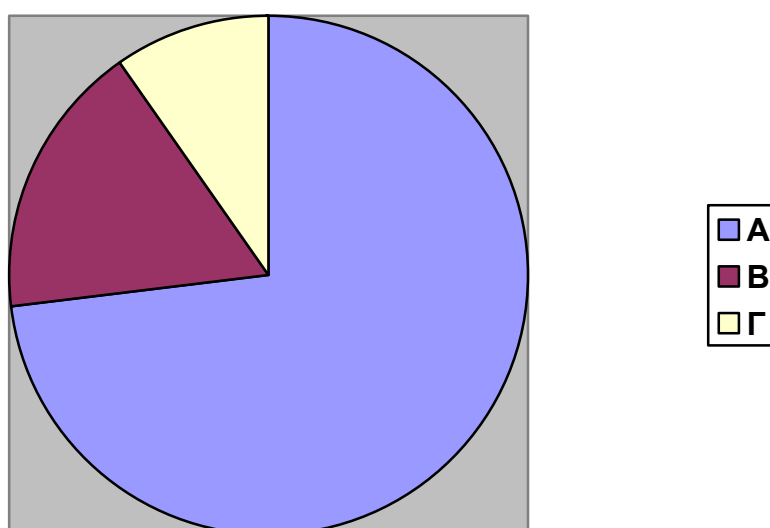


Γ. ΠΟΤΕ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΕΧΘΕΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ;

Πίνακας 1.13. Κατάλληλη στιγμή για την ενημέρωση του ασθενή.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-	18	18,0	18,0	18,0
ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	60	60,0	60,0	68,0
ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	14	14,0	14,0	92,0
ΟΤΑΝ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΕΛΠΙΔΕΣ	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.13. Κατάλληλη στιγμή για την ενημέρωση του ασθενή.

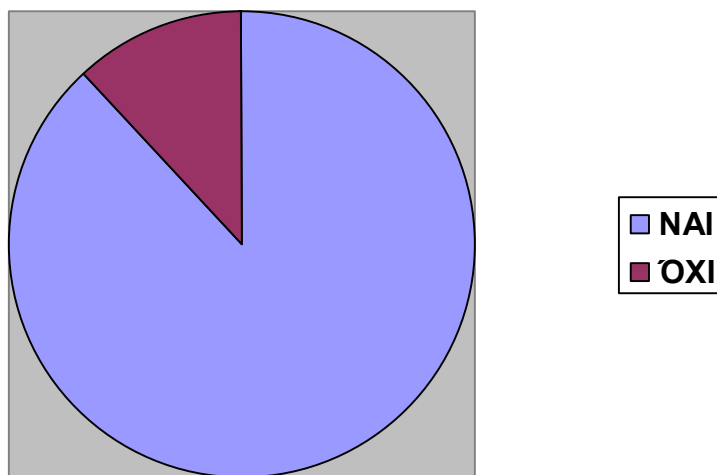


11.Α. ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΑΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΤΕ ΚΑΘΕ ΦΟΡΑ;

Πίνακας 1.14. Διαφοροποίηση συναισθημάτων.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	88	88,0	88,0	88,0
ΟΧΙ	12	12,0	12,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.14. Διαφοροποίηση συναισθημάτων.

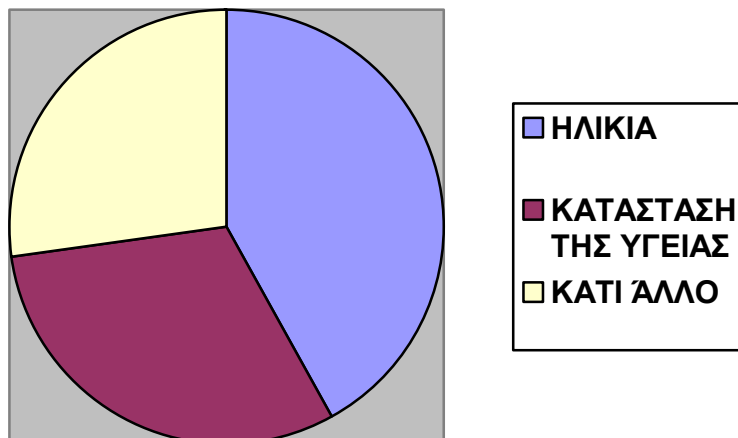


Β. ΑΝ, ΝΑΙ ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΑΙΖΟΥΝ ΡΟΛΟ;

Πίνακας 1.15. Παράγοντες που παίζουν ρόλο.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-	12	12,0	12,0	12,0
ΗΛΙΚΙΑ	37	37,0	37,0	49,0
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	27	27,0	27,0	76,0
ΚΑΤΙ ΆΛΛΟ	24	24,0	24,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.15. Παράγοντες που παίζουν ρόλο.

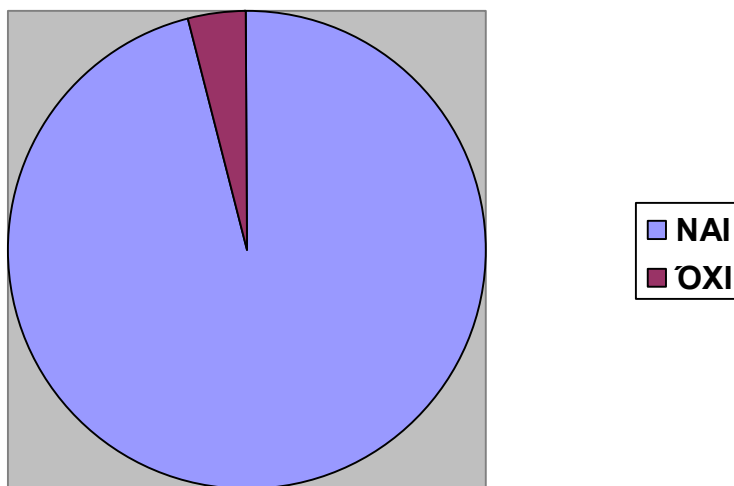


12.Α. ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ;

Πίνακας 1.16. Συνεργασία με την οικογένεια του ασθενή.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	96	96,0	96,0	96,0
ΟΧΙ	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.16. Συνεργασία με την οικογένεια του ασθενή.

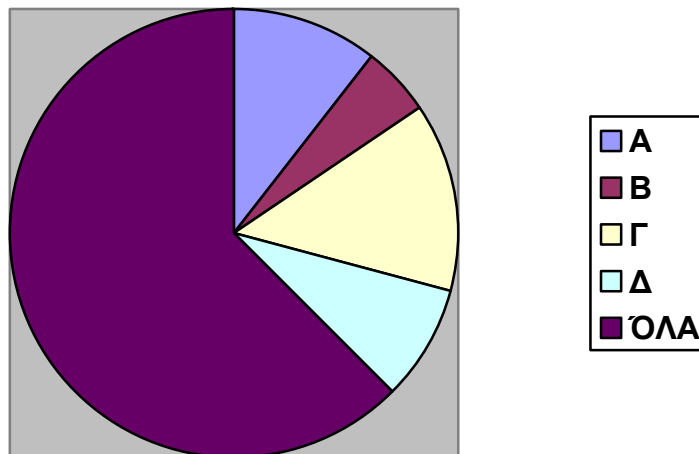


Β. ΑΝ, ΝΑΙ ΤΙ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΜΑΖΙ ΤΟΥΣ;

Πίνακας 1.17. Τρόποι συνεργασίας.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-	4	4,0	4,0	4,0
A	10	10,0	10,0	14,0
B	5	5,0	5,0	19,0
Γ	13	13,0	13,0	32,0
Δ	8	8,0	8,0	40,0
ΟΛΑ	60	60,0	60,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.17. Τρόποι συνεργασίας.

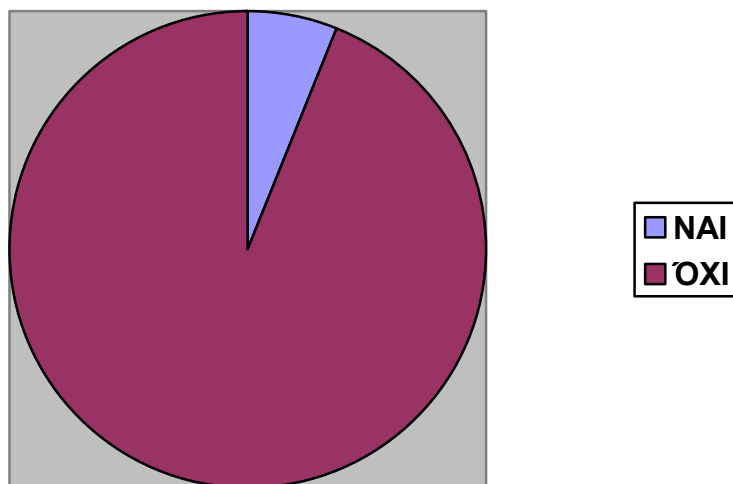


13.Α. ΕΧΟΥΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΘΕΙ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Ή ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΟΜΑΔΙΚΗ ΔΟΥΛΕΙΑ;

Πίνακας 1.18. Ύπαρξη ομάδων ασθενών- συγγενών.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	6	6,0	6,0	6,0
ΟΧΙ	94	94,0	94,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.18. Ύπαρξη ομάδων ασθενών- συγγενών.

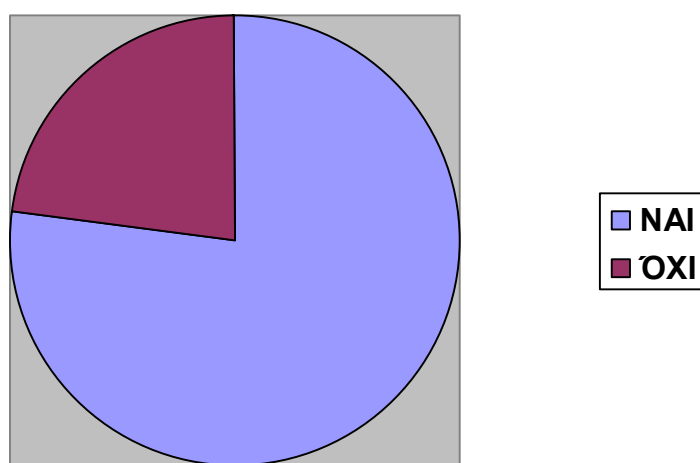


B. ΠΙΣΤΕΥΕΤΑΙ ΟΤΙ ΘΑ ΗΤΑΝ ΧΡΗΣΙΜΟ;

Πίνακας 1.19. Χρησιμότητα ομάδων.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NAI	91	91,0	91,0	91,0
OXI	9	9,0	9,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.19. χρησιμότητα ομάδων.

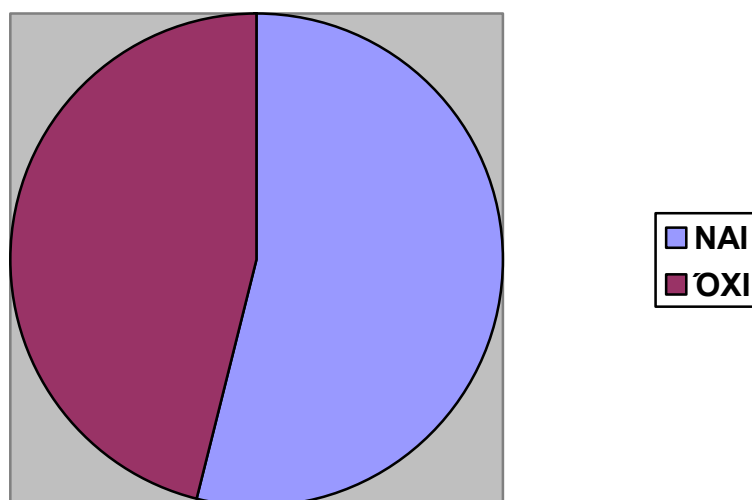


14.Α. ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗΝ ΑΛΛΗΛΟΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ;

Πίνακας 1.20. Συναντήσεις διεπιστημονικής ομάδας.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	54	54,0	54,0	54,0
ΟΧΙ	46	46,0	46,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.20. Συναντήσεις διεπιστημονικής ομάδας.

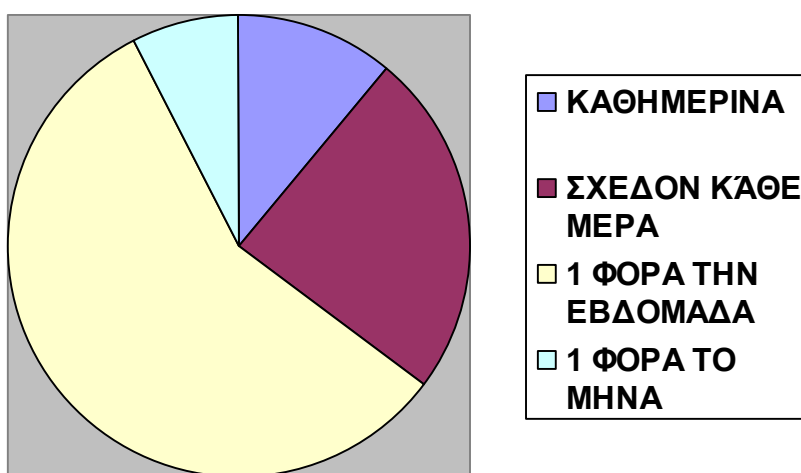


B. ΑΝ, ΝΑΙ ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ;

Πίνακας 1.21. Συχνότητα συναντήσεων.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-	46	46,0	46,0	46,0
Καθημερινά	6	6,0	6,0	52,0
Σχεδόν κάθε μέρα	13	13,0	13,0	65,0
Μια φορά τη βδομάδα	31	31,0	31,0	96,0
Μια φορά το μήνα	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.21. Συχνότητα συναντήσεων.

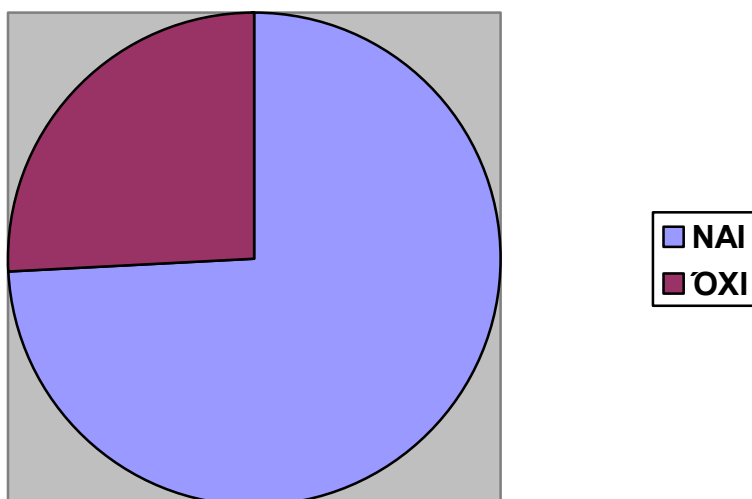


Γ. ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΣΑΣ;

Πίνακας 1.22. Ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ των μελών.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-	42	42,0	42,0	46,0
ΝΑΙ	40	40,0	40,0	86,0
ΟΧΙ	14	14,0	14,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.22. Ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ των μελών.

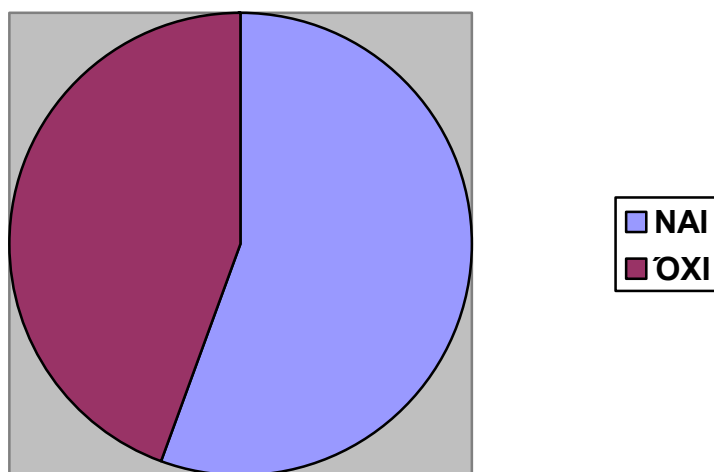


Δ. ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΥΖΗΤΑΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ;

Πίνακας 1.23. Αναφορά στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-	46	46,0	46,0	46,0
ΝΑΙ	30	30,0	30,0	76,0
ΟΧΙ	24	24,0	24,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.23. Αναφορά στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.

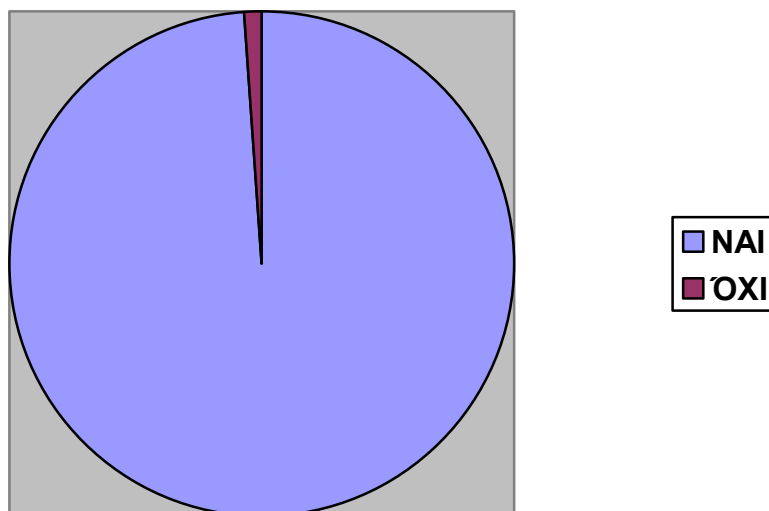


Ε. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΜΙΑ ΠΕΤΥΧΗΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;

Πίνακας 1.24. Απαραίτητη η συνεργασία του επιστημονικού προσωπικού.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	99	99,0	99,0	99,0
ΟΧΙ	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.24. Απαραίτητη η συνεργασία του επιστημονικού προσωπικού.

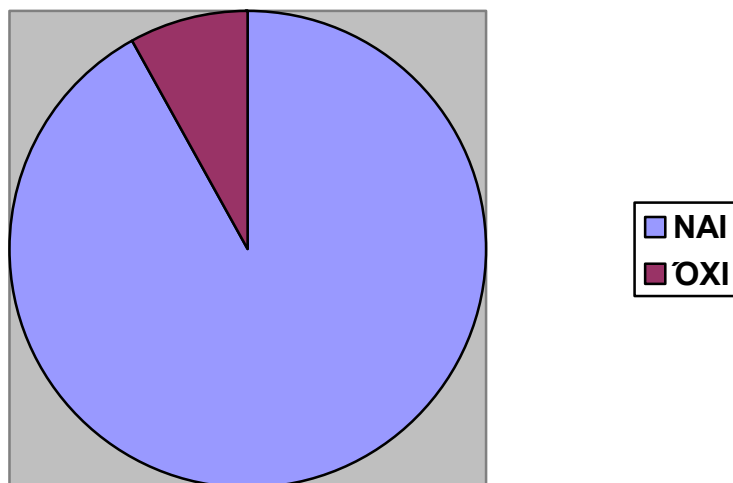


15. ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΟΥ ΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΣΤΑΔΙΟ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΧΕΙ ΚΑΝΕΙ ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ;

Πίνακας 1.25. Ειδική εκπαίδευση προσωπικού.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	92	92,0	92,0	92,0
ΟΧΙ	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.25. Ειδική εκπαίδευση προσωπικού.

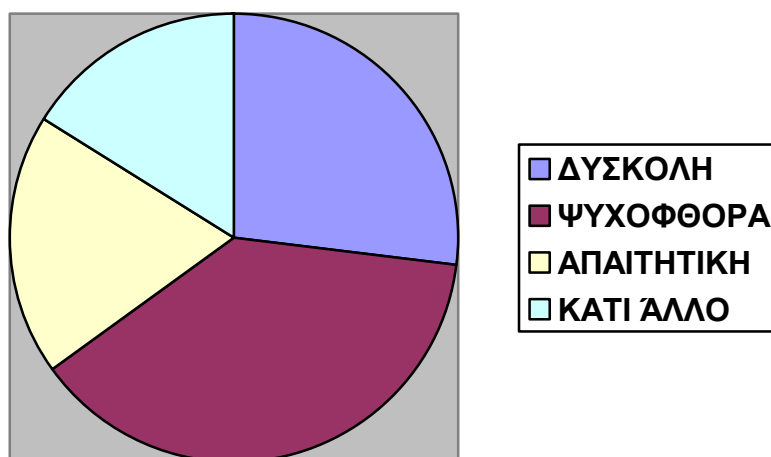


16.Α. ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΜΕ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΦΥΓΟΥΝ ΣΥΝΤΟΜΑ ΑΠΟ ΤΗ ΖΩΗ;

Πίνακας 1.26. Χαρακτηρισμός εργασίας.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΔΥΣΚΟΛΗ	27	27,0	27,0	27,0
ΨΥΧΟΦΘΟΡΑ	38	38,0	38,0	65,0
ΑΠΑΙΤΗΤΙΚΗ	19	19,0	19,0	84,0
ΚΑΤΙ ΆΛΛΟ	16	16,0	16,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 1.26. Χαρακτηρισμός εργασίας.

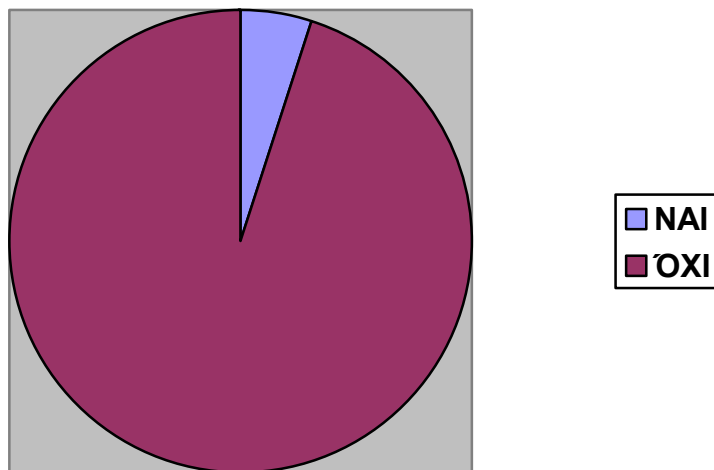


Β. ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΟΥ ΔΟΥΛΕΥΟΥΝ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΕΤΟΙΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ);

Πίνακας 1.27. Στήριξη επαγγελματιών υγείας.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	5	5,0	5,0	5,0
ΟΧΙ	95	95,0	95,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.27. Στήριξη επαγγελματιών υγείας.



17. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΠΟΥ ΝΑ ΠΑΡΕΧΟΥΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ Ή ΣΤΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΤΟΥΣ;

Πίνακας 1.28. Ύπαρξη εθελοντικών ομάδων στήριξης ασθενών.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	1	1,0	1,0	1,0
ΟΧΙ	99	99,0	99,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 1.28. Ύπαρξη εθελοντικών ομάδων στήριξης ασθενών.

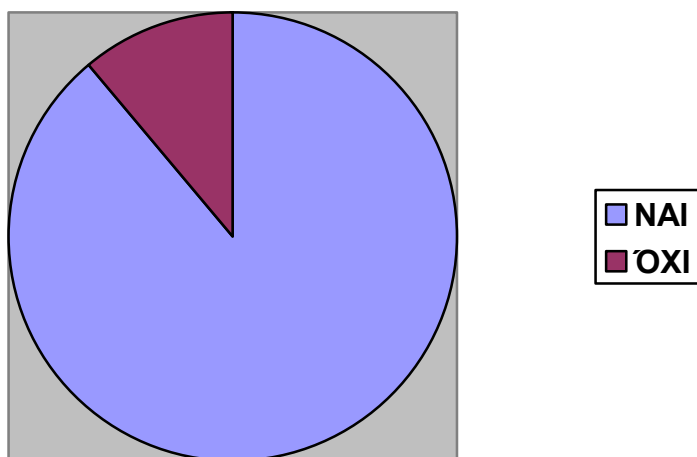


18. Ο ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΙΝΔΥΝΕΥΕΙ ΝΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ;

Πίνακας 1.29. Επαγγελματική εξουθένωση προσωπικού.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	89	89,0	89,0	89,0
ΟΧΙ	11	11,0	11,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα πίνακα 1.29. Επαγγελματική εξουθένωση προσωπικού.



19. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΣΑΣ ΞΕΚΟΥΡΑΖΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ;

Πίνακας 1.30. Τρόποι ξεκούρασης προσωπικού.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-	19	19,0	19,0	19,0
ΑΔΕΙΑ	3	3,0	3,0	22,0
ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ	1	1,0	1,0	23,0
ΑΙΣΘΗΜΑ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ	1	1,0	1,0	24,0
ΑΠΑΛΥΝΩ ΤΟΝ ΠΟΝΟ	1	1,0	1,0	25,0
ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ	1	1,0	1,0	26,0
ΒΟΛΤΑ	1	1,0	1,0	27,0
ΒΟΛΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	1	1,0	1,0	28,0
ΒΟΛΤΑ ΣΤΗ ΘΑΛΑΣΣΑ	1	1,0	1,0	29,0
ΒΟΛΤΑ ΣΤΗ ΘΑΛΑΣΣΑ	1	1,0	1,0	30,0
ΓΙΟΓΚΑ, ΦΙΛΟΙ	1	1,0	1,0	31,0
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΤΩΝ	1	1,0	1,0	32,0
ΕΠΙΛΟΓΗ ΧΩΡΟΥ	1	1,0	1,0	33,0
ΕΥΓΝΩΜΟΣΥΝΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	1	1,0	1,0	34,0
Η ΟΙΚΙΑ ΜΟΥ	1	1,0	1,0	35,0
ΘΕΑΤΡΟ	1	1,0	1,0	36,0
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ	1	1,0	1,0	37,0
ΚΑΛΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ	2	2,0	2,0	39,0
ΚΙΝΗΜΑΤ., ΘΕΑΤΡΟ	1	1,0	1,0	40,0
ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟΣ	1	1,0	1,0	41,0

ΚΡΑΣΙ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟ	1	1,0	1,0	42,0
ΜΟΥΣΙΚΗ	3	3,0	3,0	45,0
ΜΟΥΣΙΚΗ, ΚΙΝΗΜΑΤ.	1	1,0	1,0	46,0
ΜΟΥΣΙΚΗ, ΣΥΖΗΤ. ΜΕ ΟΙΚ.	1	1,0	1,0	47,0
ΜΠΑΝΙΟ, ΜΟΥΣΙΚΗ	1	1,0	1,0	48,0
Ο ΝΑΟΣ	1	1,0	1,0	49,0
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ, ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ	1	1,0	1,0	50,0
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΓΑΛΗΝΗ	1	1,0	1,0	51,0
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	18	18,0	18,0	69,0
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ, ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	1	1,0	1,0	70,0
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ, ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΟΥ	1	1,0	1,0	71,0
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ, ΦΙΛΟΙ	1	1,0	1,0	72,0
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ, ΧΟΡΩΔΙΑ	1	1,0	1,0	73,0
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	1	1,0	1,0	74,0
ΟΤΑΝ Ο ΑΣΘ. ΚΑΛΥΤΕΡΕΥΕΙ	1	1,0	1,0	75,0
ΜΗ ΣΟΒΑΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	1	1,0	1,0	76,0
ΠΕΡΙΠΑΤΗΜΑ, ΚΟΛΥΜΠΙ	2	2,0	2,0	78,0
ΡΕΠΟ	1	1,0	1,0	79,0
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	1	1,0	1,0	80,0
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΥΝΑΔΕΛΦΩΝ	1	1,0	1,0	81,0
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	3	3,0	3,0	84,0
ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ	2	2,0	2,0	86,0

ΤΑ ΧΟΜΠΙ ΜΟΥ	1	1,0	1,0	87,0
ΤΑΞΙΔΙΑ, ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	1	1,0	1,0	88,0
ΤΙΠΟΤΑ	1	1,0	1,0	89,0
ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΟΥ	5	5,0	5,0	94,0
ΥΠΝΟΣ, ΜΟΥΣΙΚΗ	1	1,0	1,0	95,0
ΥΠΝΟΣ, ΦΑΓΗΤΟ	1	1,0	1,0	96,0
ΦΙΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΥΝΑΔ.	1	1,0	1,0	97,0
ΦΙΛΟΙ	1	1,0	1,0	98,0
ΦΙΛΟΙ, ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	1	1,0	1,0	99,0
ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

20. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Πίνακας 1.31. Προτάσεις

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -	35	35,0	35,0	35,0
ΑΝΑΓΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	1	1,0	1,0	36,0
ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	1	1,0	1,0	37,0
ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	1	1,0	1,0	38,0
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΟΜΑΔΩΝ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ	1	1,0	1,0	39,0
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ	1	1,0	1,0	40,0

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΟΜΑΔΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	1	1,0	1,0	41,0
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΨΥΧ. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ	1	1,0	1,0	42,0
ΔΙΑΘΕΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ	1	1,0	1,0	43,0
ΕΙΛΙΚΡΙΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	1	1,0	1,0	44,0
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ	1	1,0	1,0	45,0
ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	1	1,0	1,0	46,0
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ, ΑΓΑΠΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	1	1,0	1,0	47,0
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ, ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	1	1,0	1,0	48,0
ΕΝΘΟΥΣΙΑΣΜΟΣ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	1	1,0	1,0	49,0
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	10	10,0	10,0	59,0
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	2	2,0	2,0	62,0
ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΕΛΕΧΩΝ	1	1,0	1,0	63,0
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ	1	1,0	1,0	64,0
ΚΑΛΥΤΕΡΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	1	1,0	1,0	65,0
ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΘΕΤΙΚΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	1	1,0	1,0	66,0

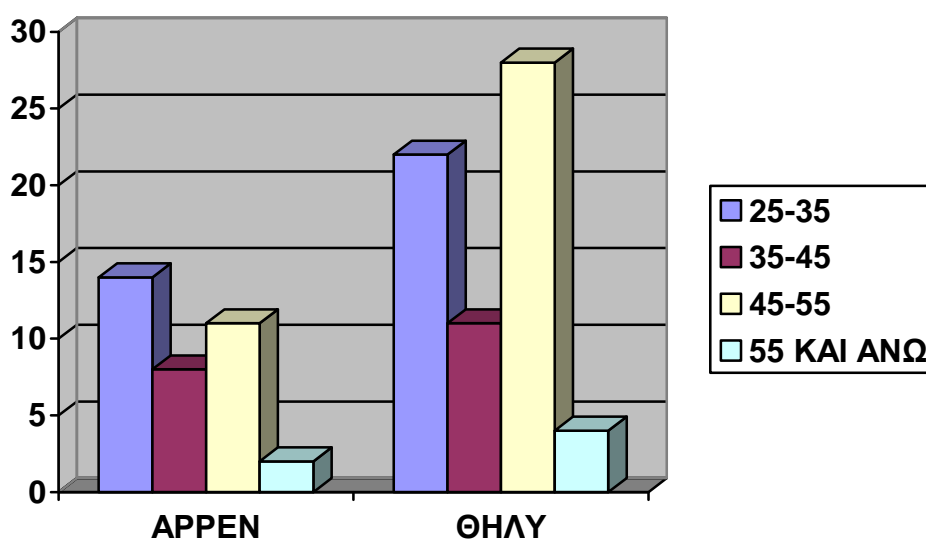
ΞΕΧΩΡΙΣΤΟ ΔΩΜΑΤΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ	1	1,0	1,0	67,0
ΣΤΗΡΙΞΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	2	2,0	2,0	69,0
ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	1	1,0	1,0	70,0
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	1	1,0	1,0	71,0
ΟΧΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	1	1,0	1,0	72,0
ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΓΓΕΝΩΝ	1	1,0	1,0	73,0
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΗ	1	1,0	1,0	74,0
ΣΤΗΡΙΞΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	2	2,0	2,0	76,0
ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	1	1,0	1,0	77,0
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	10	10,0	10,0	87,0
ΥΠΟΜΟΝΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	1	1,0	1,0	88,0
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΥΓΓΕΝΩΝ/ ΑΣΘΕΝΩΝ	12	12,0	12,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

9.3.1.Συσγέτιση αποτελεσμάτων με βάση το φύλο των ερωτηθέντων.

Πίνακας 2.1. Ηλικία ερωτηθέντων.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΗΛΙΚΙΑ	25-35	14	22	36
	35-45	8	11	19
	45-55	11	28	39
	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	2	4	6
	Total	35	65	100

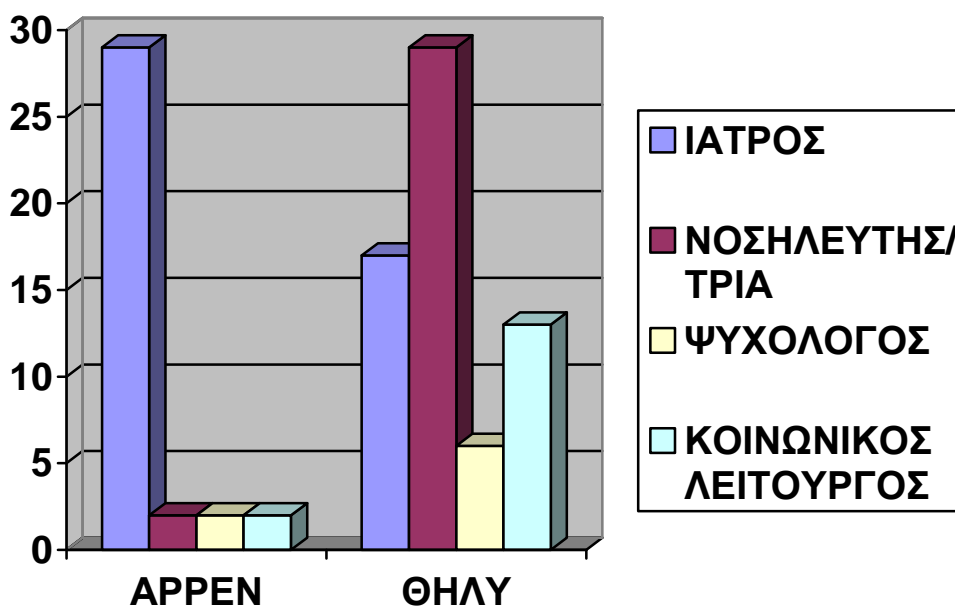
Διάγραμμα πίνακα 2.1. Ηλικία ερωτηθέντων.



Πίνακας 2.2. Ειδικότητα ερωτηθέντων.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΙΑΤΡΟΣ	29	17	46
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	2	29	31
	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	2	6	8
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	2	13	15
	Total	35	65	100

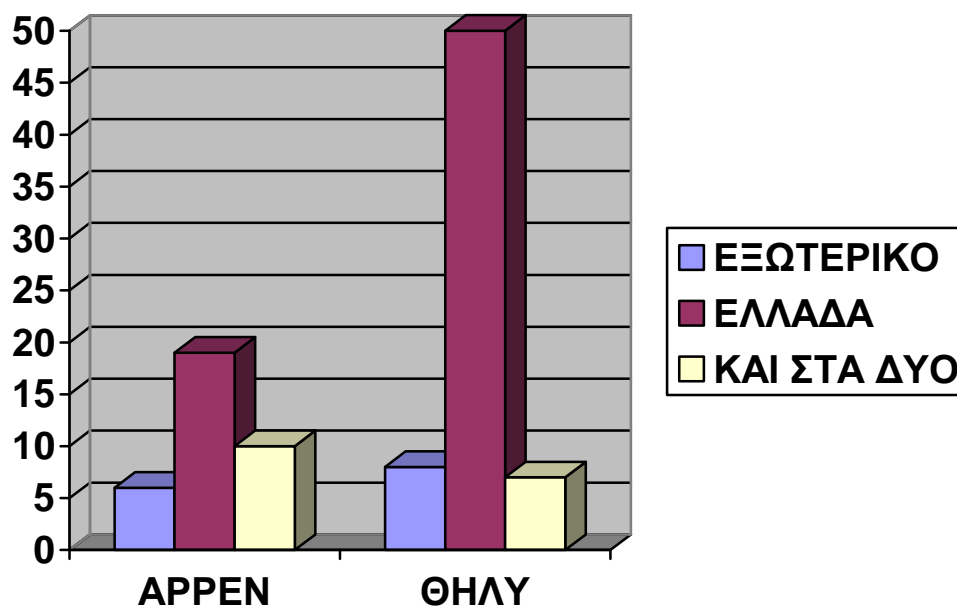
Διάγραμμα πίνακα 2.2. Ειδικότητα ερωτηθέντων.



Πίνακας 2.3. Τόπος σπουδών.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΣΠΟΥΔΕΣ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	6	8	14
	ΕΛΛΑΔΑ	19	50	69
	ΚΑΙ ΣΤΑ ΔΥΟ	10	7	17
	Total	35	65	100

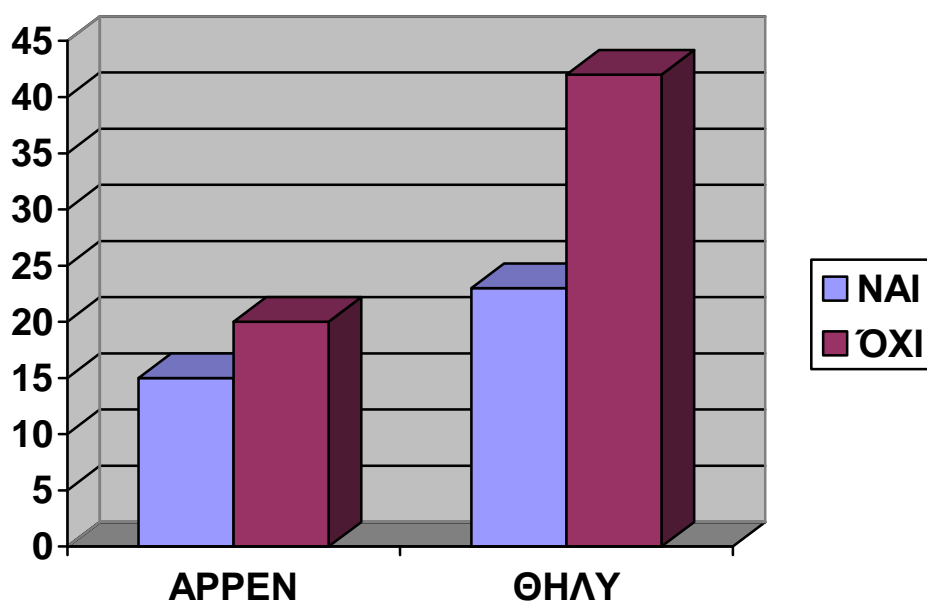
Διάγραμμα πίνακα 2.3. Τόπος σπουδών.



Πίνακας 2.4. Ύπαρξη μεταπτυχιακών σπουδών ερωτηθέντων.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	ΝΑΙ	15	23	38
	ΟΧΙ	20	42	62
	Total	35	65	100

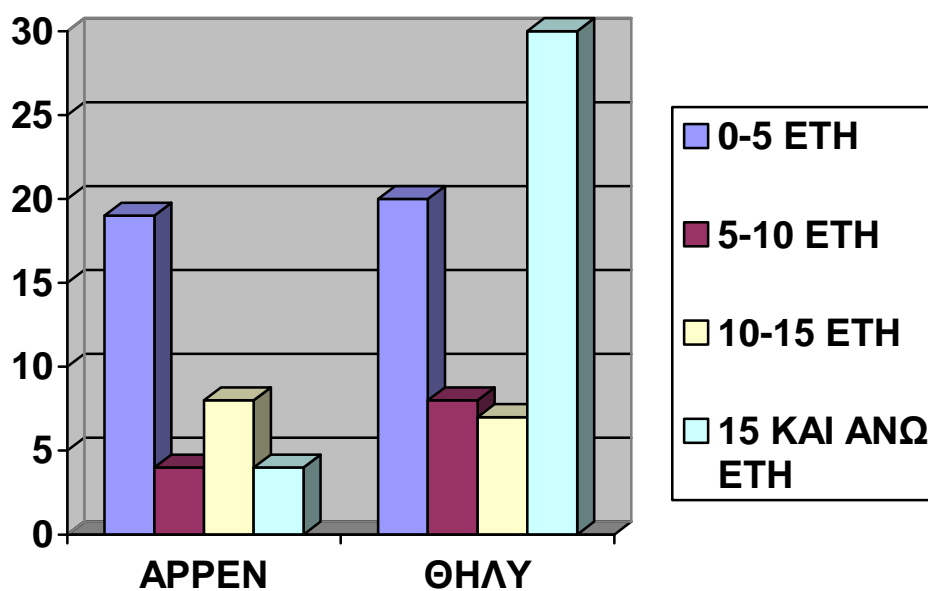
Διάγραμμα πίνακα 2.4. Ύπαρξη μεταπτυχιακών σπουδών ερωτηθέντων.



Πίνακας 2.5. Έτη προϋπηρεσίας.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ	0-5 ΕΤΗ	19	20	39
	5-10 ΕΤΗ	4	8	12
	10-15 ΕΤΗ	8	7	15
	15 ΚΑΙ ΑΝΩ	4	30	34
	Total	35	65	100

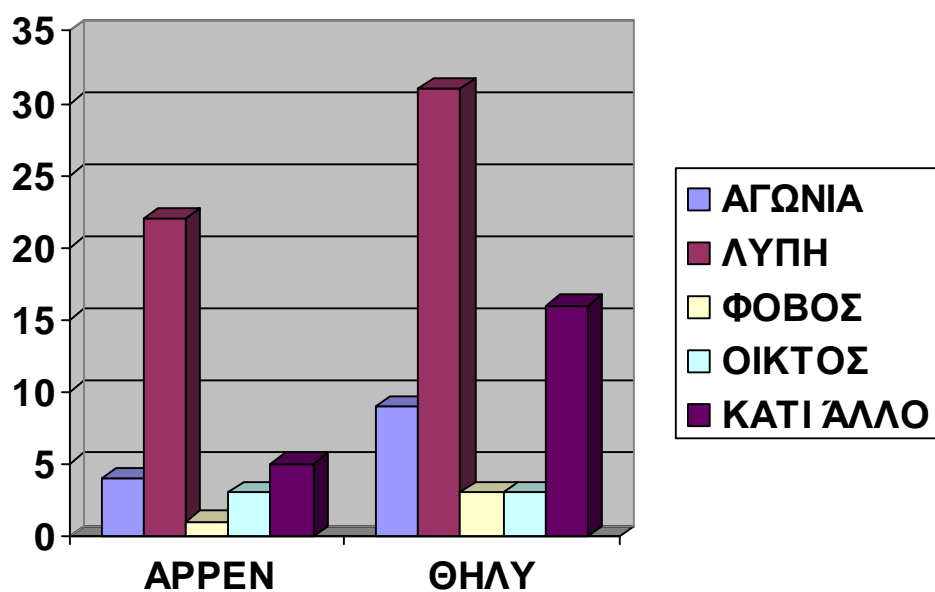
Διάγραμμα πίνακα 2.5. Έτη προϋπηρεσίας.



Πίνακας 2.6. Συναισθήματα ερωτηθέντων.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ	ΑΓΩΝΙΑ	4	9	13
	ΛΥΠΗ	22	31	53
	ΦΟΒΟΣ	1	3	4
	ΟΙΚΤΟΣ	3	3	6
	ΚΑΤΙ ΆΛΛΟ	5	16	21
	Total	35	65	100

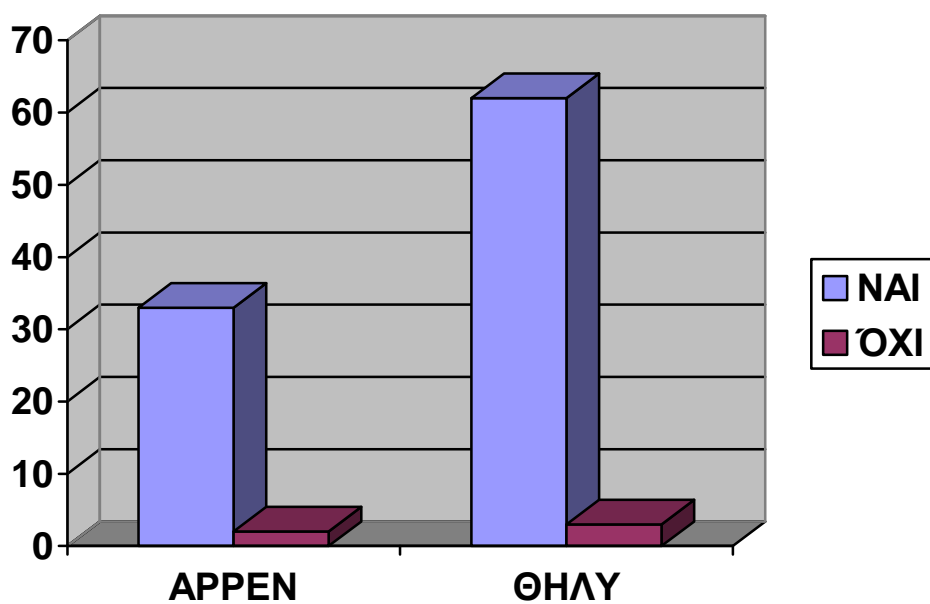
Διάγραμμα πίνακα 2.6. Συναισθήματα ερωτηθέντων.



Πίνακας 2.7. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΝΑΙ	33	62	95
	ΟΧΙ	2	3	5
	Total	35	65	100

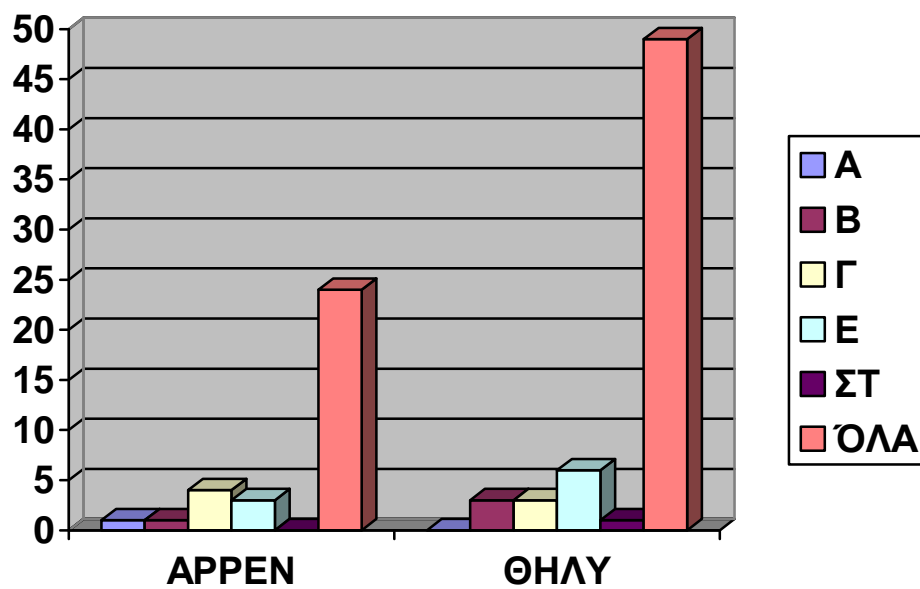
Διάγραμμα πίνακα 2.7. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών.



Πίνακας 2.8. Τρόποι.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΤΡΟΠΟΙ	A	1	0	1
	B	1	3	4
	Γ	4	3	7
	E	3	6	9
	ΣΤ	0	1	1
	ΟΛΑ	24	49	73
	Total	33	62	95

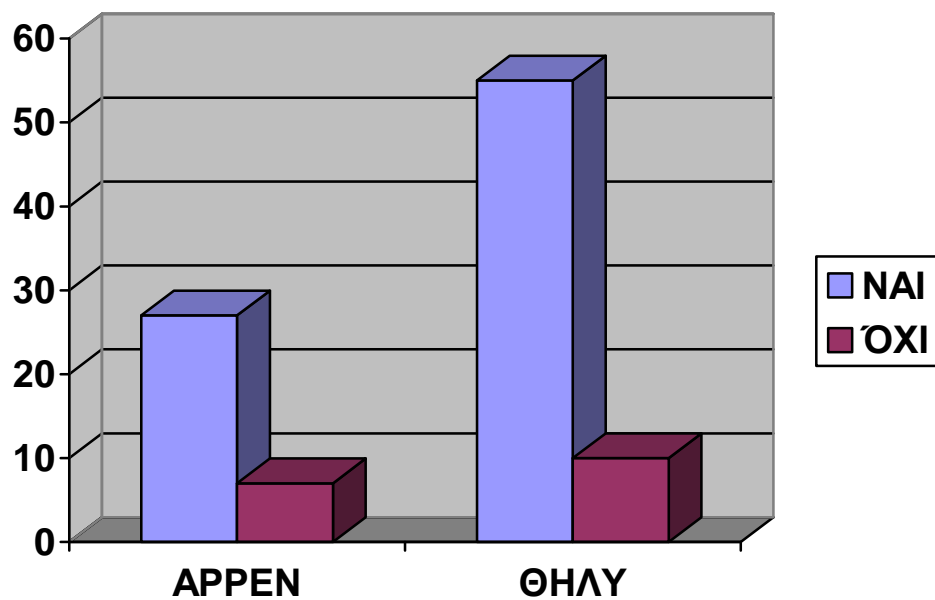
Διάγραμμα πίνακα 2.8. Τρόποι.



Πίνακας 2.9. Ενημέρωση του ασθενή.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΝΑΙ	27	55	82
	ΟΧΙ	7	10	17
	Total	35	65	100

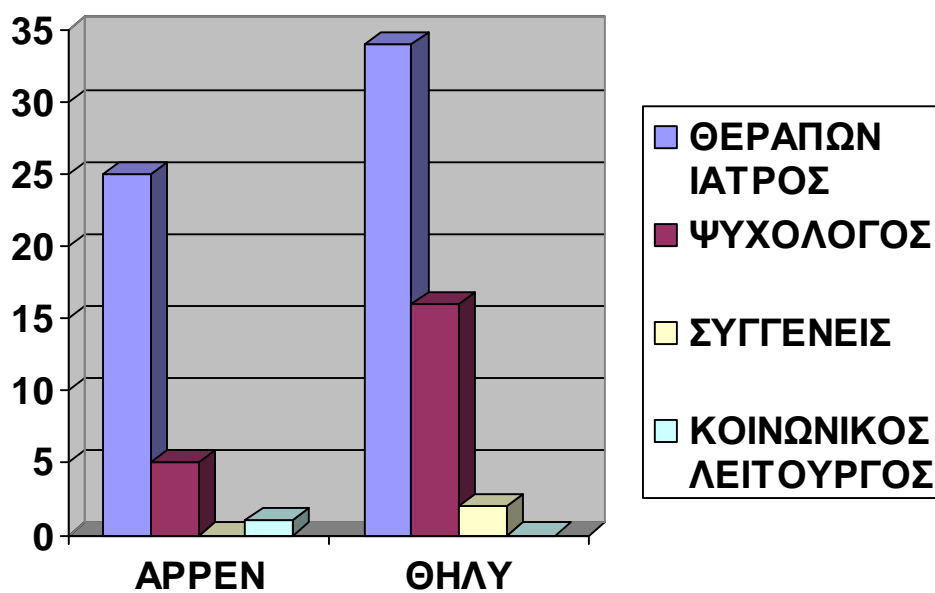
Διάγραμμα πίνακα 2.9. Ενημέρωση του ασθενή.



Πίνακας 2.10. Αρμόδιος για την ενημέρωση.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ	25	34	59
	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	5	16	21
	ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	0	2	2
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	1	0	1
	Total	31	52	83

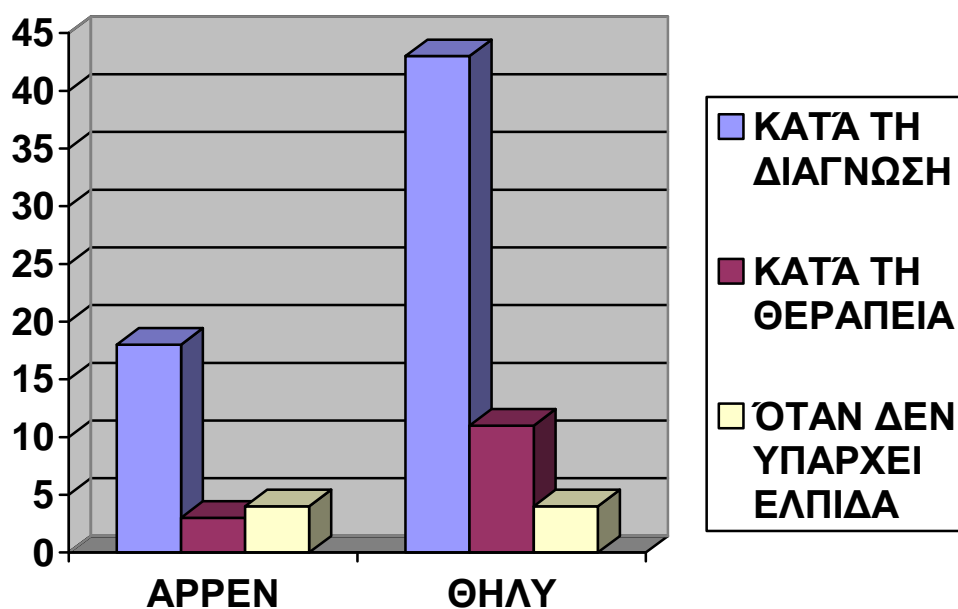
Διάγραμμα πίνακα 2.10. Αρμόδιος για την ενημέρωση.



Πίνακας 2.11. Κατάλληλη στιγμή για την ενημέρωση του ασθενή.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΣΤΙΓΜΗ	ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	18	43	61
	ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	3	11	14
	ΌΤΑΝ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΠΙΔΑ	4	4	8
	Total	25	58	83

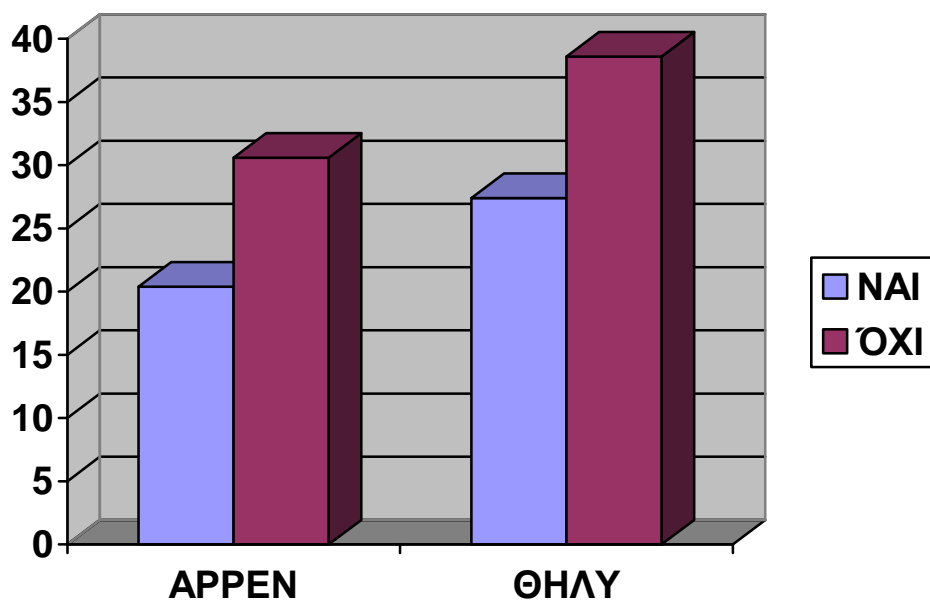
Διάγραμμα πίνακα 2.11. Κατάλληλη στιγμή για την ενημέρωση του ασθενή.



Πίνακας 2.12. Διαφοροποίηση συναισθημάτων.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ	ΝΑΙ	27	61	88
	ΟΧΙ	8	4	12
	Total	35	65	100

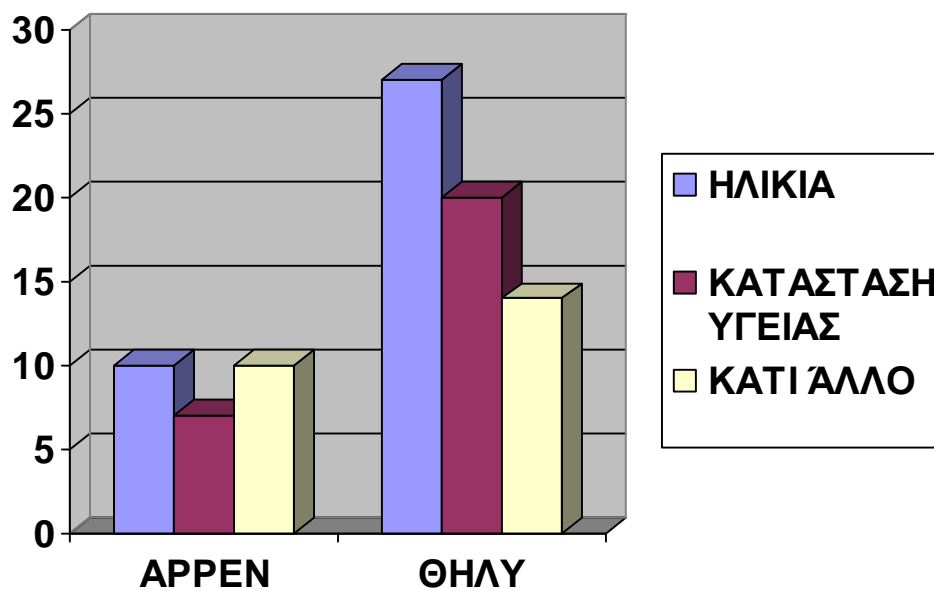
Διάγραμμα πίνακα 2.12. Διαφοροποίηση συναισθημάτων.



Πίνακας 2.13. Παράγοντες που παίζουν ρόλο.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ	10	27	37
	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	7	20	27
	ΚΑΤΙ ΆΛΛΟ	10	14	24
	Total	27	61	88

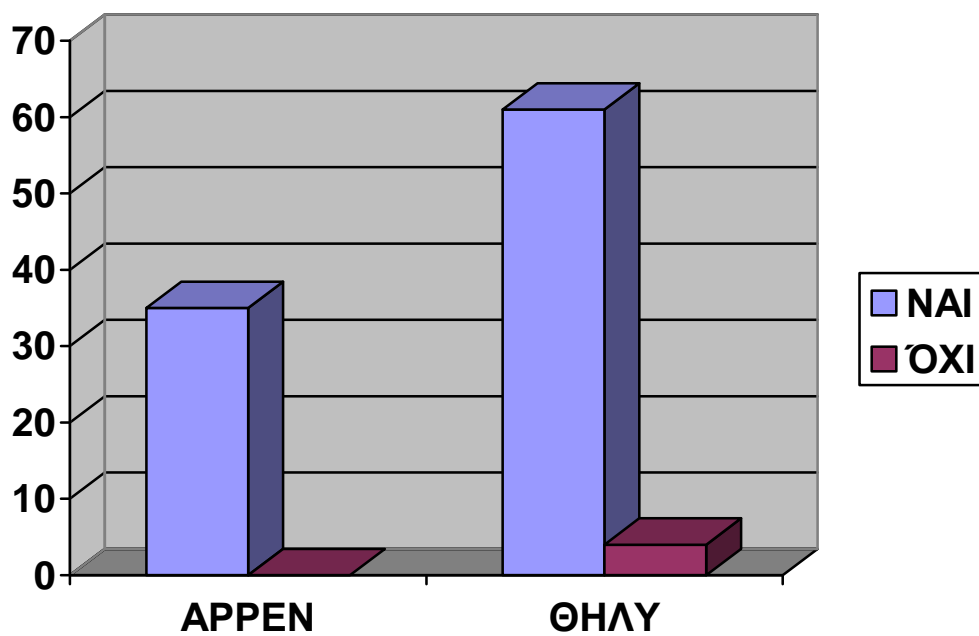
Διάγραμμα πίνακα 2.13. Παράγοντες που παίζουν ρόλο.



Πίνακας 2.14. Συνεργασία με την οικογένεια του ασθενή.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΝΑΙ	35	61	96
	ΟΧΙ	0	4	4
	Total	35	65	100

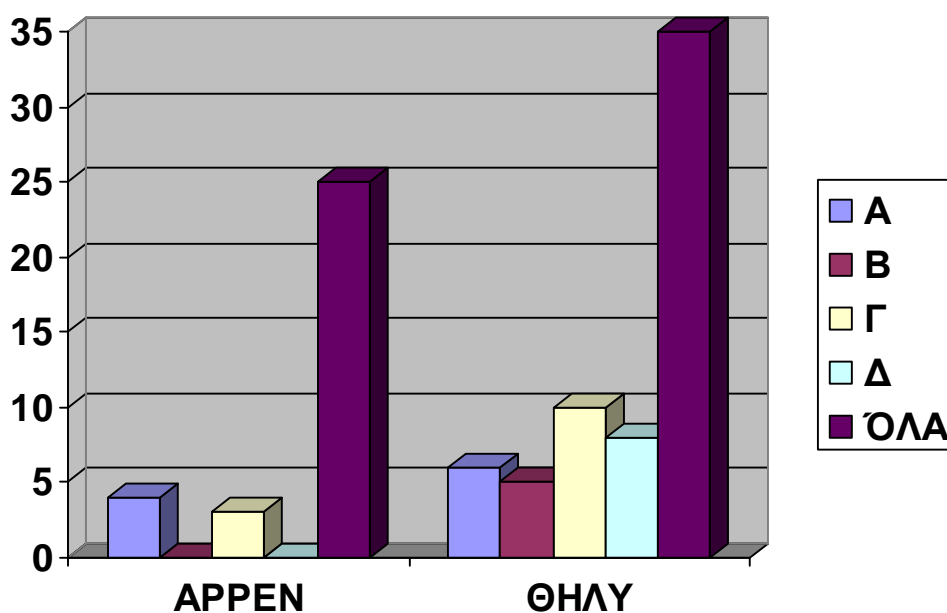
Διάγραμμα πίνακας 2.14. Συνεργασία με την οικογένεια του ασθενή.



Πίνακας 2.15. Τρόποι συνεργασίας.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΤΡΟΠΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ	A	4	6	10
	B	0	5	5
	Γ	3	10	13
	Δ	0	8	8
	ΟΛΑ	25	35	60
	Total	32	64	96

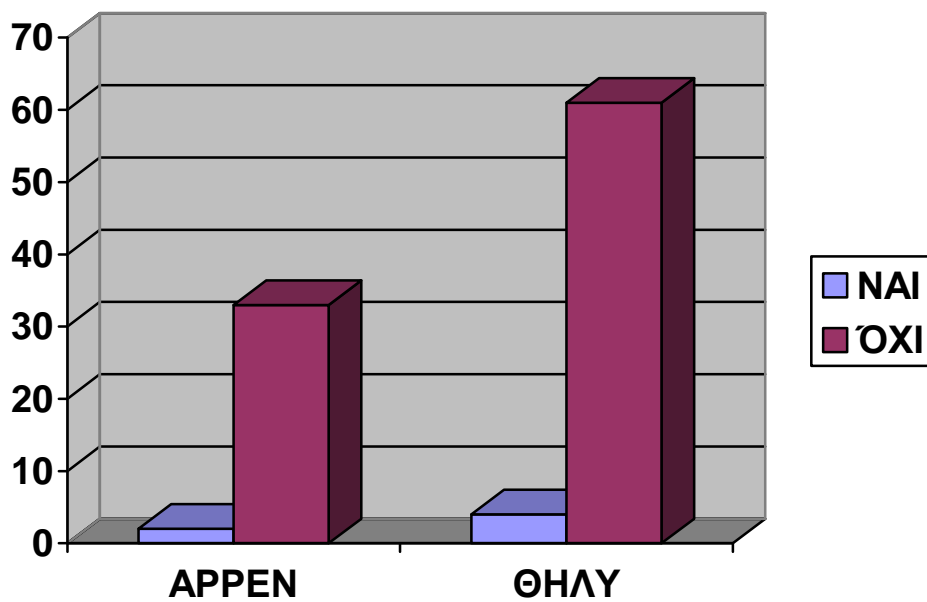
Διάγραμμα πίνακα 2.15. Τρόποι συνεργασίας.



Πίνακας 2.16. Ύπαρξη ομάδων ασθενών- συγγενών.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΥΠΑΡΕΧ ΟΜΑΔΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ/ ΣΥΓΓΕΝΩΝ	ΝΑΙ	2	4	6
	ΟΧΙ	33	61	94
	Total	35	65	100

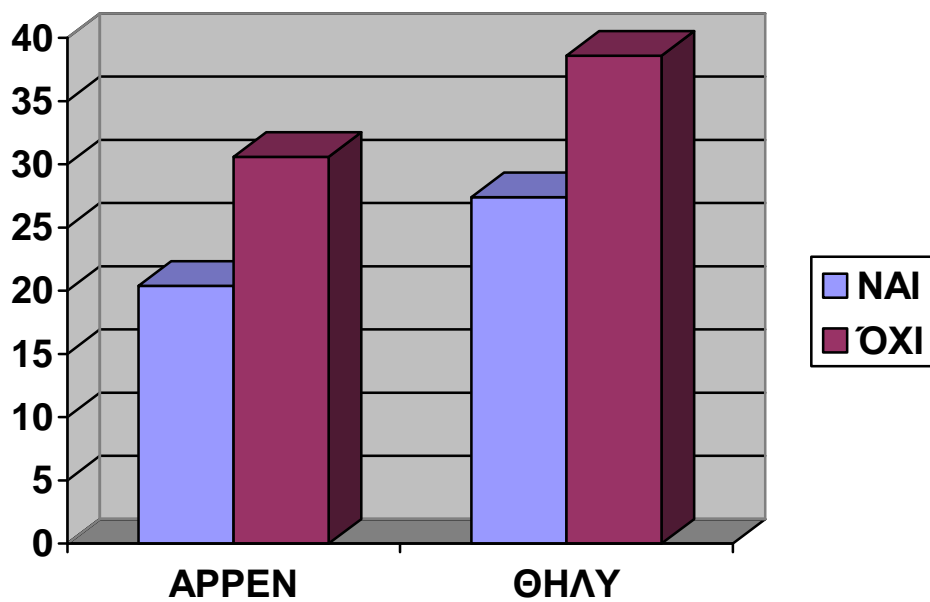
Διάγραμμα πίνακα 2.16. Ύπαρξη ομάδων ασθενών- συγγενών.



Πίνακας 2.17. Χρησιμότητα ομάδων.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΟΜΑΔΩΝ	ΝΑΙ	29	62	91
	ΟΧΙ	6	3	9
	Total	35	65	100

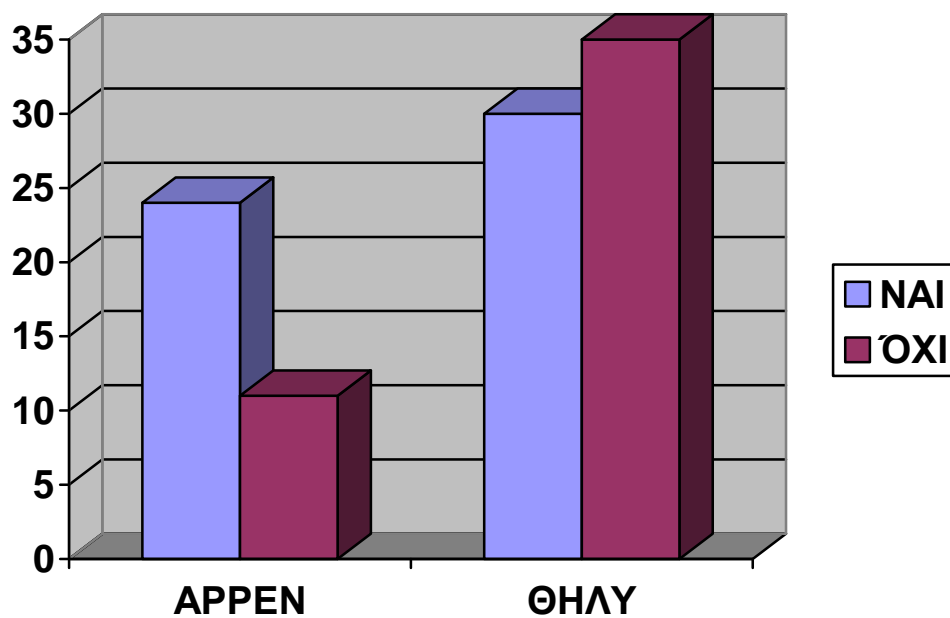
Διάγραμμα πίνακα 2.17. Χρησιμότητα ομάδων.



Πίνακας 2.18. Συναντήσεις διεπιστημονικής ομάδας.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	ΝΑΙ	24	30	54
	ΟΧΙ	11	35	46
	Total	35	65	100

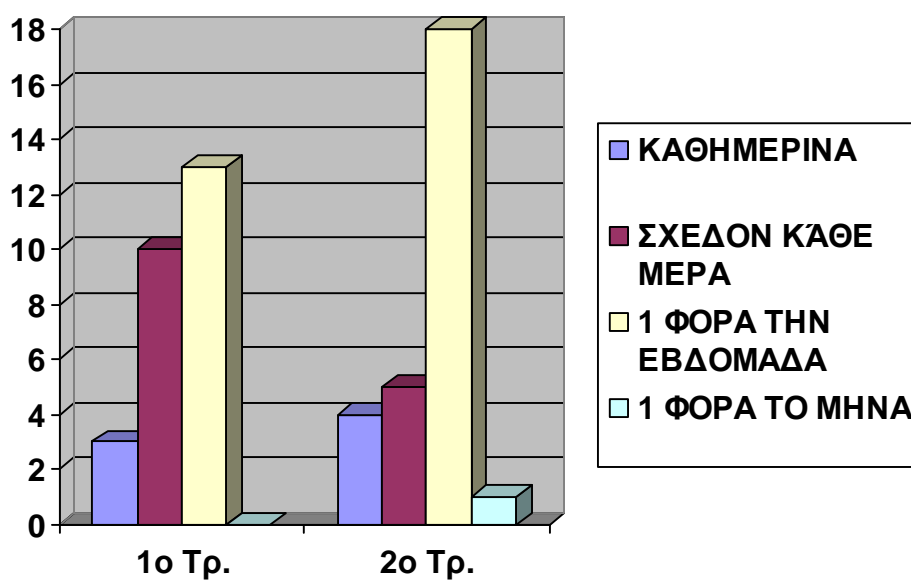
Διάγραμμα πίνακα 2.18. Συναντήσεις διεπιστημονικής ομάδας.



Πίνακας 2.19. Συχνότητα συναντήσεων.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	3	4	7
	ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	10	5	15
	1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	13	18	31
	1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ	0	1	1
	Total	26	28	54

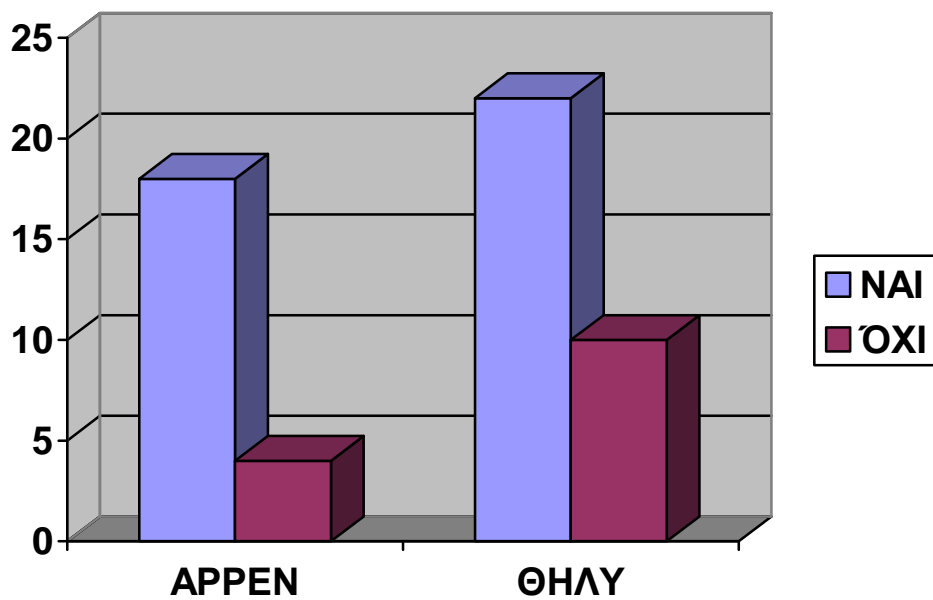
Διάγραμμα πίνακα 2.19. Συχνότητα συναντήσεων.



Πίνακας 2.20. Ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ των μελών.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΥΠΑΡΞΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕΛΩΝ	ΝΑΙ	18	22	40
	ΟΧΙ	4	10	14
	Total	22	32	54

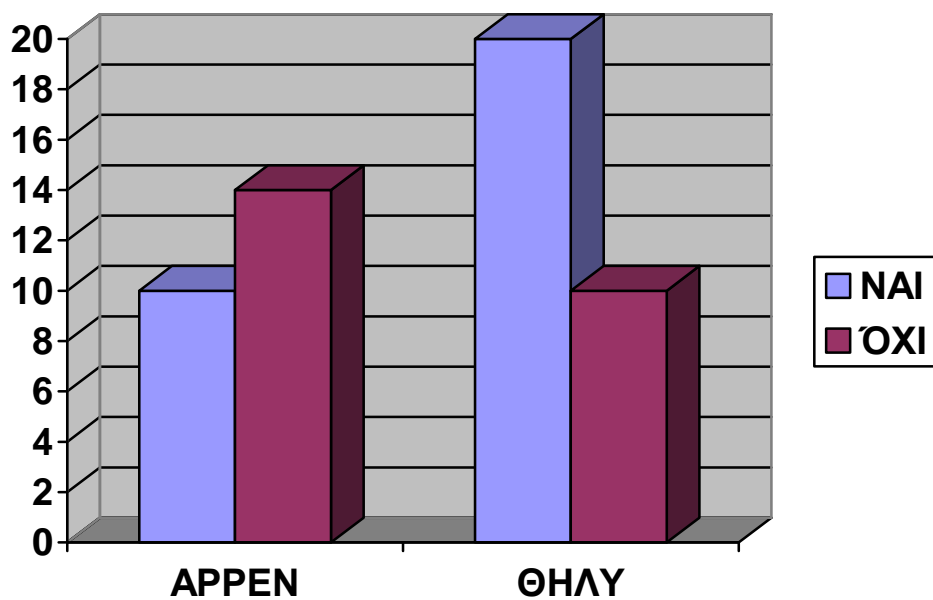
Διάγραμμα πίνακα 2.20. Ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ των μελών.



Πίνακας 2.21. Αναφορά στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΝΑΙ	10	20	30
	ΟΧΙ	14	10	24
	Total	24	30	54

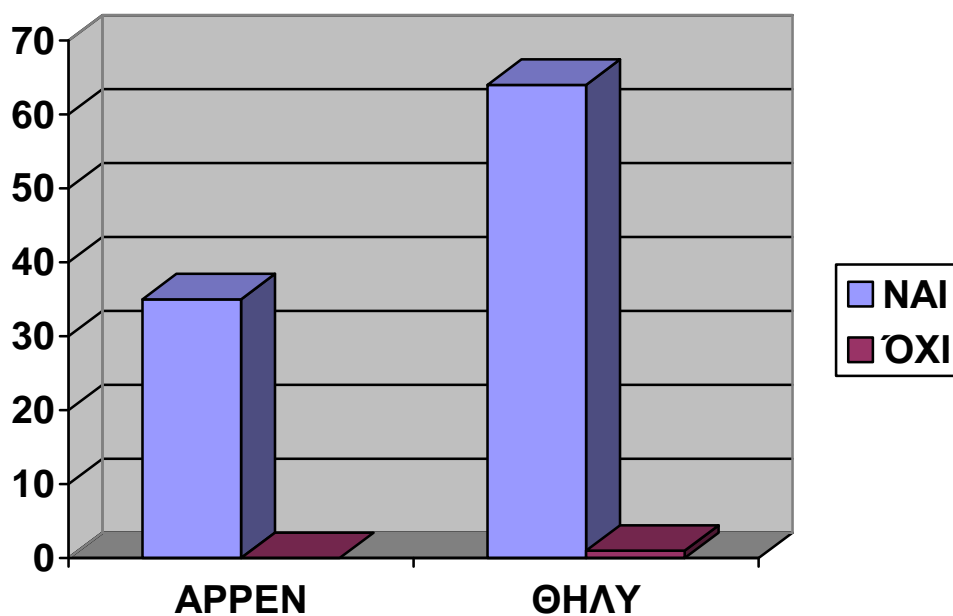
Διάγραμμα πίνακα 2.21. Αναφορά στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.



Πίνακας 2.22. Απαραίτητη η συνεργασία του επιστημονικού προσωπικού.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΝΑΙ	35	64	99
	ΟΧΙ	0	1	1
	Total	35	65	100

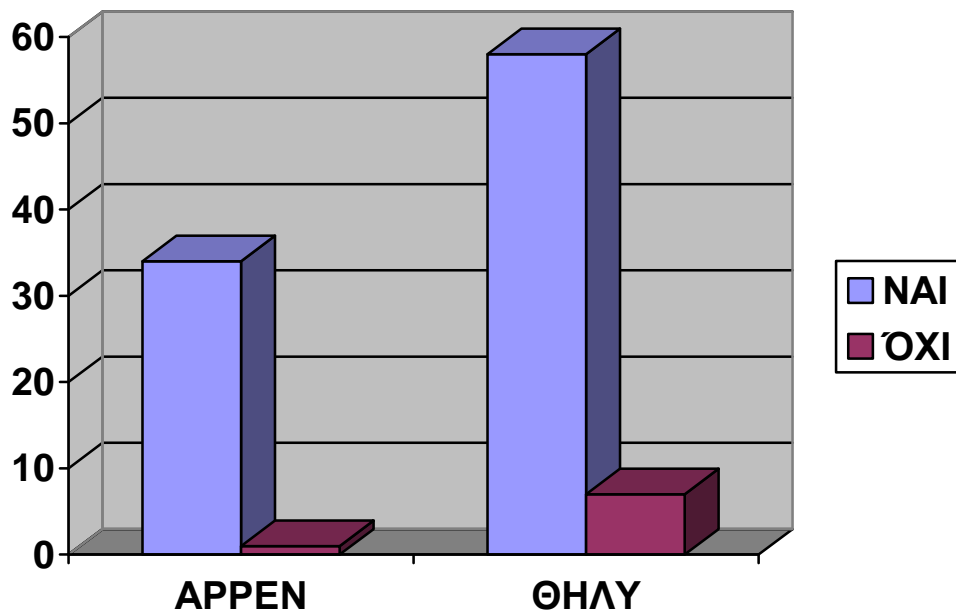
Διάγραμμα πίνακα 2.22. Απαραίτητη η συνεργασία του επιστημονικού προσωπικού.



Πίνακας 2.23. Ειδική εκπαίδευση προσωπικού.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΝΑΙ	34	58	92
	ΟΧΙ	1	7	8
	Total	35	65	100

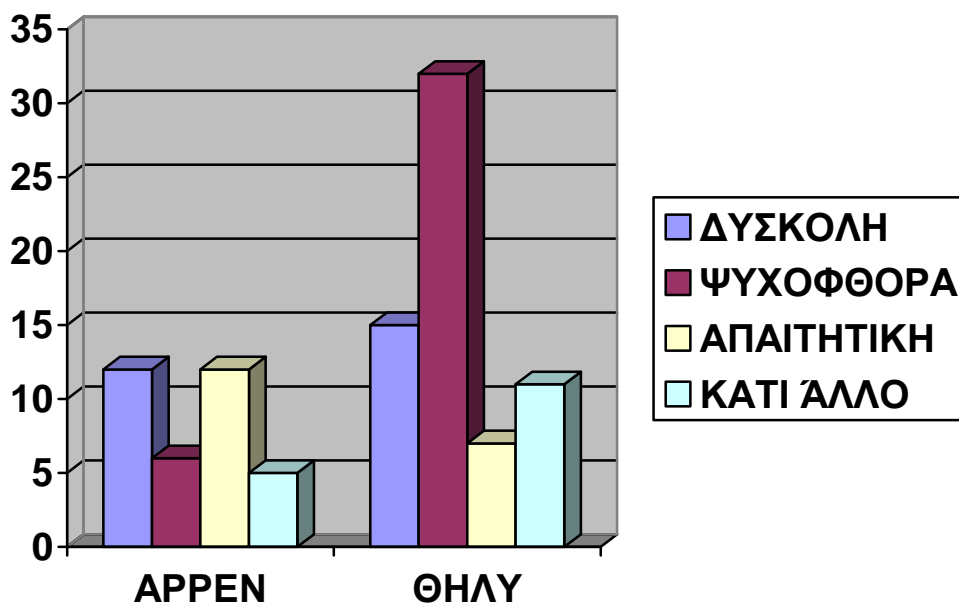
Διάγραμμα πίνακα 2.23. Ειδική εκπαίδευση προσωπικού.



Πίνακας 2.24. Χαρακτηρισμός εργασίας.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΔΥΣΚΟΛΗ	12	15	27
	ΨΥΧΟΦΘΟΡΑ	6	32	38
	ΑΠΑΙΤΗΤΙΚΗ	12	7	19
	ΚΑΤΙ ΆΛΛΟ	5	11	16
	Total	35	65	100

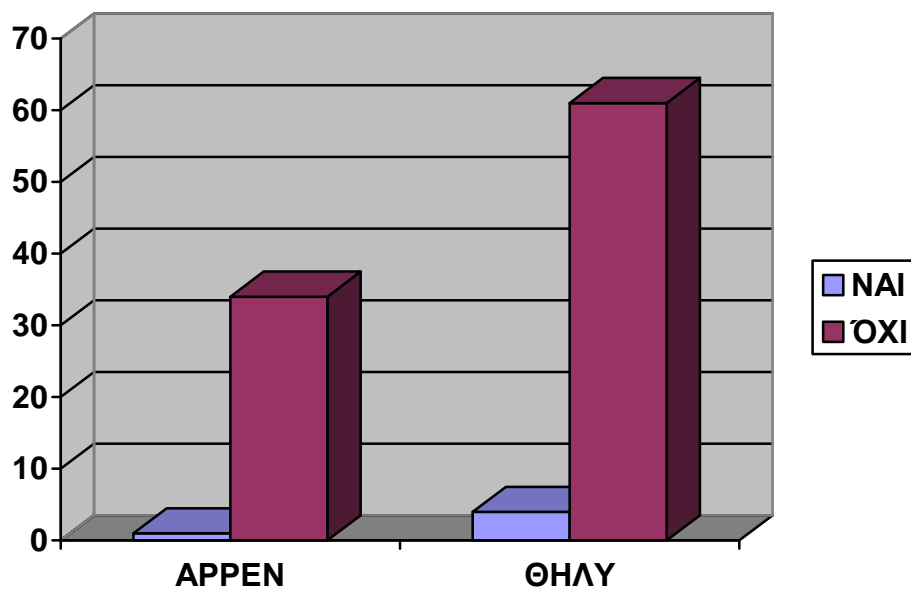
Διάγραμμα πίνακα 2.24. Χαρακτηρισμός εργασίας.



Πίνακας 2.25. Στήριξη επαγγελματιών υγείας.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΣΤΗΡΙΞΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΝΑΙ	1	4	5
	ΟΧΙ	34	61	95
	Total	35	65	100

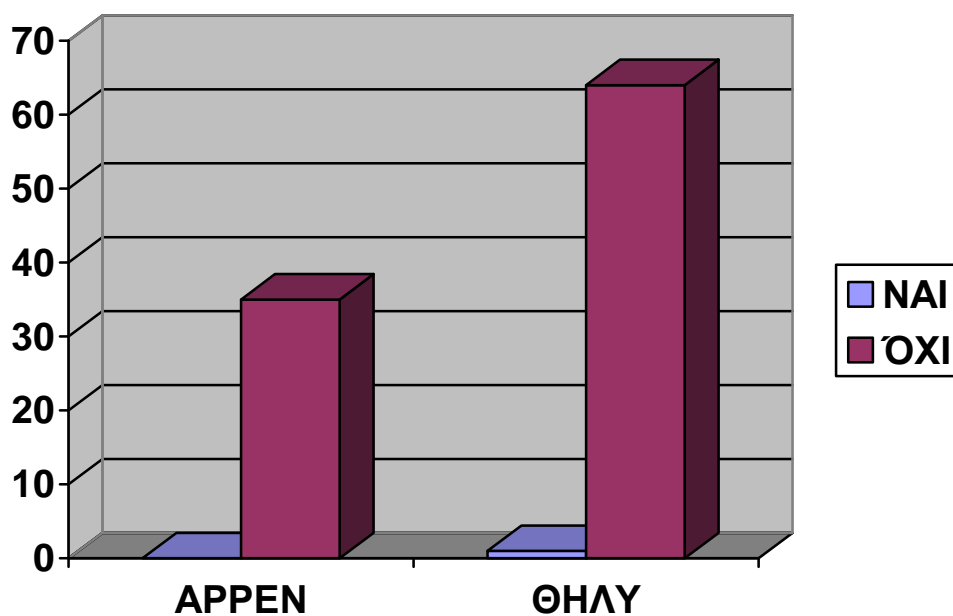
Διάγραμμα πίνακα 2.25. Στήριξη επαγγελματιών υγείας.



Πίνακας 2.26. Ύπαρξη εθελοντικών ομάδων στήριξης ασθενών.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΥΠΑΡΞΗ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ	ΝΑΙ	0	1	1
	ΟΧΙ	35	64	99
	Total	35	65	100

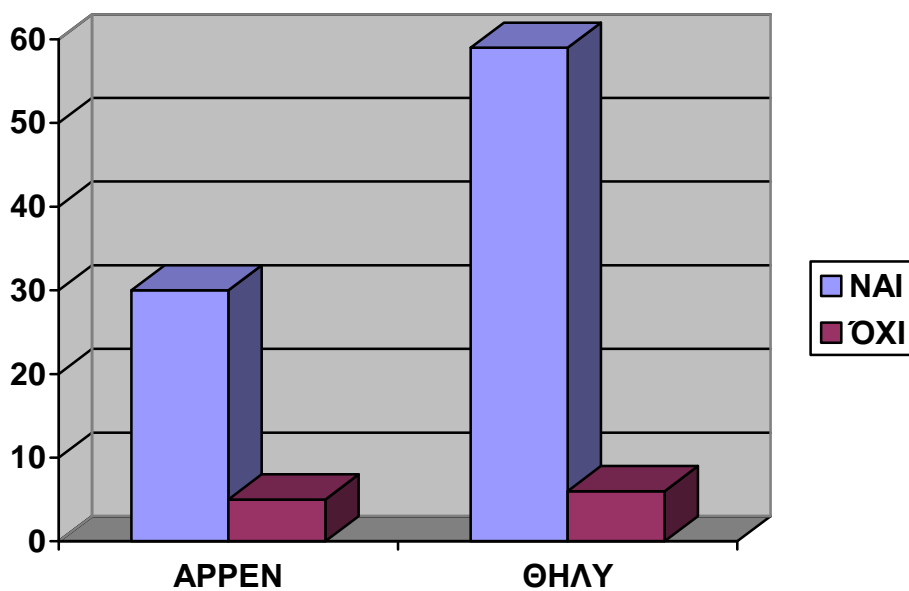
Διάγραμμα πίνακα 2.26. Ύπαρξη εθελοντικών ομάδων στήριξης ασθενών.



Πίνακας 2.27. Επαγγελματική εξουθένωση προσωπικού.

		ΦΥΛΟ		
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	Total
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΝΑΙ	30	59	89
	ΟΧΙ	5	6	11
	Total	35	65	100

Διάγραμμα πίνακα 2.27. Επαγγελματική εξουθένωση προσωπικού.

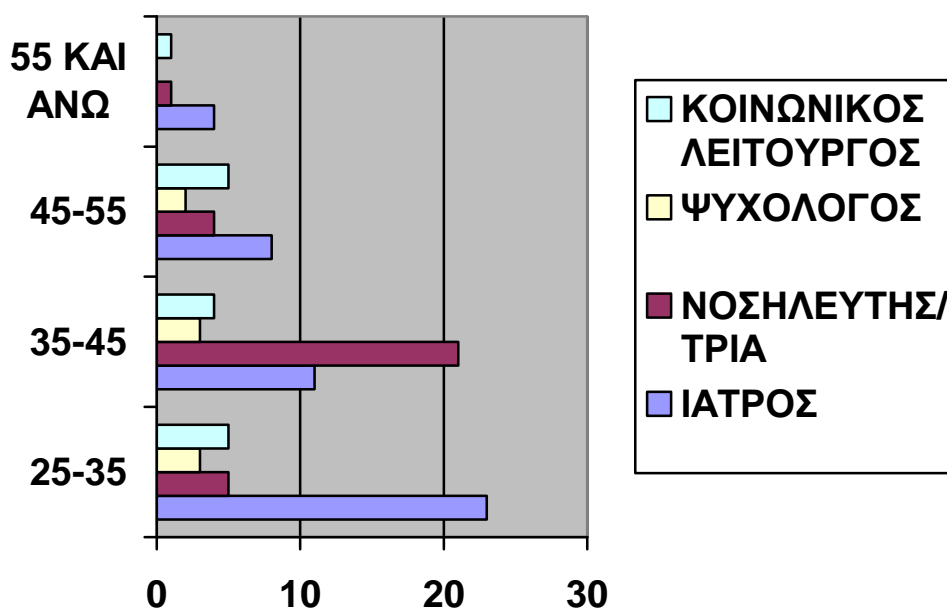


9.3.2. Συσχέτιση αποτελεσμάτων με βάση την ηλικία των ερωτηθέντων.

Πίνακας 3.1. Ειδικότητα ερωτηθέντων.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΙΑΤΡΟΣ	23	11	8	4	46
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	5	21	4	1	31
	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	3	3	2	0	8
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	5	4	5	1	15
	Total	36	39	19	6	100

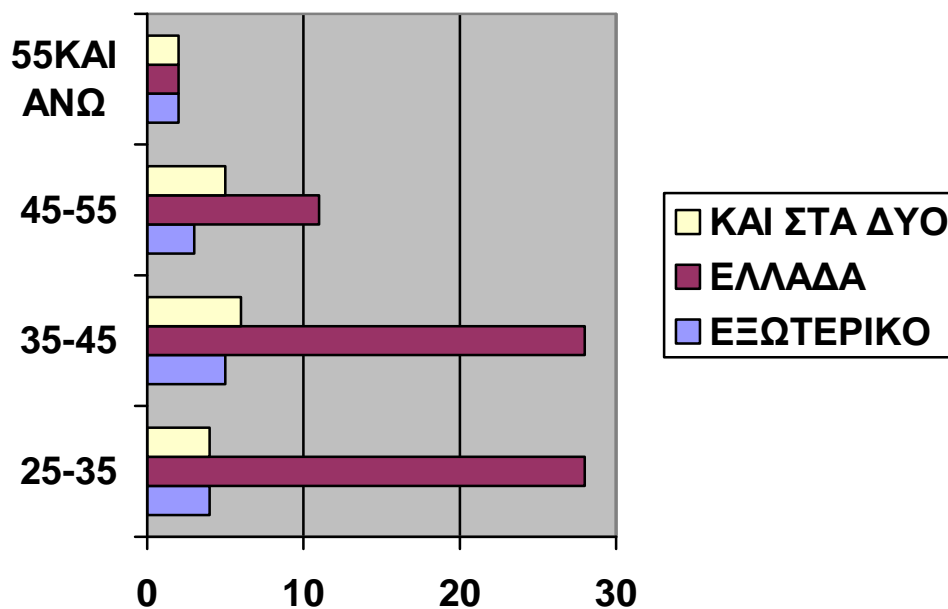
Διάγραμμα πίνακα 3.1. Ειδικότητα ερωτηθέντων.



Πίνακας 3.2. Τόπος σπουδών.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΣΠΟΥΔΕΣ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	4	5	3	2	14
	ΕΛΛΑΔΑ	28	28	11	2	69
	ΚΑΙ ΣΤΑ ΔΥΟ	4	6	5	2	17
	Total	36	39	19	6	100

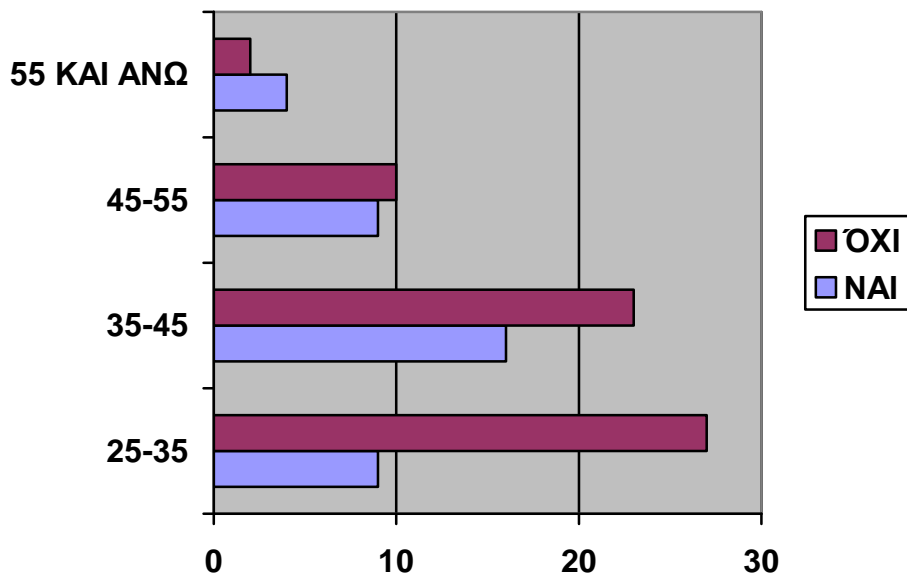
Διάγραμμα πίνακα 3.2. Τόπος σπουδών.



Πίνακας 3.3. Ύπαρξη μεταπτυχιακών σπουδών ερωτηθέντων.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	ΝΑΙ	9	16	9	4	38
	ΟΧΙ	27	23	10	2	62
	Total	36	39	19	6	100

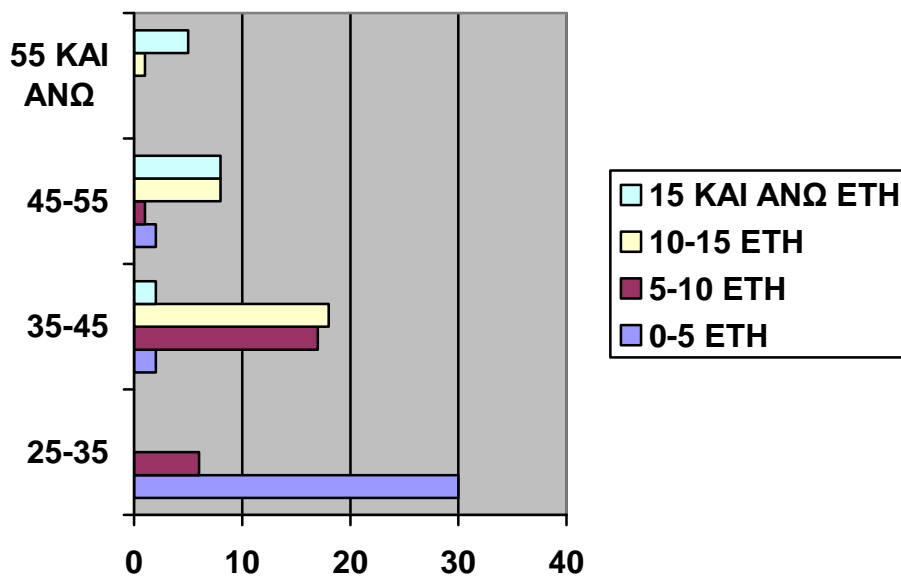
Διάγραμμα πίνακα 3.3. Ύπαρξη μεταπτυχιακών σπουδών ερωτηθέντων.



Πίνακας 3.4. Έτη προϋπηρεσίας.

		ΗΛΙΚΙΑ				Total
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	
ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ	0-5 ΕΤΗ	30	2	2	0	34
	5-10 ΕΤΗ	6	17	1	0	24
	10-15 ΕΤΗ	0	18	8	1	27
	15 ΚΑΙ ΑΝΩ	0	2	8	5	15
	Total	36	39	19	6	100

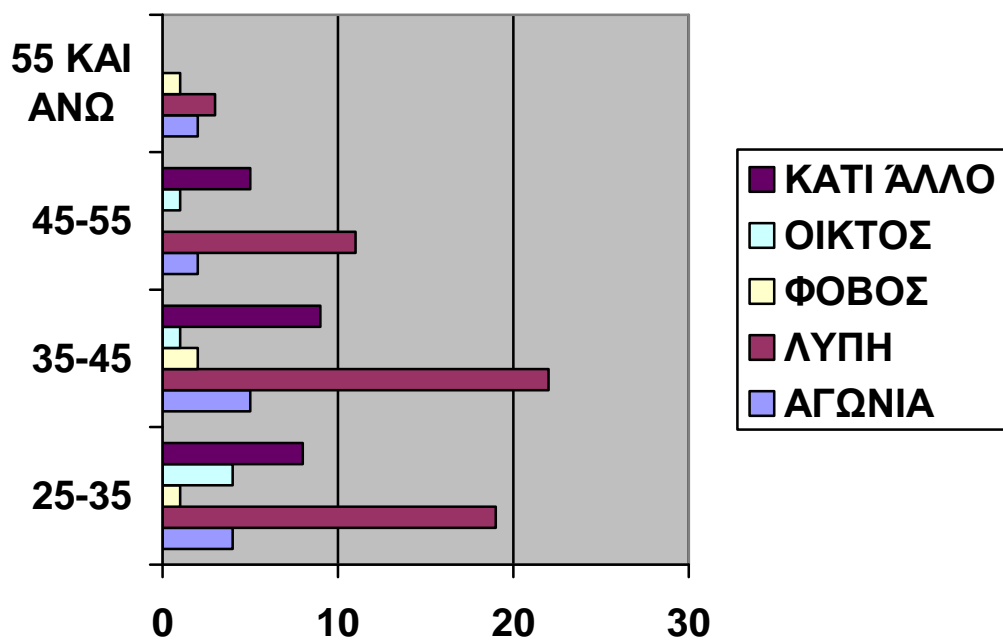
Διάγραμμα πίνακα 3.4. Έτη προϋπηρεσίας.



Πίνακας 3.5. Συναισθήματα ερωτηθέντων.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ	ΑΓΩΝΙΑ	4	5	2	2	13
	ΛΥΠΗ	19	22	11	3	55
	ΦΟΒΟΣ	1	2	0	1	4
	ΟΙΚΤΟΣ	4	1	1	0	6
	ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	8	9	5	0	22
	Total	36	39	19	6	100

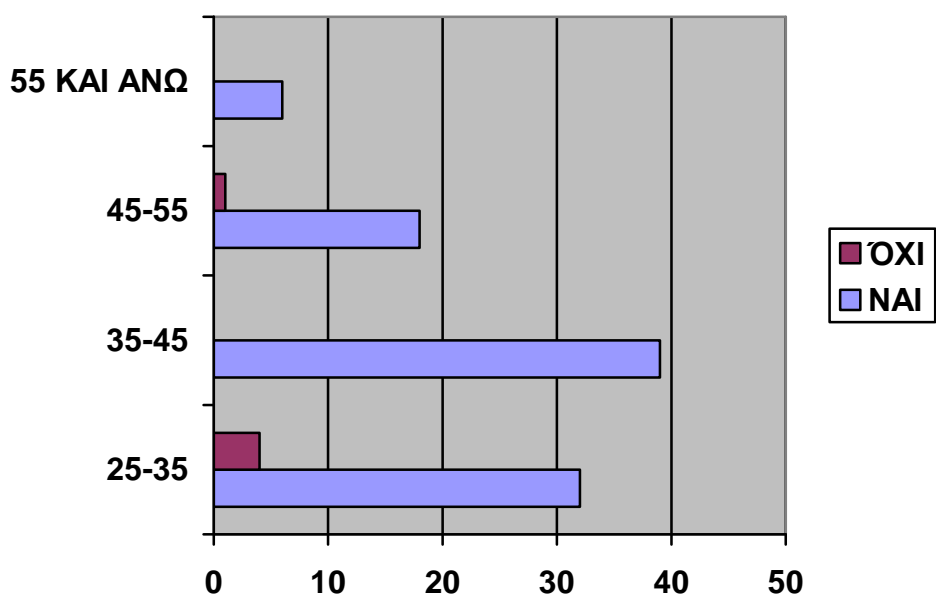
Διάγραμμα πίνακα 3.5. Συναισθήματα ερωτηθέντων.



Πίνακας 3.6. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ Ω	Total
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	ΝΑΙ	32	39	18	6	95
	ΟΧΙ	4	0	1	0	5
	Total	36	39	19	6	100

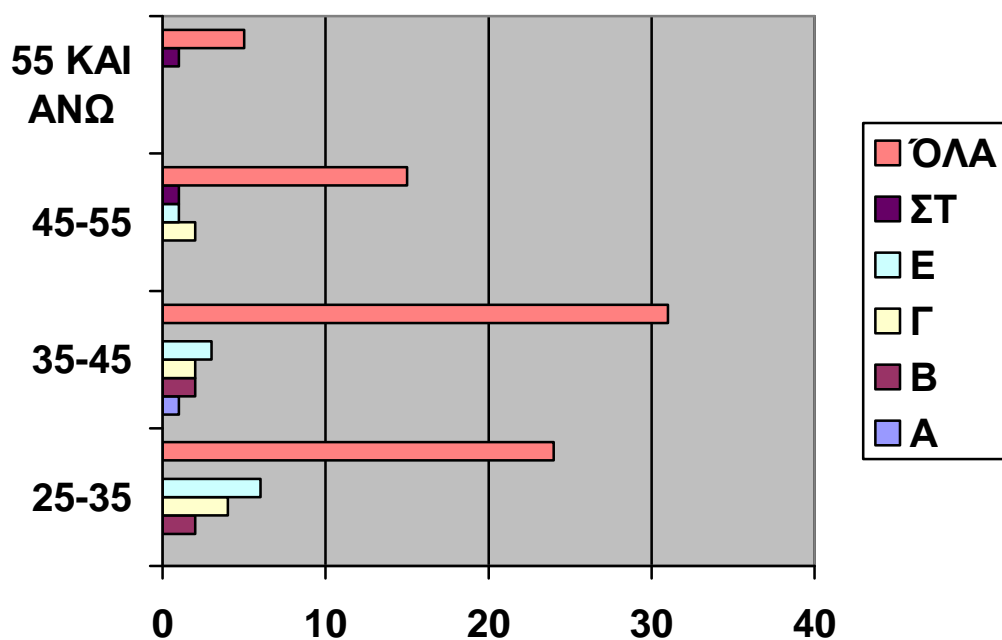
Διάγραμμα πίνακα 3.6. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών.



Πίνακας 3.7. Τρόποι.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΤΡΟΠΟΙ	A	0	1	0	0	1
	B	2	2	0	0	4
	Γ	4	2	2	0	8
	E	6	3	1	0	10
	ΣΤ	0	0	1	1	2
	ΟΛΑ	24	31	15	5	75
	Total	36	39	19	6	100

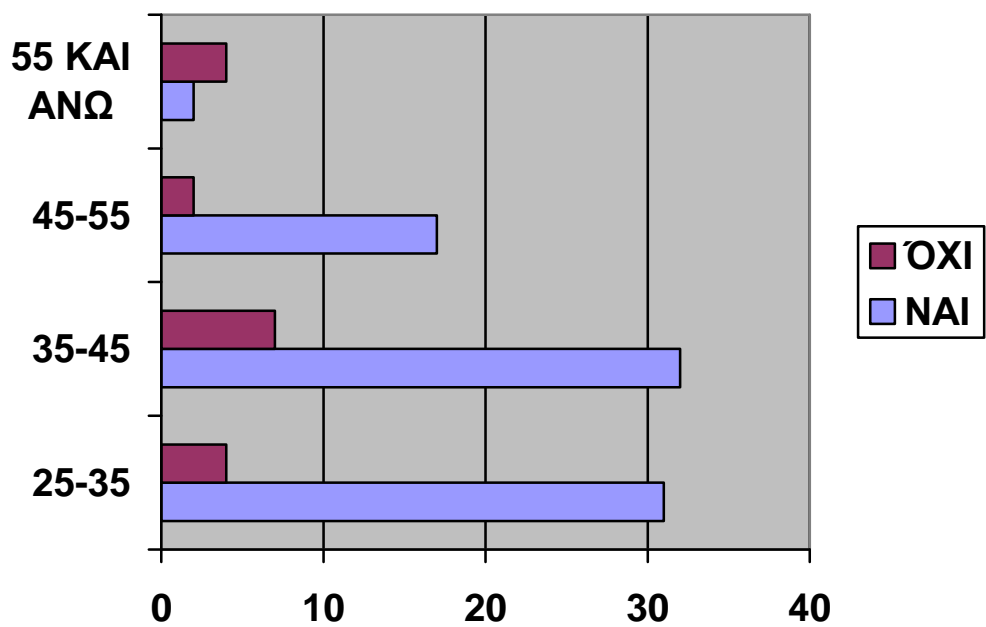
Διάγραμμα πίνακα 3.7. Τρόποι.



Πίνακας 3.8. Ενημέρωση του ασθενή.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΝΑΙ	31	32	17	2	82
	ΟΧΙ	4	7	2	4	17
	Total	36	39	19	6	100

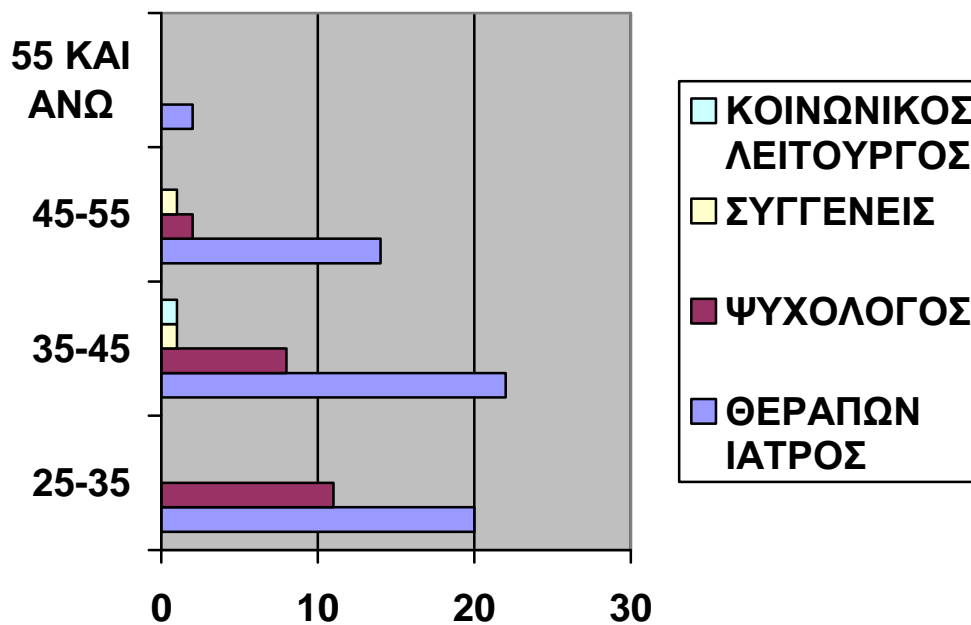
Διάγραμμα πίνακα 3.8. Ενημέρωση του ασθενή.



Πίνακας 3.9. Αρμόδιος για την ενημέρωση.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ	20	22	14	2	58
	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	11	8	2	0	21
	ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	0	1	1	0	2
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	0	1	0	0	1
	Total	31	32	17	2	82

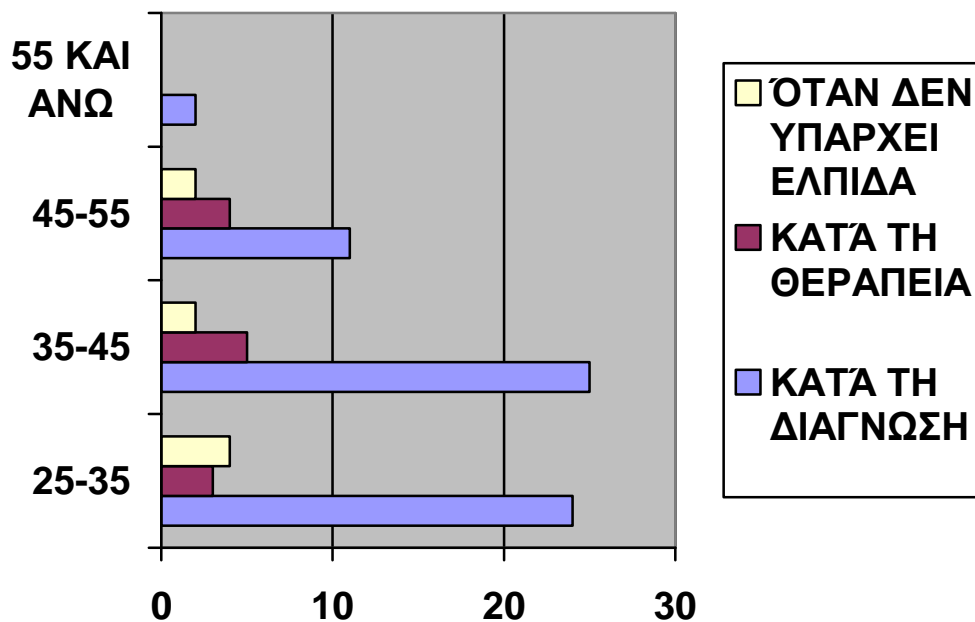
Διάγραμμα πίνακα 3.9. Αρμόδιος για την ενημέρωση.



Πίνακας 3.10. Κατάλληλη στιγμή για την ενημέρωση του ασθενή.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΣΤΙΓΜΗ	ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	24	25	11	2	62
	ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	3	5	4	0	12
	ΟΤΑΝ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΠΙΔΑ	4	2	2	0	8
	Total	31	32	17	2	82

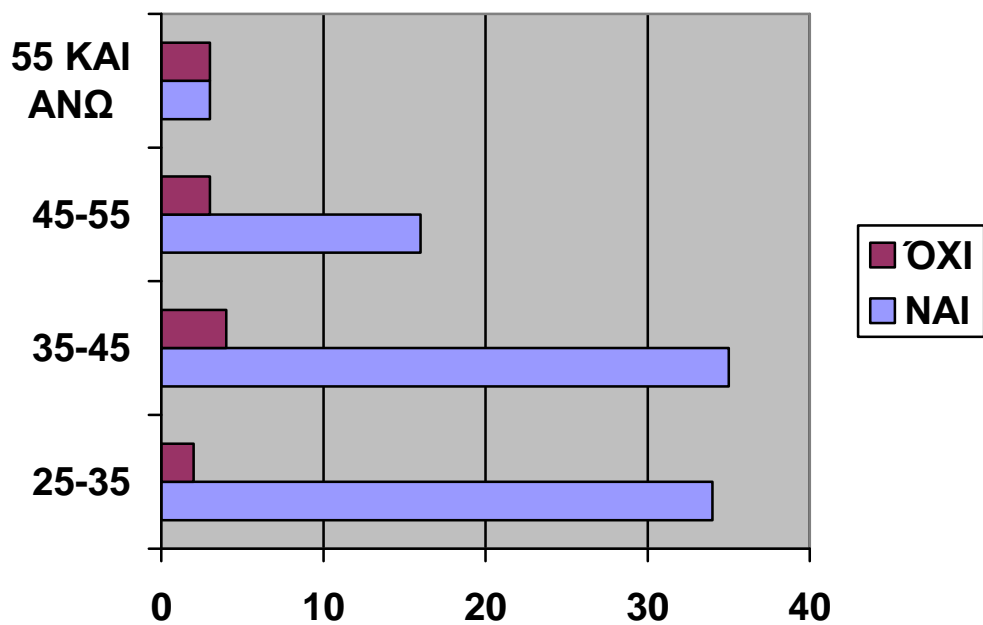
Διάγραμμα πίνακα 3.10. Κατάλληλη στιγμή για την ενημέρωση του ασθενή.



Πίνακας 3.11. Διαφοροποίηση συναισθημάτων.

		ΗΛΙΚΙΑ				Total
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	
ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ	ΝΑΙ	34	35	16	3	88
	ΟΧΙ	2	4	3	3	12
	Total	36	39	19	6	100

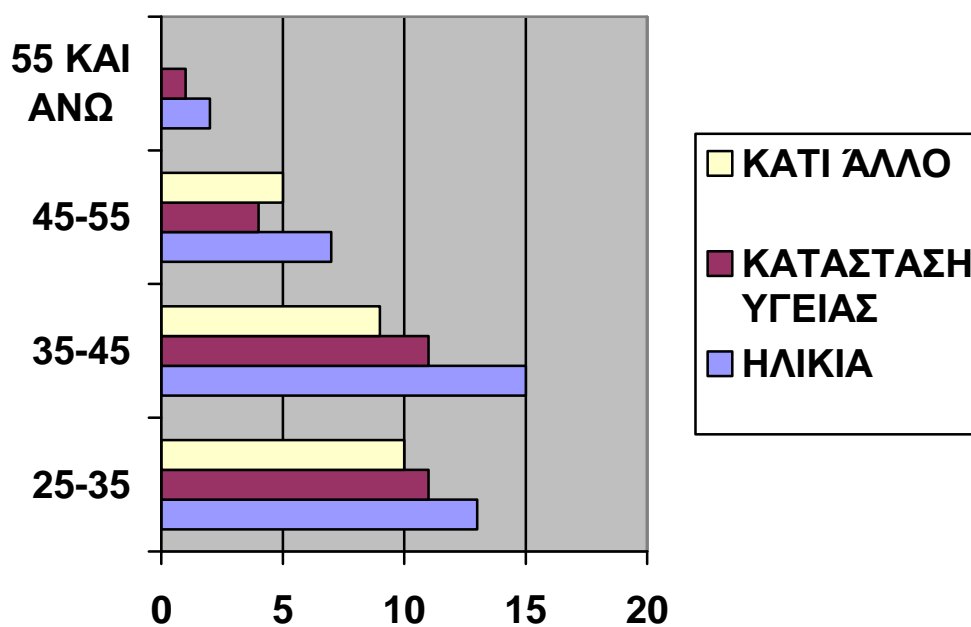
Διάγραμμα πίνακα 3.11. Διαφοροποίηση συναισθημάτων.



Πίνακας 3.12. Παράγοντες που παίζουν ρόλο.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ	13	15	7	2	37
	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	11	11	4	1	27
	ΚΑΤΙ ΆΛΛΟ	10	9	5	0	24
	Total	34	35	16	3	88

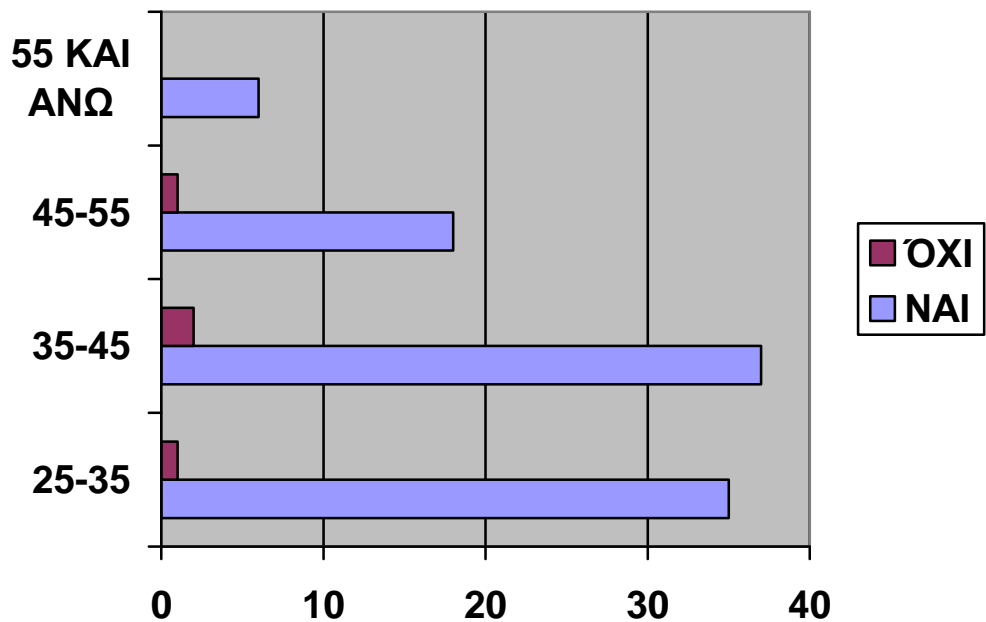
Διάγραμμα πίνακα 3.12. Παράγοντες που παίζουν ρόλο.



Πίνακας 3.13. Συνεργασία με την οικογένεια του ασθενή.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΝΑΙ	35	37	18	6	96
	ΟΧΙ	1	2	1	0	4
	Total	36	39	19	6	100

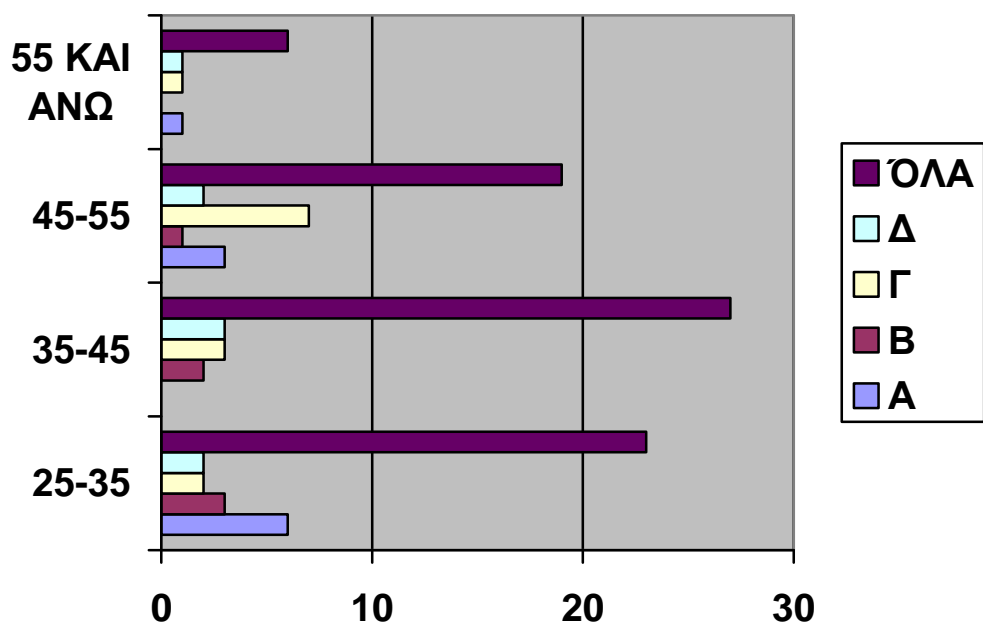
Διάγραμμα πίνακα 3.13. Συνεργασία με την οικογένεια του ασθενή.



Πίνακας 3.14. Τρόποι συνεργασίας.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΤΡΟΠΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ	A	6	0	3	1	10
	B	3	2	1	0	6
	Γ	2	3	7	1	13
	Δ	2	3	2	1	8
	ΟΛΑ	23	27	6	3	59
	Total	36	35	19	6	96

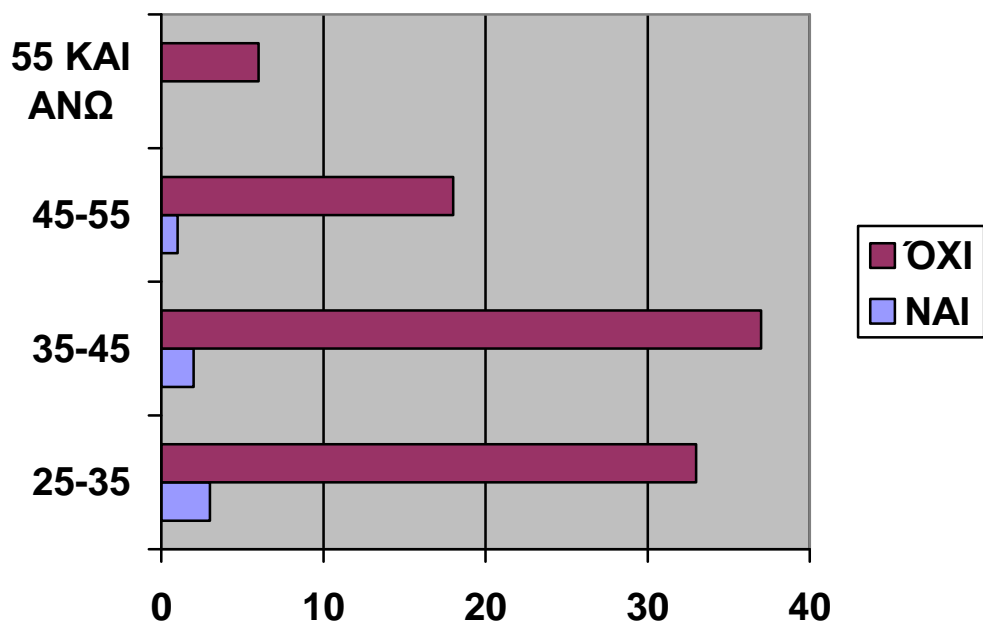
Διάγραμμα πίνακα 3.14. Τρόποι συνεργασίας.



Πίνακας 3.15. Ύπαρξη ομάδων ασθενών- συγγενών.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΥΠΑΡΞΗ ΟΜΑΔΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ/ ΣΥΓΓΕΝΩΝ	ΝΑΙ	3	2	1	0	6
	ΟΧΙ	33	37	18	6	94
	Total	36	39	19	6	100

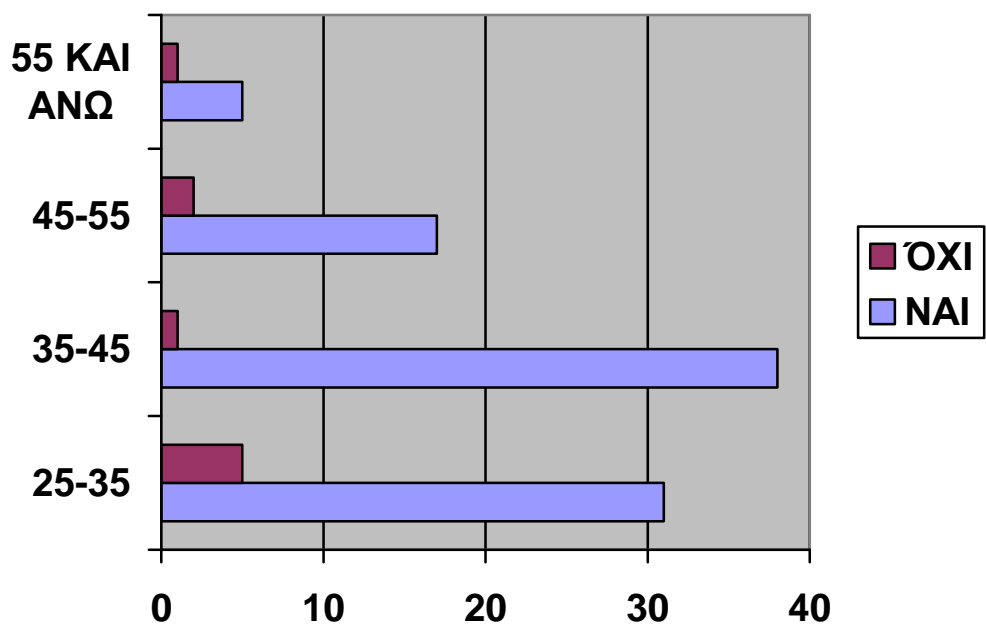
Διάγραμμα πίνακα 3.15. Ύπαρξη ομάδων ασθενών- συγγενών.



Πίνακας 3.16. Χρησιμότητα ομάδων.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΟΜΑΔΩΝ	ΝΑΙ	31	38	17	5	91
	ΟΧΙ	5	1	2	1	9
	Total	36	39	19	6	100

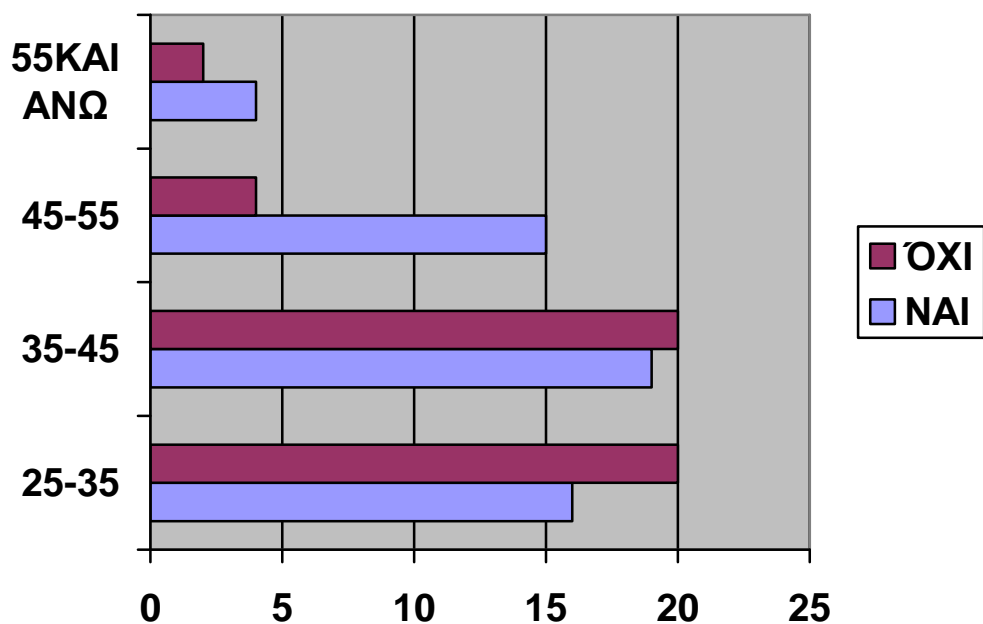
Διάγραμμα πίνακα 3.16. Χρησιμότητα ομάδων.



Πίνακας 3.17. Συναντήσεις διεπιστημονικής ομάδας.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	ΝΑΙ	16	19	15	4	54
	ΟΧΙ	20	20	4	2	46
	Total	36	39	19	6	100

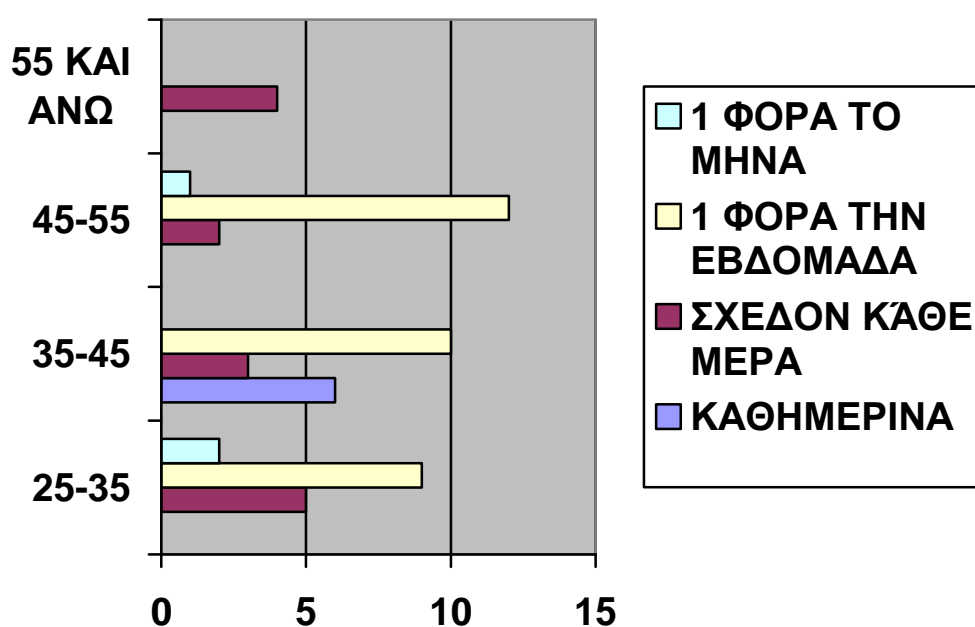
Διάγραμμα πίνακα 3.17. Συναντήσεις διεπιστημονικής ομάδας.



Πίνακας 3.18. Συχνότητα συναντήσεων.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	0	6	0	0	6
	ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	5	3	2	4	14
	1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	9	10	12	0	31
	1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ	2	0	1	0	3
	Total	16	19	15	4	54

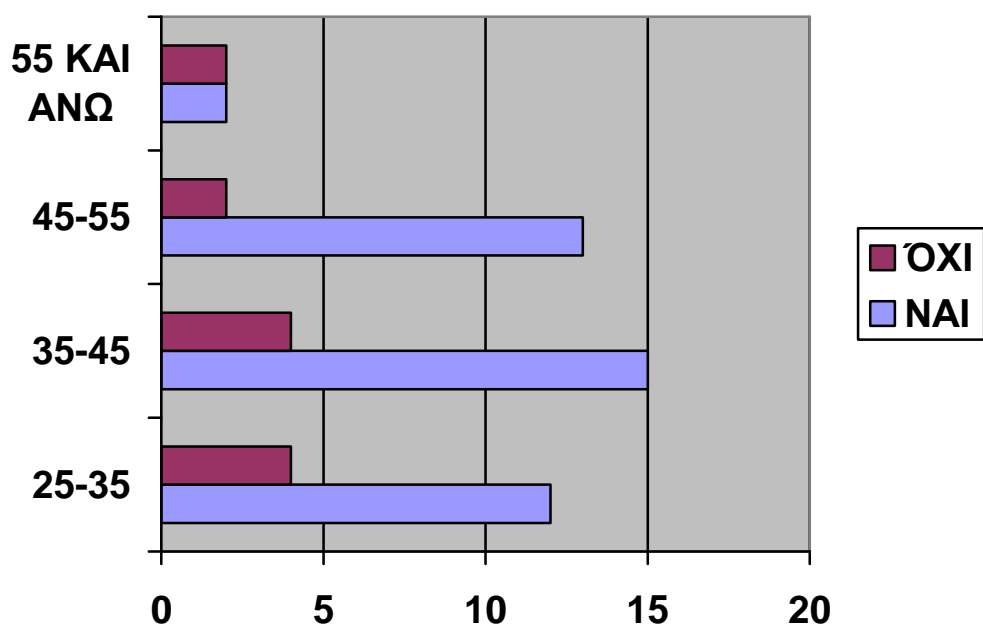
Διάγραμμα πίνακα 3.18. Συχνότητα συναντήσεων.



Πίνακας 3.19. Ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ των μελών.

		ΗΛΙΚΙΑ				Total
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	
ΥΠΑΡΞΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕΛΩΝ	ΝΑΙ	12	15	13	2	42
	ΟΧΙ	4	4	2	2	12
	Total	16	19	15	4	54

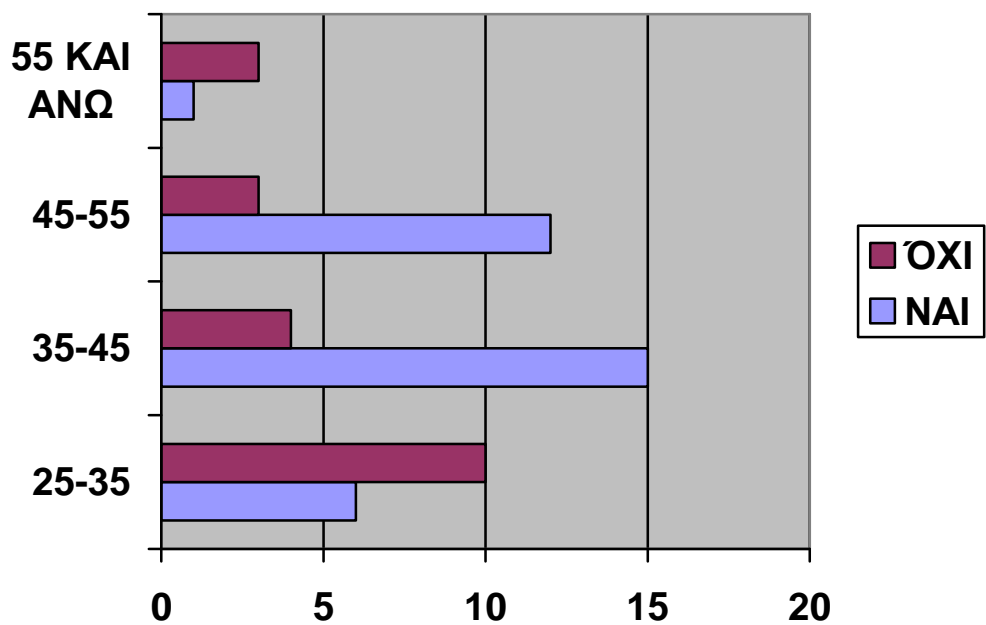
Διάγραμμα πίνακα 3.19. Ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ των μελών.



Πίνακας 3.20. Αναφορά στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΝΑΙ	6	15	12	1	34
	ΟΧΙ	10	4	3	3	20
	Total	16	19	15	4	54

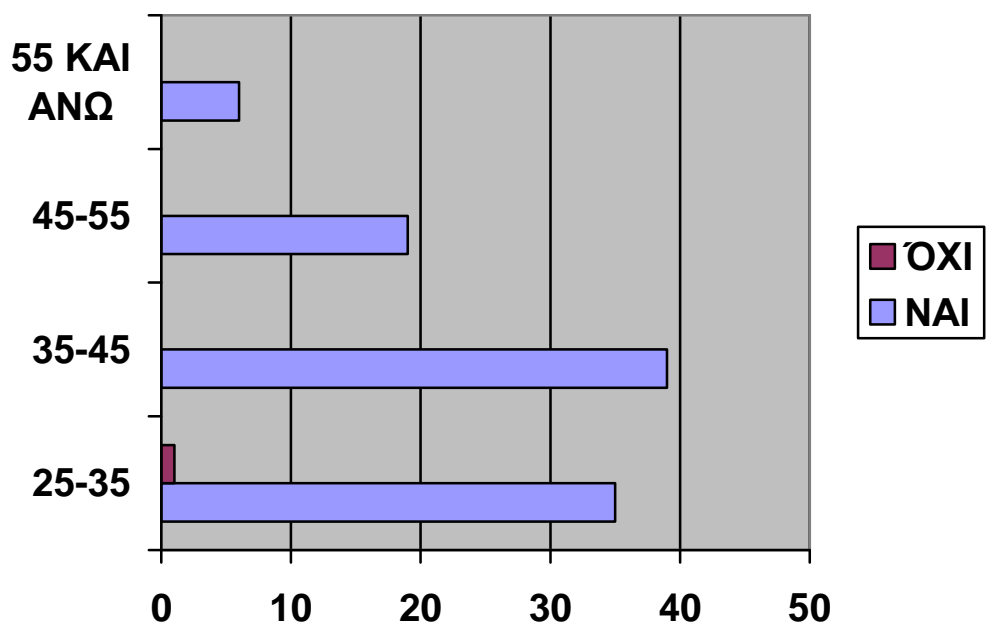
Διάγραμμα πίνακα 3.20. Αναφορά στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.



Πίνακας 3.21. Απαραίτητη η συνεργασία του επιστημονικού προσωπικού.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΝΑΙ	35	39	19	6	99
	ΟΧΙ	1	0	0	0	1
	Total	36	39	19	6	100

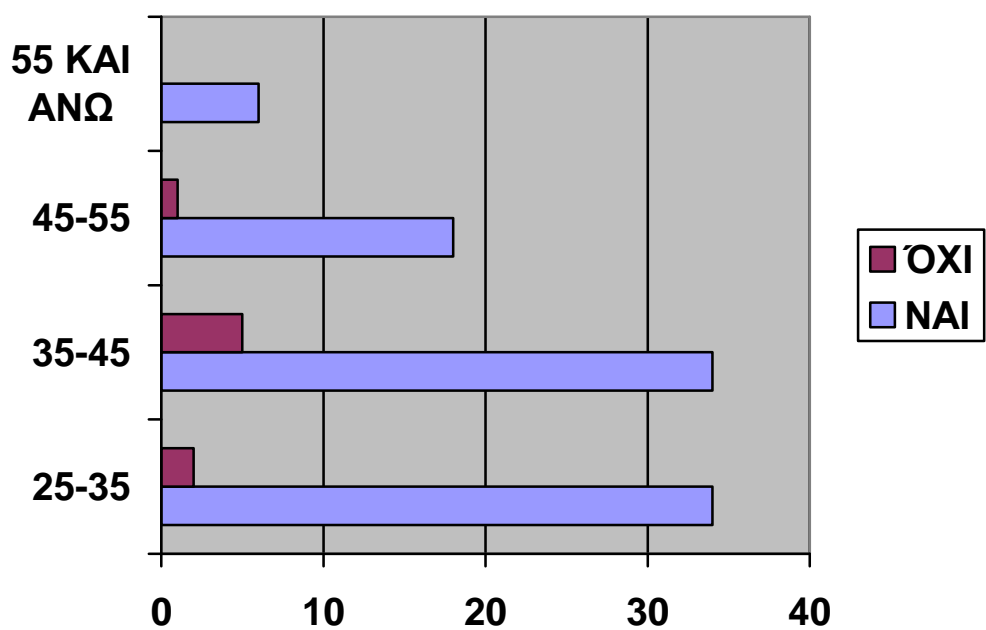
Διάγραμμα πίνακα 3.21. Απαραίτητη η συνεργασία του επιστημονικού προσωπικού.



Πίνακας 3.22. Ειδική εκπαίδευση προσωπικού.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΝΑΙ	34	34	18	6	92
	ΟΧΙ	2	5	1	0	8
	Total	36	39	19	6	100

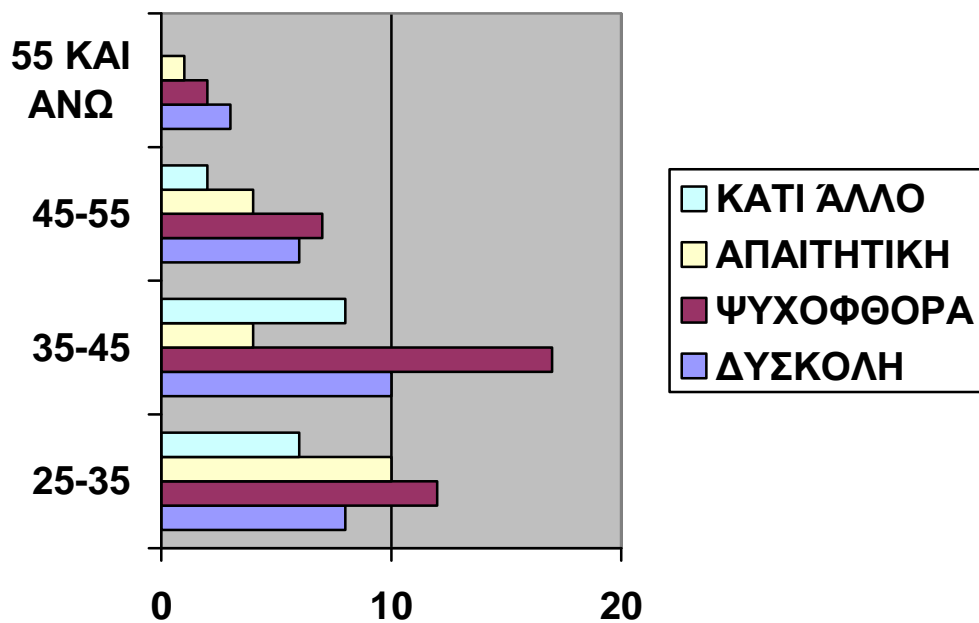
Διάγραμμα πίνακα 3.22. Ειδική εκπαίδευση προσωπικού.



Πίνακας 3.23. Χαρακτηρισμός εργασίας.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΔΥΣΚΟΛΗ	8	10	6	3	27
	ΨΥΧΟΦΘΟΡΑ	12	17	7	2	38
	ΑΠΑΙΤΗΤΙΚΗ	10	4	4	1	19
	ΚΑΤΙ ΆΛΛΟ	6	8	2	0	16
	Total	36	39	19	6	100

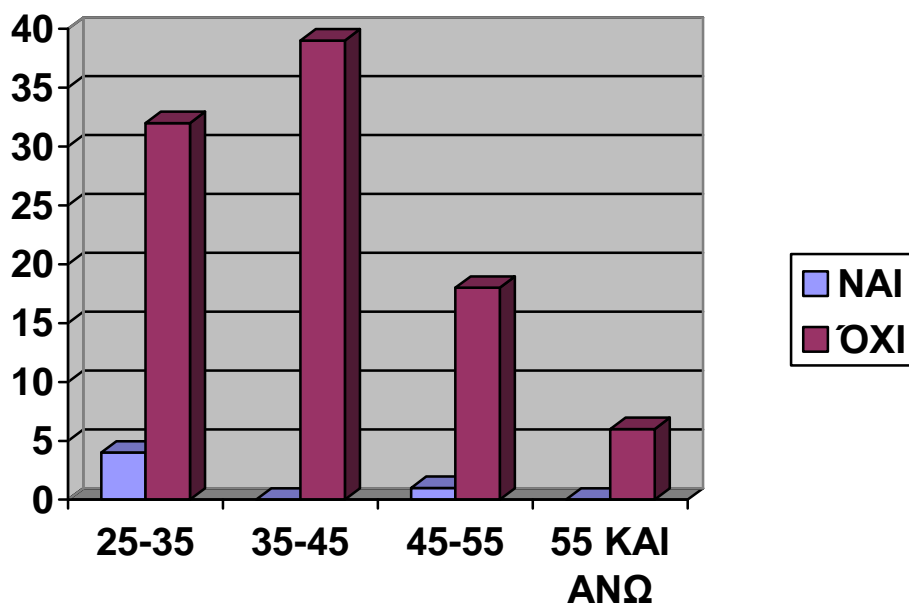
Διάγραμμα πίνακα 3.23. Χαρακτηρισμός εργασίας.



Πίνακας 3.24. Στήριξη επαγγελματιών υγείας.

		ΗΛΙΚΙΑ				Total
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	
ΣΤΗΡΙΞΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΝΑΙ	4	0	1	0	5
	ΟΧΙ	32	39	18	6	95
	Total	36	39	19	6	100

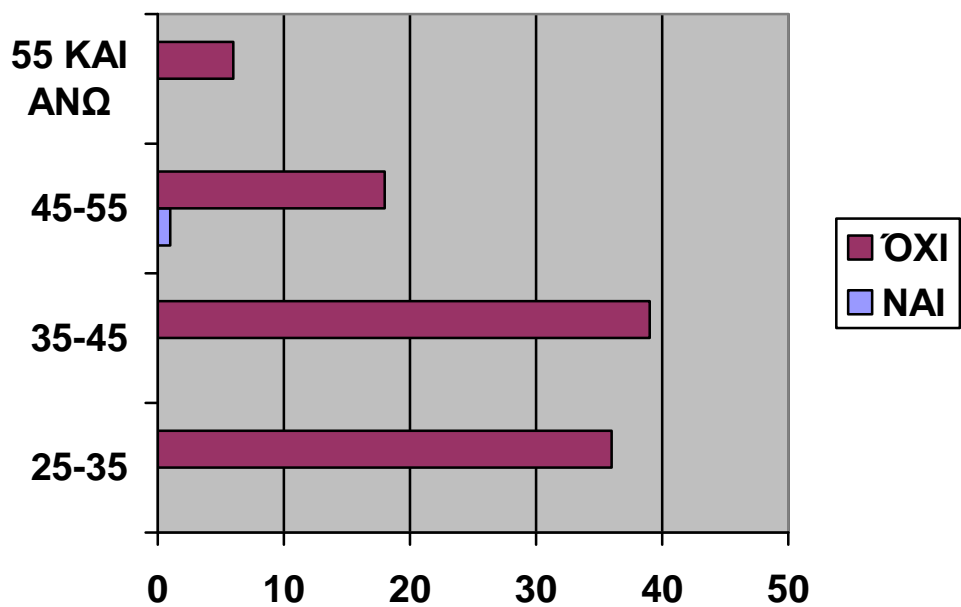
Διάγραμμα πίνακα 3.24. Στήριξη επαγγελματιών υγείας.



Πίνακας 3.25. Ύπαρξη εθελοντικών ομάδων στήριξης ασθενών.

		ΗΛΙΚΙΑ				
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	Total
ΥΠΑΡΞΗ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ	ΝΑΙ	0	0	1	0	1
	ΟΧΙ	36	39	18	6	99
	Total	36	39	19	6	100

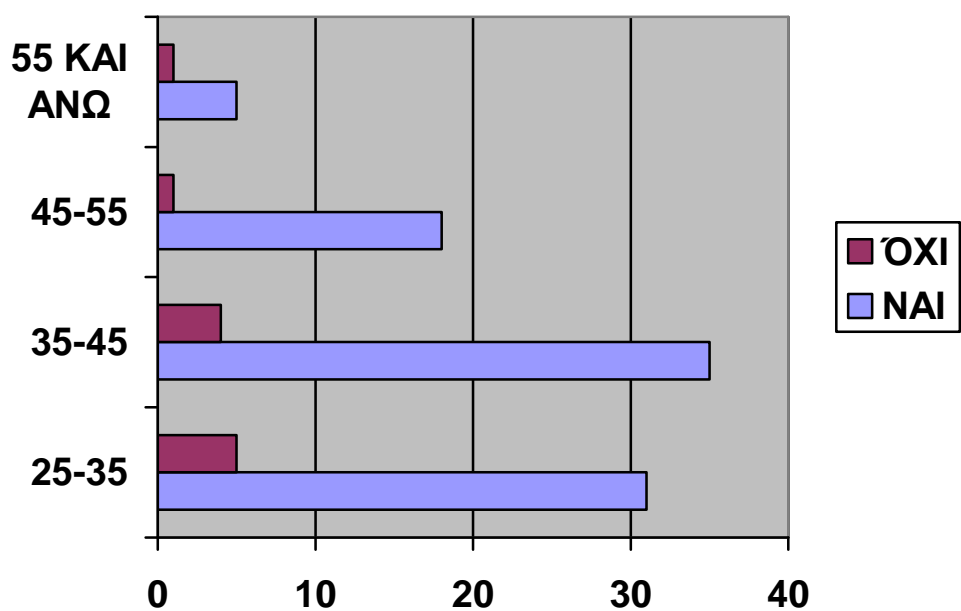
Διάγραμμα πίνακα 3.25. Ύπαρξη εθελοντικών ομάδων στήριξης ασθενών.



Πίνακας 3.26. Επαγγελματική εξουθένωση προσωπικού.

		ΗΛΙΚΙΑ				Total
		25-35	35-45	45-55	55 ΚΑΙ ΑΝΩ	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΝΑΙ	31	35	18	5	89
	ΟΧΙ	5	4	1	1	11
	Total	36	19	39	6	100

Διάγραμμα πίνακα 3.26. Επαγγελματική εξουθένωση προσωπικού.

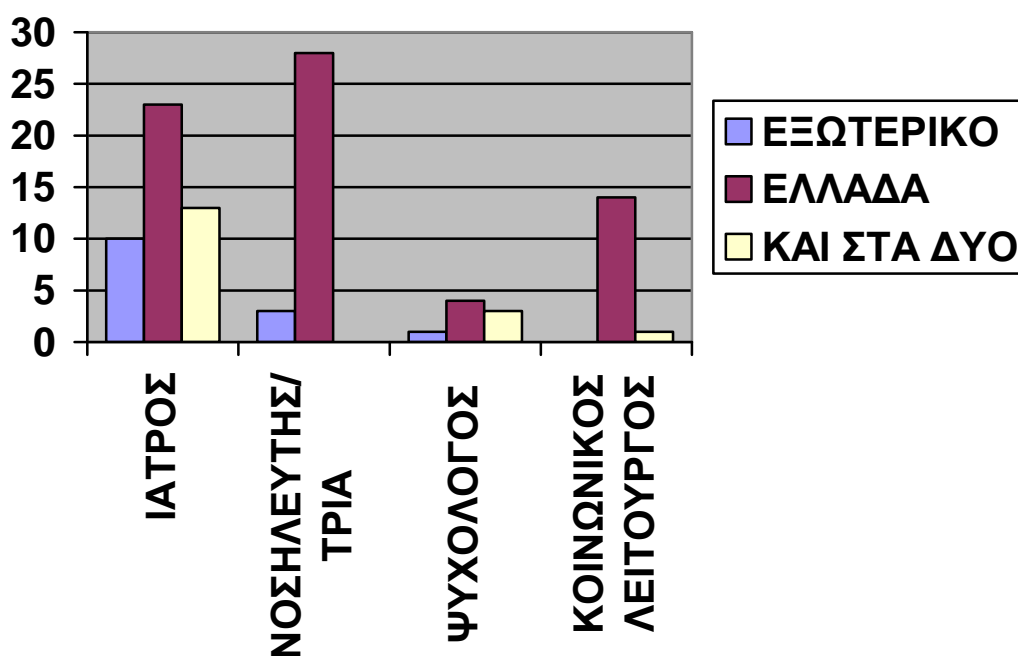


9.3.3. Συσχέτιση αποτελεσμάτων με βάση την ειδικότητα των ερωτηθέντων.

Πίνακας 4.1. Τόπος σπουδών.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΣΠΟΥΔΕΣ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	10	3	1	0	14
	ΕΛΛΑΔΑ	23	28	4	14	69
	ΚΑΙ ΣΤΑ ΔΥΟ	13	0	3	1	17
	Total	46	31	8	15	100

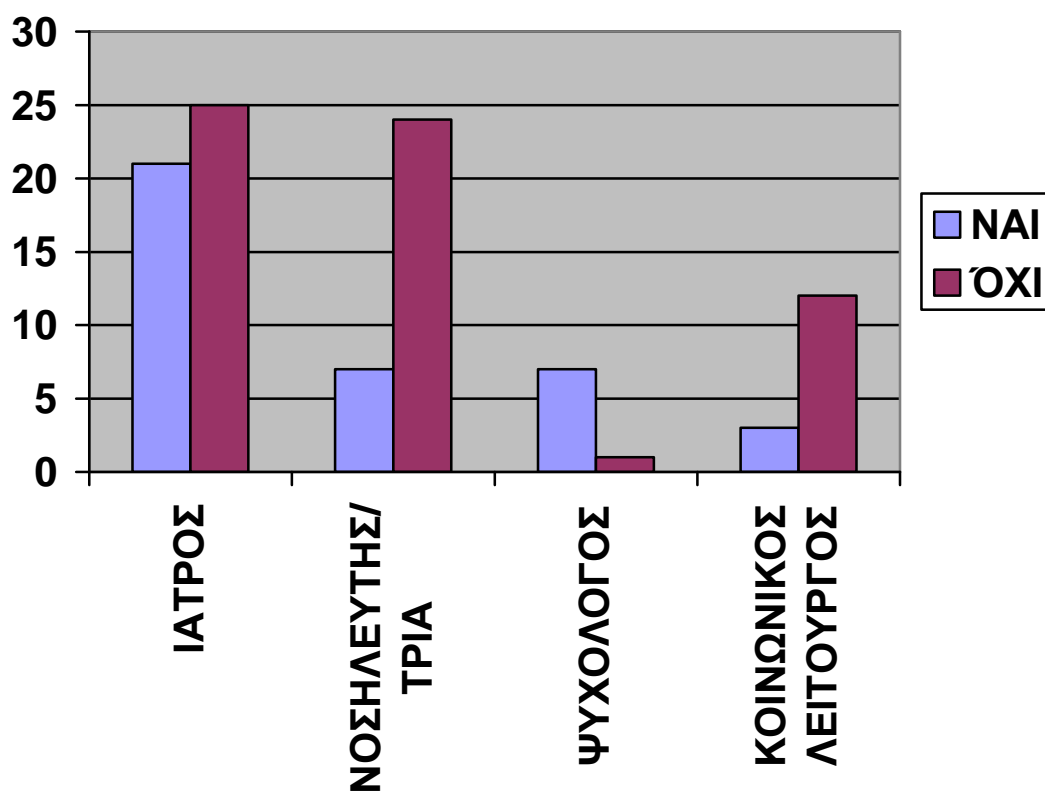
Διάγραμμα πίνακα 4.1. Τόπος σπουδών.



Πίνακας 4.2. Ύπαρξη μεταπτυχιακών σπουδών ερωτηθέντων.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	ΝΑΙ	21	7	7	3	38
	ΟΧΙ	25	24	1	12	62
	Total	46	31	8	15	100

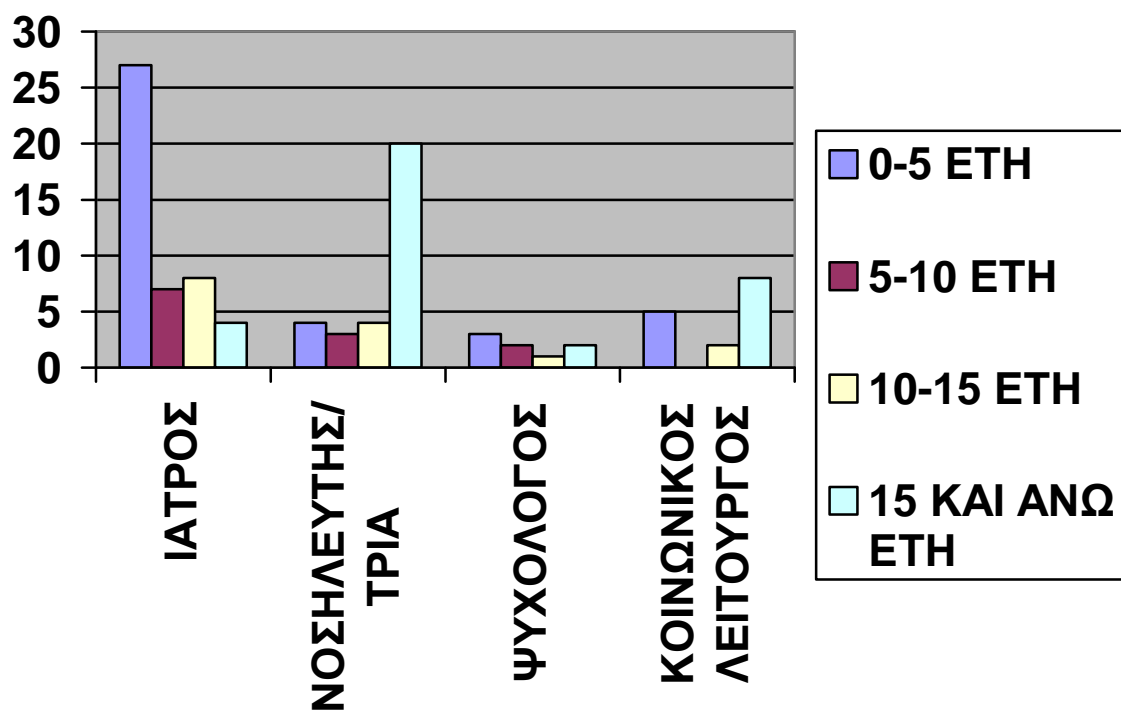
Διάγραμμα πίνακα 4.2. Ύπαρξη μεταπτυχιακών σπουδών ερωτηθέντων.



Πίνακας 4.3. Έτη προϋπηρεσίας.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	Total
ΠΡΟΥΨΗΡΕΣΙΑ	0-5 ΕΤΗ	27	4	3	5	39
	5-10 ΕΤΗ	7	3	2	0	12
	10-15 ΕΤΗ	8	4	1	2	15
	15 ΚΑΙ ΑΝΩ	4	20	2	8	34
	Total	46	31	8	15	100

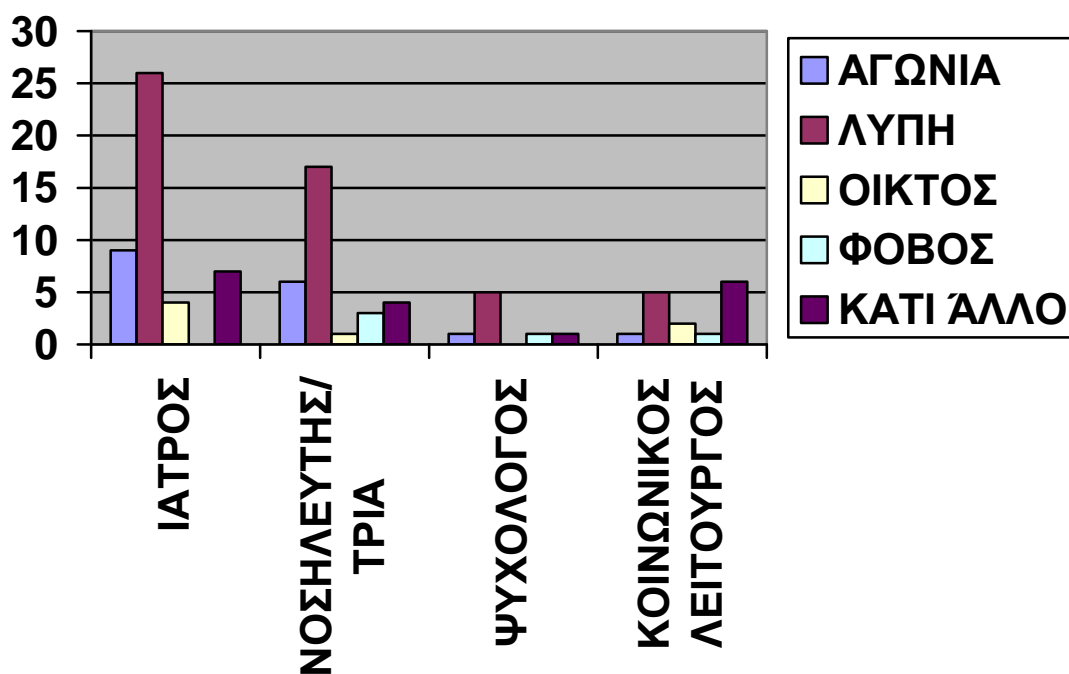
Διάγραμμα πίνακα 4.3. Έτη προϋπηρεσίας.



Πίνακας 4.4. Συναισθήματα ερωτηθέντων.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ	ΑΓΩΝΙΑ	9	6	1	1	17
	ΛΥΠΗ	26	17	5	5	53
	ΟΙΚΤΟΣ	4	1	0	2	7
	ΦΟΒΟΣ	0	3	1	1	4
	ΚΑΤΙ ΆΛΛΟ	7	4	1	6	18
	Total	46	31	8	15	100

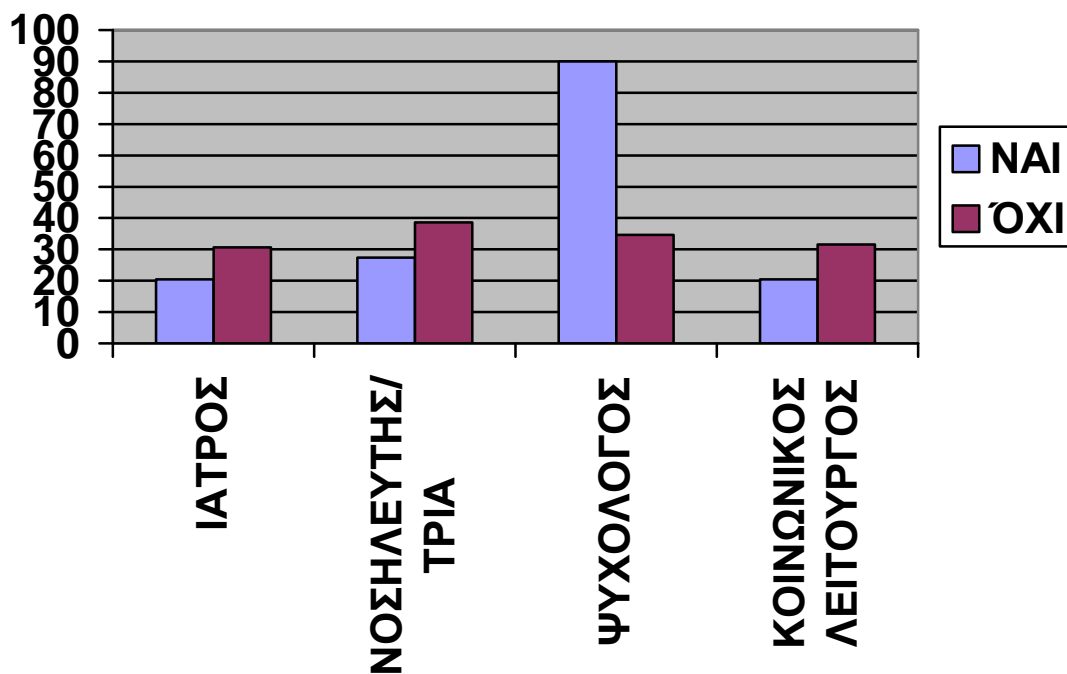
Διάγραμμα πίνακα 4.4. Συναισθήματα ερωτηθέντων.



Πίνακας 4.5. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ	ΝΑΙ	43	29	8	15	95
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	ΟΧΙ	3	2	0	0	5
ΑΣΘΕΝΗ	Total	46	31	8	15	100

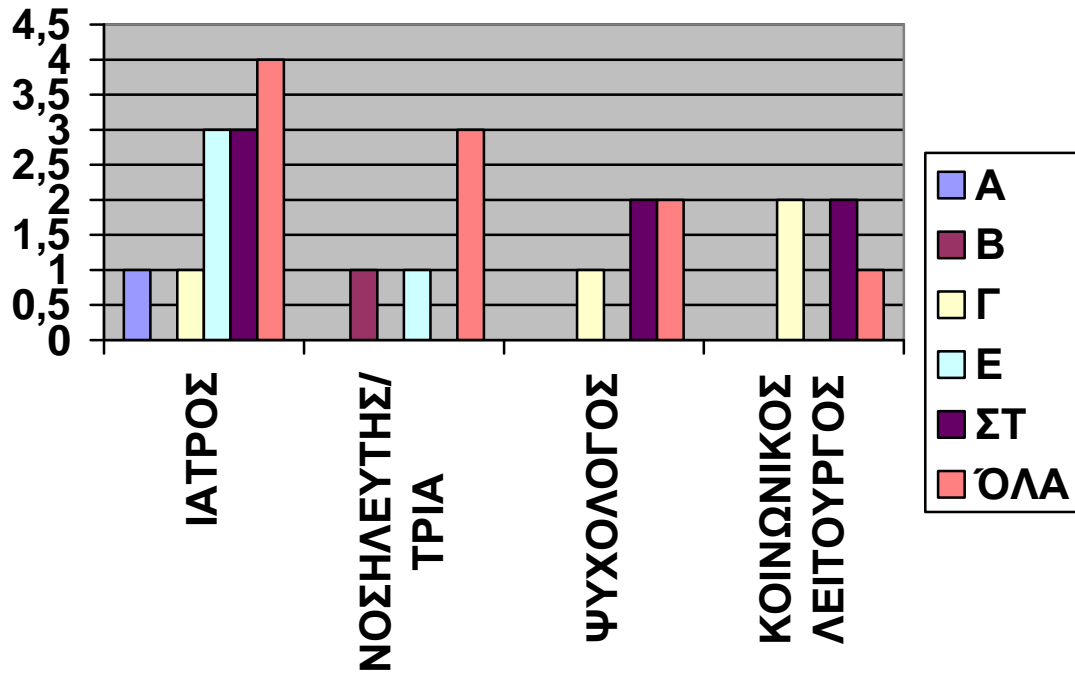
Διάγραμμα πίνακα 4.5. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών.



Πίνακας 4.6. Τρόποι.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΤΡΟΠΟΙ	A	1	0	0	0	1
	B	0	1	0	0	1
	Γ	1	0	1	2	4
	Ε	3	1	0	0	4
	ΣΤ	3	0	2	2	7
	ΟΛΑ	4	3	2	1	10
	Total	46	31	8	15	100

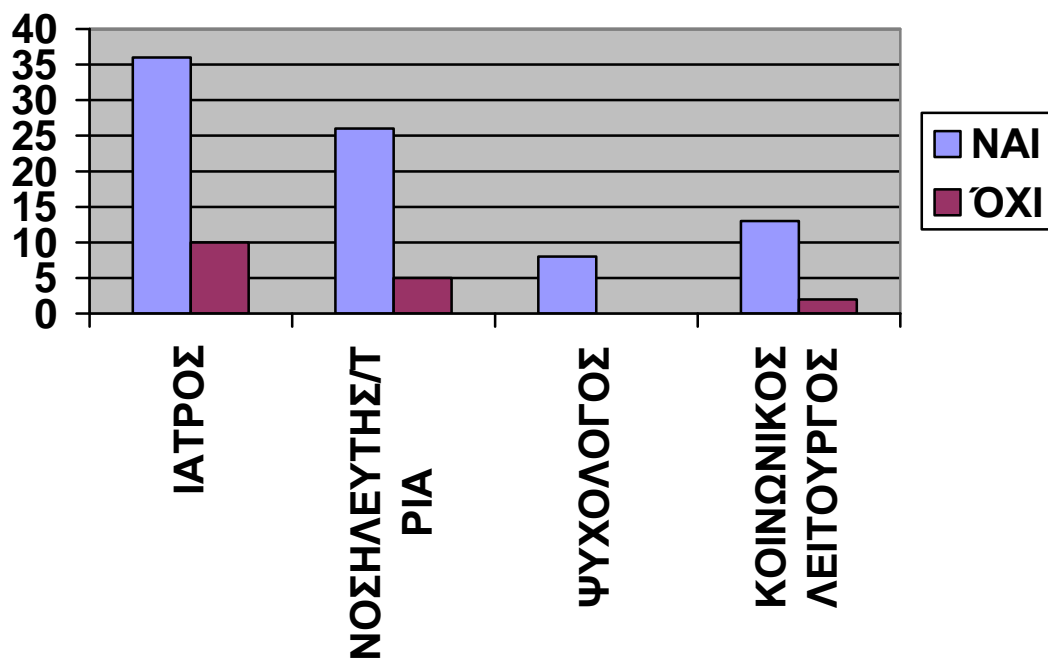
Διάγραμμα πίνακα 4.6. Τρόποι.



Πίνακας 4.7. Ενημέρωση του ασθενή.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	Total
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	ΝΑΙ	36	26	8	13	83
ΑΣΘΕΝΗ	ΟΧΙ	10	5	0	2	17
	Total	46	31	8	15	100

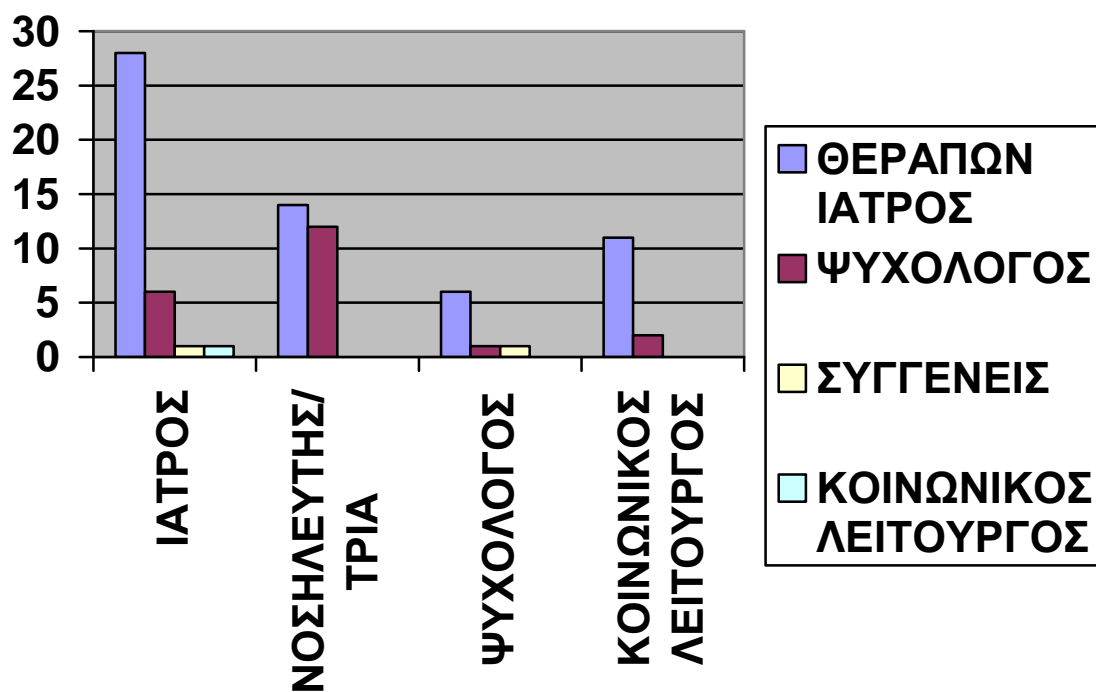
Διάγραμμα πίνακα 4.7. Ενημέρωση του ασθενή.



Πίνακας 4.8. Αρμόδιος για την ενημέρωση.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ	28	14	6	11	59
	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	6	12	1	2	21
	ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	1	0	1	0	2
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	1	0	0	0	1
	Total	36	26	8	13	83

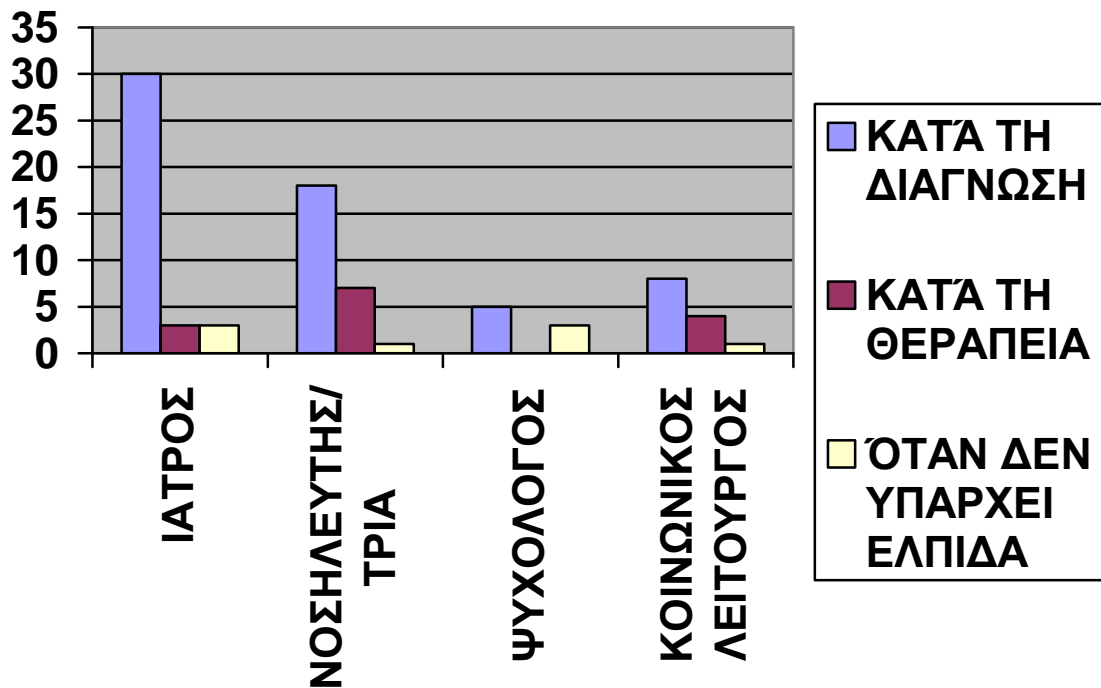
Διάγραμμα πίνακα 4.8. Αρμόδιος για την ενημέρωση.



Πίνακας 4.9. Κατάλληλη στιγμή για την ενημέρωση του ασθενή.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΣΤΙΓΜΗ	ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	30	18	5	8	61
	ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	3	7	0	4	14
	ΟΤΑΝ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΠΙΔΑ	3	1	3	1	8
	Total	36	26	8	13	82

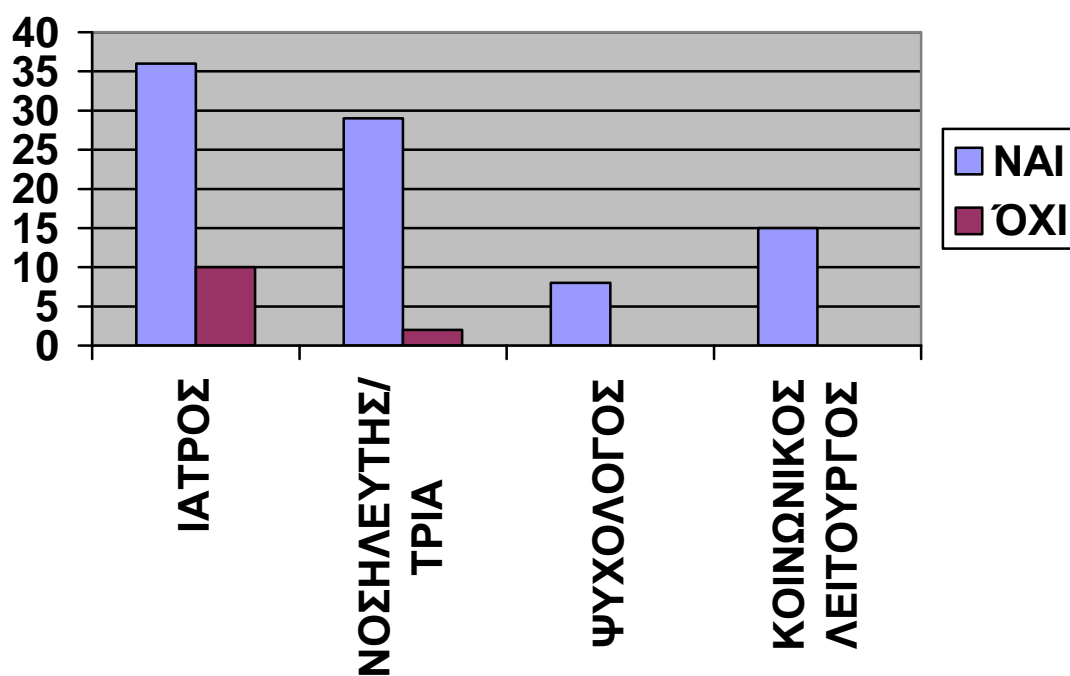
Διάγραμμα πίνακα 4.9. Κατάλληλη στιγμή για την ενημέρωση του ασθενή.



Πίνακας 4.10. Διαφοροποίηση συναισθημάτων.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ	ΝΑΙ	36	29	8	15	88
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ	ΟΧΙ	10	2	0	0	12
	Total	46	31	8	15	100

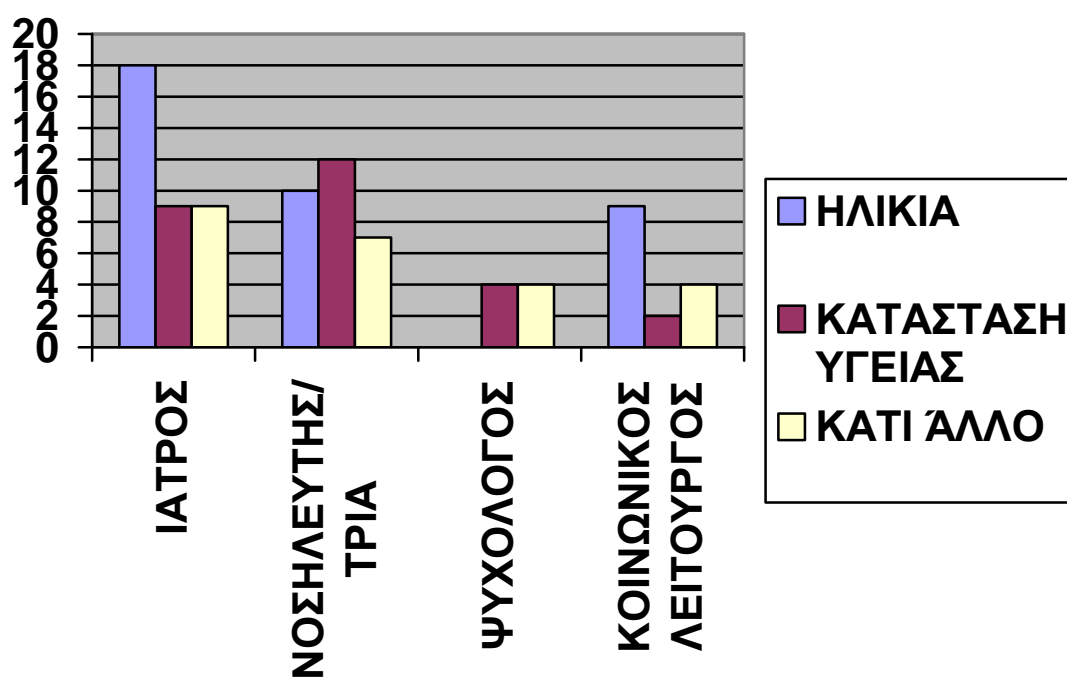
Διάγραμμα πίνακα 4.10. Διαφοροποίηση συναισθημάτων.



Πίνακας 4.11. Παράγοντες που παίζουν ρόλο.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ	18	10	0	9	37
	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	9	12	4	2	27
	ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	9	7	4	4	24
	Total	36	29	8	15	88

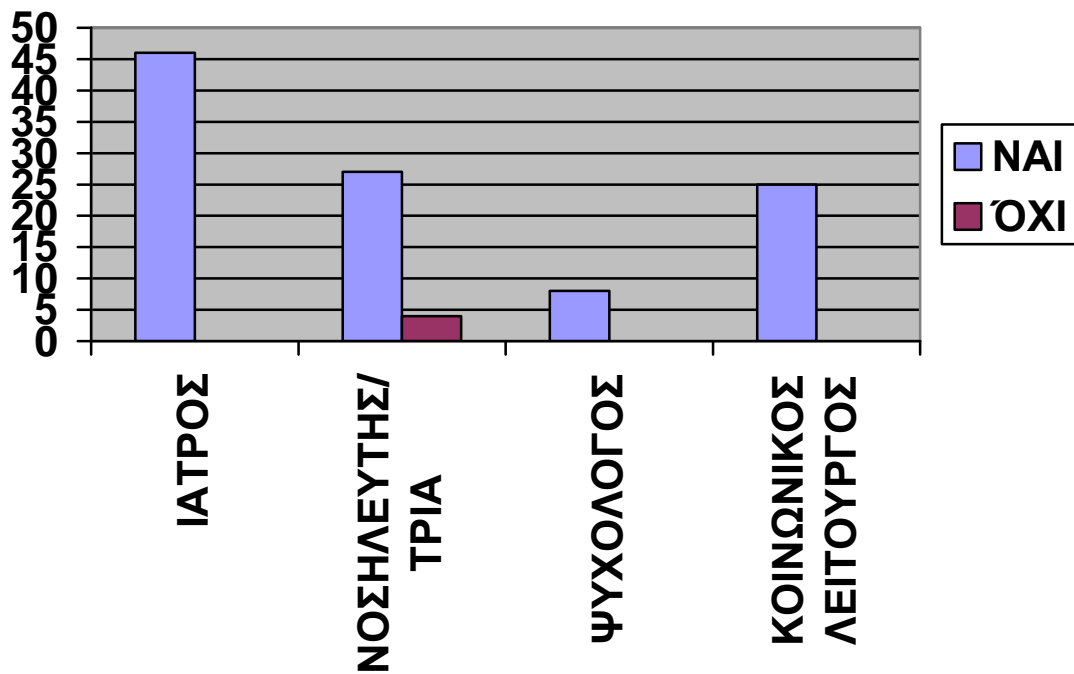
Διάγραμμα πίνακα 4.11. Παράγοντες που παίζουν ρόλο.



Πίνακας 4.12. Συνεργασία με την οικογένεια του ασθενή.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ	ΝΑΙ	46	27	8	15	96
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΟΧΙ	0	4	0	0	4
	Total	46	31	8	15	100

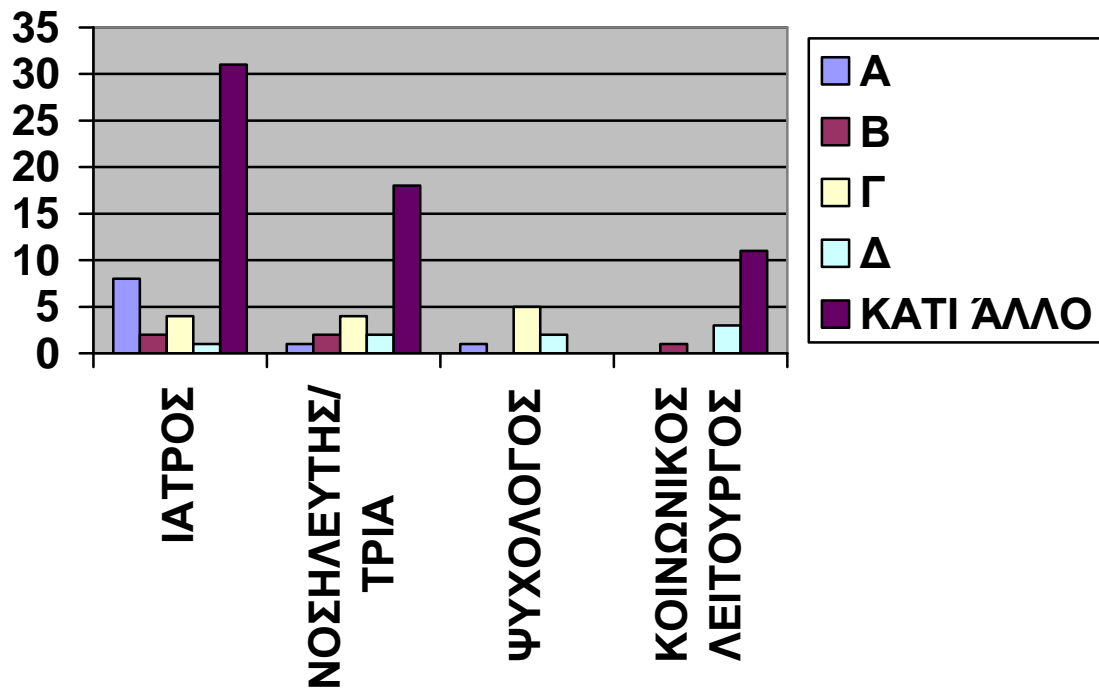
Διάγραμμα πίνακα 4.12. Συνεργασία με την οικογένεια του ασθενή.



Πίνακας 4.12. Τρόποι συνεργασίας.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΤΡΟΠΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ	A	8	1	1	0	10
	B	2	2	0	1	5
	Γ	4	4	5	0	13
	Δ	1	2	2	3	8
	ΚΑΤΙ ΆΛΛΟ	31	18	0	11	60
	Total	46	27	8	15	96

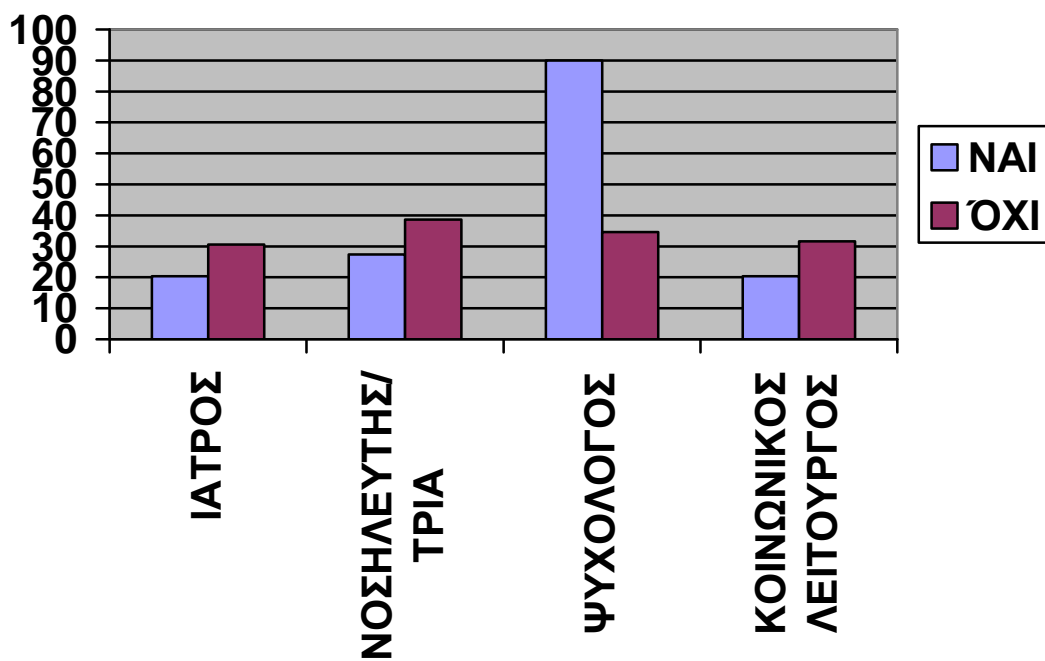
Διάγραμμα πίνακα 4.12. Τρόποι συνεργασίας.



Πίνακας 4.13. Ύπαρξη ομάδων ασθενών- συγγενών.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΥΠΑΡΞΗ ΟΜΑΔΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ/ ΣΥΓΓΕΝΩΝ	ΝΑΙ	2	2	1	1	6
	ΟΧΙ	44	29	7	14	94
	Total	46	31	8	15	100

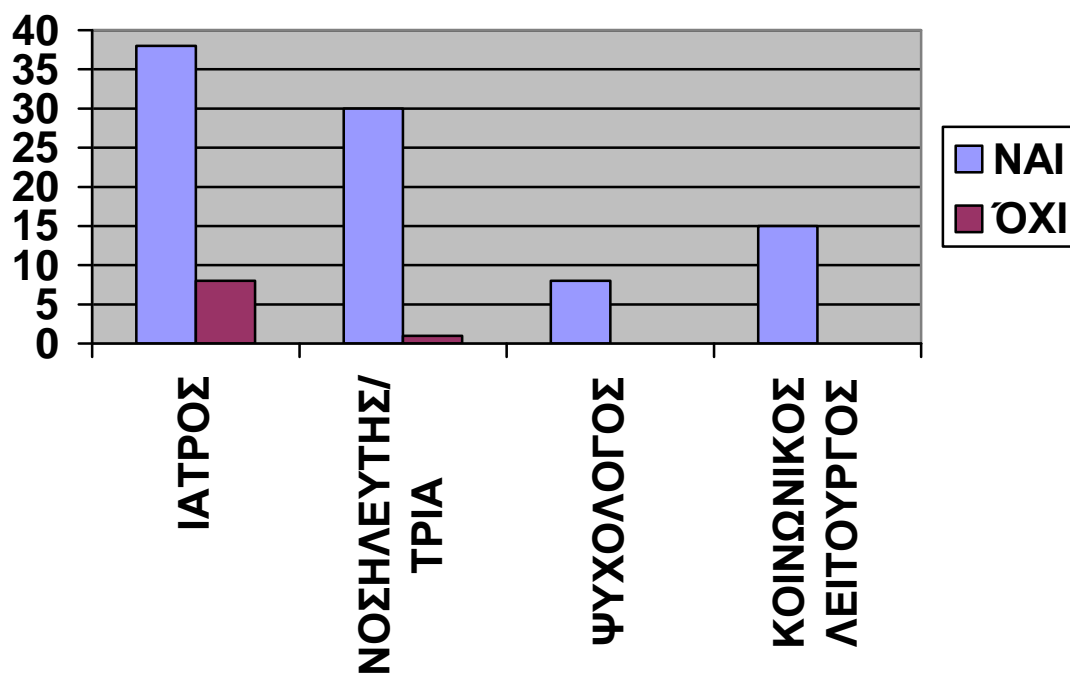
Διάγραμμα πίνακα 4.13. Ύπαρξη ομάδων ασθενών- συγγενών.



Πίνακας 4.14. Χρησιμότητα ομάδων.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΟΜΑΔΩΝ	ΝΑΙ	38	30	8	15	91
	ΟΧΙ	8	1	0	0	9
	Total	46	31	8	15	100

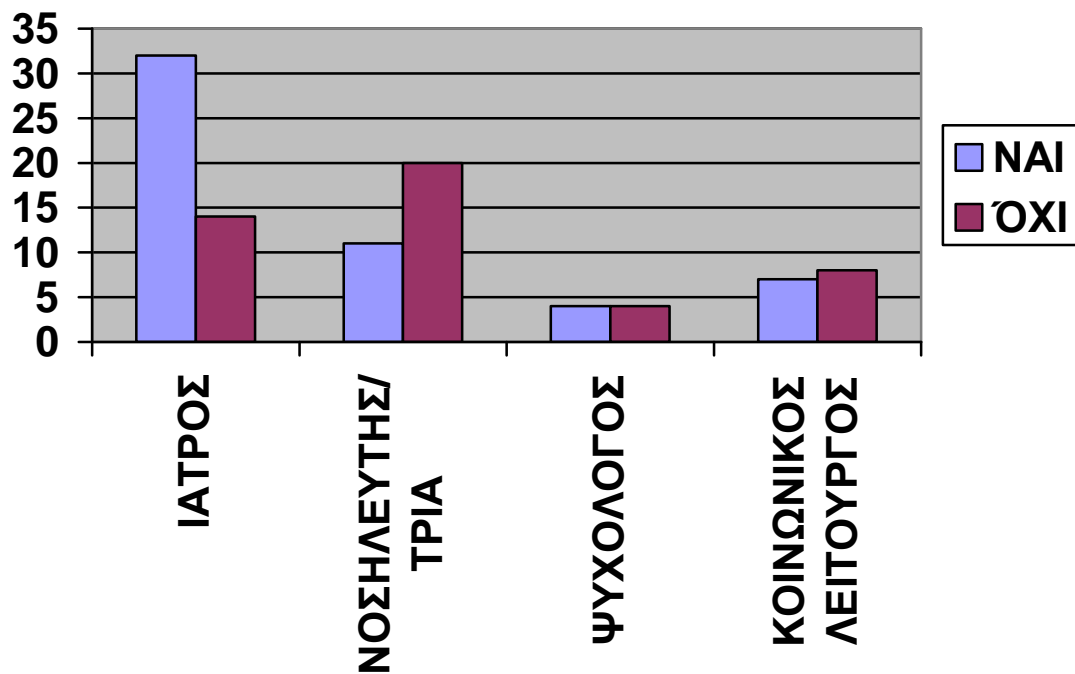
Διάγραμμα πίνακα 4.14. Χρησιμότητα ομάδων.



Πίνακας 4.15. Συναντήσεις διεπιστημονικής ομάδας.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΝΑΙ	32	11	4	7	54
ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ	ΟΧΙ	14	20	4	8	46
ΟΜΑΔΑΣ	Total	46	31	8	15	100

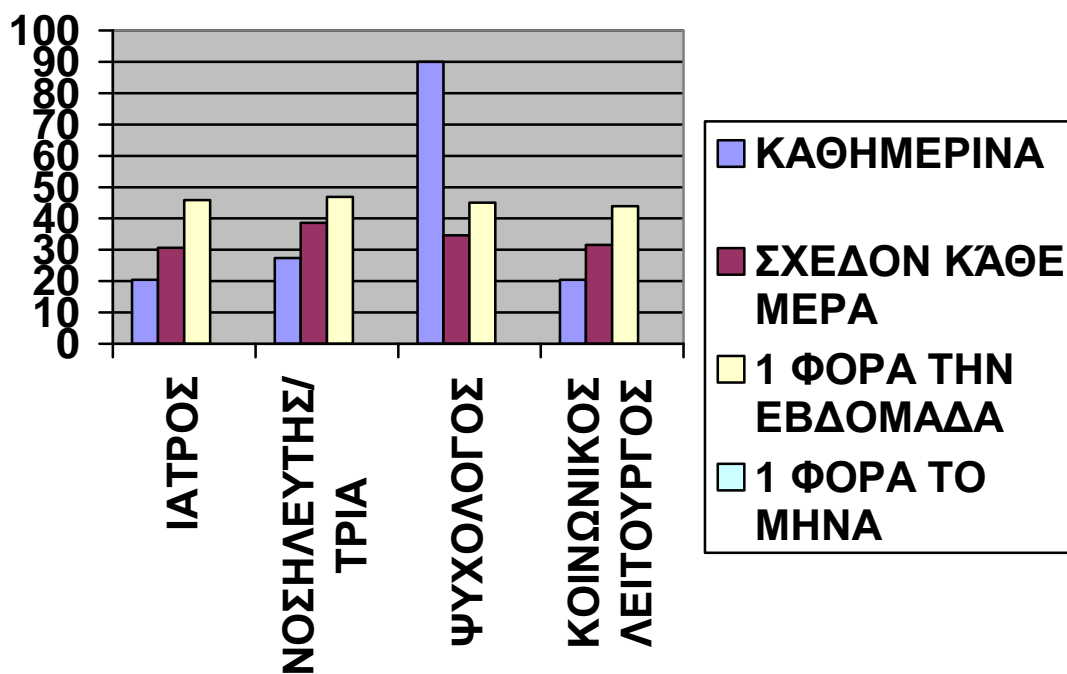
Διάγραμμα πίνακα 4.15. Συναντήσεις διεπιστημονικής ομάδας.



Πίνακας 4.16. Συχνότητα συναντήσεων.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	Total
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	2	5	0	0	7
	ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	12	2	0	1	15
	1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	18	4	4	5	31
	1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ	0	0	0	1	1
	Total	32	11	4	7	54

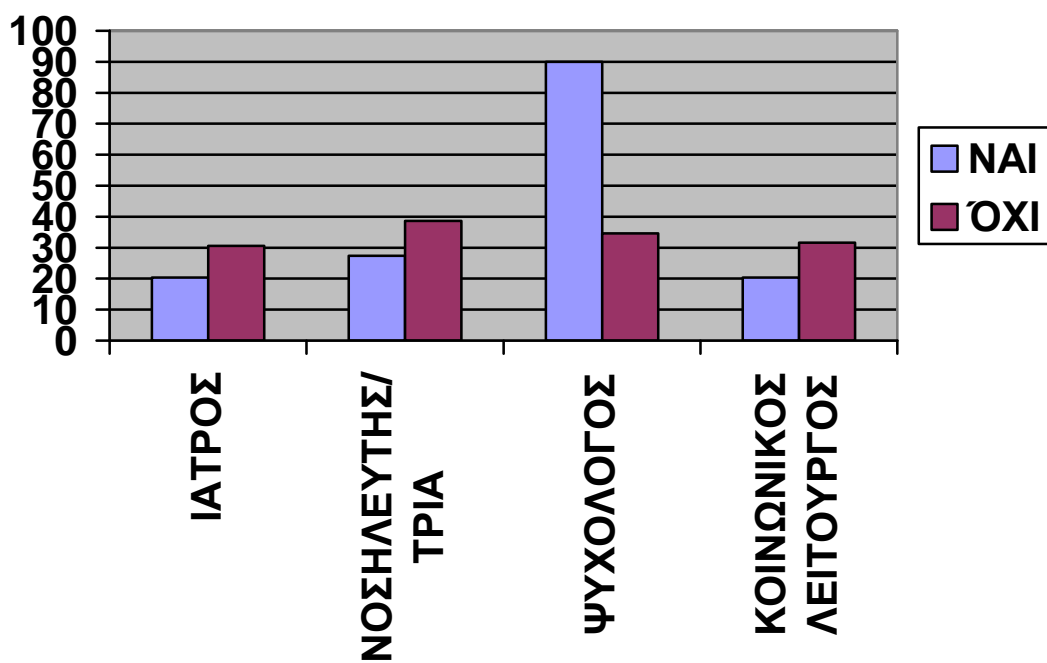
Διάγραμμα πίνακα 4.16. Συχνότητα συναντήσεων.



Πίνακας 4.17. Ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ των μελών.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΥΠΑΡΞΗ	ΝΑΙ	23	10	4	5	42
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΟΧΙ	9	1	0	2	12
ΜΕΛΩΝ	Total	32	11	4	17	54

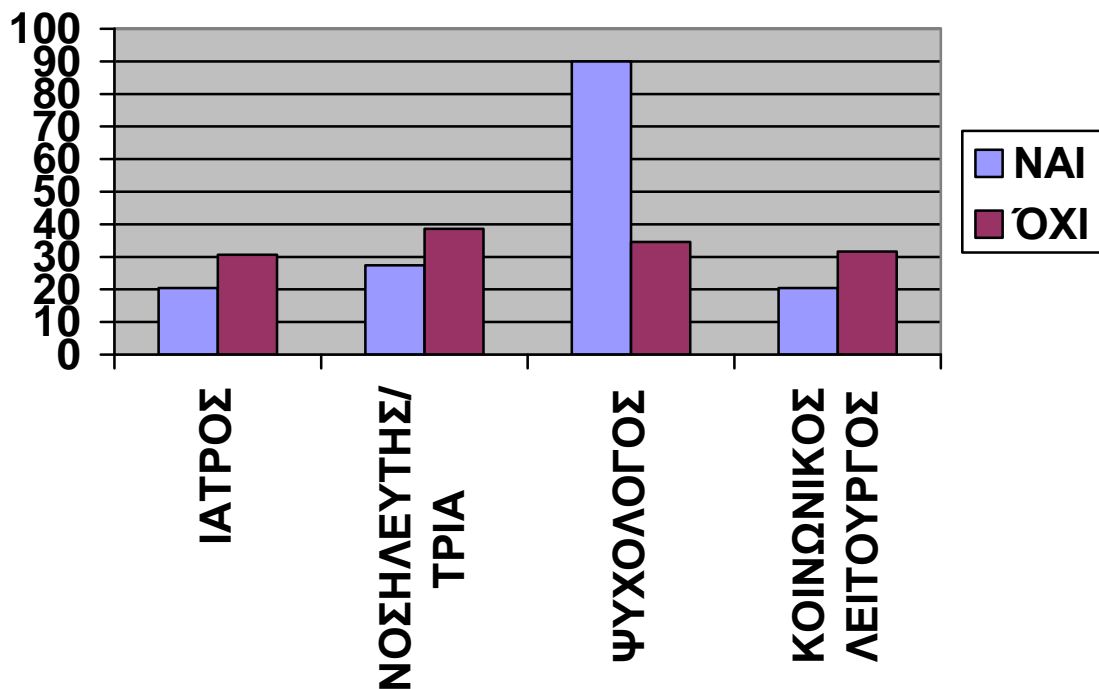
Διάγραμμα πίνακα 4.17. Ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ των μελών.



Πίνακας 4.18. Αναφορά στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ	ΝΑΙ	9	10	4	7	30
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ	ΟΧΙ	23	1	0	0	24
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ	Total	32	11	4	7	54

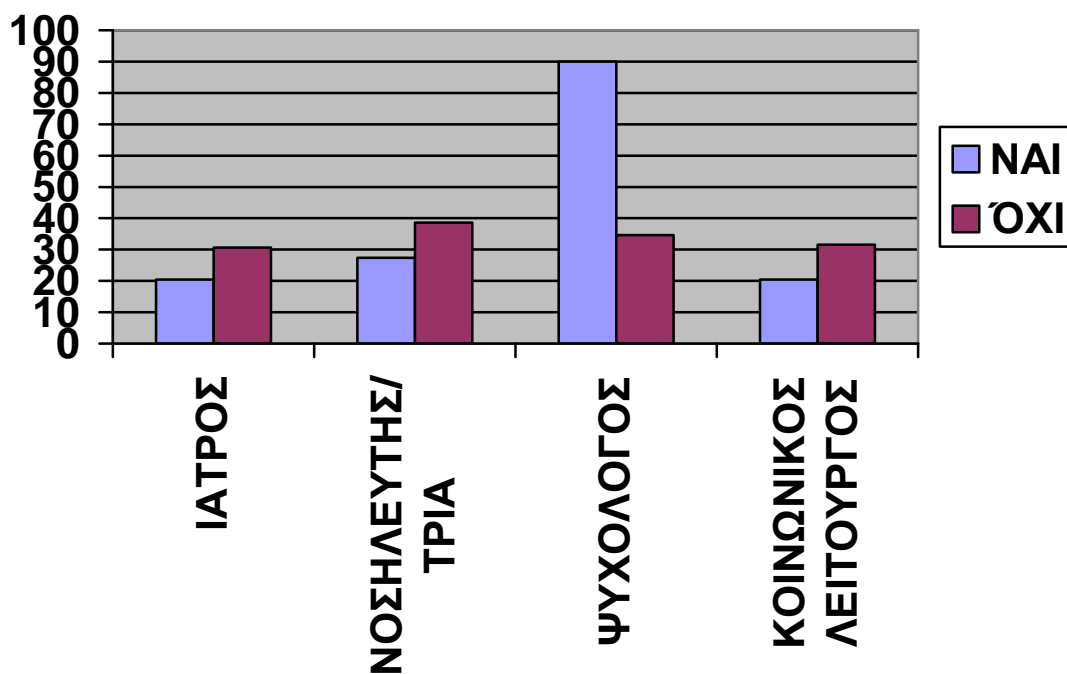
Διάγραμμα πίνακα 4.18. Αναφορά στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.



Πίνακας 4.19. Απαραίτητη η συνεργασία του επιστημονικού προσωπικού.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η	ΝΑΙ	46	30	8	15	99
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ	ΟΧΙ	0	1	0	0	1
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ	Total	46	31	8	15	100
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ						

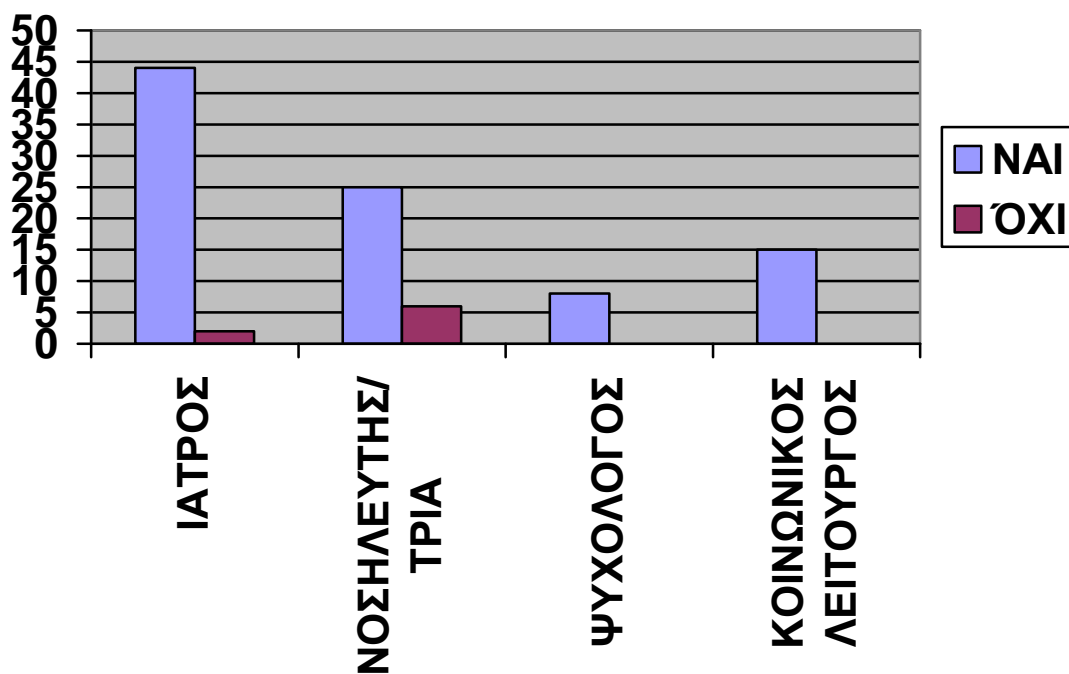
Διάγραμμα πίνακα 4.19. Απαραίτητη η συνεργασία του επιστημονικού προσωπικού.



Πίνακας 4.19. Ειδική εκπαίδευση προσωπικού.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΝΑΙ	44	25	8	15	92
	ΟΧΙ	2	6	0	0	8
	Total	46	31	8	15	100

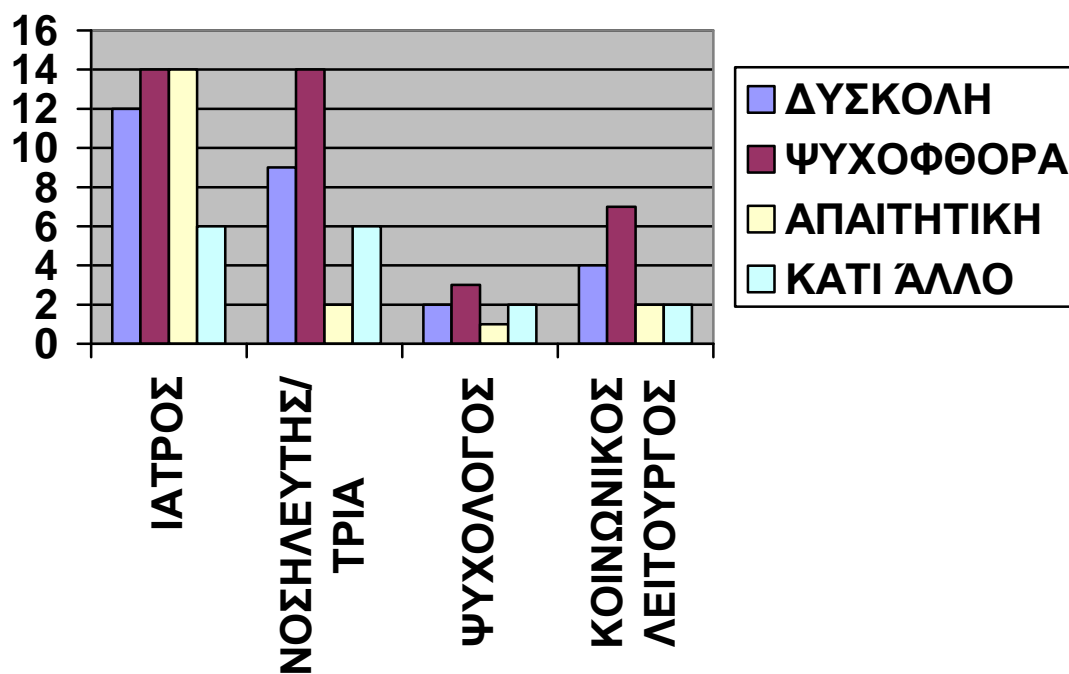
Διάγραμμα πίνακα 4.19. Ειδική εκπαίδευση προσωπικού.



Πίνακας 4.20. Χαρακτηρισμός εργασίας.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΔΥΣΚΟΛΗ	12	9	2	4	27
	ΨΥΧΟΦΘΟΡΑ	14	14	3	7	38
	ΑΠΑΙΤΗΤΙΚΗ	14	2	1	2	19
	ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	6	6	2	2	16
	Total	46	31	8	15	100

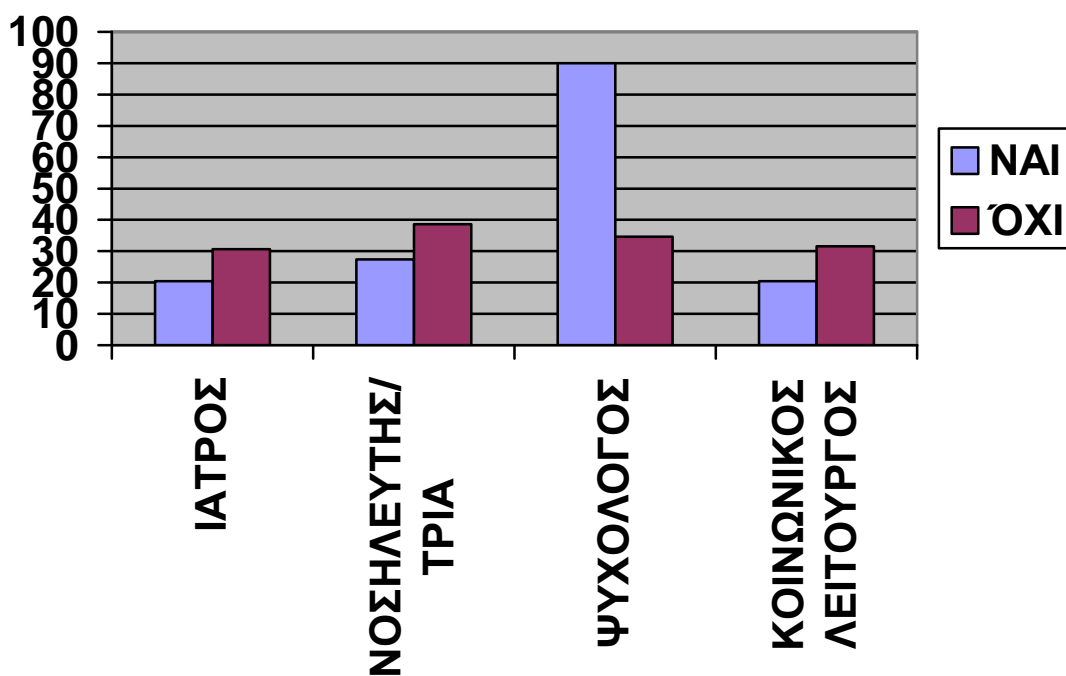
Διάγραμμα πίνακα 4.20. Χαρακτηρισμός εργασίας.



Πίνακας 4.21. Στήριξη επαγγελματιών υγείας.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΣΤΗΡΙΞΗ	ΝΑΙ	4	0	0	1	5
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ	ΟΧΙ	42	31	8	14	95
ΥΓΕΙΑΣ	Total	46	31	8	15	100

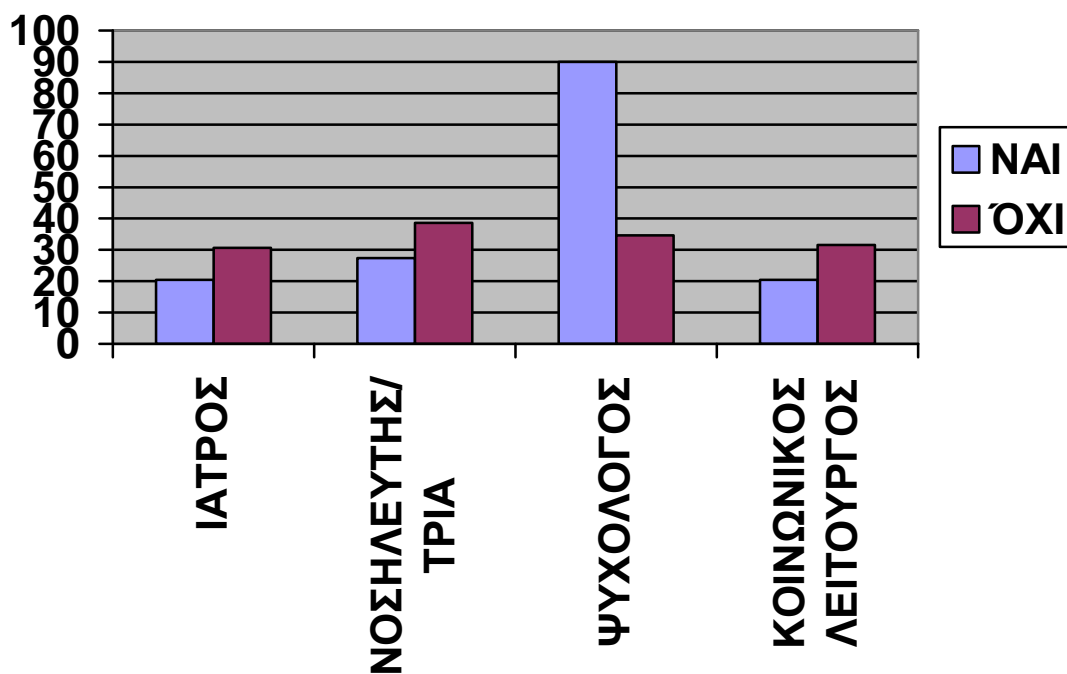
Διάγραμμα πίνακα 4.21. Στήριξη επαγγελματιών υγείας.



Πίνακας 4.22. Ύπαρξη εθελοντικών ομάδων στήριξης ασθενών.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΥΠΑΡΞΗ	ΝΑΙ	0	0	0	1	1
ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΩΝ	ΟΧΙ	46	31	8	14	99
ΟΜΑΔΩΝ	Total	46	31	8	15	100

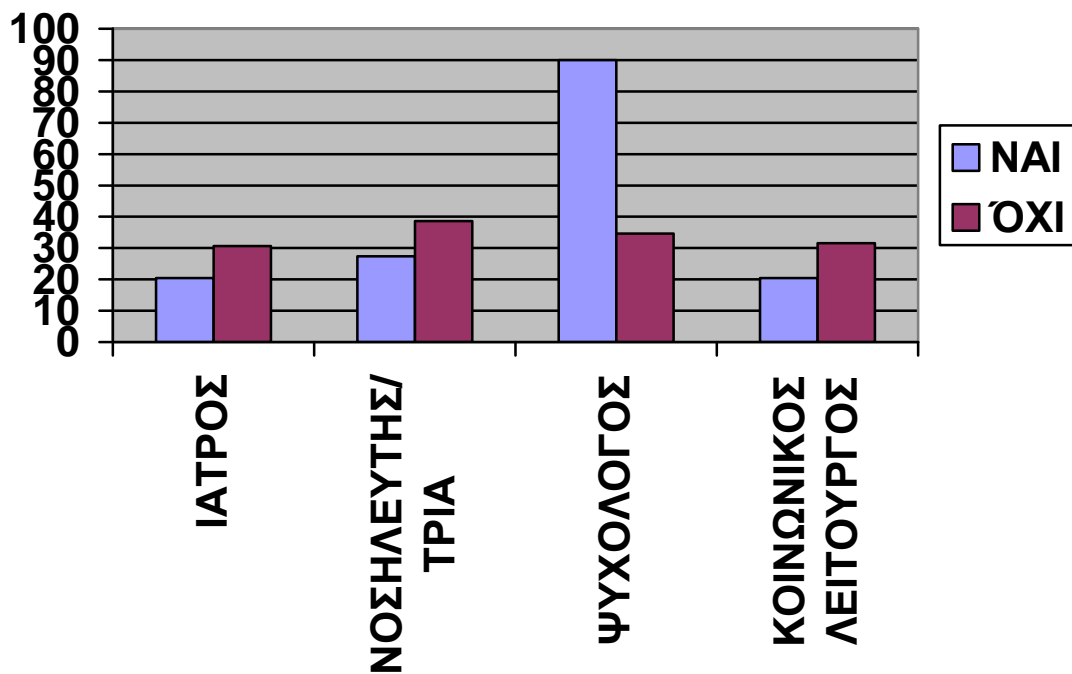
Διάγραμμα πίνακα 4.22. Ύπαρξη εθελοντικών ομάδων στήριξης ασθενών.



Πίνακας 4.23. Επαγγελματική εξουθένωση προσωπικού.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				
		ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	Total
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ	ΝΑΙ	38	29	7	15	89
ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ	ΟΧΙ	8	2	1	0	11
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	Total	46	31	8	15	100

Διάγραμμα πίνακα 4.23. Επαγγελματική εξουθένωση προσωπικού.

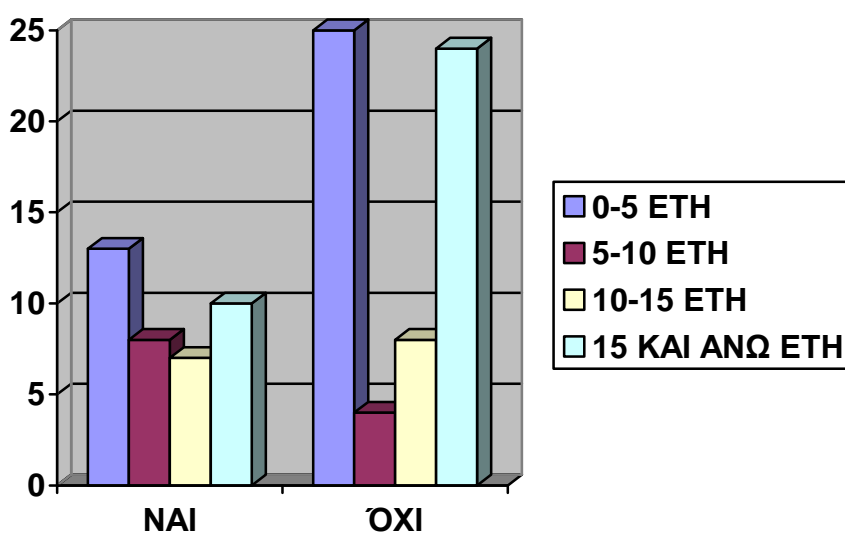


9.3.4. Συσχέτιση αποτελεσμάτων με βάση την ύπαρξη μεταπτυχιακού των ερωτηθέντων.

Πίνακας 5.1. Έτη προϋπηρεσίας.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ	0-5 ΕΤΗ	13	26	39
	5-10 ΕΤΗ	8	4	12
	10-15 ΕΤΗ	7	8	15
	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	10	24	34
	Total	38	62	100

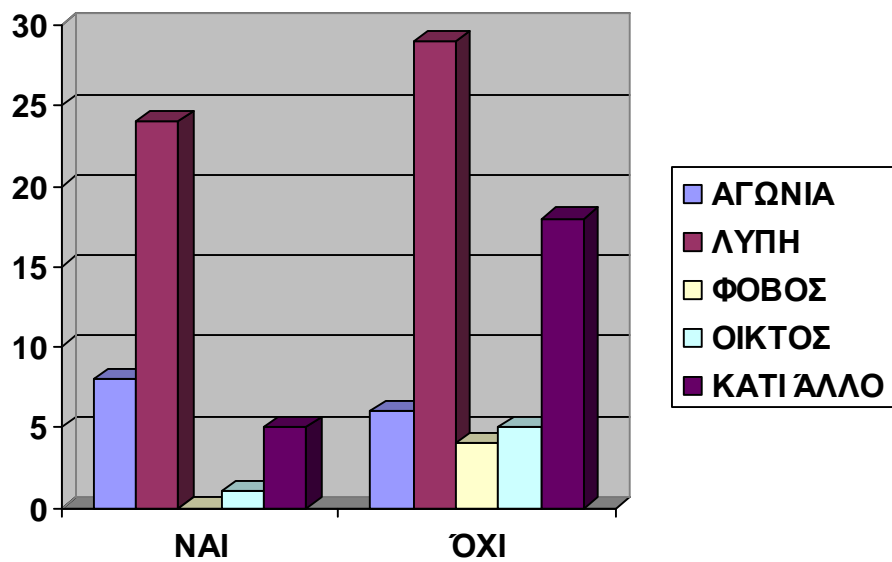
Διάγραμμα πίνακα 5.1. Έτη προϋπηρεσίας.



Πίνακας 5.2. Συναισθήματα ερωτηθέντων.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ	ΑΓΩΝΙΑ	8	6	14
	ΛΥΠΗ	24	29	53
	ΦΟΒΟΣ	0	4	4
	ΟΙΚΤΟΣ	1	5	6
	ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	5	18	23
	Total	38	62	100

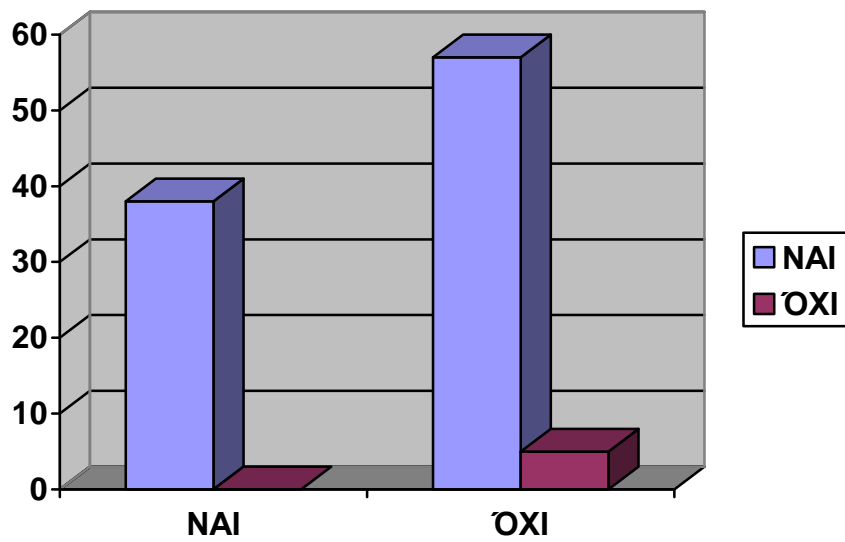
Διάγραμμα πίνακα 5.2. Συναισθήματα ερωτηθέντων.



Πίνακας 5.3. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	ΝΑΙ	38	57	95
	ΟΧΙ	0	5	5
	Total	38	62	100

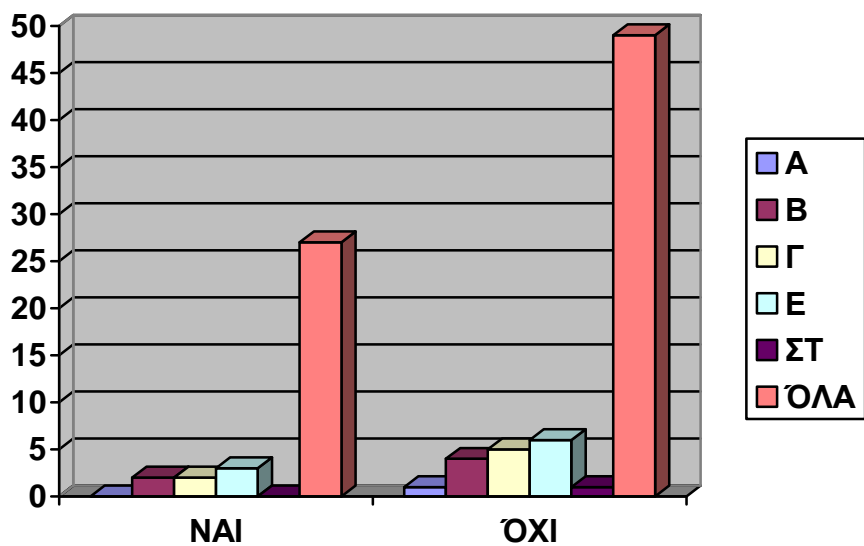
Διάγραμμα πίνακα 5.3. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών.



Πίνακας 5.4. Τρόποι.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΤΡΟΠΟΙ	A	0	1	1
	B	2	4	6
	Γ	2	5	7
	E	3	6	9
	ΣΤ	0	1	1
	ΟΛΑ	27	49	76
	Total	34	66	100

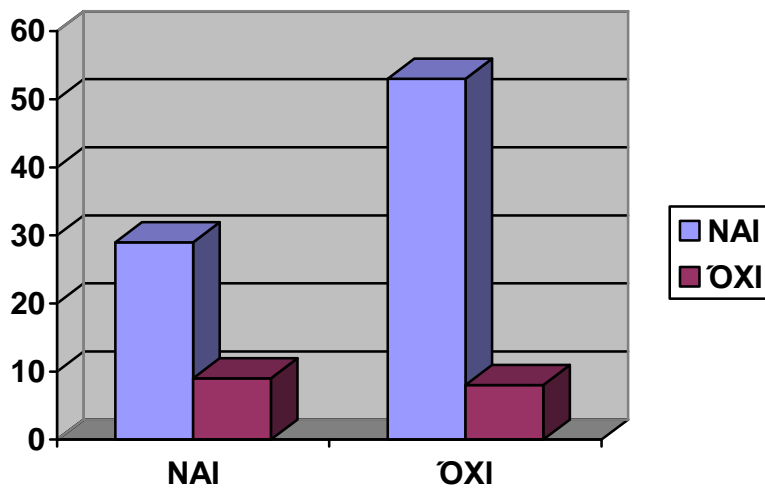
Διάγραμμα πίνακα 5.4. Τρόποι.



Πίνακας 5.5. Ενημέρωση του ασθενή.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΝΑΙ	29	53	82
	ΟΧΙ	9	8	17
	Total	38	62	100

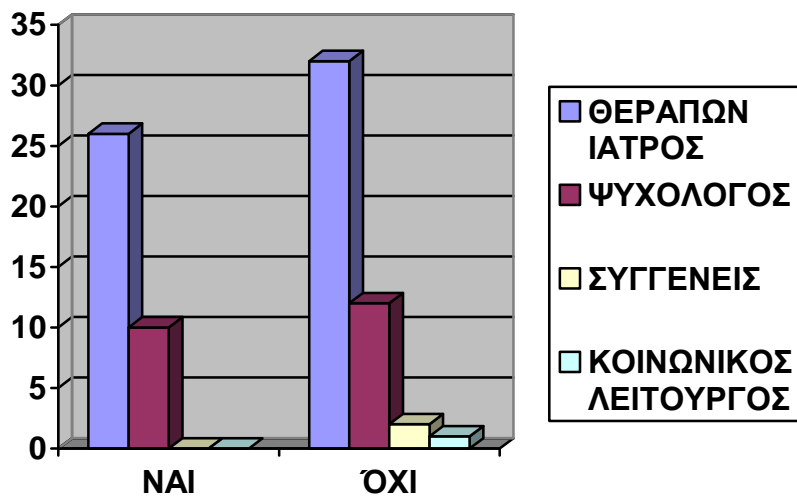
Διάγραμμα πίνακα 5.5. Ενημέρωση του ασθενή.



Πίνακας 5.6. Αρμόδιος για την ενημέρωση.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ	26	32	58
	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	10	12	22
	ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	0	2	2
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	0	1	1
	Total	36	47	83

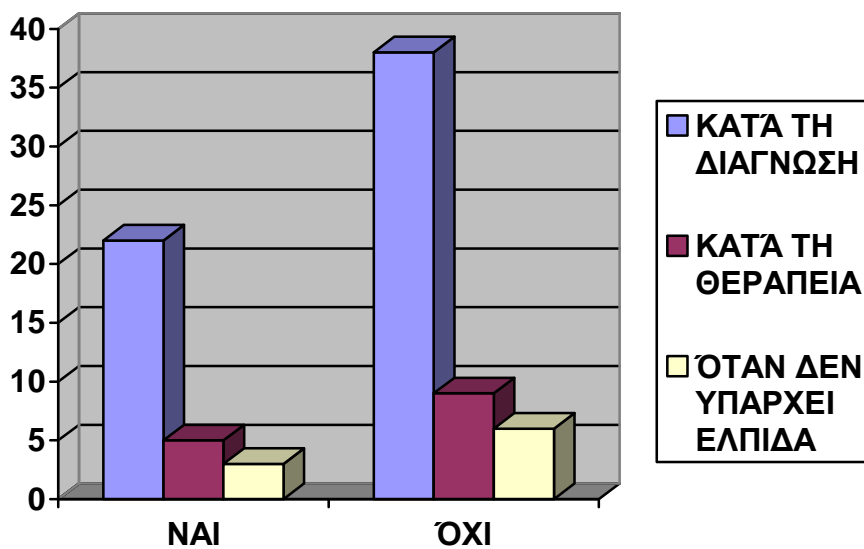
Διάγραμμα πίνακα 5.6. Αρμόδιος για την ενημέρωση.



Πίνακας 5.7. Κατάλληλη στιγμή για την ενημέρωση του ασθενή.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΣΤΙΓΜΗ	ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	22	38	60
	ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	5	9	14
	ΌΤΑΝ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΠΙΔΑ	3	6	9
	Total	30	53	83

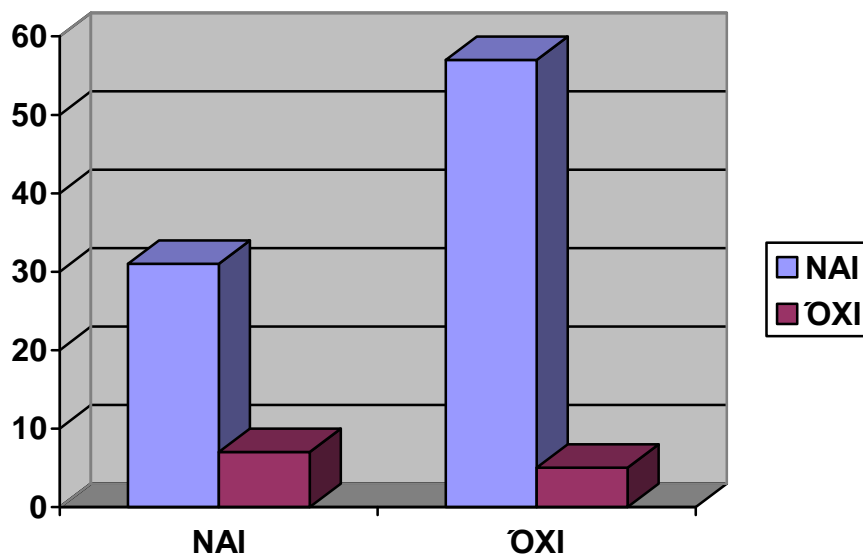
Διάγραμμα πίνακα 5.7. Κατάλληλη στιγμή για την ενημέρωση του ασθενή.



Πίνακας 5.8. Διαφοροποίηση συναισθημάτων.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ	ΝΑΙ	31	57	88
	ΟΧΙ	7	5	12
	Total	38	62	100

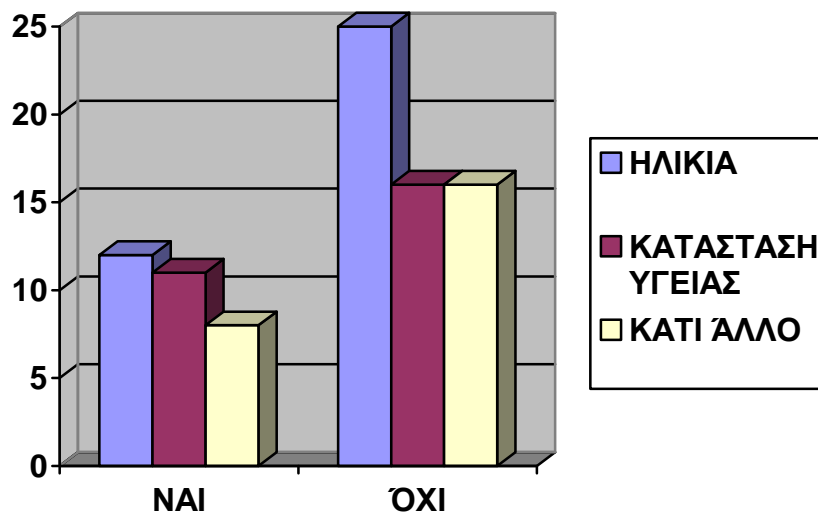
Διάγραμμα πίνακα 5.8. Διαφοροποίηση συναισθημάτων.



Πίνακας 5.9. Παράγοντες που παίζουν ρόλο.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ	12	25	37
	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	11	16	27
	ΚΑΤΙ ΆΛΛΟ	8	16	24
	Total	31	57	88

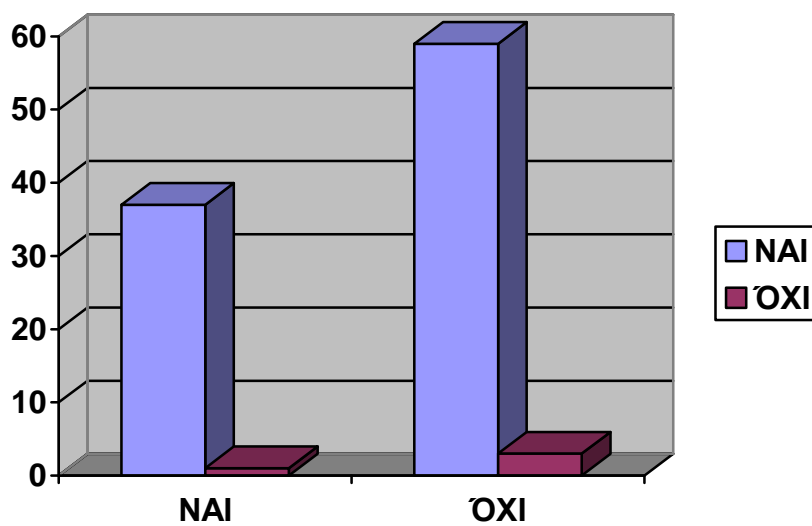
Διάγραμμα πίνακα 5.9. Παράγοντες που παίζουν ρόλο.



Πίνακας 5.10. Συνεργασία με την οικογένεια του ασθενή.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΝΑΙ	37	59	96
	ΟΧΙ	1	3	4
	Total	38	62	100

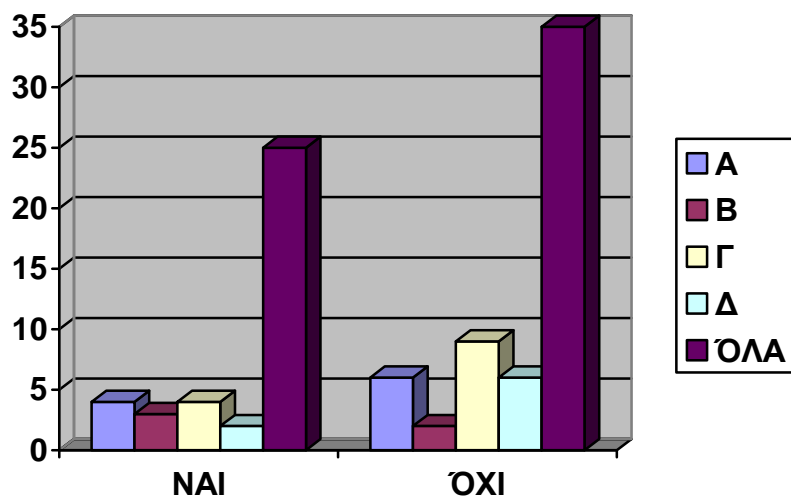
Διάγραμμα πίνακα 5.10. Συνεργασία με την οικογένεια του ασθενή.



Πίνακας 5.11. Τρόποι συνεργασίας.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΤΡΟΠΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ	A	4	6	10
	B	3	2	5
	Γ	4	9	13
	Δ	2	6	8
	ΟΛΑ	25	35	60
	Total	38	58	96

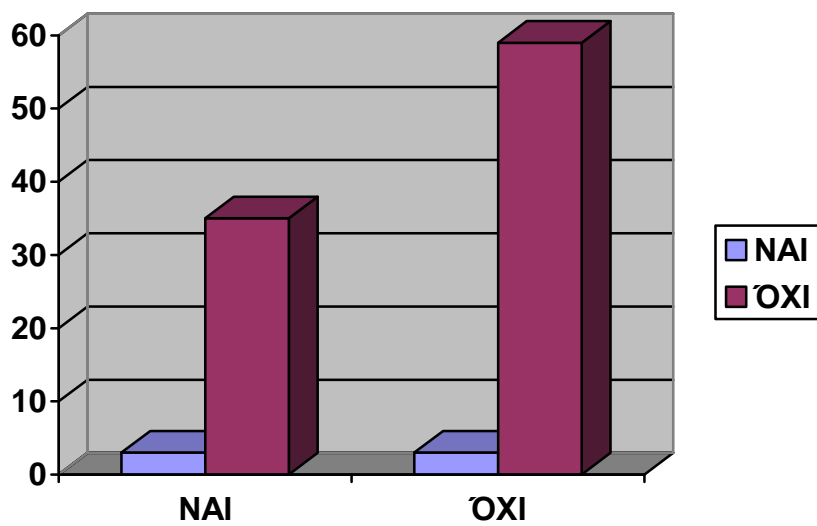
Διάγραμμα πίνακα 5.11. Τρόποι συνεργασίας.



Πίνακας 5.12. Ύπαρξη ομάδων ασθενών- συγγενών.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΥΠΑΡΞΗ ΟΜΑΔΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ/ ΣΥΓΓΕΝΩΝ	ΝΑΙ	3	3	6
	ΟΧΙ	35	59	94
	Total	38	62	100

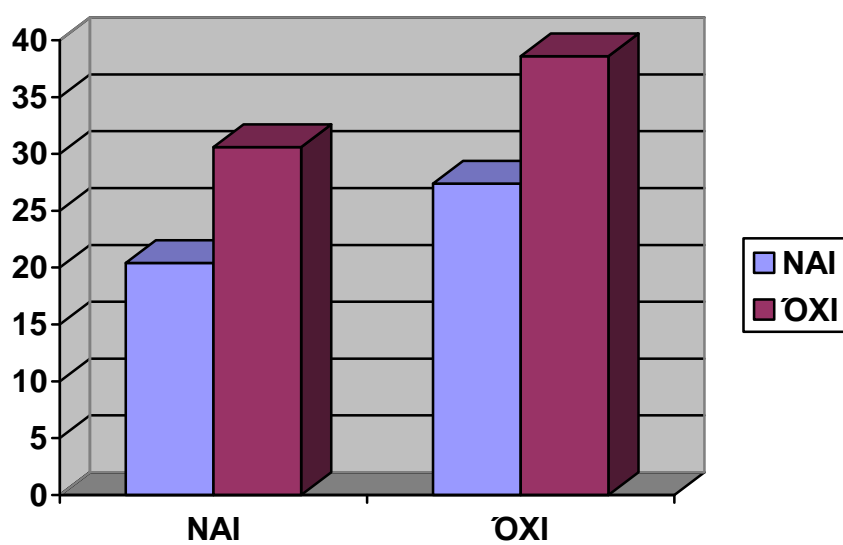
Διάγραμμα πίνακα 5.12. Ύπαρξη ομάδων ασθενών- συγγενών.



Πίνακας 5.13. Χρησιμότητα ομάδων.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΟΜΑΔΩΝ	ΝΑΙ	33	58	91
	ΟΧΙ	5	4	9
	Total	38	62	100

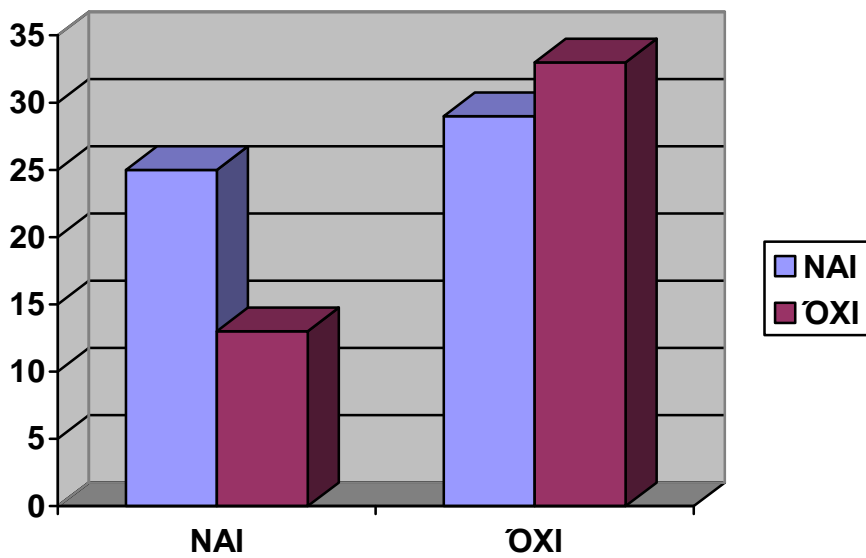
Διάγραμμα πίνακα 5.13. Χρησιμότητα ομάδων.



Πίνακας 5.14. Συναντήσεις διεπιστημονικής ομάδας.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	ΝΑΙ	25	29	54
	ΟΧΙ	13	33	46
	Total	38	62	100

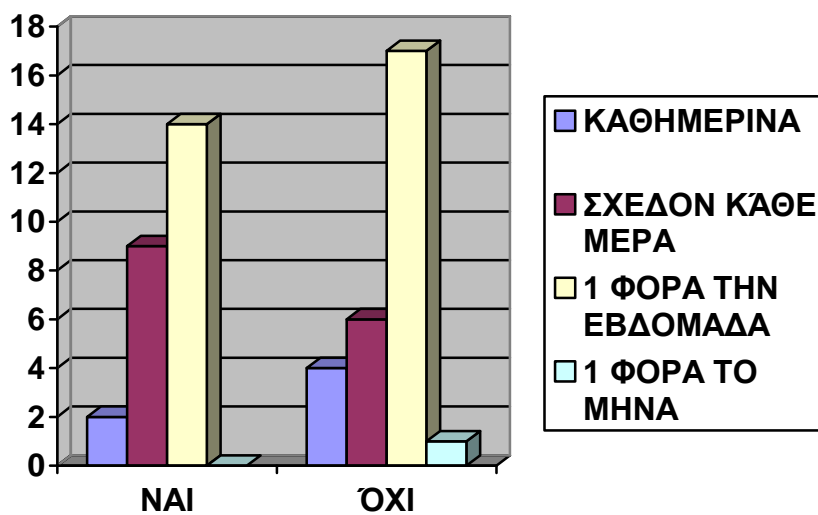
Διάγραμμα πίνακα 5.14. Συναντήσεις διεπιστημονικής ομάδας.



Πίνακας 5.15. Συχνότητα συναντήσεων.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	2	4	6
	ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	9	6	15
	1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	14	17	31
	1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ	0	1	1
	Total	38	62	100

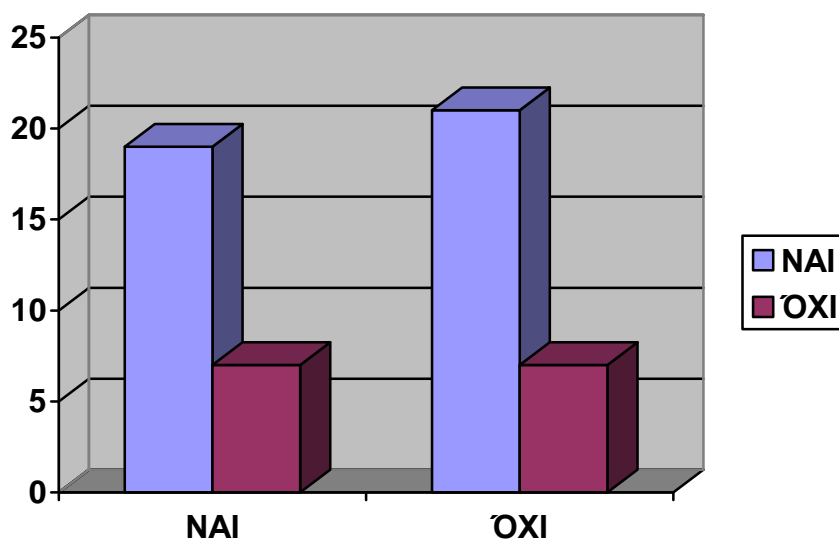
Διάγραμμα πίνακα 5.15. Συχνότητα συναντήσεων.



Πίνακας 5.16. Ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ των μελών.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΥΠΑΡΞΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕΛΩΝ	ΝΑΙ	19	21	40
	ΟΧΙ	7	7	14
	Total	26	28	54

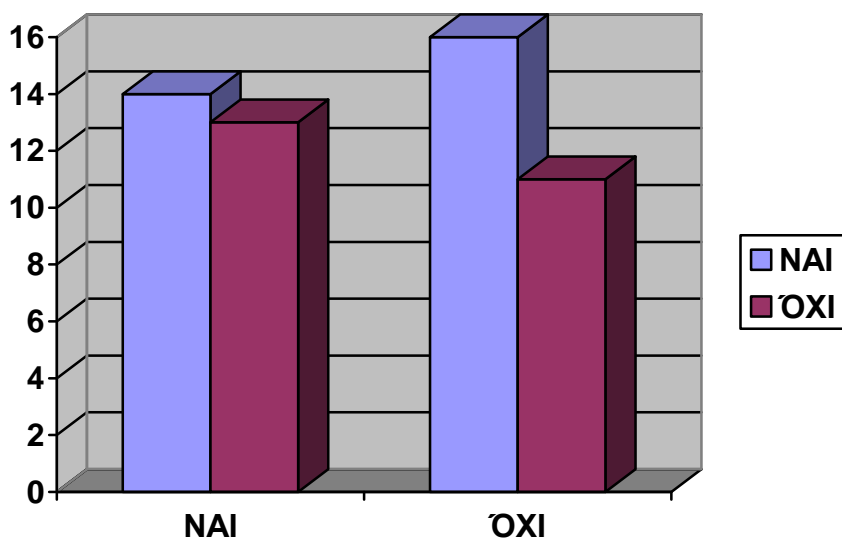
Διάγραμμα πίνακα 5.16. Ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ των μελών.



Πίνακας 5.17. Αναφορά στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΝΑΙ	14	16	30
	ΟΧΙ	13	11	24
	Total	27	27	54

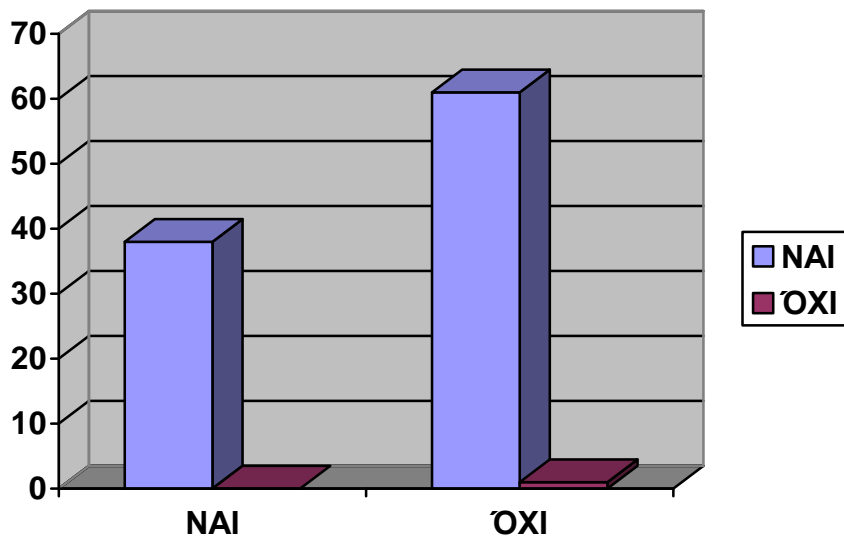
Διάγραμμα πίνακα 5.17. Αναφορά στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.



Πίνακας 5.18. Απαραίτητη η συνεργασία του επιστημονικού προσωπικού.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΝΑΙ	38	61	99
	ΟΧΙ	0	1	1
	Total	38	62	100

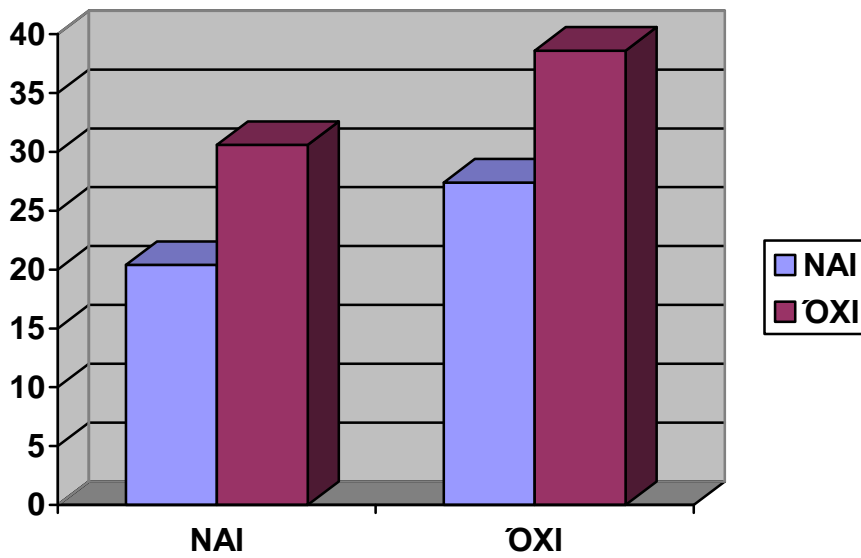
Διάγραμμα πίνακα 5.18. Απαραίτητη η συνεργασία του επιστημονικού προσωπικού.



Πίνακας 5.19. Ειδική εκπαίδευση προσωπικού.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΝΑΙ	36	56	92
	ΟΧΙ	2	6	8
	Total	38	62	100

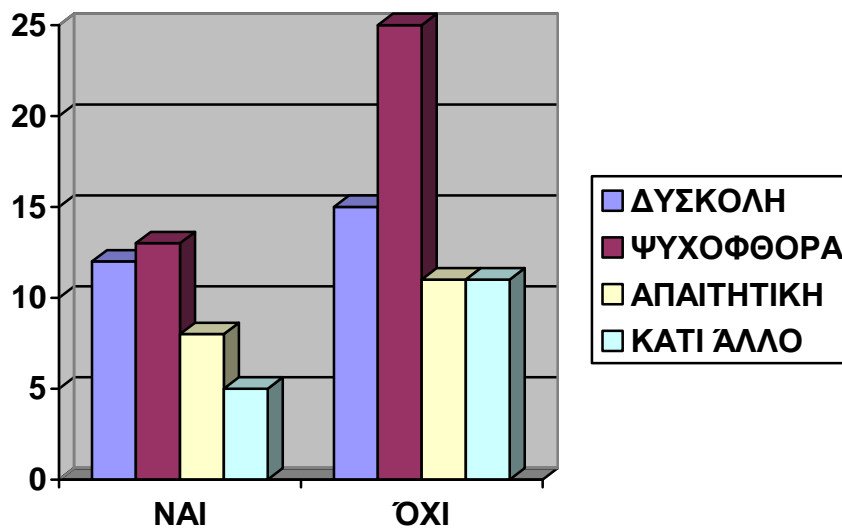
Διάγραμμα πίνακα 5.19. Ειδική εκπαίδευση προσωπικού.



Πίνακας 5.20. Χαρακτηρισμός εργασίας.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΔΥΣΚΟΛΗ	12	15	27
	ΨΥΧΟΦΘΟΡΑ	13	25	38
	ΑΠΑΙΤΗΤΙΚΗ	8	11	19
	ΚΑΤΙ ΆΛΛΟ	5	11	16
	Total	38	62	100

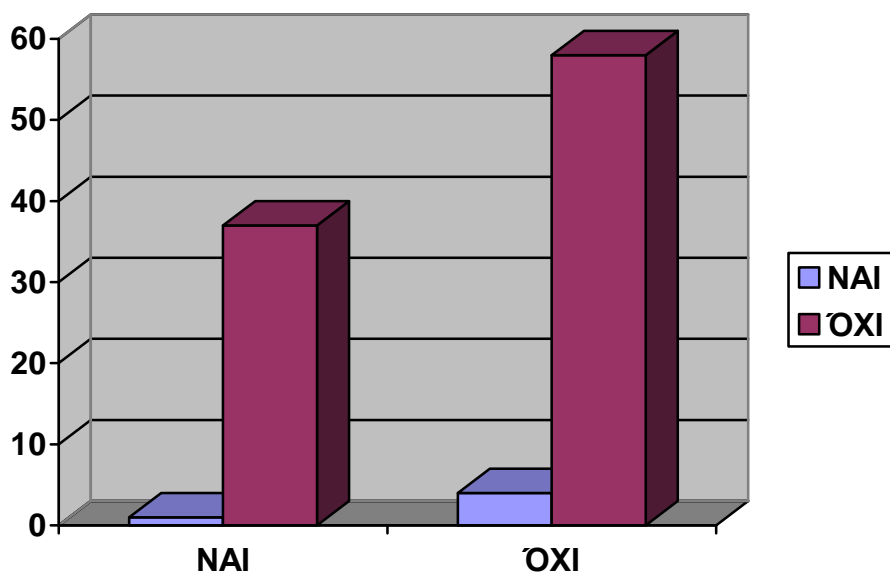
Διάγραμμα πίνακα 5.20. Χαρακτηρισμός εργασίας.



Πίνακας 5.21. Στήριξη επαγγελματιών υγείας.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΣΤΗΡΙΞΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΝΑΙ	1	4	5
	ΟΧΙ	37	58	95
	Total	38	62	100

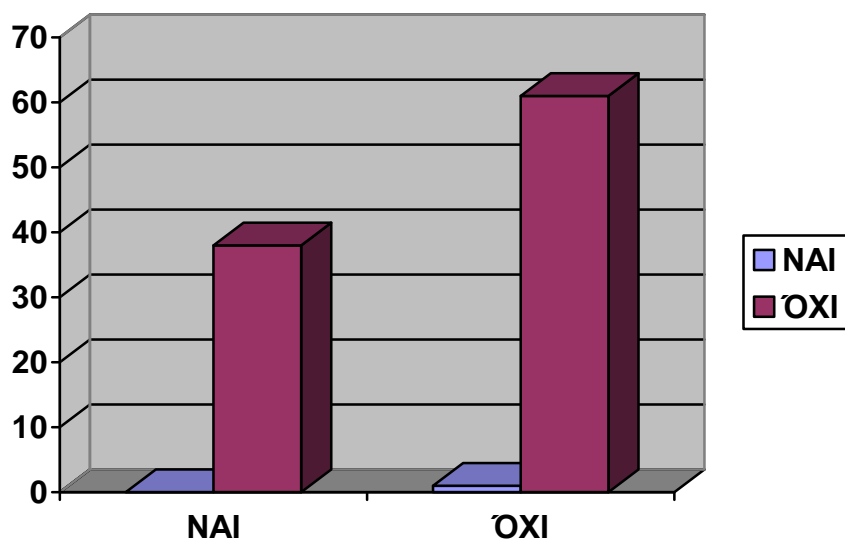
Διάγραμμα πίνακα 5.21. Στήριξη επαγγελματιών υγείας.



Πίνακας 5.22. Ύπαρξη εθελοντικών ομάδων στήριξης ασθενών.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΥΠΑΡΞΗ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ	ΝΑΙ	0	1	1
	ΟΧΙ	38	61	99
	Total	38	62	100

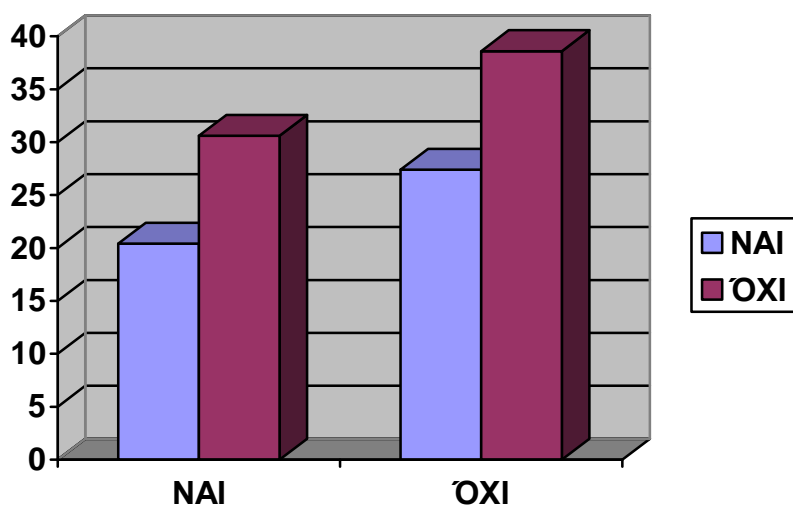
Διάγραμμα πίνακα 5.22. Ύπαρξη εθελοντικών ομάδων στήριξης ασθενών.



Πίνακας 5.23. Επαγγελματική εξουθένωση προσωπικού.

		ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΝΑΙ	33	56	89
	ΟΧΙ	5	6	11
	Total	38	62	100

Διάγραμμα πίνακα 5.23. Επαγγελματική εξουθένωση προσωπικού.

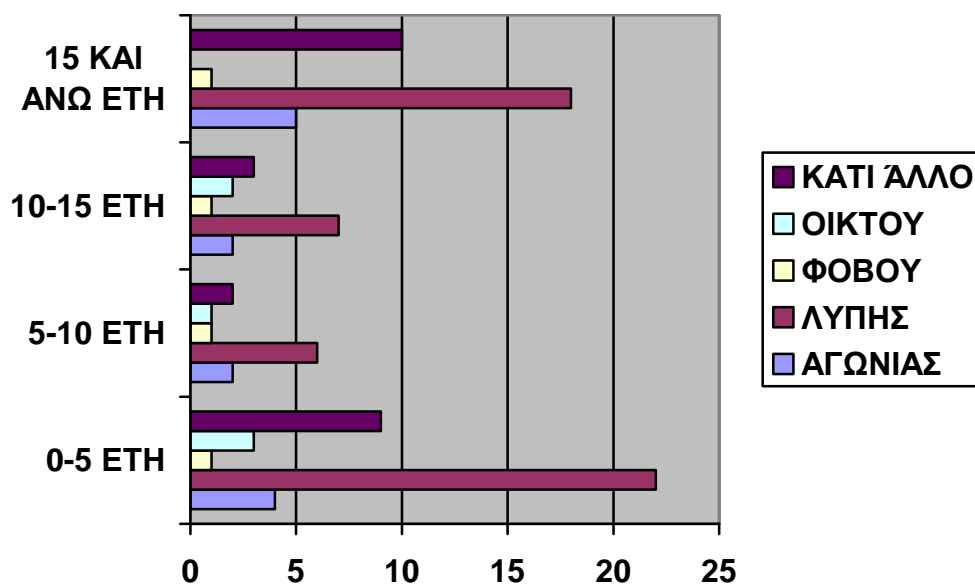


9.3.5. Συσγέτιση αποτελεσμάτων με βάση την προϋπηρεσία των ερωτηθέντων.

Πίνακας 6.1. Συναισθήματα ερωτηθέντων.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				Total
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ	ΑΓΩΝΙΑΣ	4	2	2	5	13
	ΛΥΠΗΣ	22	6	7	18	53
	ΦΟΒΟΥ	1	1	1	1	4
	ΟΙΚΤΟΥ	3	1	2	0	6
	ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	9	2	3	10	24
	Total	39	12	15	34	100

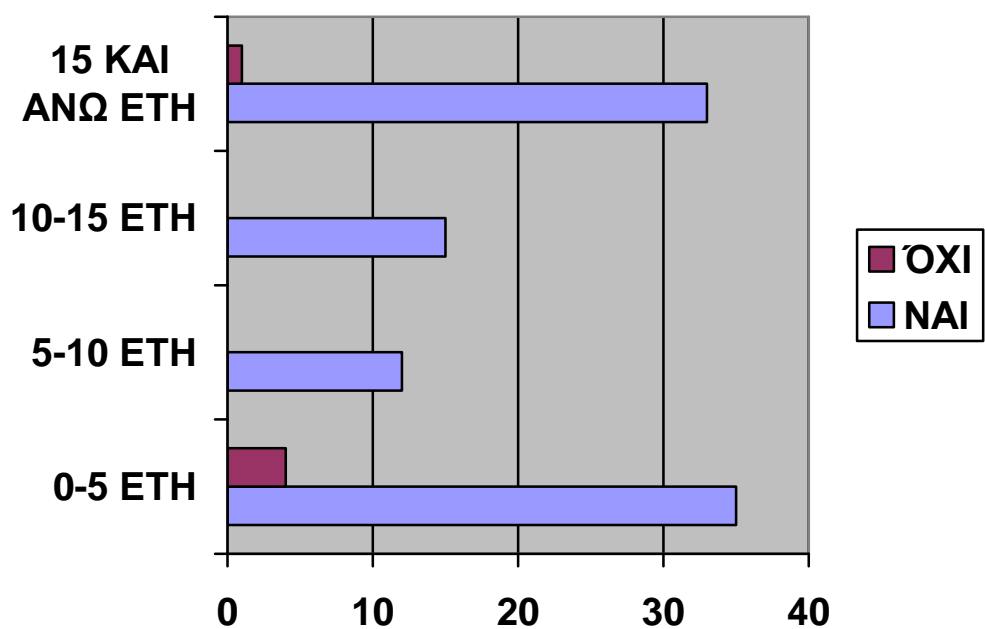
Διάγραμμα πίνακα 6.1. Συναισθήματα ερωτηθέντων.



Πίνακας 6.2. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	Total
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ	ΝΑΙ	35	12	15	33	95
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	ΟΧΙ	4	0	0	1	5
Total		39	12	15	34	100

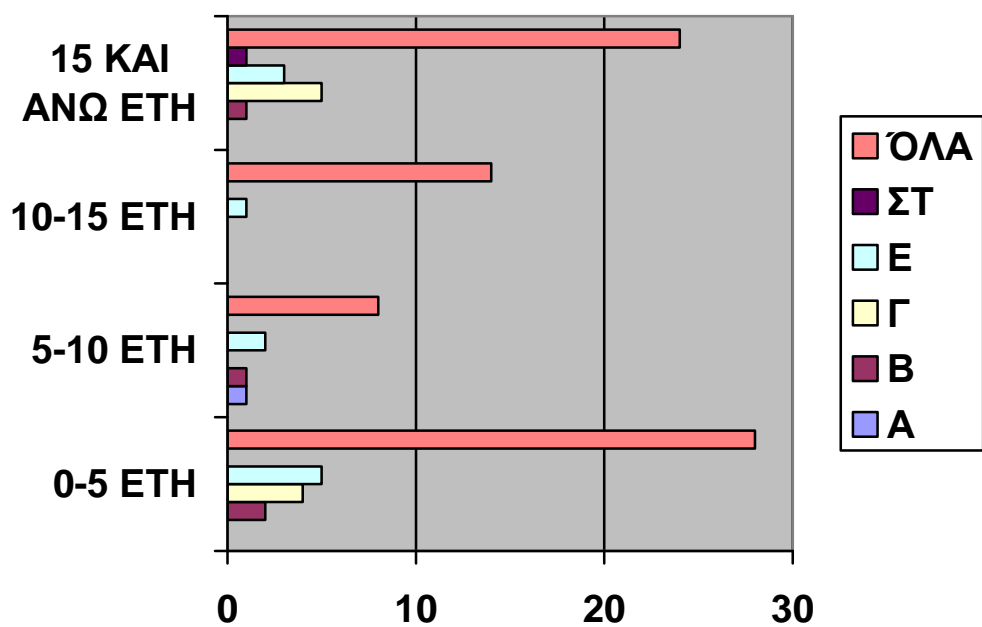
Διάγραμμα πίνακα 6.2. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών.



Πίνακας 6.3. Τρόποι.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				Total
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	
ΤΡΟΠΟΙ	A	0	1	0	0	1
	B	2	1	0	1	4
	Γ	4	0	0	5	9
	Ε	5	2	1	3	11
	ΣΤ	0	0	0	1	1
	ΟΛΑ	28	8	14	24	74
	Total	39	12	15	34	100

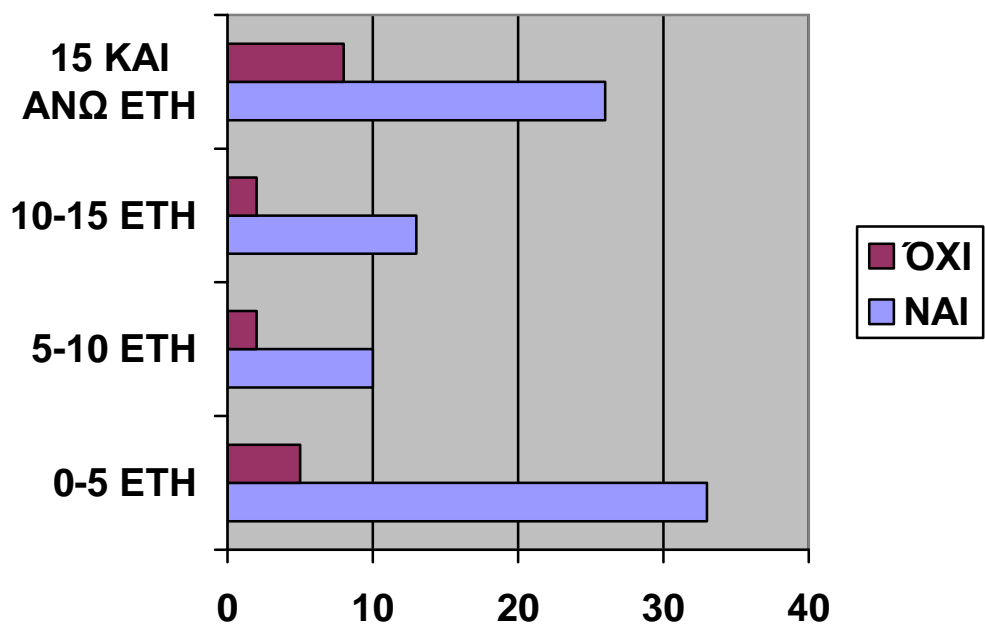
Διάγραμμα πίνακα 6.3. Τρόποι.



Πίνακας 6.4. Ενημέρωση του ασθενή.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	Total
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	ΝΑΙ	33	10	13	26	82
ΑΣΘΕΝΗ	ΟΧΙ	5	2	2	8	17
	-	1	0	0	0	1
	Total	39	12	15	34	100

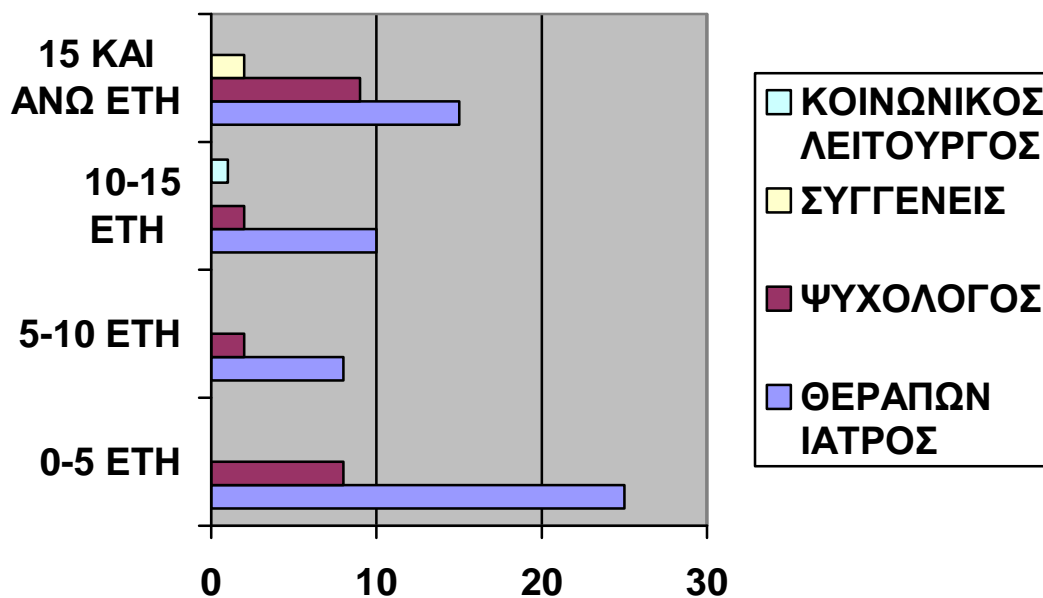
Διάγραμμα πίνακα 6.4. Ενημέρωση του ασθενή.



Πίνακας 6.5. Αρμόδιος για την ενημέρωση.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	Total
ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ	25	8	10	15	58
	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	8	2	2	9	21
	ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	0	0	0	2	2
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	0	0	1	0	1
	Total	33	10	13	26	82

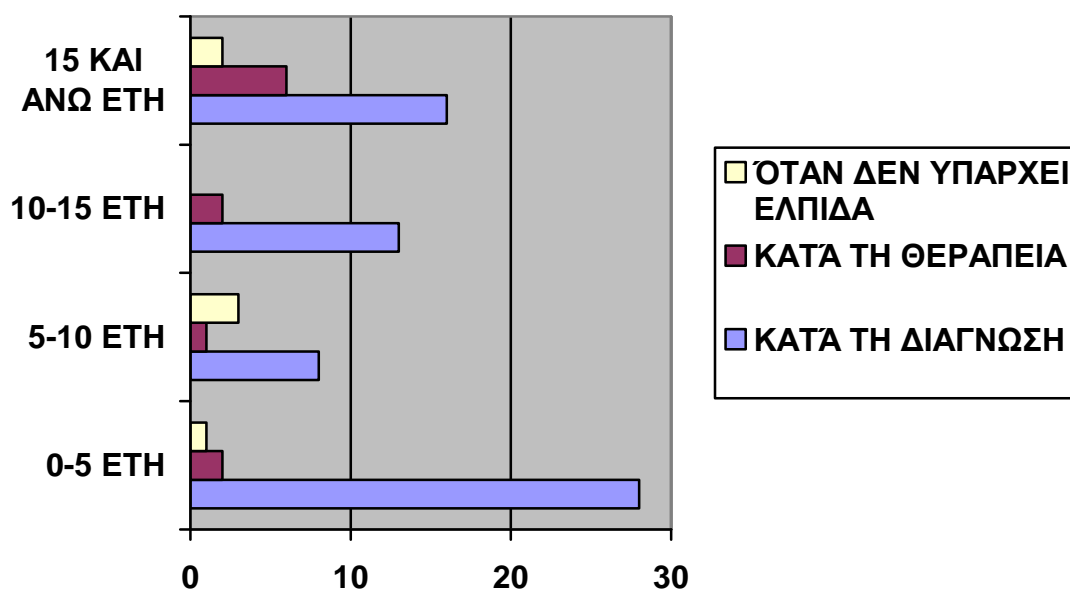
Διάγραμμα πίνακα 6.5. Αρμόδιος για την ενημέρωση.



Πίνακας 6.6. Κατάλληλη στιγμή για την ενημέρωση του ασθενή.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				Total
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	
ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΣΤΙΓΜΗ	ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	29	6	10	15	60
	ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	3	2	2	7	14
	ΟΤΑΝ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΠΙΔΑ	1	2	1	4	8
	Total	33	10	13	26	100

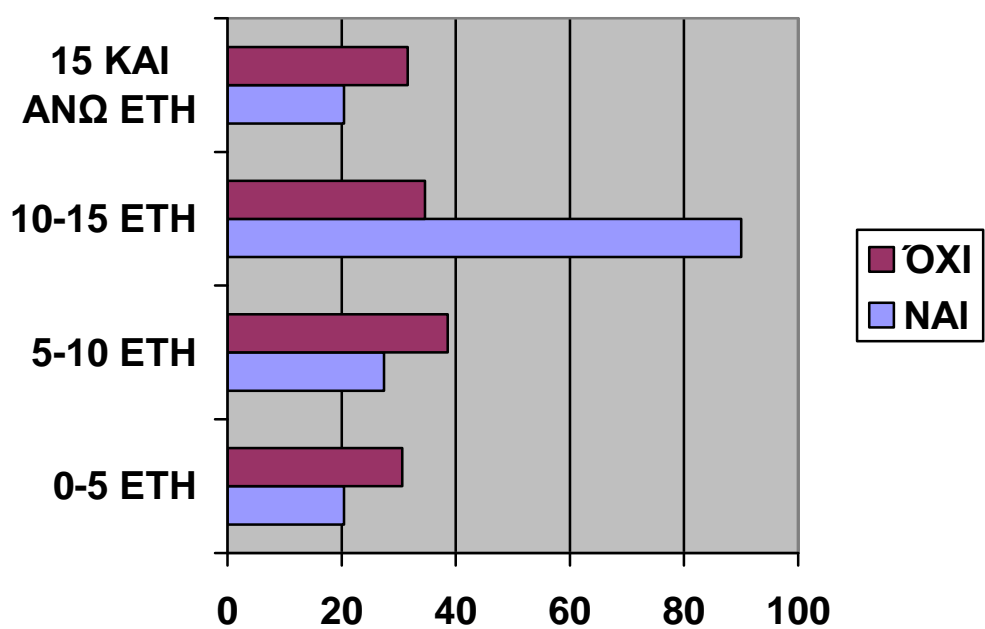
Διάγραμμα πίνακα 6.6. Κατάλληλη στιγμή για την ενημέρωση του ασθενή.



Πίνακας 6.7. Διαφοροποίηση συναισθημάτων.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				Total
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	
ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ	ΝΑΙ	36	11	11	30	88
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ	ΟΧΙ	3	1	4	4	12
	Total	39	12	15	34	100

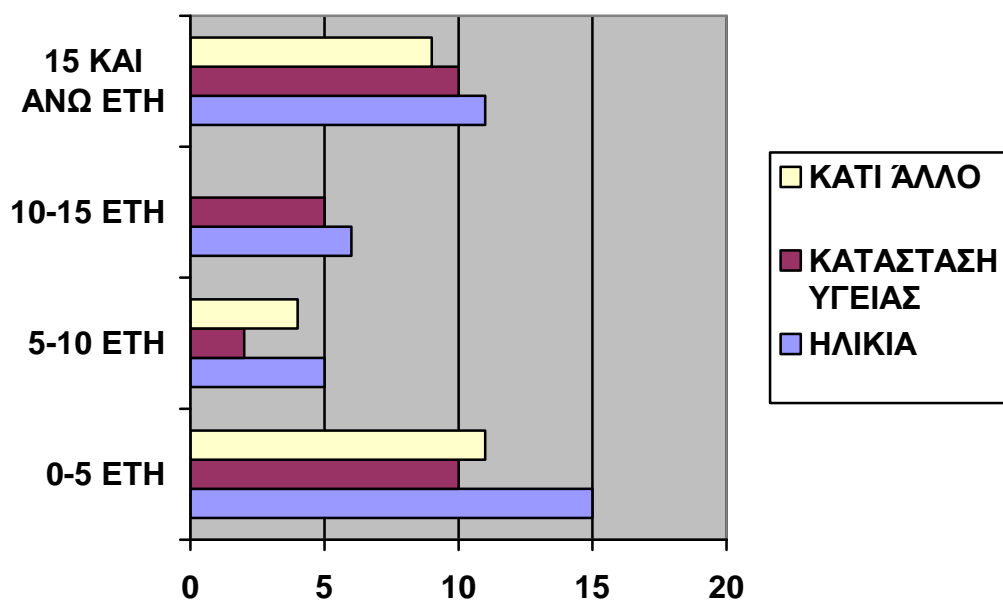
Διάγραμμα πίνακα 6.7. Διαφοροποίηση συναισθημάτων.



Πίνακας 6.8. Παράγοντες που παίζουν ρόλο.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				Total
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ	15	5	6	11	37
	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	10	2	5	10	27
	ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	11	4	0	9	24
	Total	36	11	11	30	88

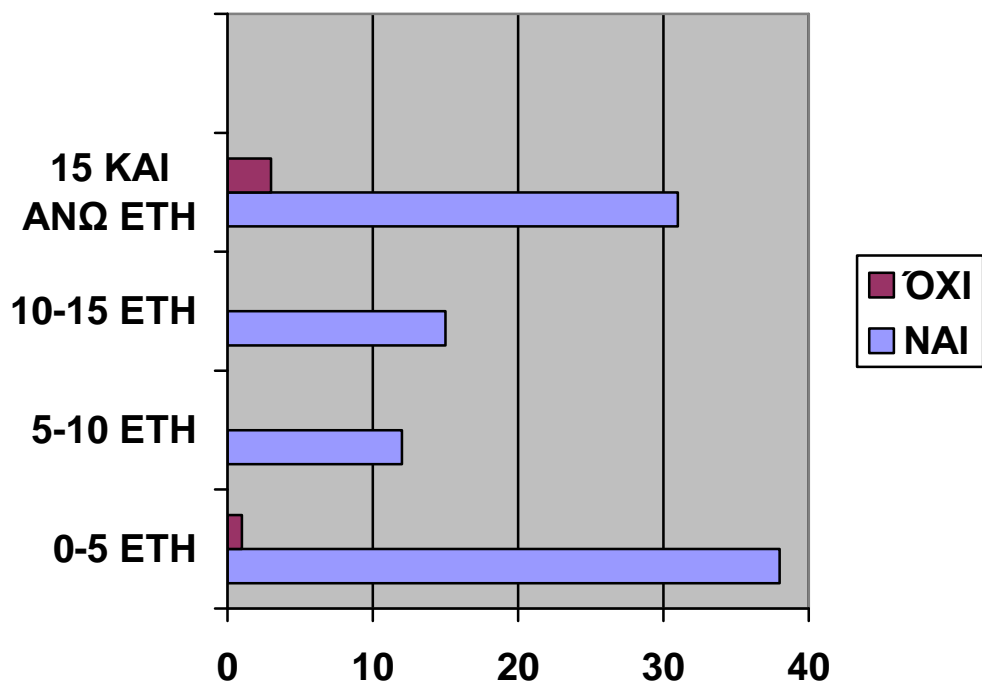
Διάγραμμα πίνακα 6.8. Παράγοντες που παίζουν ρόλο.



Πίνακας 6.9. Συνεργασία με την οικογένεια του ασθενή.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				Total
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΝΑΙ	38	12	15	31	96
	ΟΧΙ	1	0	0	3	4
	Total	39	12	15	34	100

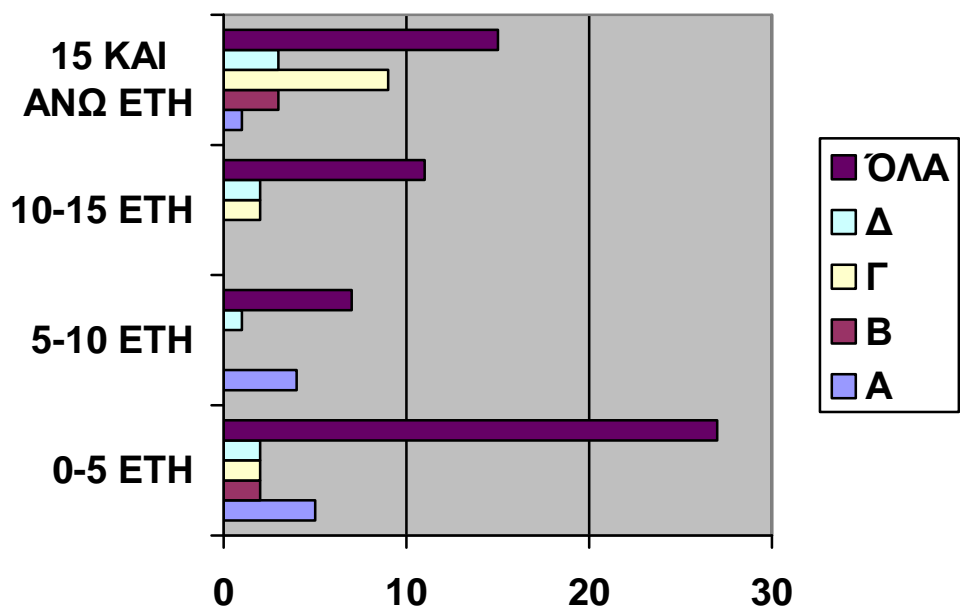
Διάγραμμα πίνακα 6.9. Συνεργασία με την οικογένεια του ασθενή.



Πίνακας 6.10. Τρόποι συνεργασίας.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				Total
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	
ΤΡΟΠΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ	A	5	4	0	1	10
	B	2	0	0	3	5
	Γ	2	0	2	9	13
	Δ	2	1	2	3	8
	ΟΛΑ	27	7	11	15	60
	Total	38	12	15	31	96

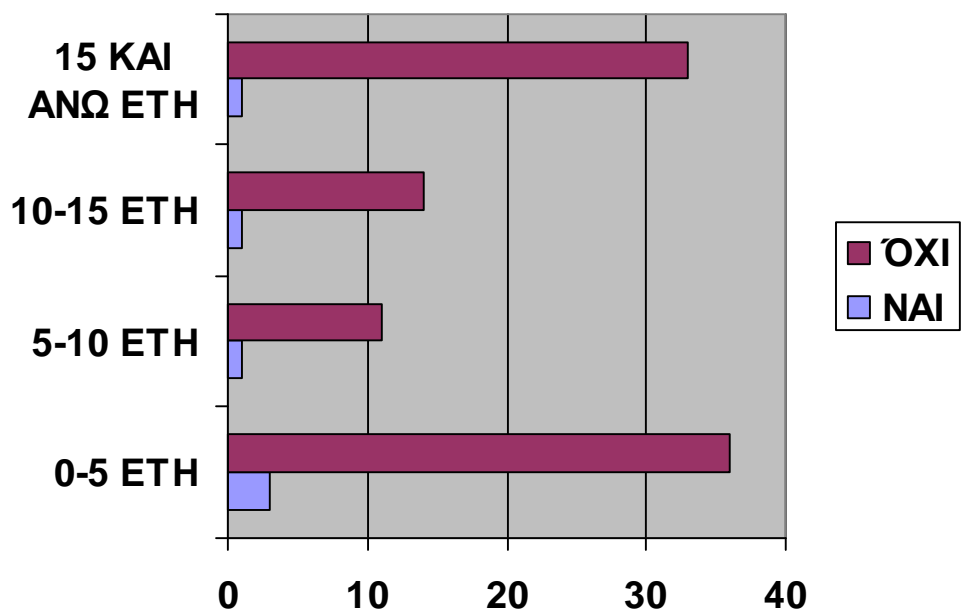
Διάγραμμα πίνακα 6.10. Τρόποι συνεργασίας.



Πίνακας 6.11. Ύπαρξη ομάδων ασθενών- συγγενών.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				Total
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	
ΥΠΑΡΞΗ	ΝΑΙ	3	1	1	1	6
ΟΜΑΔΩΝ	ΟΧΙ	36	11	14	33	94
ΑΣΘΕΝΩΝ/ ΣΥΓΓΕΝΩΝ	Total	39	12	15	34	100

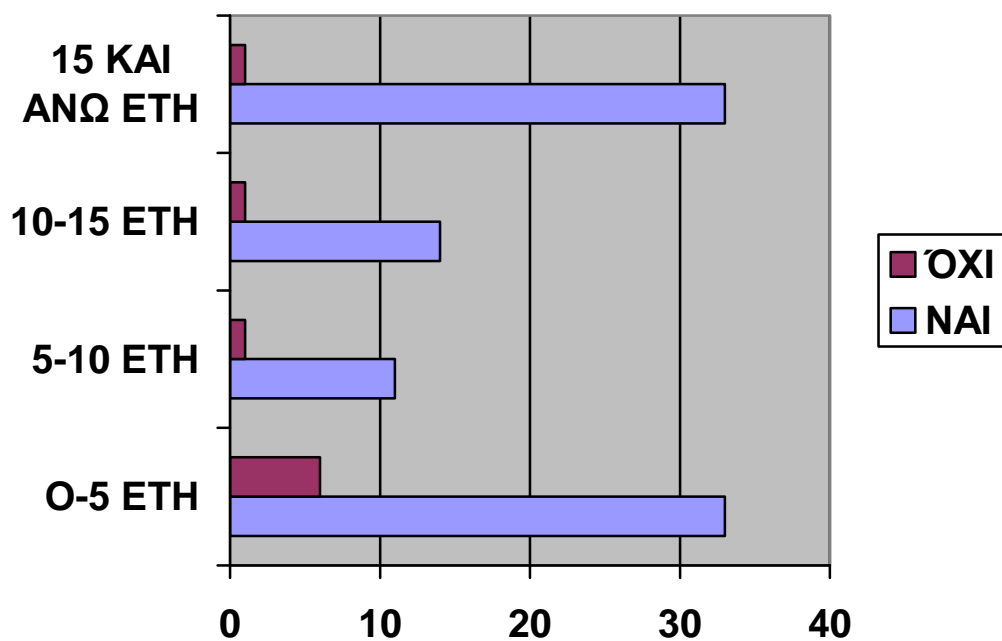
Διάγραμμα πίνακα 6.11. Ύπαρξη ομάδων ασθενών- συγγενών.



Πίνακας 6.12. Χρησιμότητα ομάδων.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				Total
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	
ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΟΜΑΔΩΝ	ΝΑΙ	33	11	14	33	91
	ΟΧΙ	6	1	1	1	9
	Total	39	12	15	34	100

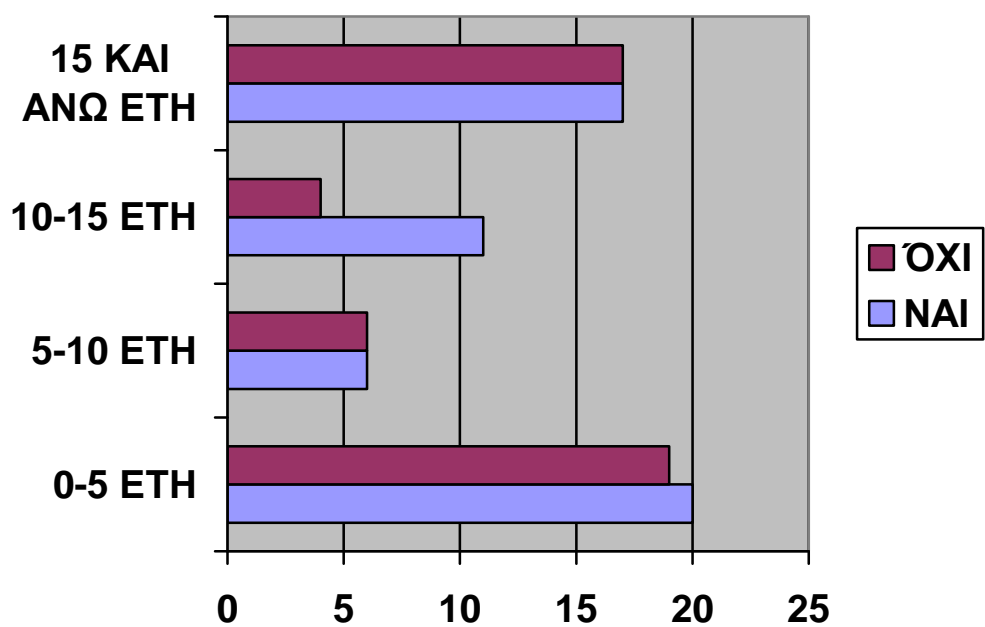
Διάγραμμα πίνακα 6.12. Χρησιμότητα ομάδων.



Πίνακας 6.13. Συναντήσεις διεπιστημονικής ομάδας.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				Total
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	
ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΝΑΙ	20	6	11	17	54
ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	ΟΧΙ	19	6	4	17	46
	Total	39	12	15	34	100

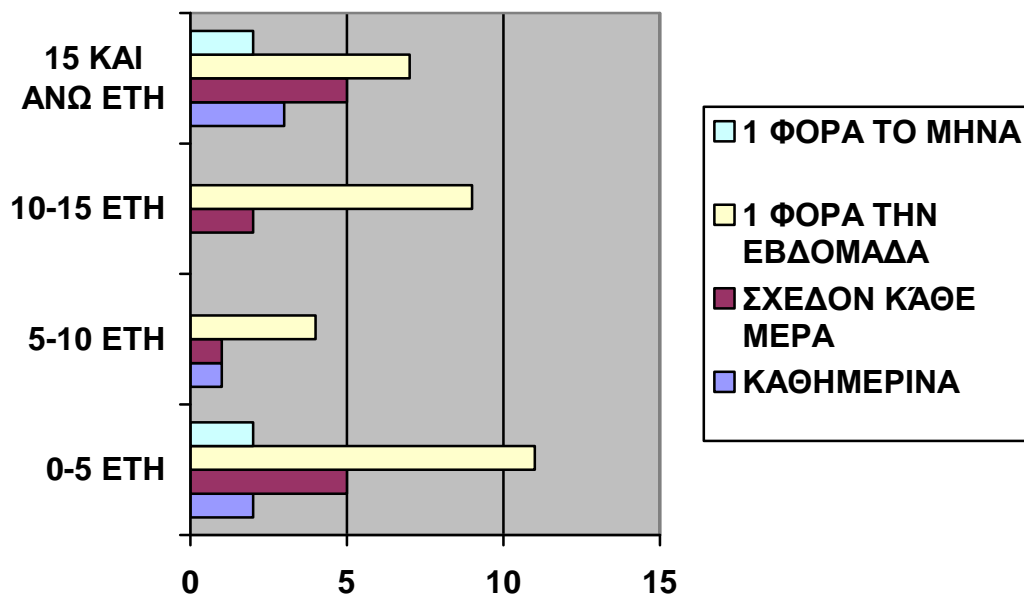
Διάγραμμα πίνακα 6.13. Συναντήσεις διεπιστημονικής ομάδας.



Πίνακας 6.14. Συχνότητα συναντήσεων.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				Total
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	2	1	0	3	6
	ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	5	1	2	5	13
	1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	11	4	9	7	31
	1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ	2	0	0	2	4
	Total	20	6	11	17	54

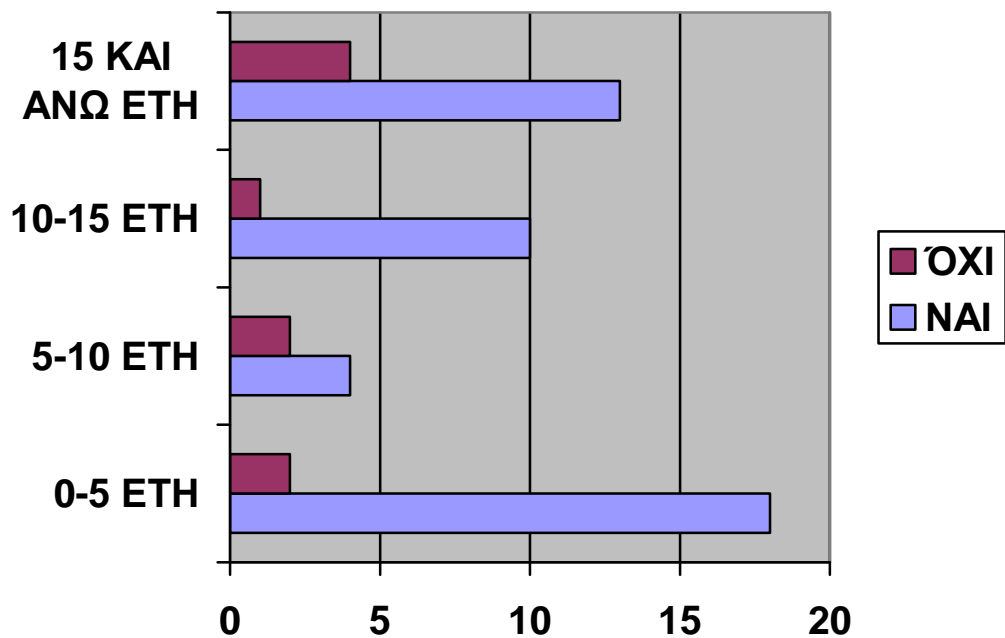
Διάγραμμα πίνακα 6.14. Συχνότητα συναντήσεων.



Πίνακας 6.15. Ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ των μελών.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				Total
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	
ΥΠΑΡΞΗ	ΝΑΙ	18	4	10	13	45
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΟΧΙ	2	2	1	4	9
ΜΕΛΩΝ	Total	20	6	11	17	54

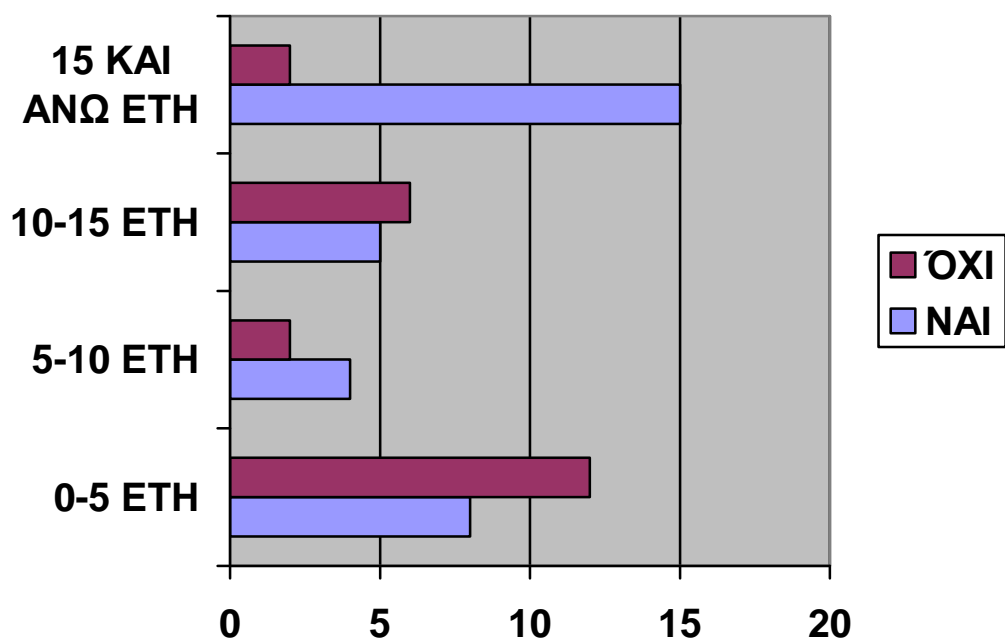
Διάγραμμα πίνακα 6.15. Ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ των μελών.



Πίνακας 6.16. Αναφορά στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				Total
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	
ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ	ΝΑΙ	8	4	5	15	32
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ	ΟΧΙ	12	2	6	2	22
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ	Total	20	6	11	17	100
ΑΣΘΕΝΗ						

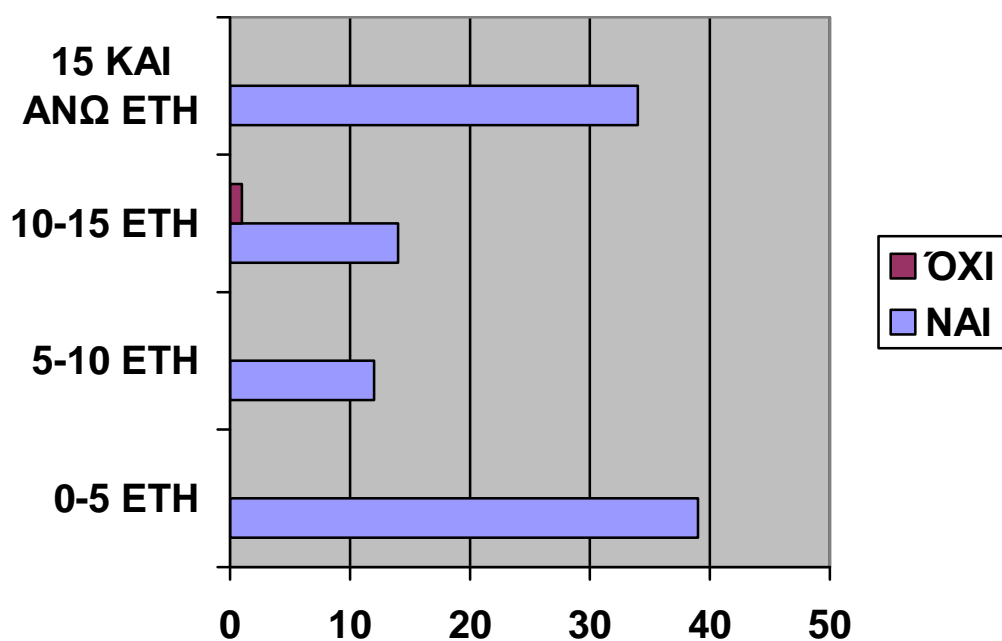
Διάγραμμα πίνακα 6.16. Αναφορά στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.



Πίνακας 6.17. Απαραίτητη η συνεργασία του επιστημονικού προσωπικού.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				Total
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	
ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η	ΝΑΙ	39	12	14	34	99
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ	ΟΧΙ	0	0	1	0	1
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ	Total	39	12	15	34	100
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ						

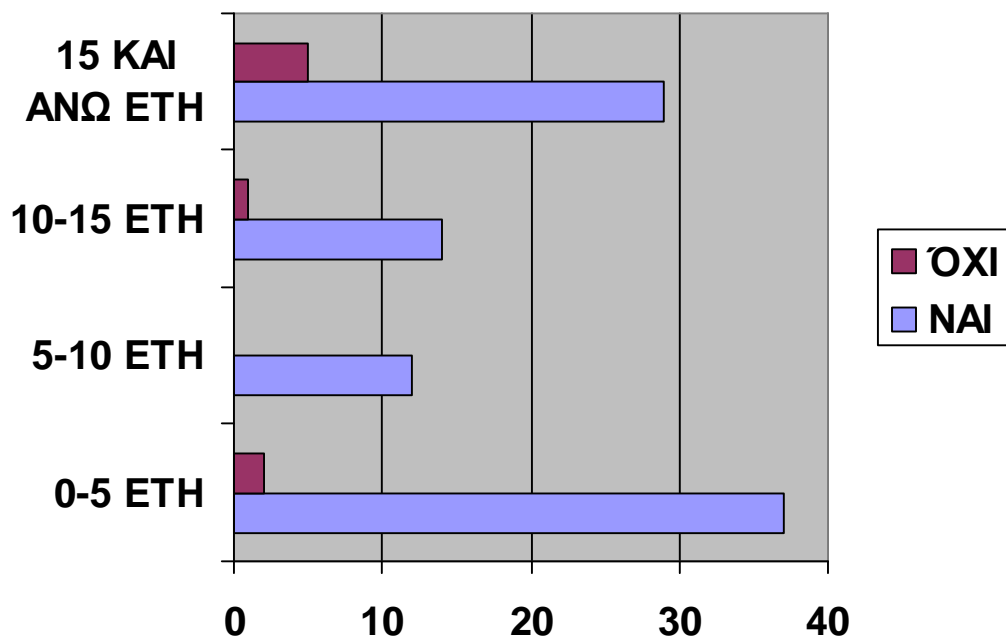
Διάγραμμα πίνακα 6.17. Απαραίτητη η συνεργασία του επιστημονικού προσωπικού.



Πίνακας 6.18. Ειδική εκπαίδευση προσωπικού.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	Total
ΕΙΔΙΚΗ	ΝΑΙ	37	12	14	29	92
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΟΧΙ	2	0	1	5	8
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	Total	39	12	15	34	100

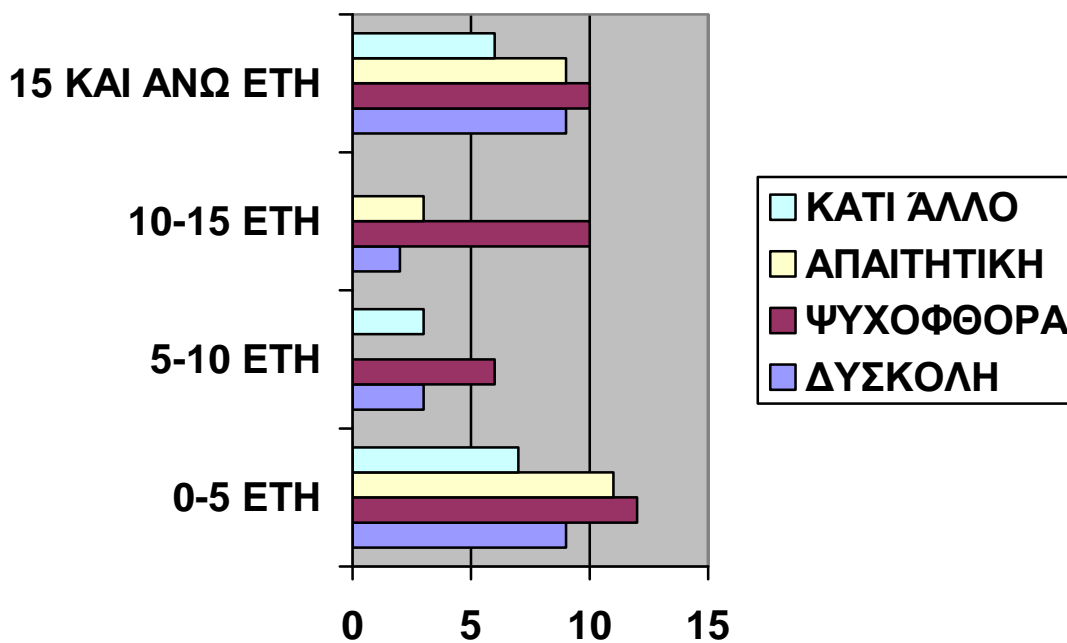
Διάγραμμα πίνακα 6.18. Ειδική εκπαίδευση προσωπικού.



Πίνακας 6.19. Χαρακτηρισμός εργασίας.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				Total
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΔΥΣΚΟΛΗ	9	3	2	9	23
	ΨΥΧΟΦΘΟΡΑ	12	6	10	10	38
	ΑΠΑΙΤΗΤΙΚΗ	11	0	3	9	23
	ΚΑΤΙ ΆΛΛΟ	7	3	0	6	16
	Total	39	12	15	34	100

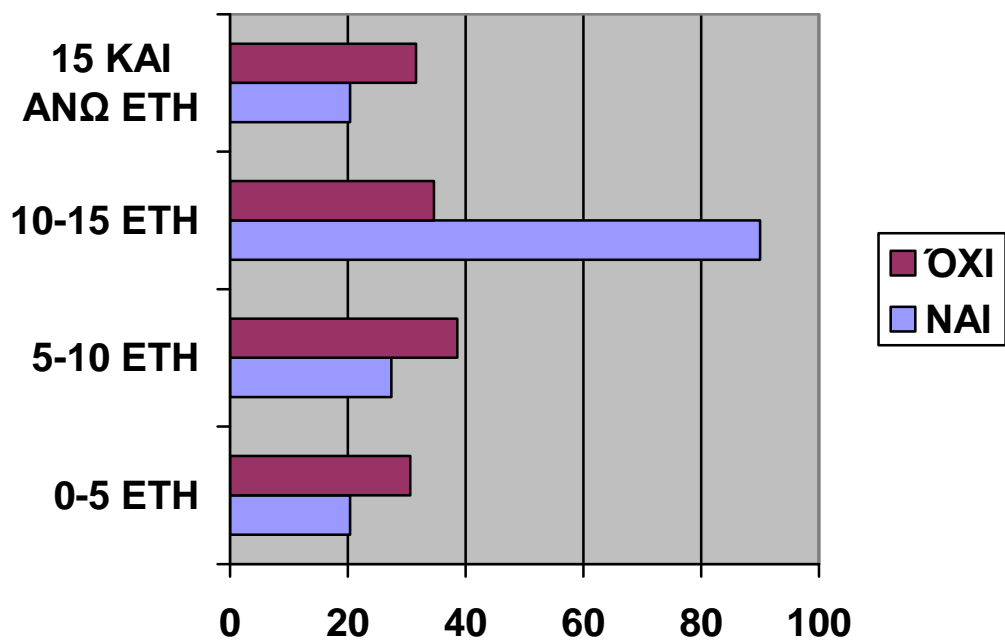
Διάγραμμα πίνακα 6.19. Χαρακτηρισμός εργασίας.



Πίνακας 6.20. Στήριξη επαγγελματιών υγείας.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				Total
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	
ΣΤΗΡΙΞΗ	ΝΑΙ	4	0	0	1	5
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ	ΟΧΙ	35	12	15	33	95
ΥΓΕΙΑΣ	Total	39	12	15	34	100

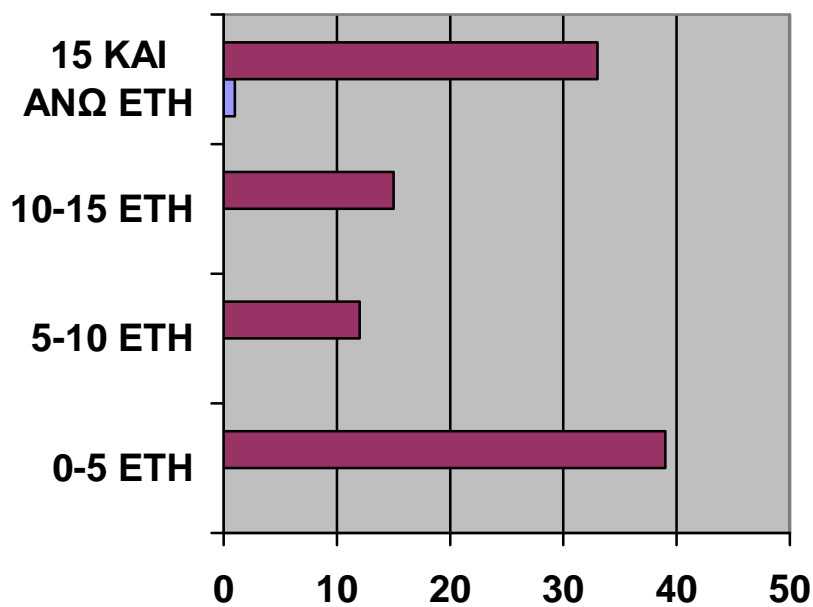
Διάγραμμα πίνακας 6.20. Στήριξη επαγγελματιών υγείας.



Πίνακας 6.21. Ύπαρξη εθελοντικών ομάδων στήριξης ασθενών.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				Total
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	
ΥΠΑΡΞΗ	ΝΑΙ	0	0	0	1	1
ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΩΝ	ΟΧΙ	39	12	15	33	99
ΟΜΑΔΩΝ	Total	39	12	15	34	100

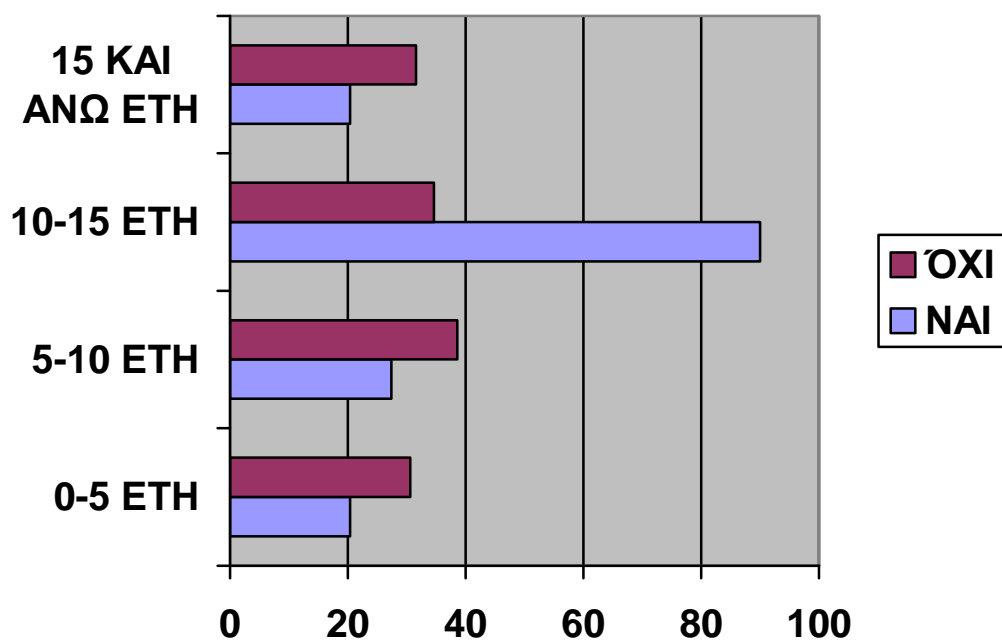
Διάγραμμα πίνακα 6.21. Ύπαρξη εθελοντικών ομάδων στήριξης ασθενών.



Πίνακας 6.22. Επαγγελματική εξουθένωση προσωπικού.

		ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ				
		0-5 ΕΤΗ	5-10 ΕΤΗ	10-15 ΕΤΗ	15 ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	Total
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ	ΝΑΙ	34	10	13	32	89
ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ	ΟΧΙ	5	2	2	2	11
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	Total	39	12	15	34	100

Διάγραμμα πίνακα 6.22. Επαγγελματική εξουθένωση προσωπικού.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σκοπός αυτής της εργασίας ήταν να μελετηθεί η στάση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού από τη στιγμή της διάγνωσης και σ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του καρκινοπαθή.

Από την εκπόνηση της μελέτης αυτής προέκυψαν συμπεράσματα τα οποία παραθέτονται κατά σειρά και έχουν ως εξής: α) για τον ασθενή και β) για το προσωπικό.

α) Ασθενής

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι ο ασθενής που πάσχει από σοβαρή ασθένεια, από τη πρώτη στιγμή που εισάγεται στο νοσοκομείο, βρίσκεται σ' ένα καινούργιο γι' αυτόν περιβάλλον κι αποχωρίζεται την οικογένεια του, τους φίλους του, την εργασία του με συνέπεια την αλλαγή του τρόπου ζωής του. Από την αρχική φάση της διάγνωσης και σ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο. Τις περισσότερες φορές πεθαίνει στο χώρο αυτό. Ο θάνατος έχει μεταφερθεί από το σπίτι στο νοσοκομείο με αποτέλεσμα να ιδρυματοποιείται. Ο νοσηλευόμενος ασθενής εξαιτίας όπως αναφέρθηκε παραπάνω, του αποχωρισμού του από το οικείο περιβάλλον, του σωματικού πόνου, ή της επώδυνης θεραπείας που επιβάλλει η πάθηση του, των προσδοκιών που έχει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό από τον ίδιο, για παθητική συμμετοχή κατά τη θεραπεία και της ανησυχίας που έχει σχετικά με την εξέλιξη της ασθένειας του, παρουσιάζει έντονες αντιδράσεις. Οι αντιδράσεις αυτές, είναι ψυχικό stress, φόβος, θλίψη, άρνηση, θυμός και επιθετικότητα και εξαρτώνται από την ηλικία του, την προσωπικότητα του, το περιβάλλον στο οποίο νοσηλεύεται καθώς και από τις αντιδράσεις της οικογένειας του. Για την ομαλή προσαρμογή του ασθενή μέσα σ' αυτό το καινούργιο χώρο, σημαντικό ρόλο παίζει το περιβάλλον του τμήματος που τον φιλοξενεί.

Όπως γίνεται φανερό από τη μελέτη της βιβλιογραφίας, ο σοβαρά άρρωστος καρκινοπαθής δεν αντιμετωπίζεται σαν ένα άτομο που πεθαίνει, αλλά σαν ένας νοσηλευόμενος ασθενής. Έχει γίνει συνείδηση, από το

μεγαλύτερο μέρος των ειδικών που έχουν σαν αντικείμενο δουλείας τους, τους καρκινοπαθείς, ότι ο στόχος της θεραπείας, θα πρέπει να είναι η παράλληλη φροντίδα τόσο της σωματικής, όσο και της ψυχικής τους υγείας.

Όσο αφορά την ενημέρωση ενός ασθενή σχετικά με την αρρώστια του και τη θεραπεία της υπάρχουν διαφορετικές απόψεις μεταξύ των ειδικών και των μελών της οικογένειας. Άλλοι υποστηρίζουν ότι ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται πλήρως για τη σοβαρότητα της κατάστασης του, ανάλογα με τις ανάγκες και την ηλικία του, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι δεν πρέπει να λέγεται η αλήθεια στον ασθενή και να δίνονται ψεύτικες ή απλοϊκές εξηγήσεις. Για να συνεργαστεί όμως και να προσαρμοστεί ο ασθενής σωστά, όλοι οι ειδικοί συγκλίνουν στην άποψη ότι η στάση αυτή που είναι η πιο βοηθητική για τον ασθενή, βασίζεται κυρίως στον σεβασμό, στη συνεργασία και στη συμπαράσταση του.

β) Προσωπικό

Όσο αναφορά το βιβλιογραφικό κομμάτι όταν το προσωπικό έρχεται σ' επαφή με τους σοβαρά άρρωστους ασθενείς και τους προσφέρει βοήθεια, αντιμετωπίζει έντονα συναισθήματα. Αυτά είναι: θυμός, οργή, θλίψη, λύπη, άγχος, ακύρωση και προκαλούνται εξαιτίας της ιδιαιτερότητας του χώρου και του ότι έρχονται συχνά σε επαφή με το θάνατο. Πέρα όμως από την εξοικείωση που έχουν αποκτήσει όσοι εργάζονται σ' ένα τέτοιο χώρο με το θάνατο, δεν παύουν πέρα από επαγγελματίες, να είναι άνθρωποι πάνω απ' όλα, όπως φαίνεται από τις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο.

Η οικογένεια του νοσηλευόμενου ασθενή αλλά και οι αντιλήψεις της κοινωνίας, αποδίδουν στο προσωπικό, που εργάζεται στο νοσοκομείο και κυρίως όταν έρχεται σε επαφή με παιδιά που πρόκειται να πεθάνουν, την ικανότητα της παντοδυναμίας.

Το προσωπικό επωμίζεται μεγάλο μέρος της ευθύνης για τη σωτηρία του ασθενή, ο ρόλος είναι πολύ δύσκολος και σημαντικός και στόχος του είναι να υπάρχει μια ισορροπία μεταξύ ψυχολογικής επαφής και αντικειμενικής κρίσης στη στάση του απέναντι στον ασθενή και την οικογένεια του.

Συμπερασματικά, τα μέλη του προσωπικού που εργάζονται με τις περιπτώσεις αυτών των ασθενών, έρχονται αντιμέτωπα με το πρόβλημα του δικού τους θανάτου. Κάθε τέτοιο περιστατικό, τους θυμίζει το δικό τους θάνατο. Δεν έχουν αποδεχτεί το πεπερασμένο της ύπαρξης τους και αισθάνονται άβολα μπροστά στη προοπτική ότι κι αυτοί θα πεθάνουν.

Από τις επισκέψεις που πραγματοποιήθηκαν στα νοσοκομεία και από τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης, που να λειτουργεί με μέλη του προσωπικού του νοσοκομείου και η οποία θα κατευθύνεται από τον ψυχολόγο που εργάζεται σ' ένα τέτοιο χώρο. Επίσης, ένα άλλο συμπέρασμα σχετικά με το προσωπικό είναι ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει την οικογένεια του ασθενή με καταληκτική ασθένεια και που τις περισσότερες φορές δεν είναι ο κατάλληλος. Γίνονται συχνά λανθασμένοι χειρισμοί από μέρους των διαφόρων μελών που οφείλονται κυρίως στην ελλιπή εκπαίδευση τους, η οποία θα τους ευαισθητοποιούσε σχετικά με την ψυχολογία των μελών της οικογένειας σε κάθε στάδιο των αντιδράσεων τους από τη διάγνωση της ασθένειας μέχρι και το θάνατο του μέλους της. Η αποτελεσματικότητα της εργασίας του προσωπικού εξαρτάται από την εκπαίδευση του, την προσωπικότητα του, τη πίστη του στη δουλειά που προσφέρει, τη παραδοχή της δεοντολογίας της επιστήμης τους, καθώς και τη συνολικότερη αξία του σαν επαγγελματία. Όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο σε θέματα ψυχικής υγείας του ασθενή, διευκολύνεται η επικοινωνία και η συνεργασία του με ειδικούς επιστήμονες (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς), έτσι ώστε να προσφέρεται, μια ολοκληρωμένη φροντίδα στο νοσηλευόμενο ασθενή.

Πιο συγκεκριμένα, από τα κυρίαρχα σημεία των αποτελεσμάτων της έρευνας που αξίζει να αναφερθούν είναι:

1. το 43% των γιατρών ασχολείται εκτός από την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του ασθενή και με την ψυχολογική του υποστήριξη έναντι του 3% των γιατρών.
2. το 82% του πληθυσμού, ανεξαρτήτως ειδικότητας πιστεύει ότι ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για τη σοβαρότητα της κατάστασης του.
3. το 58% του πληθυσμού θεωρεί ότι κύριος υπεύθυνος για την ενημέρωση του ασθενή όσο αναφορά τη κατάσταση του είναι ο θεράπων ιατρός.
4. το 96% του πληθυσμού συνεργάζεται και στηρίζει την οικογένεια του ασθενή με ποικίλους τρόπους.
5. το 25% των νοσηλευτών θεωρεί ότι είναι απαραίτητη η ειδική εκπαίδευση του προσωπικού που ασχολείται με καρκινοπαθής του τελικού σταδίου, έναντι του 6%.
6. το 95% του πληθυσμού ανεξαρτήτως ειδικότητας υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει στήριξη των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται με τη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών.

7. το 15% των κοινωνικών λειτουργών αναφέρει ότι υπάρχει διαφοροποίηση των συναισθημάτων τους ανάλογα με το περιστατικό που έχουν ν' αντιμετωπίσουν κάθε φορά και κυρίαρχος παράγοντας όπως υποστηρίζει το 9% (των κοινωνικών λειτουργών) είναι η ηλικία των ασθενών.

10.2. ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Μετά από όσα διαπιστώθηκαν σχετικά με την αντιμετώπιση του θανάτου ενός ασθενή που πάσχει από καταληκτική ασθένεια και νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, όσο και για τη στάση της οικογένειας του και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και μετά από τη διεξαγωγή των συμπερασμάτων μπορούν να γίνουν οι ακόλουθες προτάσεις:

1. Στην πρώτη φάση της εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο, μετά τη διάγνωση, θα πρέπει ο θεράπων ιατρός ή κάποιο μέλος της επιστημονικής ομάδας ή της οικογένειας του, να τον ενημερώσουν για τη φύση της πάθησης του με τρόπο που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες της ηλικίας του και στη προσωπικότητα του και να του εξηγήσουν τις αλλαγές που θα γίνουν στον τρόπο ζωής, έτσι ώστε να προσαρμοστεί ομαλά στο περιβάλλον του νοσοκομείου και να δεχτεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τη κατάσταση της υγείας του.
2. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να εκφράζουν τα συναισθήματα, τους φόβους και τις σκέψεις τους, μέσω της κατάλληλης βοήθειας και ψυχολογικής υποστήριξης τόσο από τον ψυχολόγο όσο κι από το κοινωνικό λειτουργό. Επίσης είναι σημαντικό να συνεχίσουν, όσο είναι αυτό δυνατό, τις φυσιολογικές και καθημερινές τους δραστηριότητες.
3. Για το προσωπικό του νοσοκομείου η ύπαρξη οργανωμένης ομάδας μελών του, κρίνεται αναγκαία για την καλύτερη αποδοτικότητα τους σαν επαγγελματίες αλλά και τη διατήρηση της ψυχικής τους υγείας. Μέσα από την ομάδα αυτά τα μέλη του προσωπικού θα αποκτήσουν επίγνωση του ρόλου τους και θα επεξεργαστούν τις προκαταλήψεις τους που μπορεί να παρεμποδίζουν την ουσιαστική συνεργασία μεταξύ τους. Από την άλλη πλευρά θα συμβάλλει στη σωστότερη και καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενή και της οικογένειας τους.
4. Η ευαισθητοποίηση του προσωπικού γύρω από την ψυχολογία, τις αντιδράσεις, τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τον τρόπο χειρισμού αντιμετώπισης του ασθενή και της οικογένειας του, θα πρέπει να γίνει, μέσω επιμορφωτικών σεμιναρίων και διαλέξεων, που θα οργανώνονται από τη διεύθυνση του νοσοκομείου, ώστε να παρέχεται διαρκώς επιμόρφωση στο προσωπικό μέσα στους χώρους της δουλειάς του.

5. Το προσωπικό που δουλεύει σε νοσοκομείο που ο θάνατος είναι συχνός θα πρέπει για να βοηθήσει τους ασθενείς και τις οικογένειες τους να έχει ευαισθητοποιηθεί στο θέμα του δικού του θανάτου. Δεν μπορεί δηλαδή ενώ δουλεύει σ' ένα τέτοιο πλαίσιο να προσποιείται συνεχώς ότι είναι ασφαλές, λόγω του ότι δεν μπορούν να αρνηθούν το θάνατο η πρόταση είναι να τον εκλογικεύσουν. Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να μάθουν τα μέλη του προσωπικού να αντιμετωπίζουν την ιδέα πως οι ίδιοι δεν μπορούν να αποφύγουν το θάνατο. Το πρώτο βήμα λοιπόν είναι να συνειδητοποιήσουν πως δεν είναι αιώνιοι. Αυτό μπορούν να το πετύχουν με το διάβασμα ανάλογων βιβλίων, άρθρων, μελετών ή και με διάφορους τρόπους που παρουσιάζεται ο θάνατος στη μουσική, στο δράμα, στη τέχνη. Ένα δεύτερο βήμα είναι να αφιερώνουν χρόνο στους ασθενείς που περνούν κρίση ή που πρόκειται να πεθάνουν, να περνούν μαζί τους, καθώς και με την οικογένεια τους τα διάφορα στάδια για να φτάσουν μαζί τους στο στάδιο αποδοχής του θανάτου τους. Τέλος το τρίτο βήμα είναι η συζήτηση των μελών του προσωπικού με φίλους ή μεταξύ τους. Κάθε φορά που ένα μέλος ζει το θάνατο ενός ασθενή με τη συζήτηση και την ανάλυση των συναισθημάτων του, προχωράει ένα βήμα περισσότερο προς την αποδοχή της ιδέας του θανάτου του, ή τουλάχιστον να αισθάνεται πιο άνετα στη πιθανότητα αυτή.
6. Μια τελευταία πρόταση σχετικά με τη βοήθεια που μπορεί να προσφέρει το προσωπικό είναι η οργάνωση ομάδων υποστήριξης και συμβουλευτικής, μέσα στα πλαίσια του νοσοκομείου για τις οικογένειες που αντιμετωπίζουν το γεγονός του θανάτου και οι οποίες θα πρέπει να λειτουργούν σε συνεχή βάση.
7. Τα μέλη της οικογένειας για να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της καινούργιας για αυτούς πραγματικότητας που δημιουργεί η κατάσταση του ασθενή από τη στιγμή της διάγνωσης και σε όλη τη πορεία μέχρι το θάνατο, θα πρέπει να αποδέχονται τη ψυχολογική υποστήριξη που τους παρέχεται από τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχολόγο και να συνεργάζονται μαζί τους.
8. Ένα σημαντικό πρόβλημα είναι η διατήρηση της ισορροπίας της οικογένειας. Για να διατηρηθεί αυτή η ισορροπία θα πρέπει τα μέλη της να μην απομονώνονται κοινωνικά και από τα αρχικά τους ενδιαφέροντα και τις ασχολίες καθώς και από την εργασία τους. Επίσης δεν θα πρέπει να αποκλείσουν τη ψυχαγωγία αλλά να προσπαθήσουν να ακολουθήσουν το συνηθισμένο ρυθμό της ζωής τους.
9. Αφού η κοινωνία δύσκολα αποδέχεται την ιδέα του θανάτου, πρέπει λοιπόν η Ελληνική κοινωνία να διαφωτιστεί και να ευαισθητοποιηθεί σχετικά με τη σοβαρή ασθένεια, που μπορεί να οδηγήσει έναν ασθενή

στο θάνατο, με στόχο την εξοικείωση της. Αυτό βέβαια είναι καθήκον της πολιτείας και της κοινωνικής πολιτικής που ασκεί. Μια καλή αρχή μπορεί να γίνει από τα Μ.Μ.Ε όπου θα ενθαρρύνονται και θα προωθούνται συζητήσεις και διάλογοι γύρω από το θέμα της σοβαρής ασθένειας και του θανάτου.

10. Ένα άλλο θέμα που πρέπει να απασχολήσει την πολιτεία και να πάρει μέτρα, είναι η εξειδίκευση των κοινωνικών λειτουργών, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων. Υπαγορεύεται η ανάγκη για παραπέρα εκπαίδευση και εξειδίκευση γύρω από τα θέματα της κλινικής πραγματικότητας και ειδικότερα της υποστήριξης των σοβαρά ασθενών και των οικογενειών τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασοπούλου Παναγιώτα, Οικονόμου Μιχαήλ, Ρίζος Μιχαήλ (2002), Νοσολογία, Αθήνα, Εκδόσεις Διδακτικών βιβλίων.

Ασήμης Παγκάλτσος (2002), Στοιχεία παθολογίας, Αθήνα, Εκδόσεις Δημοπούλου.

Α. Σαχίνη- Καρδάση (2004), Μεθοδολογία Έρευνας, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα medical arts.

Βίλχεμ Ράιχ (1990), Το ένστικτο του θανάτου, Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη.

Carl Simonton, M.D Stephanie Matthews- Simonton, James L. Greighton (1988), Γίνε ξανά καλά, Μεταφρ. Λύσανδρος Μυγιάκης, Αθήνα, Εκδόσεις Ιαμβλίχος.

Carl Zimmer (2007), Αναφέρεται σε άρθρο στο περιοδικό Scientific American, Τεύχος Μαρτίου, με τίτλο ``Καρκίνος και εξέλιξη``.

Claude Javeau (2000), Η έρευνα με ερωτηματολόγιο, Μεταφρ. Κατερίνα Τζαννόνε- Τζώρτζη, Αθήνα, Εκδόσεις Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδάνος.

Cyril Scott, Καρκίνος μερικά ενθαρρυντικά γεγονότα για την πρόληψη του, Μεταφρ. Γ. Κυπραίος, Αθήνα, Εκδόσεις Δίοπτρα.

Δημήτριος Γ. Μαγρίπλης (2001), Αναφέρεται σε άρθρο στο περιοδικό κοινωνική Εργασία, Τεύχος 64, με τίτλο ``Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις του θανάτου και της ζωής``.

Δ. Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος (1999), Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Ελευθερία Αθανάτου (2002), Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική, Αθήνα, Εκδόσεις Διδακτικών βιβλίων.

Elizabeth Kubler- Ross (1979α), Αυτός που πεθαίνει, Μεταφρ. Δρ. Κων/νος Μιχαηλίδης, Αθήνα, Εκδόσεις Ταμασός.

Elizabeth Kubler- Ross (1979β), Γι αυτόν που πεθαίνει, Μεταφρ. Φρ. Π. Βράχα, Αθήνα, Εκδόσεις Ταμασός

Elisabeth Kubler- Ross (1994), Για τη ζωή μετά το θάνατο, Μεταφρ. Αθηνά Ντουγρά, Αθήνα, Εκδόσεις Δίοδος.

Elizabeth Kubler- Ross (2001), Θάνατος μια αλλαγή ζωτικής σημασίας, Μεταφρ. Γιάννης Καρράς, Αθήνα, Εκδόσεις Έσοπτρον.

Elizabeth Kubler- Ross (1988), Θάνατος το τελικό στάδιο της εξέλιξης, Μεταφρ. Φρίξος Βράχας, Αθήνα, Εκδόσεις Δίοδος.

Elisabeth Kubler- Ross, David Kessler (2002), Μαθήματα ζωής, Μεταφρ. Στέλιος Μεταξάς, Αθήνα, Εκδόσεις Europubli.

Elizabeth Kubler- Ross (1988), Ο τροχός της ζωής, Μεταφρ. Σοφία Ανδρεοπούλου, Αθήνα, Εκδόσεις Δίοδος.

Elisabeth Kubler- Ross (2004), Το φως της ζωής, Μεταφρ. Στέλιος Μεταξάς, Αθήνα, Εκδόσεις Europubli.

Ζινετ Ραιμπό (1978), το παιδί και ο θάνατος, Μεταφρ. Μίνα Μπούρα, Αθήνα, Εκδόσεις Κέδρος.

Gary Stix (2007), Αναφέρεται σε άρθρο στο περιοδικό Scientific American, Τεύχος Δεκεμβρίου, με τίτλο `` Μια κακοήθης φλόγα``.

Irvin D. Yalom (2001), Όταν έκλαψε ο Νίτσε, Μεταφρ. Ευαγγελία Ανδριτσάνου, Γιάννης Ζέρβας, Αθήνα, Εκδόσεις Άργα.

Keith Howard, John A. Sharp (2001), Η επιστημονική μελέτη, Μεταφρ. Βασιλική Π. Νταλάκου, Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg.

Κωνσταντίνος Β. Ανδριώτης (2003), Ποσοτική έρευνα και ανάλυση δεδομένων με τη χρήση του spss 11.5, Αθήνα, Εκδόσεις Κλειδάριθμος.

Λόρενς Λεσάν (1999), Μπορείς ν' αγωνιστείς για τη ζωή σου, Μεταφρ. Εύη Νάντσου, Αθήνα, Εκδόσεις Θυμάρι.

Louise L. Hay (2007), Η δύναμη είναι μέσα σου, Μεταφρ. Μαργαρίτα Κωστοπούλου, Αθήνα, Εκδόσεις Η δυναμική της επιτυχίας.

Marie de Hennezel (2007), Ο μύχιος θάνατος, Μεταφρ. Άννα Αβαράκη, Δανιήλ Σαπιρώφ, Αθήνα, Εκδόσεις Koan- Synergie.

Michael F. Clarke, Michael W. Becker (2006), Αναφέρεται σε άρθρο στο περιοδικό Scientific American, Τεύχος Οκτωβρίου, με τίτλο ``Αρχέγονα κύτταρα: οι πραγματικοί ένοχοι για τον καρκίνο``.

Michel Vonolle (2000), Ο θάνατος και η Δύση, Μεταφρ. Κώστας Κουρεμένος, Αθήνα, Εκδόσεις Νεφέλη.

Περσεφόνη Μήττα (2003), Το ταξίδι του καρκίνου, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Σύλλογος Καρκινοπαθών Μακεδονίας- Θράκης.

Francis S. Collins, Anna D. Barker (2007), Αναφέρεται σε άρθρο στο περιοδικό Scientific American, Τεύχος Μαΐου, με τίτλο `` Ο γωνιδιακός χάρτης του καρκίνου``.

Φρανσουάζ Ντολτό (2000), Μιλώντας για το θάνατο, Μεταφρ. Ελισάβετ Κούκη, Αθήνα, Εκδόσεις Πατάκη.

INTERNET

www.olafree.com/health/article

www.eurocharity.org

www.ongology.gr

www.gyn.gr

www.hpv-info.gr

www.i-m-attikis.gr

www.greeknewsonline.com

www.roche.gr

www.iatronet.gr

www.tovima.dolnet

www.inhealth.gr

www.cancercouncil.com

www.iatronet.gr

www.hygeia.gr

www.mednet.gr

www.mastology.gr

www.incutopics

www.bococ.org.cy

www.prychology.com

www.archive.gr

www.focusmag.gr

www.imeranews.gr

www.dspace.lib

www.medicare.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Το ερωτηματολόγιο που επισυνάπτεται έχει σκοπό τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με το ρόλο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού κατά την φροντίδα των καρκινοπαθών.

Οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν για την εκπόνηση πτυχιακής εργασίας. Σας παρακαλώ να συμμετάσχετε στην έρευνα συμπληρώνοντας αυτό το ερωτηματολόγιο το οποίο είναι ανώνυμο και αυστηρά απόρρητο.

Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι για τη συμπλήρωση του θα χρειαστούν 10-15 λεπτά από το χρόνο σας. Όταν το συμπληρώσετε τοποθετήστε το μέσα στο φάκελο και έπειτα σε όποια θέση θέλετε ανάμεσα στ' άλλα, ώστε να διασφαλιστεί η ανωνυμία.

Η συνεργασία σας στην απάντηση του ερωτηματολογίου θα συνεισφέρει στην περαιτέρω γνώση για τη φροντίδα των καρκινοπαθών.

**Σας ευχαριστώ πολύ
για τη συνεργασία.**

**Με εκτίμηση,
Τσουρού -Μπουγιούκα Ιωάννα
Φοιτήτρια τμήματος Κοινωνικής εργασίας Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας.**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α' ΜΕΡΟΣ

1. ΦΥΛΟ

α. Άρρεν

β. Θήλυ

2. ΗΛΙΚΙΑ

α. 25- 35

β. 45- 55

γ. 35- 45

δ. 55 και άνω

3. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (Περιοχή)

.....

4. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΣΑΣ;

α. Ιατρός

β. Νοσηλεύτης/ τρία

γ. Ψυχολόγος

δ. Κοινωνικός /ή λειτουργός

5. ΠΟΥ ΣΠΟΥΔΑΣΑΤΕ;

α. Στο εξωτερικό

β. Στην Ελλάδα

γ. Και στα δύο

6. ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ;

α. Ναι

β. Όχι

7. ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (ΕΤΗ);

α. 0- 5

β. 5- 10

γ. 10- 15

δ. 15 και άνω

Β' ΜΕΡΟΣ

8. **ΤΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΒΙΩΝΕΤΕ ΔΟΥΛΕΥΟΝΤΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ;**

α. Αγωνίας β. Λύπης

γ. Φόβου δ. Οίκτου

ε. Κάτι άλλο

9.Α. **ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ, ΣΥΜΒΑΛΛΕΤΕ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΤΟΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ;**

α. Ναι β. Όχι

B. **ΑΝ, ΝΑΙ ΜΕ ΠΟΙΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ;(επιλέξτε παραπάνω από ένα).**

α. Συζητώντας μαζί του, τους προσωπικούς του φόβους.

β. Λέγοντας του ότι θα είστε δίπλα του για ότι χρειαστεί.

γ. Ενθαρρύνοντας τον να έχει θετική σκέψη.

δ. Βεβαιώνοντας τον ότι η θεραπεία είναι η καλύτερη και αποτελεσματικότερη που υπάρχει για την ασθένεια και τον πόνο.

ε. Ενθαρρύνοντας τον να είναι μαχητής.

στ. Βοηθώντας τον να αναπολήσει τις καλές στιγμές και τα επιτεύγματα του στην οικογένεια, τις σπουδές, την εργασία και στην αντιμετώπιση δυσκολιών γενικότερα.

ζ. Κάτι άλλο.....

10.A. **ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ;**

α. Ναι β. Όχι

B. **ΑΝ, ΝΑΙ ΠΟΙΟΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΝΑΛΑΒΕΙ ΑΥΤΟΝ ΤΟ ΡΟΛΟ;**

α. Ο θεράπων ιατρός β. Ο/ η ψυχολόγος

γ. Οι συγγενείς δ. Ο/ η κοινωνικός/ ή λειτουργός

Γ. **ΠΟΤΕ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΕΧΘΕΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ;**

α. Από τη στιγμή της διάγνωσης της ασθένειας.

β. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

γ. Όταν δεν υπάρχουν πια ελπίδες βελτίωσης της κατάστασης του ασθενή.

11.A. **ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΑΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΤΕ ΚΑΘΕ ΦΟΡΑ;**

α. Ναι β. Όχι

B. **ΑΝ, ΝΑΙ ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΑΙΖΟΥΝ ΡΟΛΟ;**

α. Η ηλικία του ασθενή.

β. Το φύλο του ασθενή.

γ. Η κατάσταση της υγείας του ασθενή.

δ. Κάτι άλλο

12.A. **ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ;**

α. Ναι β. Όχι

B. **ΑΝ, ΝΑΙ ΤΙ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΜΑΖΙ ΤΟΥΣ;**

- α. Την ενημέρωση τους για την πορεία του ασθενή.
- β. Την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή.
- γ. Την καθοδήγηση τους για τη φροντίδα του ασθενή.
- δ. Την ψυχολογική υποστήριξη των ίδιων.

13.A. **ΕΧΟΥΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΘΕΙ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Ή ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΟΜΑΔΙΚΗ ΔΟΥΛΕΙΑ;**

- α. Ναι β. Όχι

B. **ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΘΑ ΗΤΑΝ ΧΡΗΣΙΜΟ ΝΑ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΤΕΤΟΙΕΣ ΟΜΑΔΕΣ.**

- α. Ναι β. Όχι

14.A. **ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗΝ ΑΛΛΗΛΟΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ;**

- α. Ναι β. Όχι

B. **ΑΝ, ΝΑΙ ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ;**

- α. Καθημερινά.
- β. Σχεδόν κάθε μέρα.
- γ. Μια φορά τη βδομάδα.
- δ. Μια φορά το μήνα.

Γ. **ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΣΑΣ;**

- α. Ναι β. Όχι

Δ. ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΥΖΗΤΑΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ;

α. Ναι β. Όχι

Ε. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΜΙΑ ΠΕΤΥΧΗΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;

α. Ναι β. Όχι

15. ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΟΥ ΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΣΤΑΔΙΟ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΧΕΙ ΚΑΝΕΙ ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ;

α. Ναι β. Όχι

16.Α. ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΜΕ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΦΥΓΟΥΝ ΣΥΝΤΟΜΑ ΑΠΟ ΤΗ ΖΩΗ;

α. Δύσκολη

β. Ψυχοφθόρα

γ. Απαιτητική

δ. Κάτι άλλο.....

Β. ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΟΥ ΔΟΥΛΕΥΟΥΝ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΕΤΟΙΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ);

α. Ναι β. Όχι

17. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΠΟΥ ΝΑ ΠΑΡΕΧΟΥΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ Ή ΣΤΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΤΟΥΣ;

α. Ναι β. Όχι

18. Ο ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΙΝΔΥΝΕΥΕΙ ΝΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ;

α. Ναι β. Όχι

19. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΣΑΣ ΞΕΚΟΥΡΑΖΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ;

.....
.....

20. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ (σχετικά με την αντιμετώπιση του ασθενή που βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο)

- α.
- β.
- γ.