

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ: Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

Τσιρμενλή Χρυσούλα

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

κ. Δημοπούλου Αγγελική

Πάτρα, 2005

**Στους γονείς μου,
που με βοήθησαν και με στήριξαν
καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8

ΜΕΡΟΣ Α΄

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Βιβλιογραφική ανασκόπηση του καρκίνου

1.1) Ορισμός του καρκίνου.....	12
1.2) Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου.....	14
1.3) Αιτιολογία.....	15
1.4) Διάγνωση.....	17
1.5) Κλινική συμπτωματολογία.....	19
1.6) Θεραπεία.....	19

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Καρκίνος και ψυχολογικοί παράγοντες

2.1) Προδιαθεσικοί ψυχολογικοί παράγοντες αρρώστου με καρκίνο.....	23
2.2) Αιτιολογική σχέση καρκίνου και ψυχολογικών παραγόντων.....	24

ΜΕΡΟΣ Β΄

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Καρκίνος και ψυχολογία ασθενούς

- 3.1) Ψυχολογικά προβλήματα ασθενούς με καρκίνο..... 29
- 3.2) Ψυχολογικά προβλήματα καρκινοπαθούς
σχετιζόμενα με τη θεραπεία..... 32
- 3.3) Η θεωρία των 5 σταδίων ψυχολογικής αντίδρασης
καρκινοπαθούς, σύμφωνα με την Kubler- Ross..... 33
- 3.4) Τα στάδια ψυχοκοινωνικής προσαρμογής
ασθενούς με καρκίνο, σύμφωνα με τη Weissman..... 37

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Πληροφόρηση ασθενούς και τα «πιστεύω» της κοινωνίας για τον καρκίνο

- 4.1) Πρέπει ο ασθενής με καρκίνο να γνωρίζει
τη διάγνωση της ασθένειάς του;..... 41
- 4.2) Τα αρνητικά κοινωνικά «πιστεύω» για τον καρκίνο
και τα αποτελέσματά τους..... 43

ΜΕΡΟΣ Γ΄

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Ψυχολογική υποστήριξη καρκινοπαθούς

- 5.1) Βασικές αρχές ψυχολογικής αντιμετώπισης
ασθενούς με καρκίνο..... 49
- 5.2) Νοσηλευτική προσέγγιση και υποστήριξη
ασθενούς με καρκίνο- Προσόντα Νοσηλευτή Ογκολογίας..... 50
- 5.3) Ψυχολογικές Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις..... 51
- 5.4) Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια των 5 σταδίων

τα οποία βιώνει ο ασθενής, σύμφωνα με την Kubler-Ross.....	56
5.5) Ψυχονευροανοσολογία- Ψυχοδυναμικές Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις για άτομα με καρκίνο.....	57
5.6) Νοσηλευτική Φροντίδα καρκινοπαθούς Τελικού Σταδίου.....	60

ΜΕΡΟΣ Δ΄

6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Κοινωνική Νοσηλευτική και ο ρόλος του κοινοτικού Νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου

6.1) Τι είναι Κοινωνική Νοσηλευτική- Νοσηλεία στο σπίτι.....	67
6.2) Οι σκοποί της Νοσηλείας στο σπίτι.....	67
6.3) Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή στην πρόληψη ψυχικών διαταραχών του καρκινοπαθούς	68

ΜΕΡΟΣ Ε΄

7^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Η Νοσηλευτική διεργασία στη φροντίδα της ψυχικής υγείας ασθενούς με καρκίνο στο νοσοκομείο

7.1) Τι είναι Νοσηλευτική Διεργασία.....	73
7.2) Στάδια και χαρακτηριστικά Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	73
7.3) Ψυχολογική Νοσηλευτική φροντίδα καρκινοπαθούς εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	74

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ..... 76

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ..... 78

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Καθημερινά όλοι μας βρισκόμαστε αντιμέτωποι με το πρόβλημα **καρκίνος**. Παρά τις πολυεπίπεδες προσπάθειες που γίνονται σε παγκόσμια κλίμακα, ο καρκίνος παραμένει ένα τεράστιο πρόβλημα υγείας. Τα τελευταία χρόνια η αύξηση της συχνότητας του καρκίνου σε συνδυασμό με τη μεγαλύτερη ικανότητα για πιο έγκαιρη διάγνωση και πιο αποτελεσματική θεραπεία έχουν προσδώσει μια τελείως διαφορετική διάσταση στην ογκολογία. Σήμερα, δεν υπάρχει η **άγνοια** που υπήρχε παλαιότερα για τον καρκίνο. Οι περισσότεροι άνθρωποι γνωρίζουν για τον καρκίνο, για τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης και την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας. Αυτό που εξακολουθεί να υπάρχει είναι ο **φόβος**. Δεν υπάρχει αρρώστια που να προκαλεί τόσο οδυνηρούς συνειρμούς όσο ο καρκίνος. Συνήθως αποφεύγουμε και να τον κατονομάσουμε. Στα νοσοκομεία δεν ακούει κανείς τη λέξη καρκίνος, παρά μόνο Ca, ενώ ο απλός κόσμος τον ονομάζει «το κακό», «η κακιά αρρώστια», «η επάρατος νόσος». 28

Ο καρκίνος, στη συλλογική συνείδηση, έχει από αιώνες υπάρξει ένα σύμβολο θανάτου. Παρότι η δυνατότητα θεραπείας και η πρόγνωση είναι σήμερα σημαντικά βελτιωμένες, μια διάγνωση νεοπλασματος για το άτομο ενδέχεται να λειτουργήσει ως προ-αναγγελία αργού- οδυνηρού θανάτου και παραμόρφωσης (Dobleault et al,1999). Το φαινόμενο αυτό ενδιαφέρει τη **Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας** στο βαθμό που τα άτομα με καρκίνο υφίστανται μια σημαντική **ψυχολογική καταπόνηση** που επηρεάζει σε άλλοτε άλλο βαθμό την ποιότητα ζωής τους, την ικανότητά τους για αυτοφροντίδα, την ανοχή των θεραπευτικών διαδικασιών και των παρενεργειών τους και την ικανότητα για λήψη αποφάσεων.22

Μια διάγνωση καρκίνου λοιπόν, είναι δυνατό να δημιουργήσει στο άτομο πληθώρα ψυχολογικών προβλημάτων, που μπορεί να προέρχονται τόσο από την ίδια την ασθένεια, όσο και από το φόβο που υπάρχει γι' αυτή, αλλά ακόμα μπορεί να πηγάζει και από τη μέθοδο θεραπείας που θα ακολουθηθεί για το κάθε άτομο.

Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας σαν επιστήμη έχει σπουδαίο ρόλο και υψηλή αποστολή στη φροντίδα των σωματικά πασχόντων αρρώστων με ψυχολογικά προβλήματα. Η ολιστική νοσηλευτική αντλεί την **ολιστική φιλοσοφική σκέψη** από την αρχαία ελληνική φιλοσοφία και από τον Χριστιανισμό. Βλέπει τον άνθρωπο υγιή ή άρρωστο είτε σωματικά είτε ψυχικά, ως

βιοψυχοκοινωνική και πνευματική αδιαίρετη ύπαρξη, που χρειάζεται ολιστική προσέγγιση και φροντίδα της υγείας του. Η προσφορά στον ασθενή, τονίζει ο καθηγητής Μερίκας, είναι ελλιπής αν περιορίζεται μόνο στη σωματική ασθένεια και δεν αντιμετωπίζει και το ψυχικό στοιχείο, που άλλοτε έχει αιτιολογικό ρόλο για τη νόσο και άλλοτε πλαισιώνει τη σωματική πάθηση. Έτσι το επιστημονικό φιλοσοφικό «πιστεύω» του επιστήμονα υγείας, νοσηλευτή, γιατρού και άλλων, εδραιώνεται πάνω στο βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο που έχει στο κέντρο του το **πρόσωπο, τον άνθρωπο**.¹⁸

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της Πτυχιακής εργασίας μου είναι να τονίσει το πόσο σημαντική είναι η Νοσηλευτική παρουσία στον ασθενή με καρκίνο. Να καταγράψει ότι μια χρόνια ασθένεια δεν έχει μόνο σωματικά συμπτώματα για τον ασθενή, αλλά και ψυχολογικά, τα οποία επηρεάζουν την έκβαση της ασθένειας και τέλος να τονίσει ότι ο άνθρωπος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ολότητα με σωματικές και ψυχικές ανάγκες.

Στο **πρώτο μέρος** της εργασίας, καταγράφονται στοιχεία **γενικά για τον καρκίνο**, την επιδημιολογία του, τη διάγνωση, τη θεραπεία. Επίσης, αναφέρονται και οι ψυχολογικοί παράγοντες που μπορεί να είναι προδιαθεσικοί για την γένεση του καρκίνου.

Στο **δεύτερο μέρος**, καταγράφονται τα **ψυχολογικά προβλήματα** που μπορεί να αντιμετωπίζει ένας καρκινοπαθής και τα ψυχολογικά στάδια από τα οποία διέρχεται κατά την εξέλιξη της αρρώστιας του.

Το **τρίτο μέρος** είναι αφιερωμένο στην **Ψυχολογική Νοσηλευτική υποστήριξη** και φροντίδα του καρκινοπαθούς. Καταγράφονται νοσηλευτικές παρεμβάσεις τις οποίες θα πρέπει πάντοτε να ακολουθεί ο νοσηλευτής ογκολογίας για να οδηγήσει τον άρρωστο στην ανάκτηση της ψυχικής του υγείας.

Το **τέταρτο μέρος** αναφέρεται στο **ρόλο του Κοινοτικού Νοσηλευτή** στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών που υφίστανται οι ασθενείς με καρκίνο.

Το **πέμπτο μέρος** αποτελεί η **νοσηλευτική διεργασία** και η εφαρμογή της μεθόδου της σε ασθενή με καρκίνο.

Ολόκληρη η εργασία είναι ένας οδηγός για όλους μας, όχι μόνο για τους νοσηλευτές και τους άλλους επιστήμονες υγείας, αλλά για οποιονδήποτε ασχολείται με καρκινοπαθείς και επιθυμεί να γνωρίσει την ψυχολογία τους και τον τρόπο με τον οποίο θα τους προσεγγίσει.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Δημοπούλου Αγγελική, Υπεύθυνη Καθηγήτρια της εργασίας μου για την προσφορά της και την καθοδήγηση που μου επέδειξε, ως προς την ολοκλήρωση της Πτυχιακής.

ΜΕΡΟΣ Α'

1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

- 1.1) Ορισμός Καρκίνου- Γενικά για τον καρκίνο
- 1.2) Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά καρκίνου
- 1.3) Αιτιολογία
- 1.4) Διάγνωση καρκίνου
- 1.5) Κλινική συμπτωματολογία
- 1.6) Θεραπεία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο κεφάλαιο αυτό θα κάνουμε μια μικρή αναφορά για τον καρκίνο γενικά, δηλαδή τι είναι ο καρκίνος ποιες είναι οι αιτίες που τον προκαλούν, πώς γίνεται η διάγνωση του καρκίνου. Επίσης, θα αναφέρουμε τα κλινικά συμπτώματα του καρκίνου, τη θεραπεία του, καθώς και την πρόγνωση του καρκίνου. Όλα αυτά είναι στοιχεία γενικά, όμως τόσο απαραίτητα που θα μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε τα ψυχολογικά προβλήματα που μπορεί να παρουσιάσει ένας ασθενής που πάσχει από τη νόσο αυτή.

1.1) ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ- ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο Καρκίνος, όπως γνωρίζουμε όλοι μας είναι περισσότερο γνωστός σαν επάρατος -έξω από δω- ή ξορκισμένο παρά σαν μια «χρόνια νόσος» όπως τη γνωρίζει η ιατρική επιστήμη. Η διαφοροποίηση αυτή σε σχέση με τις άλλες αρρώστιες δεν οφείλεται μόνο στο γεγονός ότι είναι αρρώστια ταυτισμένη με το θάνατο, αλλά κυρίως γιατί είναι άρρηκτα δεμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο. Αντιπροσωπεύοντας στην κοινή γνώμη, το αναπόφευκτο του θανάτου, μοιραίο είναι να συνδέεται με έννοιες απελπισίας, μοναξιάς και εγκατάλειψης. 3

Ένας όγκος είναι ένας καρκίνος, ένα μόρφωμα, μια εξεργασία ένα νεόπλασμα, ένα εξόγκωμα, μια σαρκωμάτωση, ένα πρήξιμο ή και τόσες άλλες έννοιες κι εκφράσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί με άνεση, με πειθώ και πραγματικά αληθινά.⁶ Σοβαρότατη και θανατηφόρα πάθηση κάθε ζωντανού οργανισμού, η οποία χαρακτηρίζεται από άσκοπο και αχαλίνωτο πολλαπλασιασμό ενός ή περισσότερων κυττάρων του, τα οποία ξεφεύγουν από την κανονική τους λειτουργία με κατάληξη την καταστροφή τη δική τους και των ιόντων του οργανισμού. Ο χαρακτηρισμός του καρκίνου ως όγκου δεν είναι σωστός, για το λόγο ότι πολλά είδη καρκίνου δεν σχηματίζουν όγκους. Ο πιο σωστός και επικρατέστερος χαρακτηρισμός του καρκίνου (ή του νεοπλασματος) είναι ότι προκαλεί έναν υπέρμετρο και άσκοπο πολλαπλασιασμό των κυττάρων ενός οργανισμού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να σχηματιστεί μια μάζα ιστού, η οποία δεν έχει καμιά αρμονικότητα στην κατασκευή και την αύξηση με τους άλλους φυσιολογικούς ιστούς του οργανισμού. Τα κύτταρα της μάζας αυτής τελικά καταστρέφονται με αποτέλεσμα το θάνατο του οργανισμού. 5, 6

Δηλαδή, ο καρκίνος είναι μια λανθασμένη φυσιολογική διαδικασία. Τι συμβαίνει όμως και μια φυσιολογική λειτουργία παρεκκλίνει και δημιουργεί συνθήκες για μια τόσο φοβερή ασθένεια?

Τα χρωμοσώματά μας, δομικό συστατικό των κυττάρων μας περιέχουν ΜΗΝΥΜΑΤΑ που καθορίζουν την ανάπτυξη, λειτουργία και συμπεριφορά των οργάνων μας. Σε κυτταρικό επίπεδο, κάθε φορά που το κύτταρο διαιρείται, αυτοαναπαράγονται και τα χρωμοσώματα. Στην πορεία της κυτταρικής διαίρεσης ΚΑΤΙ μπορεί να λειτουργήσει ΛΑΘΟΣ και να αλλάξει το δρόμο. Μια τέτοια ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ αλλάζει και τα γονίδια ένα ή περισσότερα.

Ο καρκίνος είναι μια αθροιστική διαδικασία που εξαρτάται από το:

- 1) ΠΟΙΟΣ ΕΙΣΑΙ (γενετικό υλικό)
- 2) ΠΩΣ ΖΕΙΣ(συνήθειες, διατροφή, κάπνισμα)
- 3)ΠΟΥ ΖΕΙΣ(περιβαλλοντική και επαγγελματική έκθεση σε

καρκινογόνους παράγοντες).

Ο καρκίνος είναι δυνατό να προσβάλλει κάθε είδους οργανισμού, τόσο ζωικού όσο και φυτικού. Η ομάδα των κυττάρων που προσβάλλεται υφίσταται μια αλλαγή τόσο στην κατασκευή όσο και στις ιδιότητες των κυττάρων, τα οποία λέμε ότι έχουν υποστεί εξαλλαγή. Υπάρχουν διάφορες βαθμίδες της εξαλλαγής των κυττάρων, ανάλογα με την βαρύτητα των βλαβών που έχουν υποστεί.

Με βάση λοιπόν το βαθμό της εξαλλαγής των κυττάρων, δημιουργείται μια κλίμακα, στο ένα άκρο της οποίας η εξαλλαγή είναι εντελώς ελαφριά και καλοήθης και στο άλλο εξαιρετικά βαριά και κακοήθης. Έτσι σε γενικές γραμμές μπορούμε να κατατάξουμε τα νεοπλάσματα σε καλοήθη και κακοήθη με πολλές ενδιάμεσες διαβαθμίσεις.

Στην πράξη ωστόσο δεν είναι εντελώς ασφαλής και δυνατός ο τέλειος διαχωρισμός στις δύο αυτές κατηγορίες γιατί ένα καλοήθες νεόπλασμα είναι δυνατό, με διάφορες συνθήκες και προϋποθέσεις, να γίνει κακοήθεις (καρκίνος) να ξεκινήσει από μια καλοήθη εξαλλαγή, η οποία μεθοδικά να μετατραπεί σε κακοήθη. Υπάρχει δηλαδή μια μεγάλη ποικιλία στην όλη εξέλιξη ενός νεοπλάσματος και εφόσον μιλάμε για καρκίνο, ξεκινάει με καλοήθη εξαλλαγή η οποία συνέχεια γίνεται και περισσότερο κακοήθης. Τελικά απλώνεται τόσο στους γύρω ιστούς, όσο και σε απομακρυσμένα όργανα με μετάσταση. Λέμε **μετάσταση** την είσοδο των νεοπλασματικών κυττάρων είτε στην λεμφική κυκλοφορία, είτε στην αιματική και την μεταφορά τους αντίστοιχα στους λεμφαδένες ή σε διάφορα όργανα του σώματος. Εκεί τα νεοπλασματικά κύτταρα σχηματίζουν νέες αποικίες, οι οποίες αναπτύσσονται συνέχεια και είναι δυνατό, με τη σειρά τους να απλωθούν ξανά κ.ο.κ. Τελικά επέρχεται καταστροφή των οργάνων αυτών με αντίκτυπο στην όλη κατάσταση του οργανισμού, ο οποίος στο τέλος είναι αδύνατο να επιζήσει και πεθαίνει. 15, 28

1.2) ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ:

Από βιοστατιστικά στοιχεία μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η συχνότητα του καρκίνου παγκόσμια αυξάνει σταθερά τα τελευταία χρόνια. Η αύξηση είναι συνάρτηση των πιο κάτω τριών παραγόντων και γεγονότων, με διαφορετική βαρύτητα το καθένα:

1. Νεοφανείς, εξωγενείς, περιβαλλοντικοί καρκινογόνοι παράγοντες.
2. Αύξηση του μέσου όρου ζωής του ανθρώπου, με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού ατόμων ηλικίας πάνω από 60-65 χρόνων, ηλικία στην οποία παρουσιάζουν μεγάλη συχνότητα κυρίως τα νεοπλάσματα.
3. Διάγνωση διαφόρων μορφών καρκίνου που στο παρελθόν, από αδυναμία διάγνωσης, καταχωρούνταν σε άλλες ομάδες παθήσεων ή παρέμεναν αδιάγνωστες.

Φαίνεται πως η αύξηση αυτή του καρκίνου αφορά περισσότερο τον άνδρα. Υπάρχουν ενδείξεις πως στις χώρες με άρτια υγειονομική σημειώνεται σταθερότητα στη συχνότητα του καρκίνου και στις γυναίκες. Το θέμα αυτό μελετάται.

Οι βασικοί επιδημιολογικοί χαρακτήρες του καρκίνου, που ισχύουν γενικά σε όλους τους πληθυσμούς, είναι:

1. Η δημογραφική μεταβλητότητα της ολικής συχνότητας.
2. Η συχνότητα των διαφόρων εντοπίσεων διαφέρει,
 - Από χώρα σε χώρα
 - Στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες
 - Ως προς το φύλο και την ηλικία
 - Στα διάφορα επαγγέλματα
 - Ανάλογα με τις ατομικές συνήθειες
 - Ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική θέση

(Κουτσογιαννόπουλος 1984)

Στον πίνακα 1 φαίνονται οι πιθανότητες που έχει το κάθε άτομο ενός πληθυσμού στη διάρκεια της ζωής του να παρουσιάσει καρκίνο σε κάποιο όργανο. Τα στοιχεία αφορούν τον αγγλικό πληθυσμό και χρησιμοποιήθηκαν από έλλειψη ανάλογων ελληνικών στοιχείων. ¹⁶

Πίνακας 1. Πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου

Άνδρες		Γυναίκες	
Εντόπιση	Πιθανότητα	Εντόπιση	Πιθανότητα
Πνεύμονες	1 στους 15	Μαστός	1 στις 20
Δέρμα	1 στους 39	Δέρμα	1 στις 49
Στομάχι	1 στους 43	Παχύ έντερο	1 στις 56
Προστάτης	1 στους 57	Στομάχι	1 στις 67
Ορθό	1 στους 71	Τράχηλος μήτρας	1 στις 80
Παχύ έντερο	1 στους 74	Ωοθήκες	1 στις 90
Ουροδόχος κύστη	1 στους 83	Σώμα μήτρας	1 στις 98
Πάγκρεας	1 στους 155	Ορθό	1 στις 100
Λευχαιμία	1 στους 211	Πνεύμονες	1 στις 102
Όρχεις	1 στους 632	Πάγκρεας	1 στις 196
		Ουροδόχος κύστη	1 στις 250
		Λευχαιμία	1 στις 255
Όλες	1 στους 4	Όλες	1 στις 5

1.3) ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ:

Από την αρχή του αιώνα μας, η ερευνητική προσπάθεια για την ανεύρεση της αιτιολογίας του καρκίνου γενικά, αλλά ειδικότερα για την πρόκληση των εντοπίσεων του όχι μόνο στον άνθρωπο αλλά και στο ζωικό και το φυτικό βασίλειο, άρχισε να πολλαπλασιάζεται. Στον άνθρωπο, ξεχώρισαν αμέσως οι δύο βασικοί παράγοντες πρόκλησης του καρκίνου: τα εξωγενή αίτια και τα ενδογενή.

1)Εξωγενή αίτια: Από νωρίς έγινε γνωστή η καρκινογόνα ιδιότητα διαφόρων ακτινοβολιών. Οι ίδιοι οι ακτινολόγοι υπήρξαν τα πρώτα θύματα των ακτινών Ράντγκεν, γιατί εκτεθειμένοι για μεγάλο διάστημα σ' αυτές πάθαιναν καρκίνο του πνεύμονα, αποδείχτηκε ότι το πάθαιναν κατόπιν μακροχρόνιας εισπνοής της ραδιενεργής σκόνης του κοβαλτίου. Το ίδιο καρκινογόνα αποδείχτηκε η μακροχρόνια χρήση φωσφοριζόντων χρωμάτων στους εργάτες, οι οποίοι εμφανίζουν καρκίνο των οστών. Εξίσου καρκινογόνες θεωρούνται η σκόνη φθορίου (καρκίνο της ρινικής κοιλότητας), οι υπεριώδεις ακτίνες (καρκίνο του δέρματος), η υψηλή θερμοκρασία.

Είναι τα εξωτερικής προελεύσεως αίτια. Αυτά διακρίνονται :

α) Σε φυσικά αίτια.

β) Μηχανικά αίτια : Η ανάπτυξη του καρκίνου σε παλιές ουλές από εγκαύματα ή σε πληγές που υπάρχουν για χρόνια και δεν επούλωνονται, δεν έχουν εξηγηθεί εντελώς.

γ) Χημικά αίτια : Εδώ υπάγονται οι επαγγελματικοί καρκίνοι, οι οποίοι προκαλούνται σε εργάτες ασχολούμενους με προϊόντα αποστάξεως λιθανθράκων ή ορυκτών ελαίων, όπως είναι η άσφαλτος, η πίσσα, τα πετρέλαια, το παραφινέλαιο, τα ορυκτά αέρια και τα προϊόντα τους. Όλα αυτά τα χημικά προϊόντα προκαλούν καρκίνο του δέρματος, πάντα βέβαια με την προϋπόθεση του μακροχρόνιου ερεθισμού.

Αναφορικά με τον καρκίνο των πνευμόνων έχει γίνει μεγάλη συζήτηση για το πόσο ευθύνεται το κάπνισμα στην πρόκλησή του. Συμπερασματικά τα προϊόντα καύσεως του καπνού αναπτύσσουν καρκινογόνες ουσίες, όπως είναι το βενζοπυρένιο, το βενζαθρακένιο, η πίσσα. Καρκίνος των πνευμόνων προκαλείται επίσης στους εργάτες που εισπνέουν χρώμιο, νικέλιο, ασβέστιο, καθώς και στους εργάτες των εργοστασίων παραγωγής ηλεκτρικών λαμπτήρων, όπου καρκινογόνες ουσίες είναι το οξειδίο του βηρυλλίου.

δ) Αίτια παρασιτικά: Διάφορα παράσιτα των ζώντων οργανισμών, έχει αποδειχθεί ότι αιτίες καρκίνου. Στην Αίγυπτο το 40% των καρκίνων εντοπίζεται στην ουροδόχο κύστη. Έχει συσχετισθεί με το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι στα στάσιμα νερά των φυτειών του Νείλου παρουσιάζουν σε μεγάλη συχνότητα καρκίνο της ουροδόχου κύστεως. Είναι γνωστό ότι στα νερά αυτά αφθονεί ένα παράσιτο του ανθρώπου, το σχιστόσωμα το αιματόβιο.

2) Ενδογενή αίτια του καρκίνου: Είναι τα εσωτερικής προελεύσεως αίτια.

Αυτά είναι:

α) Αίτια ορμονικά: Η σχέση των ορμονών του ανθρώπου με τον καρκίνο του μαστού, των ενδοκρινών αδένων και των γεννητικών οργάνων, έχει μελετηθεί και αποδειχτεί αρκετά ικανοποιητικά. Στον καρκίνο του μαστού έχει αποδειχθεί ότι παίζουν σπουδαίο ρόλο οι ωοθηκικές ορμόνες, γιατί αν αφαιρεθούν οι ωοθήκες, επιβραδύνεται η εξέλιξη του καρκίνου αυτού. Την ίδια επίδραση έχουν επίσης οι ορμόνες των επινεφριδίων και της υπόφυσης.

β) Διατροφή: Έχει αποδειχτεί ότι ο καρκίνος είναι συχνότερος στα παχύσαρκα άτομα, ιδίως του ήπατος, του εντέρου και του ουροποιηγεννητικού

συστήματος. Αντίθετα η έλλειψη Βιταμίνης B₁₂, ριβοφλαβίνης, χολίνης και λευκωμάτων από τις τροφές, προκαλεί κίρρωση και καρκίνο του ήπατος.

γ) Κληρονομικότητα: Στην προσπάθεια μελέτης του καρκίνου, έχει εξετασθεί και αυτό το ενδεχόμενο. Πραγματικά, σε σπάνιες περιπτώσεις κληρονομούνται διάφορα νεοπλάσματα, όπως για παράδειγμα το νευροβλάστωμα του ματιού το οποίο είναι κακοήθες. Γενικά, πιστεύεται ότι κληρονομούνται διάφορα γονίδια με καρκινική προδιάθεση και όταν αυτά βρουν το κατάλληλο έδαφος και υποστούν την επίδραση κατάλληλων παραγόντων, εκδηλώνεται καρκίνος.

Στα πλαίσια της ολιστικής θεώρησης των νοσημάτων έχουν διατυπωθεί απόψεις για τη συμβολή ψυχολογικών συντελεστών στην αιτιολογία του καρκίνου. Από τους συντελεστές αυτούς έχουν μελετηθεί κυρίως ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η κατάθλιψη, τα στρεσογόνα γεγονότα και η αδυναμία έκφρασης συναισθημάτων, όπως για παράδειγμα του θυμού.

Οι περισσότερες από τις σχετικές εργασίες έχουν μεθοδολογικές αδυναμίες (απότοκες κυρίως του αναδρομικού χαρακτήρα των ερευνών). Ωστόσο, παρά τις μεθοδολογικές αυτές αδυναμίες, οι υπάρχουσες ενδείξεις συνηγορούν για συμμετοχή ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών συντελεστών στην αιτιολογία του καρκίνου, άποψη που εναρμονίζεται και με το αισθητήριο του κοινού. 6, 26, 32

1.4) ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ:

Πώς θα ανακαλύψουμε ότι υπάρχει καρκίνος;

Το ερώτημα αυτό γίνεται πιο ουσιαστικό εάν αναλογισθούμε ότι έγκαιρη διάγνωση ίσως σημαίνει οριστική ίαση.

Η πρόληψη του καρκίνου είναι μια θεμελιώδης αρχή, που αντιπροσωπεύει τον κύριο στόχο της αντιμετώπισης. Διακρίνεται σε πρωτογενή και δευτερογενή.

Η **πρωτογενής** πρόληψη του καρκίνου στηρίζεται στην παρέμβαση στους αιτιολογικούς παράγοντες ώστε να αποτρέψουμε τη δημιουργία τους. Η προσυμπτωματική διάγνωση στηρίζεται σε μια μεθοδολογία που εφαρμόζει η

Αμερικανικανική Αντικαρκινική Εταιρεία(ACS) από το 1993 και φαίνεται στον πίνακα 2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Προσυμπτωματική προσπέλαση (screening) για τον καρκίνο:

Δοκιμασία	Φύλο	Ηλικία	Συχνότητα
1.Δακτυλική εξέταση ορθού	A / Θ	> 40 ετών	Κάθε χρόνο
2.Εξέταση προστάτη (δακτυλική + PSA)	A	> 50 ετών	Κάθε χρόνο
3.PAP test	Θ	> 18 ετών	Κάθε χρόνο μέχρι 3 φυσιολογικά αποτελέσματα. Μετά σύμφωνα με την κρίση του ιατρού.
4.Occult test στα κόπρανα	A / Θ	> 50 ετών	Κάθε χρόνο
5.Σιγμοειδοσκόπηση	A / Θ	> 20 ετών	Κάθε 3 -5 χρόνια
6.Αυτοεξέταση μαστών	Θ	> 20 -40	Κάθε μήνα
7.Εξέταση μαστών από ιατρό	Θ	> 40	Κάθε 3 χρόνια
8.Μαστογραφία	Θ	40- 50 > 50	Κάθε 2 χρόνια Κάθε χρόνο
9.Γυναικολογική εξέταση	Θ	18 – 40 >40	Κάθε 1-3 χρ.+PAP Κάθε χρόνο+PAP
10.Απόξεση μήτρας	Θ		Στην κρίση του ιατρού
11.Check-up- Καρκίνου(εξετάσεις για Ca θυρεοειδούς,	A / Θ	20 - 40	Κάθε 3 χρόνια

<p>όρχεις, ωοθήκες, λεμφαδένες, δέρμα, στοματική κοιλότητα)</p>			
---	--	--	--

Η **δευτερογενής** πρόληψη του καρκίνου σε ατομικό ή πληθυσμιακό επίπεδο (screening test) στηρίζεται στην αναγνώριση προκαρκινικών αλλοιώσεων ή την αντίχνευση in situ καρκινωμάτων με σκοπό την αντιμετώπιση.

Η **διάγνωση** του καρκίνου στηρίζεται:

- ✓ Συμπτώματα ή σημεία
- ✓ Κλινική εξέταση
- ✓ Αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις
- ✓ Ενδοσκόπηση
- ✓ Κυτταρολογικές εξετάσεις και ιστολογικές εξετάσεις
- ✓ Λαπαροσκοπική χειρουργική 28

1.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η εγκατάσταση και η έναρξη του καρκίνου συνήθως είναι σιωπηλή και ύπουλη. Τα πρώτα συμπτώματα που παρουσιάζει ο άρρωστος είναι τόσο ελαφρά που παραβλέπονται.

Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία (ACS) καθόρισε τον κατάλογο των 7 σημείων, που κάθε ένας που θα αναγνωρίσει ένα τέτοιο σύμπτωμα πρέπει να απευθυνθεί στον ιατρό του :

1. Αλλαγή στις συνήθειες του παχέος εντέρου ή της ουροδόχου κύστεως.
2. Μια φλεγμονή που επιμένει στο λάρυγγα.
3. Αιμορραγίες από το στόμα, ορθό ή κόλπο ή παθολογικά εκκρίματα.
4. Σκληρία ή ψηλαφητή διόγκωση στο μαστό ή σε άλλο μέρος του σώματος.
5. Δυσκολία στην κατάποση ή δυσπεπτικά ενοχλήματα.
6. Αλλαγή σε σπίλο του δέρματος ή κρεατοελιά.
7. Επιμένων βήχας ή βράγχος φωνής. 28

1.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όσο πιο έγκαιρη είναι η διάγνωση τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες του καρκινοπαθούς για ίαση. Οπωσδήποτε σπουδαίο ρόλο παίζει και η εντόπιση, καθώς και του είδους του καρκίνου. Στον άρρωστο που διαπιστώνεται μετάσταση του καρκίνου δεν υπάρχει θεραπεία. Η αξιοποίηση των θεραπευτικών δυνατοτήτων που υπάρχουν σήμερα στη διάθεσή μας, σε σχέση με τη νοσηρότητα ή θνησιμότητα που δημιουργεί η θεραπευτική αγωγή συχνά είναι πολύ δύσκολη.

Η εφαρμοζόμενη σήμερα θεραπεία είναι τριπλή και σχεδόν πάντα γίνεται συνδυασμός των μεθόδων αυτών, για την επιτυχία καλύτερου αποτελέσματος. Διακρίνουμε:

- I. Χειρουργική θεραπεία :** Συνίσταται σε ευρεία εκτομή του καρκίνου μαζί με τους γύρω ιστούς, με σύγχρονη αφαίρεση και των παρακείμενων λεμφαδένων. Συχνά συνδυάζεται με ακτινοθεραπεία. Τέσσερις μορφές χειρουργικών επεμβάσεων εφαρμόζονται στον ασθενή με καρκίνο : **διαγνωστική** εγχείρηση(**βιοψία**), **προφυλακτική**, **ριζική** και **παρηγορική** (ανακουφιστική) εγχείρηση.
- II. Ακτινοθεραπεία :** Χρησιμοποιούνται ακτίνες Roentgen, που έχουν γίνει γνωστές για τις θεραπευτικές τους ιδιότητες. Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική έχει σαν βασικό της σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με τη ζωή στους φυσιολογικούς ιστούς, που ακτινοβολούνται συγχρόνως.
- III. Χημειοθεραπεία :** Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν και δε θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα επιβραδύνουν την εξέλιξή τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος. 16

2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- 2.1) Προδιαθεσικοί ψυχολογικοί παράγοντες αρρώστου με καρκίνο

- 2.2) Αιτιολογική σχέση Καρκίνου και ψυχολογικών παραγόντων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μετά τη σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση του καρκίνου, θα μιλήσουμε αρχικά για τους ψυχολογικούς παράγοντες που προδιαθέτουν καρκίνο, δηλαδή την προσωπικότητα του ασθενούς και τα διάφορα ψυχοπιεστικά γεγονότα της ατομικής ζωής. Είναι πολύ σημαντικό, όταν μιλά κανείς για τον καρκίνο, να μην παραλείπει το γεγονός ότι η κακή ψυχολογική κατάσταση του ατόμου διαδραματίζει μεγάλο ρόλο στην ανάπτυξη ενός καρκινικού κυττάρου.

Επίσης, στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούμε και στην αιτιολογική σχέση του καρκίνου και των ψυχολογικών παραγόντων.

2.1) ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ποικίλοι προδιαθεσικοί ψυχολογικοί παράγοντες θεωρείται ότι συμβάλλουν στις ψυχολογικές αντιδράσεις ενός ατόμου στη σωματική νόσο, όπως είναι ο καρκίνος. Ανάμεσά τους, κυριαρχικός συντελεστής θεωρείται η **προσωπική σημασία** της νόσου για τον ασθενή. Αυτή, διαμορφώνεται από διάφορες επιδράσεις, όπως είναι η **βασική προσωπικότητα** του ασθενούς, η **ηλικία**, το **φύλο**, οι **προηγούμενες βιώσεις μιας σωματικής νόσου** και η **ψυχική κατάσταση** και **κοινωνικές συνθήκες** κατά την εκδήλωση της νόσου. Παραδόξως, η βαρύτητα της σωματικής νόσου καθ' εαυτή δε φαίνεται να παίζει σταθερό ρόλο στις ψυχολογικές αντιδράσεις του ασθενούς. Ο καρκίνος, είναι μια ασθένεια που οι περισσότεροι άνθρωποι τη συνδέουν με το θάνατο, γι αυτό και η ψυχολογική κατάσταση του καρκινοπαθούς διαταράσσεται σημαντικά.

Η **προσωπικότητα** έχει βαρύνουσα σημασία, λόγω του καίριου πόλου που διαδραματίζει στη διαχείριση του stress. Έτσι, άτομα με ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά που δεν ανέχονται αβεβαιότητα ως προς την εξέλιξη και έκβαση της νόσου τους, επιδιώκουν την ελάττωση αυτής της αβεβαιότητας με τη στενή και αδιάλειπτη παρακολούθηση των δεδομένων της πάθησής τους και θεραπείας. Ναρκισσιστικά άτομα βρίσκουν ιδιαίτερα στρεσογόνο το ενδεχόμενο παραμόρφωσης. Αντιθέτως, άτομα με εξαρτημένη προσωπικότητα βρίσκουν τη νόσο ευπρόσδεκτη καθ' όσο τους παρέχει την ευκαιρία ικανοποίησης βαθιών αναγκών εξάρτησης.

Το θεραπευτικό περιβάλλον αντιμετώπισης της σωματικής νόσου έχει τη δική του ιδιαίτερη επίδραση στον ψυχισμό του ασθενούς. Εκτός από τις αυτονόητες επιπτώσεις χειρουργικών επεμβάσεων και άλλων θεραπευτικών ή και διαγνωστικών χειρισμών ή της φαρμακευτικής αγωγής (ιδιαίτερα ψυχοτραυματικής στην περίπτωση κακοηθειών), ο χώρος νοσηλείας καθ' εαυτός ασκεί σημαντική δυσμενή επίδραση στον ψυχισμό του ασθενούς. 15, 29

2.2) ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Η αιτιολογική σύνδεση ψυχολογικών παραγόντων και καρκίνου διερευνήθηκε σε δύο βασικούς τομείς : στον τομέα της **προσωπικότητας** και στον τομέα των **ψυχοπιεστικών γεγονότων** της ατομικής ζωής.

Προσωπικότητα : Πολλές από τις δημοσιευθείσες μελέτες δείχνουν ότι ορισμένου τύπου προσωπικότητες είναι πιο ευεπίφορες από άλλες στην ανάπτυξη διαφόρων τύπων καρκίνου. Η ίδια η έννοια της προσωπικότητας είναι ασαφής και συγκεκριμενοποιείται στην πράξη με την αξιολόγηση ορισμένων ιδιοτήτων του ατόμου για τις οποίες υποθέτουμε ότι συγκροτούν τον πάγιο << ψυχολογικό >> του σκελετό. Οι περισσότερες μελέτες που έγιναν ως τώρα για τη σχέση του καρκίνου και ψυχολογικών παραγόντων, α) αναφέρονται σε άτομα που αξιολογήθηκαν μετά τη διάγνωση της νεοπλασίας, β) δεν περιλαμβάνουν κατάλληλα ομάδα ελέγχου, γ) δε διαφοροποιούν τμηματικά το διερευνούμενο υλικό σε σχέση με το γενετικό τους υπόβαθρο και με τα μορφολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου και δ) στο μεγαλύτερο μέρος τους δεν είναι συγκρίσιμες μεταξύ τους ούτε από την πλευρά της μεθοδολογίας, ούτε από τη πλευρά του ερευνητικού στόχου, γίνεται φανερή η ανάγκη για επιφύλαξη στα ευρήματα.

Παρ' όλα αυτά αξίζει να σημειώσουμε πως εκείνες τουλάχιστον οι μελέτες που καταλήγουν σε θετικά συμπεράσματα συγκλίνουν στη διαπίστωση πως σε ορισμένους τύπους καρκίνου (όπως για παράδειγμα των γεννητικών οργάνων της γυναίκας και του πνεύμονος) υπάρχει μια προδιαθεσική προσωπικότητα με κύρια γνωρίσματα, τη μη εκδηλούμενη εχθρικότητα, την καταπίεση των αρνητικών συναισθημάτων (π.χ του θυμού), την τάση για κυριαρχικότητα και το αδύναμο Εγώ. Πρέπει όμως να σημειωθεί πως η διαπίστωση τέτοιων χαρακτηριστικών στην προκαρκινική προσωπικότητα δε συνεπάγεται και άμεση αιτιολογική σχέση ανάμεσα σε αυτά και τον καρκίνο. Ο τύπος της προσωπικότητας καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την υιοθέτηση συνηθειών ή τύπων κοινωνικής συμπεριφοράς που εκθέτουν το άτομο περισσότερο στην επίδραση καρκινογόνων χημικών και άλλων ερεθισμών (κάπνισμα, εκλογή επαγγέλματος) και συντελεί έτσι έμμεσα στην ανάπτυξη της νεοπλασίας. 15, 29

Stress: (ψυχοπιεστικά γεγονότα της ατομικής ζωής). Η υπόθεση πως η συρροή ψυχοτραυματικών γεγονότων στη ζωή προδιαθέτει στην ανάπτυξη νεοπλασίας έχει τις ρίζες της στη λαϊκή αντίληψη πως τον καρκίνο τον γεννά η στενοχώρια, αλλά ενισχύεται και από σχετικά πρόσφατα ευρήματα στον τομέα της πειραματικής καρκινογένεσης. Η έντονη ερευνητική δραστηριότητα που αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης stress και καρκίνου στον άνθρωπο δεν μπορούμε να πούμε πως μας έδωσε οριστικές απαντήσεις. Η ίδια η έννοια της ψυχοτραυματικής εμπειρίας είναι σχετική : Άλλοτε αξιολογείται το συμβάν που κατά κοινή παραδοχή πρέπει να είναι επώδυνο για το άτομο και άλλοτε αξιολογείται η προσωπική αντίληψη που έχει ο ίδιος ο άρρωστος για τις βιωματικές του εμπειρίες. Η ίδια η ασθένεια και ο τρόπος της ιατρικής, οικογενειακής και κοινωνικής, γενικότερα, αντιμετώπισης αποτελεί ψυχοτραυματικό συμβάν με ποικίλλουσα για το κάθε άτομο και την κάθε ειδική συνθήκη ένταση που αλλοιώνει την εικόνα των γεγονότων της ζωής που προηγήθηκαν της ασθένειας.

Με επιφύλαξη, το συμπέρασμα που προκύπτει από τα παραπάνω είναι πως ψυχοτραυματικά γεγονότα συνδεδεμένα με απώλεια (θάνατος, επώδυνος χωρισμός από αγαπημένο πρόσωπο, απώλεια σημαντικού ρόλου), σχετίζονται θετικά με την ανάπτυξη νεοπλασίας. Η τρέχουσα και πιο λογικοφανής υπόθεση περιγράφεται στα πλαίσια μιας γενικότερης θεωρίας που συνδέει το stress με το συμβολικό επίπεδο ψυχοκοινωνικής οργάνωσης και τα δύο μαζί με το ανοσοβιολογικό σύστημα άμυνας του οργανισμού. Το stress τροποποιεί όχι μόνο το συναίσθημα και την κοινωνική συμπεριφορά, αλλά και τις ανοσοβιολογικές αντιδράσεις. Σύμφωνα με τον Rille, το stress αυξάνει την επινεφριδιακή δραστηριότητα και συνεπάγεται ελλειμματική λειτουργία των γ- λεμφοκυττάρων με αποτέλεσμα τη μείωση της ανοσοβιολογικής άμυνας του οργανισμού και τη συνακόλουθη επιρρέπεια στη νεοπλασματική εξεργασία. 29

ΜΕΡΟΣ Β'

3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- 3.1) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

- 3.2) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- 3.3) Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ **5 ΣΤΑΔΙΩΝ** ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ **KUBLER ROSS**

- 3.4) ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ **WEISSMAN**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το παρόν κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στην ψυχολογία όλων εκείνων των ανθρώπων που πάσχουν από καρκίνο, όλων εκείνων που βιώνουν τον καρκίνο και κυρίως εκείνων που γνωρίζουν την πάθησή τους. Οι ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που επηρεάζουν τόσο την πορεία και έκβαση της αρρώστιας τους, όσο και όλες τις διαστάσεις και την ποιότητα της ζωής τους.

Το κεφάλαιο αυτό, που αποτελεί και τον πυρήνα της εργασίας, επικεντρώνεται στα ψυχολογικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένας καρκινοπαθής. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να σχετίζονται με την ίδια την ασθένεια, μπορεί όμως να σχετίζονται και με το είδος της θεραπείας. Είναι πολύ δύσκολο να γνωρίζει κανείς πώς νιώθει ο άνθρωπος που πάσχει από καρκίνο, γιατί η βιωματική αλήθεια για αυτούς που ζουν, έζησαν ή θα ζήσουν με τον καρκίνο δεν μπορεί να περιγραφεί απόλυτα μέσα από τη βιβλιογραφία.²⁸ Η πραγματική αλήθεια βρίσκεται μέσα στην ψυχή των ανθρώπων αυτών.

Στη βιβλιογραφία που αφορά τον καρκίνο, βρίσκουμε πολλές έρευνες και θεωρητικές απόψεις που υποστηρίζουν την ύπαρξη σταδίων ψυχολογικής αντίδρασης του καρκινοπαθούς, τα οποία αναλύονται παρακάτω.

3.1) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Το άτομο στο οποίο διαγνώσθηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη λοιπόν κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική και αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας.^{8, 16}

Από τις ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που συνοδεύουν τον καρκίνο, οι συνηθέστερες είναι α) η διαταραχή προσαρμογής, β) η κατάθλιψη και γ) τα οργανικά ψυχοσύνδρομα.

α) Διαταραχή προσαρμογής : Πρόκειται για τη συνηθέστερη μορφή αντίδρασης που παρατηρείται σε άτομα με καρκίνο. Ο ασθενής αισθάνεται συντετριμμένος και νιώθει αδυναμία να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις της ζωής. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις του ασθενούς περιλαμβάνουν **φόβο θανάτου**, φόβο **αναπηρίας**, φόβο **εγκατάλειψης** από τα σημαντικά γι αυτόν πρόσωπα, φόβο **απώλειας της ανεξαρτησίας** του, **οικονομικής φύσης** ανησυχίες, φόβο **απώλειας του επαγγελματικού και κοινωνικού status**. Ο ασθενής αισθάνεται ότι απειλείται από ακόμη πιο σημαντικές απώλειες, συμπεριλαμβανομένης και της οριστικής απώλειας της ύπαρξης. Ωστόσο, δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που η συνειδητοποίηση της ασθένειας είναι τόσο οδυνηρή, ώστε να αρνείται κανείς την ύπαρξή της, με συνέπεια αντί για θλίψη, να εκδηλώνεται άλλοτε μια αδικαιολόγητη ευφορία, άλλοτε συμπεριφορά αντίθετη με τον ηθικό κώδικα του αρρώστου και άλλοτε καταφυγή στο κάπνισμα, το αλκοόλ, τον ύπνο. ³²

β) Κατάθλιψη : Η κατάθλιψη που παρατηρείται συχνά είναι αποτέλεσμα των δυσκολιών και του φόβου για ένα αβέβαιο μέλλον. ²⁰

Η κατάθλιψη σε ασθενή με καρκίνο χαρακτηρίζεται από: α) **καταθλιπτική διάθεση:** λύπη, απαισιοδοξία, απελπισία, απόγνωση, αισθήματα αναξιοσύνης,

χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονο άγχος. β) **απώλεια ενδιαφέροντος** ή ευχαρίστησης σε όλες τις δραστηριότητες της ζωής. 22

Στον **πίνακα 2** φαίνονται οι συνηθέστερες αιτίες της κατάθλιψης σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο.

Πίνακας 2

Κατάθλιψη σε συνάρτηση με τον καρκίνο

Διαταραχή προσαρμογής καταθλιπτικού τύπου

Σχετίζεται με τη συνειδητοποίηση της βαριάς διάγνωσης και πρόγνωσης της νόσου.

Καταθλιπτική διαταραγή

Φάση κατάθλιψης, που πυροδοτήθηκε, επιδεινώθηκε, υποτροπίασε, επανεμφανίστηκε ή απλώς συνέπεσε με τον καρκίνο.

Δυσθυμική διαταραγή

Οφείλεται σε κατάσταση που ήδη προϋπήρχε και επιδεινώθηκε ενδεχομένως από τον καρκίνο.

Κατάθλιψη οφειλόμενη άμεσα στον καρκίνο

Ορμονοπαραγωγικοί όγκοι

Όγκοι του κεντρικού νευρικού συστήματος

Κατάθλιψη οφειλόμενη σε παθολογικές επιπτώσεις του καρκίνου

Ουραιμία

Ιογενείς εγκεφαλοπάθειες

Διαταραχές ηλεκτρολυτών

Κατάθλιψη σχετιζόμενη με τη θεραπεία για τον καρκίνο

Χημειοθεραπευτικά φάρμακα

Πρεδνιζόνη, δεξαμεθαζόνη, ιντερφερόνη

Κατάθλιψη σχετιζόμενη με άλλες θεραπείες

Αντιυπερτασικά φάρμακα, αντιπαρκινσονικά, αναστολείς των β- υποδοχέων

Κατάθλιψη σχετιζόμενη με ουσίες

<<Ναρκωτικά>> 32

γ) Οργανικά ψυχοσύνδρομα: Οφείλονται σε αιτίες που προκαλούν άμεση ή έμμεση αποδιοργάνωση των εγκεφαλικών λειτουργιών. Εκφράζονται κλινικά με τη διανοητική σύγχυση, το συγχυτικό εκνευρισμό, το οξύ παραλήρημα και τη συγχυτική εμβροντησία (συγχυτικό stupor).

Άμεση αποδιοργάνωση των εγκεφαλικών λειτουργιών μπορεί να προκληθεί π.χ από τοπική επέκταση μιας εστίας καρκίνου, από διήθηση των μηνίγγων στις αιματολογικές νεοπλασματικές νόσους, από μεταστάσεις από προϊούσα πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια. 32

Ο ασθενής με καρκίνο είναι δυνατό να εμφανίσει και άλλα ψυχολογικά προβλήματα, εκτός από όσα αναφέρθηκαν μέχρι τώρα. Το προφίλ του αρρώστου με καρκίνο : φοβισμένος, ανασφαλής, αδύναμος, ζει μια οδυνηρή εμπειρία. Άνθρωπος με προσωπικό τρόπο βίωσης και έκφρασης των αναγκών που απορρέουν από το πώς εισπράττει την ασθένεια, την θεραπεία και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις τους που τον υποχρεώνουν σε πολυάριθμους συμβιβασμούς. 20

Το αίσθημα της μόνωσης

Οι άρρωστοι με καρκίνο δοκιμάζουν ένα διαπροσωπικό δίλημμα. Από το ένα μέρος, έχουν ανάγκη να συζητήσουν τα συναισθήματά τους με αγαπημένα τους πρόσωπα και από το άλλο φοβούνται την απόρριψη. Το ίδιο δοκιμάζουν τις μυστικές τους αγωνίες και το φόβο τους για τον ενδεχόμενο θάνατο. Ο φόβος της αποξένωσης και απαλλοτρίωσης από τα δικά τους πρόσωπα, μπορεί να είναι μεγαλύτερος και από το φόβο του θανάτου. 13, 22, 30

Ο φόβος του θανάτου

Προκαλεί μεγάλη ψυχολογική πίεση στον καρκινοπαθή και αυτό δυστυχώς διότι οι περισσότεροι άνθρωποι, συνδέουν τον καρκίνο με τον θάνατο και πολύ περισσότερο αυτοί που πάσχουν από αυτή. Πολλές φορές οι ίδιοι οι συγγενείς και αγαπημένα πρόσωπα του ασθενούς, μεταφέρουν, έμμεσα, με τη συμπεριφορά τους τέτοιου είδους αρνητικά συναισθήματα και χωρίς οι ίδιοι να το επιθυμούν απομακρύνονται από τον ασθενή τους, σα να θεωρούν δεδομένο ότι θα πεθάνει. Είναι φυσικό λοιπόν ένας ασθενής με καρκίνο να διακατέχεται από μεγάλο φόβο

θανάτου, όταν μάλιστα δεν έχει δίπλα του τα κατάλληλα πρόσωπα που θα συμβάλλουν στην ψυχολογική του υποστήριξη και θα τον στηρίζουν σε αυτή τη δύσκολη στιγμή της ζωής του. 7, 8, 30

Κίνδυνος αυτοκτονίας

Ο κίνδυνος αυτοκτονικής διάθεσης του καρκινοπαθούς είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος όταν συνυπάρχει κατάθλιψη βαριάς μορφής. Ο ασθενής <<κλείνεται>> στον εαυτό του, απομακρύνεται από τους γύρω του, ακόμα και από τα αγαπημένα του πρόσωπα, οδηγείται σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, μιλά συχνά για θάνατο, αυτοκτονία, επιθυμία να είχε πεθάνει και φαίνεται σκυθρωπός και σκεπτικός. Ο καρκινοπαθής με διάθεση αυτοκτονίας, πιστεύει ότι αν αυτοκτονήσει θα τερματίσει την ταλαιπωρία για τον εαυτό του και για τους δικούς του. Σε αυτή τη φάση ο ασθενής έχει ανάγκη από ιδιαίτερη ψυχολογική στήριξη και σε αυτό συμβάλλει κυριαρχικά η νοσηλευτική παρουσία, καθώς τα συγγενικά πρόσωπα του ασθενούς. Αυτή όμως την ιδιαίτερη νοσηλευτική προσέγγιση και υποστήριξη του καρκινοπαθούς την αναλύουμε σε επόμενο κεφάλαιο. 2, 8, 22

3.2) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι διάφορες μέθοδοι για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου εκτός από το επιθυμητό τους αποτέλεσμα συνεπάγονται συχνά και ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι ενέργειες αυτές είναι είτε βιολογικές, είτε ψυχοκοινωνικές. Εδώ θα ασχοληθούμε περισσότερο με τις ενέργειες και τα συμπτώματα από την ψυχική σφαίρα. 4, 23, 32

Οι κύριες μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου είναι οι χειρουργικές επεμβάσεις, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία. Όλες αυτές μπορεί να επιφέρουν αλλαγές στο σωματικό Εγώ. Το σωματικό Εγώ είναι τμήμα της αυτοεικόνας που έχει κάθε άνθρωπος για τον εαυτό του και είναι συνδεδεμένο με την αντίληψη του ατόμου σχετικά με την αρρενωπότητα ή θηλυκότητά του, τη φυσική αντοχή, τη δύναμη και άλλες σωματικές του ικανότητες. 25

A. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μαστεκτομή: Ο φόβος του καρκίνου και της μαστεκτομής είναι η κυριότερη αιτία, για την καθυστερημένη προσέλευση για χειρουργείο, που σημαίνει ότι μια

θεραπευτική ενέργεια μπορεί να δημιουργεί συνέπειες πριν καν εφαρμοσθεί. Ο φόβος αυτός είναι αποτέλεσμα της εξαιρετικά σημαντικής συμβολικής σημασίας του οργάνου αυτού για τη γυναίκα. Η γυναίκα με τη μαστεκτομή κυριεύεται από συναισθήματα ανεπάρκειας του ρόλου της, εφόσον ο μαστός συμβολίζει την αγάπη, την εμπιστοσύνη, την ασφάλεια, τη θηλυκότητα και τη μητρότητα. Είναι το όργανο που παρέχει στο βρέφος τροφή και συνακόλουθα ευχαρίστηση, αγάπη και αίσθημα ασφάλειας. Για όλα αυτά η απώλεια του μαστού παίρνει διαστάσεις μιας καταστροφικής απώλειας. 23

Κολοστομία: Το πρόβλημα των αρρώστων με παραφύση έδρα απασχολεί πολλά χρόνια τους επιστήμονες που ασχολούνται με τη χειρουργική του παχέος εντέρου. Τα ψυχολογικά προβλήματα του καρκινοπαθούς με κολοστομία, πέρα από τα γενικά του καρκίνου είναι πολύ ειδικά: περιορισμός δραστηριοτήτων, «υποβιβασμός της ποιότητας ζωής», όχι εξαιτίας της νόσου, αλλά εξαιτίας της θεραπευτικής πρακτικής. Η δυσάρεστη οσμή, οι διαιτητικοί περιορισμοί, διαταράσσουν την ψυχική υγεία του ασθενούς. 4, 23

B. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ- ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι μεταβολές που επέρχονται στο σώμα εξαιτίας της ακτινοθεραπείας ή χημειοθεραπείας ενδέχεται να έχουν ολέθριο αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση του ασθενούς, ιδίως εάν αυτές είναι εμφανείς, όπως για παράδειγμα εάν αλλάξει η υφή του δέρματος, εάν χάσει ο ασθενής τα μαλλιά του, εάν αδυνατίσει..... • 13, 23

3.3) Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ 5 ΣΤΑΔΙΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ KUBLER ROSS

Θα ήταν παράλειψη, αν δεν αναφερόμασταν στη θεωρία των 5 σταδίων, όπου η Kubler Ross (1969) περιγράφει τις αντιδράσεις του αρρώστου με καρκίνο, από τη στιγμή που έρχεται αντιμέτωπος άμεσα ή έμμεσα με την ασθένεια μέχρι τις τελευταίες ώρες της ζωής του. 20, 25, 27

Η ψυχική διεργασία που βιώνει το άτομο καθώς πορεύεται προς το θάνατο, χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα στάδια:

α) το στάδιο της άρνησης

- β) το στάδιο του θυμού (οργής)
- γ) το στάδιο της διαπραγμάτευσης ή συναλλαγής
- δ) το στάδιο της κατάθλιψης
- ε) το στάδιο της αποδοχής

Η Kubler Ross ισχυρίζεται ότι στην πορεία αυτή ο άρρωστος διατηρεί κάποια ελπίδα, η φύση της οποίας μεταβάλλεται καθώς τροποποιούνται οι συνθήκες και εμπειρίες που βιώνει με την εξέλιξη της υγείας του. 27, 32

α) Στάδιο της άρνησης

Στην αρχική αυτή φάση, η άρνηση αποτελεί ένα φυσιολογικό μηχανισμό άμυνας που λειτουργεί ως ασπίδα αυτοπροστασίας για το άτομο το οποίο αντιλαμβάνεται την απροσδόκητη πραγματικότητα ως απειλητική ή οδυνηρή. Έτσι **αρνείται το γεγονός της αρρώστιας ή και των επιπτώσεών της**, διαστρεβλώνοντας την αντίληψη που έχει από την πραγματικότητα.

Υπάρχουν διάφορα επίπεδα άρνησης. Στην αρχή η άρνηση μπορεί να αφορά τα γεγονότα. Σε μια προδιαγνωστική φάση δηλαδή, το άτομο μπορεί να αρνείται τα συμπτώματά του, με αποτέλεσμα να καθυστερεί να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Άλλες φορές αρνείται τη διάγνωση, ενώ αργότερα μπορεί να αρνείται τις ενδείξεις πιθανής υποτροπής ή αναπηρίας.

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, η άρνηση αφορά τις επιπτώσεις της αρρώστιας. Ο άρρωστος αναγνωρίζει τη διάγνωση, αλλά αρνείται τις επιπτώσεις. Για παράδειγμα, επικεντρώνεται στην προτεινόμενη αγωγή και αρνείται τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις που μπορεί να έχει η αρρώστια και η θεραπεία στη ζωή του. Σε ένα τρίτο επίπεδο, η άρνηση αφορά την **πιθανότητα του θανάτου**. Ενώ το άτομο συνειδητοποιεί ότι πάσχει από μια ανίατη ασθένεια ίσως, όπως ο καρκίνος, αρνείται ότι η ζωή του απειλείται και φαντασιώνει ότι θα ζήσει μέχρι τα βαθιά γηρατειά.

Στις αρχικές φάσεις της αρρώστιας, η άρνηση αποτελεί μια συχνή και φυσιολογική αντίδραση. Μερικές φορές η άρνηση των επιπτώσεων του θανάτου μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην προσαρμογή του αρρώστου, καθώς του επιτρέπει, παρόλη την αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει την εξέλιξή του, να θέτει μακροπρόθεσμους στόχους, να προγραμματίζει τη ζωή του, να διατηρεί τις σχέσεις με το περιβάλλον του και να αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα ως λιγότερο απειλητική. Όταν όμως η άρνηση αφορά τα ίδια τα γεγονότα και παρατείνεται μέσα στο χρόνο, τότε μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές συνέπειες για την υγεία

του ατόμου αφού αυτό δεν τηρεί τις ιατρικές συμβουλές ή περιφέρεται από τον ένα γιατρό στον άλλο, αποφεύγοντας να δεχθεί τη διάγνωση της αρρώστιας ή την επιδείνωση της υγείας του. 27

β) Στάδιο του θυμού

«Γιατί; Γιατί να τύχει σε μένα τέτοιο κακό;» Αυτή η έκφραση συνοδεύεται από **θυμό** και **πικρία** που πηγάζουν από μια βαθύτερη αίσθηση **αδικίας** και έλλειψης ελέγχου. Αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση ενός ατόμου που πάσχει από χρόνιο νόσημα, όπως ο καρκίνος, το οποίο είναι υποχρεωμένο να δεχθεί ότι ξαφνικά η ζωή του αλλάζει ριζικά και το μέλλον του χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα. Πολλοί άρρωστοι νιώθουν ότι **προδόθηκαν** από το ίδιο τους το σώμα και δυσκολεύονται να αποδεχθούν ότι ο οργανισμός τους είναι τρωτός, ευάλωτος και αδύναμος.

Κι ενώ θυμώνουν με το γεγονός της αρρώστιας ή και των επιπτώσεών της, συχνά **μεταθέτουν το θυμό τους** προς άλλες κατευθύνσεις: προς τους οικείους, συγγενείς, φίλους και προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι αποδίδουν σε μερικούς επαγγελματίες υγείας το ρόλο του <<καλού>> ιατρού, νοσηλευτή, ενώ σε άλλους το ρόλο του <<κακού>>, προβάλλοντας με τον τρόπο αυτό τα συναισθήματά τους. 27, 16

γ) Στάδιο της διαπραγμάτευσης

Η διαπραγμάτευση ή το <<παζάρεμα>> 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 κύριος** ή με το **Θεό**. Για παράδειγμα, μπορεί ο άρρωστος να υπόσχεται στο γιατρό απόλυτη συμμόρφωση με τις οδηγίες ή και πλήρη αποχή από συνήθειες που συνέβαλλαν στο πρόβλημα της υγείας του, για να εξασφαλίσει την πολυπόθητη ίαση ή την αποφυγή της αναπηρίας. Μπορεί να κάνει τάματα, να ντύνεται στα μαύρα και υπόσχεται στο Θεό πλήρη αφοσίωση, με την ελπίδα να εισακουστεί. Στα αρχικά στάδια της αρρώστιας, οι διαπραγματεύσεις αποβλέπουν στην **αποθεραπεία** του αρρώστου, ενώ όταν η υγεία του επιδεινώνεται, οι διαπραγματεύσεις αφορούν την **παράταση της ζωής**, την ποιότητά της ή και την εξασφάλιση ενός <<καλού>> θανάτου.

Η διαπραγμάτευση μπορεί να έχει θετικές αλλά και αρνητικές επιπτώσεις. Από τη μια πλευρά μπορεί να διευκολύνει την υιοθέτηση συμπεριφορών που

προωθούν την υγεία και τη συμμόρφωση του ατόμου στη θεραπεία. Παράλληλα, η πίστη του ατόμου στο Θεό μπορεί να αποτελέσει σημαντική πηγή στήριξης, από την οποία αντλεί δύναμη και κουράγιο. Από την άλλη όμως αυξάνονται οι πιθανότητες να βιώσει συναισθήματα προδοσίας, απογοήτευσης και θυμού, όταν ο γιατρός, ο νοσηλευτής, ο Θεός ή οποιοσδήποτε άλλος, με τον οποίο διαπραγματεύεται, δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του και εγκαταλείπουν τον άρρωστο σε μια φθίνουσα πορεία που οδηγεί στο θάνατο. Ο αγώνας του παύει να έχει νόημα και συχνά σταματά να συμμορφώνεται με τις οδηγίες, με αποτέλεσμα να οδηγείται στη φάση της κατάθλιψης. 11, 16, 27

δ) Στάδιο της κατάθλιψης

Ο άρρωστος αρχίζει πλέον να δέχεται ότι θα πεθάνει και θρηνεί. Η κατάθλιψή του μπορεί να είναι «αντιδραστική» όταν οφείλεται σε απώλειες που βιώνει το άτομο μέσα στο παρόν, καθώς συγκρίνει πως ήταν στο παρελθόν και πως έχει αλλάξει. Μπορεί όμως η κατάθλιψη να είναι «προπαρασκευαστική», όταν αναλογίζεται τις επικείμενες απώλειες εν όψει της πιθανότητας του θανάτου.

Η κατάθλιψη του ασθενούς εκδηλώνεται με ποικίλα συμπτώματα, όπως θλίψη, απώλεια ενέργειας, αισθήματα αναξιότητας, απαισιοδοξίας, απόγνωσης, απόσυρση από κοινωνικές σχέσεις, μείωση ενδιαφερόντων και συμμετοχής στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις είναι παροδικές και όταν το άτομο ενθαρρύνεται να εκφράσει τα συναισθήματά του, έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να λάβει την υποστήριξη που χρειάζεται. Στην ουσία, η κατάθλιψη του επιτρέπει να θρηνήσει «να αποχαιρετήσει» την απώλεια μιας προηγούμενης κατάστασης, πριν αποδεχθεί και προσαρμοσθεί στη νέα. 11, 27,

31

ε) Στάδιο της αποδοχής

Στο στάδιο αυτό ο άρρωστος διακρίνεται από μια **εσωτερική ηρεμία**. Παύει να αγωνίζεται για να σωθεί και προοδευτικά συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου, χωρίς να παραιτείται από την επιδίωξη συνθηκών που του εξασφαλίζουν αξιοπρέπεια και ποιότητα στις τελευταίες ημέρες της ζωής του. Έχοντας τακτοποιήσει εκκρεμείς υποθέσεις, νιώθει ψυχολογικά ήρεμος και έτοιμος να πεθάνει. Η λεκτική επικοινωνία με το περιβάλλον είναι συνήθως περιορισμένη, ενώ το βλέμμα και η συμπεριφορά του εκφράζουν την αποδοχή της κατάστασής του. 11, 20, 27

Η Kubler- Ross ισχυρίζεται ότι τα προαναφερθέντα στάδια δεν διαδέχονται αυστηρά το ένα το άλλο, αλλά συχνά συνυπάρχουν ή επανεμφανίζονται σε διάφορες φάσεις της αρρώστιας. Μπορεί, για παράδειγμα, ένα άτομο να παραμείνει στο στάδιο του θυμού και για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς να αποδεχθεί ποτέ το γεγονός ότι πεθαίνει. Άλλο άτομο, ενώ έχει αποδεχθεί ότι πάσχει από καρκίνο, αρνείται το γεγονός ότι η ύπαρξη ορισμένων συμπτωμάτων αποτελεί ένδειξη υποτροπής. 27

Τρία σημαντικά μηνύματα προκύπτουν από τη θεωρία της :

- ✓ Κάθε άτομο που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του και πεθαίνει δεν παύει να είναι ένας ζωντανός οργανισμός που έχει ανάγκες, μεταξύ των οποίων και την ανάγκη να επιλύσει ορισμένες εκκρεμείς υποθέσεις πριν πεθάνει.
- ✓ Για να είμαστε αποτελεσματικοί, ως νοσηλευτές που ασχολούμαστε με τη φροντίδα ενός καρκινοπαθούς τελικού σταδίου, πρέπει να είμαστε σε θέση να ακούμε προσεκτικά αυτό που εκφράζει άμεσα, έμμεσα ή συμβολικά και να καθοδηγούμαστε από τον ίδιο τον ασθενή, αντί να τον οδηγούμε εμείς στην πορεία του.
- ✓ Η ελπίδα του αρρώστου δεν χάνεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του. Παίρνει νέα μορφή. Ελπίζει ότι θα προλάβει να γυρίσει σπίτι του πριν πεθάνει, ότι θα χαρεί μια οικογενειακή συγκέντρωση. Αυτές οι μικρές ελπίδες δίνουν νόημα και προοπτική στη ζωή που του απομένει.

Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε πως κάθε άνθρωπος αποτελεί μια μοναδική οντότητα και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται. Δεν πρέπει να ταξινομούμε τους ασθενείς ανάλογα με το στάδιο ή να παρερμηνεύουμε το μοντέλο. Για το λόγο αυτό, οι νοσηλευτές θα πρέπει να διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις και προσόντα για την ψυχολογική προσέγγιση ασθενούς με καρκίνο, την οποία θα αναλύσουμε σε επόμενο κεφάλαιο. 27

3.4) ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ WEISSMAN

Σύμφωνα με άλλες απόψεις (Weissman), η όλη διαδικασία ψυχοκοινωνικής προσαρμογής του καρκινοπαθούς στην πάθησή του εκτυλίσσεται στα παρακάτω στάδια:

- ▶ Το στάδιο του **υπαρξιακού προβληματισμού** (ο άρρωστος αφινιδιάζεται συνειδητοποιώντας πόσο είναι ευάλωτος)
- ▶ Το στάδιο της **προσαρμογής στη νέα κατάσταση** (ο άρρωστος προσπαθεί να μειώσει την απειλή από την ασθένεια και προσαρμόζει τη δραστηριότητά του στις μειωμένες δυνατότητες που έχει εξαιτίας της πάθησής του).
- ▶ Το στάδιο της **υποβάθμισης και επιδείνωσης** (στο οποίο η προοπτική του θανάτου, που είχε κάπως μειωθεί στο προηγούμενο στάδιο, ξανακάνει την εμφάνισή της).
- ▶ Το προτελικό στάδιο (που χαρακτηρίζεται από **απόσυρση** από τις κοινωνικές συναλλαγές και προοδευτικό περιορισμό του φάσματος των ενδιαφερόντων).
- ▶ Το τελικό στάδιο (που διαρκεί 3-4 ημέρες προ του θανάτου και χαρακτηρίζεται από σχεδόν συνεχή **έλλειψη επαφής με το περιβάλλον** και ασαφή αντίληψη των αισθητηριακών ερεθισμάτων). 32

4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ – ΤΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ «ΠΙΣΤΕΥΩ» ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥΣ

4.1) ΠΡΕΠΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ;

4.2) ΤΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ «ΠΙΣΤΕΥΩ» ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο προηγούμενο κεφάλαιο, είδαμε όλα εκείνα τα ψυχολογικά στάδια από τα οποία μπορεί να διέρχεται ένας καρκινοπαθής, τα ψυχολογικά προβλήματα που είναι δυνατό να παρουσιάζει εξαιτίας της ασθένειάς του, ακόμα και εξαιτίας της μεθόδου θεραπείας του. Τονίσαμε, ότι κάθε ασθενής με καρκίνο θα πρέπει να προσεγγίζεται σα μια μοναδική βιοψυχοκοινωνική οντότητα και ότι δε συμβαίνει σε όλους του καρκινοπαθείς να περνούν από τα στάδια αυτά.

Στο κεφάλαιο αυτό, θα μιλήσουμε για το γεγονός της απόκρυψης ή όχι της διάγνωσης της ασθένειας του καρκίνου από τον ίδιο τον ασθενή. Επίσης, θα κάνουμε μια μικρή αναφορά στα αρνητικά κοινωνικά «πιστεύω» για τον καρκίνο και στις επιπτώσεις που έχουν αυτά στην υγεία, ψυχική και σωματική, στους καρκινοπαθείς.

4.1) ΠΡΕΠΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ ΤΟΥ;

Όποιος αντιμετωπίζει τον καρκίνο ή τους όγκους σαν αρρώστια, σαν μια ασθένεια του σώματος και της ψυχής, πρέπει να σκέπτεται ότι έχει μπροστά του, τον άμεσο συγγενή, ολόκληρη την οικογένεια, τον πλούσιο, τον φτωχό, τον πραγματικά έξυπνο ή εύστροφο, αυτόν που πολλοί αναφέρουν σαν δυνατό και φθάνει πελιδνός μπροστά μας, αυτόν που επιθυμεί να ακούσει την αλήθεια και αυτόν που δε θέλει να ακούσει την αλήθεια. Όποιος αντιμετωπίζει αρρώστους με καρκίνο, ας σκεφθεί ότι μπορεί ο ίδιος ή ο πιο αγαπημένος δικός του να είναι την ίδια στιγμή ή την άλλη στη δύσκολη αυτή θέση. Τι θα θέλει τότε να μάθει, να ακούσει ή να δεχθεί ; 6

Το ερώτημα για αν θα πρέπει ο ασθενής με καρκίνο να πληροφορείται για τη φύση της αρρώστιας του, έχει απασχολήσει και απασχολεί ακόμη, γιατρούς, ψυχιάτρους, εκκλησία και όλους εκείνους που εργάζονται κοντά του, για να προστεθεί ένα μεγάλο και σε εμάς τους νοσηλευτές- νοσηλεύτριες. Και εμείς τι θα απαντήσουμε; Θα του κρύψουμε την αλήθεια; Πρέπει ο ασθενής να γνωρίζει τη διάγνωση της νόσου; Πρέπει να γνωρίζει τους ανθρώπινους υπολογισμούς για το χρόνο της ζωής του;

Ο τρόπος που ο άρρωστος δέχεται την πληροφορία ότι έχει καρκίνο συχνά εξαρτάται από την ψυχοσύνθεση και το χαρακτήρα του, από τη φιλοσοφία του για τη ζωή και τις απόψεις του γύρω από τη ζωή και το θάνατο. 16

Το δίλημμα λοιπόν για το αν θα πρέπει ο ασθενής με καρκίνο να πληροφορείται ή όχι για τη διάγνωση της ασθένειάς του, δημιουργεί μεγάλο και δικαιολογημένο άγχος στο γιατρό και πολύ περισσότερο στο νοσηλευτή, μιας και αυτός είναι που βρίσκεται τις περισσότερες ώρες κοντά στον ασθενή. Πρέπει να επιλέξουμε ανάμεσα σε δυο απόψεις, αντίπολες σε μεθόδευση αλλά συγκλίνουσες σε στόχους.

Η **πρώτη άποψη** υποστηρίζει ότι η **ευαίσθητη ψυχολογική ισορροπία του αρρώστου δεν πρέπει να διαταραχθεί** με την άμεση πληροφόρησή του για την πάθησή του. Πολλές φορές η πληροφόρηση αυτή παραβιάζει την υποσυνείδητη επιθυμία του αρρώστου να μη μάθει τίποτα και κυρίως να μην ακούσει τη λέξη που σηματοδοτεί μέσα του την προοπτική του θανάτου. Η

αντίληψη αυτή υπακούει στο σκεπτικό ότι ο άρρωστος πρέπει να πεθάνει πριν πεθάνει μέσα του η ελπίδα.

Η **δεύτερη άποψη** υποστηρίζει ότι η **πληροφόρηση** του αρρώστου αποτελεί **δικαίωμά του** και ότι θεωρείται σφάλμα των επιστημόνων υγείας να αρνηθούν αυτή την πληροφόρηση (α) υποεκτιμώντας την ωριμότητα του ασθενούς, (β) εμποδίζοντας τη ρύθμιση εκκρεμοτήτων, (γ) εμποδίζοντας την ψυχολογική διαδικασία ανασκόπησης της ζωής στην ολότητά της, μια διαδικασία που συνήθως συμβαίνει στη γεροντική ηλικία και που είναι απαραίτητο να συμβεί πιο πρόωρα λόγω της αρρώστιας, και (δ) μειώνοντας τις δυνατότητες για αποτελεσματική θεραπεία, που θα υπήρχαν αν ο άρρωστος είχε σαφή επίγνωση της κρισιμότητας της κατάστασής του. 29, 32

Παρακάτω αναφέρονται οι δυσμενείς επιδράσεις, που μπορεί να έχουν στον ασθενή όταν του γίνεται γνωστή η διάγνωση της ασθένειας.

Η απόκρυψη της διάγνωσης της ασθένειας ποτέ δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Ο άρρωστος πολλές φορές πληροφορείται την ασθένειά του από άλλους ασθενείς, επισκέπτες και όχι σπάνια άτεχνα από το γιατρό ή το νοσηλευτή. Η **ενημέρωσή** του για την ασθένεια με τον τρόπο αυτό, αποτελεί τραυματική εμπειρία, **κλονίζει την πίστη** και την εμπιστοσύνη του στους επαγγελματίες υγείας. Πολλές φορές προκαλεί **σύγχυση, πανικό** και άλλοτε οδηγεί και στην αυτοκτονία.

Είναι γεγονός ότι η αυτοκτονία από τη διάγνωση της ασθένειας δεν είναι συχνό φαινόμενο, όταν ο άρρωστος λάβει με συμπάθεια και κατανόηση τις απαραίτητες πληροφορίες και του εξηγηθούν όλες οι απόψεις της ασθένειας, που δεν είναι μόνο δυσάρεστες αλλά πολλές φορές και ελπιδοφόρες. Ο Στεφανής (1981) υποστηρίζει ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας του καρκινοπαθή έχει σαφώς υπερεκτιμηθεί και πως πρέπει να δεχθούμε ότι οι καρκινοπαθείς αυτοκτονούν τόσο συχνά, όσο και οι μη καρκινοπαθείς. 29

Γενικά, πιστεύεται, ότι αν η ενημέρωση του ασθενούς γίνει με πρόγραμμα, στο οποίο θα γίνεται προσπάθεια για διάλυση αβάσιμων φόβων, τοποθέτηση του καρκίνου μεταξύ πολλών ανεπιθύμητων ασθενειών, κινητοποίηση ψυχικών και φυσικών δυνάμεων του ασθενούς για αντιμετώπιση της ασθένειας, θα βοηθήσει περισσότερους ανθρώπους και δε θα βλάψει ίσως κανένα. 16

Στη χώρα μας, όσον αφορά την πληροφόρηση ή όχι του ασθενούς για τη φύση της αρρώστιας του, εφαρμόζεται συνήθως τακτική συμβατή με την πρώτη

άποψη που αναλύσαμε παραπάνω, ότι δηλαδή η ευαίσθητη ψυχολογική ισορροπία του ασθενούς δεν πρέπει να διαταραχθεί με την άμεση πληροφόρηση για την πάθησή του. Αυτή η τακτική έρχεται σε αντίθεση με τις περισσότερες δυτικοευρωπαϊκές χώρες και τις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου συνηθίζεται η ενημέρωση του ασθενούς για την πάθησή του. Βέβαιο είναι, ότι ο προβληματισμός των επαγγελματιών υγείας, δεν είναι δυνατό να επιλυθεί με κανόνες και οδηγίες, γιατί κάθε άρρωστος είναι μια ξεχωριστή περίπτωση και ως τέτοια πρέπει να αντιμετωπίζεται. Δεν υπάρχει λόγος να παραβιάζεται η ψυχολογική άμυνα ενός ανθρώπου που η πραγματικότητα του φαίνεται τόσο οδυνηρή, ώστε να αρνείται να δεχθεί την ασθένειά του, ούτε υπάρχει λόγος να αποκρύψουμε την αλήθεια από έναν ώριμο και προετοιμασμένο άνθρωπο, που θέλει να εξασφαλίσει τα παιδιά του και χρησιμοποιήσει το χρόνο του με επίγνωση των αντικειμενικών χρονικών περιορισμών.

Και στις δύο περιπτώσεις, οι νοσηλευτές, ως ευαίσθητοι επαγγελματίες υγείας, πρέπει να είμαστε διαθέσιμοι στον ασθενή μας για την προσφορά της καλύτερης δυνατής ψυχολογικής υποστήριξης που χρειάζεται, τόσο ο άρρωστος όσο και η οικογένειά του. ³²

4.2) ΤΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ «ΠΙΣΤΕΥΩ» ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥΣ

Οι εμπειρίες μας επιβεβαιώνουν δραματικά τη δύναμη της αρνητικής προσδοκίας. Αυτή η δύναμη είναι ιδιαίτερα τρομακτική εάν σκεφθούμε τα γενικά πιστεύω της κοινωνίας μας για τον καρκίνο και τις πιθανές επιδράσεις στους καρκινοπαθείς. Πιο απλά τα «πιστεύω» της κοινωνίας μας για τον καρκίνο είναι τα εξής:

- ✚ Ο καρκίνος είναι συνώνυμος με το θάνατο.
- ✚ Ο καρκίνος είναι κάτι που χτυπάει απέξω και δεν υπάρχει ελπίδα να τον ελέγξεις.
- ✚ Η θεραπεία, είτε είναι ακτινοθεραπεία, είτε χημειοθεραπεία, είτε χειρουργική, είναι δραστική και αρνητική, ενώ συχνά έχει ανεπιθύμητες ενέργειες.

Αν οι προσδοκίες συμμετέχουν στα αποτελέσματα, τότε αυτά τα κοινωνικά πιστεύω προκαλούν ένα βαρύ αρνητικό αποτέλεσμα. Οι εφημερίδες και τα περιοδικά αναφέρουν ιστορίες ανθρώπων που πέθαναν μετά από μακροχρόνια μάχη με τον καρκίνο. Το φανερό μήνυμα αυτών των ιστοριών συνήθως είναι η γενναιότητα των συγκεκριμένων ανθρώπων. Το κρυμμένο μήνυμα είναι η γενναιότητά τους στην αντιμετώπιση του αναπόφευκτου θανάτου. Όταν όλοι μας αναφερόμαστε σε κάποιον καρκινοπαθή, ο τόνος της συζήτησης αλλάζει, υπάρχει αμήχανη σιωπή, οι ακροατές γυρίζουν το βλέμμα τους αλλού- συμφωνώντας όλοι για την αναμονή του θανάτου.

Οι ασθενείς με καρκίνο είναι φυσικά πολύ ευαίσθητοι σε τέτοια αρνητικά μηνύματα. Πολλοί αναφέρουν ότι μόλις οι φίλοι τους έμαθαν για την ασθένειά τους, άρχισαν να τους αποφεύγουν γιατί δεν γνώριζαν πώς να τους συμπεριφερθούν, αφού θεωρούνταν «σα να ήταν ήδη νεκροί». Πολλοί αποφεύγουν τους καρκινοπαθείς γιατί τους απωθεί η σκέψη του θανάτου, όπως και ο φόβος ότι ίσως κατά κάποιο τρόπο ο καρκίνος να είναι «κολλητικός».

Αυτή η τραγική σειρά αρνητικών προσδοκιών μεταδίδεται όχι μόνο από τους φίλους και τους συγγενείς, αλλά κάποιες φορές και από τους γιατρούς και νοσηλευτές. Ένας άριστος ειδικευμένος γιατρός με πολλές γνώσεις, στην παρουσία ενός ασθενή με διάγνωση καρκίνου, μεταβάλλεται σε άκομπο φιλόσοφο που προσπαθεί να παρηγορήσει τον ασθενή με κοινοτυπίες για το βέβαιο κατά τη γνώμη του θάνατο.

Τίποτε από αυτά δε λέγεται για να κατηγορήσουμε το γιατρό ή τους ταραγμένους φίλους και τους αμήχανους συγγενείς. Απλά περιγράφουμε τα γεγονότα. Γνωρίζουμε όλοι μας τις στιγμές που μεταδόθηκαν και οι δικές μας αρνητικές προσδοκίες σε κάποιον ασθενή ή τις στιγμές που η δική μας αίσθηση ανεπάρκειας συσσωρεύτηκε στα συναισθήματα ανεπάρκειας του ασθενή. Το αξιοθρήνητο αποτέλεσμα όλων αυτών των αρνητικών προσδοκιών, για τις παρενέργειες, τον πόνο και το θάνατο που μεταδόθηκαν στον ασθενή είναι μια αυτοεκπληρούμενη προφητεία. Με διαφορετικά «πιστεύω» και προσδοκίες όμως το αποτέλεσμα θα μπορούσε να είναι διαφορετικό. 26

ΜΕΡΟΣ Γ'

5ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

- 5.1) ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ
- 5.2) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ – ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ
- 5.3) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ
- 5.4) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ 5 ΣΤΑΔΙΩΝ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΒΙΩΝΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ KUBLER ROSS
- 5.5) ΨΥΧΟΝΕΥΡΟΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ- ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ
- 5.6) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αντίληψη ότι ο καρκίνος είναι απλά και μόνο ένα βιολογικό γεγονός, ανήκει πλέον στο παρελθόν.

Όπως όλες οι ασθένειες, έτσι και ο καρκίνος δεν αναπτύσσεται σε ψυχοκοινωνικό κενό. Επομένως, και η αντιμετώπισή του δεν πρέπει να παραβλέπει τους ψυχοκοινωνικούς συντελεστές, πρέπει δηλαδή να είναι πολυδιάστατη και πολυπαραγοντική.

Στο κεφάλαιο αυτό, θα αναφερθούμε στον τρόπο, με τον οποίο θα πρέπει να προσεγγίζεται και να αντιμετωπίζεται ο ασθενής με καρκίνο, από τους ανθρώπους που βρίσκονται κοντά του, όπως τους συγγενείς και τους φίλους. Κυρίως όμως, αναφερόμαστε στην ψυχολογική νοσηλευτική προσέγγιση και υποστήριξη και στα προσόντα που θα πρέπει να διαθέτει ο νοσηλευτής ογκολογίας. Τέλος, προστίθεται η νοσηλευτική φροντίδα του καρκινοπαθούς που βρίσκεται στο τελικό στάδιο.

Το κεφάλαιο αυτό, είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον και σημαντικό, για το νοσηλευτή που αντιμετωπίζει στην εργασία του ασθενείς με καρκίνο και κυρίως για το νοσηλευτή που εργάζεται σε ογκολογικό τμήμα. Και αυτό διότι, όπως

προαναφέραμε, κάθε ασθενής παρουσιάζει μια ιδιαίτερη και μοναδική προσωπικότητα και χρειάζεται μοναδική αντιμετώπιση και μεταχείριση.

5.1) ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η φροντίδα για την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς θα πρέπει ασφαλώς να παρέχεται παράλληλα με σχολαστική φροντίδα για τα σωματικά συμπτώματα που πολλές φορές υπερκαλύπτουν σε σημασία και αμεσότητα την υπαρξιακή αγωνία του αρρώστου. Ιδιαίτερα ο πόνος, πιστεύεται ότι πρέπει να αντιμετωπίζεται προληπτικά και με κάθε μέσο, συμπεριλαμβανομένων και των οπιούχων, στις περιπτώσεις καρκινοπαθών με μικρό προσδόκιμο επιβίωσης.

Στο προηγούμενο κεφάλαιο, είδαμε πως ένα μεγάλο ποσοστό καρκινοπαθών αναπτύσσουν στη διάρκεια της νόσου κατάθλιψη. Κι αυτοί όμως που δεν παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές δεν παύουν να έχουν ψυχολογικά προβλήματα που όχι μόνο επηρεάζουν την ατομική, συναισθηματική τους ζωή και τις σχέσεις τους με το περιβάλλον αλλά επιδρούν και στην πορεία της ίδιας της νεοπλασματικής εξεργασίας.¹⁰

Η ανάγκη λοιπόν σωστής ψυχολογικής αντιμετώπισης είναι ολοφάνερη. Αρχίζει από την πρώτη επαφή με τον ασθενή και δεν τελειώνει παρά είτε στην επιθανάτιο κλίνη, είτε στην πλήρη βιολογική και κοινωνική του αποκατάσταση.

Καίριες είναι οι πρώτες επαφές, στη διάρκεια των οποίων διεξάγονται διαγνωστικές εξετάσεις, οριστικοποιείται η διάγνωση και επακολουθεί η πληροφόρηση του ασθενούς και ο θεραπευτικός σχεδιασμός. Η **σχέση νοσηλευτή-αρρώστου** σε αυτή τη φάση είναι σε μεγάλο βαθμό **καθοριστική** για την παραπέρα ψυχολογική προσαρμογή του ασθενούς στις απαιτήσεις της θεραπείας και στην πραγματικότητα γενικά της αρρώστιας.

Η **συνεργασία** νοσηλευτή- ασθενούς ή ιατρού- ασθενούς, το ψυχολογικό δόσιμο του αρρώστου, έρχεται γρήγορα, εάν ο νοσηλευτής, ο ιατρός, ο κοινωνικός λειτουργός, διαθέτει **υπομονή** και επιθυμεί να διαθέσει το χρόνο του για να τον ακούσει. Να ακούσει και αυτόν και τον συγγενή που τον συνοδεύει. Ας ρωτήσουμε αρχικά για τη ζωή, τα παιδικά χρόνια και τις συνήθειες του ασθενούς, για να νιώσει ο καθένας, ο κάθε άρρωστος ότι δεν είναι το νούμερο που θα μπει στον υπολογιστή. Τότε θα αρχίσει να αισθάνεται καλύτερα στο ξενικό γι αυτόν περιβάλλον, σε ένα χώρο που τον έχουν σύρει ίσως, χωρίς να το επιθυμεί ή ακόμα και με πραγματική αντίδραση. Όταν όμως ηρεμήσει, η συζήτηση αρχίζει

ευκολότερα, όλες οι απαντήσεις έρχονται πιο άνετα και θα οδηγήσουν στο σωστό δρόμο, στο μονοπάτι που εμείς θέλουμε. Ας αφιερώσουμε αρκετό από το χρόνο μας διαβάζοντας τις εξετάσεις του, έστω και εάν φανερώνουν από την πρώτη ματιά τη συγκεκριμένη παθολογική αιτία.

Βασικές αρχές αντιμετώπισης ασθενούς με καρκίνο περιλαμβάνουν, **ενημέρωσή** του σχετικά με τη νόσο και τις αναγκαίες θεραπευτικές διαδικασίες. **Απομυθοποίηση φαντασιώσεων, ψυχολογική προετοιμασία** για την αποδοχή των συνεπειών της νόσου και συντόμευση του ρόλου του ασθενούς. Συγκεκριμένες κλινικές διαταραχές, όπως για παράδειγμα άγχους ή κατάθλιψης, επιβάλλουν παράλληλη ειδική θεραπεία. 2, 6, 8, 23, 29, 32

5.2) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο νοσηλευτής ογκολογίας κατέχει ηγετικό ρόλο στην ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς, αφού τις περισσότερες ώρες, αυτός είναι που βρίσκεται κοντά στον ασθενή για ό,τι χρειάζεται και ό,τι επιθυμεί.

Ο ρόλος του νοσηλευτή ογκολογίας ποικίλει και εξαρτάται από το χώρο και το είδος της περίθαλψης που χρειάζεται ο ασθενής ανά πάσα στιγμή. Όμως, ο βασικός στόχος είναι η **βελτίωση της ποιότητας ζωής** των καρκινοπαθών. Για να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός, ο νοσηλευτής αφιερώνεται ολόψυχα στην ανακούφιση του σωματικού πόνου και στην **παροχή ψυχολογικής βοήθειας** στον ασθενή και στην οικογένειά του. 5 Επιπρόσθετα, στόχος μας είναι να βοηθήσουμε τον ασθενή να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητά του, να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την ασθένεια. 16

Προσόντα Νοσηλευτή ογκολογίας

Ο νοσηλευτής που βρίσκεται κοντά στον ασθενή με καρκίνο, πρέπει να διαθέτει ορισμένα προσόντα. Επιβάλλεται να είναι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός. Θα πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει το συνάνθρωπο και του προσφέρει τον εαυτό του με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά του. Για να μπορέσει όμως να επιτύχει αυτό, χρειάζεται:

- ✿ Γνώσεις
- ✿ Φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική
- ✿ Ικανοποίηση (θετική ενίσχυση)
- ✿ Βοήθεια και υποστήριξη (βοήθεια από κάποιον που βρίσκεται κοντά του)

Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει, εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου του θανάτου. Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή με ό,τι είναι, με ό,τι γνωρίζει και με ό,τι έχει τη δύναμη να κάνει. 16

Τη γνώμη του μπορεί να εκφράζει ένας νοσηλευτής στον άρρωστο σε μια δεδομένη στιγμή με **ικανότητα**, με **διορατικότητα**, με **δεξιότητα**, με **σεβασμό** και με **αρετή**. Είναι μια ικανότητα που δημιουργείται και εξελίσσεται με άσκηση. Ίσως χρειάζεται και έμφυτη ιδιοσυγκρασία. Χρειάζεται όμως έκφραση αξιοπρέπειας και επιτήδειο τρόπο ενέργειας. Η **επικοινωνία** μας με τον ασθενή άμεσα ή έμμεσα, πρέπει να δίνει ένα θετικό παρόν, μια ψυχική ανταπόκριση. 6

Τέλος, ο νοσηλευτής ογκολογίας θα πρέπει :

- ✿ Να είναι αποφασισμένος περισσότερο να ακούει παρά να μιλάει.
- ✿ Να έχει ενσυναίσθηση, δηλαδή ελεγχόμενη συναισθηματική ταύτιση με τον ασθενή.
- ✿ Να έχει γνήσιο και ειλικρινές ενδιαφέρον για τον άρρωστο. 22, 30, 32

5.3) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Το θέμα της ικανότητας του ασθενούς να αντιμετωπίζει τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ασθένειας και πώς μπορεί η νοσηλευτική να παρεμβαίνει και να βοηθάει αποτελεσματικά, χρειάζεται έρευνα. 22 Σίγουρα, η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση είναι δυσκολότερη από τη σωματική. Από την κλινική παρατήρηση και εργασία και από κλινικές μελέτες, έχουν ήδη αναπτυχθεί ορισμένοι τρόποι παροχής ψυχοκοινωνικής βοήθειας, στα πλαίσια της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου. 20, 22

Μετά τη συλλογή και εκτίμηση των στοιχείων που διερευνήθηκαν καταστρώνεται εξατομικευμένο πρόγραμμα αποκατάστασης που περιλαμβάνει

καθορισμό προτεραιοτήτων, διατύπωση αντικειμενικών σκοπών και σχεδιασμό νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών αναγκών που διαπιστώθηκαν. 20

Στη συνέχεια αναφέρονται οι σημαντικότεροι Νοσηλευτικοί Στόχοι του προγράμματος και οι Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις αντίστοιχα, που απαιτούνται για να εκπληρωθούν :

α) Νοσηλευτικός διάλογος με τον ασθενή

Ο διάλογος με τον ασθενή χρησιμοποιείται ως υπεύθυνη νοσηλεία. Διαθέτουμε ετοιμότητα και χρόνο δίπλα στον ασθενή. Αξιολογούμε :

- Πώς βλέπει την αρρώστια του ο ίδιος και η οικογένειά του;
- Ποιες αλλαγές χρειάζεται να επιφέρει στη ζωή του λόγω της ασθένειάς του;
- Ποια πρόσωπα και ποια μέσα έχει να βοηθήσουν στην κάλυψη των αναγκών του;
- Τι περιμένει στο μέλλον;
- Ποια πράγματα έχουν αξία για τον ίδιο και τι πιστεύει;

Μέσα στο νοσηλευτικό αυτό διάλογο, συνήθως οι ασθενείς εξωτερικεύουν τα συναισθήματα και τους φόβους των. Αυτό που φοβούνται είναι ο πόνος, η εγκατάλειψη, η εξάρτηση από τους άλλους. Κυριεύονται από άγχος και μελαγχολία και το εκδηλώνουν κατά τη διάρκεια του διαλόγου.

Ο νοσηλευτής ακούει τον άρρωστο με **προσοχή**, θερμό **ενδιαφέρον** και **σεβασμό**. Η ακρόαση αυτή προσφέρει ευρύτερη βάση για μια πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση του αρρώστου από τις αντικειμενικές μετρήσεις των ζωτικών σημείων και τις αξονικές απεικονίσεις των οργάνων του. Ακόμη, ο διάλογος δρα και ψυχοθεραπευτικά διότι καταστέλλει τους φόβους του αρρώστου σε μεγάλο βαθμό. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί όχι μόνο τη **σιωπή** και την **ακρόαση** αλλά και την **ομιλία**. Μιλά και με τα λόγια του νοσηλεύει και θεραπεύει, διαβιβάζοντας στον ασθενή την **κατανόηση** και **ευαισθησία** του απέναντι στον πόνο, τις ανάγκες, τα προβλήματα, τις αδυναμίες ή και τις δυνατότητές του. Ακόμη για να τον βεβαιώσει ότι αληθινά ενδιαφέρεται και μεριμνά για τη βελτίωση της υγείας του. 14, 20, 22, 30

β) Ενθάρρυνση και καλλιέργεια ειλικρινούς και ανοικτής επικοινωνίας με τον άρρωστο και το περιβάλλον του

Με την υιοθέτηση πλήρους επικοινωνίας, ενημερώνεται και πληροφορείται ο ασθενής στο μέγεθος που ο ίδιος επιθυμεί και μπορεί, επιτρέπεται σε όλα τα μέλη της οικογένειας να συμμετέχουν στην οικογενειακή κρίση σε ένα επίπεδο ανάλογο με τις δυνατότητές τους, εμπνέεται και κερδίζεται η ενεργός συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, διαψεύδονται αδικαιολόγητοι φόβοι, καλλιεργείται **αίσθημα προσωπικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης** και καλύπτεται η ανάγκη του ασθενούς να θρηνησει εκείνο που έχασε, να εκδηλώνει τη λύπη του και το θυμό του, για να μην απομονωθεί συναισθηματικά. 16, 20, 25

γ) Δημιουργία- ενίσχυση και διαφύλαξη διαπροσωπικού κλίματος

Ολόκληρη η νοσηλευτική είναι διαπροσωπικό έργο. Επιστήμη και τέχνη του διαλόγου. Όχι μόνο η ακρόαση και η ομιλία, αλλά και η σιωπή, η συμπεριφορά, οι μορφασμοί, η βλεμματική επαφή, η απάντηση στην κλήση του ασθενούς, η τήρηση αποφάσεων και η σωματική φροντίδα, αποτελούν μορφές επικοινωνίας, που αν αξιοποιηθούν επιτυγχάνεται η δημιουργία άνετου διαπροσωπικού κλίματος, όπου ο νοσηλευτής είναι ικανός να γεφυρώνει αποστάσεις επικοινωνίας, να ενισχύει τη θέληση και ελπίδα του ασθενούς για ζωή. 20, 30

δ) Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του καρκινοπαθούς

Η αυτοεκτίμηση είναι πανανθρώπινη ανάγκη, ουσιαστικό στοιχείο και προϋπόθεση για τη σωματική και ψυχική υγεία του ανθρώπου. Γι αυτό είναι επιτακτική ανάγκη να εκτιμάται κατά τη νοσηλευτική αξιολόγηση και να προγραμματίζεται σαν νοσηλευτική παρέμβαση η αναστήλωση και η αύξησή της. Κι αυτό γιατί ο καρκινοπαθής, όπως προαναφέραμε παρουσιάζει υποβαθμισμένο το αίσθημα της προσωπικής αξίας. Ο νοσηλευτής προσπαθεί να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση του ασθενούς, παρεμβαίνοντας ως εξής :

- **Επαινεί** την προοδευτική ανάκτηση της ικανότητας του ασθενούς να αυτοεξυπηρετηθεί.
- **Βοηθάει** τον άρρωστο να επισημαίνει τις θετικές πλευρές και δυνατότητές του, τα διανοητικά και ψυχικά του χαρίσματα, το ενδιαφερόμενο περιβάλλον του και την ικανότητα να εκφράζει τις ανησυχίες του.
- Δείχνει την **εκτίμηση** που έχει για τον ασθενή του χωρίς λόγια, αλλά έμπρακτα και με τη συμπεριφορά.

Είναι πολύ σπουδαίο αλλά και δύσκολο το έργο της αναστήλωσης της αυτοεκτίμησης του ασθενούς με καρκίνο, γιατί απαιτεί συνεχή μετάδοση αισθημάτων αξίας και αξιοπρέπειας άνευ όρων. 20, 22

ε) Προαγωγή της αποτελεσματικότητας των ικανοτήτων και δυνατοτήτων του ασθενούς

Αυτή η ψυχολογική νοσηλευτική παρέμβαση επιτυγχάνεται όταν βοηθούμε τον ασθενή να γίνει **ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασής του**, να συγκεκριμενοποιεί τα προβλήματά του, να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να αντιμετωπίσει και να αναγνωρίζει την πρόοδο, να μπορεί να μοιράζεται τα συναισθήματά του και να ζητά βοήθεια, να αναγνωρίζει και να απολαμβάνει τις μικροχαρές της ζωής, να διακρίνει τη ρεαλιστική από την ψεύτικη ελπίδα και να μπορεί να υλοποιήσει το μήνυμα « Κάνε το σήμερα να αξίζει ». Μπορεί όμως να αξίζει όταν ο άρρωστος πονά; 14, 20

στ) Ενίσχυση του αισθήματος ανεξαρτησίας και αυτοελέγχου

Μερικοί τρόποι για την ενίσχυση του αισθήματος ανεξαρτησίας και αυτοελέγχου είναι:

- Μετατροπή του περιβάλλοντος και προσαρμογή στις νέες ανάγκες.
- Δυνατότητα να προτείνει και επιλέγει ο ασθενής τις ώρες επίσκεψης του νοσηλευτή.
- Ενημέρωση, η γνώση είναι δύναμη (ενημέρωση σχετικά με την αρρώστια, το είδος της θεραπείας)
- Ενίσχυση του ατόμου να εκφράσει τα συναισθήματά του.
- Ρεαλιστικοί, αντικειμενικοί σκοποί (ενεργός συμμετοχή του ασθενούς στον προγραμματισμό της φροντίδας του να θέτει σε συνεργασία με το νοσηλευτή ρεαλιστικούς αντικειμενικούς σκοπούς)
- Παρακίνηση σε δραστηριότητες που βοηθούν στην προαγωγή της υγείας του.
- Περιορισμός κάθε είδους δυσάρεστων παρενεργειών που προκύπτουν από την ίδια την ασθένεια (κολοστομία).
- **Ενίσχυση της ελπίδας:** είναι καθήκον του νοσηλευτή να διατηρεί και συντηρεί την ελπίδα του ασθενούς, αλλά και της οικογένειάς του. Η ελπίδα αποτελεί μια δυναμική πηγή για τον άνθρωπο. Ο νοσηλευτής ενισχύει θετικές σκέψεις όπως, θα προσπαθήσω, θα το καταφέρω, μπορεί να βρεθεί κάποιο άλλο φάρμακο, ο Θεός μπορεί να κάνει το θαύμα του. Τουναντίον

προσπαθεί να απομακρύνει αρνητικές τοποθετήσεις όπως: «Είμαι άχρηστος», «Η ζωή μου δεν έχει κανένα νόημα» κλπ. 12

ζ) Η υποστήριξη της οικογένειας του αρρώστου

Είναι σημαντική νοσηλευτική παρέμβαση και αναφέρουμε μερικά αντιπροσωπευτικά παραδείγματα νοσηλευτικών ερευνών που αποδεικνύουν το τι πραγματικά προσδοκά η οικογένεια από το νοσηλευτή. Στη θεωρία της η Martachio, υποστηρίζει ότι η οικογένεια του ασθενούς θεωρεί την ανακούφιση άγχους, σύγχυσης και απελπισίας, την αναστήλωση της ελπίδας για το μέλλον, την αναζήτηση εναλλακτικών επιλογών και τη μεγιστοποίηση των αμυντικών μηχανισμών της. Η Coburn γράφει ότι στο νοσηλευτικό προγραμματισμό η **οικογένεια** θα πρέπει να έχει διπλό ρόλο, τόσο σαν **αποδέκτης** φροντίδας, όσο και σαν **συμμέτοχος** στη φροντίδα του αρρώστου. 20, 26

η) Ομάδες συμπαράστασης και άλλα μέσα υποστήριξης

Μια άλλη σημαντική νοσηλευτική παρέμβαση είναι να ενημερώσουμε τον ασθενή με καρκίνο για τις ομάδες συμπαράστασης και άλλες σχετικές πηγές βοήθειας που μπορεί να υπάρχουν στην περιοχή του. Υπάρχουν νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και ψυχίατροι που είναι ελεύθεροι επαγγελματίες και διαθέτουν ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον και εμπειρία για τους καρκινοπαθείς. Οι περισσότεροι νοσηλευτές ογκολογίας είναι σε θέση να παρέχουν πληροφορίες για αυτές τις πηγές υποστήριξης. Μπορεί επίσης να συστήσουν **υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης** και ενίοτε γνωρίζουν πού βρίσκονται οι ομάδες συμπαράστασης. Οι ομάδες αυτές κατευθύνονται ή υποβοηθούνται από κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους ή ψυχιάτρους και σε πολλές από αυτές οι νοσηλευτές παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Σε πολλές ομάδες οι επικεφαλείς τους είναι άτομα που πάσχουν οι ίδιοι από καρκίνο.

Ασφαλώς, δεν επιθυμούν όλοι οι καρκινοπαθείς να συμμετέχουν σε οργανωμένες ομάδες συμπαράστασης. Πολλοί ασθενείς χρησιμοποιούν επιτυχώς τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους τους ως πηγή ψυχολογικής υποστήριξης. Άλλοι επιλέγουν την ατομική ψυχοθεραπεία, είτε με τη βοήθεια της ομάδας υποστήριξης, είτε χωρίς αυτή. Ωστόσο, είναι γνωστό ότι πολλοί καρκινοπαθείς αναγνωρίζουν πως οι ομάδες συμπαράστασης κατορθώνουν να δώσουν ελπίδα και να στηρίξουν την ανάρρωσή τους. 5

5.4) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ 5 ΣΤΑΔΙΩΝ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΒΙΩΝΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ KUBLER ROSS

α) Σε περιπτώσεις ασθενών που παρουσιάζουν **άρνηση** στη διάγνωση της ασθένειας ή στην παραδοχή των επιπτώσεών της με αποτέλεσμα να μην ακολουθούν τη φαρμακευτική αγωγή, καθήκον μας είναι να δράσουμε τόσο **συμβουλευτικά**, όσο και **υποστηρικτικά**. Να τους **στηρίξουμε** στις δύσκολες στιγμές της διάγνωσης και να συμβουλευόμαστε, ώστε να ακολουθήσουν τη θεραπεία, να συνεργαστούν, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της υγείας τους.

β) Όταν ο ασθενής με καρκίνο βιώνει το **στάδιο του θυμού**, θα πρέπει να είμαστε επιεικείς, να χρησιμοποιούμε διαγνωστικά τη χρήση μηχανισμού προβολής και μέσω της διαπροσωπικής επικοινωνίας να τον βοηθήσουμε να **αναζητήσει τη βαθύτερη αιτία του θυμού του**. Όπως αναφέραμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, οι ασθενείς θυμώνουν όχι μόνο με το γεγονός της ασθένειας και των επιπτώσεών της, αλλά συχνά μεταθέτουν το θυμό τους προς τους οικείους, ακόμα και προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Τέτοιου είδους συμπεριφορές εκ μέρους των ασθενών δεν θα πρέπει να αποτελούν εμπόδιο στην επικοινωνία, αλλά αφορμή για ουσιαστικότερη επικοινωνία και ανθρώπινη επαφή.

γ) Κατά το **στάδιο της διαπραγματεύσεως**, όπως περιγράφηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, υπάρχει περίπτωση ο ασθενής να αισθανθεί ότι έχει προδοθεί από το γιατρό, το νοσηλευτή, το Θεό ή από οποιονδήποτε άλλο με τον οποίο διαπραγματεύεται, όταν οι παραπάνω δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του και εγκαταλείπουν τον άρρωστο σε μια φθίνουσα πορεία που οδηγεί στο θάνατο. Στην περίπτωση αυτή, ο ρόλος μας είναι να **ενισχύσουμε την ελπίδα** του ασθενούς, γιατί ο ίδιος πιστεύει ότι ο αγώνας του παύει να έχει νόημα και ότι η πραγματική ίαση δε θα έρθει ποτέ για τον ίδιο. Θα πρέπει επίσης να τον συμβουλευόμαστε να μη σταματήσει να ακολουθεί τις οδηγίες του γιατρού. Όλα αυτά θα τα επιτύχουμε με την **καλλιέργεια επικοινωνίας** και διαλόγου με τον ασθενή.

δ) Στην περίπτωση εμφάνισης **κατάθλιψης**, θα πρέπει να παρατηρήσουμε τον ασθενή για τυχόν διαταραχές ύπνου και όρεξης που μπορεί να επιβαρύνουν την κατάστασή του, καθώς και να ερευνήσουμε την τυχόν ύπαρξη αυτοκτονικού

ιδεασμού. Ο ασθενής στο στάδιο αυτό χρειάζεται **προσοχή, στήριξη** αλλά και χώρο (ψυχολογικό και πραγματικό) και χρόνο για να θρηνησει.

ε) Όταν ο ασθενής **αποδέχεται** την αρρώστια του και συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου, δεν τον εγκαταλείπουμε ακόμα και σε αυτό το στάδιο της ασθένειάς του. Προσπαθούμε να δημιουργήσουμε και διαφυλάξουμε ένα διαπροσωπικό κλίμα, στο οποίο ακόμα και με τη βλεμματική επαφή, τη σιωπή, τη συμπεριφορά μας να μπορούμε να επικοινωνήσουμε με τον ασθενή μας, στο επίπεδο που ο ίδιος επιθυμεί, καλύπτοντας με αυτό τον τρόπο τις ανάγκες του. 27

5.5) ΨΥΧΟΝΕΥΡΟΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ- ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ψυχονευροανοσολογία

Η ψυχονευροανοσολογία (Ψ.Ν.Α), μελετά τη σχέση μεταξύ συμπεριφορικών, νευρικών και ενδοκρινικών διεργασιών και της ανοσιακής λειτουργίας. Στη σύντομη πορεία της επιβεβαίωσε ότι το νευρικό και το ανοσοποιητικό σύστημα αλληλο-ρυθμίζονται και επικοινωνούν διαρκώς και αναγκαστικά αμφίδρομα (Ader, 1992).

Η ψυχονευροανοσολογία, έφερε την επανάσταση στην ιατρική σκέψη και διαμόρφωσε μια θεωρία, η οποία, παρότι άρτια βασισμένη σε ερευνητικά δεδομένα, δεν έχει γίνει ακόμα πλήρως αποδεκτή από το κρατόν μηχανιστικό βιοιατρικό παράδειγμα- ότι δηλαδή, οι ψυχονοητοί παράγοντες είναι σημαντικοί μεσολαβητές ως και αιτιοπαθολογικοί παράγοντες σε νοσήματα που εμπλέκεται το ανοσιακό σύστημα. Παραταύτα, η επιστήμη της νοσηλευτικής από τη γένεσή της βασίζεται στην ολιστική αντιμετώπιση του ατόμου με ισότιμο βάρος στη φυσικο-βιολογική και ψυχοκοινωνική διάσταση. Πολλοί θεωρητικοί της Νοσηλευτικής έχουν αναλύσει την ολιστική φροντίδα και μπορούν να προσφέρουν ένα εννοιολογικό πλαίσιο για τη φροντίδα ατόμων με καρκίνο. Η Η. Peplau διατύπωσε τη θεωρία της Ψυχοδυναμικής Νοσηλευτικής, εννοώντας την ενεργητική ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου με ενσωμάτωση του ψυχολογικού νοήματος των γεγονότων στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Η ψυχοδυναμική νοσηλευτική επιδρά τόσο στη σφαίρα των ψυχοβιολογικών εκδηλώσεων στη νόσο μέσω της

καθημερινής φροντίδας, όσο και στην ψυχο-νοητική και νευρο-ενδοκρινική αντίδραση μέσω ψυχοδυναμικών παρεμβάσεων. 19

A) Κλασικές Ψυχοδυναμικές Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Εκπαίδευση: Η εκπαίδευση των ασθενών με καρκίνο είναι μια από τις πιο συχνά διερευνώμενες παραμέτρους, είτε σε συσχέτιση με τη μείωση του στρες, είτε και σε συσχέτιση με την έκβαση. Η επίδραση της εκπαίδευσης στη μείωση του στρες έχει καταδειχθεί σε πολλές νοσηλευτικές μελέτες (Smith et al, 1994) και συσχετίζεται τόσο με τη μεταβολή της συμπεριφοράς, όσο και με την αίσθηση ελέγχου και τη συνεπακόλουθη επίδραση στην ψυχολογική αντίδραση του ατόμου. Οι Richardson et al (1990) ανέφεραν σημαντική αύξηση της επιβίωσης από τα τρία διαφορετικά εκπαιδευτικά προγράμματα εξαιτίας της συμμόρφωσης των ατόμων με τη θεραπεία. Εκτός από τα θέματα σχετικά με τις διαγνωστικές εξετάσεις, τη θεραπεία (εναλλακτικές λύσεις, παρενέργειες, αντιμετώπιση), την ίδια τη νόσο (σημεία/ συμπτώματα επέκτασης, επανεμφάνισης, φυσική πορεία, διαχείριση συμπτωμάτων) και τη διατροφή, σημαντική είναι η αναφορά στη σχέση μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και καρκίνου. Η αναφορά γίνεται με δομημένο τρόπο ώστε να ελαχιστοποιείται η πιθανότητα πρόκλησης ενοχών και άγχους. Η παράλληλη χρήση εγκεκριμένου εκπαιδευτικού υλικού είναι σκόπιμη, πλην όμως το ψυχοδυναμικό αποτέλεσμα της εκπαίδευσης φαίνεται ότι σχετίζεται κατά κύριο λόγο με τη θεραπευτική διαπροσωπική σχέση νοσηλευτή- ατόμου.

Η θεραπευτική επικοινωνία, παρότι δεν έχει ελεγχθεί ανεξάρτητα σε δομημένη παρέμβαση, παρέχει το κατάλληλο διαπροσωπικό κλίμα απαραίτητο για κάθε ψυχοδυναμική παρέμβαση. Στοχεύει στην ενίσχυση και έκφραση του αυτο-θεραπευτικού δυναμικού του ατόμου. Προϋπόθεση είναι η προσωπική ψυχολογική και πνευματική διεργασία του ίδιου του Νοσηλευτή, ώστε να επιτύχει θεραπευτική πρόθεση και κατεύθυνση.

Η συμβουλευτική είναι μια από τις λιγότερο συχνά διερευνημένες παρεμβάσεις με μέτρια όμως αποτελέσματα (Smith et al, 1995). Οι Maguire et al (1980) ανέφεραν ότι η συμβουλευτική από εξειδικευμένο νοσηλευτή δεν είχε επίδραση στην ψυχιατρική νοσηρότητα των γυναικών με μαστεκτομή ως ένα έτος μετά την επέμβαση, πλην όμως στους 18 μήνες υπήρχε σημαντική διαφορά πιθανά εξαιτίας της συχνής επαφής με το νοσηλευτή. Η συμβουλευτική από επιβιώσαντες

ασθενείς σε γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο επίσης δεν είχε θετικά αποτελέσματα (Houts et al, 1986).

Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη, είναι μια άλλη παράμετρος που έχει διερευνηθεί, συχνά ως τμήμα σύνθετων παρεμβάσεων. Οι Spiegel et al 1981, 1989) σε μια μελέτη ορόσημο, έδειξαν ότι εβδομαδιαία υποστήριξη σε ομάδες, με στόχους τη βελτίωση των σχέσεων, της στάσης απέναντι στη ζωή και στην αντιμετώπιση του πένθους διπλασίασε το χρόνο επιβίωσης γυναικών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Είναι ενδιαφέρον ότι η ψυχοκοινωνική υποστήριξη δεν έχει μελετηθεί σαν αυτόνομη νοσηλευτική παρέμβαση, παρότι ψυχολογικές μελέτες την εφαρμόζουν ως ανεξάρτητη δομημένη ψυχολογική παρέμβαση. Ωστόσο, ως τμήμα των λειτουργιών του, ο νοσηλευτής προσφέρει σε διαρκή, αν και συχνά σε μη δομημένη, μορφή υποστήριξη τόσο στο άτομο όσο και στην οικογένεια.

Ανακεφαλαιώνοντας, θα μπορούσαμε να σημειώσουμε ότι αυτό που επιφέρει το μέγιστο αποτέλεσμα είναι η σύνθεση διαφορετικών τύπων παρεμβάσεων (Fawzy, 1999; Smith, 1995). Σε μια πολύ σημαντική ψυχονευροανοσολογική μελέτη με συμμετέχοντες άτομα με μελάνωμα, οι Fawzy et al (1990 a-b, 1993) ανέφεραν ότι μια σύνθετη εβδομαδιαία παρέμβαση διάρκειας έξι εβδομάδων βελτίωσε τις ανοσολογικές παραμέτρους, ιδιαίτερα τους αριθμούς και τη διεγερσιμότητα των φονικών κυττάρων, την επιβίωση, την επανεμφάνιση μελανώματος και την ψυχολογική κατάσταση. Η παρέμβαση περιελάμβανε εκπαίδευση, διαχείριση στρες, ενίσχυση δεξιοτήτων αντιμετώπισης στρες, τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και ψυχολογική υποστήριξη. 19

B) Εναλλακτικές Ψυχοδυναμικές Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Υποβοηθούμενη εικονοποίηση : Είναι η τεχνική της συγκέντρωσης σε νοητικές εικόνες ή νοητικές αλληλουχίες συμβάντων που προάγουν την ανάρρωση. Χρησιμοποιείται ευρέως σε παιδιά και σε άτομα με καρκίνο. Το άτομο εστιάζει, για παράδειγμα, στην εικόνα καταστροφής καρκινικών κυττάρων από ανοσιακά. Η εικονοποίηση μπορεί να είναι υποβοηθούμενη με εικόνες από το νοσηλευτή αλλά έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν οι εικόνες παράγονται από το ίδιο το άτομο και είναι ανατομικά σωστές. Προαπαιτείται χαλάρωση και εστιασμένη συγκέντρωση, τα οποία είναι συστατικά των περισσότερων εναλλακτικών παρεμβάσεων. Στην επαναξιολόγηση του δείγματος μιας

τυχαιοποιημένης μελέτης ύπνωσης/ εικονοποίησης αναφέρθηκε μείωση της θνητότητας και αύξηση της διάρκειας επιβίωσης σε γυναίκες με κακοήθεια (Spiegel, 1997).

Ο διαλογισμός, στοχεύει στη διεύρυνση της συνειδητότητας και αυτό-συνειδητότητας μέσω συγκέντρωσης της προσοχής. Υπάρχουν δημοσιευμένες και ανεκδοτικές αναφορές περιπτώσεων ύφεσης νεοπλασματος μετά από εντατικό διαλογισμό, πλην όμως οι κλινικές μελέτες είναι λίγες. Μελέτες στον καρκίνο μαστού και προστάτου έχουν δείξει ευνοϊκές οργανικές επιδράσεις του διαλογισμού, πιθανά μέσω αύξησης ενός νευροπεπτιδίου, της μελατονίνης (Coker, 1999; Massion et al, 1995).

Το θεραπευτικό άγγιγμα- μαλάξεις, είναι η τεχνική που αναπτύχθηκε από την D. Krieger στη δεκαετία του 1970 και έγινε ευρέως αποδεκτή. Έχοντας αναπτυχθεί από νοσηλεύτρια, θεωρείται η νοσηλευτική <<συμβολή>> στις εναλλακτικές θεραπείες. Εδώ, θα πρέπει να γίνει ένας διαχωρισμός: οι μαλάξεις δεν αποτελούν θεραπευτικό άγγιγμα, το οποίο είναι κατά κύριο λόγο βιο-ενεργειακή θεραπεία χωρίς απτική επαφή του θεράποντα με τον αποδέκτη. Παρότι ευρέως χρησιμοποιούμενο στον καρκίνο, οι ποσοτικές ερευνητικές μελέτες είναι πολύ λίγες. Οι Giasson et al (1998), αναφέρουν προαγωγή της ευεξίας και μείωση συμπτωμάτων με το θεραπευτικό άγγιγμα.

Η θεραπευτική γρήση του Humor (γέλιου) έχει αιμοδυναμικές επιδράσεις αλλά και ανοσολογικές: διεγείρει την ανοσία και την νευροενδοκρινική απόκριση. Η προσωπική εμπειρία του γιατρού/ ερευνητή Norman Cousins, διέγειρε το ερευνητικό ενδιαφέρον για το humor ως θεραπευτική παρέμβαση με πολλά και σημαντικά πειραματικά αποτελέσματα. Στον καρκίνο όμως οι μελέτες είναι σπάνιες, παρότι υπάρχουν πολλές αναφορές κλινικών περιπτώσεων.

Άλλες εναλλακτικές ψυχοδυναμικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι η **μουσική**, η **Αυτό- ύπνωση**, η **βιοανάδραση**, η **προσευχή**.¹⁹

5.6) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

« Ο θάνατος ανήκει στη ζωή όπως η γέννηση και το περπάτημα γίνεται με το σήκωμα του ποδιού και το κατέβασμά του ».

P. Ταγκόρ²³

Το τελικό στάδιο στον ασθενή με καρκίνο είναι πολύ μακρύ σε χρόνο, πολύ επώδυνο, πολύ δύσκολο για τον ίδιο, για τους συγγενείς και τους λειτουργούς υγείας που θα ασχοληθούν με τον άρρωστο.

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτό το στάδιο της ζωής του ασθενούς είναι πολύ σημαντικός. Είναι πρωταρχικά υποστηρικτικός. Η θέση των νοσηλευτών είναι κεντρική, η ευθύνη τους μεγάλη και το έργο τους σημαντικό στη βοήθεια του αρρώστου που πεθαίνει, αλλά συγχρόνως ζει. Το σημαντικότερο που μπορεί να προσφέρει ο νοσηλευτής είναι να **«βοηθήσει τον ασθενή να ζήσει μέχρι να πεθάνει»**, εξασφαλίζοντας το απαραίτητο κλίμα αξιοπρέπειας και την ποιότητα στις συνθήκες διαβίωσής του. Ο Νοσηλευτής είναι το στάδιο αυτό της ζωής του αρρώστου, ο **συνδετικός κρίκος** με όλους όσους μπορεί να του προσφέρουν κάτι.

20, 27

Εκεί όπου και η πλέον περίπλοκος και υπερσύγχρονος θεραπεία σταματάει, η νοσηλεία συνεχίζει να πραγματοποιεί τους σκοπούς της, προσφέροντας στον άρρωστο που πεθαίνει την **ανακούφιση**, την υποστήριξη, την **προστασία των δικαιωμάτων του**, την **εκπλήρωση των αναγκών του**, την **ελπίδα** για την αιωνιότητα. Οι νοσηλευτές περισσότερο από κάθε άλλη φορά έχουν την ευκαιρία να δουν τον άνθρωπο, σαν ανεπανάληπτη προσωπικότητα και εικόνα του Θεού. Πρέπει να είναι έτοιμοι να χρησιμοποιήσουν όλη τη νοσηλευτική τέχνη και επιστήμη για να βοηθήσουν τον άρρωστο **να ζήσει κάθε μέρα και ώρα**, μέχρι τη στιγμή του θανάτου του όσο το δυνατόν με μεγαλύτερη ψυχική και σωματική

άνεση, αξιοπρέπεια και ανακούφιση. Να ζήσει «**ανώδυνα, ανεπαίσχυντα και ειρηνικά**» τα τέλη της ζωής του. ¹

Κανείς δεν μπορεί να πείσει τον άρρωστο να αποδεχθεί το θάνατό του όταν το αρνείται, ούτε να του αρνηθεί όταν συνειδητοποιεί και επιθυμεί να συζητήσει τα συναισθήματά του και τις ανησυχίες του σχετικά με τον επικείμενο θάνατο.

Για μερικούς ο θάνατος είναι καλοδεχούμενος και γίνεται αντιληπτός ως «λύτρωση», ιδιαίτερα όταν έχουν υποφέρει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Για άλλους όμως η ιδέα και μόνο και του θανάτου συνοδεύεται από έντονο άγχος, φόβο, θυμό, θλίψη και μια πληθώρα συναισθημάτων που συχνά αποτελούν μέρος μιας ευρύτερης διεργασίας θρήνου ενόψει του επικείμενου θανάτου.

Ο νοσηλευτής, με τη διακριτική του παρουσία, εκπέμπει το μήνυμα ότι δεν εγκαταλείπει τον άρρωστο, ακόμα και όταν δε διαθέτει μέσα για να τον θεραπεύσει. Μερικές φορές ένα **χάδι**, η **σιωπηλή συντροφιά**, **μια ματιά**, ένας **φιλικός λόγος** αρκούν για να στηρίξουν ακόμα και ένα άτομο που βρίσκεται σε κώμα και διατηρεί επαφή με το περιβάλλον μέσω της ακοής, που θεωρείται η τελευταία από τις αισθήσεις που χάνει ο άνθρωπος. Ο νοσηλευτής βεβαιώνει τον άρρωστο ότι είναι κοντά του, αποδέχεται τον άρρωστο που πεθαίνει, όπως κι αν συμπεριφέρεται, δηλαδή δέχεται τη σιωπή του, την απόσυρση, τη λύπη, την οποιαδήποτε αντίδραση, την πλήρη εξάρτηση ή απόρριψη της φροντίδας του, τη συναισθηματική αποσύνδεση από τους ανθρώπους και το περιβάλλον του.

Η οικογένεια του ασθενούς που πεθαίνει εκδηλώνει την αγωνία της, τη θλίψη και τον πόνο με διάφορους τρόπους. Η κατανόηση και η παρηγοριά καθώς και η καθοδήγησή της και η διδασκαλία πώς να συμπεριφέρεται στον άρρωστο αυτές τις στιγμές, θεωρούνται νοσηλευτική ευθύνη. ^{1, 5, 20, 27, 29}

ΒΟΗΘΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΜΕ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

**«Θεράπευέ τον σαν άνθρωπο
μη του δίνεις οίκτο ή ευσεβείς συμβουλές
οι πιθανότητες είναι πως μπορεί να σου πει
ένα δύο πράγματα
για τα γεγονότα της ζωής
Κοίταξέ τον στα μάτια
Μη σκοτίζεσαι να χαϊδέψεις το κεφάλι του
Αυτό είναι η μόνη μοίρα**

**Αυτό είναι χειρότερο από το θάνατο
Τώρα και πάντα
Είναι μια πλήρης ανθρώπινη ύπαρξη
Η δύναμή του μπορεί να χάθηκε
Αλλά αυτό είναι το μόνο
Κοίταξε μέσα από τα μάτια του
Θα δεις τον κόσμο».**

ΜΕΡΟΣ Δ'

6ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

- 6.1) ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ- ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

- 6.2) ΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

- 6.3) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Θα ήταν παράλειψη αν δεν αναφερόμουν στο σημαντικό ρόλο του **Κοινοτικού Νοσηλευτή** στην **πρόληψη** των ψυχικών διαταραχών του καρκινοπαθούς. Παραδοσιακά, ο ρόλος του νοσηλευτή περιοριζόταν στη συμμετοχή του στη θεραπευτική αντιμετώπιση και στην ανακούφιση των χρονίως πασχόντων ασθενών με καρκίνο. Σήμερα, με τη μεγάλη ανάπτυξη του τομέα της πρόληψης, έχει ήδη προκύψει ένα μεγάλο πεδίο άσκησης νοσηλευτικής φροντίδας, με τη συμμετοχή των νοσηλευτών σε προληπτικά προγράμματα στην κοινότητα, όπως για παράδειγμα στη **Νοσηλεία στο σπίτι**. Ο αριθμός των ατόμων που χρειάζονται νοσηλεία στο σπίτι έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια και τα άτομα αυτά είναι κυρίως άρρωστοι από χρόνια νοσήματα, όπως είναι ο καρκίνος. Για την ανάληψη αυτής της αυξημένης ευθύνης, ο σύγχρονος νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει επαρκή εκπαίδευση αλλά και εξειδίκευση, που αποτελούν προϋποθέσεις για ισότιμο ή και αυτόνομο ρόλο στην προσπάθεια.

Στο κεφάλαιο αυτό, θα μιλήσουμε αρχικά για την έννοια της Κοινοτικής Νοσηλευτικής και της Νοσηλείας στο σπίτι, καθώς και για το ρόλο του κοινοτικού Νοσηλευτή στον τομέα της πρόληψης των ψυχικών νοσημάτων του ασθενούς με καρκίνο.

6.1) ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ- ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) δίδει τον παρακάτω ορισμό της Κοινοτικής Νοσηλευτικής :

« Η **Κοινοτική Νοσηλευτική** αποτελεί τον κλάδο της Νοσηλευτικής επιστήμης που συγκεντρώνει ειδικές γνώσεις και δεξιότητες, τις οποίες χρησιμοποιεί στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων που βρίσκονται στο συνηθισμένο περιβάλλον τους, όπως το σπίτι, το σχολείο ή και ο χώρος εργασίας. Είναι νοσηλευτική εργασία που ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου ». ¹²

Η **Νοσηλεία στο σπίτι** αποτελεί ουσιαστικό και ζωτικό τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και μαζί με την Αγωγή Υγείας αποτελούν την πεμπτούσια της Κοινοτικής Νοσηλευτικής.

Η Νοσηλεία στο σπίτι είναι η κατεξοχήν δραστηριότητα που διεκπεραιώνεται **στο χώρο που ζει ο άρρωστος**, δηλαδή στο σπίτι του. ¹²

6.2) ΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η Νοσηλεία στο σπίτι έχει τους παρακάτω σκοπούς :

- Βοήθεια αρρώστου να δραστηριοποιηθεί και να αυτοεξυπηρετείται.
- Πρόληψη επιπλοκών από τη χρονιότητα της νόσου.
- Φροντίδα ατόμου που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του, διατηρώντας τον στο δικό του περιβάλλον μέχρι το τέλος.
- Υποστήριξη και ενίσχυση του ασθενούς που περνά κάποια κρίση ή βρίσκεται σε κατάσταση άγχους.

- Ενημέρωση, διδασκαλία και παρότρυνση ατόμου, οικογένειας στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής για την προαγωγή της κοινοτικής υγείας.

12

6.3) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Η θέση της Νοσηλευτικής στην Κοινότητα είναι προσδιοριστική και απαραίτητη. Η Νοσηλευτική, όπως προαναφέραμε, χρησιμοποιεί μεθόδους ολιστικής προσέγγισης και είναι προσανατολισμένη πιο πολύ προς την υγεία, ψυχική και σωματική, την πρόληψη της αρρώστιας, την αγωγή υγείας αρρώστων και υγιών, τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας, την αποκατάσταση του αρρώστου ή τη συμβολή του στον ειρηνικό θάνατο. Στο κεφάλαιο αυτό θα ασχοληθούμε με την **πρόληψη των ψυχικών διαταραχών ασθενούς με καρκίνο.**

Επειδή η πρόληψη αποτελεί τον πρωταρχικό σκοπό της Κοινοτικής Νοσηλευτικής και της Αγωγής Υγείας, κρίνεται σκόπιμο να αναλυθεί η Προληπτική Νοσηλευτική Παρέμβαση στην Κοινότητα για τον καρκίνο. Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων είναι να αναχαιτίσουν ή να αναστρέψουν την ψυχολογική διεργασία, όσο το δυνατόν γρηγορότερα, προλαβαίνοντας μεγαλύτερη βλάβη. Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της ψυχικής αρρώστιας διακρίνονται 3 επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων: η Πρωτογενής, η Δευτερογενής κι η Τριτογενής Προληπτική Παρέμβαση. 12,22

Πρωτογενής Πρόληψη

Η Πρωτογενής Πρόληψη περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες και παρεμβάσεις, που αποβλέπουν στη **μείωση του δείκτη ψυχικής νοσηρότητας**, δηλαδή μείωση του αριθμού νέων περιπτώσεων ψυχικά αρρώστων σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό, εξαιτίας του καρκίνου. Αυτό μπορεί να επιδιωχθεί με δύο τρόπους:

α) Μελέτη και εξακρίβωση των στρεσογόνων παραγόντων και συνθηκών ζωής που προκαλούν απώλεια της ψυχικής ισορροπίας και διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις.

β) Εφαρμογή μέσων και μέτρων βοήθειας των ατόμων, ώστε να γίνουν πιο ανθεκτικά στις ψυχοβλαπτικές επιδράσεις.

Κάτι τέτοιο επιτυγχάνει ο νοσηλευτής με την **αγωγή ψυχικής υγείας**, με την οποία σκοπεύει να μεταδώσει στον πληθυσμό γνώσεις για τη φύση της ψυχικής αρρώστιας, τις τεχνικές πρόληψης, παράκαμψης ή υπερνίκησης του στρες και τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Δευτερογενής Πρόληψη

Η Δευτερογενής Πρόληψη επιδιώκει την **ανίχνευση των ψυχικά νοσούντων**, την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία της ψυχικής διαταραχής, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η διάρκειά της, να προληφθούν οι παθολογικές επιπτώσεις της στα μέλη της κοινωνίας και η εγκατάσταση της ψυχικής αναπηρίας στους αρρώστους.

Στη δευτερογενή πρόληψη, η νοσηλευτική μπορεί να συντελέσει με την ανίχνευση και αναγνώριση αρχικών σημείων μιας ψυχικής διαταραχής, ως αποτέλεσμα της ασθένειας του καρκίνου. Επίσης με την κατάλληλη αντιμετώπιση, καθοδήγηση και παραπομπή για θεραπεία, όταν χρειάζεται, **υποστηρίζει ψυχοθεραπευτικά** το άτομο και προλαμβάνει τη μεγαλύτερη ψυχική του αποδιοργάνωση.

Τριτογενής Πρόληψη

Η Τριτογενής πρόληψη, περιλαμβάνει τα **προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης**, που διατηρούν και καλλιεργούν τις θετικές ψυχοκινητικές και κοινωνικές ικανότητες του καρκινοπαθούς και τον βοηθούν να επανενταχθεί στην κοινωνία στο συντομότερο δυνατό χρόνο. Έτσι προλαμβάνονται η εγκατάσταση μόνιμης ψυχικής ανικανότητας και αναπηρίας στον καρκινοπαθή και η ισόβια αποκοπή του από την οικογένεια και τους κοινωνικούς δεσμούς.

Ανακεφαλαιώνοντας, ο κοινοτικός νοσηλευτής μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη ψυχικών διαταραχών του ασθενούς με καρκίνο και με εργαλείο του τη μεθοδολογία της Αγωγής Ψυχικής Υγείας, να **διαφωτίζει το κοινό** σχετικά με τη φύση της ψυχικής αρρώστιας, τις μεθόδους πρόληψης, παράκαμψης ή υπερνίκησης του στρες. Πάνω απ' όλα η νοσηλευτική είναι καθημερινά κοντά στον άνθρωπο και γίνεται **φρουρός, σύμβουλος και δάσκαλος της ψυχικής υγείας**. 9, 12, 17, 22

ΜΕΡΟΣ Ε'

7ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

- 7.1) ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
- 7.2) ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ
- 7.3) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μια μικρή αναφορά στη Νοσηλευτική Διεργασία, η οποία αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση της υγείας του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί.²⁴ Επίσης, αναφέρονται τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας, βάσει των οποίων περιγράφουμε ένα περιστατικό καρκινοπαθούς για τη φροντίδα του οποίου εφαρμόστηκε η μέθοδος της Νοσηλευτικής Διεργασίας.

7.1) ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι φιλοσοφία και επιστημονική μέθοδος ολιστικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Κατευθύνεται από θεωρητικές γνώσεις, προϋποθέτει προσωπική επικοινωνία και συνεργασία νοσηλευτή- αρρώστου και απαιτεί όλες οι νοσηλευτικές αποφάσεις και παρεμβάσεις να βασίζονται σε συστηματική εκτίμηση των προβλημάτων του αρρώστου και σε ανάλογο επιστημονικά τεκμηριωμένο προγραμματισμό. 22

7.2) ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τα **στάδια** της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι:

1. **Νοσηλευτική εκτίμηση και διάγνωση** των προβλημάτων του αρρώστου ως ενιαίας και αδιαίρετης βιο-ψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.
2. **Προγραμματισμός** των ενδεικνυόμενων νοσηλευτικών παρεμβάσεων με διατυπωμένους σκοπούς, προτεραιότητες και επιστημονικές αιτιολογήσεις, στα πλαίσια της ολιστικής αντιμετώπισης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου.
3. **Εφαρμογή** του προγράμματος φροντίδας που στηρίχθηκε στη νοσηλευτική διάγνωση του αρρώστου και καταστρώθηκε σε συνεργασία μαζί του
4. **Αξιολόγηση** των αποτελεσμάτων της νοσηλείας βάσει προδιατυπωμένων κριτηρίων, υποκειμενικών και αντικειμενικών δεδομένων και με εξέταση κατά πόσο εκπληρώθηκαν οι νοσηλευτικοί σκοποί και λύθηκαν τα προβλήματα του αρρώστου.

Κύρια **χαρακτηριστικά** της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι :

1. Η προσωπική γνωριμία και διαπροσωπική σχέση του νοσηλευτή με τον άρρωστο.
2. Η υπεύθυνη επιστημονική και συστηματική λήψη και εκτέλεση νοσηλευτικών αποφάσεων.
3. Η ενεργοποίηση του αρρώστου στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων του για τη συντομότερη ανάρρωση και υπεύθυνη ανάληψη της αυτοφροντίδας.
4. Η συμβολή στην προαγωγή της ακαδημαϊκής και κλινικής αξιοπιστίας της νοσηλευτικής και στην προβολή της ως επιστημονικού έργου με απεριόριστες προοπτικές ανάπτυξης. 21, 22, 24

7.3) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

A) Νοσηλευτική εκτίμηση του ασθενούς και νοσηλευτική διάγνωση

Η κ. Χ. 40 ετών, μητέρα δυο κοριτσιών ηλικίας 8 και 4 ετών, μπήκε στο νοσοκομείο με τη διάγνωση: **καρκίνος μαστού με πιθανή μετάσταση** στους πνεύμονες. Υποβάλλεται σε χημειοθεραπείες μια φορά το μήνα και τώρα χρειάστηκε να νοσηλευθεί, λόγω της μετάστασης και **αδυναμίας αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας**. Παρουσιάζει **χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας** και εξαιρετικά **φοβισμένη** : φόβος θανάτου, φόβος νέας μετάστασης, καθώς γνωρίζει την ήδη υπάρχουσα. **Αρνείται να δεχτεί την ασθένειά** της και τις επιπτώσεις που τις επιφέρει στην εικόνα του σώματός της: πτώση βάρους, μαλλιών και γενική παραμόρφωση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην ακολουθεί τη φαρμακευτική αγωγή.

B) Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας

Αντικειμενικοί Σκοποί:

- § Σε διάστημα δύο εβδομάδων, η άρρωστη να αρχίσει να αποδέχεται την ασθένειά της, καθώς επίσης και τις αλλαγές που της επιφέρει στην εικόνα του σώματός της, με τη βοήθεια του νοσηλευτή.

- § Να επανακτήσει την αυτοεκτίμησή της.
- § Να αρχίσει προοδευτικά να αυτοεξυπηρετείται και να μην εξαρτάται από τους γύρω της.
- § Να συμμετέχει ενεργητικά σε ομαδικές δραστηριότητες και να αρχίσει να επικοινωνεί με άλλους ασθενείς και με το προσωπικό.

Γ) Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής φροντίδας

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις:

- § **Ενθάρρυνση** και καλλιέργεια ειλικρινούς και **ανοικτής επικοινωνίας** με τον άρρωστο. **Υποστήριξη** της ασθενούς στις δύσκολες ώρες της διάγνωσης και παρακίνησή της να ακολουθήσει τη θεραπεία, να συνεργαστεί με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της υγείας της.
- § **Ενίσχυση αυτοεκτίμησης** της ασθενούς: ο νοσηλευτής βοηθάει την άρρωστη να επισημαίνει τις θετικές πλευρές και δυνατότητές της, τα διανοητικά και ψυχικά της χαρίσματα, το ενδιαφερόμενο περιβάλλον της και την ικανότητα να εκφράζει τις ανησυχίες της.
- § **Ενίσχυση του αισθήματος ανεξαρτησίας και αυτοελέγχου** : π.χ μετατροπή του περιβάλλοντος και προσαρμογή στις νέες ανάγκες, ενεργός συμμετοχή του ασθενούς στον προγραμματισμό της φροντίδας του και να θέτει σε συνεργασία με το νοσηλευτή, ρεαλιστικούς, αντικειμενικούς σκοπούς.
- § **Ενημέρωση** της ασθενούς για τις **ομάδες συμπαράστασης**, τι ακριβώς είναι και πόσο θα την βοηθήσει στην πορεία της σωματικής και ψυχικής της υγείας και προσπάθεια βαθμιαίας ενσωμάτωσής της στις ομάδες αυτές.

Δ) Εκτίμηση αποτελέσματος

Οι σκοποί εκπληρώθηκαν μερικώς. Στο τέλος της δεύτερης βδομάδας η ασθενής άρχισε να αποδέχεται την ασθένειά της, αλλά αρνείται να ακολουθήσει τη θεραπεία, γιατί πιστεύει ότι δε θα γίνει ποτέ καλά. Χρειάζεται περισσότερη υποστήριξη και ενίσχυση της ελπίδας στο θέμα αυτό. Επανέκτησε την αυτοεκτίμησή της, άρχισε να αυτοεξυπηρετείται, εντάχθηκε στις ομάδες συμπαράστασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ανακεφαλαιώνοντας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η Ψυχική Υγεία των ασθενών με καρκίνο συμβάλλει σημαντικά στην πορεία εξέλιξης του καρκίνου. Όταν ένας καρκινοπαθής είναι ψυχικά υγιής μπορεί να νικήσει τη μάχη καταπολέμησης του καρκινικού κυττάρου στα αρχικά στάδια της νόσου. Για να το επιτύχει όμως αυτό, χρειάζεται εξειδικευμένη φροντίδα και υποστήριξη από τους ανθρώπους που βρίσκονται τις περισσότερες ώρες κοντά του και αν βρίσκεται στο νοσοκομείο, τη στήριξη αυτή θα του προσφέρει ο νοσηλευτής.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εφαρμόζει τον εξής κανόνα: **ο απόλυτος σεβασμός της ζωής του ασθενούς**. Αν υπάρχει τρόπος παράτασης της ζωής του αρρώστου ακόμη και για ένα δευτερόλεπτο, αυτό πρέπει να γίνει. Το σημαντικότερο πάντα είναι η **ιερότητα της ζωής** και ακολουθεί η **ποιότητα της ζωής**, που και γι' αυτή δε μειώνεται ποτέ η νοσηλευτική προσοχή και το ενδιαφέρον. Ο **νοσηλευτής** είναι ο **κεντρικός φάρος** που πρέπει να φωτίζει κάθε ενέργεια ή κάθε πρόβλημα του ασθενούς με την υγεία του. Τόσο τη σωματική, όσο και την πνευματική και ψυχική του υγεία. **Συμπερασματικά** τονίζονται τα εξής:

- Ο **ασθενής με καρκίνο** είναι μια ανεξάρτητη, αυθύπαρκτη και μοναδική ύπαρξη, που αντιδρά προς την αρρώστια με προσωπικούς μοναδικούς τρόπους και χρειάζεται **εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα**.
- Η **ψυχοκοινωνική φροντίδα** ως αναπόσπαστη διάσταση της ολιστικής νοσηλευτικής μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές δυνάμεις του αρρώστου για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του.
- Ο **νοσηλευτής** για να αριστεύει στην ψυχοκοινωνική νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστων με καρκίνο, χρειάζεται συνεχή επιμόρφωση ώστε:
 - I. Να εκσυγχρονίζει τις επιστημονικές του γνώσεις

- II. Να τελειοποιεί τις κλινικές τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητές του
- III. Να πλουτίζει την προσωπικότητά του με ευγένεια, λεπτότητα, ανθρωπιά, θερμό ενδιαφέρον, ευαισθησία, συμπόνια, αγάπη για τον άνθρωπο και τη ζωή του. 22

Στην πραγματικότητα, όλα όσα προαναφέρθηκαν, δυστυχώς τις περισσότερες φορές παραλείπονται. Και αυτό συμβαίνει εξαιτίας, είτε του φόρτου εργασίας των νοσηλευτών, είτε για το γεγονός ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές “δε βρίσκουν χρόνο για να προσφέρουν ψυχολογική στήριξη στους ασθενείς και επιθυμούν απλά και μόνο να τελειώσουν τη δουλειά τους”. Η Νοσηλευτική όμως δεν θα πρέπει να θεωρείται απλά και μόνο μια απλή, συνηθισμένη, καθημερινή εργασία, αλλά λειτούργημα. Αυτή άλλωστε είναι και η έννοια της νοσηλευτικής, η φροντίδα η οποία είναι απαραίτητη προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ουσιώδεις βιο-ψυχο-κοινωνικές ανάγκες του αρρώστου. Για το λόγο αυτό είναι επιτακτική ανάγκη να προσφέρεται ψυχολογική υποστήριξη στους καρκινοπαθείς και ο νοσηλευτής να είναι άριστος επιστήμονας και να διαθέτει την προσωπικότητα και τα προσόντα που περιγράφηκαν παραπάνω. Όλη αυτή η διαδικασία της επικοινωνίας, της σωματικής, της πνευματικής και κυρίως της ψυχικής προσφοράς είναι έργο που μπορεί να μην καταγράφεται στο ημερήσιο πρόγραμμα ενεργειών και εκτελέσεως των κυρίως νοσηλευτικών πράξεων, ο νοσηλευτής όμως θα πρέπει να θεωρεί χρέος του να το πραγματοποιήσει.

Σε ένα Ογκολογικό Τμήμα, η παρουσία του νοσηλευτή θα πρέπει να είναι του επαγγελματία υγείας για να υποδεχθεί τον καρκινοπαθή που αισθάνεται ότι έχει χάσει τα πάντα μαζί με έναν άμεσο συγγενή που φαντάζεται ήδη μια μεταθανάτια περίοδο. Το κυριότερο στοιχείο που επιζητείται είναι η απαίτηση που έχει ο άρρωστος για καλή **επικοινωνία**. Και για το γεγονός αυτό, εμείς ως ευαισθητοποιημένοι επαγγελματίες υγείας οφείλουμε να **είμαστε δίπλα του!!** Να στεκόμαστε δίπλα του ως αρωγοί σε κάθε προσπάθεια για την επίτευξη του καλύτερου επιπέδου της σωματικής υγείας αλλά και της **πνευματικής και ψυχικής ευεξίας του**.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- 1). Αθανάτου Κ. Ελευθερία,** «Κλινική Νοσηλευτική- Βασικές και ειδικές Νοσηλείες». **Αθήνα 1999**, Έκδοση Ι΄ Αναθεωρημένη.

- 2). Βιδάλης Α.- Διδασκάλου Θ.- Τσιλίκας Σ.** «Θέματα ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο». Θεσσαλονίκη, **Ιανουάριος 2001**.

- 3). Γιδοπούλου Κ. Στραβολαίμου** (Κοινωνική Λειτουργός) Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος. Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. «Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου», Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργών, με θέμα: Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου. **Αθήνα 1991**.

- 4). Clay A. Rebecca** «Psychology Today. Mind over cancer – psychology can play role in cancer treatment. **03/01/2000**

- 5). Dollinger Malin, M.D. , Rosenbaum Ernest, M.D. , Cable Greg. ,** «Ο Καρκίνος», Διάγνωση και Πρόληψη, Θεραπεία και καθημερινή Αντιμετώπιση : Ένας οδηγός για όλους. **1991**.

- 6). Δοντάς Σ. Νικόλαος,** «Ένας αγώνας συνεχίζεται....». Ο Καρκίνος στην Ελλάδα χθες- σήμερα- αύριο. **Αθήνα 1995**.

- 7). Goldstein Naomi,** «Psychology Today, Positive Thinking- success of cancer treatment and positive outlook of patient. **7/01/2001**.

- 8). Hellbom Maria,** «Individual support for cancer patients. Effects, patient satisfaction and utilization». Acta Universitatis Upsaliensis. Uppsala 2001.

- 9). Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου Αθηνά**, «Νοσηλευτικά Προγράμματα Κοινότητας στην Πρόληψη Του Καρκίνου». 1^ο Διεθνές Συνέδριο, Διεθνής Στρατηγική Αντιμετώπισης του Καρκίνου, **Μάρτιος 2001**.
- 10). Kaplan A. Mitchell**, «Journal of Rehabilitation handbook of clinical health psychology. 7/01/2004.
- 11). Κοσμίδης Α. Πάρις**, «Επείγουσα θεραπευτική ογκολογία». Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. **Αθήνα 1984**.
- 12). Κυριακίδου Θ. Ελένη**, «Κοινωνική Νοσηλευτική», **Αθήνα 2004**, Δ΄ Έκδοση βελτιωμένη.
- 13). Λαμπράκη Μαρίνα – Παλύβου Ελένη – Σιάννα Δήμητρα**, «Ζώντας με τον Καρκίνο». Η εμπειρία τριών Νοσηλευτριών αναδεικνύει και επισημαίνει τις ανάγκες των ασθενών με καρκίνο. **Περιοδικό Νοσηλεία, Ιανουάριος- Απρίλιος 2005**, Τεύχος 11.
- 14). Λανάρα Βασιλική**, «Πρόγραμμα εκπαίδευσης στην ογκολογική Νοσηλευτική στις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. **1994**.
- 15). Λεσάν Λώρενς**, «Μπορείς ν' αγωνιστείς για τη ζωή σου». Ο ρόλος των συγκινήσεων στη θεραπεία του καρκίνου. **Αθήνα 1981**, Εκδόσεις Θυμάρι.
- 16). Μαλγαρινού Μ.Α – Κωνσταντινίδου Σ.Φ**, «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», **Αθήνα 1997**, Τόμος β΄- Μέρος 2^ο.
- 17). Μαυρογιάννης Χρήστος**, «Παραδοσιακή και σύγχρονη Νοσηλευτική Δράση στην Πρόληψη του Καρκίνου». 1^ο Διεθνές Συνέδριο, Διεθνής Στρατηγική Αντιμετώπισης του Καρκίνου. **Μάρτιος 2001**.
- 18). Μερίκας Γ.** «Η εξέλιξη της ιατρικής μέσα στους αιώνες και ο άνθρωπος». **Αθήνα 1991**.

- 19). Παπαθανάσογλου Ε. Ph.D.** «Ψυχονευροανοσολογία: Ψυχοδυναμικές Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για άτομα με καρκίνο». **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία**, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και ψυχοογκολογίας. Πρόγραμμα Leonardo- da Vinci. Εκπαίδευση Εκπαιδευτών. **Αθήνα 2002**. 1^{ος} Τόμος.
- 20). Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε.** (Προϊσταμένη Νοσηλευτικού Τμήματος Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας»). «Νοσηλευτική Συμβολή στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και ποιότητα ζωής, Αρρώστου με καρκίνο». **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία**. Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. «Ευρώπη Κατά του Καρκίνου». Σεμινάριο Νοσηλευτριών με θέμα: Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα στον καρκινοπαθή. Συντονιστής: Σταύρος Μέσμπεας. Αθήνα 1991.
- 21). Ραγιά Χρ. Αφροδίτη**, «Βασική Νοσηλευτική». **Αθήνα 1991**. 2^η Έκδοση.
- 22). Ραγιά Χρ. Αφροδίτη**, «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική», **Αθήνα 2004**, Δ' Έκδοση βελτιωμένη.
- 23). Ρηγάτος Α. Γεράσιμος**, «Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική Ογκολογία». **Αθήνα 1985**.
- 24). Σαββοπούλου Γ. Γεωργία** (Επίκουρος Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι Αθήνας), «Βασική Νοσηλευτική». Μια βιο-ψυχοκοινωνική προσέγγιση. **Αθήνα 1997**, Έκδοση Β' βελτιωμένη.
- 25). Σαπουντζή – Κρέπα Δέσποινα**, «Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα». Μια ολιστική προσέγγιση. **1998**, Εκδόσεις «Ελλην».
- 26). Simonton O. Care, M.D. Stephanie Matthews – Simonton James L. Creighten.** «Γίνε ξανά καλά». Μια ολιστική προσέγγιση στη θεραπεία του καρκίνου. Ιαμβλίχος **1988**.

- 27). Σκορδή Σμαρώ – Θεοφανίδης Δημήτριος**, «Η Νοσηλευτική Φροντίδα και Ψυχολογική Υποστήριξη Ασθενούς Τελικού Σταδίου». **Περιοδικό Νοσηλεία, Ιανουάριος- Απρίλιος 2005**. Τεύχος 11^ο .
- 28). Σπηλιώτης Δ. Ιωάννης** (Χειρουργός Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών). «Καρκίνος, Από την άγνοια.....στο φόβο». **Πάτρα 1999**, Αχαϊκές Εκδόσεις.
- 29). Στεφανής Κ. ,** «Κλινική ογκολογία» Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας με τη συνεργασία Ελλήνων Ειδικών και της U.I.C.C. **Αθήνα 1981**.
- 30). Τσελεμπής Αθανάσιος**(Νοσηλευτής- Ψυχολόγος). **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία**. Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας. **Αθήνα 2000**.
- 31). Χαρτοκόλλης Πέτρος**, «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», **1991**, Εκδόσεις Θεμέλιο.
- 32). Χριστοδούλου Γ.Ν** και συνεργάτες, «Ψυχιατρική», Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. **2004**, 1^{ος} και 2^{ος} Τόμος.