

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ»**

**«THE ROLE OF THE NURSE IN THE PSYCHOLOGICAL
SUPPORT IN THE PATIENTS OF NEOPLASMATIC
DISEASE»**



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

ΤΡΑΚΑΔΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΚΟΝΣΟΛΑΚΗ ΕΛΕΟΝΩΡΑ

ΠΑΤΡΑ 2013

«Η ικανότητα να είσαι παρών, να είσαι κοντά στον άρρωστο με τρόπο που δείχνει την πηγαία ανθρώπινη διάσταση, αποτελεί τη βάση της Νοσηλευτικής στην κλινική εφαρμογή.»

Watson (1985), Benner & Wrebel (1989)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	5
<u>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</u>	
1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	6
1.1.Γενικά για τον καρκίνο.....	6
1.2.Σύγχρονες Επιδημιολογικές Τάσεις	7
2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	13
2.1 Η γνωστική αναπαράσταση της νόσου.....	13
2.2 Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας	15
2.3 Η φροντίδα του ασθενή σε τελικό στάδιο	18
3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	23
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	
3.1. Ο Νοσηλευτής πρότυπο ρόλου.....	23
3.2 Νοσηλευτική Αξιολόγηση.....	25
3.3 Νοσηλευτικές Διαγνώσεις.....	27
3.4 Επικοινωνία προσωπικού υγείας με ασθενή	29
3.6. Ανακουφιστική Φροντίδα.....	33
3.7. Νοσηλευτικές στρατηγικές - κλειδιά.....	36
<u>ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	
Περιστατικό Α.....	38..
Περιστατικό Β.....	47..
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	50
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	51
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</u>	52

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καθημερινά ερχόμαστε όλοι σε επαφή με ανθρώπους που είτε έχουν νοσήσει είτε έχουν κάποιο κοντινό τους πρόσωπο με νεοπλασματική νόσο ή αλλιώς καρκίνο. Σύμφωνα ,λοιπόν, με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) 1 στους 3 κατοίκους του πλανήτη θα προσβληθεί από καρκίνο σε κάποια φάση της ζωής του. Ο καρκίνος μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, παρότι η συχνότητα εμφάνισής του είναι υψηλότερη στους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας. Στη χώρα μας, με βάση τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (Ε.Σ.Υ.Ε. 2006), ο καρκίνος αποτελεί τη 2^η αιτία θανάτου (24.4%) μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα (29,4%), ενώ αυξητική τάση παρουσιάζει τόσο η συνολική όσο και η κατά αιτία θνησιμότητα από καρκίνο (IAC 2008).

Ο άνθρωπος είναι μία βιοψυχοκοινωνική οντότητα δηλαδή το γεγονός ότι τόσο οι βιολογικοί, όσο οι ψυχολογικοί αλλά και κοινωνικοί παράγοντες αποτελούν συντελεστές της υγείας. Μετά τα μέσα του 20^{ου} αιώνα ο άνθρωπος δεν αντιμετωπίζεται από την ιατρική μόνο σαν βιολογία αλλά είναι συνδυασμός των παραπάνω. Έτσι καταλαβαίνει κανείς ότι ο ρόλος του προσωπικού υγείας και δη του νοσηλευτή απέναντι στον ασθενή με νεοπλασματική νόσο είναι πολύ σημαντικός. Βέβαια ο υπερβολικός φόρτος εργασίας στα νοσοκομεία ίσως λειτουργεί σαν ανασταλτικός παράγοντας στην ανάπτυξη επικοινωνίας απέναντι σε έναν τέτοιο ασθενή ίσως όμως και όχι.

Στο εξωτερικό είναι αρκετά διαδεδομένη η ειδικότητα της ογκολογικής νοσηλευτικής και αρχίζει και εδώ να γίνεται πιο γνωστή. Ειδικότητα η οποία δεν ασχολείται μόνο με την φαρμακευτική αγωγή του αρρώστου ή γενικότερα το βιολογικό του κομμάτι αλλά και με την ψυχολογία του. Με αυτό το κομμάτι θα ασχοληθεί η παρούσα πτυχιακή εργασία. Θα ήταν ωφέλιμο ένας νοσηλευτής να γνωρίζει πώς να «διαβάσει» έναν καρκινοπαθή. Πώς να μιλάει μαζί του, πώς να του

δίνει κουράγιο πώς να τον βοηθάει τις δύσκολες στιγμές διότι δεν πρέπει να ξεχνάει κανείς ότι η νοσηλευτική εκτός από επάγγελμα είναι πάνω από όλα λειτούργημα.

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ήθελα πολύ να κάνω μία εργασία για την σωστή συμπεριφορά που θα πρέπει να έχουν τα άτομα του ιατρικού, παραϊατρικού και ιδιαίτερα του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους ασθενείς με νεοπλασματική νόσο. Αφορμή γι' αυτό στάθηκε το γεγονός ότι ένα πολύ αγαπημένο κοντινό συγγενικό μου πρόσωπο που δε υπάρχει πια και στο οποίο αφιερώνω την παρούσα πτυχιακή, δεν έλαβε τέτοιας συμπεριφοράς.

Η παρούσα εργασία, λοιπόν, θα ασχοληθεί με την ψυχολογία του ασθενή με νεοπλασματική νόσο και εφόσον κατανοήσει τον τρόπο σκέψης του από την στιγμή της ανακοίνωσης των δυσάρεστων νέων μέχρι την ίαση του ή την κατάληξή του θα προχωρήσει στον ρόλο του νοσηλευτή. Με τον ρόλο του νοσηλευτή θα ασχοληθούμε εκτενέστερα , θεωρητικά αλλά και πρακτικά στο επίπεδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Γενικά για τον καρκίνο

Αυτός που έδωσε στην πάθηση του καρκίνου το όνομά της ήταν ο Ιπποκράτης ο οποίος παρομοίασε τον όγκο με την εικόνα του κάβουρα. Πολύ αργότερα ο Valsava (1704) υποστήριξε ότι αρχικά ο καρκίνος ήταν ένα τοπικό φαινόμενο που μπορούσε να αφαιρεθεί χειρουργικά, ενώ σε πιο προχωρημένο στάδιο ο καρκίνος μπορούσε μέσω των λεμφαδένων να μεταφερθεί και αλλού στο σώμα.

Ο καρκίνος είναι μία πάθηση η οποία μπορεί να προσβάλει κάθε ιστό και όργανο του σώματος. Ο όρος αναφέρετε σε περίπου 150-200 διαφορετικές παθήσεις, ωστόσο αυτές έχουν τρία κοινά χαρακτηριστικά στοιχεία: ανώμαλο, άσκοπο και αδιάκοπο πολλαπλασιασμό ενός κυτταρικού κλώνου και επέκταση αυτού στους παρακείμενους ιστούς. Η κανονική κυτταρική διαίρεση και αύξηση εξαρτάται από τη ρύθμιση των λειτουργιών του κυτταρικού κύκλου.

Ο καρκίνος θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα σειράς γενετικών αλλαγών που οδηγούν σε προοδευτική διαταραχή των φυσιολογικών μηχανισμών που ελέγχουν την αύξηση. Οι περισσότεροι από τους όγκους είναι κλωνικοί και πηγάζουν από ένα μεταλλαγμένο κύτταρο. Η εξέλιξη του όγκου συχνά είναι αποτέλεσμα σειράς επίκτητων γενετικών μεταβολών μέσα στο νεοπλασματικό κλώνο που οδηγεί σε υποπληθυσμό καρκινικών κυττάρων με αυξημένα επιθετικά χαρακτηριστικά. Η προκαρκινική αλλοίωση προέρχεται από τοπικά φαινόμενά που αφορούν πολλά κύτταρα, ενώ είναι δευτερογενές αποτέλεσμα, πολύ σπάνιο και αφορά ένα μόνο κύτταρο. Ο καρκίνος δεν είναι απλά τοπικό πρόβλημα αλλά μια γενικευμένη κατάσταση. Πρέπει να γίνει σαφές επίσης, ότι ο καρκίνος σχετίζεται με πολλούς προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που μπορεί να είναι οργανικοί και ψυχολογικοί. Μία θεραπεία λοιπόν για να είναι αποτελεσματική θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη της όλους τους παραπάνω παράγοντες. Η θεραπευτική

αντιμετώπιση πρέπει να είναι ολιστική, σφαιρική, σύνθετη και πολύπλευρη.
(Βασιλάτου – Κοσμίδη 1990)

1.2. Σύγχρονες Επιδημιολογικές Τάσεις

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., 11 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις με καρκίνο διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο. Αυτός ο αριθμός αναμένεται να αυξηθεί και εκτιμάται ότι θα φτάσει τα 16 εκατομμύρια μέχρι το 2020. Ο καρκίνος είναι από τις πρώτες αιτίες θανάτου παγκοσμίως και το 70% αυτών συμβαίνουν στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ., στο σύνολο των 58 εκατομμυρίων θανάτων το 2005, τα 7,6 εκατομμύρια (ή 13%) αφορούσαν στον καρκίνο, αριθμός ο οποίος αναμένεται να ξεπεράσει τα 10 εκατομμύρια το 2020. Στις περισσότερες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα (IARC 2008).

Οι πιο συχνές αιτίες θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως είναι:

- Ο καρκίνος του πνεύμονα με 1,3 εκατομμύρια θανάτους το χρόνο
- Ο καρκίνος του στομάχου με σχεδόν 1 εκατομμύριο θανάτους το χρόνο
- Ο καρκίνος του ήπατος με 662.000 θανάτους το χρόνο
- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 665.000 θανάτους το χρόνο
- Ο καρκίνος του μαστού με 502.000 θανάτους το χρόνο (WHO 2006).

Όσον αφορά στους άνδρες, οι πιο συχνές αιτίες θανάτου, με βάση τον αριθμό των θανάτων παγκοσμίως, είναι: ο καρκίνος του πνεύμονα, του στομάχου, του ήπατος, του παχέος εντέρου, του οισοφάγου και του προστάτη. Οι πιο συχνές αιτίες θανάτου στις γυναίκες είναι ο καρκίνος του μαστού, του πνεύμονα, του στομάχου, του παχέος εντέρου και της μήτρας.

Στην Ευρώπη, εκτιμάται ότι γύρω στα 3,2 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου διεγνώσθησαν το 2006, δηλαδή 300.000 περισσότερες από τις αντίστοιχες εκτιμήσεις

του 2004, εκ των οποίων το 53% είναι άνδρες και 47% γυναίκες (Ferlay et al. 2007). Από στοιχεία της ίδιας μελέτης φαίνεται ότι ο αριθμός των θανάτων έφτασε τα 1,7 εκατομμύρια (56% άνδρες και 44% γυναίκες) το 2006.

Οι πιο συχνές μορφές καρκίνου είναι:

- Ο καρκίνος του μαστού με 429.900 περιπτώσεις (13,5%)
- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 412.900 περιπτώσεις (12,9%) και
- Ο καρκίνος του πνεύμονα με 386.300 περιπτώσεις (12,1%) (Ferlay et al. 2007).

Όσον αφορά τη θνησιμότητα, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο με 334,800 θανάτους, κατέχοντας το 1/5 των συνολικών θανάτων, ενώ υπολογίζεται ότι αριθμός των νέων περιπτώσεων θα διπλασιασθεί, ιδιαίτερα στην Νότια και Ανατολική Ευρώπη μέχρι το 2020 κυρίως εξαιτίας της χρήσης του καπνού. Ακολουθούν:

- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 207.400 θανάτους
- Ο καρκίνος του μαστού με 131.900 θανάτους και
- Ο καρκίνος του στομάχου με 118.200 θανάτους (Ferlay et al. 2007)

Τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό επιβίωσης έχει αυξηθεί σημαντικά για όλα τα είδη καρκίνου, με εξαίρεση τον καρκίνο του πνεύμονα, του παγκρέατος και του ήπατος. Παρ' όλα αυτά, το ποσοστό επιβίωσης διαφέρει σημαντικά όχι μόνο από χώρα σε χώρα και από πόλη σε πόλη, αλλά και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο μέσα στην ίδια πόλη (Woods et al. 2006, Canadian Medical Association Journal 2001). Συνολικά, η 5-ετής επιβίωση υπολογίζεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 30% και 60%.

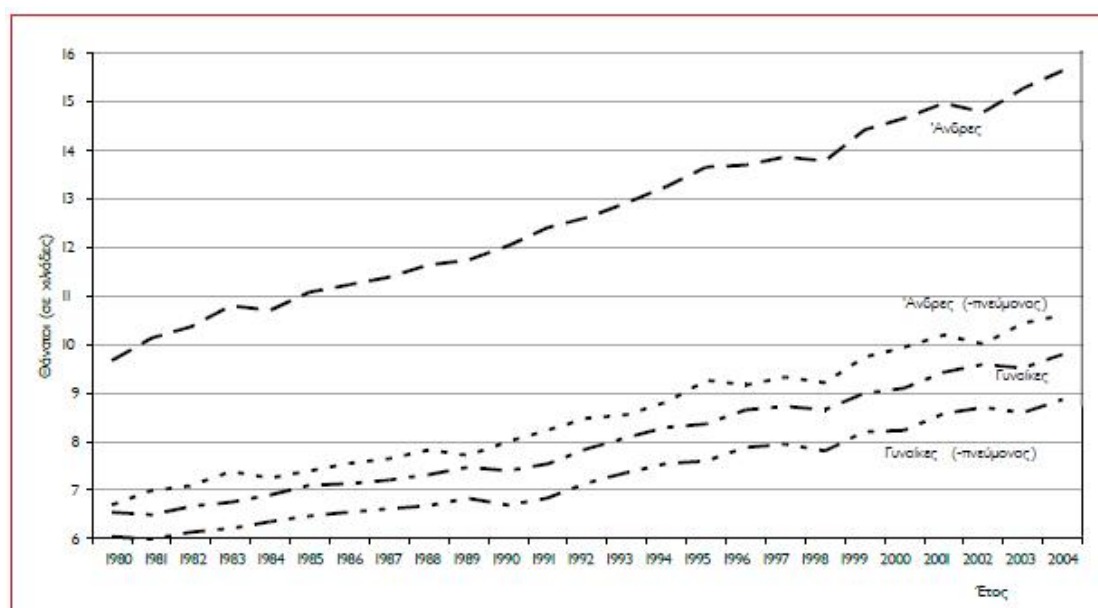
Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (Ο.Ο.Σ.Α.), η θνησιμότητα από καρκίνο παραμένει γενικά χαμηλότερη απ' ότι στις αναπτυγμένες χώρες της Δυτικής και Κεντρικής Ευρώπης, του Καναδά και της Ν. Ζηλανδίας (OECD 2007). Συγκεκριμένα, μεταξύ 27 χωρών, η Ελλάδα κατατασσόταν το 2004, στην 19η θέση ως προς τη θνησιμότητα στους άνδρες με προτυποποιημένο για την ηλικία δείκτη θνησιμότητας ίσο με

209/100.000 πληθυσμό και στην 23η θέση ως προς τη θνησιμότητα στις γυναίκες με 108/100.000 πληθυσμό. Η ευνοϊκή θέση της χώρας μας είναι σε κάποιο βαθμό πραγματική και σε κάποιο βαθμό πλασματική. Οι διαγνωστικές ελλείψεις και τα σφάλματα ταξινόμησης, καθώς και οι δυσκολίες στη διαπίστωση και στην πιστοποίηση της αιτίας του θανάτου οδηγούν κατά κανόνα σε υποεκτίμηση της

ειδικής κατά αιτία θνησιμότητας. Ο καταλληλότερος τρόπος παρακολούθησης της διαχρονικής εξέλιξης της νόσου είναι η καταγραφή των περιπτώσεων καρκίνου βάσει των αρχείων νεοπλασιών σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο. Δυστυχώς όμως, στη χώρα μας δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για την επίπτωση καρκίνου και ως εκ τούτου η επιδημιολογική παρακολούθηση γίνεται έμμεσα μέσω των στοιχείων θνησιμότητας.

Το διάγραμμα 1 απεικονίζει τη σταθερή αυξητική τάση στους θανάτους από καρκίνο, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες την 20ετία από το 1980 έως και το 2004, φαινόμενο το οποίο είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό εάν λάβουμε υπόψη μας ότι οι δείκτες θνησιμότητας από καρκίνο ακολουθούν πτωτικές τάσεις στις περισσότερες οικονομικά αναπτυγμένες χώρες από τα μέσα του 1980 (Levi et al. 2002).

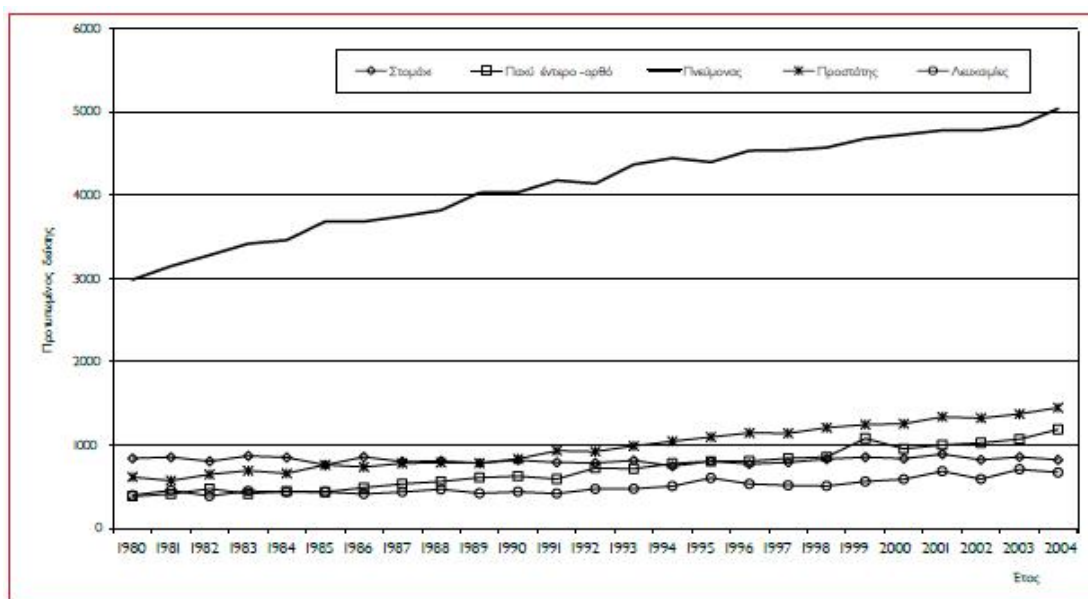
Διάγραμμα 1: Συνολικός αριθμός θανάτων από καρκίνο στην Ελλάδα. 1980-2004



Πηγή: [www-dep.iarc.fr/WHO mortality data base](http://www-dep.iarc.fr/WHO_mortality_data_base)

Στο διάγραμμα 2 παρουσιάζονται οι διαχρονικές τάσεις για τους συχνότερους καρκίνους στους άνδρες το διάστημα 1980-2004. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θανάτου στους άντρες με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες μορφές καρκίνου. Ακολουθούν ο καρκίνος του προστάτη και του παχέος εντέρου, οι οποίοι παρουσιάζουν σταθερά αυξητικές τάσεις σε όλο το διάστημα των 25 ετών

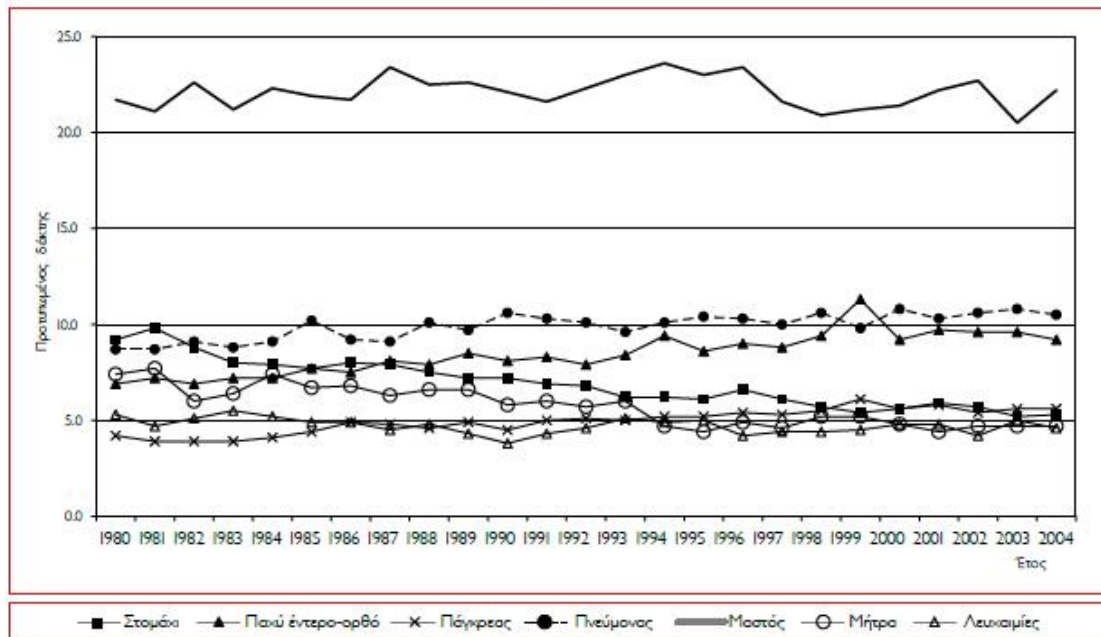
Διάγραμμα 2: Προτυπωμένος δείκτης κατά αιτίας θνησιμότητας από καρκίνο για άνδρες 15-85 ετών στην Ελλάδα. 1980-2004



Πηγή: [www-dep.iarc.fr/WHO mortality data base](http://www-dep.iarc.fr/WHO_mortality_data_base)

Σημειώνεται ότι το συγκεκριμένο εύρημα δεν είναι εμφανές στο διάγραμμα 2 γιατί ο καρκίνος του πνεύμονα υπερτερεί, με αποτέλεσμα η απεικόνιση των διαχρονικών τάσεων των υπολοίπων νεοπλασμάτων να μην είναι η καλύτερη δυνατή.

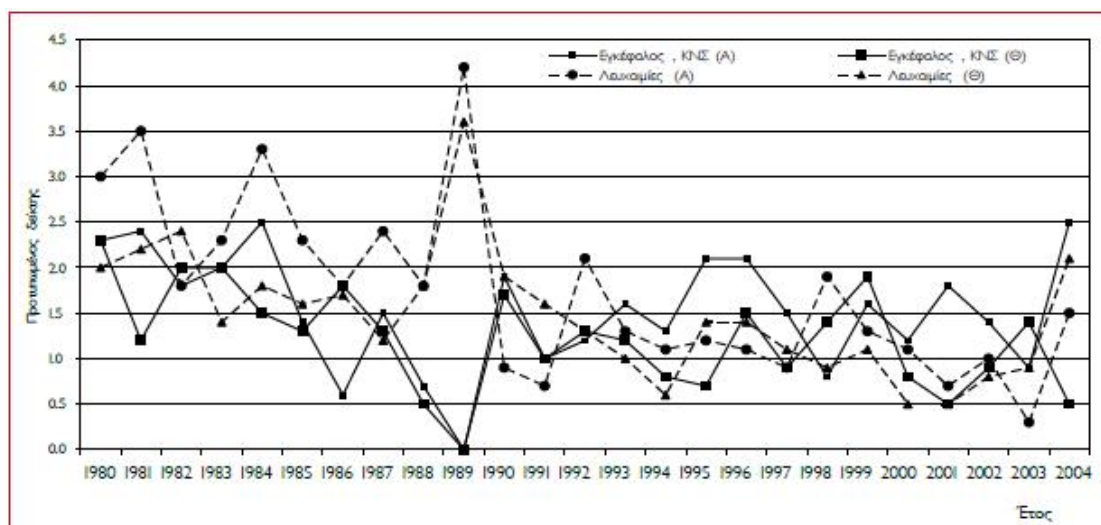
Διάγραμμα 3: Προτυπωμένος δείκτης κατά αιτίας θνησιμότητας από καρκίνο για γυναίκες 15-85 ετών στην Ελλάδα. 1980-2004



Πηγή: www-dep.iarc.fr/WHO mortality data base

Στις γυναίκες η πιο συχνή αιτία θανάτου είναι ο καρκίνος του μαστού ο οποίος παρουσιάζει αυξητική τάση το 2003 ύστερα από μικρή μείωση που σημείωσε από το 1996 και μετά (Διάγραμμα 3). Ακολουθούν ο καρκίνος του πνεύμονα και του παχέος εντέρου με σταθερά αυξητικές τάσεις. Τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, ο καρκίνος του στομάχου παρουσιάζει πτωτική τάση ακολουθώντας τις τάσεις που παρατηρούνται στην Ευρώπη αντίθετα με τα νεοπλάσματα που αναφέρθηκαν παραπάνω.

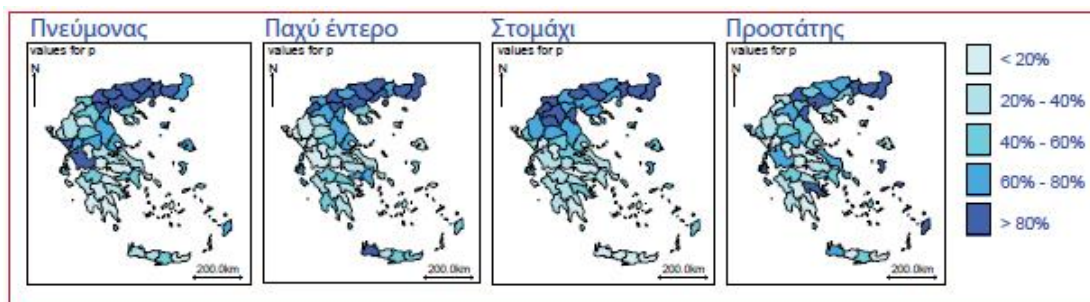
Διάγραμμα 4: Προτυπωμένος δείκτης κατά αιτίες θνησιμότητας από καρκίνο σε παιδιά <14 ετών στην Ελλάδα. 1980-2004



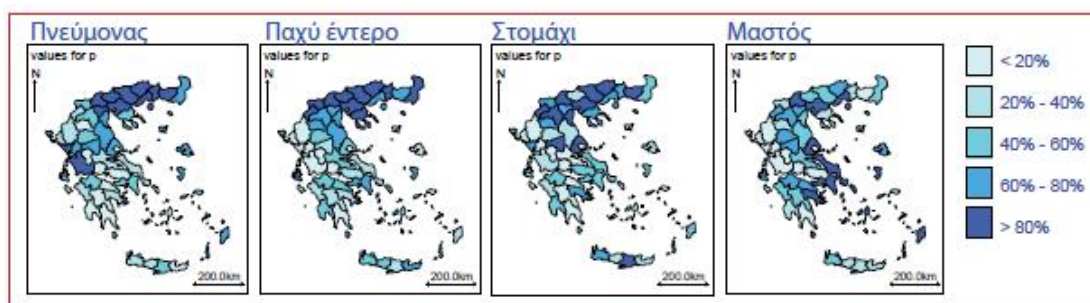
Πηγή: www-dep.iarc.fr/WHO mortality data base

Στα παιδιά ο καρκίνος είναι σχετικά σπάνιος (εκτιμάται ότι προσβάλλει 1 στα 600 παιδιά ηλικίας κάτω των 14 ετών) και τα πιο συχνά νεοπλάσματα είναι του εγκεφάλου, του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.) και οι λευχαιμίες. Στο διάγραμμα 4 παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη των συγκεκριμένων παιδικών νεοπλασιών για τα αγόρια και τα κορίτσια ξεχωριστά για το διάστημα 1980-2004 και, όπως φαίνεται, η μεταβλητότητα των προτυπωμένων δεικτών δεν επιτρέπει την αξιολόγηση των διαχρονικών τάσεων.

Σχήμα 1: Πηλίκο θνησιμότητας ανά νομό στην Ελλάδα, άνδρες 15-85 ετών, 1980-1999



Σχήμα 2: Πηλίκο θνησιμότητας ανά νομό στην Ελλάδα, γυναίκες 15-85 ετών, 1980-1999



Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

Στα σχήματα 1 και 2 παρουσιάζεται το προτυπωμένο ηλικίο θνησιμότητας ανά νομό συνολικά για την 20ετία 1980-1999. Είναι φανερό ότι η θνησιμότητα από καρκίνο διαφοροποιείται ανά περιοχή στην Ελλάδα. Για τα πιο συχνά νεοπλάσματα παρατηρείται υψηλότερη συχνότητα στο Βορρά σε σχέση με το Νότο, εύρημα το οποίο έχει επιβεβαιωθεί με αρκετές μελέτες (Τούντας 2001, Tzala 2004, Tzala & Best 2007).

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

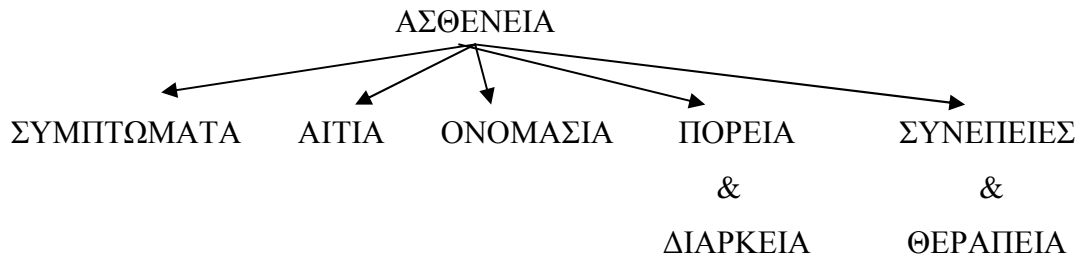
2.1 Η γνωστική αναπαράσταση της νόσου

Ο κάθε άνθρωπος είναι διαφορετικός, έχει διαφορετικά βιώματα, αντίληψη και μόρφωση. Αναπτύσσοντας έτσι ορισμένες ιδέες και απόψεις για την επάρατη νόσο βασισμένος σε όσα ακούει από διάχυτες πληροφορίες που κυκλοφορούν, σε όσα διαβάζει και όσα μαθαίνει από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και σε όσα βιώνει άμεσα και προσωπικά κατά τη διάρκεια της ζωής του. Τις πληροφορίες αυτές τις χρησιμοποιεί για να οργανώσει στο μυαλό του μοντέλα κοινής λογικής ή για να φτιάξει γνωστικές αναπαραστάσεις. Αυτά τα μοντέλα επηρεάζουν τη συμπεριφορά του σε θέματα υγείας.

Τα μοντέλα κοινής λογικής και οι γνωστικές αναπαραστάσεις ουσιαστικά είναι σχήματα τα οποία βοηθούν το άτομο να ερμηνεύσει τις πληροφορίες που το κατακλύζουν από τον εξωτερικό κόσμο και να τις ερμηνεύσει συνδυαστικά και όχι μεμονωμένα.

Ένα απλό παράδειγμα για να κατανοήσει κανείς τα παραπάνω είναι όταν κάποιος αισθάνεται συμπτώματα όπως υψηλό πυρετό, ισχυρό πονοκέφαλο, ρίγος, μυϊκούς πόνους στην πλάτη και στα κάτω άκρα, μη παραγωγικό βήχα, πονόλαιμο και

ρινόρροια, το πιο πιθανό που θα σκεφτεί για όλα αυτά τα συμπτώματα είναι ότι προέρχονται από τον ιό της «γρίπης».(Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1999)



Το «σχήμα» των ασθενειών
(Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1999)

Η γνωστική αναπαράσταση κάθε ασθένειας διαμορφώνεται σημαντικά και από το συμβολικό περιεχόμενο που αποδίδεται στην ονομασία της στα πλαίσια ενός πολιτισμού. Η λέξη που αντιπροσωπεύει την ασθένεια με την οποία ασχολείται η παρούσα εργασία είναι ο καρκίνος η οποία για πολλούς ανθρώπους είναι ιδιαίτερα συμβολική σε βαθμό που μερική να φοβούνται απλώς να την προφέρουν. Στην κοινή αντίληψη η διάγνωση της ισοδυναμεί με θανατική καταδίκη, ακρωτηριασμό και αναπηρία. (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1999)

Εν κατακλείδι, η διαδικασία με την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται, βιώνει τα συμπτώματα είναι σύνθετη, επηρεαζόμενη εκτός από την οργανική κατάσταση αλλά και από την συναισθηματική διάθεση, τη μάθηση, από γνωστικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η οργάνωση και η ερμηνεία των συμπτωμάτων σε γνωστικές αναπαραστάσεις παίζουν σημαντικό ρόλο γιατί προσανατολίζουν το άτομο στην αντιμετώπιση της αρρώστιας και αποκατάστασης του χωρίς ορισμένες μεροληψίες που πιθανότατα το επισκιάζουν. Με αποτέλεσμα η πιθανότητες για ορθή λήψη αποφάσεων να έχουν αυξηθεί.

2.2 Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας

Παλαιότερα οι ασθένειες δεν μπορούσαν να εξελιχθούν σε χρόνιες διότι τα φάρμακα και οι θεραπείες δεν ήταν εξελιγμένα κατά συνέπεια οι άνθρωποι πέθαιναν σε σύντομο χρονικό διάστημα και μάλιστα από ασθένειες που σήμερα θεωρούνται τελείως ακίνδυνες. Στη σύγχρονη εποχή οι ασθένειες εξελίσσονται σε μακροχρόνιες και έτσι δημιουργείται μία σχέση επικοινωνίας και συνεργασίας ανάμεσα στον ασθενή και το νοσηλευτικό προσωπικό (Αναγνωστόπουλος, 1998).

Δεν είναι όλες οι ασθένειες ίδιες και φυσικά δεν επηρεάζουν το ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του. Υπάρχουν 3 βασικοί παράγοντες που επιδρούν στο αντίκτυπο που έχει η ασθένεια στον ασθενή και το περιβάλλον του. Αρχικά ο παράγοντας που συνδέεται άμεσα με την ασθένεια όπως η φύση της και το είδος της θεραπείας που θα ακολουθηθεί για την ίαση και τη βελτίωση της πορείας του ασθενούς. Επίσης, η χρονική στιγμή κατά την οποία εμφανίζεται η νόσος και σε ποια εξελικτική φάση βρίσκεται ο ασθενής και τέλος, οι διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως το φύλο του ασθενούς, η οικονομική και κοινωνική του κατάσταση και άλλα (Αναγνωστόπουλος, 1998).

Είναι γεγονός πως κάθε σοβαρή ασθένεια, η οποία απειλεί την ανθρώπινη ζωή περνά μέσα από διάφορα και διαδοχικά στάδια και επιπλέον κάθε φάση έχει τη δική της δυσκολία όσον αφορά την προσαρμογή του ασθενούς και του περιβάλλοντος του σε αυτήν (Doka, 1993). Ο κάθε ασθενής επιλέγει τον δικό του τρόπο για να αντιμετωπίσει την ασθένειά του και φυσικά τα στάδια μίας ασθένειας δεν είναι ίδια και απαράλλακτα σε όλες τις περιπτώσεις. Για παράδειγμα ένας ασθενής που χειρουργείται για την αφαίρεση ενός κακοήθους όγκου δεν περνά τα ίδια στάδια με έναν άλλον ασθενή που ξεκινά χημειοθεραπείες (Αναγνωστόπουλος, 1998).

Πάντως μπορούν να διακριθούν κάποια στάδια ή αλλιώς φάσεις που θεωρούνται κοινά για όλες τις περιπτώσεις: (Αναγνωστόπουλος, 1998).

Α) Η ΠΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

Στην πρώτη αυτή φάση το άτομο έρχεται για πρώτη φορά αντιμέτωπο με τα συμπτώματα της διαταραχής και της ασθένειας από την οποία νοσεί. Ο ασθενής αναγκάζεται να έρθει αντιμέτωπος με το δεδομένο ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα με την υγεία του και επιπλέον να αντιμετωπίσει το άγχος και την αγωνία που συνεπάγεται η διαπίστωση αυτή ενώ παράλληλα να βρει την καλύτερη θεραπεία και ιατρική αντιμετώπιση του προβλήματος του μέσα από την εναγώνια αναζήτηση των κατάλληλων φαρμάκων και ιατρών (Αναγνωστόπουλος, 1998). Ουσιαστικά είναι το πρώτο πλήγμα που δέχεται ο ασθενής αφού συνειδητοποιεί ότι η ομαλή έως τότε ζωή του αλλάζει ριζικά και ο ίδιος έρχεται αντιμέτωπος με δύσκολες και αβέβαιες ως προς το αποτέλεσμα περιπέτειες. Το στάδιο αυτό δεν βιώνεται με τον ίδιο τρόπο από όλους τους ανθρώπους που νοσούν. Κάποιοι με πείσμα αναζητούν αμέσως ιατρική βοήθεια προκειμένου να ξεκινήσει άμεσα και έγκαιρα η θεραπευτική τους αγωγή ενώ άλλοι χρονοτριβούν από φόβο και δισταγμό ή και αποφασίζουν να μην επισκεφτούν κάποιο γιατρό αφήνοντας στη μοίρα ή το Θεό την κατάσταση της υγείας του (Αναγνωστόπουλος, 1998). Το στάδιο αυτό υποδηλώνει και τον τρόπο, με τον οποίο το άτομο θα αντιμετωπίσει αργότερα την ασθένειά του αλλά και την σωματική εξέλιξη της νόσου που θα είναι ανάλογη με την κινητοποίηση ή την αδράνεια του ασθενούς κατά την πρώτη αυτή φάση (Αναγνωστόπουλος, 1998).

Β) Η ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ

Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων στον ασθενή και ενδεχομένως και στο περιβάλλον του. Είναι μία σαφώς

δύσκολη και με έντονα συναισθήματα περίοδος κατά την οποία ο θυμός και η οργή διαδέχονται τη μελαγχολία και το παράπονο και ο ασθενής μπορεί να έρθει σε επαφή ακόμα και με το φάσμα της κατάθλιψης. Μέχρι τώρα το άτομο είχε υποψίες και υπόνοιες για την κατάσταση της υγείας του αλλά δεν έπαυε να υπάρχει ενδόμυχα μία μικρή ελπίδα για διαφορετικά αποτελέσματα. Τώρα, όμως, οι υποψίες του και οι χειρότεροι φόβοι του επαληθεύονται και βιώνει μία υπαρξιακή κρίση καθώς το μέλλον του είναι αβέβαιο και κανείς δεν μπορεί να του δώσει σαφείς απαντήσεις και εγγυήσεις για το μέλλον (Αναγνωστόπουλος, 1998).

Επιπλέον ο ασθενής έχει να αντιμετωπίσει και μία σειρά από νέες προκλήσεις στη ζωή του και οι οποίες συνοψίζονται στα παρακάτω: (Αναγνωστόπουλος, 1998).

- Αρχικά να κατανοήσει τη φύση της ασθένειας
- Να αναθεωρήσει τον τρόπο ζωής του, τις συνήθειές του και τις απόψεις του
- Να βρει τον κατάλληλο τρόπο για την αντιμετώπιση της νόσου
- Να αναγνωρίσει και να αποδεχτεί τα συναισθήματά του μετά την ανακοίνωση και την συνειδητοποίηση της ασθένειας
- Να συνειδητοποιήσει τις επιπτώσεις της νόσου στην ζωή του γενικά αλλά
- και στη σχέση του με τους άλλους ανθρώπους από το οικογενειακό ή και ευρύτερο περιβάλλον του

Η ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Όταν ανακοινώνεται η διάγνωση της ασθένειας ο ασθενής και το περιβάλλον του αντιδρούν διαφορετικά ανάλογα με τις πεποιθήσεις τους αλλά και τυχόν παρόμοιες εμπειρίες από το παρελθόν. Το άγχος και η ένταση που νιώθει κάποιος όταν του ανακοινώνεται ένα τέτοιο αποτέλεσμα δεν του επιτρέπουν να κατανοήσει πλήρως την κατάσταση, να την αξιολογήσει και να την συνειδητοποιήσει (Αναγνωστόπουλος, 1998). Ένας ακόμα λόγος για τον οποίο οι άνθρωποι συχνά δεν καταλαβαίνουν από την αρχή και ξεκάθαρα τη φύση της αρρώστιας τους είναι και οι εξαιρετικά εξειδικευμένοι ιατρικοί όροι που χρησιμοποιούνται από το ιατρικό προσωπικό και παράλληλα οι γιατροί και οι νοσηλευτές είναι τόσο απασχολημένοι με τόσους ασθενείς που συχνά δεν έχουν τον χρόνο να απαντήσουν σε απορίες του ασθενούς με αποτέλεσμα ο ασθενής να φεύγει πιο μπερδεμένος και αγχωμένος από πριν (Αναγνωστόπουλος, 1998). Είναι λοιπόν γεγονός πως ο ασθενής που θα ενημερωθεί

πλήρως και με κατατοπιστικές πληροφορίες από τον γιατρό του για την ακριβή κατάσταση της υγείας του θα νιώθει λιγότερο άγχος και κατάθλιψη από τον ασθενή που δεν έχει καμία ενημέρωση για την πάθησή του. Βέβαια, αυτό συνήθως διαπιστώνεται έναν χρόνο μετά την αρχική διάγνωση. Ανάλογα με την πληροφόρηση που θα έχει ο ασθενής αναπτύσσει και τους ανάλογους μηχανισμούς προστασίας και άμυνας απέναντι στην ασθένεια καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισής της. Είναι απαραίτητο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να εφαρμόζει μία εξατομικευμένη μέθοδο ενημέρωσης ανάλογα με τον ασθενή και τις προσωπικές του ανάγκες και απαιτήσεις (Αναγνωστόπουλος, 1998).

ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ, ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

Για κάθε άτομο η ανακοίνωση μίας ασθένειας σηματοδοτεί έναν κρίσιμο κίνδυνο για τη ζωή του και διαταράσσει τη μέχρι τώρα ισορροπία του (Αναγνωστόπουλος –Παπαδάτου, 1986 και Καλαντζή –Αζίζι, 1983). Οι ασθενείς συχνά έχουν τύψεις για τον τρόπο ζωής τους έως τώρα και θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για την παρουσίαση και την εξέλιξη της νόσου. Αποφασίζει, λοιπόν, να προβεί σε δραστηκές αλλαγές στη ζωή του και να τροποποιήσει όλα αυτά που θεωρεί υπεύθυνα για την αρρώστια του, για παράδειγμα να διακόψει το κάπνισμα και να αρχίσει υγιεινή διατροφή. Με αυτό τον τρόπο πιστεύει πως αναλαμβάνει τον έλεγχο της ζωής του και της αρρώστιας του και αποκτά ελπίδες για την μελλοντική του ζωή σχετικά με την καταπολέμηση της νόσου. Φυσικά είναι πολύ δύσκολο να αλλάξει κάποιος συμπεριφορές και τρόπο ζωής που είναι για πολλά χρόνια εδραιωμένα στην καθημερινότητά του και μάλιστα δραστηκά και σε σύντομο χρονικό διάστημα, έτσι είναι απαραίτητη η συμβολή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και του ψυχολόγου, ο οποίος θα καθοδηγήσει και θα ενθαρρύνει τον ασθενή (Αναγνωστόπουλος, 1998).

2.3 Η φροντίδα του ασθενή σε τελικό στάδιο

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενή με καρκίνο τελικού σταδίου είναι υποστηρικτικός, εμπνέει τη απαραίτητη ασφάλεια προς τον ίδιο αλλά και την οικογένειά του. Πολλές φορές υπάρχει η λανθασμένη νοοτροπία πως ο νοσηλευτής πρέπει να προστατέψει τον πάσχοντα από την συνειδητοποίηση του επικείμενου

θανάτου. Το σωστό όμως είναι να τον βοηθήσει να συμφιλιωθεί και να αποδεχτεί την υπάρχουσα κατάσταση, εξασφαλίζοντάς του έτσι το απαραίτητο κλίμα αξιοπρέπειας και την ποιότητα στις συνθήκες διαβίωσής του.

Μία άλλη κατηγορία ανθρώπων ο θάνατος είναι καλοδεχούμενος και λυτρωτικός ιδιαίτερα αν έχουν ταλαιπωρηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Σε άλλους όμως μόνο στην σκέψη του δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα ακόμα και τώρα, όπως είναι ο φόβος, το άγχος, ο θυμός και η κατάθλιψη.

Η διακριτική παρουσία του νοσηλευτή είναι σημαντική, εκπέμποντας έτσι το μήνυμα ότι δεν τον εγκαταλείπει ακόμα και σε αυτό το στάδιο που δεν έχει τα όπλα να τον θεραπεύσει. Ένα χέδι, ένας φιλικός λόγος, σιωπηλή συντροφιά είναι αρκετά για να στηρίξουν ακόμα και ένα άτομο που βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση.

Πλέον στόχος κάθε παρέμβασης σε αυτό το στάδιο δεν είναι η θεραπεία του αρρώστου, αλλά η επιδίωξη ανακούφισης και μέγιστης δυνατής άνεσης σε όλα τα επίπεδα (οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό, πνευματικό). (Παπαδάτου 1999)

- Οργανικό επίπεδο

Η μείωση και ο έλεγχος του πόνου ανήκουν στις βιολογικές ανάγκες του ατόμου. Ο πόνος είναι υποκειμενικός και επηρεάζεται από ψυχολογικούς παράγοντες .

Όπως είναι οι εξής: α) ερμηνεία που δίνει το άτομο στον πόνο του επηρεάζοντας την

αντίδραση και την ανοχή του σ' αυτόν.

β) επικέντρωση προσοχής στον πόνο ή δραστηριότητες που αποσπούν την προσοχή του στον πόνο

γ) άγχος και αίσθημα ελέγχου

δ) προσδοκίες για τις επιπτώσεις και την αντιμετώπισή του πόνου

ε) κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες

στ) η στάση του ατόμου απέναντι στον πόνο.

Τέλος σημαντικό ρόλο παίζει για την αντιμετώπιση του πόνου και η κατηγοριοποίησή του σε οξύ ή χρόνιο. Ως οξύς πόνος χαρακτηρίζεται ο παροδικός ο οποίος συνήθως οφείλεται σε κάποιο τραυματισμό ή οργανική βλάβη. Ενώ χρόνιος πόνος παρεμβαίνοντας στην καθημερινή ζωή του ατόμου για μεγάλο χρονικό διάστημα με συνέπεια ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ατόμου

- Ψυχολογικό επίπεδο

Ο ασθενής σε ψυχολογικό επίπεδο κατακλύζεται από συναισθήματα θυμού, θλίψης, άγχους, κατάθλιψης και οργής, μία κατάσταση φυσιολογική η οποία λειτουργεί σαν «διεργασία προπαρασκευαστικού θρήνου».

Κατ'έπекταση ο ψυχικός του κόσμος κλονίζεται ακόμα περισσότερο δημιουργώντας του φοβίες 8 μορφών. Οι οποίες χωρίζονται σε δύο κατηγορίες :

A. Φόβοι σχετικά με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο:

- ο Φόβος της ταπείνωσης και απώλειας αξιοπρέπειας

Ο άρρωστος που πλησιάζει στον θάνατο μπορεί να φοβάται μήπως παραμορφωθεί ή μήπως υποστεί νέες αναπηρίες που δεν αποτελούν μονάχα απώλειες στο επίπεδο της λειτουργικότητάς του, αλλά κυρίως στο επίπεδο της αυτοεκτίμησης και ακεραιότητάς του. Κατά τον ίδιο τρόπο, όταν νιώθει αδύναμος κι ανήμπορος μπρος στην απειλή του θανάτου κυρίως ότι θα χάσει την αξιοπρέπειά του. Σαν συνέπεια αυτής της ταπείνωσης και υποτίμησης, νιώθει ντροπή, ενοχές και φοβάται ότι δεν θα είναι αποδεκτός ή αγαπητός από τα συγγενικά του πρόσωπα.

- ο Φόβος εξάρτησης

Αυτός ο άρρωστος φοβάται περισσότερο μην χάσει τον αυτοέλεγχό του, μην περιοριστούν οι ικανότητες και δραστηριότητές του καθώς και η ανεξαρτησία του. Τον απασχολεί ιδιαίτερα το γεγονός ότι αποτελεί «βάρος» για τους άλλους ή ότι εξαρτάται αποκλειστικά από αυτούς.

- ο Φόβος πόνου

Κάθε άρρωστος ανέχεται καλύτερα το ν πόνο όταν μπορεί να τον αιτιολογήσει, ή όταν γνωρίζει ότι στη συνέχεια θα ανακουφιστεί. Γι' αυτόν όμως που πεθαίνει, ο φόβος του πόνου ή της δυσποιας ή της οποιασδήποτε δυσλειτουργίας εντείνεται όταν πιστεύει ότι δεν υπάρχουν τα μέσα ή τα χρονικά περιθώρια για να νιώσει και πάλι καλύτερα. Φοβάται συχνά έναν επώδυνο, αργό ή μακρύ θάνατο χωρίς να μπορεί να καταλάβει το «γιατί».

- ο Φόβος αποχωρισμού από αγαπημένα πρόσωπα

Κάθε άρρωστος που πεθαίνει είναι φυσικό να «θρηνεί» για τον αποχωρισμό που επίκειται από την οικογένεια και τους φίλους του. Τον προβληματίζει πως θα

αντιμετωπίσουν οι συγγενείς του το θάνατό του, τι θα απογίνουν οι δικοί του χωρίς αυτόν, ιδιαίτερα μάλιστα αν αποτελούσε σημαντικό συναισθηματικό και οικονομικό στήριγμα για τα μέλη της οικογένειάς του.

- ο Φόβος απομόνωσης, απόρριψης και μοναξιάς

Από τους συνηθέστερους και εντονότερους φόβους του αρρώστου είναι ο φόβος της εγκατάλειψης από το περιβάλλον του. Συχνά συγγενείς που υποφέρουν να τον βλέπουν να πεθαίνει απομακρύνονται από αυτόν, ή τον «ξεγράφουν» πρόωρα.

B. Επίσης, Φόβοι σχετικά με τον θάνατο και την κατάσταση του νεκρού

- ο Φόβος οριστικότητας του θανάτου

«Τι θα απογίνουν όλα τα ανεκπλήρωτα σχέδια και οι στόχοι που έχω στη ζωή μου;», «κι όλα τα αγαπημένα μου πρόσωπα δεν θα τα ξαναδώ ποτέ;». Αυτά είναι ερωτήματα που δημιουργούνται σε κάθε άρρωστο και ιδιαίτερα σε εκείνον που φοβάται έντονα την οριστικότητα και το «αμετάκλητο» του θανάτου

- ο Φόβος για την τύχη του σώματος μετά το θάνατο

Η αποσύνθεση του σώματος, η σκέψη της ταφής, το φέρετρο κάτω από το χώμα, αποτελούν για μερικά άτομα έγνοιες που δημιουργούν έντονο άγχος.

- ο Φόβος για την μετά θάνατο ζωή

Για πολλούς αρρώστους το «άγνωστο» είναι εκείνο που τους απασχολεί και τους τρομάζει περισσότερο από κάθε τι άλλο, ενώ μερικοί φοβούνται τη «Θεία Δίκη» που μπορεί να τους τιμωρήσει στη μετέπειτα ζωή τους. Άλλοι πάλι, τρομάζουν με τη σκέψη ότι μπορεί να υπάρχουν πνεύματα ή μεταφυσικές δυνάμεις, ενώ μερικοί πανικοβάλλονται με την ιδέα ότι μετά το θάνατο δεν υπάρχει τίποτα.

Βέβαια κάθε άτομο μπορεί να βιώνει έναν ή περισσότερους από τους φόβους σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό και ένταση.

Σε όλες αυτές τις φοβίες θα πρέπει ο νοσηλευτής να είναι κοντά του, να τις αναγνωρίζει και να μην τις αγνοεί ή τις αποδοκιμάζει. Να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του για ασφάλεια, αυτονομία και αυτοέλεγχο.

- Κοινωνικό επίπεδο

Το άτομο που πεθαίνει αρχίζει να αποσύρεται συναισθηματικά και να αποδεσμεύεται σταδιακά από τις σχέσεις του με αγαπημένα πρόσωπα. Επίσης τακτοποιεί υποχρεώσεις που τυχόν έχει από την οικογένεια, τον χώρο εργασίας του και άλλους κοινωνικούς φορείς όσο αυτό είναι εφικτό και υλοποιήσιμο. Το προσωπικό υγείας του νοσοκομείου πρέπει να διαμορφώσουν ένα κλίμα ώστε ο ασθενής να μπορεί να εκφράσει άνετα τις αγωνίες του, ενώ παράλληλα να βοηθήσει να καλυφθούν μερικές από τις κοινωνικές του ανάγκες.

- Πνευματικό επίπεδο

Ο ασθενής λίγο πριν το θάνατο συχνά βιώνει μια βαθιά υπαρξιακή κρίση με έντονο άγχος. Με αυτό τον τρόπο ο άρρωστος θρηνεί διότι νιώθει ότι χάνει τον εαυτό του, τον σκοπό και το νόημα της ζωής του. Είναι λοιπόν σημαντικό οι νοσηλευτές να στηρίζουν τον άρρωστο στην πνευματική αυτή διεργασία, χωρίς να του επιβάλουν θεωρίες, απόψεις ή προσωπικές τους πεποιθήσεις. Τέλος η αντιμετώπιση κάθε ασθενή μέχρι και την τελευταία στιγμή της ζωής του πρέπει να είναι ως άτομο που ζει... Είναι άτομο που σε καμία περίπτωση δεν βρίσκεται στο περιθώριο της ζωής επειδή πεθαίνει.

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

3.1. Ο Νοσηλευτής πρότυπο ρόλου

Οι ψυχολογικές ανάγκες που εμφανίζονται στην αρχή είναι πιο συχνές και σημαντικές της διάγνωσης αλλά δυστυχώς είναι αυτές που αντιμετωπίζονται λιγότερο από την ομάδα υγείας. Η λανθασμένη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού και η μη επαρκή πληροφόρηση του ασθενή συντελούν στην επιδείνωση των ψυχολογικών αναγκών του. Μία δυσάρεστη κατάσταση η οποία καλό είναι να αποφεύγετε. Στο παραπάνω κεφάλαιο εξετάσαμε την κατάσταση που βιώνει ο καρκινοπαθής από την δική του πλευρά. Σε αυτό το κεφάλαιο θα δούμε ποιος είναι ο ρόλος του νοσηλευτή απέναντι σε αυτή την κατηγορία ασθενών.

Σύμφωνα με έρευνες η πλειοψηφία των νοσηλευτών υποστηρίζει ότι η φροντίδα ασθενών με νεοπλασμαστική νόσο προϋποθέτει την συμμετοχή του νοσηλευτή ως προσωπικότητα τονίζοντας ιδιαίτερα το πλαίσιο των αξιών του στην παροχή φροντίδας και στη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τον άρρωστο, με άμεσες επιπτώσεις την αξιολόγηση, τον προγραμματισμό και την εφαρμογή της φροντίδας. Επιπροσθέτως, ο τρόπος με τον οποίο οι νοσηλευτές φροντίζουν τους ασθενείς επηρεάζεται από τα προσωπικά τους βιώματα και τις πεποιθήσεις τους για τον καρκίνο (Κάρλου, Πατηράκη 2011).

Μετά από έρευνες που έγιναν πάνω στην φροντίδα οι ερευνητές έβγαλαν το συμπέρασμα ότι η ενσυναίσθηση του βιώματος του ασθενούς οδηγεί το νοσηλευτικό προσωπικό στην προσωπική ωρίμανση, την βελτίωση της αυτοεκτίμησης και της εμπιστοσύνης στον εαυτό τους, αλλά και στην αλτρουιστική προσφορά φροντίδας. Επιπλέον αναδεικνύεται ότι η φροντίδα είναι ένα έντονα συναισθηματικά φορτισμένο καθήκον, ενώ επισημαίνεται ότι η παροχή ολιστικής φροντίδας οδηγεί όχι μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς αλλά και του νοσηλευτή ως επαγγελματία, καθώς και στην αποφυγή κόπωσης.(Κάρλου, Πατηράκη 2011)

Το στρες είναι ένα έντονα αρνητικό συναίσθημα το οποίο επηρεάζει την ψυχολογία του αρρώστου και είναι ανασταλτικός παράγοντας για την ίασή του. Οι νοσηλευτές που έχουν σαν στόχο την μείωση του στρες στους ασθενείς τους θα πρέπει πρώτα να εξετάσουν τους εαυτούς τους διότι ο ασθενής τους βλέπει ως πρότυπα. Έτσι το προσωπικό που είναι φορτισμένο αρνητικά λόγω του στρες που βιώνει το ίδιο είναι παράγοντας αποτυχίας για το σχέδιο φροντίδας ενάντια στο άγχος που βιώνουν οι καρκινοπαθείς.(Taylor, Lillis, LeMone 2006)

Τέλος η ολιστική φροντίδα του ασθενή που πεθαίνει περιέχει σχεδόν πάντα κάποια προσωπική συναισθηματική επένδυση. Θα ήταν αναληθές και άδικο να θεωρείται ότι οι νοσηλευτές χειρίζονται τις καταστάσεις που περικλείουν το θάνατο χωρίς συναισθήματα. Σαν καλή τακτική φαίνεται να είναι η αφιέρωση χρόνου για την διερεύνηση των προσωπικών συναισθημάτων και την έκφρασή τους. Ο νοσηλευτής που δεν δίνει βαρύτητα και αμελεί να ασχοληθεί με τα προσωπικά του συναισθήματα για τη ζωή και το θάνατο αμφισβητείται αν μπορεί να αναλύσει και να λάβει υπόψη τις ανάγκες των ασθενών που αντιμετωπίζουν το θάνατο. Έτσι λοιπόν τα αισθήματα του νοσηλευτή αποτελούν σημαντικό παράγοντα στον τρόπο που φροντίζει τους ασθενείς στο τελευταίο στάδιο της ζωής του. Για παράδειγμα, εάν ο νοσηλευτής έχει ένα σοβαρό προσωπικό ζήτημα που τον απασχολεί αυτό θα φανεί και στην δουλειά του. Από τον τρόπο που συμπεριφέρεται, από τις κινήσεις του αλλά και από τα λεγόμενά του .(Taylor, Lillis, LeMone 2006)

3.2 Νοσηλευτική Αξιολόγηση

Ο νοσηλευτής για να προβεί στην εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας θα πρέπει πρώτα να αντλήσει πληροφορίες από τον ασθενή, έμμεσα ή άμεσα. Έτσι θα μπορέσει να τον βοηθήσει και σε ψυχολογικό επίπεδο εκτός από πρακτικό (Παράδειγμα, χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων).

Το στρες και το άγχος είναι προβλήματα των ασθενών που συναντούν οι νοσηλευτές ανεξάρτητα από την ηλικία του ατόμου και από το περιβάλλον στο οποίο παρέχεται η νοσηλευτική φροντίδα. Τα συναισθήματα αυτά είναι συνήθως έντονα και επηρεάζουν τους ασθενείς στην ανάρρωσή τους, άλλους λιγότερο και άλλους περισσότερο. Το στρες αξιολογείται μέσω της αξιολόγησης υγείας, με δεδομένα τόσο από το νοσηλευτικό ιστορικό όσο και από τη νοσηλευτική εξέταση. Οι παράγοντες κινδύνου ή οι δείκτες του στρες μπορούν να αναγνωριστούν με την χρήση τυποποιημένων τεστ, ή με τη χρήση κλειστών – ανοικτών ερωτήσεων για την απόκτηση πληροφοριών. Η θέληση του ασθενή να μοιραστεί πληροφορίες επηρεάζεται από το επίπεδο του στρες που βιώνει, καθώς και από τους μηχανισμούς αντιμετώπισης ή άμυνας που χρησιμοποιούνται.

Σημεία Αξιολόγησης Άγχους

Σωματικές Αντιδράσεις	Ψυχολογικές Αντιδράσεις	Κοινωνικές Αντιδράσεις
✓ Ξηροστομία ✓ Τρόμος	✓ Εκφράσεις απόγνωσης	✓ Ανάρμοστη ένδυση

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Αυξημένος καρδιακός ρυθμός ✓ Αυξημένη πίεση του αίματος ✓ Κλάμα ✓ Ναυτία ✓ Αυξημένη εφίδρωση ✓ Δυσκολία αναπνοής ✓ Διαταραχές ύπνου ✓ Διαταραχές πρόσληψης τροφής ✓ Αίσθημα καρδιακών παλμών 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Εκφράσεις ανησυχίας ✓ Εκφράσεις θυμού ✓ Έλλειψη εμπιστοσύνης στους άλλους ✓ Εκφράσεις λύπης ✓ Εκφράσεις αδυναμίας ✓ Διαταραχές στη σεξουαλικότητα ✓ Ανικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Απόσυρση από την αλληλεπίδραση με άλλους ✓ Επιθετικότητα απέναντι στους άλλους ✓ Διαταραχή στις επικοινωνίες
--	---	--

Οι ερωτήσεις που θέτονται στο νοσηλευτικό ιστορικό βοηθούν τον νοσηλευτή να αναγνωρίσει τους στρεσογόνους παράγοντες, την αντίληψη αυτών των παραγόντων και πως το άτομο τους αντιμετωπίζει. Εάν ο νοσηλευτής αξιολογήσει τυχόν εκδηλώσεις άγχους οποιαδήποτε στιγμή, είναι σημαντικό να θέσει στον ασθενή ερωτήσεις που αναγνωρίζουν το πρόβλημα. Οι ερωτήσεις ή οι δηλώσεις που μπορεί να χρησιμοποιηθούν περιλαμβάνουν :

- Παρατήρησα ότι αισθάνεστε ανήσυχοςΘα θέλατε να μιλήσετε γι' αυτό;
- Είστε πολύ ήσυχος σήμερα..... Συνέβη κάτι;
- Πρέπει να είναι πολύ τρομακτικό που μάθατε ότι έχετε καρκίνο.

Τέλος ένα άλλο όπλο στα χέρια του νοσηλευτή είναι η αντικειμενική εξέταση του ασθενή με στρες για την οποία όμως δεν υπάρχουν ειδικές οδηγίες. Ωστόσο οι παρατηρήσεις που γίνονται κατά τη διάρκεια της γενικότερης αξιολόγησης, μπορεί να εκτιμήσουν τα επίπεδα στρες και άγχους. Τα σημεία και συμπτώματα του στρες, εκτός από αυτά που έχουν ήδη περιγραφεί μπορεί να περιλαμβάνουν καρδιακές αρρυθμίες, πόνο στο στήθος, κεφαλαλγίες, υπεραερισμό, διάρροια τεταμένους μύες και ευρήματα από το δέρμα. Αυτές οι εκδηλώσεις είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης σώματος – νου.

Άλλα σημεία στρες μπορεί να αποτελούν τα εξής :

- Û Αποφυγή οπτικής επαφής
- Û Νωχελική στάση
- Û Ανέκφραστη φωνή
- Û Γρήγορη και με ένταση ομιλία
- Û Ανέκφραστο πρόσωπο
- Û Ατημέλητη εμφάνιση
- Û Ανησυχία, νευρικός βηματισμός, ιδρωμένα χέρια

3.3 Νοσηλευτικές Διαγνώσεις

Όταν τα στοιχεία που προκύπτουν από τη νοσηλευτική αξιολόγηση δείχνουν προβλήματα στρες που μπορεί να αντιμετωπιστεί με νοσηλευτικές παρεμβάσεις τότε η νοσηλευτική διάγνωση παίρνει τον όρο Άγχος. Οι συνήθεις αιτιολογίες για το άγχος περιλαμβάνουν τις συγκρούσεις για αξίες, σκοπούς της ζωής, την απειλή της αυτοαντίληψης, την απειλή του θανάτου, την απειλή του ή αλλαγής του περιβάλλοντος ή του ρόλου, την περιστασιακή κρίση ή τις ανικανοποίητες ανάγκες. Παραδείγματα άλλων νοσηλευτικών διαγνώσεων που είναι σημαντικές για τους ασθενής είναι:

- Ø Αμυντική αντιμετώπιση που σχετίζεται με την απώλεια της εργασίας και την οικονομική ανασφάλεια

- Ø Διαταραχή των διεργασιών της σκέψης που σχετίζεται με σοβαρό άγχος

Το στρες πιθανόν να επηρεάσει πολλές άλλες περιοχές της ανθρώπινης λειτουργίας. Στις νοσηλευτικές διαγνώσεις που ακολουθούν, το στρες και το άγχος είναι η αιτιολογία για κάποιο άλλο πρόβλημα.

- Ø Διαταραχή των συνηθειών του ύπνου που σχετίζεται με το άγχος

- Ø Απόγνωση που σχετίζεται με την χειρουργική επέμβαση που οδηγούν σε αναπηρία

- Ø Πνευματική καταπόνηση που σχετίζεται με την ανικανότητα αποδοχής της διάγνωσης απειλητικής για τη ζωή νόσου

- Ø Κοινωνικής απομόνωσης που σχετίζεται με αισθήματα αναξιότητας και άγχους που ακολουθούν μετά από τη μη αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου

Παράδειγμα

Ασθενής με στρες που εκδηλώνεται με ανησυχία. Οι σχετιζόμενοι παράγοντες που επηρεάζουν την ασθενή είναι η διάγνωση της νόσου που απαιτεί χειρουργική επέμβαση και ο φόβος για την παραμόρφωση που είναι πιθανόν να υποστεί.

Πιο συγκεκριμένα, ασθενής με πρόσφατη διάγνωση καρκίνου του μαστού, οι σφίξης και οι αναπνοές έχουν αυξηθεί πάνω από το φυσιολογικό, ανησυχία και αδυναμία ύπνου. Επίσης η τεταμένη έκφραση του προσώπου της ασθενούς δηλώνοντας «δεν μπορώ να ξεκουραστώ επειδή φοβάμαι την εγχείρηση και την απώλεια του μαστού μου».

Επιπλέον η διδασκαλία της αντίδρασης στον πόνο ή στον επικείμενο θάνατο μπορεί να επηρεάσει διάφορους τομείς της ανθρώπινης λειτουργίας και να έχει σαν αποτέλεσμα διάφορες διαγνώσεις. Παρακάτω παραθέτονται παραδείγματα νοσηλευτικών διαγνώσεων που σχετίζονται με την εμπειρία της απώλειας :

- Ø Διαταραχές άνεσης που σχετίζεται με τις επιπλοκές της χημειοθεραπείας για το τελικό στάδιο του καρκινοπαθή
- Ø Φόβος που σχετίζεται με την αντιλαμβανόμενη απώλεια του ελέγχου και την αυξανόμενη ανάγκη εξάρτησης στα τελικά στάδια της νόσου.
- Ø Ανεπάρκεια γνώσεων που σχετίζεται με την έλλειψη εμπειρίας στη φροντίδα μέλους της οικογένειας που πεθαίνει στο σπίτι.
- Ø Πνευματική ένταση που σχετίζεται με την ανικανότητα εναρμόνισης της διάγνωσης και του πόνου με την πεποίθηση ότι ο Θεός αγαπάει τους ανθρώπους.
- Ø Ανησυχία που σχετίζεται με την ανικανότητα πρόβλεψης της κατάστασης κατά το τελευταίο στάδιο της νόσου.
- Ø Έλλειψη συμμόρφωσης που σχετίζεται με την άρνηση του βάρους της νόσου και του επικείμενου θανάτου.
- Ø Διαταραχή οικογενειακών διαδικασιών που σχετίζεται με το στρες της φροντίδας στο τέλος της ζωής της μητέρας κυρίως.
- Ø Έλλειμμα αυτοφροντίδας που σχετίζεται με τη μείωση της δύναμης καθώς η νόσος επιδεινώνεται.

3.4 Επικοινωνία προσωπικού υγείας με ασθενή

Ο βαθμός της ικανοποίησης του ασθενή από την φροντίδα του εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων που πηγάζουν από τη σχέση που αναπτύσσει με τον επαγγελματία υγείας. Δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες αφορούν :

- ✚ Την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών που παρέχεται από το προσωπικό υγείας στον ασθενή και
- ✚ Το ενδιαφέρον και την κατανόηση που δείχνει για τον ασθενή.

Το κεφάλαιο αυτό αποβλέπει στην περιγραφή μερικών βασικών δεξιοτήτων ενεργητικής ακρόασης μέσω των οποίων το προσωπικό υγείας ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφραστεί και ταυτόχρονα επιδιώκει να κατανοήσει τις εμπειρίες που αυτός βιώνει. Στην περιγραφή των φραγμών που το προσωπικό υγείας χρησιμοποιεί κατά την επικοινωνία με τον ασθενή και στην αναφορά μερικών σταδίων που μπορούν να καθοδηγήσουν το προσωπικό υγείας στην αποτελεσματικότερη ενημέρωση του ασθενή, ιδιαίτερα όταν αυτή περιλαμβάνει «δυσάρεστες ειδήσεις» σχετικά με την υγεία.

Συχνά το προσωπικό υγείας αναλαμβάνει το ρόλο του «ειδικού» που γνωρίζει, συμβουλεύει, ελέγχει και κατευθύνει τον ασθενή με νεοπλασματική νόσο. Σπάνια αφιερώνει χρόνο για να ακούσει τις εμπειρίες και τις ανησυχίες του. Ακόμα και όταν το κάνει, γρήγορα περιορίζει τη συζήτηση προσφέροντας συμβουλές, λύσεις, την προσωπική του άποψη σχετικά με την εξέλιξη της υγείας του ασθενή ή τη στάση που πρέπει να τηρήσει στα θέματα που τον απασχολούν.

Η ενεργητική ακρόαση βάζει τον επαγγελματία υγείας στο ρόλο του προσεκτικού «ακροατή». Είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που απαιτεί δεξιότητες τέτοιες ώστε ο «ακροατής» να καταλαβαίνει το βαθύτερο νόημα όσων εκφράζει ο συνομιλητής του και ταυτόχρονα να του μεταδώσει το μήνυμα ότι τον κατανοεί και τον αποδέχεται.

Τα χαρακτηριστικά, που είναι εξίσου βασικά για την σχέση που διαμορφώνει το προσωπικό υγείας με τον ασθενή, περιλαμβάνουν:

- I. Την άνευ όρων αποδοχή του ατόμου η οποία εκφράζει μέσα από το πηγαίο ενδιαφέρον του επαγγελματία της υγείας που δέχεται τον ασθενή με όλες του τις αδυναμίες, ικανότητες.
- II. Την ενσυναίσθηση που εκφράζεται με την προσπάθεια του επαγγελματία να αντιληφθεί τη πραγματικότητα μέσα από το πρίσμα από το οποίο το βιώνει ο ασθενής, μεταφέροντάς του το μήνυμα ότι τον κατανοεί.
- III. Την αυθεντικότητα η οποία προϋποθέτει τη «διαφάνεια» και την «ειλικρίνεια» από τη πλευρά του επαγγελματία ο οποίος συνειδητοποιεί πως επηρεάζεται από τη σχέση του με το συνομιλητή του, ενώ αποφεύγει να εκπέμπει «διπλά μηνύματα», προβάλλοντας κάτι διαφορετικό από αυτό που βιώνει.

Ο επαγγελματίας υγείας είναι σημαντικό να λειτουργεί ως «καταλύτης». Χωρίς να είναι ιδιαίτερα κατευθυντικός, ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφραστεί, ή να κατανοήσει και να αποδεχτεί τις εμπειρίες που βιώνει και επιπλέον να αξιοποιήσει τις δυνατότητές του. Οι δεξιότητες της ενεργητικής ακρόασης, που βρήκαν εφαρμογή στο χώρο της υγείας περιγράφονται παρακάτω συνοπτικά.

Οι δεξιότητες αυτές αποσκοπούν να ενθαρρύνουν τον ασθενή να εκφραστεί και μεταδίδουν το μήνυμα ότι ο επαγγελματίας ενδιαφέρεται να τον ακούσει. Ο επαγγελματίας εκφράζει τις προθέσεις και τη διαθεσιμότητά του τ/οσο μη λεκτικά, όσο και λεκτικά.

Στο μη λεκτικό επίπεδο, η οπτική επαφή αποτελεί ένα από τα ισχυρότερα μέσα επικοινωνίας. Η απόσταση μεταξύ δύο ατόμων, η θέση του καθενός και ο προσανατολισμός τους μέσα στο χώρο επηρεάζουν τις αντιλήψεις που διαμορφώνουν ο ένας για τον άλλον. Τέλος, η στάση, οι κινήσεις του σώματος και οι χειρονομίες δηλώνουν μια τάση προσέγγισης ή αποφυγής.

Στο λεκτικό επίπεδο οι δεξιότητες επικοινωνίας αποβλέπουν να προσκαλέσουν τον ασθενή να μοιραστεί τις εμπειρίες του. Ο επαγγελματίας υγείας του παρέχει τον ακατάλληλο «θεραπευτικό χώρο» για να εκφραστεί ελεύθερα, χωρίς να κατακλύζεται από ερωτήσεις, να διακόπτεται ή να καθοδηγείται.

Αρχικά, οι ανοικτές ερωτήσεις δίνουν στον ασθενή την ευκαιρία να οργανώσει, να αναπτύξει τις σκέψεις του και να απαντήσει περιγράφοντας προσωπικές εμπειρίες. Αντίθετα, οι κλειστές ερωτήσεις οδηγούν το άτομο να απαντήσει σε μια ή δύο προκαθορισμένες λέξεις και μ' αυτό περιορίζουν τη συζήτηση. Οι ερωτήσεις πρέπει να είναι απλές και σύντομες, η χρήση ενθαρρυντικών προτροπών ενθαρρύνουν τον ασθενή να εκφραστεί και δηλώνουν το ενδιαφέρον του επαγγελματία. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διατηρείται ουδετερότητα και να αποφεύγονται τα σχόλια. Τέλος, η αποδοχή της σιωπής του ασθενή μπορεί να έχει θεραπευτικές επιπτώσεις. Παρέχει στο άτομο χρόνο να έρθει σε επαφή με συναισθήματα ή σκέψεις. Συχνά, όμως, η σιωπή φέρνει σε αμηχανία το προσωπικό υγείας που δυστυχώς παρεμβαίνει με ερωτήσεις ή σχόλια για να καλύψει το «κενό».

Η αποτελεσματική επικοινωνία προϋποθέτει την κατανόηση του ασθενή και των εμπειριών που εκφράζει. Απαιτεί δεξιότητες και ταυτόχρονα ειλικρινή πρόθεση του επαγγελματία υγείας να καταλάβει όσα απασχολούν τον ασθενή. Δεν αρκεί όμως μόνο να τον καταλαβαίνει, αλλά ταυτόχρονα πρέπει να του μεταδώσει το μήνυμα ότι είναι κατανοητός και αποδεκτός. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται μέσω :

1. Της επανάληψης
2. Της παράφρασης
3. Της αντανάκλασης συναισθήματος
4. Της συνοχής του περιεχομένου της συζήτησης

Συμπερασματικά, οι παραπάνω δεξιότητες αποτελούν χρήσιμα «εργαλεία» στη διάθεση των μελών του προσωπικού υγείας και συμβάλλουν στην κατανόηση του ασθενή και της οικογένειάς του. Παρ' όλα αυτά, η χρήση τους είναι αποτελεσματική μόνο όταν συνοδεύεται από πηγαία και ειλικρινή διάθεση του επαγγελματία να λειτουργεί ως «ακροατής» και να κατανοήσει πως ο ασθενής βιώνει την ασθένεια και τις επιπτώσεις που έχει στη ζωή του.

Μία από τις βασικότερες αιτίες που το προσωπικό υγείας δυσκολεύεται ή αποτυγχάνει να επικοινωνήσει με τον ασθενή είναι η χρήση φραγμών επικοινωνίας.

Οι φραγμού επικοινωνίας πηγάζουν τόσο από κάποιες κοινωνικές ή προσωπικές συνήθειες, όσο και από τις προσωπικές συνήθειες, όσο και από τις προσωπικές

ανάγκες του νοσηλευτή να λειτουργήσει ως «δάσκαλο», «σωτήρα» με αποτέλεσμα να συμβουλευεί, να καθοδηγεί, να ηθικολογεί και να κρίνει τη συμπεριφορά του ασθενή.

Ορισμένοι από τους συνηθέστερους φραγμούς περιλαμβάνουν:

- ο Αλληπάλληλες ερωτήσεις
- ο Κήρυγμα. Ηθικολογία
- ο Κριτική
- ο Συμβουλή, καθοδήγηση
- ο Εφησυχασμός
- ο Εκλογίκευση ή ελαχιστοποίηση των ανησυχιών
- ο Απειλή, προειδοποίηση
- ο Αποφυγή ή αλλαγή θέματος

Πολύ συχνά ο ασθενής που ενημερώνεται σχετικά με την ασθένεια, τη θεραπεία και την εξέλιξη της υγείας του, δεν κατανοεί ή παρερμηνεύει την πληροφόρηση που δέχεται. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, οι αιτίες είναι πολλές:

-Το προσωπικό υγείας παρέχει πληροφορίες που είναι δυσνόητες

-Ο ασθενής διστάζει να θέσει ερωτήσεις, ακόμα και όταν επιθυμεί να μάθει περισσότερα για την κατάστασή του και

-Ο ασθενής βασίζεται σε μια προσωπική υποκειμενική θεώρηση για την νόσο του καρκίνου, μέσα από την οποία επεξεργάζεται και συχνά παρερμηνεύει τα πληροφορίες που δέχεται.

Η αποφυγή της ενημέρωσης του ασθενή εμφανίζεται συχνότερα στις περιπτώσεις όπου η ασθένεια είναι ανίατη. Τον τρόπο που θα πρέπει να κινηθούμε σε αυτή την περίπτωση θα μελετηθεί στην ενότητα με τις Νοσηλευτικές Στρατηγικές-Κλειδιά.

3.6. Ανακουφιστική Φροντίδα

Εκτός από τις θεραπευτικές και παράλληλα ανακουφιστικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται ενάντια στον καρκίνο όπως είναι η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική παρέμβαση υπάρχουν ανακουφιστικές μεθόδους και για την ψυχολογία του αρρώστου.

Ανακουφιστικά για τον ασθενή λειτουργεί και η επικοινωνιακή επικοινωνία του νοσηλευτή με τον άρρωστο όπως αναλύθηκε και παραπάνω. Σε αυτό το κεφάλαιο θα μελετηθεί η χρησιμότητα της ελπίδας στην κλινική εφαρμογή.

Μία φράση που σίγουρα όλοι έχουμε ακούσει είναι : «Η ελπίδα πεθαίνει τελευταία» Ουσιαστικά η ελπίδα είναι η εσωτερική ανθρωπιστική δύναμη της ανταπόκρισης στις αντιξοότητες της εξέλιξης του ατόμου. Θεμελιώδης για την έννοια της ανακουφιστικής αποκατάστασης είναι η πίστη ότι μπορεί να ενισχυθεί η ελπίδα για ένα καλύτερο αύριο ακόμα και στην περίπτωση μιας στρεσογόνου καταστάσεως όπως σε αυτή την περίπτωση που εξετάζεται ο καρκίνος

Η πρόκληση για τους νοσηλευτές είναι να συνδυάσουν την προσέγγισή τους για την προώθηση της ελπίδας με τις άλλες δραστηριότητές τους κατά την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας, όπως την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Αυτό μπορεί να είναι δύσκολο. Ο νοσηλευτής πρέπει να αναγνωρίζει πότε οι δυνατότητές τους για την επίλυση προβλημάτων επαρκούν και πότε είναι πιο σωστό να χρησιμοποιήσουν τις ικανότητές τους για επικοινωνία και απλώς να μοιραστούν τη διαδρομή με τους αρρώστους.

Η ελπίδα είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη φροντίδα. Το ανθρώπινο πνεύμα είναι μία ισχυρή κινητήρια δύναμη μέσα σε κάθε άτομο. Η ενέργεια πίσω από αυτή τη δύναμη απαιτεί συχνό ανεφοδιασμό, αν είναι απαραίτητο να διατηρείται ένα αίσθημα αισιοδοξίας. Η ανίατη νόσος έχει τη δυνατότητα να αποστραγγίζει την ενέργεια ενός ανθρώπου αφήνοντας το πνεύμα του «αποψιλωμένο», με ακόλουθο τον κίνδυνο ολίσθησης σε καταστάσεις απελπισίας και απαισιοδοξίας.

Η υψηλής ποιότητας φροντίδα πρέπει να εστιάζεται στην ανάκτηση αυτής της ενέργειας στους αρρώστους και στους συγγενείς τους. Η προαγωγή της σωματικής άνεσης- ανακούφισης, η επιβεβαίωση της πραγματικής αξίας του αρρώστου και η αναγνώριση της σημασίας των οικογενειακών δεσμών μέσα στην εφαρμογή της ανακουφιστικής φροντίδας είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή φροντίδας εστιασμένης στην ελπίδα.

Μία σειρά παρεμβάσεων ενισχυτικών της ελπίδας έχουν αναγνωριστεί για τους αρρώστους που λαμβάνουν ανακουφιστική φροντίδα. Οι παρεμβάσεις αυτές προτείνονται απλώς ως οδηγός. Σημείο-κλειδί στην προαγωγή και ενίσχυση της ελπίδας αποτελεί το γεγονός ότι οι παρεμβάσεις είναι από τη φύση τους δυναμικά αλληλένδετες και παρά το ότι συζητούνται ανεξάρτητα, η ολοστική φύση της ανακουφιστικής φροντίδας επιβάλλει την υιοθέτηση μιας ενιαίας προσέγγισης.

Η αλληλεπίδραση όλων αυτών των στοιχείων δεν πρέπει να υπερεκτιμηθεί. Οι ακόλουθες παρεμβάσεις προσφέρονται σαν μέθοδοι, με τις οποίες οι νοσηλευτές μπορούν να ενισχύσουν την ελπίδα των αρρώστων.

Ενίσχυση της ελπίδας στην Ανακουφιστική Φροντίδα

Στοιχείο	Παρεμβάσεις	Αιτιολογία
<p>Ø <u>Αξία</u></p> <p><u>Σκοπός:</u> Επιβεβαίωση εκτίμησης των προσωπικών αξιών του αρρώστου και των άλλων</p>	<p>Ø Διερεύνηση προηγούμενων εμπειριών και αντιλήψεων του αρρώστου για τη νόσο</p> <p>Ø Ενίσχυση της ανεξαρτησίας χρησιμοποιώντας κατάλληλο υλικό προσωπικό, βοηθήματα και πηγές</p> <p>Ø Διερεύνηση των επιθυμιών για το μέλλον και λήψη αποφάσεων</p> <p>Ø Υποβοήθηση της</p>	<p>Ø Επιβεβαίωση της αυτοαξίας με σεβασμό της ατομικότητας</p> <p>Ø Προαγωγή της αυτονομίας και σεβασμό στα πιστεύω</p>

	<p>ανασκόπησης της ζωής</p> <p>∅ Διερεύνηση με ευαισθησία πνευματικά και θρησκευτικά πιστεύω και παροχή της ανάλογης φροντίδας</p>	
<p>∅ <u>Αίσθημα Άνεσης</u></p> <p><u>Σκοπός:</u> Προαγωγή της σωματικής άνεσης</p>	<p>∅ Καθολική εκτίμηση και τακτική επανεκτίμηση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων και εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων</p> <p>∅ Διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών επιδράσεων του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων</p> <p>∅ Υψηλή ποιότητα φροντίδας για την προαγωγή της άνεσης</p>	<p>∅ Για την παρεμπόδιση και τον αποτελεσματικό χειρισμό σωματικού και ψυχοκοινωνικού άγχους</p>
<p><u>Συναισθηματικός Δεσμός</u></p> <p><u>Σκοπός:</u> Προαγωγή σχέσεων και φροντίδας</p>	<p>∅ Παρουσία του νοσηλευτή δίπλα στον ασθενή και την οικογένειά του όταν χρειάζονται υποστήριξη και ειδικά όταν επαναπροσδιορίζονται οι στόχοι και οι προσδοκίες</p> <p>∅ Παροχή ενός φιλικού περιβάλλοντος, που αναγνωρίζει την ατομικότητα του αρρώστου και τις ανάγκες του</p> <p>∅ Χρησιμοποιήστε το χιούμορ και συζητήστε κοινά θέματα όταν είναι εφικτό</p> <p>∅ Προαγωγή επικοινωνίας και ιδιωτικότητας ανάμεσα στους αρρώστους και τους αγαπημένους τους προς</p>	<p>∅ Αποκάλυψη ενδιαφέροντος, επιβεβαίωση της αξίας και προαγωγή μιας αίσθησης του φυσιολογικού</p> <p>∅ Ενίσχυση υποστηρικτικών σχέσεων</p>

	<p>διευκόλυνσης της έκφρασης της φροντίδας για τις ανάγκες της οικογένειας</p>	
--	--	--

3.7. Νοσηλευτικές στρατηγικές - κλειδιά

Υπάρχει ένας αριθμός απλών στρατηγικών και βασικών δεξιοτήτων που μπορούν να υιοθετήσουν οι κλινικοί νοσηλευτές, προκειμένου να προσφέρουν ψυχολογική υποστήριξη στον άρρωστο που πεθαίνει. Οι στρατηγικές είναι οι εξής:

1. Ο Νοσηλευτής να αφιερώνει χρόνο στους ασθενείς που πεθαίνουν

Είναι αναγκαίο κάποια στιγμή όταν ο ασθενής πλησιάζει στο θάνατο να του δίνουμε τη δυνατότητα να αφήσει ελεύθερα τα συναισθήματα που τον κατακλύζουν ενώ είναι μόνος με το εαυτό του. Μερικές φορές υπάρχει όντως η ανάγκη να μείνει ο ασθενής μόνος του, αλλά υπάρχουν και πολλές φορές που χρειάζεται ανθρώπινη επαφή, επικοινωνία και καθησυχασμό.

Υπάρχει πάντα μια αίσθηση αδυναμίας και αμηχανίας όταν έρχεται κανείς αντιμέτωπος με το θάνατο, μία κατάσταση η οποία δεν αλλάζει. Η πραγματική ικανότητα κρύβεται στο να μπορεί ο νοσηλευτής να συμβιώσει με αυτή την αίσθηση και να μπορεί να τη χρησιμοποιήσει για να βοηθήσει τον άρρωστο και την οικογένειά του.

2. Να απαντά στις ερωτήσεις

Ο ασθενής μπορεί οποιαδήποτε στιγμή να κάνει στο γιατρό, στη νοσηλεύτρια και γενικά σε κάθε μέλος της ομάδας φροντίδας ερωτήσεις σχετικά με τη διάγνωση και την πρόγνωση του. Μπορεί επίσης να επιθυμεί να συζητά για τις σκέψεις και τα συναισθήματα που γεννά βιωματικά ο καρκίνος. Όλο το προσωπικό της φροντίδας υγείας θα πρέπει να γνωρίζει την κατάσταση όλων των ασθενών για να μπορεί να

απαντήσει σε οτιδήποτε ερωτηθεί. Παρ' όλα αυτά θα πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να είναι ιδιαίτερα προσεκτικό ως προς τον τρόπο με τον οποίο θα χειριστεί τις ερωτήσεις του ασθενή.

3. Ο Νοσηλευτής να επιτρέψει στον άρρωστο να πεθάνει

Οι αναποτελεσματικές προσπάθειες «νεκρανάστασης» στις περιπτώσεις όπου η ποιότητα της ζωής που απομένει είναι φτωχή, μπορεί να προκαλέσουν αρκετή εξάντληση και καταπόνηση. Έτσι καλό είναι να κινούμαστε με βάση την ηθική αρχή της «μη πρόκλησης βλάβης» ή με άλλα λόγια, πρέπει να φροντίζουμε ώστε να μην προκαλούμε στον άρρωστο περισσότερο κακό από αυτό που έχει ήδη υποστεί.

Άρα εάν θέλει κανείς το συμφέρον του αρρώστου τότε καλό θα ήταν οι νοσηλευτές που τον φροντίζουν να έχουν τις εξής ιδιότητες : ικανοί, δυναμικοί, αξιόπιστοι και υπεύθυνοι νοσηλευτές με ευχέρεια να μπορούν να αναγνωρίζουν το συμφέρον του αρρώστου και να το προωθούν χωρίς φραγμούς και ενδοιασμούς.

4. Σεβασμός στην αξιοπρέπεια του αρρώστου

Η παρεχόμενη φροντίδα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να σχεδιάζεται με βάση τις αξίες και τις απόψεις του αρρώστου και όχι του νοσηλευτή. Είναι σημαντικό να γνωρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό ποιες είναι οι προτεραιότητες του ασθενή και να σχεδιάζεται η φροντίδα βάση αυτών. Έτσι, σεβόμενοι τις προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις των αρρώστων, οι νοσηλευτές συμβάλλουν στην παροχή αποτελεσματικής φροντίδας και προαγωγή της ποιότητας ζωής

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α

Ο ασθενής Α. Μηλωνάκης ηλικίας 75 ετών, συνταξιούχος προσήλθε στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο στις 15/8/2012 με διάγνωση Ca ορθοπρωκτικού σωλήνα.

Το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς αναφέρει ότι το πρόβλημα άρχισε κατά τις κενώσεις. Την ίδια περίοδο άρχισε να αισθάνεται άλγος σε όλη την κάτω κοιλιακή χώρα και αντανακλάσεις στην οσφυϊκή χώρα και την ωμοπλάτη. Η στήλη των κοπράνων ήταν λεπτή και περιβαλλόταν από βλέννη και αίμα. Επισκέφθηκε τον παθολόγο ο οποίος διέγνωσε με δακτυλική εξέταση Ca ορθοπρωκτικού σωλήνα που αιμορραγεί.

Μετά από εξετάσεις που έκανε στις 15/7/2012 κρίθηκε αναγκαίο να χειρουργηθεί ο ασθενής το συντομότερο. Στο νοσηλευτικό ιστορικό μας λέει ότι ο ασθενής ήλθε με συνοδεία κάποιου φίλου καθώς είναι άγαμος, δίχως παιδιά. Η ψυχολογική του κατάσταση είναι άσχημη και ο φόβος του μεγάλος. Είναι αναγκαία η ψυχολογική ενίσχυση από το νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να αισθανθεί ασφάλεια και άνεση καθώς και εμπιστοσύνη.

Το χειρουργείο ήταν τακτικό και προγραμματίστηκε για τις 19/8/2012. Προεγχειριντικά η κατάσταση του ασθενή είναι επιφανειακά καλή αλλά κατά βάθος ο ασθενής είναι αγχωμένος. Ο γιατρός μαζί με το νοσηλευτικό προσωπικό του εξηγούν την χειρουργική επέμβαση και πρόκειται να υποστεί καθώς επίσης και την μόνιμη κολοστομία την οποία θα έχει. Ο ασθενής δεν έχει περιθώρια εκλογής, είναι μόνος και φοβερά μοναχικός.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες, προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙ ΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤ ΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚ ΎΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤ ΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Σ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣ Η ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣ ΜΑΤΩΝ
Αγωνία και φόβος για την διεξαγωγή της	-Μείωση της αγωνίας και των	- Επικοινωνία με τον ασθενή και ενθάρρυνσή του	- Έγινε συζήτηση με τον ασθενή	Μετά από συζήτηση ο ασθενής

<p>εγχείρησης.</p>	<p>άλλων δυσάρεστων συναισθημά των που νιώθει ο ασθενής. - Εξασφάλιση καλής ψυχολογική ς κατάστασης.</p>	<p>να εκδηλώσει τους φόβους και τις ανησυχίες του -Παροχή πληροφοριών για το είδος και την αναγκαιότητα της επέμβασης. -Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς για την καλή και επιτυχή έκβαση της επέμβασης αλλά και της πορείας της μετεγχειριντικά. -Χορήγηση ηρεμιστικού την παραμονή του χειρουργείου.</p>	<p>για να εκφράσει τα συναισθήματ ά του. - Εκδόθηκαν πληροφορίες σχετικά με το είδος της επέμβασης και την κατάσταση του μετεγχειριντι κά. - Διβεβαιώθηκε ο ασθενής για την επιτυχία της επέμβασης και την ομαλή μετεγχειριντι κή του κατάσταση. -Κατόπιν ιατρικής εντολής χορηγήθηκε στον ασθενή 1tb Xanax 3 mg το προηγούμενο βράδυ του</p>	<p>φάνηκε περισσότερο ήρεμος και ψύχραιμος και αποδέχθηκε καλύτερα το γεγονός της επέμβασης. Εξωτερίκευσε τα συναισθήματά του και ανέφερε χαρακτηριστικά ότι είχε μεγάλη ανάγκη αυτή την συμπαράσταση και την κατανόηση.</p>
--------------------	--	---	---	--

			χειρουργείου για να ηρεμήσει και να κοιμηθεί καλά.	
--	--	--	--	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες, προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙ ΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤ ΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚ ΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤ ΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Σ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣ Η ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣ ΜΑΤΩΝ
Ανάγκη ασφάλειας, στοργής και κατανόησης από τα μέλη της ομάδας υγείας.	- Απομάκρυν ση όλων των δυσάρεστων συναισθημά των του ασθενούς . -Δημιουργία ζεστού και άνετου περιβάλλοντ ος για τον ασθενή. - Εμπιστοσύν η στην νοσηλεύτρια και στα	-Διάλογος με την νοσηλεύτρια. -Διάλογος με τον γιατρό. -Διάλογος με την κοινωνική λειτουργό, καθώς ο ασθενής δεν έχει οικογένεια.	-Δόθηκαν εξηγήσεις στον ασθενή που αφορούσαν την γενική του κατάσταση. -Έγινε με προσοχή ακρόαση όλων των ερωτημάτων, αποριών και ανησυχιών του, κατανόησης του και δόθηκαν	Ο ασθενής αισθάνθηκε ασφάλεια και εμπιστοσύνη μέσα στον νοσοκομειακό χώρο.

	άλλα μέλη της ομάδας υγείας.		λύσεις. -Επαφή του ασθενή με την κοινωνική λειτουργό για την μετέπειτα αποκατάστασή της.	
--	------------------------------	--	---	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες, προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Δυσκολία στην αποδοχή της κολοστομίας, θλίψη και άγχος για την αναπηρία.	-Πλήρης αποδοχή της κολοστομίας. Απομάκρυνση δυσάρεστων συναισθημάτων.	-Συζήτηση με τον ιατρό και την νοσηλεύτρια για την κολοστομία. -Συνάντηση του ασθενή με κάποιο άτομο που ζεί και εργάζεται κανονικά με κολοστομία. -Η νοσηλεύτρια θα ενθαρρύνει τον ασθενή να κατανοήσει ότι η κολοστομία θα του παρατείνει τη	-Η νοσηλεύτρια εξήγησε στην ασθενή τα θεραπευτικά αποτελέσματα της κολοστομίας και ότι υπάρχουν και άλλοι ασθενείς με το ίδιο πρόβλημα. -Ο ασθενής επισκέφθηκε	Απαλλαγή του ασθενή από τα δυσάρεστα συναισθήματα. Η όλη προσπάθεια της νοσηλεύτριας άρχισε να αποδίδει. Ο διάλογος έχει ευεργετικά αποτελέσματα.

		ζωή. -Ψυχολογική ενίσχυση του ασθενή και εμπύχωσή του να έχει θάρρος.	άλλον άρρωστο με το ίδιο πρόβλημα και συζήτησαν το πρόβλημά τους. -Γίνεται καθημερινά ενθαρρυντικός διάλογος για την καλύτερη αποδοχή της κολοστομίας εκ μέρους του ασθενή	
--	--	--	---	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες, προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αδυναμία και εύκολη κόπωση.	Αντιμετώπιση της αδυναμίας της εύκολης κόπωσης και της εξάντλησης που νιώθει.	-Περιορισμός των δραστηριοτήτων και του επισκεπτηρίου. -Τοποθέτηση του ασθενή σε αναπαυτική θέση. -Δημιουργία άνετου	Ενημερώθηκαν οι επισκέπτες και αραιώσαν τις επισκέψεις. - Τοποθετήθηκε ο ασθενής	Η δημιουργία άνετου περιβάλλοντος και η αλλαγή δωματίου καθώς και ο περιορισμός των κινήσεων του ασθενή

		περιβάλλοντος.	σε αναπαυτική θέση και έγινε αλλαγή δωματίου για την αποφυγή ενοχλητικών θορύβων.	μείωσαν την αδυναμία και την εύκολη κόπωση. Ο ασθενής νιώθει αρκετά καλά.
--	--	----------------	---	---

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες, προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Μεταβολές στην άνεση εξαιτίας του πόνου.	-Ελάττωση του πόνου. - Εξασφάλιση της άνεσης του ασθενή. -Μείωση νευρικότητας και ανησυχίας και ψυχολογική ενθάρρυνση.	-Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων για την καταπολέμηση του πόνου. -Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή. -Τοποθέτηση στην κατάλληλη θέση.	-Χορήγηση ½ amp pethidine I.M. με εντολή του ιατρού. -Έγινε ψυχολογική ενθάρρυνση του ασθενή με τον διάλογο και τις συχνές επισκέψεις της νοσηλεύτριας. -Με την	Ελάττωση του πόνου και ο ασθενής μετά την ψυχολογική βοήθεια που του προσφέρθηκε νιώθει πιο ήρεμος και πιο ήσυχος.

			κατάλληλη συμπεριφορά δημιουργήθη κε στον ασθενή το αίσθημα της εμπιστοσύνης και της σιγουριάς. -Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε καθιστή θέση και γίνεται συχνά αλλαγή θέσης όποτε το επιθυμεί.	
--	--	--	--	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες, προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αγωνία και	-Πλήρης	-Ενημέρωση του	-Η	Ο ασθενής

<p>άγχος για την εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση .</p>	<p>αποκατάσταση. -Επανεξέταση του ασθενή στη ζωή με τους καλύτερους δυνατούς τρόπους και με αποδοχή της αναπηρίας του.</p>	<p>Κοινωνικού Λειτουργού εκ μέρους της Νοσηλεύτριας η οποία γνωρίζει το πρόβλημα του ασθενή. -Συνάντηση ασθενούς με κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο.</p>	<p>νοσηλεύτρια συνάντησε τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχολόγο, τους ενημέρωσε για το πρόβλημα του ασθενή και έγινε διάλογος για το ίδρυμα όπου θα φιλοξενήσει τον ασθενή μέχρι να επανεκταχθεί στην καθημερινότητα. -Ο ασθενής συναντήθηκε με τον κοινωνικό λειτουργό και συζήτησε τους όρους τοποθέτησής του στο ίδρυμα.</p>	<p>μεταφέρθηκε στο ίδρυμα με τους όρους που ο ίδιος δέχτηκε.</p>
---	--	---	---	--

--	--	--	--	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες,</i> <i>προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Η ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Απελπισία και δυσάρεστες σκέψεις για το θάνατο.	Εμφύχωση του ασθενή και απομάκρυνσή της σκέψης του από το θάνατο.	<ul style="list-style-type: none"> -Πριν από την αποχώρηση από το νοσοκομείο, συζήτηση με την νοσηλεύτρια. -Εξήγηση στον ασθενή ότι η ζωή συνεχίζεται. -Έπαινος όλων των θετικών πλευρών του ιδρύματος. -Καθοδήγηση του ασθενή να μην κλονίζεται η πίστη του. -Προσπάθεια ώστε να εξαλειφθούν οι πόνοι του 	Τονίστηκε η σημασία του ιδρύματος και η ύπαρξη άλλων ανθρώπων, πράγμα που θα συμβάλει στην εξάλειψη της μοναξιάς και της έμμονης ιδέας του θανάτου.	Ο ασθενής αποχώρησε από το νοσοκομείο απαλλαγμένος από τις σκέψεις του θανάτου.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β

Η ασθενής Α. Μαντά ηλικίας 45 ετών εισήλθε στη α' χειρουργική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου «Σωτηρία». Η ίδια η ασθενής ανακάλυψε με την αυτοεξέταση μαστού πριν από ένα χρόνο ένα ογκίδιο στον αριστερό της μαστό διαστάσεων 1x1cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί ανώδυνοι κινητοί λεμφαδένες. Δεξιός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Η ασθενής είναι παντρεμένη και έχει τρία παιδιά. Έναρξη εμμηνου ρήσεως 13 ετών. Στο οικογενειακό της ιστορικό δεν αναφέρει περιστατικό καρκίνου του μαστού.

Στην κλινική έγιναν λήψη ζωτικών σημείων και αιματολογικός έλεγχος. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου το πρωί της 3/10/12. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αναλόγως των αποτελεσμάτων της ταχείας βιοψίας.

Μετά την επέμβαση η ασθενής δεν παρουσίασε καμία επιπλοκή και πήρε εξιτήριο στις 10/10/12. Δόθηκαν οδηγίες για την φροντίδα της τομής στο σπίτι και ορίστηκε επανεξέταση σε 10 μέρες.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες, προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙ ΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤ ΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚ ΉΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤ ΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Σ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣ Η ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣ ΜΑΤΩΝ
-Άγχος, φόβος, κατάθλιψη (προεγχειριντικά λόγω επέμβασης)	-Μείωση του άγχους και όλων των αρνητικών συναισθημάτων. - Εξασφαλισ	-Γνωριμία με το προσωπικό της κλινικής και τους χώρους της. - Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας από τους νοσηλευτές.	- Ενισχύθηκε ψυχολογικά η ασθενής και τονώθηκε το ηθικό της. -Το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου	-Περιορίστηκε και υπήρξε καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή, λόγω της ψυχολογικής τόνωσης και

	η ηρεμίας της ασθενούς. - Ενθάρρυνση ως προς την ασθένεια.	-Χορήγηση μυοχαλαρωτικού με ιατρική εντολή προς αποφυγή άγχους. -	χορηγήθηκε μυοχαλαρωτικό Xanax 0,5mg για την εξασφάλιση καλού ύπνου.	της χορήγησης μυοχαλαρωτικού φαρμάκου.
--	--	--	--	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Υ Ανάγκες, προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
-Αλλαγή σωματικού ειδώλου (απώλεια ενός μαστού)	-Να αποδεχτεί η ασθενής την καινούρια της εικόνα στο λιγότερο δυνατό χρόνο και με το μικρότερο ψυχολογικό κόστος.	-Ενημέρωση των συγγενών για αποδοχή της ασθενούς. -Ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς. -Επίσκεψη σε άλλη ασθενή με το ίδιο πρόβλημα. -Τοποθέτηση περούκας αν χρειάζεται. -Ενημέρωση για τη χρήση προσθηκών μετά από μαστεκτομή	- Ενημερώθηκαν οι συγγενείς σχετικά με τη μεταβολή της σωματικής εικόνας -Ενισχύθηκε ψυχολογικά και έγινε τόνωση του ηθικού της. -Επισκέφθηκε μετά το χειρουργείο άλλη ασθενή με το ίδιο	- Η ασθενής έδειξε να αποδέχθηκε το χειρουργικό αποτέλεσμα. Ακολούθησε όλες της οδηγίες που της δόθηκαν. -Έδειξε μεγάλη κατανόηση και υπομονή. -Η τοποθέτηση προσωρινής προσθήκης ενίσχυσε την αυτοπεποίθησή

		<p>καθώς και για την ενδυμασία της.</p> <p>-Βοήθεια αποδοχής της από τον κοινωνικό περίγυρο</p>	<p>πρόβλημα.</p> <p>- Τοποθετήθηκε περούκα για μικρό χρονικό διάστημα.</p> <p>- Ενημερώθηκε σχετικά με τον τρόπο χρήσης προσθηκών μετά από μαστεκτομή.</p> <p>-Έγινε προσπάθεια να ενταχθεί στο κοινωνικό της περιβάλλον</p>	της.
--	--	---	--	------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος ανήκει στην καθημερινότητα όλων. Το πώς όμως τον αντιμετωπίζει ο καθένας είναι ξεχωριστό. Άλλοι είναι πιο δυνατοί και άλλη όχι τόσο. Η εσωτερική δύναμη που κρύβει ο καθένας μέσα του μπορεί να λειτουργήσει είτε ως ανασταλτικός παράγοντας είτε ως ευεργετικός παράγοντας στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Έτσι λοιπόν στην παραπάνω πτυχιακή εργασία αναγνωρίζει κανείς κάποια από τα χαρακτηριστικά στην ψυχολογία του ασθενή με νεοπλασματική νόσο ώστε να ξέρει λίγο καλύτερα να τον «χειριστεί» και να τον δικαιολογήσει σε ορισμένες περιπτώσεις. Βασιζόμενη στην βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του ανθρώπου θα πρέπει ένας νοσηλευτής να καταλάβει πως μέχρι και το «καλημέρα» σε έναν καρκινοπαθή μπορεί να του αλλάξει την διάθεση.

SUMMARY

Cancer is a daily all. But how to treat each one is special. What others are strong and other not so much. The internal power hidden inside of anyone can operate either as a deterrent or as a beneficial agent in the treatment of cancer. So in the above thesis one recognizes some of the features in the psychology of the patient with cancer was to know him a little better "handle" it, and justify in some cases. Based on the biopsychosocial approach of man should a nurse to understand that until the "good morning" to a cancer patient can change his mood.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Εν κατακλείδι θα πρέπει να κατανόηση κανείς ότι οπωσδήποτε χρειάζεται η μόρφωση, οι ικανότητες και η θέληση για να γίνει κάποιος καλός νοσηλευτής αλλά εξίσου σημαντικό είναι επίσης και η ανθρωπιά. Να μπορεί να μεταδώσει ο νοσηλευτής την θετική του ενέργεια ή αύρα όπως λένε μερικοί άνθρωποι.

Να χαρίσει η νοσηλεύτρια ένα χαμόγελο δεν της κοστίζει τίποτα, για τον ασθενή ακόμα και για τον συνοδό που το λαμβάνει είναι σημαντικό.

Αναγνωρίζουμε όλοι ότι στα νοσοκομεία της χώρας μας δεν επικρατεί το θετικότερο κλίμα λόγω τις έλλειψης προσωπικού, το καλύτερο για όλους όμως είναι να υπάρχει μία ισορροπία μεταξύ συμπεριφοράς των επιστημών υγείας και του καρκινοπαθή.

Όταν κάποιος δεν έχει βιώσει τον καρκίνο δεν μπορεί να γνωρίζει πως αισθάνεται αυτή η ομάδα ανθρώπων αλλά μελετώντας ή ακόμα και αποκτώντας την ειδικότητα του ογκολογικού νοσηλευτή ουσιαστικά κινούμαστε πιο κοντά του.

Ελπίζω να κατάφερα έστω και λίγο να συμβάλω στην θετικότερη συμπεριφορά του νοσηλευτή απέναντι στον ασθενή με νεοπλασματική νόσο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμικά Γ. Μ., Μπελλάλη Χ.Θ., Μαστροκόστα Γ.Α. και άλλοι.(2011)Μελέτη της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα. Το Βήμα του Ασκληπιού, 10^{ος} τόμος, Sup: 4, Θεσσαλονίκη
- Αναγνωστόπουλος Φ. και Παπαδάτου Δ. (1999). Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Bailey C. και Corner J. (2009). Νοσηλευτική Ογκολογία, Το πλαίσιο φροντίδας. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία και Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (1991). Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου :σενάριο κοινωνικών λειτουργιών. Έκδοση Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα
- Ζορμπάς Α. (2008), Η ζωή νικά τον καρκίνο. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα
- Καπουλίτσας Α. και Καρτάλης Χ. (2007). Ψυχολογική υποστήριξη παιδιού με καρκίνο. Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης
- Kimiko N., Kazuki S., Harumi K. και Mitsunori M. (2012) Living with pleasure in daily life at the end of life : Recommended care strategy for cancer patients from the perspective of Physicians and nurses. Palliative and Supportive Care, Cambridge University Press
- Kinghorn s. και Granlin R. (2004) Ανακουφιστική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
- Κονιάρη Ε. και Σαχίνη Καρδάση Α. (1991) Καρκίνος Μαστού: νοσηλευτική παρέμβαση.Βήτα εκδόσεις,Αθήνα
- Λαζαράτου Ε. (1990) Το stress του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του θανάτου. Ιατρική Εκδόσεις, Αθήνα
- Μελισσά Χαλικοπούλου Χ. (1988) Ψυχολογία της υγείας, Ασπροβάλλα : έκδοση Μελίσσα, Αθήνα
- Neimeyer A. R. (2006) Ν' αγαπάς και να χάνεις. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα
- Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε.(2006) Νοσηλευτική ογκολογία: το πλαίσιο φροντίδας . Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

- Σκαρπαλέζου Α. (1993) Ψυχοσωματική και καρκίνος. Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα
- Taylor C., Lillis C. και LeMone P. Θεμελιώδης αρχές της Νοσηλευτικής. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Τόμος II, Αθήνα