

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τεύχος 2ο

Μαρτίος — Απρίλιος 1986



Διμηνιαία έκδοση

του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσοκόμων Ελλάδος



«ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ»

ΕΣΔΝΕ

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ

Εθνικός Σύνδεσμος  
Διπλωματούχων Νοσοκόμων Ελλάδος

### ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Δημητρίου  
Β. Λανάρα  
Μ. Μαλγαρινού

### ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Μαρία Μαλγαρινού  
Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθηνών  
Πύργος Αθηνών - Γ' Κτίριο  
2ος όροφος - 115 27 ΑΘΗΝΑ

### ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Φωτοστοιχειοθεσία - Σχεδιασμοί  
Εξώφυλλο - Εκτύπωση



Κατεχάκη & Αδριανείου 3 - 115 25 ΑΘΗΝΑ  
ΤΗΛ. 67 14 371 - 67 14 340

### ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Εμβάσματα - Επιταγές  
Περιοδικό ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
Πύργος Αθηνών - Γ' κτίριο  
2ος όροφος  
Μεσογείων 2 115 27 ΑΘΗΝΑ  
Τηλ.: 77 02 861

Τιμή τεύχους	170 δρχ.
Τιμή τεύχους για σπουδαστές	80 δρχ.
Ετήσια συνδρομή	1000 δρχ.
Ετήσια συνδρομή για σπουδαστές	500 δρχ.
Ετήσια συνδρομή στο εξωτερικό	\$15

1. Δέσποινα Χουρσόγλου (Νεκρολογία) <i>Ε. Σπυροπούλου</i> .....	40
2. Η σημασία της επικοινωνίας στην εκπαίδευση της νοσηλευτικής: το πρόβλημα και η προοπτική <i>Ασ. Δίτσα</i> .....	43
3. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη φροντίδα του διαβητικού (συνέχεια από το προηγούμενο τεύχος) <i>Ειρ. Γουλιά</i> .....	51
4. Νοσηλευτικά προβλήματα στη Χειρουργική Ογκολογία <i>Ελ. Πατηράκη</i> .....	58
5. Η Νοσηλευτική Έρευνα στην Ελλάδα <i>Αφρ. Ραγιά</i> .....	67
6. Ενημέρωση .....	69
7. Υποτροφία 3Μ .....	70

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

### Ελισάβετ Πατηράκη

Πτυχιούχος τμήματος Νοσηλευτικής  
του Πανεπιστημίου Αθηνών  
Νοσοκομείο «Ο Άγιος Σάββας»

Μια και η εποχή μας, δεν αφήνει περιθώρια να αισθηματολογούμε και να στοχαζόμαστε, δάπρεπε να ξεκινήσω την απομυνή μου εισήγηση αισιόδοξα, αφού τα νούμερα των στατιστικών μου δίνουν αυτό το δικαίωμα.

Θάταν όμως ανέντιμο να αγνοήσω ανθρώπους με καρκίνο που μια χειρουργική επέμβαση επιμήκυνε τη ζωή τους για αρκετά χρόνια, αλλά που για κείνους ήταν άδεια χρόνια· εκείνους που δεν απέκτησαν ποτέ ξανά το συναίσθημα πως είναι ένας ολοκληρωμένος άνθρωπος· εκείνους που πίστευαν πως δεν υπάρχει λόγος να ζουν. Αυτοί οι άνθρωποι αποτελούν και χαμένες νοσηλευτικές ευκαιρίες που αν μάθουμε να αναγνωρίζουμε δεν θα τις αφήνουμε να χάνονται ανεκμετάλλετες.

Αναμφισβήτητα η Χειρουργική, μεμονωμένη παλιότερα, σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους σήμερα, αύξησε σημαντικά την πιθανότητα θεραπείας και παράτασης της ζωής τους.

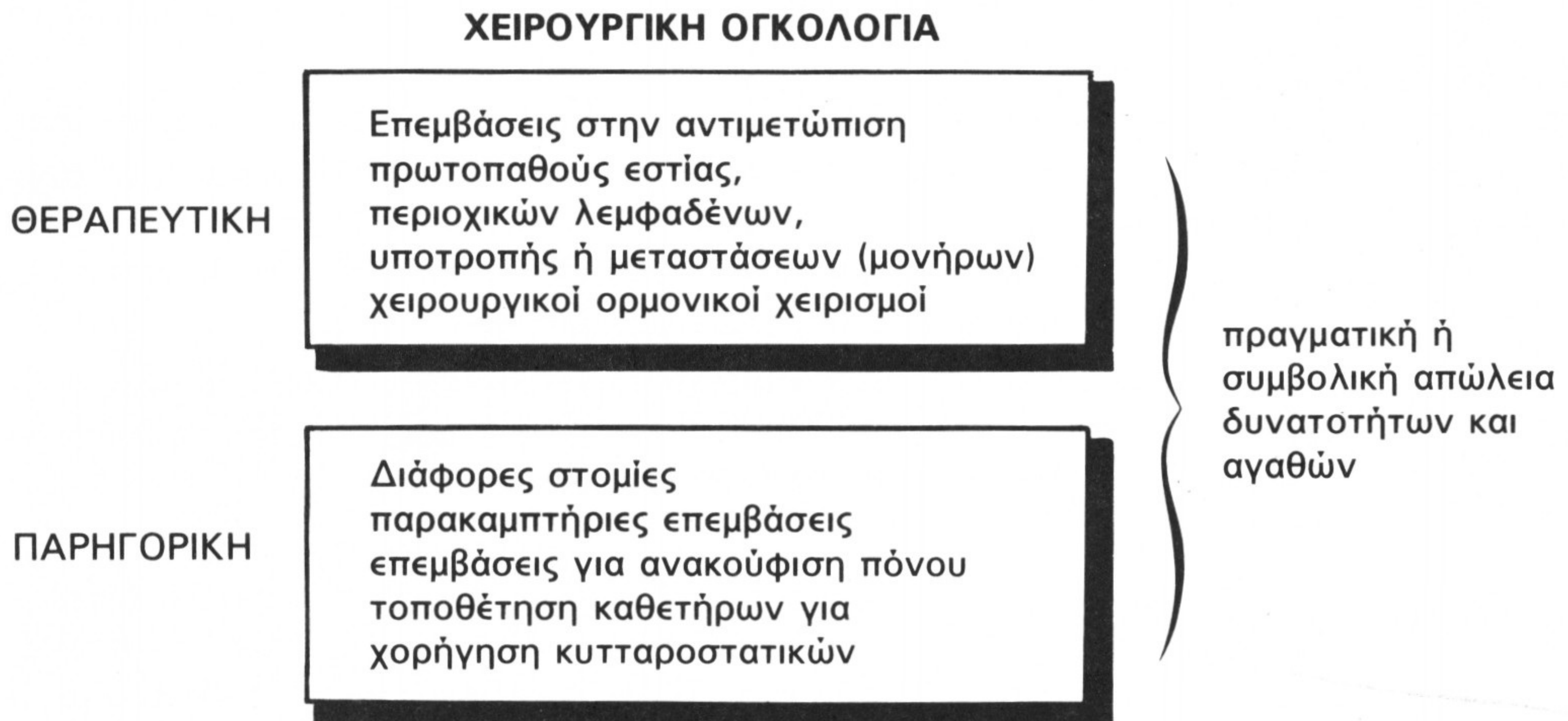
Στην ογκολογία εγχείρηση σημαίνει Πρόληψη-Διάγνωση-Θεραπεία-Αποκατάσταση που συνεπάγεται τραυματική εμπειρία (σχήμα 1).



**Σχήμα 1.**

Παρουσιάστηκε στο 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογικής Νοσηλευτικής, Αθήνα, 14 Νοεμβρίου 1985.

Μια επέμβαση στη θεραπευτική ή παρηγορική χειρουργική όσο καλά και αν εκτελείται ισοδυναμεί με πραγματική ή συμβολική απώλεια δυνατοτήτων και αγαθών (σχήμα 2).



**Σχήμα 2.**

Το χειρουργείο είναι συχνά εκτεταμένο και το άτομο υποχρεούται σε πολυάριθμους συμβιβασμούς.

Τη νοσηλευτική προσέγγιση εκλεκτικά αυτής της ομάδας αρρώστων θα επιχειρήσω στον περιορισμένο χρόνο που έχω στη διάθεσή μου.

## Ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΣΥΧΝΑ ΑΝΗΚΕΙ ΣΕ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Προβλήματα όπως:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ελλείμματα διατροφής, καχεξία</li> <li>• διαταραχές (ηλεκτρολυτικές, μεταβολικές, δρομβοεμβολικές)</li> <li>• πτώση άμυνας οργανισμού</li> <li>• παρενέργειες προηγούμενης θεραπείας</li> <li>• η μεγάλη ηλικία</li> <li>• χρόνιες παθήσεις</li> </ul> | } | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ευπάθεια στις λοιμώξεις</li> <li>• Δυσμενή επούλωση τραύματος</li> <li>• Ηπατική δυσλειτουργία</li> </ul> |
|---|---|--|

Χωρίς πρόγραμμα, οι σύνθετες ανάγκες αυτού του αρρώστου δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά. Εάν η φροντίδα βασίζεται μόνο στην εμπειρία, τη διαίσθηση και το ένστικτο, είναι πρόχειρη, επιφανειακή και εμπειρική. Η Νοσηλεύτρια αντιδρά απλώς σε μια κατάσταση, χωρίς νάχει τη δυνατότητα να την επηρεάσει ή να την αλλάξει.

Η προσπάθεια σχηματοποίησης μοντέλου φροντίδας, ανάλογα με το είδος επέμβασης, γίνεται αντιεπιστημονική στη θεωρία της, ισοπεδωτική και επικίνδυνη στην εφαρμογή της, γιατί αδυνατεί να ανταποκριθεί με επιτυχία σε κάθε νοσηλευτική περίπτωση, όπου ένα μοναδικό πλέγμα σχέσεων αρρώστου, οικογένειας και υγειονομικής ομάδας, συνυπάρχουν σε μια δυναμική αλληλεπίδραση.

Το κυριότερο στην οργάνωση εξατομικευμένου προγράμματος φροντίδας είναι όλα τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού να μετέχουν ενεργά στην εφαρμογή του, ώστε να μπορούν να το αναθεωρούν και να το αναπροσαρμόζουν, ανάλογα με τις ανάγκες προτεραιότητας του αρρώστου, κατά την προεγχειρητική-διεγχειρητική και μετεγχειρητική φάση.

Η εισαγωγή τους και μόνο, ιδιαίτερα στο Αντικαρκινικό νοσοκομείο, αποτελεί προσωπική οδυνηρή εμπειρία. Σε αυτή την κρίσιμη καμπή της ζωής του επιχειρείται η πρώτη επαφή, γνωριμία μαζί του.

Για να μάθουμε, το ΠΩΣ θα βοηθήσουμε τον άρρωστο, θα πρέπει πρώτα, να μάθουμε να ακούμε τον άρρωστο. Ακούω με προσοχή, σημαίνει αφιερώω χρόνο. Προϋποθέτει δάρρος, υπομονή, εγκατάλειψη προσωπικών προκαταλήψεων, ολοκληρωτική συγκέντρωση της προσοχής και ευαισθησία για τα προβλήματα και τις εμπειρίες τόσο του ατόμου όσο και της οικογένειας.

- Μπορούμε άραγε πάντοτε όχι μόνο να ακούμε μα και να ερμηνεύουμε τη λεκτική ή συμβολική επικοινωνία;
- Στην προσπάθεια να τον καθησυχάσουμε, μήπως ακούμε μόνο τις λέξεις και όχι τα μηνύματα που μεταδίδει ο άρρωστος;

Ανάλογα με τη γενική ψυχοσωματική κατάσταση, το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο, το βαθμό επίγνωσης της νόσου, τις προσδοκίες του αρρώστου και την αναμενόμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον, σχεδιάζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αποβλέπουν σε:

- εκπλήρωση των βιοψυχοκοινωνικών και πνευματικών αναγκών αρρώστου
- ανάπτυξη δετικών συναισθημάτων απέναντι στο επικείμενο χειρουργείο
- καλλιέργεια ετοιμότητας για την αποδοχή αλλαγών που θα προκύψουν
- μέριμνα για την ανετότερη εφικτή διαμονή στο νοσοκομείο
- συντονισμό με το προεγχειρητικό ιατρικό πρόγραμμα.

**Ποιοί είναι οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχημένη προσέγγιση αρρώστου και οικογένειας προεγχειρητικά;**

*1. Δυνατότητα ανοικτής και ειλικρινούς επικοινωνίας συχνά.*

Ο άρρωστος και το οικογενειακό περιβάλλον παροτρύνονται:

- a) Να διευκρινίσουν και να περιγράψουν αιτίες για αισθήματα φόβου και άγχους τους.
- β) Να εκφράσουν τις μακροπρόθεσμες διαστάσεις του χειρουργείου γι' αυτούς: – επιπτώσεις (νοσολογικές, οικονομικές, κοινωνικές, αισθηματικές,

επαγγελματικές)

– το ίδιο καθ' αυτό το γεγονός του χειρουργείου.

2. *Συνειδητοποίηση ότι η ενεργός συμμετοχή τους είναι σημαντικότερη για την πορεία της θεραπείας από την παθητική και υποτακτική αποδοχή της.*

3. *Έγκαιρη ενημέρωση και διδασκαλία.*

Με τη σωστή ερμηνεία ερωτημάτων.

Τη λεπτομερή πληροφόρηση και

Τη διδασκαλία μετεγχειρητικών προληπτικών μέτρων.

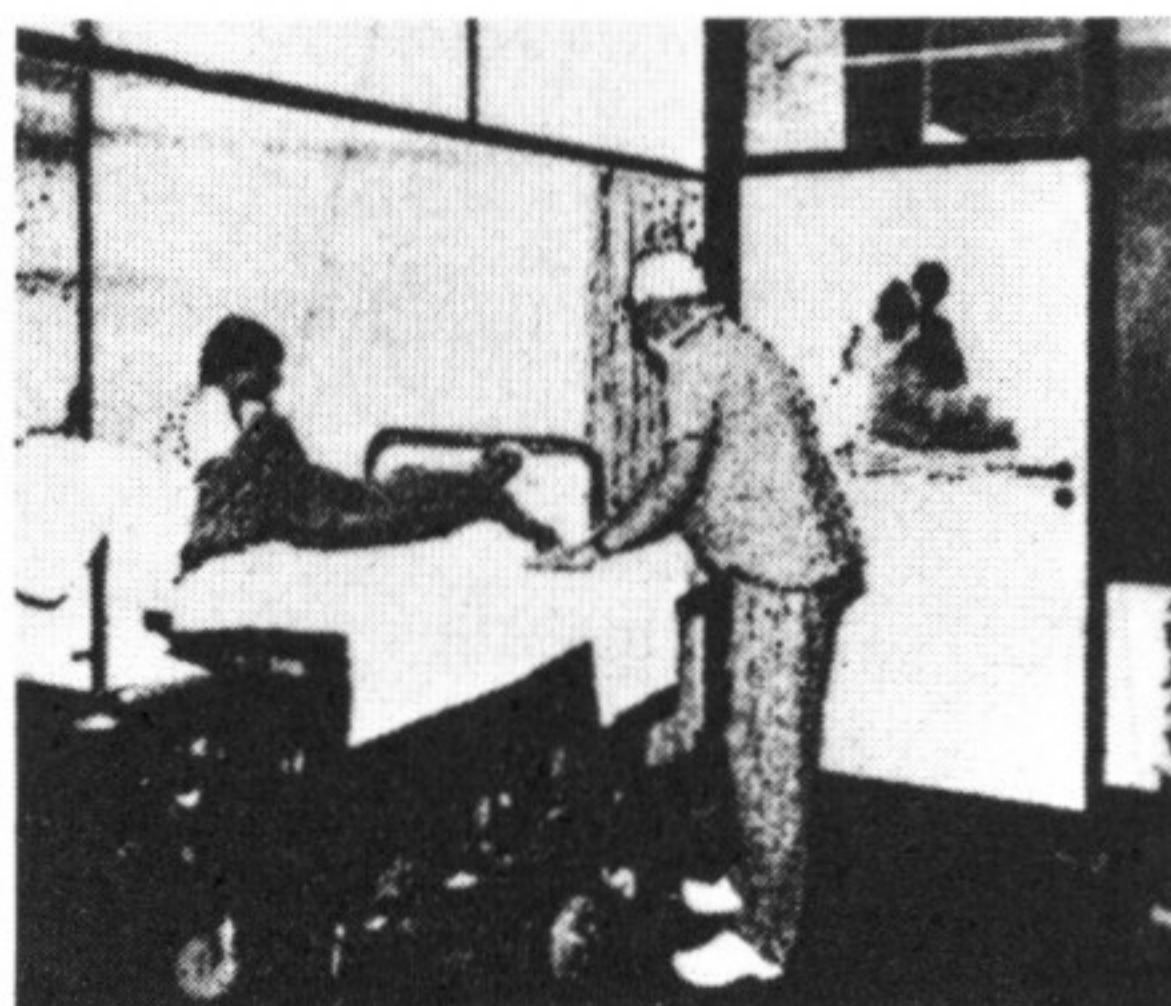
- Διαφεύδονται αδικαιολόγητοι φόβοι.
- Κατανοείται η αναγκαιότητα επέμβασης.
- Αποφεύγεται η παραπληροφόρηση.
- Καλλιεργείται αίσθημα προσωπικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης.
- Επιτυγχάνεται φυσική και συναισθηματική ανταπόκριση και μετεγχειρητική συνεργασία.

Η συνεργασία στο πρόγραμμα θεραπείας και φροντίδας δεν επιβάλλεται. Εμπνέεται και κερδίζεται.

- Υπάρχει χρόνος για επικοινωνία και διάλογο στα πολυάσχολα νοσηλευτικά τμήματα;
- Αξιοποιούμε κάθε ευκαιρία επικοινωνίας;
- Θα πρέπει να ενημερώνονται όλοι οι Έλληνες άρρωστοι;
- Με τη σιωπή μας, διαφυλάττουμε την ηρεμία τους, επικαλούμενοι το μεσογειακό ταμπεραμέντο τους, ή τους εγκαταλείπουμε απροετοίμαστους και απροστάτευτους μετεγχειρητικά;

Αποτελεί υποχρέωσή μας, και αναφαίρετο δικαίωμα καθενός να μπορεί να επιλέγει από τη χρησιμοποίηση των σύγχρονων επιστημονικών επιτευξέων, μέχρι και την άρνησή τους.

Η νοσηλεύτρια και ο γιατρός, στον κατάλληλο χρόνο, προσφέρουν την όποια ΑΛΗΘΕΙΑ και ΕΛΠΙΔΑ χρειάζεται ο συγκεκριμένος άρρωστος.



Ο άνθρωπος με καρκίνο οδηγείται στο χειρουργείο, ένα χώρο που από τη φύση του κομματιάζει τη συνολικότητα του ατόμου και παραδίδει το σώμα στην άσηπτη χειρουργική τεχνική.

Είναι προνόμιο και πρόκληση για τη Νοσηλεύτρια, να μην αφήσει να διαφτει η μοναδικότητα του ανθρώπου κάτω από κλινικές ερμηνείες και χειρουργικές τεχνικές, παρέχοντας ολοκληρωμένη φροντίδα και καθόλο το διάστημα παραμονής τους στο χειρουργείο.

Η επικοινωνία της, που ξεκίνησε με την προεγχειρητική επίσκεψη, συνεχίζεται με τη λήψη ζωτικών σημείων, την οπτική ή απτική επαφή, τον ήχο της φωνής ή με τη γλώσσα του σώματος.

Ο ρόλος της δημιουργικός, αποφασιστικός, πολυδιάστατος αφενός κατά τη διάρκεια των εκτεταμένων πολύωρων αυτών επεμβάσεων όπου το αναπάντεχο, η επιπλοκή και το ατύχημα παραμονεύουν κάθε στιγμή, και αφετέρου στην αίδουσα ανάνηψης που πρέπει να μπορεί να αντιδρά γρήγορα και σωστά, μα και να απαντά στις εύδικτες ερωτήσεις του «Ήταν καρκίνος;» «Αφαιρέθηκε όλο το στήθος;».

#### – ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΟΥΜΕ;

Αδυναμία αντιμετώπισής του, προκαλεί εκδηλώσεις άμυνας. Τον αποτρέπουμε από τη συζήτηση. Ελέγχουμε την κατάστασή του και απομακρυνόμαστε βιαστικά.

Κατά τη διεγχειρητική φάση, η επαφή με την οικογένεια είναι πάντα ανεπαρκής. Συνήθως τους ανακοινώνεται η διάγνωση και αφήνονται μόνοι τους σε μια αφιλόξενη γωνιά του νοσοκομείου.

Η επιστροφή του αρρώστου στο γνωστό δάλαμο ανακουφίζει τόσο τον ίδιο, όσο και το οικογενειακό περιβάλλον.

Αίσθημα λύπης για άτομα με δυσμενή πρόγνωση, μπορεί εύκολα να παρεμποδίσει τη νοσηλευτική κρίση. Βρισκόμαστε στο δίλημμα. Γιατί να μην τον απαλλάξουμε από την αγωνία και την ταλαιπωρία των μετεγχειρητικών ασκήσεων, αφού πρόκειται να πεθάνει σύντομα; Υπάρχει όμως και η άλλη πλευρά.

- Γιατί να μην κάνουμε ότι είναι δυνατό παρέχοντας την πλέον εξειδικευμένη, επιστημονική, ανθρωπίνη μετεγχειρητική φροντίδα για να δώσουμε νόημα και περιεχόμενο στον κατηφορικό μονόδρομο της ζωής τους;

#### ***Το νοσηλευτικό πρόγραμμα στη μετεγχειρητική περίοδο επιδιώκει:***

- **ΑΜΕΣΑ:** – τη σωματική ανάνηψη  
– την πρόληψη επιπλοκών
- **ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΑ:** να αποκαταστήσει τον άρρωστο σε ρεαλιστικό επίπεδο ανεξαρτησίας.

Εάν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιοριστούν στην εκπλήρωση των βιολογικών αναγκών του αρρώστου επιτυγχάνουμε τη φυσική επούλωση του τραύματος, αλλά αγνοούμε το ψυχικό τραύμα που παραμένει ανοικτό. Σαν υψώσουμε τον τοίχο της επαγγελματικής τυπικότητας, αποκλείουμε ένα ουσιαστικό μέσο για την προοδευτική αποκατάστασή του. Την Διαπροσωπική επαφή μαζί του. Γιατί πολλές ερωτήσεις δεν γίνονται και πολλές απαντήσεις δεν δίνονται.

Η κατάσταση που βρέθηκε, σίγουρα δεν μπορεί να αλλάξει. Όμως η δετική ανταπόκρισή του μπορεί να απαλύνει τη δέση του. Και η Νοσηλευτική μπορεί να επηρεάσει την Ανταπόκρισή του.

***Η Νοσηλεύτρια επικεντρώνοντας τη φροντίδα της όχι σε αυτό που χάθηκε αλλά σε αυτό που έμεινε βοηθά τον άρρωστο:***

- Να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού.
- Να αποδεχθεί τα όρια που επέβαλε το χειρουργείο στη ζωή του.
- Να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης.
- Να αποκτήσει αυτοϋπευθυνότητα, φυσική και συναισθηματική επάρκεια.

***Για να επιτύχει δετική προσαρμογή στα ρήγματα που προκάλεσε η νόσος και το χειρουργείο στη ζωή του.***

Μια από τις σημαντικότερες ανάγκες του είναι απλά κάποιος να κουβεντιάσει τα προβλήματα, που απορρέουν από τη σοβαρότητα του χειρουργείου και το πώς ο ίδιος εισπράττει την επέμβαση. Χρειάζεται πίστωση χρόνου, για να αναρρώσει, από την απώλεια ενός μέλους σώματος, μιας σταθερής ιδεατής εικόνας σώματος, της ανεξαρτησίας του και της προσωπικής του ταυτότητας.

Καθένας εκφράζει με το δικό του μοναδικό, άμεσο ή έμμεσο, τρόπο τις έγνοιες και τα συναισθήματά του. Εναπόκειται στο περιβάλλον να του δώσει την ευκαιρία να τα εκφράσει, για να μην απομονωθεί συναισθηματικά, χωρίς να παραβλέγει εκείνους που λόγω τραύματος ή τραχειοτομής εμφανίζουν δυσχέρεια λεκτικής επικοινωνίας. Να του επιτρέψει να δρηνώσει, αυτό που έχασε και να εκδηλώσει τη λύπη και το θυμό του, που είναι φυσική αντίδραση.

- Πως αντιμετωπίζει όμως η οικογένεια τον άρρωστο;
- Μπορεί να αντιληφθεί και να δικαιολογήσει τη συμπεριφορά του;
- Επιτρέπεται σε όλα τα μέλη να συμμετέχουν στην οικογενειακή κρίση, σε ένα επίπεδο ανάλογο με τις δυνατότητές τους;

Αδρυστικό αποτέλεσμα αισθημάτων πόνου, θλίψης, ενοχής και της διάσπασης οικογενειακής αρμονίας είναι ο θυμός, η αγανάκτηση, το κλάμα, η δύστροπη πολλές φορές συμπεριφορά τους.

- Πως αντιμετωπίζουμε συνήδως τις φυσικές αντιδράσεις τους;
- Μπορούν ελεύθερα να εκφράσουν τη λύπη τους;

Έχουν και εκείνοι ανάγκη Φροντίδας.

***Πως θα πετύχει η νοσηλεύτρια την αποτελεσματικότερη συμπαράσταση και βοήθεια στον άρρωστο και την οικογένειά του;***

Η 24ωρη παρουσία της κοντά τους την καθιστά το ιδανικό πρόσωπο, που μπορεί να γεφυρώσει αποστάσεις επικοινωνίας μεταξύ τους, ή με την υγειονομική ομάδα· να γίνει ο κρίκος σύνδεσης με ειδικούς όπως ψυχολόγος, πλαστικός, λογοθεραπευτής, κοινωνικός λειτουργός· να φέρει τον άρρωστο σε επαφή με άτομα, ή αναγνωρισμένα σωματεία ομοιοπαθών που μπορούν να μεταβιβάσουν: Καταλαβαίνω πως αισθάνεσαι. Βρέθηκα και εγώ στη δέση του και το ξεπέρασα.



Η ψυχολογική υποστήριξη σε συνδυασμό με φυσική φροντίδα και λεπτομερειακή εκπαίδευση, μπορεί να προωθήσει την αυτοφροντίδα, να προάγει την ανεξαρτησία, να ενισχύσει τη θέληση, να διατηρήσει την ελπίδα του για ζωή. Να του δώσει την πρέπουσα βοήθεια για αυτοβοήθεια για να ισχυροποιήσει τις προσωπικές του δυνάμεις και να αγωνισθεί για τη ζωή του. Από την πρώτη κιόλας μετεγχειρητική μέρα ενθαρρύνει την προοδευτική αυτοεξυπηρέτηση, αναζητά τον καλύτερο τρόπο και χρόνο να μεταδώσει τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τη σιγουριά της. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει, διδασκαλία ασκήσεων -προληπτικών μέτρων- διαιτητικών συνηθειών, μεθόδου σίτισης ή περιποίησης τραύματος ή στομίας -εκλογή ενδυμάτων- επιλογή και χρήση προσδέσεων ή βοηθητικών μέσων.

Καθημερινά ανοίγονται νέοι δρόμοι στη φροντίδα τους. Παράδειγμα η συσκευή μηχανικής έκπλυσης εντέρου, που απάλλαξε τον άρρωστο από το σάκο κολοστομίας και του χάρισε ομαλή συζυγική συμβίωση, διαιτητική ελευθερία, ανεμπόδιστη κοινωνική συναναστροφή και ψυχική υγεία.

Η εκπαίδευσή του είναι αργή και επίπονη. Απαιτεί νοσηλευτική κρίση, χρόνο, διδακτικές δεξιότητες, υπομονή και επιμονή, για να τον διαβεβαιώσει «Μπορείς. Το έχουν κάνει χιλιάδες πριν από σένα». Γνωρίζοντας την τέχνη να νοσηλεύεις με δεξιότητα, άνεση και ταχύτητα -τότε νοσηλεύοντας συνεχώς διδάσκεις.

Εάν καταφέρουμε να μην αρνηθεί την πραγματικότητα και την προσφερόμενη βοήθεια, να αναζητήσει εναλλακτικές λύσεις, να διατηρήσει ανοικτή επικοινωνία με το περιβάλλον και να βλέπει την ελπίδα σαν αυτοϋπερηφάνεια και όχι σαν αυταπάτη, με την έξοδό του από το νοσοκομείο θα μπορεί να πει: Κάθε στιγμή στη ζωή έχει νόημα. Όταν χρειάζομαι βοήθεια μάχνομαι να τη βρω σε φίλους ή ειδικούς. Παρόλο που υπάρχουν δύσκολες ώρες χαιρόμαι που ζω.

- Τι φταίει που ο Έλληνας άρρωστος στη συντριπτική πλειοψηφία δεν μπορεί να υιθυρίσει καν αυτές τις λέξεις;
- Πως θέλουμε να υποστηρίξουμε τον άρρωστο να ανακτήσει την αυτοδυναμία του όταν η *θεραπεία* και όχι η *φροντίδα* αξιολογείται περισσότερο στο ιατρικά προσανατολισμένο σύστημα παροχής φροντίδας;
- Περισσότερο από κάθε άλλο επαγγελματία υγείας προετοιμαστήκαμε να βρισκόμαστε κοντά στον άρρωστο. Είμαστε όμως κοντά σε κάθε άρρωστο;
- Συχνά μας συμβουλεύουν: Κράτησε τις επαγγελματικές αποστάσεις για να μην πληγωθείς. Η προσωπική επαφή, μερικές φορές τραυματίζει ψυχικά, αλλά η εμπειρία σε αφήνει περισσότερη δυνατή.
- Είμαστε ατομικά υπεύθυνοι για ό,τι κάνουμε, ή μας καλύπτει η ανευθυνότητα της εντολής ενός ιεραρχικά μεγαλύτερου μας;
- Θα διακινδυνεύσουμε τη σύγκρουση με συνεργάτες, για να διαφυλάξουμε τα δικαιώματα του αρρώστου;
- Διαθέτουμε την απαιτούμενη εκπαίδευση, αντοχή και δάρρος για να τον νοσηλεύσουμε σωστά;

Αν τόσο συχνά βλέπουμε αναπόφευκτη την αποτυχία στο αποτέλεσμα των

ενεργειών μας, η ικανοποίηση είναι αμφίβολη και η προσπάθεια νοδεύεται από αισθήματα θλίψης, αδυναμίας και ανεπάρκειας.

Στην Ιατρική η επιτυχία μετριέται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Όμως η ικανότητα του χειρουργού να αφαιρέσει τον όγκο δεν έχει καμιά σχέση με την επιτυχία της νοσηλεύτριας στον ίδιο άρρωστο.

Η Χειρουργική Ογκολογία περιορίζεται, κάπου σταματά. Αλλά η Ογκολογική Νοσηλευτική έχει τη δυνατότητα, ικανοποιώντας τις ατομικές ανάγκες τους, να εκπληρώνει νοσηλευτικούς σκοπούς, ακόμη και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Και σε αυτό το χώρο είναι καιρός να σταματήσουμε να πορευόμαστε στη σκιά της Ιατρικής.

***Μόνο μια διέξοδος υπάρχει. Το πέρασμα στην περιοχή της δράσης.***

- Να αναζητήσουμε νέους τρόπους σκέυης.
- Να πειραματισθούμε νέες μεθόδους εργασίας.
- Να δέσουμε νέες προτεραιότητες.
- Να αντισταθούμε στη συνήθεια και βιασύνη που επιβάλλει η Νοσοκομειακή ρουτίνα.
- Να ολοκληρώσουμε το χρέος μας.

Γιατί και ο Άνθρωπος με Καρκίνο που Νοσηλεύουμε, **σήμερα**, όπως όλοι μας, **ζει**.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Αθανάτου Ε**, Η εκπαιδευτική διάσταση της Νοσηλευτικής: Εφαρμογές εις την Νοσηλείαν καρκινοπαθούς. Πρακτικά Ε' Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΣΔΕΝ, 1978, σελ. 168-170.
2. **Ακύρου Δ**, Προεγχειρητική ψυχοσωματική ετοιμασία ασθενούς με καρκίνο του μαστού. Πρακτικά Ε' Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΣΔΕΝ, 1978, σελ. 67-71.
3. **Αναγνωστόπουλος Φ**, Ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς. Επείγουσα θεραπευτική Ογκολογία. Π. Κοσμίδης, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1984, σελ.135-142.
4. **Διβόλη Α**, Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Πρακτικά Εισηγήσεων σεμιναρίου Καρκίνος Μαστού, 1985, σελ. 262.
5. **Καλαντζή Αζίζι Α**, Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Εκδόσεις Δ. Μαυρομάτη, 1983, σελ.25.
6. **Καρδιολής Ν**, Πρέπει να γνωρίζει την αρρώστια του ο καρκινοπαθής. Ένα πάντα επίκαιρο ερώτημα. Περιοδικό ΜΑΧΗ ΚΙ ΕΛΠΙΔΑ, Αθήνα, Μάρτης 1985, σελ. 14-18.
7. **Μπεσμπέα Σ**, Η αποκατάσταση ατόμων με παρά φύση έδρα. Περιοδικό ΜΑΧΗ ΚΙ ΕΛΠΙΔΑ, Αθήνα, Απρίλης 1984, σελ. 6.
8. **Παπαϊωάννου ΑΝ, Παπαγεωργίου ΓΚ**, Αρχές Χειρουργικής Θεραπείας. Κλινική Ογκολογία, με τη συνεργασία Ελλήνων ειδικών και της UICC, Αθήνα 1981, σελ. 110-118.

9. **Παπαγεωργίου Γ**, Η ψυχολογική δεώρηση του χειρουργικού ασθενούς. Εκλογή δερμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας, τεύχος 58, Αύγουστος 1982, σελ. 44-102.
  10. **Πατηράκη Ε**, Διεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα του Ηλικιωμένου. Πρακτικά 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΣΔΕΝ, 1983, σελ. 162, 153, 154.
  11. **Ραγιά Α**, Ψυχοδυναμική νοσηλευτική Φροντίδα ασθενών με σωματική δυσμορφία ή αναπηρία. Σημειώσεις Παθολογικής Χειρουργικής. Νοσηλευτική, Οκτώβριος 1982, σελ. 48-51.
  12. **Ρηγάτος Γ**, Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνική Ογκολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα. Αθήνα 1985, σελ. 55-61.
  13. **Σαββοπούλου Γ**, Η συμβολή της Αδελφής εις την Αποκατάστασιν ασθενούς με καρκίνο μαστού. Πρακτικά Ε' Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΣΔΕΝ, 1978, σελ.100.
  14. **Nancy Burns**, "Surgery" Nursing and Cancer. W.B Saunders Co. Philadelphia, pp. 113-120.
  15. **Marilee Ivers Donovan, Sandra Erdene Girton**, Cancer Care Nursing. Appleton-Century Crofts, USA, 1984, p. 37,49,79.
  16. **Sharon Krumn**, Psychosocial Adaptation of the Adult with Cancer. The Nursing Clinics of North America, Volume 17, Number 4, December 1982, W.B. Saunders Co., Philadelphia.
  17. **Luckmaun and Scorensen**, Management of Patients with neoplastic Disease. Medical Surgical Nursing.W.B. Saunders Co., USA, pp. 472-475.
  18. **Laura Terrill**, "Surgery: Treatment... and Trauma". Helping Cancer Patients Effectively. Nursing Skillbook, 1981, USA, p. 29,36,97.
  19. **A Cancer Source Book for Nurses**, American Cancer Society. Professional Education Publication 1985, USA, p. 38-39.
-