



ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ

# ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

## ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ:

Η επίπτωση των ανεκπλήρωτων αναγκών στη παρεχόμενη ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας ατόμων με κακοήθεια.

Σωτηρούλλα Κωνσταντίνου Γλυκύ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Δρ. Μιχάλης Τάλιας

Ιούνιος 2014

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου  
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Η επίπτωση των ανεκπλήρωτων αναγκών στη  
παρεχόμενη ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας ατόμων με κακοήθεια.**

Σωτηρούλλα Κωνσταντίνου Γλυκύ

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ. Μιχάλης Τάλιας

Ιούνιος 2014

## **ΑΦΙΕΡΩΣΗ**

Η εργασία αυτή αφιερώνεται στη μνήμη του καλύτερου μου φίλου Γιάννη, που πάλεψε με τη νόσο του καρκίνου για πολλά χρόνια και έφυγε στο τέλος νικητής. Νικητής γιατί, αυτός που αγωνίζεται μπορεί να χάσει, όμως αυτός που δεν αγωνίζεται ήδη έχει χάσει (Bertolt Brecht, 1898-1956).

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
<b>Αφιέρωση</b>	<b>3</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	<b>39</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>40</b>
<b>Εισαγωγή</b>	<b>42</b>
<b>I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>43</b>
<b>1. Κεφάλαιο Πρώτο</b>	<b>43</b>
<b>1.1 Βασικοί ορισμοί</b>	<b>43</b>
<b>1.7 Μετάσταση.</b>	<b>43</b>
<b>1.7 Καλοήθης και Κακοήθης όγκοι.</b>	<b>43</b>
<b>1.7 Εξατομικευμένη Θεραπεία του καρκίνου</b>	
<b>1.7 Ανάγκες υγείας.</b>	<b>43</b>
<b>1.7 Νοσηλευτική φροντίδα</b>	<b>44</b>
<b>1.6.1. Ποιότητα Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>44</b>
<b>1.7 Νοσηλευτική Διεργασία.</b>	<b>44</b>
<b>1.7 Εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς</b>	<b>45</b>
<b>1. 9. Εξειδικευμένη ογκολογική νοσηλευτική.</b>	<b>45</b>
<b>2. Κεφάλαιο δεύτερο</b>	<b>45</b>
<b>2.1. Ιστορική Προσέγγιση του Καρκίνου</b>	<b>45</b>
<b>2.2. Καρκινογένεση.</b>	<b>46</b>

<i>2.2.1. Χαρακτηριστικά Νεοπλασματικής νόσου</i>	<i>47</i>
<i>2.2.2. Αιτιολογία καρκίνου</i>	<i>47</i>
<i>2.2.3. Διαίρεση καρκίνου</i>	<i>48</i>
<b>2.3. Μορφές Καρκίνου</b>	<b>49</b>
<i>2.3.1. Οδοί διασποράς καρκίνου</i>	<i>49</i>
<i>2.3.2. Σταδιοποίηση καρκίνου</i>	<i>49</i>
<i>2.3.3. Δημιουργία μεταστάσεων.</i>	<i>50</i>
<i>2.3.5 Συχνότητα καρκίνου</i>	<i>50</i>
<b>2.4. Εξατομικευμένη Θεραπεία του καρκίνου</b>	<b>50</b>
<b>2.5. Δράση πρόληψης του καρκίνου</b>	<b>51</b>
<i>2.5.1. Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του Καρκίνου</i>	<i>51</i>
<i>2.5.1.1. Πρωτογενής πρόληψη</i>	<i>51</i>
<i>2.5.1.2. Δευτερογενής πρόληψη</i>	<i>51</i>
<b>2.6. Ευρωπαϊκές βασικές αρχές δικαιωμάτων ασθενών.</b>	<b>52</b>
<i>2.6.2. Δικαιώματα των Νοσοκομειακών ασθενών</i>	<i>52</i>
<b>Κεφάλαιο 3</b>	<b>53</b>
<b>3.1 Ογκολογικός Νοσηλευτής</b>	<b>53</b>
<i>3.1.1. Εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες στην ογκολογική νοσηλευτική</i>	<i>54</i>
<i>3.1.2. Επικοινωνία</i>	<i>55</i>
<i>3.1.3. Διεπιστημονική συνεργασία</i>	<i>56</i>
<i>3.1.4. Στρεσογόνοι παράγοντες και προσαρμογή</i>	<i>57</i>
<i>3.1.5. Διαχείριση θεμάτων υγιεινής και ασφάλειας</i>	<i>57</i>

<i>3.1.6. Εκπαιδευτικές δράσεις ογκολογικών νοσηλευτών</i>	<b>57</b>
<i>3.1.7. Βασικές ερευνητικές δεξιότητες</i>	<b>58</b>
<b>3.2. Ανακουφιστική φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου.</b>	<b>58</b>
<b>3.3. Θέματα Βιοηθικής</b>	<b>58</b>
<b>3.4. Ο Σχεδιασμός της εξατομικευμένης Νοσηλευτικής Φροντίδας.</b>	<b>59</b>
<b>3.5. Νοσηλευτική Διεργασία.</b>	<b>60</b>
<b>3.6. Νοσηλευτική Φροντίδα στην Ογκολογική Νοσηλευτική</b>	<b>60</b>
<b>3.7. Αντιλήψεις ασθενών για τη φροντίδα</b>	<b>62</b>
<b>3.8. Εκτίμηση Αναγκών υγείας των ογκολογικών ασθενών.</b>	<b>63</b>
<b>3.9. Ιστορική αναφορά εκτίμησης αναγκών ασθενών</b>	<b>64</b>
<i>3.9.1 Σωματικές ανάγκες</i>	<b>64</b>
<i>3.9.2. Ανάγκες πληροφόρησης</i>	<b>64</b>
<i>3.9.3. Ψυχολογικές ανάγκες</i>	<b>66</b>
<i>3.9.4. Ανάγκες Κοινωνικές</i>	<b>68</b>
<i>3.9.5. Οικονομικές ανάγκες</i>	<b>69</b>
<b>3.10. Ποιότητα ζωής</b>	<b>70</b>
<b>3.11 Υποστηρικτικές Υπηρεσίες φροντίδας ασθενών με καρκίνο</b>	<b>71</b>
<i>3.11.1 Οι Υποστηρικτικές Υπηρεσίες στην Κύπρο</i>	<b>71</b>

3.11.2 Ομάδες στήριξης	72
3.11.3. Κοινωνική υποστήριξη παροχής φροντίδας	72
3.11.4. Θρησκευτική ή πνευματική υποστήριξη	72
3.11.5. Ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης	72
3.11.6. Κοινωνικής Ευημερίας.	73
<b>3.12 Τομέας Ογκολογικής Νοσηλευτικής</b>	<b>73</b>
<b>3.13. Ευρώ-Μεσογειακό Ερευνητικό Εργαστήριο</b>	<b>73</b>
Ογκολογικής και Ανακουφιστικής Φροντίδας	73
<b>II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>74</b>
<b>4. Ερευνητική υπόθεση</b>	<b>75</b>
4.1 Καταγραφή του προβλήματος	75
4.2 Αναγκαιότητα της μελέτης	75
4.3 Προσδοκώμενα αποτελέσματα	75
4.4 Σκοπός και στόχοι	75
4.5 Ερευνητικά ερωτήματα	76
4.6 Πρωτότυπα της έρευνας	76
<b>5. Μεθοδολογία</b>	<b>77</b>
5.1 ΜΕΡΟΣ Α΄(Δημογραφικά)	78
5.2 ΜΕΡΟΣ Β1 (Κλίμακα εξατομικευμένης φροντίδας)	93
5.2.1 ΜΕΡΟΣ Β2 (Κλίμακα εξατομικευμένης φροντίδας)	102
5.3. ΜΕΡΟΣ Γ (Έρευνα για τις Υποστηρικτές Ανάγκες Φροντίδας)	113

<b>5.4. ΜΕΡΟΣ Δ' (Κλίμακα Αξιολόγησης της Ποιότητας της Νοσηλευτικής φροντίδας ογκολογικών Ασθενών)</b>	<b>134</b>
<b>6. Έλεγχοι συσχέτισης μεταβλητών</b>	<b>178</b>
<b>6.1 Επηρεάζεται η εξατομικευμένη φροντίδα από τη ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>178</b>
<b>6.2. Επηρεάζονται οι απόψεις και οι προσδοκίες των ασθενών από τη ποιότητα της εξατομικευμένης παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους;</b>	<b>179</b>
<b>6.3. Επηρεάζεται η παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, από τις επιπτώσεις των αναγκών των ασθενών που νοσηλεύονται;</b>	<b>179</b>
<b>7. Συζήτηση αποτελεσμάτων</b>	<b>180</b>
<b>8. Συμπεράσματα</b>	<b>183</b>
<b>9. Προτάσεις</b>	<b>184</b>
<b>10. Βιβλιογραφία</b>	<b>185</b>
<b>10.1. Ξενόγλωσση</b>	<b>185</b>
<b>10.2. Ελληνική</b>	<b>193</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>198</b>
<b>Παραρτημα 1</b>	<b>199</b>
<b>Ερευνητικό Πρωτόκολλο</b>	<b>199</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>201</b>

<b>ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	<b>202</b>
<b>ΒΑΣΙΚΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>202</b>
<b>ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	<b>202</b>
<b>ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>203</b>
<b>Χρονοδιάγραμμα Εκπόνησης Διατριβής ΜΠΣ</b>	
<b>«Διοίκηση Μονάδων Υγείας»</b>	<b>204</b>
<b>ΣΥΝΤΟΜΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ</b>	<b>205</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2</b>	<b>205</b>
<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>205</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3</b>	<b>227</b>
<b>ΕΓΓΡΙΣΕΙΣ</b>	<b>230</b>
<b>Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού</b>	
<b>Χαρακτήρα</b>	<b>231</b>
<b>Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου</b>	<b>232</b>
<b>Υπουργείο Υγείας Κύπρου</b>	<b>233</b>
<b>Εγκρίσεις Ερωτηματολογίων</b>	<b>234</b>
<b>ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ</b>	
<b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (SCNS-SF34).</b>	<b>234</b>
<b>Κλίμακα Αξιολόγησης της Ποιότητας της Νοσηλευτικής</b>	
<b>φροντίδας ογκολογικών Ασθενών.</b>	<b>235</b>
<b>ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>235</b>
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗ</b>	<b>236</b>

<b>Πίνακας διαγραμμάτων και πινάκων.</b>	
<b>Πίνακες</b>	
Πίνακας 1	
Διαφορές καλοηθών και κακοήθων νεοπλασιών.	<b>48</b>
Πίνακας 2.	
<i>Μέσος όρος λοιπόν ηλικίας ερωτηθέντων.</i>	<b>78</b>
Πίνακας 3.	
<i>Φύλο δείγματος</i>	<b>79</b>
Πίνακας 4.	
<i>Το υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης που ολοκλήρωσαν</i>	<b>80</b>
Πίνακας 5.	
<i>Οικογενειακή κατάσταση.</i>	<b>81</b>
Πίνακας 6.	
<i>Πόσα άτομα ζουν αυτή τη στιγμή μέσα στο σπίτι.</i>	<b>82</b>
Πίνακας 7.	
<i>Τύπος της εισαγωγής.</i>	<b>83</b>
Πίνακας 8.	
<i>Ποιος ήταν ο λόγος της εισαγωγή σας αυτή τη φορά (τελευταία φορά);</i>	<b>84</b>
Πίνακας 9.	
<i>Πόσο σημαντικό είναι για σας η φροντίδα που λαμβάνεται να είναι εξατομικευμένη</i>	<b>85</b>

Πίνακας 10.	
<i>Μέρες νοσηλείας στο τμήμα μέχρι σήμερα</i>	<b>86</b>
Πίνακας 11.	<b>87</b>
<i>Επαρχία διαμονής</i>	
Πίνακας 12.	
<i>Τύπος Καρκίνου</i>	<b>88</b>
Πίνακας 13.	
<i>Είδος Θεραπείας που χορηγήθηκε ή συνεχίζει</i>	<b>89</b>
Πίνακας 14.	
<i>Πρώτη φορά νοσηλεύεστε σε αυτό το τμήμα</i>	<b>90</b>
Πίνακας 15.	
<i>Νοσηλευτήκατε προηγουμένως σε κάποιο άλλο τμήμα</i>	
<i>/ νοσοκομείο</i>	<b>91</b>
Πίνακας 16.	
<i>Είδος στήριξης που λαμβάνεται στο σπίτι</i>	<b>92</b>
Πίνακας 17.	
<i>B01. Οι νοσηλευτές έχουν μιλήσει μαζί μου για</i>	
<i>το πώς αισθάνομαι σχετικά με την κατάστασή μου.</i>	<b>93</b>
Πίνακας 18.	
<i>B02. Οι νοσηλευτές έχουν μιλήσει μαζί μου σχετικά</i>	
<i>με τη φροντίδα και προσοχή που χρειάζομαι για την</i>	
<i>ικανοποίηση των αναγκών μου.</i>	<b>93</b>

Πίνακας 19.	
<i>B03. Οι νοσηλευτές έχουν δώσει σε εμένα την ευκαιρία ν</i>	
<i>α αναλαμβάνω την ευθύνη της φροντίδας μου όταν μπορώ.</i>	<b>94</b>
Πίνακας 20.	
<i>B04. Οι νοσηλευτές έχουν αναγνωρίσει τις αλλαγές στο</i>	
<i>πώς νιώθω.</i>	<b>94</b>
Πίνακας 21.	
<i>B05. Οι νοσηλευτές έχουν μιλήσει μαζί μου σχετικά με τους</i>	
<i>φόβους και τις ανησυχίες μου.</i>	<b>94</b>
Πίνακας 22.	
<i>B06. Οι νοσηλευτές έχουν κάνει προσπάθεια να βρουν πώς</i>	
<i>με έχει επηρεάσει η κατάσταση μου.</i>	<b>95</b>
Πίνακας 23.	
<i>B07. Οι νοσηλευτές έχουν κάνει μιλήσει μαζί μου σχετικά με</i>	
<i>το τι σημαίνει για μένα η κατάσταση μου.</i>	<b>95</b>
Πίνακας 24.	
<i>B08. ρωτήσει τι είδους δραστηριότητες έχω έξω από το</i>	
<i>νοσοκομείο στην καθημερινή μου ζωή (τι είδους εργασία,</i>	
<i>στον ελεύθερο χρόνο μου).</i>	<b>95</b>
Πίνακας 25.	
<i>B09. ρωτήσει για τις προηγούμενες εμπειρίες μου από</i>	
<i>νοσηλεία στο νοσοκομείο.</i>	<b>96</b>

Πίνακας 26.	
<i>B10. ρωτήσει για τις καθημερινές μου συνήθειες</i>	
<i>(π.χ. την προσωπική μου υγιεινή).</i>	<b>96</b>
Πίνακας 27.	
<i>B11. ρωτήσει εάν θέλω η οικογένειά μου να συμμετέχει</i>	
<i>στη φροντίδα μου.</i>	<b>96</b>
Πίνακας 28.	
<i>B13. ρωτήσει τι θέλω να γνωρίζω για την κατάστασή μου.</i>	<b>97</b>
Πίνακας 29.	
<i>B14. ακούσει τις προσωπικές μου επιθυμίες σχετικά με τη</i>	
<i>φροντίδα μου.</i>	<b>97</b>
Πίνακας 30.	
<i>Οι νοσηλευτές έχουν βοηθήσει για να πάρω μέρος στις</i>	
<i>αποφάσεις που σχετίζονται με τη φροντίδα μου.</i>	<b>97</b>
Πίνακας 31.	
<i>Οι νοσηλευτές έχουν βοηθήσει να εκφράσω τις απόψεις</i>	
<i>μου για τη φροντίδα μου.</i>	<b>98</b>
Πίνακας 32. <i>Οι νοσηλευτές έχουν ρωτήσει ποια ώρα</i>	
<i>προτιμώ να κάνω μπάνιο.</i>	<b>98</b>
Πίνακας 33.	
<i>Φροντίδα που παρέχεται από τους νοσηλευτές κατά</i>	
<i>τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο</i>	<b>101</b>

Πίνακας 34.	
Συγκρίσεις με δημογραφικά χαρακτηριστικά για την	
φροντίδα που παρέχεται από το νοσηλευτικό προσωπικό.	<b>102</b>
Πίνακας 35.	
<i>B01. Τα συναισθήματα που έχω σχετικά με την κατάστασή</i>	
<i>μου έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.</i>	<b>103</b>
Πίνακας 36.	
<i>B02. Οι ανάγκες μου που χρειάζονται φροντίδα και προσοχή</i>	
<i>έχουν ληφθεί υπόψη στη διάρκεια της νοσηλείας μου.</i>	<b>103</b>
Πίνακας 37.	
<i>B03. Αναλαμβάνω την ευθύνη της</i>	
<i>φροντίδας μου όταν μπορώ.</i>	<b>104</b>
Πίνακας 38.	
<i>B04. Οι αλλαγές στο πως νιώθω έχουν ληφθεί υπόψη στη</i>	
<i>φροντίδα μου.</i>	<b>104</b>
Πίνακας 39.	
<i>B05. Όλοι οι φόβοι και οι ανησυχίες μου έχουν ληφθεί</i>	
<i>υπόψη στη φροντίδα μου.</i>	<b>105</b>
Πίνακας 40.	
<i>B06. Ο τρόπος με τον οποίο η κατάσταση μου με έχει</i>	
<i>επηρεάσει έχει ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.</i>	<b>105</b>
Πίνακας 41	

<i>B07. Το τι σημαίνει για μένα η κατάστασή μου έχει ληφθεί</i>	
<i>υπόψη στη φροντίδα μου.</i>	<b>106</b>
Πίνακας 42.	
<i>B08. Οι καθημερινές μου δραστηριότητες (στην εργασία μου,</i>	
<i>στον ελεύθερο χρόνο μου) έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.</i>	<b>106</b>
Πίνακας 43.	
<i>B09. Οι προηγούμενες εμπειρίες μου από νοσηλεία μου στο</i>	
<i>νοσοκομείο έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.</i>	<b>106</b>
Πίνακας 44.	
<i>B10. Οι καθημερινές μου συνήθειες έχουν ληφθεί υπόψη</i>	
<i>κατά τη διάρκεια της νοσηλείας μου στο νοσοκομείο</i>	
<i>(π.χ. για την προσωπική μου υγιεινή).</i>	<b>106</b>
Πίνακας 45.	
<i>B11. Η οικογένειά μου συμμετέχει στη φροντίδα μου εάν</i>	
<i>το θελήσω.</i>	<b>107</b>
Πίνακας 46.	
<i>B12. Έχω ακολουθήσει τις οδηγίες που μου δόθηκαν στο</i>	
<i>νοσοκομείο</i>	<b>107</b>
Πίνακας 47.	
<i>B13. Έχω λάβει επαρκείς πληροφορίες από τους νοσηλευτές</i>	
<i>σχετικά με την κατάστασή μου.</i>	<b>107</b>
Πίνακας 48.	

<i>B14. Οι επιθυμίες που έχω εκφράσει έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.</i>	<b>108</b>
Πίνακας 49.	
<i>B15. Έχω πάρει μέρος στις αποφάσεις που σχετίζονται με τη φροντίδα μου.</i>	<b>108</b>
Πίνακας 50.	
<i>B16. Οι απόψεις που έχω εκφράσει έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.</i>	<b>108</b>
Πίνακας 51.	
<i>B17. Εγώ έχω αποφασίσει για την ώρα που θα κάνω μπάνιο.</i>	<b>109</b>
Πίνακας 52. α	
<i>Εμπειρίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο</i>	<b>112</b>
<i>Πίνακας 52. β Εμπειρίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο σύγκριση με δημογραφικά στοιχεία</i>	<b>113</b>
Πίνακας 53.	
<i>Γ01. Πόνος</i>	<b>114</b>
Πίνακας 54.	
<i>Γ02. Έλλειψη ενέργειας/ κούραση</i>	<b>114</b>
Πίνακας 55.	
<i>Γ03. Τις περισσότερες ώρες δεν νοιώθετε καλά.</i>	<b>115</b>
Πίνακας 56.	
<i>Γ04. Ενεργητικές δραστηριότητες.</i>	<b>115</b>

Πίνακας 57.	
<i>Γ05. Αδυνατείτε να κάνετε τις δραστηριότητες που κάνατε.</i>	<b>115</b>
Πίνακας 58.	
<i>Γ06. Νοιώθετε αγωνία.</i>	<b>116</b>
Πίνακας 59.	
<i>Γ07. Αίσθημα κατάπτωσης ή κατάθλιψη.</i>	<b>116</b>
Πίνακας 60.	
<i>Γ08. Συναισθήματα θλίψης.</i>	<b>116</b>
Πίνακας 61.	
<i>Γ09. Φόβος για πιθανή εξάπλωση του καρκίνου.</i>	<b>117</b>
Πίνακας 62.	
<i>Γ10. Ανησυχία για το αν το αποτέλεσμα της θεραπείας είναι πέραν του ελέγχου σας.</i>	<b>117</b>
Πίνακας 63.	
<i>Γ12. Μαθαίνετε να ελέγχετε την κατάσταση σας.</i>	<b>118</b>
Πίνακας 64.	
<i>Γ13. Διατηρείτε μια θετική στάση της όλης κατάστασης.</i>	<b>118</b>
Πίνακας 65.	
<i>Γ14. Συναισθήματα σχετικά με το τέλος / θάνατο</i>	<b>118</b>
Πίνακας 66.	
<i>Γ15. Αλλαγή σεξουαλικής επιθυμίας.</i>	<b>119</b>
Πίνακας 67.	

<i>Γ16. Αλλαγή στις σεξουαλικές σας σχέσεις.</i>	<b>119</b>
Πίνακας 68.	
<i>Γ17. Ανησυχείτε για τους ανθρώπους που σας νοιάζονται.</i>	<b>119</b>
Πίνακας 69.	
<i>Γ18. Επιλέγετε μεταξύ πολλών τον θεράποντα γιατρό σας</i>	<b>120</b>
Πίνακας 70.	
<i>Γ19. Πιο πολλές επιλογές για τα νοσοκομεία που επισκέπτεστε</i>	
<i>από τη μέρα που μάθατε ότι μπορεί να είστε καρκινοπαθείς</i>	<b>120</b>
Πίνακας 71.	
<i>Γ20. Το ιατρικό προσωπικό σας διαβεβαιώνει ότι ο τρόπος</i>	
<i>που αισθάνεστε είναι φυσιολογικός.</i>	<b>121</b>
Πίνακας 72.	
<i>Γ21. Το προσωπικό του νοσοκομείου συμμετέχει άμεσα στις</i>	
<i>φυσικές σας ανάγκες.</i>	<b>121</b>
Πίνακας 73.	
<i>Γ22. Το προσωπικό του νοσοκομείου αναγνωρίζει και</i>	
<i>δείχνει ευαισθησία στα συναισθήματά και τις αισθηματικές</i>	
<i>σας ανάγκες.</i>	<b>121</b>
Πίνακας 74.	
<i>Γ23. Σας έχουν δοθεί γραπτές πληροφορίες που αφορούν</i>	
<i>στις σημαντικές πτυχές της φροντίδας σας.</i>	<b>122</b>
Πίνακας 75.	

<i>Γ24. Σας έχουν δοθεί όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για την αντιμετώπιση και διαχείριση και της ασθένειας σας στο σπίτι.</i>	<b>122</b>
Πίνακας 76.	
<i>Γ25. Σας δοθήκαν εξηγήσεις για τις διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις, που κάνατε;</i>	<b>123</b>
Πίνακας 77.	
<i>Γ26. Σας έχουν ενημερώσει κατάλληλα για τα οφέλη και τις παρενέργειες της θεραπείας σας πριν να δώσετε την συγκατάθεση σας;</i>	<b>123</b>
Πίνακας 78.	
<i>Γ27. Ενημερώνετε κατάλληλα για τα αποτελέσματα των εξετάσεων σας και όσο το συντομότερο δυνατό.</i>	<b>123</b>
Πίνακας 79.	
<i>Γ28. Είστε ενημερωμένος/η για το καρκίνο που είναι ελεγχόμενος ή σε ύφεση.</i>	<b>124</b>
Πίνακας 80.	
<i>Γ29. Ενημερώνετε για τα πράγματα που θα μπορούσατε να κάνετε για να βελτιώσετε τη κατάσταση σας</i>	<b>124</b>
Πίνακας 81.	
<i>Γ30. Έχετε πρόσβαση σε επαγγελματικούς συμβούλους π.χ. ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, ειδικό</i>	<b>125</b>

Πίνακας 82.	
<i>Γ31. Σας δοθήκαν πληροφορίες για τις σεξουαλικές σας σχέσεις;</i>	<b>125</b>
Πίνακας 83.	
<i>Γ32. Αντιμετωπίζετε σαν άτομο ή μόνο σαν άλλη μια περίπτωση;</i>	<b>125</b>
Πίνακας 84.	
<i>Γ33. Υποβάλλεστε σε θεραπεία, σε νοσοκομείο ή κλινική που είναι όσο το δυνατόν πιο ευχάριστη;</i>	<b>126</b>
Πίνακας 85.	
<i>Υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας</i>	<b>133</b>
Πίνακας 86.	
<i>Υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας</i>	<b>134</b>
Πίνακας 87.	
<i>Δ01. Λαμβάνετε την νοσηλευτική φροντίδα που απαιτεί η κατάσταση σας.</i>	<b>135</b>
Πίνακας 88.	
<i>Δ02. Λαμβάνετε επαρκή φροντίδα από το νοσηλευτή σας.</i>	<b>136</b>
Πίνακας 89.	
<i>Δ03. Λαμβάνετε τη φροντίδα υγείας της επιλογής σας.</i>	<b>136</b>
Πίνακας 90	
<i>Δ04. Ο νοσηλευτής σας φροντίζει και δείχνει κατανόηση για την κατάσταση σας.</i>	<b>137</b>
Πίνακας 91.	

<i>Δ05. Ο νοσηλευτής σας φροντίζει με τρόπο ανθρώπινο.</i>	<b>137</b>
Πίνακας 92.	
<i>Αίσθημα εκτίμησης κατά την παροχή φροντίδας</i>	<b>141</b>
Πίνακας 93.	
<i>Συγκρίσεις με δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και</i>	
<i>Αίσθημα εκτίμησης κατά την παροχή φροντίδας</i>	<b>142</b>
Πίνακας 94. <i>Δ06. Ο νοσηλευτής σας φροντίζει με τον</i>	
<i>απαραίτητο σεβασμό.</i>	<b>143</b>
Πίνακας 95.	
<i>Δ07. Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει τις ανάγκες σας</i>	
<i>για φροντίδα.</i>	<b>143</b>
Πίνακας 96.	
<i>Δ08. Ο νοσηλευτής σέβεται τις ανάγκες σας και</i>	
<i>σας ενημερώνει ανάλογα.</i>	<b>144</b>
Πίνακας 97.	
<i>Δ09. Ο νοσηλευτής σας ενημερώνει με κατανοητό</i>	
<i>τρόπο (Κατανοητοί όροι, ορολογίες).</i>	<b>144</b>
Πίνακας 98.	
<i>Δ10. Ο νοσηλευτής απαντάει στις ερωτήσεις σας</i>	
<i>με ειλικρίνεια.</i>	<b>145</b>
Πίνακας 99.	
<i>Δ11. Αισθάνεστε ότι μπορείτε να ρωτήσετε το</i>	

<i>νοσηλευτή για οτιδήποτε</i>	<b>145</b>
Πίνακας 100.	
<i>Δ12. Ο νοσηλευτής σας δίνει τη δυνατότητα</i>	
<i>να συμμετάσχετε στις αποφάσεις που αφορούν</i>	
<i>τη νοσηλευτική σας φροντίδα.</i>	<b>146</b>
Πίνακας 101. α	
<i>Δ13. Ο νοσηλευτής σας παρέχει επαρκείς πληροφορίες</i>	
<i>προκειμένου να συμμετάσχετε στις αποφάσεις που</i>	
<i>αφορούν τη νοσηλευτική σας φροντίδα.</i>	<b>146</b>
Πίνακας 101.β	
<i>Αίσθημα σεβασμού κατά την παροχή φροντίδας</i>	<b>150</b>
Πίνακας 102.	
<i>Συγκρίσεις με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και</i>	
<i>Αίσθημα σεβασμού κατά την παροχή φροντίδας</i>	<b>151</b>
Πίνακας 103.	
<i>Δ14. Ο νοσηλευτής ενδιαφέρεται για το πόσο καλά</i>	
<i>μπορεί να επικοινωνήσει μαζί σας.</i>	<b>152</b>
Πίνακας 104.	
<i>Δ15. Ο νοσηλευτής επιδιώκει να έχει καλή επικοινωνία</i>	
<i>μαζί σας.</i>	<b>152</b>
Πίνακας 105	
<i>Δ16. Ο νοσηλευτής επικοινωνεί επαρκώς μαζί σας</i>	

<i>κατά τη διάρκεια της φροντίδας σας..</i>	<b>153</b>
Πίνακας 106.	
<i>Δ17. Ο νοσηλευτής σας υποστηρίζει συναισθηματικά.</i>	<b>153</b>
Πίνακας 107.	
<i>Δ18. Ο νοσηλευτής είναι ένα άτομο στο οποίο μπορείτε να βασιστείς.</i>	<b>154</b>
Πίνακας 108.	
<i>Επικοινωνία και υποστήριξη</i>	<b>157</b>
Πίνακας 109.	
<i>Συγκριτικός πίνακας Δημογραφικών Στοιχείων και</i>	
<i>Επικοινωνία και υποστήριξη</i>	<b>158</b>
Πίνακας 110.	
<i>Δ19. Γενικά αισθάνεστε ότι είστε σε «καλά χέρια»</i>	<b>159</b>
Πίνακας 111.	
<i>Δ20. Ο νοσηλευτής φαίνεται να γνωρίζει την κατάσταση</i>	
<i>της υγείας σας.</i>	<b>159</b>
Πίνακας 112	
<i>Δ21. Ο νοσηλευτής φαίνεται ικανός στη διαχείριση</i>	
<i>του τεχνικού εξοπλισμού και των υλικών..</i>	<b>160</b>
Πίνακας 113.	
<i>Δ22. Ο νοσηλευτής ανταποκρίνεται άμεσα στις ερωτήσεις</i>	
<i>και τις ανησυχίες σας.</i>	<b>160</b>

Πίνακας 114.	
<i>Δ23. Γενικά αισθάνεστε ότι είστε σε «αβέβαια χέρια»</i>	<b>161</b>
Πίνακας 115	
<i>Δ24. Ο νοσηλευτής επιτελεί τυπικά τα καθήκοντα του.</i>	<b>161</b>
Πίνακας 116.	
<i>Δ25. Ο νοσηλευτής εκφράζει αληθινό ενδιαφέρον για εσάς.</i>	<b>162</b>
Πίνακας 117.	
<i>Δ26. Ο νοσηλευτής με τις πράξεις έχει κερδίσει την εμπιστοσύνη σας.</i>	<b>162</b>
Πίνακας 118.	
<i>Αίσθημα Επιβίωσης</i>	<b>164</b>
Πίνακας 119.	
<i>Συγκρίσεις Δημογραφικών Στοιχείων με Αίσθημα Επιβίωσης</i>	<b>165</b>
Πίνακας 120.	
<i>Δ27. Ο νοσηλευτής ενδιαφέρθηκε να διευκρινίσει ποιες είναι οι θρησκευτικές σας πεποιθήσεις</i>	<b>166</b>
Πίνακας 121.	
<i>Δ28. Ο νοσηλευτής είναι ευαίσθητος και δείχνει σεβασμό για τις θρησκευτικές σας πεποιθήσεις.</i>	<b>166</b>
Πίνακας 122.	
<i>Δ29. Ο νοσηλευτής διευκολύνει τις θρησκευτικές σας συνήθειες όταν λαμβάνετε φροντίδα.</i>	<b>167</b>

Πίνακας 123.	
<i>Δ30. Ο νοσηλευτής είναι διαθέσιμος στο να συζητάει θέματα πνευματικής φύσεως ενώ ενθαρρύνει και τη συζήτηση τους</i>	<b>167</b>
Πίνακας 124.	
<i>Δ31. Ο νοσηλευτής ενδιαφέρεται να γνωρίζει ποιες είναι οι απόψεις σας για τη ζωή και το θάνατο.</i>	<b>168</b>
Πίνακας 125.	
<i>Θρησκευτική και πνευματική φροντίδα</i>	<b>170</b>
Πίνακας 126.	
<i>Συγκρίσεις Δημογραφικών Στοιχείων Θρησκευτική και πνευματική φροντίδα</i>	<b>171</b>
Πίνακας 127. Δ32. Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει τη σημασία της παρουσίας της οικογένειάς σας	<b>172</b>
Πίνακας 128. Δ33. Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει εάν επιθυμείτε ή όχι την παρουσία της οικογένειάς σας	<b>172</b>
Πίνακας 129. Δ34. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την παρουσία της οικογένειάς σας κατά τη διάρκεια της φροντίδας σας	<b>173</b>
Πίνακας 130. Δ35. Ο νοσηλευτής εμπλέκει ενεργά την οικογένειά σας στη παροχή της φροντίδας.	<b>173</b>
Πίνακας 131. Δ36. Όταν χρειάστηκε να λάβετε	

<i>δύσκολες αποφάσεις, ο νοσηλευτής ενθάρρυνε τη</i>	
<i>συμμετοχή της</i>	<b>174</b>
Πίνακας 132.	
<i>Αίσθημα του ανήκειν</i>	<b>176</b>
Πίνακας 133.	
<i>Συγκριτικά με Δημογραφικά Στοιχεία και Αίσθημα του</i>	
<i>ανήκειν</i>	<b>177</b>
Πίνακας 134.	
<i>Επηρεάζεται η εξατομικευμένη φροντίδα από</i>	
<i>τη ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<b>178</b>
Πίνακας 135.	
<i>Επηρεάζονται οι απόψεις και οι προσδοκίες των</i>	
<i>ασθενών από τη ποιότητα της εξατομικευμένης</i>	
<i>παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, κατά τη</i>	
<i>διάρκεια της νοσηλείας τους;</i>	<b>178</b>
Πίνακας 136.	
<i>Η παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική</i>	
<i>φροντίδα, ικανοποιεί τις ανάγκες των ασθενών</i>	
<i>που νοσηλεύονται;</i>	<b>179</b>
Πίνακας 137.	
<i>Επηρεάζεται η παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική</i>	
<i>φροντίδα, από τις επιπτώσεις των αναγκών των ασθενών</i>	
<i>που νοσηλεύονται;</i>	<b>179</b>
Πίνακας 138.	

<i>Τελική Δήλωση Θέματος Διατριβής.</i>	<b>200</b>
Πίνακας 139.	
Χρονοδιάγραμμα εργασιών:	<b>201</b>
Πίνακας 140.	
Ενδεικτικό Χρονοδιάγραμμα Εκπόνησης Διατριβής	<b>204</b>
Πίνακας 141 Κλίμακας εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας	<b>210</b>
Πίνακας 142.	
Έρευνας για τις υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας (SCNS-SF34).	<b>215</b>
Πίνακας 143.	
<i>Αίσθημα εκτίμησης κατά τη παροχή φροντίδας.</i>	<b>221</b>
Πίνακας 144.	
<i>Αίσθημα σεβασμού κατά την παροχή φροντίδας.</i>	<b>222</b>
Πίνακας 145.	
<i>Αίσθημα παροχής επικοινωνιακής και υποστηρικτικής φροντίδας.</i>	<b>223</b>
Πίνακας 146.	
<i>Αίσθημα Επιβεβαίωσης.</i>	<b>223</b>
Πίνακας 147.	
<i>Αίσθημα θρησκευτικής και πνευματικής φροντίδας</i>	<b>224</b>
Πίνακας 148.	
<i>Αίσθημα του «ανήκειν».</i>	<b>224</b>

Γραφήματα	
<i>Γράφημα 1. Φύλο δείγματος</i>	<b>79</b>
<i>Γράφημα 2. Επίπεδο μόρφωσης δείγματος.</i>	<b>80</b>
<i>Γράφημα 3. Άτομα που ζουν αυτή τη στιγμή</i>	
<i>μέσα στο σπίτι.</i>	<b>82</b>
<i>Γράφημα 4. Πόσο σημαντική είναι η φροντίδα</i>	
<i>που λαμβάνουν να είναι εξατομικευμένη.</i>	<b>85</b>
<i>Γράφημα 5. Πρώτη φορά νοσηλεύεστε σε αυτό το</i>	
<i>τιμήμα.</i>	<b>90</b>
<i>Γράφημα 6. Νοσηλεία σε άλλο τμήμα / νοσοκομείο</i>	
<i>προηγούμενως.</i>	<b>91</b>
<i>Γράφημα 7. Πόνος</i>	<b>126</b>
<i>Γράφημα 8. Έλλειψη ενέργειας/ κούραση</i>	<b>126</b>
<i>Γράφημα 9. Τις περισσότερες ώρες δεν νοιώθετε</i>	
<i>καλά.</i>	<b>126</b>
<i>Γράφημα 10. Ενεργητικές δραστηριότητες.</i>	<b>126</b>
<i>Γράφημα 11. Αδυνατείτε να κάνετε τις δραστηριότητες</i>	
<i>που κάνατε.</i>	<b>127</b>
<i>Γράφημα 12. Νοιώθετε αγωνία.</i>	<b>127</b>
<i>Γράφημα 13. Αίσθημα κόπωσης ή κατάθλιψη.</i>	<b>127</b>
<i>Γράφημα 16. Συναίσθημα θλίψης.</i>	<b>127</b>
<i>Γράφημα 17. Φόβος για πιθανή εξάπλωση του</i>	

καρκίνου..	<b>127</b>
<i>Γράφημα 18.</i> Ανησυχία για το αν το αποτέλεσμα	
της θεραπείας είναι πέραν του ελέγχου σας.	<b>127</b>
<i>Γράφημα 19.</i> Αβεβαιότητα για το μέλλον	<b>128</b>
<i>Γράφημα 20.</i> Μαθαίνετε να ελέγχετε την κατάσταση	
Σας	<b>128</b>
<i>Γράφημα 21.</i> Διατηρείτε μια θετική στάση της όλης	
κατάστασης.	<b>128</b>
<i>Γράφημα 22.</i> Συναισθήματα σχετικά με το τέλος /	
θάνατο.	<b>128</b>
<i>Γράφημα 23.</i> Αλλαγή σεξουαλικής επιθυμίας	<b>128</b>
<i>Γράφημα 24.</i> Ανησυχείτε για τους ανθρώπους που	
σας νοιάζονται	<b>129</b>
<i>Γράφημα 25.</i> Επιλέγετε μεταξύ πολλών τον θεράποντα	
γιατρό σας.	<b>129</b>
<i>Γράφημα 26.</i> Πιο πολλές επιλογές για τα νοσοκομεία	<b>129</b>
που επισκέπτεστε από τη μέρα που μάθατε ότι μπορεί	
να είστε καρκινοπαθής	<b>129</b>
<i>Γράφημα 27.</i> Το ιατρικό προσωπικό σας διαβεβαιώνει	
ότι ο τρόπος που αισθάνεστε είναι φυσιολογικός.	<b>129</b>
<i>Γράφημα 28.</i> Το προσωπικό του νοσοκομείου	
συμμετέχει άμεσα στις φυσικές ανάγκες σας.	<b>130</b>

<i>Γράφημα 29. Το προσωπικό του νοσοκομείου,</i>	
<i>αναγνωρίζει και δείχνει ευαισθησία στα συναισθήματα</i>	
<i>και τις αισθηματικές ανάγκες σας.</i>	<b>130</b>
<i>Γράφημα 30. Σας έχουν δοθεί γραπτές πληροφορίες</i>	
<i>για την αντιμετώπιση και διαχείριση της ασθένειας</i>	
<i>σας στο σπίτι;</i>	<b>130</b>
<i>Γράφημα 31. Σας έχουν δοθεί όλες οι απαραίτητες</i>	
<i>πληροφορίες που αφορούν σημαντικές πτυχές της</i>	
<i>φροντίδας σας.</i>	<b>130</b>
<i>Γράφημα 32. Σας δοθήκαν εξηγήσεις για τις</i>	
<i>διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις, που κάνατε;</i>	<b>131</b>
<i>Γράφημα 33. Σας έχουν ενημερώσει κατάλληλα</i>	
<i>για τα οφέλη και τις παρενέργειες της θεραπείας</i>	
<i>σας πριν να δώσετε την συγκατάθεση σας;</i>	<b>131</b>
<i>Γράφημα 34. Ενημερώνεστε κατάλληλα για τα</i>	
<i>αποτελέσματα των εξετάσεων σας και όσο το</i>	
<i>συντομότερο δυνατό.</i>	<b>131</b>
<i>Γράφημα 35. Είστε ενημερωμένος/η για το καρκίνο</i>	
<i>που είναι ελεγχόμενος ή σε ύφεση.</i>	<b>131</b>
<i>Γράφημα 36. Ενημερώνεστε για τα πράγματα που</i>	
<i>θα μπορούσατε να κάνετε για να βελτιώσετε τη κατάσταση</i>	
<i>σας</i>	<b>131</b>

<i>Γράφημα 37. Έχετε πρόσβαση σε επαγγελματικούς</i>	
<i>συμβούλους (π.χ. ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό,</i>	
<i>ειδικό νοσηλευτή) αν, εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι</i>	
<i>σας το χρειάζονται.</i>	<b>132</b>
<i>Γράφημα 38. Σας δοθήκαν πληροφορίες για τις</i>	
<i>σεξουαλικές σας σχέσεις;</i>	<b>132</b>
<i>Γράφημα 39. Αντιμετωπίζετε σαν άτομο και όχι</i>	
<i>μόνο σαν μια άλλη περίπτωση;</i>	<b>132</b>
<i>Γράφημα 40. Υποβάλλετε σε θεραπεία, σε</i>	
<i>νοσοκομείο ή κλινική που είναι όσο το δυνατόν</i>	
<i>πιο ευχάριστη;</i>	<b>132</b>
<i>Διαγράμματα</i>	
<i>Διάγραμμα 1. Ηλικία ερωτηθέντων.</i>	<b>78</b>
<i>Διάγραμμα 2. Οικογενειακή κατάσταση.</i>	<b>81</b>
<i>Διάγραμμα 3. Τύπος της εισαγωγής.</i>	<b>83</b>
<i>Διάγραμμα 4. Επαρχία διαμονής</i>	<b>87</b>
<i>Διάγραμμα 5. Είδος στήριξης που λαμβάνουν στο σπίτι</i>	<b>92</b>
<i>Διάγραμμα 6 δώσει σε εμένα την ευκαιρία να αναλαμβάνω</i>	
<i>την ευθύνη τις φροντίδας μου όταν μπορώ</i>	<b>98</b>
<i>Διάγραμμα 7 αναγνωρίσει τις αλλαγές στο πώς νιώθω.</i>	<b>98</b>
<i>Διάγραμμα 8 μιλήσει μαζί μου σχετικά με τις φόβους</i>	
<i>και τις ανησυχίες μου.</i>	<b>99</b>

<i>Διάγραμμα 9</i> κάνει προσπάθεια να βρουν πώς με έχει	
επηρεάσει η κατάστασή μου.	<b>99</b>
<i>Διάγραμμα 10</i> μιλήσει μαζί μου σχετικά με το τι	
σημαίνει για μένα η κατάστασή μου.	<b>99</b>
<i>Διάγραμμα 11</i> ρωτήσει τι είδους δραστηριότητες	
έχω έξω από το νοσοκομείο στην καθημερινή μου	
ζωή (τι είδους εργασία, στον ελεύθερο χρόνο μου).	<b>99</b>
<i>Διάγραμμα 12</i> ρωτήσει για τις προηγούμενες εμπειρίες	
μου από νοσηλεία στο νοσοκομείο.	<b>99</b>
<i>Διάγραμμα 13</i> ρωτήσει για τις καθημερινές μου συνήθειες	
(π.χ. την προσωπική μου υγιεινή).	<b>99</b>
<i>Διάγραμμα 14</i> ρωτήσει εάν θέλω η οικογένειά μου να	
συμμετέχει στη φροντίδα μου.	<b>100</b>
<i>Διάγραμμα 15</i> ρωτήσει τι θέλω να γνωρίζω για την	
κατάστασή μου.	<b>100</b>
<i>Διάγραμμα 16</i> ακούσει τις προσωπικές μου επιθυμίες	
σχετικά με τη φροντίδα μου.	<b>100</b>
<i>Διάγραμμα 17</i> βοηθήσει για να πάρω μέρος τις αποφάσεις	
που σχετίζονται με τη φροντίδα μου.	<b>100</b>
<i>Διάγραμμα 18</i> βοηθήσει να εκφράσω τις απόψεις μου για	
τη φροντίδα μου.	<b>100</b>
<i>Διάγραμμα 19</i> ρωτήσει ποια ώρα προτιμώ να κάνω μπάνιο.	<b>100</b>

<i>Διάγραμμα 20</i> Φροντίδα που παρέχεται από τους νοσηλευτές	
κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο	<b>101</b>
<i>Διάγραμμα 21</i> Τα συναισθήματα που έχω σχετικά με την	
κατάστασή μου έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.	<b>109</b>
<i>Διάγραμμα 22</i> Οι ανάγκες μου που χρειάζονται φροντίδα και	
προσοχή, έχουν ληφθεί υπόψη στη διάρκεια της νοσηλείας μου.	<b>109</b>
<i>Διάγραμμα 23</i> Αναλαμβάνω την ευθύνη της φροντίδας μου	
όταν μπορώ.	<b>109</b>
<i>Διάγραμμα 24</i> Οι αλλαγές στο πως νιώθω έχουν ληφθεί υπόψη	
στη φροντίδα μου.	<b>109</b>
<i>Διάγραμμα 25</i> Όλοι οι φόβοι και οι ανησυχίες μου έχουν ληφθεί	
υπόψη στη φροντίδα μου.	<b>110</b>
<i>Διάγραμμα 26</i> Ο τρόπος με τον οποίο η κατάστασή μου με έχει	
επηρεάσει έχει ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.	<b>110</b>
<i>Διάγραμμα 27</i> Το τι σημαίνει για μένα η κατάστασή μου	
έχει ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.	<b>110</b>
<i>Διάγραμμα 28</i> Οι καθημερινές μου δραστηριότητες (στην	
εργασία μου, στον ελεύθερο χρόνο μου) έχουν ληφθεί	
υπόψη στη φροντίδα μου.	<b>110</b>
<i>Διάγραμμα 29</i> Οι προηγούμενες εμπειρίες μου από	
νοσηλεία μου στο νοσοκομείο έχουν ληφθεί υπόψη	
στη φροντίδα μου.	<b>110</b>

<i>Διάγραμμα 30</i> Οι καθημερινές μου συνήθειες έχουν	
ληφθεί υπόψη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας μου	
στο νοσοκομείο (π.χ. για την προσωπική μου υγιεινή).	<b>110</b>
<i>Διάγραμμα 31</i> Η οικογένειά μου συμμετέχει στη φροντίδα	
μου εάν το θελήσω.	<b>111</b>
<i>Διάγραμμα 32</i> Έχω ακολουθήσει τις οδηγίες που μου	
δόθηκαν στο νοσοκομείο	<b>111</b>
<i>Διάγραμμα 33</i> Έχω λάβει επαρκείς πληροφορίες από	
τους νοσηλευτές σχετικά με την κατάστασή μου.	<b>111</b>
<i>Διάγραμμα 34</i> Οι επιθυμίες που έχω εκφράσει έχουν	
ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.	<b>111</b>
<i>Διάγραμμα 35</i> Έχω πάρει μέρος στις αποφάσεις που	
σχετίζονται με τη φροντίδα μου.	<b>111</b>
<i>Διάγραμμα 36</i> Οι απόψεις που έχω εκφράσει έχουν	
ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.	<b>111</b>
<i>Διάγραμμα 37</i> Εγώ έχω αποφασίσει για την ώρα που	
θα κάνω μπάνιο.	<b>112</b>
<i>Διάγραμμα 38</i> Εμπειρίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας	
στο νοσοκομείο	<b>112</b>
<i>Διάγραμμα 39.</i> Υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας.	<b>133</b>
<i>Διάγραμμα 40.</i> Λαμβάνετε την νοσηλευτική φροντίδα	

που απαιτεί η κατάσταση σας;	<b>138</b>
<i>Διάγραμμα 41.</i> Λαμβάνετε επαρκή φροντίδα από το	
νοσηλευτή σας.	<b>138</b>
<i>Διάγραμμα 42.</i> Ο νοσηλευτής σας φροντίζει με τρόπο	
ανθρώπινο.	<b>139</b>
<i>Διάγραμμα 43.</i> Ο νοσηλευτής σας φροντίζει και δείχνει	
κατανόηση για την κατάσταση σας.	<b>139</b>
<i>Διάγραμμα 44.</i> Λαμβάνετε τη φροντίδα υγείας της επιλογής	
Σας	<b>140</b>
<i>Διάγραμμα 45.</i> Αίσθημα εκτίμησης κατά την παροχή	
φροντίδας	<b>141</b>
<i>Διάγραμμα 46</i> Ο νοσηλευτής σας φροντίζει με τον	
απαραίτητο σεβασμό.	<b>147</b>
<i>Διάγραμμα 47</i> Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει τις ανάγκες	
σας για φροντίδα.	<b>147</b>
<i>Διάγραμμα 48</i> Ο νοσηλευτής σέβεται τις ανάγκες σας	
και σας ενημερώνει ανάλογα.	<b>148</b>
<i>Διάγραμμα 49</i> Ο νοσηλευτής σας ενημερώνει με	
κατανοητό τρόπο (Κατανοητοί όροι, ορολογίες).	<b>148</b>
<i>Διάγραμμα 50</i> Ο νοσηλευτής απαντάει στις ερωτήσεις	
σας με ειλικρίνεια.	<b>149</b>
<i>Διάγραμμα 51</i> Αισθάνεστε ότι μπορείτε να ρωτήσετε	

το νοσηλευτή για οτιδήποτε	<b>149</b>
<i>Διάγραμμα 52</i> Ο νοσηλευτής σας δίνει τη δυνατότητα να συμμετάσχετε στις αποφάσεις που αφορούν τη νοσηλευτική σας φροντίδα.	<b>150</b>
<i>Διάγραμμα 53</i> Σεβασμός	<b>151</b>
<i>Διάγραμμα 54</i> Ο νοσηλευτής ενδιαφέρεται για το πόσο καλά μπορεί να επικοινωνήσει μαζί σας.	<b>154</b>
<i>Διάγραμμα 55</i> Ο νοσηλευτής επιδιώκει να έχει καλή επικοινωνία μαζί σας.	<b>155</b>
<i>Διάγραμμα 56</i> Ο νοσηλευτής επικοινωνεί επαρκώς μαζί σας κατά τη διάρκεια της φροντίδας σας.	<b>155</b>
<i>Διάγραμμα 57</i> Ο νοσηλευτής σας υποστηρίζει συναισθηματικά.	<b>156</b>
<i>Διάγραμμα 58</i> Ο νοσηλευτής είναι ένα άτομο στο οποίο μπορείτε να βασιστείς.	<b>156</b>
<i>Διάγραμμα 59</i> Επικοινωνία και υποστήριξη	<b>157</b>
<i>Διάγραμμα 60</i> Γενικά αισθάνεστε ότι είστε σε «καλά χέρια»	<b>163</b>
<i>Διάγραμμα 61</i> Ο νοσηλευτής φαίνεται να γνωρίζει την κατάστασή της υγείας σας.	<b>163</b>
<i>Διάγραμμα 62.</i> Ο νοσηλευτής φαίνεται ικανός στη διαχείριση του τεχνικού εξοπλισμού και των υλικών	<b>163</b>

<i>Διάγραμμα 63</i> Ο νοσηλευτής ανταποκρίνεται άμεσα	
στις ερωτήσεις και τις ανησυχίες σας.	<b>163</b>
<i>Διάγραμμα 64.</i> Γενικά αισθάνεστε ότι είστε σε	
«αβέβαια χέρια»	
<i>Διάγραμμα 65</i> Ο νοσηλευτής επιτελεί τυπικά τα	
καθήκοντα του	<b>163</b>
<i>Διάγραμμα 66</i> Ο νοσηλευτής εκφράζει αληθινό	
ενδιαφέρον για εσάς.	<b>164</b>
<i>Διάγραμμα 67.</i> Ο νοσηλευτής με τις πράξεις έχει	
κερδίσει την εμπιστοσύνη σας.	<b>164</b>
<i>Διάγραμμα 68.</i> Αίσθημα Επιβίωσης	<b>164</b>
<i>Διάγραμμα 69</i> Ο νοσηλευτής είναι ευαίσθητος και	
δείχνει σεβασμό για τις θρησκευτικές σας πεποιθήσεις	<b>168</b>
<i>Διάγραμμα 70.</i> Ο νοσηλευτής διευκολύνει τις	
θρησκευτικές σας συνήθειες όταν λαμβάνετε φροντίδα.	<b>169</b>
<i>Διάγραμμα 71</i> Ο νοσηλευτής ενδιαφέρεται να	
γνωρίζει ποιες είναι οι απόψεις σας για τη ζωή	
και το θάνατο.	<b>170</b>
<i>Διάγραμμα 72.</i> Θρησκευτική και πνευματική φροντίδα	<b>171</b>
<i>Διάγραμμα 73</i> Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει εάν	
επιθυμείτε ή όχι την παρουσία της οικογένειας σας	<b>174</b>
<i>Διάγραμμα 74.</i> Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την	

παρουσία της οικογένειας σας κατά τη διάρκεια	
της φροντίδα σας	<b>175</b>
<i>Διάγραμμα 75. Ο νοσηλευτής εμπλέκει ενεργά</i>	
την οικογένειά σας στη παροχή της φροντίδας.	<b>175</b>
<i>Διάγραμμα 76. Όταν χρειάστηκε να λάβετε</i>	
δύσκολες αποφάσεις, ο νοσηλευτής ενθάρρυνε	
τη συμμετοχή της οικογένειας σας στη διαδικασία	
λήψης αυτών των αποφάσεων.	<b>176</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα που προσφέρεται στις ογκολογικές κλινικές, μέσω των παρεμβάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού, έχει στόχο την κάλυψη των αναγκών των ασθενών σε όλα τα επίπεδα. Όπως πολύ σοφά αναφέρει ο Nuland (1994) ο ογκολογικός «α-ασθενής» δεν στερείται «σθένους», γιατί συνεχίζει να είναι ενεργός και να ανταποκρίνεται στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής, ακόμα και αν πάσχει από μια ασθένεια που απειλεί την ζωή του. Οι πλήστες μελέτες στη βιβλιογραφία αναφέρονται στις ανάγκες των ασθενών με ογκολογικά προβλήματα, στην ικανοποίησή τους και στη νοσηλευτική τους φροντίδα. Τι γίνεται όμως αν οι ανάγκες τους αυτές δεν εκπληρώνονται όσο οι ίδιοι θα ήθελαν και πόσο αυτό επηρεάζει την ποιότητα της νοσηλευτικής τους φροντίδας; Υπό το πρίσμα αυτό, γεννήθηκε το ερώτημα αν η ποιότητα της παρεχόμενης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται στους ογκολογικούς ασθενείς που νοσηλεύονται μπορεί να επηρεαστεί εξίσου από τις επιπτώσεις των ανεκπλήρωτων αναγκών τους.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι να ερευνηθεί αν η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με κακοήθεια που νοσηλεύονται, επηρεάζεται από τις επιπτώσεις των ανεκπλήρωτων αναγκών τους ως προς τη ποιότητα.

**Δείγμα και μέθοδος:** Προκειμένου να διερευνηθεί το πιο πάνω ερώτημα, χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από πρωτογενή έρευνα, δηλαδή, από τους ίδιους τους ασθενείς, μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίου και επίσης από δευτερογενείς πηγές πληροφόρησης μέσω διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων PubMed, Proquest, Google scholar, CINAHL με λέξεις ευρετηριασμού μεμονωμένα ή σε συνδυασμό μεταξύ τους.

**Αποτελέσματα:** Από την ανάλυση των δεδομένων καταδεικνύεται ότι η παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, που παρέχεται στους ασθενείς με ογκολογικά προβλήματα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και στις δύο κλινικές του νοσοκομείου Λεμεσού, ικανοποιεί τις ανάγκες τους κατά αρκετά ηπιλό βαθμό. Επίσης οι απόψεις και οι προσδοκίες των ασθενών με ογκολογικά προβλήματα κατά τη νοσηλεία τους, φαίνεται ότι επηρεάζονται εξίσου από την ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχεται. Τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι, η ποιότητα της παρεχόμενης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, μπορεί να επηρεαστεί σημαντικά λόγω των επιπτώσεων των αναγκών των ασθενών που νοσηλεύονται.

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με ογκολογικά προβλήματα, λόγω της σοβαρότητας της νόσου τους, η οποία επιφέρει πολλές ανάγκες και προβλήματα, κατατάσσονται στην ομάδα ασθενών υψηλής ανάγκης για φροντίδα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η παροχή επαγγελματικής ογκολογικής κοινοτικής νοσηλευτικής δεν υπάρχει ιδιαίτερα στη Κύπρο για να στηρίξει τους

ασθενείς αυτούς στο σπίτι ή υπάρχει πολύ μειωμένη πλέον λόγω της οικονομικής κρίσεως, μέσω φιλανθρωπικών ιδρυμάτων. Αποτέλεσμα αυτής της αδυναμίας των υπηρεσιών στήριξης, είναι οι ασθενείς να αναζητούν βοήθεια για την αντιμετώπιση των αναγκών τους, από το νοσοκομείο και να περνούν το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους μέσα στις κλινικές. Επίσης φαίνεται να έχουν μεγάλη προσέλευση στο ΤΕΠΑ, με αποτέλεσμα οι εισαγωγές τους μέσω αυτού, να είναι σχεδόν οι ίδιες με τις προγραμματισμένες. Οι ίδιοι δηλώνουν ότι η στήριξη που συνήθως λαμβάνουν προέρχεται από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Επίσης όταν νοσηλεύονται στις κλινικές, στηρίζονται πολύ στην εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα που τους παρέχεται από τους νοσηλευτές. Πολύ σημαντικό για αυτούς είναι η νοσηλευτική τους φροντίδα να είναι προσαρμοσμένη στις ατομικές τους ανάγκες. Θεωρούν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό μέσω της υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας που τους παρέχει, ικανοποιεί τις περισσότερες από τις ανάγκες τους. Μέσω της ανάλυσης των αποτελεσμάτων καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, μπορεί να επηρεαστεί σημαντικά λόγω των επιπτώσεων των αναγκών των ασθενών που νοσηλεύονται.

**Λέξεις ευρητηριασμού:** Ποιότητα εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, επιπτώσεις ανεκπλήρωτων αναγκών ογκολογικών ασθενών, ικανοποίηση ογκολογικών ασθενών, νόσος του καρκίνου, Unmet needs, Quality of care, Cancer patients needs, Hospitalized patients rights.

## **ABSTRACT:**

**Introduction:** The provided individualized nursing care offered to oncology clinics, through interventions of the nursing staff, is designed to meet the needs of patients at all levels. As wisely said Nuland (1994) the oncological 'patient "does not lack courage because it continues to be active and to meet the daily demands of life, even if he/she suffers from an illness which threatens life. Most of studies in literature refer to the needs of patients with oncological problems, their satisfaction and nursing care. But what if their needs are not met as they like and how this affects the quality of their nursing care? In this light, was born the question whether the quality of the individualized nursing care to cancer patients who are hospitalized, may also be affected by the consequences of their unmet needs.

**Objective:** The purpose of this research study, is to investigate whether the personalized nursing care of patients with malignancy where they are hospitalized, influenced by the effects of their unmet needs in terms of quality.

**Samples and Methods:** To investigate the above question, we used data from primary research, ie, from the patients themselves, by completing a questionnaire and also from secondary sources ie,

information through international and Greek literature databases PubMed, Proquest, Google scholar, CINAHL with indexing words individually or in combination.

**Results:** The analysis of data, shows that the individualized provided nursing care to patients with oncological problems, during hospitalization in both hospital clinics Limassol, satisfying their needs in high degree. Also the views and expectations of patients with during their hospitalization, seems equally affected by the quality of their care. Our results show that the quality of the individualized nursing care can be greatly affected from the impact of patients unmet needs who are hospitalized.

**Conclusions:** Patients with oncological problems due to the severity of their disease, have many needs and problems and this classifies them in the group of patients with high care need by health services. Professional Community oncology nursing is not particularly developed in Cyprus, or there is in limited levels due to economical crisis, through charities. Due to this weakness, patients are seeking help to address their needs, from the hospital. This leads them to spend most of their lives within clinics. Also seems to have a great turnout in A aid department seeking for help. That's why admissions via casualty have almost same numbers as planned. Patients usually receiving support from their family environment. Also when they are hospitalized in clinics, they count on individualized nursing care for their needs to be met. Very important for them is their nursing care to be tailored according to their individual needs. They believe that nursing staff provides them a high quality of nursing care which meets most of their needs. By analyzing the results we conclude that the individual provided nursing care can be greatly affected from the impact of their needs.

**Key words:** Quality individualized nursing care, unmet needs affect cancer patients, oncology patients' satisfaction, cancer disease, Unmet needs, Quality of care, Cancer patients needs, Hospitalized patients rights.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος αναφέρεται ως μια από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας ανά το παγκόσμιο. Οι Rob Sa. et. al. (2000), αναφέρουν ότι, 9 εκατομμύρια περίπου άνθρωποι κάθε χρόνο, διαγιγνώσκονται με καρκίνο και τα 5 εκατομμύρια από αυτούς πεθαίνουν λόγω της νόσου. Μόνο στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2008, διαγνώστηκαν 2,5 εκατομμύρια άνθρωποι (Simonelli et. al., 2008, Harrison et. al., 2009, Mc Cabe et. al., 2011). Ο καρκίνος ως νόσος που επιφέρει πολλά προβλήματα και έχει μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας, δημιουργεί μεγάλη ανησυχία από πλευράς δημόσιας υγείας και επίσης πολύ μεγάλη επιβάρυνση στις κοινωνίες. Για σκοπούς καταπολέμησης της νόσου, γίνονται τεράστιες προσπάθειες βάση διαφόρων στρατηγικών σε όλες τις χώρες του κόσμου. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν σημάνει εδώ και χρόνια τον συναγερμό στις Κυβερνήσεις των χωρών. Η Ευρωπαϊκή Ένωση, μεταξύ των κρατών της και μέσω ερευνών, στρατηγικών, βάση της επιστήμης και της τεχνολογίας, κάνει συνεχείς προσπάθειες για τον έλεγχο και την φροντίδα για τον καρκίνο.

Παρά όμως τα άλματα που έχει κάνει η επιστήμη, με τα φάρμακα και τις τεχνικές πρόβλεψης και πρόγνωσης, ο καρκίνος παραμένει σταθερά στο βάθρο της δεύτερης θέσης ως αιτία θανάτου. Το ποσοστό ετησίως της εμφάνισης των νέων κρουσμάτων στην Κύπρο, φαίνεται να ξεπερνά τα 200 άτομα σε κάθε 100.000 κάτοικους. Υπολογίζονται δηλαδή, να νοσούν γύρω στις 2000 με 3000 κάτοικοι το χρόνο. Οι καταγραμμένοι καρκινοπαθείς κάτοικοι που τυγχάνουν θεραπείας, ανέρχονται στους 20.000 (WHO, 2011).

Οι Επαγγελματίες Υγείας που φροντίζουν ασθενείς με ογκολογική νόσο, αντιμετωπίζουν τεράστιες προκλήσεις σε σχέση με τη φροντίδα των ασθενών. Η ικανότητες και δεξιότητες τους για αποτελεσματική ανταπόκριση στις μακροπρόθεσμες ανάγκες των ατόμων που νοσούν πρέπει να είναι μεγάλες. Οι νοσηλευτές, ως << οι στρατιώτες της πρώτης γραμμής >> αυτής της μάχης ενάντια στο καρκίνο, γίνονται, εκτός από την ιδιότητα τους ως επαγγελματίες υγείας και συνοδοιπόροι των ασθενών και των οικογενειών τους, στην προσπάθεια τους να αντιμετωπίσουν τα τεράστια προβλήματα που παρουσιάζονται λόγω των αναγκών που προκύπτουν από τη νόσο. Η Νοσηλευτική λόγω του ανθρωποκεντρικού της χαρακτήρα στοχεύει πάντα στον ασθενή μέσω της ποιοτικά εξατομικευμένης παροχής ολιστικής φροντίδας προς αυτόν.

Η έρευνα για τις ανάγκες των ασθενών με ογκολογικά προβλήματα μπορεί να βοηθήσει για την εφαρμογή ενός καλύτερου σχεδιασμού εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και αύξηση της ποιότητας. Ο Νοσηλευτής συμβάλλει ενεργά στην στη διατήρηση της έννοιας της υγείας, που όπως αναφέρει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αυτή είναι, << όχι μόνο η απουσία νόσου, αλλά και η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας >> (WHO, 1946).

# **I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **1 . Κεφάλαιο Πρώτο**

### **1.1 Βασικοί ορισμοί**

Καρκίνος (Νεοπλασματική Νόσος), είναι η ασθένεια που χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό κυττάρων που εμφανίζουν ποικίλο βαθμό πιστότητας με τα προγονικά και δημιουργούν όγκους (μάζες καρκινικών κυττάρων ή αλλιώς νεοπλασίες) (Emanuel Rubin, 2001). Ή απλά είναι, οποιαδήποτε ανάπτυξη κακοήθους όγκου στους ιστούς (Πάγκαλτσος Α., 2002).

### **1.2 Μετάσταση.**

Ονομάζεται η μεταφορά κακοηθών κυττάρων από μια εστία σε μία άλλη, η οποία δεν βρίσκεται σε επαφή με την προηγούμενη (Emanuel Rubin 2001, Alberts, et.al. 2006).

### **1.3 Καλοήθης και Κακοήθης όγκοι.**

Οι Καλοήθης όγκοι, δεν είναι καρκινικοί, δεν δίνουν μετάσταση σ' άλλα τμήματα του σώματος και δεν απειλούν συνήθως την ζωή. Συνήθως, οι καλοήθης μπορούν να αφαιρεθούν με εγχείρηση και να μην επανεμφανιστούν. Οι Κακοήθεις όγκοι, είναι καρκινικοί και μπορούν να εισβάλλουν και να καταστρέψουν κοντινούς υγιείς ιστούς και όργανα. Τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να δώσουν μεταστάσεις σ' άλλα τμήματα του σώματος και να σχηματίσουν νέους όγκους (Λιόκου Βάσω, 1996).

### **1.4 Εξατομικευμένη Θεραπεία του καρκίνου**

Είναι η φαρμακευτική θεραπεία της κάθε περίπτωσης καρκίνου ξεχωριστά, ανάλογα με τη μορφή του ή τη ποικιλία των μεταλλάξεων που παρουσιάζονται (Alberts, 2006).

### **1.7 Ανάγκες υγείας.**

Η ανάγκη είναι μια υποκειμενική κατάσταση αίσθησης μέσα στις υγειονομικές πηγές που ενεργοποιεί τις διαδικασίες επιλογής (Davis1955). Οι ανάγκες του ασθενούς όμως, μπορεί να είναι πρότυπες, αισθανόμενες, εκφραζόμενες και συγκριτικές (Bradshaw, 1972). Ένας πολύ απλός ορισμός δίδεται από τους Green & Kreuter, το 1991, αναφέρει ότι ανάγκη είναι οτιδήποτε σχετίζεται με το να έχει το άτομο άνεση και υγεία. Ενώ το Health Department of England το 1992, υποστηρίζει ότι, οι ανάγκες των ασθενών σε σχέση με την απαίτηση τους στο να έχουν δυνατότητα στην επίτευξη, διατήρηση ή επαναφορά κάποιου επιπέδου κοινωνικής ανεξαρτησίας και ποιότητας ζωής σύμφωνα με το

σύστημα υγείας της χώρας τους. Πολύ πιο απλά όμως, ο Stevens, το1998, ανφέρει ότι, οι ανάγκες των ατόμων που νοσούν, σχετίζονται με την ικανότητα τους, να μπορούν να επωφεληθούν από την μια συγκεκριμένη υπηρεσία φροντίδας υγείας. Οι ανάγκες αυτές μπορεί να σχετίζονται με ψυχοκοινωνικά, σωματικά, οργανικά, οικονομικά, πνευματικά κ.ά. προβλήματα.

### **1.7 Νοσηλευτική φροντίδα**

Η Νοσηλευτική επιστήμη σχετίζεται άμεσα, με τη φροντίδα που παρέχεται από στους ασθενείς και στηρίζεται σε πανανθρώπινες αξίες και ιδανικά. Αυτό εξασφαλίζει υψηλή ποιότητα φροντίδας, προς όφελος τόσο του ατόμου, της οικογένειας του, όσο και της κοινωνίας γενικότερα (Κοτρώτσιου Στ. 2008). Σύμφωνα με τη Henderson.1965, η Νοσηλευτική είναι "εντεταλμένη.....να βοηθήσει το άτομο, άρρωστο ή υγιές, στην εκτέλεση εκείνων των δραστηριοτήτων που συνεισφέρουν στην υγεία ή στην ανάρρωση του (ή και στον ειρηνικό θάνατο), που θα τις εκτελούσε χωρίς βοήθεια αν είχε την απαραίτητη δύναμη, τη βούληση ή γνώση. Επίσης μπορεί να βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει την ικανότητα αυτοφροντίδας και την ανεξαρτησία του όσο το δυνατό γρηγορότερα". Στην πλέον πρόσφατη προσπάθεια προσέγγισης της έννοιας, η Νοσηλευτική φροντίδα, καθορίζεται ως η διανοητική, ψυχολογική, πνευματική και φυσική προσφορά ενέργειας προκειμένου να επιτευχθεί η ικανοποίηση των αναγκών του πάσχοντα και η προαγωγή της ευεξίας του (Scotto CJ. 2003).

#### **1.6.1. Ποιότητα Νοσηλευτικής Φροντίδας**

Ο ΠΟΥ ορίζει την ποιότητα ζωής του ατόμου ως την << αντίληψη, που αφορά την κατάσταση της ζωής του στα πολιτισμικά πλαίσια και στα πλαίσια του συστήματος αξιών εντός των οποίων ζει και σε σχέση με τις επιδιώξεις, προσδοκίες, πρότυπα, ενδιαφέροντα και στόχους που το άτομο αυτό θέτει >>.

### **1.7 Νοσηλευτική Διεργασία.**

Ο ορισμός της νοσηλευτικής διεργασίας αναφέρει ότι αυτή είναι, ένας συστηματικός και τακτικός τρόπος ο οποίος καθορίζει τη κατάσταση υγεία του ασθενούς και προσδιορίζει τα προβλήματα του. Προβλήματα θεωρούνται οι όποιες διαταραχές συμβαίνουν και διαταράσσουν τις ανθρώπινες ανάγκες του ατόμου που νοσεί (Yura & Walsh, 1988; Björvell, 2002).

## **1.8 Εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς**

Η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα ασχολείται με τις ανάγκες, του κάθε ασθενούς ξεχωριστά. Μέσω της σχεδιάζονται και εφαρμόζονται σχέδια νοσηλευτικών ενεργειών που βασίζονται στις ανάγκες του κάθε ασθενή ξεχωριστά. συγκεκριμένων ή εφαρμόσιμων σχεδίων και κατάλληλων νοσηλευτικών ενεργειών βασισμένα στις ανάγκες του κάθε ενός ξεχωριστά (Hildman & Ferguson, 1991; Lee, 2006; Shea, 1986). Οι ανάγκες του ασθενούς, μπορεί να σχετίζονται με προβλήματα όπως, σωματικά, αλλαγής προσωπικότητας, συμπεριφοράς και λειτουργιών της καθημερινής ζωής. (Νταμαδάκη Ε. 2014).

### **1. 9. Εξειδικευμένη ογκολογική νοσηλευτική.**

Οι Νοσηλευτές μετά τη βασική πτυχιακή τους εκπαίδευση, μπορούν να ακολουθήσουν σπουδές εξειδίκευσης στην Ογκολογία. Αυτές μπορεί να είναι σε επίπεδο Μεταβασικού προγράμματος, Μεταπτυχιακού ή και Διδακτορικού.

## **2. Κεφάλαιο δεύτερο**

### **2.1. Ιστορική Προσέγγιση του Καρκίνου**

Οι αρχαίοι Έλληνες ήταν οι πρώτοι που χρησιμοποίησαν την ορολογία νόσος του καρκίνου. Ο καρκίνος όμως φαίνεται να έχει εντοπιστεί από πολύ παλαιότερα αφού οι ερευνητές έχουν εντοπίσει σε μούμιες της Αρχαίας Αιγύπτου, στοιχεία καρκίνου σε οστά. Ένας αρχαίος πάπυρος που του 1600 π.χ., αναφέρει περιπτώσεις όγκων που είχαν αντιμετωπιστεί με κάποιου είδους καυτηριασμό, το «τρυπάνι της φωτιάς» όπως λεγόταν τότε. Το σημαντικότερο σε αυτό, είναι επισήμαναν ότι, δεν υπήρχε θεραπεία της νόσο. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι αναφέρονται στη νόσο σαν τιμωρία Θεού για τους ασεβείς και αμαρτωλούς ανθρώπους.. Τα κείμενα του Ιπποκράτη το 460-370 π.χ. όμως, είναι αυτά που για πρώτη φορά ονόμασαν αυτή τη νόσο καρκίνο, από το σχήμα καβουριού που είχαν οι όγκοι. Η θεωρία του, αναφέρει ότι, όταν από τους τέσσερις χυμούς του σώματος (αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή) συσσωρευτεί μεγάλη ποσότητα χολής μαύρης σε κάποιο συγκεκριμένο μέρος, τότε παρουσιάζεται ο καρκίνος. Περίπου μέχρι το 1300 μΧ., επικράτησε αυτή η θεωρία όπου και κατά τη Ρωμαϊκή εποχή, διαδόθηκε από το γιατρό Γαληνό. Το 1628 μέσω των πρώτων αυτοψιών, άρχισαν να αποκαλύπτονται πολύ σημαντικά στοιχεία για το σώμα του ανθρώπου. Το 1761 ο Morgagni χρησιμοποιεί τη μέθοδο της νεκροψίας με σκοπό να συνδέσει την ασθένεια των ανθρώπων με παθολογικά ευρήματα. Μετά από αυτή τη προσέγγιση άρχισε να εξελίσσεται και η Ιατρική μελέτη για τον καρκίνο. Η πρώτη θεωρία για την χειρουργική

αφαίρεση του καρκίνου που δεν έχει εισβάλει σε κάποιο συγκεκριμένο ιστό, καταγράφεται από τον John Hunter (1728-1793), αλλά λόγω της απουσίας της αναισθησίας δεν μπόρεσε να εφαρμοστεί. Τον 19ο αιώνα ο Rudolf Virchow μέσω μικροσκοπίου και κυτταρικής παθολογίας, εισήγαγε μια μέθοδο μελέτης των ανθρώπινων ιστών που καθιστούσε πιο σαφή τη διάγνωση και βοήθησε στη ανάπτυξη της θεωρίας ύπαρξης μη φυσιολογικών κυττάρων στον καρκίνο. Πολλές ήταν από τότε οι θεωρίες που κάθε τόσο αναγράφονταν στη βιβλιογραφία. Τον 17<sup>ο</sup> - 18ο αιώνα, υποστήριζαν ότι η νόσος του καρκίνου είναι μεταδοτική. Τον 19<sup>ο</sup> – 20ο αιώνα, υποστηρίχτηκε μια θεωρία που έλεγε ότι πιθανόν να είναι αποτέλεσμα κάποιου τραύματος.

Ο Peyton Rous (1911), περιγράφει πρώτος το σάρκωμα και παίρνει γι αυτό το 1968, το βραβείο Νόμπελ. Τρία χρόνια μετά την ανακάλυψη του, το 1915, απομονώνεται σε Πανεπιστημιακό εργαστήριο του Τόκιο, σε δέρμα ποντικών, ο καρκίνος (American Cancer Society, 2014). Σήμερα η διάγνωση του καρκίνου είναι ευκολότερη λόγω της ανάπτυξης των επιστημών και της τεχνολογίας.

## **2.2. Καρκινογένεση.**

Ο καρκίνος είναι γενετικό νόσημα: προκύπτει από παθολογικές μεταβολές της αλληλουχίας του DNA. Αν στα ευκαριωτικά η μεταβολή προσβάλλει κύτταρα γαμετών τότε χαρακτηρίζεται γενετική μεταλλαγή και μπορεί να κληρονομηθεί. Αντίθετα αν προσβληθούν σωματικά κύτταρα (μη φυλετικά), η μεταλλαγή αυτή ονομάζεται σωματική και δεν κληρονομείται. (Alberts, et. al. 2006). Το πρώτο βήμα της καρκινογένεσης είναι η μεταλλαγή των πρωτοογκογονιδίων σε ογκογονίδια, γονίδια δηλαδή που προάγουν τον σχηματισμό όγκου, αλλά και η απενεργοποίηση των ογκοκατασταλτικών γονιδίων. Υπεύθυνη για αυτές τις αλλαγές δεν είναι μία και μοναδική μετάλλαξη αλλά ένα πλήθος μεταλλάξεων που πιθανώς συσσωρεύονται από γενιά σε γενιά μεταλλάσσοντας τα πρωτοογκογονίδια σε ογκογονίδια και προκαλώντας τέτοιες διαφοροποιήσεις στα ογκοκατασταλτικά γονίδια που τα καθιστούν ανενεργά (Thomas D. et. al. 2003 , Alberts, et. al. 2006) . Τα ογκογονίδια μπορεί να οδηγούν στην παραγωγή μίας μη φυσιολογικής πρωτεΐνης ή ακόμα και σε αφύσικα υψηλά επίπεδα μιας φυσιολογικής πρωτεΐνης. Σε κάθε περίπτωση όμως το κύτταρο οδηγείται σε αύξηση του ρυθμού πολλαπλασιασμού του. Ταυτόχρονα όμως, η απενεργοποίηση των ογκοκατασταλτικών γονιδίων καθιστά το κύτταρο ανίκανο να βάλει τέρμα σε αυτόν τον πολλαπλασιασμό. Έτσι ο πολλαπλασιασμός καθίσταται ανεξέλεγκτος και οδηγεί στο σχηματισμό των όγκων. Σε δεύτερο στάδιο, έχει διαπιστωθεί ότι τα καρκινικά κύτταρα προέρχονται από φυσιολογικά κύτταρα τα οποία, έχουν υποστεί αλλαγές. Δηλαδή, τα καρκινικά κύτταρα, δεν έχουν διαφοροποιηθεί, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να επιτελέσουν τον ρόλο τους μέσα στον ιστό. Επίσης εμφανίζουν ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό και κάνουν επαναλαμβανόμενους

κυτταρικούς κύκλους, που δεν ελέγχονται από τους μηχανισμούς που φυσιολογικά περιορίζουν τον πολλαπλασιασμό, γεγονός που οδηγεί σε ανοργάνωτη αύξηση. Έχουν μη φυσιολογικούς διογκωμένους πυρήνες και μπορεί να έχουν εμφανείς χρωμοσωμικές ανωμαλίες (αλλαγές στον αριθμό και στον τύπο των χρωμοσωμάτων). Μπορούν να δημιουργήσουν όγκους, που να προσβάλλουν και να καταστρέψουν γειτονικούς ιστούς (Emanuel Rubin 2001, Alberts, et. al. 2006).

### **2.2.1. Χαρακτηριστικά Νεοπλασματικής νόσου**

Η νόσος αυτή, ανήκει σε μια ομάδα ασθενειών που πρωταρχικό της χαρακτηριστικό είναι ότι τα κύτταρα μετατρέπονται από φυσιολογικά σε άτυπα και διαιρούνται πολύ συχνά, χωρίς έλεγχο και τάξη. Διακρίνονται μικροσκοπικώς πολύ διαφορετικά από τα φυσιολογικά. Είναι ογκώδη και κακοσηματισμένα. Οι αλλαγές που συμβαίνουν όταν ένα κύτταρο γίνεται καρκινικό ομαδοποιούνται στις εξής τρεις κατηγορίες:

- Αθανατοποίηση ( Immortalization) (συνεχές διαίρεση και αύξηση)
- Μετασχηματισμό ( Transformation) (έλλειψη των φυσιολογικών περιορισμών της αύξησης).
- Μετάσταση (Metastasis) (ιδιότητα των κυττάρων να μεταναστεύουν σε άλλους φυσιολογικούς ιστούς και να αναπτύσσουν εκεί μια νέα αποικία) (Ε. Κοντογιάννη, 2006).

### **2.2.2. Αιτιολογία καρκίνου**

Πολλές θεωρίες διατυπώθηκαν για τους παράγοντες που προκαλούν κακοήγη νεοπλάσματα. Οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται σε:

- i.** Φυσικούς παράγοντες όπως ηλιακή ακτινοβολία (καρκίνος δέρματος)
- ii.** Χημικούς παράγοντες όπως πίσσα, καπναιθάλη, προϊόντα από καύση άνθρακα (καρκίνος πνεύμονα, λάρυγγα, ουροδόχου κύστης) και διάφορα μεταλλικά στοιχεία όπως αρσενικό, νικέλιο, κάδμιο και αμίαντος (καρκίνος πνεύμονα, νεφρών).
- iii.** Γενετικούς παράγοντες (πιστεύεται ότι γίνεται μέσω της διέγερσης των ογκογονιδίων στο DNA, σε άκαιρο χρόνο και με ανεξέλεγκτο τρόπο όπου οδηγεί σε καρκινογένεση. Δεν είναι όμως γνωστό το αίτιο και ο μηχανισμός της ενεργοποίησης τους.
- iv.** Ιογενείς παράγοντες: Κυρίως ενοχοποιούνται ο ιός του απλού έρπητα τύπου

2 για καρκίνο τραχήλου μήτρας και ο ιός της ηπατίτιδας Β για ήπατος (Αθανάτου Κ. Ελευθερία, 2004).

v. Περιβαλλοντικοί παράγοντες που σχετίζονται περίπου με το 40 - 60% των περιβαλλοντικών κακοηθών όγκων.

vi. Οι διαιτητικές ουσίες μπορεί να είναι προστατευτικές (προ-ενεργές), καρκινογόνες ή συν-καρκινογόνες. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου αυξάνεται είτε με μακροχρόνια λήψη καρκινογόνων και συν-καρκινογόνων ουσιών είτε με χρόνια απουσία προ-ενεργών ουσιών στη διαίτα. Διαιτητικές ουσίες που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κακοηθών όγκων περιλαμβάνουν λίπη, αλκοόλ, παστά και καπνιστά κρέατα, τροφές που περιέχουν νιτρικά και νιτρώδη άλατα (Καραμπατάκη Ειρήνη, Κουτσοπούλου Κωνσταντίνα, 2007).

vii. Ορμονικοί παράγοντες: Διαταραχές στην ορμονική ισορροπία εξαιτίας υπέρ παραγωγής ορμονών του ίδιου του οργανισμού (ενδογενείς) ή χορήγηση εξωτερικών ορμονών, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη κακοηθών όγκων (Σαχίνη – Καρδάση Άννα & Πάνου Μαρία, 1997).

### 2.2.3. Διαίρεση καρκίνου

Οι όγκοι μπορούν να χωριστούν σε: Καλοήθεις όγκους και Κακοήθεις όγκους.

Πίνακας 1

Διαφορές καλοηθών και κακοηθών νεοπλασιών.

<b>Καλοήθη</b>	<b>Κακοήθη</b>
Έχουν κύτταρα ώριμα	Έχουν κύτταρα άωρα
Είναι περιγεγραμμένα και περιβάλλονται από κάψα	Δεν έχουν κάψα.
Πολλαπλασιάζονται με αργό ρυθμό	Πολλαπλασιάζονται με ταχύ ρυθμό
Δεν διηθούν τους γύρω ιστούς	Διηθούν τους γύρω ιστούς
Δεν κάνουν μεταστάσεις	Κάνουν μεταστάσεις
Δεν υποτροπιάζουν	Συχνά υποτροπιάζουν
Δημιουργούν τοπική βλάβη λόγω πίεσης	Διηθούν και καταστρέφουν τους γύρω ιστούς και επηρεάζουν τη γενική κατάσταση του ασθενή.

Πηγή: Αθανάτου Κ. Ελευθερία, 2004.

### **2.3. Μορφές Καρκίνου**

Κάτω από την ονομασία «Καρκίνος» κρύβεται ένα πλήθος διαφορετικών μορφών της νόσου. Στην ιατρική ο χαρακτηρισμός της κάθε συγκεκριμένης περίπτωσης καρκίνου αποτελεί μία σύνθετη διαδικασία. Γενικότερα υπάρχουν πάνω από 200 διαφορετικά είδη καρκίνου και δεν αντιμετωπίζονται όλοι με τον ίδιο τρόπο. Κάθε ένα είδος έχει τον δικό του τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι στην ουσία όγκοι εκτός από ορισμένους τύπους καρκίνου όπως η λευχαιμία, των οποίων τα καρκινικά κύτταρα κυκλοφορούν μέσα στο αίμα. Οι περισσότεροι καρκίνοι παίρνουν το όνομά τους από τον τύπο του κυττάρου ή του οργάνου στο οποίο πρωτοεμφανίζονται (πρωτοπαθής όγκος). Αν κάνουν μετάσταση ο νέος όγκος φέρει το ίδιο όνομα με τον αρχικό. Ορισμένοι όγκοι παίρνουν το όνομά τους από τον επιστήμονα που τους ανακάλυψε (π.χ. Hodgkin, Brenner).

#### **2.3.1. Οδοί διασποράς καρκίνου**

Ένας κακοήθης όγκος μπορεί να εξαπλωθεί με τέσσερις τρόπους:

- i.** Διηθώντας κατά συνέχεια τους ιστούς που τον περιβάλλουν
- ii.** Με λεμφικής οδού,
- iii.** Μέσω αιματικής οδού,
- iv.** Μέσω εμφύτευσης ελεύθερων καρκινικών κυττάρων που αποπίπτουν από τον όγκο.

#### **2.3.2. Σταδιοποίηση καρκίνου**

Το πιο αποδεκτό διεθνώς σύστημα σταδιοποίησης είναι το TNM, που καθορίστηκε από τη Διεθνή Ένωση κατά του καρκίνου. Στο παραπάνω σύστημα λαμβάνεται υπόψη ο αρχικός όγκος (T), οι περιοχικοί λεμφαδένες (N) και οι μεταστάσεις (M) και περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

- Στάδιο I (T1): Τοπική ανάπτυξη μάζας χωρίς διηθήσεις.
- Στάδιο II (T2): Ανάπτυξη μάζα με διήθηση λεμφαδένων.
- Στάδιο III (T3): Μεγάλη μάζα με διηθήσεις ιστών και οργάνων.

· Στάδιο IV (T4): Μεταστάσεις σε μακρινές περιοχές του σώματος (Αθανάτου Κ. Ελευθερία, 2004).

### **2.3.3. Δημιουργία μεταστάσεων.**

Τα καρκινικά κύτταρα έχουν την ικανότητα να διεισδύουν στα αιμοφόρα αγγεία και μέσω της ροής του αίματος να μεταφέρονται σε άλλο μέρος του σώματος που δεν βρίσκεται σε επαφή με το προηγούμενο, να εγκαθίστανται και να δημιουργούν νέους καρκινικούς όγκους (αιματογενής διασπορά). Άλλοτε μεταφέρονται μέσω των λεμφαγγείων οπότε έχουμε την λεμφογενή διασπορά.

Το αποτέλεσμα είναι να προσβάλλονται και άλλα μέρη και όργανα του σώματος με επακόλουθο την δυσλειτουργία ολόκληρου του οργανισμού και συνήθως, δυστυχώς, τον θάνατο.

### **2.3.4 Συχνότητα καρκίνου**

Όσο, αφορά την συχνότητα του, είναι αυξημένη στα ηλικιωμένα άτομα, ενώ η επίπτωση στους άντρες είναι υψηλότερη απ' ότι στις γυναίκες. Επιπλέον, είναι υψηλότερη στις εκβιομηχανισμένες χώρες απ' ότι στις αναπτυσσόμενες. Τα νεοπλάσματα είναι, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η κύρια αιτία θανάτου στις εκβιομηχανισμένες χώρες (Σαχίνη & Καρδάση Α. & Πάνου Μ., 1997). Ο αριθμός είναι αρκετά μεγάλος και τα ποσοστά επιβίωσης μας αποδεικνύουν ότι ο καρκίνος είναι πλέον μια ασθένεια χρόνια που προσβάλλει αρκετά άτομα (Bowling A., 1995). Σύμφωνα με τους Baker et. al. (2003), ο καρκίνος έχει κατατακτεί στη δεύτερη θέση αιτιών θανάτου. Θεωρείται ότι υπάρχει 80% πιθανότητα ένα άτομο (άνω των 55 ετών) κατά τη διάρκεια της ζωής του να εμφανίσει καρκίνο.

## **2.4. Εξατομικευμένη Θεραπεία του καρκίνου**

Η πρόγνωση, όσο και η έγκαιρη διάγνωση αλλά κυρίως η θεραπεία του καρκίνου αποτελούν προκλήσεις για τους σύγχρονους ερευνητές. Αυτό συμβαίνει όχι μόνο εξαιτίας της ποικιλίας των μορφών του αλλά κυρίως διότι οι μεταλλάξεις συμβαίνουν τυχαία και έτσι κάθε περίπτωση καρκίνου μπορεί να χαρακτηρίζεται από τον δικό της, μοναδικό συνδυασμό μεταλλάξεων (Alberts, et. al., 2006).

Συνεπώς, φαίνεται ότι καμιά θεραπεία δεν θα είναι αποτελεσματική στο σύνολο των ασθενών. Επιπλέον, ο καρκίνος γενικά δεν ανιχνεύεται προτού ο πρωτοπαθής όγκος αποκτήσει διάμετρο τουλάχιστον 1cm, οπότε αποτελείται ήδη από εκατοντάδες κύτταρα με γενετική ποικιλότητα, τα οποία συχνά έχουν ήδη αρχίσει να μεθίστανται (Νανά Ε. Σ. 2009). Έτσι το ερευνητικό ενδιαφέρον στρέφεται πλέον, προς την ανάπτυξη μεθόδων βάσει των οποίων θα είναι δυνατή η εφαρμογή

εξατομικευμένης θεραπείας του καρκίνου (Gavin J. Gordon 2009).

## **2.5. Δράση πρόληψης του καρκίνου**

Ο Καρκίνος θεωρείται η μάστιγα της σημερινής εποχής. Γύρω στα 7 εκατομμύρια άνθρωποι το χρόνο ανά τον κόσμο, χάνουν τη ζωή τους και 11 εκατομμύρια υποφέρουν από αυτή τη νόσο. Το 70% αυτών των ανθρώπων ζουν με μέσο και χαμηλό εισόδημα, το οποίο, δεν τους επιτρέπει να έχουν τη δυνατότητα για θεραπεία, ή παρακολούθηση σε κάποιο ειδικό κέντρο, αφού οι θεραπείες για τον καρκίνο είναι πολυέξοδες και χρονοβόρες. Για το λόγο αυτό έχει ευαισθητοποιηθεί η Παγκόσμια Κοινότητα και αρχίζει μια κίνηση δράσεων για τη λήψη μέτρων κατά του καρκίνου και στήριξη όσων προσβάλλονται από τη νόσο.

### **2.5.1. Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του Καρκίνου**

Το 1985 η Ευρωπαϊκή Κοινότητα λαμβάνει μέτρα για την αντιμετώπιση της αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας του καρκίνου. Το 1986 σχεδιάζει ένα πρόγραμμα “με τίτλο <<Η Ευρώπη κατά του καρκίνου>> κατά το οποίο, εκτός από άλλα μέτρα, προτείνει την κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας στην ογκολογία. Το 1994 γίνεται μια αναθεώρηση του προγράμματος και το 2003, μια δεύτερη. Οι αναθεωρήσεις βασίστηκαν σε επιστημονικά δεδομένα και στην εμπειρία μιας Ευρωπαϊκής ομάδας εμπειρογνομόνων για το καρκίνο. Σήμερα το πρόγραμμα αυτό που υποστηρίζει ότι είναι δυνατή η πρόληψη του καρκίνου, φέρει τον όρο << Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου >> και προωθείται από όλη την Ευρώπη. Περιλαμβάνει μέτρα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.

#### **2.5.1.1. Πρωτογενής πρόληψη**

Αφορά στην αλλαγή τρόπου ζωής, με πρωταρχικό στόχο την ελάττωση κινδύνου παρουσίας συγκεκριμένου είδους καρκίνων. Αυτή περιλαμβάνει οδηγίες όπως τις πιο κάτω:

- i.** Μην καπνίζετε.
- ii.** Αποφυγή της παχυσαρκίας.
- iii.** Αύξηση σωματικής δραστηριότητας.
- iv.** Βάλτε στη καθημερινή σας διατροφή, φρούτα, λαχανικά και τροφές αυξημένης περιεκτικότητας ινών.
- v.** Όχι κατάχρηση ποτών οινοπνευματωδών.
- vi.** Όχι υπερβολική έκθεση στον ήλιο.
- vii.** Εφαρμογή αυστηρών κανόνων πρόληψης έκθεσης γνωστών καρκινογόνων ουσιών.  
Κανόνες ασφάλειας και υγιεινής στον χώρο εργασίας.

### 2.5.1.2. Δευτερογενής πρόληψη

Βασίζεται στο γεγονός ότι, εάν ο καρκίνος ανιχνευτεί εγκαίρως μπορεί να θεραπευτεί. Τα μέτρα αυτής, περιλαμβάνουν τα πιο κάτω:

- i. Εάν το άτομο παρατηρήσει ογκίδιο αφύσικη, αιμορραγία, μία ελιά δέρματος που αλλάζει χρώμα ή μέγεθος, έχει βραχνάδα, βήχα που επιμένει, εξόγκωμα, απώλεια βάρους χωρίς αιτία, καούρα, δυσκαταποσία, ανεπούλωτη πληγή στο στόμα ή αλλού, ανεξήγητες αλλαγές στις συνήθειες ούρησης ή του εντέρου, αιμόπτυση, παρουσία αίματος στα ούρα ή τα κόπρανα, να επισκεφθεί αμέσως τον ιατρό του.
- ii. Οι γυναίκες από 25 ετών και άνω να κάνουν τακτικά το τεστ Παπανικολάου.
- iii. Όλες οι γυναίκες να μαθαίνουν να αυτοεξετάζουν τους μαστούς τους και ιδιαίτερα αυτές των 45 ετών και άνω, να κάνουν τακτικά μαστογραφία.
- iv. Οι άνδρες άνω των 45 ετών να κάνουν το PSA test, κάθε χρόνο, (ανιχνεύει τον καρκίνο του προστάτη).
- v. Τα άτομα άνω των 50 ετών, να λαμβάνουν μέρος στα προγράμματα του ελέγχου του πληθυσμού που ανιχνεύουν τον καρκίνο παχέος εντέρου μέσω του Haemoccult Test ή και με κολονοσκόπηση.
- vi. Συμμετέχετε στον εμβολιασμό για την μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας Β (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2014).

## 2.6. Ευρωπαϊκές βασικές αρχές δικαιωμάτων ασθενών.

Βάση του Χάρτη θεμελιωδών δικαιωμάτων δημιουργήθηκαν οι βασικές αρχές για τα δικαιώματα των ασθενών. Αυτά τα δικαιώματα αφορούν στην:

- α. στην πληροφόρησή των ασθενών (Ν. 2716/1999, ΦΕΚ Τεύχος Α' 96/17-5-1999)
- β. στο δικαίωμα συναίνεσης (Ευρωπαϊκή Συμβουλευτική Επιτροπή για τα δικαιώματα των ασθενών)
- γ. στο δικαίωμα προστασίας και εμπιστευτικότητας ιδιωτικής ζωής και
- δ. στο δικαίωμα φροντίδας και θεραπείας (Αλεξιάδης, 2000).

### 2.6.1. Δικαιώματα των Νοσοκομειακών ασθενών

Στη σημερινή σύγχρονη κοινωνία, τα δικαιώματα των ασθενών, είναι ένα πολυσυζητημένο θέμα. Από αρχαιοτάτων χρόνων το θέμα αυτό ήταν στο επίκεντρο των συζητήσεων και αφορούσε τις υποχρεώσεις των επαγγελματιών υγείας και τα δικαιώματα των ασθενών. Γι αυτό το λόγο ο όρκος των Γιατρών και Νοσηλευτών υπερασπίζεται τα δικαιώματα αυτά και τα καλύπτει μέσω του

απορρήτου. Τα κείμενα των όρκων αυτών, εμπεριέχουν και κανόνες βιοηθικής (Μεράκου, 1999, 161-2).

Το 1973, η Αμερικανική Νοσοκομειακή Εταιρεία ψήφισε το πρώτο επίσημο κείμενο για τα δικαιώματα ασθενών, τον λεγόμενο Κώδικα Δικαιωμάτων του Ασθενούς (Patients' πάνω στον οποίον βασίστηκαν πολλές άλλες χώρες. Ένα χρόνο μετά, το 1974, στην Ευρώπη (Γαλλία), διατυπώνεται ο πρώτος Χάρτης Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων Ασθενών. Το 1979 στη Γερμανία, εφαρμόζεται μέσω του Νοσοκομειακού Κώδικα και από τότε η προστασία για τα δικαιώματα των ασθενών εφαρμόστηκε σε διεθνείς οργανισμούς και άλλα κράτη (Κάρλου Χ., Πατηράκη Ε., 2011).

Τα δικαιώματα των ογκολογικών ασθενών, που νοσηλεύονται στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, βασίζονται στα γενικότερα δικαιώματα των ενδονοσοκομειακών ασθενών. Σύμφωνα με τους Μιχαλαράκη Α. & συν. (2007), η νομική ασφάλεια των δικαιωμάτων του ατόμου, ενισχύεται μέσω του άρθρου 6, της Νομολογίας της συνθήκης για τη προστασία ανθρωπίνων δικαιωμάτων του Χάρτη Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

### **3. Κεφάλαιο 3**

#### **3.1 Ογκολογικός Νοσηλευτής**

Η Νοσηλευτική κοινότητα, δεν μένει ασυγκίνητη και αμέτοχη στο θέμα του ογκολογικού ασθενή.

Όταν το 1986 η Ευρωπαϊκή Κοινότητα προωθεί την κατάρτιση επαγγελματιών υγείας στην ογκολογία, η Νοσηλευτική Κοινότητα ενεργοποιείται και δημιουργεί το 1989 την Ευρωπαϊκή Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία. Η εταιρεία αυτή αρχίζει την κατάρτιση εκπαιδευτικού προγράμματος και εξειδικεύει νοσηλευτές στην ογκολογία, με μεγάλη ανταπόκριση από τις χώρες της Ευρώπης.

Οι νοσηλευτές αρχίζουν να έχουν μεγάλο ρόλο στην αλυσίδα της διεπιστημονικής ομαδικής συνεργασίας για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Ο δικός τους κρίκος αλυσίδας περιλαμβάνει την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία την έρευνα, την υψηλή παροχή ποιοτικής εξατομικευμένης φροντίδας, την στήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους (Σουγλέρη Μαρία, 2002).

Οι απαιτήσεις στη διαχείριση και παροχή ποιοτικής φροντίδας των ασθενών με καρκίνο είναι αρκετά αυξημένες. Απαιτούν εξειδικευμένους ογκολογικούς νοσηλευτές με ειδικές δεξιότητες και γνώσεις (Γερασίμου Σ., 2008), άριστες δεξιότητες στην επικοινωνία, (Δαρδούφας Κ., 2008. Δεηστράτη., 1998) και ικανότητες συνεργασίας με άλλους επαγγελματίες υγείας, (ΕΣΝΕ, 1991).

Λόγω της ιδιαιτερότητας του ογκολογικού περιβάλλοντος, υπάρχει αυξημένη ανάγκη ικανότητας χειρισμού του στρεσογόνου παράγοντα από τον ογκολογικό νοσηλευτή (Θεοχαρόπουλος Ν. 2005). Η ικανότητα στην διαχείριση της ασφάλειας τόσο του ιδίου όσο και του ασθενή όπως και οι γνώσεις και δεξιότητες του σε θέματα υγιεινής είναι προτεραιότητες (Καρακατσάνης Κ, & συν., 1980).

Αναγκαίες είναι επίσης οι εκπαιδευτικές ικανότητες και δεξιότητες της έρευνας (Αθανάτου Ε., 1998, Κατσουλιέρης Ι., 2008, Κριάδη Β. 2000, Κωνσταντινίδης Θ. 2007).

Ένας ογκολογικός νοσηλευτής πρέπει να μπορεί να αξιολογεί ολιστικά και εξατομικευμένα, τόσο τον ασθενή όσο και την οικογένεια του, για να μπορέσει να τους εκπαιδεύσει να χειρίζονται την κατάσταση τους και να τους υποστηρίξει (Λιαρμακόπουλος Ι., 1999), ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Οι ογκολογικοί νοσηλευτές είναι εκτός από υπερασπιστές των ασθενών και σύμβουλοι, συντονιστές μέντορες των νέων νοσηλευτών (Αθανάτου Ε. 1998).

Επίσης συνεργάζονται με μια μεγάλη διεπιστημονική ομάδα υγείας και λαμβάνουν διοικητικές ευθύνες (Μπαρμπούνη Ε, Κωνσταντάτου Σ., 2007), πάντα προς το όφελος του ασθενούς.

Ο ρόλος των νοσηλευτών έχει να κάνει με το στάδιο του καρκίνου, τον τύπο και τη βαρύτητα του (Ντέρος Κ, Δίκη Ε., 1999). Σχετίζεται με την ηλικία των ασθενών (Ντζιλεπή Π. 2001), τον χώρο που εργάζονται και το είδος της θεραπευτικής παρέμβασης (James Garden, Andrew W Bradbury, John Forsythe 2003., Ρηγάτος Γ. 1985, Σαχίνη- Καρδάση 1995).

Οι πτυχιούχοι Νοσηλευτές Ογκολογικής Νόσου μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, σε θέματα που αφορούν στη διάγνωση του ογκολογικού ασθενή, θεραπεία, παρακολούθηση και αποκατάσταση. Εργάζονται σε μονάδες πρόληψης καρκίνου, ογκολογικές ενηλίκων, ογκολογικές παιδών, χειρουργικές, χημικοθεραπευτικές, ακτινοθεραπευτικές, ιατρεία πόνου, κοινοτική ογκολογική και άλλες μονάδες που σχετίζονται με τη παροχή ποιοτικής ογκολογικής φροντίδας.

### ***3.1.1. Εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες στην ογκολογική νοσηλευτική***

Οι νοσηλευτές αναλόγως της εξειδίκευσης τους ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες:

Κλινικούς νοσηλευτές, (εργάζονται σε 24ωρη βάση, σε ογκολογικά τμήματα νοσηλευτηρίων, χωρίς να έχουν εκπαιδευτεί στην λάβει ογκολογική 5,35) (Ulrich Puderbaugh S, & et.al. 1994, Σαχίνη - Καρδάση Α, Πάνου Μ. 1997).

Κλινικοί νοσηλευτές ογκολογικοί, εξειδικευμένοι (έχουν εκπαιδευτεί στη κλινική πρακτική, συμβουλευτική, εκπαίδευση και έρευνα) (ΕΣΝΕ, 1991., Κωνσταντινίδης Θ. 2007).

Οι ερευνητές νοσηλευτές που διεξάγουν κλινικές έρευνες για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας (Κριάδη Β. 2000, Κωνσταντινίδης Θ. 2007).

Ο ογκολογικός νοσηλευτής χρειάζεται να ενημερώνεται και να επανεκπαιδεύεται συνεχώς για τα νέα επιστημονικά δρώμενα και τις νέες τεχνολογικές εφαρμογές (Otto E. Shirley, 2001, Ρηγάτος Γ., 1985). Οι πρακτικές που ακολουθεί, πρέπει να ακολουθούν κατευθυντήριες πρακτικές και οδηγίες με πρωταρχικό στόχο τη παροχή ολιστικής φροντίδας (Kanaskie ML, Tringali CA., 2008, Camp-Sorrell D., 2010).

Χρειάζεται να μπορεί να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει την ανάγκη για φροντίδα των συμπτωμάτων και αναγκών, είτε αυτά συμβαίνουν εκτός ή εντός του νοσοκομείου. Όπως αναφέρουν οι Κωνσταντινίδης Θ. και Φιλαλήθης Α. (2013), << η επιθυμία ορισμένων ασθενών για χρήση εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπειών, η διαχείριση καταστάσεων που εγείρουν ηθικούς προβληματισμούς, όπως η συγκατάθεση σε νέες θεραπείες, η άρνηση θεραπείας, η φροντίδα τελικού σταδίου, η ευθανασία, καθώς και θέματα διαπολιτισμικής νοσηλευτικής που μπορεί να προκύψουν >>, είναι ορισμένες από τις ιδιαιτερότητες της κλινικής πρακτικής που πρέπει ο ογκολογικός νοσηλευτής να μπορεί να αντιμετωπίσει (Zhou G. et. al. 2010, Neumann JL. 2001, Yeo TP. et. al., 2011). Η ογκολογική νοσηλευτική χρειάζεται να έχει πτυχιούχους νοσηλευτές οι οποίοι να εξειδικεύονται μέσω μεταπτυχιακών προγραμμάτων (Κωνσταντινίδης Θ., Φιλαλήθης Α., 2013).

### **3.1.2. Επικοινωνία**

Λόγω των πολλών προβλημάτων που προκαλούνται στον ογκολογικό ασθενή από τη νόσο, ο ογκολογικός Νοσηλευτής χρειάζεται ανεπτυγμένες δεξιότητες αποτελεσματικής επικοινωνίας. Πρέπει να είναι σωστά πληροφορημένος για τη κατάσταση της υγείας του ασθενούς που φροντίζει, ούτως ώστε να μπορεί να παρέχει τις κατάλληλες πληροφορίες, αν αυτό χρειαστεί (Koutsoroulou S, et. al., 2010, Gaston CM, Mitchell G. 2005, Κωνσταντινίδης Θ., Φιλαλήθης Α. 2013). Βέβαια μπορεί ο ασθενής να μην θέλει να του παρέχονται πληροφορίες για τη κατάσταση της υγείας του. Αυτό θα πρέπει να γίνεται σεβαστό και δεν σημαίνει ότι ο Νοσηλευτής δεν πρέπει να γνωρίζει την πρόοδο της υγείας του ασθενούς του (Hagerty RG. et al. 2005, Innes S, Payne S. 2009).

Εδώ είναι που οι Νοσηλευτές, λόγω της άμεσης και συνεχούς επαφής με τον ασθενή, χρειάζεται να μπορούν να καλλιεργούν ένα συναισθηματικό και θεραπευτικό περιβάλλον το οποίο να

βασίζεται στις επιθυμίες και τις ανάγκες του κάθε ασθενή ξεχωριστά (Schofield NG, et. al. 2010, Kidger J, et. al. 2009).

Όταν ο ασθενής συζητά με τον Νοσηλευτή την ώρα της εξατομικευμένης φροντίδας του, αναζητάει μέσω της συζήτησης πληροφορίες για την κατάσταση του. Ο Νοσηλευτής από την πλευρά του πρέπει να εκτιμά τους παράγοντες που συμβάλλουν για να μπορέσει να προετοιμάσει τη συζήτηση με τον ασθενή του. Αυτοί οι παράγοντες είναι η ηλικία του ασθενούς, το είδος της νόσου και ποιο βαθμό ανικανότητας μπορεί να προκαλέσει, αν έχει προηγούμενες εμπειρίες ο ασθενής, τι είδους θεραπεία ακολουθεί, αν τον φροντίζει κάποιος, αν υπάρχει στήριξη και συμπαράσταση από την οικογένεια και πολλά άλλα που σχετίζονται με αυτόν (Marcusen C. 2010, 26:151-156., Κωνσταντινίδης Θ., Φιλαλήθης Α., 2013).

Όσο σημαντική είναι η δεξιότητα του Νοσηλευτή στην λεκτική επικοινωνία, τόσο σημαντική είναι και αυτή στη μη λεκτική. Η γλώσσα του σώματος μπορεί να ερμηνεύσει στον Νοσηλευτή π.χ. τον πόνο, τη δυσαρέσκεια, την απογοήτευση και τόσα άλλα που βιώνει ο ασθενής. Το ίδιο όμως μπορεί να αντιληφθεί και ο ασθενής από πιθανές αντιδράσεις ή κινήσεις του Νοσηλευτή. Επίσης συχνά μπορεί να χρειαστεί ο Νοσηλευτής να λάβει θέση σε ότι αφορά την λήψη αποφάσεων για την αυτοφροντίδα, τη διαχείριση ή και στις θεραπευτικές επιλογές που σχετίζονται με τον ασθενή του (Aranda S, et. al. 2006, Koutsopoulou S, et. al. 2010, Gaston CM, Mitchell G. 2005, Κωνσταντινίδης Θ., Φιλαλήθης Α., 2013).

Γενικά οι Νοσηλευτές εκπαιδεύονται στη διοίκηση και διαχείριση σε σχέση με ότι αφορά τα θέματα υγείας. Θεωρείται απαραίτητο προσόν για τον Νοσηλευτή να μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις και να εφαρμόζει στρατηγικές. Η εκπαίδευση περιλαμβάνει ικανότητες και δεξιότητες σε ότι αφορά τη συμμόρφωση θεραπείας και κοινωνικοοικονομικά θέματα. Επίσης οι Νοσηλευτές εκπαιδεύονται να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν εγκαίρως όποια συμπτώματα και παρενέργειες, διευκολύνουν την συμμετοχή σε κλινικές μελέτες και ελαττώνουν τις μη αναγκαίες εισαγωγές στα νοσηλευτικά ιδρύματα (Mayer M, Grober SE. 2014, Alonso-Babarro A, Bruera E, Varela-Cerdeira M, Boya-Cristia MJ, Madero R, Torres-Vigil I, et al. 2011). Μέσω της προσφοράς τους οι Νοσηλευτές συμβάλουν στην μείωση του άγχους για το θάνατο, ενισχύουν την ελπίδα. Η στήριξη της οικογένειας και βοήθεια τους στην αποδοχή του αναπόφευκτου, αν αυτό χρειαστεί, δεν είναι εύκολη διεργασία για τους Νοσηλευτές, όμως είναι απαραίτητη (Cramer CF. 2010, Neumann JL. 2001, Hancock K, Clayton JM, Parker SM, Wal der S, Butow PN, Carrick S, et al. 2007, Georgaki S, Kalaidopoulou O, Liarmakopoulos I, Mystakidou K. 2002).

### **3.1.3. Διεπιστημονική συνεργασία.**

Οι ογκολογικοί Νοσηλευτές είναι ικανοί να συνεργαστούν με τη διεπιστημονική ομάδα υγείας για την όσο το δυνατό πιο ποιοτική παροχή εξατομικευμένης φροντίδας και ικανοποίησης των αναγκών υγείας των ασθενών τους. Ενθαρρύνουν τη συνεργασία, την αμοιβαία εμπιστοσύνη, τη συντονισμένη προσπάθεια και το σεβασμό ανάμεσα στην ομάδα. Έχουν λόγο στη λήψη αποφάσεων και ενθαρρύνουν τη συζήτηση (Carper E, Haas M. 2006, Ye YJ, et al. 2012). Αυτό δεν είναι συχνά εύκολο, λόγω συχνής μη αποδοχής τους από το ιατρικό προσωπικό (Willard C, Luker K. 2007).

### **3.1.4. Στρεσογόνοι παράγοντες και προσαρμογή**

Η ογκολογική νοσηλευτική θεωρείται μια από τις πιο στρεσογόνες εξειδικεύσεις λόγω της μακροχρόνιας φροντίδας χρόνιων ασθενών, που φέρουν πολλά και σοβαρά προβλήματα υγείας όπως και της άμεσης επαφής με τις οικογένειες τους. Αν το προσωπικό που εργάζεται σε κάθε τμήμα είναι μειωμένο, η εκπαίδευση του μη επαρκής, οι ανάγκες για συνεχή εκπαίδευση μεγάλες και οι ώρες εργασίας εξαντλητικές, τότε επιβαρύνεται περισσότερο η κατάσταση. (Barnard D, et. al. 2006, Ekedahl M, Wengstrom Y. 2007., Quattrin R, et. al. 2006). Πολλοί επαγγελματίες ογκολογικοί νοσηλευτές βιώνουν αυτό το στρεσογόνο συναίσθημα (Leung D, et. al. 2011) με αποτέλεσμα να εξαντλούνται τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά ή και να βρίσκουν μεθόδους αυτοπροστασίας όπως π.χ. η αποπροσωποποίηση (Quattrin R, et. al. 2006). Αυτός θεωρείται και ένας από τους κυριότερους λόγους που μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά η ποιότητα ζωής των ογκολογικών ασθενών (Belcher A. 1997). Εδώ είναι που χρειάζεται η ομάδα υποστήριξης του προσωπικού (συναδέλφοι, προϊστάμενοι, ψυχολόγος, εμπλοκή της διοίκησης του νοσοκομείου για ενίσχυση του προσωπικού κ.ά) (Κωνσταντινίδης Θ., Φιλαλήθης Α., 2013).

### **3.1.5. Διαχείριση θεμάτων υγιεινής και ασφάλειας**

Άλλοι επικίνδυνοι παράγοντες που απαιτούν λήψη μέτρων προστασίας και σχετίζονται με την υγεία των Ογκολογικών Νοσηλευτών, είναι η καθημερινή τους επαφή με τα φάρμακα χημειοθεραπείας, η έκθεση τους στην ακτινοβολία, η καταπόνηση που προκαλείται από την εργασία και ο πιθανός κίνδυνος πρόκλησης ατυχημάτων.

Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές αυτά τα μέτρα συνοψίζονται σε γενικές γραμμές στον σχεδιασμό, εφαρμογή και παρακολούθηση χορήγησης με ασφάλεια κατά την ετοιμασία και χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, (Σουρτζή Π, Βελονάκης Ε. 2004) και μέτρα για την

ασφάλεια όλων των εμπλεκομένων, επαγγελματιών και ασθενών σε έκθεση κατά την ακτινοθεραπεία (Hart S. 2006).

### **3.1.6. Εκπαιδευτικές δράσεις ογκολογικών νοσηλευτών**

Οι ογκολογικοί νοσηλευτές παρακολουθούν εκπαιδευτικά προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης με στόχο την βελτίωση πάντα της παρεχόμενης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας (Bonaldi-Moore L. 2009). Εκτός από τη δική τους εκπαίδευση, είναι και οι ίδιοι εκπαιδευτές. Εκπαιδεύουν ασθενείς, φροντιστές και τις οικογένειες των ασθενών στην αντιμετώπιση και διαχείριση του ίδιου του ασθενή, της θεραπείας, των συμπτωμάτων και την αντιμετώπιση των αναγκών του που προκύπτουν από την νόσο. Επίσης εκπαιδεύουν νέο προσωπικό στο τμήμα (νοσηλευτές, καθαριστές, φροντιστές, κλητήρες κ.ά.) (Schofield NG, et. al. 2008, Eicher M, et al. 2012).

### **3.1.7. Βασικές ερευνητικές δεξιότητες**

Οι νοσηλευτές έχουν βασικές ερευνητικές γνώσεις αφού διδάσκονται την έρευνα σαν εξεταζόμενο μάθημα στις βασικές τους σπουδές. Ο τομέας της ογκολογίας θεωρείται ένας πολύ διευρυμένος ερευνητικός τομέας στην ιατρονοσηλευτική λόγω της μεγάλης συχνότητας των ερευνών που γίνονται τα τελευταία χρόνια (Catania G, 2 et. al. 2012, Κωνσταντινίδης Θ., 2000). Οι Νοσηλευτές τα τελευταία χρόνια, επιδεικνύουν ένα αρκετά μεγάλο ερευνητικό έργο σε σχέση με το αντικείμενο τους.

## **3.2. Ανακουφιστική φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου.**

Ο ογκολογικός Νοσηλευτής μπορεί να νοσηλεύσει έναν ασθενή από τη διάγνωση του και την έναρξη της θεραπείας του μέχρι και κατά την επιδείνωση της νόσου. Η φροντίδα αυτή που παρέχεται αναφέρεται ως << ανακουφιστική φροντίδα >>. Στόχος της είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ογκολογικά προβλήματα λόγω της ανάγκης τους για συνεχιζόμενη υποστήριξη (Bahti T., 2010). Η ανάγκη αυτή μεγαλώνει, τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, όσο και για την οικογένεια του, λόγω του ότι πολλοί ασθενείς με ογκολογικά προβλήματα καταλήγουν στο θάνατο (Schofield NG, Green C, Creed F. 2008). Η ποιοτική παροχή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου, μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής, την ικανοποίηση των ασθενών και τη σωστή αντιμετώπιση και διαχείριση συμπτωμάτων των ασθενών αυτών (Wright AA, et al. 2008, Johnston B, et. al. 2009).

### 3.3. Θέματα Βιοηθικής

Οι ογκολογικοί ασθενείς, λόγω των επιπλοκών της νόσου, καταλήγουν σε ένα μεγάλο αριθμό, στον θάνατο. Τα βιοηθικά ζητήματα που προκύπτουν από αυτό, αφορούν στην ανακουφιστική φροντίδα και σε θέματα που αφορούν τον θάνατο και την ευθανασία. Συγκεκριμένα μπορεί να αφορούν σύμφωνα με τους Κωνσταντινίδης Θ., και Φιλαλήθη Α., 2013, << τις πρακτικές μη κλιμάκωσης, ή διακοπή θεραπείας, η μη χορήγηση παρεντερικής διατροφής και ενυδάτωσης, ή αποκάλυψη ή απόκρυψη της αλήθειας, το κόστος και η διανομή των διαθέσιμων πόρων, θέματα με την έρευνα, όπως η ενήμερη συγκατάθεση των υποκειμένων, η προστασία των προσωπικών δεδομένων, η χρήση των αποτελεσμάτων κ.ά. >> .

Οι ογκολογικοί νοσηλευτές, είναι οι επαγγελματίες υγείας που έχουν άμεση και συνεχή επαφή με τους ασθενείς. Αυτός θεωρείται ένας παράγοντας που επηρεάζει τις επιθυμίες, την αυτονομία και την ικανοποίηση των ασθενών. Το 7ο άρθρο του Νοσηλευτικού Κώδικα Δεοντολογίας αναφέρεται στο πιο πάνω θέμα επισημαίνοντας ότι, << Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνοντας κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρησή της και απέχοντας από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να οδηγήσει στη διακύβευσή της >>. Στο 18ο άρθρο συμπληρώνει ότι, << .....Σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιο, μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση του φυσικού και ηθικού πόνου του ασθενή, παρέχοντας του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας κατά το δυνατό την ποιότητα της ζωής του..... >> (Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας., 2001).

Τα προβλήματα αυτά που αφορούν την βιοηθική αξιολογούνται και νομοθετούνται από μία ειδική επιτροπή που βασίζεται στο σύστημα αξιών, αναγνώρισης ηθικής προβλημάτων και σεβασμού πεποιθήσεων του ανθρώπου. Οι νοσηλευτές λαμβάνουν κατάλληλη εκπαίδευση σε θέματα βιοηθικής, αρχών και αξιών νοσηλευτικής φροντίδας (Kinghorn S, Gamlin R. 2004), ούτως ώστε να είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν αυτές τις καταστάσεις.

### 3.4. Ο Σχεδιασμός της εξατομικευμένης Νοσηλευτικής Φροντίδας.

Ο σχεδιασμός της εξατομικευμένης Νοσηλευτικής φροντίδας, εφαρμόζεται βάση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών στο πρόγραμμα της κλινικής πρακτικής της νοσηλευτικής φροντίδας, αξιολόγησης και τεκμηρίωσης της παροχής φροντίδας, του ασθενή (Hildman & Ferguson, 1991, Lee, 2006, Shea, 1986). Ένα αξιόπιστο σχέδιο απευθύνεται στην εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα του κάθε ασθενούς ξεχωριστά και αντανακλά τις ανησυχίες του ασθενούς και της οικογένειας του (Lee 2005). Επίσης βασίζεται στις δυνατότητες και ανάγκες του ασθενούς, όπως πολιτισμικές, ψυχοκοινωνικές σωματικές κ. ά (Doenges et al., 2008). Το σχέδιο αυτό

εκτελείται μέσω Νοσηλευτικών διεργασιών (Yura & Walsh, 1988; Björvell, 2002). Το σχέδιο εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας εφαρμόζεται για την επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο ασθενής και η οικογένεια του λόγω της νόσου, με κύριο στόχο την προαγωγή της υγείας και της ευεξίας του ατόμου αυτού (Yura & Walsh, 1988; Björvell, 2002). Το ικανοποιητικό σχέδιο εξατομικευμένης Νοσηλευτικής φροντίδας, μπορεί να καθορίσει, όχι μόνο την ίδια τη νοσηλευτική φροντίδα, αλλά να ικανοποιήσει τον ασθενή και την οικογένεια του. Αυτό γίνεται λόγω της τεκμηριωμένης συμφωνίας μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή παρέχοντας στον ασθενή την ευκαιρία να συμμετάσχει στη λήψη αποφάσεων της δικής του φροντίδα του. Όλες οι διεργασίες καταγράφονται για σκοπούς τεκμηρίωσης. Η τεκμηρίωση στη νοσηλευτική είναι πολύ σημαντική, γιατί μέσω της παρέχεται μια μεγάλη γκάμα γνώσεων, προς τους νέους νοσηλευτές και έτσι αναπτύσσεται η θεωρία της νοσηλευτικής. Άλλο θετικό στοιχείο του σχεδίου εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας είναι ότι δίδει τα κατάλληλα κριτήρια για αναθεώρηση και επανεκτίμηση της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς.

### **3.5. Νοσηλευτική Διεργασία.**

Η νοσηλευτική διεργασία που εκτελείται βάση του σχεδίου εξατομικευμένης φροντίδας και βασίζεται στη συστηματική θεωρία και δυναμική, αφού συχνά συνδυάζει πολλές δραστηριότητες για να καταλήξει στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Αυτό που όμως την κάνει να ξεχωρίζει ανάμεσα στα επαγγέλματα υγείας, είναι ο ανθρωπιστικός της χαρακτήρας που στοχεύει πάντα στο να βοηθήσει τον ασθενή, παρέχοντας του την ευκαιρία να συμμετέχει στη φροντίδα του ενεργά βάση των ατομικών του αναγκών (Björvell, 2002). Επίσης επικεντρώνεται στο αποτελέσματα, αφού ο σχεδιασμός της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, μέσω διεργασιών, αρχίζει με εκβάσεις και καταλήγει στην εκτίμησή των εκβάσεων αυτών (Ζαβερδινού, 2005).

### **3.6. Νοσηλευτική Φροντίδα στην Ογκολογική Νοσηλευτική**

Οι Ογκολογικοί Νοσηλευτές, καλούνται να αντιμετωπίσουν μια μεγάλη πρόκληση μέσω της παρεχόμενης φροντίδας τους στους ασθενείς τους και να αποδείξουν ότι συνεισφέρουν σε αυτή την ομάδα ασθενών με τις τόσες ιδιαιτερότητες οι οποίες τους επηρεάζουν σημαντικά. Η συμπεριφορά και ο τρόπος ζωής τους επηρεάζεται από την γνώση του επικείμενου τέλους. Οι νοσηλευτές είναι συνοδοιπόροι σε όλα τα βήματα της πορείας των ασθενών τους, στο δύσκολο αυτό δρόμο που καλούνται να διανύσουν. Μέσω της έρευνας για την αντιμετώπιση της ασθένειας τα τελευταία 20 χρόνια, η επιστημονική κοινότητα εκτός από την έρευνα για τη πρόληψη και θεραπεία, έχει επικεντρωθεί και σε αυτή για την καλύτερη ποιότητα ζωής αυτών που έχουν ήδη προσβληθεί από καρκίνο. Οι διάφοροι επιστήμονες αναλόγως με τον κλάδο που ανήκουν, αναπτύσσουν μέσω

ερευνών σχετικούς δείκτες μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών (Bowling A., 1995), ικανοποίησης ασθενών, αναγκών, ανεκπλήρωτων αναγκών, παροχής εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας κ.ά. Στη βιβλιογραφία παρουσιάζεται ο προβληματισμός των νοσηλευτών για τη διερεύνηση της έννοιας της «φροντίδα» και του «φροντίζει», για τον καθορισμό των διαστάσεων της φροντίδας, καθώς και για την τεκμηρίωσή της ως κεντρική έννοια στη Νοσηλευτική. Αποδίδεται μεγάλη σημασία και ιδιαίτερη έμφαση στη σχέση Νοσηλευτικής και φροντίδας, καθώς και στον τρόπο που εκφράζεται αυτή (Paley J. 2001. Patistea E. 1999). Πολλοί είναι οι μελετητές που έχουν συμφωνήσει ότι η έννοια της φροντίδας, στοιχειοθετείται μέσα από την ανθρωπολογική (Leininger M. 2008, Watson J. 2008). Ο νοσηλευτής και γενικά ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να ενεργεί πάντα λαμβάνοντας υπόψη την κουλτούρα των ανθρώπων που με οποιονδήποτε τρόπο «φροντίζει», γνωρίζοντας ότι η υγεία, η νόσος και η θεραπεία είναι τμήματα της πολιτισμικής ταυτότητας κάθε ανθρώπου (Patistea E. 1999, Leininger M. 1991). Η ανθρωπιστική διάσταση της φροντίδας είναι η στάση ή η διάθεση ενός ατόμου να ευεργετήσει κάποιον άλλον όταν βρίσκεται στην κατάλληλη θέση, τόσο από πλευράς ισχύος όσο και από πλευράς σχέσης (Watson J., 2008). Ωστόσο, η ανάπτυξη διαπροσωπικής θεραπευτικής σχέσης μεταξύ του φροντιστή και του φροντιζόμενου αποδίδεται πληρέστερα μέσα από τις τέσσερις χρήσεις της έννοιας της φροντίδας, οι οποίες είναι «προσέχω», «περιποιούμαι», «νοιιάζομαι», «ενδιαφέρομαι» που αντανακλούν την ψυχοκοινωνική διάσταση της φροντίδας στη Νοσηλευτική (Paley J. 2001, Watson J., 2008). Η διερεύνηση της έννοιας «φροντίδα» και της σχέσης « Φροντίδα - Νοσηλευτική » βρίσκονται σε εξέλιξη με πολλούς θεωρητικούς να καταλήγουν ότι η φροντίδα εξαρτάται τόσο από την προσωπικότητα του νοσηλευτή, όσο και από το περιβάλλον, καθώς και τις συνθήκες που παρέχεται αλλά και τη σχέση που αναπτύσσεται από τα δύο μέρη αφενός του νοσηλευτή και αφετέρου του ασθενούς (Watson J. 2008., Ehlers VJ. 2008).

Μέσα από τις προσπάθειες αυτές αναδύεται η διπλή υπόσταση της φροντίδας στη Νοσηλευτική, αφενός ως στάση ζωής-πεποιθήσεις-αξίες και αφετέρου ως εφαρμοσμένες πράξεις-διαδικασίες, που εκφράζεται και μπορεί να μετρηθεί από τις συμπεριφορές φροντίδας (Patistea E. 1999, Watson J. 2008). Ωστόσο, μέχρι σήμερα εκείνο που κυρίως έχει επιτευχθεί, είναι η προσθήκη επιπλέον επιθετικών προσδιορισμών και χαρακτηριστικών της φροντίδας, όπως ο πυρήνας της Νοσηλευτικής (Paley J. 2001). Αξίζει να σημειωθεί ότι επιμέρους σημαντικά οφέλη των εν λόγω μελετών, αποτελούν η απόδειξη της άρρηκτης σχέσης τέχνης και επιστήμης, καθώς και η ακαδημαϊκή ταυτότητα της Νοσηλευτικής. Η πλειοψηφία των ορισμών για τη φροντίδα καταλήγει ότι το «φροντίζει», είναι ανθρώπινο γνώρισμα, ηθική υποχρέωση, έκφραση αφοσίωσης, διαπροσωπική διάδραση, καθώς και θεραπευτική παρέμβαση (Watson J. 2008). Η ογκολογική νοσηλευτική, βασισμένη στις νέες αυτές προκλήσεις της εποχής μας, εστιάζει στην ποιοτική παροχή της

φροντίδας των ογκολογικών ασθενών και των οικογενειών τους που να βασίζεται στις ανάγκες, τις επιθυμίες και στους στόχους τους (Bahti T. 2010, Cohen MZ, Ferrell BR, Vrabel M, Visovsky C, Schaefer B. 2010). Η φροντίδα αυτή έχει στόχο την παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών υγείας, βάση του διαθέσιμου ανθρώπινου δυναμικού, των υποδομών και των υπηρεσιών, χωρίς να λαμβάνει υπόψη το προσδόκιμο επιβίωσης (Mick J. 2008). Η Ογκολογική Νοσηλευτική αποτελεί τα πρώτα νοσηλευτικά πεδία αναζήτησης και μελέτης της έννοιας της φροντίδας. Οι πρώτες συστηματικές νοσηλευτικές μελέτες που έγιναν, διερεύνησαν την έννοια της φροντίδας με τη μορφή των δομημένων ερωτηματολογίων (CARE-Q) (Larson PJ. 1984). Είναι αξιοσημείωτο ότι από τις πρώτες μελέτες, οι νοσηλευτές Ογκολογίας διατύπωσαν την άποψη ότι η σε βάθος διερεύνηση μιας τόσο πολύπλοκης φιλοσοφικής έννοιας όπως η φροντίδα, σε έναν τόσο ιδιαίτερο χώρο όπως η Ογκολογία, επιτυγχάνεται καλύτερα με ποιοτική ερευνητική μεθοδολογία (Bertero C. 1999). Βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η Νοσηλευτική φροντίδα στην Ογκολογία είναι μια πολυδιάστατη και με ιδιαίτερη πολυμορφία έννοια (Haberman MR et. al. 1994). Περιέχει ισοδύναμα την εξατομικευμένη φροντίδα που είναι ευαισθητοποιημένη στις ιδιαιτερότητες της κουλτούρας του ασθενούς (Leininger M. 1991, Bertero C. 1999). Επίσης περιέχει τη δημιουργία θεραπευτικών σχέσεων που προάγουν το αυτοθεραπευτικό δυναμικό του ασθενούς, αλλά και την επιδέξια εφαρμογή κλινικών διαδικασιών που εμπεριέχουν συνδυασμό γνώσεων, ηθικής και συναισθημάτων (Steeves R, et. al. 1994). Επιπλέον, ότι θα εξασφαλίζει τη καλύτερη δυνατή υποστήριξη στην τελευταία φάση της ζωής του ασθενούς, με στόχο την ποιότητα και όχι απλά την επιμήκυνση της ζωής χωρίς νόημα (Mok E, Chiu PC. 2004).

### **3.7. Αντιλήψεις ασθενών για τη φροντίδα**

Από τις πρώτες μελέτες του Tishelman (1994) μέχρι τις πλέον πρόσφατες των Kvale & Bondevik (2008), οι ασθενείς παραμένουν σταθεροί στις απαιτήσεις τους από τους νοσηλευτές, καθώς και στην αξιολόγηση των πιο σημαντικών συμπεριφορών φροντίδας. Οι ασθενείς θέλουν πρώτα απ' όλα, η φροντίδα να τους παρέχεται από ικανούς κλινικούς νοσηλευτές, με τεχνικές ικανότητες και δεξιότητες, γεγονός που το θυμούνται ακόμη και χρόνια μετά από την περιπέτεια της υγείας τους ως επιβίωσαντες (Tishelman C. 1994). Όμως, οι νοσηλευτές θεωρούν επίσης σημαντικό να διαθέτουν ευαισθησία, ενσυναίσθηση και ικανότητες επικοινωνίας. Ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης της υγείας τους, οι ασθενείς, έχουν ανάγκη ο νοσηλευτής τους να είναι εκπαιδευμένος. Αυτό τους καλλιεργεί συναισθήματα εμπιστοσύνης και ασφάλειας. όπως υποστηρίζει η μελέτη των Halldorsdottir S, Hamrin E. το 1997, που διερεύνησε τις απόψεις των ασθενών με καρκίνο για τις συμπεριφορές μη φροντίδας από τους νοσηλευτές. Εκείνο που σημειώνει ιδιαίτερο ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι για έναν ασθενή με καρκίνο η εμπειρία μιας

συμπεριφοράς μη φροντίδας ενισχύει την τραγικότητα των καταστάσεων που βιώνει. Για πολλούς ασθενείς, η διάγνωση του καρκίνου αποτελεί ένα στίγμα με πολλαπλές εκφράσεις, όπως το στίγμα του πόνου, του υποφέρειν και του επικείμενου θανάτου. Όταν οι νοσηλευτές κληθούν να αντιμετωπίσουν αυτές τις επιπτώσεις στη ζωή των ασθενών, η φροντίδα αποκτά έντονο ψυχοκοινωνικό χαρακτήρα (Kendall S. 2006, Kvale K, Bondevik M. 2008, Halldorsdottir S, Hamrin E. 1997). Επιπλέον, η επίδραση του καρκίνου στο σώμα και στη συνέχεια η φροντίδα του από τον επαγγελματία νοσηλευτή μέσα από την ανάπτυξη στενής διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή, αποκτά ξεχωριστή σημασία για τον ασθενή (Radwin LE, et. al. 2005, Halldorsdottir S, Hamrin E. 1997). Η μοναδικότητα της εμπειρίας της φροντίδας του σώματος και της υπέρβασης της περιποίησής του από το νοσηλευτή έχει επισημανθεί, ως ιδιαίτερα σημαντική για τους ασθενείς τελικού σταδίου που φιλοξενούνται σε ξενώνες ανακουφιστικής φροντίδας (Mok E, Chiu PC. 2004). Οι ασθενείς αναφέρονται συχνά στις μικρές, αλλά σημαντικές παρεμβάσεις των νοσηλευτών στην καθημερινότητά τους για την κάλυψη των βασικών αναγκών του, που διαφέρει από οποιουδήποτε άλλου φροντιστή, ενώ προσφέρεται με την ίδια αγάπη και αφοσίωση (Mok E, Chiu PC. 2004, Dowling M. 2008, Kvale K, Bondevik M. 2008). Θεωρούν βασική την ικανότητα των νοσηλευτών να ανακουφίζουν τον πόνο και χαρακτηρίζουν ευτυχείς τους ασθενείς που φροντίζονται από νοσηλευτές με τις κατάλληλες θεωρητικές γνώσεις και ικανότητες (Changy Y, et. al. 2005). Όταν η φροντίδα εξετάστηκε υπό το πρίσμα της κουλτούρας, οι ασθενείς με καρκίνο επισημαίνουν τη σημασία της ενημέρωσης και της επικοινωνίας με τους νοσηλευτές τους, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη νόσο και το θεραπευτικό πρόγραμμα (Liu JE, et. al. 2006, Izumi S, et. al. 2006). Ξεχωρίζουν ως σημαντική την επαγγελματική ικανότητα των νοσηλευτών και τη γνώση στην εφαρμογή των διαφόρων νοσηλευτικών διαδικασιών Αυτό που φαίνεται χαρακτηριστικότερα είναι η σημασία που δίνουν οι ασθενείς στο σεβασμό των νοσηλευτών προς τις θρησκευτικές και τις πολιτισμικές τους ιδιαιτερότητες (Tishelman C. 1994, Radwin LE, et. al. 2005, Liu JE, et. al. 2006). Παρουσιάζονται να απολαμβάνουν τη φροντίδα που τους προσφέρεται με ευαισθησία στις πολιτισμικές τους συνήθειες. Δηλώνουν ότι νιώθουν ασφαλείς και ικανοποιημένοι όταν οι νοσηλευτές σέβονται τη θρησκευτική τους ταυτότητα και τους φροντίζουν ανάλογα (Mok E, Chiu PC. 2004, Liu JE, et. al. 2006, Izumi S, et. al. 2006). Σε μελέτες που διενεργήθηκαν σε διάφορα στάδια της πορείας της νόσου όπως στη διάγνωση, αλλά και στο τελικό στάδιο της νόσου, οι ασθενείς επισημαίνουν την αξία και τη σημασία της εξατομικευμένης φροντίδας που δίνει νόημα και σέβεται την προσωπικότητά τους (Dowling M. 2008, Kvale K, Bondevik M. 2008). Υπογραμμίζουν ότι η συνεχής πληροφόρηση και η συμμετοχή στη φροντίδα οδηγεί στην ενδυνάμωσή τους, ενώ η ικανότητα του επαγγελματία νοσηλευτή να κάνει την

υπέρβαση στην προσφορά φροντίδας με σεβασμό στις προσωπικές επιλογές των ασθενών θεωρείται εξαιρετικής σημασίας (Mok E, Chiu PC. 2004, Liu JE, et. al. 2006, Izumi S, et. al. 2006).

### **3.8. Εκτίμηση Αναγκών υγείας των ογκολογικών ασθενών.**

Οι Youngblood et al, (1994) και Van't Spijker et al (1997), τονίζουν ότι, ο καρκίνος, που συνήθως είναι χρόνιο νόσημα και φέρει μαζί του πολλές ανεπιθύμητες επιπτώσεις (ψυχολογικές, σωματικές, οικονομικές, και κοινωνικές) μπορεί να επηρεάσει τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και την οικογένεια και το περιβάλλον του γενικότερα και επίσης να επιφέρει πολλές ανάγκες και προβλήματα. Επίσης οι πολλές παρενέργειες (εμετός, αναιμία, ναυτία, αλωπεκία, λευκοπενία, ανορεξία, σεξουαλικά προβλήματα, αίσθημα πόνου, δυσκολία για καθημερινές δραστηριότητες, κατάθλιψη, άγχος, αδυναμία προσαρμογής, οικονομικά προβλήματα, απομόνωση από φίλους και συγγενείς) που προκαλούνται από τις θεραπείες και ταλαιπωρούν τον ασθενή και την οικογένεια του, αυξάνουν σημαντικά τις ανάγκες των ατόμων αυτών (Κωνσταντινίδης Θ.Π.Ε., 2005). Μέσω της εκτίμησης των προβλημάτων και των αναγκών των ασθενών, οι υπεύθυνοι των συστημάτων υγείας των χωρών, οδηγήθηκαν σε στρατηγικές φροντίδας των ογκολογικών ασθενών και στήριξης των οικογενειών τους. Αυτό αυτόματα οδήγησε σε αύξηση των δαπανών υγείας της κάθε χώρας, με αποτέλεσμα οι χώρες να αρχίσουν να εφαρμόζουν διάφορες μεθόδους για μείωση τους, όπως για παράδειγμα τη κοινοτική φροντίδα, τη δημιουργία κέντρων παροχής φροντίδας κ.ά. Οι νοσηλευτές χρειάζονται να τεκμηριώνουν τη παροχή της φροντίδας τους, αφού αυτή θεωρείται η προαγωγός για την αποτελεσματικότητα και τη βελτίωση στη ποιοτική φροντίδα των ασθενών. Επίσης η τεκμηρίωση τους βοηθά να επανεκτιμούν τις Νοσηλευτικές τους παρεμβάσεις και να ανακαλύπτουν νέους τρόπους παρέμβασης για την επίτευξη της όσον το δυνατό καλύτερης ποιότητας στη φροντίδα που να είναι βασισμένη στην επιστημονική έρευνα (Richardson & Miller, 2002). Η εφαρμογή του ποιοτικού εξατομικευμένου νοσηλευτικού σχεδίου φροντίδας στη καθημερινή κλινική πρακτική, μπορεί να μειώσει επίσης το κόστος της φροντίδας και να βελτιώσει και τη ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών υγείας γενικότερα (Κωνσταντινίδης Θ.Π.Ε., 2005, Guadagnoli & Mor, 1991, Siegel et al, 1991).

### **3.9. Ιστορική αναφορά εκτίμησης αναγκών ασθενών**

Το 1999 οι Μερκούρης και συνεργάτες αναφέρουν ότι οι πρώτες εκτιμήσεις αναγκών έγιναν βασισμένες στο ότι οι επαγγελματίες υγείας που παρείχαν φροντίδα, ήταν γνώστες των αναγκών των ασθενών τους, βασισμένοι στην εμπειρία τους και μόνο. Οι Hughes et al, 2000; Stafford et al, 2001 υποστηρίζουν ότι όλη η προηγούμενη ερευνητική διαδικασία δεν εκτιμά τις επιθυμίες των ασθενών με ογκολογικά προβλήματα σε σχέση με την συμβουλευτική, την πληροφόρηση, την ίδια

τη νόσο και τις επιπτώσεις που επιφέρει η νόσος. Το ίδιο σχεδόν χρονικό διάστημα οι Gustafson et al, (2001), ορίζουν την εκτίμηση των αναγκών των ασθενών στα συστήματα υγείας ως μια μεθοδολογική προσέγγιση μέσω της οποίας, καταγράφονται τα προβλήματα των ογκολογικών αλλά και άλλων ασθενών, για να ακολουθήσει μετά η κατάλληλη παρέμβαση προς επίλυση τους, έχοντας ως στόχο τη βελτίωση των παρερχομένων υπηρεσιών. Έτσι οι εκτιμήσεις άρχισαν να επικεντρώνονται πλέον στους ασθενείς και σε ένα είδος ανάγκης σε κάθε έρευνα. Οι μετρήσεις των αναγκών των ογκολογικών και άλλων ασθενών, γίνονται μέσω εργαλείων μέτρησης όπως για παράδειγμα τη μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών για καλύτερη ποιότητα παροχής φροντίδας (Bredart et al, 2001) ή εργαλεία μέτρησης των ψυχολογικών τους αναγκών (Hellbom et al, 1998; Leydon et al, 2000). Το 2003 οι Tamburini et al, και το 2000 οι Sanson-Fisher et al, επισημαίνουν τη σημασία του όρου της μέτρησης της ολιστικής προσέγγισης των αναγκών στους ογκολογικούς ασθενείς, ο οποίος καλύπτει εκτός από τις βιολογικές και τις ψυχοκοινωνικές τους ανάγκες την ανάγκη τους στην επικοινωνία, εκπαίδευση και επίσης στήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους (Richardson et al, 2002). Οι Chen et al, το 2004 έρχονται να δηλώσουν ότι η αύξηση του κόστους της φροντίδας των ογκολογικών ασθενών οφείλεται στην αδυναμία των επαγγελματιών υγείας και των ερευνητών να κατανοήσουν τις ανάγκες τους και αυτές της οικογένειάς τους. Η βιβλιογραφία είναι εκτεταμένη πάνω στ συγκεκριμένο θέμα και πολυσυζητημένη. Ένα όμως είναι το πιο σημαντικό. Οι ανάγκες αυτές είναι πολλές και οι ασθενείς έχουν τον πρώτο λόγο στον καθορισμό τους για τον σχεδιασμό της παροχής ποιοτικής φροντίδας της υγείας (Wen & Gustafson, 2004). Οι ανάγκες των ογκολογικών ασθενών σύμφωνα με τον Κωνσταντινίδης Θ.Π.Ε., (2005), μπορεί να είναι σωματικές, πληροφόρησης, ψυχολογικές, οικονομικές κ. ά.

### **3.9.1 Σωματικές ανάγκες**

Οι σωματικές ανάγκες συνήθως σχετίζονται με τη σταδιοποίηση του καρκίνου, την ηλικία του ασθενούς και το είδος της θεραπείας (Gridelli et al, 2001). Τα συμπτώματα μπορεί να είναι κόπωση, απώλεια βάρους, πόνος, αϋπνία, δύσπνοια, αναιμία, δυσκοιλιότητα, κ. ά. (Youngblood, 1994, Lesage & Portenoy, 1999). Αυτά όλα επιφέρουν μειωμένη δραστηριότητα και αδυναμία στην εργασία, με αποτέλεσμα να επέρχονται και οικονομικά προβλήματα. Πολλοί ασθενείς αναφέρουν μειωμένο επίπεδο σεξουαλικής δραστηριότητας με αποτέλεσμα τη ψυχρότητα στις οικογενειακές τους σχέσεις. Επίσης λόγω των παρενεργειών των θεραπειών της νόσου (κόπωση, ναυτία, εμετός, μυελοκαταστολή, , ακτινοδερματίτιδα, διάρροια, βλενογονίτιδα, αλωπεκία, προβλήματα γονιμότητας κ. ά.), δημιουργούνται και προβλήματα στις κοινωνικές τους σχέσεις γενικότερα (Raupach & Hiller, 2002, Youngblood, 1994; Carelle et al, 2002, Hilderley & Dow, 1996;).

### 3.9.2. Ανάγκες πληροφόρησης

Οι μελετητές έχουν αποδείξει ότι ένα μεγάλο μέρος των ογκολογικών ασθενών, θέλουν να είναι ενήμεροι για την εξέλιξη της νόσου τους, ανεξαρτήτως από το αποτέλεσμα (Meredith et al, 1996). Έγκειται όμως στον επαγγελματία υγείας και στη σωστή του αξιολόγηση από το τι πρέπει να πει στον ασθενή του τη στιγμή εκείνη και τι όχι (Κωνσταντινίδης Θ.Π.Ε., 2005). Επίσης σημαντικό είναι ο τρόπος που θα το εκφράσει και μεγάλο ρόλο παίζει και η γλώσσα του σώματος τη δεδομένη στιγμή (τόσο του επαγγελματία όσο και του ασθενούς). Ανάλογα με το στάδιο της νόσου, οι πληροφορίες διαφέρουν (Houts et al, 1991). Για παράδειγμα, όσο η νόσος προχωρεί, προχωρεί και η χημειοθεραπεία. Αυτό σημαίνει ότι εκτός από τα συμπτώματα της ίδιας της νόσου, ο ασθενής και η οικογένεια του, έχουν να αντιμετωπίσουν και τις παρενέργειες που προκύπτουν λόγω της θεραπείας. Τότε αρχίζει μια αλυσίδα προβλημάτων που πρέπει να επιλυθούν ή έστω να στηριχτεί η οικογένεια και ο ίδιος ο ασθενής για να μπορούν να αντιμετωπίσουν όσο το καλύτερο δυνατό τη κατάσταση. Οι πληροφορίες που τους δίδονται πρέπει να είναι σε απλή γλώσσα και όχι με Ιατρονοσηλευτικούς όρους, για μπορούν να αντιλαμβάνονται τις πληροφορίες. Επίσης το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς και της οικογένειας παίζει μεγάλο ρόλο στην μετάδοση των πληροφοριών. Σύμφωνα με τους Griffiths & Leek, 1995, πολύ σημαντικό στην αξιολόγηση των ασθενών και των οικογενειών τους κατά τη πληροφόρηση, είναι να μην παρασυρθεί ο επαγγελματίας και να παρέχει περισσότερες πληροφορίες από αυτές που χρειάζονται. Οι πληροφορίες που θα δίδονται πρέπει να προσαρμόζονται στις ανάγκες των ενδιαφερομένων και όχι αναλόγως με το τι αντιλαμβάνεται ο επαγγελματίας ότι << πιθανώς να χρειαστεί >> ο καρκινοπαθής ασθενής. Η ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής τη δεδομένη στιγμή, μπορεί να μην τους επιτρέπει να αντιληφθεί τις πληροφορίες σωστά. Χρειάζεται να δίδεται χρόνος για την κατανόηση των πληροφοριών και συνεχές επαφή με αυτόν που πληροφορεί (επαγγελματία υγείας) για διευκρίνηση αποριών, επίλυση νέων προβλημάτων και επίσης οδηγιών. Η πληροφόρηση πρέπει να είναι συνεχής. Επίσης στην επικοινωνία και πληροφόρηση μεταξύ ασθενών, οικογενειών και επαγγελματιών υγείας, οι επαγγελματίες πρέπει να συμφωνούν στα όσα και ότι λένε, να είναι διακριτικοί, υπομονετικοί και καταδεκτικοί (Κωνσταντινίδης Θ.Π.Ε., 2005).

Λόγω της ανθρωπιστικής πλευρά της Νοσηλευτικής επιστήμης οι Νοσηλευτές στη βασική τους εκπαίδευση, εκπαιδεύονται στην επικοινωνία και τη πληροφόρηση για να είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν καταστάσεις όπως τις πιο πάνω. Ο Van der Molen, 1999, αναφέρει ότι, τη στιγμή που αρχίζει η πληροφόρηση και είναι όλοι σε μια άσχημη ψυχολογική κατάσταση, οι ενδιαφερόμενοι αποφεύγουν να κάνουν ερωτήσεις πιθανόν γιατί φοβούνται τις απαντήσεις. Για τους επαγγελματίες υγείας, ένα είναι σίγουρο. Είναι πολύ δύσκολο να αναγνωρίσει κάποιος πόσες

πληροφορίες μπορεί να αντέξει να ακούσει ένας ασθενής μετά από τη διάγνωση της νόσου. Η περισσότερη βιβλιογραφία που υπάρχει, αναφέρεται σε ανάγκες πληροφόρησης σχετικά με την Ιατρική και πολύ λίγη στην πληροφόρηση σε σχέση με τις ανάγκες των ασθενών (Van der Molen, 1999; Ziegler et al, 2004) σε σχέση με τη φροντίδα τους. Οι Stafford et al, (2001) αναφέρουν μετά από έρευνα ότι, οι γιατροί δεν διαθέτουν τον απαραίτητο χρόνο για να ερευνήσουν τις ανάγκες του κάθε ασθενή ξεχωριστά ή και τις επιλογές της θεραπείας ή της φροντίδας τους. Άλλο δεδομένο ερευνητικό αναφέρει ότι οι γιατροί δεν εκπαιδεύονται σε τεχνικές επικοινωνίας (Slevin, 1987; Hogbin & Fallowfield, 1989).

### **3.9.3. Ψυχολογικές ανάγκες**

Θεωρητικά αφού ο καρκίνος είναι μια χρόνια νόσος που επιφέρει πολλά σωματικά προβλήματα η πρώτη σκέψη κάποιου επαγγελματία υγείας θα ήταν ότι η έμφαση πρέπει να δοθεί στην ιατρονοσηλευτική πράξη. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν και συναισθηματικές ανάγκες που πρέπει να υποστηριχτούν. Ο Παπαγιάννης Α. (2011), αναφέρει πολύ παραστατικά σε ένα άρθρο του για τον καρκίνο, ότι, << Όλα ξεκινούν από την ψυχή... >>. Εξάλλου αυτό υπάρχει από πολύ παλιά. Πόσες φορές οι επαγγελματίες υγείας έχουν συμβουλέψει τους ασθενείς τους να << σκέφτονται θετικά >>. Ο Ρηγάτος, το 1985, αναφέρει ότι, σαν επαγγελματίες υγείας, «δεν πρέπει να θεραπεύουμε αν αγνοούμε το σύνολο (του σώματος), το οποίο αν δεν είναι καλά δεν μπορεί να είναι καλά ούτε το μέρος. Γιατί όλα, και τα καλά και τα κακά, για το σώμα και όλους τους ανθρώπους ξεκινούν από την ψυχή ...» (Ρηγάτος, 1985). Οι διάφοροι ερευνητές αναφέρουν ότι η ψυχολογική κατάσταση κάποιου καρκινοπαθούς ασθενή, επηρεάζεται λόγω του άγχους που προκαλεί η ίδια η νόσος, της ανησυχίας για την εξέλιξη της και το άγχος για την οικογένεια του (Hill et al, 2003). Από το 1950 άρχισε να διερευνάται η σχέση που υπάρχει μεταξύ του καρκίνου και των ψυχοπιεστικών γεγονότων LeShan L, Worthington RE. 1956, Ollonen P, et. al. 2005). Οι Βελίκης Ι., & συν. (2008), αναφέρουν ότι τα συμπτώματα που εμφανίζονται πιο έντονα στους καρκινοπαθείς ασθενείς είναι, η αλεξιθυμία, κατάθλιψη και ψυχικό άγχος. Επίσης δυσκολία αποδοχής της νόσου, απομόνωση, διαταραχή κοινωνικών επαφών, μοναξιά, προβλήματα επικοινωνίας και αίσθημα απόρριψης. Ο μεγάλος ποιητής Καβάφης Κ.Π. το 1932, άρρωστος από καρκίνο στο λάρυγγα, προσθέτει στην ποιητική του συλλογή, το πιο κάτω ποίημα το οποίο πιθανολογείται ότι περιγράφει τα συναισθήματα του μετά τη διάγνωση της νόσου του, << Μέσα στον φόβο και στις υποψίες, με ταραγμένο νου και τρομαγμένα μάτια, λιώνουμε και σχεδιάζουμε το πώς να κάμουμε για ν' αποφύγουμε τον βέβαιο τον κίνδυνο που έτσι φρικτά μας απειλεί. Κι όμως λανθάνουμε, δεν είν' αυτός στον δρόμο• ψεύτικα ήσαν τα μηνύματα (ή δεν τ' ακούσαμε, ή δεν τα νοιώσαμε καλά). Άλλη καταστροφή, που δεν την φανταζόμεθα, εξαφνική, ραγδαία πέφτει

επάνω μας, κι ανέτοιμους — πού πια καιρός — μας συνεπαίρνει >>. Έχουν γίνει αρκετές μελέτες, πάνω στο θέμα των συναισθημάτων των ασθενών με καρκίνο, που αναφέρουν ποσοστά έντονου στρες και κατάθλιψης. Μία από αυτές αναφέρει ένα ποσοστό των 20%-50% και επισημαίνει την ανάγκη για τη ψυχολογική τους υποστήριξη (Caroll et al, 1993). Μια άλλη υποστηρίζει ότι, οι ασθενείς που είναι καλά πληροφορημένοι, έχουν πιο λίγο άγχος ή κατάθλιψη (Grahm & Danielson, 1996). Ορισμένοι δε ερευνητές που έχουν ασχοληθεί με το ποιες ανάγκες στους καρκινοπαθείς είναι οι συχνότερες, οι σωματικές ή οι ψυχολογικές, απαντούν ότι είναι οι ψυχολογικές ανάγκες (Hill et al, 2003). Επίσης επισημαίνουν ότι μέσα στις κυριότερες αιτίες των ψυχολογικών αναγκών των ογκολογικών ασθενών είναι, οι αυξημένες πληροφοριακές ανάγκες τους, η ιατρονοσηλευτική στάση απέναντι στις πληροφοριακές ανάγκες και η επαρκής υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Mesters et al, 2001). Οι ογκολογικοί νοσηλευτές, λόγω της στενής και μακροχρόνιας επαφή τους με τους ασθενείς αυτούς, και μέσω της εκπαίδευσης τους, μπορούν να αναγνωρίσουν τα σημεία του άγχους ή της κατάθλιψης σε αυτούς. Ψυχολογική υποστήριξη χρειάζεται επίσης και η οικογένεια και οι φροντιστές των ογκολογικών ασθενών. Σύμφωνα με τους Kim et al, (2005) η διάγνωση της νόσου, επηρεάζει ψυχολογικά όλη την οικογένεια. Τα μέλη οικογενειών των καρκινοπαθών, όταν έλαβαν μέρος σε μια έρευνα για τις ανάγκες για των αγαπημένων τους, ανέφεραν ότι το πιο αναγκαίο για αυτούς ήταν η κοινωνική στήριξη και η ψυχολογική βοήθεια. Σύμφωνα με τον Κωνσταντινίδης Θ.Π.Ε., (2005), η ποιοτική και ολιστική φροντίδα για μια γρήγορη διάγνωση και εξατομικευμένη φροντίδα, του ασθενούς και της οικογένειας του θεωρείται απαραίτητη.

#### **3.9.4. Ανάγκες Κοινωνικές**

Οι πιο σημαντική διαταραχή στους καρκινοπαθείς από πλευράς συναισθήματος θεωρείται η κατάθλιψη, η οποία οφείλεται σε «γενική σωματική πάθηση». Όταν συνυπάρχουν πέντε συμπτώματα από τα πιο κάτω, κάθε μέρα στον ασθενή, ή σε μεγάλο μέρος της κάθε μέρας, τότε αυτός διαγιγνώσκεται με κατάθλιψη.

- i. Συναίσθημα θλίψης
- ii. Υπνηλία ή αϋπνία
- iii. Μεταβολή του σωματικού βάρους
- iv. Ανησυχία ψυχοκινητική ενεργητικότητας
- v. Δυσκολία στη λειτουργία σκέψης και συγκέντρωση

- vi. Συναισθήματα ενοχής ή και αυτοϋποτίμησης
- vii. Απώλεια ενδιαφέροντος για συνήθειες ή και νέες δραστηριότητες
- viii. Συνεχόμενες σκέψεις όσον αφορά το θάνατο (Παπαγιάννης Α. 2004).

Εκτός από την ίδια την νόσο του καρκίνου, επιπτώσεις ψυχοκοινωνικές προκαλούν και οι αντικαρκινικές θεραπείες. Από χειρουργικής πλευράς αυτό μπορεί να σημαίνει, ακρωτηριασμό, αλλαγή στην εικόνα σώματος, αναπηρία, αλλαγή ή ανικανότητα εργασίας, διαταραχές στο ρόλο του ασθενούς στο οικογενειακό περιβάλλον, μείωση ή και αποκοπή από τις κοινωνικές δραστηριότητες. Από την ακτινοθεραπευτική πλευρά μπορεί να προκληθούν προβλήματα όπως τοπικοί ερεθισμοί, καταστολή ανοσίας, θρομβοπενία, λευκοπενία, εμετός κ. α. Η χημειοθεραπεία επίσης, είναι ένας παράγοντας που επιφέρει επιπτώσεις στη ψυχοκοινωνική ζωή του ασθενούς μέσω της ανάγκης για συχνή νοσηλεία, για πολλαπλές φλεβοκεντήσεις, την πρόκληση αλωπεκίας, αναιμίας, λευκοπενίας κ. ά. Άλλη μια αιτία μπορεί να είναι η ορμονοθεραπεία, που μπορεί να προκαλέσει αλλαγή στην εικόνα του σώματος, με την εμφάνιση τριχοφυΐας, μεταβολής του σωματικού βάρους και τις ψυχολογικές επιδράσεις. Όλες αυτές οι ανάγκες χρειάζονται πρόληψη ή και άμεση αντιμετώπιση όταν εμφανιστούν. Δεν πλήττεται μόνο ο ασθενής, αλλά και η οικογένεια του από αυτές τις ανάγκες. Ο νοσηλευτής λόγω της συνεχούς επαφής που έχει με τον ασθενή, μπορεί να διαγνώσει αυτά τα συμπτώματα έγκαιρα και να προλάβει το ψυχοκοινωνικό αποκλεισμό.

Χρειάζεται η πολύ καλή επικοινωνία με τον ασθενή και με την οικογένεια του για να μπορέσει να φτάσει σε ένα αποτέλεσμα επιθυμητό σε συνεργασία με την πολυδύναμη ομάδα της ογκολογίας.

Οι διαδικασίες για τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ενός ατόμου με καρκίνο, δεν μπορεί να στηρίζεται σε ένα άτομο μόνο. Χρειάζεται μια πολυδύναμη ομάδα που εκτός από τους επαγγελματίες υγείας να απαρτίζεται και από βοηθούς και επίσης να μετρά και η γνώμη της οικογένειας.

### **3.9.5. Οικονομικές ανάγκες**

Οι οικονομικές επιπτώσεις του καρκίνου στον ίδιο τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον, περιλαμβάνει έξοδα που δεν καλύπτουν τα ασφαλιστικά ταμεία (Steele & Fitch, 1996), όπως τη μεταφορά τους από και προς το νοσοκομείο, παροχές υπηρεσιών υγείας στο σπίτι, απώλεια εισοδήματος λόγω του καρκίνου, ειδική διαίτα, φροντίδα παιδιών κ.ά. Οι ανάγκες αυτές αυξάνονται σιγά - σιγά και όταν το σύστημα υγείας αδυνατεί να τις καλύψει, πολλοί ασθενείς δεν μπορούν να τηρήσουν το πλάνο της θεραπείας τους. Αποτέλεσμα τότε είναι να μην έχουν καλή ποιότητα ζωής. Η μετακίνηση και η χαμηλή οικονομική στάθμη των ηλικιωμένων ογκολογικών

ασθενών, θεωρείται η κυριότερη αιτία για προβλήματα στη τήρηση θεραπείας και τη φροντίδα Goodwin et al, (1993). Η νόσος του καρκίνου, εκτός του ότι επηρεάζει οικονομικά την οικογένεια του ασθενούς, έχει επιπτώσεις και γενικά στην οικονομία της κοινωνίας. Σύμφωνα με τον Κοσμίδη Π. (2013), «Η σχέση του καρκίνου με την οικονομική κρίση είναι αλληλένδετη και, κυρίως, αμφίδρομη: Σε περίοδο οικονομικής κρίσης, τα άτομα με καρκίνο ζούνε λιγότερο. Ταυτόχρονα, όμως, και, από την άλλη πλευρά, η θεραπεία του καρκίνου δημιουργεί οικονομική κρίση. Γιατί, αυξάνοντας την επιβίωση, κοστίζει πολλά». Η κοινωνία επηρεάζεται γιατί όλα αυτά τα άτομα που κάθε χρόνο χάνουν τη ζωή τους ή αδυνατούν να εργαστούν λόγω της νόσου, θα ήταν εργαζόμενοι που θα πρόσφεραν σε αυτήν. Επίσης το κόστος, έμμεσο ή άμεσο, της φροντίδας του καρκινοπαθή είναι αρκετά μεγάλο (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Η EUROCARE στη μελέτη 3 (2014), απέδειξε ότι, η επιβίωση για τον καρκίνο, στον γενικό πληθυσμό της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, φαίνεται να έχει απόκλιση μεταξύ των ασθενέστερων και ισχυρών σε θέματα οικονομίας χωρών. Επίσης σημαντική είναι η επισήμανση του ότι όσο μεγαλύτερο είναι το ΑΕΠ μιας χώρας, τόσο μεγαλύτερη είναι και η επιβίωση των ογκολογικών ασθενών σε αυτή. Τα νούμερα που αναφέρει η συγκεκριμένη μελέτη για το κόστος ανά έτος που υπολογίστηκε στις χώρες της ΕΕ για την αντιμετώπιση των ασθενών αυτών, ανέρχεται συνολικά στο 124 δισεκατομμύρια ευρώ. Το κόστος φροντίδας των ασθενών με καρκίνο, μπορεί να είναι μεγάλο, αλλά σώζει ζωές με αποτέλεσμα να αποφέρει άλλα οικονομικά οφέλη γενικότερα στην οικονομία μιας χώρας. Οι Κυβερνήσεις των Χωρών είναι υπεύθυνες για την εφαρμογή στρατηγικών που να έχουν συγκεκριμένους στόχους και προγράμματα στρατηγικών, για την διάθεση πόρων στη φροντίδα ασθενών με καρκίνο. Οι νοσηλευτές σαν επαγγελματίες υγείας συμβάλλουν μέσω της πρακτικής, της επιστήμης και της έρευνας σε αυτή τη προσπάθεια, έχοντας πάντα στόχο τη ποιότητα ζωής των ατόμων που νοσούν.

### **3.10 Ποιότητα ζωής**

Η έννοια της, ποιότητας ζωής, είναι πολυσυζητημένη. Η αδυναμία των μελετητών να καταλήξουν σε μια ομοφωνία σχετικά με την έννοια της, οφείλεται στο ότι ο κάθε ένας από αυτούς έχει διαφορετικά κριτήρια. Όλοι όμως συμφωνούν ότι η ποιότητα ζωής ως έννοια μεταβάλλεται αναλόγως με το που θέλουμε να τη χρησιμοποιήσουμε. Επίσης εξαρτάται από το πόσο ή πως μεταβάλλεται στο χρόνο και στο χώρο. Ορισμένοι ερευνητές αναφέρονται στην ποιότητα ζωής ως μια έννοια, που αντανακλά στην ευεξία και στην υποκειμενική της εκτίμηση. Πιο απλά είναι το πως αισθάνονται και λειτουργούν οι ασθενείς με ογκολογικά προβλήματα μέσα στην καθημερινότητά τους (Κωνσταντινίδης Θ.Π.Ε., 2005). Αν προσπαθήσουμε να αναλύσουμε τις γνώμες των μελετητών, θα δούμε όντως πολλές διαφορές στην έννοια. Σε αυτό όμως που όλοι

καταλήγουν να συμφωνούν, είναι, όπως αναφέρει η Fallowfield, (1990), ότι η ποιότητα αφορά στην ψυχική, σωματική και κοινωνική ευεξία και επίσης στην έννοια φροντίδας των ασθενών με καρκίνο. Όταν όμως κάποιος αναφέρεται στην ποιότητα ζωής των ογκολογικών ασθενών, είναι ξεκαθαρισμένο ότι αναφέρεται στην ζωή του ατόμου από τη διάγνωση μέχρι το τελικό στάδιο της νόσου (Κωνσταντινίδης Θ.Π.Ε., 2005). Για να ερευνηθεί και να εκτιμηθεί η ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων, χρειάζεται πολύ καλή μεθοδολογική προσέγγιση από τους ερευνητές, λόγω της πολλαπλής διάστασης της ίδιας της έννοιας. Ο Παπαγιάννης Α. (2004), προσπαθώντας να συνοψίσει τις διάφορες γνώμες των ερευνητών και να καταλήξει σε ένα κατανοητό συμπέρασμα, αναφέρει ότι, η ποιότητα της ζωής είναι νέα παράμετρος, που πρέπει να εκτιμάται μαζί με άλλες παραμέτρους όταν σχετίζεται με τη νόσο του καρκίνου. Έχει υποκειμενικότητα και εξαρτάται από το ίδιο το άτομο που νοσεί, το πολιτιστικό του επίπεδο, τις αντιλήψεις του, το κοινωνικό του πλαίσιο και άλλες πολλές παραμέτρους. Η επιστημονική ερευνητική κοινότητα, αναγνωρίζοντας την πολυπλοκότητα του ερευνητικού ερωτήματος της ποιότητας της ζωής των καρκινοπαθών, ανέπτυξε ερευνητικά εργαλεία μέσω των οποίων μπορεί να καταγράφεται με αντικειμενικότητα και αξιοπιστία η ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών. Οι Νοσηλευτές πρωτοπορούν στην έρευνα με αντικείμενο τη φροντίδα των ασθενών με χρόνια νοσήματα. Αυτό μπορεί να αποδειχτεί μέσω της βιβλιογραφίας και των επιστημονικών βάσεων δεδομένων. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές κατανοώντας τις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν οι ανεκπλήρωτες ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους, βοηθούν να εντοπιστούν αυτές οι ανάγκες για να μπορέσουν να εκπληρωθούν. Συνεργάζονται ερευνητικά με τους ίδιους τους ασθενείς, τους φροντιστές τους και άλλους επαγγελματίες υγείας, για να προσφέρουν, την όσο το δυνατό καλύτερη ποιότητα εξατομικευμένης φροντίδας στα άτομα αυτά.

### **3.11 Υποστηρικτικές Υπηρεσίες φροντίδας ασθενών με καρκίνο**

Η παροχή φροντίδας σε άτομα με ογκολογικές ανάγκες στηρίζεται στον καλό σχεδιασμό της στρατηγικής της κάθε χώρας και επίσης στην σχέση γιατρού - νοσηλευτή - ασθενούς και οικογένειας. Ο επιστημονικός σεβασμός ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι και εμπλέκονται ενεργά με τη παροχή φροντίδας των ασθενών αυτών, θεωρείται το Α και το Ω του δρόμου προς την επιτυχία. Άλλος ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την παροχή καλής ποιότητας παροχή φροντίδας, είναι και το κόστος. Τη σημερινή εποχή, της οικονομικής κρίσης το κόστος πρέπει να υπολογίζεται και να βρίσκονται τρόποι για κονδύλια. Η συμβολή στην διεπιστημονική ομάδα οικονομικών συμβούλων, φορέων ιδιωτικών για παροχή δωρεών ή και φιλανθρωπικών συνδέσμων θεωρείται πολύ σημαντική. Ακόμα και η συμμετοχή εθελοντών φροντιστών, που να έχουν την διάθεση να εκπαιδευτούν, για να παρέχουν κάποιου είδους

φροντίδας είναι καλοδεχούμενη. Ο ρόλος των Νοσηλευτών σε σχέση με τις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους είναι πολύπλευρος.

### ***3.11.1 Οι Υποστηρικτικές Υπηρεσίες στην Κύπρο***

Στη Κύπρο υπάρχουν υποστηρικτικές υπηρεσίες για τη παροχή φροντίδας στους ογκολογικούς ασθενείς. Πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες έχουν όλοι οι διαγνωσμένοι ασθενείς με ογκολογικά προβλήματα. Υπάρχουν οι υπηρεσίες που προσφέρονται εντός των Νοσηλευτικών Δημόσιων Ιδρυμάτων, αυτές των Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων, ένα Ημικρατικό Νοσηλευτήριο και οι μη κερδοσκοπικές υπηρεσίες όπως τον Παγκύπριο σύνδεσμο καρκινοπαθών και φίλων και τον Αντικαρκινικό σύνδεσμο. Σε όλες τις πιο πάνω υπηρεσίες υπάρχουν πολυδύναμες επιστημονικές ομάδες επαγγελματιών, εξειδικευμένων στη φροντίδα ογκολογικών ασθενών.

### ***3.11.2. Ομάδες στήριξης***

Στις ομάδες αυτές εκτός από τους επαγγελματίες μπορεί να συμβάλλουν και οι ίδιοι οι ασθενείς, οι οποίοι θέλουν να συμπαρασταθούν σε άλλους με το ίδιο πρόβλημα. Αυτές οι ομαδικές συναντήσεις μπορεί να οργανώνονται είτε από το Δημόσιο τομέα, τον ημικρατικό ή τους μη κερδοσκοπικούς φορείς.

### ***3.11.3. Κοινωνική υποστήριξη παροχής φροντίδας***

Οι νοσηλευτές που εξειδικεύονται στην Κοινωνική φροντίδα των ασθενών παρέχουν υποστήριξη στο σπίτι, πάντα σε συνεργασία με την οικογένεια και τους θεράποντες ιατρούς της ομάδας. Κοινωνική φροντίδα παρέχεται από τον Δημόσιο τομέα αλλά και από τους μη κερδοσκοπικούς φορείς (Αντικαρκινικός Σύνδεσμος και Σύνδεσμος Καρκινοπαθών και φίλων και Αιματολογικός Σύνδεσμος).

### ***3.11.4. Θρησκευτική ή πνευματική υποστήριξη***

Κάποια άτομα με ογκολογικά προβλήματα, βρίσκουν τη στήριξη που χρειάζονται στη θρησκεία, αντλώντας δύναμη μέσω της πίστης τους. Αυτά τα άτομα ζητούν από τους πνευματικούς τους, ψυχική ενδυνάμωση για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τη νόσο. Οι νοσηλευτές υποστηρίζουν τη θέση αυτή και στηρίζουν τους ασθενείς τους. Εξάλλου τα Δημόσια Νοσηλευτήρια, υπάρχει μόνιμος Ιερέας και εκκλησάκι για αυτό το σκοπό.

### **3.11.5. Ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης**

Οι ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης απαρτίζονται από Ψυχολόγους και Νοσηλευτές. Σε αυτές τις ομάδες μπορούν να απευθυνθούν τόσο οι ασθενείς, όσο και η οικογένεια τους. Επίσης μπορούν μέσω της ομάδος να έρθουν σε επαφή με άλλους ασθενείς, που έχουν τα ίδια βιώματα. Αυτό μπορεί να παρέχεται εκτός από το Δημόσιο και από μη κερδοσκοπικούς φορείς (Αντικαρκινικός Σύνδεσμος και Σύνδεσμος Καρκινοπαθών και φίλων και Αιματολογικός Σύνδεσμος). Κέντρα υποστήριξης στη Κύπρο, υπάρχει το ίδρυμα Αροδαφνούσας και το . Οι υπηρεσίες του κέντρου Αροδαφνούσας είναι η θεραπεία, αποθεραπεία και η αποκατάσταση. Εργοδότη μια πολυεπιστημονική ομάδα από γιατρούς εξειδικευμένους στην ανακουφιστική φροντίδα, νοσηλευτές, κοινωνιολόγο, φυσιοθεραπεύτρια, ψυχολόγο, αρωματοθεραπεύτρια και επίσης αγοράζει υπηρεσίες από όταν υπάρχει ανάγκη, όπως λογοθεραπευτές, διαιτολόγους, κα. Η ομάδα συμπληρώνεται από ιερείς και εθελοντές. Το κέντρο είναι φιλανθρωπικού χαρακτήρα και δέχεται χορηγία από το κράτος.

### **3.11.6. Κοινωνικής Ευημερίας.**

Το γραφείο κοινωνικής ευημερίας Κύπρου, στηρίζει όσους πληρούν τα κριτήρια, είτε οικονομικά είτε παρέχοντας τους μερική φροντίδα. Κοινωνικοί λειτουργοί που στηρίζουν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους όταν χρειάζεται εργοδοτούνται και από τους μη κερδοσκοπικούς φορείς.

### **3.12 Τομέας Ογκολογικής Νοσηλευτικής**

Ο τομέας Ογκολογικής Νοσηλευτικής βρίσκεται κάτω από την ομπρέλα του Παγκύπριου συνδέσμου νοσηλευτών και Μαιών και έχει δημιουργηθεί με στόχο την συνεχή εκπαίδευση και ενημέρωση των νοσηλευτών της Κύπρου. Στόχος του είναι η βελτίωση της ποιοτικά εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας ασθενών με καρκίνο, μέσω της συνεχούς εκπαίδευσης και της έρευνας. Η δράση του τομέα είναι μεγάλη και έχει συνεργασίες με φορείς τόσο στη Κύπρο όσο και στο εξωτερικό.

### **3.13. Ευρώ-Μεσογειακό Ερευνητικό Εργαστήριο Ογκολογικής και Ανακουφιστικής Φροντίδας**

Σύμφωνα με τον Δρ. Χαραλάμπους Α. (2011), το Ευρώ-Μεσογειακό Ερευνητικό Εργαστήριο Ογκολογικής και Ανακουφιστικής Φροντίδας στη Κύπρο, δημιουργήθηκε με γνώμονα την διερεύνηση όλων αυτών των διαστάσεων που δημιουργεί ο καρκίνος, έτσι ώστε να παραχθεί η γνώση για την επιτυχή αντιμετώπιση τους. Απώτερος στόχοι του είναι, η προαγωγή της υγείας, η

βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, η μείωση της επιβάρυνσης που βιώνουν οι οικογενειακοί φροντιστές και κατ' επέκταση η μείωση των επιπτώσεων της νόσου σε κοινωνικό επίπεδο.

## **II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **4. Ερευνητική υπόθεση**

### **4.1 Καταγραφή του προβλήματος**

Δεν υπάρχει βιβλιογραφική πληροφόρηση για τις πιθανές επιπτώσεις των ανεκπλήρωτων αναγκών στην παροχή της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών με καρκίνο που νοσηλεύονται ή νοσηλεύτηκαν, σε σχέση με τη ποιότητα. Το κενό αυτό, προκαλεί σημαντική αδυναμία στην προσπάθεια βελτίωσης των συνθηκών ποιοτικής παροχής της εξατομικευμένης παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας. Η αδυναμία αυτή, επηρεάζει εκτός από τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένεια του και το Νοσηλευτικό Οργανισμό όπου παρέχει τη φροντίδα, τις Υπηρεσίες Υγείας και κατά παρέλευση την κοινωνία γενικότερα. Η έρευνα αυτή έχει σκοπό να καλύψει, τουλάχιστον κατά ένα μέρος, το κενό αυτό.

### **4.2 Αναγκαιότητα της μελέτης.**

Βασίζεται στο γεγονός του ότι, τα αποτελέσματα του έργου θα μπορέσουν να εντοπίσουν τυχών ελλείψεις στην παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με κακοήθεια που νοσηλεύονται στα Κρατικά Νοσηλεύτριά. Βάση των αποτελεσμάτων αυτών θα προταθούν αλλαγές στην παρεχόμενη ενδονοσοκομειακή φροντίδα, με στόχο την όσο υψηλότερη ποιότητα παρεχόμενης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και καλύτερη ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών και των οικογενειών τους.

### **4.3 Προσδοκώμενα αποτελέσματα**

Η παροχή υψηλής ποιότητας εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας συμβάλλει στη διατήρηση και βελτίωση της υγείας των νοσηλευόμενων. Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα αυτής της έρευνας στοχεύουν στην διασφάλιση παροχής υψηλής ποιότητας εξατομικευμένης φροντίδας υγείας, των ασθενών με κακοήθεια που νοσηλεύονται. Το ζητούμενο είναι μέσω της ανάλυσης, να εντοπιστούν οι επιπτώσεις των ανεκπλήρωτων αναγκών των νοσηλευόμενων καρκινοπαθών, με σκοπό να αξιοποιηθούν τα δεδομένα από τη διοίκηση των Υπηρεσιών Υγείας και να δοθούν λύσεις μέσω στοχευμένων παρεμβάσεων, που να αυξήσουν την ποιότητα στη παροχή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

### **4.4 Σκοπός και στόχοι**

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει αν η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με κακοήθεια που νοσηλεύονται, επηρεάζεται από τις επιπτώσεις των ανεκπλήρωτων αναγκών τους ως προς τη ποιότητα.

Η έρευνα αυτή στοχεύει μέσω των αποτελεσμάτων της να ενισχύσει:

- i. τη ποιότητα παρεχόμενης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς με κακοήθεια
- ii. τη ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών και κατά συνέπεια και των οικογενειών τους.
- iii. και να διασφαλίσει τη παροχή υψηλής ποιότητας εξατομικευμένης φροντίδας υγείας, των ασθενών με κακοήθεια που νοσηλεύονται με μελλοντικό στόχο την ενίσχυση του Νοσηλευτικού Οργανισμού που την παρέχει, τις Υπηρεσίες Υγείας και τη κοινωνία γενικότερα.

#### **4.5 Ερευνητικά ερωτήματα**

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα είναι:

- 1) Επηρεάζεται η εξατομικευμένη φροντίδα από τη ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας;
- 2) Επηρεάζεται η ικανοποίηση ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους;
- 3) Η παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα ικανοποιεί τις ανάγκες των ασθενών που νοσηλεύονται;

#### **4.6 Πρωτότυπα της έρευνας**

Το θέμα των επιπτώσεων των ανεκπλήρωτων αναγκών στη ποιότητα της παροχής εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας κατά τη νοσηλεία τους, έχει ερευνηθεί σε τέσσερα επίπεδα μέσω τεσσάρων ερωτηματολογίων.

- i. δημογραφικά στοιχεία
- ii. εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας
- iii. υποστηρικτικών αναγκών φροντίδας και
- iv. της ποιότητας παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στο να ερευνηθεί κατά πόσο οι επιπτώσεις των ανεκπλήρωτων αναγκών των ασθενών με καρκίνο, που νοσηλεύονται ή νοσηλεύτηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού έχουν επηρεαστεί από την ποιότητα παροχής εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτή η παράμετρος δεν έχει ερευνηθεί προηγουμένως.

## 5. Μεθοδολογία

Η εκπόνηση της έρευνας επιτεύχθηκε αφού χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από πρωτογενή έρευνα, όπως και δευτερογενείς πηγές πληροφόρησης. Τα πρωτογενή δεδομένα προέρχονται από τους ίδιους τους ασθενείς του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίου βάση του οποίου εκτιμούνται οι διάφοροι παράμετροι της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στη νοσηλευτική φροντίδα. Δευτερογενείς πηγές πληροφόρησης είναι τα στοιχεία που προέρχονται από τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία. Ο πληθυσμός στον οποίο αναφέρεται αυτή η έρευνα είναι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο και νοσηλεύονται ή και νοσηλεύτηκαν το τελευταίο έτος, στην ογκολογική και αιματολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Το δείγμα αποτελείται από 74 άτομα και η συλλογή δεδομένων έγινε με τη βοήθεια ερωτηματολογίου, το οποίο παρατίθεται στο τέλος της εργασίας. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους ασθενείς με τη μέθοδο της γραπτής συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο έχει δοθεί προς συμπλήρωση σε 100 άτομα, παρόλα αυτά επιστράφηκαν συμπληρωμένα 74 ερωτηματολόγια, δηλαδή η ανταπόκριση ήταν 74%. Η έρευνα επικεντρώνεται κυρίως στη στατιστική περιγραφική ανάλυση του ερωτηματολογίου καθώς και τις συγκρίσεις μεταξύ των μεταβλητών και των δημογραφικών χαρακτηριστικών. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική. Κατασκευάστηκαν διάφορα διαγράμματα, όπως κυκλικά διαγράμματα, ραβδογράμματα, ιστογράμματα ανάλογα με την περίπτωση, δίνεται ο πίνακας συχνοτήτων για κάθε περίπτωση, υπολογίζεται τη μέση τιμή (mean), η τυπική απόκλιση (Std. Deviation), μέγιστη (max), η ελάχιστη τιμή (min) και άλλα. Στη συνέχεια έγιναν κάποιοι έλεγχοι για να εξακριβωθεί, κατά πόσον υπάρχει κάποια εξάρτηση ανάμεσα σε κάποιους παράγοντες και των δημογραφικών χαρακτηριστικών. Για να ελέγξουμε αν υπάρχει ή όχι στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ δύο χαρακτηριστικών χρησιμοποιούμε την τιμή του p-value του κάθε ελέγχου. Γίνεται έλεγχος t-test για να εξεταστούν πιθανές διαφορές μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών με δύο επίπεδα και ανάλυση διακύμανσης (Analysis Of Variance - ANOVA), για ανεξάρτητες μεταβλητές με περισσότερα από δύο επίπεδα. Θεωρούμε ως επίπεδο σημαντικότητας το 10% και απορρίπτουμε την υπόθεση της ανεξαρτησίας εάν το p-value του ελέγχου είναι κάτω από το 0.10. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο ανάλυσης κοινωνικών επιστημών (SPSS 20.0).

## 5.1 ΜΕΡΟΣ Α' (Δημογραφικά)

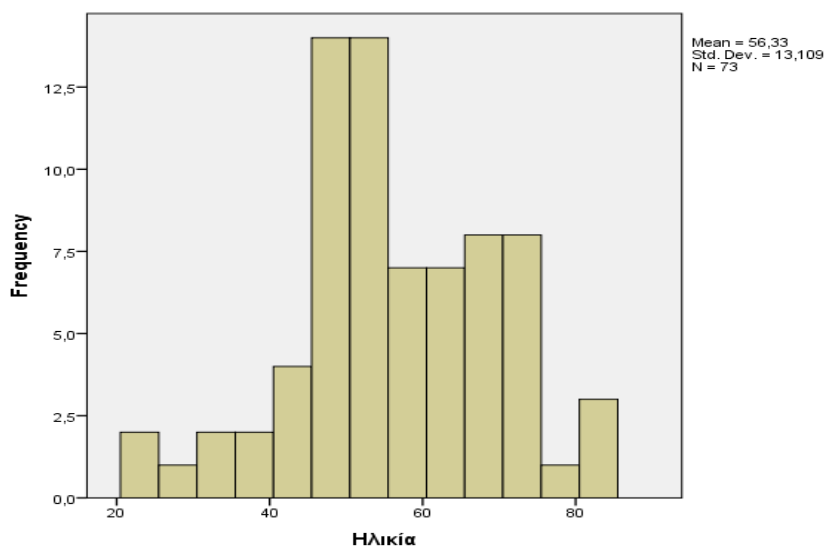
### 5.1.1. Ηλικία

Πίνακας 2.

*Μέσος όρος λοιπόν ηλικίας ερωτηθέντων.*

	N	Mini mum	Maxi mum	Mean	Std. Deviation
Ηλικία	73	23	82	56,33	13,109
Valid N (listwise)	73				

Ο μέσος όρος λοιπόν της ηλικίας τους βρέθηκε να είναι 56,33 ετών με τυπική απόκλιση 13,109 έτη. Παρατηρούμε όμως ότι υπάρχουν άτομα διαφόρων ηλικιών με μικρότερη ηλικία τα 23 έτη και μεγαλύτερη ηλικία 82 έτη.



Διάγραμμα 1. Ηλικία ερωτηθέντων

### 5.1. 2. Φύλο

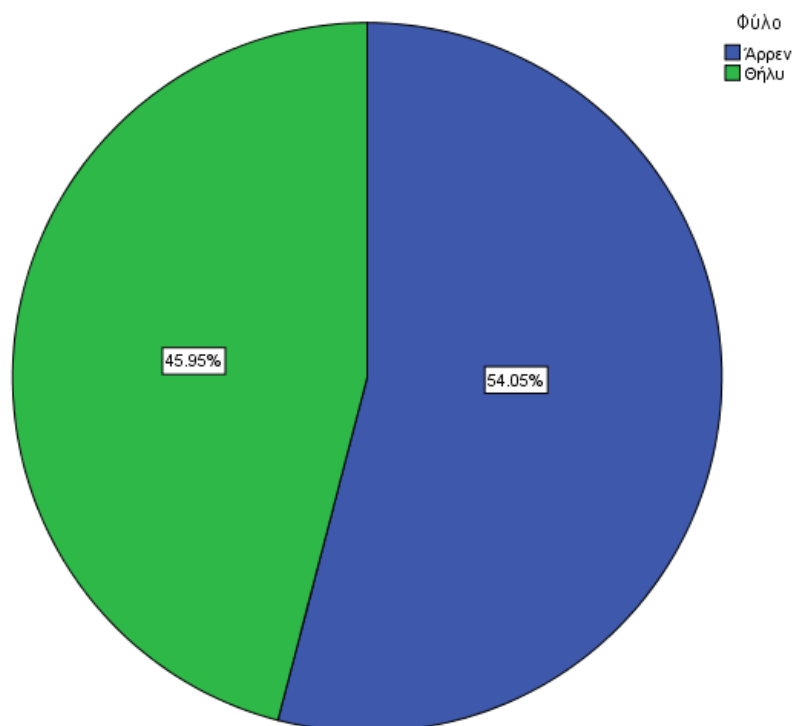
Πίνακας 3.

Φύλο δείγματος

	Freque ncy	Perce nt	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Άρρ εν	40	54.1	54.1	54.1
Vali Θήλ υ	34	45.9	45.9	100.0
Tota l	74	100.0	100.0	

Το δείγμα μας  
αποτελείται 54.1% από

άντρες και 45.9% από γυναίκες. Βλέπουμε ότι οι άντρες είναι ελάχιστα περισσότεροι από τις γυναίκες.



Γράφημα 1. Φύλο δείγματος

### 5.1.3. Το υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης που ολοκληρώσατε

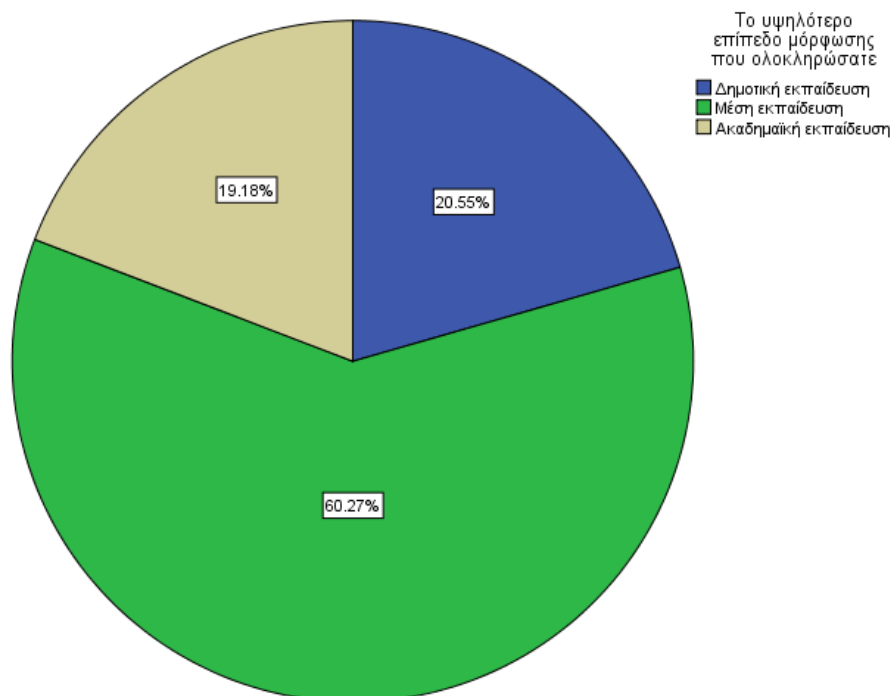
Πίνακας 4.

Το υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης που ολοκλήρωσαν

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δημοτική εκπαίδευση	15	20.5	20.5	20.5
Μέση εκπαίδευση	44	60.3	60.3	80.8
Ακαδημαϊκή εκπαίδευση	14	19.2	19.2	100.0
Total	73	100.0	100.0	

Όσον

αφορά το επίπεδο μόρφωσης 20,5% των ασθενών, είναι απόφοιτοι δημοτικής εκπαίδευσης, το 60,3% έχουν τελειώσει και τη μέση εκπαίδευση, ενώ το 19,2% είναι τουλάχιστον πτυχιούχοι κάποιας ακαδημαϊκής σχολής. Περισσότεροι από τους μισούς είναι απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης, που είναι άλλωστε σήμερα και υποχρεωτική.



Γράφημα 2. Επίπεδο μόρφωσης δείγματος.

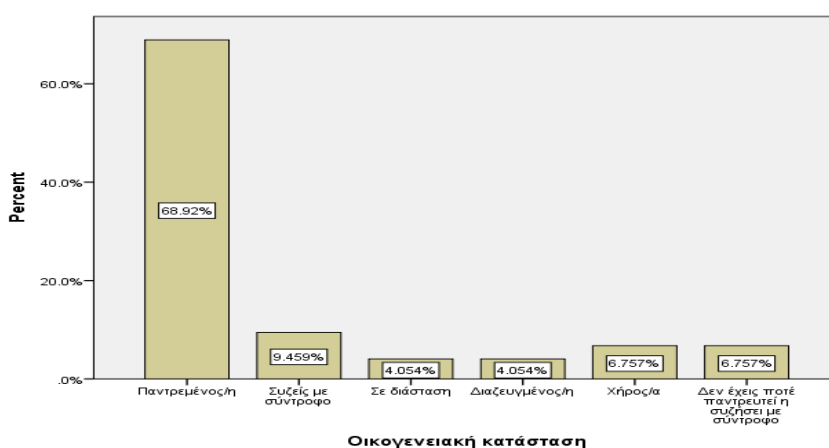
#### 5.1.4. Οικογενειακή κατάσταση

Πίνακας 5.

Οικογενειακή κατάσταση.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Παντρεμένος/η	51	68.9	68.9	68.9
Συζείς με σύντροφο	7	9.5	9.5	78.4
Vali Σε διάσταση	3	4.1	4.1	82.4
d Διαζευγμένος/η	3	4.1	4.1	86.5
Χήρος/α	5	6.8	6.8	93.2
Δεν έχεις ποτέ παντρευτεί η συζήσει με σύντροφο	5	6.8	6.8	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Η οικογενειακή κατάσταση κατανέμεται ως εξής, 68,9% είναι παντρεμένοι, ένα πολύ μικρότερο ποσοστό 9,5% συζούν με τον ή την σύντροφο τους, ακόμα πιο μικρά είναι τα ποσοστά των διαζευγμένων και αυτών που βρίσκονται σε διάσταση που ανέρχονται στο 4,1% . Τέλος οι χήροι και αυτοί που δεν έχουν παντρευτεί ποτέ αλλά ίσως ζουν με τον σύντροφό τους αποτελούν το 6,8% του δείγματος μας.



Διάγραμμα 2.

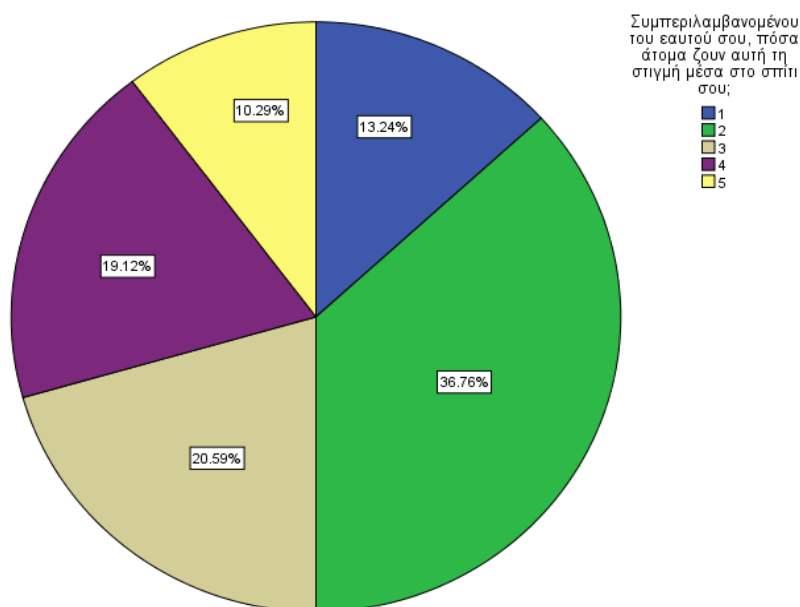
**5.1.5. Συμπεριλαμβανομένου του εαυτού σου, πόσα άτομα ζουν αυτή τη στιγμή μέσα στο σπίτι σου;**

Πίνακας 6.

*Πόσα άτομα ζουν αυτή τη στιγμή μέσα στο σπίτι.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 παιδί	9	13.2	13.2	13.2
2 παιδιά	25	36.8	36.8	50.0
3 παιδιά	14	20.6	20.6	70.6
4 παιδιά	13	19.1	19.1	89.7
5 παιδιά	7	10.3	10.3	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Το 50% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι ζουν σε νοικοκυριό με το πολύ δύο άτομα (ένα ή δύο) συμπεριλαμβανομένων και τον εαυτό τους. Ο μέγιστος αριθμός ατόμων που ζουν στο ίδιο σπίτι είναι 5 άτομα.



*Γράφημα 3. Άτομα που ζουν αυτή τη στιγμή μέσα στο σπίτι.*

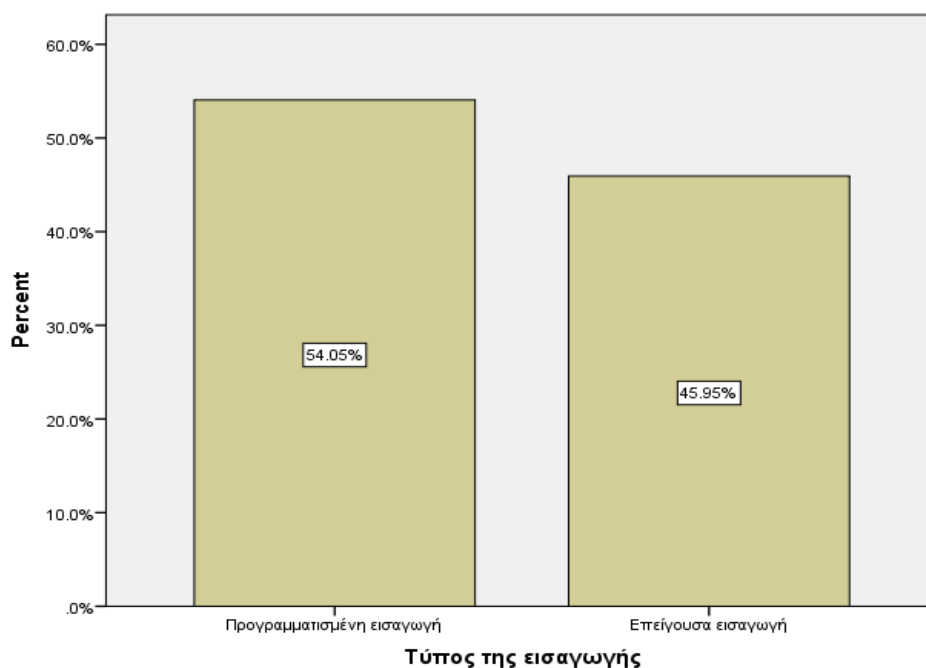
### 5.1.6. Τύπος της εισαγωγής

Πίνακας 7.

Τύπος της εισαγωγής.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Προγραμματισμένη εισαγωγή	40	54.1	54.1	54.1
Επείγουσα εισαγωγή	34	45.9	45.9	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Με προγραμματισμένη εισαγωγή εισήχθησαν το 54,1% και το 45,9% έγιναν επείγουσα εισαγωγή.



Διάγραμμα 3.

### 5.1.7. Ποιος ήταν ο λόγος της εισαγωγής σας αυτή τη φορά (τελευταία φορά);

Πίνακας 8.

Ποιος ήταν ο λόγος της εισαγωγής σας αυτή τη φορά (τελευταία φορά);

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	1,4	1,4	1,4
CA μαστού	1	1,4	1,4	2,7
Αδυναμία	3	4,1	4,1	6,8
Αλλεργία	1	1,4	1,4	8,1
Αντιβίωση	1	1,4	1,4	9,5
Αφυδάτωση	2	2,7	2,7	12,2
Βιοψία	1	1,4	1,4	13,5
Διάγνωση	1	1,4	1,4	14,9
δυνατοι πόνοι	1	1,4	1,4	16,2
Δύσπνοια	1	1,4	1,4	17,6
Εξετάσεις	1	1,4	1,4	18,9
Εξετάσεις	6	8,1	8,1	27,0
εξετάσεις, μετάγγιση	1	1,4	1,4	28,4
Επέμβαση	1	1,4	1,4	29,7
Ζάλη	1	1,4	1,4	31,1
Θεραπεία	29	39,2	39,2	70,3
Valid				
Λιποθυμία	1	1,4	1,4	71,6
λόγο αιμοκάθαρσης	1	1,4	1,4	73,0
Λοίμωξη	1	1,4	1,4	74,3
Μετάγγιση	1	1,4	1,4	75,7
Μετάσταση	1	1,4	1,4	77,0
Μόλυνση	1	1,4	1,4	78,4
μόλυνση πνεύμονα+επέμβαση	1	1,4	1,4	79,7
Όγκος	1	1,4	1,4	81,1
Πόνος	3	4,1	4,1	85,1
Πυρετός	1	1,4	1,4	86,5
Χειρουργείο	1	1,4	1,4	87,8
Χημειοθεραπεία	6	8,1	8,1	95,9
χημειοθεραπεία, εξετάσεις	1	1,4	1,4	97,3
χορήγηση χημειοθεραπείας	1	1,4	1,4	98,6
ψηλός πυρετός	1	1,4	1,4	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Η ερώτηση αυτή ήταν ανοικτού τύπου και το κάθε άτομο του δείγματος μας μπορούσε να απαντήσει ότι ήθελε σε ότι αφορά τον λόγο της τελευταίας εισαγωγής του.

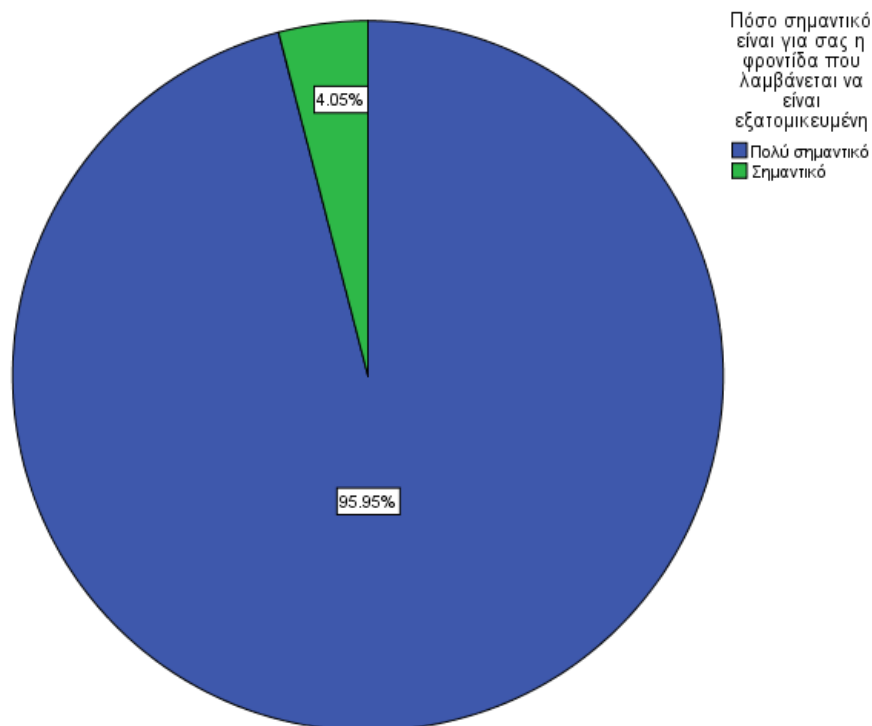
**5.1.8. Πόσο σημαντικό είναι για σας η φροντίδα που λαμβάνεται να είναι εξατομικευμένη (βασισμένη στις δικές σας ιδιαιτερότητες, δικά σας προβλήματα, δική σας οντότητα και περιβάλλον);**

Πίνακας 9.

*Πόσο σημαντικό είναι για σας η φροντίδα που λαμβάνεται να είναι εξατομικευμένη*

		Freque ncy	Perce nt	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Πολύ σημαντικό	71	95.9	95.9	95.9
	Σημαντικό	3	4.1	4.1	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Στον πιο πάνω πίνακα δίνονται οι απαντήσεις που πήραμε στην ερώτηση πόσο σημαντική θεωρείται την εξατομικευμένη φροντίδα. Βλέπουμε ότι όλοι θεωρούν το θέμα αυτό τουλάχιστον σημαντικό και το 95,9% μάλιστα το θεωρεί πολύ σημαντικό.



*Γράφημα 4. Πόσο σημαντική είναι η φροντίδα που λαμβάνουν να είναι εξατομικευμένη.*

### 5.1.9. Μέρες νοσηλείας στο τμήμα μέχρι σήμερα

Πίνακας 10.

*Μέρες νοσηλείας στο τμήμα μέχρι σήμερα*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	9	12,2	12,2	12,2
10	5	6,8	6,8	18,9
15	2	2,7	2,7	21,6
16	1	1,4	1,4	23,0
17	1	1,4	1,4	24,3
20	3	4,1	4,1	28,4
23	1	1,4	1,4	29,7
27	2	2,7	2,7	32,4
3	1	1,4	1,4	33,8
30	3	4,1	4,1	37,8
Valid	33	1,4	1,4	39,2
d	44	1,4	1,4	40,5
	50	1,4	1,4	41,9
6	1	1,4	1,4	43,2
7	3	4,1	4,1	47,3
70	1	1,4	1,4	48,6
8	1	1,4	1,4	50,0
αρκετές	16	21,6	21,6	71,6
δεν				
θυμάμαι	1	1,4	1,4	73,0
πολλές	20	27,0	27,0	100,0
Total	74	100,0	100,0	

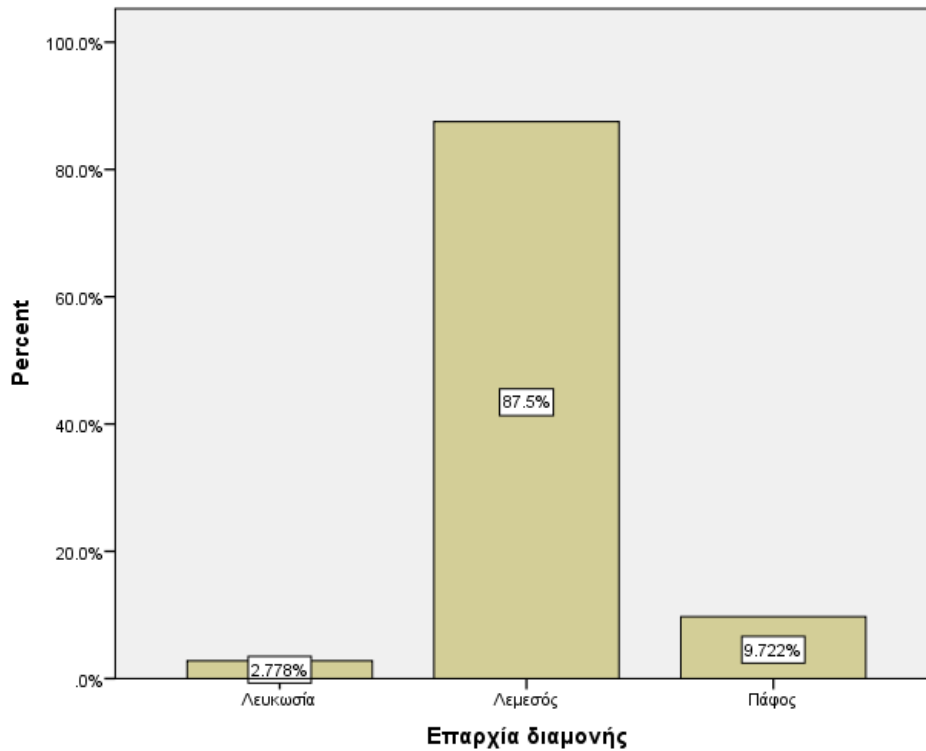
Και αυτή η ερώτηση ήταν ανοικτού τύπου και οι ασθενείς έγραφαν την απάντησή τους ολογράφως.

### 5.1.10. Επαρχία διαμονής

Πίνακας 11. Επαρχία διαμονής

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Λευκωσία	2	2.8	2.8	2.8
Valid Λεμεσός	63	87.5	87.5	90.3
Πάφος	7	9.7	9.7	100.0
Total	72	100.0	100.0	

Οι ερωτηθέντες διαμένουν όπως είναι φυσικό στην πλειοψηφία τους στην επαρχία Λεμεσού (84%) μιας και οι κάτοικοι των υπολοίπων πόλεων εξυπηρετούνται εκτός της Λεμεσού και σε άλλες επαρχίες που υπάρχουν ογκολογικές κλινικές.



Διάγραμμα 4.

### 5.1.11. Τύπος Καρκίνου

Πίνακας 12.

*Τύπος Καρκίνου*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	1,4	1,4	1,4
Καρκίνος του μαστού	10	13,5	13,5	14,9
Καρκίνος προστάτη	3	4,1	4,1	18,9
Καρκίνος ουροδόχου κύστης	3	4,1	4,1	23,0
Καρκίνος κεφαλής και τραχήλου	9	12,2	12,2	35,1
Καρκίνος πνεύμονα	13	17,6	17,6	52,7
Αίματος	1	1,4	1,4	54,1
Δέρμα	1	1,4	1,4	55,4
Έντερο	8	10,8	10,8	66,2
έντερο, συκώτι, πνεύμονες	1	1,4	1,4	67,6
καρκίνος ήπατος	1	1,4	1,4	68,9
κεφαλής, τραχήλου μήτρας	1	1,4	1,4	70,3
Κεφάλι	1	1,4	1,4	71,6
Κύστη	1	1,4	1,4	73,0
Valid d Λέμφωμα	1	1,4	1,4	74,3
Λευχαιμία	3	4,1	4,1	78,4
μεταστατικό στάδιο καρκίνος στην	1	1,4	1,4	79,7
κοιλιά(σάρκωμα)				
Μήτρα	1	1,4	1,4	81,1
Μυέλωμα	1	1,4	1,4	82,4
Όγκος	1	1,4	1,4	83,8
Πάγκρεας	2	2,7	2,7	86,5
πολλαπλό μυέλωμα	1	1,4	1,4	87,8
Προστάτη	1	1,4	1,4	89,2
προστάτη, ουροδόχου κύστης	1	1,4	1,4	90,5
Σάρκωμα	1	1,4	1,4	91,9
Σπώνδυλος	1	1,4	1,4	93,2
στήθος, αδένες μασχάλης	2	2,7	2,7	95,9
Συκώτι	3	4,1	4,1	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Ζητήθηκε σε αυτό το σημείο να δηλώσουν από ποιο τύπο καρκίνου έχουν προσβληθεί.

### 5.1.12. Είδος Θεραπείας που χορηγήθηκε ή συνεχίζει

Πίνακας 13.

*Είδος Θεραπείας που χορηγήθηκε ή συνεχίζει*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	3	4,1	4,1	4,1
Ακτινες	4	5,4	5,4	9,5
Αντιβίωση	4	5,4	5,4	14,9
Ενέσεις	1	1,4	1,4	16,2
Valid Θεραπεια	21	28,4	28,4	44,6
d Κορτιζονη	1	1,4	1,4	45,9
Φάρμακα	5	6,8	6,8	52,7
χειρουργείο, φάρμακα	1	1,4	1,4	54,1
χειρουργική επέμβαση	1	1,4	1,4	55,4
Χημειοθεραπεία	33	44,6	44,6	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Πιο κάτω φαίνονται οι απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς σχετικά με το είδος θεραπείας που τυγχάνουν.

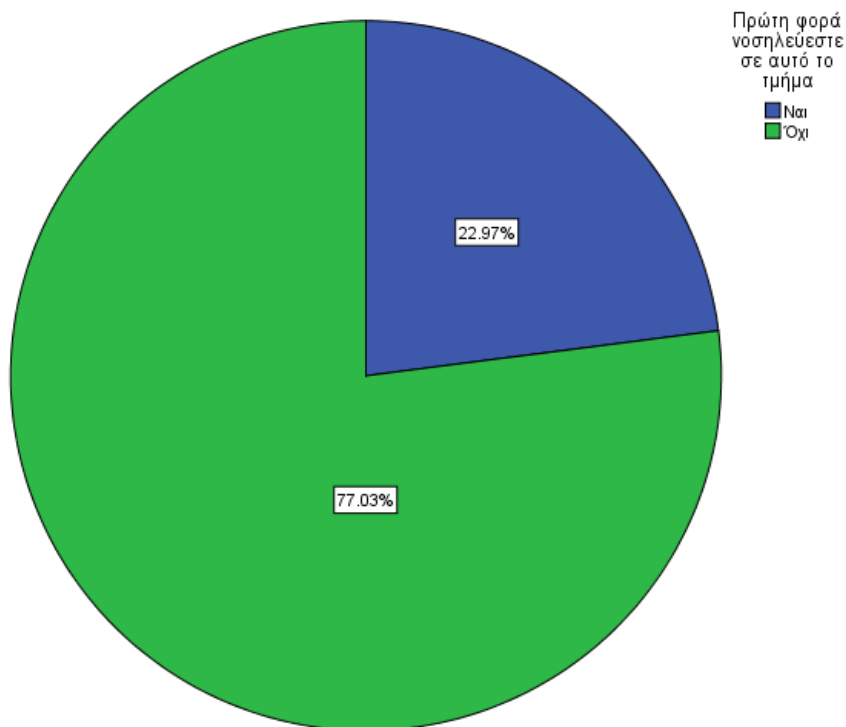
### 5.1.13. Πρώτη φορά νοσηλεύεστε σε αυτό το τμήμα

Πίνακας 14.

*Πρώτη φορά νοσηλεύεστε σε αυτό το τμήμα*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	17	23.0	23.0	23.0
	Όχι	57	77.0	77.0	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Το 77% του δείγματος μας έχει ξανά τύχει της παροχής νοσηλείας στο τμήμα, ενώ ένα πιο μικρό ποσοστό, 23%, πρώτη φορά νοσηλεύονται στο τμήμα.



*Γράφημα 5. Πρώτη φορά νοσηλεύεστε σε αυτό το τμήμα.*

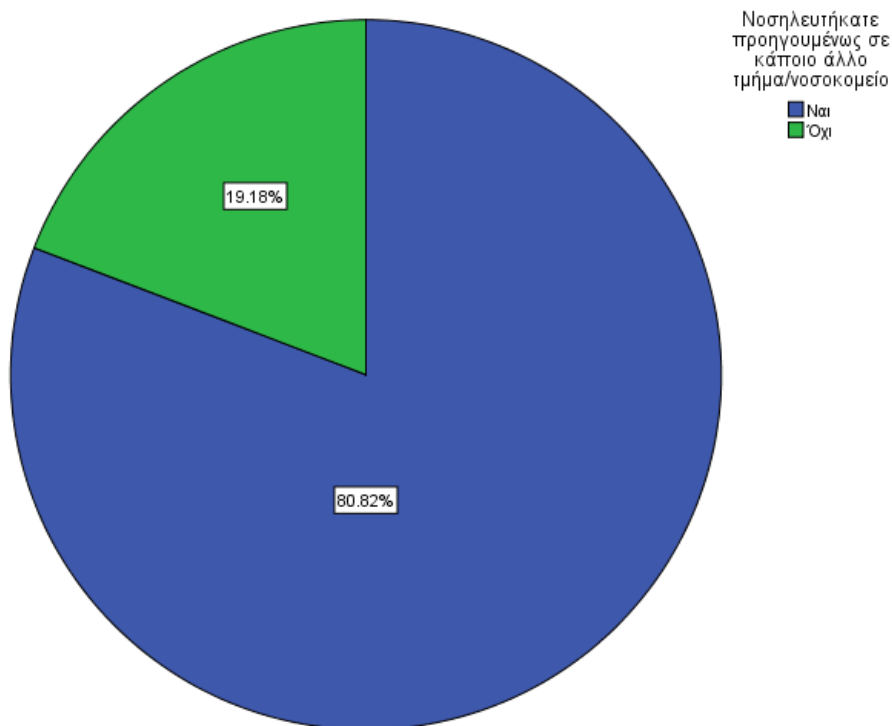
#### 5.1.14. Νοσηλευτήκατε προηγουμένως σε κάποιο άλλο τμήμα/νοσοκομείο.

Πίνακας 15.

*Νοσηλευτήκατε προηγουμένως σε κάποιο άλλο τμήμα/νοσοκομείο*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	59	79,7	80,8	80,8
	Όχι	14	18,9	19,2	100,0
	Total	73	98,6	100,0	
Missin g	Syste m	1	1,4		
Total		74	100,0		

Αρκετοί από τους ασθενείς έχουν νοσηλευτεί και σε άλλο τμήμα ή νοσοκομείο.



*Γράφημα 6. Νοσηλεία σε άλλο τμήμα / νοσοκομείο προηγουμένως.*

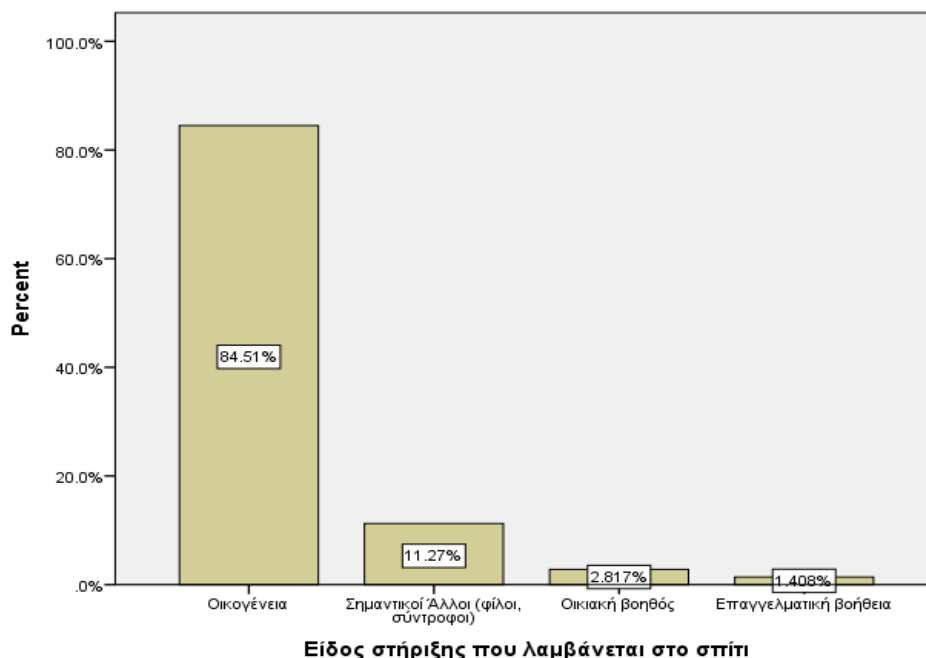
### 5.1.15. Είδος στήριξης που λαμβάνεται στο σπίτι

Πίνακας 16.

*Είδος στήριξης που λαμβάνεται στο σπίτι*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Οικογένεια	60	81,1	84,5	84,5
Valid Σημαντικοί Άλλοι (φίλοι, σύντροφοι)	8	10,8	11,3	95,8
Valid Οικιακή βοήθός	2	2,7	2,8	98,6
Valid Επαγγελματική βοήθεια	1	1,4	1,4	100,0
Total	71	95,9	100,0	
Missing System	3	4,1		
Total	74	100,0		

Παρατηρείται ότι από την οικογένεια προέρχεται κατά κύριο λόγο η βοήθεια που λαμβάνουν οι ασθενείς στο σπίτι.



Διάγραμμα 5. Είδος στήριξης που λαμβάνουν στο σπίτι

### 5.2.1. ΜΕΡΟΣ Β1, (Κλίμακα εξατομικευμένης φροντίδας)

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από δύο κομμάτια. Το Μέρος Β1 και το Μέρος Β2 που περιλαμβάνουν 16 και 17 ερωτήσεις αντίστοιχα και αποτελεί την κλίμακα εξατομικευμένης φροντίδας. Οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν αξιολογώντας την κάθε μια από τις προτάσεις με την ακόλουθη 5βαθμη κλίμακα Likert: 1 = «διαφωνώ απόλυτα», 2 = «διαφωνώ», 3 = «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», 4 = «συμφωνώ», 5 = «συμφωνώ απόλυτα». Στη συνέχεια προστέθηκε μια νέα μεταβλητή η οποία προήλθε από τον υπολογισμό του μέσου όρου της βαθμολογίας των απαντήσεων για κάθε περίπτωση και κάνουμε τις ανάλογες συγκρίσεις. Οι 16 ερωτήσεις - προτάσεις του μέρους αυτού αφορούν την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τω καρκινοπαθών στο νοσοκομείο. Στους επόμενους πίνακες Φαίνονται αναλυτικά οι απαντήσεις που πήραμε και τα αντίστοιχα ραβδογράμματα.

Πίνακας 17. Β01. Οι νοσηλευτές έχουν μιλήσει μαζί μου για το πώς αισθάνομαι σχετικά με την κατάστασή μου.

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ απόλυτα	3	4,1	4,1	4,1
Διαφωνώ σε ένα βαθμό	3	4,1	4,1	8,2
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	15	20,3	20,5	28,8
Συμφωνώ σε ένα βαθμό	30	40,5	41,1	69,9
Συμφωνώ απόλυτα	22	29,7	30,1	100,0
Total	73	98,6	100,0	
Missin System	1	1,4		
Total	74	100,0		

Πίνακας 18. Β02. Οι νοσηλευτές έχουν μιλήσει μαζί μου σχετικά με τη φροντίδα και προσοχή που χρειάζομαι για την ικανοποίηση των αναγκών μου.

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ απόλυτα	2	2,7	2,7	2,7
Διαφωνώ σε ένα βαθμό	2	2,7	2,7	5,5
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	15	20,3	20,5	26,0
Συμφωνώ σε ένα βαθμό	33	44,6	45,2	71,2
Συμφωνώ απόλυτα	21	28,4	28,8	100,0
Total	73	98,6	100,0	
Missin System	1	1,4		
Total	74	100,0		

Πίνακας 19.

*B03. Οι νοσηλευτές έχουν δώσει σε εμένα την ευκαιρία να αναλαμβάνω την ευθύνη της φροντίδας μου όταν μπορώ.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ απόλυτα	1	1,4	1,4	1,4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	9	12,2	12,2	13,5
Συμφωνώ σε ένα βαθμό	22	29,7	29,7	43,2
Συμφωνώ απόλυτα	42	56,8	56,8	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 20.

*B04. Οι νοσηλευτές έχουν αναγνωρίσει τις αλλαγές στο πώς νιώθω.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ απόλυτα	2	2,7	2,7	2,7
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	15	20,3	20,3	23,0
Συμφωνώ σε ένα βαθμό	29	39,2	39,2	62,2
Συμφωνώ απόλυτα	28	37,8	37,8	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 21.

*B05. Οι νοσηλευτές έχουν μιλήσει μαζί μου σχετικά με τους φόβους και τις ανησυχίες μου.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ απόλυτα	3	4,1	4,1	4,1
Διαφωνώ σε ένα βαθμό	13	17,6	17,6	21,6
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	16	21,6	21,6	43,2
Συμφωνώ σε ένα βαθμό	17	23,0	23,0	66,2
Συμφωνώ απόλυτα	25	33,8	33,8	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 22.

*B06. Οι νοσηλευτές έχουν κάνει προσπάθεια να βρουν πώς με έχει επηρεάσει η κατάστασή μου.*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	7	9,5	9,6	9,6
	Διαφωνώ σε ένα βαθμό	10	13,5	13,7	23,3
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	15	20,3	20,5	43,8
	Συμφωνώ σε ένα βαθμό	24	32,4	32,9	76,7
	Συμφωνώ απόλυτα	17	23,0	23,3	100,0
	Total	73	98,6	100,0	
Missin System		1	1,4		
Total		74	100,0		

Πίνακας 23.

*B07. Οι νοσηλευτές έχουν κάνει μιλήσει μαζί μου σχετικά με το τι σημαίνει για μένα η κατάστασή μου.*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	4	5,4	5,4	5,4
	Διαφωνώ σε ένα βαθμό	10	13,5	13,5	18,9
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	17	23,0	23,0	41,9
	Συμφωνώ σε ένα βαθμό	23	31,1	31,1	73,0
	Συμφωνώ απόλυτα	20	27,0	27,0	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 24.

*B08. ρωτήσει τι είδους δραστηριότητες έχω έξω από το νοσοκομείο στην καθημερινή μου ζωή (τι είδους εργασία, στον ελεύθερο χρόνο μου).*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	4	5,4	5,4	5,4
	Διαφωνώ σε ένα βαθμό	2	2,7	2,7	8,1
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	11	14,9	14,9	23,0
	Συμφωνώ σε ένα βαθμό	18	24,3	24,3	47,3
	Συμφωνώ απόλυτα	39	52,7	52,7	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 25.

*B09. ρωτήσει για τις προηγούμενες εμπειρίες μου από νοσηλεία στο νοσοκομείο.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ	17	23,0	23,3	23,3
Διαφωνώ σε ένα βαθμό	19	25,7	26,0	49,3
Ούτε συμφωνώ ούτε	20	27,0	27,4	76,7
Συμφωνώ σε ένα βαθμό	6	8,1	8,2	84,9
Συμφωνώ απόλυτα	11	14,9	15,1	100,0
Total	73	98,6	100,0	
Missin System	1	1,4		
Total	74	100,0		

Πίνακας 26.

*B10. ρωτήσει για τις καθημερινές μου συνήθειες (π.χ. την προσωπική μου υγιεινή).*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ	5	6,8	6,9	6,9
Διαφωνώ σε ένα βαθμό	11	14,9	15,3	22,2
Ούτε συμφωνώ ούτε	21	28,4	29,2	51,4
Συμφωνώ σε ένα βαθμό	19	25,7	26,4	77,8
Συμφωνώ απόλυτα	16	21,6	22,2	100,0
Total	72	97,3	100,0	
Missin System	2	2,7		
Total	74	100,0		

Πίνακας 27.

*B11. ρωτήσει εάν θέλω η οικογένειά μου να συμμετέχει στη φροντίδα μου.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ	3	4,1	4,1	4,1
Διαφωνώ σε ένα βαθμό	6	8,1	8,1	12,2
Ούτε συμφωνώ ούτε	17	23,0	23,0	35,1
Συμφωνώ σε ένα βαθμό	25	33,8	33,8	68,9
Συμφωνώ απόλυτα	23	31,1	31,1	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 28.

*B13. ρωτήσει τι θέλω να γνωρίζω για την κατάστασή μου.*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	7	9,5	9,6	9,6
	Διαφωνώ σε ένα βαθμό	13	17,6	17,8	27,4
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	12	16,2	16,4	43,8
	Συμφωνώ σε ένα βαθμό	15	20,3	20,5	64,4
	Συμφωνώ απόλυτα	26	35,1	35,6	100,0
	Total	73	98,6	100,0	
Missin σε	System	1	1,4		
Total		74	100,0		

Πίνακας 29.

*B14. ακούσει τις προσωπικές μου επιθυμίες σχετικά με τη φροντίδα μου.*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	4	5,4	5,4	5,4
	Διαφωνώ σε ένα βαθμό	8	10,8	10,8	16,2
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	13	17,6	17,6	33,8
	Συμφωνώ σε ένα βαθμό	23	31,1	31,1	64,9
	Συμφωνώ απόλυτα	26	35,1	35,1	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 30.

*B15. βοηθήσει για να πάρω μέρος στις αποφάσεις που σχετίζονται με τη φροντίδα μου.*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	6	8,1	8,1	8,1
	Διαφωνώ σε ένα βαθμό	13	17,6	17,6	25,7
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	7	9,5	9,5	35,1
	Συμφωνώ σε ένα βαθμό	25	33,8	33,8	68,9
	Συμφωνώ απόλυτα	23	31,1	31,1	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 31.

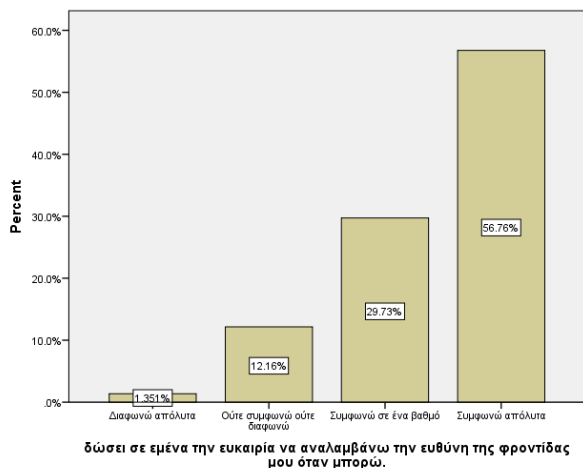
*B16. βοηθήσει να εκφράσω τις απόψεις μου για τη φροντίδα μου.*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	7	9,5	10,0	10,0
	Διαφωνώ σε ένα βαθμό	12	16,2	17,1	27,1
	Ούτε συμφωνώ ούτε	9	12,2	12,9	40,0
	διαφωνώ				
	Συμφωνώ σε ένα βαθμό	27	36,5	38,6	78,6
	Συμφωνώ απόλυτα	15	20,3	21,4	100,0
Total		70	94,6	100,0	
Missing	System	4	5,4		
Total		74	100,0		

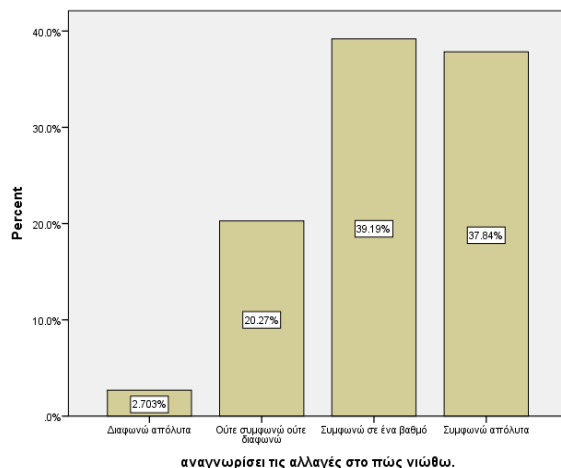
Πίνακας 32.

*B17. ρωτήθει ποια ώρα προτιμώ να κάνω μπάνιο.*

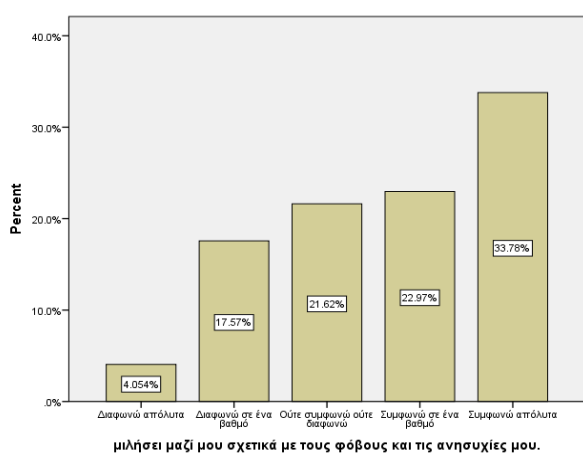
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	3	4,1	4,2	4,2
	Διαφωνώ σε ένα βαθμό	10	13,5	13,9	18,1
	Ούτε συμφωνώ ούτε	17	23,0	23,6	41,7
	διαφωνώ				
	Συμφωνώ σε ένα βαθμό	27	36,5	37,5	79,2
	Συμφωνώ απόλυτα	15	20,3	20,8	100,0
Total		72	97,3	100,0	
Missing	System	2	2,7		
Total		74	100,0		



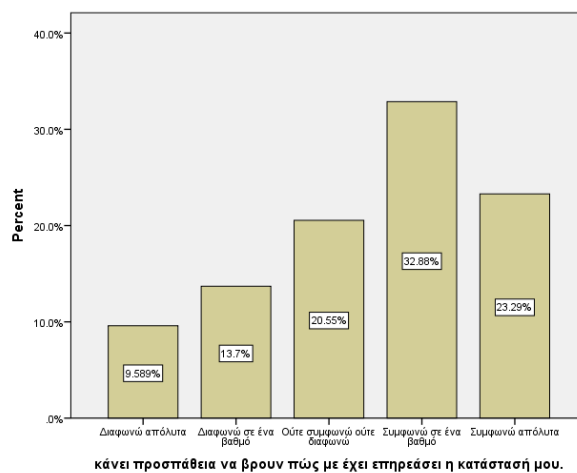
Διάγραμμα 6.



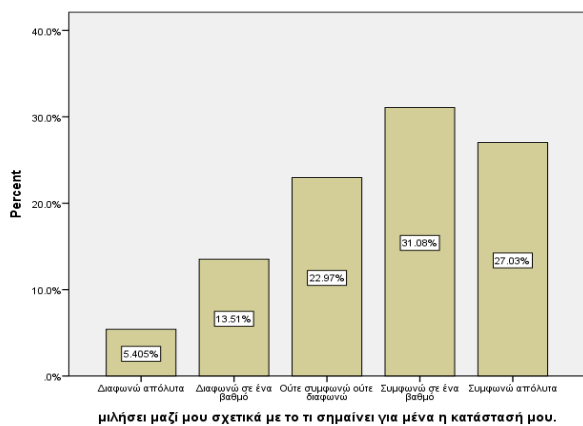
Διάγραμμα 7



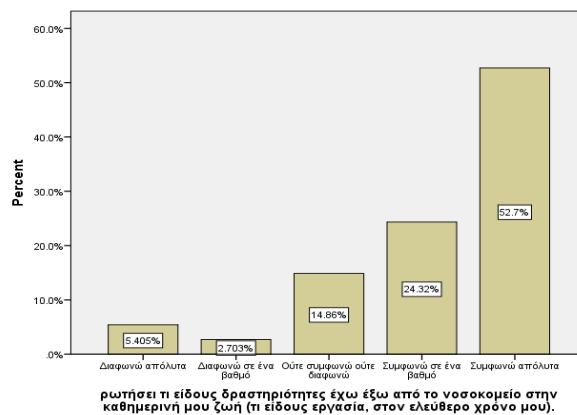
Διάγραμμα 8



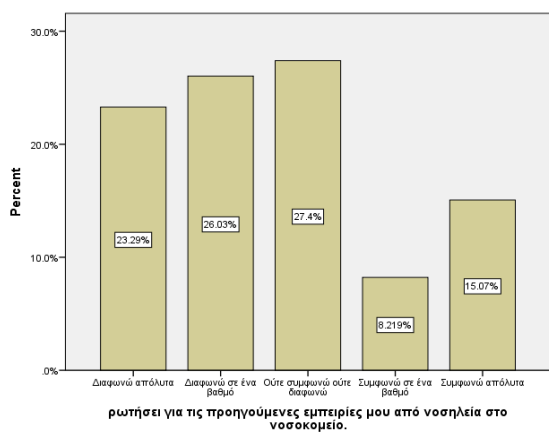
Διάγραμμα 9



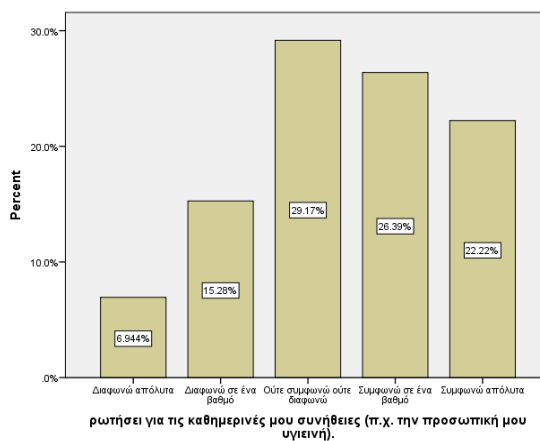
Διάγραμμα 10



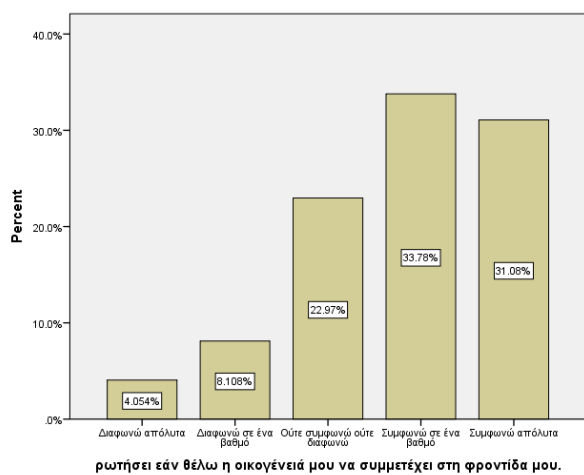
Διάγραμμα 11



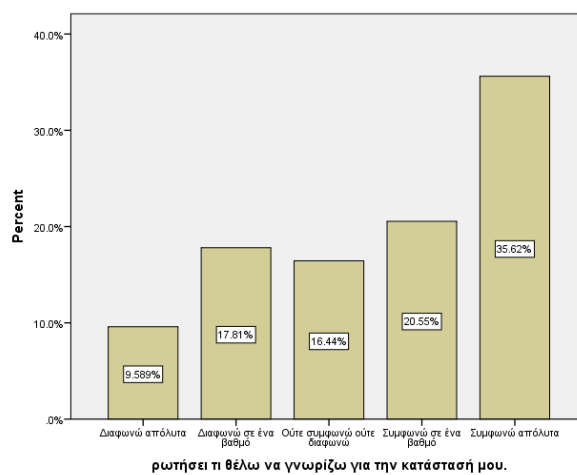
Διάγραμμα 12



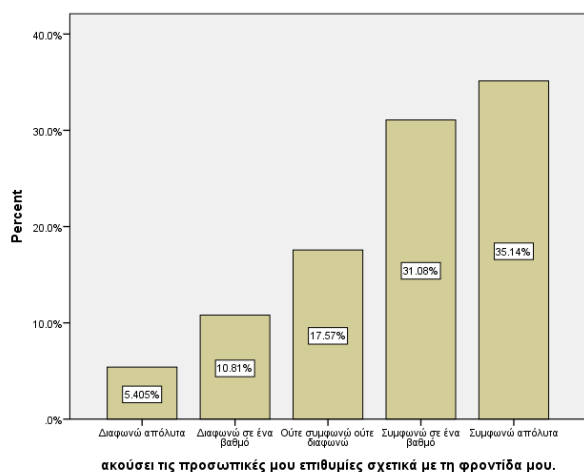
Διάγραμμα 13



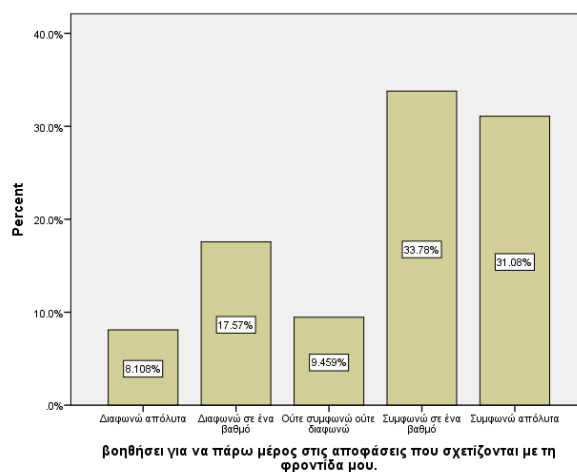
Διάγραμμα 14



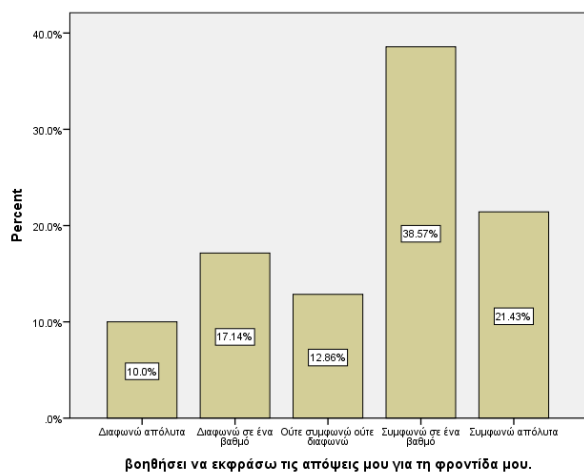
Διάγραμμα 15



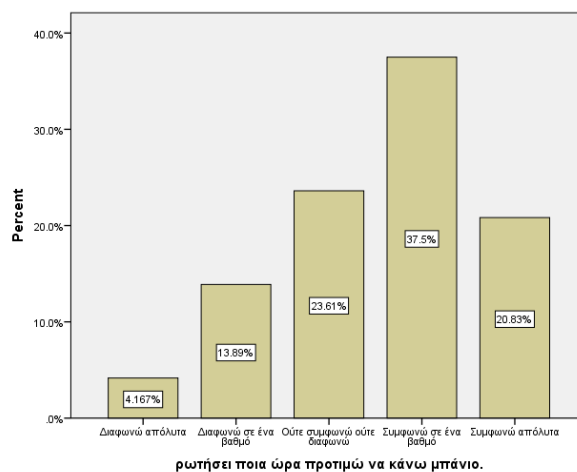
Διάγραμμα 16



Διάγραμμα 17



Διάγραμμα 18



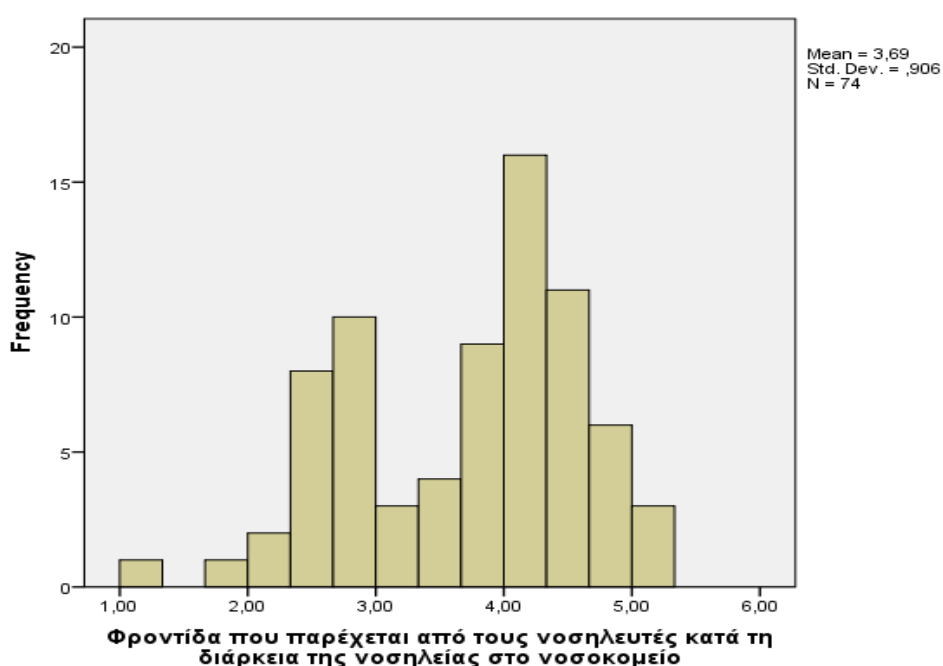
Διάγραμμα 19

Από ότι μπορούμε να δούμε από τη μορφή των διαγραμμάτων υπάρχει γενικά μια θετική τάση συμφωνίας στις προτάσεις, αν εξαιρέσουμε τις προτάσεις B09, B10, B13, B15 και B16. Στην πρόταση «B09. Να ρωτήθει για προηγούμενες εμπειρίες μου από νοσηλεία στο νοσοκομείο» οι μισοί σχεδόν από τους ερωτηθέντες διαφώνησαν είτε σε ένα βαθμό, είτε απόλυτα. Ενώ οι προτάσεις B10, B13, B15 και B16 είχαν ελαφρώς αυξημένη τάση διαφωνίας σε σχέση με τις υπόλοιπες. Στη συνέχεια δημιουργούμε μια νέα μεταβλητή που στην ουσία είναι ο μέσος όρος των βαθμολογιών του μέρους B1. Αυτή μας δίνει μια γενική εικόνα για την φροντίδα που παρέχουν οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της νοσηλείας στο νοσοκομείο. Η μεταβλητή αυτή λοιπόν έχει μέσο όρο 3,69 (με τυπική απόκλιση 0,906.

Πίνακας 33.

*Φροντίδα που παρέχεται από τους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο*

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Φροντίδα που παρέχεται από τους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο	74	1,00	5,00	3,6944	,90639
Valid N (listwise)	74				



*Διάγραμμα 20*

Θα ήταν χρήσιμο τώρα να κάνουμε κάποιες συγκρίσεις με δημογραφικά χαρακτηριστικά για να δούμε αν ο τρόπος που βαθμολόγησαν οι ασθενείς την φροντίδα που τους παρέχεται από το νοσηλευτικό προσωπικό εξαρτάται από κάποια δημογραφικά στοιχεία.

Πίνακας 34.

Συγκρίσεις με δημογραφικά χαρακτηριστικά για την φροντίδα που παρέχεται από το νοσηλευτικό προσωπικό.

<b>Δημογραφικά Στοιχεία</b>	<b>Έλεγχος</b>	<b>p-value</b>
Φύλο	t-test	0,151
Εκπαίδευση	F-test	0,217
Οικογενειακή Κατάσταση	F-test	0,517
Αρ. Ατόμων στο νοικοκυριό	F-test	0,789
Τύπος εισαγωγής	t-test	0,275
Εξατομικευμένη φροντίδα	F-test	0,160
Επαρχία διαμονής	F-test	0,153
Πρώτη επίσκεψη	t-test	0,063
Προηγούμενη νοσηλεία	t-test	0,773
Είδος στήριξης στο σπίτι	F-test	0,294

### **5.2.1 ΜΕΡΟΣ Β2 (Κλίμακα εξατομικευμένης φροντίδας)**

Το επόμενο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 17 ερωτήσεις που αφορούν τις εμπειρίες των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλεία τους στο νοσοκομείο. Για τον λόγο αυτό ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να βαθμολογήσουν κάθε μια από τις πιο κάτω ερωτήσεις. Στους επόμενους πίνακες Φαίνονται αναλυτικά οι απαντήσεις που πήραμε και τα αντίστοιχα ραβδογράμματα. Σε γενικές γραμμές όμως, με μια πρώτη ματιά στους πίνακες και στη μορφή των

παρακάτω διαγραμμάτων βλέπουμε ότι οι ερωτηθέντες κλείνουν να συμφωνούν με τις ερωτήσεις μιας και τα μεγαλύτερα ποσοστά σημειώθηκαν στις επιλογές «Συμφωνώ σε ένα βαθμό» και «Συμφωνώ απόλυτα».

Πίνακας 35.

*B01. Τα συναισθήματα που έχω σχετικά με την κατάστασή μου έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ απόλυτα	5	6,8	6,8	6,8
Διαφωνώ σε ένα βαθμό	2	2,7	2,7	9,6
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	15	20,3	20,5	30,1
Συμφωνώ σε ένα βαθμό	28	37,8	38,4	68,5
Συμφωνώ απόλυτα	23	31,1	31,5	100,0
Total	73	98,6	100,0	
Missing System	1	1,4		
Total	74	100,0		

Πίνακας 36.

*B02. Οι ανάγκες μου που χρειάζονται φροντίδα και προσοχή, έχουν ληφθεί υπόψη στη διάρκεια της νοσηλείας μου.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ σε ένα βαθμό	1	1,4	1,4	1,4
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	5	6,8	6,9	8,3
Συμφωνώ σε ένα βαθμό	22	29,7	30,6	38,9
Συμφωνώ απόλυτα	44	59,5	61,1	100,0
Total	72	97,3	100,0	
Missing System	2	2,7		
Total	74	100,0		

Πίνακας 37.

*B03. Αναλαμβάνω την ευθύνη της φροντίδας μου όταν μπορώ.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ απόλυτα	2	2,7	2,7	2,7
Διαφωνώ σε ένα βαθμό	3	4,1	4,1	6,8
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	12	16,2	16,4	23,3
Συμφωνώ σε ένα βαθμό	28	37,8	38,4	61,6
Συμφωνώ απόλυτα	28	37,8	38,4	100,0
Total	73	98,6	100,0	
Missing System	1	1,4		
Total	74	100,0		

Πίνακας 38.

*B04. Οι αλλαγές στο πως νιώθω έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ απόλυτα	3	4,1	4,1	4,1
Διαφωνώ σε ένα βαθμό	8	10,8	11,0	15,1
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	12	16,2	16,4	31,5
Συμφωνώ σε ένα βαθμό	25	33,8	34,2	65,8
Συμφωνώ απόλυτα	25	33,8	34,2	100,0
Total	73	98,6	100,0	
Missing System	1	1,4		
Total	74	100,0		

Πίνακας 39.

*B05. Όλοι οι φόβοι και οι ανησυχίες μου έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	3	4,1	4,1	4,1
	Διαφωνώ σε ένα βαθμό	8	10,8	11,0	15,1
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	13	17,6	17,8	32,9
	Συμφωνώ σε ένα βαθμό	27	36,5	37,0	69,9
	Συμφωνώ απόλυτα	22	29,7	30,1	100,0
	Total	73	98,6	100,0	
Missin g	System	1	1,4		
Total		74	100,0		

Πίνακας 40.

*B06. Ο τρόπος με τον οποίο η κατάστασή μου με έχει επηρεάσει έχει ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	2	2,7	2,7	2,7
	Διαφωνώ σε ένα βαθμό	9	12,2	12,3	15,1
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	14	18,9	19,2	34,2
	Συμφωνώ σε ένα βαθμό	27	36,5	37,0	71,2
	Συμφωνώ απόλυτα	21	28,4	28,8	100,0
	Total	73	98,6	100,0	
Missin g	System	1	1,4		

*Πίνακας 41. Επισημαίνει για μένα η κατάσταση μου έχει ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid d	Διαφωνώ απόλυτα	1	1,4	1,4	1,4
	Διαφωνώ σε ένα βαθμό	8	10,8	10,8	12,2
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	10	13,5	13,5	25,7
	Συμφωνώ σε ένα βαθμό	26	35,1	35,1	60,8
	Συμφωνώ απόλυτα	29	39,2	39,2	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 42.

*B08. Οι καθημερινές μου δραστηριότητες (στην εργασία μου, στον ελεύθερο χρόνο μου) έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ απόλυτα	9	12,2	12,2	12,2
Διαφωνώ σε ένα βαθμό	14	18,9	18,9	31,1
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ	15	20,3	20,3	51,4
Συμφωνώ σε ένα βαθμό	16	21,6	21,6	73,0
Συμφωνώ απόλυτα	20	27,0	27,0	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 43.

*B09. Οι προηγούμενες εμπειρίες μου από νοσηλεία μου στο νοσοκομείο έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ απόλυτα	3	4,1	4,1	4,1
Διαφωνώ σε ένα βαθμό	12	16,2	16,4	20,5
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ	19	25,7	26,0	46,6
Συμφωνώ σε ένα βαθμό	24	32,4	32,9	79,5
Συμφωνώ απόλυτα	15	20,3	20,5	100,0
Total	73	98,6	100,0	
Missin g System	1	1,4		
Total	74	100,0		

Πίνακας 44.

*B10. Οι καθημερινές μου συνήθειες έχουν ληφθεί υπόψη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας μου στο νοσοκομείο (π.χ. για την προσωπική μου υγιεινή).*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ σε ένα βαθμό	2	2,7	2,7	2,7
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	6	8,1	8,1	10,8
Valid Συμφωνώ σε ένα βαθμό	27	36,5	36,5	47,3
Valid Συμφωνώ απόλυτα	39	52,7	52,7	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 45.

*B11. Η οικογένειά μου συμμετέχει στη φροντίδα μου εάν το θελήσω.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ σε ένα βαθμό	1	1,4	1,4	1,4
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3	4,1	4,2	5,6
Valid Συμφωνώ σε ένα βαθμό	15	20,3	20,8	26,4
Valid Συμφωνώ απόλυτα	53	71,6	73,6	100,0
Total	72	97,3	100,0	
Missing System	2	2,7		
Total	74	100,0		

Πίνακας 46.

*B12. Έχω ακολουθήσει τις οδηγίες που μου δόθηκαν στο νοσοκομείο*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ σε ένα βαθμό	4	5,4	5,4	5,4
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	13	17,6	17,6	23,0
Valid Συμφωνώ σε ένα βαθμό	24	32,4	32,4	55,4
Valid Συμφωνώ απόλυτα	33	44,6	44,6	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 47.

*B13. Έχω λάβει επαρκείς πληροφορίες από τους νοσηλευτές σχετικά με την κατάστασή μου.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ απόλυτα	1	1,4	1,4	1,4
Valid Διαφωνώ σε ένα βαθμό	9	12,2	12,2	13,5
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	14	18,9	18,9	32,4
Valid Συμφωνώ σε ένα βαθμό	22	29,7	29,7	62,2
Valid Συμφωνώ απόλυτα	28	37,8	37,8	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 48.

*B14. Οι επιθυμίες που έχω εκφράσει έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ απόλυτα	2	2,7	2,7	2,7
Διαφωνώ σε ένα βαθμό	4	5,4	5,4	8,1
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ	15	20,3	20,3	28,4
d Συμφωνώ σε ένα βαθμό	26	35,1	35,1	63,5
Συμφωνώ απόλυτα	27	36,5	36,5	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 49.

*B15. Έχω πάρει μέρος στις αποφάσεις που σχετίζονται με τη φροντίδα μου.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ απόλυτα	2	2,7	2,7	2,7
Διαφωνώ σε ένα βαθμό	7	9,5	9,5	12,2
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ	15	20,3	20,3	32,4
d Συμφωνώ σε ένα βαθμό	23	31,1	31,1	63,5
Συμφωνώ απόλυτα	27	36,5	36,5	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 50.

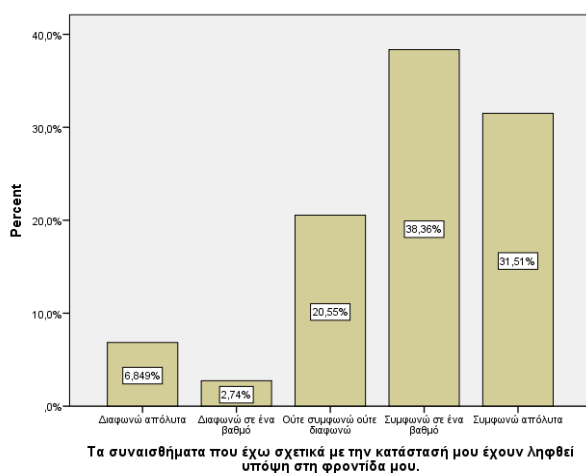
*B16. Οι απόψεις που έχω εκφράσει έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ απόλυτα	5	6,8	6,8	6,8
Διαφωνώ σε ένα βαθμό	8	10,8	10,8	17,6
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ	13	17,6	17,6	35,1
d Συμφωνώ σε ένα βαθμό	21	28,4	28,4	63,5
Συμφωνώ απόλυτα	27	36,5	36,5	100,0
Total	74	100,0	100,0	

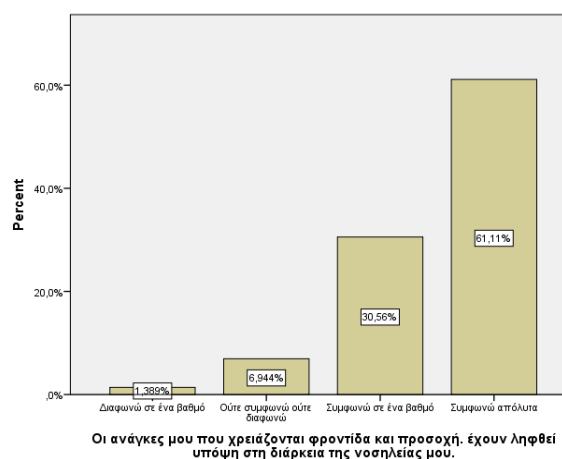
Πίνακας 51.

B17. Εγώ έχω αποφασίσει για την ώρα που θα κάνω μπάνιο.

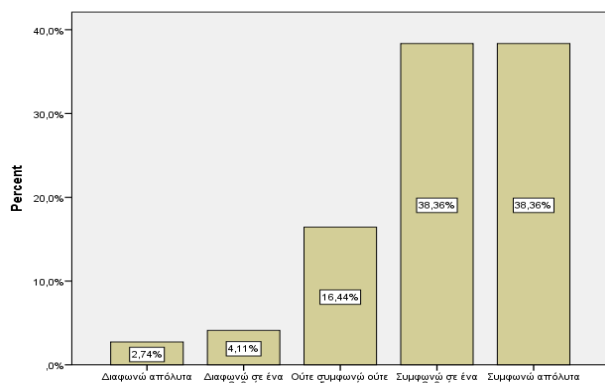
		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	3	4,1	4,1	4,1
	Διαφωνώ σε ένα βαθμό	12	16,2	16,4	20,5
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	18	24,3	24,7	45,2
	Συμφωνώ σε ένα βαθμό	26	35,1	35,6	80,8
	Συμφωνώ απόλυτα	14	18,9	19,2	100,0
	Total	73	98,6	100,0	
Missin g	System	1	1,4		
Total		74	100,0		



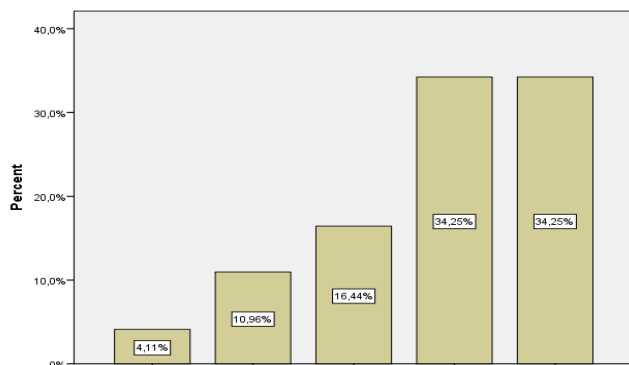
Διάγραμμα 21.



Διάγραμμα 22

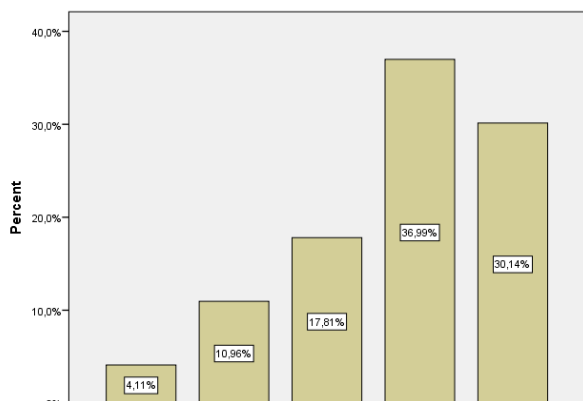


**Αναλαμβάνω την ευθύνη της φροντίδας μου όταν μπορώ.**



**Οι αλλαγές στο πως νιώθω έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.**

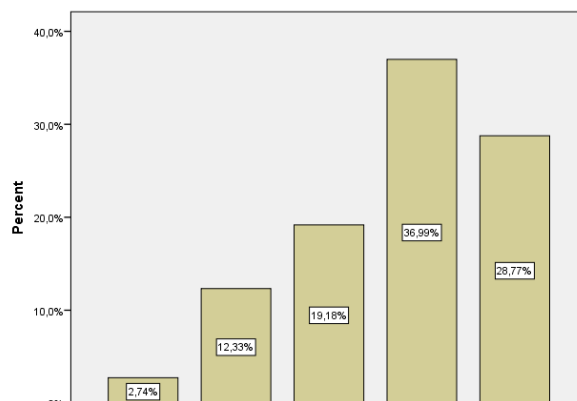
*Διάγραμμα 23*



**Όλοι οι φόβοι και οι ανησυχίες μου έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.**

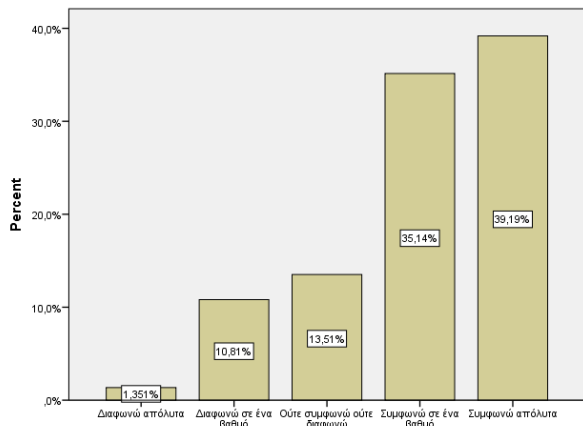
*Διάγραμμα 25*

*Διάγραμμα 24*



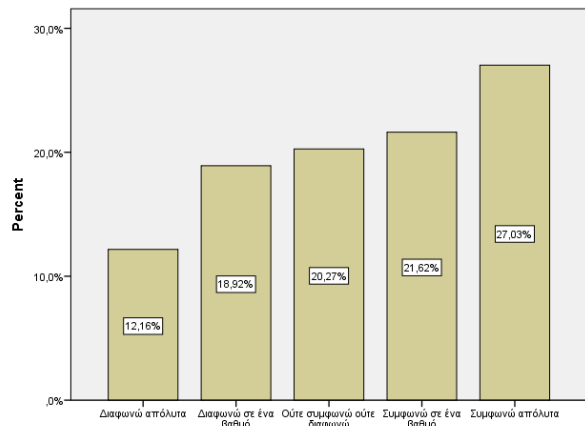
**Ο τρόπος με τον οποίο η κατάσταση μου με έχει επηρεάσει έχει ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.**

*Διάγραμμα 26*



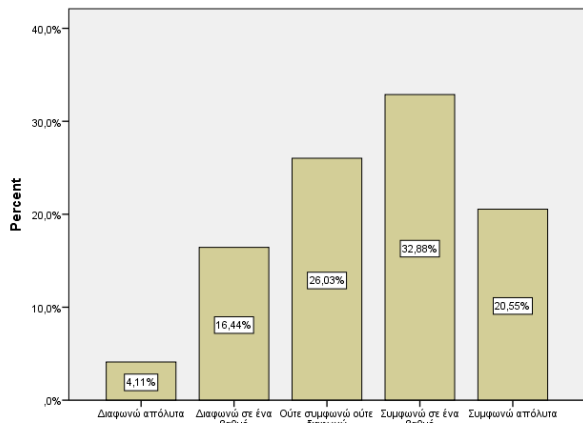
Το τι σημαίνει για μένα η κατάσταση μου έχει ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.

Διάγραμμα 27



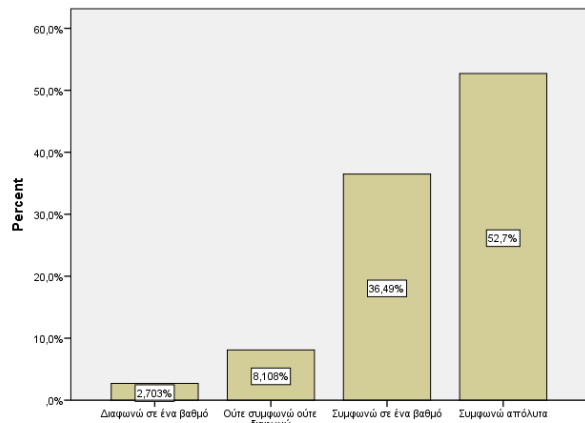
Οι καθημερινές μου δραστηριότητες (στην εργασία μου, στον ελεύθερο χρόνο μου) έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.

Διάγραμμα 28



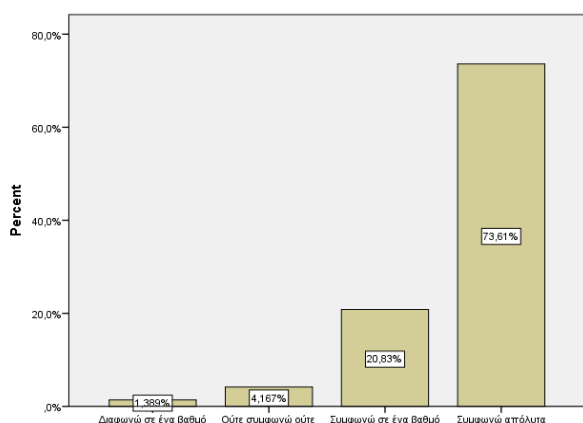
Οι προηγούμενες εμπειρίες μου από νοσηλεία μου στο νοσοκομείο έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.

Διάγραμμα 29



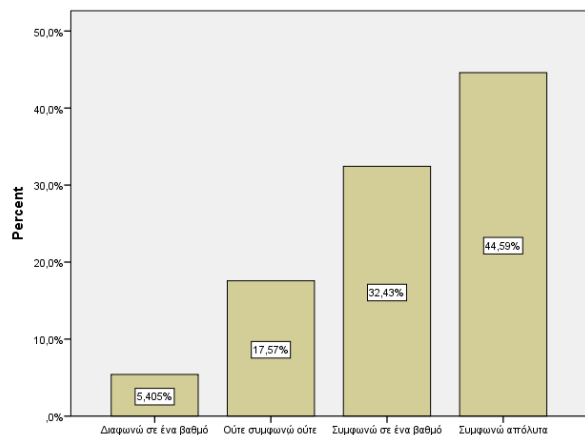
Οι καθημερινές μου συνήθειες έχουν ληφθεί υπόψη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας μου στο νοσοκομείο (π.χ. για την προσωπική μου υγιεινή).

Διάγραμμα 30



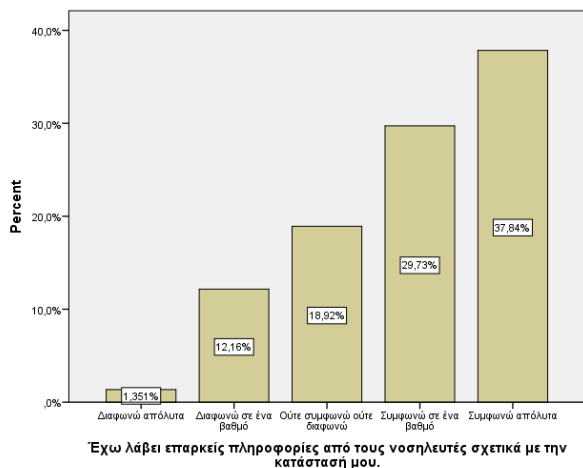
Η οικογένειά μου συμμετέχει στη φροντίδα μου εάν το θελήσω.

Διάγραμμα 31

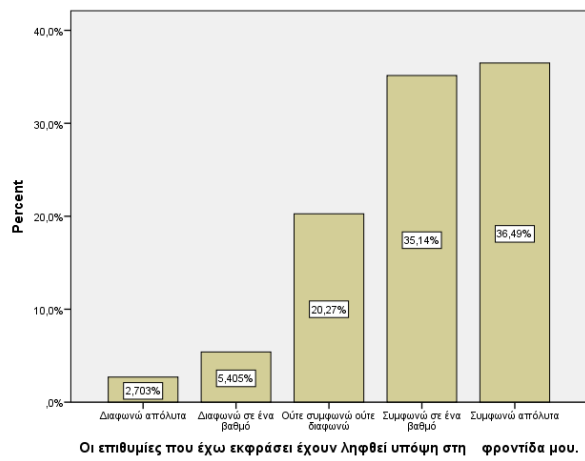


Έχω ακολουθήσει τις οδηγίες που μου δόθηκαν στο νοσοκομείο

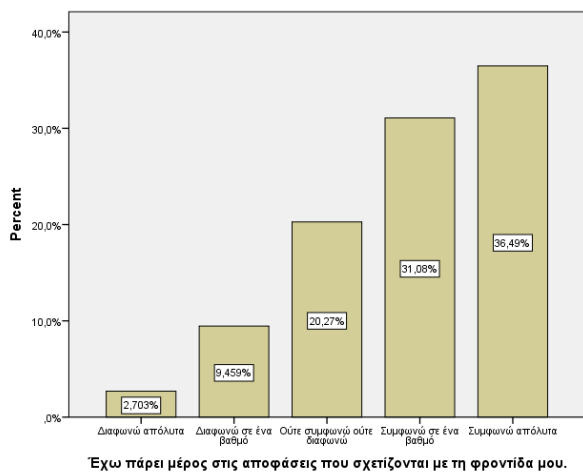
Διάγραμμα 32



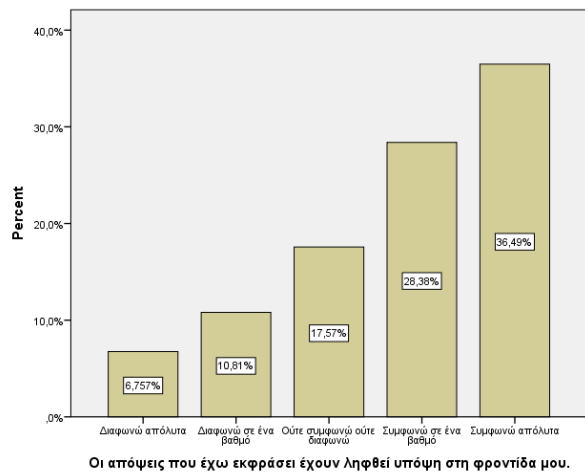
Διάγραμμα 33



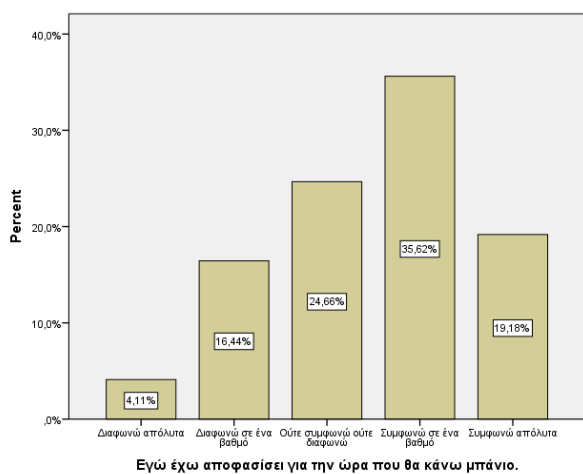
Διάγραμμα 34



Διάγραμμα 35



Διάγραμμα 36



Διάγραμμα 37

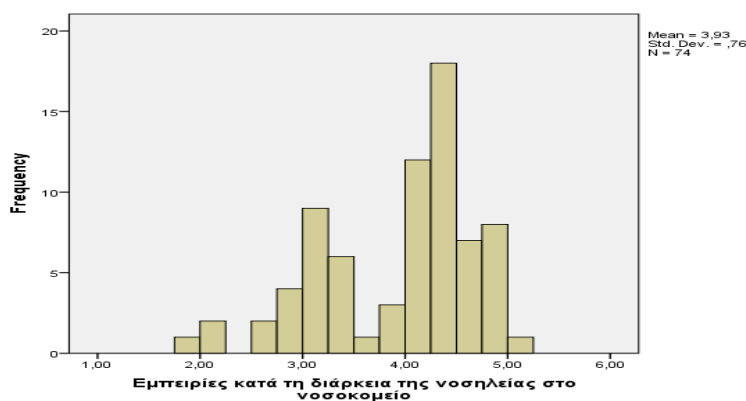
Εφόσον έχουμε πάρει μια ιδέα για τις απαντήσεις που πήραμε, στη συνέχεια δημιουργούμε μια νέα μεταβλητή η οποία εκφράζει το μέσο όρο των απαντήσεων – βαθμολογιών. Τη μεταβλητή αυτή την ονομάσαμε «Εμπειρίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο».

Ας δούμε λοιπόν τι συμβαίνει με τη νέα μεταβλητή.

Πίνακας 52. α

*«Εμπειρίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο».*

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Εμπειρίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο	74	1,82	5,00	3,9296	,75994
Valid N (listwise)	74				



*Διάγραμμα 38*

Τα πιο πάνω στοιχεία επιβεβαιώνουν τις αρχικές μας παρατηρήσεις. Πράγματι, ο μέσος όρος της νέας μεταβλητής είναι 3,93 που θεωρείται μεγάλο (με τυπική απόκλιση 0,76).

Στο σημείο αυτό θα ήταν καλό να κάνουμε κάποιες συγκρίσεις για να δούμε αν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τις απαντήσεις των ασθενών.

Πίνακας 52. b

Εμπειρίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο σε σύγκριση με τα δημογραφικά στοιχεία.

<b>Δημογραφικά Στοιχεία</b>	<b>Έλεγχος</b>	<b>p-value</b>
Φύλο	t-test	0,512
Εκπαίδευση	F-test	0,847
Οικογενειακή Κατάσταση	F-test	0,796
Αρ. Ατόμων στο νοικοκυριό	F-test	0,618
Τύπος εισαγωγής	t-test	0,052
Εξατομικευμένη φροντίδα	F-test	0,328
Επαρχία διαμονής	F-test	0,083
Πρώτη επίσκεψη	t-test	0,234
Προηγούμενη νοσηλεία	t-test	0,390
Είδος στήριξης στο σπίτι	F-test	0,546

## 5.3. ΜΕΡΟΣ Γ

### 5.3.1. Έρευνα για τις Υποστηρικτικές Ανάγκες Φροντίδας

Το τρίτο μέρος αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούν τις υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας. Το κομμάτι αυτό περιέχει 33 ερωτήσεις με 5 πιθανές απαντήσεις 1 = «Δεν ισχύει», 2 = «Ικανοποιητικό», 3 = «Χαμηλή ανάγκη», 4 = «Μέτρια ανάγκη», 5 = «Μεγάλη ανάγκη».

Οι πιο κάτω πίνακες δείχνουν τις απαντήσεις σε κάθε μια από τις 33 ερωτήσεις του μέρους Γ.

Πίνακας 53.

*Γ01. Πόνος*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	3	4,1	4,1	4,1
Ικανοποιητικό	12	16,2	16,4	20,5
Χαμηλή ανάγκη	36	48,6	49,3	69,9
Valid Μέτρια ανάγκη	14	18,9	19,2	89,0
Μεγάλη ανάγκη	8	10,8	11,0	100,0
Total	73	98,6	100,0	
Missin System	1	1,4		
Total	74	100,0		

Πίνακας 54.

*Γ02. Έλλειψη ενέργειας/ κούραση.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	3	4,1	4,1	4,1
Ικανοποιητικό	21	28,4	28,4	32,4
Χαμηλή ανάγκη	29	39,2	39,2	71,6
Vali Μέτρια ανάγκη	16	21,6	21,6	93,2
d Μεγάλη ανάγκη	5	6,8	6,8	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 55.

*Γ03. Τις περισσότερες ώρες δεν νοιώθετε καλά.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	5	6,8	6,8	6,8
Ικανοποιητικό	23	31,1	31,1	37,8
Χαμηλή ανάγκη	23	31,1	31,1	68,9
Vali Μέτρια ανάγκη	19	25,7	25,7	94,6
d Μεγάλη ανάγκη	4	5,4	5,4	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 56.

*Γ04. Ενεργητικές δραστηριότητες.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	1	1,4	1,4	1,4
Ικανοποιητικό	14	18,9	18,9	20,3
Χαμηλή ανάγκη	27	36,5	36,5	56,8
Vali Μέτρια ανάγκη	27	36,5	36,5	93,2
d Μεγάλη ανάγκη	5	6,8	6,8	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 57.

*Γ05. Αδυνατείτε να κάνετε τις δραστηριότητες που κάνετε.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	1	1,4	1,4	1,4
Ικανοποιητικό	5	6,8	6,8	8,1
Χαμηλή ανάγκη	18	24,3	24,3	32,4
Μέτρια ανάγκη	20	27,0	27,0	59,5
Μεγάλη ανάγκη	30	40,5	40,5	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Πίνακας 58.

*Γ06. Νοιώθετε αγωνία.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	3	4,1	4,1	4,1
Ικανοποιητικό	1	1,4	1,4	5,5
Χαμηλή ανάγκη	10	13,5	13,7	19,2
Μέτρια ανάγκη	32	43,2	43,8	63,0
Μεγάλη ανάγκη	27	36,5	37,0	100,0
Total	73	98,6	100,0	
Missing System	1	1,4		
Total	74	100,0		

Πίνακας 59.

*Γ07. Αίσθημα κατάπτωσης ή κατάθλιψη.*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν ισχύει	3	4,1	4,1	4,1
	Χαμηλή ανάγκη	13	17,6	17,8	21,9
	Μέτρια ανάγκη	34	45,9	46,6	68,5
	Μεγάλη ανάγκη	23	31,1	31,5	100,0
Total		73	98,6	100,0	
Missin g	System	1	1,4		
Total		74	100,0		

Πίνακας 60.

*Γ08. Συναισθήματα θλίψης.*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν ισχύει	2	2,7	2,7	2,7
	Χαμηλή ανάγκη	9	12,2	12,2	14,9
	Μέτρια ανάγκη	14	18,9	18,9	33,8
	Μεγάλη ανάγκη	49	66,2	66,2	100,0
Total		74	100,0	100,0	

Πίνακας 61.

*Γ09. Φόβος για πιθανή εξάπλωση του καρκίνου.*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν ισχύει	1	1,4	1,4	1,4
	Ικανοποιητικό	2	2,7	2,7	4,1
	Μέτρια ανάγκη	9	12,2	12,2	16,2
	Μεγάλη ανάγκη	62	83,8	83,8	100,0
Total		74	100,0	100,0	

Πίνακας 62.

*Γ10. Ανησυχία για το αν το αποτέλεσμα της θεραπείας είναι πέραν του ελέγχου σας.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	2	2.7	2.7	2.7
Ικανοποιητικό	1	1.4	1.4	4.1
Μέτρια ανάγκη	6	8.1	8.1	12.2
Μεγάλη ανάγκη	65	87.8	87.8	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 63.

*Γ11. Αβεβαιότητα για το μέλλον.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	1	1.4	1.4	1.4
Ικανοποιητικό	15	20.3	20.3	21.6
Χαμηλή ανάγκη	15	20.3	20.3	41.9
Μέτρια ανάγκη	18	24.3	24.3	66.2
Μεγάλη ανάγκη	25	33.8	33.8	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 63.

*Γ12. Μαθαίνετε να ελέγχετε την κατάσταση σας.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	2	2.7	2.7	2.7
Ικανοποιητικό	14	18.9	18.9	21.6
Χαμηλή ανάγκη	22	29.7	29.7	51.4
Μέτρια ανάγκη	29	39.2	39.2	90.5
Μεγάλη ανάγκη	7	9.5	9.5	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 64.

*Γ13. Διατηρείτε μια θετική στάση της όλης κατάστασης.*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν ισχύει	2	2.7	2.8	2.8
	Ικανοποιητικό	5	6.8	6.9	9.7
	Χαμηλή ανάγκη	12	16.2	16.7	26.4
	Μέτρια ανάγκη	12	16.2	16.7	43.1
	Μεγάλη ανάγκη	41	55.4	56.9	100.0
	Total	72	97.3	100.0	
	Missin g System	2	2.7		
Total	74	100.0			

Πίνακας 65.

*Γ14. Συναισθήματα σχετικά με το τέλος / θάνατο*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν ισχύει	2	2.7	2.8	2.8
	Ικανοποιητικό	4	5.4	5.6	8.5
	Χαμηλή ανάγκη	23	31.1	32.4	40.8
	Μέτρια ανάγκη	11	14.9	15.5	56.3
	Μεγάλη ανάγκη	31	41.9	43.7	100.0
	Total	71	95.9	100.0	
	Missin g System	3	4.1		
Total	74	100.0			

Πίνακας 66.

## Γ15. Αλλαγή σεξουαλικής επιθυμίας.

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν ισχύει	2	2.7	2.9	2.9
	Ικανοποιητικό	5	6.8	7.2	10.1
	Χαμηλή ανάγκη	25	33.8	36.2	46.4
	Μέτρια ανάγκη	22	29.7	31.9	78.3
	Μεγάλη ανάγκη	15	20.3	21.7	100.0
	Total	69	93.2	100.0	
	Missin g System	5	6.8		
Total	74	100.0			

Πίνακας 67.

## Γ16. Αλλαγή στις σεξουαλικές σας σχέσεις.

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν ισχύει	1	1.4	1.4	1.4
	Ικανοποιητικό	2	2.7	2.8	4.2
	Χαμηλή ανάγκη	11	14.9	15.3	19.4
	Μέτρια ανάγκη	15	20.3	20.8	40.3
	Μεγάλη ανάγκη	43	58.1	59.7	100.0
	Total	72	97.3	100.0	
	Missin g System	2	2.7		
Total	74	100.0			

Πίνακας 68.

Γ17. Ανησυχείτε για τους ανθρώπους που σας νοιάζονται.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	3	4.1	4.1	4.1
Ικανοποιητικό	7	9.5	9.5	13.5
Χαμηλή ανάγκη	19	25.7	25.7	39.2
Μέτρια ανάγκη	10	13.5	13.5	52.7
Μεγάλη ανάγκη	35	47.3	47.3	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 69.

Γ18. Επιλέγεται μεταξύ πολλών τον θεράποντα γιατρό σας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	6	8.1	8.3	8.3
Ικανοποιητικό	13	17.6	18.1	26.4
Χαμηλή ανάγκη	36	48.6	50.0	76.4
Μέτρια ανάγκη	3	4.1	4.2	80.6
Μεγάλη ανάγκη	14	18.9	19.4	100.0
Total	72	97.3	100.0	
Missing System	2	2.7		
Total	74	100.0		

Πίνακας 70.

*Γ19. Πιο πολλές επιλογές για τα νοσοκομεία που επισκέπτεστε από τη μέρα που μάθατε ότι μπορεί να είστε καρκινοπαθείς*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	8	10.8	11.0	11.0
Ικανοποιητικό	17	23.0	23.3	34.2
Χαμηλή ανάγκη	21	28.4	28.8	63.0
Valid Μέτρια ανάγκη	18	24.3	24.7	87.7
Μεγάλη ανάγκη	9	12.2	12.3	100.0
Total	73	98.6	100.0	
Missing System	1	1.4		
Total	74	100.0		

Πίνακας 71.

*Γ20. Το ιατρικό προσωπικό σας διαβεβαιώνει ότι ο τρόπος που αισθάνεστε είναι φυσιολογικός.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	15	20.3	20.3	20.3
Ικανοποιητικό	27	36.5	36.5	56.8
Χαμηλή ανάγκη	12	16.2	16.2	73.0
Valid Μέτρια ανάγκη	15	20.3	20.3	93.2
Μεγάλη ανάγκη	5	6.8	6.8	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 72.

*Γ21. Το προσωπικό του νοσοκομείου συμμετέχει άμεσα στις φυσικές σας ανάγκες.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	21	28.4	28.4	28.4
Ικανοποιητικό	25	33.8	33.8	62.2
Χαμηλή ανάγκη	7	9.5	9.5	71.6
Μέτρια ανάγκη	10	13.5	13.5	85.1
Μεγάλη ανάγκη	11	14.9	14.9	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 73.

*Γ22. Το προσωπικό του νοσοκομείου αναγνωρίζει και δείχνει ευαισθησία στα συναισθήματά και τις αισθηματικές σας ανάγκες.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	20	27.0	27.4	27.4
Ικανοποιητικό	14	18.9	19.2	46.6
Χαμηλή ανάγκη	26	35.1	35.6	82.2
Μέτρια ανάγκη	10	13.5	13.7	95.9
Μεγάλη ανάγκη	3	4.1	4.1	100.0
Total	73	98.6	100.0	
Missing System	1	1.4		
Total	74	100.0		

Πίνακας 74.

*Γ23. Σας έχουν δοθεί γραπτές πληροφορίες για που αφορούν τις σημαντικές πτυχές της φροντίδας σας.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	6	8.1	8.6	8.6
Ικανοποιητικό	21	28.4	30.0	38.6
Χαμηλή ανάγκη	20	27.0	28.6	67.1
Valid Μέτρια ανάγκη	15	20.3	21.4	88.6
Μεγάλη ανάγκη	8	10.8	11.4	100.0
Total	70	94.6	100.0	
Missing System	4	5.4		
Total	74	100.0		

Πίνακας 75.

*Γ24. Σας έχουν δοθεί όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για την αντιμετώπιση και διαχείριση και της ασθένειας σας στο σπίτι.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	9	12.2	12.5	12.5
Ικανοποιητικό	21	28.4	29.2	41.7
Χαμηλή ανάγκη	16	21.6	22.2	63.9
Valid Μέτρια ανάγκη	17	23.0	23.6	87.5
Μεγάλη ανάγκη	9	12.2	12.5	100.0
Total	72	97.3	100.0	
Missing System	2	2.7		
Total	74	100.0		

Πίνακας 76.

*Γ25. Σας δοθήκαν εξηγήσεις για τις διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις, που κάνατε;*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	18	24.3	24.3	24.3
Ικανοποιητικό	18	24.3	24.3	48.6
Χαμηλή ανάγκη	13	17.6	17.6	66.2
Μέτρια ανάγκη	18	24.3	24.3	90.5
Μεγάλη ανάγκη	7	9.5	9.5	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 77.

*Γ26. Σας έχουν ενημερώσει κατάλληλα για τα οφέλη και τις παρενέργειες της θεραπείας σας πριν να δώσετε την συγκατάθεση σας;*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	16	21.6	21.6	21.6
Ικανοποιητικό	24	32.4	32.4	54.1
Χαμηλή ανάγκη	10	13.5	13.5	67.6
Μέτρια ανάγκη	20	27.0	27.0	94.6
Μεγάλη ανάγκη	4	5.4	5.4	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 78.

*Γ27. Ενημερώνεστε κατάλληλα για τα αποτελέσματα των εξετάσεων σας και όσο το συντομότερο δυνατό.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	21	28.4	28.4	28.4
Ικανοποιητικό	23	31.1	31.1	59.5
Χαμηλή ανάγκη	8	10.8	10.8	70.3
Valid Μέτρια ανάγκη	15	20.3	20.3	90.5
Μεγάλη ανάγκη	7	9.5	9.5	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 79.

*Γ28. Είστε ενημερωμένος/η για το καρκίνο που είναι ελεγχόμενος ή σε ύφεση.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	18	24.3	24.7	24.7
Ικανοποιητικό	24	32.4	32.9	57.5
Χαμηλή ανάγκη	7	9.5	9.6	67.1
Valid Μέτρια ανάγκη	19	25.7	26.0	93.2
Μεγάλη ανάγκη	5	6.8	6.8	100.0
Total	73	98.6	100.0	
Missin System	1	1.4		
Total	74	100.0		

Πίνακας 80.

*Γ29. Ενημερώνεστε για τα πράγματα που θα μπορούσατε να κάνετε για να βελτιώσετε τη κατάσταση σας*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	11	14.9	15.1	15.1
Ικανοποιητικό	33	44.6	45.2	60.3
Χαμηλή ανάγκη	5	6.8	6.8	67.1
Valid Μέτρια ανάγκη	14	18.9	19.2	86.3
Μεγάλη ανάγκη	10	13.5	13.7	100.0
Total	73	98.6	100.0	
Missing System	1	1.4		
Total	74	100.0		

Πίνακας 81.

*Γ30. Έχετε πρόσβαση σε επαγγελματικούς συμβούλους π.χ. ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, ειδικό*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	19	25.7	26.4	26.4
Ικανοποιητικό	22	29.7	30.6	56.9
Χαμηλή ανάγκη	9	12.2	12.5	69.4
Valid Μέτρια ανάγκη	11	14.9	15.3	84.7
Μεγάλη ανάγκη	11	14.9	15.3	100.0
Total	72	97.3	100.0	
Missing System	2	2.7		
Total	74	100.0		

Πίνακας 82.

Γ31. Σας δοθήκαν πληροφορίες για τις σεξουαλικές σας σχέσεις;

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν ισχύει	12	16.2	17.1	17.1
	Ικανοποιητικό	18	24.3	25.7	42.9
	Χαμηλή ανάγκη	23	31.1	32.9	75.7
	Μέτρια ανάγκη	14	18.9	20.0	95.7
	Μεγάλη ανάγκη	3	4.1	4.3	100.0
	Total	70	94.6	100.0	
Missin g	System	4	5.4		
Total		74	100.0		

Πίνακας 83.

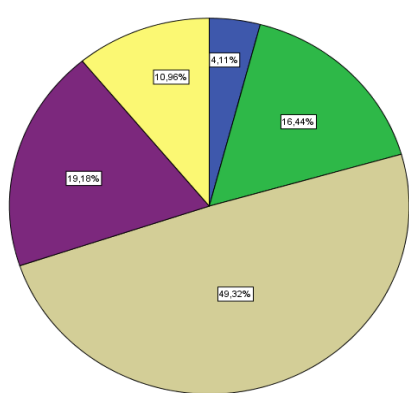
Γ32. Αντιμετωπίζετε σαν άτομο ή μόνο σαν άλλη μια περίπτωση;

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν ισχύει	17	23.0	23.0	23.0
	Ικανοποιητικό	22	29.7	29.7	52.7
	Χαμηλή ανάγκη	17	23.0	23.0	75.7
	Μέτρια ανάγκη	14	18.9	18.9	94.6
	Μεγάλη ανάγκη	4	5.4	5.4	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

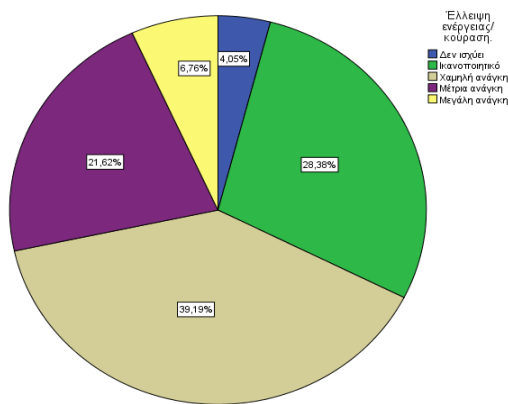
Πίνακας 84.

**Γ33. Υποβάλλεστε σε θεραπεία, σε νοσοκομείο ή κλινική που είναι όσο το δυνατόν πιο ευχάριστη;**

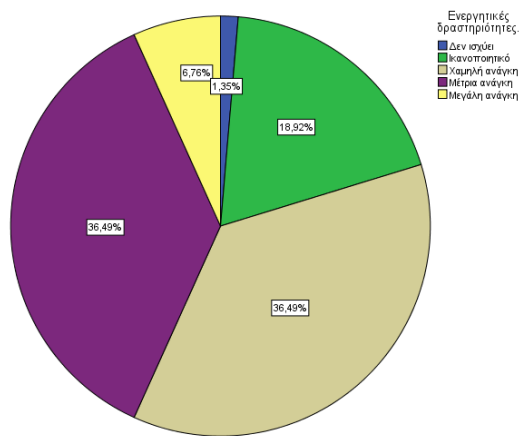
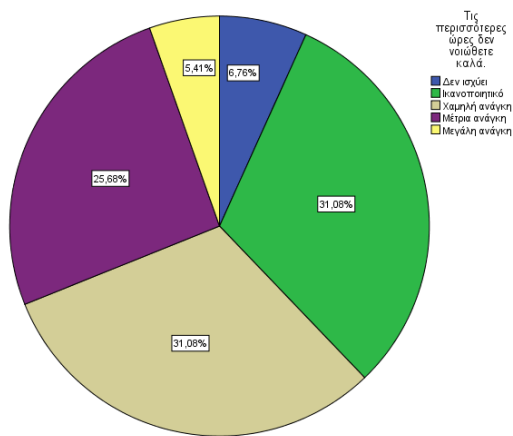
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν ισχύει	6	8.1	8.2	8.2
Ικανοποιητικό	17	23.0	23.3	31.5
Χαμηλή ανάγκη	18	24.3	24.7	56.2
Valid Μέτρια ανάγκη	20	27.0	27.4	83.6
Μεγάλη ανάγκη	12	16.2	16.4	100.0
Total	73	98.6	100.0	
Missin System	1	1.4		
g Total	74	100.0		



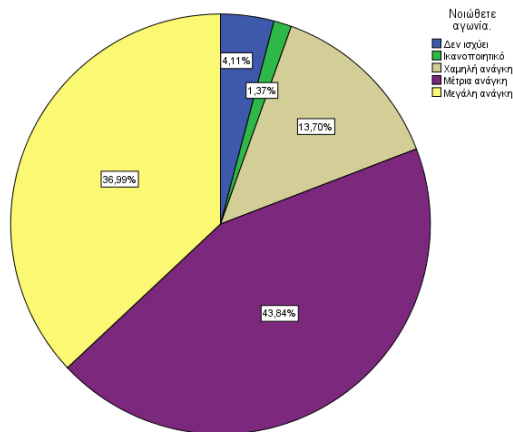
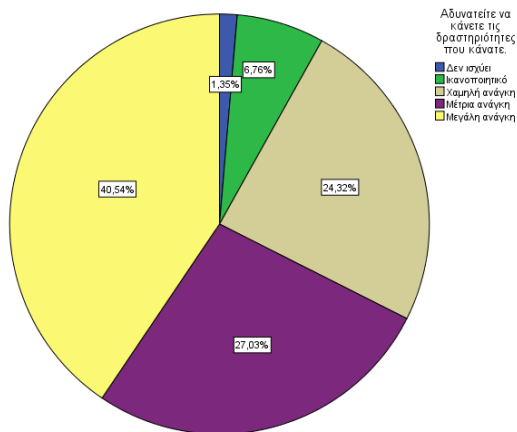
Γράφημα 7. Πόνος



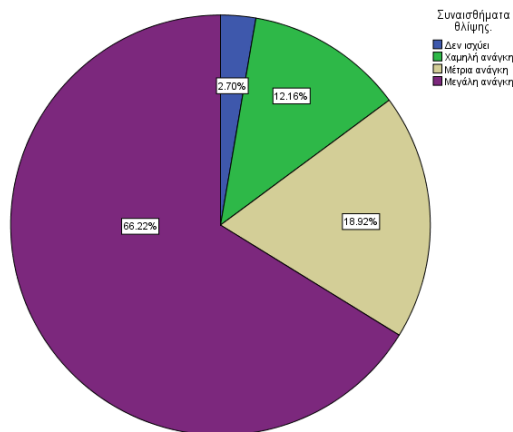
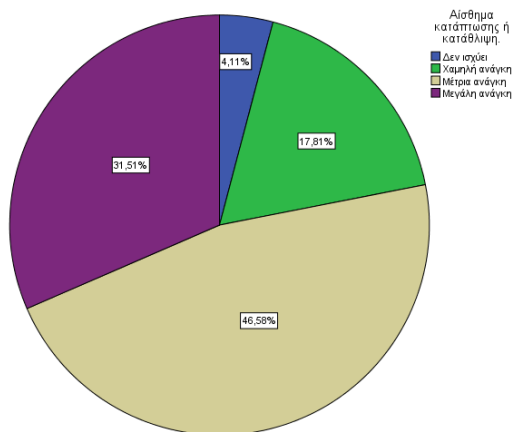
Γράφημα 8. Έλλειψη ενέργειας/ κούραση



Γράφημα 9. Τις περισσότερες ώρες δεν νοιώθετε καλά. Γράφημα 10. Ενεργητικές δραστηριότητες.

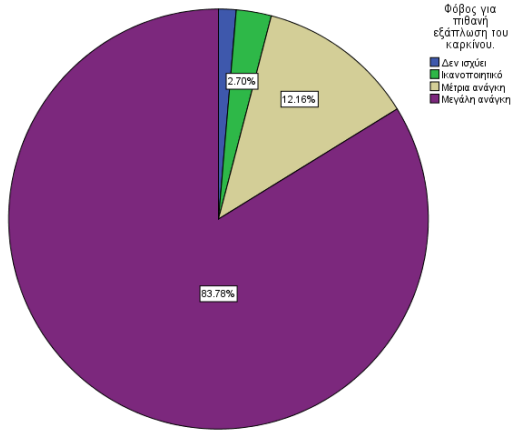


Γράφημα 11. Αδυνατείτε να κάνετε τις δραστηριότητες που κάνετε. Γράφημα 12. Νοιώθετε αγωνία.

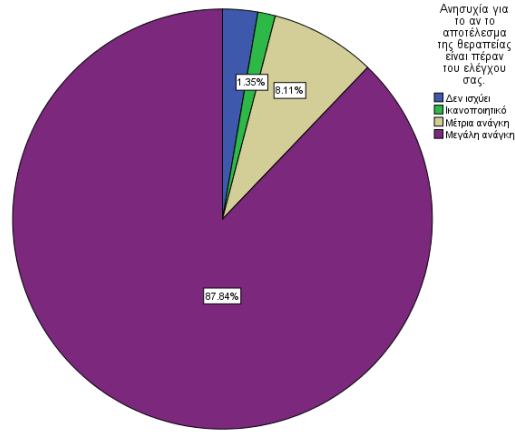


Γράφημα 13. Αίσθημα κόπωσης ή κατάθλιψη.

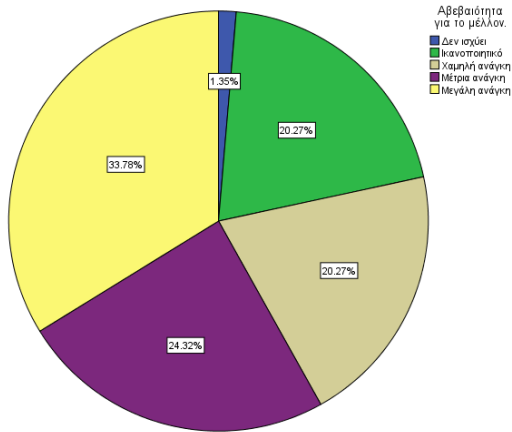
Γράφημα 16. Συναίσθημα θλίψης.



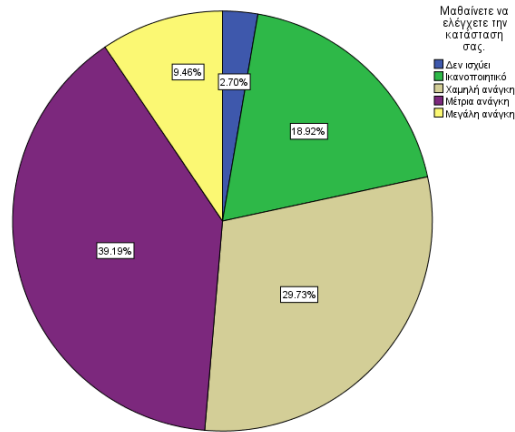
Γράφημα 17. Φόβος για πιθανή εξάπλωση του καρκίνου..



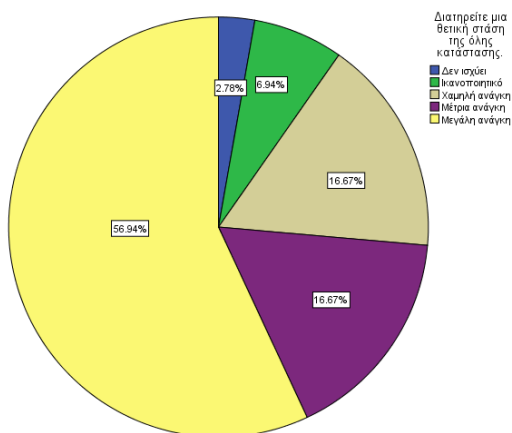
Γράφημα 18. Ανυσηχία για το αν το αποτέλεσμα της θεραπείας είναι πέραν του ελέγχου σας.



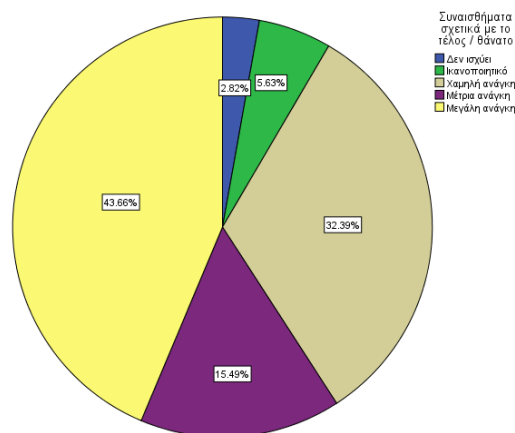
Γράφημα 19. Αβεβαιότητα για το μέλλον



Γράφημα 20. Μαθαίνετε να ελέγχετε την κατάσταση σας



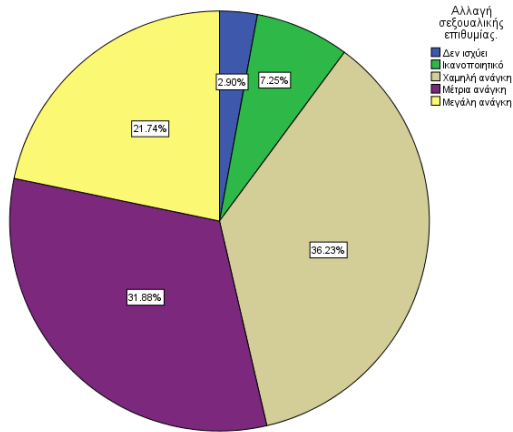
Γράφημα 21. Διατηρείτε μια θετική



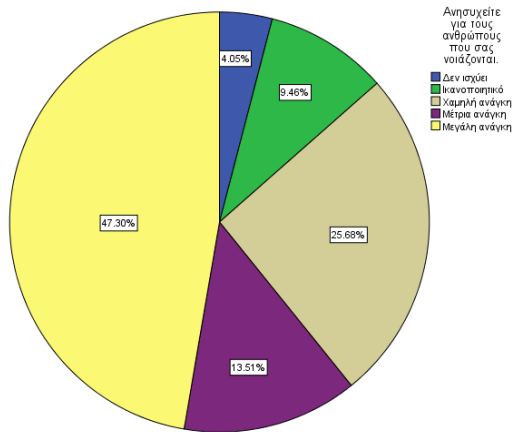
Γράφημα 22. Συναισθήματα σχετικά με το τέλος /

στάση της όλης κατάστασης.

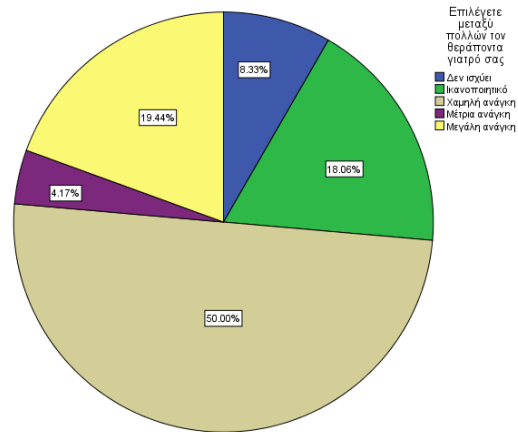
θάνατο.



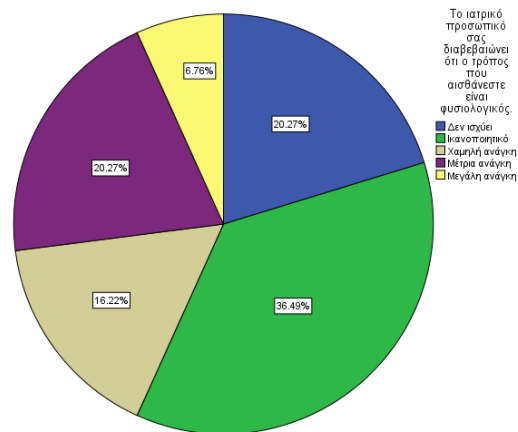
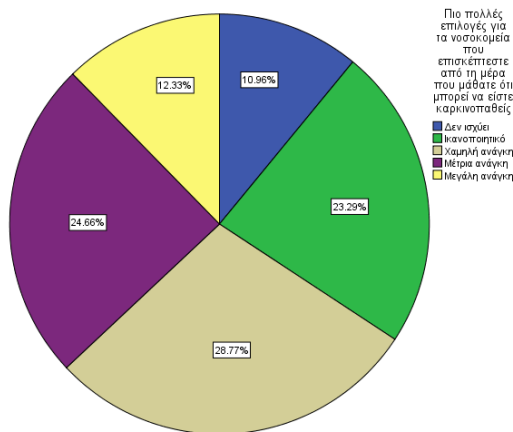
Γράφημα 23. Αλλαγή σεξουαλικής επιθυμίας



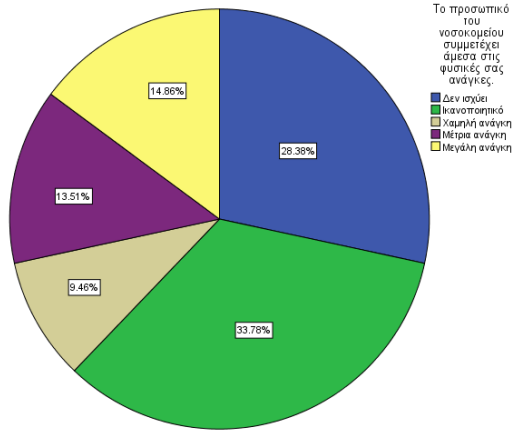
Γράφημα 24. Ανησυχείτε για τους ανθρώπους που σας νοιάζονται



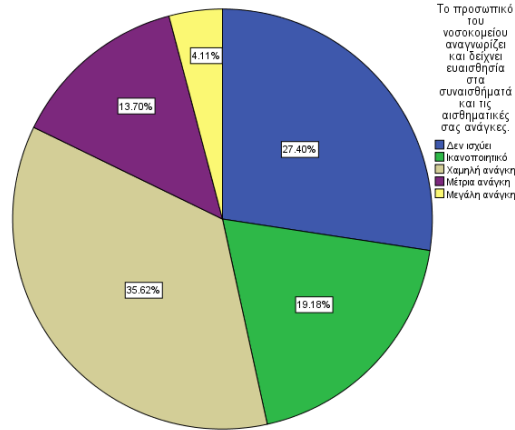
Γράφημα 25. Επιλέγετε μεταξύ πολλών των θεραπόντων γιατρό σας.



Γράφημα 26. Πιο πολλές επιλογές για τα νοσοκομεία που επισκέπτεστε από τη μέρα είναι που μάθατε ότι μπορείτε να είστε καρκινοπαθής

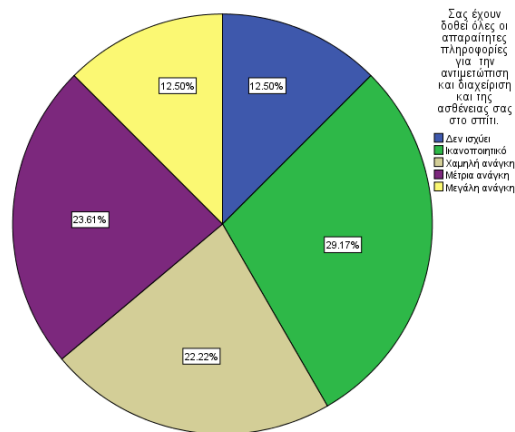
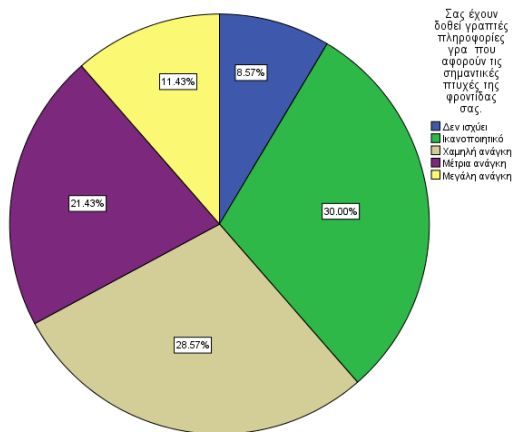


Γράφημα 27. Το ιατρικό προσωπικό σας διαβιβάζει ότι ο τρόπος που αισθάνεστε φυσιολογικός



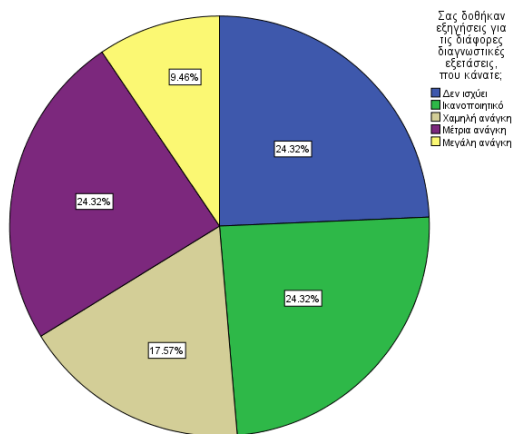
Γράφημα 28. Το προσωπικό του νοσοκομείου συμμετέχει άμεσα στις φυσικές ανάγκες.

Γράφημα 29. Το προσωπικό του νοσοκομείου, αναγνωρίζει και δείχνει ευαισθησία στα συναισθήματα και τις αισθησιακές σας ανάγκες

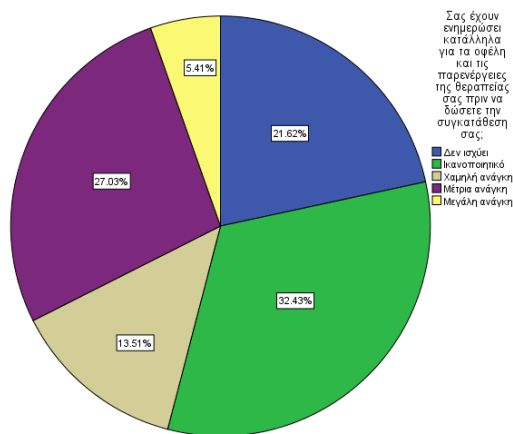


Γράφημα 30. Σας έχουν δοθεί γραπτές πληροφορίες που αφορούν σημαντικές πτυχές της φροντίδας σας.

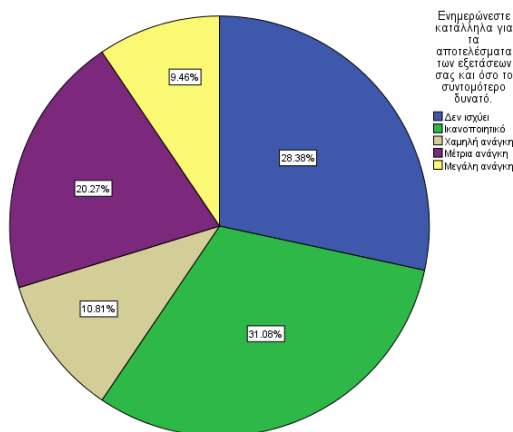
Γράφημα 31. Σας έχουν δοθεί όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για την αντιμετώπιση και διαχείριση της ασθένειας σας στο σπίτι;



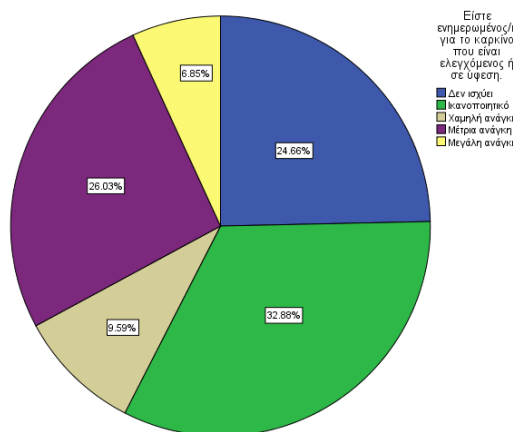
Γράφημα 32. Σας δοθήκαν εξηγήσεις για τις διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις, που κάνατε;



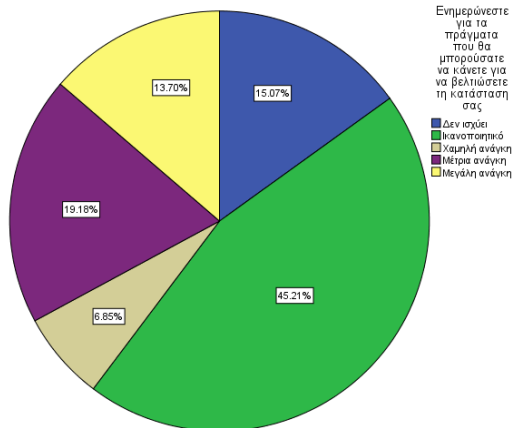
Γράφημα 33. Σας έχουν ενημερώσει κατάλληλα για τα οφέλη και τις παρενέργειες της θεραπείας σας πριν να δώσετε την συγκατάθεση σας;



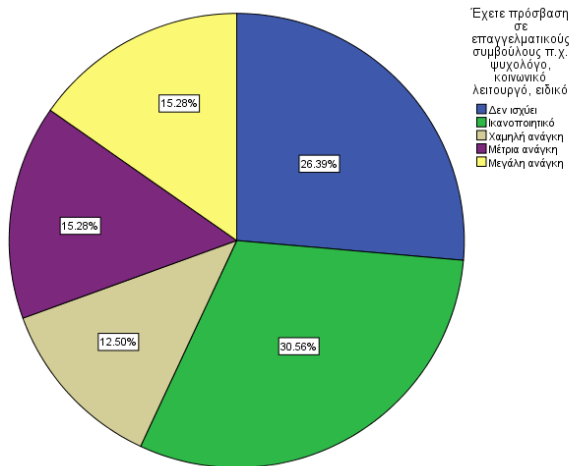
Γράφημα 34. Ενημερώνεστε κατάλληλα για τα αποτελέσματα των εξετάσεων σας και όσο το συντομότερο δυνατό.



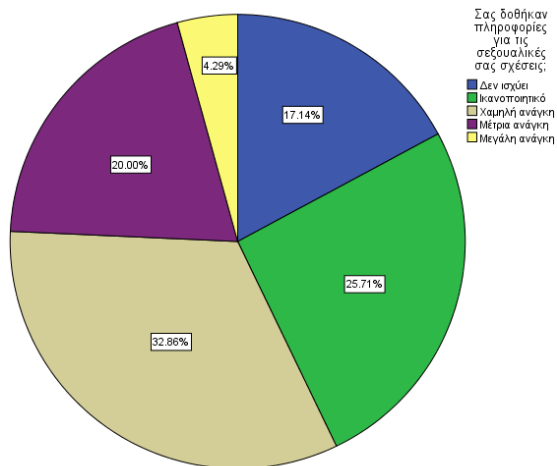
Γράφημα 35. Είστε ενημερωμένος/η για το καρκίνο που είναι ελεγχόμενος ή σε ύφεση.



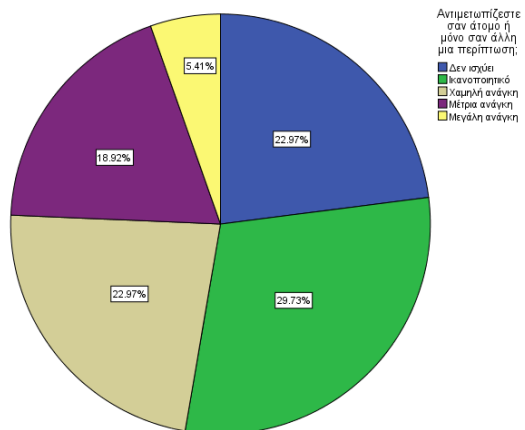
Γράφημα 36.



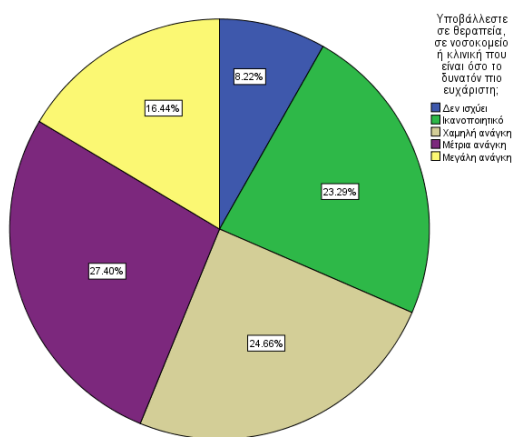
Γράφημα 37.



Γράφημα 38.



Γράφημα 39.

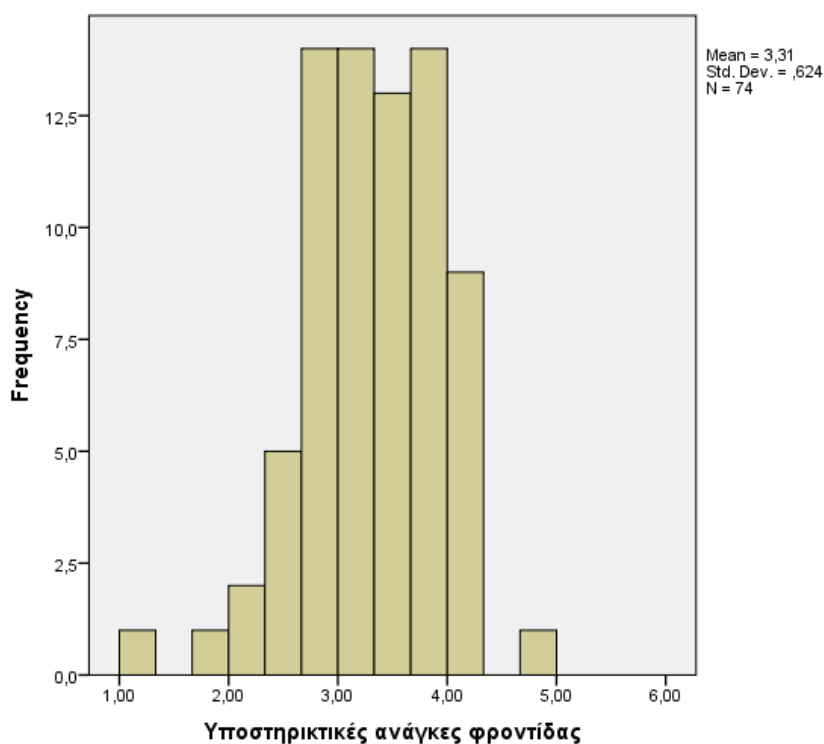


Γράφημα 40.

Ο μέσος όρος της μεταβλητής που συνοψίζει τα παρα πάνω αποτελέσματα δίνεται στον επόμενο πίνακα.

Πίνακας 85. Υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας	74	1,33	4,91	3,3088	,62422
Valid N (listwise)	74				



Διάγραμμα 39. Υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας.

Μπορούμε να πούμε από τον μέσο όρο και το ιστόγραμμα ότι παρατηρούνται μεγαλύτερες συχνότητες κοντά στις τρία με τέσσερα που αυτό μεταφράζεται σε αυτή την περίπτωση όταν παρουσιάζεται κάποια ανάγκη από χαμηλή μέχρι μέτρια όσον αφορά τις ερωτήσεις του παράγοντα υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας.

Προχωρούμε στις συγκρίσεις της μεταβλητής αυτής με τις ερωτήσεις του πρώτου μέρους.

Πίνακας 86. Υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας

Δημογραφικά Στοιχεία	Έλεγχος	p-value
Φύλο	t-test	0,902
Εκπαίδευση	F-test	0,478
Οικογενειακή Κατάσταση	F-test	0,728
Αρ. Ατόμων στο νοικοκυριό	F-test	0,932
Τύπος εισαγωγής	t-test	0,866
Εξατομικευμένη φροντίδα	F-test	0,401
Επαρχία διαμονής	F-test	0,337
Πρώτη επίσκεψη	t-test	0,973
Προηγούμενη νοσηλεία	t-test	1,000
Είδος στήριξης στο σπίτι	F-test	0,440

Από τα p-values των πιο πάνω ελέγχων (που είναι όλα μεγαλύτερα από το επίπεδο σημαντικότητας) μπορούμε να πούμε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του παράγοντα υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας και κανενός από τα δημογραφικά στοιχεία.

## 5.4. ΜΕΡΟΣ Δ (Κλίμακα Αξιολόγησης της Ποιότητας της Νοσηλευτικής φροντίδας ογκολογικών Ασθενών)

Το τέταρτο και τελευταίο μέρος αποτελεί την κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 6 υποκλίμακες οι οποίες αξιολογούν διαφορετικές διαστάσεις της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας με βάση τις απόψεις και τις προσδοκίες των ασθενών που λαμβάνουν φροντίδα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Και εδώ όλες οι απαντήσεις αξιολογούνται με 5βαθμη κλίμακα Likert όπως και στο μέρος Β'.

### 5.4.1. Αίσθημα εκτίμησης κατά την παροχή της φροντίδας

Οι πρώτες πέντε ερωτήσεις αφορούν στο αίσθημα εκτίμησης που αισθάνονται οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της φροντίδας τους από το νοσηλευτικό προσωπικό. Πιο κάτω φαίνονται λεπτομερώς οι απαντήσεις που πήραμε.

Πίνακας 87.

*Δ01. Λαμβάνετε την νοσηλευτική φροντίδα που απαιτεί η κατάσταση σας.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	1	1.4	1.4	1.4
Διαφωνώ	4	5.4	5.5	6.8
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	19	25.7	26.0	32.9
Συμφωνώ	26	35.1	35.6	68.5
Συμφωνώ απόλυτα	23	31.1	31.5	100.0
Total	73	98.6	100.0	
Missin g System	1	1.4		
Total	74	100.0		

Πίνακας 88.

Δ02. Λαμβάνετε επαρκή φροντίδα από το νοσηλευτή σας.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	4	5.4	5.6	5.6
Διαφωνώ	9	12.2	12.5	18.1
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	22	29.7	30.6	48.6
Συμφωνώ	19	25.7	26.4	75.0
Συμφωνώ απόλυτα	18	24.3	25.0	100.0
Total	72	97.3	100.0	
Missing System	2	2.7		
Total	74	100.0		

Πίνακας 89.

Δ03. Λαμβάνετε τη φροντίδα υγείας της επιλογής σας.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	1	1.4	1.4	1.4
Διαφωνώ	2	2.7	2.7	4.1
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	19	25.7	25.7	29.7
Συμφωνώ	22	29.7	29.7	59.5
Συμφωνώ απόλυτα	30	40.5	40.5	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 90.

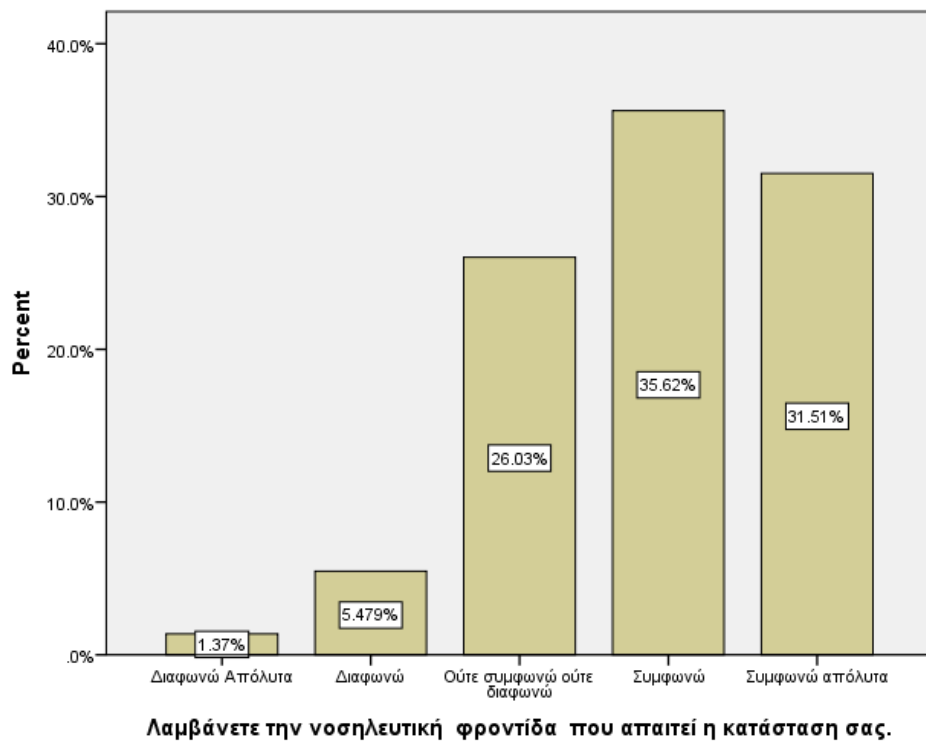
*Δ04. Ο νοσηλευτής σας φροντίζει και δείχνει κατανόηση για την κατάσταση σας.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	1	1.4	1.4	1.4
Διαφωνώ	3	4.1	4.1	5.4
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ	10	13.5	13.5	18.9
Συμφωνώ	23	31.1	31.1	50.0
Συμφωνώ απόλυτα	37	50.0	50.0	100.0
Total	74	100.0	100.0	

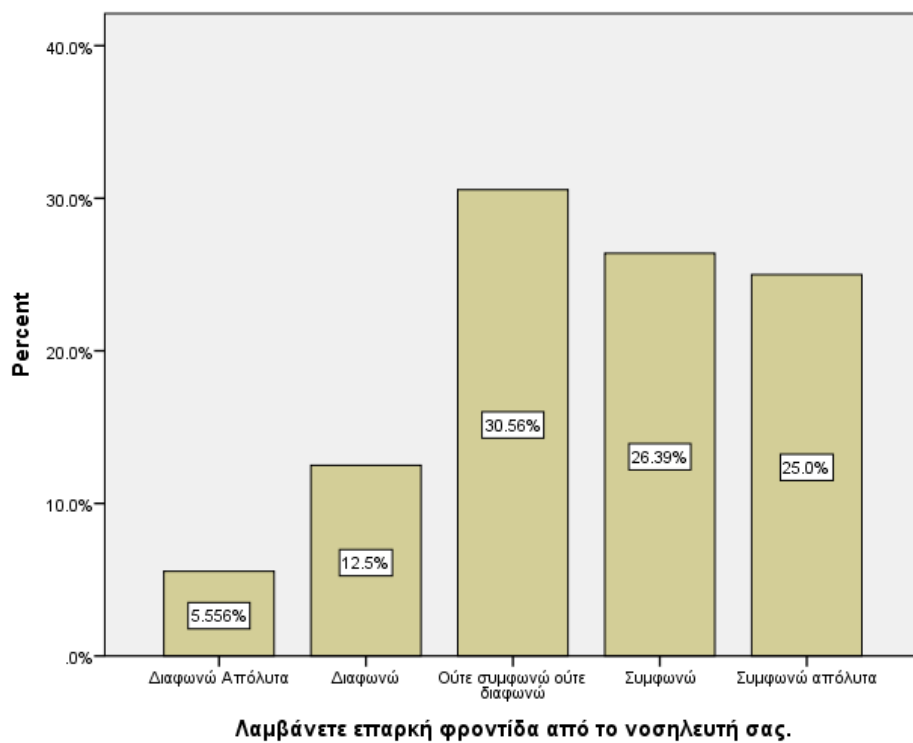
Πίνακας 91.

*Δ05. Ο νοσηλευτής σας φροντίζει με τρόπο ανθρώπινο.*

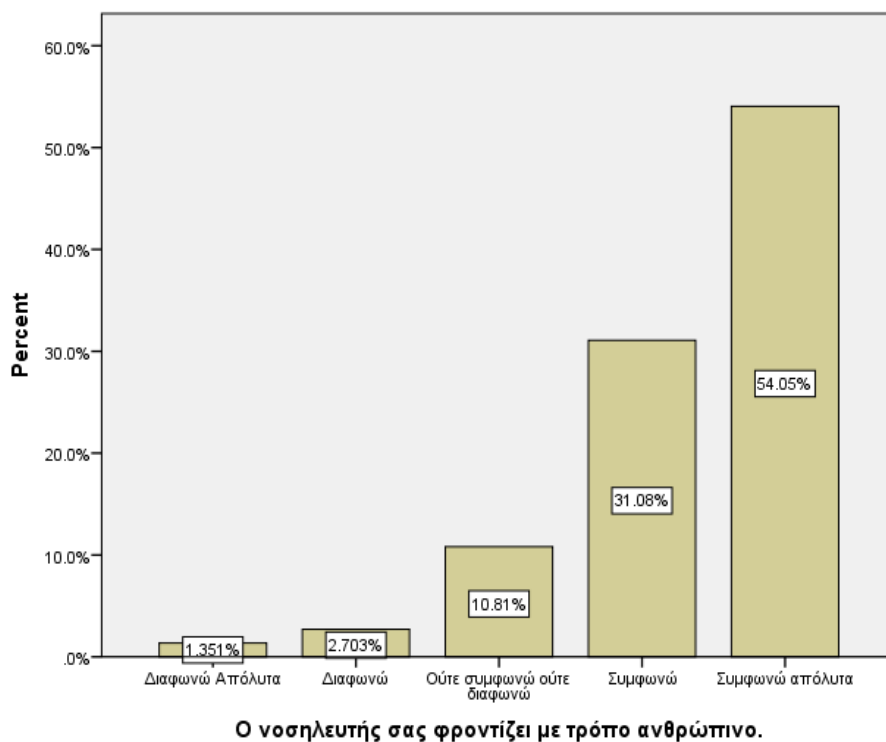
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	1	1.4	1.4	1.4
Διαφωνώ	2	2.7	2.7	4.1
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ	8	10.8	10.8	14.9
Συμφωνώ	23	31.1	31.1	45.9
Συμφωνώ απόλυτα	40	54.1	54.1	100.0
Total	74	100.0	100.0	



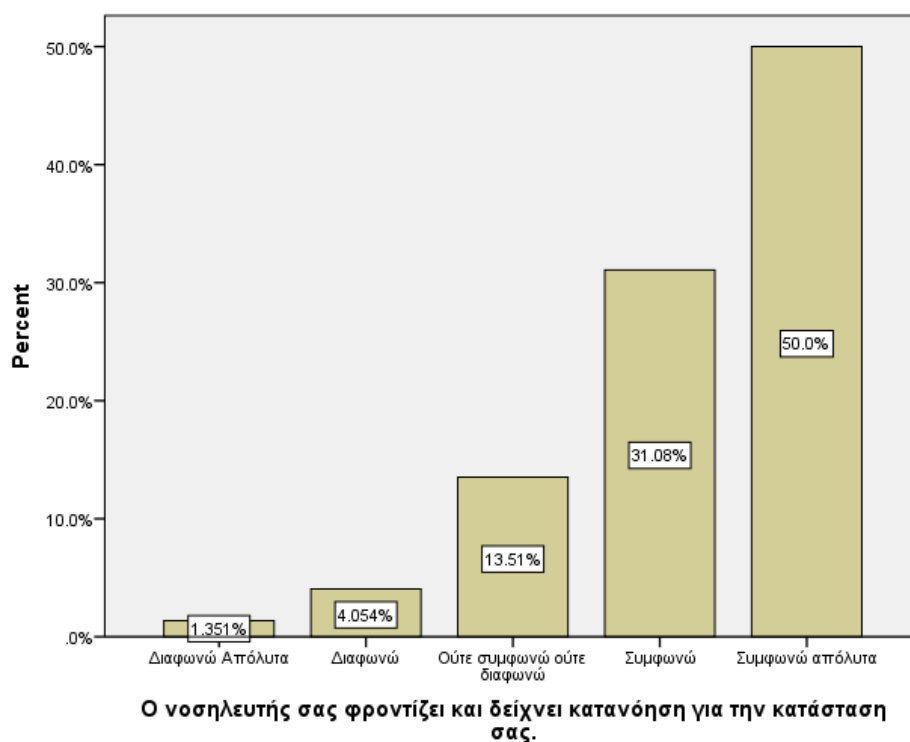
Διάγραμμα 40. Λαμβάνετε την νοσηλευτική φροντίδα που απαιτεί η κατάσταση σας;



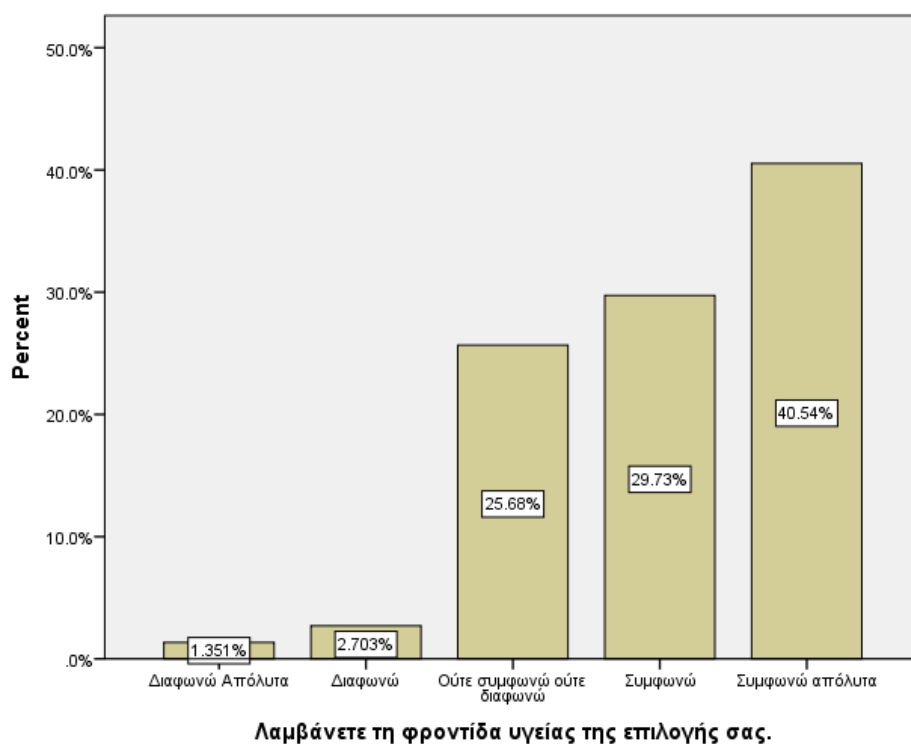
Διάγραμμα 41. Λαμβάνετε επαρκή φροντίδα από το νοσηλεύτη σας.



Διάγραμμα 42. Ο νοσηλευτής σας φροντίζει με τρόπο ανθρώπινο.



Διάγραμμα 43. Ο νοσηλευτής σας φροντίζει και δείχνει κατανόηση για την κατάσταση σας.



Διάγραμμα 44. Λαμβάνετε τη φροντίδα υγείας της επιλογής σας

Από τα τέσσερα ραβδογράμματα οι ερωτηθέντες τείνουν να συμφωνούν σε ότι αφορά το αίσθημα εκτίμησης κατά τη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Μόνο οι προτάσεις «Λαμβάνετε την νοσηλευτική φροντίδα που απαιτεί η κατάσταση σας» και «Λαμβάνετε επαρκή φροντίδα από το νοσηλευτή σας» παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα στην επιλογή «ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ». Τα άτομα αυτά ίσως να διαφωνούσαν με τις προτάσεις αυτές αλλά να φοβόντουσαν να το πουν μήπως και επηρεάσουν την αντιμετώπιση των νοσηλευτών απέναντί τους.

Προχωρούμε τώρα στην δημιουργία της μεταβλητής «Αίσθημα εκτίμησης κατά την παροχή φροντίδας».

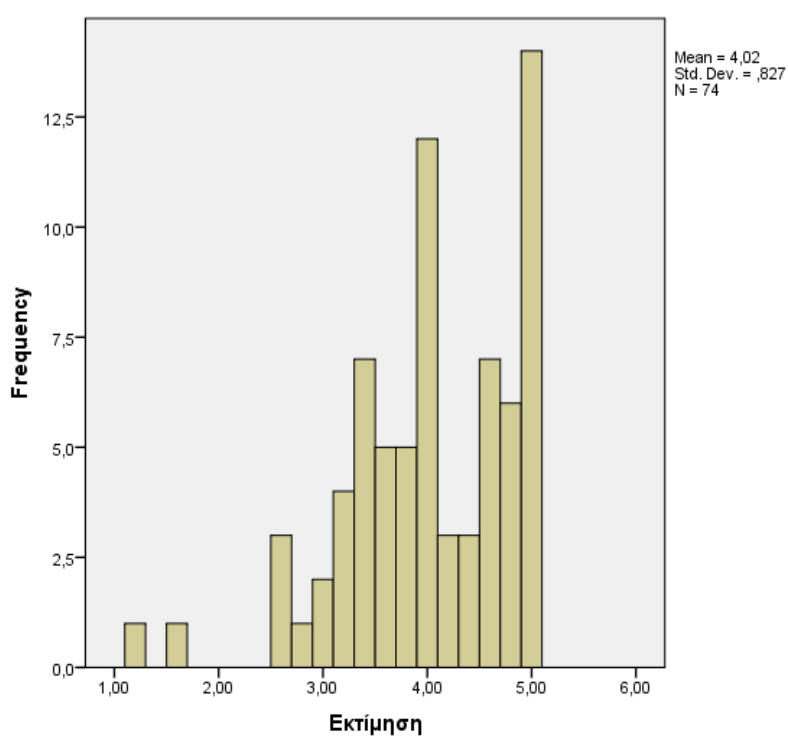
Ο μέσος όρος είναι αρκετά υψηλός, 4,024 (με τυπική απόκλιση 0,82691). Και το σχήμα του ιστογράμματος που ακολουθεί έχει μια θετική κλίση.

Πίνακας 92.

Αίσθημα εκτίμησης κατά την παροχή φροντίδας

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Εκτίμηση	74	1,20	5,00	4,0243	,82691
Valid N (listwise)	74				



Διάγραμμα 45. Αίσθημα εκτίμησης κατά την παροχή φροντίδας

Πίνακας 93.

*Συγκρίσεις με δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και Αίσθημα εκτίμησης κατά την παροχή φροντίδας*

<b>Δημογραφικά Στοιχεία</b>	<b>Έλεγχος</b>	<b>p-value</b>
Φύλο	t-test	0,382
Εκπαίδευση	F-test	0,669
Οικογενειακή Κατάσταση	F-test	0,973
Αρ. Ατόμων στο νοικοκυριό	F-test	0,287
Τύπος εισαγωγής	t-test	<b>0,048</b>
Εξατομικευμένη φροντίδα	F-test	0,348
Επαρχία διαμονής	F-test	0,514
Πρώτη επίσκεψη	t-test	0,384
Προηγούμενη νοσηλεία	t-test	0,825
Είδος στήριξης στο σπίτι	F-test	0,500

#### 5.4.2. Αίσθημα σεβασμού κατά την παροχή φροντίδας

Οι επόμενη 9 ερωτήσεις αφορούν στο αίσθημα σεβασμού που νιώθουν οι ασθενείς κατά την νοσηλεία τους. Παρατίθενται αναλυτικοί πίνακες.

Πίνακας 94.

*Δ06. Ο νοσηλευτής σας φροντίζει με τον απαραίτητο σεβασμό.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	2	2.7	2.7	2.7
Διαφωνώ	1	1.4	1.4	4.1
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ d	9	12.2	12.2	16.2
Συμφωνώ	25	33.8	33.8	50.0
Συμφωνώ απόλυτα	37	50.0	50.0	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 95.

*Δ07. Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει τις ανάγκες σας για φροντίδα.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	2	2.7	2.7	2.7
Διαφωνώ	1	1.4	1.4	4.1
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ d	16	21.6	21.6	25.7
Συμφωνώ	24	32.4	32.4	58.1
Συμφωνώ απόλυτα	31	41.9	41.9	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 96.

Δ08. Ο νοσηλευτής σέβεται τις ανάγκες σας και σας ενημερώνει ανάλογα.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	2	2.7	2.7	2.7
Διαφωνώ	4	5.4	5.4	8.1
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ	13	17.6	17.6	25.7
Συμφωνώ	28	37.8	37.8	63.5
Συμφωνώ απόλυτα	27	36.5	36.5	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 97.

Δ09. Ο νοσηλευτής σας ενημερώνει με κατανοητό τρόπο (Κατανοητοί όροι, ορολογίες).

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ	2	2.7	2.7	2.7
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ	20	27.0	27.0	29.7
Συμφωνώ	29	39.2	39.2	68.9
Συμφωνώ απόλυτα	23	31.1	31.1	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 98.

*Δ10. Ο νοσηλευτής απαντάει στις ερωτήσεις σας με ειλικρίνεια.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	1	1.4	1.4	1.4
Διαφωνώ	6	8.1	8.2	9.6
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	10	13.5	13.7	23.3
Συμφωνώ	32	43.2	43.8	67.1
Συμφωνώ απόλυτα	24	32.4	32.9	100.0
Total	73	98.6	100.0	
Missing System	1	1.4		
Total	74	100.0		

Πίνακας 99.

*Δ11. Αισθάνεστε ότι μπορείτε να ρωτήσετε το νοσηλευτή για οτιδήποτε*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	4	5.4	5.4	5.4
Διαφωνώ	6	8.1	8.1	13.5
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	11	14.9	14.9	28.4
Συμφωνώ	25	33.8	33.8	62.2
Συμφωνώ απόλυτα	28	37.8	37.8	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 100.

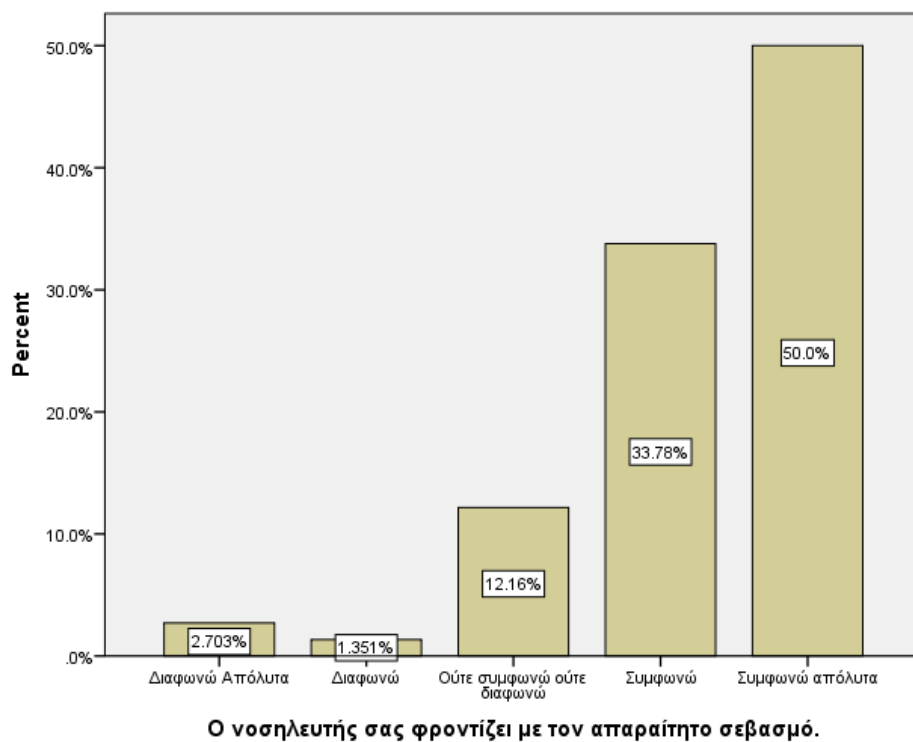
*Δ12. Ο νοσηλευτής σας δίνει τη δυνατότητα να συμμετάσχετε στις αποφάσεις που αφορούν τη νοσηλευτική σας φροντίδα.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	4	5.4	5.4	5.4
Διαφωνώ	6	8.1	8.1	13.5
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ	11	14.9	14.9	28.4
Συμφωνώ	29	39.2	39.2	67.6
Συμφωνώ απόλυτα	24	32.4	32.4	100.0
Total	74	100.0	100.0	

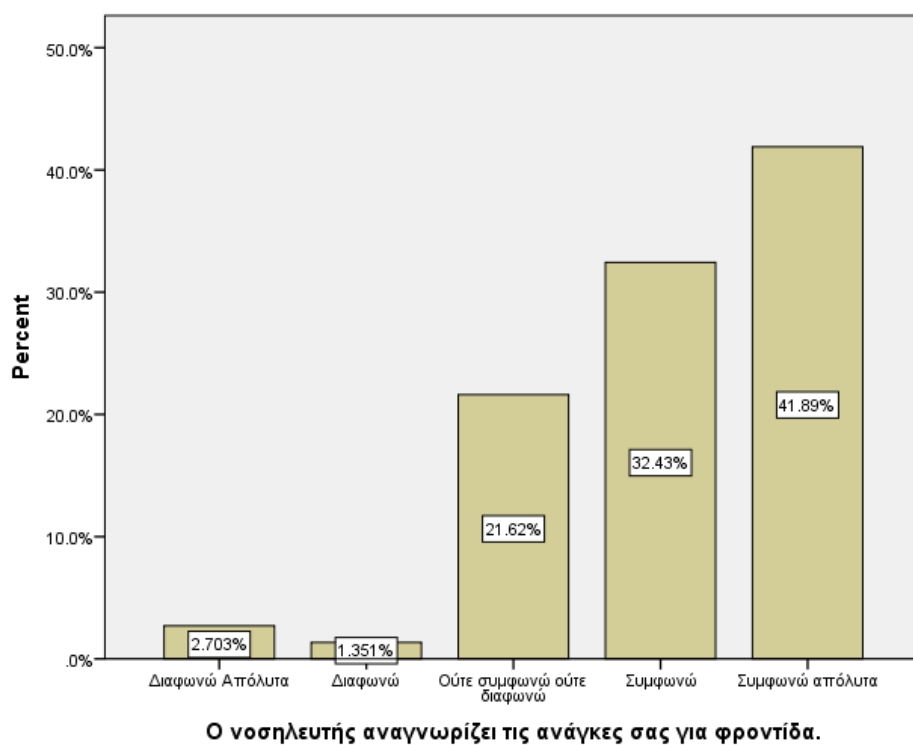
Πίνακας 101.

*Δ13. Ο νοσηλευτής σας παρέχει επαρκείς πληροφορίες προκειμένου να συμμετάσχετε στις αποφάσεις που αφορούν τη νοσηλευτική σας φροντίδα.*

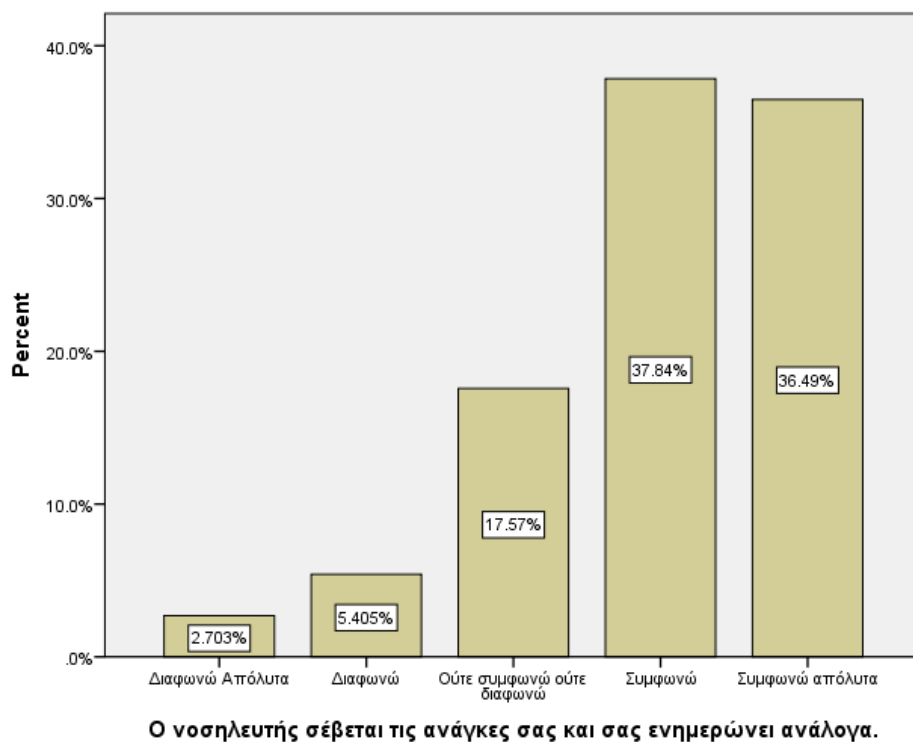
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	4	5.4	5.4	5.4
Διαφωνώ	1	1.4	1.4	6.8
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ	18	24.3	24.3	31.1
Συμφωνώ	22	29.7	29.7	60.8
Συμφωνώ απόλυτα	29	39.2	39.2	100.0
Total	74	100.0	100.0	



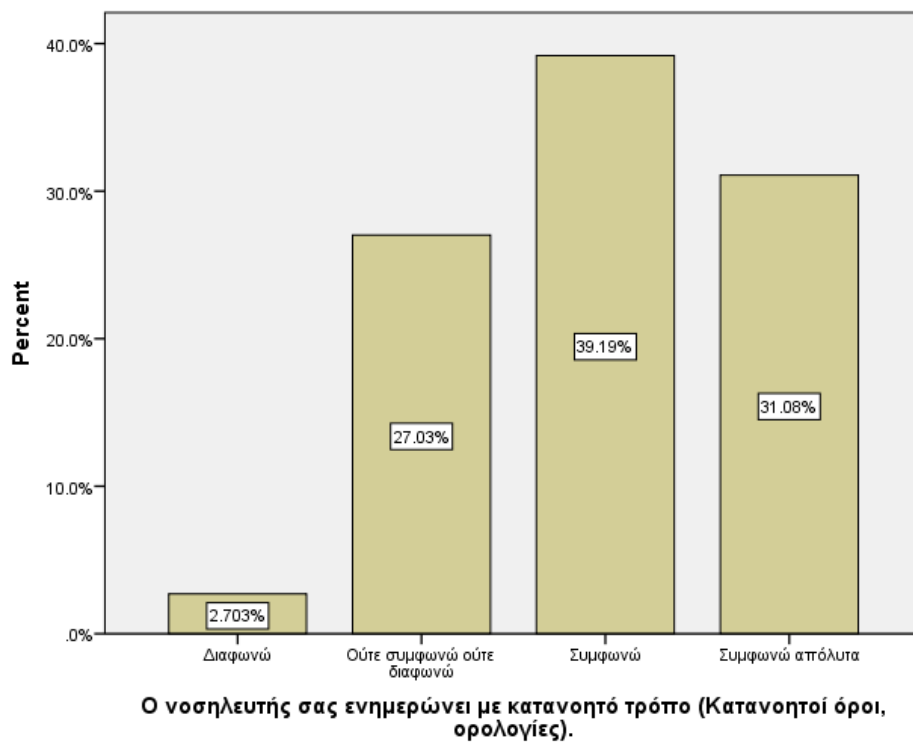
Διάγραμμα 46



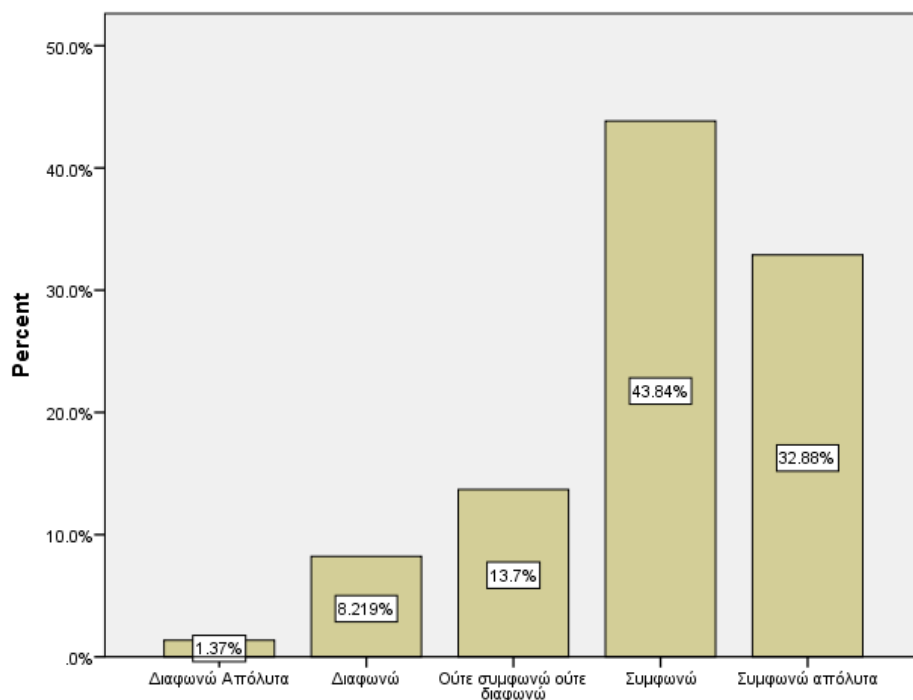
Διάγραμμα 47



Διάγραμμα 48

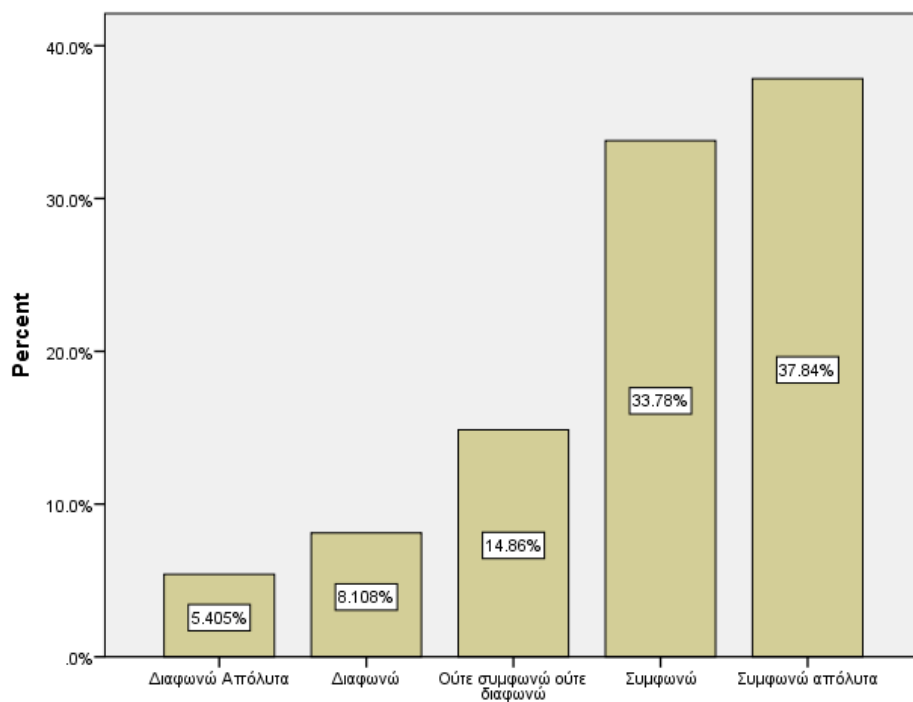


Διάγραμμα 49



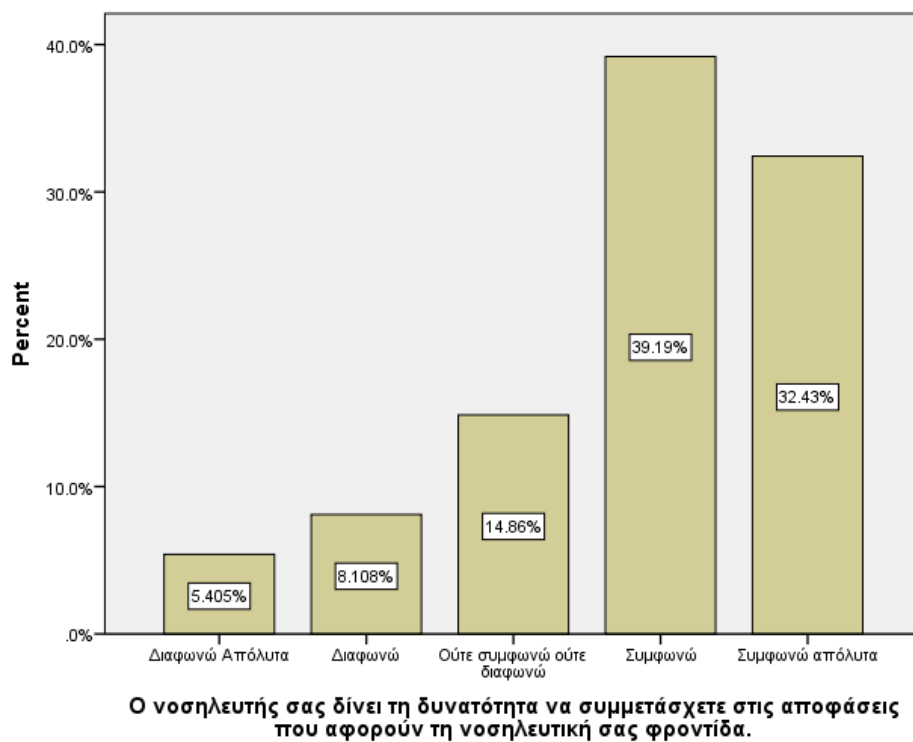
**Ο νοσηλευτής απαντάει στις ερωτήσεις σας με ειλικρίνεια.**

*Διάγραμμα 50*



**Αισθάνεστε ότι μπορείτε να ρωτήσετε το νοσηλευτή για οτιδήποτε**

*Διάγραμμα 51*



Διάγραμμα 52

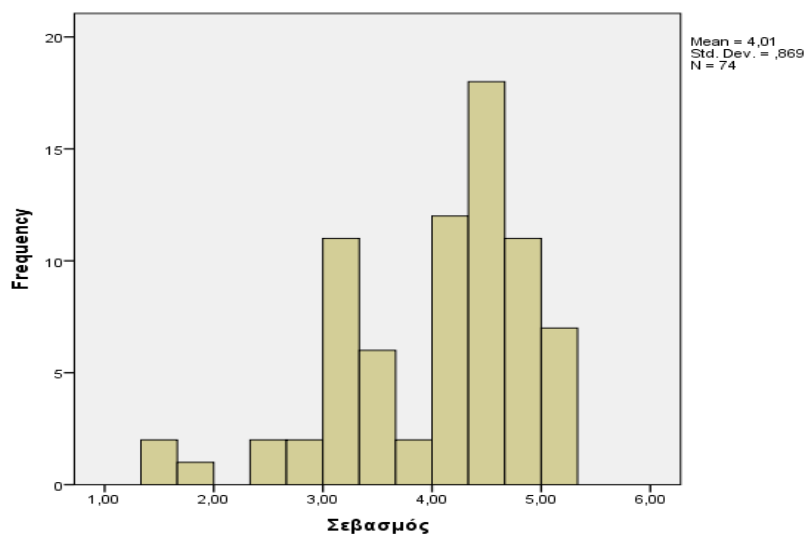
Ας δούμε τι γίνεται με την μεταβλητή «Αίσθημα σεβασμού κατά την παροχή φροντίδας».

Πίνακας 101.β

Αίσθημα σεβασμού κατά την παροχή φροντίδας

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Σεβασμός	74	1,38	5,00	4,0053	,86885
Valid N (listwise)	74				



Διάγραμμα 53

Πίνακας 102.

Συγκρίσεις με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και Αίσθημα σεβασμού κατά την παροχή φροντίδας

Δημογραφικά Στοιχεία	Έλεγχος	p-value
Φύλο	t-test	0,683
Εκπαίδευση	F-test	0,654
Οικογενειακή Κατάσταση	F-test	0,999
Αρ. Ατόμων στο νοικοκυριό	F-test	0,555
Τύπος εισαγωγής	t-test	0,144
Εξατομικευμένη φροντίδα	F-test	0,317
Επαρχία διαμονής	F-test	0,804
Πρώτη επίσκεψη	t-test	0,075
Προηγούμενη νοσηλεία	t-test	0,442
Είδος στήριξης στο σπίτι	F-test	0,693

### 5.4.3. Αίσθημα παροχής επικοινωνιακής και υποστηρικτικής φροντίδας

Οι τρίτη υποκλίμακα περιέχει άλλες πέντε προτάσεις, που ακολουθούν.

Πίνακας 103.

*Δ14. Ο νοσηλευτής ενδιαφέρεται για το πόσο καλά μπορεί να επικοινωνήσει μαζί σας.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	3	4.1	4.1	4.1
Διαφωνώ	2	2.7	2.7	6.8
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ d	18	24.3	24.3	31.1
Συμφωνώ	14	18.9	18.9	50.0
Συμφωνώ απόλυτα	37	50.0	50.0	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 104.

*Δ15. Ο νοσηλευτής επιδιώκει να έχει καλή επικοινωνία μαζί σας.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	3	4.1	4.1	4.1
Διαφωνώ	4	5.4	5.4	9.5
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ d	11	14.9	14.9	24.3
Συμφωνώ	23	31.1	31.1	55.4
Συμφωνώ απόλυτα	33	44.6	44.6	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 105.

*Δ16. Ο νοσηλευτής επικοινωνεί επαρκώς μαζί σας κατά τη διάρκεια της φροντίδας σας.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	6	8.1	8.1	8.1
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	15	20.3	20.3	28.4
Valid Συμφωνώ	15	20.3	20.3	48.6
Συμφωνώ απόλυτα	38	51.4	51.4	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 106.

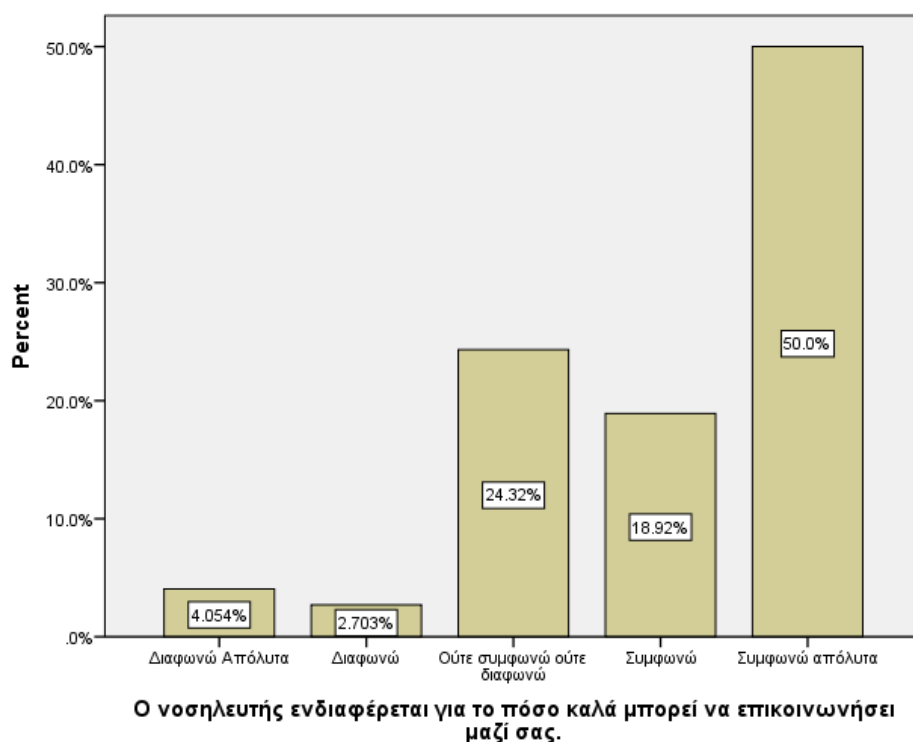
*Δ17. Ο νοσηλευτής σας υποστηρίζει συναισθηματικά.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	5	6.8	6.9	6.9
Διαφωνώ	2	2.7	2.8	9.7
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	12	16.2	16.7	26.4
Συμφωνώ	17	23.0	23.6	50.0
Συμφωνώ απόλυτα	36	48.6	50.0	100.0
Total	72	97.3	100.0	
Missing System	2	2.7		
Total	74	100.0		

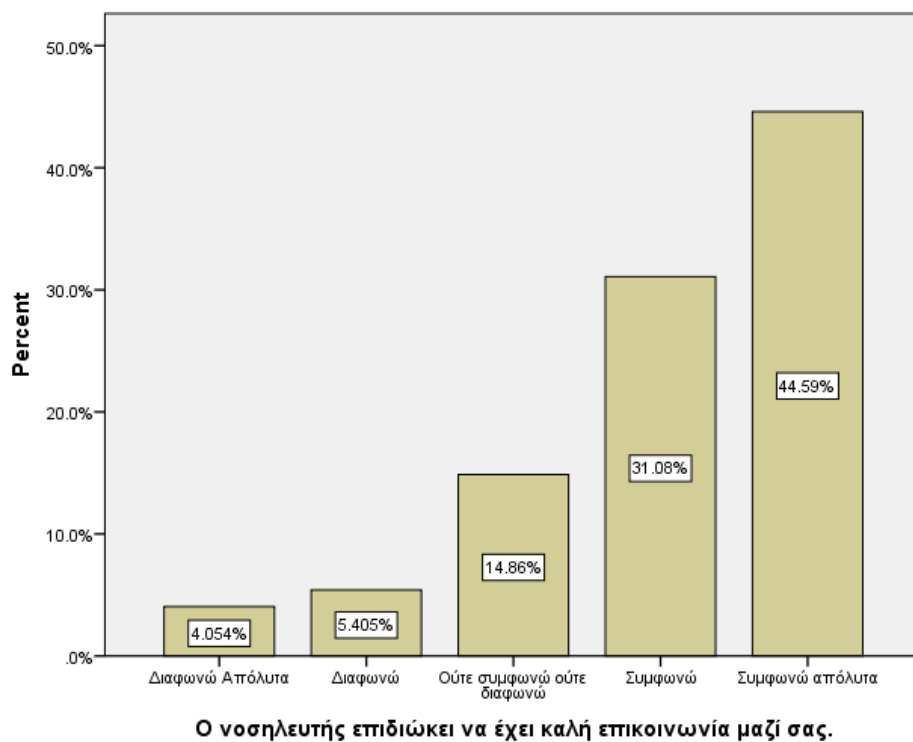
Πίνακας 107.

Δ18. Ο νοσηλευτής είναι ένα άτομο στο οποίο μπορείς να βασιστείς.

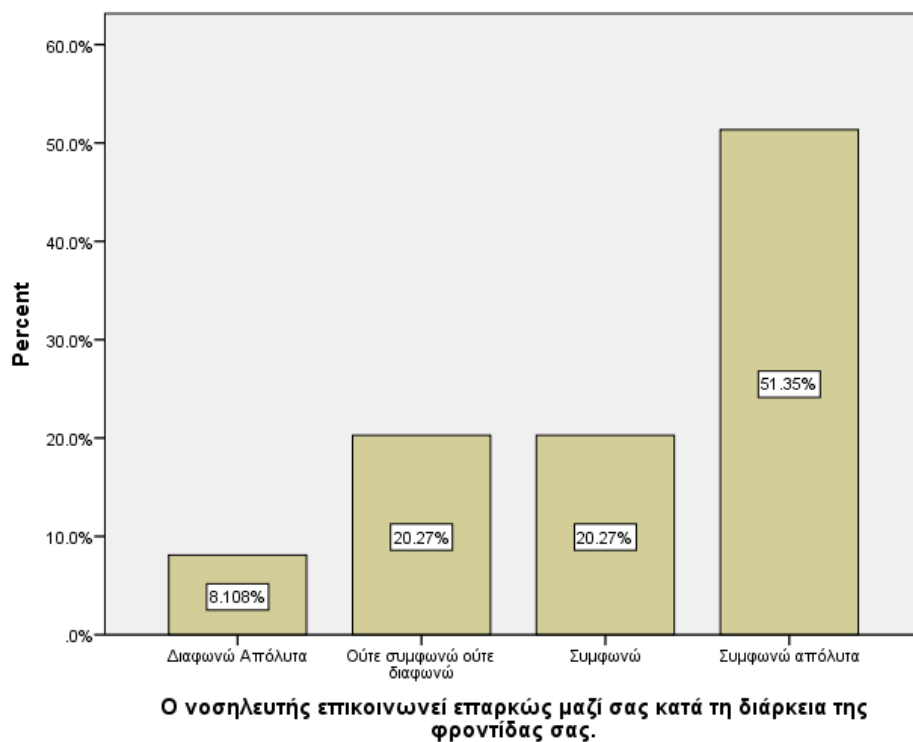
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	4	5.4	5.4	5.4
Διαφωνώ	1	1.4	1.4	6.8
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ	17	23.0	23.0	29.7
Συμφωνώ	18	24.3	24.3	54.1
Συμφωνώ απόλυτα	34	45.9	45.9	100.0
Total	74	100.0	100.0	



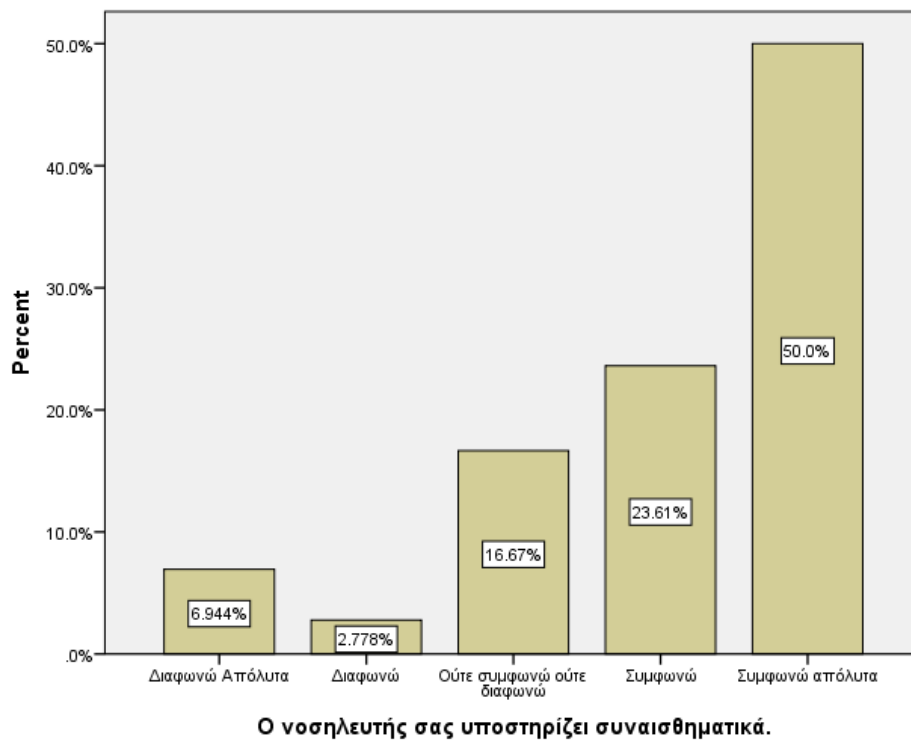
Διάγραμμα 54



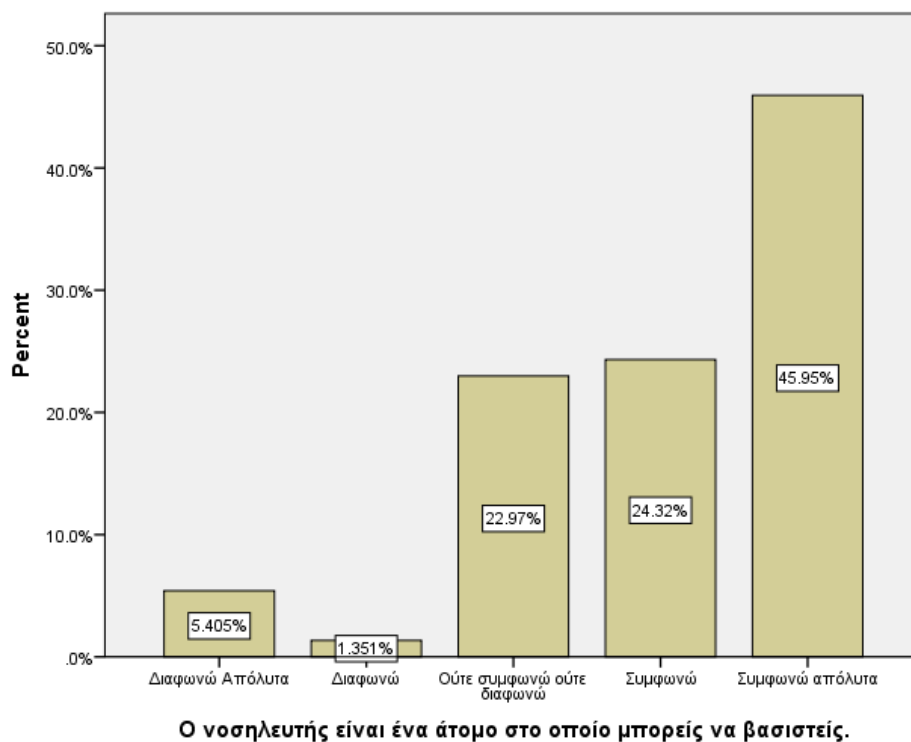
Διάγραμμα 55



Διάγραμμα 56



Διάγραμμα 57



Διάγραμμα 58

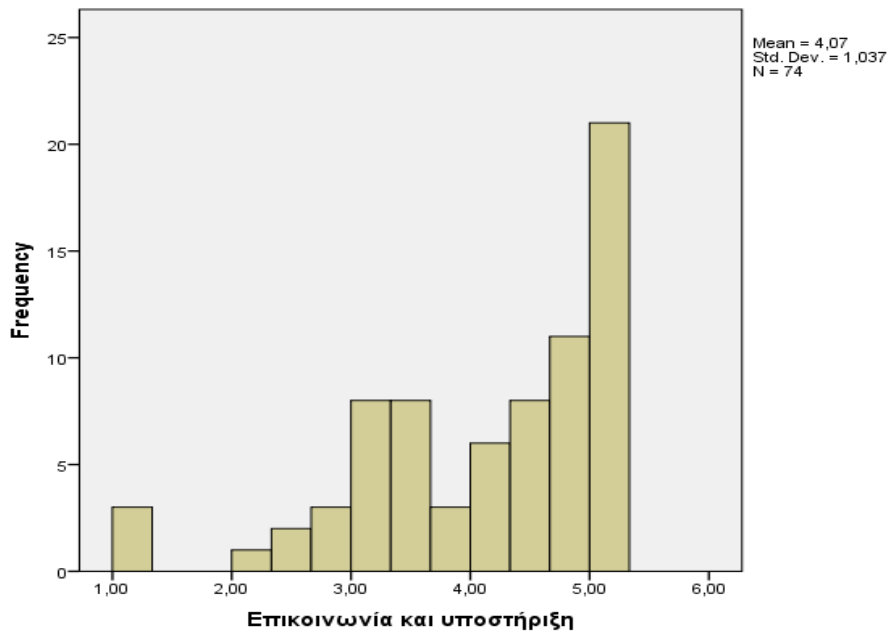
Η νέα μεταβλήτη «Επικοινωνία και υποστήριξη» που προέρχεται από το μέσο όρο των πέντε προηγούμενων προτάσεων.

Πίνακας 108.

*Επικοινωνία και υποστήριξη*

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Επικοινωνία και υποστήριξη	74	1,00	5,00	4,0662	1,03663
Valid N (listwise)	74				



*Διάγραμμα 59*

Πίνακας 109.

Συγκριτικός πίνακας Δημογραφικών Στοιχείων και Επικοινωνία και υποστήριξη

Δημογραφικά Στοιχεία	Έλεγχος	p-value
Φύλο	t-test	0,607
Εκπαίδευση	F-test	0,858
Οικογενειακή Κατάσταση	F-test	0,195
Αρ. Ατόμων στο νοικοκυριό	F-test	0,291
Τύπος εισαγωγής	t-test	0,154
Εξατομικευμένη φροντίδα	F-test	0,112
Επαρχία διαμονής	F-test	0,820
Πρώτη επίσκεψη	t-test	0,483
Προηγούμενη νοσηλεία	t-test	0,435
Είδος στήριξης στο σπίτι	F-test	0,811

#### 5.4.4. Αίσθημα Επιβεβαίωσης

Από την 19 – 26 είναι ερωτήσεις που αφορούν στο αίσθημα επιβεβαίωσης.

Πίνακας 110.

*Δ19. Γενικά αισθάνεστε ότι είστε σε «καλά χέρια»*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	3	4.1	4.1	4.1
Διαφωνώ	1	1.4	1.4	5.4
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ	14	18.9	18.9	24.3
d Συμφωνώ	21	28.4	28.4	52.7
Συμφωνώ απόλυτα	35	47.3	47.3	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 111.

*Δ20. Ο νοσηλευτής φαίνεται να γνωρίζει την κατάστασή της υγείας σας.*

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	2	2.7	2.7	2.7
Διαφωνώ	3	4.1	4.1	6.8
Ούτε συμφωνώ ούτε Valid διαφωνώ	5	6.8	6.8	13.5
d Συμφωνώ	17	23.0	23.0	36.5
Συμφωνώ απόλυτα	47	63.5	63.5	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 112.

*Δ21. Ο νοσηλευτής φαίνεται ικανός στη διαχείριση του τεχνικού εξοπλισμού και των υλικών.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ	4	5.4	5.4	5.4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	21	28.4	28.4	33.8
Vali d Συμφωνώ	14	18.9	18.9	52.7
Συμφωνώ απόλυτα	35	47.3	47.3	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 113.

*Δ22. Ο νοσηλευτής ανταποκρίνεται άμεσα στις ερωτήσεις και τις ανησυχίες σας.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	14	18.9	18.9	18.9
Διαφωνώ	12	16.2	16.2	35.1
Vali d Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	19	25.7	25.7	60.8
Συμφωνώ	11	14.9	14.9	75.7
Συμφωνώ απόλυτα	18	24.3	24.3	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 114.

*Δ23. Γενικά αισθάνεστε ότι είστε σε «αβέβαια χέρια»*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	24	32.4	32.4	32.4
Διαφωνώ	8	10.8	10.8	43.2
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	26	35.1	35.1	78.4
Συμφωνώ	10	13.5	13.5	91.9
Συμφωνώ απόλυτα	6	8.1	8.1	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 115.

*Δ24. Ο νοσηλευτής επιτελεί τυπικά τα καθήκοντα του*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	6	8.1	8.2	8.2
Διαφωνώ	10	13.5	13.7	21.9
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	26	35.1	35.6	57.5
Συμφωνώ	21	28.4	28.8	86.3
Συμφωνώ απόλυτα	10	13.5	13.7	100.0
Total	73	98.6	100.0	
Missing System	1	1.4		
Total	74	100.0		

Πίνακας 116.

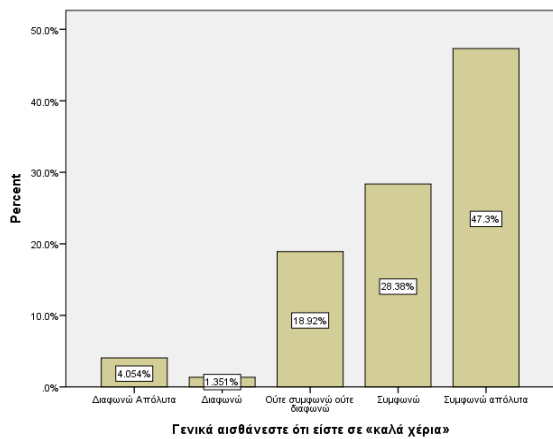
*Δ25. Ο νοσηλευτής εκφράζει αληθινό ενδιαφέρον για εσάς.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ Απόλυτα	2	2.7	2.8	2.8
Διαφωνώ	5	6.8	6.9	9.7
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	20	27.0	27.8	37.5
Συμφωνώ	22	29.7	30.6	68.1
Συμφωνώ απόλυτα	23	31.1	31.9	100.0
Total	72	97.3	100.0	
Missing System	2	2.7		
Total	74	100.0		

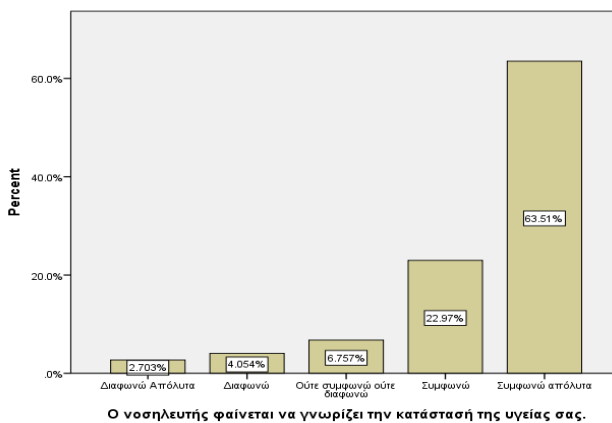
Πίνακας 117.

*Δ26. Ο νοσηλευτής με τις πράξεις έχει κερδίσει την εμπιστοσύνη σας.*

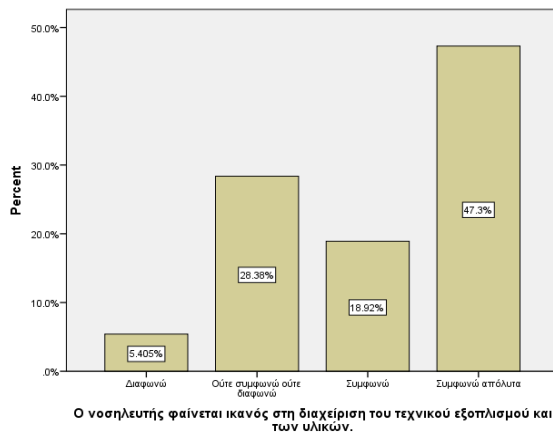
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ Απόλυτα	6	8.1	8.2	8.2
Διαφωνώ	8	10.8	11.0	19.2
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	30	40.5	41.1	60.3
Συμφωνώ	15	20.3	20.5	80.8
Συμφωνώ απόλυτα	14	18.9	19.2	100.0
Total	73	98.6	100.0	
Missing System	1	1.4		
Total	74	100.0		



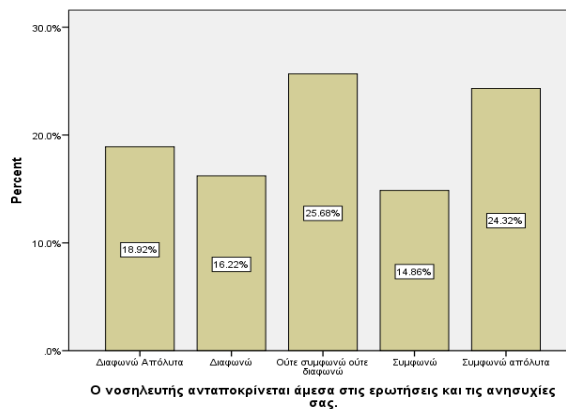
Διάγραμμα 60



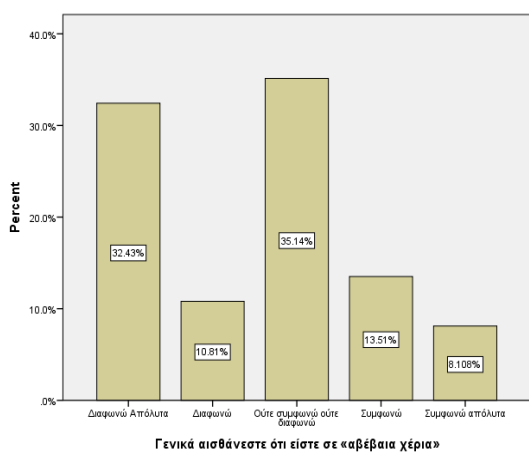
Διάγραμμα 61



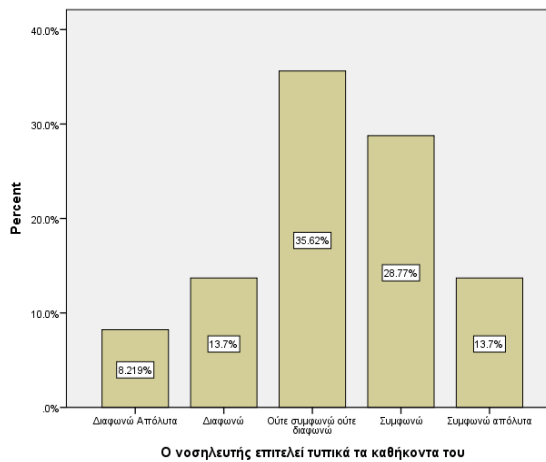
Διάγραμμα 62



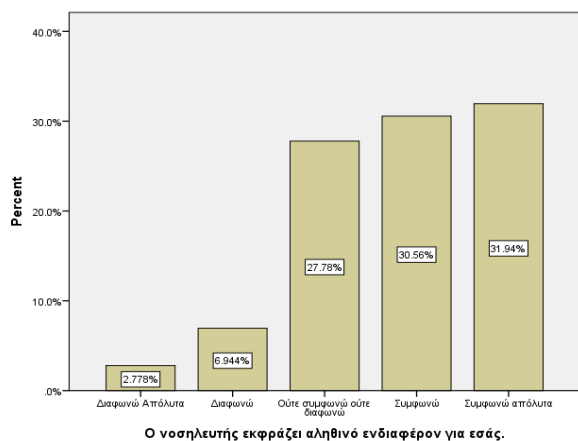
Διάγραμμα 63



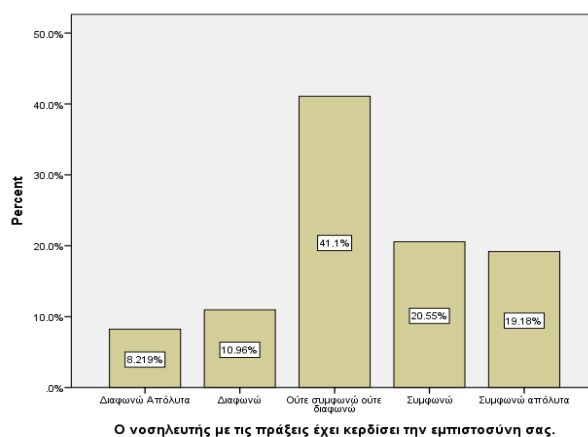
Διάγραμμα 64



Διάγραμμα 65



Διάγραμμα 66



Διάγραμμα 67

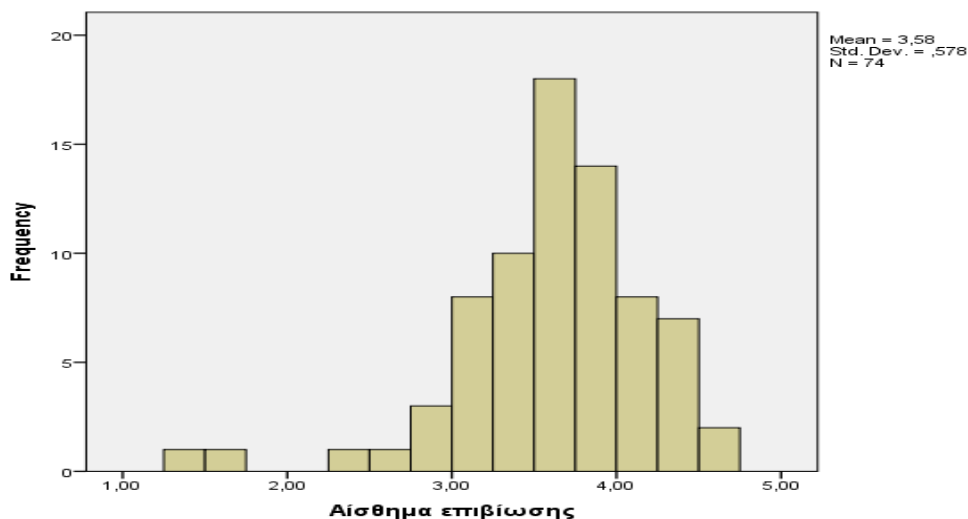
Η νέα μεταβλητή είναι «Αίσθημα Επιβίωσης» και έχει μέσο όρο και τυπική απόκλιση

Πίνακας 118.

Αίσθημα Επιβίωσης

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Αίσθημα επιβίωσης	74	1,25	4,50	3,5829	,57777
Valid N (listwise)	74				



Διάγραμμα 68

Στον παρακάτω πίνακα μπορούμε να βρούμε τον πίνακα με τις συγκρίσεις:

Πίνακας 119.

Συγκρίσεις Δημογραφικών Στοιχείων με Αίσθημα Επιβίωσης

Δημογραφικά Στοιχεία	Έλεγχος	p-value
Φύλο	t-test	0,892
Εκπαίδευση	F-test	0,455
Οικογενειακή Κατάσταση	F-test	0,965
Αρ. Ατόμων στο νοικοκυριό	F-test	0,648
Τύπος εισαγωγής	t-test	0,079
Εξατομικευμένη φροντίδα	F-test	0,097
Επαρχία διαμονής	F-test	0,450
Πρώτη επίσκεψη	t-test	0,195
Προηγούμενη νοσηλεία	t-test	0,251
Είδος στήριξης στο σπίτι	F-test	0,601

#### 5.4.5. Αίσθημα θρησκευτικής και πνευματικής φροντίδας

Κάθε άνθρωπος όταν βρίσκεται σε κατάσταση ανάγκης στρέφεται στη θρησκεία και στα πνευματικά αγαθά.

Πίνακας 120.

*Δ27. Ο νοσηλευτής ενδιαφέρθηκε να διευκρινίσει ποιες είναι οι θρησκευτικές σας πεποιθήσεις*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ Απόλυτα	4	5.4	5.6	5.6
Διαφωνώ	7	9.5	9.9	15.5
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	43	58.1	60.6	76.1
Συμφωνώ	14	18.9	19.7	95.8
Συμφωνώ απόλυτα	3	4.1	4.2	100.0
Total	71	95.9	100.0	
Missing System	3	4.1		
Total	74	100.0		

Πίνακας 121.

*Δ28. Ο νοσηλευτής είναι ευαίσθητος και δείχνει σεβασμό για τις θρησκευτικές σας πεποιθήσεις.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαφωνώ Απόλυτα	3	4.1	4.3	4.3
Διαφωνώ	3	4.1	4.3	8.7
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	44	59.5	63.8	72.5
Συμφωνώ	15	20.3	21.7	94.2
Συμφωνώ απόλυτα	4	5.4	5.8	100.0
Total	69	93.2	100.0	
Missing System	5	6.8		
Total	74	100.0		

Πίνακας 122.

*Δ29. Ο νοσηλευτής διευκολύνει τις θρησκευτικές σας συνήθειες όταν λαμβάνετε φροντίδα.*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ Απόλυτα	3	4.1	4.3	4.3
	Διαφωνώ	7	9.5	10.0	14.3
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	37	50.0	52.9	67.1
	Συμφωνώ	20	27.0	28.6	95.7
	Συμφωνώ απόλυτα	3	4.1	4.3	100.0
	Total	70	94.6	100.0	
Missing	System	4	5.4		
Total		74	100.0		

Πίνακας 123.

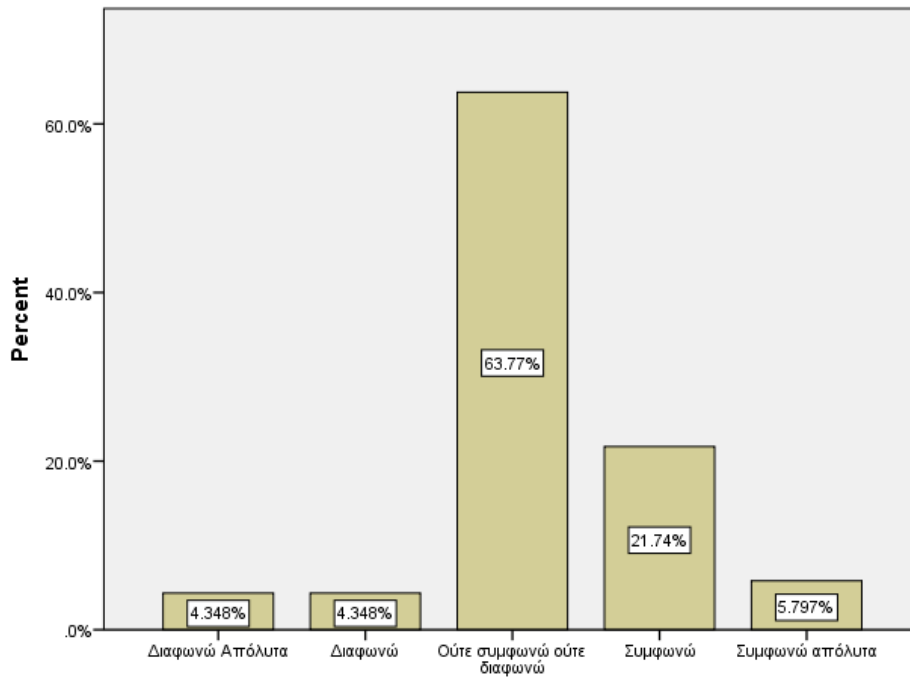
*Δ30. Ο νοσηλευτής είναι διαθέσιμος στο να συζητάει θέματα πνευματικής φύσεως ενώ ενθαρρύνει και τη συζήτηση τους*

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ Απόλυτα	6	8.1	8.5	8.5
	Διαφωνώ	14	18.9	19.7	28.2
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	29	39.2	40.8	69.0
	Συμφωνώ	15	20.3	21.1	90.1
	Συμφωνώ απόλυτα	7	9.5	9.9	100.0
	Total	71	95.9	100.0	
Missing	System	3	4.1		
Total		74	100.0		

Πίνακας 124.

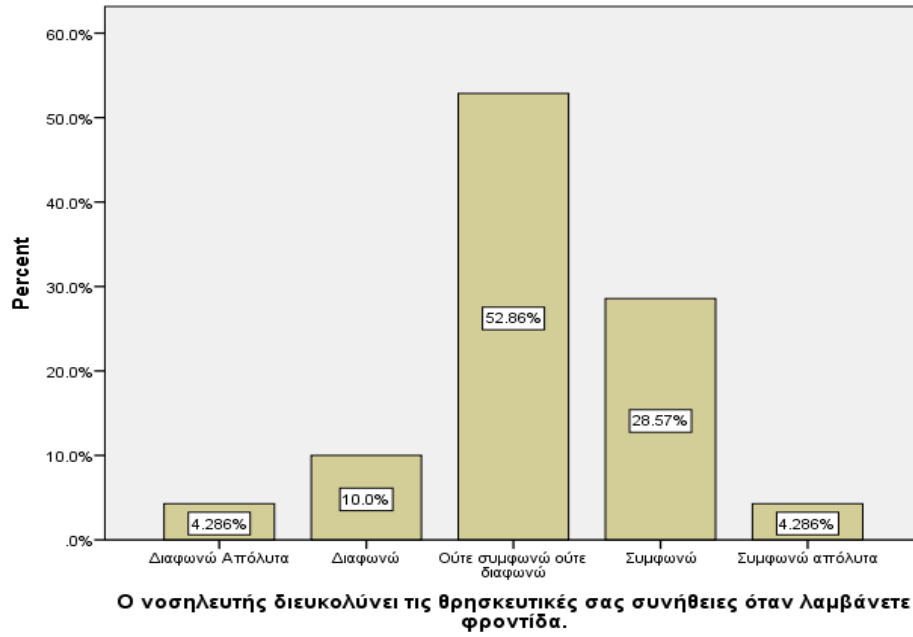
Δ31. Ο νοσηλευτής ενδιαφέρεται να γνωρίζει ποιες είναι οι απόψεις σας για τη ζωή και το θάνατο.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	1	1.4	1.4	1.4
Διαφωνώ	7	9.5	9.6	11.0
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	13	17.6	17.8	28.8
Συμφωνώ	19	25.7	26.0	54.8
Συμφωνώ απόλυτα	33	44.6	45.2	100.0
Total	73	98.6	100.0	
Missing System	1	1.4		
Total	74	100.0		

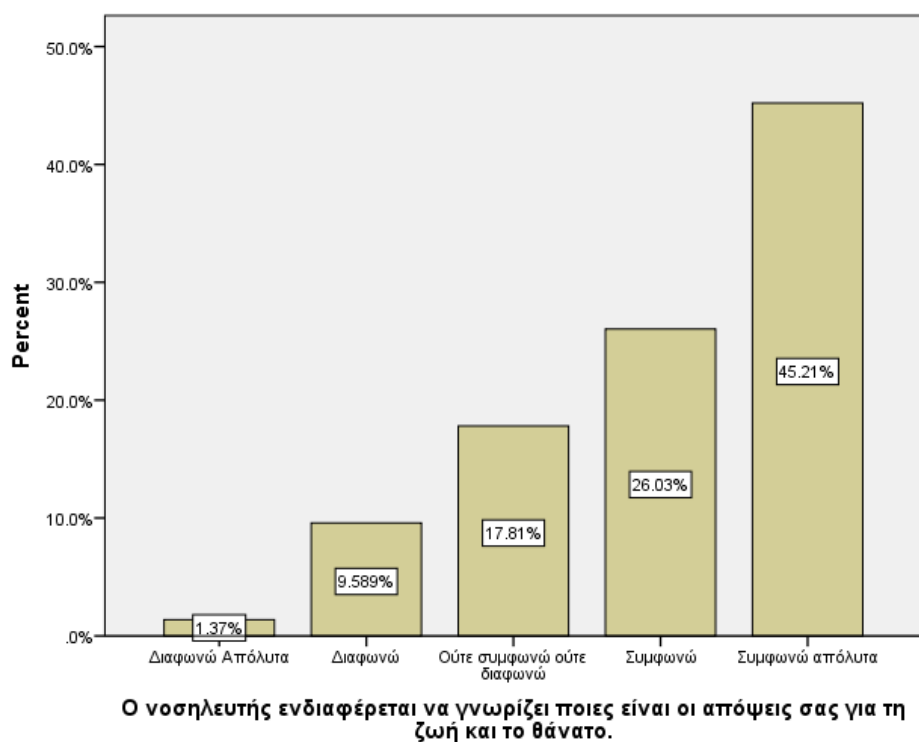


Ο νοσηλευτής είναι ευαίσθητος και δείχνει σεβασμό για τις θρησκευτικές σας πεποιθήσεις.

Διάγραμμα 69



Διάγραμμα 70



Διάγραμμα 71

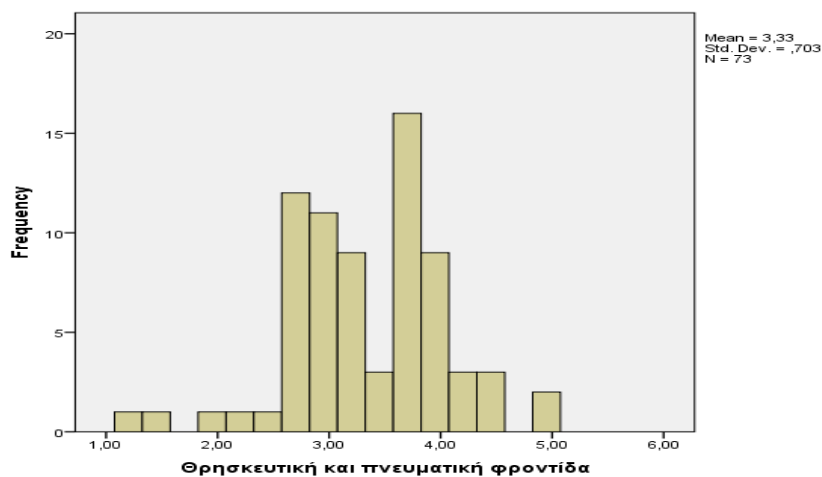
Και η νέα μεταβλητή «Θρησκευτική και πνευματική φροντίδα» φαίνεται πιο κάτω. Ο μέσος όρος αυτής της υποκλίμακας εμφανίζεται μικρότερος σε σχέση με τις προηγούμενες παραμέτρους.

Πίνακας 125.

Θρησκευτική και πνευματική φροντίδα

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Θρησκευτική και πνευματική φροντίδα	73	1,20	5,00	3,3336	,70277
Valid N (listwise)	73				



Διάγραμμα 72

Πίνακας 126.

Συγκρίσεις Δημογραφικών Στοιχείων Θρησκευτική και πνευματική φροντίδα

Δημογραφικά Στοιχεία	Έλεγχος	p-value
Φύλο	t-test	0,464
Εκπαίδευση	F-test	0,213
Οικογενειακή Κατάσταση	F-test	0,295
Αρ. Ατόμων στο νοικοκυριό	F-test	0,469
Τύπος εισαγωγής	t-test	0,167
Εξατομικευμένη φροντίδα	F-test	0,406
Επαρχία διαμονής	F-test	0,876
Πρώτη επίσκεψη	t-test	0,306
Προηγούμενη νοσηλεία	t-test	0,994
Είδος στήριξης στο σπίτι	F-test	0,349

#### 5.4.6. Αίσθημα του «ανήκειν»

Πίνακας 127.

Δ32. Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει τη σημασία της παρουσίας της οικογένειάς σας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	1	1.4	1.4	1.4
Διαφωνώ	1	1.4	1.4	2.7
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	11	14.9	14.9	17.6
Συμφωνώ	28	37.8	37.8	55.4
Συμφωνώ απόλυτα	33	44.6	44.6	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Πίνακας 128.

Δ33. Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει εάν επιθυμείτε ή όχι την παρουσία της οικογένειάς σας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	1	1.4	1.4	1.4
Διαφωνώ	1	1.4	1.4	2.8
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	18	24.3	25.0	27.8
Συμφωνώ	15	20.3	20.8	48.6
Συμφωνώ απόλυτα	37	50.0	51.4	100.0
Total	72	97.3	100.0	
Missing System	2	2.7		
Total	74	100.0		

Πίνακας 129.

*Δ34. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την παρουσία της οικογένειάς σας κατά τη διάρκεια της φροντίδας σας*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	1	1.4	1.4	1.4
Διαφωνώ	1	1.4	1.4	2.7
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	12	16.2	16.4	19.2
Συμφωνώ	18	24.3	24.7	43.8
Συμφωνώ απόλυτα	41	55.4	56.2	100.0
Total	73	98.6	100.0	
Missing System	1	1.4		
Total	74	100.0		

Πίνακας 130.

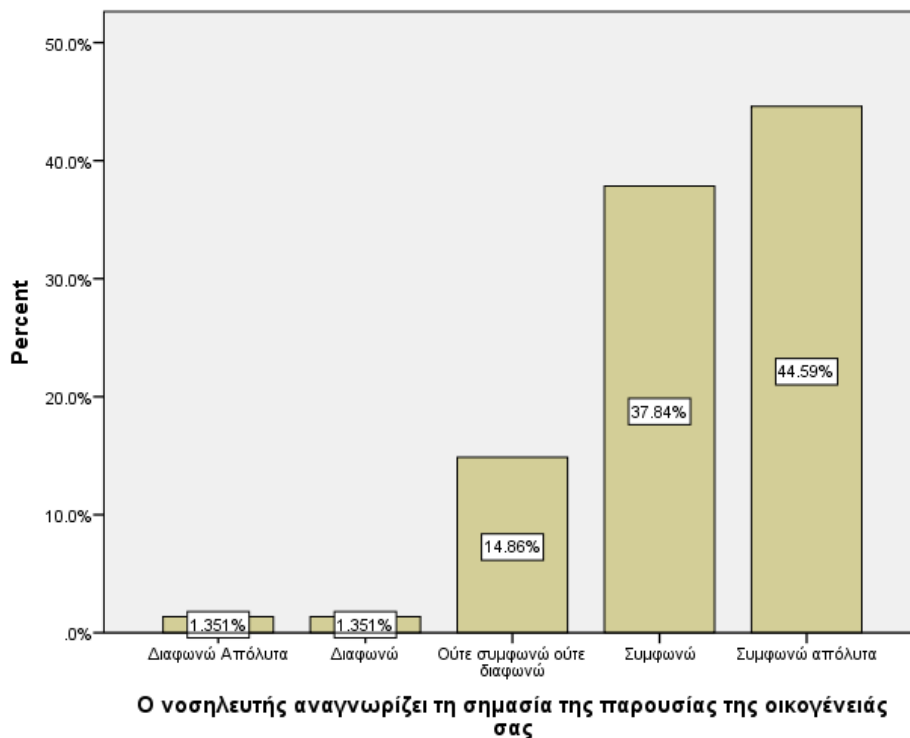
*Δ35. Ο νοσηλευτής εμπλέκει ενεργά την οικογένειά σας στη παροχή της φροντίδας.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διαφωνώ Απόλυτα	1	1.4	1.4	1.4
Διαφωνώ	1	1.4	1.4	2.7
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	11	14.9	14.9	17.6
Συμφωνώ	17	23.0	23.0	40.5
Συμφωνώ απόλυτα	44	59.5	59.5	100.0
Total	74	100.0	100.0	

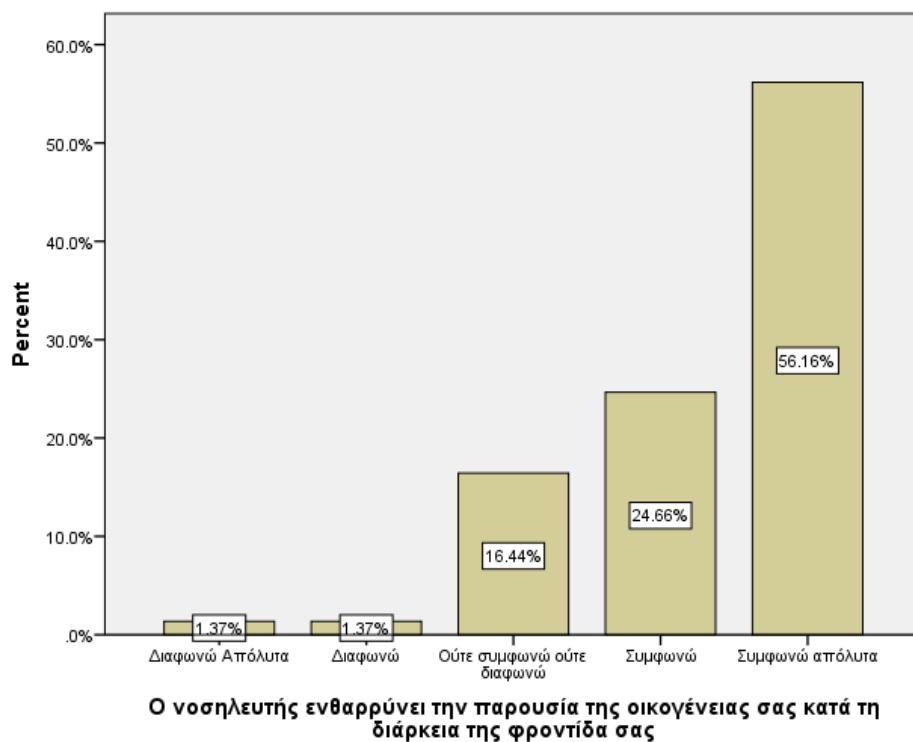
Πίνακας 131.

Δ36. Όταν χρειάστηκε να λάβετε δύσκολες αποφάσεις, ο νοσηλευτής ενθάρρυνε τη συμμετοχή της

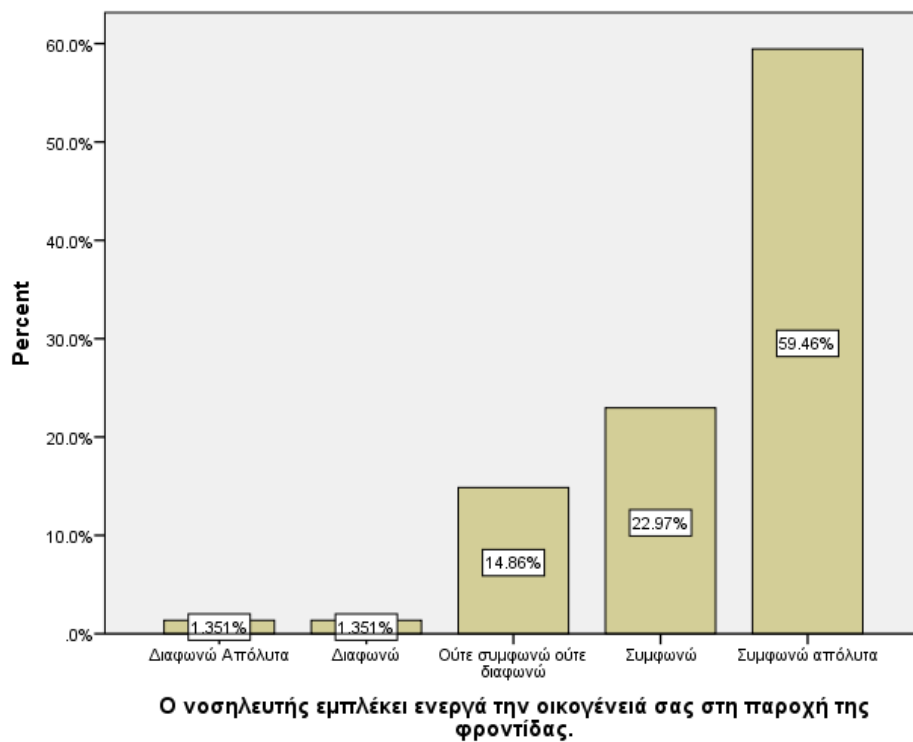
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	1	1.4	4.0	4.0
Valid Συμφωνώ	5	6.8	20.0	24.0
Valid Συμφωνώ απόλυτα	19	25.7	76.0	100.0
Total	25	33.8	100.0	
Missing System	49	66.2		
Total	74	100.0		



Διάγραμμα 73



Διάγραμμα 74



Διάγραμμα 75



*Διάγραμμα 76.* Όταν χρειάστηκε να λάβετε δύσκολες αποφάσεις, ο νοσηλευτής ενθάρρυνε τη συμμετοχή της οικογένειας σας στη διαδικασία λήψης αυτών των αποφάσεων.

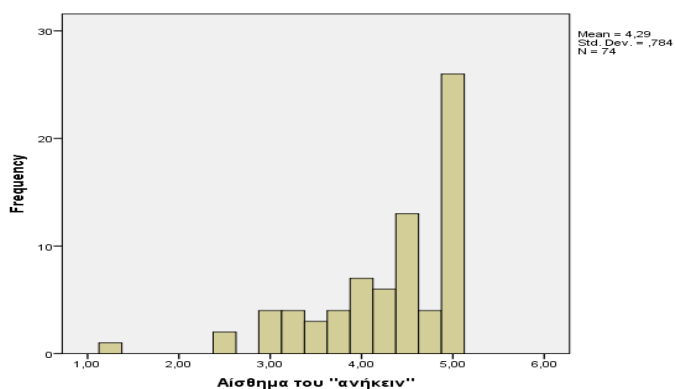
Πιο κάτω βρίσκονται τα στοιχεία της παραμέτρου «Αίσθημα του ανήκειν».

Πίνακας 132.

Αίσθημα του ανήκειν

**Descriptive Statistics**

	N	Minimu m	Maximu m	Mean	Std. Deviation
Αίσθημα του "ανήκειν"	74	1,25	5,00	4,2946	,78389
Valid N (listwise)	74				



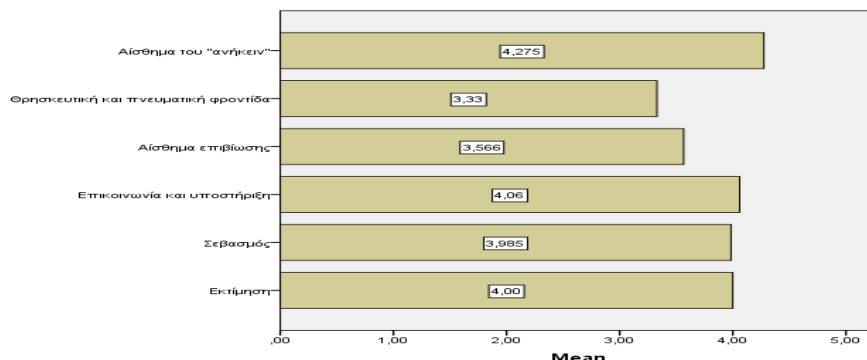
Διάγραμμα 77

Πίνακας 133.

Συγκριτικά με Δημογραφικά Στοιχεία και Αίσθημα του ανήκειν

Δημογραφικά Στοιχεία	Έλεγχος	p-value
Φύλο	t-test	0,210
Εκπαίδευση	F-test	0,424
Οικογενειακή Κατάσταση	F-test	0,414
Αρ. Ατόμων στο νοικοκυριό	F-test	0,701
Τύπος εισαγωγής	t-test	0,265
Εξατομικευμένη φροντίδα	F-test	0,227
Επαρχία διαμονής	F-test	0,405
Πρώτη επίσκεψη	t-test	0,134
Προηγούμενη νοσηλεία	t-test	0,754
Είδος στήριξης στο σπίτι	F-test	0,267

Συμπερασματικά θα δούμε και τις 6 παραμέτρους της κλίμακας σε ένα διάγραμμα. Μικρότερο μέσο όρο κατέχει η παράμετρος «Θρησκευτική και πνευματική φροντίδα» και τον μεγαλύτερο το «αίσθημα του ανήκειν».



Διάγραμμα 78. Συγκριτικά με Δημογραφικά Στοιχεία και Αίσθημα του ανήκειν

## 6. Έλεγχοι συσχέτισης μεταβλητών.

Πίνακας 134.

*Επηρεάζεται η εξατομικευμένη φροντίδα από τη ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας*

ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας	εξατομικευμένη φροντίδα (p – value)
Εκτίμηση	0,000
Σεβασμός	0,000
Επικοινωνία και υποστήριξη	0,000
Αίσθημα επιβίωσης	0,000
Θρησκευτική και πνευματική φροντίδα	0,000
Αίσθημα του << ανήκειν >>	0,000

Πίνακας 135.

*Επηρεάζονται οι απόψεις και οι προσδοκίες των ασθενών από τη ποιότητα της εξατομικευμένης παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους;*

ποιότητα εξατομικευμένης παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας	Εμπειρίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (p – value)
Εκτίμηση	0,000
Σεβασμός	0,000
Επικοινωνία και υποστήριξη	0,000
Αίσθημα επιβίωσης	0,000
Θρησκευτική και πνευματική φροντίδα	0,000
Αίσθημα του << ανήκειν >>	0,000

Πίνακας 136.

*Η παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, ικανοποιεί τις ανάγκες των ασθενών που νοσηλεύονται;*

	Υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας (p – value)
εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα	0,000

### Πίνακας 137.

*Επηρεάζεται η παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, από τις επιπτώσεις των αναγκών των ασθενών που νοσηλεύονται;*

Ποιότητα παρεχόμενης Νοσηλευτικής φροντίδας	Υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας ( p – value)
Εκτίμηση	0,008
Σεβασμός	0,001
Επικοινωνία και υποστήριξη	0,036
Αίσθημα επιβίωσης	0,034
Θρησκευτική και πνευματική φροντίδα	0,107
Αίσθημα του << ανήκειν >>	0,021

## 7. Συζήτηση αποτελεσμάτων

Ο μέσος όρος της ηλικίας λοιπόν της ηλικίας των ατόμων του δείγματος ήταν τους 56,33 ετών με τυπική απόκλιση 13,109 έτη και το 54.1% ήταν άντρες και 45.9% γυναίκες. Όσον αφορά το επίπεδο μόρφωσης το 20,5% των ασθενών ήταν απόφοιτοι δημοτικής εκπαίδευσης, το 60,3% έχουν τελειώσει τη μέση εκπαίδευση, ενώ το 19,2% είναι τουλάχιστον πτυχιούχοι κάποιας ακαδημαϊκής σχολής. Το 68,9% από αυτούς δηλώνουν παντρεμένοι, το 9,5% συζούν με τον ή την σύντροφο τους, το 4,1% είναι διαζευγμένοι ή σε διάσταση και το 6,8% είναι χήροι. Το 50% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι ζουν σε νοικοκυριό με το πολύ δύο άτομα (ένα ή δύο) συμπεριλαμβανομένων και τον εαυτό τους. Ο μέγιστος αριθμός ατόμων που ζουν στο ίδιο σπίτι είναι 5 άτομα. Μέσω προγραμματισμένης εισαγωγής, εισήχθησαν το 54,1% και το 45,9% έγιναν επείγουσαν εισαγωγή. Στο ερώτημα οικτού τύπου για λόγο της εισαγωγής τους, τη δεδομένη αυτή τη φορά (τελευταία φορά), το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε θεραπεία. Επίσης όταν ερωτήθηκαν πόσο σημαντικό είναι για αυτούς, η φροντίδα που λαμβάνουν να είναι εξατομικευμένη (βασισμένη στις δικές τους ιδιαιτερότητες, δικά τους προβλήματα, δική τους οντότητα και περιβάλλον), το 95,9% από αυτούς απάντησαν, πολύ σημαντικό. Οι μέρες που είχαν νοσηλευτεί

συνολικά στο τμήμα, ήταν σε ερώτηση ανοικτού τύπου και οι ασθενείς έγραφαν την απάντησή τους ολογράφως. Οι περισσότεροι απάντησαν << πολλές >>. Η πόλη διαμονής τους ήταν στην πλειοψηφία τους στην επαρχία Λεμεσού (84%). Στο σημείο που τους ζητήθηκε να δηλώσουν από ποιο τύπο καρκίνου έχουν προσβληθεί, το περισσότερο ποσοστό αναφερόταν στον καρκίνο του πνεύμονα. Σχετικά με το είδος θεραπείας που τυγχάνουν, έχουν δώσει σαν απάντηση η περισσότεροι τη λέξη << χημειοθεραπεία >>. Το 77% του δείγματος μας έχει ξανά τύχει της παροχής νοσηλείας στο τμήμα, ενώ το 23%, νοσηλεύονται για πρώτη φορά. Αρκετοί από τους ασθενείς έχουν νοσηλευτεί και σε άλλο τμήμα ή νοσοκομείο. Επίσης ερωτήθηκαν από που λαμβάνουν κυρίως στήριξη στο σπίτι και απάντησαν ότι βοήθεια λαμβάνουν από την οικογένεια τους. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι κανένας δεν απάντησε ότι λαμβάνει βοήθεια στο σπίτι από συνδέσμους ογκολογικής φροντίδας.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από δύο κομμάτια. Το Μέρος B1 και το Μέρος B2 που περιλαμβάνουν 16 και 17 ερωτήσεις αντίστοιχα και αποτελεί την κλίμακα εξατομικευμένης φροντίδας.

Οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν αξιολογώντας την κάθε μια από τις προτάσεις με την ακόλουθη 5βαθμη κλίμακα Likert: 1 = «διαφωνώ απόλυτα», 2 = «διαφωνώ», 3 = «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», 4 = «συμφωνώ», 5 = «συμφωνώ απόλυτα».

Στη συνέχεια προστέθηκε μια νέα μεταβλητή η οποία προήλθε από τον υπολογισμό του μέσου όρου της βαθμολογίας των απαντήσεων για κάθε περίπτωση και κάνουμε τις ανάλογες συγκρίσεις.

Οι 16 ερωτήσεις - προτάσεις του μέρους αυτού αφορούν την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των καρκινοπαθών στο νοσοκομείο. Στους επόμενους πίνακες Φαίνονται αναλυτικά οι απαντήσεις που πήραμε και τα αντίστοιχα ραβδογράμματα.

Από ότι μπορούμε να δούμε από τη μορφή των διαγραμμάτων υπάρχει γενικά μια θετική τάση συμφωνίας στις προτάσεις, αν εξαιρέσουμε τις προτάσεις B09, B10, B13, B15 και B16. Στην πρόταση «B09. Να ρωτήσει για προηγούμενες εμπειρίες μου από νοσηλεία στο νοσοκομείο» οι μισοί σχεδόν από τους ερωτηθέντες διαφώνησαν είτε σε ένα βαθμό, είτε απόλυτα. Ενώ οι προτάσεις B10, B13, B15 και B16 είχαν ελαφρώς αυξημένη τάση διαφωνίας σε σχέση με τις υπόλοιπες.

Στη συνέχεια δημιουργήσαμε μια νέα μεταβλητή, που στην ουσία είναι ο μέσος όρος των βαθμολογιών του μέρους B1. Αυτή μας δίνει μια γενική εικόνα για την φροντίδα που παρέχουν οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της νοσηλείας στο νοσοκομείο. Η μεταβλητή αυτή λοιπόν έχει μέσο όρο 3,69 (με τυπική απόκλιση 0,906) με μικρότερη τιμή ίση με 1 και μεγαλύτερη ίση με 5.

Θεωρήθηκε χρήσιμο να γίνουν κάποιες συγκρίσεις με δημογραφικά χαρακτηριστικά για να δούμε αν ο τρόπος που βαθμολόγησαν οι ασθενείς την φροντίδα, που τους παρέχεται από το νοσηλευτικό προσωπικό εξαρτάται από κάποια δημογραφικά στοιχεία. Επίσης συγκρίσεις έχουν

γίνει με δημογραφικά χαρακτηριστικά για να δούμε αν ο τρόπος που βαθμολόγησαν οι ασθενείς την φροντίδα που τους παρέχεται από το νοσηλευτικό προσωπικό εξαρτάται από κάποια δημογραφικά στοιχεία.

Το επόμενο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 17 ερωτήσεις που αφορούν τις εμπειρίες των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο. Για τον λόγο αυτό ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να βαθμολογήσουν κάθε μια από τις πιο κάτω ερωτήσεις. Σε γενικές γραμμές, με μια πρώτη ματιά στους πίνακες και στη μορφή των πιο πάνω διαγραμμάτων, βλέπουμε ότι οι ερωτηθέντες κλείνουν να συμφωνούν με τις ερωτήσεις μιας και τα μεγαλύτερα ποσοστά σημειώθηκαν στις επιλογές «Συμφωνώ σε ένα βαθμό» και «Συμφωνώ απόλυτα». Στη συνέχεια δημιουργούμε μια νέα μεταβλητή, η οποία εκφράζει το μέσο όρο των απαντήσεων – βαθμολογιών. Τη μεταβλητή αυτή την ονομάσαμε «Εμπειρίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο». Μέσω αυτής της νέας μεταβλητής, παρατηρείται ότι πράγματι, ο μέσος όρος της νέας μεταβλητής είναι 3,93 που θεωρείται μεγάλο (με τυπική απόκλιση 0,76). Θεωρήθηκε επίσης αναγκαίο να γίνουν κάποιες συγκρίσεις για να δούμε αν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τις απαντήσεις των ασθενών. Το τρίτο μέρος, το ερωτηματολόγιο, αποτελείται από 33 ερωτήσεις που αφορούν τις υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας. Το κομμάτι αυτό περιέχει 33 ερωτήσεις με 5 πιθανές απαντήσεις 1 = «Δεν ισχύει», 2 = «Ικανοποιητικό», 3 = «Χαμηλή ανάγκη», 4 = «Μέτρια ανάγκη», 5 = «Μεγάλη ανάγκη». Μπορούμε να πούμε από τον μέσο όρο και το ιστόγραμμα της πιο πάνω μεταβλητής ότι, παρατηρούνται μεγαλύτερες συχνότητες κοντά στις τρία με τέσσερα που αυτό μεταφράζεται σε αυτή την περίπτωση όταν παρουσιάζεται κάποια ανάγκη από χαμηλή μέχρι μέτρια όσον αφορά τις ερωτήσεις του παράγοντα υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας. Από τις συγκρίσεις της μεταβλητής αυτής με τις ερωτήσεις του πρώτου μέρους, τα p-values των ελέγχων (που είναι όλα μεγαλύτερα από το επίπεδο σημαντικότητας) δεν δηλώνουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του παράγοντα υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας και κανενός από τα δημογραφικά στοιχεία. Το τέταρτο και τελευταίο μέρος, αποτελεί την κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 6 υποκλίμακες οι οποίες αξιολογούν διαφορετικές διαστάσεις της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, με βάση τις απόψεις και τις προσδοκίες των ασθενών που λαμβάνουν φροντίδα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Επίσης όλες οι απαντήσεις αξιολογούνται με 5βαθμη κλίμακα Likert όπως και στο μέρος Β'. Οι πρώτες πέντε ερωτήσεις αφορούν στο αίσθημα εκτίμησης που αισθάνονται οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της φροντίδας τους από το νοσηλευτικό προσωπικό. Από τα τέσσερα ραβδογράμματα οι ερωτηθέντες τείνουν να συμφωνούν σε ότι αφορά το αίσθημα εκτίμησης κατά τη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Μόνο οι προτάσεις «Λαμβάνετε την νοσηλευτική φροντίδα που απαιτεί η κατάσταση σας» και «Λαμβάνετε επαρκή φροντίδα από το νοσηλευτή σας» παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα στην επιλογή «ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ». Προχωρήσαμε στην δημιουργία της

μεταβλητής «Αίσθημα εκτίμησης κατά την παροχή φροντίδας», που ο μέσος όρος της, είναι αρκετά υψηλός, 4,024 (με τυπική απόκλιση 0,82691) και το σχήμα του ιστογράμματος που ακολουθεί έχει μια θετική κλίση. Ακολούθησαν οι συγκρίσεις με δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Οι επόμενες 9 ερωτήσεις αφορούν στο αίσθημα σεβασμού που νιώθουν οι ασθενείς κατά την νοσηλεία τους, «Αίσθημα σεβασμού κατά την παροχή φροντίδας» και επίσης ακολουθούν οι συγκρίσεις με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η τρίτη υποκλίμακα περιέχει άλλες πέντε προτάσεις, που ακολουθούν και η νέα μεταβλητή «Επικοινωνία και υποστήριξη» προέρχεται από το μέσο όρο των πέντε προηγούμενων προτάσεων. Εφαρμόζεται επίσης συγκριτικός πίνακας. Από την 19η – 26η, είναι ερωτήσεις που αφορούν στο αίσθημα επιβεβαίωσης. Η νέα μεταβλητή αφορά στο «Αίσθημα Επιβίωσης» και έχει μέσο όρο 3,5829 και τυπική απόκλιση 0,57777. Στη συνέχεια θα ασχοληθούμε με το αίσθημα θρησκευτικής και πνευματικής φροντίδας. Κάθε άνθρωπος όταν βρίσκεται σε κατάσταση ανάγκης στρέφεται στη θρησκεία και στα πνευματικά αγαθά. Η νέα μεταβλητή «Θρησκευτική και πνευματική φροντίδα» έχει μέσο όρο μικρότερο σε σχέση με τις προηγούμενες παραμέτρους. Στη συνέχεια παρατίθενται τα στοιχεία της παραμέτρου «Αίσθημα του ανήκειν». Συμπερασματικά βλέπουμε και τις 6 παραμέτρους της κλίμακας σε ένα διάγραμμα. Μικρότερο μέσο όρο κατέχει η παράμετρος «Θρησκευτική και πνευματική φροντίδα» και τον μεγαλύτερο το «αίσθημα του ανήκειν». Προς απάντηση των αρχικών ερευνητικών ερωτημάτων γίνονται συσχετίσεις των μεταβλητών << επηρεάζεται η εξατομικευμένη φροντίδα από τη ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας >>, << επηρεάζονται οι απόψεις και οι προσδοκίες των ασθενών από τη ποιότητα της εξατομικευμένης παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους >>, << η παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, ικανοποιεί τις ανάγκες των ασθενών που νοσηλεύονται >>. Από τις συσχετίσεις, φαίνεται ότι η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα επηρεάζεται άμεσα από τον βαθμό ποιότητας της παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης οι απόψεις και οι προσδοκίες των ασθενών με ογκολογικά προβλήματα κατά τη νοσηλεία τους, φαίνεται ότι επηρεάζονται εξίσου από την ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχεται. Η παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, ικανοποιεί τις ανάγκες των ογκολογικών ασθενών που νοσηλεύονται και στις δύο κλινικές του νοσοκομείου Λεμεσού. Τελικά, η παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, μπορεί να επηρεαστεί σημαντικά λόγω των επιπτώσεων των αναγκών των ασθενών που νοσηλεύονται.

## **8. Συμπεράσματα**

Οι ασθενείς αυτοί λόγω της σοβαρότητας της νόσου τους, η οποία επιφέρει πολλές ανάγκες και προβλήματα, φαίνεται για επίλυση και των πιο μικρών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν και ίσως λόγω και του φόβου τους για εξέλιξη της νόσου, έχουν μεγάλη προσέλευση στο ΤΕΠΑ με αποτέλεσμα οι εισαγωγές τους μέσω αυτού να είναι σχεδόν οι ίδιες με τις προγραμματισμένες. Η παροχή επαγγελματικής ογκολογικής κοινοτικής νοσηλευτικής δεν υπάρχει σε βαθμό που να

ικανοποιεί τις ανάγκες τους, ειδικά για βοήθεια τους στο σπίτι ή υπάρχει πολύ μειωμένη πλέον λόγω της οικονομικής κρίσεως, μέσω φιλανθρωπικών ιδρυμάτων. Αυτός ίσως να είναι και ο κυριότερος λόγος που ζητούν συνεχή φροντίδα από το νοσοκομείο αφού θεωρούν μέσω των αποτελεσμάτων της έρευνας, ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που τους παρέχεται στις κλινικές του νοσοκομείου, είναι για αυτούς ικανοποιητική. Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η επίπτωση της ανάγκης τους για βοήθεια επαγγελματική στο σπίτι τους προτρέπει να προσέρχονται κατεπανάληψη στις κλινικές. Αποτέλεσμα αυτού είναι να περνούν το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους μέσα στο νοσοκομείο. Για αυτό και οι περισσότεροι από αυτούς δεν θυμόνταν τις μέρες εισαγωγής τους συνολικά στο τμήμα. Η μόνη σίγουρη στήριξη που θεωρούν ότι έχουν στο σπίτι, είναι αυτή που δέχονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Αυτό ίσως να συμβαίνει λόγω της κυπριακής κουλτούρας που έχει ανεπτυγμένο το θεσμό της οικογένειας. Οι ασθενείς πιστεύουν ότι οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τη σημαντικότητα της συμβολής της οικογένειας στη φροντίδα τους και ενθαρρύνουν τη συμμετοχή τους σε αυτή ακόμα και όταν οι ίδιοι νοσηλεύονται στις κλινικές. Θεωρούν ότι η νοσηλευτική φροντίδα που δέχονται πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να βασίζεται στις ανάγκες του κάθε ενός από αυτούς ξεχωριστά. Δηλώνουν ευχαριστημένοι από την φροντίδα που τους παρέχουν οι νοσηλευτές μέχρι στιγμής και θεωρούν ότι στις κλινικές νοσηλείας βρίσκουν όλη την υποστήριξη που χρειάζονταν για την ικανοποίηση των περισσότερων αναγκών τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών έχουν δώσει την πιο πάνω απάντηση. Ίσως όμως αυτό να οφείλεται στο γεγονός του ότι δεν ήθελαν να δώσουν μια απάντηση που να επηρεάσει τους νοσηλευτές αρνητικά στο θέμα της φροντίδας τους. Οι ασθενείς εντοπίζουν πρόβλημα επικοινωνίας και όχι πολύ σημαντικό, στο θέμα της ενημέρωσης τους σε σεξουαλικά θέματα κυρίως και λιγότερο σε θέματα ενδιαφέροντος από τους νοσηλευτές για πνευματικό και θρησκευτικό διάλογο. Αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω της μη εξειδίκευσης του νοσηλευτικού προσωπικού στην ογκολογία στην Κύπρο. Οι νοσηλευτές δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι για να συζητούν σε επαγγελματικό επίπεδο τέτοιου είδους συζητήσεις και μπορεί να μην αισθάνονται ικανοί να το πράξουν. Επίσης από πλευράς των νοσηλευτών, λόγω έλλειψης προσωπικού, αυξημένης προσέλευσης ασθενών και φόρτου εργασίας δεν είναι εφικτό να παρέχουν συνεχή στήριξη και σε αυτό τον τομέα. Ίσως προσανατολίζονται σε άλλες ανάγκες των ασθενών που θεωρούν ότι πρέπει να τύχουν άμεσης αντιμετώπισης. Η ανάλυση, μας δείχνει γενικά ότι η παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, μπορεί να επηρεαστεί ποιοτικά λόγω των επιπτώσεων των αναγκών των ασθενών που νοσηλεύονται.

## 9. Προτάσεις

Προτείνεται η δημιουργία εκπαιδευτικού προγράμματος εξειδίκευσης νοσηλευτικής ογκολογίας για ενίσχυση της ποιότητας της παρεχόμενης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης η ανάγκη για δημιουργία Κοινοτικής ογκολογικής νοσηλευτικής, Κέντρων αποκατάστασης και στήριξης ασθενών στο σπίτι είναι υψηλής ανάγκης. Μέσω αυτών των παραμέτρων θα προωθηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών, θα αυξηθεί η ικανοποίηση των ασθενών μέσω της εκπλήρωσης των αναγκών τους και επίσης θα μειωθεί η προσέλευσης τους στο Τμήμα επειγόντων Περιστατικών και οι εισαγωγές τους στις κλινικές. Αυτό θα μειώσει το κόστος της φροντίδας τους και θα ωφελήσει εκτός από αυτούς και τις Υπηρεσίες Υγείας του κράτους και το κράτος γενικότερα, αφού οι δαπάνες της υγείας, σε ποσοστά ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος, παρουσιάζουν κάθε χρόνο αύξηση. Σύμφωνα με τη στατιστική υπηρεσία Κύπρου (2014), οι τιμές αυξάνονται κάθε χρόνο, από το 2009 που ήταν 7,0%, το 2010 σε 7,1 % και το 2011 σε 7,3%.

## 10. Βιβλιογραφία

### 10.1. Ξενόγλωσση

1. Andersen B., 2002, *Biobehavioral outcomes following psychological interventions for cancer patients*, J. Consult Clinical Psychology, 70(3): 590-610.
2. Alberts, Bray, Hopkin, Johnson, Lewis, Raff, Roberts, Walter, 2006, *Βασικές Αρχές κυτταρικής Βιολογίας*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης.
3. American Cancer Society, 2014, *the history of cancer*, <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/thehistoryofcancer/index?sitearea=CRI>
4. Baker F., Haffer S., Denniston M., 2003, *Health – related quality of life of cancer and non cancer patients in medicare managed care*, American cancer society, 97:3, 674-681.
5. Bahti T. 2010, *Coping issues among people living with advanced cancer*. Semin Oncol Nurs, 26:1751-82.
6. Bowling, A. 1995. *What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life*. Soc Sci Med. (41), σσ. 1447-1462.
7. Bertero C. 1999, *Caring for and about cancer patients: Identifying the meaning of the phenomenon “caring” through narratives*. Cancer Nurs 22:414-420

8. Bahti T. 2010, *Coping issues among people living with advanced cancer*. *Semin Oncol Nurs* 26:1751-82.
9. Bondevik M. 2008, *What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer*. *Scand J Caring Sci* 22:582–589.
10. Bradshaw J. D., 1972, *Allochthonous mesozoic fossil localities in melange within the Torlesse rocks of North Canterbury* pages 161-167
11. Brédart, A., Razavi, D., Robertson, C., Didier, F., Scaffidi, E., Fonzo, D., 2001, *Assessment of quality of care in an oncology institute using information on patients' satisfaction*. *Oncology*, 61(2), 120-128.
12. Carroll, D. Bennett, P. and Davey-Smith, G. 1993, *Socio-economic health inequalities: Their origins and implications*. *Psychology and Health*, 8, 295-316.
13. Carelle Nadège R.Ph.1, Estelle Piotto1, Agnés Bellanger Pharm.D.1, Jerome Germanaud1, Alain Thuillier M.D.1 and David Khayat M.D., Ph.D., 2002, *Changing patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy*, *American Cancer Society*. Volume 95, Issue 1, pages 155–163, 1 July 2002, Article first published online: 28 JUN. DOI: 10.1002/cncr.10630.
14. *Crit Care Nurs Q* 2008, *State of the science of oncology vascular access devices*. *Semin Oncol Nurs* 31:2-11,
15. Camp-Sorrell D. 2010, *State of the science of oncology vascular access devices*. *Semin Oncol Nurs*, 26:80-87.
16. Changy Y, Lin YP, Chang HJ, Lin CC. 2005, *Cancer patient and staff ratings of caring behaviours: Relationship to level of pain intensity*. *Cancer Nurs* 28:331–339.
17. Chen M, Chang H. 2004; *Physical symptom profiles of depressed and nondepressed patients with cancer*. *Palliat Med*. 18:712–718.
18. Cohen MZ, Ferrell BR, Vrabel M, Visovsky C, Schaefer B. 2010, *What does it mean to be an oncology nurse? Reexamining the life cycle concepts*. *Oncol Nurs Forum* 37(5):561-570.
19. Dean C: 1987, *Psychiatric morbidity following mastectomy: pre-operative predictors and types of illness*. *J Psychosom Res* 31:385-392.

20. Davies N., 2009, Measuring health – related quality of life in cancer patients, *Nursing standard*, 23, 30, 42 – 49.
21. Davies K. 1975, *Underserved: Inequities in Health Care in the United States*, USA Health and Society Vol. 61.
22. Dowling M. 2008, The meaning of nurse–patient intimacy in oncology care settings: From the nurse and patient perspective. *Eur J Oncol Nurs* 12:319–328
23. European Code Against Cancer, 17.03.14, *Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου*, BeStrong.org.gr, <http://www.cancercode.org/>.
24. Emanuel Rubin 2001, *Essential Pathology*, Third Edition, Lippincott Williams & Wilkins.
25. EUROCARE 3 (2014), *STUDY ON SURVIVAL AND CARE OF CANCER PATIENTS EUROPEAN CANCER REGISTRY*, <http://www.eurocare.it/>., Istituto Superiore di Sanità - Settore I - Informatica.
26. Fallowfield Lesley, 1990, *The quality of life: The missing measurement in health care*, Book (ISBN 0285629425 ), RA407 .F35 1990
27. Gavin J. Gordon 2009, *Bioinformatics in Cancer and Cancer Therapy*, Humana Press.
28. Georgaki, I., Dudeney, A.W.L., Monhemius, A.J., 2002, *Characterisation of iron-rich sludges for densification and iron recovery*, *Environmental Science and Pollution Research*, Vol:3, ISSN:0944-1344, Pages:229-230
29. Grahn G1, Danielson M. 1996, *Coping with the cancer experience. II. Evaluating an education and support programme for cancer patients and their significant others*. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 1996 Sep;5(3):182-7.
30. Green LW , Kreuter MW ; 1991. *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. (2nd ed.).
31. Goodwin JW1, Crowley J, Eyre HJ, Stafford B, Jaeckle KA, Townsend JJ. 1993, *A phase II evaluation of tamoxifen in unresectable or refractory meningiomas: a Southwest Oncology Group study*. PMID:8455065 [PubMed - indexed for MEDLINE]
32. Guadagnoli E, Mor V, 1991. *Daily living needs of cancer outpatients*. *J. Community Health* 16(1):37-47.

33. Gustafson DH, Arora NK, Nelson EC, Boberg EW, 2001. *Increasing understanding of patient needs during and after hospitalization*. Jt Comm J Qual Improv 27(2):81–92.
34. Gr idelli C., Cigolari S., Gallo C., Manzione L., Ianniello G.P., Frontini L., 2001, *Activity and toxicity of gemcitabine and gemcitabine + vinorelbine in advanced non-small-cell lung cancer elderly patients*. Phase II data from the Multicenter Italian Lung Cancer in the Elderly Study (MILES) randomized trial. Lung Cancer 31: 277–284.
35. Griffiths, M. & Leek, C. 1995. *Patient education needs: Opinions of oncology nurses and their patients*. Oncology Nursing Forum, 22, 139-144.
36. Halldorsdottir S, Hamrin E. 1997, *Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective*. Cancer Nurs 20:120–128
37. Haberman MR, Germino BB, Maliski S, Stafford-Fox V, Rice K. 1994, *What makes oncology nursing special? Walking the road together*. Oncol Nurs Forum, 21(Suppl 8):41–47.
38. Health Department of England 1992, *Impact of Interpreter Services on Delivery of Health Care to Limited-English-proficient Patient*. UK.
39. Hellbom M, Brandberg Y, Glimelius B, Sjöden PO. 1998, *Individual psychological support for cancer patients: utilisation and patient satisfaction*. Patient Educ Couns. ;34:247–256.
40. Henderson V. 1965 *The nature of nursing*. International Nursing Review 12(1), 23 -30,
41. Hopp F.P 1999, *Patterns and predictors of formal and informal care among elderly persons living in board and care homes* 167-176.
42. Hilderley, L., & Dow, K.H. 1996. *Cancer treatment modalities: Radiation therapy*. In Baird S, McCorkle R, Grant, M., Frank-Stromborg, M. (Eds). Cancer Nursing: Principles & Practice, 2nd ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
43. Hill KM, Amir Z, Muers MF, Connolly CK, Round CE, 2003. *Do newly diagnosed lung cancer patients feel their concerns are being met?* European Journal of Cancer Care, 12:35-45.
44. Houts P, Rusenas I., Simmonds M, Hufford D, 1991. *Information needs of families of cancer patients: a literature review and recommendations*. J Cancer Educ 6:225-61.
45. Holzner B., Kemmler G., Greil R., Kopp M., Zeimet A., Raderer M., Hejna M., Zoehbauer S., Krajnik G., Huber H., Fleischhacker W., Sperner – Unterweger B., 2002, *The impact of*

*hemoglobin levels on fatigue and quality of life in cancer patients*, *Annals of Oncology*, 13: 965 – 973.

46. Hogbin B, Fallowfield L, 1989. *Getting it taped: the bad news consultation with cancer patients*. *British Journal of Hospital Medicine* 41(4):330-3.

47. Hughes et al, 2000, *The Multinational Association for Supportive Care in Cancer risk index: a multinational scoring system for identifying low-risk febrile neutropenic cancer patients*, *Cancer Clin Oncol*.

48. Hughson AV, Cooper AF, McArdle CS, 1988, *Psychosocial consequences of mastectomy: levels of morbidity and associated factors*. *J Psychosom Res* 32:383-391.

49. Izumi S, Konishi E, Yahiro M, Kodama M. 2006, *Japanese patients' descriptions of "the good nurse": Personal involvement and professionalism*. *ANS Adv Nurs Sci* 29:E14–E26.

50. James Garden, Andrew W Bradbury, John Forsythe 2003, *Αρχές Χειρουργικής Θεωρία και Πράξη*. 4η έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού.

51. Jacobsen PB, Holland JC, Steensma DP 2012. *Caring for the whole patient: the science of psychosocial care*. *J Clin Oncol* 30 (11): 1151–1153. | [Article](#) | [PubMed](#) |

52. Kanaskie ML, Tringali CA. 2004, *Promoting quality of life for geriatric oncology patients in acute care and critical care settings*. the Oncology Nursing Society

53. Kendall S. 2006, *Admiring courage: Nurses' perceptions of caring for patients with cancer*. *Eur J Oncol Nurs* 10:324–334

54. Kim Y, Duberstein PR, Sorensen S, Larson MR, 2005. *Levels of depressive symptoms in spouses of people with lung cancer: effects of personality, social support, and caregiving burden*. *Psychosomatics*. 46(2):123-30.

55. Kinghorn S, Gamlin R. 2004, *Ανακουφιστική νοσηλευτική*. Επιμέλεια Έκδοσης: Ε. Θεοδοσοπούλου-Ευθυμίου, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα,.

56. Kissane D, Clarke D, Win J, 1998, *Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early stage breast cancer: a cross-sectional survey*. *Medical Journal of Australia* b, 169:192-196.

57. Krishnasamy M. 1999, *Nursing, morality, and emotions: Phase I and phase II clinical trials and patients with cancer*. *Cancer Nurs* 22:251–259.

58. Kvale K, Bondevik M. 2008, *What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer*. Scand J Caring Sci 22:582–589. Lancet. 1999 May 15; Portenoy RK1, Lesage P., Management of cancer pain, 1Department of Pain Medicine and Palliative Care, Beth Israel Medical Center, New York, NY 10003, USA.

Rportenoy@bethisraelny.org

59. Leininger M. 1991, *The theory of culture care diversity and universality*. In: *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press, New York,.

60. Leydon GM, Boulton M, Moynihan C, Jones A, Mossman J, Boudioni M, 2000, *Cancer patients' information needs and information seeking behavior: In depth interview study*. BMJ. 320:909–913.

61. Le Shan L, Worthington RE. 1956, *Some recurrent life history patterns observed in patients with malignant disease*. J Nerv Ment Disease 124:460–465

62. Larson PJ. 1984, *Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer*. Oncol Nurs Forum 11:46–50.

63. Liu JE, Mok E, Wong T. 2006, *Caring in nursing: Investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China*. J Clin Nurs 15:188–196.

64. Meredith C, Symonds P, Webster L, Lamont D, Pyper E, Gillis CR, Fallowfield L, 1996. *Information needs of cancer patients in West Scotland: cross sectional survey of patients' views*. BMJ, 313 (7059):724-6.

65. Mesters I, Borne V, De Boer M, Pruyn J, 2001. *Measuring information needs among cancer patients*. Patient Education and Counseling 43:253-262.

66. Mok E, Chiu PC. 2004, *Nurse-patient relationships in palliative care*. J Adv Nurs 48:475–483

67. Mick J. 2008, *Factors affecting the evolution of oncology nursing care*. Clin J Oncol Nurs 12(2):307-313.

68. Nuland B Sherwin 1994, *How We Die, : Reflections on Life's Final Chapter*, Random House Audio Publishing Group

69. Neumann JL. 2001, *Ethical issues confronting oncology nurses*. Nurs Clin North Am 36:827-841.,

70. Otto E. Shirley, 2001. *Oncology Nursing*. Fourth edition εκδόσεις Mondatory, 200 -230
71. Oort, F. 2005. *Using structural equation modeling to detect response shifts and true change. Quality of Life Research*, 14(3), 587-598. - See more at:  
<http://nwia.idwellness.org/2011/02/28/definitions-of-wellbeing-quality-of-life-and-wellness/#sthash.IF3HOiZM.dpuf>
72. Portenou R., Itri L., 1999, *Cancer – related fatigue – Guidelines for evaluation and management*, *The oncologist*, 4: 1 – 10.
73. Paley J. 2001, *An archaeology of caring knowledge*. *J Adv Nurs* 36:188–198.
74. Patistea E. 1999, *Nurses’ perceptions of caring as documented in theory and research*. *J Clin Nurs* 8:487–495
75. Richardson & Miller, 2002, *Impacting Quality of Life for Patients With Advanced Cancer With a Structured Multidisciplinary Intervention: A Randomized Controlled Trial*. Mayo Clinic
76. Radwin LE, Farquhar SL, Knowles MN, Virchick BG. 2005, *Cancer patients’ descriptions of their nursing care*. *J Adv Nurs* 50:162–169.
77. Raupach & Hiller, 2002, *Information and support for women following the primary treatment of breast cancer*. *Health Expect*. 2002 Dec;5(4):289-301.
78. Rob Sanson-Fisher Ph.D., Afaf Girgis Ph.D., Allison Boyes M.P.H., Billie Bonevski Ph.D., Louise Burton M.Mgt.(Health), Peter Cook B.E. and Supportive Care Review Group, 2000, *The unmet supportive care needs of patients with cancer*, Article first published online: 20 NOV 2000, Copyright © 2000 American Cancer Society.
79. Ream E, Wilson-Barnett J, Faithfull S, Fincham L, Khoo V, Richardson A 2009. *Working patterns and perceived contribution of prostate cancer clinical nurse specialists: a mixed method investigation*. *Int J Nurs Stud* 46: 1345–1354. | [Article](#) | [PubMed](#) |
80. Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L. & Cook P, 2000. *The unmet supportive care needs of patients with cancer*. *Cancer* 88(1):225–36.
81. Scotto CJ. 2003, *A new view of caring*. *J Nurs Educ* 42:289–291
82. Scott Cyril, 1998. *Καρκίνος, Διόπτρα*, σελ. 6.

83. Stanton AL 2012, *What happens now? Psychosocial care for cancer survivors after medical treatment completion*. *J Clin Oncol* 30(11): 1215–1220. | [Article](#) | [PubMed](#) |
84. Simonelli C, Annunziata MA, Chimienti E, Berretta M, Tirelli U (2008) Cancer survivorship: a challenge for the European oncologists. *Ann Onc* **19**(7): 1216–1217. | [Article](#) |
85. Smith D, Supramaniam R, King M, Ward J, Berry M, Armstrong B 2007, *Age, health and education determine supportive care needs of men younger than 70 years with prostate cancer*. *J Clin Oncol* 25: 2560–2566. | [Article](#) | [PubMed](#) |
86. Stafford et al, 2001 *A literature review of head and neck cancer patients information needs, experiences and views regarding decision-making*, *Annals of the Royal College of Surgeons of England*
87. Steeves R, Cohen MZ, Wise CT. 1994, *An analysis of critical incidents describing the essence of oncology nursing*. *Oncol Nurs Forum* 21(Suppl 8):19–25, 11. Corner J. Nurses' experiences of cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2002, 11:193–199.
88. Stevens Andrew 1998, *Health needs assessment*, *BMJ*. May 9, 1998; 316(7142): 1448–1452.PMCID: PMC111312Needs assessment: from theory to practice
89. Steele RG, Fitch MI, 1996. *Needs of family caregivers of patients receiving home hospice care for cancer*. *Oncology Nursing Forum*. 23(5):823-8.
90. Slevin ML, 1987. *Talking about cancer: how much is too much?* *British Journal of Hospital Medicine* 38(1): 56-9.
91. Tamburini M, Gangeri L, Brunelli C, Boeri P, Borreani C, Bosisio M, Karmann C, Greco M, Miccinesi G, Murru L, Trimigno P, 2003. *Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study*. *BMC Cancer* 3:12.
92. Tishelman C. 1994, *Cancer patients' hopes and expectations of nursing practice in Stockholm – patients' descriptions and nursing discourse*. *Scand J Caring Sci* 8:213–222.
93. Thomas D. Gelehrter Francis S. Collins David Ginsburg 2003 *Αρχές Ιατρικής Γενετικής*  
Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης
94. The WHO, 2011, *Global InfoBase*,

95. University of Minnesota. 2012, *End of Life Care: An Ethical Overview*. Center for Bioethics, Available at: [http://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End\\_of\\_Life.pdf](http://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End_of_Life.pdf). Assessed September 14,.
96. Ulrich Puderbaught S, Canale Weyland S, Wendell S. *Medical-Surgical Nursing Care Planning Guides*, 1994, *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας*. Γ΄ Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.
97. Van't Spijker et al 1997, *Psychological Sequelae of Cancer Diagnosis: A Meta-analytical Review of 58 Studies after 1980*.
98. Van der Molen, 1999, *Relating information needs to the cancer experience: 1. Information as a key coping strategy*. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 1999 Dec;8(4):238-44.
99. Watson J. 2008, *The philosophy and science of caring*. Revised and updated edition. University Press of Colorado,.
100. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni,. 2008, *Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment*. *JAMA* 300:1665-1673.,
101. Wen Kuang-Yi and David H Gustafson 2004, *Needs Assessment for cancer patients and their families*, Center for Health Systems Research and Analysis, University of Wisconsin, 1107 WARF, 610 Walnut Street, Madison, WI53726, USA.
102. WHO (1946) International Health Conference, New York
103. Yeo TP, Phillips J, Delengowski A, Griffiths M, Purnell L. 2011, *Oncology nursing: educating advanced practice nurses to provide culturally competent care*. *J Prof Nurs* 27:245-254.
104. Youngblood et al, 1994, *A comparison of two methods of assessing cancer therapy-related symptoms*.
105. Zhou G, Stoltzfus JC, Houldin AD, Parks SM, Swan BA. 2010, *Knowledge, attitudes, and practice behaviors of oncology advanced practice nurses regarding advanced care planning for patients with cancer*. *Oncol Nurs Forum* 37:E400-410.

## 10.2. Ελληνική

106. Αθανάτου Ε. 1998. *Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική*, Β' Έκδοση, Αθήνα,
107. Αθανάτου Κ. Ελευθερία, 2004. *Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική*, Έκδοση Ζ', Αθήνα, σελ. 56-57, 61, 64-74, 83-85.
108. Αλεξιάδης, 2000, *Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.
109. Βελίκης Ι., Δαμίγος Δ. και Γκούβα Μ. 2008, *Συγκριτική μελέτη γεγονότων ζωής και ψυχολογικών εκδηλώσεων (άγχος, κατάθλιψη, αλεξιθυμία) σε ασθενείς με καρκίνο εντέρου, ασθενείς με στεφανιαία νόσο και υγιή άτομα.*
110. Βουλή των Ελλήνων, 2001, *Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας*. ΦΕΚ 167/25-7-2001. <http://www.hellenicparliament.gr/Praktika/Synedriaseis-Olomeleias?sessionRecord=ef386240-d05c-4f4f-a352-197414cd3e2d>
111. Γερασίμου Σ. Τραχειοστομία, 2008, *Med – Notes Νοσηλευτική*. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://kpraxxx.blogspot.com> (4/12/2008).
112. Δαρδούφας Κ. 2007-2008, *Ακτινοθεραπευτική ογκολογία και τεχνολογική πρόοδος*,. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.υγεία.gr> (7/12/2008)
113. Δεηστράτη. 1998, *Ψυχοκοινωνική νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστων με κακοήθη νοσήματα, μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψύχοογκολογίας*. Εταιρία νοσηλευτικών σπουδών, Ελληνική αντικαρκινική εταιρία, Αθήνα, 225-226.
114. Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτριών-Νοσηλευτών Ελλάδος, 1991, *Βελτίωση Νοσηλευτικής Φροντίδας – Κοινωνική προσφορά*, Στα πρακτικά του 18ου Ετήσιου Πανελλήνιου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, ΕΣΝΕ, Αθήνα.
115. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 17.03.14, *Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου*, <http://www.cancer-society.gr/>
116. Θεοχαρόπουλος Ν. 2005, *Διδακτικές σημειώσεις για το μάθημα ακτινοπροστασία*, Σχολή ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ηράκλειο.
117. Καλλέργης Γ., Μαδιανός Μ., 2009. *Η σχέση ψυχοκοινωνικών παραγόντων και ψυχοθεραπειών με την πορεία της καρκινικής νόσου. Τομέας Ψυχικής Υγείας και Επιστημών Συμπεριφοράς*, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

118. Καραμπατάκη Ειρήνη, Κουτσοπούλου Κωνσταντίνα, Θεσσαλονίκη 2007 *Μελάνωμα Δέρματος*, Πτυχιακή εργασία, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής
119. Κάρλου Χρυσούλα, Πατηράκη Ελισάβετ 2011, *Η Έννοια της Φροντίδας στην Ογκολογική Νοσηλευτική*, Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 50(1): 35–48 • NOSILEFTIKI 201 1, 50(1): 35–48.
120. Καρακατσάνης Κ, Πάνδουλας Ε, Καρατζάς Ν. 1985, *Ιατρική φυσική /Β, Εφαρμογές της ακτινοφυσικής στην ιατρική, Βιολογικές επιδράσεις ιονίζουσών ακτινοβολιών*. Α΄ Έκδοση, Εκδόσεις University Studio Press. Θεσσαλονίκη.
121. Κατράκης Γ. 1980, *Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο*, Ελληνική εταιρία προληπτικής ιατρικής, Βιβλίο δεύτερο, Τεύχος πρώτο, Αθήνα.
122. Κατσουλιέρης Ι. 2008, *Ακτινοθεραπεία σαρκωμάτων μαλακών μορίων, Ελληνική χειρουργική θεραπεία - Ακτινοθεραπευτική κλινική Άγιος Σάββας*. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: [http://www.exe1928.gr/ell/article\\_seminar/2007\(8/12/2008\)](http://www.exe1928.gr/ell/article_seminar/2007(8/12/2008))
123. Κριάδη Β., 2000, *Υποστήριξη του νοσηλευτή για την επιτέλεση του έργου του από την κοινωνία και τον εαυτό του, μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας*. Εταιρία νοσηλευτικών σπουδών, Ελληνική αντικαρκινική εταιρία, Αθήνα.
124. Κοντογιάννη Ελένη, 2006. *Ογκολογική, Παραγωγή*, Τόμος 8, Τεύχος 2, Απρίλιος – Ιούνιος, σελ. 87-88. Κοτρώτσιου Στυλιανή, Παραλίκας Θεοδόσιος, Παπαθανασίου Ιωάννα, Λαχανά Ελένη, Κυπαρίση Γεωργία, Ριζούλης Ανδρέας, 2008, *Η έννοια της φροντίδας*, ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Copyright © 2008, Τόμος 7ος, Τεύχος 1ο, Ιανουάριος –Μάρτιος 2008)
125. Κοσμίδης Πάρις, 2013, *Προτεραιότητες της Ιατρικής σε Περιβάλλον Οικονομικής Κρίσης*, ESMO (European Society of Medicine Oncology),
126. Κωνσταντινίδης Θ., 2007, *Ογκολογική νοσηλευτική*, Σχολή ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ηράκλειο.
127. Κωνσταντινίδης Θεοχάρης, Φιλαλήθης Αναστάσιος, 2013, *Ο Ρόλος των Νοσηλευτών Ογκολογίας στη Νοσηλευτική Φροντίδα Ογκολογικών Ασθενών με Προχωρημένη Νόσο*. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2013, 52 (2): 117-130 • hellenic journal of nursinG 2013, 52 (2): 117-130

128. Καβάφης Κ.Π., 1897 – 1933, «Τελειωμένα», Ίκαρος 1983.
129. Λιαρμακόπουλος Ι., 1999, *Η έννοια της αποκατάστασης, μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψύχο-ογκολογίας*. Εταιρία νοσηλευτικών σπουδών, Ελληνική αντικαρκινική εταιρία, Αθήνα.
130. Λιόκου Βάσω, 1996. *Τι πρέπει να γνωρίζεις για το μελάνωμα*, Θεσσαλονίκη: Σύλλογος καρκινοπαθών Μακεδονίας – Θράκης, σελ. 5-10.
131. Μερκούρης Α. και συνεργάτες 1999, *Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services*. Αθήνα, Ελλάδα.
132. Μιχελάρáκη Α., Μυλωνοπούλου Β., Σχετάκη Στ. 2007, «Διερεύνηση των απόψεων του Νοσηλευτικού Προσωπικού και των Ασθενών για την πληροφόρηση στο Νοσοκομείο, ΑΤΕΙ ΗΡΑΚΛΕΙΟ.
133. Νανά Ευτυχία Σ., 2009, *Η χρήση της Βιοπληροφορικής στη μελέτη της νόσου του Καρκίνου*, Οκτώβριος ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ, ΕΘΝΙΚΟ ΜΕΤΣΟΒΙΟ ΠΟΛΥΤΕΧΝΕΙΟ, Αθήνα).
134. Μπαρμπούνη Ε, Κωνσταντάτου, 2007, Σ. *Ακτινοθεραπεία*, Β Έκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
135. Νταμαδάκη Ε. 2014. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER ΧΑΝΙΩΝ*, <http://www.alzheimer-chania.gr/content/view/51/2/lang,el/>
136. Ντέρος Κ, Δίκη Ε., 1999, *Χειρουργική*. Οργανισμός εκδόσεως διδακτικών βιβλίων.
137. Ντζιλεπή Π., 2001. *Κατ οίκον νοσηλεία μια κοινωνική αναγκαιότητα*, πρακτικά 9ου μετεκπαιδευτικού συνεδρίου κλινικής ογκολογίας.
138. Νάκου, Σ. 2001. *Measurement of quality of life in the health care field Applications in child health*. Archives of Hellenic Medicine , 3 (18), σσ. 254-266.
139. Πάγκαλτσος Α., Πάγκαλτσος Π. Ασήμης, 2002. *Στοιχεία Παθολογίας*, Θεσσαλονίκη: Μ. Δημόπουλος, σελ. 333.
140. Παπαγιάννης Α., 2004, *Κακοήθειες υπεζωκοτικές συλλογές: διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτικές επιλογές*, PNEUMON Magazine, Hellenic Bronchologic Society.
141. Π. Περδικάρης, Μ. Σερβιτζόγλου, Ε. Βλαχιώτη, Θ. Μάτζιου, Χ. Ντελή, Β. Μάτζιου, 2012. *Οι Απόψεις των Γονέων για τα Πλεονεκτήματα και τα Μειονεκτήματα του Εξωτερικού Ογκολογικού*

Ιατρείου σε Σχέση με την Ογκολογική Κλινική, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 51(2), 206-215, 2012 -  
Ερευνητική εργασία <http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=19708>.

142. Ρηγάτος Γ. 1985, *Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία*, Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα.
143. Ρηγάτος Γ.: 1985, *Ψυχοκοινωνική Ογκολογία*. Εκδόσεις Ascent, Αθήνα 2000
144. Σαχίνη- Καρδάση Α. 1995, *Φυσική επιστημών υγείας*. Β' Έκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα.,
145. Σαχίνη - Καρδάση Α, Πάνου Μ. 1997. *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική (νοσηλευτικές διαδικασίες)*, Β' έκδοση 1ος τόμος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα.
146. Σουγλέρη Μαρία, 2002, *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, ΜΟΝΑΔΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, Π.Γ.Ν. ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ*.
147. Στατιστική Υπηρεσία Κυπριακής Δημοκρατίας (27/01/2014). Νέα Έκδοση: Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων, 2011. Κυπριακή Δημοκρατία.
148. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011. *Εθνικό σχέδιο δράσης για τον καρκίνο Ελλάδα*, Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, Ελλάδα. <http://www.yyka.gov.gr/>. e-mail: anticancer@yyka.gov.gr
149. Φουτούλογλου Αναστασία, 2011, *Ολιστική Φροντίδα και Υποστήριξη*, [http://holistic-care.blogspot.com/2011\\_08\\_01\\_archive.html](http://holistic-care.blogspot.com/2011_08_01_archive.html)
150. Φωτιάδου Α., Κουτουβίδης Ν., Παπαγεωργίου Π., Βάρσου Σμ., 2004, *Η ψυχιατρική εκτίμηση και παρέμβαση σε καρκινοπαθείς τελικού σταδίου*. Α' Νευρολογική Κλινική ΑΠΘ. Νοσ. Ψυχιατρ. Τμήμα Νοσ. Ελλην. Ερυθρός Σταυρός ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, 15(4), 331-346, 2004 -  
Ερευνητική εργασία <http://iatrotek.org/ioArt.asp?id=17027>.
151. Χαραλάμπους Α. (2011), *Ευρώ-Μεσογειακό Ερευνητικό Εργαστήριο Ογκολογικής και Ανακουφιστικής Φροντίδας*, <http://www.euro-mediterraneancenter.com/>.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

## **1.1. Παραρτημα 1**

### **1.1.1 Ερευνητικό Πρωτόκολλο**

**ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ**

**ΤΕΛΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΘΕΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2013 – 2014**

**Πρόγραμμα Σπουδών : «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ / ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ**

Πίνακας 138.

Τελική Δήλωση Θέματος Διατριβής.

ΓΛΥΚΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

ΣΩΤΗΡΟΥΛΛΑ

---

Επώνυμο

---

Όνομα

Αριθμός Φοιτητικής  
Ταυτότητας: *11100916*

---

Τηλέφωνο Μόνιμης  
Κατοικίας: 25328824

---

Κινητό Τηλέφωνο: 99826429

---

Ηλεκτρονική Διεύθυνση: [sotiroulaglik@gmail.com](mailto:sotiroulaglik@gmail.com)

---

#### *1.1.1.1 Θέμα Μεταπτυχιακής Διατριβής:*

Η επίπτωση των ανεκπλήρωτων αναγκών στη παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με κακοήθεια.

*1.1.1.2 Σκοπός και προσδοκώμενα αποτελέσματα διατριβής (γενικό σκεπτικό και κυριότεροι άξονες διατριβής):*

Σκοπός είναι να ερευνηθεί αν η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με κακοήθεια που νοσηλεύονται / νοσηλεύτηκαν στις ογκολογικές και αιματολογικές μονάδες, επηρεάζεται και σε ποιο βαθμό από τις επιπτώσεις των ανεκπλήρωτων αναγκών τους ως προς τη ποιότητα.

Τα αποτελέσματα προσδοκούν να ενισχύσουν τη παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με κακοήθεια ως προς τη ποιότητα.

Πίνακας 139.

Χρονοδιάγραμμα εργασιών:

<b>Ενδεικτικό Χρονοδιάγραμμα Εκπόνησης Διατριβής</b>	<b>Υποβολή Μέχρι</b>
Αρχικός πίνακας περιεχομένων, ανασκόπηση βιβλιογραφίας, εισαγωγή	01/12/13
Συγγραφή θεωρητικού υπόβαθρου της Διατριβής, (γενικό μέρος)	01/02/14
Μεθοδολογία εμπειρικής έρευνας, ανάλυση αποτελεσμάτων	01/04/14
Υποβολή τελικού συγγράμματος στα μέλη της επιτροπής αξιολόγησης για προετοιμασία για την υποστήριξη και ανάρτηση στην πλατφόρμα τηλεκπαίδευσης	15/05/14
Υποστήριξη Διατριβής	Αρχές Ιουνίου

**Θεματική Ενότητα / Θεματικό πεδίο:**

**Εκπόνησης Διατριβής Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών**

**«Διοίκηση Μονάδων Υγείας» 2013-2014.**

Ημερομηνία: 24.09.13

**Υπογραφή Φοιτητή / Φοιτήτριας :** Σωτηρούλλα Κωνσταντίνου Γλυκού

**Επιβλέπων :** Δρ. Μιχάλης Τάλιας

**Υπογραφή Επιβλέποντος:**.....

## **1.2 ΕΙΣΑΓΩΓΗ:**

Η εργασία αυτή αποτελεί μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία που διεξάγεται στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου . Οι μελλοντικοί στόχοι της έρευνας είναι:

- i. η όσο καλύτερη ποιότητα παρεχόμενης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς με κακοήθεια και
- ii. η όσο το δυνατό καλύτερη ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών και κατά συνέπεια και των οικογενειών τους.
- iii. η διασφάλιση παροχής υψηλής ποιότητας εξατομικευμένης φροντίδας υγείας, των ασθενών με κακοήθεια που νοσηλεύονται.

### **1.2.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει αν η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με κακοήθεια που νοσηλεύονται, επηρεάζεται από τις επιπτώσεις των ανεκπλήρωτων αναγκών τους ως προς τη ποιότητα.

Τα αποτελέσματα της, στόχο έχουν να ενισχύσουν την ποιότητα της παρεχόμενης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών που νοσηλεύονται στα Κρατικά Νοσηλευτήρια.

### **1.2.3 ΒΑΣΙΚΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ**

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα είναι:

- 1) Επηρεάζεται η εξατομικευμένη φροντίδα από τη ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας;
- 2) Επηρεάζεται η ικανοποίηση ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους;
- 3) Η παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα ικανοποιεί τις ανάγκες των ασθενών που νοσηλεύονται;

### **1.2.4 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για την ικανοποίηση των ασθενών με ογκολογικά προβλήματα και κατά πόσο η φροντίδα τους στα διάφορα τμήματα επηρεάζει την ικανοποίησή τους.

Σε αυτό που υστερεί ο ερευνητικός τομέας είναι στο αν η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με κακοήθεια που νοσηλεύονται, επηρεάζεται από τις επιπτώσεις των ανεκπλήρωτων αναγκών τους ως προς τη ποιότητα.

Η έρευνα αυτή στοχεύει ακριβώς σε αυτό, προσδοκώντας μέσω των αποτελεσμάτων της να ενισχυθεί η ποιότητα παρεχόμενης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών με κακοήθεια που νοσηλεύονται στις κλινικές των Κρατικών Νοσηλευτηρίων.

Η παροχή υψηλής ποιότητας εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, συμβάλλει στη διατήρηση και βελτίωση της υγείας των νοσηλευόμενων ασθενών και κατά παρέλευση στην υψηλή ποιότητα του Νοσηλευτικού ιδρύματος που την παρέχει, τις Υπηρεσίες παροχής Υγείας και της κοινωνίας.

### **1.2.5 ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Πρόκειται για περιγραφική συγχρονική επισκόπηση (descriptive cross-sectional survey), μέσω ρυθμισμένου δείγματος, με κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού και εργαλείων μέτρησης. Για το σκοπό αυτό, θα χρησιμοποιηθούν, ανώνυμα ερωτηματολόγια που αποσκοπεί στη διερεύνηση του αν η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με κακοήθεια που νοσηλεύονται, επηρεάζεται από τις επιπτώσεις των ανεκπλήρωτων αναγκών τους ως προς τη ποιότητα.

Τα αποτελέσματα προσδοκούν να ενισχύσουν την ποιότητα της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται από τους νοσηλευτές στους ασθενείς, που νοσηλεύονται στα Κρατικά Νοσηλευτήρια.

Ο συνολικός αριθμός των ασθενών που αναμένεται να απαντήσουν, υπολογίζεται στους 100. Η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων, θα πραγματοποιηθεί από την ίδια την ερευνήτρια.

Η σχετική ερευνητική πρόταση, θα διεξαχθεί μέσω τριών ερωτηματολογίων, που θα χρησιμοποιηθούν στην έρευνα. Από τα ερωτηματολόγια αυτά τα δύο χρειαζόταν σχετική άδεια, από τους δημιουργούς τους (όπου κι εξασφαλίστηκε γραπτώς) και το τρίτο είχε ανοικτή πρόσβαση χρήσης προς το κοινό (δημογραφικά στοιχεία).

Η παροχή υψηλής ποιότητας εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας συμβάλλει στη διατήρηση και βελτίωση της υγείας των νοσηλευόμενων. Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα αυτής της έρευνας στοχεύουν στην διασφάλιση παροχής υψηλής ποιότητας εξατομικευμένης φροντίδας υγείας, των ασθενών με κακοήθεια που νοσηλεύονται.

## 1.2.6 Χρονοδιάγραμμα Εκπόνησης Διατριβής ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας»

Πίνακας 140.

*Ενδεικτικό Χρονοδιάγραμμα Εκπόνησης Διατριβής*

Ενδεικτικό Χρονοδιάγραμμα Εκπόνησης Διατριβής	Υποβολή Μέχρι
Αρχικός πίνακας περιεχομένων, ανασκόπηση βιβλιογραφίας, εισαγωγή	01/12/13
Συγγραφή θεωρητικού υπόβαθρου της Διατριβής, (γενικό μέρος)	01/02/14
Μεθοδολογία εμπειρικής έρευνας, ανάλυση αποτελεσμάτων	01/04/14
Υποβολή τελικού συγγράμματος στα μέλη της επιτροπής αξιολόγησης για προετοιμασία για την υποστήριξη και ανάρτηση στην πλατφόρμα τηλεκπαίδευσης	15/05/14
Υποστήριξη Διατριβής	Αρχές Ιουνίου

## 1.3 Σύντομη Ανασκόπηση Της Βιβλιογραφίας

1. Αλεξανδροπούλου Μ. , Τσουροπλή Λ. (2005), *Αξιολόγηση του κόστους, της ποιότητας φροντίδας υγείας και της ποιότητας ζωής στο νοσοκομείο και στην κατ' οίκον νοσηλεία*. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 44(1), 24-30, 2005 - Ανασκόπηση.
2. Κάρλου Χρυσούλα, Πατηράκη Ελισάβετ (2011), *Η Έννοια της Φροντίδας στην Ογκολογική Νοσηλευτική*, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2011, 50(1): 35–48 • NOSILEFTIKI 2011, 50(1): 35–48
3. Νούλα Μ. , Τσούσκας Λ.Ι. , ( 2005), *Προβλήματα ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου – Νοσηλευτική προσέγγιση*, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 44(4), 419-425, - Γενικό άρθρο
4. Χαραλάμπους Α. (2008), *Η εισαγωγή μιας περιγραφικής θεωρίας για τη προσφορά ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας*. <http://www.cyna.org/15th/articles/12.pdf>

5. Boyes A, Girgis A, Lecathelinais C. (2009), *Brief assessment of adult cancer patients perceived needs: Development and validation of the 34-item Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34)*. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2009;15:602-606.

6. Suhonen Riitta, Charalambous Andreas, Stolt Minna, Katajisto Jouko and Puro Markku, (2012), *Caregivers' work satisfaction and individualised care in care settings for older people*. Article first published online: 5 MAY | DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.04052.x, (pages 479–490).

## 2. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

### 2.1 Ερωτηματολόγια

#### 2.1.1 Οδηγίες

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Η πιο πάνω μελέτη διεξάγεται στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου «Διοίκηση Μονάδων Υγείας».

Η μελέτη περιλαμβάνει τη συμπλήρωση 4 ερωτηματολογίων τα οποία αφορούν:

1. τα δημογραφικά στοιχεία σας
2. την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα που σας παρέχεται στο νοσοκομείο
3. το επίπεδο αναγκών σας για βοήθεια που έχετε σαν ασθενείς
4. τις διαστάσεις της ποιότητας της παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας που δέχεστε

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, υπάρχουν ερωτήσεις που αφορούν καταγραφή κάποιων δημογραφικών στοιχείων σας, αλλά και στοιχείων που σχετίζονται με την νόσο σας. Παρακαλώ στις ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής κυκλώστε την απάντηση με την οποία συμφωνείτε και στις ανοιχτού τύπου ερωτήσεις σημειώστε ολογράφως την απάντηση. Αφού τις διαβάσετε με προσοχή απαντήστε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια.

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου, σας ζητείται μέσω μιας κλίμακας να εκφράσετε την άποψη σας ή την εμπειρία σας σε σχέση με την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα που έχετε λάβει σαν νοσηλευόμενος/η ασθενής. Αφού το διαβάσετε με προσοχή απαντήστε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια τοποθετώντας ένα κυκλώνοντας την απάντηση που σας εκφράζει σύμφωνα με τη διαβάθμιση της κλίμακας (1 = Διαφωνώ απόλυτα, 2 = Διαφωνώ σε ένα βαθμό, 3 = Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4 = Συμφωνώ σε ένα βαθμό, 5 = Συμφωνώ απόλυτα).

Στο τρίτο ερωτηματολόγιο, μας ενδιαφέρει να μας ενημερώσετε κατά πόσο ή όχι οι ανάγκες που είχατε με τη παρουσία της ασθένειας σας, είχαν ανταπόκριση. Για το κάθε ερώτημα, παρακαλείσθε να σημειώσετε πότε χρειαστήκατε αρχικά βοήθεια, από την μέρα που ενημερωθήκατε ότι μπορεί να έχετε κάποιο ογκολογικό πρόβλημα. Κυκλώστε τον αριθμό, τον οποίο χαρακτηρίζει καλύτερα, κατά πόσον χρειαστήκατε βοήθεια από την μέρα της αρχικής διάγνωσης μέχρι και σήμερα. Υπάρχουν 2 πιθανές απαντήσεις για να επιλέξετε, οι οποίες χωρίζονται σε 5 διευκρινιστικές ερωτήσεις αναλόγως του βαθμού ανάγκης σας.

Δηλαδή:

#### **ΚΑΜΙΑ ΑΝΑΓΚΗ :**

- 1. Δεν ισχύει** - Δεν υπήρξε πρόβλημα για μένα λόγω της ασθένειας.
- 2. Ικανοποιητικό** – Χρειάστηκα βοήθεια, αλλά η ανάγκη για βοήθεια ικανοποιήθηκε άμεσα.

#### **ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ :**

- 3. Χαμηλή ανάγκη** - Το σημείο αυτό μου προκάλεσε μικρή ανησυχία ή δυσφορία. Είχα λίγη ανάγκη για πρόσθετη βοήθεια.
- 4. Μέτρια ανάγκη** –Το σημείο αυτό μου προκάλεσε κάποια ανησυχία ή δυσφορία. Είχα κάποια ανάγκη για πρόσθετη βοήθεια.
- 5. Μεγάλη ανάγκη** - Το στοιχείο αυτό μου προκάλεσε μεγάλη ανησυχία ή δυσφορία. Είχα έντονη ανάγκη για πρόσθετη βοήθεια.

Στο τέταρτο ερωτηματολόγιο, σας ζητείται να απαντήσετε ερωτήματα που αφορούν στη ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, με βάση τις απόψεις και τις προσδοκίες σας, όταν λαμβάνετε νοσηλευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας. Για κάθε ερώτημα, θα χρειαστεί έχετε να επιλέξετε μεταξύ 5 αριθμημένων απαντήσεων, που αντιστοιχούν στο αν συμφωνείτε ή διαφωνείτε με το ερώτημα, όπως πιο κάτω:

1 = διαφωνώ απόλυτα

2 = διαφωνώ

3 = ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

4 = συμφωνώ

5 = συμφωνώ απόλυτα

Αυτό που ζητάμε από εσάς είναι η προσωπική σας άποψη. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας θα είναι απόλυτα εμπιστευτικές. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.



*Ακαδ. Έτος: 2013 – 2014*

## **ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΔΜΥ700, ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΜΑΣΤΕΡ**

### **ΘΕΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ:**

**Η επίπτωση των ανεκπλήρωτων αναγκών στη παρεχόμενη ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας ατόμων με κακοήθεια**

### **ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ**

**Σωτηρούλλα Κωνσταντίνου Γλυκύ**

### **ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**

**ΔΡ. Μ. Τάλιας**

### **2.2 ΜΕΡΟΣ Α**

#### **2.2.1. Δημογραφικά Στοιχεία**

Αξιολόγηση της εξατομίκευσης της νοσηλευτικής φροντίδας. Ακολουθούν κάποιες ερωτήσεις που αφορούν το δημογραφικό σας υπόβαθρο. Αυτές οι πληροφορίες θα μας βοηθήσουν να ερμηνεύσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας. Παρακαλώ όπως κυκλώσετε την απάντηση που

περιγράψει καλύτερα εσάς ή την κατάσταση σας ή συμπληρώστε την απάντησή σας στον χώρο που σας παρέχεται.

**Φύλο:** 1. Άρρεν   
2. Θήλυ

**Ηλικία:**

**Το υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης που ολοκληρώσατε:** 1. Δημοτική εκπαίδευση  
2. Μέση εκπαίδευση  
3. Ακαδημαϊκή εκπαίδευση

**Οικογενειακή κατάσταση:** 1. Παντρεμένος/η,  
2. Συζείς με σύντροφο  
3. Σε διάσταση  
4. Διαζευγμένος/η,  
5. Χήρος/α,  
6. Δεν έχεις ποτέ παντρευτεί η συζήσει με σύντροφο

**Συμπεριλαμβανομένου του εαυτού σου, πόσα άτομα ζουν αυτή τη στιγμή μέσα στο σπίτι σου? (Αν ζεις μόνος/η, παρακαλώ απάντησε “1”.)** \_\_\_\_\_

**Τύπος της εισαγωγής:**

**1. Προγραμματισμένη εισαγωγή**

## 2. Επείγουσα εισαγωγή

Ποιος ήταν ο λόγος της εισαγωγής σας αυτή την φορά?

---

---

Πόσο σημαντικό είναι για σας η φροντίδα που λαμβάνεται να είναι εξατομικευμένη?

1. Πολυ σημαντικό
2. Σημαντικό
3. Κάπως σημαντικό
4. Όχι πολύ σημαντικό
5. Καθόλου σημαντικό

Μέρες νοσηλείας στο τμήμα μέχρι σήμερα ..... ημέρες

Επαρχία διαμονής:

1. Λευκωσία
2. Λεμεσός
3. Πάφος
4. Λαρνακά
5. Ελεύθερη Αμμόχωστος

Τύπος Καρκίνου:

1. Καρκίνος του μαστού

2. Καρκίνος προστάτη
3. Καρκίνος ουροδόχου κύστης
4. Καρκίνος κεφαλής και τραχήλου
5. Καρκίνος πνεύμονα
6. Άλλο (Παρακαλώ διευκρινίστε) .....

**Είδος Θεραπείας που χορηγήθηκε ή συνεχίζει:** .....

**Πρώτη φορά νοσηλεύεστε σε αυτό το τμήμα:** ΝΑ  ΟΧ

**Νοσηλευτήκατε προηγουμένως σε κάποιο άλλο τμήμα/νοσοκομείο:** ΝΑ  ΟΧ

**Είδος στήριξης που λαμβάνεται στο σπίτι (αν λαμβάνεται):**

1. Οικογένεια
2. Σημαντικοί Άλλοι (φίλοι, σύντροφοι)
3. Οικιακή βοηθός
4. Επαγγελματική βοήθεια
5. Σύνδεσμοι Ογκολογικής Φροντίδας (ΠΑΣΥΚΑΦ, Αντικαρκινικός).

### **2.2.2. Κλίμακα εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας**

Οι προτάσεις που ακολουθούν, αφορούν στη φροντίδα που σας παρέχεται από τους νοσηλευτές, κατά τη διάρκεια τις νοσηλείας σας στο νοσοκομείο. Παρακαλούμε απαντήστε, κυκλώνοντας τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την άποψη ή την εμπειρία σας.

1 = Διαφωνώ απόλυτα

2 = Διαφωνώ σε ένα βαθμό

3 = Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

4 = Συμφωνώ σε ένα βαθμό

5 = Συμφωνώ απόλυτα

## Πίνακας 141

### Κλίμακας εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας

#### **Οι νοσηλευτές έχουν,**

A01 μιλήσει μαζί μου για το πώς αισθάνομαι σχετικά με την κατάσταση μου.	1	2	3	4	5
A02 μιλήσει μαζί μου σχετικά με τη φροντίδα και προσοχή που χρειάζομαι για την ικανοποίηση των αναγκών μου.	1	2	3	4	5
A03 δώσει σε εμένα την ευκαιρία να αναλαμβάνω την ευθύνη τις φροντίδας μου όταν μπορώ.	1	2	3	4	5
A04 αναγνωρίσει τις αλλαγές στο πώς νιώθω.	1	2	3	4	5
A05 μιλήσει μαζί μου σχετικά με τις φόβους και τις ανησυχίες μου.	1	2	3	4	5
A06 κάνει προσπάθεια να βρουν πώς με έχει επηρεάσει η κατάσταση μου.	1	2	3	4	5
A07 μιλήσει μαζί μου σχετικά με το τι σημαίνει για μένα η κατάσταση μου.	1	2	3	4	5
A08 ρωτήσει τι είδους δραστηριότητες έχω έξω από το νοσοκομείο στην καθημερινή μου ζωή (τι είδους εργασία, στον ελεύθερο χρόνο μου).	1	2	3	4	5
A09 ρωτήσει για τις προηγούμενες εμπειρίες μου από νοσηλεία στο νοσοκομείο.	1	2	3	4	5
A10 ρωτήσει για τις καθημερινές μου συνήθειες (π.χ. την προσωπική μου υγιεινή).	1	2	3	4	5
A11 ρωτήσει εάν θέλω η οικογένειά μου να συμμετέχει στη φροντίδα μου.	1	2	3	4	5
A12 επιβεβαιώσει ότι κατάλαβα σωστά τις οδηγίες που μου δόθηκαν στο νοσοκομείο.	1	2	3	4	5

A13 ρωτήσει τι θέλω να γνωρίζω για την κατάστασή μου.	1	2	3	4	5
A14 ακούσει τις προσωπικές μου επιθυμίες σχετικά με τη φροντίδα μου.	1	2	3	4	5
A15 βοηθήσει για να πάρω μέρος τις αποφάσεις που σχετίζονται με τη φροντίδα μου.	1	2	3	4	5
A16 βοηθήσει να εκφράσω τις απόψεις μου για τη φροντίδα μου.	1	2	3	4	5
A17 ρωτήσει ποια ώρα προτιμώ να κάνω μπάνιο.	1	2	3	4	5
B01 Τα συναισθήματα που έχω σχετικά με την κατάστασή μου έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.	1	2	3	4	5
B02 Οι ανάγκες μου που χρειάζονται φροντίδα και προσοχή. έχουν ληφθεί υπόψη στη διάρκεια της νοσηλείας μου.	1	2	3	4	5
B03 Αναλαμβάνω την ευθύνη της φροντίδας μου όταν μπορώ.	1	2	3	4	5
B04 Οι αλλαγές στο πως νιώθω έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.	1	2	3	4	5
B05 Όλοι οι φόβοι και οι ανησυχίες μου έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.	1	2	3	4	5
B06 Ο τρόπος με τον οποίο η κατάστασή μου με έχει επηρεάσει έχει ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.	1	2	3	4	5
B07 Το τι σημαίνει για μένα η κατάστασή μου έχει ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.	1	2	3	4	5
B08 Οι καθημερινές μου δραστηριότητες (στην εργασία μου, στον ελεύθερο χρόνο μου) έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.	1	2	3	4	5
B09 Οι προηγούμενες εμπειρίες μου από νοσηλεία μου στο	1	2	3	4	5

νοσοκομείο έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου.

B10 Οι καθημερινές μου συνήθειες έχουν ληφθεί υπόψη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας μου στο νοσοκομείο (π.χ. για την προσωπική μου υγιεινή). 1 2 3 4 5

B11 Η οικογένειά μου συμμετέχει στη φροντίδα μου εάν το θελήσω. 1 2 3 4 5

B12 Έχω ακολουθήσει τις οδηγίες που μου δόθηκαν στο νοσοκομείο. 1 2 3 4 5

B13 Έχω λάβει επαρκείς πληροφορίες από τους νοσηλευτές σχετικά με την κατάστασή μου. 1 2 3 4 5

B14 Οι επιθυμίες που έχω εκφράσει έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου. 1 2 3 4 5

B15 Έχω πάρει μέρος στις αποφάσεις που σχετίζονται με τη φροντίδα μου. 1 2 3 4 5

B16 Οι απόψεις που έχω εκφράσει έχουν ληφθεί υπόψη στη φροντίδα μου. 1 2 3 4 5

B17 Εγώ έχω αποφασίσει για την ώρα που θα κάνω μπάνιο. 1 2 3 4 5

### 3. Έρευνα για τις υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας (SCNS-SF34).

Για να μας βοηθήσετε να βελτιώσουμε τις υπηρεσίες που προσφέρουμε στους ασθενείς με κακοήθεια, θα μας ενδιέφερε να μας ενημερώσετε κατά πόσο ή όχι οι ανάγκες που είχατε με τη παρουσία της ασθένειας σας, είχαν ανταπόκριση. Για το κάθε ερώτημα, στις επόμενες δυο σελίδες, παρακαλείσθε να σημειώσετε πότε χρειαστήκατε αρχικά βοήθεια, από την μέρα που ενημερωθήκατε ότι μπορεί να έχετε κάποιο ογκολογικό πρόβλημα. Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό, τον οποίο χαρακτηρίζει καλύτερα το κατά πόσον χρειαστήκατε βοήθεια από την μέρα της αρχικής σας διάγνωσης μέχρι και σήμερα.

Υπάρχουν 5 πιθανές απαντήσεις για να επιλέξετε :

#### **ΚΑΜΙΑ ΑΝΑΓΚΗ :**

**1. Δεν ισχύει** - Δεν υπήρξε πρόβλημα για μένα λόγω της ασθένειας.

**2. Ικανοποιητικό** – Χρειάστηκα βοήθεια, αλλά η ανάγκη για βοήθεια ικανοποιήθηκε άμεσα.

#### **ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ :**

**3. Χαμηλή ανάγκη** - Το σημείο αυτό μου προκάλεσε μικρή ανησυχία ή δυσφορία. Είχα λίγη ανάγκη για πρόσθετη βοήθεια.

**4. Μέτρια ανάγκη** –Το σημείο αυτό μου προκάλεσε κάποια ανησυχία ή δυσφορία. Είχα κάποια ανάγκη για πρόσθετη βοήθεια.

**5. Μεγάλη ανάγκη** - Το στοιχείο αυτό μου προκάλεσε μεγάλη ανησυχία ή δυσφορία. Είχα έντονη ανάγκη για πρόσθετη βοήθεια.

#### **Για παράδειγμα:**

Πως θα βαθμολογούσατε το επίπεδο της ανάγκης σας για βοήθεια από την στιγμή που μάθατε ότι μπορεί να έχετε ογκολογικό πρόβλημα;

Είστε ενημερωμένος / η, για τα πράγματα που μπορείτε να κάνετε για να βοηθήσετε τον εαυτό σας να γίνει καλά.

1      2      3      **4**      5

Αν βάλετε στον κύκλο, τον αριθμό τον οποίον έχουμε κυκλώσει και εμείς, σημαίνει ότι δεν έχετε λάβει τις πληροφορίες που χρειάζεστε για να μπορέσετε να βοηθήσετε τον εαυτό σας να γίνει καλά, και χρειάζεστε περισσότερες.

Τώρα, παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε τα παρακάτω ερωτήματα από το 1 έως το 34, κυκλώνοντας την πιο κατάλληλη απάντηση για σας, όπως το πιο πάνω παράδειγμα.

Πίνακας 142.

Έρευνας για τις υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας
(SCNS-SF34).

Από τη μέρα που μάθατε ότι μπορεί να είστε καρκινοπαθείς	ΚΑΜΙΑ ΑΝΑΓΚΗ		ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ		
	Μη Εφαρμοσμένο	Ικανοποιητικό	Χαμηλής	Μέτριας	Υψηλής
1. Πόνος	1	2	3	4	5
2. Έλλειψη ενέργειας/ κούραση.	1	2	3	4	5
3. Τις περισσότερες ώρες δεν νοιώθετε καλά.	1	2	3	4	5
4. Ενεργητικές δραστηριότητες.	1	2	3	4	5
5. Αδυνατείτε να κάνετε τις δραστηριότητες που κάνατε.	1	2	3	4	5
6. Νοιώθετε αγωνία	1	2	3	4	5

7. Αίσθημα κατάπτωσης ή κατάθλιψη.	1	2	3	4	5
8. Συναισθήματα θλίψης.	1	2	3	4	5
9. Φόβος για πιθανή εξάπλωση του καρκίνου.	1	2	3	4	5
10. Ανησυχία για το αν το αποτέλεσμα της θεραπείας είναι πέραν του ελέγχου σας.	1	2	3	4	5
11. Αβεβαιότητα για το μέλλον.	1	2	3	4	5
12. Μαθαίνετε να ελέγχετε την κατάσταση σας.	1	2	3	4	5
13. Διατηρείτε μια θετική στάση της όλης κατάστασης.	1	2	3	4	5
14. Συναισθήματα σχετικά με το σ / θάνατο	1	2	3	4	5
15. Αλλαγή σεξουαλικής επιθυμίας.	1	2	3	4	5
16. Αλλαγή στις σεξουαλικές σας σχέσεις.	1	2	3	4	5

17. Ανησυχείτε για τους ανθρώπους που σας νοιάζονται.	1	2	3	4	5
18. Επιλέγετε μεταξύ πολλών γιατρών τον θεράποντα γιατρό σας.	1	2	3	4	5
19. Πιο πολλές επιλογές για τα Νοσοκομεία που επισκέπτεστε.	1	2	3	4	5
20. Το ιατρικό προσωπικό σας διαβεβαιώνει ότι ο τρόπος που αισθάνεστε είναι φυσιολογικός.	1	2	3	4	5
21. Το προσωπικό του νοσοκομείου συμμετέχει άμεσα στις φυσικές σας ανάγκες.	1	2	3	4	5
22. Το προσωπικό του νοσοκομείου αναγνωρίζει και δείχνει ευαισθησία στα συναισθήματά και τις αισθηματικές σας ανάγκες.	1	2	3	4	5

<p>23. Σας έχουν δοθεί γραπτές πληροφορίες που αφορούν τις σημαντικές πτυχές της φροντίδας σας.</p>	1	2	3	4	5
<p>24. Σας έχουν δοθεί όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για την αντιμετώπιση και διαχείριση και της ασθένειας σας στο σπίτι.</p>	1	2	3	4	5
<p>25. Σας δοθήκαν εξηγήσεις για τις διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις, που κάνατε;</p>	1	2	3	4	5
<p>26. Σας έχουν ενημερώσει κατάλληλα για τα οφέλη και τις παρενέργειες της θεραπείας σας πριν να δώσετε την συγκατάθεση σας;</p>	1	2	3	4	5

<p>27. Ενημερώνεστε κατάλληλα για τα αποτελέσματα των εξετάσεων σας και όσο το συντομότερο δυνατό.</p>	1	2	3	4	5
<p>28. Είστε ενημερωμένος/η για το καρκίνο που είναι ελεγχόμενος ή σε ύφεση.</p>	1	2	3	4	5
<p>29. Ενημερώνεστε για τα πράγματα που θα μπορούσατε να κάνετε για να βελτιώσετε τη κατάσταση σας</p>	1	2	3	4	5
<p>30. Έχετε πρόσβαση σε επαγγελματικούς συμβούλους (π.χ. ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, ειδικό νοσηλεύτη) αν, εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι σας το χρειάζονται.</p>	1	2	3	4	5

<p><b>31. Σας δοθήκαν πληροφορίες για τις σεξουαλικές σας σχέσεις;</b></p>	<p><b>1</b></p>	<p><b>2</b></p>	<p><b>3</b></p>	<p><b>4</b></p>	<p><b>5</b></p>
<p><b>32. Αντιμετωπίζεστε σαν άτομο και όχι μόνο σαν μια άλλη περίπτωση;</b></p>	<p><b>1</b></p>	<p><b>2</b></p>	<p><b>3</b></p>	<p><b>4</b></p>	<p><b>5</b></p>
<p><b>33. Υποβάλλεστε σε θεραπεία, σε νοσοκομείο ή κλινική που είναι όσο το δυνατόν πιο ευχάριστη;</b></p>	<p><b>1</b></p>	<p><b>2</b></p>	<p><b>3</b></p>	<p><b>4</b></p>	<p><b>5</b></p>
<p><b>34. Έχετε ένα μέλος του προσωπικού στο νοσοκομείο, με το οποίο μπορείτε να μιλήσετε σχετικά με όλες τις πτυχές της κατάστασης, της θεραπεία και της παρακολούθησης σας;</b></p>	<p><b>1</b></p>	<p><b>2</b></p>	<p><b>3</b></p>	<p><b>4</b></p>	<p><b>5</b></p>

#### 4. Κλίμακα Αξιολόγησης της Ποιότητας της Νοσηλευτικής φροντίδας ογκολογικών Ασθενών

Η κλίμακα αποτελείται από 6 υποκλίμακες οι οποίες αξιολογούν διαφορετικές διαστάσεις της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας με βάση τις απόψεις και τις προσδοκίες των ασθενών που λαμβάνουν φροντίδα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Όλες οι απαντήσεις αξιολογούνται με την ακόλουθη 5βαθμη κλίμακα Likert.

Completely disagree – 1 διαφωνώ απόλυτα

Disagree – 2 διαφωνώ

Neither agree or disagree – 3 ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

Agree – 4 συμφωνώ

Completely agree – 5 συμφωνώ απόλυτα

Πίνακας 143.

Αίσθημα εκτίμησης κατά τη παροχή φροντίδας.

1. Λαμβάνετε την νοσηλευτική φροντίδα που απαιτεί η κατάσταση σας;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2. Λαμβάνετε επαρκή φροντίδα από το νοσηλεύτη σας.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3. Λαμβάνετε τη φροντίδα υγείας της επιλογής σας	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4. Ο νοσηλευτής σας φροντίζει και δείχνει κατανόηση για την κατάσταση σας.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
5. Ο νοσηλευτής σας φροντίζει με τρόπο ανθρώπινο.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Πίνακας 144.

**Αίσθημα σεβασμού κατά την παροχή φροντίδας.**

6. Ο νοσηλευτής σας φροντίζει με τον απαραίτητο σεβασμό.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
7. Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει τις ανάγκες σας για φροντίδα.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
8. Ο νοσηλευτής σέβεται τις ανάγκες σας και σας ενημερώνει ανάλογα.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
9. Ο νοσηλευτής σας ενημερώνει με κατανοητό τρόπο (Κατανοητοί όροι, ορολογίες).	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
10. Ο νοσηλευτής απαντάει στις ερωτήσεις σας με ειλικρίνεια.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
11. Αισθάνεστε ότι μπορείτε να ρωτήσετε το νοσηλευτή για οτιδήποτε	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
12. Ο νοσηλευτής σας δίνει τη δυνατότητα να συμμετάσχετε στις αποφάσεις που αφορούν τη νοσηλευτική σας φροντίδα.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
13. Ο νοσηλευτής σας παρέχει επαρκείς πληροφορίες προκειμένου να συμμετάσχετε στις αποφάσεις που αφορούν τη νοσηλευτική σας φροντίδα	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Πίνακας 145.

**Αίσθημα παροχής επικοινωνιακής και υποστηρικτικής φροντίδας.**

14. Ο νοσηλευτής ενδιαφέρεται για το πόσο καλά μπορεί να επικοινωνήσει μαζί σας.	1	2	3	4	5
15. Ο νοσηλευτής επιδιώκει να έχει καλή επικοινωνία μαζί σας.	1	2	3	4	5
16. Ο νοσηλευτής επικοινωνεί επαρκώς μαζί σας κατά τη διάρκεια της φροντίδας σας.	1	2	3	4	5
17. Ο νοσηλευτής σας υποστηρίζει συναισθηματικά.	1	2	3	4	5
18. Ο νοσηλευτής είναι ένα άτομο στο οποίο μπορείτε να βασιστείς.	1	2	3	4	5

Πίνακας 146.

**Αίσθημα Επιβεβαίωσης.**

19. Γενικά αισθάνεστε ότι είστε σε «καλά χέρια»	1	2	3	4	5
20. Ο νοσηλευτής φαίνεται να γνωρίζει την κατάσταση της υγείας σας.	1	2	3	4	5
21. Ο νοσηλευτής φαίνεται ικανός στη διαχείριση του τεχνικού εξοπλισμού και των υλικών.	1	2	3	4	5
22. Ο νοσηλευτής ανταποκρίνεται άμεσα στις ερωτήσεις και τις ανησυχίες σας.	1	2	3	4	5
23. Γενικά αισθάνεστε ότι είστε σε «αβέβαια χέρια»	1	2	3	4	5
24. Ο νοσηλευτής επιτελεί τυπικά τα καθήκοντα του	1	2	3	4	5
25. Ο νοσηλευτής εκφράζει αληθινό ενδιαφέρον για εσάς.	1	2	3	4	5
26. Ο νοσηλευτής με τις πράξεις έχει κερδίσει την εμπιστοσύνη σας.	1	2	3	4	5

Πίνακας 147.

**Αίσθημα θρησκευτικής και πνευματικής φροντίδας**

27. Ο νοσηλευτής ενδιαφέρθηκε να διευκρινίσει ποιες είναι οι θρησκευτικές σας πεποιθήσεις	1	2	3	4	5
28. Ο νοσηλευτής είναι ευαίσθητος και δείχνει σεβασμό για τις θρησκευτικές σας πεποιθήσεις.	1	2	3	4	5
29. Ο νοσηλευτής διευκολύνει τις θρησκευτικές σας συνήθειες όταν λαμβάνετε φροντίδα.	1	2	3	4	5
30. Ο νοσηλευτής ξεκινάει συζητήσεις σχετικά με θέματα θρησκείας.	1	2	3	4	5
31. Ο νοσηλευτής είναι διαθέσιμος στο να συζητάει θέματα πνευματικής φύσεως ενώ ενθαρρύνει και τη συζήτηση τους	1	2	3	4	5
32. Ο νοσηλευτής ενδιαφέρεται να γνωρίζει ποιες είναι οι απόψεις σας για τη ζωή και το θάνατο.	1	2	3	4	5

Πίνακας 148.

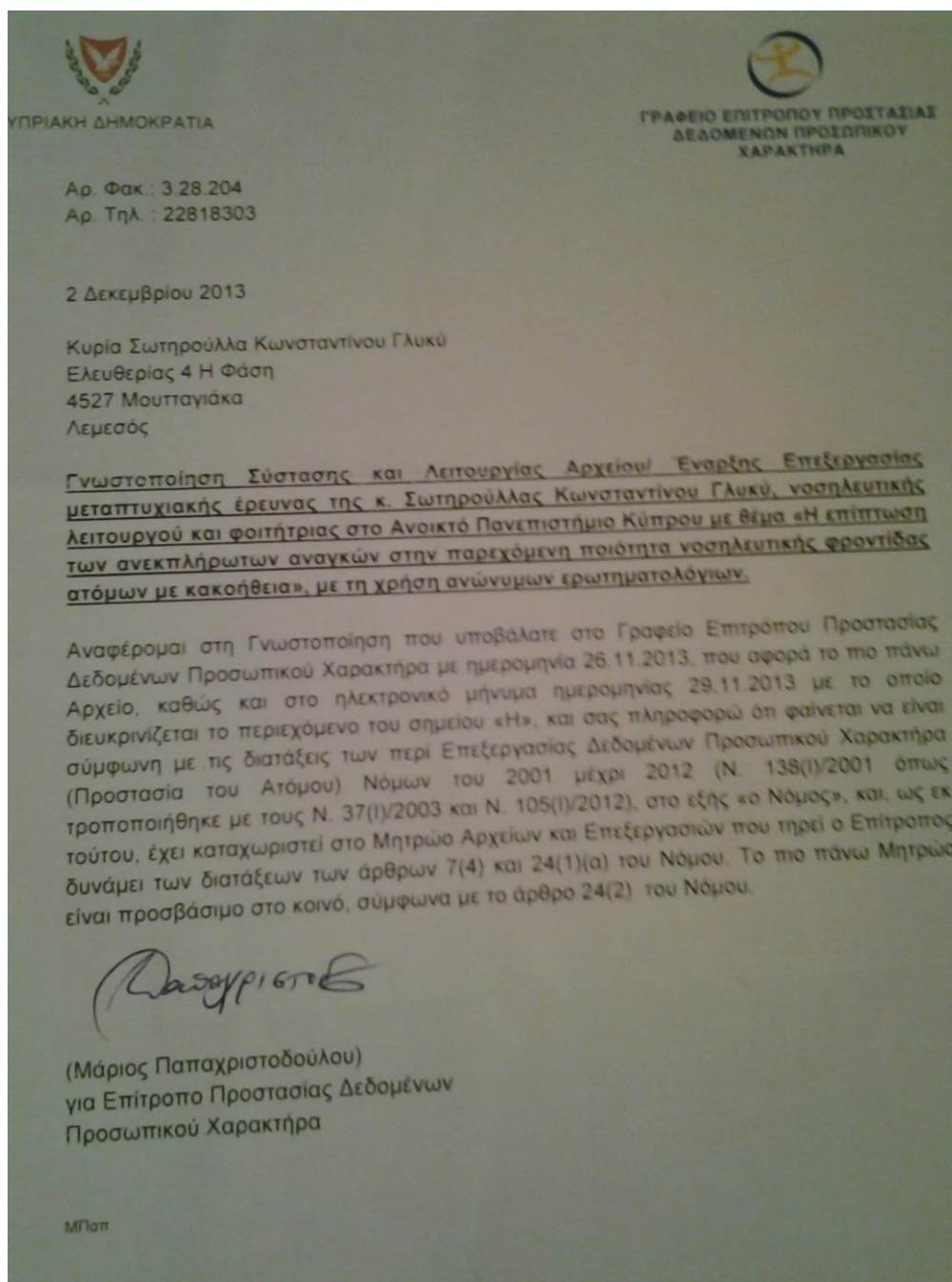
**Αίσθημα του «ανήκειν».**

33. Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει τη σημασία της παρουσίας της οικογένειάς σας	1	2	3	4	5
34. Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει εάν επιθυμείτε ή όχι την παρουσία της οικογένειας σας	1	2	3	4	5
35. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την παρουσία της οικογένειας σας κατά τη διάρκεια της φροντίδας σας	1	2	3	4	5
36. Ο νοσηλευτής εμπλέκει ενεργά την οικογένειά σας στη παροχή της φροντίδας.	1	2	3	4	5
37. Όταν χρειάστηκε να λάβετε δύσκολες αποφάσεις, ο νοσηλευτής ενθάρρυνε τη συμμετοχή της οικογένειας σας στη διαδικασία λήψης αυτών των αποφάσεων.	1	2	3	4	5

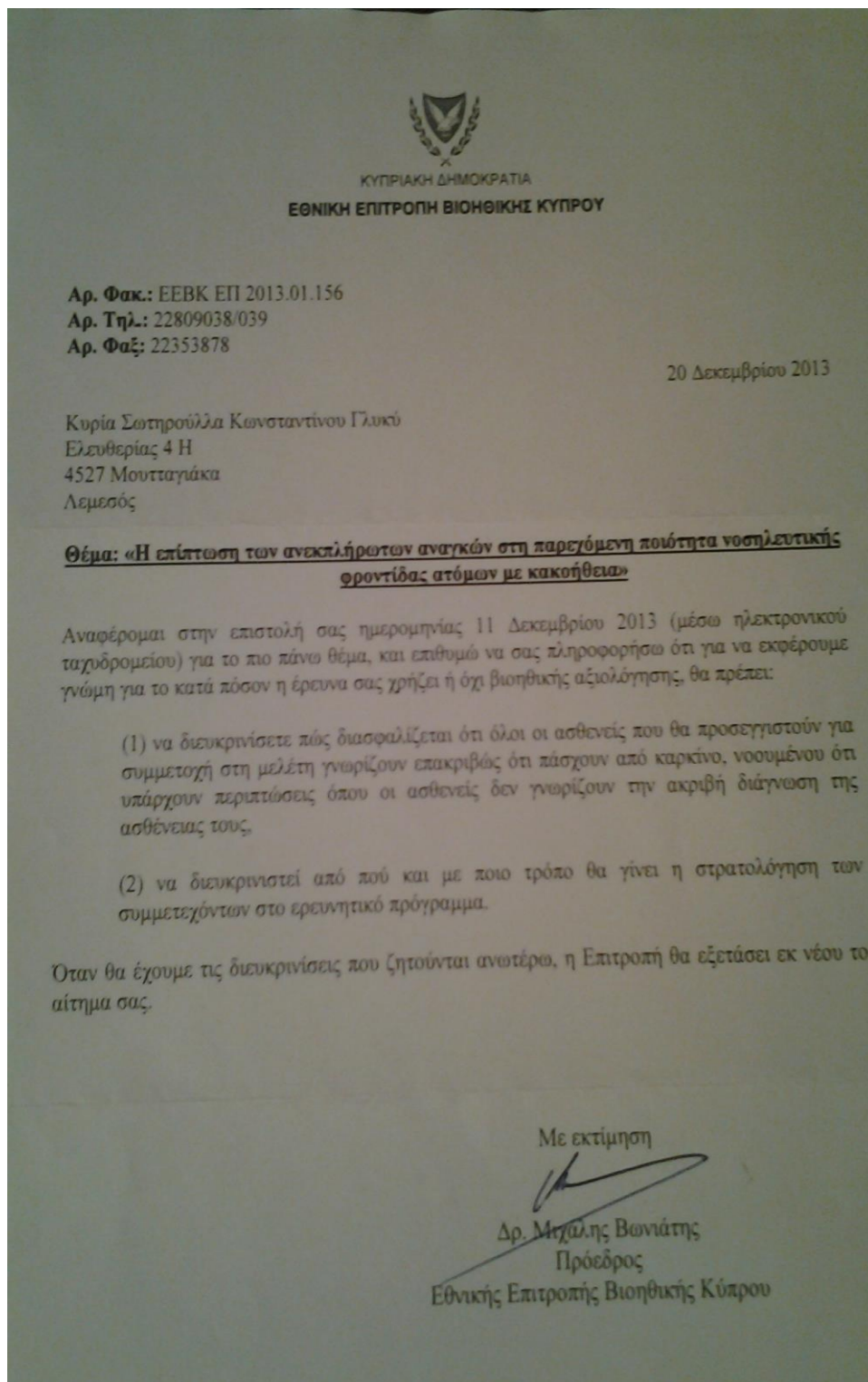
### 3. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

#### 3.1 ΕΓΓΡΙΣΕΙΣ


##### 3.1.1 Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα



### 3.1.2 Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου



### 3.1.3. Υπουργείο Υγείας Κύπρου

  
ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φαξ: 5.34.51.7.6Ε  
Αρ. τηλ: 22605738  
Αρ. φαξ: 22605529  
Email: [info@yπουργιου.gov.cy](mailto:info@yπουργιου.gov.cy)

Αρ. Πρωτοκόλλου: 0195/2014 26 Μαρτίου 2014

Κυρία Σωτηρούλλα Κωνσταντίνου Γλυκή  
Ελευθερίας 4 Η Φάση  
Μουσταγιάκα  
Τ.Τ 4527  
Λεμεσός

Θέμα: Αίτηση για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

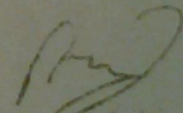
Εχω οδύνη να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο «Η Εκτίμηση των ανακλήσιμων αναγκών στη παρεχόμενη ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας απόρων με καρκίνο» που υποβλήθηκε στην γραμματεία της επιτροπής με ημερομηνία 20/1/2014 και να σας ενημερώσω ότι το αίτημα σας έχει εγκριθεί.

Νοείται ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Παράκληση όπως σε κατοπινό στάδιο υποβάλετε ενδιάμεση έκθεση συμπληρώνοντας καταλλήλα το επισυνημμένο έντυπο «Παρακολούθηση Έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Έρευνών» στο οποίο αναφέρεται η εξέλιξη και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εργασία σας.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνας σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφο ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- γραπτή συγκατάθεση σας για την διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας,
- περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.

  
(Είρηνη Γεωργίου)  
για Αν. Γενικό Διευθυντή  
Υπουργείου Υγείας

Κως: ΠΛΥ  
Αν. Διευθυντή ΠΥ&ΥΔΥ  
Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

Υπουργείο Υγείας 1448 Λεωκωσία  
Τηλ. 22605300, Ιστοσελίδα <http://www.moh.gov.cy>

## 3.2. Εγκρίσεις Ερωτηματολογίων

### 3.2.1 Έρευνας για τις υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας (SCNS-SF34).

Dr Allison Boyes (PhD)

Thanks for your email about the SCNS-SF34. You are welcome to translate the questionnaire and use it in your research. When it is available, could you please email me a copy of the translated version so that we may keep a copy on file. The correct citation for the SCNS-SF34 is:

Boyes A, Girgis A, Lecathelinais C. Brief assessment of adult cancer patients perceived needs: Development and validation of the 34-item Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34). *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2009;15:602-606.

I have attached a copy of the questionnaire, the above paper reporting the psychometric properties, a recent paper based on the SCNS-SF34 and the scoring manual.

Please don't hesitate to contact me if you have any further questions. Good luck with your research.

Regards,

Allison

Dr Allison Boyes (PhD)

Research Academic

Priority Research Centre for Health Behaviour

University of Newcastle

T: 61 2 4042 0703

F: 61 2 4042 0400

E: [allison.boyes@newcastle.edu.au](mailto:allison.boyes@newcastle.edu.au)

**Postal address:**

W4 HMRI Building

University of Newcastle

Callaghan NSW 2308 Australia

**Street & delivery address:**

Hunter Medical Research Institute

John Hunter Hospital campus

Lot 1 Kookaburra Circuit

New Lambton Heights NSW 2305

CRICOS Provider Code: 00109J

### 3.2.2 Κλίμακα Αξιολόγησης της Ποιότητας της Νοσηλευτικής φροντίδας ογκολογικών Ασθενών.

Αξιότιμη κ Γλυκύ,

Σε συνέχεια του προηγούμενου email σας σχετικά με την παροχή αδείας χρήσης του ερωτηματολογίου "Quality of Oncology Nursing Care Scale", σας επιτρέπεται η χρήση του στην έρευνα με τίτλο "Η επίπτωση των ανεκπλήρωτων αναγκών στη παρεχόμενη ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας ατόμων με κακοήθεια"

Η άδεια παραχώρησης του γίνεται με την προϋπόθεση ότι θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της πιο πάνω ερευνάς.

**Warmest Regards**

**Dr Andreas Charalambous**

**Cyprus University of Technology**

**Assistant Professor Oncology Nursing**

**EONS Executive Board Member (Education)**

*Ανεξέταστος βίος ου βιωτός ανθρώπω...*

**Vragadinou 15, 3041, Limassol.**

**Tel +357 25002011**

**Fax + 357 25002822**

email: [andreas.charalambous@cut.ac.cy](mailto:andreas.charalambous@cut.ac.cy)

web page: <http://www.euro-mediterraneancenter.com/>

### 3.2.3 Κλίμακας εξατομικευμένης φροντίδας

**From:** Riitta Suhonen [mailto:suhonen.riitta@kolumbus.fi]

**Sent:** Σάββατο, 27 Ιουλίου 2013 4:59 μμ

**To:** Andreas Charalambous and Sotiroulla Gliko,

**Subject:** Re: Research Project

Hi Andreas and Sotiroula,

The topic for research is good, especially unmet needs. I have had a plan to clarify the concepts of individualized care & quality of care and their relations, but have not managed to proceed yet.

There are so many studies going on and need for reporting, so before collecting any new data there

is need to finish some. But, as said, theoretical foundations exists for the investigation of these concepts.

You have the permission to use the scale, patient version

Riitta

### **3.2.4 Στοιχεία επικοινωνίας καθηγητή**

**Τάλιας Α. Μιχάλης**

**Κατηγορία Προσωπικού ΔΕΠ**

**Τίτλος / Θέση Λέκτορας**

**Οργανωτική μονάδα Διοίκησης Μονάδων Υγείας**

**Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο** [michael.talias@ouc.ac.cy](mailto:michael.talias@ouc.ac.cy)

**Τηλέφωνο 0035722411971**

**Τηλεομοιότυπο 0035722411954**

**Διεύθυνση Τ.Θ. 24801 Λευκωσία Κύπρος 1304**