

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ιανουάριος – Μάρτιος 2001

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ  
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ  
ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ  
ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ  
ΕΛΛΑΔΟΣ



**NOSILEFTIKI**

Volume 40  
Issue 1  
January – March 2001

QUARTERLY PUBLICATION OF THE HELLENIC  
NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION



# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τριμηνιαίο Περιοδικό του Εθνικού Συνδέσμου  
Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος

Τόμος 40 • Τεύχος 1 • Ιανουάριος – Μάρτιος 2001

## Περιεχόμενα

1. Οδηγίες για τους συγγραφείς ..... 4
2. Άρθρο Σύνταξης ..... 7  
Α. Παπαδαντωνάκη

### Ανασκοπήσεις

1. Η ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας ..... 8  
Β. Ραφτόπουλος, Ε. Θεοδοσοπούλου
2. Η σχέση μεταξύ θεωρίας, έρευνας και πράξης  
στη Νοσηλευτική: βιβλιογραφική ανασκόπηση ..... 24  
Σ. Λαχανά
3. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας  
στις υπηρεσίες Υγείας ..... 34  
Α. Μεγαλακάκη, Μ. Χατζοπούλου
4. Εργονομία – Οργάνωση χειρουργείου και  
μηχανική σώματος προσωπικού ..... 41  
Δρ Μ. Τσιριντάνη, Β. Μπουρνά, Δρ Σ. Μπινιώρης
5. Αλκοόλ: Ποιος ο ρόλος του  
στην καρδιαγγειακή νόσο ..... 51  
Σ. Ζαργκλής
6. Η ακούσια νοσηλεία  
των ψυχικά ασθενών ..... 56  
Β. Μούγια

### Επίκαιρο Θέμα

1. Ευρωπαϊκή Ένωση και Ελληνική Νοσηλευτική ..... 62  
Δρ Ε. Κυριακίδου

### Ερευνητικές Εργασίες

1. Πληροφόρηση και περιεχειρητική διδασκαλία  
καρδιοχειρουργημένων ασθενών ..... 67  
Α. Μερκούρης, Λ. Βασταρδής  
Ε. Διακομοπούλου, Α. Καλογιάννη  
Δ. Πιστόλας, Μ. Αργυρίου, Ε. Αποστολάκης
2. Ομάδα Υγείας: Διεπαγγελματική συνεργασία  
συγκρούσεις, και διαχείριση συγκρούσεων ..... 75  
Δρ. Δ. Σαπουντζή-Κρέπια
3. Κατασκήνωση παιδιών και εφήβων με  
Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου Ι:  
Οφέλη στη ρύθμιση της νόσου ..... 82  
Κ. Πολυμέρη, Ι. Θυμέλλη
4. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά εγκαυμάτων  
σε παιδιατρικό νοσοκομείο ..... 89  
Β. Μάτziu, Η. Μπροκαλάκη, Α. Κορομπέλη  
Φ. Παπαδοπούλου
5. Μόνιμη Κολοστομία:  
Δεν είναι το μοναδικό πρόβλημα ..... 94  
Γ. Σαββοπούλου

Αναλυτικές οδηγίες για τους συγγραφείς ..... 104



# NOSILEFTIKI

Quarterly Publication of the Hellenic National  
Graduate Nurses Association

Volume 40 • Issue 1 • January – March 2001

## Contents

1. Instructions to authors ..... 4
2. Editorial ..... 7  
A. Papadantonaki

### Reviews

1. The quality in Health care sector ..... 8  
B. Raftopoulos, H. Theodosopoulou
2. The relationship between theory, research and  
practice in Nursing: a literature review ..... 24  
S. Lahana
3. Total Quality Management  
in Health care ..... 34  
A. Megalaki, M. Hatzopoulou
4. Ergonomics – Management in the operating  
room and body mechanics ..... 41  
Dr M. Tsirintani, V. Bourna, Dr S. Binioris
5. Alcohol: Which is its effect  
on cardiovascular disease ..... 51  
S. Zarglis
6. Involuntary hospitalization  
of psychiatric patients ..... 56  
V. Mougia

### Annotation

1. Greek Nursing and European Union ..... 62  
Dr E. Kyriakidou

### Research Papers

1. Information and perioperative  
education of cardiac surgery patients ..... 67  
A. Mercouris, L. Vastardis  
E. Diacomopoulou, A. Caloyianni  
D. Pistolas, M. Argyriou, E. Apostolakis
2. Health Care Team: Interprofessional  
collaboration and the management of conflict ..... 75  
D. Sapountzi-Krepia
3. Summer camps for children  
and adolescents with Diabetes Melitus type I:  
Benefits on the disease control ..... 82  
C. Polymeri, I. Thymelli
4. Burns in childhood: epidemiological  
characteristics ..... 89  
V. Matziou, H. Brokalaki, A. Korobeli  
F. Papadopoulos
5. Permanent Colostomy:  
It is not the only problem ..... 94  
G. Savopoulou

Detailed instructions to authors ..... 104

Νοσηλευτική 1, 94-103, 2001

## Μόνιμη Κολοστομία: Δεν είναι το μοναδικό πρόβλημα

Γεωργία Σαββοπούλου, PhD (N)

Καθηγήτρια Τ.Ε.Ι. Αθηνών

Τμήμα Νοσηλευτικής

Τ.Ε.Ι. Αθηνών – Τμήμα Νοσηλευτικής

**Περίληψη.** Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να ερευνηθεί και να δείξει ότι, μετά τη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, η δημιουργία της μόνιμης κολοστομίας δεν είναι το μοναδικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο ασθενής, αλλά ότι καλείται επίσης να αποδεχθεί και να προσαρμοστεί σε ένα πλήθος άλλων προβλημάτων που απειλούν την ψυχοκοινωνική του οντότητα και στην αντιμετώπιση των οποίων μπορεί να βοηθήσει ο νοσηλευτής.

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν πενήντα ασθενείς, και των δύο φύλων, ηλικίας 28-80 ετών που νοσηλεύτηκαν στην Κλινική Παχέος Εντέρου του Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας». Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με τη διαδικασία της συνέντευξης, της συμπλήρωσης ενός ημιδομημένου ερωτηματολογίου, με την παρατήρηση και τη μελέτη του ιατρικού ιστορικού.

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν διάφορες στατιστικές δοκιμασίες, όπως: α. το «T-TEST», β. η ανάλυση μεταβλητότητας μίας διεύθυνσης, γ. η πολλαπλή εξάρτηση και δ. ο προσδιορισμός του συντελεστή πολλαπλής συσχέτισης.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης προκύπτει ότι τα προβλήματα των ασθενών δεν αφορούν τόσο την αντιμετώπιση των βιολογικών προβλημάτων που προέκυψαν από τη δημιουργία της μόνιμης κολοστομίας, όσο την αποδοχή της νέας πραγματικότητας και την επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο.

Τα προβλήματα αυτά είναι εντονότερα στους άρρενες ασθενείς που δεν έχουν καμία απασχόληση, είναι άγαμοι ή χήροι, είναι ηλικίας 60-69 ετών. Όσον αφορά το φύλο τα προβλήματα είναι εντονότερα στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες.

### Λέξεις-κλειδιά:

μόνιμη κολοστομία, νοσηλευτική ευθύνη, ανάγκες πληροφόρησης, αυτοφροντίδα, οικογενειακή υποστήριξη, προσαρμογή.

Nosileftiki 1, 94-103, 2001

## Permanent Colostomy: It is not the only problem

Georgia Savopoulou, PhD (N)

Professor in Nursing, TEI of Athens

Nursing Department

TEI of Athens – Nursing Department

**Abstract.** The purpose of this study is to explore and show that after the diagnosis of cancer, the creation of a permanent colostomy is not the only problem which the patients have to face, but there is a great number of other needs and problems, threatening the psychosocial being of the patients, and which the nurses are called to help, to be carried out sufficiently by the patients.

The study included a group of fifty patients of both sexes, aged 28-80 of the Large Bowel Clinic of «Saint Savas» Hospital, Athens.

The method used for data collection was based on interview, the completion of a semi-structured written questionnaire, observation and patients medical records.

The analysis was made by computer according to the Statistical Package for Social Sciences programme (SPSS).

The findings show that the problems are mainly those regarding the acceptance of the new reality after the creation of the permanent colostomy and their re-entry in the social world.

Most of the problems were reported by male patients, patients without any occupation, single or widow/er and patients aged 60-69 years old. Regarding the sex it is stressed that the problems are more acute to men than women.

### Key words:

permanent colostomy, nursing role, informational needs, self care, family support, cope - adaptation.

## Εισαγωγή

**Μ**ία κατάσταση της ανθρώπινης ζωής είναι η υγεία και η ασθένεια. Οι έννοιες αυτές είναι οι πόλοι ενός άξονα κατά μήκος του οποίου τοποθετείται ή εντοπίζεται το άτομο σε οποιαδήποτε δεδομένη στιγμή από τη γέννησή του μέχρι τον θάνατό του<sup>1,2</sup>.

Η υγεία είναι ένα δυναμικό εναλλασσόμενο φαινόμενο και ο άνθρωπος μία βιο-ψυχο-κοινωνική οντότητα<sup>3</sup>. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο δεν έχει απλά και μόνο βιολογικές, αλλά συγχρόνως και ψυχολογικές καταβολές που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά του μέσα στο κοινωνικό σύνολο<sup>3</sup>.

Επομένως, το άτομο πρέπει να μελετάται από βιο-ψυχο-κοινωνική σκοπιά, δεδομένου ότι οι εκδηλώσεις του προέρχονται ή είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης αυτών των παραμέτρων μεταξύ τους και με το περιβάλλον.

Ετσι, αντιμετωπίζει καθημερινές αλλαγές στον φυσικό, ψυχικό και κοινωνικό του κόσμο, καθώς επίσης και στο περιβάλλον, το οποίο ασκεί και δέχεται συγχρόνως την επίδρασή του.

Για να ανταποκριθεί το άτομο στο μεταβαλλόμενο αυτό περιβάλλον, χρησιμοποιεί εγγενείς και επίκτητους μηχανισμούς, που είναι από τη φύση τους βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Οσον αφορά δε τους παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμοστικότητα του ατόμου, αυτοί διακρίνονται σε ενδογενείς και εξωγενείς<sup>4</sup>.

Οι ενδογενείς παράγοντες αφορούν την κληρονομικότητα, το φύλο, την ηλικία και την ιδιοσυγκρασία του ατόμου, ενώ οι εξωγενείς παράγοντες αφορούν την εκπαίδευση του ανθρώπου, το πολιτιστικό του επίπεδο, την οικονομική του κατάσταση, τα κοινωνικά πλαίσια, τη διαπροσωπική του επικοινωνία, τη φύση του παράγοντα που προκαλεί το στρες, το επίπεδο ικανοποίησης των αναγκών του και την υποστήριξη και συμπαράσταση που δέχεται από το περιβάλλον του<sup>5</sup>.

Ο άνθρωπος είναι από τη φύση του ον κοινωνικό που βρίσκεται σε συνεχή αλληλεξάρτηση και αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του.

Η συμπεριφορά του, που κατ' άλλους κληρονομείται και κατ' άλλους αποκτάται και μαθαίνεται μέσα από τις διάφορες εμπειρίες της ζωής, εκδηλώνεται με διάφορους μηχανισμούς. Με τους μηχανισμούς αυτούς προσπαθεί να διατηρηθεί σε μια κατάσταση ισορροπίας μέσα στη ζωή<sup>6,7</sup>.

Η έννοια της αντιμετώπισης ορίζεται ως η προσπά-

θεια που κάνει το άτομο προκειμένου να ανταποκριθεί σε καταστάσεις στρες που απειλούν τη βιο-ψυχο-κοινωνική του ακεραιότητα<sup>8</sup>. Ενώ η έννοια της προσαρμογής ορίζεται ως οι τρόποι που χρησιμοποιεί το άτομο αυτόματα και συνεχώς στην αντιμετώπιση της καθημερινής πραγματικότητας<sup>7,9</sup>.

Στον καρκίνο του παχέος εντέρου η χειρουργική θεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής<sup>10,11</sup> και ο καρκινοπαθής ασθενής πολλές φορές επιστρέφει από το χειρουργείο με μία μόνιμη κολοστομία, τη δημιουργία της οποίας πρέπει να αποδεχθεί, ώστε στη συνέχεια να μπορέσει να προσαρμοστεί σε έναν καινούριο τρόπο ζωής, όσο το δυνατόν λιγότερο επώδυνα.

Η δημιουργία μόνιμης κολοστομίας συνεπάγεται για τον άνθρωπο απώλειες και αλλαγές, που μπορεί να είναι βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές. Το άτομο ίσως χάνει τον πλήρη έλεγχο στις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής, την ισορροπία στις σχέσεις και την επικοινωνία με τους φίλους και την οικογένειά του, την αίσθηση του υγιούς ανθρώπου, και τέλος τον έλεγχο στις σωματικές του λειτουργίες, όπως αυτήν της αφόδευσης.

Η διατήρηση του ελέγχου των πασχόντων επάνω στον εαυτό τους και στο περιβάλλον τους δεν είναι πάντοτε εύκολο να επιτευχθεί. Αυτό είναι έντονα αισθητό στα ηλικιωμένα άτομα, στα οποία η ικανότητα για αυτοφροντίδα και επικοινωνία είναι ελαττωμένη. Ακόμη, η δημιουργία της μόνιμης κολοστομίας δεν επιδρά μόνο σε αυτόν που πάσχει, αλλά σε όλο το σύστημα, σε όλα τα μέλη της οικογένειας και γίνεται έτσι σαφής η ανάγκη ενίσχυσης, κατανόησης και σύσφιγξης των οικογενειακών τους δεσμών<sup>12,13</sup>.

Τα πολλά και ειδικά προβλήματα των ασθενών με κολοστομία και το γεγονός ότι η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους, αμέσως μετά τη χειρουργική επέμβαση, απαιτεί κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα μάς παρακίνησαν στη διερεύνηση των προβλημάτων και των αναγκών των ασθενών με κολοστομία κατά την περίοδο που αφορά τη διάγνωση και τη χειρουργική επέμβαση μέχρι την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο<sup>14</sup>.

## Σκοπός

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να ερευνήσει τα προβλήματα και τις ανάγκες των ασθενών αμέσως μετά τη δημιουργία της μόνιμης κολοστομίας.

Ως προς τις ψυχοκοινωνικές τους ανάγκες, αυτές απλά υπογραμμίστηκαν και συζητούνται.

**Υλικό και μέθοδος**

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 50 ασθενείς, και των δύο φύλων, ηλικίας 28-80 ετών που νοσηλεύτηκαν στην Κλινική Παχέος Εντέρου του Νοσοκομείου «Αγιος Σάββας» Αθηνών. Σε όλους τέθηκε η διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και η ένδειξη της χειρουργικής επέμβασης με τη δημιουργία μόνιμης κολοστομίας.

Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με τη διαδικασία της συνέντευξης, της συμπλήρωσης ενός ημιδομημένου ερωτηματολογίου, με την παρατήρηση και τη μελέτη του ιατρικού ιστορικού.

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν διάφορες στατιστικές δοκιμασίες, όπως:

α. Το «T-TEST» για τη σύγκριση των μέσων τιμών μιας ποσοτικής μεταβλητής σε δύο ομάδες.

β. Η ανάλυση μεταβλητότητας μίας διεύθυνσης για τη σύγκριση των μέσων τιμών μιας ποσοτικής μεταβλητής σε περισσότερες από δύο ομάδες.

γ. Η πολλαπλή εξάρτηση, στην οποία εξετάζεται η εξάρτηση του αριθμού των προβλημάτων και αναγκών των ασθενών με μόνιμη κολοστομία (εξαρτημένη μεταβλητή) σε σχέση με άλλες μεταβλητές που λαμβάνονται ως ανεξάρτητες και που πιθανόν να την επηρεάζουν.

δ. Ο προσδιορισμός του συντελεστή πολλαπλής συσχέτισης.

**Μεταβλητές που μελετήθηκαν****Ανεξάρτητες:**

Φύλο:

Ανδρας, Γυναίκα

Ηλικία:

<50 ετών, 50-59, 60-69, 70-80

Οικογενειακή κατάσταση:

Εγγαμος, Αγαμος, Διαζευγμένος, Χήρος/α

Εκπαίδευση:

Πανεπιστήμιο, Μερικά χρόνια Πανεπιστήμιο, Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, Μερικά χρόνια δευτεροβάθμια εκπαίδευση, Πρωτοβάθμια εκπαίδευση, Μερικά χρόνια πρωτοβάθμια εκπαίδευση

Απασχόληση:

Πλήρης, Μερική, Ουδεμία

Εξαρτημένη:

Αριθμός προβλημάτων και αναγκών ανά ασθενή.

**Αποτελέσματα – Συζήτηση**

Ως προς τη φύση των προβλημάτων, από τη μελέτη

**Πίνακας 1.**  
Κατανομή των 50 ατόμων κατά φύλο

| Φύλο          | n         | %          |
|---------------|-----------|------------|
| Ανδρες        | 15        | 30         |
| Γυναίκες      | 35        | 70         |
| <b>Σύνολο</b> | <b>50</b> | <b>100</b> |

**Πίνακας 2.**

Κατανομή των 50 ασθενών κατά φύλο και μέση τιμή (MT) ηλικίας με την τυπική απόκλιση (TA) και την κύμανση (Κ) της ηλικίας

| Φύλο          | n         | (%)          | MT          | TA          | Κ            |
|---------------|-----------|--------------|-------------|-------------|--------------|
| Ανδρες        | 15        | (30)         | 66,3        | 10,3        | 35-76        |
| Γυναίκες      | 35        | (70)         | 64,4        | 12,3        | 28-80        |
| <b>Σύνολο</b> | <b>50</b> | <b>(100)</b> | <b>64,9</b> | <b>11,7</b> | <b>28-80</b> |

**Πίνακας 3.**  
Κατανομή των 50 ασθενών κατά ομάδες ηλικιών

Αριθμός μελετηθέντων ατόμων

| Ομάδα ηλικιών | n         | %          |
|---------------|-----------|------------|
| <50           | 3         | 6          |
| 50-59         | 8         | 16         |
| 60-69         | 19        | 38         |
| 70-80         | 20        | 40         |
| <b>Σύνολο</b> | <b>50</b> | <b>100</b> |

**Πίνακας 4.**  
Κατανομή των 50 ασθενών ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση

Ανδρες

Γυναίκες

| Οικογενειακή κατάσταση | n         | %          | n         | %          |
|------------------------|-----------|------------|-----------|------------|
| Εγγαμοί                | 13        | 86         | 25        | 71         |
| Αγαμοί                 | 1         | 7          | 2         | 6          |
| Διαζευγμένοι/ες        | 0         | 0          | 1         | 3          |
| Χήροι/ες               | 1         | 7          | 7         | 20         |
| <b>Σύνολο</b>          | <b>15</b> | <b>100</b> | <b>35</b> | <b>100</b> |

**Πίνακας 5.**  
Κατανομή των 50 ασθενών ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους

Ανδρες

Γυναίκες

| Επίπεδο εκπαίδευσης             | n         | %          | n         | %          |
|---------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|
| Απόφοιτοι Πανεπιστημίου         | 2         | 13         | 2         | 6          |
| Μερικά χρόνια Παν/μιο           | 1         | 7          | 0         | 0          |
| Απόφοιτοι Δευτεροβ. Εκπ/σης     | 3         | 20         | 2         | 6          |
| Μερικά χρόνια Δευτεροβ. Εκπ/σης | 3         | 20         | 6         | 17         |
| Απόφοιτοι Πρωτοβ. Εκπ/σης       | 5         | 33         | 19        | 54         |
| Μερικά χρόνια Πρωτοβ. Εκπ/σης   | 1         | 7          | 6         | 17         |
| <b>Σύνολο</b>                   | <b>15</b> | <b>100</b> | <b>35</b> | <b>100</b> |

(Πίνακες 1-11) προκύπτει ότι τα περισσότερα βιολογικά προβλήματα των ασθενών ικανοποιήθηκαν σε αρκετά καλό επίπεδο, εκτός από αυτό της ανακούφισης του πόνου και της κόπωσης, που διατυπώθηκε από το

98% των ασθενών. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς αυτοί ήταν ακόμη υπό την επήρεια του στρες που δημιουργείται από τη διάγνωση και τη χειρουργική επέμβαση.

**Πίνακας 6.**

Κατανομή των 50 ασθενών ανάλογα με την απασχόλησή τους.

| Απασχόληση    | Ανδρες    |            | Γυναίκες  |            |
|---------------|-----------|------------|-----------|------------|
|               | n         | %          | n         | %          |
| Πλήρης        | 8         | 53         | 19        | 54         |
| Μερική        | 4         | 27         | 6         | 17         |
| Ουδεμία       | 3         | 20         | 10        | 29         |
| <b>Σύνολο</b> | <b>15</b> | <b>100</b> | <b>35</b> | <b>100</b> |

**Πίνακας 7.**

Βιολογικά προβλήματα που παρατηρήθηκαν ή υπογράμμισαν οι ασθενείς με κολοστομία

Ποσοστό ασθενών που διατύπωσαν το πρόβλημα

| Προβλήματα                                           | Ποσοστό ασθενών που διατύπωσαν το πρόβλημα |    |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----|
|                                                      | n                                          | %  |
| 1. Πόνος και κόπωση                                  | 49                                         | 98 |
| 2. Προβλήματα λειτουργίας του εντέρου                | 42                                         | 84 |
| 3. Προβλήματα διατροφής, απώλειας βάρους, εμέτων     | 40                                         | 80 |
| 4. Καταστολή ανοσοβιολογικού συστήματος              | 29                                         | 58 |
| 5. Προβλήματα λειτουργίας κυκλοφορικού συστήματος    | 13                                         | 26 |
| 6. Προβλήματα δέρματος πέριξ της κολοστομίας         | 13                                         | 26 |
| 7. Προβλήματα λειτουργίας αναπνευστικού συστήματος   | 11                                         | 22 |
| 8. Προβλήματα κινητικότητας, ανάπαυσης, άσκησης      | 11                                         | 22 |
| 9. Πυρετός                                           | 10                                         | 20 |
| 10. Προβλήματα όρασης, ακοής, γεύσης, αφής, όσφρησης | 9                                          | 18 |
| 11. Προβλήματα λειτουργίας νεφρών                    | 6                                          | 12 |
| 12. Προβλήματα υγρών – ηλεκτρολυτών του οργανισμού   | 3                                          | 6  |

Κάποια ευρήματα (Πίνακες 8 και 9), που είναι άξια ιδιαίτερης προσοχής, επίσης, και υπογραμμίζουν τον ουσιώδη ρόλο του νοσηλευτή, αναφέρονται στο γεγονός ότι:

1. Το 92% των ασθενών έχουν αρνητική αντίληψη της κατάστασής τους, αν και θεωρητικά δεν υπάρχει λόγος εξαιτίας του οποίου τα άτομα αυτά να μην μπορούν να ζήσουν μια φυσιολογική και καθ' όλα δραστήρια ζωή<sup>15</sup>.

2. Το 82% των ασθενών δεν γνώριζαν την πιθανότητα μετάστασης του καρκίνου του παχέος εντέρου σε κάποιο άλλο όργανο, ενώ το 90% των ασθενών και των μελών των οικογενειών τους αρνούνται να αποδεχθούν την πραγματικότητα της διάγνωσης του καρκίνου.

Η άποψη των ανθρώπων ότι ο καρκίνος είναι μία θανατηφόρος ασθένεια πρέπει να αντικατασταθεί με τη βεβαιότητα ότι ο καρκίνος όχι μόνο μπορεί πολλές φορές να θεραπευτεί αν διαγνωστεί έγκαιρα, αλλά ακόμη και να προληφθεί<sup>16</sup>.

Τα ποσοστά αυτά, σύμφωνα και με άλλους ερευνητές, υπογραμμίζουν τον ρόλο και τη συμβολή του νοσηλευτή στην καλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού με προγράμματα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου<sup>17-19</sup>.

3. Μόνο το 8% των ασθενών βλέπουν τον θάνατο σαν λύτρωση και απαλλαγή από τον πόνο, ενώ το 92% αυτών φοβούνται τον θάνατο.

Είναι γεγονός ότι για πολλούς ανθρώπους ο καρκί-

**Πίνακας 8.**

Προβλήματα που παρατηρήθηκαν ή διατυπώθηκαν σε ποσοστό ασθενών (%) μεγαλύτερο του 80%

| Ενδείξεις Προβλημάτων                                                                                             | Ποσοστό ασθενών που διατύπωσαν το πρόβλημα |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----|
|                                                                                                                   | n                                          | %   |
| 1. Εκδηλώσεις προβληματισμού από τη μετεγχειρητική πορεία και πραγματικότητα                                      | 50                                         | 100 |
| 2. Αρνητική επίδραση της εισαγωγής στο νοσοκομείο                                                                 | 50                                         | 100 |
| 3. Φόβος και άγχος                                                                                                | 49                                         | 98  |
| 4. Αδυναμία ανταπόκρισης στις ανάγκες μελών της οικογένειας                                                       | 48                                         | 96  |
| 5. Αδυναμία ανταπόκρισης στον ρόλο ως παράγοντα οικονομικής στήριξης της οικογένειας                              | 48                                         | 96  |
| 6. Μοναξιά – εγκατάλειψη – εξάρτηση                                                                               | 47                                         | 94  |
| 7. Φόβος του θανάτου                                                                                              | 46                                         | 92  |
| 8. Αρνητική αντίληψη της εξέλιξης της κατάστασής του                                                              | 46                                         | 92  |
| 9. Αρνηση αποδοχής της διάγνωσης του καρκίνου από τα μέλη της οικογένειάς του                                     | 45                                         | 90  |
| 10. Αρνητική στάση του ατόμου στη δημιουργία της κολοστομίας ως ακρωτηριασμού και μόνιμης κατάστασης της ζωής του | 44                                         | 88  |
| 11. Αγνοια της πιθανότητας ύπαρξης μεταστάσεων                                                                    | 41                                         | 82  |
| 12. Αδυναμία ανταπόκρισης στον ρόλο του εργαζόμενου πλήρως ή μερικώς                                              | 41                                         | 82  |
| 13. Αγνοια της αλήθειας ή οτιδήποτε αφορά την κολοστομία                                                          | 40                                         | 80  |

νος σημαίνει θάνατο, η προσωπική δε άποψη του καθενός για το πώς βλέπει τον θάνατο επηρεάζεται από την πίστη του στον Θεό, την πίστη του στη μετά θάνατον ζωή και από πολλούς άλλους παράγοντες<sup>20, 21</sup>.

4. Το 96% των ασθενών με κολοστομία διατύπωσαν αδυναμία ανταπόκρισης στον ρόλο τους, όχι μόνο ως παράγοντα οικονομικής στήριξης της οικογένειας<sup>22-23</sup>, αλλά και ως προς την ανατροφή των παιδιών, τις σπουδές τους, την οικονομική ενίσχυση και αποκατάστασή τους. Το γεγονός δε ότι στην παρούσα μελέτη 30 από τους ασθενείς ήταν ηλικίας 28-69 ετών (άνδρες και γυναίκες) υπογραμμίζει τη σοβαρότητα του προβλήματος.

5. Μόνο το 64% των ασθενών ήταν σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν και να φροντίσουν μόνοι τους την κολοστομία τους.

Πόσο σημαντική όμως είναι η συμβολή του νοσηλευτή στην ενίσχυση της δυνατότητας αυτοεξυπηρέτησης των ατόμων με κολοστομία;

Σχετικές έρευνες αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς που τους έγινε διδασκαλία πριν και μετά τη χειρουργική τους επέμβαση:

α. παρέμειναν λιγότερο χρόνο στο νοσοκομείο,  
β. παρουσίασαν λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές,  
γ. υπέφεραν λιγότερο πόνο και

δ. επανήλθαν στο κοινωνικό σύνολο και στις φυσιολογικές τους δραστηριότητες πιο σύντομα από ασθενείς που δεν τους έγινε καμία διδασκαλία<sup>24-26</sup>.

6. Σχετικά με την ενημέρωση των ασθενών ως προς τη διάγνωσή τους, το 80% των κολοστομηθέντων ασθενών δεν ήξεραν ότι η αιτία της δημιουργίας της μόνιμης κολοστομίας ήταν ο καρκίνος.

Για το πόσο όμως πρέπει να ενημερώνεται ένα άτομο ότι πάσχει από καρκίνο, σύγχρονοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχουν κανόνες που να μας καθορίζουν ακριβώς την ποσότητα και το είδος των πληροφοριών που μπορούμε να δώσουμε στον ασθενή με καρκίνο.

Η ενημέρωσή του μάλλον εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η προσωπικότητα του ατόμου, η ιδιοσυγκρασία, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το περιβάλλον, το μορφωτικό επίπεδο, το είδος του καρκίνου, το στάδιο και η θεραπευ-

**Πίνακας 9.**

Προβλήματα που παρατηρήθηκαν ή διατυπώθηκαν σε ποσοστό ασθενών (%) μικρότερο του 80%

Ποσοστό ασθενών που διατύπωσαν το πρόβλημα

Ενδείξεις προβλημάτων

n

%

|                                                                                  |    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. Προβλήματα αποκατάστασης του ατόμου και επαναφοράς του στο κοινωνικό σύνολο   | 37 | 74 |
| 2. Μη ανακούφιση από τα συμπτώματά του                                           | 36 | 72 |
| 3. Επαγγελματικές συνέπειες λόγω της εισαγωγής του στο νοσοκομείο                | 34 | 68 |
| 4. Εκδηλώσεις συναισθημάτων ενοχής                                               | 30 | 60 |
| 5. Απουσία ενημέρωσης για την αιτία που ήρθε στον ιατρό και στο νοσοκομείο       | 22 | 44 |
| 6. Αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας από μέρους του ασθενούς           | 18 | 36 |
| 7. Αδυναμία παροχής βοήθειας προς τον ασθενή επιστρέφοντας στο σπίτι             | 12 | 24 |
| 8. Αρνηση της συμμετοχής του ασθενούς στη διδασκαλία περιποίησης της κολοστομίας | 7  | 14 |
| 9. Αδυναμία της οικογένειας να συμπαρασταθεί στο πρόβλημα του ασθενούς           | 6  | 12 |
| 10. Αρνηση αναζήτησης βοήθειας από συγγενείς και φίλους                          | 4  | 8  |
| 11. Απομόνωση, έλλειψη επικοινωνίας/αποδοχής επισκέψεων                          | 3  | 6  |
| 12. Έλλειψη συνεργασίας με τα μέλη της ομάδας υγείας από μέρους του ασθενούς     | 1  | 2  |
| 13. Έλλειψη αντίληψης/προσανατολισμού προς τον χώρο/χρόνο                        | 0  | 0  |

τική αγωγή που θα χρησιμοποιηθεί<sup>27-30</sup>.

7. Μόνο 4 ασθενείς, δηλαδή ποσοστό 8%, αρνήθηκαν να ζητήσουν βοήθεια από συγγενείς και φίλους. Με το εύρημα αυτό συμφωνούν σχετικές μελέτες, σύμφωνα με τις οποίες το άτομο στην προσπάθεια της αντιμετώπισης και της προσαρμογής του στον νέο τρόπο ζωής χρησιμοποιεί διάφορες πηγές βοήθειας, όπως:

α. Την αναζήτηση πληροφοριών σχετικών με την αρρώστια του, που μπορεί να συντελέσουν στην ελάττωση του άγχους του<sup>31</sup>.

β. Την αναζήτηση και αποδοχή συναισθηματικής συμπαράστασης από την οικογένεια και τους φίλους, με επισκέψεις, τηλεφωνήματα, κάρτες, καθώς επίσης και από τα μέλη της ομάδας υγείας<sup>32</sup>.

γ. Την εκμάθηση περιποίησης της κολοστομίας.

Η αυτοφροντίδα δίνει στο άτομο τη δυνατότητα να περιποιείται την κολοστομία του, εμποδώνει δε έτσι το αίσθημα αισιοδοξίας και πίστης στις ικανότητές του, γεγονός που συμβάλλει στη θετική και πάλι ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο<sup>33-36</sup>.

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση προκύπτει ότι από τους ασθενείς με μόνιμη κολοστομία, λόγω καρκίνου του παχέος εντέρου, τα περισσότερα προβλήματα διατυπώθηκαν (Πίνακες 10, 11):

α. Από τους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες που έχουν την ίδια απασχόληση (πλήρη ή μερική), ηλικία και οικογενειακή κατάσταση.

Οι Mages and Mendelsohn (1979), μελετώντας τους παράγοντες που επιδρούν στην προσαρμογή των ασθενών με καρκίνο, διατύπωσαν ανάλογο εύρημα, σύμφωνα με το οποίο οι γυναίκες, μετά τη νέα πραγματικότητα που προκύπτει από τη χειρουργική επέμβαση και τη δημιουργία μόνιμης κολοστομίας, τοποθετούνται πολύ πιο θετικά και ρεαλιστικά στην αντιμετώπιση του προβλήματος από ό,τι οι άνδρες<sup>37</sup>.

β. Από τους ασθενείς ηλικίας 60-69 ετών σε σχέση με τους ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, ηλικίας μικρότερης των 60 ετών και 70 ετών και άνω.

Η ηλικία είναι ένας από τους πλέον καθοριστικούς παράγοντες της συμπεριφοράς του ατόμου και σύμφω-

Πίνακας 10.

Σύγκριση του αριθμού των προβλημάτων που διατυπώθηκαν ή παρατηρήθηκαν ανά ασθενή με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους

| Ανεξάρτητες μεταβλητές        | n  | MT   | (TA) | P                 |
|-------------------------------|----|------|------|-------------------|
| <b>Φύλο</b>                   |    |      |      | <b>0,091</b>      |
| Σύνολο                        | 50 | 22,2 | 4,3  |                   |
| Ανδρες                        | 15 | 23,7 | 3,1  |                   |
| Γυναίκες                      | 35 | 21,5 | 4,6  |                   |
| <b>Ηλικία</b>                 |    |      |      | <b>0,028</b>      |
| <50                           | 3  | 20,0 | 2,0  |                   |
| 50-59                         | 8  | 19,3 | 3,0  |                   |
| 60-69                         | 19 | 21,7 | 2,7  |                   |
| 70-80                         | 20 | 24,1 | 5,4  |                   |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b> |    |      |      | <b>0,0007</b>     |
| Εγγαμος                       | 38 | 21,1 | 3,5  |                   |
| Αγαμος - Χήρος                | 12 | 25,7 | 4,9  |                   |
| <b>Εκπαίδευση</b>             |    |      |      | <b>0,043</b>      |
| Παν/μιο / μερικά χρόνια       | 5  | 22,6 | 3,3  |                   |
| Δευτεροβ./μερικά χρόνια       | 14 | 21,1 | 3,7  |                   |
| Πρωτοβάθμια                   | 24 | 21,5 | 4,0  |                   |
| Πρωτοβ. / μερικά χρόνια       | 7  | 26,3 | 5,5  |                   |
| <b>Απασχόληση</b>             |    |      |      | <b>&lt;0,0001</b> |
| Πλήρης                        | 27 | 20,6 | 2,9  |                   |
| Μερική                        | 10 | 20,4 | 4,0  |                   |
| Ουδεμία                       | 13 | 26,7 | 3,9  |                   |

να με τους μελετητές αυτής ο ηλικιωμένος ασθενής (70 ετών και άνω) διαθέτει λιγότερη ικανότητα αντιμετώπισης των αναφερόμενων προβλημάτων. Είναι, επομένως, φυσικό να μην είναι σε θέση να αντιμετωπίσει ένα στρεσογόνο παράγοντα το ίδιο αποτελεσματικά όσο ένα νεότερο άτομο<sup>38</sup>.

γ. Από τους ασθενείς — άνδρες και γυναίκες — που είναι άγαμοι ή χήροι σε σχέση με τους ασθενείς που είναι έγγαμοι και είναι της ίδιας ηλικίας και φύλου.

Υπογραμμίζεται έτσι η σημασία του θεσμού της οικογένειας στην αντιμετώπιση διαφόρων προβλημάτων, όπως είναι η ασθένεια, η οικονομική δυσχέρεια και οι επαγγελματικές δυσκολίες<sup>39</sup>.

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η οικογένεια παίζει σπουδαίο ρόλο στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιδρά στα διάφορα γεγονότα της ζωής του.

Είναι εκείνη που του συμπαραστέκεται ηθικά και οικονομικά<sup>40, 41</sup>, που του δημιουργεί αίσθημα ασφαλεί-

ας και σιγουριάς, αγάπης και φροντίδας, παράγοντες που συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας και της επανένταξής του στο κοινωνικό σύνολο.

δ. Από τους ασθενείς που δεν έχουν απασχόληση σε σύγκριση με εκείνους που έχουν πλήρη ή μερική και είναι της ίδιας ηλικίας, οικογενειακής κατάστασης και φύλου.

Η απασχόληση είναι ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν όχι μόνο τη συμπεριφορά του ατόμου σε μία δεδομένη κατάσταση της ζωής του, αλλά επιδρούν και θετικά στην αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων και την ανεύρεση λύσεων γι' αυτά<sup>42, 43</sup>.

Αξίζει να σημειωθεί ακόμη ότι, όπως προέκυψε από τη μελέτη μας, η μέση τιμή του αριθμού των προβλημάτων που διατύπωσαν ασθενείς με κολοστομία συσχετίζεται θετικά με την εκπαίδευση και είναι μεγαλύτερη στους ασθενείς που δεν συμπλήρωσαν την τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Πίνακας 11.

Αποτελέσματα πολλαπλής εξάρτησης του αριθμού των προβλημάτων που παρατηρήθηκαν ανά ασθενή με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους (ανεξάρτητες μεταβλητές)

| Ανεξάρτητες μεταβλητές*                          | b    | ΤΣ)    | P        |
|--------------------------------------------------|------|--------|----------|
| <b>Απασχόληση:</b><br>Ουδεμία                    | 6,43 | (1,12) | < 0,0001 |
| <b>Φύλο:</b><br>Ανδρας                           | 3,16 | (0,88) | 0,0008   |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση:</b><br>Αγαμος – χήρος | 2,82 | (1,04) | 0,009    |
| <b>Ηλικία:</b><br>60-69                          | 2,22 | (0,93) | 0,021    |
| <b>Άλλες μεταβλητές</b>                          | -    | -      | > 0,16   |

\* Οπου (b) συντελεστής μερικής εξάρτησης, (ΤΣ) τυπικό σφάλμα και (P) το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας των μεταβλητών που διαπιστώθηκε ότι σχετίζονται με την εξαρτημένη μεταβλητή.

Παρόμοιες μελέτες συμφωνούν με το παραπάνω εύρημα και υποστηρίζουν ότι η αλληλεπίδραση και η σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και ικανότητας αντιμετώπισης και προσαρμογής αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται το άτομο τις αλλαγές που συμβαίνουν στην προσωπική του οντότητα και το κόστος — υλικό και ψυχοκοινωνικό — που συνεπάγονται αυτές<sup>44</sup>.

Ακόμη, το ανώτερο μορφωτικό επίπεδο συνεπάγεται για το άτομο την τοποθέτησή του σε ανάλογο κοινωνικό επίπεδο, με μεγαλύτερες απαιτήσεις ανταπόκρισης από μέρους του, σε σχέση με άλλους ανθρώπους κατώτερης μόρφωσης και κοινωνικού επιπέδου<sup>45, 46</sup>.

### Συμπεράσματα

Από τα ευρήματα της μελέτης αυτής μπορεί να υπο-

γραμμιστεί ότι οι νοσηλευτές πολλές φορές επικεντρώνονται ίσως περισσότερο στην ικανοποίηση των βιολογικών προβλημάτων που δημιουργεί ο καρκίνος του παχέος εντέρου. Βεβαίως η ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών πρέπει να προηγηθεί για να ακολουθήσει αυτή των αναγκών της κλίμακας του Α. Maslow<sup>47</sup>. Είναι όμως ανάγκη να προχωρήσει ο νοσηλευτής και πιο πέρα, πιο βαθιά, στην αξιολόγηση των ψυχοκοινωνικών αναγκών των ασθενών με μόνιμη κολοστομία, που, αν ικανοποιηθούν, θα τους εξασφαλίσουν καλύτερη αντιμετώπιση και προσαρμογή στον νέο τρόπο ζωής με τη μόνιμη κολοστομία.

Στον καρκίνο, που ίσως ο χρόνος επιβίωσης του ατόμου είναι περιορισμένος, έχει αξία η ποιότητα της ζωής για όση από αυτή του απέμεινε και ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει σημαντικά σε αυτό.

### Βιβλιογραφία

1. Roy C. Adaptation: A conceptual framework for nursing. Nurs Outlook 1970, 18(3): 42-45.
2. Roy C. Adaptation: A basis for nursing practice. Nurs Outlook 1971, 19(4): 254-257.
3. Burne M. Key concepts for the study and practice of nursing. Saint Luis, C.V. Mosby Company 1978.
4. Roy C & Riehl J. Conceptual models for nursing practice. London, Appleton-Century-Crofts 1980.

5. Sorensen K & Luckmann J. Basic Nursing: A Psychophysiologic Approach. Toronto, W.B. Saunders Co. 1979.
6. Haber J. Comprehensive Psychiatric Nursing. U.S.A. McGraw-Hill Inc. 1982.
7. Lazarus R & Folkmans S. Coping and Adaptation. In: Centry W. Handbook of behavioral medicine. London, Guilford Press 1984.
8. Aquilera D & Messlck J. Crisis intervention. London, C.V. Mosby 1982.
9. Cohen F & Lazarus R. Coping with stresses of illness. In: Stone G. et al. Healthy Psychology - A Handbook. London, Guilford Press 1982.
10. White L & Taylor F. Prevention and detection. The nurse's role. Cancer Nurs 1987, 10 (Suppl 1): 72-78.
11. Beters M. Complete guide to cancer nursing. New Jersey, Medical Economics Books 1984.
12. Fitcher M. Family centre intervention in promoting psychological adjustment. Proceedings, 5th International Conference on Cancer Nursing, London 1988.
13. Hohnson J. Cancer: A family disruption. Proceedings 5th International Conference on Cancer Nursing, London 1988.
14. Σαββοπούλου ΓΓ. Διερευνητική μελέτη των προβλημάτων και αναγκών των ασθενών με κολοστομία σε χειρουργηθέντα καρκίνο του παχέος εντέρου. Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 1991.
15. Frank-Stromborg M. Health promotion behaviors in ambulatory cancer patients: Facts or fiction? Oncol Nurs Forum 1986, 13 (4): 37-43.
16. White L & Taylor F. Prevention and detection. The nurse's role. Cancer Nurs 1987, 10 (Suppl 1): 72-78.
17. Brody J. Cancer education: How nurses can help. Oncol Nurs Forum 1986, 13 (4): 18-20.
18. Nevidjon B. Cancer prevention and early detection: Reported activities of nurses. Oncol Nurs Forum 1986, 13 (4): 76-80.
19. Sharton C. Risk factors of cancer. Cancer Nurs 1987, 10 (1): 79-87.
20. McCorkie R. The advanced patient: How he will and die. Nurs 1976, 6 (10): 48-49.
21. Bandman E. The dilemma of life and death: Should we let them die? Nurs Forum 1978, 17 (2): 118-133.
22. Fried D. Rehabilitation of cancer patient. Cancer 1975, 36 (Suppl): 277-278.
23. Wheatly M & Wright W. The employment of persons with a history of treatment of cancer. Cancer 1974, 33 (2): 441-445.
24. Μαρβάκη Χ. Αποτελεσματικότητα της εντερικής θρέψης σε πολυτραυματίες-εγκυματίες. Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 1999.
25. Barlett E. Assessing benefits of patient education under prospective pricing. Birmingham, Patient Education News-Letter, University of Alabama 1984.
26. Schulmeister L. Meeting the rehabilitative needs of young adults with cancer. Proceedings, 5th International Conference on Cancer Nursing, London 1988.
27. Gadow S. Truth: Treatment of choice, scare resource, or patient's right? Fam Pract 1988, 13 (6): 857-860.
28. McCade G. Cultural influences on patient behavior. Am J Nurs 1960, 60 (8): 1101-1104.
29. Spector R. What should a nurse tell a cancer patient? Am J Nurs 1978, 78 (4): 640-641.
30. Welch-McCaffrey D. Cancer, anxiety and quality of life. Cancer Nurs 1985, 8 (3): 151-158.
31. Moritz D. Understanding unger. Am J Nurs 1978, 78 (1): 81-83.
32. Μαρβάκη Χ & Νέστωρ Α. Επιπτώσεις της υποθρεψίας στους νοσοκομειακούς ασθενείς. Ρόλος του Νοσηλευτή. Νοσηλευτική 2000, 39 (2): 1122-126.
33. Lee J. A theory for timely teaching. Am J Nurs 1985, 85 (7): 798-800.
34. McCaffrey D. Evolving patient education needs in cancer. Oncol Nurs Forum 1985, 12 (5): 62-65.
35. Alterescu V. What do you teach the patient? Am J Nurs 1985, 85 (12): 1250-1253.
36. Boarrini J. The ostomy: What can go wrong? Am J Nurs 1985, 85 (12): 1358-1362.
37. Edwards J. Helping the emergency colostomy patient through reality shock. Nurs 1987, 17 (7): 63-64.
38. Malloley J. Sensory overload. Am J Nurs 1980, 80 (8): 1456-1458.
39. Mayer D & O' Connor L. Rehabilitation of persons with cancer. Oncol Nurs Forum 1989, 16 (3): 433-434.
40. Rickel L. Making mountains manageable: Maximizing quality of life through crisis intervention. Oncol Nurs Forum 1987, 14 (4): 29-34.
41. Spinetta J. Measurement of family function, communication and cultural effects. Cancer 1984, 53 (10): 2330-2336.
42. Stone W. Employing the recovered cancer patient. Cancer 1975, 36 (1): 285.
43. Travelbee J. Speaking out to find meaning in illness. Nurs 1972, 2 (12): 6-8.
44. Νέστωρ Α. Αξιολόγηση της εκπαίδευσης αρρώστων με μόνιμη τραχειοστομία. Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 2000.
45. Evans J. The cancer experience: A patient's view. Proceedings, 5th International Conference on Cancer Nursing, London 1988.
46. Lee L. Emotional reactions to trauma. Nurs Clin North Am 1970, 5 (4): 577-78.
47. Maslow A. Motivation and personality. New York, Harper & Row 1970.

Υποβλήθηκε για δημοσίευση 13/9/2000