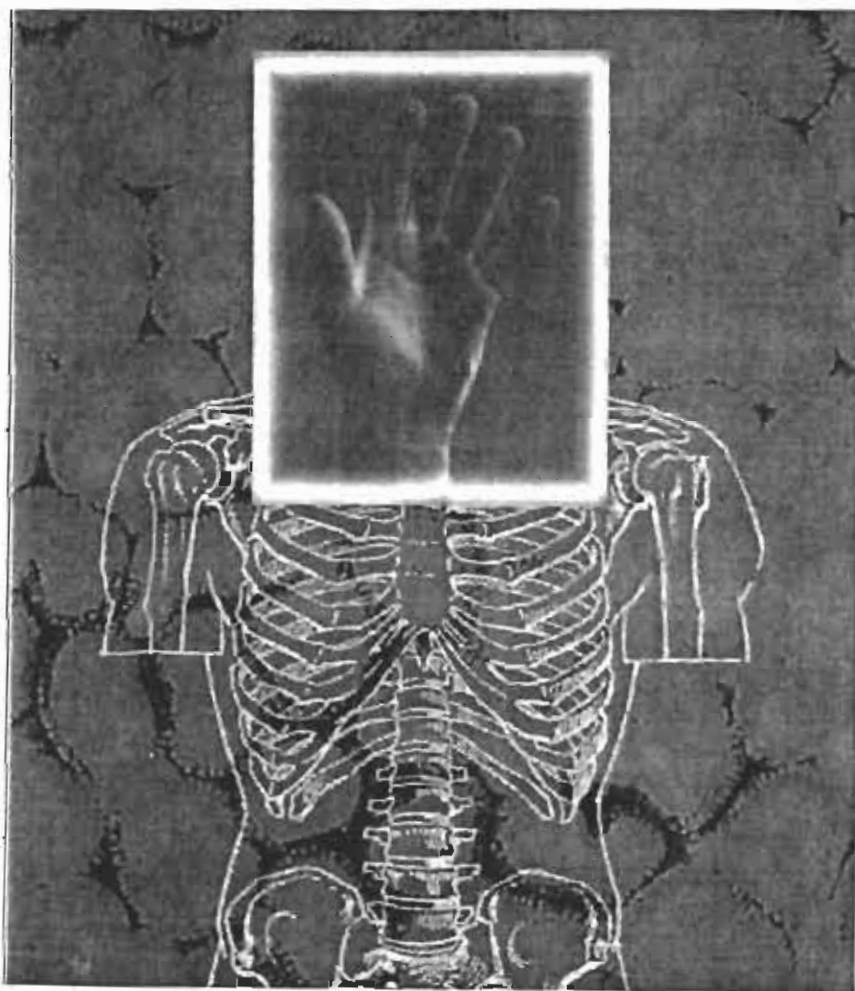


Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η κοινοτική νοσηλευτική στην στήριξη
ογκολογικών ασθενών»



Σπουδάστρια:
Οικονομοπούλου Γρηγορία

Εισηγήτρια:
Μόσχου - Κάκκου Αθηνά, MSc
Καθ. Εφαρμογών Νοσηλευτικής

ΠΑΤΡΑ 2000

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

3130

Αφιερώνεται

*Σε αυτούς που με καταλαβαίνουν καλύτερα
και με αγαπούν περισσότερο.*

*Στους γονείς μου
& στον Γρηγόρη*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ τους γονείς μου για την υπομονή και την κατανόηση που μου έδειξαν όλα τα χρόνια των σπουδών μου.

Ευχαριστώ την κα Μόσχου Αθηνά, Καθηγήτρια Εφαρμογών Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. για το ενδιαφέρον και την βοήθεια της στην περάτωση της παρούσας εργασίας.

Ευχαριστώ θερμά όλους όσους με όποιον τρόπο, βοήθησαν στην συγγραφή της εργασίας αυτής, αυτούς που συμφώνησαν και αυτούς που διαφώνησαν με τις απόψεις μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	8
1. ΤΟ ΚΥΤΤΑΡΟ	8
1.1. Η κατασκευή του κυττάρου	8
1.2. Οι βασικές λειτουργίες του κυττάρου	10
1.3. Η κινητική του καρκινικού κυττάρου	12
1.4. Ιδιότητες καρκινικών κυττάρων in vitro	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	16
2. ΙΣΤΟΡΙΑ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	16
2.1. Τι είναι ο καρκίνος	16
2.2. Επιδημιολογικά στοιχεία του καρκίνου	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	28
3. Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	28
3.1. Γενική θεώρηση του προβλήματος	28
3.2. Πρόληψη του καρκίνου - μείωση του κινδύνου	30
3.3. Διατροφή και καρκίνος	32
3.3.1. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και διατροφή	34
3.3.2. Διατροφική πολιτική	35
3.3.3. Διαφώτιση	36
3.3.4. Τα εθνικά προγράμματα στη διαφώτιση διατροφής	37
3.4. Κάπνισμα και καρκίνος	39
3.4.1. Μέτρα για τη μείωση του κινδύνου καρκίνου από το κάπνισμα	40
3.5. Οινόπνευμα και καρκίνος	43
3.5.1. Στρατηγικές για την προώθηση της λογικής κατανάλωσης και τον περιορισμό της κατάχρησης οινοπνεύματος	45
3.6. Ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλεύτριας στη διαφώτιση	46
3.7. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στον πάσχοντα	47
3.8. Στρατηγικές πρόληψης - ποιους θα πρέπει να αφορούν;	48
3.9. Στρατηγικές με στόχο να βοηθηθούν τα άτομα να αλλάξουν τις συνήθειες τους	49
3.10. Η Ευρώπη κατά του καρκίνου	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	53
4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	53
4.1. Ταξινόμηση - Χαρακτηριστικά των νεοπλασμάτων	53
4.2. Πως γίνεται η διάγνωση του καρκίνου	56
4.3. Κλινική εξέταση - Ιστορικό	58
4.4. Εξετάσεις αίματος	61
4.5. Έλεγχος υγρών και κοπράνων	64
4.6. Απεικονιστικές τεχνικές	65
4.7. Ενδοσκόπηση	68

4.8. Κυτταρολογικές εξετάσεις	68
4.9. Ανάλυση μυελού των οστών	69
4.10. Βιοψίες	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	71
5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	71
5.1. Χειρουργική θεραπεία	71
5.1.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προετοιμασία του ασθενούς	71
5.1.2. Η νοσηλευτική φροντίδα μετά την εγχείρηση του καρκινοπαθούς	72
5.2. Χημειοθεραπεία	74
5.2.1. Πληροφόρηση-Εκπαίδευση του αρρώστου πριν την έναρξη της ΧΜΘ	74
5.2.2. Η αντιμετώπιση των παρενεργειών των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων	76
5.3. Ακτινοθεραπεία	80
5.3.1. Διδασκαλία και πληροφόρηση του ασθενούς με ακτινοθεραπεία	80
5.3.2. Αντιμετώπιση παρενεργειών - επιπλοκών ακτινοθεραπείας	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	84
6. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	84
6.1. Ανορεξία	84
6.2. Απώλεια σωματικού βάρους	86
6.3. Καρκινική καχεξία	88
6.4. Το σύνδρομο της ασθένειας στον καρκινοπαθή	92
6.5. Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα	94
6.6. Συμπερασματικά	104
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο	106
7. ΣΤΗΡΙΞΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	106
7.1. Η έννοια της κοινοτικής νοσηλευτικής	106
7.2. Ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλευτικής	109
7.3. Ψυχολογική παρέμβαση σε κάθε στάδιο της νόσου	110
7.4. Εξειδικευμένη προσέγγιση ασθενών με καρκίνο ανάλογα με την εντόπιση και το είδος της θεραπείας	122
7.5. Αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς από την οικογένεια	136
7.6. Ατομική ψυχοθεραπεία	140
7.7. Ομαδική ψυχοθεραπεία	142
7.8. Ομάδες συμπαράστασης	144
7.9. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	147
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο	150
8. ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	150
8.1. Νοσηλεία στο σπίτι	150
8.2. Πρόταση λειτουργίας κατ' οίκον νοσηλείας προχωρημένου ή τελικού σταδίου ογκολογικών ασθενών Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ.	152
8.3. Η λειτουργία της νοσηλείας στο σπίτι	156
8.4. Φιλοσοφία του συστήματος	159
8.5. Λόγοι στην ἑδραίωση του θεσμού	159
8.6. Οργάνωση - Δομή νοσηλείας στο σπίτι	160
8.7. Προϋποθέσεις νοσηλείας στο σπίτι	160
8.8. Ο ρόλος του νοσηλευτή	161

8.9. Νοσηλευτικά προβλήματα _____	162
8.10. Η ψυχολογική και κοινωνική προσφορά της νοσηλεύτριας σε καρκινοπαθείς στο σπίτι _____	166
8.11. Τι συμβαίνει στη χώρα μας _____	171
8.12. Πως θα μπορούσε να εφαρμοστεί ο θεσμός «Νοσηλεία στο Σπίτι» στην Ελλάδα _____	175
8.13. Πλεονεκτήματα _____	176
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο _____	177
9. ΠΡΟΟΔΟΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ _____	177
9.1. Ανάγκη για βελτίωση των υπηρεσιών για τον καρκίνο _____	177
9.2. Κοινές αρχές που θα πρέπει να διέπουν τη φροντίδα των καρκινοπαθών _____	178
9.3. Υπηρεσίες για τους καρκινοπαθείς: προτεινόμενη διάταξη _____	179
9.4. Οι σχέσεις που θα πρέπει να διέπουν την ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας με τις υπηρεσίες για τους καρκινοπαθείς _____	180
ΕΠΙΛΟΓΟΣ _____	183
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ _____	184
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ _____	187
Δημόσια αντικαρκινικά νοσοκομεία & υπηρεσίες φροντίδας πασχόντων από καρκίνο στην κοινότητα _____	188

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος, όπως γνωρίζουμε όλοι μας, είναι περισσότερο γνωστός σας επάρατος - «παλιαρρώστια» - έξω από δω - ή ξορκισμένο παρά σαν μια «χρόνια νόσος» όπως την ορίζει η ιατρική επιστήμη.

Η διαφοροποίηση αυτή σε σχέση με τις άλλες αρρώστιες δεν οφείλεται μόνο στο γεγονός, ότι είναι αρρώστια ταυτισμένη με τον θάνατο, αλλά κυρίως γιατί είναι άρρηκτα δεμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο.

Η διάσταση του προβλήματος καρκίνος δεν περιορίζεται, μόνο στην αντιμετώπιση της αρρώστιας αυτής καθ' αυτής αλλά εξίσου σοβαρά προβληματίζει και η στήριξη που δέχονται τα άτομα που προσβάλλονται από αυτή την νόσο, προκειμένου να επανακτήσουν την μέγιστη σωματική και ψυχολογική τους ισορροπία και άφοβα πια να μιλάμε για αληθινή βελτίωση της ποιότητας ζωής των.

Η επιλογή του θέματος: «Η κοινοτική νοσηλευτική στην στήριξη ογκολογικών ασθενών» είναι η επιθυμία μου για ενημέρωση του νοσηλευτικού κόσμου σχετικά με την στήριξη του ογκολογικού ασθενούς από την πλευρά της κοινοτικής νοσηλευτικής καθώς επίσης και η διαφώτιση, η ευαισθητοποίηση και η πληροφόρηση του κοινού στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθή σχετικά με την σημασία της υιοθέτησης υγιεινών συνθηκών και γενικότερα υγιεινού τρόπου ζωής ο οποίος αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι στην πρόληψη του καρκίνου.

Σκοπός της εργασίας είναι η επεξεργασία πτυχιακής εργασίας για τη λήψη του πτυχίου «Νοσηλευτικής», βάσει του αναλυτικού εκπαιδευτικού προγράμματος της Νοσηλευτικής Σχολής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος της Ελλάδος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι μια λέξη που προκαλεί φόβο, γιατί αποτελεί ένα προοδευτικά αυξανόμενο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο ο καρκίνος κατέχει την Τρίτη αιτία θανάτου αφού οι κύριοι εκφραστές των ασθενειών είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τα ατυχήματα. Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες οι κακοήθεις παθήσεις ευθύνονται για περισσότερους του ενός τετάρτου των θανάτων.

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο με καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Η ανάγκη βοήθειας στα άτομα με καρκίνο, πέρα από το νοσοκομειακό πλαίσιο οδήγησε στην άμεση ανάπτυξη της κοινοτικής νοσηλευτικής.

Η κοινοτική νοσηλευτική έχοντας ως στόχο της την πρόληψη παίρνει τη μορφή της πληροφόρησης και της ενημέρωσης. Με την έγκαιρη ενημέρωση για τον ρόλο των διαφόρων επίκτητων παραγόντων, όπως η διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ ή η έκθεση σε τοξικούς παράγοντες θα κατορθώσει να ελαττώσει τους κινδύνους πρόκλησης κυτταρικών μεταλλαγών που οδηγούν σε καρκινογένεση. Επίσης η φροντίδα των καρκινοπαθών έχει ιδιαίτερο χαρακτήρα και αποβλέπει στην στήριξη αυτών είτε σωματική είτε ψυχολογική και στην καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου.

Η βαρύτητα λοιπόν της εργασίας μου, δίνεται στο σχετικό κεφάλαιο που αναφέρεται στην στήριξη των ατόμων με καρκίνο, οι οποίοι θα πρέπει να μάθουν να ζουν μαζί του ενώ θα συνεχίζουν το βιολογικό και ψυχολογικό τους αγώνα έχοντας στο πλευρό τους την ανεκτίμητη βοήθεια της νοσηλεύτριας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1. ΤΟ ΚΥΤΤΑΡΟ

Το κύτταρο είναι η λειτουργική μονάδα κάθε ζωντανού οργανισμού, δηλ. είναι το μικρότερο κομμάτι του οργανισμού που μπορεί να φέρει σε πέρας βασικές βιολογικές λειτουργίες σαν αυτές που γίνονται από ολόκληρο τον οργανισμό.

1.1. Η κατασκευή του κυττάρου

Εξωτερικά κάθε κύτταρο έχει τη μεμβράνη που κλείνει μέσα το πρωτόπλασμα με τον πυρήνα κι άλλα κυτταρικά οργανίδια.

Η μεμβράνη

Είναι πρακτικά ίδια για όλα τα κύτταρα. Έχει πάχος 75 -100Å. Είναι φτιαγμένη από δυο στοίχους λιπιδιακών μορίων που είναι τοποθετημένα. Μεγάλα μόρια λευκώματος είναι «φυτεμένα» κάθετα μέσα στη μάζα της μεμβράνης ανάμεσα στα λιπίδια. Η μεμβράνη μοιάζει στο σύνολό της σαν «υγρό μωσαϊκό» όπου τα «πετραδάκια-μόρια λευκώματος» δεν είναι ακίνητα αλλά γλιστρούν αργά προς τα πλάγια μέσα στη λιπιδιακή μάζα της μεμβράνης.

Το πρωτόπλασμα

Περιέχει 75-85% νερό. Ηλεκτρολύτες και οργανικές ουσίες βρίσκονται διαλυμένα μέσα στο πρωτόπλασμα. Συχνά πολλά μόρια ενώνονται και φτιάχνουν μεγάλα πολλαπλά μόρια διάφορου μεγέθους και σχήματος. Μέσα στο πρωτόπλασμα βρίσκονται διάφοροι κυτταρικοί σχηματισμοί, τα κυτταρικά οργανίδια. Τα κυριότερα απ' αυτά είναι:

Ο πυρήνας

Περιέχει τα χρωμοσώματα και είναι απαραίτητος για τη διαίρεση του κυττάρου. Τα χρωμοσώματα των κυττάρων ενός βιολογικού είδους είναι συγκεκριμένα στον αριθμό και περιέχουν σαν σφραγίδες όλες τις κληρονομικές ιδιότητες. Είναι φτιαγμένα βασικά από δυο μόρια

δεσοξυριβοζονουκλεϊνικού οξέος (DNA) δεμένα σε μια διπλή έλικα, σαν μια στριμμένη ανεμόσκαλα. Τα γονίδια περιέχονται στα μόρια του DNA, καθορίζουν τη μορφή και το είδος του κυττάρου και ελέγχουν τη λειτουργία του ρυθμίζοντας την πρωτεϊνοσύνθεση. Μ' άλλα λόγια, οι πρωτεΐνες που περιέχονται σ' ένα κύπαρο, είτε αυτές χρησιμεύουν ως δομικά συστατικά του κυττάρου που καθορίζουν τη μορφή του, είτε είναι ένζυμα που ρυθμίζουν το είδος και την ταχύτητα των μεταβολικών του αντιδράσεων, ελέγχονται και καθορίζονται από το πυρηνικό DNA και τα γονίδια

Το ενδοπλασματικό δίκτυο

Είναι ένα δίκτυο μικρών σωλήνων μέσα στο πρωτόπλασμα. Οι σωλήνες αυτοί φτιάχνονται από μεμβράνη που αλλού είναι λεία (λείο ενδοπλασματικό δίκτυο) και αλλού έχει κοκκία που λέγονται ριβοσώματα (κοκκιώδες ενδοπλασματικό δίκτυο). Τα ριβοσώματα είναι θέσεις όπου το κύτταρο φτιάχνει μόρια λευκώματος. Η πρωτεϊνοσύνθεση στα ριβοσώματα ρυθμίζεται από «αγγελιοφόρο πυρηνικό οξύ (mRNA) που φτιάχνεται και στέλνεται από το DNA του πυρήνα. Στο λείο ενδοπλασματικό δίκτυο φτιάχνονται λιποειδείς ουσίες, όπως χοληστερίνη κ.ά. Για παράδειγμα, αδενική κύτταρα που παράγουν ορμόνες που το μόριό τους είναι λεύκωμα, όπως των παραθυρεοειδών αδένων, της υπόφυσης, είναι πλούσια σε κοκκιώδες ενδοπλασματικό δίκτυο, όπου συνθέτουν τα μόρια της ορμόνης. Στο λείο ενδοπλασματικό δίκτυο φτιάχνονται στερινοειδείς ορμόνες, όπως οι γεννητικές και οι ορμόνες του φλοιού των επινεφριδίων.

Ακόμα το ενδοπλασματικό δίκτυο στα μυϊκά κύτταρα χρησιμεύει σαν αποθήκη ιόντων ασβεστίου, βοηθώντας μ' αυτή του την ικανότητα στη μυϊκή συστολή και χάλασα, λειτουργίες που θ' αναλυθούν στο κεφάλαιο για τη μυϊκή συστολή.

Το σύμπλεγμα Golgi

Είναι ένα σύμπλεγμα από μικρά σωληνάκια και κυστίδια και μοιάζει με λείο ενδοπλασματικό δίκτυο. Είναι πλούσιο στα αδενικά κύτταρα, όπου χρησιμεύει για την αποθήκευση του εκκρίματος σε κυστίδια. Ακόμα σχηματίζει γλυκοπρωτεΐνες και βοηθάει στο σχηματισμό λυσοσωμητίων.

Τα μιτοχόνδρια

Είναι κυπαρικά οργανίδια που μοιάζουν με λουκάνικα και περιέχουν τα απαραίτητα ένζυμα για τις οξειδωτικές διασπάσεις (καύσεις) των θρεπτικών ουσιών. Εκεί λοιπόν καίγονται οι θρεπτικές ουσίες, ελευθερώνεται ενέργεια που σ' ένα μεγάλο ποσοστό χρησιμοποιείται για το σχηματισμό αδενοσινοτριφωσφορικού οξέος (ATP). Οι φωσφορικοί δεσμοί του ATP περιέχουν υψηλή ενέργεια την οποία αποδίδουν όταν σπάσουν, πράγμα που γίνεται με ρυθμό ανάλογο με τις ανάγκες του κυττάρου.

Τα λυσοσωμάτια

Είναι σωμάτια που περιέχουν ένζυμα και λειτουργούν σαν πεπτικό σύστημα του κυττάρου. Μ' αυτή το κύτταρο καταστρέφει και καταβροχθίζει ξένα σώματα, μικρόβια, νεκρά κύτταρα κλπ. Η καταστροφή της μεμβράνης των λυσοσωμάτων και η ελευθέρωση των ενζύμων των μέσα στο κύτταρο θα 'χει ως αποτέλεσμα την καταστροφή του ίδιου του κυττάρου, πράγμα που φυσιολογικά δε συμβαίνει παρά μόνο όταν ένα κύτταρο νεκρωθεί.

1.2. Οι βασικές λειτουργίες του κυττάρου

1. Μεταβολισμός
3. Αναπαραγωγή
2. Κίνηση
4. Συντονισμός και ρύθμιση

Είναι η ιδιότητα του κυττάρου:

- Να παίρνει θρεπτικές ουσίες από το περιβάλλον και να τις διασπάσει σε απλούστερες χημικές ενώσεις ελευθερώνοντας έτσι ενέργεια που είναι απαραίτητη για τη διατήρησή του στη ζωή. Τις θρεπτικές ουσίες το κύτταρο τις διασπάσει οξειδωτικά, δηλ. τις καίει με τη βοήθεια του οξυγόνου που παίρνει από το περιβάλλον του.
- Να χρησιμοποιεί την ενέργεια που ελευθερώνεται από τη διάσπαση των ουσιών ανάλογα με τις ανάγκες του σε κάθε περίπτωση, όπως για τη σύνθεση άλλων ουσιών που του χρειάζονται και δεν μπορεί να τις πάρει έτοιμες από το περιβάλλον, για κίνηση, για έκκριση κοκ και

- Να αποβάλλει στο περιβάλλον προϊόντα διάσπασης των θρεπτικών ουσιών που είναι άχρηστα ή βλαβερά για το κύτταρο. Το ζωικό κύτταρο μεταβολίζει τριών ειδών οργανικές ουσίες, υδατάνθρακες, λίπη, λευκώματα. Τα λίπη και οι υδατάνθρακες περιέχουν άνθρακα, οξυγόνο και υδρογόνο. Από τη διάσπασή τους παράγονται τελικά προϊόντα, διοξείδιο του άνθρακα και νερό. Τα λευκώματα περιέχουν και άζωτο και από τη διάσπασή τους προκύπτει, εκτός από διοξείδιο του άνθρακα και νερό, αμμωνία ή και άλλα τελικά προϊόντα τοξικά για το κύτταρο. Τα τελικά προϊόντα του μεταβολισμού του κυττάρου αποβάλλονται στο περιβάλλον γιατί η συσσώρευσή τους μέσα στο κύτταρο πολύ σύντομα θα το «δηλητηρίαζε».

Κίνηση

Τα ζωικά κύτταρα τρέφονται με οργανικές ουσίες που βρίσκονται σε άλλους ζωντανούς οργανισμούς ζωικούς ή φυτικούς. Απαραίτητο λοιπόν είναι να κινούνται στο περιβάλλον, λειτουργία που εξυπηρετεί βασικά την αναζήτηση τροφής αλλά και την άμυνα.

Αναπαραγωγή

Κάθε κύτταρο έχει ένα καθορισμένο χρόνο ζωής και είναι αναγκαίο ν' αναπαράγεται για να διατηρηθεί το κυτταρικό είδος. Η αναπαραγωγή των κυττάρων των ζωικών οργανισμών γίνεται συνήθως με διαίρεση, δηλ. τα μόρια του DNA του πυρήνα διπλασιάζονται και απομακρύνονται στους δύο πόλους του κυττάρου. Ακολουθεί η διαίρεση του πρωτοπλάσματος και ο σχηματισμός δύο ίδιων με το μητρικό κυττάρων.

Συντονισμός και ρύθμιση

Συντονισμός και ρύθμιση όλων των λειτουργιών ανάλογα με τις συνθήκες ζωής του κυττάρου. Για το σκοπό αυτό το κύτταρο διεγείρεται με ερεθίσματα από το περιβάλλον και μεταβάλλει την ένταση των λειτουργιών του ανάλογα με τα ερεθίσματα. Μ' αυτό τον τρόπο η συμπεριφορά του γίνεται σκόπιμη, προσαρμοσμένη στις συνθήκες του περιβάλλοντος.

Στους μονοκύτταρους οργανισμούς όλες οι λειτουργίες γίνονται από ένα και μοναδικό κύτταρο. Το «κύτταρο-οργανισμός» κινείται στο περιβάλλον του

γι' αναζήτηση τροφής, την παίρνει, τη διασπάει κι έτσι ζει, μεγαλώνει, ωριμάζει, αναπαράγεται και πεθαίνει.

Οι πολυκύτταροι οργανισμοί είναι φτιαγμένοι από άπειρα στον αριθμό κύτταρα, που το καθένα από αυτά έχει ένα δικό του κύκλο ζωής, δηλ. γεννιέται, ωριμάζει, γερνάει και πεθαίνει, ακριβώς όπως κι ολόκληρος ο οργανισμός. Οι λειτουργίες που περιγράφηκαν για ένα κύτταρο γίνονται εδώ από ολόκληρο τον οργανισμό. Στους πολυκύτταρους οργανισμούς όλα τα κύτταρα δεν είναι σε θέση να φέρουν σε πέρας όλες τις κυτταρικές λειτουργίες που περιγράψαμε. Πολλή απ' αυτά διαφοροποιούνται και ειδικεύονται λιγότερο ή περισσότερο σε κάποια από αυτές. Η διαφοροποίηση ενός κυττάρου γίνεται πάντα σε βάρος της ικανότητάς του γι' αναπαραγωγή. Όσο πιο εξειδικευμένο είναι ένα κύτταρο, τόσο λιγότερο είναι ικανό να αναπαράγεται. Π.χ. τα νευρικά κύτταρα, που είναι πολύ εξειδικευμένα, έχουν χάσει εντελώς την ικανότητα τους ν' αναπαράγονται, σε αντίθεση με τα κύτταρα του μυελού των οστών, των βλεννογόνων, του ήπατος, που έχουν μεγάλη αναγεννητική ικανότητα αλλά χαμηλή εξειδίκευση. Μια άλλη σημαντική διαφορά είναι ότι, ενώ στους μονοκύτταρους οργανισμούς το κύτταρο «κολυμπάει» σ' ένα περιβάλλον άπειρα μεγάλο σε σχέση με το μέγεθός του, στους πολυκύτταρους οργανισμούς το περιβάλλον του κάθε κυττάρου είναι το υγρό των ιστών, δηλ. μικρή ποσότητα υγρού που βρίσκεται ανάμεσα στα κύτταρα και η σύνθεσή του πολύ εύκολα αλλοιώνεται. Γι' αυτό και πρέπει να ανανεώνεται συνέχεια για να διατηρηθεί το κύτταρο στη ζωή.

1.3. Η κινητική του καρκινικού κυττάρου

Ο χρόνος που χρειάζεται ένα και μοναδικό κύτταρο (στην περίπτωση των μονοκλωνικών νεοπλασμάτων) για να δημιουργήσει ένα κλινικά εμφανή όγκου εξαρτάται από: α) το χρόνο διπλασιασμού του κυττάρου, β) το κλάσμα των συσσωρευόμενων κυττάρων που παραμένουν βιώσιμα μέσα στο σύνολο των πολλαπλασιαζόμενων κυττάρων και γ) το ρυθμό με τον οποίο κύτταρα αποβάλλονται και χάνονται από την αναπτυσσόμενη μάζα.

Ο χρόνος διπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων ποικίλλει ευρέως και μερικές φορές υπερβαίνει αυτόν των αντιστοιχών φυσιολογικών κυττάρων. Η φάση S, (σύνθεση DNA) στα φυσιολογικά κύτταρα κυμαίνεται γενικώς από 6 έως 24 ώρες. Η μέση διάρκεια της φάσης S, για αρκετές οξείες λευχαιμίες και συμπαγείς όγκου έχει υπολογισθεί ότι είναι περίπου 20 ώρες, της δε διάρκειας του κυτταρικού κύκλου περίπου 60 ώρες. Δηλαδή τιμές μεγαλύτερες από αυτές που παρατηρούνται κατά την φυσιολογική αιμοποίηση ή τον πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών κυττάρων στις κρύπτες του εντέρου. Επομένως η ανάπτυξη ενός όγκου δεν σχετίζεται απαραίτητα με την ελάττωση της διάρκειας του κυτταρικού κύκλου.

Το αναγεννητικό κλάσμα (growing fraction), δηλαδή το κλάσμα εκείνο του συνόλου των κυττάρων το οποίο διαιρείται μπορεί να υπολογισθεί με τον δείκτη σήμανσης (σήμανση των πυρήνων της φάσης S με H³-θυμιδίνη). Ο δείκτης σήμανσης σε μερικούς συμπαγείς όγκους κυμαίνεται μεταξύ 2-8% (πολύ μικρότερος απ' ότι του φυσιολογικού εντερικού επιθηλίου που είναι περίπου 16%), ενώ σε άλλους ιδιαίτερα επιθετικούς & ταχέως αναπτυσσόμενους όγκους (π.χ. ορισμένα λεμφώματα) πλησιάζει το 30%. Αυτό σημαίνει ότι ένα μεγάλο ποσοστό κυττάρων, σε ένα κλινικώς εμφανή όγκο, δεν συμμετέχει στον πολλαπλασιασμό. Έχει υπολογισθεί ότι 75-90% των κυττάρων ενός όγκου χάνονται από την "δεξαμενή" των πολλαπλασιαζομένων κυττάρων με ένα ή περισσότερους από τους παρακάτω μηχανισμούς: 1)συνεχή απόπτωση λόγω ελαττωμένης συνεχτικότητας, 2)διαφοροποίηση (διεργασία κατά την οποία χάνουν την αυτοαναγεννητική τους ικανότητα) και 3)είσοδος στη φάση G₀ (από την οποία δυνητικά, μπορούν να ανακλειθούν πίσω στο κυτταρικό κύκλο).

Με ένα τέτοιο ποσοστό απώλειας, θα αναρωτηθεί κανείς πώς αυξάνει ένας άγχος αντί να υποστρέφει. Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι όγκοι αναπτύσσονται και μάλιστα προοδευτικά, επειδή υπάρχει διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ παραγωγής και απώλειας κυττάρων. Έτσι, προκειμένου ένα κύτταρο να φθάσει να γίνει μάζα κλινικώς εμφανής (μεγέθους 1εκ.) χρειάζεται χρονικό διάστημα που είναι δύσκολο να καθορισθεί, πιθανόν αρκετά χρόνια. Το γεγονός αυτά

ενισχύει την πεποίθηση ότι οι καρκίνοι όταν διαγιγνώσκονται έχουν ήδη διανύσει ένα μεγάλο μέρος της ζωής τους.

Από τη μελέτη της κινητικής των κυττάρων συνάγονται μερικές πρακτικές παρατηρήσεις:

α) Ο ρυθμός αύξησης ενός όγκου εξαρτάται από το αναγεννητικό κλάσμα, και το βαθμό διαταραχής της ισορροπίας μεταξύ κυτταρικής παραγωγής και κυτταρικής απώλειας

β) Το αναγεννητικό κλάσμα ενός νεοπλάσματος παίζει σημαντικό ρόλο στην ανταπόκριση του όγκου στη χημειοθεραπεία

γ) Ο αριθμός των μιτώσεων σε ένα νεόπλασμα δεν συνιστά ένα απόλυτα αξιόπιστο δείκτη του ρυθμού ανάπτυξης του όγκου, διότι η ταχύτητα ανάπτυξής του εξαρτάται από άλλους παράγοντες όπως είναι το αναγεννητικό κλάσμα και ο ρυθμός κυτταρικής απόπτωσης.

1.4. Ιδιότητες καρκινικών κυττάρων in vitro

Όταν φυσιολογικά κύτταρα εκτεθούν in vitro σε καρκινογόνους παράγοντες π.χ. χημικές ουσίες, ιούς ή ραδιενέργεια, αποκτούν μία ποικιλία φαινοτυπικών αλλοιώσεων που προσδίδουν στα κύτταρα αυτά καρκινικές ιδιότητες. Τότε λέμε ότι τα κύτταρα αυτά υπέστησαν μεταμόρφωση. Τα μεταμορφωμένα κύτταρα:

- Διαφεύγουν από τον έλεγχο των μηχανισμών που ρυθμίζουν την κυτταρική ανάπτυξη. Έτσι, δεν εμφανίζουν το φαινόμενο της αναστολής της ανάπτυξης κατόπιν επαφής ("contact inhibition") και έχουν μικρότερη ευαισθησία στο φαινόμενο της πυκνοεξαρτώμενης αναστολής της ανάπτυξης ("density - dependent inhibition").
- Έχουν ελαττωμένες απαιτήσεις σε θρεπτικό υλικό στις κυτταροκαλλιέργειες. Αρκετά μεταμορφωμένα κύτταρα συνθέτουν και εκκρίνουν αυξητικούς παράγοντες οι οποίοι επάγουν την ανάπτυξη αυτών των ίδιων κυττάρων.

- Εμφανίζουν απώλεια του φαινομένου της εξάρτησης για ανάπτυξης από προσάρτηση. Τα μεταμορφωμένα κύτταρα είναι ικανά να διαιρούνται σε ημισυμπαγή ή υγρά θρεπτικά υλικά καλλιέργειας ενώ τα αντίστοιχα φυσιολογικά κύτταρα μπορούν να αναπτυχθούν σε καλλιέργειες μόνον εφ' όσον προσάπτονται σε συμπαγείς επιφάνειες.
- Αποτυγχάνουν να ωριμάσουν. Έτσι, ζουν περισσότερο (διότι της ωρίμανσης έπεται ο θάνατος του κυττάρου) και πολλαπλασιαζόμενα συσσωρεύονται
- Είναι "αθάνατα", και μπορούν να παραμείνουν στην καλλιέργεια για πολλές γενεές (μερικά παραμένουν για δεκαετίες).
- Μεταμοσχεύονται πολύ εύκολα σε κατάλληλους ξενιστές - πειραματόζωα (σε αντίθεση με τα φυσιολογικά), όπου προκαλούν την ανάπτυξη όγκου.
- Εμφανίζουν ελαττωμένη συνεκτικότητα. Αλλαγές στην ποσότητα ορισμένων γλυκοπρωτεϊνών (ινοσυνεκτίνη) έχουν ως αποτέλεσμα την ελάττωση της συγκολλητικότητας των νεοπλασματικών κυττάρων. ²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2. ΙΣΤΟΡΙΑ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

2.1. Τι είναι ο καρκίνος

Καρκίνος είναι η διαδικασία που περιγράφει την ΑΝΩΜΑΛΗ ανάπτυξη και πολλαπλασιασμό των κυττάρων ενός οργανικού συστήματος του Ανθρώπινου σώματος. Δηλαδή ο καρκίνος είναι μια λανθασμένη φυσιολογική διαδικασία. Τι συμβαίνει όμως και μια φυσιολογική λειτουργία παρεκκλίνει και δημιουργεί συνθήκες για μια τόσο φοβερή ασθένεια:

Τα χρωματοσώματα μας, δομικό συστατικό των κυττάρων μας, περιέχουν ΜΥΝΗΜΑΤΑ που καθορίζουν την ανάπτυξη, λειτουργία και συμπεριφορά των οργάνων μας. Εάν αναλογισθεί κανείς από την βιολογία ότι ο οργανισμός μας αποτελείται από χιλιάδες κύτταρα και κάθε κύτταρο έχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων που μέσω των γονιδίων κωδικοποιούν τα διάφορα μηνύματα, τότε είναι φανερό πόσο πολύπλοκο είναι το φαινόμενο της καρκινογένεσης.

Πως ξεκινάει όμως;

Υπάρχουν πολλές θεωρίες για μια σειρά γεγονότα που μπορούν να επιδράσουν. Σε κυτταρικό επίπεδο κάθε φορά που το κύτταρο διαιρείται, αυτοαναπαράγονται και τα χρωμοσώματα. Στην πορεία της κυτταρικής διαίρεσης ΚΑΤΙ μπορεί να λειτουργήσει ΛΑΘΟΣ και να αλλάξει τον δρόμο. Μια τέτοια ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ αλλάζει και τα γονίδια ένα ή περισσότερα.

Τα "αλλαγμένα" γονίδια δίνουν λάθος μηνύματα. Έτσι σε ένα φυσιολογικό κυτταρικό πληθυσμό υπάρχει "ένα" κύτταρο "φυσιολογικό μόν" με λανθασμένες πληροφορίες για τον σκοπό που πρέπει να επιτελή. Το κύτταρο αυτό θρέφεται και συντηρείται όπως και τα άλλα, αλλά επειδή δεν κάνει σωστή λειτουργία γίνεται "αντιπαθές" από την κοινωνία των φυσιολογικών κυττάρων. Αρχίζει λοιπόν να αναπτύσσεται με μεγάλη ταχύτητα και δημιουργεί έτσι μια ομάδα "περιθωριακών κυττάρων". Αυτή η ομάδα σιγά-

σιγά αφαιρεί λειτουργικό και ενεργειακό ζωτικό χώρο στην ομοιόσταση του οργάνου που βρίσκεται.

Τα φυσιολογικά κύτταρα ειδοποιούν μέσω μηνύματος τα κατασταλτικά κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος ότι υπάρχει "εισβολέας" ή "αναρχικός" μέσα στην ομάδα τους και ζητούν προστασία.

Το ανοσοποιητικό σύστημα στέλνει ειδικές ομάδες λεμφοκυττάρων που όμως αναγνωρίζουν γενετικό υλικό ταυτόσημο σε όλα τα κύτταρα, και έτσι επιστρέφουν άπρακτα στις βάσεις τους. Μέχρι εδώ τελειώνει η φάση της "ενδιάμεσης" κυτταρικής κατάστασης. (Α' φάση της καρκινογένεσης).

Η ταχεία αυτή κυτταρική ανάπτυξη δεν είναι πάντα συνώνυμη της κακοήθειας. Απλά εάν στην φάση που η ομάδα αυτών των "ενδιάμεσων" κυττάρων ΔΕΝ ΥΠΑΚΟΥΣΕΙ στα ανασταλτικά γονίδια ώστε να σταματήσει ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός τότε η ΑΛΛΑΓΗ στον γενετικό του κώδικα το κάνει να ξεχνά να "κλείσει" τον διακόπτη της αναπαραγωγής. Η συνεχής αυτή αναπαραγωγή υπό τις πιεστικές τοπικές συνθήκες "μεταμορφώνει" το ενδιάμεσο κύτταρο που τώρα πια είναι ένα ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΚΥΤΤΑΡΟ. Το καρκινικό αυτό κύτταρο διαιρείται πλέον με γρήγορες ταχύτητες. Συνήθως ο πληθυσμός αυτών των κυττάρων διπλασιάζεται σε περιόδους που διαρκούν από δύο εβδομάδες έως έξι μήνες. Για να γίνει κλινικά ορατός π.χ. στην ακτινογραφία θώρακος ένας όγκος πρέπει να γίνει 1cm. Στο στάδιο αυτό περιέχει ένα δισεκατομμύριο κύτταρα και χρειάστηκε περίπου 5 χρόνια αναδιπλασιασμών για να φθάσει σε αυτό το μέγεθος.

Τα κύτταρα που έχουν μεταμορφωθεί έχουν εκτός από την αυξημένη ταχύτητα αναδιπλασιασμού έχουν και δύο άλλες ξεχωριστές και επικίνδυνες ιδιότητες.

- Δεν έχουν τοίχωμα, δηλαδή κυτταρική στέγη με αποτέλεσμα να προσκολλούνται στα γύρω υγιή κύτταρα. Με απλά λόγια ως "περιθωριακά" στοιχεία κάνουν "καταλήψεις" στους φυσιολογικούς ιστούς.
- Έχουν μια μεταναστευτική τάση για άλλα σημεία του σώματος, προσπαθώντας να κάνουν "εξαγωγή" της αναρχικής τους δράσης.

Ακολουθούν συνήθως σε μερικές ομάδες τους κύριους οδικούς άξονες, τα αιμοφόρα αγγεία. Ελάχιστα όμως θα μπορέσουν δημιουργήσουν "αποικίες" αλλού αφού συνήθως πεθαίνουν από τους αμυντικούς μηχανισμούς του οργανισμού. Αυτή η μεταναστευτική τάση των καρκινικών κυττάρων λέγεται ΜΕΤΑΣΤΑΣΗΣ

Το φαινόμενο της μετάστασης περιλαμβάνει μια σειρά διαδοχικών σταδίων, από την απόσπαση των νεοπλασματικών κυττάρων από την πρωτοπαθή εστία μέχρι τη μεταστατική διήθηση απομακρυσμένων οργάνων, όπου πολλαπλασιάζονται για το σχηματισμό νέας νεοπλασματικής εστίας. Η συνηθέστερη και σημαντικότερη οδός διασποράς είναι η διείσδυση των νεοπλασματικών κυττάρων στα αιμοφόρα αγγεία ή τα λεμφαγγεία. Σπανιότερη οδός νεοπλασματικής διασποράς είναι εκείνη της εμφύτευσης.

Το φαινόμενο της μετάστασης είναι αρκετά πολύπλοκο και σχετίζεται με μηχανικές και αιμοδυναμικές παραμέτρους, με την αγγειοβρίθεια των οργάνων, με τις ιδιότητες του ξενιστή, όπως τον ανοσοποιητικό συστήματος, χημικών παραγόντων και τον ΕΣΔ. Τα μεταστατικά νεοπλασματικά κύτταρα είναι επιλεγμένος κυτταρικός πληθυσμός προερχόμενος από τον ετερογενή πρωτοπαθή όγκο, ο οποίος περιέχει πολλούς κλώνους φαινοτυπικώς διαφόρους.

Κατά την διάρκεια της μετάβασης από το *in situ* διηθητικό καρκίνωμα, τα νεοπλασματικά κύτταρα διασπών τις βασικές μεμβράνες και επεκτείνονται στο διάμεσο υπόστρωμα. Η διαδικασία της αλληλεπίδρασης των καρκινικών κυττάρων με τους φραγμούς των βασικών μεμβρανών και τελικά η νεοπλασματική διήθηση επιτελείται σε 3 στάδια:

- α) Στάδιο προσκόλλησης (attachment) ,
- β) Στάδιο διάσπασης του εξωσκελετικού δικτύου και τέλος
- γ) Το στάδιο μετανάστευσης

Όπως διαπιστώνει κανείς η μετάσταση δεν είναι τυχαίο γεγονός. Είναι προεπιλογή κυττάρων από την ΜΗΤΡΟΠΟΛΗ - ΚΟΙΝΩΝΙΑ - ΟΓΚΟΥ για τη αποστολή και την "εξαγωγή" "πολιτισμού" προς την ΑΠΟΙΚΙΑ.

Αλήθεια τι είναι αυτό που προκαλεί τον καρκίνο: Πρώτα από όλα ο καρκίνος είναι μια λέξη που ταυτοποιεί μια διαδικασία νόσου που εκφράζει τουλάχιστον 250 διαφορετικά νοσήματα. Σκοπός αυτού του βιβλίου είναι να προσπαθήσει να δώσει κατανοητούς όρους για την παθογένεια διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου· αλλά παράλληλα να συμπληρώσει μια σειρά κοινωνικούς και πολιτισμικούς σχηματισμούς γύρω από τα προβλήματα του καρκίνου.

Για πολλούς καρκίνους δεν έχουμε σαφής αιτία, και αυτοί ποσοστιαία καλύπτουν 30%. Αρκετοί προκαλούνται από μια σειρά επίκτητους μηχανισμούς που έχουν να κάνουν με την διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ, την ατμοσφαιρική ή περιβαλλοντική ρύπανση. Αυτοί οι παράγοντες είναι υπεύθυνοι για το 40% περίπου των κακοήθων νεοπλασμάτων.

Τέλος για ένα ποσοστό που φθάνει το 25-30% ο καρκίνος οφείλεται σε γενετικά καθορισμένους "κλώνους" που βρίσκονται στα χρωματοσώματά μας. Οι "κλώνοι" αυτοί κάτω από ορισμένες συνθήκες ξυπνούν από την χειμερία νάρκη τους κάτω από την επίδραση επαγωγικών ογκογονιδίων και δημιουργούν καρκινικούς πληθυσμούς.

Στη φύση μας όμως κάθε ΔΡΑΣΗ προκαλεί ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ έτσι στην παρουσία των επαγωγικών ογκογονιδίων έρχονται να αναπαραχθούν τα κατασταλτικά ογκογονίδια που έχουν σαν στόχο να αναστείλουν την καρκινογέννεση.

Σαν συμπέρασμα όλων αυτών ο καρκίνος είναι μια αθροιστική διαδικασία που εξαρτάται από το:

1. Ποιος είσαι (γενετικό υλικό)
2. Πως ζεις (συνήθειες, διατροφή, κάπνισμα)
3. Πους ζεις (περιβαλλοντική και επαγγελματική έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες)

Σε αυτούς τους 3 ερωτηματικούς προσδιορισμούς εστιάζεται σήμερα το αρχικό ερώτημα τι προκαλεί τον καρκίνο.

Είναι ο καρκίνος μεταδοτική ασθένεια:

ΟΧΙ. Ο καρκίνος δεν είναι λοιμώδες νόσημα. Υπάρχει βέβαια οικογενής προδιάθεση για διαφόρους καρκίνους δηλαδή άτομα της ίδιας οικογένειας έχουν μεγαλύτερη συχνότητα να αναπτύξουν τον ίδιο ή άλλον καρκίνο. Αυτό όμως έχει σχέση με το γενετικό υλικό και όχι την μετάδοση από άτομο σε άτομο.

Μπορεί ο καρκίνος να θεραπευτεί:

Κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις αρκετοί καρκίνοι σήμερα είναι ιάσιμοι. Ο στόχος του παρόντος βιβλίου στο Β' μέρος είναι να δώσει αρκετές σύγχρονες πληροφορίες γύρω από τη θεραπευτική προσπέλαση των κακοήθων νεοπλασμάτων.

Σήμερα η θεραπεία του καρκίνου έχει προσφέρει ίαση σε πολλά νεοπλάσματα λευχαιμίας, λεμφώματα, καρκίνους, θυρεοειδούς, μήτρας, μαστού κλπ. Παράλληλα οι εφαρμοζόμενες θεραπείες έχουν αυξήσει το προσδόκιμο επιβίωσης ώστε αρκετοί καρκινοπαθείς να μπορούν να ωφεληθούν νέων "ανακαλύψεων" στις τεχνικές ή σε φάρμακα.

Είναι ο καρκίνος νόσος της σύγχρονης κοινωνίας;

ΟΧΙ. Ο καρκίνος προϋπήρχε από πολλά χρόνια και στην αρχαιότητα. Απλά η αύξηση του μέσου χρόνου ζωής έφερε στην επιφάνεια πιο συχνά αυτή την νόσο, που ουσιαστικά είναι νόσος της 3^{ης} ηλικίας.

Εάν δεχθούμε το μοντέλο καρκινογένεσης που αναφέρθηκε στις αρχές αυτού του κεφαλαίου, τότε με την γήρανση των κυττάρων αυξάνει η πιθανότητα λανθασμένου κυτταρικού πολλαπλασίου.³

2.2. Επιδημιολογικά στοιχεία του καρκίνου

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

1. Νεοφανείς, εξωγενείς, περιβαλλοντικοί καρκινογόνοι παράγοντες.

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

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

Η συνεχής αύξηση των κακοήθων νεοπλασμάτων στους άνδρες οφείλεται κυρίως στην συνεχή αύξηση των περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα που ουσιαστικά οφείλεται στο κάπνισμα, Γι' αυτό στις χώρες που και οι γυναίκες άρχισαν να καπνίζουν, παρατηρείται αύξηση του καρκίνου του πνεύμονα και στις γυναίκες.

Τα στατιστικά στοιχεία της περιόδου 1969-1979, που μας δίνει η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (ΕΣΥΕ), σχετικό με τον καρκίνο αποκαλύπτουν την πιθανή στασιμότητα ή και πτώση των κρουσμάτων του καρκίνου στη χώρα μας. Φαίνεται πρόωρο να υποστηριχθεί με βεβαιότητα το εύρημα αυτό όταν μάλιστα γνωρίζουμε τις ατέλειες που υπάρχουν στην καταγραφή νέων περιστατικών ώστε να μη υπάρχουν διαφυγές ή διπλοεγγραφές που πιθανόν να ήταν πολλές στο παρελθόν.

Η συχνότητα του καρκίνου έχει θετική συσχέτιση με το μέσο όρο ζωής, δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το προσδόκιμο επιβίωσης τόσο μεγαλύτερος είναι και ο ειδικός συντελεστής θνησιμότητας από καρκίνο. Ο πίνακας 1 που ακολουθεί παρουσιάζει αυτή τη συσχέτιση, ακόμη όμως παρατηρούνται και μερικές αποκλίσεις π.χ. η Ιαπωνία ενώ παρουσιάζει το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης ταυτόχρονα παρατηρείται μικρή συχνότητα θανάτων από καρκίνο.

Για το φαινόμενο αυτό υπάρχουν πολλές επιδημιολογικές ερμηνείες. Οι βασικοί επιδημιολογικοί χαρακτήρες του καρκίνου, που ισχύουν γενικά σε όλους τους πληθυσμούς, είναι:

1. Η δημογραφική μεταβλητότητα της ολικής συχνότητας.
2. Η συχνότητα των διαφόρων εντοπίσεων διαφέρει
 - από χώρα σε χώρα
 - στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες
 - ως προς το φύλο και την ηλικία
 - στα διάφορα επαγγέλματα
 - ανάλογα με τις ατομικές συνήθειες
 - ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική θέση

Η εντόπιση του καρκίνου στα όργανα και τους ιστούς του ανθρώπου διαφέρει από χώρα σε χώρα. Η διαφορετική συχνότητα παίρνει δημογραφικό και φυλετικό χαρακτήρα. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του καρκίνου μαστού. Η εντόπιση του καρκίνου στο μαστό είναι πολύ συχνή στις ΗΠΑ, την Κεντρική και Βόρεια Ευρώπη, έχει ενδιάμεση συχνότητα στα Βαλκανικά κράτη και στην Ανατολική Ευρώπη, μικρότερη συχνότητα στις γυναίκες της Νότιας Ασίας και σπάνια στον γυναικείο πληθυσμό της Ιαπωνίας και Ινδονησίας. Γενικά οι γυναίκες της κίτρινης φυλής εμφανίζουν τη χαμηλότερη συχνότητα καρκίνου μαστού. Ο καρκίνος στομάχου παρουσιάζει αντίθετη συχνότητα, είναι πολύ συχνός στη Νότια και την Άπω Ασία.

Η πορεία της θνησιμότητας από καρκίνο σε σχέση με την ηλικία παρουσιάζει μεγάλη έξαρση μετά το 50% έως 55% έτος της ηλικίας, ενώ στην ηλικία 30-40 χρόνων είναι πολύ περιορισμένη. Για τη σχέση θνησιμότητας του καρκίνου με το φύλο ήδη έχουμε αναφερθεί.

Η μελέτη της σχέσης που έχει το επάγγελμα στην εμφάνιση καρκίνου αποκάλυψε τους επαγγελματικούς κινδύνους καρκινογένεσης. Είναι γνωστό ότι το βινυλοχλωρίδιο προκαλεί καρκίνο του ήπατος, οι αζωτοχρωστικές και οι χρωστικές της ανιλίνης καρκίνο της ουροδόχου κύστης κ.α.

Η συνήθεια του καπνίσματος αποτελεί παράδειγμα συσχετίσεώς της με το βρογχογενές καρκίνωμα του πνεύμονα.

Άμεσα επίσης επηρεάζει τη συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου η κοινωνική θέση και η οικονομική κατάσταση του ατόμου π.χ. οι γυναίκες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό και πολιτιστικό επίπεδο παρουσιάζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνο μαστού. Εδώ η επίδραση είναι έμμεση. Συνήθως τα άτομα αυτά αποκτούν το πρώτο τους παιδί σε μεγαλύτερη ηλικία από τις γυναίκες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, παράγοντας (κύηση) που δρα προστατευτική στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού.

Στον πίνακα 5 φαίνονται οι πιθανότητες που έχει το κάθε άτομο ενός πληθυσμού στη διάρκεια της ζωής του να παρουσιάσει καρκίνο σε κάποιο όργανο. Τα στοιχεία αφορούν τον αγγλικό πληθυσμό και χρησιμοποιήθηκαν από έλλειψη ανάλογων ελληνικών στοιχείων.

Από την ανάλυση των στοιχείων του πίνακα διαπιστώνεται ότι οι άνδρες εμφανίζουν καρκίνο πιο συχνά από τις γυναίκες. Στους άνδρες ο καρκίνος του πνεύμονα παρουσιάζει την πιο μεγάλη συχνότητα, ακολουθεί το δέρμα και τρίτο το στομάχι. Για τις γυναίκες οι μαστοί έχουν την πρώτη θέση στη συχνότητα εντόπισης του καρκίνου.

Αλλά ενδιαφέρον παρουσιάζει η επιδημιολογία της θεραπευτικής αντιμετώπισεως του καρκίνου. Ευτυχώς η συχνότητα των περιστατικών με καρκίνο που θεραπεύονται αυξάνει σε μεγαλύτερο ρυθμό από τη συχνότητα της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από καρκίνο.

Στις αρχές του αιώνα μας οι περισσότεροι άρρωστοι που πάθαιναν καρκίνο πέθαιναν, στα τέλη του 1930 ένας στους πέντε θεραπευόταν, προς τα τέλη του 1940 ένας στους τέσσερις. Σήμερα το ποσοστό των αρρώστων από καρκίνο που θεραπεύεται έφθασε στο 1:3, δηλαδή στους τέσσερις αρρώστους ο ένας θεραπεύεται ενώ οι τρεις πεθαίνουν.

Πίνακας 1. Μέσοι όροι ζωής και θάνατοι από καρκίνο σε 100.000 πληθυσμό σε μερικές χώρες της γης 1984)

Χώρα	θάνατοι από καρκίνο	Μέσος όρος ζωής
Κένυα	6,1 (1969)	50,1 (1972)
Αίγυπτος	19,9 (1974)	52,2 (1969)
Μεξικό	36,0 (1974)	64,7 (1975)
Γιουγκοσλαβία	113,8 (1975)	67,3 (1972)
Ιαπωνία	124,8 (1976)	74,8 (1976)
Βουλγαρία	138,1 (1975)	71,3 (1971)
Καναδός	150,1 (1974)	72,9 (1972)
Ελλάδα	155,5 (1975)	71,0 (1972)
ΗΠΑ	171,7 (1975)	72,6 (1975)
Δανία	248,0 (1976)	73,9 (1977)
Αυστρία	255,3 (1976)	71,3 (1976)

Στον πίνακα 2 φαίνεται η θνησιμότητα του ελληνικού πληθυσμού από καρκίνο, αναλύονται οι απόλυτοι και σχετικοί αριθμοί των θανάτων στην Ελλάδα το 1976 και ταυτόχρονα παρουσιάζεται ο Ειδικός Συντελεστής θνησιμότητας (ΕΣΘ= περιστατικά χ 100.000) και η Αναλογική

πληθυσμός Χώρας

θνησιμότητα (Αθ) από τις κακοήθεις νεοπλασίες κάθε μορφής. Τα συμπεράσματα από την ανάλυση του πίνακα αυτού είναι ότι (1) τα κακοήθη νεοπλάσματα αποτελούν, ως αρρώστια, την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα, (2) ένας στους πέντε Έλληνες πεθαίνουν από καρκίνο και (3) οι κακοήθεις νεοπλασίες αποτελούν τη δεύτερη αιτία θανάτου του ελληνικού πληθυσμού, μετά τις καρδιοαγγειακές παθήσεις (εφόσον νοσήματα καρδιάς και αγγείων θεωρηθούν συλλογικά ως μια αιτία θανάτου, πίν. 3).

Πίνακας 2. Θάνατοι από καρκίνο και αντίστοιχοι συντελεστές στην Ελλάδα το 1978

Ελλάς 1976			
Πληθυσμός:	9.167.190	A=4.489.964	Γ=4.677.226
θάνατοι:	81.818	A= 42.206	Γ= 39.612
AΣΘ:	8,9λ6.	A= 9,4%.	Γ= 8.47X.
θάνατοι Ca:	15.175	A= 9.111	Γ= 6.064
ΕΣΘ-Ca:	1.659Go	A= 2.03λ6.	Γ= 1.299.
Αναλογική θν.:	18,55%	A= 21,59%	Γ= 15.31%

Πίνακας 3. Θάνατοι σε 100.000 κατοίκους για ορισμένες μόνο αιτίες, στην Ελλάδα το 1938 και 1976

Αιτία θανάτου	Επί 100,000 κατοίκων	
	1938	1976
Τυφοειδής πυρετός	13,4	0
Εντερίτιδα και διάρροια	84,3	2,5
Φυματίωση του αναπνευστικού	93,4	4,6
Ελονοσία	39,9	0
Κακοήθη νεοπλάσματα	54,3	165,5
Σακχαρώδης διαβήτης	4,9	30,8
Μηνιγγίτιδα	13,4	0,6
Ισχαιμική καρδιοπάθεια	33,3	97,0
Νόσοι των αγγείων του εγκεφάλου	65,8	155,1
Γρίπη	49,9	4,4
Πνευμονία	191,4	26,1
Κύρωση του ήπατος	7,9	13,2
Νεφρίτιδα- νέφρωση	61,1	11,6
Αιτίες περιγεννητικής θνησιμότητας	69,3	8,9
Ασαφώς καθοριζόμενες παθολογικές καταστάσεις	233,9	92,3
Ατυχήματα	29,4	44,7
Σύνολο όλων των αιτιών θανάτου	1.328,0	892,5

Ο ειδικός συντελεστής θνησιμότητας από καρκίνο αυξάνει σταθερό στη χώρα μας τα τελευταία 50 χρόνια. Η αύξηση παρατηρείται και στα δύο φύλα, με προβάδισμα στους άνδρες (πίν. 4).

Πίνακας 4. Μακροχρόνια εξέλιξη θνησιμότητας από καρκίνο σε συνάρτηση με το φύλο (Ελλάδα 1934-78) (Πηγή: ΕΣΥΕ).

Αριθμός θανάτων σε 100.000 πληθυσμό			
Χρονολογία	Άνδρες	Γυναίκες	
1934	45	45	
1958	110	80	
1962	120	90	
1966	130	100	
1970	145	110	
1974	170	120	
1978	208	131	

Πίνακας 5. Πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου (Πηγή: Κατσουγιαννόπουλος 1984)

Άνδρες		Γυναίκες	
Εντόπιση	Πιθανότητα	Εντόπιση	Πιθανότητα
Πνεύμονες	1 στους 15	Μαστός	1 στις 20
Δέρμα	1 στους 39	Δέρμα	1 στις 49
Στομάχι	1 στους 43	Παχύ έντερο	1 στις 56
Προστάτης	1 στους 57	Στομάχι	1 στις 67
Ορθό	1 στους 71	Τράχηλος μήτρας	1 στις 80
Παχύ έντερο	1 στους 74	Ωοθήκες	1 στις 90
Κύστη (ουροδόχος)	1 στους 53	Σώμα μήτρας	1 στις 98
Πάγκρεας	1 στους 155	Ορθό	1 στις 100
Λευχαιμία	1 στους 211	Πνεύμονες	1 στις 102
Ορχεις	1 στους 632	Πάγκρεας	1 στις 196
--		Κύστη (ουροδόχος)	1 στις 250
		Λευχαιμία	1 στις 255
Όλες	1 στους 4	Όλες	1 στις 5

Η μείωση της θνησιμότητας των αρρώστων με καρκίνο και η αύξηση της επιβίωσης οφείλονται σε ορισμένους παράγοντες όπως (1) η διάγνωση της αρρώστιας γίνεται στα αρχικά της στάδια, πριν ακόμη γίνουν μεταστάσεις, (2) τα διαγνωστικά μέσα και οι τεχνικές είναι πολύ καλύτερες σήμερα. (3) οι άρρωστοι εφαρμόζουν θεραπεία μέσα στους πρώτους τέσσερις μήνες από τη διάγνωση της αρρώστιας. (4) οι μέθοδοι θεραπείας και οι τεχνικές με τις οποίες εφαρμόζεται είναι πιο τελειοποιημένα από ό,τι ήταν στο παρελθόν, και (5) υπάρχουν περισσότερες πληροφορίες και γίνεται καλύτερη ενημέρωση του κοινού για τους καρκινογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος.

Αν και οι πρόοδοι, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, αναφορικά με την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου είναι αξιόλογοι, εν τούτοις πολλές χιλιάδες ατόμων κάθε χρόνο πεθαίνουν από καρκίνο. Οι άρρωστοι αυτοί πεθαίνουν επειδή η κακοήθης νεοπλασία που αναπτύχθηκε σε κάποιο σημείο του οργανισμού τους δεν διαγνώστηκε έγκαιρα ή δεν αντιμετωπίστηκε σωστά.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3. Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

3.1. Γενική θεώρηση του προβλήματος

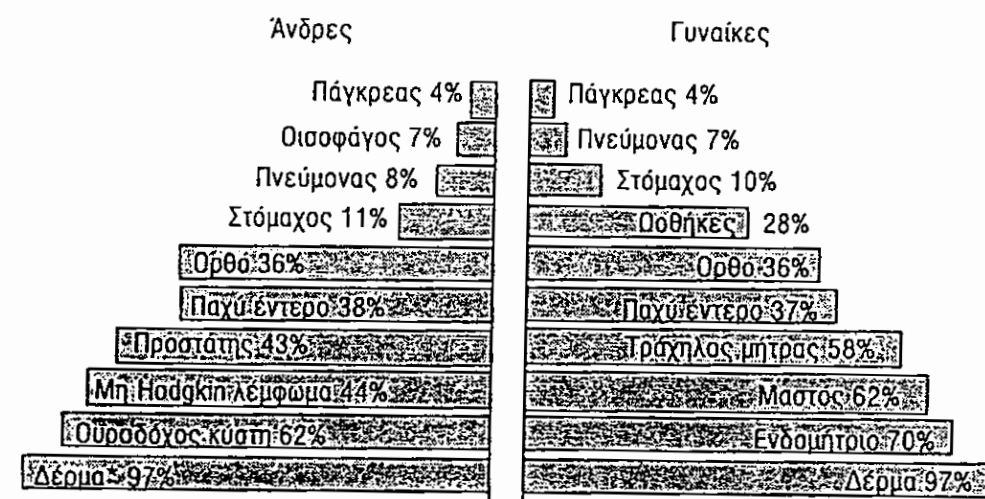
Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, οι κακοήθεις παθήσεις ευθύνονται για περισσότερούς του ενός τετάρτου των θανάτων. Υπολογίζεται ότι, με τα σημερινά δεδομένα, ένας στους τρεις ανθρώπους θα εμφανίσει καρκίνο σε κάποια στιγμή της ζωής του. Περισσότερο από το 70% των νέων περιπτώσεων καρκίνου συμβαίνουν σε άτομα ηλικίας άνω των 60 χρόνων. Με τα διαθέσιμα σήμερα μέσα, τα τέσσερα πέμπτα όλων των κακοήθων παθήσεων μπορούν να προληφθούν. Παρά την πληθώρα μορφών και τύπων κακοήθων παθήσεων, περισσότεροι από τους μισούς των θανάτων οφείλονται σε μικρό μόνο αριθμό καρκίνων. Ο καρκίνος του πνεύμονα ευθύνεται για το ένα τέταρτο των θανάτων (Πίνακας 6). Εκτός από τον καρκίνο του στομάχου, για καμιά άλλη από τις συνηθεις μορφές καρκίνου δεν φαίνεται να μειώνεται αισθητά η θνησιμότητα. Μάλιστα, σε μερικές περιοχές σημειώνεται σημαντική αύξηση των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα μεταξύ των γυναικών.

Η επιβίωση των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τον τύπο του καρκίνου και το στάδιο στο οποίο τίθεται η διάγνωση. Η επιβίωση είναι πολύ πιο καλή όταν ένα κακοήθες νεόπλασμα αντιμετωπίζεται στην αρχική φάση της εξέλιξής του. Για παράδειγμα, το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης των γυναικών με σταδίου I καρκίνο του μαστού ξεπερνά το 80%, ενώ μειώνεται στο 18% στο στάδιο IV.

Πίνακας 6. Θάνατοι από καρκίνο στην Αγγλία, το 1992

Εντόπιση	%
Πνεύμονας	24
Παχύ έντερο - ορθό	12
Μαστός	9
Στόμαχος	6
Άλλη	49

Στην Ευρώπη ως σύνολο, με το πρόγραμμα "η Ευρώπη κατά του καρκίνου", έχουν τεθεί στόχοι και έχουν καταστρωθεί στρατηγικές με σκοπό τη μείωση των κινδύνων ανάπτυξης καρκίνου. Η μεγαλύτερη μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας από τις κακοήθεις παθήσεις επιδιώκεται να επιτευχθεί με το να απευθύνονται αυτά τα προγράμματα στο σύνολο του πληθυσμού. Συμπληρωματικά προς αυτά επιδιώκονται εξατομικευμένα προγράμματα που απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, που διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κάποιο τύπο καρκίνου.



Πίνακας 7. Πενταετής επιβίωση ανάλογα με την εντόπιση

Τα προγράμματα προαγωγής της υγείας και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου, μέσω του προληπτικού ελέγχου, δε θα πρέπει εξ αρχής να θεωρούνται ως σωτήρια μέτρα. Η αποτελεσματικότητά τους πρέπει πάντα να αποδεικνύεται επί τη βάσει επιστημονικών κριτηρίων. Ακόμα, με δεδομένο ότι οι διαθέσιμοι χρηματικοί πόροι, αλλά και το επιστημονικό δυναμικό, είναι περιορισμένα, οι στόχοι που τίθενται θα πρέπει να κατευθύνονται κατά προτεραιότητα σε εκείνες τις ενέργειες που θα αποφέρουν το μεγαλύτερο

δυνατό όφελος όπως για παράδειγμα, αποτρέποντας τους ανθρώπους και βοηθώντας τους να πάψουν να καπνίζουν.

3.2. Πρόληψη του καρκίνου - μείωση του κινδύνου

Η προσπάθεια ελέγχου των κακοηθών νεοπλασμάτων πρέπει να επικεντρωθεί στην πρόληψη εμφάνισέως τους καθώς και στην ανίχνευση και στην έγκαιρη διάγνωση τους. Η πρόληψη του καρκίνου είναι: α) Πρωτογενής και β) Δευτερογενής.

Πρωτογενής πρόληψη. Η γνώση ότι ορισμένες μορφές καρκίνου προκαλούνται από εξωγενείς περιβαλλοντολογικούς παράγοντες επιτρέπει και την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου και τα οποία είναι 1) Υγειονολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τα κακοήθη νεοπλάσματα βοηθάει στην πρόληψή του. Παράδειγμα αποτελεί η αδιαμφισβήτητη συσχέτιση μεταξύ καρκίνου πνεύμονα και καπνίσματος. Υπάρχει όμως ένας μεγάλος αριθμός πληθυσμού που αμφισβητεί αυτή τη σχέση. 2) Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (εργαζόμενοι σε ορυχεία ουρανίου) γίνεται με λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα. 3) Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά έργα σε εθνικά επίπεδο και διεθνείς κανονισμούς. Σαν παράδειγμα αναφέρω την απαγόρευση με νόμο της χρήσης του DDT επειδή έχει καρκινογόνο δράση.

Δευτερογενής πρόληψη. Αυτή γίνεται όταν λαμβάνεται κάθε μέτρο ώστε ο καρκίνος να διαγνωστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα δηλαδή κατά την λανθάνουσα περίοδο, τότε δηλαδή που άρχισε η εμφάνιση των άτυπων κυττάρων μέχρι την εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων. Η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Οι εξετάσεις που περιλαμβάνει είναι κυτταρολογικές, βιοχημικές, ακτινολογικές, αιματολογικό έλεγχο, λεπτομερείς ωρλ/κή εξέταση, ραδιοϊσοτοπικό έλεγχο, γενική φυσική εξέταση, πλήρεις γυναικολογικές εξετάσεις, εξέταση μαστού.

Οι εξετάσεις των φαινομενικά υγιών ατόμων για να πούμε ότι πράγματι είναι αποτελεσματικές πρέπει να επαναλαμβάνονται περιοδικά.

Μολονότι είναι χρήσιμη η δευτερογενής πρόληψη, είναι λιγότερο αποτελεσματική. Οι λόγοι που οδηγούν σε κλασματική υπερεκτίμηση της χρησιμότητας της δευτερογενούς πρόληψης είναι: α) επειδή με τον προσυμπτωματικό έλεγχο επιτυγχάνεται η διάγνωση, φαίνεται ότι παρατείνεται η διάρκεια της νόσου, β) στον προσυμπτωματικό έλεγχο διαπιστώνονται συχνότερα οι περιπτώσεις που εξελίσσονται αργά παρά εκείνες που εξελίσσονται γρήγορα, γ) στον προσυμπτωματικό έλεγχο μπορεί να συνεκτιμηθούν ως "κακοήθεις νεοπλασίες" προνεοπλασματικές ή παράνεοπλασματικές καταστάσεις δυσδιευκρίνιστης φύσης και καλοηθέστερης πρόγνωσης από τις αντίστοιχες νεοπλασματικές καταστάσεις.

Η δυνατότητα πρωτογενούς αλλά και δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου εξαρτάται: 1) από την επαγρύπνηση του ίδιου του ατόμου για την υγεία του, 2) από τον γιατρό επιβάλλεται μεγάλη προσοχή στην ιατρική εξέταση και αξιολόγηση και των πιο ελαφρών και ανεπαίσθητων ενοχλημάτων του ασθενή, 3) από την ίδια την νοσηλεύτρια, 4) από την πολιτεία: η λήψη νομοθετικών μέτρων για την προστασία του πληθυσμού και η επαγρύπνηση για την τήρησή τους, η τήρηση διεθνών κανονισμών και η οργάνωση και παροχή υπηρεσιών για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου.

Υπάρχουν δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου. Αυτές είναι: οικονομικοί και τεχνικοί λόγοι κάνουν αδύνατο τον συνεχή έλεγχο για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου γι' αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου. Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμα χρησιμοποιήσει τις γνώσεις και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεσή του για την πρόληψη.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου περιλαμβάνει: 1) ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντός του, 2) εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε

περιπτώσεις όπου υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες, 3) παρατήρηση και λήψη κατάλληλων μέτρων σε προκαρκινικές καταστάσεις ή εκδηλώσεις του ατόμου και του περιβάλλοντος, 4) ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα σχετικά με τον καρκίνο, 5) διαφώτιση του κοινού

3.3. Διατροφή και καρκίνος

Με την λέξη «διατροφή» μπορεί να εννοηθεί το σύμμικτο των τροφών που παίρνουμε σε καθημερινή βάση είτε με την μορφή στερεών, είτε με την μορφή υγρών. Στα υγρά συμμετέχει και το οινόπνευμα με τα υποκατάστατά του, δηλαδή κρασί ή μπίρα. Αλλά η σχέση της επίδρασης του οινοπνεύματος και ο επιμερισμός λήψεως αυτού συγκριτικά με άλλες τροφές έχει άλλες διαστάσεις αφού δεν λαμβάνεται ενιαία από τον καθένα και δια τούτο δεν τίθεται στην διατροφική ομάδα των συστατικών της ζωής μας. Η λήψη οινοπνεύματος ελέγχεται με άλλες παραμέτρους, τα δε επιδημιολογικά στοιχεία είναι πολύ πιο συγκεκριμένα και χαρακτηριστικά ώστε κωδικοποιούνται ευκολότερα στην εκτίμηση των νέων περιπτώσεων καρκίνου. Πρέπει όμως να λεχθεί ότι η υπερβολική χρήση οινοπνευματωδών ποτών είναι καρκινογεννητική όπως δρα και σαν εκλυτικός παράγων ανάπτυξης καρκίνου μαζί με το κάπνισμα. Η σύγχρονη δράση των δύο αυτών στοιχείων είναι συνεργητική και δεν διπλασιάζει μόνον τον κίνδυνο, αλλά τον πολλαπλασιάζει στο μέγιστο βαθμό

Αλλά η κακή επίδραση της τροφής γενικότερα έχει ιδιαίτερα επισημανθεί στην ανάπτυξη καρκίνου, και η όλη ερευνητική προσπάθεια τείνει στο να αναλυθούν οι μηχανισμοί αυτοί για να κατορθωθεί η αναστολή δράσεώς των. Καρκινογόνοι παράγοντες και μηχανισμοί μπορεί να επιδράσουν στον άνθρωπο με διάφορους τρόπους:

1. Με την κατευθείαν επίδραση δυναμικών, προδρόμων ενεργούντων, ουσιών που υπάρχουν σε καθημερινή βάση στις προσλαμβανόμενες τροφές. --
2. Με την δημιουργία παραγόντων καρκινογένεσης στον ίδιο τον οργανισμό.

3. Με την επίδραση στοιχείων που δρουν συνεργητικά και ενεργοποιούν τα γενεσιουργα συστατικά.
4. Με την επίδραση προσθέτων ουσιών στην συντήρηση τροφών που έχουν χαρακτηριστεί ως καρκινογόνα. Επισημαίνεται επίσης ότι υπάρχουν στοιχεία και ουσίες που αναστέλλουν τις καρκινωμάτωδεις μεταλλάξεις. Πρόσφατη επιδημιολογική έρευνα για την θνησιμότητα από κακοήγη νεοπλάσματα στην Ελλάδα που έγινε από το Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, το Διεθνές Ινστιτούτο Έρευνας Καρκίνου της Παγκοσμίου Οργανώσεως Υγείας, το Τμήμα Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ, και της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας έδειξε για την περίοδο των 25 ετών από το 1960 έως το 1985 ότι δημιουργήθηκαν και στην Ελλάδα συγκεκριμένες διαχρονικές εξελίξεις που ευθύνονται για την αύξηση μερικών νεοπλασμάτων συνέπεια της διατροφής. Στην περίοδο αυτή η ημερήσια κατά κεφαλή θερμιδική πρόσληψη αυξήθηκε κατά 22% από το 1960 έως το 1985, αύξηση που οφείλεται κυρίως από το γάλα και τα γαλακτοκομικά είδη που η κατανάλωσή τους σημείωσε αύξηση κατά 339% ενώ η χρήση βουτύρου και ζωικών λιπών αυξήθηκε κατά 230%.

Το γεγονός της μεταβολής της διατροφής και στην Ελλάδα προκάλεσε:

α) αύξηση του καρκίνου του παχέος εντέρου που αποτελεί στην Ελλάδα την τέταρτη συχνότερη αιτία θανάτου από νεοπλάσματα και οφείλεται κυρίως στην αύξηση κατανάλωσης κρεάτων και ζωικών λιπών.

β) παχυσαρκία και μεγάλη εναπόθεση λίπους στους μαστούς των γυναικών, παράμετροι πολύ επιβαρυντικοί για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Τα στοιχεία αυτά, όμως, είναι άμεσα συνδεδεμένα και με την ψυχική σφαίρα της γυναίκας που αυξάνει την λήψη τροφής και την ποσότητα εις λιπαρά. Σημειώνουμε ότι οι Έλληνες αύξησαν τον σωματομετρικό τους δείκτη και το ύψος αυξήθηκε κατά 7 εκ. σε 15 χρόνια ενώ η ηλικία της έναρξης της εμμήνου ρύσεως μειώθηκε από το 1935 έως το 1980 κατά 6 μήνες.

Αλλά ενώ η αύξηση της τροφής με θερμιδική αύξηση δημιουργεί προϋποθέσεις για πρόκληση καρκίνου, η καλή λειτουργία του εντέρου μετά από λήψη τροφής με ύπαρξη ινών σε φρούτα και λαχανικά που αφήνουν καθημερινό υπόλειμμα προστατεύει το επιθήλιο του εντέρου δρα προληπτικά και στην ανάπτυξη άλλων καρκίνων με την μείωση της παχυσαρκίας. ο καρκίνος του στομάχου που και στην Ελλάδα μειώνεται, οφείλεται στο γεγονός αυτό. ⁶

3.3.1. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και διατροφή

Η πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας χαρακτηρίζεται από την προσωπική προσφορά περίθαλψης, τη στενή επικοινωνία, την εξασφάλιση συνέχειας στην περίθαλψη που είναι όσο το δυνατό πιο ολοκληρωμένη και προσπελάσιμη από άτομα κάθε κοινωνικοοικονομικής τάξης.

Η διατροφή είναι αναπόσπαστο μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας γιατί οι πιο συχνές και σοβαρές ασθένειες της σημερινής κοινωνίας σχετίζονται στενή μ' αυτήν. Πιο ουσιώδες είναι το γεγονός ότι η πρόληψη των νοσημάτων αυτών βασίζεται κυρίως στη διατροφή.

Η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση υγείας στο ζήτημα διατροφής είναι αποφασιστικής σημασίας κυρίως στους νέους γιατί οι διαιτητικές συνήθειες που αποκτούνται κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας ακολουθούν με πολύ μικρές διαφοροποιήσεις στους νέους για όλη την υπόλοιπη ζωή τους. Η υιοθέτηση ενός ορθού διατροφικού σχήματος από τους νέους είναι εξαιρετικά σημαντική αν όχι καθοριστική για τη σωστή και επαρκή θρέψη του ατόμου.

Ο στόχος των προγραμμάτων διατροφής στην Π.Φ.Υ. είναι:

1. Εκτίμηση της θρέψης του ατόμου με τις ακόλουθες μεθόδους

α. Διαιτολογικό ιστορικό

β. Σωματομετρικές μετρήσεις (ανάστημα, βάρος, δερματικές πτυχές, περίμετρος βραχ(ώνα, κεφαλής κ.λ.π.).

γ. Κλινική εξέταση για προβλήματα θρέψης.

- δ. Βιοχημικές και αιματολογικές εξετάσεις
- ε. Απεικονιστικές μέθοδοι (υπέρηχοι, Ν.Π.Ρ. κλπ.)
- 2. Θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων θρέψης
- 3. Πρωτοβάθμια πρόληψη προβλημάτων θρέψης. ⁷

3.3.2. Διατροφική πολιτική

Διατροφική πολιτική είναι ένα πλέγμα εκπαιδευτικών, οικονομικών, τεχνικών και νομοθετικών μέτρων, που αποσκοπούν στην εναρμόνιση των διατροφικών αναγκών του πληθυσμού και της προβλεπόμενης ζήτησης τροφίμων με την προγραμματιζόμενη προσφορά. Η ανάγκη για την ανάπτυξη πολιτικής διατροφής και τροφίμων σε εθνικό επίπεδο αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά επίσημα τη δεκαετία του 1930 από την Κοινωνία των Εθνών, συζητήθηκε η ανάγκη πολιτικής τροφίμων τόσο σε Εθνικό επίπεδο όσο και σε διεθνικό.

Αν η ανάγκη ανάπτυξης διατροφικής πολιτικής έχει επισημανθεί επανειλημμένα και πολλά χρόνια, σε παγκόσμια κλίμακα, η νομοθετική κάλυψη του θεσμού έγινε πρώτη φορά στη Νορβηγία το 1975 και πολύ πρόσφατα στη Δανία. Άλλες χώρες, όπως ο Καναδάς, οι ΗΠΑ, η Βρετανία, η Ολλανδία και Δυτική Γερμανία έχουν ασχοληθεί συστηματικά με το θέμα της διατροφικής πολιτικής, αλλά οι προσπάθειες τους υπολείπονται πολύ έναντι εκείνων της Νορβηγίας και της Δανίας.

Οι στόχοι της διατροφικής πολιτικής με βάση το μοντέλο που διαμορφώθηκε στη Νορβηγία, μπορεί να πραγματοποιηθούν όταν;

1. Δημιουργούνται στα ενθαρρυντικά υγιείς διατροφικές συνήθειες στον πληθυσμό
2. Η διαφορούμενη πολιτική είναι σε συμφωνία με τις συστάσεις της Παγκόσμιας Διάρκειας Τροφίμων
3. Η διατροφική πολιτική στοχεύει σε αυξημένη παραγωγή και κατανάλωση εγχώριων τροφίμων και με γρήγορη αύξηση του βαθμού αυτόρκειας στην προμήθεια τροφίμων

4. Για λόγους περιφερειακούς ανάπτυξης δίνεται προτεραιότητα στη χρησιμοποίηση των πηγών παραγωγής τροφίμων των οικονομικά ασθενέστερων περιοχών της χώρας.

Τα συγκεκριμένα μέτρα διατροφικής πολιτικής μπορούν να χωριστούν στις ακόλουθες ομάδες που επικεντρώνονται αντίστοιχα:

- α) στην αγροτική και αλιευτική πολιτική
- β) στην πολιτική τιμών και επιδότησης τροφίμων
- γ) στην βιομηχανική επεξεργασία και στις εισαγωγές τροφίμων
- δ) στη διάθεση και πώληση των τροφίμων
- ε) στην σύνθεση των τροφίμων
- στ) στην έρευνα στους τομείς της διατροφής και των τροφίμων.

Ένας άλλος στόχος ενός προγράμματος διατροφικής πολιτικής πρέπει να είναι η διαμόρφωση καταναλωτικών συνηθειών με βάσεις αναφοράς στους κανόνες υγιεινής διατροφής. Επιπλέον οι επιδοτήσεις μπορεί να κλιμακωθούν ώστε να προάγουν την κατανάλωση των περισσότερων ωφέλιμων τροφίμων από τις ομάδες πληθυσμού που έχουν τις μεγαλύτερες ανάγκες (π.χ. κατανάλωση δημητριακών από πολυμελείς οικογένειες χαμηλής στάθμης).⁷

3.3.3. Διαφώτιση

Οι ειδικές συνήθειες κάθε μιας χώρας, ο αριθμός των ατόμων που έχουν εκπαιδευθεί στη διατροφή, καθώς και το επίπεδο εκπαίδευσης τους, παίζουν αποφασιστικό ρόλο στη διαφώτιση του πληθυσμού στα θέματα διατροφής. Η εκπαίδευση διατροφής για να έχει αποτελέσματα θα πρέπει να απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας, ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, οικονομική και κοινωνική κατάσταση και να τεθεί στα προγράμματα όλων των βαθμίδων σχολικής εκπαίδευσης. Αυτό γίνεται σε πολλές χώρες του κόσμου.

Ανάγκη για ενημέρωση στα θέματα διατροφής έχουν ακόμη και οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι τους και έχουν περιορισμένα οικονομικά, οικογένειες με λίγα χρήματα, πολλές γυναίκες που βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης και γαλουχίας, τα παιδιά και ειδικότερα τα κορίτσια που για να

χάσουν βάρος ακολουθούν συχνά επικίνδυνες δίαιτες, δεν τρώνε αρκετά κλπ. Δεν θα πρέπει να γίνεται διάκριση στην εκπαίδευση της διατροφής μεταξύ των δύο φύλων. Όταν και οι άνδρες πεισθούν για τα πλεονεκτήματα της σωστής διατροφής, μπορεί η όλη εκπαίδευση στη διατροφή να είναι πιο αποτελεσματική. ⁷

3.3.4. Τα εθνικά προγράμματα στη διαφώτιση διατροφής

Οι υπεύθυνοι για τη διαφώτιση πρέπει να έχουν επαρκή πληροφόρηση, όπως π.χ. για τα γενικά στοιχεία διατροφής του πληθυσμού, σε τι υπολείπεται, τι λάθη γίνονται κ.ο.κ. Η ύπαρξη Εθνικών Προγραμμάτων Διατροφής σε κάθε χώρα, που αποσκοπούν στη γενική ενημέρωση, είναι απαραίτητο και πολύτιμο βοήθημα για τους ασχολούμενους με την εκπαίδευση στη διατροφή.

Τα Εθνικά Προγράμματα Διατροφής βασίζονται σε μελέτες που αφορούν τις συνήθειες διατροφής του πληθυσμού της χώρας, τις ποσότητες και τα είδη τροφών που καταναλίσκονται από τις διάφορες ομάδες του πληθυσμού. Η ΕΣΥΕ, με την έρευνα των οικογενειακών προϋπολογισμών του 1974, μελέτησε και έδωσε σχετικά στοιχεία για την κατανάλωση των τροφίμων. Η συμμετοχή καταλλήλων προσώπων στον Εθνικό Προγραμματισμό είναι απαραίτητη στη χώρα μας, αλλά και στις χώρες που δεν υπάρχουν Εθνικά Προγράμματα χρησιμοποιούνται οι πίνακες που έχει ετοιμάσει ο FAO που δίνουν πληροφορίες για την κατανομή των διαφόρων ειδών τροφίμων, την περιεκτικότητα των τροφών σε θρεπτικά συστατικά και άλλα στοιχεία.

Συμβουλές διατροφής για την πρόληψη του καρκίνου

1. Η διατροφή να περιλαμβάνει: Δημητριακά Ολικής Αλέσεως, Οσπρια, φρέσκα Φρούτα και Λαχανικά.
2. Οι τροφές να είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπη όπως: Ψάρια, Πουλερικά (να αφαιρείται το δέρμα), Άπαχο Κρέας, Άπαχο Γάλα, Τυριά, Γιαούρτι.
3. Μη βάζετε μεγάλη ποσότητα λιπαρών (Λίπη - Βούτυρα Λάδια) στα φαγητά που μαγειρεύετε.

4. Περιορίστε τη ποσότητα: Ζάχαρης (Γλυκά, Παγωτά, Αναψυκτικά κλπ.), Αλμυρών (Τουρσιά, Αλμυρές Σάλτσες, κλπ.)
5. Αποφεύγετε τροφές που περιέχονται σε κονσέρβες.
6. Αποφεύγετε τροφές ψημένες στα κάρβουνα (μπριζόλες κλπ.).
7. Μη πίνετε Οινοπνευματώδη.
8. Φροντίστε για τη καλή σας σωματική κατάσταση.
9. Να προσλαμβάνετε με τη διατροφή σας τόσες θερμίδες όσες συνήθως καταναλώνετε.⁷

Ο δεκάλογος της υγιεινής διατροφής

1. Μη τρώτε περισσότερο από όσο χρειάζεστε
2. Ακολουθήστε μικτή διατροφή
3. Μάθετε να μαγειρεύεται καλά.

Να τρώτε με όρεξη και ευδιαθεσία.

4. Συνηθίστε να χρησιμοποιείτε περισσότερο τα φρούτα και τα χορταρικά: για να ενεργοποιείται το έντερο σας για να αυξάνει ο όγκος της καθημερινής τροφής και να σηκώνεστε από το τραπέζι χορτασμένοι χωρίς να αυξήσετε το ποσό των θερμίδων που πρέπει να αποδίδει η καθημερινή σας τροφή.
5. Συνηθίστε να χρησιμοποιείτε για μαγειρικό λίπος το αγνό λάδι ελιάς, καθώς και ορισμένα καλά σπορέλαια.
6. Αυξήστε τη χρήση γάλακτος και των προϊόντων του. Το γάλα αποτελεί αναντικατάστατη τροφή.
7. Συνηθίστε να τρώτε ψωμί που γίνεται από άλευρα τύπου 100% το σταρένιο και το πυτιρούχο είναι πολυβιταμινούχα. Αποφεύγεται η χρήση ζαχαρωδών αεριούχων ποτών, αντικαταστήστε τα με άφθονους χυμούς φρέσκων φρούτων.
8. Προτιμήστε από τις ζωϊκές τροφές, το κρέας των ψαριών, των κοτόπουλων και των κουνελιών.

9. Περιορίστε τη χρήση αλατιού, μπαχαρικών και οινοπνεύματος.
10. Επιδοθείτε περισσότερο στη γυμναστική, άθληση, σπορ. Η χρόνια αποφυγή της φυσικής άσκησης οδηγεί σε εξασθένηση του μυϊκού συστήματος και της καρδιάς.⁶

3.4. Κάπνισμα και καρκίνος

Το κάπνισμα αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα πρόκλησης καρκίνου. Με τη διακοπή του καπνίσματος ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου περιορίζεται και μετά από πέντε χρόνια ελαττώνεται σημαντικά. Κάθε σοβαρό πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου οφείλει να έχει στο επίκεντρό του τον περιορισμό του καπνίσματος. Ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα, βασισμένο στην πρωτοβάθμια φροντίδα, παρέχει τη δυνατότητα περιορισμού σε μέτρια επίπεδα των βλαπτικών επιδράσεων του καπνίσματος, επίτευγμα που θεωρείται σημαντικό. Η αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων, στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, έχει αποδειχθεί από σειρά μελετών. Εξαιτίας των περιορισμένων μέσων που υπάρχουν σ' αυτό το επίπεδο υγειονομικής φροντίδας, οι προσπάθειες που αναλαμβάνονται πρέπει να επικεντρώνονται σε άτομα υψηλού κινδύνου, που έχουν τη διάθεση να σταματήσουν το κάπνισμα. Σε σχέση με τις εξατομικευμένες προσεγγίσεις, τα μαζικά (πληθυσμιακά) προγράμματα παρουσιάζουν αξιοσημείωτα πλεονεκτήματα σ' ό,τι αφορά την ελάττωση της νοσηρότητας και θνητότητας σ' ολόκληρο τον πληθυσμό. Οι κυβερνήσεις οφείλουν να αναλάβουν το μεγάλο μερίδιο ευθύνης που τους αναλογεί στη δημιουργία και στην προώθηση αυτών των προγραμμάτων. Όμως κάτι τέτοιο δε φαίνεται να συμβαίνει, όπως χαρακτηριστικά δείχνει η αποτυχία των κυβερνήσεων να απαγορεύσουν όλους τους τρόπους διαφήμισης και προώθησης των προϊόντων καπνού. Είναι προφανές, ότι η αναγνώριση των κυβερνητικών ευθυνών θα συμβάλει σημαντικά στον περιορισμό της συνήθειας του καπνίσματος, ιδιαίτερα στους νέους.

Σ' ό,τι αφορά τον καρκίνο, το κάπνισμα αποτελεί τον πλέον σημαντικό παράγοντα που τον προκαλεί, πολύ πιο σημαντικό απ' όλες τις άλλες γνωστές αιτίες. Πολλά είδη καρκίνου οφείλουν τη γένεσή τους σ' αυτήν τη βλαβερή

συνήθεια. Υπολογίζεται ότι το 30% περίπου όλων των θανάτων από καρκίνο οφείλονται στο κάπνισμα. Αυτός ο αριθμός περιλαμβάνει το 80 ως 90% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα και ποσοστό θανάτων από καρκίνο της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, της τραχείας, του οισοφάγου και της ουροδόχου κύστης. Πιθανώς δε και μερικούς από τους θανάτους από καρκίνο των νεφρών. Τέλος, σύμφωνα με νεότερα δεδομένα, στα παραπάνω θα πρέπει να προστεθεί και ποσοστό θανάτων από λευχαιμίες και καρκίνο της ρινός, του στομάχου και του τραχήλου της μήτρας.⁵

3.4.1. Μέτρα για τη μείωση του κινδύνου καρκίνου από το κάπνισμα

Η ελάττωση του καπνίσματος πρέπει να βρίσκεται στο επίκεντρο κάθε σοβαρού προγράμματος πρόληψης του καρκίνου. Σ' ό,τι αφορά την ελάττωση των κινδύνων για το σύνολο του πληθυσμού, τα πληθυσμιακά προγράμματα έχουν σημαντικά πλεονεκτήματα σε σχέση με τα εξατομικευμένα που απευθύνονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Τα πληθυσμιακά προγράμματα χρησιμοποιούν αποτελεσματικά μέτρα, όπως την αύξηση της τιμής των τσιγάρων, τον έλεγχο της προώθησής τους, τη διάδοση των χώρων απαλλαγμένων από καπνούς και τα εθνικά προγράμματα προαγωγής της υγείας.

Χωρίς αποτελεσματικούς ελέγχους στη διαφήμιση των τσιγάρων και στις δραστηριότητες χορηγιών που αναλαμβάνουν οι καπνοβιομηχανίες, πολλοί από τους στόχους ελάττωσης του καπνίσματος μετατίθενται στα άτομα. Η προσέγγιση με επίκεντρο του ενδιαφέροντός τα άτομα υψηλού κινδύνου, δηλαδή εκείνα που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν προβλήματα υγείας, αποτελεί απαραίτητη συμπλήρωση των πληθυσμιακών προσεγγίσεων. Ο ρόλος των λειτουργών της υγείας, ιδιαιτέρως όσων εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα, είναι σημαντικός σ' ό,τι αφορά την ενημέρωση - εκπαίδευση του πληθυσμού. Η κυβερνητική πολιτική για την ελάττωση του καπνίσματος περιλαμβάνει:

- Τη διερεύνηση των καπνιστικών συνηθειών των ατόμων σε συστηματική βάση. Οι γενικοί γιατροί ενθαρρύνονται να συλλέγουν και να καταγράφουν πληροφορίες για τις καπνιστικές συνήθειες των

ασθενών τους, που αθροιζόμενες, στη συνέχεια, μπορούν να προσφέρουν χρήσιμα δεδομένα.

- Την αύξηση του αριθμού των ατόμων που ενημερώνονται σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος, είτε τυχαία είτε σε ειδικά ιατρεία, κατά τη διάρκεια της επίσκεψής τους στο γενικό γιατρό.
- Ιδιαίτερη προτεραιότητα στην παροχή συμβουλών και στην υποστήριξη πρέπει να δίνεται σ' όσους επιθυμούν να σταματήσουν το κάπνισμα

Το πώς μπορεί ν' αυξηθεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που στοχεύουν στη διακοπή του καπνίσματος αποτελεί θέμα με πολλά ερωτηματικά.

Παρεμβάσεις στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας για τη διακοπή του καπνίσματος.

- Προσφέρετε σύντομη ενημέρωση για διακοπή του καπνίσματος.
- Προσφέρετε τη σύντομη ενημέρωση μαζί με έντυπο πληροφοριακό υλικό και βιβλία αυτοβοήθειας.
- Προσφέρετε υποκατάστατα της νικοτίνης για την άμβλυση των φαινόμενα στέρησης.
- Προσφέρετε ραντεβού παρακολούθησης των ασθενών, ειδικά αφιερωμένων στη συζήτηση για το κάπνισμα.
- Ενημερώνετε τους ασθενείς ότι στα επόμενα ραντεβού θα τους ρωτήσετε για το κάπνισμα.
- Προσδιορίστε μία ημερομηνία για διακοπή του καπνίσματος, που μπορεί να αποτυπωθεί ακόμα και με τη μορφή ενυπόγραφου "συμβολαίου" μεταξύ γιατρού και ασθενούς.
- Επιδείξτε στους ασθενείς τα αποτελέσματα του καπνίσματος, για παράδειγμα δείχνοντάς τους τα επίπεδα του μονοξειδίου του άνθρακα στον εκπνεόμενο αέρα.⁵

Αντικαπνιστικά προγράμματα

Το 1974 η Επιτροπή Ειδικών για το κάπνισμα και την υγεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας καθόρισε τις κατευθυντήριες γραμμές για τον σχεδιασμό προγραμμάτων στον τομέα του καπνίσματος. Οι κυριότερες από τις συστάσεις ήταν

- η εκπαίδευση στο θέμα κάπνισμα και υγεία, αν και αποτελεί μια ανεξάρτητη δραστηριότητα, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν τμήμα της γενικότερης εκπαίδευσης σε θέματα υγείας.
- τα θετικά σημεία της επιλογής του μη καπνιστή θα πρέπει να τονίζονται περισσότερο από τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος.
- η αγωγή των παιδιών σε θέματα υγείας θα πρέπει να αρχίζει από το σπίτι και το δημοτικό σχολείο και να επαναλαμβάνεται σε διάφορα στάδια της εκπαίδευσης τους, ώστε να διατηρείται και να ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων της.
- θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ατόμων εκείνων που από τη φύση του επαγγέλματός τους αναλαμβάνουν την ευθύνη της εκπαίδευσης του κοινού σε θέματα υγείας.
- οι υγειονομικές αρχές και οργανισμοί θα πρέπει να συνεργασθούν με τις εκπαιδευτικές αρχές για να ετοιμάσουν προγράμματα και διδακτικό υλικό σχετικά με τους κινδύνους από το κάπνισμα. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να ενσωματωθούν στο γενικότερο πρόγραμμα εκπαίδευσης της υγείας των σχολείων των πανεπιστημίων και άλλων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.
- Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στη διδασκαλία για την υγεία στις παιδαγωγικές σχολές και στη βελτίωση των γνώσεων και ικανοτήτων των εκπαιδευτικών στο θέμα αυτό.

3.5. Οινόπνευμα και καρκίνος

Η δεύτερη αιτία καρκίνου, μετά το κάπνισμα, είναι η κατανάλωση οινοπνεύματος. Το 3% όλων των θανάτων από καρκίνο (περίπου 4300 θάνατοι το χρόνο στην Αγγλία) οφείλονται στην υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος. Σε ορισμένες χώρες, ο συνδυασμός με το κάπνισμα μπορεί να προκαλεί το 10% των θανάτων από καρκίνο. Όπως προκύπτει από τις σχετικές παρατηρήσεις, ο κίνδυνος ανάπτυξης διαφόρων μορφών καρκίνου αυξάνει με την ποσότητα του οινοπνεύματος που καταναλώνεται, φτάνοντας να είναι δεκαπλάσιος στους βαρείς πότες, σε σχέση μ' αυτούς που δεν πίνουν. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τη διαπίστωση, ότι τα άτομα που η επαγγελματική απασχόλησή τους συνδυάζεται με αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος εμφανίζουν αυξημένους κινδύνους νοσηρότητας και θνητότητας συγκριτικά με όσους ανήκουν σε κοινωνικές ομάδες που δεν πίνουν, καθώς επίσης και με την παρατήρηση, ότι οι υφιστάμενοι κίνδυνοι μειώνονται για όσους σταμάτησαν να πίνουν (πρώην-πότες), συνηγορούν χωρίς καμία αμφιβολία για τη συμμετοχή του οινοπνεύματος στην καρκινογένεση.

Διάφορα είδη καρκίνου φαίνεται να σχετίζονται με την ποσότητα του οινοπνεύματος που καταναλώνεται (Πίνακας 8)

Πίνακας 8. Καρκίνοι που προκαλούνται από την κατανάλωση οινοπνεύματος

	Είδος καρκίνου
Αποδεδειγμένη σχέση	Στόματος
	Φάρυγγα
	Λάρυγγα
	Οισοφάγου
	Ήπατος
Πιθανή σχέση	Μαστού
	Ορθού*

*Μόνο από κατανάλωση μπίρας

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις, ότι το οινόπνευμα έχει συνεργική δράση με τον καπνό. Έρευνες για τον καρκίνο της στοματικής κοιλότητας, του

φάρυγγα και του οισοφάγου απέδειξαν την πολλαπλασιαστική συνεργική δράση μεταξύ οιοπνεύματος και καπνού. Ως εκ τούτου, όσα άτομα είναι πότες και ταυτόχρονα βαρείς καπνιστές διατρέχουν πάρα πολύ μεγάλο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο σε σχέση με τους πότες που δεν καπνίζουν (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στοματικής κοιλότητας και φάρυγγα από την κατανάλωση οιοπνεύματος και καπνού, σε άνδρες

Σχέση με καπνό	Αριθμός ποτών* / εβδομάδα				
	<1	1-4	5-14	15-29	>30
Μη καπνιστές	1.0	1.3	1.6	1.4	5.8
Πρώην καπνιστές	0.7	2.2	1.4	3.2	6.4
Καπνιστές (ημερήσιος αριθμός τσιγάρων σε άτομα >20 ετών)					
1-19	1.7	1.5	2.7	5.4	7.9
20-39	1.9	2.4	4.4	7.2	23.8
>40	7.4	0.7	4.4	20.2	37.7

* Ο τρόπος μέτρησης της κατανάλωσης οιοπνεύματος ποικίλλει από χώρα σε χώρα και αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη σύγκριση των δεδομένων. Έτσι, η μονάδα ποτού στις ΗΠΑ ισοδυναμεί με 1,5 μονάδα στην Αγγλία. Ως εκ τούτου, ο μεγαλύτερος κίνδυνος, τα > 30 ποτά εβδομαδιαίως, αντιστοιχούν με 45 ποτά (μονάδες) στην Αγγλία (δηλ. 13 λίτρα μπίρα).

Συνεργικές καρκινογόνες ιδιότητες μπορεί να υφίστανται και με ορισμένα στοιχεία της κακής διατροφής. Οι βαρείς πότες που καταναλώνουν μικρές ποσότητες φρούτων και λαχανικών είναι εκτεθειμένοι σε μεγαλύτερους κινδύνους. Αντίθετα, οι μέτριοι πότες που διατρέφονται σωστά και δεν καπνίζουν, εμφανίζουν μικρότερο κίνδυνο ν' αναπτύξουν καρκίνο. ⁵

Πίνακας 10. Κατανάλωση οινόπνεύματος σε άνδρες και γυναίκες και βαθμός επικινδυνότητας για εμφάνιση κοινωνικών προβλημάτων και προβλημάτων υγείας Κατανάλωση οινόπνεύματος

(μονάδες ανά εβδομάδα)	Βαθμός επικινδυνότητας
Ανδρες	0 - 21 χαμηλός
Γυναίκες	0 - 14
Ανδρες	22- 50 Αυξάνει ιδιαίτερα σε καπνιστές
Γυναίκες	15 - 35
Ανδρες	> 50 Αυξημένος (αποδεδειγμένα
Γυναίκες	> 35 επικίνδυνος), ιδιαίτερα σοβαρός σε καπνιστές.

* Προσαρμοσμένος από το Πρόγραμμα " Υγεία του Έθνους".

3.5.1. Στρατηγικές για την προώθηση της λογικής κατανάλωσης και τον περιορισμό της κατάχρησης οινόπνεύματος

Υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις για να ελαττωθούν τα προβλήματα που προκαλούνται στον πληθυσμό από το οινόπνευμα. Από τη μία πλευρά, υπάρχει η προσέγγιση των ατόμων υψηλού κινδύνου, που επικεντρώνεται στην αναγνώριση και στη βοήθεια των ολίγων που παρουσιάζουν ειδικά προβλήματα, αντιμετωπίζοντας τους παράγοντες κινδύνου και επιδιώκοντας αλλαγές στη συμπεριφορά τους. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει η πληθυσμιακή προσέγγιση που στοχεύει στην ελάττωση της κατανάλωσης του οινόπνεύματος σ' ολόκληρο τον πληθυσμό, περιλαμβάνοντας πολλούς μέτριους πότες.

Η πληθυσμιακή προσέγγιση θεωρείται ως η πλέον αποτελεσματική εκτός των άλλων και για το λόγο ότι, όπως έχει διαπιστωθεί, το ποσοστό της συνολικής νοσηρότητας και θνητότητας του πληθυσμού από το οινόπνευμα είναι μεγαλύτερο στους μέτριους πότες, παρόλο που αυτοί σε ατομικό επίπεδο ανήκουν στην κατηγορία των ατόμων με χαμηλό κίνδυνο. Και οι δύο, όμως, βασικές προσεγγίσεις που αναφέρθηκαν δεν είναι ασύμβατες μεταξύ τους, καθώς η μέση κατανάλωση οινόπνεύματος από τον πληθυσμό είναι ενδεικτική του αριθμού των ατόμων που καταναλώνουν πολύ μεγάλες ποσότητες και,

επομένως, η ελάττωση της μέσης κατανάλωσης θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του αριθμού όσων πίνουν υπερβολικά.

Η μεγάλη σημασία του οικογενειακού ιατρού, σ' ό,τι αφορά τη δυνατότητα παρεμβάσεων σε άτομα με υψηλό κίνδυνο, αναδεικνύεται και από το γεγονός, ότι οι βαρείς πότες επισκέπτονται δύο φορές πιο συχνά τον οικογενειακό γιατρό τους απ' ό,τι οι μη πότες.

Οι στόχοι της " Υγείας του Έθνους" για το οινόπνευμα

Να ελαττωθεί το ποσοστό των ανδρών που πίνουν περισσότερες από 21 μονάδες οιοπνεύματος την εβδομάδα από το 28% το 1990 στο 18% το 2005 και το ποσοστό των γυναικών που πίνουν περισσότερες από 14 μονάδες οιοπνεύματος την εβδομάδα από το 11 % το 1990 στο 7% το 2005. ⁵

3.6. Ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλεύτριας στη διαφώτιση

Βασικός παράγοντας για την πρόληψη είναι η σωστή διαφώτιση σχετικά με τον καρκίνο από όλη την ομάδα υγείας. Το κυριότερο σημείο που πρέπει να τονισθεί είναι η αντιμετώπιση της καπνισματικής επιδημίας. Αυτό αποτελεί και το σημαντικότερο μέλημα της κρατικής υγειονομικής πολιτικής. Θετικό αποτέλεσμα θα Φέρουν οι διαλέξεις, η συνεχής ενημέρωση για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, η έκδοση διαφωτιστικών εντύπων, η οργάνωση συγκεντρώσεων. Ριζική αντιμετώπιση του προβλήματος θα αποτελούσε η σταθερή αποφυγή του καπνίσματος για όσους δεν καπνίζουν και η απόλυτη και συνεχής διακοπή της συνήθειας για όσους καπνίζουν αλλά αυτό δεν είναι χάνια δυνατόν αν και έχουν προταθεί και δοκιμασθεί πολλές ψυχοκοινωνικές μέθοδοι.

Στον τομέα της διατροφής ο περιορισμός της κατανάλωσης θερμίδων κρέατος μεγάλων ζώων, λιπών ζωική ς προέλευσης, καπνιστών και υπεραλατισμένων τροφίμων, οιοπνευματωδών ποτών και καφέ, και αντίθετα η αύξηση καταναλώσεως φρούτων, λαχανικών, ορισμένων βιταμινών(Α και C) και τροφίμων με μεγάλο στερεό υπόλειμα αποτελεί μια χρήσιμη στρατηγική εναντίον του καρκίνου μολονότι η αξία των επιμέρους μέτρων δεν έχει τεκμηριωθεί. Ο εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β, ο περιορισμός της

έκθεσης στις ιονίζουσες και υπεριώδεις ακτινοβολίες, η αποφυγή ακροτήτων στην γενετήσια δραστηριότητα (στις γυναίκες), η μείωση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, και οι γενετικές συμβουλές μπορεί να συμβάλλουν σε ποικίλο βαθμό στην μείωση της επίπτωσης ορισμένων κακοήθων νεοπλασιών.

Μεγάλη σημασία πρέπει να δίνεται στην σωστή διαφώτιση των παιδιών. Με όσα διαλέξεις, έντυπα και αγγελίες μπορούν εύκολα να αποκτήσουν την σωστή πληροφόρηση για ότι αφορά τον καρκίνο.

Τέλος η νοσηλεύτρια πρέπει μέσα από την διαφώτιση στο κοινό να μεταφέρει το μήνυμα πως ο καρκίνος είναι η μοναδική αρρώστια,

- που αν δεν θεραπευτεί οδηγεί αναπόφευκτα στο θάνατο
- είναι ζωτικής σημασίας η θεραπεία του
- τα πρώτα του συμπτώματα είναι ανώδυνα και μοιάζουν με συμπτώματα άλλων ασθενειών που δεν είναι τόσο σοβαρές.

3.7. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στον πάσχοντα

Η νοσηλεύτρια και όλα τα μέλη της ομάδας υγείας από την στιγμή της διάγνωσης πρέπει να κρατήσουν στάση κατανόησης, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο. Να δουν με ποιο τρόπο η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζουν τον άρρωστο έτσι ώστε να του προσφέρουν θετική βοήθεια.

Η νοσηλεύτρια που εργάζεται με τον συγκεκριμένο άρρωστο πρέπει να είναι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει το συνάνθρωπό του και του προσφέρει τον εαυτό της με τις γνώσεις τις δεξιότητες και την ανθρωπιά της. Για να το πετύχει αυτό χρειάζεται γνώσεις, φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την νοσηλευτική, θετική ενίσχυση, βοήθεια και υποστήριξη από όλη την ομάδα υγείας. Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την νοσηλευτική περιλαμβάνει την εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου θανάτου. Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ό,τι είναι με ό,τι γνωρίζει και με ό,τι έχει δύναμη να κάνει.

3.8. Στρατηγικές πρόληψης - ποιους θα πρέπει να αφορούν;

Στο επίκεντρο των πολιτικών πρόληψης βρίσκεται, βέβαια, ο τρόπος ζωής κάθε πολίτη, που σε ένα βαθμό έχει να κάνει με τις επιλογές του και την κοινωνία ως σύνολο, παρά ως ζήτημα που αφορά τις υπηρεσίες της υγείας. Το να επιδιώξει κανείς να μεταβάλει τον τρόπο ζωής των ανθρώπων είναι μια πάρα πολύ δύσκολη υπόθεση και αποτελεί σήμερα τη μεγαλύτερη πρόκληση, όσον αφορά στις πολιτικές πρόληψης του καρκίνου.

Όταν οι πολιτικές πρόληψης επικεντρώνονται μόνο σε εκείνα τα άτομα που διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο αποκτούν κάποιο πλεονέκτημα, με την έννοια ότι οι οποιεσδήποτε ενέργειες κατευθύνονται προς εκείνα τα άτομα που τις έχουν πιο πολύ ανάγκη. Πέραν αυτού, αυτή η προσέγγιση είναι ασφαλής και οικονομικά συμφέρουσα. Θα πρέπει δε να αναμένει κανείς άμεσα και θετικά αποτελέσματα, μια και οι ενέργειες κατευθύνονται μόνο σε μικρό τμήμα του πληθυσμού. Όμως, αυτή η τακτική είναι ενδεχόμενο να δημιουργήσει στη συγκεκριμένη κατηγορία ατόμων βαθιά ανησυχία και να τα αναγκάσει να ζουν μόνιμα με το φόβο του κινδύνου που διατρέχουν. Ακόμα, με το να επικεντρώνονται όλες οι προσπάθειες σε συγκεκριμένο τμήμα του πληθυσμού δεν επηρεάζεται σημαντικά η επίπτωση κάποιου κακοήθους νοσήματος ούτε η θνησιμότητα από αυτό.

Όταν πρόκειται για παθήσεις, όπως ο καρκίνος, που είναι ευρέως διαδεδομένες στον πληθυσμό, το να επικεντρώνεται η προσπάθεια μόνο σ' αυτούς που διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο είναι λανθασμένη τακτική. Προτιμότερο είναι οι πολιτικές πρόληψης να απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού, ώστε να αναμένει κανείς σημαντική μείωση της συχνότητας και της θνησιμότητας από τον καρκίνο. Η έκθεση σε κοινούς κινδύνους, όπως το τι τρώμε, τι πίνουμε, το κάπνισμα ή η υπερβολική έκθεση στον ήλιο, θα πρέπει να εκληφθούν ως προβλήματα συμπεριφοράς και διαμορφωμένων καταστάσεων, που αφορούν στο σύνολο της κοινωνίας και έτσι θα πρέπει να αντιμετωπιστούν. Για πολλές από τις πιο συχνές παθήσεις παρατηρείται μεγάλη διακύμανση στην επίπτωσή τους στα διάφορα μέρη του κόσμου, αλλά

και ανάμεσα στον πληθυσμό συγκεκριμένου γεωγραφικού χώρου. Από αυτό συνάγεται, ότι παρέχεται η δυνατότητα να ελεγχθούν αυτές οι παθήσεις παρεμβαίνοντας στη βασική αιτία που τις προκαλεί. Για ορισμένες από αυτές η αιτία είναι γνωστή, όπως η σχέση μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου του πνεύμονα. Για τις περισσότερες η παρέμβαση πιο πολύ έχει να κάνει με τον τρόπο ζωής και τους κινδύνους στους οποίους εκτίθεται κάθε άτομο.

Αρα επιβάλλεται να εφαρμοσθούν πολιτικές που να αντιμετωπίζουν το σύνολο του πληθυσμού, με στόχο να μειωθεί αισθητά η επίπτωση κάποιου σοβαρού νοσήματος, χωρίς να γνωρίζει κανείς εκ των προτέρων ποιο από τα άτομα της κοινωνίας θα ωφεληθεί περισσότερο από αυτήν την πολιτική.⁵

3.9. Στρατηγικές με στόχο να βοηθηθούν τα άτομα να αλλάξουν τις συνήθειες τους

Η αναζήτηση μεθόδων με τις οποίες ο γιατρός μπορεί να επιδιώξει να πείσει τον ασθενή του, ώστε να τροποποιήσει τις συνήθειές του, με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του, είναι μια ιδιαίτερα σημαντική παράμετρος. Δυστυχώς οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό δεν έχουν εκπαιδευτεί στους τρόπους με τους οποίους μπορούν να πείσουν τους ασθενείς τους να τροποποιήσουν τις συνήθειές τους. Το να δίνουν απλώς συμβουλές, σε όσο γίνεται περισσότερα άτομα για την αποφυγή του καπνίσματος ή του αλκοόλ δε φαίνεται να είναι αρκετό, ώστε να επηρεάσει τη συμπεριφορά των ατόμων. Οι ασθενείς δεν είναι πάντοτε έτοιμοι να δεχθούν και να ακολουθήσουν τις συμβουλές του γιατρού. Κυρίως όταν δεν τις ζητήσουν οι ίδιοι και όταν δεν αναφέρονται σε συγκεκριμένο πρόβλημα της υγείας τους.

Από μελέτες που έχουν γίνει φαίνεται ότι ο γιατρός μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά του ασθενούς, κυρίως στο να μειωθούν οι αντιστάσεις του στην τροποποίηση των συνηθειών του. Θα πρέπει, δηλαδή, ο ασθενής να έχει μόνος του αποφασίσει να αλλάξει τις συνήθειές του, οπότε ο γιατρός μπορεί να του βοηθήσει ώστε να πραγματοποιήσει αυτήν την απόφασή του. Η τροποποίηση των συνηθειών θα πρέπει να εννοηθεί ως μία διαδικασία και όχι ως ένα συγκεκριμένο γεγονός. Ο γιατρός και το νοσηλευτικό

προσωπικό μπορούν να συμβάλουν στο να ενισχυθεί το άτομο στην απόφασή του να απαλλαγεί από κάποια βλαπτική συνήθεια, όπως το κάπνισμα. Η παρέμβαση από μέρους των γιατρών και των νοσηλευτών προς το άτομο θα πρέπει να έχει την προσαρμοστικότητα που απαιτείται για κάθε περίπτωση ξεχωριστά και να είναι επίμονη και όχι στιγμιαία

Πλεονεκτήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου · Κάλυψη - η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καλύπτει το σύνολο σχεδόν του πληθυσμού.

- Η πρακτική της προαγωγής της υγείας και του πληθυσμιακού ελέγχου - στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχουν τώρα ενταχθεί και αρκετές δραστηριότητες που αφορούν στην προαγωγή της υγείας και τον πληθυσμιακό έλεγχο. Η προαγωγή της υγείας συνιστά αναπόσπαστο τμήμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Συμβουλές - το κοινό αναμένει από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό να παρέχουν συμβουλές γύρω από τον υγιεινό τρόπο ζωής. Αυτές οι συμβουλές, όταν δίνονται στα άτομα που διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο από το συγκεκριμένο τρόπο ζωής, μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Όπως, για παράδειγμα, η συμβουλή να πάψουν να καπνίζουν.
- Κίνητρα - οι υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορούν να προστρέξουν σε βοήθεια εκείνων των ατόμων που είναι λιγότερο ευαισθητοποιημένα στο να παρακολουθήσουν κάποιο πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου.
- Συνέχεια στη φροντίδα - η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας χαρακτηρίζεται από τη συνέχεια, που είναι απαραίτητη προκειμένου κάποιο πρόγραμμα παρέμβασης για την προάσπιση της υγείας των πολιτών να καταστεί αποτελεσματικό.

Ο ρόλος των ομάδων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου

- Να συμβουλευούν το κοινό πώς να πάψει να καπνίζει.

- Να παρεμβαίνουν ώστε να περιοριστεί η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.
- Να παρέχουν τις κατάλληλες συμβουλές για την υγιεινή διατροφή.
- Να συμβουλεύουν το κοινό, ώστε να αποφεύγει την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.
- Να εντοπίζουν και να συμβουλεύουν εκείνες τις γυναίκες που θα πρέπει να ακολουθήσουν το πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.
- Να συμμετέχουν ενεργά στην υλοποίηση του προγράμματος προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.⁵

3.10. Η Ευρώπη κατά του καρκίνου

Το γεγονός ότι η συχνότητα του καρκίνου και η θνησιμότητα που προκαλούν οι κακοήθεις παθήσεις μπορούν να μειωθούν με την εφαρμογή προληπτικών μέτρων, οδήγησε την Ευρώπη να καταστρώσει συγκεκριμένο σχέδιο δράσης. Αυτό βασίζεται στην ενημέρωση, ώστε κάθε άτομο, αλλάζοντας τον τρόπο ζωής του, να προσπαθήσει να αποφύγει να εκτίθεται σε γνωστούς παράγοντες κινδύνου (πρωτογενής πρόληψη) καθώς και στο να παροτρύνονται τα άτομα να συμμετέχουν σε προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης των κακοήθων νοσημάτων, που αποδεδειγμένα έχουν ως αποτέλεσμα την καλύτερη έκβαση (δευτερογενής πρόληψη).

Βασικός άξονας του προγράμματος είναι ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του καρκίνου. Με αυτόν επιδιώκεται να ενημερωθεί το κοινό με απλό τρόπο για τις δυνατότητες πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης πολλών συχνών μορφών καρκίνου. Η επιτροπή των ειδικών έχει προβεί στην εξής δήλωση: "Εάν ο Κώδικας διαδοθεί και υιοθετηθεί από μεγάλο τμήμα του πληθυσμού της Ευρώπης, τότε θα πρέπει να αναμένεται σημαντική μείωση των θανάτων από καρκίνο, που περί το 2.000 θα πρέπει να προσεγγίσει το 15%. Με το πρόγραμμα "η Ευρώπη κατά του καρκίνου" ένας από τους σημαντικότερους ρόλους εναποτίθεται στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας της υγείας.

Ο Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου.

Μερικοί τύποι καρκίνου μπορούν να αποφευχθούν

- Μην καπνίζετε. Καπνιστές, σταματήστε το κάπνισμα το συντομότερο και μην καπνίζετε μπροστά σε άλλους.
- Περιορίστε την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (μπύρας, κρασιού, ισχυρών αλκοολούχων).
- Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.
- Ακολουθείτε τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας, ιδιαίτερα στο χώρο της εργασίας σας, όπου η παρασκευή, η συχνή επαφή ή η χρησιμοποίηση ορισμένων ουσιών ενδεχομένως να προκαλούν καρκίνο.
- Να τρώτε άφθονα φρούτα, λαχανικά και τροφές πλούσιες σε κυτταρίνη.
- Αποφύγετε να αποκτήσετε περισσότερο του κανονικού σωματικό βάρος - περιορίστε την κατανάλωση τροφών που περιέχουν λίπος.

Αρκετοί τύποι καρκίνου θεραπεύονται εάν διαγνωστούν έγκαιρα

- Απευθυνθείτε αμέσως στο γιατρό σας αν παρατηρήσετε ένα ογκίδιο στο σώμα σας ή αλλαγές σε μελαγχρωματικό σπίλο (ελιά) ή ανώμαλη ανεξήγητη αιμορραγία.
- Απευθυνθείτε στο γιατρό σας για κάθε πρόβλημα της υγείας σας που παρατείνεται, όπως επίμονος βήχας, επίμονο βράγχος της φωνής, μεταβολές στο συνήθη τρόπο κενώσεως του εντέρου ή ανεξήγητη απώλεια βάρους.

Για τις γυναίκες

- Να κάνετε σε τακτά χρονικά διαστήματα το Pap test.
- Να ελέγχετε τακτικά τους μαστούς σας και, εάν είναι δυνατόν, να υποβάλλεστε σε μαστογραφικό έλεγχο σε τακτά χρονικά διαστήματα, μετά την ηλικία των 50 χρόνων. ⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

4.1. Ταξινόμηση - Χαρακτηριστικά των νεοπλασμάτων

Γίνεται σε σχέση με την καλοήθη ή κακόηθη μορφή τους και με τον ιστό ή το όργανο από το οποίο αρχίζουν την ανάπτυξή τους .

Όπως φαίνεται στον πίνακα 11 όλα τα ονόματα των νεοπλασμάτων τελειώνουν με την κατάληξη «ώμα» ενώ το πρώτο μέρος της λέξεως καθορίζει τον ιστό ή το όργανο από το οποίο αναπτύχθηκε, π.χ. ενδοθηλίωμα, αδένωμα κλπ. Όταν στο σχηματισμό του νεοπλάσματος λαμβάνουν μέρος περισσότεροι ιστοί από ένα, τότε η ονομασία του νεοπλάσματος είναι περιγραφική, π.χ. αδενομούμα.

Καλοήθη νεοπλάσματα προελεύσεως επιθηλιακού ιστού δεν ταξινομούνται εύκολα. Η ταξινόμησή τους γίνεται σύμφωνα με τη μικροσκοπική τους εμφάνιση (π.χ. αδένωμα μπορεί να είναι καλοήθης όγκος που αναπτύσσεται στους αδένες) ή με τη μακροσκοπική μορφή (π.χ, πολύποδες είναι καλοήθεις επιθηλιακό νεόπλασμα και η λέξη αυτή είναι σύνθετη - πολλά πόδια).

Πίνακας 11. Ταξινόμηση των νεοπλασμάτων

Ιστός ή όργανο	Καλόηθες	Κακόηθες
Συνδετικός ιστός		Σάρκωμα
Εμβρυϊκός ινώδης ιστός	Μύξωμα	Μυξοσώρκωμα
Ινώδης ιστός	Ίνωμα	Ινοσάρκωμα
Λιπώδης ιστός	Λίπωμα	Λιποσάρκωμα
Χόνδρος	Χόνδρωμα	Χονδροσάρκωμα
Οστούν (κόκκαλο)	Οστέωμα	Οστεογενές σάρκωμα
Επιθηλιακός ιστός		
Δέρμα και βλεννογόνοι	θήλωμα	Καρκίνωμα
Αδένες	Πολύποδας Αδένωμα Κυσταδένωμα	Αδενοκαρκίνωμα
Μελαγχρωστικό κύτταρο	Σπίλος	Κακόηθες μελάνωμα
Ενδοθηλιακός ιστός		Ενδοθηλίωμα
Αιμοφόρα αγγεία	Αμαγγείωμα	Αιμαγγειοενδοθηλίωμα Αιμσγγειοσάρκωμα
Λεμφικό αγγεία	λεμφαγγείωμα	λεμφαγγειοσάρκωμα λεμφαγγειοενδοθηλίωμα
Μυελός των οστών		Πολλαπλό μύελωμα Σάρκωμα του Ewing Λευχαιμία
Λεμφικός ιστός		Κακόηθες λέμφωμα Λεμφοσάρκωμα Σάρκωμα δικτυοκυττάρων Λεμφογενής λευχαιμία
Μυϊκός ιστός		
Λείες μυϊκές ίνες	Μύωμα	Μυοσάρκωμα Λειομυοσάρκωμα
Γραμμωτές μυϊκές ίνες	Ραβδομύωμα	Ραβδομυοσάρκωμα
Νευρικός ιστός		
Νευρικές ίνες και έλυτρα	Νεύρωμα Νευρίνωμα Νευροϊνωμα	Νευρογενές σάρκωμα
Γαγγλιακό κύτταρα	Γαγγλιονεύρωμα	Νευροβλάστωμα
Νευρογλοιοκύτταρα	Γλοίωμα	Γλοιοβλάστωμα
Μήνιγγες	Μηνιγγίωμα	Κακόηθες μηνιγγίωμα
Γεννητικοί αδένες	Δερμοειδής κύστη	Εμβρυϊκό σάρκωμα Εμβρυϊκό καρκίνωμα Τερατοκαρκίνωμα

Τρεις πολύ συνηθισμένοι καλοήθεις όγκοι είναι το ίνωμα, το λίπωμα και το μύωμα. Το ίνωμα μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε σημείο του ανθρώπινου οργανισμού, το λίπωμα, συχνός όγκος, αναπτύσσεται στον υποδόριο ιστό και το μύωμα αναπτύσσεται στις λείες μυϊκές ίνες.

Ο κακοήθης όγκος (νεόπλασμα) που αναπτύσσεται από τον επιθηλιακό ιστό καλείται καρκίνωμα, ενώ όταν αναπτύσσεται από μεσεγχυματικό (συνεκτικό) ιστό καλείται σάρκωμα.

Στις περισσότερες όμως χώρες επικρότησε να χρησιμοποιείται η λέξη καρκίνος για όλους τους κακοήθεις όγκους και η λέξη καρκίνωμα για τους επιθηλιακούς κακοήθεις όγκους.

Ο πίνακας 12 παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά των καλοήθων και κακοήθων νεοπλασμάτων.

Πίνακας 12. Χαρακτηριστικά καλοήθων και κακοήθων νεοπλασμάτων

Χαρακτηριστικά	Καλοήθη νεοπλάσματα	Κακοήθη νεοπλάσματα
Ταχύτητα ανάπτυξης	- Αναπτύσσονται με αργό ρυθμό συνήθως συνεχίζουν να αναπτύσσονται σ' όλο τον κύκλο της ζωής του ατόμου. εκτός και αν αφαιρεθούν με χειρουργική επέμβαση. Μπορεί να παρατηρούνται περιοδοι διακοπής της ανάπτυξής τους.	- Συνήθως αναπτύσσονται με γρήγορο ρυθμό και σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Πολύ σπάνια υποχωρούν αυτόματα.
Τρόπος ανάπτυξης	- Αυξάνει σε μέγεθος και έκταση. Πάντοτε παραμένει στην περιοχή που πρωτοδημιουργήθηκε. Ποτέ δεν διηθεί τους γύρω ιστούς.	- Αναπτύσσεται με διήθηση των γύρω ιστών. Μπορεί να διατηρείται στην περιοχή που πρωτοδημιουργήθηκε (in situ) αλλά συνήθως διασπείρεται και διηθεί τους γειτονικούς ιστούς.
Υπαρξη κάψας	- Σχεδόν πάντοτε περιέχεται μέσα σε ινώδη κάψα η οποία δεν εμποδίζει την επέκτασή του αλλά εμποδίζει τη διήθηση στους γειτονικούς ιστούς. Τόσο η κάψα όσο και ο περιεχόμενος σ' αυτήν ιστός αφαιρείται χειρουργικά εύκολα.	- Ποτέ δεν περιέχεται σε κάψα. Η απουσία της κάψας επιτρέπει τη διήθηση των γύρω ιστών και κάνει δύσκολη την αφαίρεσή του.
Χαρακτηριστικά των κυττάρων που αποτελούν το νεόπλασμα	- Συνήθως δεν ξεχωρίζουν από φυσιολογικά κύτταρα καλά. Απουσιάζουν μιτωτικά χαρακτηριστικά ή είναι σπάνια. Τα κύτταρα φαίνονται ώριμα. Έχουν περιορισμένη λειτουργικότητα. Εάν το νεόπλασμα αναπτύσσεται σε αδενικό ιστό είναι δυνατόν	- Συνήθως ξεχωρίζουν από τα φυσιολογικά κύτταρα. Βρίσκεται μεγάλος αριθμός φυσιολογικών και παθολογικών μιτωτικών χαρακτηριστικών. Παρατηρούνται άωρο κύτταρα, δεν εκτελούν καμία φυσιολογική λειτουργία. Ευκαιριακά κακοήθες νεόπλασμα

	να εκκρίνουν ορμόνες.	που αναπτύσσεται σε αδενικό ιστό μπορεί να εκκρίνει ορμόνες.
Επανεμφάνιση (υποτροπή))	- Πολύ σπάνια επανεμφανίζεται μετά χειρουργική αφαίρεση.	- Πολύ συχνά επανεμφανίζεται μετά από χειρουργική επέμβαση από τη διασπορά των κακοηθών νεοπλασματικών κυττάρων στους γύρω ιστούς.
Μετάσταση ή Η διασπορά του νεοπλάσματος από το αρχικό σημείο σε άλλο όργανο	- Ποτέ δεν παρατηρείται μετάσταση.	- Η μετάσταση είναι πολύ συχνή. πιο επικίνδυνη και θανατηφόρα άποψη του νεοπλάσματος.
Επιπτώσεις του νεοπλάσματος στους ιστούς και σ' όλο τον οργανισμό	- Δεν προκαλεί βλάβη εκτός και αν πιέζει όργανα λόγω της εντόπισής του, και επηρεάζει τη λειτουργία τους. Δεν επηρεάζει τη γενική κατάσταση του οργανισμού (απώλεια βάρους, αδυναμία αναιμία κ.ά.). Όταν το νεό - πλάσμα εντοπίζεται σε αδενικό ιστό μπορεί να παράγει ορμόνη που εκκρίνεται στο όργανο με αποτέλεσμα την υπερπαραγωγή της ορμόνης.	- Πάντοτε επιβλαβής, προκαλεί το θάνατο αν δεν αφαιρεθεί χειρουργικά ή καταστραφεί με τη ραδιοθεραπεία ή χημειοθεραπεία. Προκαλεί δυσμορφίες, έλκη αιμορραγίες σε όργανα. Διαταράσσει τη λειτουργία διαφόρων οργάνων, τη θρέψη.. Σχεδόν πάντα προκαλεί καχεξία, αναιμία, κ.ά.
Πρόγνωση	- Πολύ καλή. Αφαιρείται χειρουργικά.	Σπάνια εκκρίνουν ορμόνες και διαταράσσουν την ορμονική ισορροπία στον οργανισμό. - Εξαρτάται από το στάδιο της εξέλιξής του που έγινε η διάγνωση. Κακή πρόγνωση όταν έχουν γίνει μεταστάσεις καλή πρόγνωση όταν δεν υπάρχει ένδειξη μεταστάσεων.

4.2. Πως γίνεται η διάγνωση του καρκίνου

Ο καρκίνος μπορεί να θεραπευτεί. Για να θεραπευτεί, όμως, με κάποιο ποσοστό επιτυχίας πρέπει να ανακαλυφθεί σε πρώιμα στάδια και η διάγνωση να γίνει γρήγορα. Αυτό δεν είναι πάντοτε εύκολο, επειδή η αθόρυβη ή ασυμπτωματική περίοδος ανάπτυξης του όγκου μπορεί να διαρκέσει μήνες ή και χρόνια ακόμη, με αποτέλεσμα τα καρκινικά κύτταρα να έχουν διπλασιαστεί αθόρυβα ξανά και ξανά. Τη συγκεκριμένη περίοδο μπορεί να μην υπάρχει καμία απολύτως ένδειξη ότι αναπτύσσεται αυτή η κακοήθης εξεργασία.

Πώς, λοιπόν, θα ανακαλύψουμε ότι υπάρχει καρκίνος; Κάποιο ενόχλημα ίσως κινήσει τις υποψίες. Ο γιατρός σας θα μπορούσε να αντιληφθεί κάποια ένδειξη στη διάρκεια της φυσικής εξέτασης. Από οπουδήποτε κι αν ξεκινήσει η έρευνα ενός καρκίνου, η ερευνητική διαδικασία που θα οδηγήσει ως την οριστική διάγνωση ακολουθεί τυποποιημένη σειρά. Γεννιούνται υποψίες. Υποβάλλονται ερωτήσεις. Οι γιατροί προσπαθούν να βρουν απαντήσεις από τις εξετάσεις, τις εργαστηριακές αναλύσεις, τον ακτινολογικό έλεγχο των οργάνων του σώματος και τις μικροσκοπικές αναλύσεις των ιστών. Όλα αυτά αποτελούν τα μέσα διάγνωσης.⁸

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Όταν μια μάζα αναπτυχθεί σε ορισμένο μέγεθος γίνεται αντιληπτή με πολλούς τρόπους.

- Πιέζει τους γειτονικούς ιστούς και μερικές φορές προκαλεί πόνο.
- Αναπτύσσεται στα γειτονικά αιμοφόρα αγγεία και μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία.
- Ο όγκος γίνεται τόσο μεγάλος ώστε να καθίσταται εμφανής και ψηλαφητός.
- Ενδεχομένως μεταβάλλεται η φυσιολογική λειτουργία των οργάνων. Για παράδειγμα, η δυσκολία στην κατάποση (δυσφαγία) ίσως αποτελεί ένδειξη καρκινικής διήθησης του οισοφάγου (ο οισοφάγος αποτελεί τη δίοδο από το λαιμό στο στομάχι). Το βράχνιασμα ή η μεταβολή της φωνής μπορεί να σημαίνει καρκίνο του λάρυγγα ή των φωνητικών χορδών.

Τα συμπτώματα αυτά -πιεστικά φαινόμενα, αιμορραγίες, ψηλαφητές μάζες ή ανωμαλίες στη λειτουργία των οργάνων- περιλαμβάνονται, σύμφωνα με την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία, στον κατάλογο των Επτά Πρώιμων Προειδοποιητικών Σημείων:

1. Αλλαγή στη συμπεριφορά του εντέρου ή της κύστης.
2. Δυσίατη φλεγμονή του φάρυγγα.
3. Ασυνήθεις αιμορραγίες ή παθολογικό έκκριμα.
4. Σκλήρυνση ή διόγκωση στο μαστό ή σε άλλο σημείο.

5. Δυσπεπτικά ενοχλήματα ή δυσκολίες κατάποσης.

6. Εμφανής αλλαγή σε σπίλο ή σε κρεατοελιά.

7. Ενοχλητικός βήχας ή βράγχος φωνής.

Η αναγνώριση ενός συμπτώματος αποτελεί το πρώτο σημαντικό βήμα για την ανακάλυψη του καρκίνου. Δυστυχώς, πολλά άτομα δεν δίνουν σημασία σε αυτά τα προειδοποιητικά σημάδια. Πολλές φορές καθυστερούν ακόμη και μήνες πριν καταφύγουν στην ιατρική περίθαλψη που θα μπορούσε να τους σώσει τη ζωή.

Οι περισσότερες πιθανότητες πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου εξαρτώνται από την επίγνωση του ασθενούς ότι κάτι νέο συμβαίνει στον οργανισμό του, ιδιαίτερα όταν εκδηλώνεται κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα.⁸

4.3. Κλινική εξέταση - Ιστορικό

Η υποψία ότι αναπτύσσεται καρκίνος δημιουργείται συχνά κατά τη συνηθισμένη κλινική (φυσική) εξέταση, η οποία αποτελεί το κυριότερο τμήμα του ετήσιου ελέγχου υγείας. Η κλινική εξέταση είναι η πλήρης, συστηματική, κατά στάδια έρευνα ολόκληρου του οργανισμού με στόχο να επισημανθούν ενδείξεις νόσου ή κάποιας μη φυσιολογικής λειτουργίας. Κάθε γιατρός ακολουθεί τον δικό του τρόπο και μέθοδο εξέτασης ώστε να είναι βέβαιος ότι δεν θα παραλείψει κάποια σημαντική περιοχή. Μερικοί αρχίζουν από το κεφάλι και προχωρούν προς τα κάτω, ενώ άλλοι εξετάζουν κάθε οργανικό σύστημα ως ξεχωριστή μονάδα.

Οποιαδήποτε μέθοδος κι αν ακολουθείται, η καλή κλινική εξέταση που αποσκοπεί στην ανακάλυψη ενός καρκίνου πρέπει να περιλαμβάνει την έρευνα ολόκληρου του σώματος, με ιδιαίτερη έμφαση στις ευπαθέστερες περιοχές.

- Εξετάζεται η μύτη και ο λαιμός. Η εξέταση του λάρυγγα με καθρέφτη είναι γρήγορη και ανώδυνη.

- Εξετάζονται οι περιοχές των λεμφαδένων, όπως ο τράχηλος πάνω από την κλείδα, η περιοχή κάτω από τους βραχίονες και οι βουβονικές περιοχές.
- Μεγάλη προσοχή δίνεται στους μαστούς των γυναικών και στον προστατικό αδένα των ανδρών.
- Το επιγάστριο ψηλαφείται προσεκτικά και εξετάζεται για διόγκωση κάποιου κοιλιακού οργάνου, ιδιαίτερα του ήπατος ή του σπληνός.
- Η εξέταση της πυελικής χώρας της γυναίκας, συμπεριλαμβανομένου του τεστ Παπανικολάου (Pap test), αποτελεί τη βάση για να ανακαλυφθεί καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και των ωοθηκών.
- Η δακτυλική εξέταση του πρωκτού με γάντι αποτελεί βασική παράμετρο της κλινικής εξέτασης και των ανδρών και των γυναικών.

Κατά την εξέταση, ο γιατρός θα σας απευθύνει αρκετές ερωτήσεις σχετικά με τις διαφορετικές λειτουργίες του σώματος. Θα υπάρξουν και ειδικές ερωτήσεις, όπως αν υπήρξε βραχνάδα ή σημάδια αιμορραγίας από το πεπτικό, δυσκοιλιότητα, προβλήματα κατάποσης, αιματηρή απόχρεμψη κ.ά. Η καταφατική απάντηση σε μια από αυτές τις ερωτήσεις οδηγεί σε λεπτομερέστερες ερωτήσεις, σε ειδικότερη κλινική εξέταση και πιθανόν σε εξετάσεις αίματος, ακτινολογικό έλεγχο κλπ.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ένα προσεκτικό ιστορικό είναι απαραίτητο. Ο γιατρός θα πρέπει να συνηθίσει να ακούει την ιστορία του ασθενούς και να συγκεντρώνει την προσοχή του στο τι προσπαθεί αυτός να του πει. Δυστυχώς, ο ασθενής δεν είναι ένας εκπαιδευμένος ομιλητής και συχνά η πραγματική ιστορία καλύπτεται κάτω από ένα πλήθος άσχετων πληροφοριών. Αλλά ένας ευφυής ακροατής σπάνια δεν αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα. Κατά την λήψη του ιστορικού θα πρέπει ο γιατρός να προσέξει στη διερεύνηση του οικογενειακού ιστορικού, διότι γνωρίζουμε ότι αν και ο καρκίνος δεν είναι κληρονομική νόσος κατά τη συνήθη έννοια, μερικές οικογένειες είναι πιο επιρρεπείς από άλλες να αναπτύξουν συγκεκριμένους καρκίνους. Αφού επομένως πρέπει να

υπολογίσουμε όλες τις πιθανότητες, αυτός ο παράγοντας αυξάνει τον κίνδυνο αλλά και την ευαισθητοποίησή μας απέναντι στον άρρωστο.

Το κοινωνικό ιστορικό είναι σημαντικό, επειδή ορισμένες κοινωνικοοικονομικές ομάδες εμφανίζουν υψηλότερη συχνότητα καρκίνου από άλλες. Για παράδειγμα, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι συχνότερος στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες.

Το γυναικολογικό και το σεξουαλικό ιστορικό είναι επίσης σημαντικά ο αριθμός των κυήσεων και ο θηλασμός των βρεφών φαίνεται να εξασκούν κάποια επίδραση στη συχνότητα του καρκίνου του μαστού. Παράλληλα, η πρώιμη σεξουαλική ζωή φαίνεται να επηρεάζει την συχνότητα του τραχηλικού καρκίνου.

Οι συνήθειες του ατόμου βοηθούν συχνά να το κατατάξουμε τη συγκεκριμένη ομάδα υψηλού κινδύνου. Το κάπνισμα τσιγάρων αυξάνει τη συχνότητα του καρκίνου του πνεύμονα και του χείλους, ενώ το μάσημα του καπνού αυξάνει τη συχνότητα του καρκίνου του στόματος. Τα ζεστά ποτά μπορεί να παίζουν ρόλο στον καρκίνο του οισοφάγου.

Η επαγγελματική απασχόληση του ασθενούς επηρεάζει τη συχνότητα εμφάνισης ορισμένων καρκίνων. Οι Άγγλοι καπνοδοχοκαθαριστές πιθανότητα ήταν οι πρώτοι που αναγνωρίστηκαν. Οι βαφείς των δίσκων των ρολογιών, που ακουμπούσαν - για να κάνουν μυτερή την άκρη - τα πινέλα στα χείλη τους, μετέφεραν ραδιενεργό υλικό στον οργανισμό τους, προκαλώντας οστεοσαρκώματα. Οι εργάτες στα ορυχεία ουρανίου και ορισμένη εργοστάσια χημικών, όπως βαφών ανιλίνης και ασβέστου, έχουν αυξημένη συχνότητα ορισμένων καρκίνων.

Το ατομικό αναμνηστικό έχει εξαιρετικά μεγάλη σημασία. Η ακτινοβολία στον τράχηλο ή στο θύμο στην παιδική ηλικία, μπορεί να προκαλέσει καρκίνο θυρεοειδούς. Η εμφύτευση ραδιενεργού υλικού ή άλλη ακτινοβολία, μπορεί να προκαλέσει κακοήθεις εξαλλαγές στις ακτινοβολημένες περιοχές. Επίσης αυξάνεται και η συχνότητα ορισμένων δευτερογενών κακοηθειών. Μια ανασκόπηση συστημάτων συχνά αποκαλύπτει στοιχεία που ο ασθενής παρέβλεψε ή νόμισε ότι ήταν ασήμαντη ή άσχετα.

Συμπερασματικά, το ιστορικό είναι ένα από τη πιο σημαντικά μέρη της εξέτασης. Η λήψη του θα πρέπει να γίνεται από το γιατρό και όχι από κάποιο υπάλληλο, που δεν θα έχει τις γνώσεις και το υπόβαθρο να ξεχωρίσει τα σημαντικά στοιχεία που πρέπει να διερευνήσει περαιτέρω από εκείνη που δεν έχουν καμία αξία.

Η μεγαλύτερη αδικία που μπορεί να γίνει σε έναν ασθενή, είναι να παραβλέψει κανείς κάποιο σημαντικό στοιχείο, που πιθανόν να έσωζε τη ζωή του, εάν είχε σωστά εκτιμηθεί και αντιμετωπισθεί τον κατάλληλο χρόνο.⁹

4.4. Εξετάσεις αίματος

Το επόμενο στάδιο των διαγνωστικών μεθόδων περιλαμβάνει την εργαστηριακή ανάλυση δείγματος αίματος. Χρησιμοποιούνται δύο κατηγορίες εξετάσεων που βοηθούν να γίνει διάγνωση του καρκίνου.

Μη ειδικές εξετάσεις Οι περισσότερες από τις εξετάσεις αίματος είναι μη ειδικές, δηλαδή μπορεί να δείξουν πως υπάρχει κάποια πάθηση, όχι όμως και ποια είναι.

Η μέτρηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων, για παράδειγμα, μπορεί να δείξει αναιμία. Γιατί είστε αναιμικός; Υπάρχουν πολλές αιτίες, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου. Όμως είναι δυνατόν η αναιμία να μην έχει σχέση με τον όγκο, εκτός αν υπάρχει αιμορραγία του εντέρου, οπότε ο ακτινολογικός έλεγχος ίσως αποκαλύψει καρκίνο του παχέως εντέρου. Ομοίως, υπάρχουν εξετάσεις για την ηπατική λειτουργία που ίσως είναι παθολογικές. Το πρόβλημα όμως θα μπορούσε να οφείλεται σε χολολιθίαση, ηπατίτιδα, όγκους ή τοξικότητα των φαρμάκων. Κάποια χαρακτηριστικά των αποτελεσμάτων ίσως υποδηλώνουν καρκίνο ή αποφρακτικό ίκτερο άλλης αιτίας. Κατά βάση, όμως, τα χαρακτηριστικά αυτά αποτελούν απλώς ενδιαφέροντα σημεία-κλειδιά παρά απαντήσεις στα διαγνωστικά ερωτήματα.

Υπάρχουν τόσο πολλές εξετάσεις για να εντοπιστούν διαταραχές των διαφόρων οργανικών συστημάτων, ώστε οι γιατροί ζητούν συνήθως να γίνει πλήρης έλεγχος: γενική αίματος, μεταβολικός έλεγχος (συμπεριλαμβανομένων των επιπέδων των μετάλλων, όπως του ασβεστίου), ηπατικές δοκιμασίες,

εξετάσεις νεφρών και θυρεοειδούς. Τα αποτελέσματά τους ίσως υποδηλώνουν ότι υπάρχει κάποιος όγκος, όμως δεν μπορεί να γίνει ειδική διάγνωση με βάση τις εξετάσεις αυτές και μόνο.

Ειδικές εξετάσεις. Για ορισμένα είδη καρκίνου υπάρχουν αιματολογικές εξετάσεις μάλλον ειδικές που συχνά επαρκούν για τη διάγνωση του. Τις εξετάσεις θα τις ζητήσει ο γιατρός αν έχει ισχυρές υποψίες για κάποιο είδος καρκίνου.

Νεοπλασματικοί δείκτες. Οι πιο ενδιαφέρουσες από τις ειδικές εξετάσεις είναι εκείνες κατά τις οποίες αναζητούνται οι χημικές ουσίες που ονομάζονται νεοπλασματικοί δείκτες. Οι εν λόγω ουσίες παράγονται από διάφορα είδη καρκίνου. Για παράδειγμα, ο καρκίνος του μαστού, του πνεύμονα και του εντέρου παράγει την πρωτεΐνη που ονομάζεται καρκινοεμβρυϊκό αντίγόνο (CEA). Ορισμένα φλεγμονώδη νοσήματα μπορεί να παράγουν χαμηλά επίπεδα των χημικών αυτών ουσιών. Αντίθετα, μερικοί όγκοι στις ίδιες περιοχές παράγουν πολύ υψηλά επίπεδα. Αν ανευρεθεί καρκινοεμβρυϊκό αντίγόνο σε υψηλά επίπεδα, υπάρχει υποψία όγκου, εκτός αν αποδειχτεί το αντίθετο. Οι καρκίνοι του προστάτη και αρκετοί καρκίνοι των όρχεων, όπως και των ωοθηκών, παράγουν γνωστές χημικές ουσίες.

Διεξάγονται σήμερα ιδιαίτερα προηγμένες έρευνες για να ανακαλυφθούν ακριβέστεροι δείκτες για τους διάφορους τύπους καρκίνου. Μπορούμε από τώρα να οραματιζόμαστε την ημέρα εκείνη, η οποία δεν απέχει και πολύ, που ειδικές εξετάσεις αίματος θα μπορούν να ανιχνεύουν τους περισσότερους καρκίνους. Εντούτοις, και οι λίγες εξετάσεις που διαθέτουμε στον τομέα αυτό, είναι πολύτιμες.

Δεν βοηθούν μόνο στη διάγνωση, αλλά χρησιμεύουν και στην παρακολούθηση της πορείας του καρκίνου μετά τη θεραπεία. Αν κατά τη διάγνωση ο δείκτης είναι υψηλός, τότε η επιτυχής αγωγή θα μειώσει το επίπεδό του ή θα τον εξαφανίσει τελείως. Η επανεμφάνιση του δείκτη υποδηλώνει συχνά υποτροπή του καρκίνου. Ακόμη κι αν δεν υπάρχει κανένα άλλο σημείο ή σύμπτωμα, πρέπει να ερευνησουμε για νέο όγκο ή να εξετάσουμε το ενδεχόμενο επανάληψης της θεραπείας.

Πίνακας 13: Εξετάσεις αίματος χρήσιμες για τη διάγνωση του καρκίνου

Μη ειδικές εξετάσεις

Αλκαλική φωσφατάση SGOT και SGPT Χολερυθρίνη	αυξάνεται σε νοσήματα οστών και ήπατος αυξάνονται όταν υπάρχει ηπατική βλάβη αυξάνεται σε ηπατική νόσο και ειδικότερα σε απόφραξη χολής
LDH	αυξάνεται σε πολλά νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου
Ουρικό οξύ	αυξάνεται σε ουρική αρθρίτιδα, νεοπλασμάτα του αίματος και λεμφαδένων και μετά από αντικαρκινική θεραπεία
Κρεατινίνη και BUN Ασβέστιο	αυξημένα σε νοσήματα νεφρού αυξάνεται σε καρκίνο που έχει διασπαρεί στα οστά, σε όγκους οι οποίοι παράγουν πρωτεΐνη που μοιάζει με την παραθορμόνη, και στο πολλαπλούν μύελωνα, όπως επίσης και σε μη κακοήγη νοσήματα
Ηλεκτρολύτες (νάτριο, διοξείδιο του άνθρακα, χλωριούχο άλας)	χρήσιμοι σε μεταβολικές και ενδοκρινολογικές παθήσεις αλλά και για να ελέγχεται η κατάσταση θρέψης και τα αποτελέσματα της θεραπευτικής αγωγής
Αμυλάση	χρήσιμη για την αξιολόγηση των νόσων του παγκρέατος

Ειδικές εξετάσεις και δείκτες

Οι δείκτες αυτοί δεν παράγονται σε όλες τις μορφές καρκίνου

CEA (ICαρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο)	αυξημένο στους καρκίνους παχέος εντέρου, πνευμόνων, μαστού και παγκρέατος
CA-125	αυξημένο στους καρκίνους ωοθηκών και μήτρας
CA 19-9	αυξημένο στους καρκίνους του παχέως εντέρου, παγκρέατος, στομάχου και ήπατος
CA 15-3	αυξημένο στον καρκίνο μαστού
AFP (Αλφα φετοπρω τεΐνη)	αυξημένη στον πρωτοπαθή καρκίνο ήπατος και σε μερικές μορφές καρκίνου όρχεος
HCG (Ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη)	αυξημένη σε μερικούς καρκίνους όρχεος και ωοθηκών και σε κάποιους καρκίνους πνευμόνων.
PAP (Προστατικό κλά σμα όξινης φωσφατάσης)	Επίσης αυξημένη κατά την εγκυμοσύνη πολύ αυξημένο σε ορισμένες περιπτώσεις καρκίνου προστάτη
PSA (Ειδικό αντιγόνο του προστάτη)	βοηθά να διαγνωσθεί ο καρκίνος του προστάτη και ειδικότερα να εντοπιστεί υποτροπή της νόσου
Ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών	– υπερβολική ποσότητα γ-σφαιρίνης ορού ανευρίσκεται στο πολλαπλούν μύελωνα
Ανοσοηλεκτροφόρηση (IbG, IgA, IgM)	(μονοκλωνική «αιχμή») όπως και παραπάνω, μπορεί όμως να ταξινομηθούν οι τύποι της παρουσιαζόμενης παθολογικής γ-σφαιρίνης

Άλλες εξετάσεις αίματος Αν ο καρκίνος εντοπίζεται στα ίδια τα κύτταρα του αίματος, για τη διάγνωσή του χρειάζονται εξετάσεις του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων. Ο καρκίνος των λευκών αιμοσφαιρίων (λευχαιμία) συχνά διαγιγνώσκεται με την ανάλυση δείγματος αίματος το οποίο λαμβάνεται από το δάχτυλο ή το βραχίονα.

Η διάγνωση τεκμηριώνεται αν εξεταστούν τα κύτταρα του μυελού των οστών, δηλαδή εκεί όπου δημιουργούνται τα κύτταρα. Από την ανάλυση του μυελού των οστών γίνεται επίσης η διάγνωση του πολλαπλού μυελώματος, μιας κακοήθειας των πλασματοκυττάρων του μυελού.⁸

4.5. Έλεγχος υγρών και κοπράνων

Ο οργανισμός παράγει απόβλητα, με τη μορφή ούρων και κοπράνων, τα οποία μπορεί να αποκαλύψουν σημάδια κάποιας ασθένειας. Υπάρχουν όμως και άλλα υγρά που η ανάλυσή τους αποκαλύπτει τα καρκινικά κύτταρα.

- Η γνωστότερη ανάλυση σωματικών υγρών αφορά τα ούρα και αποτελεί τμήμα του συνηθισμένου τσεκ υπ. Η ανάλυση της σύνθεσης των ούρων είναι δυνατό να αποκαλύψει ποικίλες διαταραχές. Η παρουσία πρωτεΐνης μπορεί να υποδηλώνει νεφρική πάθηση. Υψηλό επίπεδο σακχάρου μπορεί να υποδηλώνει διαβήτη, ενώ υπερβολικός αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων μπορεί να υποδηλώνει ουρολοίμωξη. Τα πολλά ερυθρά αιμοσφαίρια μπορεί να σημαίνουν αιμορραγία, ίσως λόγω όγκου ή άλλης αιτίας. Αν ανιχνευθούν καρκινικά κύτταρα, πρέπει να γίνουν και άλλες εξετάσεις.
- Η κλινική εξέταση ή η ακτινογραφία ίσως αποκαλύψουν ότι υπάρχει υγρό στη θωρακική κοιλότητα, την κοιλιά ή τις αρθρώσεις. Με την παρακέντηση των περιοχών αυτών αναρροφάται υγρό για εξέταση.
- Η οσφυονωτιαία παρακέντηση είναι μια ειδική εξέταση κατά την οποία αφαιρείται υγρό από το νωτιαίο σωλήνα. Γίνεται με την εισαγωγή βελόνας ανάμεσα στους σπονδύλους, έπειτα από τοπική αναισθησία. Από τις σχετικές αναλύσεις διαπιστώνεται λοίμωξη, φλεγμονή ή καρκίνος.⁸

4.6. Απεικονιστικές τεχνικές

Οποιαδήποτε ύποπτα ευρήματα προκύψουν κατά την ιατρική ή εργαστηριακή εξέταση, θα δώσουν αφορμή στο γιατρό σας να θελήσει να πληροφορηθεί τι συμβαίνει στο εσωτερικό του οργανισμού σας. Θα μπορούσε απλώς να κοιτάξει κατευθείαν στο εσωτερικό είτε με ειδικά όργανα είτε με χειρουργική διάνοιξη κάποιας περιοχής. Το πρώτο βήμα όμως γίνεται συνήθως με τη χρήση ενός ή περισσότερων οργάνων τα οποία παράγουν εικόνες ύποπτων περιοχών.

Η μελέτη των εικόνων παρέχει τη δυνατότητα να εντοπιστεί ένας όγκος σε κάποιο συγκεκριμένο όργανο και βοηθά το γιατρό να εκτιμήσει το μέγεθός του και να διαπιστώσει αν έχει επεκταθεί στους γύρω ιστούς.

Μέχρι σχετικώς πρόσφατα η ακτινογραφία αποτελούσε τη μοναδική απεικονιστική τεχνική. Αν δεν μπορούσε να απαντήσει στα κρίσιμα ερωτήματα του διαγνωστικού ελέγχου, τότε χρειαζόταν χειρουργική επέμβαση. Διανοιγόταν λοιπόν η συγκεκριμένη περιοχή του σώματος, για να υπάρχει απευθείας επισκόπηση. Χάρη στις νέες τεχνικές όμως σημειώθηκε επανάσταση στην επιστήμη της διαγνωστικής. Σε μερικές νέες τεχνικές χρησιμοποιούνται ακτίνες X, σε άλλες όχι.

Ακτινογραφία. Κατά τη διάρκεια αυτής της γνωστής τεχνικής λήψεως εικόνας, διοχετεύεται μικρή δόση ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας διαμέσου μιας συγκεκριμένης περιοχής του σώματος, η οποία αποτυπώνεται σε φιλμ. Έτσι απεικονίζονται δισδιάστατες οι εσωτερικές δομές του σώματος.

Τα οστά και ορισμένα άλλα σημεία με σκληρή υφή απορροφούν περισσότερες ακτίνες X από άλλους ιστούς, και έτσι απεικονίζονται πάνω στο φιλμ σαν σκιές πού ο γιατρός μπορεί να τις ερμηνεύσει. Οι μαλακότεροι ιστοί δεν είναι ορατοί με τις ακτίνες X.

Πυρηνικά σπινθηρογραφήματα. Τα ραδιοϊσότοπα πού παράγουν ακτίνες γ μπορούν να δημιουργήσουν εικόνα σε φωτογραφικό φιλμ ή σε σπινθηρογράφο. Μερικά ισότοπα, τα οποία συνήθως εγχέονται δια ενέσεων,

κατευθύνονται σε συγκεκριμένα όργανα, συγκεντρώνονται δηλαδή στο σημείο του σώματος για το οποίο υπάρχει υποψία ή ένδειξη καρκίνου.

Τα διάφορα όργανα αντιδρούν στα ισότοπα ποικιλότροπα. Τα ισότοπα που χρησιμοποιούνται για το ήπαρ συγκεντρώνονται στους κανονικούς ιστούς, αλλά δεν απορροφούνται από τα καρκινικά κύτταρα. Έτσι η εικόνα δείχνει «ψυχρές κηλίδες», οι οποίες μπορεί να οφείλονται σε περιοχές προσβεβλημένες από καρκίνο. Αντίθετα λειτουργούν τα ισότοπα που χρησιμοποιούνται για την εξέταση των οστών. Τα καρκινικά κύτταρα του πάσχοντα οστού αντιδρούν στο ισότοπο εντονότερα έναντι των κυττάρων του φυσιολογικού οστού, με αποτέλεσμα τις «θερμές κηλίδες» που φωτίζουν περισσότερο την εικόνα του σκελετού. «Θερμές κηλίδες» προκαλούνται και από άλλες ασθένειες πλην του καρκίνου, όπως οι τραυματισμοί του οστού ή η αρθρίτιδα.

Αγγειογραφία Αποτελεί έναν πολύ χρήσιμο τρόπο μελέτης των αιμοφόρων αγγείων σε ορισμένες περιοχές του σώματος. Η αγγειογραφία χρησιμοποιείται πολλές φορές για να διαγνωσθούν και να εντοπιστούν επακριβώς οι όγκοι του παγκρέατος, του ήπατος και του εγκεφάλου, ιδίως προεγχειρητικά.

Χρησιμοποιείται επίσης σε ορισμένες μορφές χημειοθεραπείας, όταν ο καθετήρας εισάγεται σε κάποια αρτηρία για να διοχετεύσει αντικαρκινικά φάρμακα στον όγκο. Στις περιπτώσεις αυτές έχει ιδιαίτερη σημασία να εντοπίσουμε επακριβώς τον όγκο, ώστε να εξασφαλιστεί η φαρμακευτική κάλυψη ολόκληρης της επιφάνειάς του. Είναι ανώφελο να τοποθετείται ο καθετήρας με τρόπο που να μένει ακάλυπτο ένα τμήμα του όγκου και να μην τροφοδοτείται από το εν λόγω αιμοφόρο αγγείο. Οι αγγειογραφίες διασφαλίζουν τον ακριβή εντοπισμό των αιμοφόρων αγγείων που βρίσκονται μέσα στον όγκο, τα οποία παρουσιάζουν διαφορετική υφή και όψη από τις αρτηρίες που βρίσκονται γύρω του.

Αξονικές τομογραφίες (CT). Τα τελευταία χρόνια χάρη στις αξονικές τομογραφίες, και με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή, μπορούμε να μελετούμε ανατομικές περιοχές του σώματος οι οποίες ήταν δύσκολο ή και

αδύνατο να απεικονιστούν διαφορετικά. Οι παραγόμενες εικόνες είναι κατά πολύ ανώτερες εκείνων που δίνουν οι ακτινογραφίες, είναι δε ακόμη πιο καθαρές, αν πριν από την εξέταση χορηγηθεί από το στόμα ή με ένεση κάποια ακτινοσκιερή ουσία.

Ο αξονικός τομογράφος «σαρώνει» την εξεταζόμενη περιοχή -θώρακας, εγκέφαλος, κοιλιακή χώρα ή οποιοδήποτε άλλο σημείο του σώματος- κάνοντας διαδοχικές ακτινογραφήσεις των ιστών σε λεπτά στρώματα. Ο ηλεκτρονικός υπολογιστής συνθέτει τις εικόνες για να δημιουργήσει μια διατομή της περιοχής. Τέτοιες εξετάσεις γίνονται ακόμη και για ολόκληρο το σώμα.

Μαγνητική Τομογραφία (MRI). Σε πολλές περιπτώσεις η εξέταση αυτή συμπληρώνει ή και υποκαθιστά την αξονική τομογραφία. Οι εικόνες μοιάζουν με της αξονικής τομογραφίας, αλλά δεν χρησιμοποιούνται ακτίνες X. Η συσκευή μαγνητικής τομογραφίας χρησιμοποιεί ισχυρό μαγνητικό πεδίο που προξενεί παλμικές δονήσεις σε ορισμένα σωματίδια του σώματος. Ένας εξαιρετικά πολύπλοκος ηλεκτρονικός υπολογιστής μετρά την αντίδραση και παράγει εικόνες.

Υπερηχογράφημα Αποτελεί μια τελείως αβλαβή και ανώδυνη τεχνική, η οποία δεν είναι διεισδυτική, με την έννοια ότι στον οργανισμό δεν εισέρχεται τίποτε άλλο παρά μόνο ηχητικά κύματα.

Κατά την εν λόγω τεχνική, ορισμένες περιοχές της επιδερμίδας επαλείφονται με λεπτό στρώμα πηκτής -ζελέ- και κατόπιν, διαμέσου του δέρματος εκπέμπονται υψίσυχνα ηχητικά κύματα προς τα εσωτερικά όργανα. Κατά βάση, η λειτουργία μοιάζει με του σόναρ που χρησιμοποιούν τα πολεμικά πλοία για να εντοπίζουν τα υποβρύχια, όπου τα ηχητικά κύματα στέλνονται διαμέσου του νερού και αναλύεται ο ήχος που ανακλάται προς τα πάνω αφού προσκρούσει στο αντικείμενο. Παρομοίως, η περίπλοκη συσκευή υπερήχων σχηματίζει την εικόνα του οργάνου στο οποίο ανακλώνται τα ηχητικά κύματα. ⁸

4.7. Ενδοσκόπηση

Μερικές φορές οι εικόνες δεν είναι αρκετές. Τα τελευταία χρόνια αποκτά συνεχώς μεγαλύτερη αξία η χρήση της απευθείας οπτικής επαφής όχι μόνο για να διαγνωσθούν κακοήθεις όγκοι αλλά, σε μερικές περιπτώσεις, και για να υποβοηθηθεί η θεραπευτική αγωγή.

Σκληρά και λεπτά ενδοσκόπια χρησιμοποιούνται από χρόνια για την επισκόπηση του εσωτερικού των κοιλοτήτων του σώματος οι οποίες έχουν φυσικά ανοίγματα. Για να επισκοπηθεί το εσωτερικό των πνευμόνων χρησιμοποιείται ένα βρογχοσκόπιο εισαγόμενο από το στόμα ή τη μύτη, διαμέσου της τραχείας. Ένα κυστεοσκόπιο, εισαγόμενο από την ουρήθρα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εξεταστεί η κύστη.⁸

4.8. Κυτταρολογικές εξετάσεις

Η κυτταρολογία είναι απλώς η μελέτη των κυττάρων. Στη διάγνωση του καρκίνου, ο όρος κυτταρολογική εξέταση σημαίνει την εξέταση του κυτταρικού υλικού που αφαιρείται από το σώμα. Τα κύτταρα αυτά μπορούν να βγουν με φυσικό τρόπο, λόγω χάρη με απόχρεμψη όταν βήχουμε. Βγαίνουν επίσης με πλύση μιας σωματικής κοιλότητας με διάλυμα χλωριούχου νατρίου (αλάτι) -λόγου χάρη του εσωτερικού της κοιλιάς έπειτα από εγχείρηση της κοιλιακής χώρας- ή με απόξεση της επιφάνειας του οργάνου που υποπτευόμαστε ότι έχει προσβληθεί από καρκίνο.

Η γνωστότερη κυτταρολογική εξέταση επινοήθηκε από τον Γεώργιο Παπανικολάου. Γίνεται απόξεση του τραχήλου της μήτρας και στα ξέσματα αναλύονται τα κύτταρα που ενδεχομένως παρουσιάζουν ανωμαλίες ή καρκίνο. Η γλώσσα, ο οισοφάγος, το στομάχι ή οι αναπνευστικές οδοί αποξέονται με τη βοήθεια μιας μικρής ψήκτρας που εισάγεται διαμέσου ενδοσκοπίου.

Τα κύτταρα που εξάγονται τοποθετούνται σε αντικειμενοφόρες πλάκες στις οποίες προστίθενται μερικές σταγόνες χρωστικής ουσίας. Ο κυτταρολόγος αναζητεί τη χαρακτηριστική εικόνα των κακοήθων ή προκακοήθων κυττάρων. Ο παθολογοανατόμος επίσης εξετάζει τα πλακίδια

για να διαγνώσει καρκίνο ή να αποφανθεί ότι υπάρχει σοβαρή υποψία για καρκίνο. Σε πολλές περιπτώσεις γίνεται μια συνηθισμένη χειρουργική βιοψία για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση.⁸

4.9. Ανάλυση μυελού των οστών

Ο μυελός των οστών υποβάλλεται σε ανάλυση για να διαγνωσθεί αν πάσχει ο ίδιος από καρκίνο ή αν έχει σημειωθεί μετάσταση από άλλη περιοχή του σώματος.

Η διαδικασία είναι απλή και σύντομη. Μπορεί να γίνει στο ιατρείο με τοπική αναισθησία, όμοια μ' εκείνη που χρησιμοποιεί ο οδοντογιατρός. Η διαδικασία μοιάζει με την αιμοληψία από το χέρι. Εισάγεται μια βελόνα στο στέρνο ή το οστόν της λεκάνης, που βρίσκονται και τα δύο υποδερμικά και τρυπιούνται εύκολα. Με τη σύριγγα αναρροφάται μικρή ποσότητα υγρού του μυελού η οποία τοποθετείται σε αντικειμενοφόρες πλάκες και εξετάζεται μικροσκοπικά για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν στοιχεία λευχαιμίας, λεμφώματος ή άλλου είδους καρκινικά κύτταρα.

Μερικές φορές απαιτείται βιοψία του μυελού των οστών. Μια ειδική τέμνουσα βελόνα εισάγεται σε αναισθητοποιημένη περιοχή του οστού της λεκάνης, απ' όπου αφαιρούνται λεπτά τμήματα οστού. Έτσι τίθεται η διάγνωση ορισμένων τύπων καρκίνου του αίματος και του μυελού των οστών ή διαπιστώνεται αν άλλοι καρκίνοι έχουν προσβάσει το μυελό. Η ίδια διαδικασία χρησιμοποιείται και για τη σταδιοποίηση του καρκίνου.

Ο μυελός των οστών εξετάζεται επίσης για να ελεγχθούν τυχόν μολύνσεις, να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής και, τέλος, για να διαπιστωθεί αν ο μυελός θα ήταν ικανός να παραγάγει αιμοσφαίρια υπό την επίδραση μιας έντονης χημειοθεραπευτικής αγωγής.⁸

4.10. Βιοψίες

Ως τελευταίο μέσο για τη διάγνωση του καρκίνου χρησιμοποιείται η εξέταση μικρού τμήματος ιστού για να διαπιστωθεί αν αυτό έχει τα

χαρακτηριστικά γνωρίσματα και περιέχει τους τύπους των κυττάρων που καθορίζουν έναν καρκίνο. Αναμφισβήτητα, ο αποτελεσματικότερος τρόπος διάγνωσης για μια ύποπτη περιοχή είναι η βιοψία πριν από κάθε εργαστηριακή εξέταση.

Η μικροσκοπική εξέταση γίνεται από τον παθολογοανατόμο, ο οποίος γνωρίζει καλά τα ακριβή κριτήρια που ξεχωρίζουν τα κακοήθη κύτταρα από τα καλοήθη ή τα φυσιολογικά. Για να γίνει εφικτή η εξέταση πρέπει οπωσδήποτε να ληφθεί δείγμα του ιστού. Η βιοψία είναι η διαδικασία λήψεως του ιστού.

Υπάρχουν δύο είδη βιοψίας:

- Με τομή του όγκου και αφαίρεση ενός τμήματός του και στη συνέχεια συρραφή της περιοχής.
- Με ολική αφαίρεση του όγκου.

Η δεύτερη μέθοδος χρησιμοποιείται για όγκους που βρίσκονται σε προσιτά σημεία, όπως το δέρμα, το στόμα, η ρινική κοιλότητα, οι λεμφαδένες ή τα γεννητικά όργανα της γυναίκας.

Οι βιοψίες γίνονται κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων που έχουν στόχο την ανακάλυψη του όγκου. Στις περιπτώσεις αυτές συνηθίζεται η λήψη δείγματος ιστών όχι μόνο από την άμεση περιοχή του όγκου αλλά και από τους λεμφαδένες ή άλλους παρακείμενους ιστούς. Έτσι διευκολύνεται ο προσδιορισμός της πιθανής ή πραγματικής έκτασης του όγκου, προσδιορίζεται το στάδιο του καρκίνου και γίνεται η σταδιοποίηση ταυτόχρονα με τη διαγνωστική διαδικασία. Ο χειρουργός μπορεί να προχωρήσει συγχρόνως στην εκτομή ολόκληρου του ορατού όγκου, η οποία αποτελεί και την καταλληλότερη θεραπευτική μέθοδο.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

5.1. Χειρουργική θεραπεία

Ο ρόλος της χειρουργικής στην αντιμετώπιση του καρκίνου έχει αλλάξει σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Ήταν όμως για πολλές δεκαετίες η αρχαιότερη θεραπεία και πολλές φορές η μοναδική.

Ποιοι ήταν οι λόγοι αυτής της αλλαγής;

Η πρόοδος στην τεχνολογία βοήθησε στις χειρουργικές τεχνικές, ενώ παράλληλα η καλύτερη γνώση η της βιολογίας και διασποράς του καρκίνου έδωσε την ευκαιρία στους χειρουργούς να πραγματοποιούν καλύτερα σχεδιασμένες επεμβάσεις. Την ίδια στιγμή η ανάπτυξη εναλλακτικών ή συμπληρωματικών θεραπειών έδωσε την ευκαιρία στον χειρουργό να συνδυάζει τα χειρουργικά του αποτελέσματα με την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας και της χημειοθεραπείας. Σαν αποτέλεσμα όλων αυτών ο χειρουργός που ασχολείται με τον καρκίνο πρέπει να είναι γνώστης της φυσικής εξέλιξης κάθε είδους όγκου. Να είναι γνώστης των βασικών αρχών της ακτινοθεραπείας, της χημειοθεραπείας, της ανοσοθεραπείας και άλλων νέων μεθόδων.

Επίσης θα πρέπει να έχει κεντρικό ρόλο στην πρόληψη, στην διάγνωση, θεραπεία, στην ανακούφιση και αποκατάσταση του καρκινοπαθούς.³

5.1.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προετοιμασία του ασθενούς

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προετοιμασία του ασθενούς πριν από την εγχείρηση είναι κατά κύριο λόγο συμβουλευτικός και ενημερωτικός.

Πρώτον, τον συμβουλεύει να κόψει το τσιγάρο, αν καπνίζει. Ανεξάρτητα αν προτίθεται ή όχι να το σταματήσει για πάντα (σίγουρα θα ήταν η ιδανική απόφαση) πρέπει να πάψει να καπνίζει αμέσως μόλις

αποφασιστεί η επέμβαση. Τα πνευμονικά και αναπνευστικά προβλήματα, που αποτελούν τις συνηθέστερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, ελαχιστοποιούνται όταν το αναπνευστικό σύστημα λειτουργεί ικανοποιητικά. Η βελτίωση της λειτουργικότητας λειτουργεί ικανοποιητικά. Η βελτίωση της λειτουργικότητας των πνευμόνων, όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο πριν από την επέμβαση, θα αυξήσει σημαντικά τις πιθανότητες να αποφύγετε αυτές τις επιπλοκές.

Δεύτερον τον συμβουλεύει να αυξήσει περισσότερο τη φυσική του δραστηριότητα για να ωφεληθεί μετεγχειρητικά. Υποβοηθητική είναι και η σωστή διατροφή, όπως και η απώλεια περιττών κιλών, αν είναι παχύσαρκος. Κάθε μορφή άσκησης συμπεριλαμβανομένης της βάδισης, είναι ωφέλιμη διότι παράγει την κυκλοφορία και την αναπνευστική λειτουργία.

Τρίτον, τον προτρέπει να συζητήσει με το χειρουργό τις λεπτομέρειες της εγχείρησης και τα αναμενόμενα αποτελέσματα της. Γνωρίζοντας το νοσοκομείο, τη μονάδα εντατικής θεραπείας, την υγειονομική ομάδα και τη διαδικασία που πρέπει να ακολουθηθεί θα τον βοηθήσει να προετοιμαστεί καλύτερα ψυχολογικά.

Τέταρτον, είναι χρήσιμο να συζητηθεί η πιθανότητα μετάγγισης αίματος. Τον ενημερώνει ότι περισσότερες μεγάλες επεμβάσεις χρειάζονται μετάγγιση, η οποία συνεπάγεται ορισμένους αν και ελάχιστους κινδύνους. Οι κίνδυνοι αποφεύγονται πλήρως αν χρησιμοποιηθεί το ίδιο το αίμα του ασθενή. Εφόσον η μέτρηση των ερυθρών στοιχείων του αίματος το επιτρέπει μπορεί ο ασθενής να αποθηκεύσει το δικό του αίμα δύο εβδομάδες πριν την εγχείρηση για να το λάβει αν το χρειαστεί.

5.1.2. Η νοσηλευτική φροντίδα μετά την εγχείρηση του καρκινοπαθούς

Αντίθετα απ' ό,τι πιστεύεται γενικώς, η αφύπνιση από τη γενική νάρκωση δεν είναι πάντοτε δυσάρεστη. Στην πραγματικότητα, δεν διαφέρει πολύ υπό το ξύπνημα-έπειτα από βαθύ ύπνο. Συνήθως ξυπνάτε στο θάλαμο ανανήψεως, αν και ίσως να μην το θυμόσαστε.

Ανάλογα με την επέμβαση, μόλις ξυπνήσετε θα αντιληφθείτε ότι στο σώμα σας βρίσκεται μία ή περισσότερες ενδοφλέβιες γραμμές. Επίσης θα ανακαλύψετε παροχετεύσεις σε ορισμένες κοιλότητες του σώματος. Ίσως νιώθετε κάποια δυσφορία και δεν θα μπορείτε να φάτε, για λίγες μέρες. Ο χειρουργός και ο νοσηλεύτης θα σας έχει ενημερώσει προεγχειρητικά για όλα αυτά τα ενδεχόμενα.

Ρύθμιση του πόνου. Πολλοί ασθενείς ανησυχούν για τον πόνο μετά την εγχείρηση, υπάρχουν όμως μερικοί, σχετικά απλοί, τρόποι να αντιμετωπιστεί. Αν τα ήπια αναλγητικά, όπως η ασπιρίνη και η κωδεΐνη, δεν ανακουφίζουν τον πόνο, γίνονται ενέσεις ισχυρότερων αναλγητικών, από τα οποία το δραστικότερα είναι τα ναρκωτικά, όπως η μορφίνη. Τα φάρμακα αυτά εξαφανίζουν τον πόνο για τρεις ή τέσσερις ώρες και κατόπιν πρέπει να χορηγηθούν πάλι μόλις επανέλθει ο πόνος.

Μέχρι πρόσφατα, όταν οι ασθενείς χρειάζονταν αναλγητική ένεση καλούσαν την αδελφή. Σήμερα όμως υπάρχει η δυνατότητα να ενεργοποιούν μόνοι τους κάποιο μηχάνημα που προμηθεύει το αναλγητικό. Η συσκευή ρύθμισης αναλγησίας (PCA) διαθέτει έναν θάλαμο για τη μορφίνη, έναν διακόπτη που όταν πιεστεί τίθεται σε λειτουργία και έναν μικρό υπολογιστή ο οποίος προμηθεύει την καθορισμένη δασολογία του φαρμάκου. Ο γιατρός ή η αδελφή μεριμνούν να υπάρχει μια νεκρή περίοδος -συνήθως είκοσι λεπτά- ώστε να διασφαλίζεται η μη συχνή παροχή του φαρμάκου. Το κύριο πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι ο πόνος μετριάζεται μόλις γίνει αισθητός, άρα καταναλώνονται μικρότερες ποσότητες αναλγητικών.

Ο πόνος αντιμετωπίζεται και με μορφίνη ή με τοπική αναισθησία η οποία χορηγείται από τον νωτιαίο σωλήνα ακριβώς όπως η επισκληρίδα νάρκωση, η οποία εφαρμόζεται κατά την επέμβαση. Μ' αυτόν τον τρόπο ελέγχεται πλήρως ο πόνος αλλά προκαλείται συνήθως δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης. Είναι, λοιπόν, απαραίτητος ένας καθετήρας για να αδειάζει το ούρα από την ουροδόχο κύστη.

Οι προοπτικές αυτές πρέπει να συζητούνται και να προγραμματίζονται προεγχειρητικά. Το κυριότερο που πρέπει να γνωρίζει ο ασθενής είναι ότι ο

πόνος είναι δυνατό να ελεγχθεί και ότι δεν υπάρχει κανένας λόγος να υποφέρει. Είναι απαραίτητο να τονιστεί πως η ελεύθερη χρήση μορφίνης ή άλλων αναλγητικών κατά τη μετεγχειρητική περίοδο δεν οδηγεί σε εθισμό.⁸

5.2. Χημειοθεραπεία

Η ιδέα της θεραπείας του καρκίνου με χημικές ουσίες ή φάρμακα προϋπήρχε στην αρχαιότητα. Η σύγχρονη χημειοθεραπεία αρχίζει το 1941 με την παρατήρηση του Charles Huggins ότι οι ορμόνες μπορούν να προκαλέσουν ύφεση όγκων του προστάτη. Το γεγονός αυτό ήταν η πρώτη απόδειξη ότι νεοπλασματικά κύτταρα μπορούν να καταστραφούν με μια συστηματική θεραπεία, κάτι διαφορετικό από την χειρουργική επέμβαση και την ακτινοβολία. Το επόμενο βήμα ήταν η παρατήρηση του Alfred Gilman το 1944 ότι ο Αζωθυπερίτης μπορεί να προκαλέσει ύφεση των λεμφωμάτων. Το σημαντικότερο στοιχείο στην περίπτωση αυτή ήταν το γεγονός ότι ένα μη ορμονικό φάρμακο μπορεί να καταστρέψει νεοπλασματικά κύτταρα. Το 1947 ο Sidney Farber έδειξε ότι οι ανταγωνιστές του φολικού οξέος προκαλούν ύφεση της λευχαιμίας στα παιδιά.³

5.2.1. Πληροφόρηση-Εκπαίδευση του αρρώστου πριν την έναρξη της ΧΜΘ

Η πληροφόρηση είναι το πρώτο σκαλοπάτι μιας επικοινωνίας με τον άρρωστο όπου μπορεί να στηριχθεί η εκπαίδευση. Η πληροφόρηση του ογκολογικού αρρώστου για τη διάγνωση είναι έργο του νοσηλευτή και ίσως έργο της υγειονομικής ομάδας.

Η νοσηλεύτρια -τής μέσω του ρόλου της θα δώσει πληροφορίες και θα εκπαιδεύσει τον άρρωστο στο επίπεδο που θέλει και μπορεί ο άρρωστος, η οικογένεια ή οι φίλοι του.

Όπως αναφέραμε το άγχος, η αγωνία, ο φόβος, η κατάθλιψη, η αβεβαιότητα είναι κοινές συγκινήσεις που δοκιμάζουν οι άρρωστοι και οι οποίες είναι πιο έντονες σε αρρώστους που δεν έχουν ακριβή γνώση της θεραπείας τους.

Οι νοσηλεύτριες -τές λοιπόν, μέσω του ρόλου τους θα δώσουν τις κατάλληλες πληροφορίες όσον μπορεί να κρατήσει όλο αυτό το stress του αρρώστου σε άριστο επίπεδο όπως σε μεταβολές του follow-up.

Σε χειρουργικούς αρρώστους, για παράδειγμα, μελέτες υπέδειξαν ότι υστερεκτομηθείσες γυναίκες που είχαν δεχθεί εκπαιδευτικές συμβουλές δοκίμαζαν λιγότερο προεγχειρητικό άγχος και λιγότερη μετεγχειρητική αναλγησία από ασθενείς που είχαν αφεθεί στο να το αντιμετωπίσουν μόνες τους.

Στη χημειοθεραπεία θα δώσει πληροφορίες (φάρμακα, διάρκεια και τρόπο θεραπείας, παρενέργειες) μεμονωμένα ή καθ' ομάδες και θα δώσει το χρόνο στον άρρωστο να συνηθίσει στην ιδέα της χημειοθεραπείας και στη σημασία της, μοιράζοντας έτσι κάθε σκέψη ή άγχος του.

Η εκπαίδευση του αρρώστου ξεκινάει από την ανίχνευση των προβλημάτων του.

Αυτή θα γίνει από πληροφορίες και από το ιατρικό ιστορικό του αρρώστου. Η Νοσηλεύτρια -τής δεν θα παραλείψει να ρωτήσει:

- Είστε αλλεργικός σε κάποιο φάρμακο;
- Είστε έγκυος (σε γυναίκα) ή σκοπεύετε να κάνετε παιδιά; (Μερικά φάρμακα μπορεί να δημιουργήσουν ελαττώματα στο έμβρυο ή να επηρεάσουν την ικανότητα τεκνοποίησης στο μέλλον).
- Θηλάζετε; (Μερικά φάρμακα περνούν στο γάλα και επηρεάζουν, το παιδί).
- Παίρνετε κάποια άλλα φάρμακα; (Η χρήση ορισμένων φαρμάκων μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα).
- Έχετε άλλα ιατρικά προβλήματα; (Μερικές παθήσεις μπορεί να επηρεάσουν τη θεραπεία του).

Στη συνέχεια θα σημειώνονται η πορεία της νόσου και οι αντιδράσεις του αρρώστου.

Κατά τη Νοσηλευτική Φροντίδα θα πρέπει η Νοσηλεύτρια-τής να φροντίσει και να οργανώσει τη σωστή εφαρμογή του Πρωτοκόλλου των κυτταροστατικών φαρμάκων.

Το Πρωτόκολλο των κυτταροστατικών φαρμάκων Το υλικό της / του για την χημειοθεραπεία

Την αντιμετώπιση της αντίδρασης του αρρώστου κατά την χημειοθεραπεία

- Πρωτόκολλο κυτταροστατικών φαρμάκων, δηλαδή τη σωστή εφαρμογή του χωρίς καθυστέρηση.
- Υλικό που θα χρησιμοποιήσει κατά την εφαρμογή του σχήματος.
- Υλικό ανάγκης. Εάν χρειασθεί για υποστήριξη του αρρώστου δίσκος αντιδότην σε νέκρωση φλεβών.
- Να παρακολουθεί, να καταγράφει την αντίδραση, δηλ. τα σημεία και τα συμπτώματα, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος πλησιάζει την ολική δόση των φαρμάκων και να δράσει ανάλογα, π.χ. διουρητικά, αντιεμετικά (εντολή γιατρού).
- Αναφορά στο ιατρικό προσωπικό.
- Να ελέγχει με monitor τη λήψη και αποβολή υγρών, κατά την θεραπεία και 48 ώρες μετά (νεφροτοξικά φάρμακα) π.χ. η ολιγουρία μπορεί να είναι μια ένδειξη τερματισμού της χημειοθεραπείας.
- Πληροφόρηση του αρρώστου για τα σημαντικά γεγονότα που μπορεί να συμβούν και να ενημερωθεί ο γιατρός.
- Φροντίδα στον άρρωστο με στοργή και αγάπη.¹⁰

5.2.2. Η αντιμετώπιση των παρενεργειών των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Η προοπτική της χημειοθεραπείας προκαλεί συχνά πανικό, γεγονός που δεν εκπλήσσει αν ληφθεί υπόψη πως οι παρενέργειες έχουν περιγραφεί από το μέσα ενημέρωσης με τα πιο μελανά χρώματα. Αλλά και η ανεύθυνη συζήτηση

των προβλημάτων που αφορούν τις παρενέργειες δεν βοηθά κανέναν. Όλοι ισχυρίζονται ότι κάποιος γνωστός τους ταλαιπωρήθηκε. Συνήθως όμως οι παρενέργειες δεν είναι ούτε τόσο τραγικές ούτε τόσο οδυνηρές όσο παριστάνονται από φίλους ή από την τηλεόραση.

Πολλοί ανέχονται τη χημειοθεραπεία και παρουσιάζουν λίγες αρνητικές αντιδράσεις. Ο ασθενής που επισκέπτεται το γραφείο του γιατρού, παίρνει μία δόση φαρμάκων για τον καρκίνο του εντέρου ή του μαστού, επιστρέφει στο σπίτι ή στην εργασία του και συμπεριφέρεται φυσιολογικά, σπανίως εμφανίζεται στην τηλεόραση και δίνει συνεντεύξεις.

Η σωστή προσέγγιση Στη χημειοθεραπεία του καρκίνου χρησιμοποιούνται τουλάχιστον πενήντα φάρμακα. Μερικά προκαλούν ελάχιστες παρενέργειες και είναι ανεκτά. Άλλα προκαλούν μεγαλύτερα προβλήματα, που πρέπει να καταπολεμηθούν με τα ανάλογα φάρμακα. Είναι ενδιαφέρον ότι μερικά από τα δραστικότερα αντικαρκινικά φάρμακα προκαλούν και τις μεγαλύτερες παρενέργειες.

Ο ασθενής δεν πρέπει να πανικοβάλλεται γιατί ο φόβος για τη θεραπεία και τις παρενέργειές της αποτελεί μεγάλο πρόβλημα, αφού προκαλεί άγχος και επιδεινώνει τις αντιδράσεις. Η φροντίδα, η ενθάρρυνση από τη συμβουλευτική ομάδα υποστήριξης και η αγχολυτική φαρμακευτική αγωγή έχουν ζωτική σημασία για τη συνέχιση της θεραπείας. Είναι σαφές ότι η ψυχραιμότερη αντιμετώπιση της χημειοθεραπείας αποφέρει λιγότερες άσχημες εμπειρίες.

Ο ασθενής πρέπει να έχει πάντοτε κατά νου ότι η χημειοθεραπεία δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τα καρκινικά κύτταρα χωρίς να επηρεάσει τους φυσιολογικούς ιστούς. Όπως ήδη τονίσαμε, τα φάρμακα είναι δραστικότερα εναντίον των ταχέως αναπτυσσόμενων κυττάρων. Τα καρκινικά κύτταρα αναπτύσσονται ταχέως. Το ίδιο συμβαίνει και με τις ρίζες των τριχών, το μυελό των οστών και τα κύτταρα της εσωτερικής επιφάνειας του γαστρεντερικού συστήματος (στόμα, στομάχι και έντερο).

Υπάρχουν δύο βασικά είδη παρενεργειών της χημειοθεραπείας: οι άμεσες και οι χρόνιες.

Άμεσες παρενέργειες. Είναι κυρίως η ναυτία και οι έμετοι που εμφανίζονται αμέσως μετά τη θεραπεία αλλά συνήθως υποχωρούν αρκετά σύντομα. Ευτυχώς, τα τελευταία χρόνια έχουν ανακαλυφθεί αρκετά φάρμακα κατά της ναυτίας. Συχνά χορηγούνται δύο ή τρία ή καμιά φορά και τέσσερα μαζί, ενίοτε ενδοφλεβίως, προλαμβάνοντας συνήθως σοβαρότερα προβλήματα ναυτίας και εμέτου μαζί. Πολύ συχνά ο γιατρός πρέπει να δοκιμάσει διάφορους συνδυασμούς φαρμάκων εναντίον της ναυτίας αν ο πρώτος συνδυασμός δεν αποδώσει ικανοποιητικά.

Μερικές φορές και τα φάρμακα για τη ναυτία προκαλούν τις δικές τους παρενέργειες, όπως είναι η υπνηλία ή η γενική κόπωση. Αυτά τα ελάχιστα αρνητικά αποτελέσματα, πάντως, αξίζουν τον κόπο αν πρόκειται να καταπολεμηθεί η ναυτία. Ο προγραμματισμός χορήγησης της χημειοθεραπείας μπορεί να ρυθμιστεί ώστε να μην παρεμποδίζει τις καθημερινές ασχολίες του ασθενούς. Μπορεί, λόγου χάρη, να δοθεί η χημειοθεραπεία την Παρασκευή, ώστε αν παρουσιαστεί κόπωση ή κακουχία, να υποχωρήσει ως τη Δευτέρα που θα επιστρέψει ο ασθενής στην εργασία του.

Χρόνιες παρενέργειες. Επειδή τα ταχέως αναπτυσσόμενα κύτταρα επηρεάζονται περισσότερο, πιθανόν να παρατηρηθεί τριχόπτωση, ερεθισμός του στόματος, ναυτία και διάρροια ή μείωση των κυττάρων του αίματος.

Τριχόπτωση. Το μέγεθος της τριχόπτωσης κυμαίνεται από την αραίωση έως τη φαλάκρα. Η απώλεια μπορεί να είναι σταδιακή ή απότομη. Πολλές φορές μπορεί να χαθούν οι τρίχες ολόκληρου του σώματος, της κεφαλής, των φρυδιών, των κνημών, της μασχάλης και του εφηβαίου. Η απώλεια εξαρτάται υπό τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται (και από την ιδιοσυγκρασία του ατόμου).

Η πτώση των τριχών της κεφαλής μπορεί να μειωθεί αν χρησιμοποιηθεί περίδεση ή παγοκύστη, που ελαττώνουν το εύρος των αιμοφόρων αγγείων του τριχωτού της κεφαλής, οπότε στις ρίζες των τριχών φτάνει λιγότερο φάρμακο.

Η τριχόπτωση θα είναι λιγότερο δυσάρεστη αν ο ασθενής είναι προετοιμασμένος να την αντιμετωπίσει πριν από τη θεραπεία. Το κοντό κόψιμο των μαλλιών βοηθά να μη φανεί έντονα η απώλεια των τριχών. Επίσης

να προμηθευτεί ένα μαντίλι ή μια περούκα και να μην ξεχνά ότι η απώλεια είναι προσωρινή. Πολλοί διαπιστώνουν ότι τα μαλλιά τους αρχίζουν να ξαναμεγαλώνουν ενόσω συνεχίζουν τη χημειοθεραπεία.

Ερεθισμός του στόματος. Ο ερεθισμός του στόματος αποτελεί συνήθη επιπλοκή, διαρκεί όμως λίγες μέρες. Ο γιατρός μπορεί να χορηγήσει φάρμακα για να ανακουφίσουν από κάθε πόνο. Η επιλογή μαλακών και ελαφριών τροφών, η χρησιμοποίηση μαλακής οδοντόβουρτσας καθώς και το τακτικό πλύσιμο του στόματος με μη ερεθιστικά αντισηπτικά βοηθούν σημαντικά.

Ελάττωση των κυττάρων του αίματος. Η ελάττωση των κυττάρων του αίματος μπορεί να έχει ποικίλες συνέπειες, ανάλογα με το ποια κύτταρα μειώθηκαν.

- Ο μικρός αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων ίσως επιφέρει μια γενική κόπωση ή αδυναμία. Ο ασθενής θα πρέπει να αναπαύεται αρκετά και να μην καταπονείται με τις καθημερινές του δραστηριότητες.
- Μικρός αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων προδιαθέτει στις λοιμώξεις, γι' αυτό δεν θα πρέπει ο πάσχων να έρχεται σε επαφή με άτομα που έχουν γρίπη ή κρυολόγημα και θα πρέπει να λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης από τις λοιμώξεις
- Μικρός αριθμός των αιμοπεταλίων μπορεί εύκολα να δημιουργήσει μώλωπες και αιμορραγίες. Πρέπει επομένως να αποφεύγονται τα κοψίματα, τα εγκαύματα και οι μικροτραυματισμοί, καθώς και η ασπιρίνη και το αλκοόλ. Αν τα αιμοπετάλια είναι πολύ χαμηλά μπορεί να χρειαστεί μετάγγιση αίματος. Ο μυελός των οστών θα επανέλθει στη φυσιολογική του κατάσταση σε δύο ή τρεις εβδομάδες.

Μερικά φάρμακα έχουν πολύ εξειδικευμένες παρενέργειες. Ο γιατρός θα πρέπει να προειδοποιήσει τον ασθενή και να του εξασφαλίσει ειδικά μέτρα για την πρόληψή τους.⁸

5.3. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι η θεραπευτική μέθοδος που χρησιμοποιεί διαφόρους τύπους ακτινοβολίας για να ασκήσουν βλαπτική επίδραση στα καρκινικά κύτταρα. Κύριο χαρακτηριστικό αυτών των ακτινοβολιών είναι ότι παράγουν ενέργεια μέσα στο περιβάλλον που διασχίζουν.

Η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων γίνεται μέσω του φαινομένου του ιονισμού. Η πλειοψηφία των καρκινικών κυττάρων "φονεύονται" δευτερογενώς μέσα από την επίδραση της ακτινοβολίας στο DNA και τα χρωμοσώματα, έτσι τα καρκινικά κύτταρα καταστρέφονται πριν προλάβουν να διαιρεθούν. Ένα μικρό ποσοστό καρκινικών κυττάρων καταστρέφονται άμεσα μέσα από την απευθείας επίδραση της ακτινοβολίας στο καρκινικό κύτταρο.³

5.3.1. Διδασκαλία και πληροφόρηση του ασθενούς με ακτινοθεραπεία

Η αυξανόμενη χρήση της ακτινοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο τονίζει τις πληροφοριακές ανάγκες του ασθενούς.

Οι πληροφοριακές ανάγκες του ασθενούς έχουν σχέση με την ενημέρωσή του σχετικά με τη θεραπεία του και ιδιαίτερα την αντιμετώπιση των παρενεργειών της Τηλεθεραπείας και τους περιορισμούς επιβλαβούς επιδράσεως της Βραχυθεραπείας κατά την εμφύτευση ραδιενεργών στοιχείων στην πάσχουσα περιοχή.

Με τη διδασκαλία και ενημέρωση του ασθενούς δίνεται έμφαση στην παροχή πληροφοριών στον ασθενή για το τι πρέπει να περιμένει κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας και αμέσως μετά.

Με τη διδασκαλία και ενημέρωση του ασθενούς κατά την ακτινοθεραπεία επιτυγχάνεται η πρόληψη και αντιμετώπιση των παρενεργειών όπου ο ασθενής πρέπει να είναι έγκαιρα ενημερωμένος γι' αυτές (δερματίτιδα, αλωπεκία, αναιμία, τάση εμέτου, ανορεξία κλπ.).

Οι πληροφορίες του νοσηλευτή προς τον ασθενή μπορεί να είναι:

α) Γενικές πληροφορίες.

β) Πληροφορίες ακτινοθεραπείας.

γ) Πληροφορίες για τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας.

Οι πληροφορίες μπορεί να δοθούν και υπό τύπο ερωτήσεων οι οποίες υποβάλλονται στους ασθενείς καθαρά, δυνατά, χρησιμοποιώντας απλούς τρόπους, αργά, δίνοντας την ευκαιρία στον ασθενή να λέει τα «δικά του» και προφορικά, γιατί οι ασθενείς είναι περισσότερο πρόθυμοι να μιλούν παρά να γράφουν ή πιθανώς επειδή είναι πιο ειλικρινείς στις προσωπικές τους επαφές.

α) Γενικές πληροφορίες, στον ασθενή όπως:

- η πρώτη σας επίσκεψη στο Νοσοκομείο περιλαμβάνει τον προγραμματισμό για ακτινοθεραπεία.
- στη δική σας περίπτωση θα αναμειχθούν πολλά πρόσωπα όπως: ιατροί, νοσηλευτές, ακτινοφυσικοί και τεχνολόγοι.
- σαν εξωτερικοί ασθενείς θα βλέπετε εβδομαδιαίως τον ιατρό και αν υπάρχει πρόβλημα θα τον βλέπετε πιο συχνά.

β) Πληροφορίες για ακτινοθεραπεία (τηλεθεραπεία), όπως:

- να ξέρετε ότι η ακτινοθεραπεία είναι μία ανώδυνη θεραπεία.
- οι ακτίνες είναι αόρατες, αθόρυβες και άοσμες. Τα μηχανήματα κάνουν ένα μικρό θόρυβο κλικ στην έναρξη και στο τέλος της θεραπείας.
- στο μηχάνημα τηλεθεραπείας θα μείνετε μόνος και ακίνητος για μερικά λεπτά, 5 έως 10'. Πολλές φορές όμως μπορεί να χρειαστείτε περισσότερο χρόνο στο μηχάνημα για τη διαδικασία της τοποθετήσεώς σας.
- αναφέρετε κάθε αλλαγή στο ιατρό, νοσηλευτή ή τεχνολόγο.

γ) Ενημέρωση - Πληροφορίες για παρενέργειες

Αφού προηγουμένως γίνει η εφαρμογή των νοσηλευτικών διαγνώσεων γίνεται ενημέρωση για τυχόν παρενέργειες ακτινοθεραπείας, όπως:

- 1) τις γενικές παρενέργειες
- 2) Τις παρενέργειες κατά περιοχή του σώματος.¹¹

5.3.2. Αντιμετώπιση παρενεργειών - επιπλοκών ακτινοθεραπείας

Σε ακτινοδερματίτιδα,

- Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.
- Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών.
- Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό.
- Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή.
- Ενημερώνεται ο άρρωστος να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.
- Ενθαρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα, που αυξάνουν τον ερεθισμό.
- Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

Σε καταστολή του μυελού των οστών ο άρρωστος παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγησή του. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση αιμορραγιών. Σε περίπτωση εμφάνισης αιμορραγίας αντιμετωπίζεται ανάλογα.

Σε εμφάνιση φαινομένων γενικής αντίδρασης, δηλαδή: Γενικής καταβολής δυνάμεων, ναυτίας, εμέτων, ανορεξίας, απώλειας βάρους η νοσηλεύτρια (-τής) μετά από εντολή ιατρική,

- Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά φάρμακα.
- Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου (ενισχύει τον άρρωστο να παίρνει υγρά ή - αν αυτό δεν είναι δυνατόν - γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμιδικής αξίας).
- Επίσης φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες κάλυψης των φυσικών του αναγκών.
- Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του που συμβάλλει στη μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

Αν ο άρρωστος εμφανίσει διάρροια (λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία):

- Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα ανάλογα με την εντολή του γιατρού.
- Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια.
- Χορηγείται ειδική διαίτα (τροφές χωρίς υπολείμματα).⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

6.1. Ανορεξία

Εξ ορισμού, ανορεξία σημαίνει απώλεια της επιθυμίας για φαγητό και διαφέρει από τον κορεσμό ή τη δυσανεξία σε ορισμένες τροφές.

Διαφέρει από τη λεγόμενη «σιτοφοβία», δηλ. την αποφυγή ενός είδους τροφής για να μην εμφανισθούν ενοχλήματα, μολονότι υπάρχει όρεξη.

Η ανορεξία αποτελεί σπουδαίο αιτιολογικό παράγοντα, αλλά και το συνηθέστερο σύμπτωμα του Συνδρόμου της Καταβολής, μαζί δε με την καχεξία είναι το συχνότερο σύμπτωμα του καρκινοπαθούς, που εμφανίζεται συνήθως προ της ανακάλυψης του όγκου και εξαφανίζεται με τη ριζική του εκτομή.

Η ανορεξία, που συμβαδίζει συχνά με απώλεια της γεύσης, οδηγεί σε ελαττωμένη πρόσληψη θερμίδων και σε απώλεια σωματικού βάρους, με τελική κατάληξη την καχεξία.

Άλλη δυσκολία που υπάρχει είναι η ποσοστιαία μέτρηση της όρεξης. Έτσι, ενώ ασθενείς αρνούνται ότι έχουν ανορεξία, παρουσιάζουν εντούτοις μειωμένη πρόσληψη τροφής. Υπάρχει πληθώρα παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την κλινική εικόνα της ανορεξίας.

Πίνακας 13. Παράγοντες που επηρεάζουν την κλινική εικόνα της ανορεξίας

A. Εκ του όγκου	<ol style="list-style-type: none"> 1. Θέση του πρωτοπαθούς όγκου 2. Περιοχές των μεταστάσεων 3. Ολικό μέγεθος του όγκου 4. Ταχύτης αύξησης του όγκου 5. Ιστολογικός τύπος του όγκου
B. Εκ του ξενιστή οργανισμού	<ol style="list-style-type: none"> 1. Κατάσταση θρέψης του ασθενούς προ της εμφάνισης της νεοπλασματικής νόσου 2. Συνέπειες από την ελαττωμένη πρόσληψη τροφής 3. Διάφορες αντιδράσεις του οργανισμού στη νεοπλασματική νόσο (ομοιοστατικές ή ψυχολογικές)
Γ. Εκ του είδους της θεραπείας	<ol style="list-style-type: none"> 1. Καταστροφή των οργάνων που πάσχουν 2. Βλάβη των μεταβολικών συστημάτων 3. Βλάβη των συστημάτων ελέγχου της όρασης

Ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την όρεξη του καρκινοπαθούς ασθενούς, μειώνοντας τη στοματική διέγερση. Π.χ. σε μελαγχολικά άτομα, μια ευχάριστη γεύση μπορεί να προκαλέσει υποδεέστερη διέγερση της όρεξης. Επίσης ψυχολογικά στρες μπορεί να καταστείλουν το υποθαλαμικό κέντρο της όρεξης, λόγω απελευθέρωσης κατεχολαμινών.

Εκτός τούτου υπάρχει αύξηση του ουδού στις ξινές τροφές. Φαίνεται ότι η έκταση του όγκου παίζει σπουδαίο ρόλο στο βαθμό βλάβης του αισθήματος της γεύσης, δηλ. όγκοι με περιορισμένη έκταση έχουν φυσιολογική γεύση, ενώ ήδη επί μέτριας επέκτασης του όγκου υπάρχει αυξημένη ευαισθησία στην αναγνώριση των γλυκών ουσιών και ελαττωμένη στις πικρές.

Σε προχωρημένους καρκίνους, η πιθανότητα διαταραχής της γεύσης (γλυκό ή πικρό) ανέρχεται στο 75%, ενώ υπάρχει και αυξημένη ικανότητα διατροφής των αλμυρών τροφών.

Η παραπάνω διαταραχές της γεύσης προκαλούν ανορεξία και ελαττωμένη πρόσληψη τροφής, τόσο ποιοτικώς όσο και ποσοτικώς.

Τη γεύση επηρεάζουν όμως και οι μεταβολές της νεοπλασματικής νόσου, από τη δράση της αντικαρκινικής θεραπείας. Έτσι, μείωση του μεγέθους του όγκου μετά τη θεραπεία (εγχείρηση ή χημειοθεραπεία), οδηγεί σε αύξηση του προηγουμένως χαμηλού ουδού της ουρίας και σε μείωση του ουδού για τη σουκρόζη μέχρι τα φυσιολογικά όρια.

6.2. Απώλεια σωματικού βάρους

Η απώλεια σωματικού βάρους (όπως και η αύξηση) οφείλεται σε διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ πρόσληψης και κατανάλωσης της ενέργειας. Η πρόσληψη της ενέργειας γίνεται με την τροφή και η κατανάλωση μέσω μεταβολικών διεργασιών για την ικανοποίηση του βασικού μεταβολισμού, τη θερμορρύθμιση και τη μυϊκή εργασία¹. Η κακή διατροφή στον άνθρωπο οφείλεται σε πολλά ξεχωριστά αίτια (πίνακας 14), που στον καρκινοπαθή μπορεί να συμμετέχουν σε συνδυασμό. Ιδιαίτερη όμως αιτιολογική σημασία στον καρκινοπαθή έχουν: η ανορεξία, το αρνητικό ισοζύγιο αζώτου, η υπερκατανάλωση ενέργειας και τέλος τεχνολογικοί παράγοντες.

Πίνακας 14. Αίτια δευτεροπαθούς κακής διατροφής

-
- 1) Διαταραχές στη συμπεριφορά της όρεξης
 - 2) Διαταραχές στην πρόσληψη της τροφής
 - 3) Ελαττωματική απορρόφηση της τροφής
 - 4) Διαταραχές στη μεταφορά των θρεπτικών ουσιών εντός του αίματος
 - 5) Διαταραχές στη χρησιμοποίηση των θρεπτικών ουσιών
 - 6) Αύξηση των μεταβολικών απαιτήσεων
 - 7) Αυξημένη απέκκριση θρεπτικών ουσιών
-

Μεταξύ μιας ελαφράς και μιας μεγάλης απώλειας σωματικού βάρους υπάρχουν διαφορές στις μεταβολικές διεργασίες. Π.χ. ολική ελάττωση των προσλαμβανομένων θερμίδων οδηγεί σε υπεροξοναιμία και υπερουρικαιμία, που και οι δύο μεταβολικές καταστάσεις προκαλούν μεγάλη ανορεξία, ενώ επί ελαφράς ελάττωσης των προσλαμβανομένων θερμίδων υπάρχει έντονο αίσθημα πείνας και σπάνια αύξηση των αζονικών σωμάτων και του ουρικού οξέος στο αίμα.

Στον καρκινοπαθή, ακόμη και στ' αρχικά στάδια, υπάρχει μέτρια ελάττωση των προσλαμβανομένων θερμίδων και του σωματικού βάρους, που επιδεινώνεται από τη συνυπάρχουσα μεγάλη ανορεξία, λόγω διαταραχών της γεύσης ή του υποθαλαμικού κέντρου της όρεξης'. Η απώλεια σωματικού βάρους και η τελική κατάληξή της, δηλ. η καχεξία, διαφέρουν εκείνων που συνοδεύουν άλλες παθήσεις, όπως νευρική ανορεξία, κακή διατροφή ή ασιτία, ελαττωμένη πρόσληψη τροφής και δυσαπορρόφηση. Ίσως παρουσιάζουν ομοιότητες με καταστάσεις, όπως τραυματισμός ή σηψαιμία, που συνοδεύονται από αυξημένη κατανάλωση ενέργειας από τον ξενιστή οργανισμό, κυρίως λόγω αυξημένου μεταβολισμού της γλυκόζης.

Προτού αποφανθεί κανείς, ότι υπάρχει στον καρκινοπαθή σαφής απώλεια σωματικού βάρους, πρέπει ν' αποκλεισθούν τα εξής:

1. Υγρά και τροφές που συγκεντρώνονται στο γαστρεντερικό σωλήνα ή στην ουροδόχο κύστη και που δίνουν την εσφαλμένη εντύπωση αύξησης ή σταθερότητας του σωματικού βάρους και
2. Αύξηση του εξωκυτταρίου όγκου από κατακράτηση Na και H₂O ή η εμφάνιση οιδήματος ή ασκίτου.

Στον καρκινοπαθή έχει παρατηρηθεί υπερκατανάλωση θερμίδων, που αφορά τόσο το βασικό μεταβολισμό όσο και την υποστήριξη της αυξημένης κινητικότητας. Επίσης η υπερκατανάλωση θερμίδων αφορά τόσο του όγκο όσο και τους φυσιολογικούς ιστούς του ξενιστή. Όπως ήδη ελέχθη, στον καρκινοπαθή υπάρχει αυξημένη ανακύκλωση της γλυκόζης, που αρχίζει με αυξημένο βιοσυνθετικό κύκλο του Cοpp, ο

οποίος απαιτεί υπερκατανάλωση 100 - 200 θερμίδων ημερησίως. Αυξημένη ενέργεια καταναλίσκεται επίσης κατά το μετασχηματισμό της γλυκόζης σε τριγλυκερίδια στον όγκο και εν συνεχεία η οξείδωση των τριγλυκεριδίων στους υγιείς ιστούς του ξενιστή.

Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα του καρκινοπαθούς ασθενούς, στον οποίο σημειώθηκε μείωση του σωματικού βάρους, χαρακτηρίζεται από αδυναμία, αίσθημα κόπωσης, ευερεθιστότητα και ψυχική κατάπτωση, σαν απόρροια των μεταβολικών αλλοιώσεων. Παραπονείται για εύκολη κόπωση, απώλεια της libido, ελάττωση της ενεργητικότητας και απώλεια ενδιαφέροντος στη ζωή. Διαταραχές στην τριχοφυία και οδοντοφυία, βραδεία ίαση πληγών, αίσθημα ψυχρών άκρων, ωχρότητα προσώπου, διαταραχές τροφικές και μελαγχρωματικές του δέρματος, ελάττωση του μυϊκού τόνου, υπόταση και ελάττωση των νευρικών αντανακλαστικών, είναι μερικά από τα κλινικά σημεία του καρκινοπαθούς με μέτρια απώλεια σωματικού βάρους.

Σε προχωρημένα όμως στάδια του καρκίνου λαμβάνουν χώρα σημαντικές μεταβολές της καρδιαγγειακής λειτουργίας, όπως ελάττωση του μεγέθους της καρδιάς, βραδυκαρδία, ΗΚΓ- αλλοιώσεις, πτώση της αρτηριακής και φλεβικής πίεσης.

Επίσης εμφανίζεται σημαντικού βαθμού αναιμία, όπου η πτώση της Ηβ σχετίζεται περισσότερο με την ελάττωση των αποθεμάτων πρωτεΐνης του σώματος παρά με τη συμπεριφορά των πρωτεϊνών του πλάσματος.¹²

6.3. Καρκινική καχεξία

Η ανορεξία και η απώλεια βάρους είναι η συνήθης έκφραση της νεοπλασματικής νόσου, τόσο στα τελικά όσο και στα αρχικά της στάδια. Εφόσον δε ο κύριος όγκος είναι μεγάλος, ο καρκινοπαθής θ' αναπτύξει καχεξία στα τελικά του στάδια, δηλ. όταν η επιβάρυνση του όγκου είναι μεγάλη.

Η καχεξία αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα της συνεχιζόμενης και επιδεινούμενης ανορεξίας και απώλειας βάρους και συνοδεύεται κλινικώς από αίσθημα ταχέως κορεσμού, από γενική αδυναμία και αναιμία και εμφανίζεται όταν παύσουν να λειτουργούν οι προστατευτικοί μηχανισμοί του οργανισμού.

Πρόκειται για σύμπλοκο μεταβολικό πρόβλημα που χαρακτηρίζεται από απώλεια σωματικού λίπους και άλιπης μάζας του σώματος, όπου η κατανάλωση ενέργειας είναι υψηλότερη της πρόσληψής της. Σε μερικά νεοπλάσματα η καχεξία εμφανίζεται πρώιμα (π.χ. μικροκυτταρικό Ca πνεύμονας, όγκος γαστρεντερικού σωλήνας, ιδία δε το Ca-παγκρέατος, αιματολογικοί όγκοι, Ca-νεφρού), ενώ σε άλλους εμφανίζεται μόνο σε πολύ προχωρημένα στάδια, με εκτεταμένες μεταστάσεις (π.χ. Ca-μαστού). Η προοδευτική απίσχνανση είναι η πιο εμφανής διαπίστωση του συνδρόμου της καχεξίας στον επιδεινούμενο καρκίνο, όσον τα περισσότερα όργανα και οι ιστοί χάνουν βάρος. Τη μοναδική εξαίρεση αποτελεί το ήπαρ, που παρουσιάζει απόλυτη αύξηση του βάρους του.

Η παθοφυσιολογία της καχεξίας στον καρκινοπαθή δεν είναι μέχρι τώρα πλήρως γνωστή, μολονότι υπάρχουν ενδιαφέρουσες πληροφορίες από πειραματόζωα, στα οποία είτε μεταμοσχεύθηκαν είτε προκλήθηκαν ταχέως αναπτυσσόμενοι όγκοι.

Όπως ελέχθη παραπάνω, σχεδόν σ' όλες τις περιπτώσεις καρκινικής καχεξίας προϋπάρχει έντονη ανορεξία και μεγάλη απώλεια βάρους. Δεν υπάρχει όμως σταθερή αλληλεξάρτηση μεταξύ του βαθμού ανορεξίας ή απώλειας βάρους ή τον τύπου του καρκίνου αφ' ενός, και του βαθμού της καχεξίας αφ' ετέρου.

Από πολλών ετών είναι γνωστή η θεωρία, ότι η υπερκατανάλωση ενέργειας από τον όγκο και συγκεκριμένα η ικανότητα πολλών όγκων να καταναλίσκουν αυξημένη ποσότητα αζώτου ή γλυκόζης, γίνεται αιτία κινητοποίησης αμινοξέων και γλυκόζης από τους ιστούς του ξενιστή

προς τον όγκο, γεγονός που εξηγεί την εμφάνιση καχεξίας, χωρίς να υπάρχει μεγάλη ανορεξία ή απώλεια βάρους.

Η καρκινική καχεξία διαφέρει της καχεξίας που συνοδεύει διάφορες νοσολογικές οντότητες, όπως τη νευρική ανορεξία, την κακή διατροφή και την απώλεια βάρους, που σχετίζεται με ελαττωμένη πρόσληψη θερμίδων ή δυσαπορρόφηση θρεπτικών ουσιών. Η καρκινική καχεξία σχετίζεται με αυξημένη κατανάλωση ενέργειας, από την πλευρά δε αυτή μοιάζει με την καχεξία, που συνοδεύει μεγάλα και χρόνια τραύματα ή σηψαιμία.

Το γεγονός όμως, ότι η προοδευτική απώλεια βάρους και η καχεξία στους καρκινοπαθείς επηρεάζεται μόνο προσωρινά με την αυξημένη χορήγηση τροφής per os ή με ολική παρεντερική διατροφή, εξηγεί πόσο πολύπλοκο, μεταβολικό πρόβλημα αποτελεί η καχεξία. Δηλ. δεν πρέπει να υποτιμηθούν και οι μεταβολικές βλάβες του ξενιστή οργανισμού που συμμετέχουν σε υψηλά ποσοστά στην ανάπτυξη της καρκινικής καχεξίας.

Γι' αυτό υπάρχουν προς συζήτηση δυο κύριες θεωρίες πρόκλησης της καχεξίας σε προχωρημένη καρκινική νόσο:

- α) λόγω ελάττωσης της προσλαμβανόμενης τροφής (ενέργειας) ή
- β) λόγω αύξησης του βασικού μεταβολισμού και υπερκατανάλωσης ενέργειας από τον ξενιστή οργανισμό ή από τον όγκο.

Οι ακριβείς μηχανισμοί της επίδρασης της κακής διατροφής στην πρόκληση της καρκινικής καχεξίας, στον άνθρωπο και στα ζώα, δεν είναι επαρκώς γνωστοί.¹²

Πίνακας 15. Αιτιολογικοί παράγοντες της καχεξίας

-
- α) Ανορεξία
 - β) Κώλυμα στην πρόσληψη τροφής (δυσφαγία, απόφραξη γαστρεντερικού σωλήνα)
 - γ) Εντερικό δυσαπορροφητικό σύνδρομο
 - δ) Απώλεια θερμίδων λόγω εντερικού συριγγίου
 - ε) Συνέπεια ή επιπλοκή της θεραπείας (εγχείρηση, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία)
 - στ) Διαταραγμένος μεταβολισμός του όγκου
-

Φαίνεται ότι η σειρά πρόκλησης των συμβάντων στο σύνδρομο της ανορεξίας - καχεξίας είναι:

1. Αλλαγές των μεταβολικών λειτουργιών του ξενιστή καρκινοπαθούς
2. Αυξημένη κατανάλωση ενέργειας από τον ξενιστή και από τον όγκο
3. Ανορεξία - απώλεια βάρους
4. Καχεξία

Λαμβάνοντας υπόψη την ως άνω σειρά των συμβάντων, κατά την εξέλιξη της καρκινικής καχεξίας πρέπει να αναφερθούμε πρώτα στις μεταβολικές βλάβες του ξενιστή οργανισμού.

Πίνακας 16. Μεταβολικές διαταραχές του καχεκτικού καρκινοπαθούς

-
1. Ενέργειας
 2. Υδατανθράκων
 3. Λιπών
 4. Πρωτεΐνης
 5. H₂O
 6. Οξεοβασικής ισορροπίας
 7. Ηλεκτρολυτών
 8. Αλάτων
 9. Βιταμινών
 10. Ενζυμικών λειτουργιών
 11. Ενδοκρινικών συστημάτων
 12. Ανοσοβιολογικών μηχανισμών
-

6.4. Το σύνδρομο της ασθένειας στον καρκινοπαθή

Το αίσθημα της κατάπτωσης και της ταχείας κόπωσης εμφανίζεται είτε στ' αρχικά στάδια είτε κατά την εξέλιξη της καρκινικής νόσου.

Το σύνδρομο της ασθένειας, που αποτελεί το χαρακτηριστικότερο σημείο του προχωρημένου καρκίνου.

Το «σύνδρομο της ασθένειας», που σημαίνει μια μείωση των κινητικών και πνευματικών δυνατοτήτων του ανθρώπου, περιλαμβάνει από κλινικής πλευράς:

1. τη γενικευμένη αδυναμία
2. την απώλεια ανοχής
3. την εύκολη μυϊκή κόπωση
4. την ελαττωμένη ικανότητα πνευματικής προσπάθειας και
5. την ψυχική αστάθεια ή απάθεια.

Η συχνότητα της εμφάνισης και ο βαθμός βαρύτητας του «συνδρόμου της ασθένειας» στις διάφορες μορφές και στάδια του καρκίνου, δεν είναι γνωστά.

Μολονότι η γενικευμένη αδυναμία υπολογίσθηκε σε μια μελέτη, μετά από σωστή επιλογή και αξιολόγηση καθ' ομάδας 800 περιστατικών, στο 40% περίπου των ασθενών, εντούτοις δεν υπάρχουν αντικειμενικά κριτήρια ποσοτικής αξιολόγησης του βαθμού μιας πνευματικής ή σωματικής κόπωσης, πού θα μπορούν να εφαρμοσθούν στην κλινική ογκολογία.

Η αιτία του «συνδρόμου της ασθένειας» πρέπει ν' αναζητηθεί κατ' αρχάς σ' αυτή καθ' αυτή την καρκινική νόσο, υπάρχουν όμως και παράγοντες ψυχολογικοί, θεραπευτικοί, διαιτητικοί και σχέση έχοντες με τις επιπλοκές εκ της νόσου και της θεραπείας της.

Φαίνεται όμως ότι ο καρκίνος είναι ο σπουδαιότερος αιτιολογικός παράγων του συνδρόμου της ασθένειας, άσχετα από την εντόπιση, τον τύπο ή την έκταση του καρκίνου.

Ουσίες που εκκρίνονται από τον όγκο (όπως ορμόνες, μη ορμονικά πολυπεπίδια, ένζυμα, αμίνες, ηλεκτρολύτες) προκαλούν αλλαγές στο μεταβολισμό και στη λειτουργικότητα των υγιών ιστών, όπως αναφέρθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια.

Η μυϊκή αδυναμία και η εύκολη κόπωση αποτελούν τα πιο κτυπητά κλινικά σημεία του «συνδρόμου της ασθένειας», που με τη σειρά του αποτελεί ποσοστιαία το μεγαλύτερο μέρος του Σ. καταβολής.

Η παθογένεση λοιπόν της μυϊκής αδυναμίας, μολονότι δεν είναι πλήρως γνωστή, μπορεί να έχει σχέση με:

- α) συσσώρευση ουσιών που προκαλούν κόπωση (π.χ. γαλακτικό οξύ)
- β) έλλειψη ουσιών απαραίτητων στη λειτουργία της μυϊκής ίνας (π.χ. πρωτείνες, λίπη, υδατάνθρακες, ATP)
- γ) διαταραχή της φυσικοχημικής κατάστασης των μυϊκών ινών (π.χ. συγκέντρωση ιόντων Ca) και
- δ) διαταραχές στη ρύθμιση και στη συνεργασία διαφόρων ενδοκυττάρων λειτουργιών (π.χ. ενζυμικές ανωμαλίες)

Στον καρκινοπαθή ασθενή μπορεί να συνυπάρχει ενίοτε και νευρομυοπαθητική ή μυασθεντική κατάσταση, σαν παρανεοπλασματικό σύνδρομο, άσχετη με την καρκινική καχεξία, δηλ. μπορεί να εμφανισθεί και σε ασθενή που δεν έχει χάσει σωματικό βάρος.

Η ελαττωμένη σύνθεση και η αυξημένη διάσπαση πρωτεΐνης στα μυϊκά κύτταρα καρκινοπαθών ζώων εμφανίζεται προ της ελάττωσης της πρόσληψης τροφής. _

Στον καχεκτικό καρκινοπαθή η μυϊκή ατροφία φαίνεται να είναι εκλεκτική, δηλ. εμφανίζεται κυρίως στις μυϊκές ίνες του τύπου II. Αυτό

αποδείχθηκε τόσο στα πειραματόζωα (με απλό ή ηλεκτρονικό μικροσκόπιο), όσο και σε καρκινοπαθή άτομα (με βιοψία μυών), χωρίς ν' απαιτηθεί να μειωθεί η διατροφή ή να ελαττωθεί το σωματικό βάρος'.

Γιατί όμως η μάζα και η εκτατικότητα των μυών παραμένει φυσιολογική σε μερικούς προχωρημένους καρκίνους, δεν είναι ακόμη γνωστό.

Συμπερασματικά

Το σύνδρομο της ασθένειας εμφανίζεται σ' όλα τα στάδια της καρκινικής νόσου, κυρίως όμως στην προχωρημένη νόσο, και σημαίνει μείωση των κινητικών και πνευματικών δυνατοτήτων του ανθρώπου.

Αιτιολογικώς σχετίζεται μ' αυτή καθαυτή την καρκινική νόσο (καρκινικός παράγων), όπως επίσης με παράγοντες ψυχολογικούς, διαιτητικούς, θεραπευτικούς και σχέση έχοντες με τις επιπλοκές εκ. της νόσου και της θεραπείας της.

Οι καρκινικοί παράγοντες περιλαμβάνουν ουσίες που εκκρίνονται από τον όγκο ή από τους υγιείς ιστούς του ξενιστή από την επίδραση του όγκου, όπως ορμόνες, ένζυμα (π.χ. LDH), αμίνες, ηλεκτρολύτες, μεταβολίτες (π.χ. γαλακτικό οξύ).

Οι ουσίες αυτές προκαλούν ανωμαλίες στις ενζυμικές λειτουργίες, που σε συνεργασία με την έλλειψη θρεπτικών και άλλων ουσιών, απαραίτητων στη λειτουργία της μυϊκής ίνας, εξηγούν την εμφάνιση της μυϊκής αδυναμίας και της εύκολης κόπωσης, που αποτελούν τα πιο εμφανή κλινικά σημεία του Συνδρόμου της ασθένειας.¹²

6.5. Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα

Ψυχολογικά προβλήματα

Τα ψυχολογικά προβλήματα που σχετίζονται με τον καρκίνο δεν εξαρτώνται μόνο από το είδος, την εντόπιση, την έκταση, το ρυθμό ανάπτυξης και την αναπηρία που προκαλεί, αλλά και από το πως «αντιλαμ-

βάνεται» κανείς την πάθησή του, δηλ. από το βαθμό της απειλής που εκπροσωπεί η νόσος για το συγκεκριμένο άτομο.

Έχει λοιπόν μεγάλη σημασία αν, και σε θετική περίπτωση τότε, πως και από ποιον θα πληροφορηθεί ο άρρωστος για την πάθησή του. Το δίλημμα αυτό δημιουργεί μεγάλο και δικαιολογημένο άγχος στο γιατρό. Πρέπει να διαλέξει ανάμεσα σε δύο απόψεις, αντίπαλες σε μεθόδευση αλλά συγκλίνουσες σε στόχους. Η πρώτη άποψη υποστηρίζει ότι η ευαίσθητη ψυχολογική ισορροπία του αρρώστου δεν πρέπει να διαταραχθεί με την αφυχολόγητη, σκληρή και ανελέητη πληροφόρησή του για την πάθησή του. Πολλές φορές η πληροφόρηση αυτή παραβιάζει την υποσυνείδητη επιθυμία του αρρώστου να μη μάθει τίποτα και κυρίως να μην ακούσει τη λέξη που σηματοδοτεί μέσα του την προοπτική απώλειας του πιο πολύτιμου αγαθού. Η αντίληψη αυτή υπακούει στο σκεπτικό ότι ο άρρωστος πρέπει να πεθάνει πριν πεθάνει μέσα του η ελπίδα. Η δεύτερη άποψη υποστηρίζει ότι η πληροφόρηση του αρρώστου αποτελεί δικαίωμά του και ότι είναι ασυγχώρητο το σφάλμα του γιατρού που θα αρνηθεί αυτή την πληροφόρηση α) υποεκτιμώντας την ωριμότητα του αρρώστου, β) εμποδίζοντας τη ρύθμιση εκκρεμοτήτων και την κατοχύρωση επιθυμιών του αρρώστου, γ) εμποδίζοντας την ψυχολογική διαδικασία ανασκόπησης της ζωής στην ολότητά της, μια διαδικασία που συνήθως συμβαίνει στη γεροντική ηλικία και που είναι απαραίτητο να συμβεί πιο πρόωρα λόγω της αρρώστιας και κυρίως δ) μειώνοντας τις δυνατότητες για αποτελεσματική θεραπεία που θα υπήρχαν αν ο άρρωστος είχε σαφή επίγνωση της κρισιμότητας της κατάστασής του και συνεργαζόταν καλύτερα με το γιατρό του.

Όπως είναι γνωστό, στη χώρα μας εφαρμόζεται συνήθως τακτική συμβατή με το πρώτο σκεπτικό, σε αντίθεση με τις περισσότερες δυτικο-ευρωπαϊκές χώρες και τις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου συνηθίζεται η ενημέρωση του αρρώστου για την πάθησή του. Βέβαιο είναι ότι ο προβληματισμός του γιατρού δεν είναι δυνατόν να επιλυθεί με κανόνες και οδηγίες, γιατί κάθε άρρωστος είναι μια ξεχωριστή περίπτωση και

σαν τέτοια πρέπει να αντιμετωπίζεται. Δεν υπάρχει λόγος να παραβιάζεται η ψυχολογική άμυνα ενός ανθρώπου που η πραγματικότητά του φαίνεται τόσο οδυνηρή, ώστε να αρνείται να παραδεχθεί την αρρώστια του, ούτε υπάρχει λόγος να αποκρύψουμε την αλήθεια από έναν ώριμο και προετοιμασμένο άνθρωπο, που θέλει να εξασφαλίσει τα παιδιά, του και να χρησιμοποιήσει το χρόνο που του μένει για να αποχαιρετίσει τη ζωή. Και στις δύο όμως περιπτώσεις ο γιατρός πρέπει να είναι διαθέσιμος στον άρρωστο του όχι μόνο για την παροχή της καλύτερης δυνατής (έστω και συμπτωματικής) βιολογικής βοήθειας αλλά και για την προσφορά της ψυχολογικής υποστήριξης που τόσο χρειάζεται, τόσο ο άρρωστος όσο και η οικογένειά του.

Τα στάδια ψυχολογικής αντίδρασης ενός ανθρώπου που πεθαίνει έχουν περιγραφεί από την περίφημη Kubler-Ross, που διαχώρισε την όλη ψυχολογική διαδικασία στα στάδια της άρνησης, της οργής, της συναλλαγής, της κατάθλιψης και της αποδοχής. Ωστόσο, έχουν διατυπωθεί πολλές αντιρρήσεις τόσο για τα στάδια όσο και για την αλληλουχία τους. Πρέπει ακόμη να τονιστεί ότι τα στάδια αυτά δεν έχουν εφαρμογή σε όλους τους καρκινοπαθείς και σε όλους τους καρκίνους - υπάρχουν καρκίνοι που έχουν πολύ καλή πρόγνωση, άλλοι που ιώνται σε σύντομο χρόνο και άλλοι που διαρκούν όσο περίπου και η ζωή του ανθρώπου. Επομένως, οι ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς δεν ταυτίζονται πάντα (και ούτε πρέπει να ταυτίζονται) με αυτές του ανθρώπου που πεθαίνει.

Από ερευνητικές μελέτες που έγιναν σε άτομα που έμαθαν ότι πάσχουν από καρκίνο προκύπτει ότι ο άρρωστος περνάει από τρεις φάσεις ψυχολογικής αντίδρασης: Την πρώτη φάση, που συμπίπτει με την πληροφόρησή του για την αρρώστια και που χαρακτηρίζεται από αόριστη ανησυχία μέχρι πανικό. Τη δεύτερη φάση, που συμπίπτει με τη συνειδητοποίηση της αρρώστιας και την οργάνωση της ψυχολογικής του άμυνας και που χαρακτηρίζεται από άγχος, φόβο θανάτου ή αποχωρισμού ή άρνηση της αρρώστιας. Την τρίτη φάση, που συμπίπτει με την παγίωση του συστήματος ψυχολογικής άμυνας και που χα-

ρακτηρίζεται είτε από θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα που προσδιορίζεται από την αρρώστια είτε από την παρουσία ψυχιατρικών επιπλοκών.

Κατά τις απόψεις του Weisman που μελέτησε τα στάδια ψυχοκοινωνικής προσαρμογής του καρκινοπαθούς στην πάθησή του, η όλη διαδικασία εκτυλίσσεται στα παρακάτω στάδια: Το στάδιο του υπαρξιακού προβληματισμού (ο άρρωστος αιφνιδιάζεται συνειδητοποιώντας πόσο είναι ευάλωτος), το στάδιο της προσαρμογής στη νέα κατάσταση (ο άρρωστος προσπαθεί να μειώσει την απειλή από την αρρώστια και προσαρμόζει τη δραστηριότητά του στις μειωμένες δυνατότητες που έχει εξαιτίας της πάθησής του), το στάδιο της υποβάθμισης και επιδείνωσης (στο οποίο η προοπτική -του θανάτου που είχε κάπως μειωθεί στο προηγούμενο στάδιο ξανακάνει την εμφάνισή της), το προτελικό στάδιο (που χαρακτηρίζεται από απόσυρση από τις κοινωνικές συναλλαγές και προοδευτικό περιορισμό του φάσματος των ενδιαφερόντων) και το τελικό στάδιο (που διαρκεί 3-4 ημέρες προ του θανάτου και χαρακτηρίζεται από σχεδόν συνεχή έλλειψη επαφής με το περιβάλλον και ασαφή αντίληψη των αισθητηριακών ερεθισμάτων). Ο Weisman τονίζει ότι η ψυχοκοινωνική παρέμβαση είναι χρήσιμη για τον άρρωστο ακόμη και στο τελικό στάδιο.¹³

Ψυχιατρικά προβλήματα

Οι περισσότεροι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι στους καρκινοπαθείς οι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις απαντούν πιο συχνά από ό,τι στο γενικό πληθυσμό.

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

α) Οργανικά ψυχοσύνδρομα

Πρόκειται για ψυχοπαθολογικά σύνδρομα οφειλόμενα σε οργανικές αιτίες, που προκαλούν άμεση ή έμμεση αποδιοργάνωση των εγκεφαλικών λειτουργιών. Εκφράζονται κλινικά με τη διανοητική

σύγχυση (συγχυτική κατάσταση), τον συγχυτικό ονειρισμό, το οξύ παραλήρημα (οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο) και τη συγχυτική εμβροντησία (συγχυτικό stupor). Στα οργανικά ψυχοσύνδρομα παραβλάπτονται κυρίως οι γνωστικές λεγόμενες λειτουργίες, δηλ. η συνείδηση και οι με αυτήν συναρτημένες λειτουργίες μνήμης, προσοχής, συγκέντρωσης κλπ.

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

Έμμεση αποδιοργάνωση μπορεί να προκύψει από την προϊούσα πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια, μια επιπλοκή νεοπλασματικής νόσου του λεμφικού ιστού και τον δικτυοενδοθηλιακού συστήματος, από ελάττωση της οξυγόνωσης του εγκεφάλου συνεπεία αναπνευστικής ανεπάρκειας, αναιμίας ή καρδιακής ανεπάρκειας, από διαταραχές ηλεκτρολυτών, ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, διαταραχή του ισοζυγίου ύδατος κλπ.

Συνήθως στις νεοπλασματικές νόσους, η οργανική εγκεφαλική δυσλειτουργία παίρνει το χαρακτήρα ενός ελάσσονος οργανικού ψυχοσυνδρόμου ακαθόριστης αιτιολογίας, που εκφράζεται με βυθιότητα και ήπιες διαταραχές της μνήμης και της συγκέντρωσης. Υποστηρίζεται ότι οι άρρωστοι που παρουσιάζουν την ήπια αυτή εγκεφαλική δυσλειτουργία έχουν καλύτερη προσαρμογή και μακρότερο προσδόκιμο επιβίωσης.

Υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις που το οργανικό ψυχοσύνδρομο παίρνει εκρηκτικό χαρακτήρα, όπως συμβαίνει σε ένα οξύ παραλήρημα. Τότε, παράλληλα με τη συμπτωματική αντιμετώπιση που αποσκοπεί σε αποκατάσταση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας, ενυδάτωση, καταστολή της διέγερσης με βενζοδιαζεπίνες (ενδοφλέβια χορήγηση 100 mg - διαζεπάμης) ή με βουτυροφαινόνης (ενδομυϊκή χορήγηση 1 mg αλοπεριδόλης) κλπ., πρέπει να γίνει λεπτομερής αναζήτηση της οργανικής αιτίας που προκάλεσε το οξύ παραλήρημα.

β) Κατάθλιψη

Όπως είδαμε, η κατάθλιψη είναι ιστορικά συνυφασμένη με τον καρκίνο σαν μια από τις συνιστώσες της βιοψυχο-κοινωνικής αιτιολογίας του. Συχνά όμως αποτελεί και επιπλοκή του καρκίνου, ενώ υπάρχουν και κατάστάσεις όπου δυσκολεύεται κανείς να προσδιορίσει τι προηγείται και τι έπεται.

Η συνηθέστερη μορφή κατάθλιψης που παρατηρείται σε καρκινοπαθείς είναι αυτή που συνοδεύει τη συνειδητοποίηση της προοδευτικής έκπτωσης σημαντικών λειτουργιών και της απειλής για ακόμη πιο σημαντικές απώλειες, συμπεριλαμβανομένης και της οριστικής απώλειας της ύπαρξης. Θα ήταν πράγματι περίεργο αν η τόσο δραματική μεταβολή στην κατάσταση και στις προοπτικές ενός ανθρώπου δεν συνοδευόταν από κάποιου βαθμού κατάθλιψη. Ωστόσο, δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που η συνειδητοποίηση της αρρώστιας είναι τόσο οδυνηρή, ώστε να αρνείται κανείς την ύπαρξή της με συνέπεια, αντί για κατάθλιψη, να εκδηλώνεται άλλοτε μια αδικαιολόγητη ευφορία, άλλοτε συμπεριφορά αντίθετη με τον ηθικό κώδικα του αρρώστου και άλλοτε καταφυγή στο κάπνισμα, το ποτό ή τον ύπνο.

Η κατάθλιψη που ακολουθεί τη συνειδητοποίηση της αρρώστιας, κάτω από το πρίσμα των όσων ειπώθηκαν παραπάνω, δε θα πρέπει να θεωρηθεί παθολογική και δεν είναι απαραίτητο να αντιμετωπισθεί με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Βασικό ρόλο παίζει η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου από το γιατρό του.

Η ψυχιατρική παρέμβαση και ιδίως η καθοδήγηση του θεράποντος γιατρού από τον ψυχίατρο μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στην ψυχολογική αντιμετώπιση. Πολλές φορές όμως η παραπομπή στον ψυχίατρο, ιδίως όταν γίνεται αμήχανα ή επιθετικά, φορτώνει τον άρρωστο με περισσότερο άγχος και σε πολλές περιπτώσεις εισπράττεται σαν απόρριψη. Ο γιατρός πρέπει να μην υποκύψει στον πειρασμό παραπομπής του αρρώστου μόνο και μόνο

επειδή υποφέρει ο ίδιος από την επαφή με έναν άρρωστο που νιώθει ότι δεν μπορεί να του προσφέρει τίποτα. Στην πραγματικότητα υπάρχουν πολλά που μπορεί να προσφέρει. Η ψυχολογική υποστήριξη που θα δώσει στον άρρωστο μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του και μπορεί ακόμη και να τροποποιήσει την έκβαση της αρρώστιας. Η συμπτωματική αγωγή που θα εφαρμόσει θα απαλλάξει τον άρρωστο από το σωματικό πόνο, το άγχος, την αϋπνία και άλλα βασανιστικά συμπτώματα που αυξάνουν την οδύνη του. Και δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι σε μερικές περιπτώσεις το εύ θνήσκει, σαν ανώδυνη και ήρεμη διαδικασία που οδηγεί στο επιστέγασμα μιας ζωής, μπορεί να είναι το ίδιο σημαντικό όσο και το εύ ζήν.

Υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις όπου η κατάθλιψη αποκτά τέτοιες διαστάσεις, ώστε η παρέμβαση ψυχιάτρου είναι απαραίτητη και ασφαλώς υπάρχουν και οι περιπτώσεις απλής συνύπαρξης καρκίνου και κατάθλιψης. Στις περιπτώσεις αυτές είναι απαραίτητη η βιολογική αντιμετώπιση της κατάθλιψης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και άλλα βιολογικά θεραπευτικά μέσα παράλληλα με την ψυχολογική υποστήριξη.

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας του καρκινοπαθούς πιστεύεται ότι έχει υπερεκτιμηθεί, αν και υπάρχουν εργασίες που επισημαίνουν μεγαλύτερη συχνότητα αυτοκτονίας σε καρκινοπαθείς και ιδιαίτερα σε πάσχοντες από καρκίνο του γαστρεντερικού, του μαστού και των γεννητικών οργάνων.

Η υπερβολική εξάρτηση του ασθενούς από το νοσοκομειακό περιβάλλον και το γιατρό οδηγεί συχνά σε ένα είδος ψυχολογικής αναπηρίας που επιπροστίθεται στην ενδεχόμενη σωματική αναπηρία.

Από τις άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που συνοδεύουν τον καρκίνο, οι παρανοειδείς αντιδράσεις απαντούν με μεγαλύτερη συχνότητα. Εκδηλώνονται κυρίως με μεταβολή της συμπεριφοράς που χαρακτηρίζεται από επιφυλακτικότητα και καχυποψία, μερικές φορές όμως παίρνουν τον χαρακτήρα ανοικτών παραληρητικών καταστάσεων

με ιδέες συσχέτισης, δίωξης, δηλητηρίασης κ.λπ. που απαιτούν την παρέμβαση ψυχιάτρου και αντιμετώπιση με μείζονα ηρεμιστικά φάρμακα.¹³

Βασικές αρχές ψυχολογικής αντιμετώπισης

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

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

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

Με βάση το δεδομένο ότι ένας μεγάλος αριθμός συνανθρώπων μας πεθαίνουν σε ιδρύματα (περίπου 70% στις ΗΠΑ και 50% στη Βρετανία) είναι φανερή η ανάγκη για βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης σ' αυτά. Σαν πρότυπο ενός τέτοιου ιδρύματος θεωρείται από πολλούς η μονάδα 39 κλινών για καρκινοπαθείς του Mc Gill, στον Καναδά, που λειτουργεί πάνω στις αρχές της θεραπείας περιβάλλοντος με διεπιστημονικό προσωπικό αποτελούμενο από επτά γιατρούς, τον ψυχίατρο, το φυσιοθεραπευτή, τη θεραπεύτρια μουσικής και τους εθελοντές. Παράλληλα με τη φροντίδα του αρρώστου, η θεραπευτική μονάδα ασχολείται και με την υποστήριξη των συγγενών, τόσο πριν όσο και μετά το θάνατο του αρρώστου.

Για να μπορέσει όμως ο γιατρός να βοηθήσει τον καρκινοπαθή άρρωστο του και ιδιαίτερα τον άρρωστο που δεν μπορεί πια να θεραπεύσει, θα πρέπει να έχει ο ίδιος εξοικειωθεί με την έννοια του

θανάτου καθώς και με την προοπτική του θανάτου τόσο του καρκινοπαθούς αρρώστου όσο και του ίδιου του εαυτού του.

Μετά το τέλος ενός σεμιναρίου για ογκολόγους, που έγινε στο National Cancer Institute των ΗΠΑ, οι γιατροί που πήραν μέρος παραδέχτηκαν ότι απέφευγαν τους θαλάμους των καρκινοπαθών, εύρισκαν δικαιολογίες για να μη δουν τους αρρώστους και το άγχος τους μεγάλωνε όταν οι άρρωστοι ήταν της ίδιας με αυτούς ηλικίας, μόρφωσης και κοινωνικής τάξης. Οι παρατηρήσεις αυτές υπογραμμίζουν το φόβο του γιατρού για το θάνατο και μάλιστα για το θάνατο του ίδιου του εαυτού του.

Είναι φυσικό η επαφή με έναν άνθρωπο που πεθαίνει να προκαλεί στο γιατρό υπαρξιακή αγωνία. Αυτό όμως είναι προτιμότερο από την άρνηση αντιμετώπισης της πραγματικότητας, που οδηγεί στην άρνηση ψυχολογικής συμπαράστασης προς τον άρρωστο. Στο νοσοκομειακό περιβάλλον αυτή η στάση παίρνει το χαρακτήρα της βιαστικής και μάλλον αμήχανης επίσκεψης που περιορίζεται σε μια-δυο στερεότυπες ερωτήσεις.

Ο φόβος του θανάτου δεν είναι η μόνη αιτία που ευθύνεται γι' αυτή τη στάση. Μια άλλη αιτία είναι συνυφασμένη με την αντίληψη ότι αποκλειστικός στόχος του γιατρού είναι η βιολογική θεραπεία. Επακόλουθη της στάσης αυτής είναι η αντίληψη ότι από τη στιγμή που ο άρρωστος δεν θεραπεύεται ο γιατρός είναι πια αναρμόδιος. Ο γιατρός όμως θα πρέπει να ξέρει ότι ο ρόλος του δε σταματάει όταν εξαντλούνται οι δυνατότητές του για θεραπεία.

Μια άλλη θέση, που προκύπτει από την εξωπραγματική αντίληψη της ιατρικής παντοδυναμίας, είναι ότι, μια που βασικός στόχος του ιατρικού έργου είναι η θεραπεία, κάθε αποτυχία στην ικανοποίηση αυτού του στόχου βαρύνει το γιατρό. Συναισθήματα ενοχής είναι τα φυσικά επακόλουθα μιας τέτοιας ψυχολογικής τοποθέτησης. Ο γιατρός όμως δεν είναι ούτε παντογνώστης ούτε παντοδύναμος.

Ότι ειπώθηκε παραπάνω για το γιατρό ισχύει αρκετά συχνά και για τους συγγενείς. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που ο άρρωστος βλέπει όλα τα αγαπημένα του πρόσωπα να απομακρύνονται από κοντά του σαν να έχει ήδη πεθάνει. Αντίθετα, σε άλλες περιπτώσεις τα συγγενικά πρόσωπα δυσκολεύονται να συνειδητοποιήσουν τη βαρύτητα της κατάστασης του αρρώστου και αρνούνται να αποδεχθούν την προοπτική του θανάτου του. Πολλές φορές γονείς παιδιών με καρκίνο ζητούν επίμονα πληροφορίες για το παιδί τους, ενώ αυτό που πραγματικά επιδιώκουν είναι η αποενοχοποίησή τους, δηλ. η διαβεβαίωση του γιατρού ότι έκαναν ότι μπορούσαν για το παιδί τους. Πρόσθετο λοιπόν καθήκον του γιατρού είναι να βοηθήσει τον άρρωστο βοηθώντας τους συγγενείς του.

Βασικός παράγοντας στην ψυχολογική αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς είναι η ανάθεση της φροντίδας αυτής σ' ένα μόνο πρόσωπο που θα συντονίζει τις ενέργειες, θα επικοινωνεί με τον άρρωστο και θα διαμορφώνει το γενικό πλάνο της αντιμετώπισης. Ο απρογραμμάτιστος κατακερματισμός της ευθύνης οδηγεί συχνά σε αντιφατικές πληροφορίες για τον άρρωστο, μείωση της αξιοπιστίας της θεραπευτικής προσπάθειας και αδυναμία δημιουργίας στενής σχέσης εμπιστοσύνης ενός προς ένα.

Γενική είναι η εντύπωση που προκύπτει από τη βιβλιογραφία ότι η ψυχολογική αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς είναι μέσα στις δυνατότητες του μη ειδικού γιατρού. Αρκεί α) να είναι αποφασισμένος περισσότερο να ακούει παρά να μιλάει, β) να έχει ελεγχόμενη συναισθηματική ταύτιση με τον άρρωστο (δηλ. αυτό που αποκαλούν οι Αγγλόφωνοι *empathy*), να μπορεί να μπαίνει στη θέση του άλλου, να καταλαβαίνει πώς νιώθει ο άλλος και γ) να έχει γνήσιο και ειλικρινές ενδιαφέρον για τον άρρωστο.

Η ψυχολογική αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς πρέπει να είναι εξειτομικευμένη, ευέλικτη και προσαρμοσμένη στις ανάγκες του όπως ανακύπτουν κάθε στιγμή. Πολλές φορές ο άρρωστος ανησυχεί λιγότερο

για τις προοπτικές που αφορούν τη ζωή του και περισσότερο για το σωματικό πόνο που προβλέπει ότι θα βιώσει ή για πρακτικά ζητήματα, όπως οικονομικές ή άλλες εκκρεμότητες που ανησυχεί ότι δεν θα προφτάσει να διευθετήσει.

Στη βραχεία αυτή ανασκόπηση δεν είναι δυνατόν, πέραν των γενικοτήτων που ήδη αναφέρθηκαν, να εξειδικεύσει κανείς το είδος της ψυχολογικής φροντίδας που απαιτείται για κάθε συγκεκριμένο άρρωστο σε κάθε στιγμή της αρρώστιας του. Κάθε άρρωστος είναι μια ξεχωριστή περίπτωση. Άλλος αντιδρά στην αρρώστια με πανικό, άλλος με κατάθλιψη, άλλος με αναζωπύρωση προϋπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Μερικοί άρρωστοι βλέπουν στην πάθησή τους μια ευκαιρία φυγής από πιεστικά βιοτικά ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα, άλλοι «χρησιμοποιούν» την πάθησή τους για να επικεντρώσουν στο πρόσωπό τους το ενδιαφέρον του περιβάλλοντος ενώ για άλλους αρρώστους η πάθησή τους συνιστά αφορμή για πιο ολοκληρωμένη ενατένιση της ζωής και για παγίωση διαπροσωπικών σχέσεων.

Μέσα στο ρόλο του γιατρού είναι η συνεχής προσπάθεια για ιατρική συμπαράσταση, ανθρώπινη φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη που θα επιτρέψει στον άρρωστο είτε να θεραπευθεί είτε να ολοκληρώσει τη ζωή του μέσα στη στοργή και τη συμπαράσταση των συνανθρώπων του χωρίς άγχος και οδύνη. Αν ο γιατρός μπορέσει να συμβάλει σ' αυτό το σημαντικό έργο, όποια και αν είναι η τελική έκβαση, άξιος ο μισθός του.¹³

6.6. Συμπερασματικά

Η αντιμετώπιση των προβλημάτων, που συνθέτουν το σύνδρομο της καταβολής στον καρκινοπαθή, πρέπει ν' αρχίσει έγκαιρα και παράλληλα προς την ειδική αντineοπλασματική θεραπεία. Ο λόγος είναι, η όσο το δυνατόν ταχύτερη θεραπεία της συμπτωματολογίας και των αιτιολογικών παραγόντων της καταβολής αφ' ενός, και η καλύτερη ανοχή της αντineοπλασματικής θεραπείας και των επιπλοκών της.

Στα ειδικά θεραπευτικά μέτρα για την αντιμετώπιση της καταβολής ανήκουν η αντινεοπλασματική θεραπεία και η θεραπεία των επιπλοκών της. Η διαίτα, που ανήκει στα μη ειδικά θεραπευτικά μέσα της καταβολής, πρέπει να εξασφαλίσει τροφή εύπεπτη, μαλακή και μη ερεθιστική στον γαστρεντερικό σωλήνα, για ν' αυξηθούν τα ποσοστά των προσλαμβανομένων θερμίδων, να μειωθούν οι επιπλοκές εκ της θεραπείας, να προστατευθεί ο καρκινοπαθής από λοιμώξεις και για να βελτιωθούν τα ποσοστά επιβίωσης των καρκινοπαθών.

Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στο ρόλο της έντονης και δυναμικής παρεντερικής ή δια του στόματος υπερσίτισης για την ταχύτερη αντιμετώπιση του συνδρόμου της καταβολής.

Αλλα μη ειδικά θεραπευτικά μέτρα είναι τα ορεξιογόνα, τα αναβολικά, οι βιταμίνες, τα θυμοτονικά και τέλος τα τονωτικά φάρμακα. Εξ αυτών μόνο τα τονωτικά φάρμακα έχουν πολυδύναμη δράση και είναι ικανά ν' αντιμετωπίσουν τα περισσότερα των συμπτωμάτων του συνδρόμου της καταβολής.

Εκ των τονωτικών, μόνο το πιζοτιφαίνιο φαίνεται να συγκεντρώνει σχεδόν όλες τις προϋποθέσεις του τονωτικού φαρμάκου στον καρκινοπαθή και γι' αυτό θα μπορούσε ν' αποτελέσει το σπουδαιότερο μη ειδικό θεραπευτικό μέσο αντιμετώπισης του συνδρόμου της καταβολής στον καρκινοπαθή.¹³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7. ΣΤΗΡΙΞΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

7.1. Η έννοια της κοινοτικής νοσηλευτικής

Η υγεία δεν χαρακτηρίζεται μόνο από την απουσία νόσου ή αναπηρίας αλλά νοείται σαν μια κατάσταση πλήρους σωματικής - ψυχικής - πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας.

Η προαγωγή της υγείας είναι ιδιαίτερα επίπονη εργασία αλλά είναι η καλύτερη για να επιτευχθεί ο στόχος: υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000.

Το αισιόδοξο αυτό μήνυμα διατυπώθηκε στα μέσα της δεκαετίας του 70 από όλες τις κυβερνήσεις του κόσμου. Και αυτό γιατί συνειδητοποιήθηκε ότι υγεία δεν είναι μια εξατομικευμένη υπόθεση αλλά συνδέεται επίσης με κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες.

Αποτέλεσμα αυτού ήταν να παραμερισθεί σχεδόν ολικά η παραδοσιακή αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας με κέντρο την νόσο και το νοσοκομείο. Τώρα το κέντρο προσοχής είναι η υγεία και το πεδίο δράσης είναι η κοινότητα. Μιλάμε πλέον για κοινοτική νοσηλευτική.

Η νοσηλευτική της κοινότητας αποτελεί μια σύγχρονη ολοκληρωμένη στρατηγική στον τομέα της περίθαλψης και βασίζεται σε μια νέα κοινωνικο - οικολογική αντίληψη για την υγεία.

Το πρόγραμμα της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι πολύ ευέλικτο. Αντιμετωπίζει τις ανάγκες της υγείας του πληθυσμού σφαιρικά και επικεντρώνεται όχι πλέον στο νοσοκομείο αλλά στην κοινότητα και βέβαια στο πιο μικρό τμήμα της την οικογένεια. Πρακτικά δίνει έμφαση

στους τομείς της πρόληψης, της προαγωγής, της υποστήριξης και της ανάπτυξης μιας κοινωνικής αντίληψης για την υγεία.

Η προαγωγή της υγείας νοείται σαν μια διαδικασία που θα δίνει την δυνατότητα στο άτομο να αναλάβει τον έλεγχο και την ευθύνη της υγείας τους. Αυτό γίνεται με το να ενημερωθούν τα άτομα για τις κοινωνικές δομές που επηρεάζουν την υγεία του και με την ενθάρρυνσή του να ακολουθήσει υγιεινούς τρόπους ζωής.

Η πρόληψη και η διαφώτιση αποσκοπεί στο να συνειδητοποιήσουν τα άτομα τις ενέργειες στις οποίες μπορούν να προβούν για την προαγωγή της υγείας τους μακριά από το νοσοκομείο.

Επειδή το πρόγραμμα της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι ευρύ, γι' αυτό και οι ασχολούμενοι με αυτό δεν είναι μόνο υγειονομικοί αλλά και μέλη άλλων επαγγελμάτων όπως εκπαιδευτικοί, διαιτολόγοι, κοινωνιολόγοι, και όλος ο πληθυσμός που η συμμετοχή του είναι βασική προϋπόθεση για την επιτυχία των προγραμμάτων.

Η νοσηλεύτρια σαν μέλος της υγειονομικής ομάδας και συντονιστής των προσπαθειών των μελών αυτής, είναι αποφασιστικός παράγοντας για την επιτυχία του συστήματος παροχής υγειονομικής φροντίδας.

Σαν σύμβουλος και δάσκαλος του πληθυσμού σε θέματα υγείας, παίζει σημαντικό ρόλο στην διαφώτιση και στην δραστηριοποίησή του για την συμμετοχή του τόσο στο σχεδιασμό, όσο και στην εφαρμογή των διαφόρων προγραμμάτων.

Η συνεχής επαφή της με τα άτομα της οικογένειας ή της κοινότητας, η παροχή προληπτικής νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι, η ψυχολογική υποστήριξη και συμπαράσταση της οικογένειας που αντιμετωπίζει το συγκεκριμένο πρόβλημα της αναπηρίας ή μιας χρόνιας νόσου δίνουν στη νοσηλεύτρια πολύτιμες ευκαιρίες να εξασκήσει το πολύπλευρο έργο της, της υγειονομικής διαφώτισης και της νοσηλείας, αξιοποιώντας τις γνώσεις και τις εμπειρίες της.

Αφού οποιοδήποτε σύστημα περίθαλψης και αν εφαρμόζεται, το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας δίνεται στην νοσηλεύτρια και αυτή τότε με την σειρά της πρέπει:

- α) Να συνειδητοποιήσει τον κεντρικό αυτό ρόλο της για να πάρει την σωστή θέση στο υγειονομικό σύστημα ώστε να ανταποκριθεί στις ευθύνες της και να ολοκληρώσει την προσφορά της
- β) Πρέπει να γνωρίζει τους αντικειμενικούς σκοπούς του προγράμματος και να έχει πλήρη επίγνωση της σημασίας του έργου της για την επίτευξη των στόχων της
- γ) Πρέπει να γνωρίζει τις κοινωνικές αξίες και τις ηθικές δυνάμεις που υπάρχουν μέσα στην οικογένεια για να βοηθήσει στο σωστό αποτέλεσμα
- δ) Πρέπει να εκτιμά τις πραγματικές ανάγκες της οικογένειας και να παρέχει ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα ώστε να επιτευχθεί η προαγωγή της ψυχοσωματικής και κοινωνικής υγείας των μελών της
- ε) Πρέπει να συνεργάζεται με όλα τα μέλη της ομάδας υγείας και όλους τους παράγοντες που παίζουν κάποιο ρόλο στην παροχή υγειονομικής φροντίδας και την κοινωνικό - οικονομική ανάπτυξη της κοινότητας.
- στ) Πρέπει να συμμετέχει στον σχεδιασμό των προγραμμάτων και στη συνεχή αξιολόγηση της παροχής υπηρεσιών.
- ζ) Πρέπει να μπορεί να εκπαιδεύσει το βοηθητικό προσωπικό καθώς και τα μέλη της οικογένειας ή της κοινότητας που αναλαμβάνουν εθελοντικά συγκεκριμένους ρόλους για την αντιμετώπιση ειδικών αναγκών με σκοπό την ανύψωση του επιπέδου υγείας.
- η) Πρέπει να είναι ειδικά εκπαιδευμένη για να ανταποκριθεί στο ρόλο της. Η εκπαίδευσή της πρέπει να στρέφεται σε βασικές

και κοινωνικές επιστήμες, στις μεθόδους διδασκαλίας και διοίκησης, στη νοσηλεία χρόνιων πασχόντων και ηλικιωμένων, στην ομαδική εργασία και στις δημόσιες σχέσεις. Η εκπαίδευση της δηλαδή πρέπει να αφορά τόσο τη θεωρητική διδασκαλία όσο και την πρακτική άσκηση.

Εκτός όμως από τις γνώσεις και την κατάρτισή της η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει ισορροπημένη προσωπικότητα, ανθρωπιστική διάθεση, ψυχολογική διαίσθηση, κατανόηση και αγάπη για τους συνανθρώπους της. Να έχει κλίση για την νοσηλευτική. Να μπορεί να συνεργάζεται και με τον πιο «δύσκολο» άνθρωπο. Πάνω από όλα όμως πρέπει να έχει άμεμπτο ήθος.

Στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης η κοινοτική νοσηλεύτρια ασχολείται με την υγειονομική περίθαλψη του παιδιού και της μητέρας, την πρόληψη και καταπολέμηση επιδημιών, τους εμβολιασμούς, την κατάλληλη θεραπεία των λοιμωδών και χρόνιων νόσων, με θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, με την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού, με την υγειονομική περίθαλψη ή διαφώτιση της τρίτης ηλικίας και την παροχή των στοιχειωδών φαρμάκων.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν, προσπαθώ όσο είναι δυνατόν να συγκεκριμενοποιήσω τον πολυδιάστατο ρόλο της στους πιο πάνω συγκεκριμένους τομείς δράσης της μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας που είναι το μικρότερο κοινωνικό σύνολο και επομένως μπορεί να επηρεάσει θετικά ή αρνητικά το γενικότερο πληθυσμιακό σύνολο.¹⁴

7.2. Ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλευτικής

Οι νέες τάσεις που παρουσιάστηκαν, στο χώρο της υγείας, μετά το 1970 επηρέασαν και τη Νοσηλευτική, η οποία επαναξιολογώντας τις προτεραιότητές της, διεύρυνε το πεδίο της, και επαναπροσδιόρισε τους στόχους της.

Η νοσηλευτική όλο και περισσότερο εγκαταλείπει το μοντέλο που έχει σαν βάση τον άρρωστο και το νοσοκομείο και προσεγγίζει το

μοντέλο σε επίκεντρο την υγεία και την κοινότητα. Στόχος της δεν είναι μόνο η νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο που νοσεί, αλλά και η δημιουργία προϋποθέσεων για την πρόληψη της νόσου «Πεδίο δράσης της δεν είναι μόνο ο χώρος της νοσοκομείου (δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια φροντίδα υγείας), αλλά και η κοινότητα μέσα στην οποία ζει και εκφράζεται το άτομο (πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας).

Έτσι λοιπόν μέσα από αυτές τις νέες τάσεις που διαμορφώθηκαν στον κλάδο της Νοσηλευτικής, δημιουργήθηκε ένας καινούργιος θεσμός ο θεσμός της κοινοτικής νοσηλευτικής.

Η κοινοτική νοσηλευτική έχει σαν αποδέκτες τον πληθυσμό της κοινότητας όλων των ηλικιών σ' οποιαδήποτε κατάσταση υγείας και αν βρίσκεται.

Η κοινοτική νοσηλευτική προσφέρει ολιστική φροντίδα, δηλαδή, βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική και καλύπτει το άτομο πλήρως, εξασφαλίζοντας όλες τις απαραίτητες υπηρεσίες.

Ένα ακόμα σημαντικό στοιχείο της φιλοσοφίας της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι ότι ωθεί το άτομο να απαλλαγεί από τις συνέπειες της αρρώστιας του όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, διδάσκοντας του την αυτοφροντίδα και την αυτοεξυπηρέτηση.

Τα μέσα που χρησιμοποιεί η κοινοτική νοσηλευτική για να επιτύχει τον τελικό σκοπό που είναι η κοινοτική υγεία είναι:

- α. Αγωγή υγείας
- β. Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας
- γ. Συνεργασία με τις άλλες υπηρεσίες υγείας¹⁴

7.3. Ψυχολογική παρέμβαση σε κάθε στάδιο της νόσου

A. Στάδια της νόσου και ψυχολογική παρέμβαση

Μια ψυχολογική παρέμβαση πρέπει να πάρει υπ' όψη της το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης

από τον ίδιο τον άρρωστο, την προσδοκόμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της αρρώστιας (πρώιμο - ενδιάμεσο - τελικό). Το ψυχολογικό σχήμα και η παρέμβαση ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης της νόσου έχει ως ακολούθως:

1^η Φάση - Πρώιμο στάδιο

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης, οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και **shock** που ακολουθούνται ή από άρνηση που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, η άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Άλλοι λοιπόν αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση, άλλοι αναζητούν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος. Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν μπορεί να αποκλειστεί, το άτομο θα πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Έως τη στιγμή της εισαγωγής, πολλά άτομα θα είναι αγχώδη, ανήσυχα σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν ένα φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το άτομο είναι αναγκασμένο να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνονται, ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις. Όλα αυτά μπορούν να προκαλέσουν ένα συναίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψης βοήθειας. Υπάρχουν όμως και οι μακροπρόθεσμες διαστάσεις που συνδέονται πρώτο, με τις επιπτώσεις που θα έχει η αρρώστια στην οικογενειακή, κοινωνική ζωή, επαγγελματική δραστηριότητα και στα οικονομικά, και δεύτερο, με την κακοήθεια της αρρώστιας που βιώνεται σαν μια απειλή στην συνέχεια της υγείας και της ίδιας της ζωής.

Ωστόσο ο τρόπος κατά τον οποίο ο ασθενής θα αντιμετωπίσει τη νοσηλεία την ασθένεια και τις συνέπειες της (στον ίδιο και στους άλλους) εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο μέρος από το πως είχε στο παρελθόν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα, κρίσεις και εντάσεις στη ζωή. Αν για παράδειγμα δεν είχε ποτέ στο παρελθόν συζητήσει με άλλους τα συναισθήματα του ή τα προσωπικά του προβλήματα ανοικτά

και εποικοδομητικά, γίνεται δυσκολότερη η προσαρμογή του στο στάδιο αυτό.

Οι στόχοι μας στη φάση αυτή είναι οι εξής:

1. Να βοηθήσουμε τον ασθενή να μπορεί να ζει με τη γνώση της σοβαρής αρρώστιας και των συνεπειών της
2. Να βοηθήσουμε να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και άλλες σχετικές ανησυχίες
3. Να βοηθήσουμε να προσαρμοστεί στη νέα (αλλαγμένη) εικόνα σώματος και εαυτού
4. Να βοηθήσουμε να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον

Οι πρώτες συναντήσεις με τον ασθενή πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωσή του γύρω από την λειτουργία της πτέρυγας του νοσοκομείου που έχει εισαχθεί και στην κατατόπισή του στους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό προσωπικό (επισκέψεις γιατρών, νοσοκόμας, χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, θέματα κοινωνικής υπηρεσίας, ζητήματα διατροφής). Κατόπιν θα λαμβάνεται ένα λεπτομερειακό ιστορικό. Αν ο άρρωστος πρόκειται να υποβληθεί σε μια χειρουργική επέμβαση, τον ενημερώνουμε και τον προετοιμάζουμε ψυχολογικά. Στην περίπτωση μιας γυναίκας που πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή α) περιγράφουμε τις διαδικασίες που η άρρωστη θα περάσει πριν και μετά την επέμβαση, δίνουμε πληροφορίες για τη διαδικασία της επέμβασης, την έκτασή της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής. Με το να είναι προετοιμασμένη, δεν δημιουργείται ασυνέπεια μεταξύ προσδοκώμενων και βιουμένων γεγονότων, το άγχος μειώνεται και αίρεται μια πιθανή ψυχολογική αντίφαση β) αντιμετωπίζουμε λανθασμένες αντιλήψεις γύρω από την αρρώστια, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τα μετεγχειρητικά προβλήματα και

την ενθαρρύνουμε να δει αυτές τις πλευρές με ένα θετικό τρόπο ξεπερνώντας αδικαιολόγητους και αβάσιμους φόβους. ¹⁵

2^η Φάση - Ενδιάμεση στάδιο

Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη εφαρμογής άλλων μορφών θεραπείας. Ο άρρωστος έχει μια γνώση της εξέλιξης της υγείας του με βάση τη φυσική του κατάσταση, την ένταση και έκταση του πόνους, την αδυναμία και καχεξία, και άλλα συμπτώματα όπως αιμορραγίες κλπ.

Μερικοί ασθενείς, καθυστερούν να δουν το γιατρό όταν συμπτώματα πιθανής υποτροπής του καρκίνου εμφανίζονται. Είναι αυτοί οι ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν να αντικρίσουν την επιστροφή του καρκίνου, μια και αυτό θα ανακινούσε παλιούς φόβους για τη διάγνωση. Η επανεμφάνιση θα σήμαινε γι' αυτούς την αρχή του τέλους που τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να το αποτρέψουν, θα δημιουργείτο φόβος για τις παρενέργειες της αντικαρκινικής θεραπείας η οποία θα εφαρμοστεί στο νέο αυτό στάδιο ανάπτυξης της αρρώστιας και θα βρίσκονταν δικαιολογίες για να αρνηθούν την υποτροπή («Χάνω βάρος γιατί δεν πρόσεξα την διατροφή», «Η δύσπνοια προκλήθηκε από κρύωμα όταν βγήκαμε για να επισκεφτούμε κάποιους συγγενείς»).

Άλλοι άρρωστοι κατηγορούν τον γιατρό ή την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου, μπορεί να αμφισβητήσουν τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους και να θελήσουν να προσανατολιστούν σε όχι πάντα επιστημονικά παραδεκτές λύσεις όπως φαρμακευτικά σκευάσματα βιταμινών, γιατροσόφια, διαλογισμό. Ο γιατρός πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή ότι μια τέτοια αγωγή είναι άνευ αξίας και να τον κατευθύνει στις παραδεκτές θεραπείες. Ο γιατρός μπορεί ακόμα να του προτείνει να δει έναν άλλο ογκολόγο για μια δεύτερη γνώμη ή να σταθεί πρόθυμος να συζητήσει με τον άρρωστο νέες διαθέσιμες θεραπείες που μέχρι τότε δεν είχαν θεωρήσει.

Ορισμένοι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο βρίσκουν πως η ατέλειωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων είναι μια ιδιαίτερα δυσάρεστη πλευρά της νοσηλείας. Περιμένοντας τα αποτελέσματα φαίνεται πως είναι από τις πιο δύσκολες στιγμές, εάν όταν τα αποτελέσματα βγουν και επιβεβαιώνουν τις υποψίες, ο γιατρός και η νοσοκόμα πρέπει να εξηγήσουν στον άρρωστο και την οικογένειά του το θεραπευτικό πρόγραμμα που σχεδιάζουν. Επίσης πρέπει να εξηγηθούν οι παρενέργειες της θεραπείας ώστε ο ασθενής να είναι έτοιμος να τις αντιμετωπίσει με ψυχραιμία. Χωρίς κάποια εξήγηση, ο ασθενής μπορεί να αποδώσει αυτές τις παρενέργειες σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του εξαιτίας χειροτέρευσης της αρρώστιας και να θορυβηθεί ιδιαίτερα. Πρέπει ο ογκολόγος να εξηγήσει στον ασθενή και τους συγγενείς του τα υπέρ και τα κατά της χημειοθεραπείας και να προετοιμάσει τον ασθενή να τα δεχτεί. Θα πρέπει να γίνει σαφές στον άρρωστο ότι τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να τον απασχολούν και να τον ενοχλούν, όμως υπάρχει ο κλονισμός της υγείας του από την αρρώστια που είναι σοβαρότερος. Πρέπει να υπομείνει τις παρενέργειες, οι οποίες άλλωστε με το πέρασμα του χρόνου θα εκλείψουν, και η προτεραιότητα να δοθεί στην αντιμετώπιση της κυρίως νόσου. Όταν ο ασθενής υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, ο ακτινοθεραπευτής γιατρός θα πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή πως λειτουργεί αυτή η θεραπεία, ποια αποτελέσματα και ποιες παρενέργειες μπορεί να φέρει ώστε να μειωθεί το άγχος και ο φόβος όταν οι παρενέργειες εμφανιστούν. Επίσης ανάλογη πληροφόρηση πρέπει να έχουν και οι συγγενείς του αρρώστου ώστε να διευκρινιστούν ορισμένες αντιλήψεις όπως ότι ο ασθενής γίνεται ραδιενεργός και τον εγκαταλείπουν.

Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή του ασθενούς. Ο έντονος πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί τον ανάγκάζουν να μην μπορεί να εργαστεί πια, να παραμένει στο σπίτι, να σταματήσει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που παλιότερα τον ευχαριστούσαν. Η ζωή του μπορεί να διακόπτεται

από επανειλημμένες εισόδους στο νοσοκομείο για χημειοθεραπεία ή ακτινοβολίες, ενώ ο ανεξέλεγκτος πόνος μπορεί να του θυμίζει συνεχώς ότι κάτι το μοιραίο επίκειται. Με την επιδείνωση της αρρώστιας ο ασθενής φοβάται ότι ο γιατρός και η οικογένειά του θα τον εγκαταλείψουν. Έτσι μερικοί ασθενείς γίνονται πράοι, υπάκουοι, χωρίς παράπονα, ώστε να αποφύγουν καταστάσεις που ίσως οδηγούσαν τους άλλους να τους εγκαταλείψουν. Πρέπει να βεβαιώσουμε τον ασθενή ότι ο γιατρός και οι συγγενείς θα μείνουν κοντά του, θα κάνουν οτιδήποτε για να νοιώθει περισσότερο ανακουφισμένος, να ακούσουμε τις ανησυχίες, φόβους, ανάγκες του, να τον υποστηρίξουμε συναισθηματικά, να του δώσουμε κουράγιο και ελπίδα στη μάχη του αυτή με την μεταστατική νόσο. Τότε θα μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη, οι συγχυτικές αντιδράσεις, οι ιδέες θανάτου η αυτοκτονίας και κάποια αποδιοργάνωση που κλιμακώνεται, η επαφή μαζί του θα βελτιωθεί, θα γίνει πιο συνεργάσιμος και με περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους φροντίζουν γι' αυτό.¹⁵

3^η Φάση - Τελικό στάδιο

Σ' αυτό το στάδιο όπου η θεραπεία είναι μόνο ανακουφιστική, ο άρρωστος μαζί και ο γιατρός αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο θανάτου. Κατά τη διάρκεια της τελικής αυτής φάσης της αρρώστιας, ο ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται πως ξέρει ότι πρόκειται να πεθάνει, αλλά την ίδια στιγμή μπορεί να εκφράζεται σαν να μην γνωρίζει τίποτα για την αρρώστια του. Ή ο άρρωστος μπορεί να κατηγορήσει το γιατρό του ότι δεν τον είχε προειδοποιήσει για τις επιπλοκές ή για τον ενδεχόμενο θάνατο, παρά το γεγονός ότι καθ' όλη τη διάρκεια της αρρώστιας μπορεί να ενημερωνόταν για την πρόγνυσή της.

Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ένα ξαφνικό σοκ στον καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. Θα έχει περάσει πολλούς μήνες σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, θα έχει υποβληθεί σε εγχειρήσεις, θα έχει μπει και βγει από πολλές μονάδες νοσοκομείων, πιθανά να έχει

δει άλλους αρρώστους να πεθαίνουν στα νοσοκομεία από την ίδια αρρώστια. Αλλά ο φυσικός θάνατος που όλα τα ζωτικά όργανα παύουν να λειτουργούν είναι μόνο μια μορφή θανάτου. Υπάρχει ο κοινωνιολογικός θάνατος, που ο άρρωστος απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους ή με αυτοεγκατάλειψη ή οι συγγενείς απομακρύνονται και σταματούν να τον επισκέπτονται. Υπάρχει ο ψυχικός θάνατος, στον οποίο ο ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό του. Συνήθως ο ψυχικός και ο φυσικός θάνατος συμβαίνουν ταυτόχρονα αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται το θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον αγώνα απελπισμένοι - στηριζόμενοι στο ανίατο του καρκίνου και αρνούνται να συνεχίσουν να ζουν. Ακόμη υπάρχει ο βιολογικός θάνατος που ορίζεται από την απουσία συνείδησης ή γνωστικών λειτουργιών.

Είναι σημαντικό για τον άρρωστο σ' αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι ο γιατρός, οι νοσοκόμες, ο ψυχολόγος δεν πρόκειται να τον εγκαταλείψουν αλλά όχι ότι θα μείνουν δίπλα του και θα είναι διαθέσιμοι να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες του, να παρέχουν ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή.

Η KUBLER - ROSS (1975) περιγράφει τις αντιδράσεις του καρκινοπαθούς από την στιγμή που έρχεται άμεσα ή έμμεσα αντιμέτωπος με τη φύση της αρρώστιας του έως τις τελευταίες ώρες της ζωής του.

Στην πρώτη λοιπόν φάση, τη φάση της άρνησης, ο άρρωστος έχει την τάση να αρνηθεί (ασυνείδητα και άρα ακούσια) το γεγονός της ασθένειας. Η συνήθης αντίδραση είναι «όχι δεν μπορεί να είμαι εγώ». Η άρνηση είναι ένας υγιής τρόπος αναμέτρησης με μια κρίσιμη και οδυνηρή κατάσταση με την οποία μερικοί από τους αρρώστους αυτούς πρέπει να ζήσουν για μακρό χρόνο. Κατά τον ίδιο τρόπο που αρνούμαστε να πιστέψουμε τον αιφνίδιο και αναπάντεχο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, έτσι και ο ασθενής αρνείται τη φύση και τις επιπτώσεις της αρρώστιας του. Η άρνηση λειτουργεί σαν

εξουδετερωτής της σύγκρουσης ύστερα από απροσδόκητες συγκλονιστικές ειδήσεις, είναι ένας μηχανισμός αυτοπροστασίας που επιτρέπει στον άρρωστο να περισυλλέγει και να κινητοποιήσει με τον καιρό άλλους μηχανισμούς άμυνας. Έτσι σύντομα η άρνηση, σαν προσωρινή άμυνα, αντικαθίσταται από μια μερική αποδοχή. Η άρνηση που κρατιέται ως το τέλος είναι σπάνια ας πούμε τρεις στους εκατό ασθενείς. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι ασθενείς αποφεύγουν (ή φοβούνται) οποιαδήποτε επικοινωνία με τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού που πιθανόν να λύγιζαν την άρνησή τους, μιλώντας στους ασθενείς για τον καρκίνο. Παρά την άρνηση όμως έχει παρατηρηθεί ότι κάποιο μέρος του εαυτού του αρρώστου πρέπει να αντιμετωπίζει την πραγματικότητα της αρρώστιας εφ' όσον ο άρρωστος δέχεται να υποβληθεί σε νοσοκομειακή περίθαλψη και θεραπεία.

Η αντίδραση άρνησης αντί να διατυπωθεί με λόγια, μπορεί να εκφραστεί με ενέργειες, όπως να πάει ο άρρωστος σε άλλους γιατρούς με την ελπίδα ότι θα τον καθησυχάσουν ή συχνότερα για να «μπερδέψει τα ίχνη» με τρόπο ώστε να πεισθεί ότι υπάρχει ακόμη αμφιβολία στην διάγνωση, πως η κατάσταση δεν είναι ξεκαθαρισμένη ή ακόμα πως έγινε λάθος.

Από τον αρχικό κλονισμό και τη μαζική άρνηση ο καρκινοπαθής βαθμιαία θα αναλάβει. Το πότε θα εγκαταλείψει την άρνησή του για να χρησιμοποιήσει άλλους μηχανισμούς άμυνας εξαρτάται από το πως ειπώθηκε στον άρρωστο η αρρώστια του το πως προετοιμαζόταν για να αντιμετωπίσει καταστάσεις έντασης κατά τη διάρκεια της ζωής του, ποιος θα είναι κοντά του να τον υποστηρίξει.

Ακολουθεί η φάση της οργής ή εξέγερσης. Ο ασθενής βρίσκει τη μοίρα του άδικη και αδικαιολόγητη «γιατί να είμαι εγώ και όχι άλλος». Η οργή, η διαμαρτυρία, η δυσαρέσκεια μετατίθεται προς όλες τις κατευθύνσεις: οι γιατροί δεν είναι καλοί, κρατούν τους αρρώστους για πολλές μέρες στο νοσοκομείο, δεν σέβονται τις επιθυμίες του, δεν ξέρουν ποια είναι η σωστή δίαιτα που πρέπει να ορίσουν. Μεγαλύτερος

στόχος της οργής του γίνονται οι νοσοκόμες. Μόλις εγκαταλείψουν το δωμάτιο χτυπά το κουδούνι. Η επίσκεψη της οικογένειάς του γίνεται γεγονός οδυνηρό. Μαλώνει με τους συγγενείς του, τους κατηγορεί για έλλειψη αγάπης, κατανόησης, φροντίδας και ενδιαφέροντος προς αυτόν. Τότε τα μέλη της οικογένειας αντιδρούν με λύπη, δάκρυα, ενοχή ή αποφεύγουν μελλοντικές συναντήσεις με τον άρρωστο και έτσι η οργή και η στεναχώρια του αρρώστου επαυξάνεται.

Το ζήτημα εδώ είναι ότι ελάχιστοι βάζουν τον εαυτό τους στη θέση του αρρώστου και απορούν από που να προέρχεται αυτός ο θυμός και ευερεθιστότητα. Ίσως όμως και εμείς να οργιζόμαστε αν όλες οι δραστηριότητες της ζωής μας διακόπτονταν πρόωρα, αν περιμέναμε, μετά από χρόνια σκληρού μόχθου να χαρούμε μερικά χρόνια ανάπαυσης και απόλαυσης της ζωής μόνο και μόνο για να μας βρει αυτή η τύχη. Τι άλλο θα κάναμε παρά να αφήσουμε την οργή μας να ξεσπάσει πάνω σε ανθρώπους που πολύ πιθανόν να απολαύσουν όλα αυτά τα πράγματα, που είναι υγιείς. Πάνω σε ανθρώπους που παραγγέλνουν επίπονες εξετάσεις, που διατάσσουν περιορισμούς, ενώ μετά το τέλος της εργασίας τους μπορούν να πάνε να χαρούν τη ζωή.

Όπου και να κοιτάξει λοιπόν ο άρρωστος αυτό τον καιρό θα βρει αιτίες για παράπονα. Θα σηκώσει τη φωνή του, θα σταθεί απείθαρχος, θα έχει απαιτήσεις και θα ζητήσει να τον προσέχουν ίσως για να θυμήσει στους άλλους πως δεν είναι ακόμα νεκρός αλλά ζει. Αν του δοθεί σεβασμός, προσοχή, αν προσπαθήσουμε αν τον καταλάβουμε παρά να τον κρίνουμε, γρήγορα θα χαμηλώσει τη φωνή του και θα μειώσει τις οργισμένες απαιτήσεις του. Και μην παίρνουμε προσωπικά τις επιθέσεις οργής του. Τέτοιοι άρρωστοι προκαλούν με την οργή τους την απόρριψη, μιας προκαλούν να τους παραμερίσουμε. Μπορούν να δεχτούν οτιδήποτε μόνο κάτω από δικούς τους όρους και αν ο χρόνος των γιατρών είναι περιορισμένος, αυτοί οι ασθενείς χάνουν την ευκαιρία που τους δίνεται. Κι όμως είναι πιο απελπισμένοι απ' όλους. Αν επιτρέψουμε σε τέτοιους ασθενείς να είναι ο εαυτός τους και να

εκτονώνονται, μπορεί να δείξουν άλλες πλευρές του εαυτού τους, ευαίσθητες, ευχάριστες, αποδεκτές.

Έρχεται ύστερα η φάση της διαπραγμάτευσης, του παζαρέματος, που χαρακτηρίζεται από την τάση για ικεσίες, που παίρνουν τη μορφή τάματος. Εδώ γίνεται ένα είδος συμφωνίας για να αναβληθεί το αναπόφευκτο. Αν μου υποσχεθείτε ότι θα γίνω καλά, σε αντάλλαγμα θα είμαι καλός, πειθαρχικός και υπάκουος». Η «να κάνετε ότι μπορείτε για να κάνω πάσχα με την οικογένειά μου». Ο άρρωστος πιστεύει ότι θα αμειφθεί για την καλή του συμπεριφορά με τη μείωση του πόνου του, με προέκταση της ζωής του, να κατορθώσει να ζήσει αρκετά για να παραστεί στο γάμο του παιδιού του, να τακτοποιήσει υποθέσεις του. Το παζάρεμα είναι πραγματικά μια προσπάθεια αναβολής. Βέβαια και να του παραχωρηθεί η αναβολή ή να του γίνει μια ειδική χάρη δεν πρέπει να περιμένουμε ότι θα κρατήσει την υπόσχεση για καλή συμπεριφορά ή μια ζωή αφιερωμένη σε κάποιο σκοπό στη ζωή ή στο θεό. Συχνά οι υποσχέσεις συνδέονται με μια ενοχή, φόβο ή τιμωρία για διάφορους λόγους και πρέπει να αναζητείται το βαθύτερο νόημα και κίνητρο τέτοιων συμπεριφορών.

Ακολουθεί η καταθλιπτική φάση. Ο άρρωστος που βαδίζει προς τον θάνατο, νοιώθοντας τα συμπτώματα να εντείνονται, να γίνεται πιο αδύνατος, οι πόνοι ισχυρότεροι, δεν μπορεί να κρύψει πια την απελπισία, τη θλίψη και την πίκρα του. Κλαίει και μιλάει για αυτοκτονία, εκδηλώνει αισθήματα ενοχής, αυτομομφής, αυτοϋποτίμησης. Η κατάθλιψη αυτής της φάσης είναι είτε αντιδραστική (η εξέλιξη της αρρώστιας όντας ένα υπαρκτό εξωτερικό εκλυτικό αίτιο) είτε προπαρασκευαστική που προετοιμάζει τον άρρωστο για τον τελικό αποχωρισμό από αυτόν τον κόσμο.

Στη δεύτερη αυτή μορφή κατάθλιψης οι ενθαρρύνσεις και οι διαβεβαιώσεις δεν έχουν νόημα. Ο άρρωστος βρίσκεται στην πορεία απώλειας του κάθε τι και όλων των αγαπημένων του προσώπων, ώστε δεν έχει σημασία να του πούμε ότι δεν πρέπει να λυπάται. Η φάση αυτή

είναι συνήθως μια σιωπηλή περίοδος με ανάγκη για άγγιγμα του χεριού, μια ζεστή παρουσία χωρίς πολλά λόγια, σε αντίθεση με την αντιδραστική μορφή, στην οποία ο άρρωστος έχει πολλά να μοιραστεί με τους άλλους. Εδώ θα απαλλάξουμε τον άρρωστο από περιττό άγχος, ταλαιπωρία και ταραχή, αν προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε αν ο άρρωστος είναι έτοιμος να αγωνιστεί για τη ζωή του (π.χ. με το να δεχτεί επιπρόσθετη θεραπεία) ή είναι έτοιμο σαν προετοιμαστεί για να πεθάνει.

Η τελευταία φάση, η φάση της αποδοχής, είναι το στάδιο που σαν να έχει φύγει ο πόνος, ο αγώνας νάχει τελειώσει και έρχεται ο καιρός για την τελική ανάπαυση πριν από το μακρύ ταξίδι. Μερικοί ασθενείς πέρασαν την κατάθλιψη και την εξέγερση αλλά είναι περισσότερο απογοητευμένοι έχοντας αφηθεί σε μια μοιρολατρική εγκατάλειψη και απομόνωση παρά τη γαλήνη. Άλλοι ωστόσο ασθενείς είναι ήρεμοι.

Ο άρρωστος θέλει να μείνει μόνος, λιγομίλητος ή τουλάχιστος να μην ενοχλείται από τα προβλήματα του εξωτερικού κόσμου. Θα αντικρίσει τις τελευταίες στιγμές ηρεμότερα αν του επιτραπεί να αποσπάσει τον εαυτό του από όλες τις σημαντικές σχέσεις της ζωής του. Μια ματιά, ένα σφίξιμο του χεριού μπορούν να πουν περισσότερα από πολλές λέξεις και να βεβαιώσουν τον άρρωστο ότι δεν εγκαταλείπεται μόνος αλλά ότι θα βρισκόμαστε κοντά του μέχρι το τέλος όπου ο κύκλος της ζωής κλείνει.

Οι φάσεις που περιγράψαμε σπάνια διαδέχονται κανονικά η μια την άλλη. Ορισμένοι άρρωστοι σταματούν πολύ καιρό σε ένα από τα στάδια και ύστερα επανέρχονται σε ένα από τα προηγούμενα, έστω και αν έχουν φτάσει στο στάδιο της αποδοχής. Για παράδειγμα αν συμβεί υποτροπή της αρρώστιας, ο ασθενής θα επαναστατήσει και πάλι θα πέσει σε κατάθλιψη. Η μερική άρνηση χρησιμοποιείται σχεδόν από όλους τους αρρώστους όχι μόνο κατά τη διάρκεια των πρώτων σταδίων της αρρώστιας αλλά και αργότερα, από καιρό σε καιρό.

Πίσω από όλα αυτά τα στάδια και τις φάσεις κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει: η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλτης και όχι αλήθεια, ότι κάποιος πρωινό ο άρρωστος θα ξυπνήσει για να του πουν οι γιατροί ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο για να αντέξει ακόμη λίγο καιρό. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι γιατροί πρέπει να πουν ψέματα στον ασθενή. Σημαίνει ότι μοιραζόμαστε μαζί του την ελπίδα πως κάτι απρόβλεπτο θα αλλάξει τη ροή των πραγμάτων. Θα πρέπει να προσέξουμε ώστε να μην απελπίσουμε τον άρρωστο ενώ χρειάζεται ακόμη ελπίδα. Αν εγκαταλείψουμε ένα τέτοιο άρρωστο και παραιτηθούμε, μπορεί να εγκαταλείψει και ο ίδιος τον εαυτό του και η περαιτέρω ιατρική βοήθεια θα μπορούσε να έρχεται πολύ αργά, βρίσκοντας τον απροετοίμαστο για μια νέα μάχη.

Στον ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις, υποστηρίζοντάς του και δείχνοντάς του ότι δεν τον ξεχάσαμε. Ζητάμε από την οικογένεια, φίλους και συγγενείς του να μην τον εγκαταλείψουν. Συζητάμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με τον ίδιο τον άρρωστο και φροντίζουμε να έχει διευθετήσει όλες τις υποθέσεις του. Του δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, ανάγκες, συναισθήματά του και να του δείξουμε κατανόηση, συμπάρασταση. Βεβαιώνουμε ότι εκτός του ελέγχου των σοβαρών συμπτωμάτων, στον άρρωστο χορηγείται αγωγή για τον έλεγχο του πόνου. Η κάποια ανακούφιση από τον αφόρητο πόνο είναι τόσο σημαντική για το πρόσωπο που πεθαίνει όσο και η συναισθηματική υποστήριξη. Το να κρατηθεί ο άρρωστος με τον λιγότερο δυνατό πόνο αλλά ωστόσο διατηρώντας συνείδηση είναι ο στόχος πολλών φαρμακευτικών σχημάτων με τη χρήση ή μη ναρκωτικών. Έχει υποστηριχτεί πως το είδος αυτό της θεραπείας δεν ευνοεί την τόσο επίφοβη τοξικομανία, αλλά αντίθετα μετά από μια αγωγή μερικών ημερών τέτοια που ο άρρωστος να διαπιστώσει πως έπαψε να πονά ή ο πόνος μειώθηκε, είναι δυνατή η ελάττωση των δόσεων και η χορήγησή τους σε σταθερή δοσολογία. Αυτό είναι

κατανοητό αν σκεφτούμε την εξάλειψη της αγχώδους αναμονής του πόνου, που ασκεί άμεση επίδραση στην έντασή του. Επίσης είναι σημαντικό να αφήνουμε τους αρρώστους, όσους είναι ικανοί για συνεργασία να συναποφασίζουν με τους γιατρούς για τη στιγμή που θα πάρουν τα αναλγητικά τους.¹⁵

7.4. Εξειδικευμένη προσέγγιση ασθενών με καρκίνο ανάλογα με την εντόπιση και το είδος της θεραπείας

Κάθε άτομο που προσβάλλεται από καρκίνο, έχει να παλαίψει με δύο μεγάλες κατηγορίες προβλημάτων.

- α) Με τα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτή καθαυτή την αρρώστια και τις επιπτώσεις της θεραπείας, και
- β) Με τα προβλήματα που δημιουργούνται από τον τρόπο που αντιμετωπίζονται τα άτομα αυτά, από το νοσοκομειακό, οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Τα προβλήματα της πρώτης κατηγορίας αναφέρονται κυρίως στην απειλή του θανάτου και την αλλαγή της εικόνας του σώματος, ενώ τα προβλήματα της 2^{ης} κατηγορίας, αφορούν το κοινωνικό στίγμα του καρκίνου και της αναπηρίας που προκαλείται συχνά από τη θεραπεία της νόσου αυτής. Π.χ. μαστεκτομή, κολοστομία, λαρυγγεκτομή, πτώση μαλλιών μετά από χημειοθεραπεία. κ.ά.

Οι επιρροές του κοινωνικού στίγματος, όπως είναι φυσικό, δεν αφορούν μόνο τον ασθενή, αλλά και το περιβάλλον, το οποίο πολλές φορές, μπορεί να βιώνει το στίγμα, εντονότερα και από τον ίδιο τον άρρωστο.

Μια χαρακτηριστική έκφραση του στίγματος αυτού, είναι η «υπερπροστασία» που παρατηρείται σαν στάση και συμπεριφορά της κοινωνίας, προς τον ασθενή με καρκίνο.

Δεδομένου ότι, αντικείμενο της δουλειάς μας είναι, «Ο άνθρωπος σε συνάρτηση με το περιβάλλον του», θα πρέπει σαν κοινωνικοί λει-

τουργοί, να γνωρίζουμε και να αξιολογούμε σωστά τη δύναμη και τις διαστάσεις του κοινωνικού στίγματος, προκειμένου να προχωρήσουμε σε διάγνωση των αιτιών πολλών αντιδράσεων και προβλημάτων, όχι μόνο του ασθενούς και της οικογένειάς του, αλλά ακόμη και των συνεργατών μας εντός και εκτός νοσοκομείου. Σαν κλασικό παράδειγμα, θα αναφέρω τη "συνηθισμένη αντίδραση πολλών, να ενθαρρύνουν αμέσως μετά τη διάγνωση «καρκίνος», τη συνταξιοδότηση του ασθενούς και όχι την επιστροφή του στην εργασία, παρόλο ότι η κατάσταση της υγείας του, δεν δικαιολογεί την επιλογή αυτή.

Πριν απ' όλα όμως, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να ελέγχει το κατά πόσο ο ίδιος σκέπτεται και λειτουργεί κάτω από το στίγμα αυτό. Η πρωταρχική εκτίμηση των αντιδράσεων που οφείλονται στα taboo του καρκίνου αποτελεί για μας βασική τεχνική για μια ιδιαίτερη συμβουλευτική και υποστηρικτική με τους καρκινοπαθείς. Σκοπός της τεχνικής αυτής είναι να βοηθήσουμε τον άρρωστο και την οικογένειά τους, να μάθουν να διακρίνουν την πραγματική διάσταση του προβλήματος τους, αποβάλλοντας τον «κοινωνικό φόβο και αγωνία» που οφείλονται στο στίγμα καρκίνος =θάνατος.

Με την τεχνική αυτή, ο κοινωνικός λειτουργός στοχεύει στο να αποφευχθεί η συναισθηματική και κοινωνική απομόνωση του αρρώστου, η οποία συχνά οδηγεί στην τέλεια απόρριξη αυτού.

Στην συνεργασία μας με τα άτομα αυτά, το ζητούμενο στις περισσότερες των περιπτώσεων, είναι η εξεύρεση μιας λεπτής ισορροπίας μεταξύ των συναισθηματικών δυνάμεων του αρρώστου και της δύναμης του κοινωνικού στίγματος που βιώνει.

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που πρέπει να αξιολογούμε σε όλες τις εντοπίσεις του καρκίνου πριν προχωρήσουμε κατά περίπτωση στην εξειδικευμένη προσέγγιση είναι:

1. Η κοινωνική ταυτότητα της νόσου
2. Η κοινωνική ταυτότητα της αναπηρίας ή ανικανότητας

3. Ο παράγων ηλικία
4. Το στάδιο και η πρόγνωση της εξέλιξης της νόσου
5. Η δομή και ο τρόπος λειτουργίας του νοσοκομείου
6. Ο ρόλος που έχει ο ασθενής μέσα στην οικογένεια
7. Ο ρόλος της κοινωνίας με την ύπαρξη ειδικών προγραμμάτων για στήριξη ασθενούς και οικογενείας.

Και τέλος η αλληλοεπίδραση όλων αυτών των παραγόντων σε σχέση με την προσωπικότητα του αρρώστου και την στάση του απέναντι στην αρρώστια. Σταθμίζοντας τους παράγοντες αυτούς, προχωρούμε στην εξειδικευμένη και εξατομικευμένη προσέγγιση του ασθενούς.

Στην εξειδικευμένη προσέγγιση, καθοριστική σημασία έχει το αν η αλλαγή της εικόνας ή της λειτουργικότητας του σώματος είναι μόνιμος ή προσωρινή. Στην περίπτωση π.χ. της χημειοθεραπείας τόσο η πτώση των μαλλιών όσο και οι παρενέργειες μετά το στίγμα, είναι προσωρινές' και η έμφαση στην προσωρινότητα του προβλήματος, θα πρέπει να αποτελεί τον στόχο της προσέγγισής μας και της προετοιμασίας του αρρώστου. Εν αντιθέσει, μαστεκτομή, λαρυγγεκτομή, κολοστομία - ακρωτηριασμοί δημιουργούν συνήθως καταστάσεις που συνεπάγονται μόνιμους περιορισμούς οι οποίοι συχνά οδηγούν τα άτομα και την οικογένεια σε οριστικές αναθεωρήσεις στόχων ή σχεδίων ζωής. Η παρέμβαση του Κοινωνικού λειτουργού στις περιπτώσεις αυτές, είναι να βοηθήσει τον ασθενή να εκφράσει τα οποιαδήποτε συναισθήματά του. Να τον οδηγήσει εν συνεχεία να χειρισθεί ο ίδιος τα συναισθήματα που τον κατακλύζουν σε σχέση με τον εαυτό του και τους γύρω του, γιατρό, νοσηλευτικό προσωπικό -οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον. Στη φάση αυτή, η αντιμετώπιση των προβλημάτων δεν αφορούν μόνο τον ασθενή, αλλά παράλληλα πρέπει να εκτιμηθούν οι αντιδράσεις και οι διαθέσεις που γεννιούνται μέσα στην Οικογένεια.

Η ανάγκη για προσαρμογή του αρρώστου στη νέα εικόνα του σώματος, είναι μία ευρύτερη διαδικασία προσαρμογής στην αρρώστια και τις συνθήκες που θα επιβάλλει αυτή.

Αν λάβουμε υπόψη ότι κάθε προσαρμογή σ' ένα καινούργιο κοινωνικό κλίμα, χρειάζεται κάποια προσπάθεια γιατί δημιουργεί κάποιο μικρό ή μεγάλο πρόβλημα, στην περίπτωση των ασθενών αυτών, υπάρχει σοβαρότατο πρόβλημα, διότι ενώ η εισαγωγή στο νοσοκομείο του δημιουργεί μια ριζική και απότομη μεταβολή στη ζωή του, η ίδια η αρρώστια του μειώνει την προσαρμοστική του δύναμη και την ψυχική του αντοχή.

Το πρόβλημα προσαρμογής του αρρώστου προκαλεί συνήθως αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις και εντάσεις, που πρέπει να αξιολογηθούν κάτω από το εξής πρίσμα. Μόλις ο ασθενής μάθει ότι έχει καρκίνο ή και ακόμη όταν η σιωπηρή πορεία κάποιων εξετάσεων τον βάζει σε σοβαρές υποψίες, έστω και αν δεν του το επιβεβαιώνει κανείς, ρίχνεται μέσα σε μία κρίση, νοιώθοντας ότι απειλούνται βασικές ασφάλειες της ζωής του.

Οι αντιδράσεις που θα συναντήσει ο κοινωνικός λειτουργός στην φάση αυτή, μπορεί να είναι σοκ, άρνηση, θλίψη, θυμός, οργή, ενοχή ή αμφιθυμία.

Οι αντιδράσεις βέβαια είναι καθαρές ατομικές, πλην όμως υπάρχουν δυο κοινά χαρακτηριστικά και αυτά είναι η διαταραχή της ισορροπίας της προσωπικής ζωής του ασθενούς και της οικογενείας του, καθώς και η ανάγκη για δύσκολες και οδυνηρές συναισθηματικές προσαρμογές.

Η προσέγγιση του κοινωνικού λειτουργού πρέπει μεταξύ άλλων να έχει σαν στόχο να βοηθήσει τον ασθενή έγκαιρα και σωστά για να απαλλαγεί από τις αρνητικές επιρροές του άγχους και τις κρίσεις της προσωπικής του ζωής. Εάν δε, δεν είναι δυνατόν να απαλλαγεί, πρέπει οπωσδήποτε να υποστηριχθεί για να δεχθεί την ύπαρξή τους, ώστε να μπορεί να την υφίσταται.

Στην προσέγγισή του ο κοινωνικός λειτουργός διαπιστώνει ότι ο ασθενής κινητοποιεί ειδικούς προσαρμοστικούς μηχανισμούς, στην προσπάθεια του να αποκτήσει την συναισθηματική του ισορροπία. Σαν συχνότερος αμυντικός μηχανισμός εμφανίζεται ο μηχανισμός της άρνησης, χωρίς να υστερούν οι μηχανισμοί της Απώθησης, της προβολής, της υπεραναπλήρωσης ή τις παλινδρόμησης και της απόσυρσης.

Η συχνότης του μηχανισμού άρνησης, οδηγεί συνήθως τον γιατρό και το περιβάλλον σε παραπλανητικές εκτιμήσεις και εύκολα μπορεί να μεταφράσει κανείς την φαινομενική ηρεμία με καλή προσαρμογή, ή ότι η κατάθλιψη πέρασε, αφού σταμάτησε το κλάμα.

Για τον κοινωνικό λειτουργό όμως ο ήσυχος άρρωστος με το απλανές βλέμμα και το ευγενικό χαμόγελο πρέπει να λέει πολλά, όπως επίσης και ο άρρωστος που νοιώθει την ανάγκη να επαναλαμβάνει τη διαβεβαίωση ότι το ξεπέρασε και νοιώθει μία χαρά. Ένα άλλο σημείο που πρέπει να προσέξουμε στην προσέγγισή μας με εντοπίσεις που η θεραπευτική τους αντιμετώπιση συνεπάγεται ακρωτηριασμό, είναι το φαινόμενο, ότι συχνά τα συναισθήματα απελπισίας ή κατάθλιψης μπλέκονται με την έκφραση μπλέκονται με την έκφραση καχυποψίας και αμφισβήτησης για το πόσο σωστή ήταν η διάγνωση και πόσο αναγκαία η ακρωτηριαστική ή η επώδυνος θεραπεία. Στην περίπτωση αυτή η προσέγγισή μας στόχο έχει, να βοηθήσουμε τον άρρωστο μέσα από την έκφραση των συναισθημάτων του, να μπορέσει να διακρίνει την πραγματικότητα από την υποψία, ώστε αντιμετωπίζοντας το πρόβλημα στην πραγματική του διάσταση, να αποβάλει τον υπέρμετρο ή φανατικό φόβο γύρω από την αρρώστια και την αβεβαιότητα που τη συνοδεύει. Στη φάση αυτή ο ασθενής χαρακτηρίζεται στο νοσοκομειακό περιβάλλον σαν καχύποπτος και αχάριστος.

Όλες οι εντοπίσεις που η θεραπευτική τους αντιμετώπιση προκαλεί αλλαγή στην εικόνα του σώματος ή την λειτουργικότητά του βάζουν σε μεγάλη δοκιμασία την αυτοεκτίμηση του αρρώστου. Ο τρόπος

και ο στόχος προσέγγισης στις περιπτώσεις αυτές δεν διαφέρουν στην ουσία αλλά απαιτεί γνώση των ιδιαιτεροτήτων.

Ο καρκίνος του μαστού και η μαστεκτομή είναι ένας ακρωτηριασμό με ιδιαίτερα συμβολικό χαρακτήρα. Οι κοινωνίες όλων των εποχών, έμαθαν τη γυναίκα να δίνει ιδιαίτερη σημασία στο μαστό της, άλλοτε σαν μέσο έκφρασης της μητρότητας και άλλοτε σαν πρότυπο ομορφιάς και θηλυκότητας.

Τα προβαλλόμενα κατά καιρούς, πρότυπα, απαιτούσαν και έκαναν ευτυχισμένες άλλοτε τις γυναίκες με μεγάλο στήθος και άλλοτε με μικρό. Ποτέ όμως δεν προεβλήθη κανένα μοντέλο που να αγνοεί το στήθος και πολύ περισσότερο να απαιτεί ένα μαστό. Ακόμη και στην περίπτωση των Αμαζώνων, ο ακρωτηριασμός του μαστού ήταν σύμβολο θυσίας και απάρνηση της θηλυκότητας, και υιοθέτηση ενός ανδρικού μοντέλου συμπεριφοράς.

Αντιπροσωπεύοντας λοιπόν οι μαστοί για τη γυναίκα αισθήματα και συμβολισμούς συνειδητούς και υποσυνείδητους, φυσικό είναι να εμποδίζουν συναισθηματικά να δεχθεί ακόμη και αυτή την θεραπευτική προσβολή.

Γι' αυτό και το να παρέμβει ο γιατρός και να σώσει με το νυστέρι μια γυναίκα, χωρίς να έχει προνοήσει την ψυχοκοινωνική της υποστήριξη είναι σα να κάνει μισή δουλειά, αφού παράλληλα με το σωματικό δημιουργεί και ένα συγκινησιακό τραυματισμό.

Η υποτίμηση των προβλημάτων που συνοδεύουν την επέμβαση αυτή καταδικάζει τη γυναίκα σε αλλοίωση της ποιότητας ζωής.

Ο καρκίνο του μαστού και η χειρουργική επέμβαση που τον ακολουθεί, φέρνει τη γυναίκα μπροστά σε μία πραγματικότητα που στην καλύτερη περίπτωση θα αλλοιώσει την αρχιτεκτονική του μαστού και στην χειρότερη θα τον ακρωτηριάσει. Η συναισθηματική κρίση είναι δεδομένη και στις δύο περιπτώσεις.

Το μέγεθος και η έκβασή της εξαρτώνται περισσότερο από την προσωπικότητά της αρρώστου και τη συναισθηματική επένδυση που έχει κάνει σε αυτόν και λιγότερο από το είδος και το μέγεθος της εγχείρησης. Ιδιαίτερη σημασία έχει στην εντόπιση αυτή, η προεγχειρητική προετοιμασία της αρρώστου. Η προσέγγιση του κοινωνικού λειτουργού είναι αποφασιστικής σημασίας για την μετέπειτα προσαρμογή και αποδοχή της νέας εικόνας του σώματος. Στόχος της προσέγγισης είναι να βοηθηθεί η γυναίκα να νοιώσει ότι η απόφαση για την επέμβαση είναι καθαρά δική της. Αποφασίζει να θυσιάσει κάτι πολύτιμο όπως είναι ο μαστός της για να κερδίσει κάτι σημαντικότερο που είναι η υγεία της. Και όπως συμβαίνει με κάθε θυσία, θα είναι έτοιμη να δεχθεί και τα συναισθήματα θλίμης που την συνοδεύουν αλλά και την αναγνώριση του κέρδους. Στο θέμα απόφαση για την επέμβαση, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να δουλέψει ιδιαίτερα με την ασθενή διότι αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της αποδοχής και προσαρμογής. Εάν παραπλανηθούμε από θέσεις όπως «τι μπορώ να πω εγώ, αυτά τα αποφασίζει ο γιατρός» ή πολύ περισσότερο αν συμπράξουμε να προχωρήσει η μαστεκτομή ερήμην της γυναίκας που θα την υποστεί, τότε η γυναίκα αυτή έστω και αν συνεργάζεται μαζί μας θα νοιώθει μόνη και αβοήθητη.

Αντίθετα με τον καρκίνο του μαστού και την μαστεκτομή, ο γυναικολογικός καρκίνος απαιτεί εξειδικευμένη προσέγγιση παρόλο ότι η θεραπευτική του αντιμετώπιση δεν έχει ορατή αλλαγή στην εικόνα του σώματος. Και η εντόπιση αυτή, απειλή την γυναικεία υπόσταση παρόλο ότι ακόμη και πλέον, ευρεία επέμβαση ευνοεί την απόκρυψη και την παρπλάνηση, αφού δεν έχει ορατά στοιχεία. Παρόλα αυτά τα συναισθήματα της γυναίκας που υποβάλλεται σε γυναικολογική επέμβαση διαμορφώνονται κάτω από δύο κοινωνικά στίγματα. Το στίγμα του καρκίνου και το στίγμα της σεξουαλικής ανικανότητας. Στην προσέγγισή του ο κοινωνικός λειτουργός στις περιπτώσεις αυτές, πρέπει να γνωρίζει ότι άρνηση ανοικτής επικοινωνίας δεν προέρχεται

από το περιβάλλον, αλλά από την ίδια την άρρωστη κάτω από τα κοινωνικά taboo που υπάρχουν σχετικά με το sex.

Ακόμη και σήμερα στην ελληνική κοινωνία υπάρχει η τάση να συνδέεται η ύπαρξη σεξουαλικότητας με το αντρικό φύλλο κυρίως. Η γυναικεία σεξουαλικότητα ή δεν αναφέρεται καθόλου ή αναφέρεται κάπως σαν αρνητικό στοιχείο της γυναίκας.

Όταν αναφέρεται δε στη γυναίκα, συνδέεται με ορισμένη ηλικία, την αναπαραγωγική, με σωματική υγεία ή με ορισμένους ρόλους. Π.χ. μητρότητα και σεξουαλικότητα φαίνονται ακόμη έννοιες ασύμβατες ή τουλάχιστον αταίριαστες. Σ' αυτή την κοινωνική αντίληψη ίσως οφείλεται και η διαφοροποίηση των οικογενειακών και κοινωνικών προβλημάτων, που προβάλλουν συχνά στην περίπτωση γυναικών με μαστεκτομή και υστεροκτομή.

Τη γυναίκα με μαστεκτομή την ενθαρρύνουν όλοι να ξεπεράσει το συγκινησιακό τραύμα να συνεχίσει την ερωτική της ζωή, να παντρευτεί και καταδικάζουν τον σύζυγο που θα την εγκαταλείψει λόγω της μαστεκτομής. Τη γυναίκα με το γυναικολογικό καρκίνο, τη θεωρούν defacto ανίκανη να έχει σεξουαλική ζωή και είναι πιο ανεκτική στις ανάγκες του συζύγου της, αναγνωρίζοντάς του ελαφρυντικά.

Μία άλλη επίσης διαφοροποίηση μεταξύ των δύο εντοπίσεων που προκύπτει και πάλι μέσα από κοινωνικές επιρροές, είναι το γεγονός ότι ενώ η μαστεκτομή με την ορατή αλλαγή της εικόνας του σώματος, επηρεάζει τη γυναίκα σε όλες τις ηλικίες, οι γυναικολογικές επεμβάσεις λόγω της μη ορατής αλλαγής, θεωρούνται σαν τραυματικές εμπειρίες στη νέα ηλικία και κυρίως όταν επηρεάζει το στόχο της μητρότητας.

Εάν η ασθενής έχει αποκτήσει παιδί, έστω και αν είναι νέα, υποβαθμίζεται συνήθως το συγκινησιακό τραύμα για τους κοινωνικούς λόγους που ανέφερα.

Στο γυναικολογικό καρκίνο θα συναντήσουμε επίσης δύο στοιχεία σε μεγαλύτερη συχνότητα από ότι σε άλλες εντοπίσεις. Στο ερώτημα

«γιατί εγώ» που υποβάλλουν οι ασθενείς με καρκίνο, στην εντόπιση αυτή υποθάλπεται συχνά η έννοια της αμαρτίας και της τιμωρίας, λόγω των taboo του sex.

Το άλλο στοιχείο είναι, ότι στην εντόπιση αυτή παρατηρείται συχνά άγνοια ή μετάθεση του αιτίου προσωπικών και οικογενειακών προβλημάτων, που οφείλονται στη διατάραξη της σεξουαλικής ζωής, πλην όμως δεν συνειδητοποιούνται και πάλι λόγω των taboo.

Γνωρίζοντας τις ιδιαιτερότητες αυτές, προσεγγίζουμε τις ασθενείς με στόχο και πάλι την έκφραση συναισθημάτων, την δημιουργία ανοικτής, επικοινωνίας, αλλά ενθαρρύνουμε και μία ανοικτή επικοινωνία ασθενούς - συζύγου - ιατρού - κοινωνικού λειτουργού, για να συζητηθούν και απαντηθούν ερωτήσεις που αφορούν κυρίως τη σεξουαλική ανικανότητα η οποία θεωρείται δεδομένη, αλλά δεν είναι υποχρεωτική.

Όσον αφορά ιδιαιτερότητες άλλων εντοπίσεων, δεν θα αναφερθώ στη λαρυγγεκτομή εφόσον θα έχουμε την ευκαιρία να παρακολουθήσουμε ειδική ανακοίνωση. Όσον αφορά την κολοστομία που παρουσιάζει επίσης ιδιαίτερα συναισθηματικά προβλήματα, στην προσέγγισή μας, ρέπει να δώσουμε ιδιαίτερη βαρύτητα στη συνεργασία μας προεχειρητικά, διασφαλίζοντας και τη συνεργασία της ειδικής νοσηλεύτριας ή οποία θα πρέπει να δώσει κάθε πληροφορία στον ασθενή για τον τρόπο λειτουργικότητάς του, μετά την κολοστομία.

Μία άλλη εντόπιση που θα ήθελα να αναφερθώ, είναι οι όγκοι του μυοσκελετικού συστήματος, διότι παρουσιάζουν και μία άλλη διάσταση, που αφορά την αναπηρία. Επειδή δε το είδος των όγκων αυτών συναντάται συχνά σε παιδιά, εφήβους και νέα άτομα, το συγκινησιακό τραύμα της αναπηρίας δεν είναι πάντα ανάλογο με το φυσικό της μέγεθος, αλλά εξαρτάται από τις αντιδράσεις των ατόμων στην έννοια αυτή, η οποία δεν αποτελεί μόνο μια φυσική κατάσταση, αλλά και ιδιαίτερα κοινωνική.

Ιδιαίτερα στοιχεία που αξιολογεί ο κοινωνικός λειτουργός στη συνεργασία του με τις περιπτώσεις αυτές, είναι το στοιχείο του πόνου που υπάρχει και μπορεί να πάρει ιδιαίτερες διαστάσεις κάτω από το στίγμα καρκίνος - πόνος - θάνατος.

Ένα άλλο στοιχείο είναι η «κοινωνική απομόνωση» που χαρακτηρίζει ιδιαίτερα τους ασθενείς με καρκίνο αλλά και τους αναπήρους. Έτσι στα άτομα αυτά, υπάρχουν δύο λόγοι που οδηγούν στην απομόνωση. Επίσης άλλα στοιχεία είναι ο οίκτος και η υπερπροστασία που ξεχωριστά συναντάμε τόσο στον καρκινοπαθή, όσο και στον ανάπηρο.

Οι δυο κοινωνικές ταυτότητες του καρκινοπαθούς και του αναπήρου με τα κοινωνικά χαρακτηριστικά που συνυπάρχουν στην εντόπιση αυτή, οδηγούν τον ασθενή στον μονόδρομο της κοινωνικής απομόνωσης και εκεί θα πρέπει να στρέψουμε το στόχο της προσέγγισής μας.

Στην εξατομικευμένη προσέγγιση των ασθενών αυτών, ο παράγων ηλικία είναι πρωταρχικής σημασίας, δεδομένου ότι η παιδική και εφηβική της ηλικία, απαιτούν και ειδικές γνώσεις προσέγγισης και χειρισμού π.χ. Οι έφηβοι και τα νεαρά άτομα, που συνήθως προσβάλλονται από την εντόπιση αυτή, επιθυμούν πάντα να γνωρίσουν και να ερωτευθούν ωραία κορίτσια ή αγόρια που ταιριάζουν στην εικόνα του εξειδανικευμένου ιδώλου που έχουν σχηματίσει μέσα τους.

Η εμφάνιση όμως αυτής της αρρώστιας και της αναπηρίας πέραν των άλλων περιορισμών ή απογοητεύσεων, τους δημιουργεί ανησυχία που συχνά γίνεται αγωνία στη σκέψη ότι πρέπει να αποκλεισθούν ή να συμβιβασθούν με κάτι λιγότερο ιδεώδες.

Έτσι στα άτομα αυτά δημιουργούνται πολλά ερωτηματικά και επιφυλάξεις για τη στάση και το δικαίωμα απέναντι στην συναισθηματική σχέση, στο Sex, στο γάμο, στην οικογένεια.

Καθώς δε η στάση της κοινωνίας μας, συνδέεται με πολιτιστικές αξίες που εξισώνουν τη σωματική ακεραιότητα, τη φυσική ελκυστικότητα και ομορφιά με το sex και το ρομαντισμό, ο στόχος της υποστήριξής μας, δεν πρέπει να περιορίζεται στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων της αρρώστιας μόνο, αλλά και στον αντίκτυπο που έχουν αυτές, σε τέτοια θέματα ζωτικής σημασίας για τον άρρωστο.

Η προσκόληση της κοινωνίας στην εξωτερική εμφάνιση και τα πρότυπα που προβάλλονται σήμερα, κάνουν πιο έντονα τα προβλήματα των αρρώστων αυτών.

Έτσι ο ογκολογικός - ορθοπεδικός έφηβος ασθενής, δεν έχει να τα βγάλει πέρα μόνο με μία ακμή, σχέδιο ή χρώμα μαλλιών ή λίγο πάχος περισσότερο ή λιγότερο που είναι τα συνηθισμένα προβλήματα εμφανίσεως στην εφηβική ή νεαρά ηλικία, αλλά πρέπει να αποδεχθεί και να συμφιλιωθεί μ' ένα παραμορφωμένο ή ακρωτηριασμένο μέλος, μία περούκα, ένα δεκανίκι ή με μία αναπηρική πολυθρόνα. Η περίπτωση των ασθενών αυτών, διαφέρει στις συναισθηματικές αντιδράσεις από τον ορθοπεδικό ανάπηρο του ατυχήματος, ο οποίος μπορεί και συνδέει την αναπηρία με κάποια ανθρώπινη αιτία και ευθύνη, γεγονός που τον βοηθά να εκφράσει τα αρνητικά του συναισθήματα σχετικά με το αίτιο.

Στις περιπτώσεις των ογκολογικών ασθενών το «Γιατί εγώ» και το άγνωστο αίτιο μπορεί να πάρουν διαστάσεις τεράστιας σημασίας για στάση του αρρώστου στην αποδοχή της θεραπείας, αλλά και της ποιότητας της ζωής του. Προεγχειρητική ή μετεγχειρητική χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, περιορίζουν δραστηριότητες και σχέσεις και διαφορά ποιούν τη ζωή του αρρώστου και της οικογένειάς του, αναπτύσσοντας μία μακροχρόνια σχέση μεταξύ αρρώστου - νοσοκομείου.

Ο χρόνος και οι ασχολίες τους μοιράζονται μεταξύ νοσοκομείου σπιτιού για πολύ μεγαλύτερο διάστημα από ότι σε άλλους ασθενείς.

Η μακροχρόνια σχέση και εξάρτιση πέρα των συναισθηματικών προβλημάτων συνοδεύεται συνήθως και από οικονομικά και άλλα

προβλήματα πρακτικής φύσεως. Έχοντας αυτές τις γνώσεις κοινωνικός λειτουργός γνωρίζει ότι το είδος της σχέσεως αυτής είναι αποφασιστικής σημασίας για την υποστήριξη, και η προσέγγιση του αρρώστου πρέπει να αρχίζει από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης, να ακολουθεί προετοιμασία για το πλάνο της θεραπείας που θα του εφαρμοσθεί γιατί αφορά συναισθηματική του προσαρμογή στις νέες καταστάσεις που θα αντιμετωπίσει.

Στις περιπτώσεις αυτές η συμμετοχή του αρρώστου στην αντιμετώπιση της αρρώστιας του, αξιολογείται ελάχιστα ή αρνητικά από όλο λόγω του νεαρού της ηλικίας. Ο κοινωνικός λειτουργός γνωρίζοντα~ ακριβώς στην νεαρά ηλικία δύσκολα μπορεί να λειτουργήσει κανείς παθητικός δέκτης εντολών, προσεγγίζει τον άρρωστο, αναγνωρίζοντας του όλα τα δικαιώματα μιας φυσιολογικής συμπεριφοράς.

Στη συνεργασία μας με την οικογένεια των ασθενών αυτών, οι ενοχές εμφανίζονται σε συχνότητα αλλά και ένταση, και πρέπει να αποτελέσουν ιδιαίτερο κομμάτι της προσοχής του κοινωνικού λειτουργού.

Η εξειδικευμένη προσέγγιση όλων των ασθενών με καρκίνο απαιτεί γνώση των προβλημάτων, των αντιδράσεων καθώς και των μηχανισμών άμυνας που θα χρησιμοποιήσει αυτός για να αντιμετωπίσει το σοκ που του προκαλεί η κατάστασή του.

Η σύγχρονη αντιμετώπιση του αρρώστου σαν «όλον» και όχι σαν τμηματικά μέλη ενός σώματος, απαιτεί την αξιολόγηση του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος και την προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου. Η Ψυχοκοινωνική υποστήριξη αυτών των ασθενών, απαιτεί εμπιστοσύνη στη θεραπεία, κατεύθυνση σύμφωνα με πρόγνωση και ελάττωση των εξωτερικών επιδράσεων καθώς και υποστήριξη για την εξουδετέρωση τυχόν εμποδίων που προέρχονται από αυτές.

Οι ασθενείς με καρκίνο, σχεδόν πάντα παρουσιάζουν μία τάση να αρνούνται την απογοήτευσή τους, με σκοπό να αποφύγουν να προκαλούν την προσοχή και τον οίκτο των άλλων, προσπαθώντας έτσι να

ελαττώσουν τη φοβερή ψυχοκοινωνική τους απομόνωση. Γι' αυτό και η προσέγγισή μας πρέπει να έχει σα στόχο να βοηθήσει τόσο τον ίδιο όσο και το περιβάλλον του να υιοθετήσουν ένα τρόπο ανοικτής επικοινωνίας, αποτρέποντας έτσι να υψωθεί μεταξύ τους, ένας τοίχος συναισθηματικής σιωπής η οποία οδηγεί τον άρρωστο σε στάση αυτολύπησης και ηττοπάθειας.

Η στάση ανοικτής επικοινωνίας, επιτρέπει στον άρρωστο να εκφράσει φόβους και αγωνίες, να τις μοιραστεί με τα πρόσωπα που εμπιστεύεται και να εισπράξει κατανόηση και ενθάρρυνση, αντί οίκτου και σιωπής. Βοηθά τα μέλη της οικογένειας, να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα και ανάγκες, ούτως ώστε βοηθούμενοι οι ίδιοι να μπορούν να παίξουν ένα υποστηρικτικό ρόλο για τον ασθενή, ζώντας παράλληλα τη δική τους ζωή χωρίς ενοχές και άγχος, χωρίς να μειώνουν σε τίποτε την παροχή φροντίδας ή προστασίας για τον άρρωστο.

Τέλος η ανοικτή επικοινωνία, επιτρέπει και στον γιατρό να αντιμετωπίζει σωστά και τον άρρωστο και όχι μόνο την αρρώστια.

Αναπάντητες ερωτήσεις, προσλαμβάνουν πολλές φορές παράλογη σπουδαιότητα και μόνο ο ανοικτός διάλογος μπορεί να αποτρέψει τις σοβαρές παρεξηγήσεις και τις αδικαιολόγητες φοβίες.

Ο κάθε άνθρωπος είναι απρόθυμος να αρχίσει μία μάχη για την οποία νοιώθει πως σίγουρα θα τη χάσει. Και οι ογκολογικοί άρρωστοι άσχετα με την εντόπιση και το είδος της θεραπείας, έχουν την ανάγκη να πιστέψουν ότι μπορεί να κερδίσουν τις ατομικές, συναισθηματικές και σωματικές μάχες που ακολουθούν μία διάγνωση καρκίνου. Αυτοί πρέπει να είναι και ο στόχος της εξειδικευμένης μας προσέγγισης.

Η αντιμετώπιση του Καρκίνου, έχει καλλιεργήσει μία στενή θεώρηση, ότι ο καρκίνος βρίσκεται εντοπισμένος σ' ένα μέρος του σώματος.

Αυτό αφορά την οργανική πλευρά της αρρώστιας.

Ο καρκινοπαθής όμως και η οικογένειά του από ψυχοκοινωνικής πλευράς, είναι ένας ιδιαίτερος κόσμος.

Θέλει λοιπόν ιδιαίτερες γνώσεις, ευαισθησία και προγραμματισμό για να τον υποστηρίξουμε και να του δώσουμε την ικανότητα να αγωνισθεί για την ζωή του.

Η υποστήριξη που θα του δώσει νοσηλευτής πρέπει να καλύπτει τρία κεντρικά σημεία.

1. Την υποκειμενική εμπειρία του αρρώστου και την ιατρική φροντίδα και θεραπεία.
2. Την ανάγκη του να λειτουργεί σαν ένα υγιές άτομο μέσα στα όρια της αρρώστια και της θεραπείας.
3. Την ανάγκη που έχει για να αναπτύξει την αντοχή του, στην αμφιβολία και την αβεβαιότητα που έχουν όλοι οι άρρωστοι που πάσχουν από μία ασθένεια που είναι ακόμη συνδεδεμένη με τον φόβο του αγνώστου και φέρει το στίγμα του θανάτου.

Αυτή είναι η αλήθεια και για τους ασθενείς και για όσους είναι υπεύθυνοι γι' αυτούς.

Η άρνηση της αλήθειας δεν είναι πάντα ο καλύτερος τρόπος υποστήριξης των αρρώστων αυτών.

Το βάρος της αλήθειας αυτής, είναι πολύ μεγάλο φορτίο όχι μόνο για τους ασθενείς και την οικογένειά τους αλλά και για όσους εξ αντικειμένου ασχολούνται με αυτούς.

Προσωπικά το βάρος που μου ανήκει να σηκώσω σαν κοινωνική λειτουργός, προσπαθώ να το βλέπω μέσα από την ιστορία του ενήλικα, που ρωτά ένα κοριτσάκι, όταν το βλέπει να κουβαλά ένα ανάπηρο αγόρι στην πλάτη του.

«Αυτό το φορτίο θα πρέπει να είναι πολύ βαρύ για σένα». Και το κοριτσάκι απαντά. «Δεν είναι φορτίο, είναι ο μικρός μου αδελφός».¹⁶

7.5. Αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς από την οικογένεια

Οι δομές των οικογενειών είναι ευαίσθητα πλέγματα και χαρακτηρίζονται από διάφορα συστήματα αξιών και μορφές επικοινωνίας. Μερικές οικογένειες έχουν πρότυπα επικοινωνίας σύμφωνα με τα οποία μόνο ευχάριστα συναισθήματα ενισχύονται και αμείβονται, ενώ δυσάρεστες συγκινησιακές καταστάσεις αποκλείονται. Τα μέλη της οικογένειας που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν την διάγνωση του ασθενούς, που αρνούνται να πάρουν γνώση των φόβων του, που δεν δέχονται τα δάκρυά του ή δεν του δίνουν την υποστήριξη και ενδιαφέρον που αυτός χρειάζεται, μπορεί να καθηλώσουν την ικανότητά του να αντιμετωπίσει την αρρώστια.

Ένα από τα περισσότερο συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη οικογενειών και φίλοι καρκινοπαθών είναι μια αμηχανία που εκφράζεται με το φόβο του να μην ξέρουν τι να πουν. Ειλικρινή αισθήματα πρέπει να εκφράζονται και όταν λέξεις δεν μπορεί να βρεθούν, μια αίσθηση εγγύτητας μπορεί να μεταδοθεί χωρίς λόγια. Το κράτημα του χεριού του αρρώστου ή μια τρυφερή ματιά, μπορεί να μεταφέρουν συναισθήματα που διαφορετικά δύσκολα εκφράζονται. Μια τέτοια φυσική επαφή βοηθά στο να μειωθεί το αίσθημα του χωρισμού από την οικογένεια και φίλους που ο ασθενής μπορεί να νοιώθει λόγω της αρρώστιας του και μη ξέροντας πως να αντιδράσει τους απομακρύνεται από αυτούς.

Πολλές οικογένειες που υποθέτουν πως ο καρκίνος είναι κατά κανόνα θανατηφόρα ασθένεια μπορεί να αγνοήσουν τις θετικές και ελπιδοφόρες στάσεις του αρρώστου απέναντι στην πρόγνωση, θεραπεία και αποκατάστασή του. Έτσι αποτυγχάνουν να δώσουν στον άρρωστο την υποστήριξη που χρειάζεται.

Συχνά τα μέλη της οικογένειας ενώ βρίσκονται γύρω από τον άρρωστο, μπορεί να προσποιηθούν ότι δεν γνωρίζουν την κατάστασή του. Σαν απάντηση, ο ασθενής επίσης μπορεί να υποκρίνεται άγνοια

ώστε να προστατεύσει την οικογένειά του. Σαν αποτέλεσμα, ένα πλαίσιο αμοιβαίας απάτης αναπτύσσεται, καθιστάμενο διαρκώς συνθετότερο καθώς η αρρώστια εξελίσσεται. Ο ασθενής μπορεί να αντιδράσει με δυσπιστία (μου λένε ψέματα) στην άρνηση του καρκίνου από την οικογένειά του και στις ανησυχίες τους, και μπορεί να αποτραβηχτεί από αυτούς. Έτσι ο άρρωστος και η οικογένειά του μπορεί άθελά τους να εγκαταλείψει ο ένας τον άλλο και να αναπτυχθούν αμοιβαία αισθήματα απόρριψης.

Ακόμα δεν πρέπει να περιμένουμε από τη μέλη της οικογένειας να αφιερώνουν όλο τους το χρόνο στον άρρωστο. Χρειάζονται χρόνο μακριά του, για να φύγουν από τη συνεχή ένταση που η παρουσία της αρρώστιας και η φροντίδα του άρρωστου δημιουργούν. Έτσι στην περίπτωση που η μητέρα είναι η άρρωστη, ο πατέρας πρέπει να διαθέσει αρκετές ώρες κατά τις οποίες να φροντίζει τα παιδιά στο σπίτι, στο σχολείο, στις εξωσχολικές τους δραστηριότητες, να παίζει μαζί τους ή απλά να βρίσκεται κοντά τους. Για να διατηρήσει όμως την ψυχολογική ισορροπία που χρειάζεται για να αντιμετωπίσει τόσο τα δικά του αισθήματα όσο και τις συναισθηματικές ανάγκες της συντρόφου του, πρέπει να έχει ευκαιρίες διεξόδου που να εκφορτίζεται.

Διεθνείς Αντικαρκινικές Εταιρίες απευθυνόμενες στη γυναίκα που έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή προτείνουν να χειριστεί ως εξής το θέμα:

Με την επιστροφή στο σπίτι ίσως θελήσετε να μιλήσετε για την εμπειρία σας στους ανθρώπους που επικοινωνείτε ή ίσως θελήσετε να το γνωρίζουν όσο το δυνατόν λιγότερα άτομα. Καλά θα ήταν όμως να μιλήσετε με τον σύζυγό σας ή κάποιο άτομο που συνδέεστε πολύ στενά. Με τη να μοιράζεστε τις ανησυχίες και φόβους σας, θα υποστηρίζετε και καθησυχάζετε ο ένας τον άλλο. Όσο το συντομότερο επικοινωνήσετε τα αισθήματά σας, τόσο γρηγορότερα θα ξαναρχίσετε κανονικές σχέσεις. Πάρτε εσείς την πρωτοβουλία και ανοίξτε συζήτηση γύρω από το θέμα της επέμβασης και των ψυχολογικών συνεπειών της. Οι άλλοι φοβούνται να κάνουν την πρώτη κίνηση μήπως και πουν ή πράξουν κάτι λάθος.

Όταν δεν υπάρχει επικοινωνία και οι δύο μένετε σιωπηλοί, πολύτιμος χρόνος στη διαδικασία για την ανάρρωση χάνεται.

Είναι φυσικό να αναρωτηθείτε αν ο σύζυγός σας σας αγαπά και σας θέλει όπως πριν. Πολλές γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή θα σας έλεγαν ότι ο γάμος τους έγινε πιο τρυφερός και η κρίση της μαστεκτομής έφερε το ζευγάρι πιο κοντά. Λίγοι σύζυγοι απορρίπτουν τις γυναίκες τους, έχουν όμως φόβους για τις συνέπειες που η μαστεκτομή μπορεί να έχει στο γάμο τους. Μια σχέση που είναι δυνατή, θα ξεπεράσει τις συνέπειες της μαστεκτομής. Αλλά εάν ο γάμος είναι ήδη αποτυχημένος ή ο δεσμός άτονος, τότε θα είχε σπάσει μπροστά σε μια κρίση που θα εμφανιζόταν στη ζωή έτσι κι αλλιώς. Είναι εύκολο για κάποιον από τους δύο συζύγους να χρησιμοποιήσει την μαστεκτομή σαν δικαιολογία για να θέσει τέρμα σε μια κατάσταση που δεν ήταν αποδεκτή για καιρό.

Οι άνδρες μπορεί να σταθούν σεξουαλικά ανίκανοι για ένα διάστημα ή οι γυναίκες να αποτύχουν να νοιώσουν ερωτική επιθυμία. Αν όμως το στο ζευγάρι υπάρχει αμοιβαία κατανόηση, συζητούν τα θέματα, τότε αυτά τα προβλήματα θα ξεπεραστούν και μπορεί να οδηγηθούν σε μια νέα, στενότερη, ευαίσθητη σχέση και η ποιότητα της επαφής τους να βελτιωθεί.¹⁵

Τα παιδιά

Τα παιδιά συχνά νοιώθουν ανασφάλεια όταν βρίσκουν μια διαφορετική, για παράδειγμα, μητέρα, αδύναμη και θλιμμένη. Άλλα παιδιά τραυματίζονται ψυχικά με τις επισκέψεις στο νοσοκομείο, άλλα αισθάνονται ενοχή φανταζόμενα ότι αυτά προκάλεσαν την αρρώστια της μητέρας τους.

Και οι δύο γονείς πρέπει να αποφασίσουν μαζί πως θα πληροφορήσουν τα παιδιά για την νοσηλεία και την αρρώστια της μητέρας τους.

Στα παιδιά λοιπόν πρέπει να εξηγηθεί ότι η μητέρα τους είχε παραμείνει για λίγο στο νοσοκομείο για ένα θέμα υγείας (εγχείρηση)

και η μητέρα μπορεί να τους ζητήσει να την βοηθήσουν να ξεναβρεί τον εαυτό της. Με το να απαντηθούν ειλικρινά οι ερωτήσεις που θα θέσουν τα παιδιά, βοηθούνται στο να διαλυθούν οι φόβοι τους. Οτι έχουν φανταστεί τα παιδιά συχνά είναι χειρότερο από την πραγματικότητα. Μερικά παιδιά είναι ανήσυχα και αγχώδη με το να μην κάνουν ερωτήσεις, αποσύρονται και εμφανίζονται σαν να μην ενδιαφέρονται. Στην πραγματικότητα όμως ενδιαφέρονται αλλά χρειάζονται βοήθεια ώστε να αρχίσει μια επικοινωνία.

Έτσι η περιέργεια ενός παιδιού πρέπει να ικανοποιηθεί ενώ η σιωπή ενός άλλου πρέπει να γίνει σεβαστή και ακολούθως να ενθαρρυνθεί να σπάσει αυτή η σιωπή. Δεν πρέπει να ξεχνάμε πως οποιεσδήποτε πληροφορίες ειπωθούν στα παιδιά, θα πρέπει να είναι έτοιμα να τις δεχθούν. Άλλωστε δεν θα πάνε να αγαπούν όπως και να έρθουν τα πράγματα τη μητέρα τους, αν αυτή είναι η άρρωστη. Οι έφηβοι μπορεί να σαστίσουν τους γονείς τους με ξαφνικές και συγχυσμένες αλλαγές στην συμπεριφορά τους (εμπόλεμη διάθεση, αδιακρισίες), να αρχίσουν να πίνουν, να μη βοηθούν τους γονείς σε μικροδουλειές, ή να αρνηθούν να επισκεφτούν τη μητέρα στο νοσοκομείο. Εξηγήσεις για αυτά είναι πως οι έφηβοι τη στιγμή που αρχίζουν να σπάνε τους γονεϊκούς δεσμούς προετοιμαζόμενοι για να ζήσουν ανεξάρτητα, τα οικογενειακά αυτά προβλήματα τους αναγκάζουν να επιστρέψουν πίσω και γι' αυτό παρουσιάζονται επιθετικοί ή αρνητικοί.

Αν ο έφηβος είναι κορίτσι μπορεί να αναρωτηθεί πως είναι και αυτή ύποπτη για μελλοντική ανάπτυξη καρκίνου (αν η εντόπιση στην μητέρα είναι ο μαστός, το ενδομήτριο), στα όργανα που στην εφηβεία παρουσιάζουν ευαισθησία. Οι γονείς νοιώθοντας ενοχή (γιατί ίσως μεταφερθεί το στίγμα του καρκίνου στην κόρη τους) δεν επιβεβαιώνουν τους φόβους της κόρης, όμως το άγνωστο είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί από την αλήθεια που η κοπέλα θα ψάξει να μάθει οπωσδήποτε.¹⁵

7.6. Ατομική ψυχοθεραπεία

Αρχίζοντας ατομική ψυχοθεραπεία με έναν καρκινοπαθή, στόχος μας θα είναι να μάθει ο άρρωστος να αισθάνεται ενεργητικός, με εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να εκφράζει τα δικά του συναισθήματα, αντιλήψεις, ανάγκες, ακόμη και αν όλα αυτά δεν είναι πλήρως αποδεκτά από τους άλλους και να του δώσουμε την δύναμη και την ελπίδα να αγωνιστεί για τη ζωή του.

Ο Αμερικανός ψυχοθεραπευτής Richard Renneker από τους περισσότερο πεπειραμένους στην ψυχοθεραπεία με καρκινοπαθείς σημειώνει πως το να πολεμήσει ο άρρωστος τη νόσο του είναι πάντα ο καλύτερο τρόπος να την αντιμετωπίσει. Ο άρρωστος υποστηρίζει ο Renneker, πρέπει:

1. Να μάθει να αντικαθιστά την παθολογική ανάγκη που τον χαρακτηρίζει να είναι διαρκώς καλός, συμπαθής και αρεστός στους άλλους, πράγμα που συνεπάγεται την κινητοποίηση μηχανισμών άρνησης και απώθησης στην καθημερινή ζωή και στις διαπροσωπικές σχέσεις. «Προσπαθώντας κανείς να γίνει ολοένα ευχάριστος στους άλλους, θα σήμαινε υποχρεωτικά πως θα έδινε μικρή προτεραιότητα στις ανάγκες του, επιθυμίες του, τα συναισθήματά του, τις δικές του αντιλήψεις και γνώμες, φροντίζοντας να ικανοποιήσει κανείς μόνος τους άλλους δεν μπορεί να γίνει το υποκατάστατο για την έλλειψη ικανοποίησης του εαυτού μας. Μερικές από τις λεπτές ευγενικές και ανθρώπινες ιδιότητες είναι ενσωματωμένες στην έννοια καλός και αλτρουιστής, αλλά μόνο εάν ικανοποιούμενες εξισορροποούνται και οι δικές μας ανάγκες».
2. Να αναπτύξει νέους τρόπους να εκφράζεται, να προβάλλει τον εαυτό του και να πραγματώνει τις αποφάσεις που παίρνει ανεξάρτητα από το τι λένε ή σκέπτονται οι άλλοι «Θα πρέπει να μάθεις να εκφράζεται ελεύθερα και να διατυπώνεις τις

σκέψεις σου αυθόρμητα. Εξωτερίκευσε τα συναισθήματά σου και τις αντιλήψεις σου, όποια και αν πιστεύεις πως θα είναι η αντίδραση των άλλων».

3. Να μάθει να εγκαθιστά ικανοποιητικές, λειτουργικές, βαθιές και ειλικρινείς ανθρώπινες σχέσεις

Αυτή η στάση λοιπόν του ψυχολόγου απέναντι στον άρρωστο πως κάποιος δηλαδή προσπαθεί να τον βοηθήσει να αποκτήσει κατανόηση του εαυτού του, να εκτιμήσει και αναπτύξει τις θετικές πλευρές του χαρακτήρα του, να ωριμάσει μέσα από την καταστροφή, να βρει ένα νόημα στη ζωή και μια ανθρώπινη επαφή, είναι πολύ σημαντική. Ακόμη και αν ο θάνατος είναι αναπόφευκτος, αυτό που έχει αξία είναι πως ζει κανείς μέχρι την ώρα που πεθαίνει και πως αυτό μπορεί ακόμα να γίνει χωρίς απομόνωση και αυτοεγκατάλειψη. Δίνεται στον άρρωστο η ευκαιρία για μια διέξοδο να εξελιχθεί σ' αυτό που ο ίδιος είναι και όχι εκείνο που οι άλλοι θέλουν να είναι.

Ο Δυτικογερμανός ερευνητής H. Baltrusch καθορίζει ως εξής τα ευνοϊκά σημεία πρόγνωσης της ψυχοθεραπείας και της ίδιας της αρρώστιας.

- Αναγνωρίζει την αρρώστια
- Έχει ισχυρότερη και μεγαλύτερη ικανότητα να αντιδράσει συναισθηματικά και να εκφράσει εχθρότητα και επιθετικότητα]
- Παρουσιάζει ετοιμότητα να παλέψει για την υγεία του και τον εαυτό του
- Μπορεί να επαναποκαταστήσει παλιές σχέσεις και είναι ικανός να κάνει καινούργιες σχέσεις με αντικείμενα και να τα εμπιστευτεί, να καθορίσει νέα ιδανικά και στόχους
- Μπορεί να κάνει μεταβίβαση στο θεραπευτή, είναι δεκτικός στην ψυχοθεραπεία ενώ μπορεί να κάνει ανάλυση σε συγκινησιακές συγκρούσεις

Τα αποτελέσματα της εφαρμογής ψυχοθεραπείας σε καρκινοπαθείς είναι ενθαρρυντικά και σε σχέση με το προσδόκιμο επιβίωσης, που σε ορισμένες αν και λίγες επιλεγμένες περιπτώσεις έχει μεγαλώσει. Παίρνοντας υπ' όψη δηλαδή ότι μια ορισμένη δομή προσωπικότητας του αρρώστου και μια αρνητική ψυχολογική αντίδραση στον καρκίνο μπορεί να έχουν επίδραση στα αποτελέσματα (πρόγνωση και επιβίωση), είναι δυνατό να καταλάβουμε γιατί η ψυχολογική παρέμβαση σύμφωνα με διάφορους ερευνητές σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να επιμηκύνει τη διάρκεια της ζωής, τροποποιώντας διαστάσεις της προσωπικότητας και τη στάση του καρκινοπαθή απέναντι στην αρρώστια και τη ζωή γενικότερα.¹⁵

7.7. Ομαδική ψυχοθεραπεία

Κατά κανόνα η αρρώστια, και ιδίως στα τελευταία στάδιά της, συντελεί ώστε ο άρρωστος να απομονώνεται διατηρώντας ελάχιστη επαφή με το εξωτερικό κόσμο μη θέλοντας να γίνει βάρος στους φίλους και στην οικογένεια με τους φόβους και τις ανησυχίες του, αλλά ακόμα και επειδή οι ίδιοι οι συγγενείς απομακρύνονται από τον άρρωστο μη μπορώντας ή μη επιθυμώντας να εμπλακούν στη σοβαρότητα της κατάστασης. Έτσι ο άρρωστος βαθμιαία αποκόβει δεσμούς - επικοινωνία και μένει όλο και περισσότερο μόνος. Σε τέτοιες περιπτώσεις αλλά και σε άλλες, η ομαδική ψυχοθεραπεία κρίνεται σαν η πιο προσιτή μέθοδος παρέμβασης.

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα που θα μας έκανε να την επιλέξουμε έναντι της ατομικής είναι:

1. Η συμμετοχή του καρκινοπαθή σε ομάδα με άλλους που αντιμετωπίζουν τις ίδιες συνθήκες καταστάσεων που απειλούν τη ζωή παρέχει μια αίσθηση ότι ανήκουν σε μια κοινότητα και βελτιώνει τα αισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς που βιώνουν οι περισσότεροι από αυτούς τους αρρώστους. Η απομόνωση αυτή οφείλεται στο ότι οι άρρωστοι αυτοί αποκόβουν επαφές με

το κοινωνικό περιβάλλον γιατί δεν θέλουν να αναστατώνουν τους δικούς τους με τις ανησυχίες τους και νοσηρές ενασχολήσεις τους, ενώ οι συγγενείς τους απομακρύνονται φοβούμενοι μήπως «κολλήσουν» τον καρκίνο ή δεν θέλουν να συμμετέχουν στα σοβαρά γεγονότα που συνδέονται με την αρρώστια. Στην ομάδα τα μέλη ενθαρρύνονται να εκφράσουν όλες τις ανησυχίες τους και να συζητούν τους αμοιβαίους φόβους τους γύρω από δυσκολίες στην θεραπευτική αγωγή, τρόπους αντιμετώπισης ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων και άλλες πρακτικές συμβουλές, έλεγχος πόνου, θέματα επικοινωνίας με το γιατρό, προβλήματα με την οικογένειά τους

2. Έτσι ο ασθενής αισθάνεται ότι είναι χρήσιμος στους άλλους, δίνοντας αλλά και παίρνοντας, συμβάλλοντας στην βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης των άλλων αυξάνοντας την αίσθηση ότι αξίζει, ότι τον αποδέχονται, τον συμμερίζονται και συμπάσχουν και μειώνονται τα αισθήματα αδυναμίας. Ακόμα όταν κάποιο μέλος της ομάδας πεθάνει, ο άρρωστος μπορεί να εκφράσει τον πόνο του και να θρηνησει αισθανόμενος ότι και οι άλλοι του συμπαραστέκονται.
3. Επίσης η ομάδα βοηθά στην αποευσθητοποίηση των αρρώστων με την ιδέα του θανάτου. Αγγίζοντας το θέμα αυτό και προσεγγίζοντάς το επανειλημμένα, συζητώντας θέματα όπως η μετά θάνατο ζωή, εξοικειώνονται με την ιδέα θανάτου και είναι περισσότερο έτοιμοι να δεχτούν ένα τέτοιο ενδεχόμενο χωρίς έντονο πανικό, άγχος, κατάθλιψη ή αποδιοργάνωση.
4. Στην ομάδα δίνεται έμφαση στο πόσο σημαντικό είναι να βρεθούν τρόποι χρησιμοποίησης του υπόλοιπου της ζωής κατά τον καλύτερο τρόπο.

Πρόσφατα ερευνητικά προγράμματα ομαδικής ψυχοθεραπείας με καρκινοπαθείς προχωρημένων σταδίων έδειξαν ότι με τις ομαδικές

συνεδρίες οι άρρωστοι βοηθήθηκαν στο να αποευαισθητοποιηθούν με την αποβίωση, να αναπτύξουν τακτικές προσαρμογής στις συνθήκες της νόσου τους, να επεξεργαστούν οικογενειακά τους προβλήματα, να βελτιώσουν την επικοινωνία με τους γιατρούς και να καλυτερεύσουν την ποιότητα ζωής τους.

Όσον αφορά τη γενική στάση του ψυχοθεραπευτή στην ομάδα, φαίνεται πως δεν μπορεί να την οδηγήσει κάνοντας διαχωρισμό μεταξύ του «εμείς» οι ζωντανοί - υγιείς θεραπευτές και «αυτοί» οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο θανάτου. Πρέπει οι θεράποντες να δεχτούν ότι είναι «εμείς» που αντιμετωπίζουμε το θάνατο και θα μοιραστούμε την αγωνία, το άγχος, τις ανησυχίες της ομάδας. Και πρέπει να γίνει αποδεκτό ότι η ομάδα είναι ομάδα όχι για μελλοθανάτους, αλλά για ζωντανούς που έχουν δικαίωμα να ζουν πλήρως κάθε στιγμή της ζωής στο παρόν, παρά στο παρελθόν ή το μέλλον.¹⁵

7.8. Ομάδες συμπαράστασης

Ορισμένοι χρειάζονται ειδική βοήθεια για να αντιμετωπίσουν τον καρκίνο τους και οι γιατροί τους δεν μπορούν πάντοτε να τους την προσφέρουν. Οι γιατροί νοιάζονται τόσο για την καλή ψυχολογική όσο και για τη φυσική κατάσταση των ασθενών τους, ωστόσο ο χρόνος των ιατρικών επισκέψεων αναλώνεται συνήθως σε συζητήσεις για τη θεραπευτική αγωγή, τα προβλήματα και τις παρενέργειες, τις προφυλάξεις και τις επιπλοκές.

Οι γιατροί αναγνωρίζουν την ανάγκη αντιμετώπισης των ψυχολογικών προβλημάτων και συχνά παραπέμπουν τον ασθενή τους σε κάποια από τις πολλές εξωτερικές, ειδικές ομάδες συμπαράστασης στους καρκινοπαθείς. Οι ομάδες αυτές παρέχουν σε όλους τους καρκινοπαθείς τέτοια βοήθεια που μόνο όσοι αφοσιώνονται στο σκοπό αυτό, συχνά οι ίδιοι καρκινοπαθείς, μπορούν να την προσφέρουν.

Στο νοσοκομείο πολλά τοπικά νοσοκομεία, ιδίως όσα έχουν κέντρα περίθαλψης καρκινοπαθών, διαθέτουν ομάδες υποστήριξης οι

οποίες διευθύνονται από ειδικευμένους υγειονομικούς. Προορισμός των ομάδων αυτών είναι να συμπαρασταθούν στους ασθενείς και τους συγγενείς τους, σε εβδομαδιαίες συναντήσεις.

Μερικές ομάδες ειδικεύονται στην αντιμετώπιση των οργανικών και ψυχολογικών προβλημάτων των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπείες για ορισμένα είδη όγκων. Για παράδειγμα:

- Ασθενείς με στομίες - δηλαδή μόνιμη ή προσωρινή διάνοιξη στο παχύ ή λεπτό έντερο ή στην κύστη - πρέπει να μάθουν πως να ζουν όσο το δυνατόν φυσιολογικότερα
- Ασθενείς που τους αφαιρέθηκε ο λάρυγγας ή οι φωνητικές χορδές πρέπει να ξαναμάθουν να μιλούν
- Γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα ψυχολογικά προβλήματα όπως και οι άντρες με καρκίνο των όρχεων.⁸

Ομάδες συμπαράσταση εκτός νοσοκομείου

Η αμερικανική αντικαρκινική εταιρεία και άλλοι ειδικευμένοι οργανισμοί διαθέτουν προγράμματα που βοηθούν στην αντιμετώπιση των οργανικών, ψυχολογικών και πνευματικών προβλημάτων που συνδέονται με τον καρκίνο. Υπάρχει λόγου χάρη το πρόγραμμα «Reach to recover» Προς την αποκατάσταση για γυναίκες με καρκίνο του μαστού και το πρόγραμμα «I can cope» (Μπορώ να το αντιμετωπίσω), στο πλαίσιο των οποίων γίνονται εβδομαδιαίες συναντήσεις. Και τα δύο προγράμματα εκπαιδεύουν τους καρκινοπαθείς και τις οικογένειές τους.

Η Wellness Community αποτελεί ένα άλλο παράδειγμα οργανισμού που αποσκοπεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών. Περιλαμβάνει εκπαιδευτικά προγράμματα σεμινάρια και ομάδες συζητήσεων, προσφέρει δε την ευκαιρία στους καρκινοπαθείς να γνωριστούν και να συνδεθούν με άλλους που αντιμετωπίζουν τους ίδιους φόβους και ανησυχίες. Πολλά άτομα βρίσκουν εξαιρετικά ευεργετική την προσπάθεια αυτού του συνεχώς διευρυνόμενου οργανισμού που

ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετάσχει ενεργά στη μάχη κατά του καρκίνου.

Υπάρχουν επίσης οργανισμοί που καλύπτουν τις ανάγκες νεαρών ατόμων τα οποία δεν νοιώθουν πάντοτε άνετα σε άλλες ομάδες υποστήριξης. Τέτοια είναι η οργάνωση «Vital Options» στο Λος Άντζελες, που επεκτείνεται με ταχύ ρυθμό σε όλη την Αμερική.

Πως εργάζεται μια ομάδα υποστήριξης. Όταν ο ασθενής είναι σε καλή φυσική κατάσταση, κερδίζει πολλά συμμετέχοντας σε μια τέτοια ομάδα. Μια ομάδα ανθρώπων που συμμερίζονται την κατάστασή του, του προσφέρει συντροφιά αλλά και την ευκαιρία να συζητήσει τις ανησυχίες του και τα συναισθήματά του.

Ο τρόπος οργάνωσης των ομάδων υποστήριξης, η δομή τους και το αντικείμενο που καλύπτουν η δομή τους και το αντικείμενο που καλύπτουν ποικίλλουν. Όλες όμως έχουν ένα κοινό γνώρισμα: τη συγκέντρωση ανθρώπων με κοινές εμπειρίες. Έτσι στις ομάδες αυτές:

- Ο καθένας μπορεί να διηγηθεί την περίπτωση του, να μοιραστεί την εμπειρία του και την επίδραση του καρκίνου στη ζωή του
- Μπορεί να ακούσει τις ιστορίες των άλλων, να τους συμπαρασταθεί και έτσι να μειωθεί η αίσθηση απομόνωσης, φόβου και μοναξιάς
- Μπορεί να ανταλλάξει πληροφορίες που θα τον βοηθήσουν να αντεπεξέλθει σε κάποια συγκεκριμένα προβλήματα

Κάθε ομάδα λειτουργεί με τα θετικά και αρνητικά της στοιχεία τα οποία εξαρτώνται από τη συμμετοχή των μελών και την αποτελεσματικότητα των υπευθύνων. Δεν είναι όμως όλοι οι ασθενείς κατάλληλοι για να συμμετάσχουν σε ομάδα υποστήριξης. Μερικοί προτιμούν να ξεπερνούν μόνοι τις δυσκολίες τους. Πολλοί καρκινοπαθείς, πάντως ευγνωμονούν τις ομάδες υποστήριξης για τη βοήθεια και τη συμπαράστασή τους στην πορεία προς την αποκατάσταση.

Πως θα έρθει κανείς σε επαφή με την κατάλληλη ομάδα συμπαράστασης. Τα τοπικά παραρτήματα της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας τηρούν συνήθως ενημερωμένους καταλόγους για τις ομάδες που λειτουργούν σε κάθε περιοχή. Πολλά ενημερωτικά δελτία σχετικά με τον καρκίνο περιέχουν παρόμοιες πληροφορίες, αλλά και οι περισσότερες αδελφές, ειδικευμένες στην ογκολογία, καθώς και οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να βοηθήσουν να βρεθεί η κατάλληλη ομάδα συμπαράστασης.⁸

7.9. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Οι φροντίδες αποκατάστασης αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους με στόχο την επανάκτηση και διατήρηση ενός όσο το δυνατόν καλύτερου επιπέδου λειτουργικής, ψυχικής και πνευματικής ικανότητας. Εστιασμένες στα ειδικά προβλήματα των ασθενών (πόνος, στομία, μαστεκτομή κλπ), μπορεί να δράσουν ανασταλτικά στην ανάπτυξη συναισθηματικών επιβαρύνσεων και ψυχιατρικών διαταραχών. Η σημασία της πρώιμης ενδονοσοκομειακής παρέμβασης με φροντίδες αποκατάστασης, έχει περιγραφεί από πολλούς ειδικούς και τα οφέλη στην ποιότητα ζωής των ασθενών, στη μείωση του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης του προσωπικού, και στην ανακούφιση του προσωπικού των τμημάτων είναι πια τεκμηριωμένα.

Είναι γεγονός ότι πολλά από τα προβλήματα στην ποιότητα ζωής των ασθενών, προέρχονται από τα ιατρικά προγράμματα αλλά πρέπει να είμαστε σε θέση να τα εξαλείψουμε, ώστε οι ασθενείς να ζουν με αξιοπρέπεια και αυτοσεβασμό και όχι απλώς να υπάρχουν.

Τέλος είναι σημαντικό το ότι τα μέλη μιας ομάδας αποκατάστασης γίνονται πιο εξειδικευμένα στα αντικείμενα της παρέμβασής τους και μπορούν αυτές τις -εξειδικευμένες γνώσεις να τις μεταφέρουν στο υπόλοιπο προσωπικό των τμημάτων.

Η ομάδα προσέγγισης του ανθεκτικού καρκινικού πόνου αποτελεί τη πιο σημαντική παρέμβαση.

Η σημερινή θεραπευτική ανεπάρκεια, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, οφείλεται περισσότερο σε έλλειψη προσοχής, έλλειψη εκπαίδευσης και πληροφόρησης γύρω από τη μεθοδολογία αντιμετώπισης του ανθεκτικού καρκινικού πόνου.

Η ομάδα πόνου λειτουργώντας με τις κατευθυντήριες οδηγίες της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας για τον προσδιορισμό και αντιμετώπιση του πόνου, έρχεται να καλύψει αυτήν ακριβώς την εσφαλμένη μεθοδολογία.

Μερικά υποδείγματα εσφαλμένης μεθοδολογίας στην αντιμετώπιση του πόνου είναι η αδικαιολόγητη ανησυχία για πιθανή ψυχική εξάρτηση (εθισμός), που κάνει το προσωπικό να χρησιμοποιεί τα αποιειδή αναλγητικά σε ανεπαρκείς δόσεις.

Η ψυχική εξάρτηση σπάνια συμβαίνει σε ασθενείς με κακοήθη νεοπλασία, αφού μόνα τους τα οπιοειδή δεν είναι βασικοί παράγοντες στην ανάπτυξη της ψυχικής εξάρτησης.

Άλλοι παράγοντες (κοινωνικοί, οικογενειακοί, ψυχολογικοί) φαίνεται να παίζουν σπουδαιότερο ρόλο.

Η σωματική εξάρτηση (συμπτώματα στέρησης αν η θεραπεία διακοπεί απότομα) και η ανοχή) ανάγκη αύξησης της δοσολογίας με τη προοδευτική χορήγηση λόγω της μείωσης της δραστηριότητας του φαρμάκου από την επαναλαμβανόμενη χορήγηση) είναι φυσιολογικές φαρμακολογικές απαντήσεις και μάλιστα όχι μόνο των οπιοειδών αλλά και των μη οπιοειδών αναλγητικών και των ελασσόνων ηρεμιστικών.

Υπάρχει επίσης άδικη ταλαιπωρία των ασθενών από τη χρήση εικονικών φαρμάκων, η οποία αφενός έχει την έννοια της τιμωρίας, αφετέρου δεν βοηθά στη διαφορική διάγνωση ύπαρξης ή μη πόνου, αφού η θετική απάντηση στη χρήση εικονικού φαρμάκου δεν συνδέεται με οιονδήποτε τύπο ψυχοπαθολογίας.

Δεν έχει βρεθεί ότι ασθενείς με κατάθλιψη ή άλλου τύπου ψυχική διαταραχή είναι περισσότερο επιρρεπείς σε εικονικές απαντήσεις απ' ό,τι ο φυσιολογικός αποκαλούμενος πληθυσμός.

Η θετική απάντηση σε μια εικονική χορήγηση φαρμάκου, είναι μια φυσιολογική πλευρά της προσωπικότητας και σχετίζεται με το εσωτερικό ανασταλτικό ενδορφινικό σύστημα πόνου του ατόμου. Εξίσου σημαντική με την ομάδα πόνου είναι η ομάδα στομίας, που παρεμβαίνει σε ασθενείς με κολοστομία και αφενός διδάσκει ιατρονοσηλευτικά θέματα στον ασθενή και την οικογένειά του, αφετέρου προσδιορίζει και αντιμετωπίζει συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα που παρουσιάζουν σε μεγάλο βαθμό οι ασθενείς με κολοστομία και που αν δεν τύχουν άμεσης παρέμβασης οδηγούν τον ασθενή σε συναισθηματική και κοινωνική απομόνωση.

Άλλες ομαδικές παρεμβάσεις στα πλαίσια της αποκατάστασης, είναι η ομάδα λαρυγγεκτομής και η ομάδα μαστεκτομής, με στόχους την εκπαίδευση εθελοντών πρώην ασθενών, τη διδασκαλία φώνησης και τη παροχή ψυχοκοινωνικών φροντίδων.

Η σπουδαιότητα του εθελοντικού σώματος πρώην ασθενών έγκειται στο ότι η βοήθεια στο νέο ασθενή δίνεται σε μια πρόσωπο με πρόσωπο επαφή και βασίζεται στην ανταλλαγή κοινών εμπειριών με ένα άτομο που είχε περάσει την ίδια εμπειρία και κατάφερε να προσαρμοστεί ευτυχώς.

Τέλος επειδή η συνεχιζόμενη υποστήριξη είναι συστατικό κλειδί για το ηθικό των ασθενών, είναι αναγκαία η συνέχιση των φροντίδων αποκατάσταση σε εξωνοσοκομειακή βάση.¹⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8. ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

8.1. Νοσηλεία στο σπίτι

Πέρασαν πολλά χρόνια από το 1946 που το πρώτο Νοσοκομείο MONTE FIARE Της Νέας Υόρκης, σκέφτηκε να δημιουργήσει μια υποτυπώδη υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι.

Εκτοτε αναπτύχθηκαν διάφορες άλλες ανάλογες υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι. Το 1980 υπάρχει έκρηξη στον τομέα αυτόν. Ενώ τα αίτια ήταν στην αρχή μόνο οικονομικά, τώρα συνδέθηκαν και με την ποιότητα ζωής των ασθενών και διαπιστώθηκε πόσο θετικά λειτουργούσαν όλα αυτά.

Η «κατ' οίκον νοσηλεία» αποτελεί μια μορφή εναλλακτικής περίθαλψης, η οποία περιλαμβάνει ένα άθροισμα παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας σε άτομα με χρόνια κυρίως νοσήματα, με στόχο την παραμονή τους στο σπίτι.

Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί ένας έντονος προβληματισμός γύρω από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και την συνεχώς αυξανόμενη δαπάνη της περίθαλψης, ιδίως της νοσοκομειακής. Έτσι οι ασχολούμενοι με θέματα υγείας σε διεθνές επίπεδο προσπαθούν να προωθήσουν λύσεις και εναλλακτικές μορφές περίθαλψης, οι οποίες να προσφέρουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη με το μικρότερο δυνατό κόστος. Προς την κατεύθυνση αυτή τα τελευταία χρόνια η Ευρώπη και η Αμερική προώθησαν κι εφάρμοσαν την «νοσηλεία στο σπίτι» που είχε σαν αντικείμενο την ανάρρωση, αποκατάσταση και ανακουφιστική υποστήριξη τελικών σταδίων χρόνιων παθήσεων.

Στην Αγγλία η νοσηλεία στο σπίτι προσφέρεται μέσω των Κέντρων Υγείας. Στα κέντρα αυτά απευθύνονται οι οικογενειακή

γιατροί, για την ανάθεση νοσηλειών στις νοσηλεύτριες των κέντρων. Οι ιατρικές οδηγίες τοποθετούνται στη θυρίδα της ανάλογης περιοχής. Την επόμενη μέρα, η νοσηλεύτρια θα λάβει γνώση των ιατρικών οδηγιών και θα προγραμματίσει τις επισκέψεις της. Συνεργάζεται με τον οικογενειακό γιατρό, την οικογένεια του αρρώστου και φυσικά τον ίδιο τον άρρωστο. Επίσης συνεργάζεται με τις κοινωνικές υπηρεσίες και το προσωπικό του νοσοκομείου. Για κάθε ενέργεια, ενημερώνει τις κάρτες των ασθενών που βρίσκονται στα Κέντρα Υγείας. Βεβαίως υπάρχει η υπηρεσία των οικιακών βοηθών για τους ασθενείς που στερούνται συγγενείς.

Στην Αμερική το πρόγραμμα εφαρμόζεται με βάση το Νοσοκομείο, από το οποίο ξεκινούν γιατροί και Νοσηλευτές, παρέχοντας νοσηλεία, την οποία άρχισαν από το Νοσοκομείο, και πρέπει να την συνεχίσουν στο σπίτι.

Στη Γαλλία η Νοσηλεία στο σπίτι προσφέρεται από έξω νοσοκομειακό φορέα μη κερδοσκοπικό που ελέγχεται από τη Νομαρχία. Το σύστημα χρηματοδοτείται από τον ετήσιο προϋπολογισμό και τα ασφαλιστικά ταμεία των αρρώστων. Εδώ απευθύνονται συνήθως τα άτομα τρίτης ηλικίας. Εκτός από τους Νοσηλευτές, και τα άλλα παραϊατρικά επαγγέλματα υπάρχουν και οι βοηθοί νοσηλευτών που ασχολούνται με την ατομική καθαριότητα του αρρώστου και οι οικιακοί βοηθοί που φροντίζουν για την καθαριότητα του σπιτιού και το μαγείρεμα. Επίσης υπάρχουν τα HAD που προσφέρουν νοσηλεία στο σπίτι μέσω των Νοσοκομείων σε ασθενείς που εξέρχονται συνήθως από αντικαρκινικά Νοσοκομεία, ΚΑΤ και Νοσοκομεία παιδών.

Η Νοσηλεία στο σπίτι έχει εξαπλωθεί σε όλη την χώρα με τους τρόπους αυτούς. Στην Ελλάδα πρωτοπόρο στην κατ' οίκον νοσηλεία έχουν τα Νοσοκομεία «Μεταξά», Αγίοι Ανάργυροι και Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός.¹⁸ _

8.2. Πρόταση λειτουργίας κατ' οίκον νοσηλείας προχωρημένου ή τελικού σταδίου ογκολογικών ασθενών Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ.

Την τελευταία δεκαετία εδόθη μεγαλύτερη έμφαση στις κατ' οίκον νοσηλείες σε ολόκληρη την Ευρώπη και ιδιαίτερα όσον αφορά τους καρκινοπαθείς ασθενείς, οι οποίοι πρέπει να λαμβάνουν παρηγορητικές θεραπείες. Αυτή είναι και η πρόσφατη σύσταση της Παγκοσμίου Οργανώσεως Υγείας (Π.Ο.Υ.) ότι δηλαδή «οι ογκολογικοί ασθενείς πρέπει να μπορούν να λαμβάνουν παρηγορητικές θεραπείες στο σπίτι τους εάν το επιθυμούν».

Ο καρκίνος αποτελεί σήμερα παγκόσμια την δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Υπολογίζονται παγκόσμια (πηγή Π.Ο.Υ.) ότι γύρω στο 2000 θα υπάρχουν 5.000.000 θάνατοι κατ' έτος. Ένας περίπου υπολογισμός για τα ελληνικά δεδομένα είναι άνω των 10.000 θανάτων κατ' έτος, δηλαδή 1.000 άτομα ανά 1.000.000 πληθυσμό κατ' έτος περίπου. Υπολογίζοντας για την Δυτ. Ελλάδα για την οποία αναφερόμαστε, της οποίας ο πληθυσμός είναι γύρω στο 1.300.000 και έχει σαν δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη τα δυο περιφερειακά νοσοκομεία δηλαδή Π.Π.ΓΝ.Π. στο Ρίο και το Π.Γ.Ν.Π. «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ» της Πάτρας, ο αριθμός θανάτων υπολογίζεται στους 1.300 κατ' έτος (δεν υπάρχουν καθόλου στατιστικά στοιχεία της περιφέρειάς μας). Ο αριθμός αυτός των ασθενών πεθαίνει είτε στα παραπάνω νοσοκομεία είτε στο σπίτι τους.

Η αντιμετώπιση λοιπόν των ασθενών σε προχωρημένο ή τελικό στάδιο του καρκίνου δεν είναι δυνατό να γίνεται εξ' ολοκλήρου από τα νοσοκομεία λόγω έλλειψης κλινών αφ' ενός και αφ' ετέρου λόγω υψηλού κόστους.

Η εκρηκτική αύξηση του κόστους νοσηλείας των τελευταίων ετών κλονίζει τα κοινωνικοασφαλιστικά συστήματα όλης της Ευρώπης και της Αμερικής και ως εκ τούτου και το ελληνικό. Για αυτό υπάρχει και η

τάση σήμερα εξασφάλισης μιας εναλλακτικής μορφής περίθαλψης με το μικρότερο δυνατό κόστος ώστε να δίνεται η δυνατότητα νοσηλείας μεγαλύτερου αριθμού ασθενών χωρίς να είναι απαραίτητη η δημιουργία νέων νοσοκομειακών μονάδων ή επέκταση παλαιότερων (πρόσφατη σύσταση Π.Ο.Υ.).

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι μια εναλλακτική μορφή περίθαλψης για χρόνιους πάσχοντες και ιδιαίτερα για τους ογκολογικούς ασθενείς προχωρημένου ή τελικού σταδίου.

Στην Ελλάδα ο θεσμός της κατ' οίκον νοσηλείας ογκολογικών ασθενών εφαρμόζεται από τα αντικαρκινικά νοσοκομεία «ΜΕΤΑΞΕΑ» και «ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ» μόνο.¹⁹

ΣΤΟΧΟΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ.)

Οι καρκινοπαθείς προχωρημένου ή τελικού σταδίου που έχουν εξαντλήσει όλους τους θεραπευτικούς χειρισμούς και χρειάζονται μόνο νοσηλευτική φροντίδα ή συμπτωματική υποστηρικτική αγωγή αποτελούν μια ειδική κατηγορία ασθενών, κατηγορία από την οποία αργά ή γρήγορα περνούν η ολότητα περίπου των ογκολογικών ασθενών.

Για αυτό τον λόγο:

1. Η παροχή στον καρκινοπαθή ολοκληρωμένης ιατρονοσηλευτικής φροντίδα στο γνώριμο και φιλόξενο οικογενειακό του περιβάλλον. Είναι επιθυμία του.
2. Παράλληλη ψυχοκοινωνική υποστήριξη αυτού και της οικογενείας του.
3. Αυξημένη ανάγκη για καλύτερη διακίνηση ογκολογικών αρρώστων με στόχο:
 - α) Αφ' ενός μεν την αποασυλοποίηση των ασθενών υπό συνθήκες νοσοκομείου
 - β) Αφ' ετέρου δε απελευθέρωση πολιτίμων νοσοκομειακών κρεβατιών και μείωση του κόστους ¹⁹

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ.

Η Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ. αποτελεί μια ευέλικτη και μικρή ιατρονοσηλευτική υπηρεσία που έχει στόχο την παροχή ολοκληρωμένων φροντίδων στο σπίτι του ογκολογικού ασθενούς.

Αποτελείται:

1. Από έναν γιατρό κατά προτίμηση Ογκολόγο - Παθολόγο.
2. Τρεις νοσηλευτές - νοσηλεύτριες.
3. Πλαισιώνεται από κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγο, εθελοντές στήριξης ογκολογικών ασθενών

Η χωροταξική της ευθύνη υπολογίζεται για την πόλη των Πατρών και τα προάστιά της.

Πρέπει να εξυπηρετείται σε σχέση με τον πληθυσμό της πόλης από σύνολο τρία αυτοκίνητα, ένα για κάθε νοσηλευτή, τα οποία θα οδηγούνται από τον ίδιο. Ο επιστημονικός υπεύθυνος της Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ. ο γιατρός παρακολουθεί, ελέγχει και συντονίζει τις δραστηριότητες της Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ. με σύγχρονη εκτίμηση της πορείας των αρρώστων:

- α) Μέσω των φακέλων νοσηλείας
- β) Μέσω των πληροφοριών των νοσηλευτών
- γ) Άμεσης τηλεφωνικής επικοινωνίας

Η προϊσταμένη ρυθμίζει και ελέγχει τα προγράμματα λειτουργίας ώστε να εξασφαλίζεται πλήρης παρακολούθηση και νοσηλευτική κάλυψη κατά τακτά χρονικά διαστήματα σε όλους τους ογκολογικούς ασθενείς, επισκέψεις και νοσηλευτική κάλυψη εξατομικευμένες ανάλογα με τις ανάγκες του καθενός χωριστά, σε συνεννόηση με τον επιστημονικό υπεύθυνο ιατρό.

Οι νοσηλεύτριες καλύπτουν όλες τις ανάγκες του αρρώστου βάση των υπάρχοντων ιατρικών εντολών.

Οι δε νοσηλευτικές φροντίδες και οδηγίες παρέχονται επί 24ώρου βάσεως. ¹⁹

Λειτουργία εξωτερικού ιατρείου - αρχείου της Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ.

Η επισκέπτρια υγείας με την βοήθεια γραμματέως καλύπτει όλη την κίνηση του εξωτερικού ιατρείου της Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ. (που εδώ μπορεί να συμπίπτει με τον εξωτερικό ογκολογικό ιατρό) που έχει τα ιστορικά των ασθενών και γνωρίζει πλήρως την κατάστασή τους και τις ανάγκες - νοσηλεία και κατευθύνει ανάλογα, μετά από συνεννόηση, αν ο ασθενής θα παραμείνει στο σπίτι του ή θα μεταφερθεί στο νοσοκομείο για συγκεκριμένο λόγο ή θα μεταβεί ιατρός οίκοι .

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΟΥΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- 1.Χρόνιος πόνος και η πορεία του
- 2.Προβλήματα διατροφής - πεπτικού
- 3.Προβλήματα αναπνευστικού
- 4.Τραύματα - κατακλίσεις
- 5.Λοιμώξεις ουροποιητικού
- 6.Προβλήματα καθετήρων
- 7.Προβλήματα κολοστομιών, ουρητηροστομιών και γενικότερα δερματολογικά προβλήματα.
- 8.Αιμοληψίες
- 9.Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- 10.Υπερηχογράφημα (ύπαρξη ιατρού)
- 11.Λήψη καλλιέργειας ούρων
- 12.Οροί - παρεντερική σίτιση
- 13.Παρηγορητική, ελαφρά χημειοθεραπεία ¹⁹

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Εάν θελήσουμε να συγκρίνουμε τις «ημέρες νοσηλείας» που θα πραγματοποιηθούν στο σπίτι κάθε χρόνο από την Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ. μαζί με το ανάλογο κόστος τους και τις συγκρίνουμε με το αντίστοιχο αριθμό ημερών νοσηλείας στο νοσοκομείο και το κόστος τους, τόσο με το «κλειστό νοσήλιο» όσο και με το πραγματικό όπως ορίζεται επίσημα θα διαπιστωθεί ένας σαφές οικονομικό όφελος υπέρ της νοσηλείας στο σπίτι, δηλαδή μπορεί κανείς να διαπιστώσει ότι το κόστος ενός ογκολογικού αρρώστου προχωρημένου ή τελικού σταδίου νοσηλευόμενου στο σπίτι είναι το 1/5 ως και το 1/6 από τον ανάλογο άρρωστο που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο. Δεδομένα και αναλογία που θεωρούνται διεθνώς πολύ συμφέροντα.

Τα παραπάνω στοιχεία φαίνονται σαφέστερα από πίνακα ελληνικής εμπειρίας στην κατ' οίκον νοσηλεία από το νοσοκομείο «ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ» Κηφισίας κατά την πενταετία 1990-1995.¹⁹

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ» 1990 -1995

	1 ^ο Έτος 90/91	2 ^ο Έτος 91/92	3 ^ο Έτος 92/93	4 ^ο Έτος 93/94	5 ^ο Έτος 95/96	Σύνολο
Ημέρες νοσηλείας πραγματοποιηθείσες στο σπίτι	35477	31175	28529	30218	26849	152248
Γενικό κόστος						
Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ.	16626841	17003443	13784347	17017521	15663289	80095441
Κλειστό Νοσοκομείο	26381880	25654560	20331900	27538980	25274370	125181650
Ημερήσιο νοσήλιο	~16530	~16530	~16530	~16530	~16530	
Πραγματικό Νοσ/κό	80757600	78531200	105046920	142283064	130582716	537201500
Ημερήσιο νοσήλιο	~50600	~50600	~50600	~50600	~50600	

8.3. Η λειτουργία της νοσηλείας στο σπίτι

Πριν εξέλθει ο άρρωστος από το νοσοκομείο, ο γιατρός μέσω της προϊσταμένης του τμήματος θα παραπέμψει τον άρρωστο στη Νοσηλεία

στο σπίτι με πλήρη στοιχεία θεραπείας και κάθε είδος πληροφορίας για την παρακολούθηση του ασθενή.

Η Νοσηλεύτρια θα επισκέπτεται τον ασθενή άρρωστο στο σπίτι του και ο ρόλος της είναι πολύπλευρος.

Πρέπει να δει το περιβάλλον και να αξιολογήσει:

1. Το χώρο που θα ζει ο ασθενής. Να δώσει οδηγίες πώς θα γίνει λειτουργικός γι' αυτόν, σύμφωνα με τις ανάγκες του.
2. Το οικογενειακό περιβάλλον θα καθοδηγήσει τους συγγενείς πώς θα αντιμετωπίσουν αυτόν, σύμφωνα με την ψυχική του διάθεση, την ηλικία του, τις ανησυχίες του.
3. Την οικονομική κατάσταση της οικογένειας και στην περίπτωση οικονομικής αδυναμίας θα πρέπει να ενεργοποιήσει την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, την κοινωνική πρόνοια, την εκκλησία, τους συλλόγους, φίλους κυριών, τον δήμο, την κοινότητα. Επίσης, πρέπει να φροντίζει για την ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών. Γιατί διαφορετικά πρέπει να αντιμετωπισθεί το μικρό παιδί ή ο έφηβος που βλέπει να χάνει το γονιό του, η μάνα που θα χάσει το παιδί της, η γυναίκα ή ο άντρας που χάνει το σύντροφό του.

Να δώσει μαθήματα στους συγγενείς πώς να περιποιηθούν τον άρρωστο (αλλαγές, ενέσεις, περιποίηση για αποφυγή κατακλίσεων) και πώς θα αξιοποιήσουν το κάθε υλικό που τους δίνει.

Να ακούει με προσοχή τις ανησυχίες ή τις παραξενιές του αρρώστου και να προσπαθεί να του μεταδώσει αισιοδοξία και την πεποίθηση πως τα πράγματα που τον ανησυχούν, έχουν λύση.

Γιατί η Ψυχοσύνθεση του αρρώστου έχει επηρεασθεί από την αρρώστια, την μακροχρόνια ταλαιπωρία και τις διάφορες θεραπείες. Παρακολουθεί τον ασθενή (παίρνοντας εργαστηριακές εξετάσεις) και αξιολογεί τι μπορεί να χρειασθεί.

Και σε συνεργασία με το γιατρό του στο νοσοκομείο να τον κατευθύνει στα εξωτερικά ιατρεία, στην ομάδα πόνου, στο ακτινολογικό εργαστήριο, στην Κ.Μ.Ν. (μεταγγίσεις, παρακεντήσεις κλπ.). Το νοσοκομείο προσφέρει:

1. Μέσω του φαρμακείου του ιδρύματος τα φάρμακα που θα χρειασθούν (παισιόπινα, ναρκωτικά κ.ά.) και έτσι αποφεύγεται η ταλαιπωρία της προμήθειας των φαρμάκων από το ασφαλιστικό του ταμείο.
2. Το ασθενοφόρο του νοσοκομείου μεταφέρει τον ασθενή στο Νοσοκομείο και τον επαναφέρει στο σπίτι του, όταν χρειασθεί. Έτσι η νοσηλεύτρια υπογραμμίζει κάθε τι που αφορά τον άρρωστο μέχρι το τέλος της ζωής του.

Η «Νοσηλεία στο σπίτι» μπορεί να εξαπλωθεί σ' όλη τη χώρα, χωρίς μεγάλο κόστος.

Στον κάθε άρρωστο με καρκίνο, όταν δεν έχει το ειδικό κέντρο πλέον να του προσφέρει θεραπεία ίασης, θα πρέπει εκτός από το ιστορικό που παίρνει ο άρρωστος στο χέρι του, θα πρέπει να στέλνεται και ένα στο γιατρό του αγροτικού ιατρείου ή του κέντρου υγείας ή του νοσοκομείου που θα παρακολουθεί τον άρρωστο για να γνωρίζει την κατάστασή του και να μπορεί να του προσφέρεται κάθε ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι του.

Από την νοσηλεύτρια του αγροτικού ιατρείου ή του Κέντρου Υγείας ή του νοσοκομείου μπορεί να προσφέρει νοσηλεία στο σπίτι και με συνεργασία το ΠΙΚΠΑ στις πόλεις.

Ο, τι γίνεται με κέντρο το αντικαρκινικό νοσοκομείο, μπορεί να γίνει σ' όλη την Ελλάδα, από τα κατά τόπους νοσοκομεία. Και έτσι να μην ταλαιπωρούνται οι άρρωστοι που είχαν την ατυχία να έχουν καρκίνο. Γιατί οι γιατροί της επαρχίας που θα παρακολουθούν τον άρρωστο αν δεν έχουν ένα ιστορικό στο χέρι τους, που να λέει την πραγματική κατάστασή του, τον στέλνουν πάλι στο ειδικό κέντρο. Το

ειδικό κέντρο δεν τον δέχεται γιατί δεν υπάρχει κρεβάτι ή γιατί δεν έχει τι να του προσφέρει και έτσι ο άρρωστος ταλαιπωρείται αφάνταστα.

Πρέπει όλοι όσοι έχουν σχέση άμεση με τους καρκινοπαθείς (αντικαρκινικά νοσοκομεία, όπως αντικαρκινική εταιρεία κλπ.), να ενεργοποιηθούν, να συνεργασθούν, να απαιτήσουν από το κράτος να προσφέρει στον Έλληνα πραγματική πρόληψη και νοσηλεία.¹⁰

8.4. Φιλοσοφία του συστήματος

Ο ασθενής πρέπει να νοσηλεύεται στην προσωπική ατμόσφαιρα του σπιτιού του, μεταξύ των συγγενών που συμμετέχουν ενεργά στον αγώνα, αποφεύγοντας το απρόσωπο περιβάλλον του Νοσοκομείου.¹⁸

8.5. Λόγοι στην εδραίωση του θεσμού

Πολλοί είναι οι λόγοι που οδηγούν τις σύγχρονες κοινωνίες στην εφαρμογή του θεσμού «Νοσηλεία στο σπίτι».

1. Έλλειψη νοσοκομειακών κλινών καθώς επίσης και η έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
2. Η συνεχής αύξηση του αριθμού των χρόνιων πασχόντων από αρρώστιες που ευδοκιμούν στην εποχή μας, όπως ο καρκίνος, ο διαβήτης, οι καρδιοπάθειες και ο αριθμός των αναπήρων ατόμων από τροχαία ατυχήματα που αυξάνεται συνεχώς.
3. Όσο μεγαλώνει ο μέσος όρος ζωής τόσο αυξάνεται και ο αριθμός ηλικιωμένων ατόμων, που θέλουν φροντίδα στο σπίτι.
4. Η αποφυγή των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων με τη γρήγορη έξοδο από το νοσοκομείο.
5. Η παρακολούθηση του αρρώστου σε όλη τη πορεία της νόσου, από το ίδιο νοσοκομειακό κέντρο.
6. Το οικονομικό κόστος μειώνεται με τον περιορισμό των ημερών νοσηλείας.

7. Οι άρρωστοι, αναρρώνοντας στο ζεστό οικογενειακό περιβάλλον, ανακτούν ευκολότερα την ψυχική τους ισορροπία και σιγουριά, πράγμα που τους βοηθά να αντεπεξέλθουν στην αρρώστια και την εφαρμογή της θεραπείας τους χωρίς προβλήματα.¹⁸

8.6. Οργάνωση - Δομή νοσηλείας στο σπίτι

Η Νοσηλεία στο σπίτι μπορεί να είναι αυτόνομη ή εξαρτημένη δορυφορική μονάδα από ένα συντονιστικό φορέα. Ο φορέας αυτό μπορεί να είναι Νοσοκομείο, Κέντρο υγείας, ή ένας καινούργιος εξωνοσοκομειακός φορέας. Είναι σαφές ότι η νοσηλεύτρια στην κατ' οίκο νοσηλεία δεν εργάζεται μόνη της. Για να πετύχει τους στόχους και την φροντίδα του αρρώστου, θα πρέπει να υπάρχει οργανωμένη ομάδα εργασίας, που στελεχώνεται από τον γιατρό, την νοσηλεύτρια, την επισκέπτρια υγείας, του φυσιοθεραπευτή, την κοινωνική λειτούργο και τον ψυχολόγο. Η επιτυχία της εφαρμογής «νοσηλεία στο σπίτι» εξαρτάται άμεσα από την πετυχημένη συνεργασία όλων αυτών που ασχολούνται με την σωματική και ψυχική υγεία του αρρώστου.¹⁸

8.7. Προϋποθέσεις νοσηλείας στο σπίτι

Προκειμένου ο ασθενής να νοσηλευθεί στο σπίτι του, εκτός της σωστής οργανωτικής και οικονομικής υποδομής της μονάδας κατ' οίκον νοσηλείας, πρέπει να διασφαλίζονται και οι παρακάτω προϋποθέσεις: 1) απαραίτητη θεωρείται η συγκατάθεση του ασθενούς, και η συνεργασία του, 2) να μην έχει ανάγκη συνεχούς νοσοκομειακής παρακολούθησεως, 3) απαραίτητη η παρουσία οικογενειακού περιβάλλοντος διότι συμβάλλει ενεργά στην καλή νοσηλεία του ασθενούς, στη δημιουργία κλίματος ασφάλειας, στην κοινωνική επανένταξή του και τέλος στην ηθική και ψυχολογική υποστήριξη για την αντιμετώπιση της νόσου του, 4) στοιχειώδης οικονομική δυνατότης και 5) ασφαλιστική κάλυψη: προκειμένου να αντιμετωπισθούν οι έκτακτες ανάγκες που

παρουσιάζονται συχνά στους χρόνιους αυτούς ασθενείς, β) κοινωνική πραγματικότητα και κοινωνικός περίγυρος, στοιχεία που διερευνώνται από την κοινωνική λειτουργό, ώστε στη συνέχεια να ενεργοποιηθούν οι κοινωνικοί φορείς, φιλανθρωπικοί σύλλογοι, εκκλησιαστικές οργανώσεις για τη συμμετοχή τους στα προβλήματα του καρκινοπαθούς, στ) η δυνατότης άμεσης και ταχείας αντιμετώπισης των έκτακτων αναγκών σε μονάδα βραχείας νοσηλείας.¹⁸

8.8. Ο ρόλος του νοσηλευτή

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδύναμος και καθοριστικός μέσα στο τροποποιημένο αυτό σύστημα νοσηλείας. Η νοσηλεία στηρίζεται στην ολιστική θεώρηση των βιολογικών, πνευματικών και κοινωνικών αναγκών τόσο του αρρώστου όσο και της οικογένειάς του.

Γι' αυτό προϋποθέτει υψηλό επίπεδο κατάρτισης και απαιτεί κλινική και επιστημονική δεξιότητα, οργανωτικές, ηγετικές και διδακτικές ικανότητες που να ανατροφοδοτούνται συνεχώς, ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στο πολυδιάστατο ρόλο του που είναι:

1. Να ελέγχει κατά πόσο τηρούνται τα απαραίτητα κριτήρια για την νοσηλεία του αρρώστου στο σπίτι και να παρεμβαίνει στην ελαχιστοποίηση και γεφύρωση αρνητικών παραγόντων που τυχόν μπορεί να προκύψουν.
2. Να παράγει νοσηλεία με εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα όπως: ενεσοθεραπεία, χορήγηση φαρμάκων, χορήγηση O₂, παρεντερική σίτιση, περιποίηση τραύματος, περιποίηση κατακλίσεων, τραχειακή αναρρόφηση, αλλαγή ουροκαθετήρα, έλεγχος αρτηριακής πίεσης, έλεγχος γλυκόζης αίματος.
3. Να συνεργάζεται με τον άρρωστο και τα μέλη της οικογένειας και να συντονίζει ενέργειες απευθυνόμενη σε κοινωνικές – υγειονομικές και άλλες υπηρεσίες που σχετίζονται με το πρόβλημα του αρρώστου.

4. Να διδάσκει νοσηλεύοντας τον άρρωστο και τα μέλη της οικογένειας που επωμίζονται τις ευθύνες νοσηλείας του.
5. Ο Νοσηλευτής είναι πολύτιμος σύμβουλος της οικογένειας στα προβλήματα που τυχόν προκύπτουν, ενθαρρύνοντας και βοηθώντας τον να ολοκληρώσει το έργο.
6. Εκπαιδεύει και ευαισθητοποιεί εθελοντές για την πλαισίωση και στελέχωση της ομάδας «Νοσηλεία στο σπίτι».
7. Ενδιαφέρεται για την συνεχή επιμόρφωση της ομάδας και τον προσανατολισμό του νέου προσωπικού.
8. Δημιουργεί ευκαιρίες ομαδικών συναντήσεων με τις οικογένειες των χρονίως πασχόντων, με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων, και λύσεων προβλημάτων, αλληλοϋποστήριξη και ηθική ενίσχυση.
9. Υποστηρίζει τις πνευματικές ανάγκες του αρρώστου διευκολύνοντας την εκπλήρωση των θρησκευτικών του καθηκόντων.

Η νοσηλεύτρια στην κατ' οίκον νοσηλεία, κινείται μέσα σε ένα ευρύ φάσμα προσφοράς στον άνθρωπο, μπορεί να δώσει από τις πιο απλές φροντίδες μέχρι και τις πιο εξειδικευμένες.¹⁸

8.9. Νοσηλευτικά προβλήματα

Αυτά θα μπορούσαν να χωριστούν σε τέσσερις κατηγορίες:

1^{ον}) σ' εκείνα που αφορούν αυτό καθ' αυτό την εκτέλεση νοσηλευτικών πράξεων στο σπίτι.

2^{ον}) σ' εκείνα που αφορούν την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των ασθενών.

3^{ον}) σ' εκείνα που αφορούν την αντιμετώπιση και συνεργασία νοσηλεύτριας- ασθενούς – οικογένειας.

4^{ον}) σ' εκείνα που αφορούν το θεσμικό πλαίσιο και τη λειτουργία της υπηρεσίας.

Στην πρώτη κατηγορία εμπεριέχονται όλες οι νοσηλευτικές πράξεις που προαναφέρθηκαν με την ιδιαιτερότητα ότι γίνονται στο σπίτι χωρίς τεχνική υποδομή, βοήθεια και πολλές φορές άνεση χώρου και κινήσεων.

Έτσι λοιπόν το πρόβλημα δεν τίθεται π.χ. πως θα βάλεις έναν ορό, αλλά που θα τον κρεμάσεις ούτως ώστε να είναι εύκολη η παρατήρηση του και η αλλαγή όταν η νοσηλεύτρια δεν θα είναι εκεί. Δηλαδή, ο προβληματισμός μπαίνει όχι στην εκτέλεση αυτής καθ' αυτής της πράξης, αλλά στο πως θα γίνει καλά στις υπάρχουσες συνθήκες κάθε σπιτιού σε σχέση με τον ασθενή και το περιβάλλον.

Έτσι λοιπόν, όλα εξαρτώνται από την εμπειρία, την εφευρετικότητα και προνοητικότητα της νοσηλεύτριας.

Η προνοητικότης σε κάθε νοσηλεύτρια είναι στοιχείο πολύ σημαντικό διότι αντικείμενα απλά όπως ένα κορδόνι, καρφί, προεκτάσεις ορών κλπ., μπορούν να σε διευκολύνουν στις εκάστοτε ανάγκες σημαντικά.

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν αυτά που αφορούν τα συμπτώματα όπως ο πόνος που αφορούσε μια αναλογία 66%. Καταβλήθηκαν συντονισμένες προσπάθειες από τη νοσηλευτική μας υπηρεσία και την ομάδα κλινικής πόνου του νοσοκομείου με σκοπό να επιτύχουμε σωματική και ψυχολογική αποκατάσταση του πόνου του καρκινοπαθούς αρρώστου.

Κατ' αρχάς, η παρέμβαση μας ήταν φαρμακευτική, συμπτωματική και περιλάμβανε τη χορήγηση από παυσίπονα, αντιφλεγμονώδη, κορτιζονούχα, μυοχαλαρωτικά, αντικαταθλιπτικά μέχρι ναρκωτικά, βάσει πάντοτε των ιατρικών οδηγιών ενώ εκ παραλλήλου εγίνονταν προσπάθειες ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενούς συμμετέχοντας με κατανόηση και σεβασμό στην έντονη ψυχοσωματική αντίδραση του

πόνου του που διετάρασσε την προσωπικότητά του. Ένα δεύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίσαμε ήταν διαταραχές αναπνευστικού, (δύσπνοια, βήχας κλπ.), σε αναλογία 29%. Στις περιπτώσεις όμως συλλογής υγρού σοβαρών πνευμονικών λοιμώξεων κλπ., τότε η αντιμετώπισή τους γινότανε ενδονοσκομειακάς.

Ένα τρίτο σημαντικό πρόβλημα ήταν το πρόβλημα της διατροφής σε μια αναλογία 10-35% των ασθενών μας με εκδηλώσεις όπως ανορεξία, απώλεια βάρους, εμετούς, διάρροιες, δυσκοιλιότητα κλπ. Εδώ ο ρόλος μας ήταν βασικής σημασίας διότι όχι μόνο έπρεπε να πληροφορήσουμε τον ασθενή και τον οικογενειακό του περιβάλλον, αλλά και να τους εκπαιδεύσουμε στην προετοιμασία και παρουσίαση της τροφής, στα διάφορα είδη τροφών, στους τρόπους χορηγήσεως αυτών, στη δημιουργία ευχάριστου κλίματος και σε κάθε άλλη λεπτομέρεια που θα βοηθούσε ουσιαστικά τον άρρωστο στην κατά το δυνατόν πιο σωστή διατροφή του. Οσον αφορά τα άλλα προβλήματα που παρουσιάστηκαν, όπως οι πυρετοί ποικίλης αιτιολογίας, δερματικά προβλήματα, αιμορραγίες, ηλεκτρολυτικές διαταραχές κλπ., ήταν λιγότερο πιεστικά και παρατηρήθηκαν σε μικρότερη αναλογία.

Η τρίτη κατηγορία αφορά την αντιμετώπιση και συνεργασία της νοσηλεύτριας εκ μέρους του ασθενούς και του οικογενειακού περιβάλλοντος. Κατά κανόνα δεν υπάρχει πρόβλημα. Πολύ λίγες φορές αντιμετωπίσαμε την καχυποψία και την αμφισβήτηση και τούτο σε άτομα συνήθως πολύ ταλαιπωρημένα από τη νόσο που όμως μετά από μερικές επισκέψεις, το πρόβλημα εξαφανιζόταν και τη θέση του την έπαιρνε η συνεργασία, η κατανόηση, η ηρεμία. Δεν είναι λίγες δε οι περιπτώσεις της ψυχολογικής εξάρτησης ασθενών από τη νοσηλεύτρια.

Η τέταρτη κατηγορία προβλημάτων ίσως είναι η πιο δύσκολη. Είναι εκείνη που αφορά το θεσμικό και λειτουργικό πλαίσιο της ΥΚΟΝ.

Ο «θεσμός» της ΥΚΟΝ μετρά μόλις 12 χρόνια (1979 στο Μεταξά-1986 Αγ. Ανάργυροι) στην Ελλάδα και αυτό ανεπίσημα, στηριζόμενη στο φιλότιμο και το κέφι μιας ομάδας γιατρών και νοσηλευτών που

ξεκίνησαν με πολύ αγάπη για τον συνάνθρωπο και μάλιστα καρκινοπαθή, ελπίζοντας πως κάποτε η Πολιτεία θα έβλεπε πόσο σημαντικό ήταν και θα έπαιρνε θέση. Ομως, πέρασε η πρώτη δεκαετία και στο ξεκίνημα της δεύτερης με αγώνες και πιέσεις κατάφεραν ο θεσμός να βρίσκεται στο προσχέδιο για την υγεία που θα ψηφισθεί.

Ως εκ τούτου τα προβλήματα παραμένουν ακόμη και η λειτουργία των δυο υπηρεσιών δεν μπορεί να εξαπλωθεί διότι δεν μπορείς μια ζωή να στηρίζεις στο φιλότιμο και την ευσυνειδησία των γιατρών και του Νοσηλευτικού προσωπικού.

1^ο) Η ΥΚΟΝ για να λειτουργήσει πλήρως πρέπει να είναι 24ώρου βάσεως, με εφημερίες Νοσηλευτών

2^ο) Υλικοτεχνική υποδομή. Αυτοκίνητα εξοπλισμένα, κτιριακή εγκατάσταση, Υπηρεσίες, κλπ.

3^ο) Κίνητρα για την προσέλευση του νοσηλευτικού προσωπικού, διότι:

1. Η εργασία με τον καρκινοπαθή είναι επίπονος και ψυχοφθόρα.
2. Η νοσηλεύτρια είναι εκτεθειμένη στους κινδύνους της οδήγησης με όλες τις καιρικές συνθήκες.
3. Αμοιβή για τις εφημερίες που κάνει και τώρα δεν πληρώνεται.
4. Άδεια ετήσια μεγαλύτερη- τουλάχιστον 45 ημέρες εργάσιμες – για να μπορεί να αντέξει την ψυχολογική φθορά που υφίσταται αντιμετωπίζοντας κάθε μέρα το θάνατο.¹⁰

Ποιες οι επιπτώσεις στις νοσηλεύτριες

Με τη συμπλήρωση 5 ετών λειτουργίας της μονάδας, ορισμένα πρώιμα συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν για τους αυξημένους κινδύνους που αφορούν τόσο τη σωματική όσο και τη ψυχική υγεία των νοσηλευτριών. Και ο μεν κίνδυνος της σωματικής υγείας είναι ένας επαγγελματικός κίνδυνος που αναμένεται από όλες μας λόγω της ανθυγιεινής και επιπόνου εργασίας μας, ο κίνδυνος όμως βλάβης της

ψυχικής μας υγείας, το πόσο γρήγορα μπορεί μια τέτοια προσφορά υπηρεσιών να διαβρώσει την ψυχική μας ισορροπία.

Ο παραπάνω κίνδυνος, δημιουργείται από την καθημερινή επαφή της νοσηλεύτριας με τον καρκινοπαθή άρρωστο που έχει πληθώρα ψυχολογικών πρόβλημάτων και του οποίου η πορεία και το τέλος είναι σαφώς προδιαγραμμένα. Οι επιδράσεις αυτές επηρεάζουν δυσμενώς τον ψυχισμό της νοσηλεύτριας και έχουν συχνά αντίκτυπο στην προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική της ζωή. Βέβαια, ακόμη είναι νωρίς να βγουν τελικά συμπεράσματα ως προς τις μακροχρόνιες δυσμενείς επιπτώσεις ή όχι στο νοσηλευτικό προσωπικό, πριν συμπληρωθεί ένα ικανό χρονικό διάστημα λειτουργίας της μονάδας νοσηλείας καρκινοπαθών τελικού σταδίου.¹⁰

8.10. Η ψυχολογική και κοινωνική προσφορά της νοσηλεύτριας σε καρκινοπαθείς στο σπίτι

Η νοσηλευτική είναι έργο ευθύνης γιατί υπηρετεί τον άνθρωπο. Η νοσηλεύτρια και ο νοσηλευτής καλούνται να συνειδητοποιήσουν την ευθύνη τους, για την σωστή και τέλεια εκπλήρωση των καθηκόντων που απαιτεί το έργο τους. Η συνειδητοποίηση και η ανάληψη ευθύνης είναι ανθρώπινη ιδιότητα που ωριμάζει, ολοκληρώνει και αναδεικνύει τον άνθρωπο σε ελεύθερη προσωπικότητα. Ευσυνειδησία, αξιοπιστία, ακρίβεια, συναίσθηση καθήκοντος, ικανότητα συνεργασίας, αντίληψη του νοσηλευτικού χρέους, συναισθηματική ωριμότητα, επαγγελματικό ήθος και υγιές σύστημα αξιών, συναίσθηση της νοσηλευτικής αποστολής είναι τα κύρια στοιχεία που πρέπει αν συνθέτουν τη νοσηλευτική ευθύνη.

Θεωρείται σημαντικό οι νοσηλευτές-τριες να έχουν αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους, στο έργο τους. Είναι όμως σημαντικότερο να έχουν τη δύναμη και την ικανότητα να βλέπουν τον άρρωστο σαν άτομο με ψυχικές- ψυχολογικές- κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες.

Πράγματι η νοσηλευτική θεωρία ακόμη και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να απομνημονευθούν, αλλά η τέχνη του νοσηλευτή και της νοσηλεύτριας να ακούει, να καταλαβαίνει και να παραδέχεται τον άρρωστο είναι επιστήμη της καρδιάς.

Με τον τρόπο που νοσηλεύουμε, που αντιμετωπίζουμε τον άρρωστο, μεταβιβάζουμε και εμπνέουμε τον ανάλογο σεβασμό και το ενδιαφέρον μας προς αυτόν ή και το αντίθετο. Αμοιβαία αισθήματα δημιουργούνται και στον άρρωστο.

Η ψυχολογική και κοινωνική προσφορά της νοσηλεύτριας σε καρκινοπαθείς στο σπίτι είναι πολύ σημαντική. Διότι πέρα από την αντιμετώπιση του ιδίου του ασθενούς ως μέλους της οικογενείας, η οποία αποτελεί ζωντανό κύτταρο της κοινωνίας, η αρρώστια επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια και εδώ καλείται η νοσηλεύτρια να συμβάλλει στην διατήρηση της ισορροπίας των σχέσεων του ασθενούς με το υπόλοιπο οικογενειακό περιβάλλον.

Ο καρκίνος παρ' όλες τις εξελίξεις της επιστήμης παραμένει ακόμα μια αρρώστια που είναι άμεσα συνδεδεμένη με τον θάνατο.

Με την διαπίστωση της ασθένειας, η αρχική αντίδραση του ανθρώπου είναι συνήθως φόβος και αβεβαιότητα, φόβος του αγνώστου και του απροσδόκητου, φόβος του παρόντος και του μέλλοντος, φόβος για την εξέλιξη της ασθένειας, των στερήσεων και θυσιών που θα υποβληθεί, του έντονου πόνου, ο φόβος του θανάτου.

Ο άρρωστος γίνεται εγωκεντρικός, προκατειλημμένος με τις σωματικές του λειτουργίες. Συχνά δοκιμάζει αίσθημα μόνωσης και αχρηστίας, με αποτέλεσμα την ψυχολογική απομόνωση και μελαγχολία.

Σύμφωνα με τον Kueker Rosse 5 είναι οι φάσεις προσαρμογής οι οποίες έχουν βρεθεί να χαρακτηρίζουν τους καρκινοπαθείς, από την στιγμή που έρχεται άμεσα ή έμμεσα αντιμέτωπος με την φύση της αρρώστιας μέχρι τις τελευταίες ώρες της ζωής.

Άρνηση και απομόνωση: Ο άρρωστος αρνείται το γεγονός της ασθένειας, η συνήθως αντίδραση είναι ‘...όχι δεν μπορεί να είμαι εγώ ...’ Στη φάση αυτή από τον αρχικό κλονισμό και την μαζική άρνηση, ο καρκινοπαθής βαθμιαία θα αναλάβει, χρησιμοποιώντας άλλους μηχανισμούς άμυνας. Ακολουθεί η φάση της Οργής ή Εξέγερσης. Η Περίφημη ερώτηση ‘γιατί εγώ’ συνοδεύεται από έντονο θυμό και ζήλια για τους υγιείς ανθρώπους γύρω του. Η οργή, η διαμαρτυρία, η δυσαρέσκεια μετατίθεται προς όλες τις κατευθύνσεις. Μαλώνει με τους συγγενείς του , τους κατηγορεί για έλλειψη αγάπης, κατανόησης, φροντίδας και ενδιαφέροντος προς αυτόν. Οπου και να κοιτάξει ο άρρωστος αυτόν τον καιρό θα βρει αιτίες για παράπονα, θα υψώσει την φωνή του, θα σταθεί απείθαρχος, θα έχει απαιτήσεις και θα ζητήσει να τον προσέχουν, ίσως για να θυμίσει στους άλλους πως δεν είναι ξεγραμμένος, αλλά ζει. Η νοσηλεύτρια πρέπει να του δείξει προσοχή, σεβασμό και με τις γνώσεις της και την ηρεμία θα προσπαθήσει να τον κρίνει, τότε ο ασθενής θα ηρεμήσει και θα μειώσει τις οργισμένες απαιτήσεις του.

- Η φάση της διαπραγμάτευσης του παζαρέματος του προβλήματος. Αυτό αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια του ασθενούς να προσαρμοστεί με τη νέα κατάσταση με όρους, κατά την οποία όμως αρνείται να δει όλη την πραγματικότητα και προσπαθεί να ελαφρύνει το όλο πρόβλημα.
- Εν συνεχεία ο ασθενής πέφτει στην άλλη φάση που είναι η καταθλιπτική: Ο άρρωστος που βαδίζει προς το θάνατο, νιώθοντας τα συμπτώματα να εντείνονται, να γίνεται πιο αδύναμος, οι πόνοι γίνονται ισχυρότεροι, εδώ δεν μπορεί πια να κρύψει την απελπισία, την θλίψη και την πίκρα του, κλαίει και μιλάει για αυτοκτονία, εκδηλώνει συναισθήματα ενοχής. Στη φάση αυτή ο ασθενής έχει ανάγκη από συμπράσταση, ζεστή παρουσία, ζεστό περιβάλλον και εδώ φυσικά ο ρόλος και η παρουσία της νοσηλεύτριας είναι σημαντικός τόσο για τον ασθενή όσο και για τα μέλη της οικογένειας.

Το κύριο μήνυμα που πρέπει να περάσει είναι ότι δεν είναι μόνος του ο ασθενής, ότι τον παρακολουθεί και κάθεται δίπλα του έστω και σιωπηλά και δεν τον εγκαταλείπει.

- Τέλος, έρχεται η αποδοχή: Μέσω των μηχανισμών άμυνας (άρνηση-μετάθεση - κατάστολή) που θα οδηγήσουν, είτε στην προσαρμογή του ασθενούς ή θα συνεχίσει να παρουσιάζει ο άρρωστος προβλήματα συμπεριφοράς με τον εαυτό του και το περιβάλλον του. Ο άρρωστος θέλει να μείνει μόνος, λιγομίλητος ή τουλάχιστον να μην ενοχλείται από τα προβλήματα του εξωτερικού κόσμου. Μια ματιά, ένα σφίξιμο του χεριού μπορούν να πουν περισσότερα από πολλές λέξεις και βεβαιώνουν τον άρρωστο ότι δεν εγκαταλείπεται μόνος του, αλλά ότι θα βρισκόμαστε κοντά του μέχρι το τέλος, εκεί που ο κύκλος της ζωής κλείνει. Ο άρρωστος με καρκίνο στο σπίτι είναι αυτός που αναζητά επικοινωνία, έχει ανάγκη την παρουσία της νοσηλεύτριας και αυτή του την ανάγκη την εκδηλώνει άμεσα και επιτακτικά.

Η παρουσία της νοσηλεύτριας για ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη είναι απαραίτητη σε όλη τη δύσκολη πορεία του ατόμου μέσα από οδυνηρές διαδικασίες.

Ο ρόλος της είναι σημαντικός στην διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ των μελών της οικογένειας και του αρρώστου. Όταν η οικογένεια ενημερωθεί ότι ένα μέλος της πάσχει από καρκίνο, φθάνει σε αποδιοργάνωση, δημιουργούνται αισθήματα χάους στα υπόλοιπα μέλη, ακόμη δε, αναδύονται όλες οι προκαταλήψεις μέσα από ένα πανικό – ηττοπάθεια και αδιέξοδο, αυτό βέβαια προέρχεται από την ελλιπή ή κακή ενημέρωση του κοινού, σχετικά με την λέξη καρκίνος ίσον, θάνατος.

Βέβαια η νοσηλεύτρια προκειμένου να βοηθήσει θετικά τον ασθενή και την οικογένειά του, στο δύσκολο ρόλο της θα πρέπει να γνωρίζει τους πιο πιθανούς τρόπους που αντιδρά η οικογένεια μετά την διάγνωση της νόσου και αυτό εξαρτάται από την ιδιομορφία της

οικογένειας, από τις θρησκευτικές και φιλοσοφικές αντιλήψεις, από την νοοτροπία του περίγυρου.

Ένα από τα περισσότερο συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι του καρκινοπαθούς είναι η αμηχανία που εκφράζεται με φόβο έναντι του ασθενούς έτσι ώστε να αποτυγχάνουν να δώσουν στον άρρωστο την υποστήριξη που χρειάζεται. Εδώ η παρέμβαση της νοσηλεύτριας είναι απαραίτητη τόσο για τον ασθενή όσο και για τους γύρω, να διερευνήσει τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους και να παρακινήσει τους συγγενείς να εκφράσουν τα αυθεντικά συναισθήματά τους.

Τα μέλη της οικογένειας περνούν μέσα από διάφορα στάδια προσαρμογής παρόμοια με εκείνα που περνούν οι άρρωστοι. Πολλές φορές συμβαίνει να υπάρχει ενοχή για παλιές συμπεριφορές τους απέναντι στον ασθενή και τύψεις ακόμη και για χαμένες ευκαιρίες. Αν δεν βοηθηθούν οι συγγενείς να εκφράσουν τις συγκινήσεις τους πριν από τον θάνατο του αρρώστου, τόσο θα νιώθουν την ένταση και νοσηρές ιδέες θα τους απασχολούν. Εδώ η νοσηλεύτρια θα πρέπει να τους κατευθύνει ώστε να διευθετηθεί η εκκρεμότης ώστε να αποφευχθούν τα παραπάνω.

Το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να εμφανιστεί υπερενεργητικό. Εδώ οι συγγενείς με την υπερβολική φροντίδα υποκαθιστούν πλήρως ως πρόσωπο του ασθενή με αποτέλεσμα να προβληματίζουν τον άρρωστο και να τον κάνουν να αισθάνεται αφύσικα με τους οικείους του. Εδώ η νοσηλεύτρια θα πρέπει να κατευθύνει, να μετριάσει την ενεργητικότητα της οικογένειας για να νιώσει ο άρρωστος πιο άνετα και φυσιολογικά και να μην κουραστούν και οι δύο πλευρές.

Άλλη περίπτωση του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι η υπερπροστασία. Εδώ ο ασθενής είναι στο περιθώριο, εγκαταλείπει τις δραστηριότητες - ρόλους - καθήκοντα - ψυχαγωγία, «χάνει την ταυτότητά του». Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να

αποκτήσει την αυτοπεποίθησή του κατευθύνοντας παράλληλα και τους συγγενείς.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας επεκτείνεται και στην ευρύτερη κοινωνική αποδοχή του ασθενούς, για παράδειγμα θα μπορούσε μέσω πληροφοριών να απομυθοποιήσει το κοινωνικό στίγμα που περιβάλλει τη λέξη «καρκίνος», με το να απαντήσει σε ερωτήσεις που απασχολούν το περιβάλλον π.χ. μπορεί να κολλήσει ο καρκίνος. Είναι θανατηφόρα ασθένεια ο καρκίνος; κλπ. Τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας στο σπίτι είναι βαριά γιατί δεν περιορίζονται μόνο στη νοσηλεία αλλά και στη ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ασθένειας. Βέβαια αυτό είναι το κατ' επιθυμία το οποίο απέχει από την πραγματικότητα, ωστόσο θα μπορούσε να αποτελέσει (ο διευρυμένος ρόλος) ένα οδηγό σημείο προς το οποίο θα μπορούσε να κατευθύνει την νοσηλεύτρια στην προσπάθειά της να παρέχει καλή και ανθρώπινη ποιότητα ζωής στους ασθενείς που νοσηλεύει.²⁰

8.11. Τι συμβαίνει στη χώρα μας

Στη χώρα μας η νοσηλεία στο σπίτι εφαρμόζεται μόνο από κάποιες μεμονωμένες προσπάθειες του Νοσοκομείου Μεταξά, το αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι», του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, και τελευταία γίνεται προσπάθεια φροντίδας στο σπίτι από τον Δήμο Τριανδρίας της Θεσσαλονίκης και τον Δήμο Αρχανών στην Κρήτη.

1. Στο Νοσοκομείο Μεταξά, λειτουργεί η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι από το 1979. Η υπηρεσία αυτή θεωρείται μια προέκταση του Νοσοκομείου. Απ' ότι προκύπτει από τα οικονομικά οφέλη της Υπηρεσίας «Νοσηλεία στο σπίτι», ενώ το 1991 μέσο ημερήσιο κόστος νοσηλείας αρρώστου ήταν 42.000 δρχ. ο ασθενής της κατ' οίκον νοσηλείας στοίχιζε 2.000-δρχ. ημερησίως. Η διαφορά είναι συντριπτική. Το όφελος είναι της τάξης των 30.000-40.000 δρχ. ημερησίως κατ' άρρωστο.

2. Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός άρχισε να λειτουργεί από το Σεπτέμβρη του 1990. Αποτελεί αυτοτελή μονάδα παροχής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι για ασθενείς που εξέρχονται από το Νοσοκομείο «Κοργαλένιο Μπανάκειο». Η νοσηλεία παρέχεται σε όλες τις ηλικίες και αφορά δύο κατηγορίες ασθενών. Τον χρόνιο ασθενή και του ασθενή μετά από οξεία νόσο ή ατύχημα.

Η επιλογή των ασθενών γίνεται ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση με μοναδικό κριτήριο, να έχουν οικογενειακό περιβάλλον και να βρίσκονται στην καθορισμένη ακτίνα κάλυψης.

Η επιστημονική ομάδα αποτελείται από:

- 1) 2 (δύο) γιατρούς
- 2) 6 (έξι) νοσηλεύτριες
- 3) 2 (δύο) φυσικοθεραπευτές 4) 1 (μια) οικιακή βοηθός
- 5) 3 (τρεις) οδηγούς αυτοκινήτων

Απ' ότι προκύπτει από την οικονομική αξιολόγηση τριών (3) ετών (δηλ. από τον Σεπτέμβριο του 1990 έως τον Σεπτέμβριο του 1993) το κόστος νοσηλείας ενός αρρώστου που νοσηλεύεται στο σπίτι είναι το 1/6 του κόστους νοσηλείας στο Νοσοκομείο. Η νοσηλεία στο σπίτι συνεπώς θεωρείται οικονομικά συμφέρουσα.

3. Το Γ.Ο.Ν. Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι» το 1986 δημιούργησε μια μικρή ευέλικτη ιατρό- νοσηλευτική υπηρεσία για την αντιμετώπιση των καρκινοπαθών στο σπίτι την Υ.Κ.Ο.Ν.

Η Υπηρεσία αυτή αποτελείται από Διευθυντή γιατρό, προϊσταμένη, (3) τρεις νοσηλεύτριες, γραμματέα, κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο. Η οικονομική αξιολόγηση της Νοσηλευτικής δραστηριότητας της Υ.Κ.Ο.Ν. (Υπηρεσία Νοσηλείας κατ' οίκου) κατά την διάρκεια της τετραετίας (από τον Μάιο του 1987 έως και τον Μάιο του 1991) είναι οι εξής: Νοσηλεύτηκαν από την ΥΚΟΝ 593 ασθενείς με καρκίνο, ηλικίας από 21 έως 90 ετών.

Τα σπουδαιότερα προβλήματα που παρουσίασαν στο σπίτι είναι: χρόνιος πόνος, προβλήματα πεπτικού και διατροφής, προβλήματα αναπνευστικού, τραύματα- κατακλίσεις, λοιμώξεις ουροποιητικού, προβλήματα καθετήρων. Από την Οικονομική Εκτίμηση της τετραετούς λειτουργίας της ΥΚΟΝ και μετά την αφαίρεση του κόστους λειτουργίας της Υπηρεσίας προκύπτει ότι:

α) Το Οικονομικό όφελος ανέρχεται συνολικά σε 172.000.000 δρχ. εάν υπολογιστεί με το συμβατικό κλειστό νοσήλειο των ασφαλιστικών ταμείων, και σε 2.447.000 δρχ. αν υπολογισθεί με το πραγματικό νοσοκομειακό νοσήλιο.

β) Η μετατροπή των «ημερών νοσηλείας στο σπίτι» σε νοσοκομειακά κρεβάτια, αντιστοιχεί σε μια επιπλέον κλινική δυνάμεως 34 (τριαντατεσσάρων) κρεβατιών για το 1^ο (πρώτο) έτος, 77 (εβδομήντα επτά) κρεβατιών για το 2^ο (δεύτερο) έτος, 74 κρεβατιών για το 3 (τρίτο) έτος και 62 (εξήντα-δύο) για το 4 (τέταρτο) έτος.

Από τα μέχρι σήμερα δεδομένα προκύπτει ότι η «κατ' οίκον νοσηλεία» με την ευέλικτη μορφή λειτουργίας της και τα θετικά αποτελέσματα της, μπορεί να αποτελέσει μια ιδιαίτερα χρήσιμη μορφή εναλλακτικής περίθαλψης για ανάρρωση, αποκατάσταση και θεραπευτική υποστήριξη των μεταβατικών ή χρόνιων προβλημάτων υγείας μέσα σε νοσοκομειακό χώρο.

4. Μια πρωτοποριακή προσπάθεια του Δήμου Τριανδρίας (Θεσ/νίκης) στον τομέα της υγείας είναι η σύσταση της μονάδας πρωτοβάθμιας υγείας που λειτουργεί ως δημοτική επιχείρηση με στόχο τη βελτίωση της περίθαλψης και της υγείας των κατοίκων της περιοχής. Η μονάδα αυτή είναι μια από τις τρεις που υπάρχουν σε όλη την Ελλάδα και οι δραστηριότητες της επεκτείνονται σε θέματα ενημέρωσης, φροντίδας υγείας και πρόληψης. Λειτουργεί σε πειραματική-εθελοντική βάση στο δήμο από το 1993, απευθυνόμενη κυρίως σε άτομα της τρίτης ηλικίας, και παρουσιάζει μεγάλη επιτυχία. Η επιχείρηση λειτουργεί ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, και έχει έδρα τον Δήμο Τριανδρίας.

Διοικείται από πενταμελές διοικητικό συμβούλιο. Οι άλλες δύο παρόμοιες μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας που λειτουργούν είναι στις Αρχανές Κρήτης και στο Βόλο.

5. Η μονάδα πρωτοβάθμιας Υγείας Αρχανών έχει δημιουργήσει το πρόγραμμα «Φρόντιδα ηλικιωμένων στο σπίτι», που απευθύνεται σε όλους τους ηλικιωμένους άνω των 60 ετών, του Δήμου Αρχανών, οι οποίοι για σωματικούς, ψυχοκοινωνικούς και άλλους λόγους δεν έχουν επαφή με τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας και έχουν ανάγκη φροντίδας στο σπίτι. Το πρόγραμμα αυτό ξεκίνησε το 1994 και συνεχίζεται επιτυχώς μέχρι σήμερα.

Η μεγαλύτερη αβεβαιότητα που αντιμετωπίζουμε καθώς γερνάμε δεν είναι το πρόβλημα του εισοδήματος, ή της παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά της πιθανότητας να έχουμε ανάγκη καθημερινής φροντίδας στην περίπτωση κάποιας αναπηρίας ή προϋούσας συνολικής αδυναμίας. Στη βόρεια Ευρώπη η παραδοσιακή λύση στις περιπτώσεις αυτές ήταν η εισαγωγή σε ένα γηροκομείο ή αναρρωτήριο. Όμως τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αυξανόμενη διεθνής βιβλιογραφία η οποία περιγράφει πρωτοτυπίες σε μεθόδους φροντίδας ηλικιωμένων στα ίδια τους τα σπίτια παρά στα ιδρύματα.

Υπάρχει σχεδόν μια παγκόσμια δέσμευση από την πλευρά των αρμοδίων για την χάραξη κοινωνικής πολιτικής και των επιστημόνων υπέρ της αντικατάστασης της ιδρυματικής περίθαλψης με την φροντίδα στο σπίτι. Η στροφή αυτή στις προτιμήσεις των κοινωνικών επιστημόνων υπέρ της φροντίδας στο σπίτι αποτελεί μια από εκείνες τις κυκλικές ιδεολογίες στροφές, οι οποίες χαρακτηρίζουν τους επιστήμονες κοινωνικής πολιτικής.

Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι πολλοί ηλικιωμένοι επιθυμούν να παραμείνουν στο σπίτι τους όσο το δυνατόν περισσότερο. Γι' αυτό οι νότιες ευρωπαϊκές χώρες μεταξύ αυτών και η Ελλάδα, επιδιώκουν να εκσυγχρονίσουν τις υπηρεσίες φροντίδας των ηλικιωμένων παίρνοντας ως μοντέλα τις βόρειες ευρωπαϊκές χώρες.¹⁸

8.12. Πως θα μπορούσε να εφαρμοστεί ο θεσμός «Νοσηλεία στο Σπίτι» στην Ελλάδα

Ο θεσμός «Νοσηλεία στο σπίτι» θα μπορούσε να εξαπλωθεί ακόμη και στις πιο απομακρυσμένες περιοχές ως εξής:

1. Στις αστικές περιοχές μέσω των Νοσοκομείων όπως στα νοσοκομεία: Άγιοι Ανάργυροι, Μεταξάς και Κοργαλένιο.
2. Στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές που δεν υπάρχουν νοσοκομεία, μέσω των Κέντρων Υγείας και
3. Για τους ηλικιωμένους μέσω των Δήμων και ΚΑΠΗ για φροντίδα και νοσηλεία στο σπίτι.

Για την υλοποίηση του θεσμού «Νοσηλεία στο σπίτι» θα πρέπει

1. Η πολιτεία να αποδεχθεί την επίσημη λειτουργία των υπηρεσιών στο σπίτι όπου αυτές υπάρχουν.
2. Να συμβάλλει στην σωστότερη τοποθέτηση της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι μέσα στο ισχύον σύστημα υγείας της χώρας μας.
3. Να συμβάλει στην συστηματική διαφώτιση του κοινού από επίσημους φορείς για το νοσηλευτικό, ιατρικό και κοινωνικό ρόλο των «υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι».
4. Να υπάρξουν ειδικές συμβάσεις και συνεργασία με τα ασφαλιστικά ταμεία των αρρώστων για την συμμετοχή τους στην παροχή φαρμάκων και άλλου υλικού.
5. Να γίνει πρόσληψη επιλεγμένου νοσηλευτικού προσωπικού με στόχο την επέκταση της ακτίνας δράσης, σε όλη την Ελλάδα.
6. Να εγκρίνει κονδύλια για τη νοσηλευτική εμφάνιση νοσηλευτριών και λοιπού προσωπικού για την στελέχωση των υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι.

Η οργανωμένη φροντίδα στο σπίτι είναι ένας κρίκος στην αλυσίδα της φροντίδας υγείας των προηγμένων κοινωνιών και γι' αυτό θα πρέπει να καταβληθεί σοβαρή προσπάθεια επίλυσης των προβλημάτων που λιμνάζουν και δεν επιτρέπουν την αναβάθμιση και εξάπλωσή της. Η προσωπική φροντίδα του αρρώστου και η ανάπτυξη του θεσμού «Νοσηλεία στο σπίτι» μπορεί να ονομαστεί πρόοδος, διότι στρέφεται στον άνθρωπο και αγγίζει τα πεδία της επιστήμης, της ηθικής και της ανθρωπιάς. ¹⁸

8.13. Πλεονεκτήματα

Η κατ' οίκον νοσηλεία παρουσιάζει σημαντικά πλεονεκτήματα:

- α) Μικρό κόστος νοσηλείας.
- β) Αποσυμφορίζονται τα νοσ/κά κρεβάτια, για να χρησιμοποιηθούν για ασθενείς που έχουν άμεση ανάγκη.
- γ) Ο ασθενής νοσηλεύεται στο γνώριμο και φιλόξενο οικογενειακό περιβάλλον του.

Ενώ παράλληλα απαιτείται από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας υπομονή, ειδικές γνώσεις, εμπειρία και προπάντων αγάπη για τον συνάνθρωπο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9. ΠΡΟΟΔΟΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

9.1. Ανάγκη για βελτίωση των υπηρεσιών για τον καρκίνο

Έχει τονιστεί ήδη πολλές φορές, ότι ο ιδανικός τρόπος αντιμετώπισης των κακοήθων παθήσεων είναι η πρωτογενής πρόληψή τους. Όμως, αυτή η προοπτική, με τα σημερινά δεδομένα, φαίνεται ανέφικτη για την πλειονότητα των περιπτώσεων καρκίνου. Ο καρκίνος, επομένως, θα παραμείνει να είναι ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, με οικονομικές και κοινωνικές επιβαρύνσεις, για αρκετά χρόνια. Με στόχο την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος, οι προτεραιότητες θα πρέπει να είναι η έγκαιρη διάγνωση και η αποτελεσματική θεραπεία των καρκινοπαθών.

Υπάρχουν αρκετές αποδείξεις, ότι η επιβίωση των ασθενών με διάφορες μορφές καρκίνου, όπως των ωοθηκών, των όρχεων, του παχέως εντέρου κ.ά., εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το εάν οι ασθενείς αντιμετωπίζονται σε κέντρο υψηλού επιπέδου ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών ή όχι. Η βελτίωση της επιβίωσης πολλών ασθενών με καρκίνο εξαρτάται από τον τρόπο αντιμετώπισής τους, με τα καλύτερα αποτελέσματα να επιτυγχάνονται όταν αυτοί οι ασθενείς αντιμετωπίζονται από ομάδα ειδικών.

Η συνεργασία πολλών ειδικών επιστημόνων στην αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο αποτελεί σήμερα τον καλύτερο τρόπο βελτίωσης των αποτελεσμάτων και παράτασης της ζωής αυτών των ασθενών. Στην Αγγλία, η συμβουλευτική στην Κυβέρνηση επιτροπή ειδικών προσδιόρισε πρόσφατα τη διάταξη που θα πρέπει να έχουν οι υπηρεσίες υγείας για τους καρκινοπαθείς. Ουσιαστικό ρόλο σ' αυτήν τη διάταξη

παίζουν οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η ίδια ομάδα των ειδικών προσδιόρισε τις βασικές αρχές κοινές σε όλες τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση των καρκινοπαθών. Για την επιτυχία του συνολικού προγράμματος απαραίτητη προϋπόθεση είναι η εξασφάλιση στενών σχέσεων μεταξύ των υπηρεσιών για τους καρκινοπαθείς και των ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η εφαρμογή αυτών των οδηγιών τότε μόνο θα είναι αποτελεσματική, όταν κάθε πολίτης, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση, έχει τη δυνατότητα πρόσβασης στις υψηλού επιπέδου υπηρεσίες, για την αντιμετώπιση των κακοήθων παθήσεων. Αυτή η προσέγγιση θα πρέπει να αφορά όλο το φάσμα των προσπαθειών αντιμετώπισης του καρκίνου, από την πρόληψη ως τη θεραπεία και αποκατάσταση.⁵

9.2. Κοινές αρχές που θα πρέπει να διέπουν τη φροντίδα των καρκινοπαθών

- Όλοι οι καρκινοπαθείς θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες είτε στην κοινότητα που ζουν ή στο νοσοκομείο, ώστε να διασφαλίζεται η καλύτερη δυνατή φροντίδα της υγείας τους, αλλά και η καλύτερη δυνατή ποιότητα της ζωής τους.
- Είναι ουσιαστικής σημασίας η συνεχής επιμόρφωση του κοινού αλλά και των επιστημόνων.
- Η ανάπτυξη των υπηρεσιών για τους καρκινοπαθείς θα πρέπει να είναι εκείνη που εξυπηρετεί καλύτερα τους ασθενείς.
- Οι ασθενείς, οι συγγενείς τους και όλοι όσοι εμπλέκονται στη φροντίδα των καρκινοπαθών θα πρέπει να ενημερώνονται με κάθε λεπτομέρεια γύρω από τις δυνατότητες που υπάρχουν στην αντιμετώπιση κάθε μορφής καρκίνου.

- Η ομάδα που απαρτίζει την πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί βασικό και αναπόσπαστο τμήμα της συνολικής αντιμετώπισης των καρκινοπαθών.
- Θα πρέπει να διασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή επικοινωνία μεταξύ των διάφορων επιπέδων παροχής υπηρεσιών προς τους καρκινοπαθείς, ώστε να εξασφαλισθεί η καλύτερη δυνατή φροντίδα τους.
- Δε θα πρέπει να παραλείπεται η ψυχοκοινωνική υποστήριξη των καρκινοπαθών, σόλες τις φάσεις αντιμετώπισης του προβλήματός τους.
- Το αρχείο νεοπλασιών και η επαρκής και τακτική παρακολούθηση των καρκινοπαθών είναι βασικής σημασίας στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων.⁵

9.3. Υπηρεσίες για τους καρκινοπαθείς: προτεινόμενη διάταξη

- Πρωτοβάθμια φροντίδα - Η βάση της συνολικής φροντίδας. Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες θα πρέπει να βρίσκονται σε άμεση επαφή με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και μετά από διεξοδικές συζητήσεις μεταξύ τους να εξασφαλισθούν οι καλύτερες συνθήκες παραπομπής και παρακολούθησης των καρκινοπαθών, ώστε να απολαμβάνουν τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες υγείας.
- Ογκολογικές ομάδες - Αυτές θα πρέπει να δημιουργηθούν σε πολλά νοσοκομεία. Θα πρέπει να είναι επαρκείς σε εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και σε μέσα, ώστε σε συνεργασία να παρέχουν τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες στους καρκινοπαθείς που πάσχουν από συνήθεις μορφές καρκίνου.

- Ογκολογικά κέντρα - Θα πρέπει να παρέχουν ιδιαίτερα εξειδικευμένες υπηρεσίες για τους καρκινοπαθείς, ώστε αφενός μεν να στηρίζουν το έργο των ογκολογικών ομάδων, αφετέρου να αντιμετωπίζουν επιτυχώς σπάνιες μορφές κακοήθων παθήσεων ή να παρέχουν υπηρεσίες που απαιτούν πολυδάπανο τεχνολογικό εξοπλισμό.⁵

9.4. Οι σχέσεις που θα πρέπει να διέπουν την ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας με τις υπηρεσίες για τους καρκινοπαθείς

- Οι γενικοί ή οι οικογενειακοί γιατροί θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι για το πού μπορούν να παρασχεθούν οι καλύτερες δυνατές υπηρεσίες στους ασθενείς τους με καρκίνο.
- Θα πρέπει να υπάρχουν σε τοπικό επίπεδο οδηγίες για την έγκαιρη αξιολόγηση συμπτωμάτων που δυνατόν να σημαίνουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κάποιας μορφής καρκίνου. Για τις συνήθεις μορφές κακοήθων παθήσεων θα πρέπει να διαμορφωθούν συγκεκριμένοι τρόποι μελέτης τους.
- Θα πρέπει η ομάδα της πρωτοβάθμιας φροντίδας να γνωρίζει πού να παραπέμψει κάποιο ασθενή με καρκίνο στην περιοχή όπου ζει ο συγκεκριμένος ασθενής.
- Η ομάδα της πρωτοβάθμιας φροντίδας θα πρέπει να λειτουργεί ως ο απαραίτητος σύνδεσμος μεταξύ των ογκολογικών ομάδων των γενικών νοσοκομείων και των εξειδικευμένων ογκολογικών κέντρων.
- Η στενή συνεργασία του οικογενειακού γιατρού με τους ειδικούς είναι ανυπολόγιστης αξίας.
- Κάθε επαρχία θα πρέπει να έχει τις ειδικές υπηρεσίες για πρωτοβάθμια φροντίδα, αλλά και για νοσοκομειακή φροντίδα των καρκινοπαθών, ενώ παράλληλα θα πρέπει να διασφαλισθεί

η εύκολη πρόσβαση στα εξειδικευμένα κέντρα και στις υπηρεσίες που παρέχουν ανακουφιστική θεραπεία.⁵

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ

Έχοντας υπόψη μας πλέον ενοχοποιητικούς παράγοντες και ιεραρχώντας κατά σειρά σπουδαιότητας αναφέρουμε ότι για τη διατροφή απαιτείται λεπτομερής ενημέρωση και διαφώτιση του κοινού για την επίτευξη της βελτίωσης της διατροφής η οποία πρέπει να είναι φτωχή σε λίπη και έλαια και σε γαλακτοκομικά προσόντα και πλούσια σε χορταρικά. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη συγκέντρωση των στοιχείων στο θέμα «διατροφή και καρκίνος», την εμβάθυνση των επιδημιολογικών ερευνών, τη βελτίωση των ενδείξεων σχετικά με τα θρεπτικά συστατικά των τροφίμων και με παιδαγώγηση αναφορικά με τα θέματα υγείας.

Για το κάπνισμα και το αλκοόλ χρειάζεται συνεχής πληροφόρηση του κοινού, κοινωνικές ομάδες,- πρότυπα, νομοθετημένη προάσπιση της υγείας, εκπαίδευση αντικαπνιστική. Η πληροφόρηση για τις βλαβερές συνέπειες του καπνού και του αλκοόλ στα κύτταρα πρέπει να είναι συνεχής, να χρησιμοποιεί πειστικά δεδομένα και να δίδονται αυτά από φερέγγυα κοινωνικά άτομα. Στατιστικές έχουν αποδείξει ότι η ηλικία των 10-12 ετών είναι η πιο ευάλωτη, στη διαμόρφωση μελλοντικής ατομικής και κοινωνικής συμπεριφοράς.

Για την ιονίζουσα ακτινοβολία που έχει ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού συνιστώνται: αποφυγή έκθεσης στον ήλιο, αποφυγή λήψης ραδιενέργειας, σε διαστήματα που κρίνονται επικίνδυνα καθώς και σε υψηλές δόσεις.

Η αυτοεξέταση καθώς και η κλινική εξέταση στο χρόνο με τον τρόπο που απαιτούνται μειώνει σε μεγάλο ποσοστό τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού αφού προλαμβάνει σε πολύ αρχικά στάδια την ανάπτυξη του όγκου και οδηγεί σε έγκαιρη διάγνωση. Θα πρέπει πλέον να γίνει απαραίτητη εξέταση ρουτίνας για κάθε γυναίκα από τη δεύτερη δεκαετία της ζωής της η αυτοεξέταση μια φορά ετησίως. Επίσης το

Εθνικό Ινστιτούτο για τον Καρκίνο (Η.Π.Α.) συνιστά μαστογραφία μια φορά το χρόνο για τις γυναίκες πάνω από 50 ετών και μαστογραφία κάθε χρόνο για τις γυναίκες πάνω από 40-49 ετών που θεωρούνται ότι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο.

Απαιτείται ακόμη ενημέρωση για τη σωστή χρήση των αντισυλληπτικών και για την αποφυγή τους όπου αυτό είναι εφικτό.

Περισσότερο από κάθε άλλο, όλες οι γυναίκες έχουν την ανάγκη ενημέρωσης και για κάθε θέμα που αφορά το γεννητικό τους σύστημα. Κάθε γυναίκα, αν γνώριζε τις σωστές συνθήκες υγιεινής ζωής και εργασίας, αν παρατηρούσε τις διαταραχές της εμμήνου ρύσης και των γεννητικών οργάνων της και πήγαινε έγκαιρα στο γιατρό, αν έκανε προληπτικά tests Παπανικολάου στα χρονικά διαστήματα που ορίζονται, ακόμη αν ήξερε να αυτοεξετάζεται θα προλάβαινε κάθε γυναικολογικό πρόβλημα και ειδικά τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Οι προληπτικές εξετάσεις, η ενημέρωση και η διαφώτιση είναι απαραίτητο να γίνονται γι' αυτό και θεωρείται υποχρέωση του νοσηλευτικού προσωπικού και κάθε ειδικευμένου προσωπικού να πληροφορήσει και να διδάξει τον απλό πολίτη από την κεντρικότερη αστική περιοχή ως το τελευταίο απόμερο χωριό της Ελλάδας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η μάχη για τον καρκίνο ήδη έχει αρχίσει να αποδίδει καρπούς. Στο εγγύς μέλλον οι γονιδιακές ή ανοσοβιολογικές θεραπείες θα κερδίσουν την θεραπευτική του καρκίνου αντικαθιστώντας, τις κλασσικές μεθόδους όπως την χειρουργική, την ακτινοθεραπεία ή την χημειοθεραπεία.

Για να πραγματοποιηθούν οι στόχοι και οι προτάσεις που θέτει η κοινοτική νοσηλευτική για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την στήριξη των ογκολογικών ασθενών θα πρέπει να υπάρξει μεγάλη κοινωνική ευαισθητοποίηση και πολιτική θέσπιση θεσμών όπου ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλευτικής θα είναι ζωτικής σημασίας.

Υπάρχει επομένως επείγουσα ανάγκη για την μόρφωση ενός τύπου νοσηλεύτριας - τη που να μπορεί να ασκήσει το επάγγελμά της - του αποτελεσματικά στην κοινότητα, έξω από το χώρο του νοσοκομείου ώστε να ενημερώνεται ο υγιής πληθυσμός πως να αποφύγει τον κίνδυνο της νόσου καθώς και οι ασθενείς που ήδη πάσχουν από καρκίνο πως θα αντιμετωπίσουν την κατάσταση αυτή, και να είναι σε θέση να ζουν με ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις μέσα στην οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο.

Τέλος οι αξιοσημείωτες αυτές αλλαγές που σημειώθηκαν με την πάροδο του χρόνου, σαφώς αντανakλούν ότι η κοινοτική νοσηλευτική απέναντι στους καρκινοπαθείς μπορεί και πρέπει να αποδώσει γρήγορα καρπούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Νοκητοπούλου - Μαράτου Γ.:** «Βασική Φυσιολογία», Εκδόσεις Παρισιανός Γ., Αθήνα 1984
2. **Σημειώσεις από τις παραδόσεις των μαθημάτων στην Νοσηλευτική Σχολή του Τ.Ε.Ι. Πατρών,** 2000
3. **Σπηλιώτης Ι.:** «Καρκίνος - Από την άγνοια... στον φόβο». Εκδόσεις Αχαϊκές, Πάτρα 1999
4. **Μαλγαρινού Μ., :** «Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική». Τόμος Β', Μέρος 2^ο, Έκδοση 17^η, Εκδόσεις Η Ταβιθά, Αθήνα 1995
5. **Austoker J.:** «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου - Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας». Μετάφραση και διασκευή: Βασιλόπουλος Π, Εκδόσεις Παρισιανός Γ., Αθήνα 1997
6. **Δόντας Ν.:** «Διατροφή και καρκίνος». Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία: Σεμινάριο Νοσηλευτριών 29-30 Σεπτεμβρίου 1990, Συντονιστές: Τριχοπούλου Α., Μπεσμπέας Σ., Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991
7. **Καρανίκα Ν., Λιακοπούλου Κ., Πατριαρχέα Ε., Χαϊκάλη Β.:** «Οι διατροφικές συνήθειες του Ελληνικού πληθυσμού - Οι επιπτώσεις της διατροφής στην υγεία του ανθρώπου. Ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλευτικής», Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 1992
8. **Dollinger M., Rosenbaum E., M.D., Cable G.:** «Ο καρκίνος - Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση: Ένας οδηγός για όλους». Μετάφραση: Μαθάς Χ., Λαμπρόπουλος Σ., Λαδάς Γ., Αναγνωστοπούλου - Λαδά Β., Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1992
9. **International Union Against Cancer:** «Manual of Clinical Oncology», Διεθνής Ένωση κατά του Καρκίνου: «Εγχειρίδιο κλινικής ογκολογίας: Μετάφραση: Σανδρής Π., Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα

1991

10. **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία:** «Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή» Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991.
11. **Μπαρμούνη - Κωνσταντάκου Ε.:** «Ακτινοθεραπεία», Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1996
12. **Βαϊνάς Η.:** «Θεραπευτική αντιμετώπιση της καταβολής καρκινοπαθών ασθενών». Ελεύθερη ανακοίνωση, 1^ο Διεθνές Συνέδριο για την καταβολή, Αθήνα 28-29 Μαρτίου 1985
13. **Παπαβασιλείου Κ., Κουβάρης Ι., Γεννατάς Κ., Βώρος Δ.:** «Ογκολογία». Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1991
14. **Διαμάντη Ν.:** «Η κοινοτική νοσηλευτική στην οικογένεια», Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 1990
15. **Κοσμίδης Π.:** Επείγουσα θεραπευτική ογκολογία». Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1994
16. **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία - Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας - Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων:** «Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου». Εκδόσεις: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991
17. **Ιακωβίδης Β.:** «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου». Πρακτικά Σεμιναρίου Νοσηλευτικής Ογκολογίας, Τόμος β', Αθήνα 14-19 Σεπτεμβρίου 1992
18. **Μπρατάνη Π.:** «Νοσηλευτική Διοίκηση - Εξελίξεις και προοπτικές». Πρακτικά 23^{ου} Ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Εκδόσεις : Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών Ελλάδος, Καβάλα 20-23 Μαΐου 1996
19. **Γκινόπουλος Π.:** «Πρόταση λειτουργίας κατ' οίκον νοσηλείας προχωρημένου ή τελικού σταδίου ογκολογικών ασθενών». Μη δημοσιευμένη πρόταση Γενικού Νοσοκομείου Πατρών: «Άγιος

Ανδρέας», Πάτρα 2000

20. Δημοχέτη Δ.: «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου». Πρακτικά Σεμιναρίου Νοσηλευτικής Ογκολογίας, Τόμος Α΄, Αθήνα 14-19 Σεπτεμβρίου 1992

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Στην επόμενη σελίδα παρατίθενται οι διευθύνσεις των δημόσιων αντικαρκινικών νοσοκομείων και υπηρεσιών φροντίδας πασχόντων από καρκίνο στην κοινότητα.

**Δημόσια αντικαρκινικά νοσοκομεία & υπηρεσίες
φροντίδας πασχόντων από καρκίνο στην κοινότητα**

1. Άγιος Σάββας: Λεωφόρος Αλεξάνδρας 171
11522 Αθήνα
2. Μεταξά: Πρόταση 51
1008537 Πειραιάς
3. Θεαγένεο: Α. Συμεωνίδη 2
54007 Θεσσαλονίκη
4. Άγιοι Ανάργυροι: Καλυφτάκη
14564 Κηφισίας
5. Ξενώνες για ασθενείς με καρκίνο
Αθήνα
Θεσσαλονίκη
6. Πρόγραμμα Πρόληψης Γυναικολογικού Καρκίνου
 - α) Κέντρο υγείας: Ορεστιάδας
 - β) Γ.Π.Ν.: Διδυμότειχο
 - γ) Γ.Π.Ν.: Μυτιλήνης «Βοστάνειο»
 - δ) Κέντρο υγείας: Σουφλίου
 - ε) Κ.Υ.: Κορωπίου
 - στ) Κ.Υ.: Πλωμαρίου
 - ζ) Κ.Υ.: Αντιστας Μυτιλήνης
 - η) Κ.Υ.: Δαφνών Ηρακλείου
 - θ) Πεπαγνή Ηρακλείου
 - ι) Γ.Π.Ν.: Τρικάλων
 - κ) Γ.Π.Ν.: Καρδίτσας
7. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία
Κέντρο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο:
Παιανία Τσόχα 18-20
Αμπελόκηποι
8. Ανοικτή Τηλεφωνική Γραμμή Ελπίδας
Η τηλεφωνική γραμμή απαντά στο νούμερο
38.02.800 ή 64.01.200

