

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**"ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ
ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ." (ΕΡΕΥΝΑ)**

Σπουδάστριες:

***Βαβαρούτα Αντιγόνη
Γιαννακοπούλου Νίκη
Γκέλμπεση Βηθλεέμ
Μαρκοπούλου Αθηνά***

Εισηγήτρια:

***Μόσχου-Κάκκου Αθηνά, MSc
Καθ. Εφαρμογών Νοσηλευτικής***

Πάτρα 2000

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|--|-----------|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 5 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1..... | 6 |
| Η ΝΟΣΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ | 6 |
| Η Κατανόηση του Καρκίνου..... | 6 |
| Αιτιολογία Νόσου- Καρκινογόνοι Παράγοντες..... | 8 |
| Κλινική εικόνα – Συμπτώματα της νόσου..... | 10 |
| Διάγνωση της Νόσου..... | 12 |
| Είδη και σταδιοποίηση των κακοήθων όγκων..... | 15 |
| Είδη κακοηθών όγκων..... | 15 |
| Σταδιοποίηση των όγκων (Σύστημα TNM)..... | 15 |
| Η Θεραπεία του Καρκίνου..... | 16 |
| Επιδημιολογία και πρόγνωση της Νόσου | 18 |
| ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 20 |
| Τι είναι η Χημειοθεραπεία | 20 |
| Στόχοι της Χημειοθεραπείας..... | 20 |
| Πως δρουν τα αντικαρκινικά φάρμακα- Κατηγορίες φαρμάκων..... | 22 |
| Οδοί χορήγησης χημειοθεραπείας..... | 23 |
| Γενικές αρχές χορήγησης χημειοθεραπείας..... | 24 |
| Αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπείας..... | 25 |
| Που γίνεται η χημειοθεραπεία..... | 26 |
| Πόσο συχνά γίνεται η χημειοθεραπεία..... | 26 |
| Συνδυασμένη χημειοθεραπεία..... | 27 |
| Αποτελέσματα χημειοθεραπείας..... | 27 |
| ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ..... | 28 |
| Αιμοποιητικό σύστημα..... | 28 |
| Αναιμία | 28 |
| Λευκοπενία | 29 |
| Θρομβοπενία | 30 |
| Γαστρεντερικό σύστημα..... | 31 |
| Ναυτία- Εμετός | 31 |
| Ανορεξία | 34 |
| Διαταραχές γεύσης | 34 |
| Διάρροια..... | 35 |
| Δυσκοιλιότητα..... | 36 |
| Στοματίτιδα- ξηροστομία..... | 36 |
| Δυσκαταποσία..... | 37 |
| Σωστή διατροφή κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας..... | 38 |

| | |
|---|-----------|
| Γεννητικό σύστημα..... | 39 |
| Γυναικολογικά προβλήματα..... | 39 |
| Συμπτώματα που μοιάζουν με εμμηνόπαυση | 39 |
| Στείρωση..... | 39 |
| Εγκυμοσύνη | 40 |
| Αμμηνόρροια..... | 40 |
| Σεξουαλικές επιδράσεις | 40 |
| Δέρμα | 41 |
| Αλωπεκία | 41 |
| Αλλαγές στο δέρμα..... | 42 |
| Επιδράσεις στα νύχια..... | 43 |
| Κεντρικό - Περιφερικό Νευρικό Σύστημα - Μυϊκό Σύστημα..... | 43 |
| Νευροτοξικότητα..... | 43 |
| Ωτοτοξικότητα | 45 |
| Ουροποιητικό Σύστημα..... | 45 |
| Νεφροτοξικότητα | 45 |
| Αιμορραγική κυστίτιδα..... | 46 |
| Τοξικότητα Οργάνων..... | 47 |
| Καρδιοτοξικότητα | 47 |
| Ηπατοτοξικότητα..... | 47 |
| Πνευμονική τοξικότητα | 48 |
| Γριπώδες σύνδρομο..... | 48 |
| Κόπωση..... | 49 |
| Αϋπνία..... | 50 |
| Αύξηση Σωματικού Βάρους..... | 50 |
| Αναφυλαξία..... | 51 |
| Φωτοτοξικότητα..... | 51 |
| Πότε η θεραπεία ενδέχεται να διακοπεί λόγω παρενεργειών..... | 52 |
| ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ..... | 53 |
| Επιπτώσεις από τις παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στη ψυχική σφαίρα του ασθενή..... | 52 |
| Διαταραχή της αντίληψης της σωματικής εικόνας..... | 53 |
| Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας..... | 56 |
| Νοσηλευτικές παρεμβάσεις | 57 |
| Ψυχική καταπόνηση των Νοσηλευτών που εργάζονται με ογκολογικούς ασθενείς..... | 61 |
| Η ογκολογική Νοσηλευτική και οι Νοσηλευτές..... | 61 |
| Χαρακτηριστικά Νοσηλευτών που είναι ευάλωτοι στην επαγγελματική εξουθένωση . | 62 |
| Ψυχολογικές ανάγκες των Νοσηλευτών..... | 63 |
| ΑΣΦΑΛΗΣ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΩΝ..... | 64 |
| Μέτρα ασφαλείας για τον άρρωστο..... | 64 |
| Μέτρα ασφαλείας για το υγειονομικό προσωπικό..... | 67 |

| | |
|---|------------|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ | 73 |
| ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ | 73 |
| 1.ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | 73 |
| 2.ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | 74 |
| 3.ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | 75 |
| 4.ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ | 75 |
| 5.ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ..... | 76 |
| 6.ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ..... | 76 |
| 7.ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ..... | 77 |
| 8.ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ..... | 78 |
| 9.ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ..... | 79 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ- ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ..... | 81 |
| ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... | 81 |
| Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ..... | 81 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ..... | 121 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 121 |
| Κατηγοριοποίηση παραμέτρων ερωτηματολογίου..... | 121 |
| Ανάλυση αποτελεσμάτων | 124 |
| Συσχετίσεις αποτελεσμάτων | 128 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5..... | 131 |
| ΩΦΕΛΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ | |
| ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ | 131 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 133 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 134 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι | 138 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ..... | 141 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εμπεριστατωμένες επιδημιολογικές έρευνες που διεξάγονται συστηματικά από ερευνητικές ομάδες επιστημονικών κέντρων σε ολόκληρο τον κόσμο, εμφανίζουν μια δραματική αύξηση της νοσηρότητας από καρκίνο. Η δυσάρεστη όμως αυτή διαπίστωση αμβλύνεται σημαντικά λόγω της μεγάλης προόδου που έχει επιτευχθεί στον τομέα της έγκαιρης διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου. Στον τομέα της χημειοθεραπείας ειδικότερα, η σύνθεση νέων κυτταροτοξικών φαρμάκων και η εφαρμογή νέων θεραπευτικών σχημάτων προσφέρουν ελπίδες σωτηρίας σε πολλές περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο.¹

Το νοσηλευτικό προσωπικό απαιτείται να αναπτύξει μεγαλύτερες κλινικές και ψυχολογικές δεξιότητες, τακτική ανανέωση των γνώσεων του, εφαρμογή σχετικών ερευνητικών ευρημάτων και συνεχή αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας.²

Οι κύριοι στόχοι της φροντίδας είναι η διατήρηση της άνεσης, η πρόληψη των επιπλοκών και η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την χημειοθεραπεία, τις αναμενόμενες παρενέργειες και τα τοξικά φαινόμενα που θα πρέπει να αναφερθούν. Το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει επίσης κύριο ρόλο στη βοήθεια του ασθενούς και των σημαντικών γι' αυτόν προσώπων, στην αντιμετώπιση των τρεχουσών και μελλοντικών διαταραχών της σωματικής εικόνας, του τρόπου ζωής και των ρόλων, ως συνέπεια του καρκίνου και της χημειοθεραπείας.³

Ταυτόχρονα θα πρέπει να λαμβάνονται από το υγειονομικό προσωπικό όλα τα απαραίτητα προστατευτικά μέτρα κατά την διάρκεια της παρασκευής και χορήγησης των κυτταροστατικών φαρμάκων.

Η μελέτη αυτή έγινε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας του εκπαιδευτικού προγράμματος της Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. για την λήψη του πτυχίου «Νοσηλευτικής». Η επιλογή του θέματος ήταν αποτέλεσμα της μικρής βιβλιογραφικής αναφοράς σχετικά με αρρώστους που βρίσκονται υπό χημειοθεραπεία. Η δυσκολία στην πρόσβαση των χημειοθεραπευθέντων αρρώστων ήταν πρόκληση να ασχοληθούμε ως νοσηλευτές σε βαθιά νοσηλευτικά προβλήματα. Ελπίζουμε στην επιεική κριτική του αναγνώστη και ελπίζουμε η εργασία να συμβάλει στην πρόοδο και εξέλιξη του Νοσηλευτικού επαγγέλματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΝΟΣΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Η Κατανόηση του Καρκίνου

Ο καρκίνος δεν είναι μια και μόνο νόσος. Είναι όνομα μιας ομάδας νόσων που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό και διασπορά κυττάρων του σώματος.⁴

Ο οργανισμός μας αποτελείται από τεράστια ποικιλία κυττάρων που το καθένα περιέχει 23 ζεύγη χρωματοσωμάτων. Τα χρωματοσώματα μας περιέχουν εκατομμύρια μηνύματα που υπαγορεύουν στον οργανισμό πώς θα αναπτυχθεί, πώς θα λειτουργήσει και πώς θα συμπεριφερθεί. Τον περισσότερο χρόνο τα γονίδια λειτουργούν κανονικά στέλνοντας τα σωστά μηνύματα. Έτσι παραμένουμε σε καλή φυσική κατάσταση και τα πάντα λειτουργούν όπως πρέπει.

Υπάρχει όμως απίστευτα μεγάλος αριθμός γονιδίων και τεράστιος αριθμός μηνυμάτων. Ενόσω τα χρωμοσώματα αυτοαναπαράγονται κάθε στιγμή που διαιρείται το κύτταρο, υπάρχουν πολλές ευκαιρίες να γίνει κάποιο λάθος. Ανά πάσα στιγμή, στην πορεία της κυτταρικής διαίρεσης, κάτι μπορεί να ακολουθήσει λανθασμένο δρόμο, όπως μια μεταλλαγή που αλλάζει ένα ή περισσότερα γονίδια.

Τα μεταλλαχθέντα γονίδια αρχίζουν να στέλνουν λανθασμένα μηνύματα ή ένα τουλάχιστον μήνυμα διαφορετικό από αυτό που θα έπρεπε να δοθεί. Τότε το κύτταρο αρχίζει να αναπτύσσεται με μεγαλύτερη ταχύτητα. Πολλαπλασιάζεται συνεχώς ώσπου να σχηματίσει έναν όγκο, τον λεγόμενο **κακοήθη όγκο ή καρκίνο**.⁵ Η ταχεία κυτταρική ανάπτυξη δεν είναι πάντα συνώνυμη της κακοήθειας (π.χ. όταν υποστούμε έναν τραυματισμό και χρειάζεται γρήγορη χρειάζεται γρήγορη αποκατάσταση και αντικατάσταση των τραυματισμένων ιστών, ο οργανισμός μπορεί να παράγει πολλά νέα κύτταρα μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα.

Όταν κάθε τέτοια εκδήλωση ανάπτυξης ή επούλωσης ολοκληρωθεί, μια ομάδα γονιδίων δίνει εντολή στον οργανισμό πώς ήρθε η ώρα να "σταματήσει". Αυτά αποτελούν τον κανόνα. Το καρκινικό κύτταρο, όμως, δεν υπακούει στους κανόνες. Η αλλαγή στο γενετικό κώδικά του το κάνει να ξεχνά να "κλείσει" τον διακόπτη αναπαραγωγής. Έτσι η αναπαραγωγή συνεχίζεται και τα καρκινικά κύτταρα εξακολουθούν να διαιρούνται ανεξέλεγκτα.⁵ Τα νεοσχηματισθέντα αυτά κύτταρα που τα λέμε και νεοπλασματικά σε

συνέχεια μπορούν να εισχωρούν, να καταστρέφουν κι να καταλαμβάνουν τη θέση των άμεσα γειτονικών υγιών ιστών, πράγμα που καλείται **καρκινική ή νεοπλασματική διήθηση**.⁶

Η εξέλιξη και η καρκινογένεση μπορεί να διαιρεθεί σε τέσσερις φάσεις :

1^η φάση επαγωγής ή έναρξη

2^η φάση προδιηθητική

3^η φάση διηθητική φάση

4^η φάση διασποράς (κλινικές εκδηλώσεις)

το βασικό στάδιο της καρκινογένεσης είναι το 1^ο γιατί σ' αυτό βρίσκεται η αλληλεπίδραση των καρκινογόνων παραγόντων. Δε φθάνει μόνο η επίδραση των καρκινογόνων παραγόντων για να αρχίσει η καρκινογένεση, χρειάζονται και άλλοι παράγοντες οι ευοδωτικοί (promotes) να επιδράσουν ταυτόχρονα. Η πρόληψη και η πρόωμη διάγνωση έχει τεράστια σημασία αν σκεφτούμε ότι και αν ακόμη έχει αρχίσει η καρκινογένεση τα στάδια διαρκούν πολλά χρόνια.

Το 1^ο στάδιο 20±5 χρόνια, το 2^ο 6±3, το 3^ο 3±2 χρόνια.⁷

Οι όγκοι δεν είναι πάντοτε κακοήθεις. Οι καλοήθεις εμφανίζονται οπουδήποτε στο σώμα. Πολλοί έχουν καλοήθεις όγκους (φακίδες, κρεατοελιές ή λιπώματα στο δέρμα) οι οποίοι προκαλούν απλώς αισθητικό πρόβλημα μερικές φορές. Οι όγκοι αυτοί αφαιρούνται, παραμένουν ως έχουν ή θεραπεύονται. Διατηρούνται στην ίδια θέση και δεν προσβάλλουν τους γύρω ιστούς ούτε τους καταστρέφουν.

Οι κακοήθεις όγκοι έχουν δύο κύρια χαρακτηριστικά :

- Δεν έχουν "τοιχώμα" ή καθορισμένα όρια. Ριζώνουν και προσβάλλουν τους γύρω ιστούς και
- Έχουν την ικανότητα να διασπείρονται σε άλλα σημεία του σώματος. Μικρά τμήματα των κακοήθων κυττάρων αποσπώνται από τον κυρίως όγκο και εν συνεχεία ταξιδεύουν σε άλλους ιστούς (με το και λέμφο) όπου εγκαθίστανται και αρχίζουν να αναπτύσσονται. Ευτυχώς, απ' τα εκατοντάδες καρκινικά κύτταρα που αποσπώνται απ' τον πρωτοπαθή όγκο ελάχιστα βρίσκουν κατάλληλο έδαφος για να αναπτυχθούν, τα περισσότερα πεθαίνουν.

Η διασπορά του καρκίνου ονομάζεται **μετάσταση**. Το ενδιαφέρον των γιατρών στρέφεται πάντα στο ερώτημα αν ο καρκίνος έχει ήδη δώσει μεταστάσεις στη διάρκεια της αθόρυβης περιόδου. Αν πράγματι έχει δώσει, τότε τα μεταναστευτικά κύτταρα ξεκινούν τη δική τους αθόρυβη περίοδο, ενώ το μέγεθος τους είναι τόσο μικρό ώστε να χρειάζονται μήνες ή μερικές φορές και χρόνια για να εντοπιστούν.⁵

Αιτιολογία Νόσου- Καρκινογόνοι Παράγοντες

Μέχρι σήμερα, δεν κατέχουμε αποδεικτικά στοιχεία για την αιτιολόγηση της καλούμενης βιολογικής καρκινογένεσης, δηλαδή της αιτίας της μετάπτωσης ενός φυσιολογικού κυττάρου σε καρκινικό.

Νέες ενδείξεις και εμπειριστατωμένες έρευνες, όμως, έχουν αυξήσει σημαντικά τις γνώσεις μας, σχετικά με τους διαφόρους ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες που προετοιμάζουν το έδαφος για καρκίνο ή γίνονται σαφής αιτία για την ανάπτυξή του.⁶

Ο ρόλος των ογκογονιδίων. Μια από τις ενδιαφέρουσες και σημαντικές εξελίξεις υπήρξε η πρόσφατη ανακάλυψη ότι ορισμένα φυσιολογικά γονίδια, τα λεγόμενα ογκογονίδια, είναι δυνατό να μετατραπούν σε γονίδια που ευνοούν την ανάπτυξη του καρκίνου. Άλλα γονίδια, τα ονομαζόμενα κατασταλτικά, σταματούν τη μετατροπή των φυσιολογικών γονιδίων σε ογκογονίδια. Αν τα κατασταλτικά γονίδια δε λειτουργήσουν σωστά ή αν λείπουν εντελώς, τότε η πορεία της καρκινογένεσης είναι δυνατόν να μην ανασταλεί.

Είναι πλέον γνωστό ότι όλοι μας φέρουμε φυσιολογικά κύτταρα που περιέχουν ογκογονίδια στα χρωμοσώματα τους, τα οποία όμως ουδέποτε δραστηριοποιούνται. Απλώς, στη διάρκεια της ζωής μας, παραμένουν σε λανθάνουσα κατάσταση.

Σε μερικές περιπτώσεις όμως, γίνεται μετάλλαξη στη δομή του κυττάρου λόγω κάποιας προσβολής. Ορισμένοι ερεθισμοί ή χημικές ουσίες θέτουν σε κίνηση το "διακόπτη" και μερικά ογκογονίδια ενεργοποιούνται και αρχίζουν να συνεργάζονται για να μετατρέψουν το φυσιολογικό κύτταρο σε δεκτικό, και κατόπιν το δεκτικό σε καρκινικό.

Μια θεωρία που ολοένα κερδίζει έδαφος είναι αυτή των "πολλαπλών κρούσεων" σύμφωνα με την οποία όλοι οι καρκίνοι δημιουργούνται από δύο τουλάχιστον μεταβολές ή "κρούσεις", που γίνονται στα γονίδια του κυττάρου. Με το χρόνο οι κρούσεις αυξάνονται και αλληλεπιδρούν. Όταν φτάσει η κατάλληλη στιγμή, αρχίζει να αναπτύσσεται ο καρκίνος.

Οι κρούσεις μπορεί να προκληθούν από διάφορες χημικές ή εξωγενείς ουσίες που προκαλούν καρκίνο και λέγονται *καρκινογόνες*. Οι εν λόγω ουσίες ενεργοποιούν την καρκινογένεση. Υπάρχει επίσης η πιθανότητα να αποτελούν οι κρούσεις το αίτιο που προάγει την επιτάχυνση της ανάπτυξης των παθολογικών κυττάρων. Ο κρίσιμος παράγων είναι ο αριθμός, ο τόπος, η συχνότητα και η ένταση των κρούσεων.⁵

Οι καρκινογόνοι παράγοντες ταξινομούνται ως εξής :

1. *Επαγγελματικοί καρκινογόνοι παράγοντες*

Φυσικοί : ηλιακή ακτινοβολία → καρκίνος δέρματος (αγρότες, ναύτες)
υποξία (κώδωνες κατάδυσης κλπ.)

Χημικοί : αμίαντος → πνεύμονες

σκόνες ξύλου → ρινική κοιλότητα, δέρμα

αιθάλη πίσσα → λάρυγγας, πνεύμονες, όσχεο, κύστη (από τον 18^ο αιώνα παρατηρήθηκε ότι οι καπνοκαθαριστές είχαν χαμηλό μέσο όρο ζωής, πιθανότατα ήταν από τα πρώτα θύματα του καρκίνου).

χλωριούχο βινύλιο → εργάτες βιομηχανίας πλαστικών
αρσενικό χρώμιο νικέλιο → μεταλλωρύχοι

2. *Ιατρογενείς καρκίνοι*

Ακτινοβολίες → λευχαιμίες

Οιστρογόνα → ενδομήτριο, μαστός

Αναβολικά → ήπαρ

Αντισυλληπτικά → καλοήθη και κακοήθη ογκίδια, μήτρας, μαστού

Αρσενικό → δέρμα

3. *Διαιτητικοί παράγοντες*

Διαιτητικοί παράγοντες πολλές φορές είναι το κύριο αίτιο των κακοήθων νεοπλασιών. Για διάφορα είδη καρκίνου έχουν ενοχοποιηθεί καρκινικοί παράγοντες της διατροφής π.χ. τροφές που αφήνουν μικρό υπόλειμμα χωρίς φυτικές ίνες (ζωικά λίπη και ζωικές πρωτεΐνες) , οι νιτροζαμίνες που υπάρχουν στα συντηρημένα τρόφιμα και η υπερβολική ή ελλιπή διατροφή γενικά.

Ενοχοποιητικοί για καρκίνο τροφικοί παράγοντες είναι και οι :

1. Χρωστικές

2. Συντηρητικά⁷

Άλλοι προδιαθετικοί παράγοντες είναι

A. Ο καπνός και οι καρκινογόνες ουσίες απ' το κάπνισμα.

Β. Το *οινόπνευμα* όταν υπερβαίνει το μέτρο.

Γ. *Σεξουαλικές παράμετροι* όπως η ηλικία της γυναίκας όταν έκανε για πρώτη φορά έρωτα και η ηλικία κατά την οποία έμεινε έγκυος για πρώτη φορά. Μερικοί σεξουαλικά μεταδιδόμενοι ιοί είναι δυνατόν να προκαλέσουν καρκίνο. Ο κίνδυνος μετάδοσης των ιών αυτών αυξάνει με τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων και με τη μη προστασία κατά την επαφή.

Δ. Η *κληρονομικότητα*.

Ε. Η *εξασθένηση του ανοσολογικού συστήματος*.⁵

Συγχρόνως με την προσπάθεια εύρεσης των αιτιών του καρκίνου έγιναν μελέτες για την κατανόηση παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν την αντίσταση του ξενιστή στη δημιουργία νεοπλασμάτων. Έτσι διαπιστώθηκε ότι *συγκινησιακές αιτίες* μπορεί να ετοιμάζουν το έδαφος για τα νεοπλάσματα.⁸

Ένας καρκινογενετικός παράγοντας μπορεί σ' ένα άτομο να μην προκαλεί καρκίνο και να προκαλεί σ' ένα άλλο, όταν βέβαια βρει εκεί τις συνθήκες της ιδιαίτερης, ας την πούμε, ευαισθησίας του ατόμου προς τη νεοπλασία.⁶ Όταν δύο ή περισσότεροι παράγοντες συνδυαστούν, τότε η πιθανότητα να αναπτυχθεί καρκίνος δεν είναι ανάλογη με το άθροισμα των επιμέρους κινδύνων. Αντίθετα, οι πιθανότητες πολλαπλασιάζονται.

Ο καρκίνος είναι μια αθροιστική διαδικασία πολλών διαφορετικών κρούσεων που συμβαίνουν, επαναλαμβάνονται και αλληλεπιδρούν σε διάστημα πολλών ετών.

Εν κατακλείδι, ο κίνδυνος για να αναπτυχθεί καρκίνος εξαρτάται από το:

- Ποιος είσαι (γενετική σύνθεση)
- Που ζεις (περιβαλλοντική και επαγγελματική έκθεση σε καρκινογόνες ουσίες) και
- Πως ζεις (προσωπικός τρόπος ζωής).⁵

Κλινική εικόνα – Συμπτώματα της νόσου

Στα αρχικά στάδια τα συμπτώματα που δημιουργούν τα κακοήθη νεοπλάσματα είναι τόσο ελαφρά που εύκολα παραβλέπονται.⁸ 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. 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.⁵

Το λεγόμενο σύνδρομο της καταβολής, εμφανίζεται σε όλη του τη μεγαλοπρέπεια στον καρκινοπαθή ασθενή τόσο στα πρώιμα όσο και στα τελικά στάδια του καρκίνου και μ' αυτό προσέρχεται στο γιατρό, για να ζητήσει θεραπεία. Μέρος των συμπτωμάτων μπορεί να εμφανιστούν και πολύ πρόωρα, προ της κλινικής εμφάνισης του κακοήθους όγκου.

Τα πιο γνωστά συμπτώματα που περιλαμβάνονται στο γενικό όρο "σύνδρομο καταβολής" είναι :

1. Ανορεξία
2. Μυϊκή αδυναμία
3. Σωματική κόπωση
4. Απώλεια βάρους
5. Αίσθημα κατάπτωσης και αδυναμίας
6. Καταθλιπτική διάθεση
7. Διαταραχές ύπνου
8. Αδυναμία συγκέντρωσης
9. Διαταραχές μνήμης
10. Συγκινησιακή αστάθεια
11. Ευερεθιστότητα ⁹

Η αναγνώριση ενός συμπτώματος αποτελεί το πρώτο σημαντικό βήμα για την ανακάλυψη του καρκίνου. Οι περισσότερες πιθανότητες πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου

εξαρτώνται από την επίγνωση του ασθενούς ότι κάτι νέο συμβαίνει στον οργανισμό του ιδιαίτερα όταν εκδηλώνεται κάποια απ' τα παραπάνω συμπτώματα.

Διάγνωση της Νόσου

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 ασυμπτωτική περίοδος ανάπτυξης του όγκου μπορεί να διαρκέσει μήνες ή και χρόνια ακόμα, 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.⁵

Χρειάζεται σωστή διαχρονική παρακολούθηση, ενημέρωση, πληθυσμιακός έλεγχος και σωστή χρησιμοποίηση των διαγνωστικών μεθόδων που έχουμε στη διάθεσή μας.¹⁰

Κάποιο ενόχλημα ίσως κινήσει τις υποψίες. Ο γιατρός θα μπορούσε να αντιληφθεί κάποια ένδειξη στη διάρκεια της φυσικής εξέτασης και να προσπαθήσει να βρει 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.

Κλινική εξέταση

Αποτελεί το κυριότερο τμήμα του ετήσιου ελέγχου υγείας. Είναι η πλήρης, συστηματική, κατά στάδια έρευνα ολόκληρου του οργανισμού με στόχο να επισημανθούν ενδείξεις νόσου ή κάποιας μη φυσιολογικής λειτουργίας. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις ευπαθέστερες περιοχές.

- Εξετάζεται η μύτη και ο λαιμός. Η εξέταση του λάρυγγα με καθρέπτη είναι γρήγορη και ανώδυνη.
- Εξετάζονται οι περιοχές των λεμφαδένων.
- Μεγάλη προσοχή δίνεται στους μαστούς των γυναικών και στον προστάτη αδένα των ανδρών.
- Το επιγάστριο ψηλαφείται προσεκτικά για διάγνωση κάποιου κοιλιακού οργάνου, ιδιαίτερα του ήπατος ή της σπληνός.
- Η εξέταση της πυελικής χώρας της γυναίκας, συμπεριλαμβανομένου του τεστ Παπανικολάου, αποτελεί τη βάση για να ανακαλυφθεί καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και των ωοθηκών.

- Η δακτυλική εξέταση του πρωκτού αποτελεί βασική παράμετρο της κλινικής εξέτασης ανδρών και γυναικών.

Κατά την εξέταση, ο γιατρός θα απευθύνει αρκετές ερωτήσεις σχετικά με τις διαφορετικές λειτουργίες του σώματος και για το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, ιδιαίτερα των πλησιέστερων συγγενών.

Ύποπτα ευρήματα σε οποιοδήποτε σύστημα κατά τη κλινική εξέταση θα οδηγήσουν σε περαιτέρω εξετάσεις.

Εξετάσεις αίματος

Μη ειδικές εξετάσεις : γενική αίματος, μεταβολικός έλεγχος, ηπατικές δοκιμασίες, εξετάσεις νεφρών και θυροειδούς. Τα αποτελέσματα τους ίσως υποδηλώνουν ότι υπάρχει κάποιος όγκος, όμως δεν μπορεί να γίνει ειδική διάγνωση με βάση τις εξετάσεις αυτές και μόνο.

Ειδικές εξετάσεις : Οι πιο ενδιαφέρουσες απ' τις ειδικές εξετάσεις είναι εκείνες κατά τις οποίες αναζητούνται οι χημικές ουσίες που ονομάζονται νεοπλασματικοί δείκτες.⁵ Οι ουσίες αυτές παράγονται στα νεοπλασματικά κύτταρα και εκκρίνονται κατά κανόνα στο αίμα.

Οι δείκτες αυτοί εφαρμόζονται σήμερα με σημαντική επιτυχία κυρίως για τη μετεγχειρητική παρακολούθηση και τον έλεγχο του αποτελέσματος της εφαρμοζόμενης θεραπείας σε καρκινοπαθείς. Απώτερος σκοπός είναι η εφαρμογή των νεοπλασματικών δεικτών στον υγιή πληθυσμό (ιδίως σε ομάδες υψηλού κινδύνου) για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου σε αρχικά στάδια της γένεσης του, πριν ακόμη εκδηλωθούν τα κλινικά συμπτώματα.¹⁰

Έλεγχος ούρων και κοπράνων

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

- Η ανάλυση των ούρων αποτελεί τμήμα του συνηθισμένου τσεκ απ. Η ανάλυση της σύνθεσης των ούρων είναι δυνατόν να αποκαλύψει ποικίλες διαταραχές.
- Η κλινική εξέταση ή η ακτινογραφία ίσως αποκαλύψουν ότι υπάρχει υγρό στη θωρακική κοιλότητα, την κοιλία ή τις αρθρώσεις. Με παρακέντηση αναρροφάται υγρό για εξέταση.
- Η οσφυονωτιαία παρακέντηση είναι μια ειδική εξέταση και από τις σχετικές αναλύσεις του ENY (εγκεφαλονωτιαίου υγρού) διαπιστώνεται φλεγμονή, λοίμωξη ή καρκίνος.

- Η παρουσία αίματος στα κόπρανα αποτελεί πάντοτε ένδειξη ότι κάτι Δε λειτουργεί σωστά στο πεπτικό σύστημα.

Απεικονιστικές τεχνικές

Οποιαδήποτε ύποπτα ευρήματα προκύψουν κατά την ιατρική ή εργαστηριακή εξέταση, θα δώσουν αφορμή στο γιατρό να θελήσει να πληροφορηθεί τί συμβαίνει στο εσωτερικό του οργανισμού. Το πρώτο βήμα γίνεται συνήθως με τη χρήση ενός ή περισσοτέρων οργάνων τα οποία παράγουν εικόνες υπόπτων περιοχών.

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

Όλες οι νέες τεχνικές έχουν σημειώσει επανάσταση στην επιστήμη της διάγνωσης :

- *Ακτινογραφία*
- *Πυρηνικά σπινθηρογραφήματα*
- *Αγγειογραφία*
- *Αξονικές τομογραφίες (CT)*
- *Μαγνητική τομογραφία (MRI)*
- *Υπερηχογράφημα*

Ενδοσκόπηση

Μερικές φορές οι εικόνες δεν είναι αρκετές. Αποκτά συνεχώς μεγαλύτερη αξία η χρήση απευθείας οπτικής επαφής. Ενδοσκόπια χρησιμοποιούνται για την επισκόπηση του εσωτερικού των κοιλιοτήτων του σώματος οι οποίες έχουν φυσικά ανοίγματα. Ο γιατρός μπορεί όχι μόνο να δει τι ακριβώς συμβαίνει στις περιοχές αυτές, αλλά και να τις φωτογραφήσει ή να αφαιρέσει κυτταρικά δείγματα.

Κυτταρικές εξετάσεις

Εξετάζεται κυτταρικό υλικό που αφαιρείται απ' το σώμα (είτε με φυσικό τρόπο ή απόξεση). Ο κυτταρολόγος αναζητεί τη χαρακτηριστική εικόνα των κακοήθων ή προκακοήθων κυττάρων. Ο παθολογοανατόμος εξετάζει τα πλακίδια για να διαγνώσει καρκίνο ή να αποφανθεί ότι υπάρχει σοβαρή υποψία για καρκίνο.

Ανάλυση μυελού των οστών

Μυελός των οστών λαμβάνεται και εξετάζεται μικροσκοπικά για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν στοιχεία λευχαιμίας, λεμφώματος ή άλλου είδους καρκινικά κύτταρα.

Βιοψίες

Εξετάζεται μικρό τμήμα ιστού (αφαίρεση ενός τμήματος ή ολική αφαίρεση του όγκου) για να διαπιστωθεί αν αυτό έχει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και περιέχει τους τύπους των κυττάρων που καθορίζουν έναν καρκίνο.⁵

Είδη και σταδιοποίηση των κακοήθων όγκων

Είδη κακοηθών όγκων

Γενικά υπάρχουν 3 τύποι κακοηθών όγκων που αναπτύσσονται σε 3 είδη ιστών :

Καρκινώματα **à** αναπτύσσονται στους ιστούς που καλύπτουν την επιφάνεια ή την εσωτερική μεμβράνη των οργάνων και το επιθήλιο. Πολλοί επιθηλιακοί καρκίνοι αναπτύσσονται σ' ένα όργανο που εκκρίνει κάποια ουσία.

Σαρκώματα **à** είναι όγκοι των μαλακών ιστών ή των οστών. Αναπτύσσονται σε κάθε τμήμα του υποστηρικτικού ή συνδετικού ιστού, στους μύς, τα οστά, τα νεύρα, τους τένοντες ή τα αιμοφόρα αγγεία.

Λεμφώματα και λευχαιμίες **à** αναπτύσσονται στους λεμφαδένες ή στα αιμοποιητικά κύτταρα του μυελού των οστών.⁵

Σταδιοποίηση των όγκων (Σύστημα TNM)

Σταδιοποίηση του όγκου είναι το σύνολο των κλινικών, εργαστηριακών, εγχειρητικών, παθολογοανατομικών ή άλλων διαδικασιών που αποσκοπούν στον ακριβή προσδιορισμό της έκτασης ενός κακοήθους νεοπλάσματος. Ο προσδιορισμός του σταδίου της νόσου συμβάλλει μεταξύ άλλων :

- Στο σχεδιασμό της θεραπευτικής πρακτικής
- Στον προσδιορισμό της πρόγνωσης της νόσου
- Στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας
- Στην ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειρίας μεταξύ ερευνητικών ομάδων, ώστε να εκτιμώνται συγκρίσιμες καταστάσεις

Το σύστημα TNM για την σταδιοποίηση των όγκων περιγράφει την ανατομική έκταση της νόσου, στηριζόμενο σε τρία στοιχεία :

1. Το μέγεθος του αρχικού όγκου που συμβολίζεται με το γράμμα T (από τη λέξη tumor)
2. Την απουσία ή παρουσία μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες που συμβολίζονται με το γράμμα N (από τη λέξη nodes)
3. Την απουσία ή παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων, που συμβολίζονται με το γράμμα M (από τη λέξη metastasis)

Για το παράγοντα T, δηλαδή τον πρωτογενή όγκο, διακρίνουμε τις ακόλουθες περιπτώσεις :

T₀ : δεν υπάρχει ένδειξη όγκου

T_x : δεν μπορεί να διαπιστωθεί η παρουσία όγκου

T_{is} : καρκίνος in situ

T₁, T₂, T₃, T₄ : Αυξανόμενο μέγεθος ή τοπική επέκταση του πρωτογενούς όγκου. Ως T₁ χαρακτηρίζονται όγκοι που δεν υπερβαίνουν τα 2 εκατοστά. Ως T₂ ορίζεται ο όγκος με διάμετρο μεταξύ 2-4 εκατοστά. Ως T₃ ο όγκος με διάμετρο μεγαλύτερη από 4 εκατοστά και ως T₄ ο όγκος που διηθεί τα παρακείμενα όργανα.

Αντίστοιχα ισχύουν για τον παράγοντα N για τους περιοχικούς λεμφαδένες και για τον παράγοντα M για τις μεταστάσεις.¹¹

Η Θεραπεία του Καρκίνου

Είναι γνωστό ότι τα κακοήθη νεοπλάσματα οδηγούν σε βέβαιο θάνατο αν δεν θεραπευτούν, και ότι τα καλοήθη μπορούν να εξαλλαγούν σε κακοήθη. Επομένως κάθε νεόπλασμα πρέπει να αντιμετωπίζεται.

Η θεραπεία του νεοπλάσματος στοχεύει στη ριζική καταστροφή του. Οι θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι :

Χειρουργική

Γίνεται :

- α. Προφυλακτικά για αφαίρεση καλοήθων νεοπλασμάτων που είναι επιρρεπή σε κακοήθη εξαλλαγή.
- β. Για αφαίρεση κακοήθους νεοπλασματος και είναι η καλύτερη μέθοδος θεραπείας. Τα αποτελέσματα της είναι θετικά όταν ο καρκίνος αφαιρεθεί ριζικά προτού εξαπλωθεί σε περιοχές που δεν μπορούν να αφαιρεθούν.
- γ. Για τον έλεγχο των κακοήθων νεοπλασμάτων με αφαίρεση αδένων που με τις ορμόνες τους επιδρούν στην πορεία και εξέλιξη ορισμένων καρκίνων (π.χ. αφαίρεση ωοθηκών σε καρκίνο μαστού που εμφανίζεται πριν τη διακοπή της έμμηνου ρύσης).
- δ. Παρηγορητικά συνίσταται σε διάφορες εγχειρητικές μεθόδους για ανακούφιση από επιπλοκές του καρκίνου όπως, εξελκώσεις, απόφραξη του γαστρεντερικού σωλήνα πόνος από επέκταση του όγκου στα περιφερικά προς αυτόν νεύρα, αιμορραγία και τέλος, μεγάλου βαθμού καχεξία.⁸

Ακτινοθεραπεία

Στόχος της ακτινοθεραπείας είναι η υποχώρηση ή η εξαφάνιση του όγκου. Με την ακτινοθεραπεία καταστρέφεται η γενετική δομή (DNA) των κυττάρων του όγκου και έτσι δεν αναπτύσσονται ούτε και διαιρούνται άλλο. Η καταστροφή επιτυγχάνεται από δέσμη ραδιενεργών ακτίνων (ακτίνες X, ακτίνες γ) και ηλεκτρονίων που κατευθύνονται απευθείας στον όγκο από ειδικά μηχανήματα υψηλής ενέργειας, που βρίσκονται σε ορισμένη απόσταση απ' το σώμα, ή ακόμα με ραδιενεργά υλικά τα οποία τοποθετούνται μέσα ή κοντά στον όγκο.

Η ακτινοβολία μοιάζει με την ακτινογράφιση του θώρακα, με τη διαφορά ότι το μηχάνημα παραμένει για μερικά λεπτά και όχι για ένα-δύο δευτερόλεπτα. Η ακτινοβολία μπορεί να 'ναι η μόνη απαραίτητη θεραπεία για μερικές μορφές εντοπισμένων καρκίνων και να δοθεί σε συνδυασμό με άλλα είδη θεραπευτικών σχημάτων.

Χημειοθεραπεία

Ενώ η χειρουργική και η ακτινοβολία εφαρμόζονται για να θεραπεύσουν καρκίνους που αναπτύσσονται σε ορισμένη περιοχή, η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται γενικότερα για καρκίνους οι οποίοι διασπείρονται, μέσω της αιματικής ροής, ή του λεμφικού συστήματος, σε πολλά σημεία του σώματος.⁵

Σκοπός της είναι η καταστροφή των κακοηθών κυττάρων κατά τη διάρκεια μιας ή περισσότερων φάσεων του αναπαραγωγικού τους κύκλου.⁸

Η θεραπεία προτιμάται για ορισμένα είδη καρκίνου και συχνά εφαρμόζεται σε συνδυασμό με τις δύο άλλες, ιδιαίτερα για τους εντοπισμένους καρκίνους.

Ανοσοθεραπεία η βιολογική θεραπεία

Αποτελεί ένα νέο σχετικά τρόπο θεραπείας. Με έρευνες αποδείχτηκε ότι πλεονεκτεί, επειδή το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να διαδραματίσει ουσιαστικό ρόλο προστατεύοντας τον οργανισμό εναντίον του καρκίνου. Επιπλέον, το ανοσολογικό σύστημα ίσως συμβάλλει στην καταπολέμηση του καρκίνου όταν αυτός έχει ήδη αναπτυχθεί.

Ένας τύπος λεμφοκυττάρων - τα κύτταρα T ή, αλλιώς, T-κύτταρα - που παράγονται από το θύμο αδένιο αποτελούν το φυσικό δολοφόνο των ξένων κυττάρων, συμπεριλαμβανομένων των καρκινικών. Ένα άλλο είδος λεμφοκυττάρων - τα κύτταρα B - παράγουν αντισώματα αντιδρώντας στο ερέθισμα μιας εξωγενούς πρωτεΐνης. Τα λεμφοκύτταρα B μπορούν επίσης να καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα. Ένας άλλος τύπος λευκών αιμοσφαιρίων - τα μονοκύτταρα - αλληλεπιδρούν με τα κύτταρα T και B.

Η βιολογική θεραπεία συνίσταται κυρίως στη χρήση μιας πρωτεΐνης υψηλής καθαρότητας - κυρίως ιντερφερόνης και ιντερλευκίνης -2- για να ενεργοποιηθεί το ανοσολογικό σύστημα. Με διαφορετικούς τρόπους ενισχύεται η ιδιότητα των λεμφοκυττάρων που τα καθιστά ικανά να καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα.⁵

Επιδημιολογία και πρόγνωση της Νόσου

Στις ΗΠΑ, τα νέα περιστατικά καρκίνου προσεγγίζουν το ένα εκατομμύριο το χρόνο. Μετά τα καρδιακά νοσήματα ο καρκίνος παραμένει η 2^η αιτία θανάτου, από την οποία το 1986, πέθαναν μισό εκατομμύριο άνθρωποι.⁵ Στην Ελλάδα η εντύπωση των κακοηθών νεοπλασιών γενικά είναι μικρότερη απ' ό,τι στις αναπτυγμένες χώρες της Δ. Ευρώπης και Β. Αμερικής, με αποτέλεσμα η νεοπλασματική θνησιμότητα να είναι αντίστοιχα μικρότερη.⁷

Πολλοί καρκίνοι π.χ. του τραχήλου της μήτρας, του ορθού και του δέρματος μπορούν να διαγνωστούν έγκαιρα και αν υποβληθούν σε κατάλληλη θεραπεία μπορούν να διαγνωστούν έγκαιρα και αν υποβληθούν σε κατάλληλη θεραπεία πριν τα κακοήθη κύτταρα διασπείρουν σε απομακρυσμένες θέσεις, μπορούν συχνά να ιανθούν πλήρως. Ωστόσο, όταν

τα κύτταρα έχουν εξαπλωθεί μακριά απ' τον πρωτογενή όγκο και έχουν σχηματίσει δευτερογενείς όγκους σε άλλα σημεία του σώματος, οι πιθανότητες ίασεως είναι ελάχιστες.

Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο η έγκαιρη ανακάλυψη είναι τόσο σημαντική και για τον οποίο οι γιατροί εργάζονται συνεχώς για την επινόηση νέων τεχνικών πρώιμου ελέγχου του καρκίνου. Ευτυχώς η πρόοδος συνεχίζεται και υπάρχουν σήμερα επιτυχή τεστ για πρώιμη διάγνωση. Ανώδυνες διαγνωστικές τεχνικές έχουν σε μεγάλο βαθμό αντικαταστήσει τις συχνά δυσάρεστες ερευνητικές τεχνικές που χρησιμοποιούνταν πριν από λίγα χρόνια.

Ο καρκίνος εξακολουθεί, ωστόσο, να προκαλεί θανάτους, Ευθύνεται για 1 στους 8 περίπου θανάτους ατόμων ηλικίας μικρότερης από 35 ετών και για 1 στους 4 θανάτους ατόμων ηλικίας 45 ετών ή μεγαλύτερης.

Αν και οι αριθμοί αυτοί δεν είναι ευχάριστοι, η γενική προοπτική βελτιώνεται. Τα τελευταία χρόνια το ποσοστό ίασεως όταν εφαρμόζεται θεραπεία σε πολλές μορφές καρκίνου, παρουσιάζει σταθερή αύξηση :

- Η πρώιμη χειρουργική αφαίρεση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχει σήμερα ποσοστό ίασεως περίπου 100%
- Η φαρμακευτική θεραπεία του καρκίνου των λεμφαδένων έχει ποσοστό ίασεως περισσότερο από 80%
- Η χειρουργική αφαίρεση του καρκίνου του δέρματος ή του παχέος εντέρου έχει ποσοστό ίασεως πάνω από 50% σήμερα
- Στην οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία που παλαιότερα εθεωρείτο ως νόσος της παιδικής ηλικίας χωρίς ελπίδα ίασεως, η σύγχρονη φαρμακευτική θεραπεία έχει επιτύχει ποσοστό ίασεως περίπου 50%

Επομένως, ποτέ δε θα πρέπει να θεωρηθεί ως δεδομένο ότι ο καρκίνος είναι ανίατος. Αντίθετα πρέπει κανείς να είναι ενημερωμένος για τα πρώιμα συμπτώματα και να καταφεύγει στο γιατρό αμέσως, αν κάποιο απ' αυτά εμφανιστεί. ⁴

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τι είναι η Χημειοθεραπεία

Χημειοθεραπεία ονομάζεται η χρήση ενός ή περισσότερων φαρμάκων για τη θεραπεία νεοπλασματικών νόσων. Σχηματίζεται από τις λέξεις χημικά και θεραπεία, δηλαδή αναφέρεται στη χρήση φαρμάκων που περιέχουν χημικές ουσίες για τη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών.¹²

Η ιδέα της θεραπείας του καρκίνου με χημικές ουσίες ή φάρμακα προυπήρχε 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.¹⁰ Τις 3 πρώτες βασικές παρατηρήσεις ακολούθησε μια ραγδαία εξέλιξη, ώστε σήμερα να χρησιμοποιούνται δεκάδες χημειοθεραπευτικοί παράγοντες και η χημειοθεραπεία να αποτελεί σημαντικό όπλο στην αντιμετώπιση χιλιάδων καρκινοπαθών μόνη της ή μαζί με την εγχείρηση και την ακτινοθεραπεία.¹³

Στόχοι της Χημειοθεραπείας

Σήμερα που κατανοούμε καλύτερα τη φύση του καρκίνου, η χημειοθεραπεία έγινε θεραπεία εκλογής βασικά στην αντιμετώπιση των μεταστάσεων. Εάν ένας κακοήθης όγκος είναι εντοπισμένος σε ένα σημείο του σώματος μπορεί να ιαθεί με εγχείρηση ή ακτινοθεραπεία. Υπάρχουν όμως δύο ομάδες αρρώστων που δεν μπορούν να ιαθούν με μια τοπική θεραπεία.

Στην πρώτη ομάδα ανήκουν άρρωστοι που έχουν μεταστάσεις κατά το χρόνο της διάγνωσης του κακοήθους όγκου. Μεταστάσεις δηλαδή που ανιχνεύονται στην φυσική εξέταση ή στον εργαστηριακό έλεγχο.

Στη δεύτερη ομάδα ανήκουν άρρωστοι με “ υποκλινικές ” μεταστάσεις. Πρόκειται για μεταστάσεις που δεν μπορούν να ανιχνευθούν στη φυσική εξέταση ή στον εργαστηριακό έλεγχο, αναπτύσσονται όμως και μετά από ένα χρονικό διάστημα εκδηλώνονται κλινικά και οδηγούν τον άρρωστο στο θάνατο. Στην ομάδα με τις υποκλινικές μεταστάσεις η χημειοθεραπεία μπορεί να επιτύχει την ίαση σε ένα ποσοστό 10% περίπου.¹⁰

Ο γιατρός συνιστά την χημειοθεραπεία για πολλούς λόγους με τελικό στόχο:

- Να θεραπεύσει έναν ειδικό τύπο καρκίνου π.χ. λέμφωμα ή λευχαιμίες
- Να ελέγξει την ανάπτυξη του όγκου σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η ίαση
- Να ανακουφίσει από τα συμπτώματα, όπως ο πόνος
- Να μειώσει το μέγεθος του όγκου πριν την εγχείρηση ή την ακτινοθεραπεία
- Να καταστρέψει τις μικροσκοπικές μεταστάσεις, ή τα κύτταρα τα οποία έχουν “φύγει” από τον αρχικό όγκο μετά την χειρουργική του εξαίρεση (επικουρική χημειοθεραπεία).⁵

Από όλες αυτές τις ενδείξεις ιδιαίτερα ελπιδοφόρα τα τελευταία χρόνια ήταν η εισαγωγή της προεγχειρητικής χημειοθεραπείας. Η αρχή της προεγχειρητικής χημειοθεραπείας στηρίζεται σε μια σειρά λογικά δεδομένα που είναι:

1) Καλύτερη παροχή φαρμάκων στον όγκο λόγω φυσιολογικής ανατομίας και διατήρησης της φυσικής αγγείωσης.

2) Το ανεπηρέαστο του όγκου από άλλες αντικαρκινικές θεραπείες, που συνεπάγεται υψηλότερη ευαισθησία στα κυτταροστατικά.

3) Η διευκόλυνση, μετά από ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία, της χειρουργικής επέμβασης. Ανεγχείρητα καρκινώματα μετατρέπονται σε χειρουργίσιμα ή γίνονται μικρότερης έκτασης χειρουργική επέμβαση. Ακόμα, η ακτινοθεραπεία γίνεται με μικρότερα πεδία.

4) Αύξηση του ποσοστού των ελεύθερων διήθησης χειρουργικών όριων στον εκταμέντο όγκο με το γύρω φυσιολογικό ιστό.

5) Πρώιμη καταπολέμηση (εκκρίζωση) μικρομεταστάσεων.

6) Μείωση του ποσοστού αναπηρικών επεμβάσεων λόγω της μικρότερης έκτασης χειρουργικής επέμβασης.

7)Μείωση του ποσοστού αναπηρικών επέμβασων λόγω της μικρότερης έκτασης χειρουργικής επέμβασης.

Η μέθοδος αυτή βοήθησε αρκετά στην αντιμετώπιση και καλύτερη πρόγνωση των οστεογενών σαρκωμάτων, στα καρκινώματα κεφαλής και τραχήλου, ιδιαίτερα ρινοφάρυγγας, στα μη μικροκυτταρικά του πνεύμονα καθώς και στην ουροδόχο κύστη.

Αντίστοιχα η επικουρική χημειοθεραπεία φαίνεται να έχει βοηθήσει σημαντικά στα καρκινώματα μαστού, ωθηκών, μικροκύτταρα πνεύμονα.¹⁰

Πως δρουν τα αντικαρκινικά φάρμακα- Κατηγορίες φαρμάκων

Τα φάρμακα εισερχόμενα στο αίμα κατανέμονται σε όλα τα σημεία του σώματος και καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα παρεμβαίνοντας στην ικανότητά τους να διαιρούνται και να πολλαπλασιάζονται. Προσβάλλουν άμεσα όλα τα αναπαραγόμενα κύτταρα του οργανισμού, περιλαμβανομένων και των φυσιολογικών κυττάρων. Στο γεγονός αυτό οφείλονται ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες που είναι συνήθως προσωρινές γιατί οι υγιείς ιστοί έχουν την ικανότητα να επανακάμπτουν σύντομα στις φυσιολογικές τους λειτουργίες. Πρέπει όμως να επισημανθεί ότι σε ορισμένες περιπτώσεις οι υγιείς ιστοί υφίστανται λόγω της χημειοθεραπείας συνεχή βλάβη, η πιθανότητα της οποίας πρέπει να αναφερθεί στον ασθενή πριν αποφασισθεί η έναρξη της θεραπείας.¹

Στη χημειοθεραπεία χρησιμοποιούνται ποικίλοι τύποι φαρμάκων. Κάθε τύπος δρά με το δικό του τρόπο και καταστρέφει κύτταρα που βρίσκονται σε διαφορετικό στάδιο του κύκλου ζωής τους.

Οι αντιμεταβολίτες προσβάλλουν τα κύτταρα κατά τη διάρκεια της διαίρεσής τους, στην περίοδο δηλαδή που φονεύονται ευκολότερα. Οι αντιμεταβολίτες μιμούνται τις θεραπευτικές ουσίες των φυσιολογικών κυττάρων. Η “ αντιβιταμίνη ” μεθοτρεξάτη, επι παραδείγματι, μοιάζει με τη φυσιολογική βιταμίνη Β, το φολικό οξύ. Το καρκινικό κύτταρο καταναλώνοντας το φάρμακο θεωρεί πως τρέφεται καλά και έτσι λιμοκτονεί και οδηγείται στο θάνατο.

Οι αλκυλιούντες παράγοντες προσβάλλουν όλα τα κύτταρα του όγκου, άσχετα αν βρίσκονται στο στάδιο ανάπαυσης ή διαίρεσης. Τα φάρμακα αυτά συνδέονται με το DNA των κυττάρων με ποικίλους τρόπους, ώστε να αποτρέψουν την αναπαραγωγή.

Τα αντικαρκινικά αντιβιοτικά εισχωρούν στις αλυσίδες του DNA, είτε διασπών τα χρωμοσώματα, είτε αναστέλλουν την υπο την καθοδήγηση του DNA σύνθεση του RNA, απαραίτητη για την ανάπτυξη του κυττάρου.

Τα αλκαλοειδή αναστέλλουν τον σχηματισμό της βασικής δομής των χρωματοσωμάτων, η οποία είναι απαραίτητη για την κυτταρική αναπαραγωγή.

Οι ορμόνες αναστέλλουν την ανάπτυξη ορισμένων καρκίνων. Δεν είναι γνωστός όμως ο μηχανισμός με τον οποίο επιτυγχάνεται αυτό.⁵

Η επιτυχία της θεραπείας εξαρτάται από το μέγεθος, τον τύπο και την εντόπιση του όγκου, σε συνδυασμό με τη γενική κατάσταση του ασθενούς, τυχόν προηγούμενη χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία και την κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος.³

Οδοί χορήγησης χημειοθεραπείας

Τα φάρμακα της χημειοθεραπείας είναι ιδιαίτερα τοξικά και το όριο της τοξικότητας από τη θεραπευτική δόση μπορεί να είναι πολύ κοντά. Οι οδοί χορήγησης είναι οι εξής:

- | | |
|----------------------|------------------------|
| α) απο το στόμα (PO) | στ) ενδοαρτηριακώς |
| β) ενδομυϊκώς (IM) | ζ) ενδοκρανιακώς |
| γ) ενδοφλεβίως (IV) | η) ενδοσπλαχνικώς |
| δ) υποδορίως (SC) | θ)έγχυση σε κοιλότητες |
| ε) τοπικώς | |

Κάθε οδός έχει και το πλεονέκτημα και το μειονέκτημά της.¹⁰

1. Από το στόμα (P.O.). Όταν τα φάρμακα χορηγούνται από το στόμα (κάψουλα ή ταμπλέτα) μπαίνουν στην κυκλοφορία από το βλεννογόνο του στομάχου ή του εντέρου.¹⁴ Προσφέρεται στους ασθενείς το πλεονέκτημα να κάνουν θεραπεία χωρίς να παραβιάζεται το σώμα τους και να έχουν μειωμένη τοξικότητα σε ορισμένες περιπτώσεις.² Μερικά φάρμακα σε μπορούν να δοθούν σε δόσεις από το στόμα, γιατί δεν απορροφώνται γρήγορα ή γιατί μπορεί να βλάψουν το βλεννογόνο του στομάχου.

2. Ενδομυϊκώς (IM). Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που χορηγούνται απορροφώνται αργά από την κυκλοφορία.¹⁴ Η ενοχλητική δομή πολλών κυτταροστατικών φαρμάκων είναι ο βασικός λόγος για τη μη συχνή χρήση της μεθόδου αυτής. Η θρομβοκυτοπενία που σχετίζεται είτε με την ασθένεια είτε με τη θεραπεία είναι επίσης μια αντένδειξη.²

3. Ενδοφλεβίως (IV). Όταν τα φάρμακα χορηγούνται από τη φλέβα αρχίζουν να ενεργούν στο αίμα πολύ γρήγορα. Φάρμακα που μπορεί να ερεθίσουν υγιείς ιστούς, μπορεί καλύτερα να χορηγηθούν σε δόσεις ενδοφλεβίως, γιατί η ροή του αίματος βοηθά στο να διαλύει τα χημικά των φαρμάκων.¹⁴ Προϋπόθεση βασική είναι η ύπαρξη κατάλληλης φλέβας⁵

4. Υποδορίως (SC). Όπως η ενδομυϊκή έτσι και η υποδόρια χρησιμοποιείται περιστασιακά όταν η διαβατότητα των φλεβών είναι περιορισμένη.²

5. Τοπικός: Μερικές φορές τα φάρμακα χρησιμοποιούνται για τοπική χρήση π.χ. σε θεραπεία Ca δέρματος.

6. Ενδοαρτηριακός (IA). Η μέθοδος αυτή έχει το πλεονέκτημα ότι επιτρέπει τη διανομή μεγάλης συγκέντρωσης κετοξικών φαρμάκων στην πρωτεύουσα και στην δευτερεύουσα μάζα του όγκου.

7. Ενδοκρανιακός (π.χ. προληπτικά σε λευχαμίες)

8. Ενδοσπλαχνικός (π.χ. στο ήπαρ)

9. Έγχυση σε κοιλότητες (ενδορραχιαία, περιτοναϊκή, υπεζωκοτική, ενδαρθρική, ενδοκυστική).¹⁴

Η απόφαση για τον τρόπο χορήγησης είναι του θεράποντος ιατρού αφού συνεκτιμήσει το είδος της νόσου, την τοπογραφία, την κατάσταση του ασθενούς καθώς επίσης και την ποιότητα ζωής και το είδος των ασχολιών του πάσχοντα.¹⁰ Η απόφαση θα ληφθεί με την βάση το ποιά είναι η δραστικότερη όδος για να χορηγηθεί η μεγαλύτερη δόση του σωστού φαρμάκου στη σωστή θέση.⁵

Γενικές αρχές χορήγησης χημειοθεραπείας

Προκειμένου να συστήσει ο γιατρός χημειοθεραπεία σε έναν άρρωστο πρέπει να γνωρίζει : α) την πιθανότητα ανταποκρίσεως του συγκεκριμένου όγκου στη χημειοθεραπεία, τη διάρκεια και την επίδραση της ανταποκρίσεως στην επιβίωση, β) τις παρενέργειες και επομένως την επίδραση της χημειοθεραπείας στην ποιότητα της ζωής του αρρώστου. Ζυγίζοντας τα υπέρ και τα κατά και αξιολογώντας όσο γίνεται περισσότερα στοιχεία από την γενική κατάσταση της υγείας και από την προσωπικότητα του αρρώστου καταλήγει σε ένα συμπέρασμα.

Ορισμένοι βασικοί κανόνες πρέπει να τηρούνται αυστηρά για την αποδοτική και ασφαλή χορήγηση των αντινεοπλασματικών φαρμάκων. Για τον σκοπό αυτό απαιτούνται :

1) Ιστολογική διαγνώση. 2) Παράμετροι για την αντικειμενική εκτίμηση του αποτελέσματος. Ως παραμετροί χρησιμεύουν μεταστάσεις που μπορούν να μετρηθούν με την φυσική εξέταση ή τον εργαστηριακό έλεγχο 3) Τα μέσα για την διάγνωση και αντιμετώπιση πιθανής τοξικότητας της θεραπείας. 4) Λεπτομερής γνώση κάθε φαρμάκου που θα χορηγηθεί. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στις οδηγίες σχετικά με την παρασκευή, την διατήρηση και την χορήγηση των κυτταροστατικών.

Πρέπει να τονιστεί σαν θεμελιώδης κανόνας ότι πριν από την χορήγηση χημειοθεραπείας απαιτείται να γίνει γενική εξέταση αίματος και αριθμός αιμοπεταλίων. Εάν τα λευκά είναι πάνω από 4000μl, τα πολυμορφοπύρρηνα ουδετερόφιλα πάνω από 1500μl και τα αιμοπετάλια πάνω από 100.000, χορηγείται η προγραμματισμένη θεραπεία. Σε αντίθετη περίπτωση αναβάλλεται ώσπου να αποκατασταθεί η αιματολογική εικόνα.¹³

Αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπείας

Τέσσερα μπορεί να είναι δυνατικά τα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας.

(α) Πλήρης ύφεση: Σημαίνει την πλήρη εξαφάνιση όλων των συμπτωμάτων και σημείων του κακοήθους όγκου.¹⁰ Άρα η αγωγή είναι αποτελεσματική· εντούτοις θα πρέπει να συνεχιστεί για ένα χρονικό διάστημα ώσπου να καταστραφεί κάθε “ κρυμμένο ” καρκινικό κύτταρο. Ένας ασωτετικός όγκος, μικρότερος του ενός εκατοστού είναι δυνατόν να ξεφύγει ακόμα και από τις σύγχρονες διαγνωστικές μεθόδους, υπάρχει δε μεγάλη πιθανότητα υποτροπής αν η θεραπεία σταματήσει πολύ νωρίς.⁵

(β) Μερική ύφεση: Σημαίνει υποδιπλασιασμό του μεγέθους του όγκου (μείωση κατά 50% χωρίς να εξαφανιστεί). Η θεραπεία πρέπει να συνεχιστεί μέχρι να εξαφανιστεί ο όγκος ή μέχρι να σταματήσει να μικραίνει. Εάν αυτό συμβεί πρέπει να επαναπροσδιοριστεί η σκέψη για χειρουργική αφαίρεση.

(γ) Σταθεροποίηση. Ο όγκος παραμένει σταθερός, ούτε μικραίνει ούτε μεγαλώνει. Το γεγονός αυτό δυστυχώς διαρκεί μόνο λίγους μήνες.

(δ) Εξέλιξη. Παρά την θεραπεία ο όγκος μεγαλώνει. Πρέπει να γίνει διακοπή και αλλαγή του πλάνου.¹⁰

Που γίνεται η χημειοθεραπεία

Οι περισσότεροι ασθενείς κάνουν χημειοθεραπεία ως εξωτερικοί ασθενείς. Σε λίγες περιπτώσεις είναι απαραίτητη η παραμονή στο νοσοκομείο για μια νύχτα. Αυτό συμβαίνει όταν πρόκειται να αρχίσει η θεραπεία, όταν πρόκειται να χορηγηθεί μια νέα σειρά φαρμάκων και όταν κρίνεται απαραίτητη η έγχυση υγρών στον οργανισμό.

Στις περισσότερες περιπτώσεις αρκεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο για 24-48 ώρες ενώ σε ειδικές θεραπευτικές αγωγές απαιτείται μεγαλύτερος χρόνος παραμονής.¹

Οι ενέσεις γίνονται συνήθως στο νοσοκομείο ή στο ιατρείο. Αν συνταγογραφηθούν χάπια, κάψουλες ή υγρά ο ασθενής μπορεί να τα πάρει στο σπίτι ή στην εργασία. Ακόμα και αν λαμβάνει την χημειοθεραπεία από το στόμα πρέπει οπωσδήποτε να επισκέπτεται τον γιατρό του ώστε να παρακολουθείται η ανταπόκριση του όγκου στην θεραπεία και να υποβάλλεται σε διάφορες εξετάσεις.⁵

Πόσο συχνά γίνεται η χημειοθεραπεία

Η διάρκεια και η συχνότητα της χημειοθεραπείας εξαρτώνται από έναν μεγάλο αριθμό παραγόντων:

1. τον τύπο της νεοπλασίας
2. τον χρόνο που χρειάζεται ο οργανισμός να απαντήσει θετικά στη θεραπεία
3. τις συνυπάρχουσες παθήσεις (ηπατική βλάβη, καρδιακή, νεφρική, αναπνευστική ανεπάρκεια)
4. τον χρόνο ανάπλασης των υγιών κυττάρων

Γενικά για κάθε θεραπεία θα ακολουθήσει μια περίοδος ανάπαυσης. Η περίοδος ανάπαυσης είναι συνήθως μεγαλύτερη της θεραπείας. Αυτές οι περιόδους βοηθούν τον οργανισμό να συνέλθει από ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.

Οι περίοδοι ανάπαυσης μπορεί να παρατείνονται χρονικά καθώς η θεραπεία προχωρεί.¹

Το προσχεδιασμένο πρόγραμμα θεραπείας μπορεί να προσαρμοστεί στην προσωπική αντίδραση του αρρώστου καθώς περνά ο καιρός για να ανταποκριθεί και στις ανάγκες της θεραπείας.¹⁴

Συνδυασμένη χημειοθεραπεία

Στα περισσότερα κακοήθη νεοπλάσματα, σήμερα, χρησιμοποιείται η συνδυασμένη χημειοθεραπεία (πολλά φάρμακα μαζί) η οποία προκαλεί υφέσεις σε ένα μεγάλο ποσοστό νεοπλασιών, ενώ ένα μέρος αυτών θεραπεύεται. Ο τρόπος που δίδεται η εκάστοτε ομάδα κυτταροστατικών φαρμάκων ονομάζεται σχήμα. Το σχήμα ορίζεται από το γιατρό και η δόση του εξαρτάται από την τοξικότητα των φαρμάκων και την περίπτωση του αρρώστου. Η ανά 21ήμερο, 28ήμερο ή 40 ήμερο θεραπεία λέγεται κύκλος.¹⁴

Αποτελέσματα χημειοθεραπείας

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας από το γιατρό: κλινική εξέταση, αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφίες, αξονικές ή μαγνητικές τομογραφίες και άλλες ειδικές εξετάσεις. Ο μόνος που μπορεί να επιβεβαιώσει το αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας είναι ο γιατρός και σε καμία περίπτωση οι υποθέσεις για την σημασία της ύπαρξης των παρενεργειών. Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι κάθε τύπος φαρμάκου προκαλεί ορισμένες μόνο παρενέργειες στον οργανισμό των ασθενών χωρίς να διαταράσσει ολόκληρη την ομαλή και φυσιολογική του λειτουργία.¹²

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Τα κυτταροστατικά φάρμακα, λοιπόν, χορηγούνται σε κακοήθεις νεοπλασίες - καρκίνο για την αναχαίτιση του πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων. Αλλά, η ενέργεια τους δεν είναι απόλυτα εκλεκτική. Συνήθως τα φάρμακα αυτά καταστρέφουν και τα φυσιολογικά κύτταρα, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν ανεπιθύμητες ενέργειες σχεδόν απ' όλα τα συστήματα ανάλογα με τον τύπο του φαρμάκου.¹⁵

Από τους φυσιολογικούς ιστούς, εκείνοι που πολλαπλασιάζονται με ρυθμό ίσο ή και μεγαλύτερο από τους νεοπλασματικούς, δηλαδή ο Μυελός των οστών (Μ.Τ.Ο.), το επιθήλιο του γαστρεντερικού σωλήνα και οι θύλακες των τριχών παρουσιάζουν τις πιο συχνές και πιο σημαντικές παρενέργειες.¹³

Αιμοποιητικό σύστημα

Όπως προειπώθηκε, τα κύτταρα του νωτιαίου μυελού είναι απ' τα πιο δραστήρια, και ιδιαίτερα ευπαθή στα χημειοθεραπευτικά.¹⁶ Η αιματολογική τοξικότητα είναι η πιο επικίνδυνη παρενέργεια των αντινεοπλασματικών φαρμάκων. Η λευκοπενία μπορεί να οδηγήσει σε βαριά λοίμωξη και θάνατο και η θρομβοπενία σε αιμορραγία και θάνατο. Η αναιμία αποτελεί μικρότερο πρόβλημα και αντιμετωπίζεται σχετικώς εύκολα.¹³

Αναιμία

Η χημειοθεραπεία μπορεί να ελαττώσει την ικανότητα του Μ.τ.Ο. να παράγει ερυθρά αιμοσφαίρια, που είναι τα κύτταρα που μεταφέρουν οξυγόνο σ' όλους τους ιστούς του οργανισμού. Όταν υπάρχει αναιμία, οι ιστοί του σώματος δεν διαθέτουν αρκετό οξυγόνο για να επιτελέσουν τις λειτουργίες τους. Η ελάττωση της παραγωγής ερυθρών αιμοσφαιρίων καλείται αναιμία. Συνήθως εκδηλώνεται ως αδυναμία και εύκολη κόπωση. Άλλα συμπτώματα είναι η ζάλη και η δυσκολία στην αναπνοή. Η διάγνωση είναι αρκετά εύκολη, μετά από μέτρηση του αιματοκρίτη (φ.τ. 49-54 άνδρες, 37-47 γυναίκες) της αιμοσφαιρίνης

(φ.τ. 14-16g/100ml αίμα) και άλλων κυτταρικών δεικτών, σε οποιοδήποτε εργαστήριο με απλό αιματολογικό αναλυτή. Αν η αναιμία είναι έντονη, ενδέχεται ο ασθενής να χρειαστεί μετάγγιση αίματος.

Για να απαλύνουμε τα συμπτώματα της αναιμίας συμβουλεύουμε τους ασθενείς τα παρακάτω:

- Να περιορίζουν τις δραστηριότητές τους στις απολύτως απαραίτητες.
- Να μην διστάζουν να ζητούν βοήθεια όταν αισθανθούν κόπωση ή αδυναμία.
- Να τρώνε καλά, ενισχύοντας τα γεύματά τους με τροφές που περιέχουν σίδηρο.
- Να βάλουν στην δίαιτά τους περισσότερα λαχανικά και κόκκινο κρέας, ιδίως συκώτι.
- Όταν κάθονται ή ξαπλώνουν, να σηκώνονται αργά, να αποφύγουν τις ζαλάδες.¹²

Λευκοπενία

Η χημειοθεραπεία μπορεί να κάνει τον οργανισμό πιο ευπαθή στις λοιμώξεις. Τα περισσότερα χημειοθεραπευτικά φάρμακα επηρεάζουν την ικανότητα του Μυελού των Οστών να παράγει λευκά αιμοσφαίρια, που είναι τα κύρια αμυντικά κύτταρα του οργανισμού. Οι λοιμώξεις μπορούν να παρουσιαστούν σε διάφορα σημεία του οργανισμού.

Στις συνηθισμένες λοιμώξεις παρατηρείται αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων. Μετά από χημειοθεραπεία, η μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων και ιδιαίτερα των πολυμορφοκυττάρων, προδιαθέτει σε λοιμώξεις και παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος.¹²

Σε απότομη πτώση των λευκών διακόπεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός. Μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία. Επίσης, παρακολουθούνται το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προλαμβάνονται σημαντικές εκδηλώσεις.

Προλαμβάνονται οι λοιμώξεις με τα μέτρα όπως: (1) εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαρότητας, (2) οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται σαν τραύμα (απολυμαίνεται), (3) κάθε 4 με 6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Η χρησιμοποίηση γλυκερίνης ή λεμονιού αναστέλλει την έκκριση του σιέλου και αλλάζει το pH της στοματικής κοιλότητας γι' αυτό δε συνιστάται, (4) μετά τη χρήση της τουαλέτας πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού, (5) εφαρμόζεται τεχνική απομόνωσης όταν τα λευκά αιμοσφαίρια φτάσουν τα 1500-2000 /mm³

¹⁶ (μονόκλινο δωμάτιο, κι αν είναι δυνατό να έχει απολυμανθεί πριν. Το προσωπικό του νοσοκομείου και οι συγγενείς να φορούν μάσκα προσώπου, γάντια και ποδιά όταν βρίσκονται στο θάλαμό του).¹⁴ (6) όταν ο άρρωστος έχει ενδοφλέβια έγχυση αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.¹⁶ (7) ιδιαίτερη προσοχή να μην πληγωθεί π.χ. για το ξύρισμα να χρησιμοποιείται ηλεκτρική ξυριστική μηχανή, αντί για ξυραφάκια, και απαλή οδοντόβουρτσα για να μην πληγώνει τα ούλα του.¹² (8) να ενισχυθεί με αντιβιοτικά αν το κρίνει ο γιατρός και (9) να υποβληθεί σε μετάγγιση λευκών αιμοσφαιρίων μόνο σε ειδικευμένα ογκολογικά κέντρα.¹⁴

Θρομβοπενία

Με την τοξική δράση των φαρμάκων στο Μυελό των οστών έχουμε και μείωση των αιμοπεταλίων. Παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια (φυσιολογικές τιμές 200.000- 300.000/mm³. Αν ο άρρωστος έχει αιμοπετάλια κάτω από 50.000 / mm³ θα πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο), τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες (μάτι- στόμα), ρινο- ουλορραγίες, η αρτηριακή πίεση του αίματος· σε περίπτωση που αυτή βρεθεί χαμηλή ο άρρωστος πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο.

Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με μέτρα όπως: περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις. Αν πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση στο σημείο της ενέσεως για 3 λεπτά περίπου για την πρόληψη αιματώματος ή εξόδου αίματος. Οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πείσεως σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου και άλλα, πρέπει να είναι μικράς διάρκειας. Δίνονται συμβουλές στον άρρωστο να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν με το βίαιο καθάρισμα της μύτης, την ακατάλληλη ξυριστική μηχανή (κατάλληλη είναι η ηλεκτρική) τη σκληρή οδοντόβουρτσα.¹⁶ Επίσης δίνονται συμβουλές στον άρρωστο να αποφεύγει τα οινόπνευματώδη ποτά, να προσέχει να μην καίγεται κατά το σιδέρωμα ή το μαγείρεμα. Να χρησιμοποιεί ειδικά γάντια όταν ανοίγει το φούρνο ή ακουμπά θερμά αντικείμενα.¹² Να αποφεύγει τη λήψη ασπιρίνης, σκευασμάτων που περιέχουν ασπιρίνη. Όταν κινείται προσέχει και προλαμβάνονται οι πτώσεις και τα κτυπήματα. Να αποφεύγει καταστάσεις που μπορεί να έχουν αποτέλεσμα τραυματισμό (π.χ. ομαδικά αθλήματα), τα στενά ρούχα και την καταβολή προσπάθειας κατά την αφόδευση.³

Για να προσφέρεται βοήθεια στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας, πρέπει να υπάρχει πάντοτε έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος.¹⁶

Γενική εξέταση αίματος πρέπει να γίνεται στην αρχή της θεραπείας, πριν από κάθε θεραπευτική συνεδρία και σε ορισμένες περιπτώσεις μεταξύ των συνεδριών για να διαμορφωθεί η σωστή συνέχιση της θεραπείας.¹

Γαστρεντερικό σύστημα

Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας στο γαστρεντερικό σύστημα επηρεάζαν την διατροφική κατάσταση των ασθενών. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων ποικίλει από ασθενή σε ασθενή και επηρεάζεται από τους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες που χρησιμοποιούνται. Τα συχνότερα προβλήματα είναι η διαταραχή της γεύσης, η ναυτία, οι εμετοί, η διάρροια και η στοματίτιδα.¹⁷

Ναυτία- Εμετός

Η ναυτία και ο εμετός που προκαλούνται απ' τη χημειοθεραπεία ποικίλουν ανάλογα με τον τύπο του κυτταροστατικού φαρμάκου που χρησιμοποιείται, της δόσης, του πως χορηγείται αλλά και την ιδιαιτερότητα του κάθε ατόμου. Πιο επιθετική θεραπεία εφαρμόζεται εκεί που είναι δυνατή η ίαση, αλλά και ασθενείς που λαμβάνουν παρηγορητική θεραπεία, θα πάρουν εμετογόνα φάρμακα.¹⁸ Η εκδήλωση ναυτίας και εμετού μετά τη θεραπεία δεν αποτελεί αναπόφευκτη ανεπιθύμητη ενέργεια όλων των φαρμάκων, παρά το αντίθετο φημολογούμενο.

Ορισμένα φάρμακα προκαλούν εντονότερη αντίδραση του οργανισμού σε σχέση με άλλο, υπάρχουν όμως αρκετά φάρμακα με τη χρήση των οποίων μπορεί να ξεπεραστεί το συγκεκριμένο πρόβλημα.¹ Προληπτικά πριν από τη χημειοθεραπεία πρέπει να δίνονται αντιεμετικά και ειδικά σε ορισμένα φάρμακα 1-2 ώρες πριν από τη θεραπεία, κατά τη διάρκεια, και αργότερα σε κανονικά διαστήματα για 24 ώρες μετά τη θεραπεία (η ναυτία και ο εμετός είναι γενικά συνέπειες της επιδράσεως της χημειοθεραπείας στο κεντρικό νευρικό σύστημα, γ' αυτό ωφέλιμα αντιεμετικά είναι αυτά με καταπραϋντική δράση).¹⁴

Εκτός από τη χορήγηση των αντιεμετικών, ο νοσηλευτής καλείται να βοηθήσει, και να συμβουλέψει τον ασθενή για τη λήψη της τροφής και να του διδάξει τεχνικές χαλάρωσης. Δίνονται οδηγίες σχετικά με το χρόνο, το μέγεθος, το περιεχόμενο και το είδος της τροφής

που είναι ιδιαίτερα χρήσιμες. π.χ. μικρά, συχνά, χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος γεύματα, τα οποία τρώγονται κρύα για να αποφεύγονται οι μυρωδιές, συνοδευόμενα από βρασμένα υγρά, ώστε να είναι περισσότερο ανεκτά από τους ασθενείς. Αν οι ασθενείς πίνουν τακτικά γουλιές θρεπτικών υγρών μπορούν να βοηθήσουν, ώστε να έχουμε την επιθυμητή πρόσληψη της τροφής. Ακόμα, το μάσημα στεγνού τοστ, κράκερς ή μπισκότων μπορεί να βοηθήσει στην αποκατάσταση ενός ανακατεμένου στομαχιού.² Τα γλυκά, τα τηγανητά ή τα λιπαρά φαγητά, οι πικάντικες τροφές, ροφήματα που περιέχουν καφεΐνη όπως τσάι, καφές, πρέπει να αποφεύγονται γιατί ερεθίζουν το βλεννογόνο. Ο ασθενής χρειάζεται να τρώει αργά, ώστε μόνο μικρές ποσότητες τροφής να μπαίνουν στο στομάχι του κάθε φορά και να μασάει την τροφή του καλά, για να τη χωνεύει πιο εύκολα. Πρέπει να αποφεύγει να τρώει βαριά γεύματα αμέσως μετά τη θεραπεία. Τη μέρα της θεραπείας να παίρνει τα ελαφρά του γεύματα νωρίς για καλύτερη χώνευση. Οι μυρωδιές που ενοχλούν (π.χ. μυρωδιές φαγητού, καπνού, αρώματα) να αποφεύγονται. Εάν η μυρωδιά του προκαλεί ναυτία, να προσπαθήσει να είναι μακριά από την κουζίνα (όταν βρίσκεται σπίτι του) όση ώρα ετοιμάζονται τα γεύματα. Εάν υπάρχουν, να βγάζει τις τεχνητές οδοντοστοιχίες τις μέρες που παίρνει τα φάρμακα της θεραπείας, διότι τα διάφορα αντικείμενα μέσα στο στόμα του αυξάνουν την τάση για έμετο. Καλό είναι να παίρνει αναπνοές με το στόμα ανοικτό, όταν έχει ναυτία.¹⁴ Μετά από κάθε λήψη τροφής πρέπει να γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.¹⁶ Τα ανθρακούχα αναψυκτικά καταπραΰνουν τη ναυτία. Μπορούμε να δώσουμε στον ασθενή να γλείφει ένα ξινό, σκληρό ζαχαρωτό. Εάν δεν υπάρχει αντένδειξη, χορηγούμε τα κυτταροστατικά φάρμακα αργά, έτσι ώστε να μειωθεί η διέγερση του κέντρου του εμέτου. Επίσης, τα κυτταροστατικά μπορούν να χορηγηθούν τη νύκτα, έτσι ώστε ο ασθενής να κοιμάται και να έχει λιγότερη ναυτία.³

Στον ασθενή συνιστούμε μετά το γεύμα να ξεκουραστεί σε μια καρέκλα και να μη ξαπλώσει για δύο ώρες προτείνουμε να φοράει άνετα ρούχα και να αναπνέει αργά και βαθιά. Δε χρειάζεται να απομονώνεται. Βοηθά το να συζητά με φίλους και συγγενείς, να ακούει μουσική ή να παρακολουθεί τηλεόραση, για να αισθανθεί καλύτερα.¹²

Το άγχος είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στην εμφάνιση της ναυτίας. Η μείωση του άγχους μέσω ενημέρωσης και διαβεβαίωσης θα βοηθήσει τον ασθενή να είναι προετοιμασμένος, ώστε να αντεπεξέλθει καλύτερα στη θεραπεία και να ανακουφισθεί.¹² Στους ασθενείς που θα αρχίσουν χημειοθεραπεία πρέπει να μεταδώσει το νοσηλευτικό προσωπικό την πεποίθηση, ότι η ναυτία και οι εμετοί μπορεί να μην εμφανισθούν, διότι δεν παρουσιάζονται σε όλους τους ασθενείς κάθε φορά.³ Σε αντίθετη περίπτωση που εμφανισθούν, είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα.

Ανάλογα με τη συχνότητα, το χαρακτήρα και την ποσότητα των εμετών η νοσηλεύτρια ενημερώνει το γιατρό· πιθανόν να γίνει αλλαγή του είδους της ΧΜΘ και να χρειασθεί διόρθωση τυχόν διαταραχής του ισοζυγίου των υγρών και ηλεκτρολυτών. Πρέπει να προσφέρεται ανακουφιστική φροντίδα, όπως το να διατηρείται ο άρρωστος καθαρός χωρίς την κακοσμία των εμετών.¹⁶

Ανορεξία

Η καλή διατροφή είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια της ΧΜΘ, διότι βοηθάει στην ευκολότερη αντιμετώπιση των παρενεργειών και ο οργανισμός δημιουργεί ευκολότερα νέα και υγιή κύτταρα και ιστούς. Μερικές φορές, συμβαίνει οι ασθενείς, αν και ξέρουν ότι πρέπει να διατρέφονται καλά, να μην έχουν καθόλου όρεξη για φαγητό. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην πιθανή ναυτία, στο αίσθημα σωματικής κόπωσης, στα προβλήματα στο στόμα και το λαιμό που καθιστούν επώδυνη την κατάποση, αλλά και στη γενικότερη αρνητική ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς.¹²

Εάν ο άρρωστος δεν έχει όρεξη ή βλέπει ότι χάνει βάρος, πρέπει να προσπαθεί να τρώει συχνά και μικρά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Μπορεί ακόμη να δοκιμάσει να κάνει έναν περίπατο πριν τα γεύματα, πράγμα που βοηθάει να αυξηθεί η όρεξη του. Να τρώει περισσότερο τις ημέρες που έχει όρεξη ώστε να ισοβαθμίσει τη λήψη της τροφής. Γενικά, είναι καλύτερα να προσπαθήσει να χάσει βάρος κατά τη διάρκεια της ΧΜΘ. Πολλοί, χάνουν την όρεξη τους για το κόκκινο κρέας, γιατί οι αλλαγές στους γευστικούς κάλυκες της στοματικής κοιλότητας μπορεί να κάνουν το κρέας να έχει πικρή γεύση. Εάν αυτό είναι το πρόβλημά του, να προσπαθήσει να μαρινάρει ή να μαγειρεύει το κρέας με σάλτσα, με χυμούς φρούτων ή κρασί. Μερικοί ασθενείς βρίσκουν ότι εάν χρησιμοποιούν πλαστικά μαχαιροπήρουνα αντί για μεταλλικά, μειώνεται η πικρή γεύση του κρέατος.¹⁴ Ας επιδιώκουν να τρώνε με παρέα, συγγενείς ή φίλους, να παρακολουθούν τηλεόραση ή να ακούνε ραδιόφωνο, να μένουν ήρεμοι κατά τη διάρκεια των γευμάτων και να μη βιάζονται να τελειώσουν το φαγητό τους.¹²

Διαταραχές γεύσης

Μετά τη χημειοθεραπεία ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται ότι τα φαγητά έχουν διαφορετική ή λιγότερη γεύση. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ιδίως όταν καταναλώνει κρέας ή άλλες τροφές με πρωτεΐνες, νιώθει μια ελαφρά μεταλλική γεύση μετά το γεύμα. Η αίσθηση της γεύσης δε διαφοροποιείται το ίδιο σε όλους τους ασθενείς.¹² Οι κύριες αλλαγές γεύσης που καταγράφονται είναι οι εξής:

- α. Μια συνεχής ή διακοπτόμενη μεταλλική γεύση
- β. Μια συνεχής ή διακοπτόμενη πικρή γεύση
- γ. Μια αποστροφή για τις γλυκές ουσίες

Είναι αναγκαίο να προετοιμάσουμε τον ασθενή για πιθανές αλλαγές και να τον απαλλάξουμε από το άγχος.² Για τη βελτίωση της αίσθησης της γεύσης, μπορούν οι ασθενείς να επιλέγουν τροφές που τους ικανοποιούν οπτικά και μυρίζουν ευχάριστα. Αν το κόκκινο κρέας νομίζουν ότι έχει περίεργη γεύση μπορούν να δοκιμάσουν κοτόπουλο, γαλοπούλα, αυγά ή ψάρι. Το κρέας μπορούν επίσης, να το δοκιμάζουν με γλυκό κρασί, χυμούς φρούτων, σαλάτες ή σάλτσες για να αλλάζουν τη γεύση του. Τη γεύση των λαχανικών μπορεί να την αλλάξουν προσθέτοντας ζαμπόν, μπέικον ή κρεμμύδια. Συνιστούμε στους ασθενείς να αποφεύγουν να τρώνε τροφές που αισθάνονται ότι έχουν διαφορετική γεύση¹², και να πειραματίζονται με τις γεύσεις προτείνοντας τους πικάντικες ή εύγεστες τροφές και την αποφυγή δυσάρεστων γεύσεων.

Διάρροια

Η διάρροια παρουσιάζεται όταν η χημειοθεραπεία επηρεάζει τα κύτταρα του τοιχώματος του εντέρου. Η διάρροια μπορεί να προκαλέσει σοβαρές βλάβες στον οργανισμό. Κατά τη διάρκειά της, οι τροφές διέρχονται ταχύτατα το έντερο και ο οργανισμός δεν προλαβαίνει να απορροφήσει την απαραίτητη ποσότητα βιταμινών, μεταλλικών αλάτων και νερού. Το γεγονός αυτό μπορεί να προκαλέσει αφυδάτωση, αλλά και να αυξήσει τον κίνδυνο για λοίμωξη.¹² Γι' αυτό το λόγο λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της διάρροιας και της σύσπασης των κοιλιακών μυών. Περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο, προτιμώνται φαγητά με υψηλή περιεκτικότητα σε κάλιο, όπως μπανάνες, πορτοκάλια, πατάτες, ροδάκινα και βερίκοκα. Πρέπει να αποφεύγονται τα γαλακτομικά προϊόντα, διότι επιδεινώνουν τη διάρροια και προτιμούνται οι τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.¹⁶

Πρέπει να λαμβάνονται μέτρα μείωσης του φόβου και του άγχους· να ενθαρρύνεται ο ασθενής να ξεκουράζεται και να αποθαρρύνεται το κάπνισμα, γιατί η νικοτίνη έχει διεγερτική δράση στο γαστρεντερικό σωλήνα. Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται αν η διάρροια επιμένει ή επιδεινώνεται για να δώσει κατάλληλα αντιδιαρροϊκά φάρμακα.³

Στη διάρροια πρέπει να παρακολουθούμε το χρώμα, την ποσότητα και την περιεκτικότητα της διαρροϊκής οξέωσης που σημαίνουν διαταραχή ισοζυγίου και ηλεκτρολυτών. Ίσως να χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών. Επίσης πρέπει να φροντίζεται το δέρμα ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου για την πρόληψη ερεθισμού.¹⁶

Δυσκοιλιότητα

Η ίδια η νοσολογική οντότητα ή το θεραπευτικό σχήμα σε ορισμένες περιπτώσεις προκαλούν δυσκοιλιότητα¹² Επιπλέον, η μειωμένη καθημερινή δραστηριότητα και η κακή διατροφή επιτείνουν το πρόβλημα. Μικρές και εύκολες τροποποιήσεις στο καθημερινό διαιτολόγιο μπορούν να την καταπραΰνουν ή να την εμποδίσουν να επανεμφανιστεί.⁴ Θα πρέπει να ακολουθούνται τα εξής:

- Να πίνει ο ασθενής υγρά (τουλάχιστον 6 ποτήρια ημερησίως), κατά προτίμηση αφού τα ζεστάνει ελαφρά.¹⁹
- Να πίνει θερμά υγρά μισή ώρα πριν το κυρίως γεύμα διότι βοηθάει έτσι, στην καλύτερη λειτουργία του εντέρου.
- Να τρώει τροφές με πολλές ίνες, όπως ψωμί ολικής άλεσης, δημητριακά, φρέσκα λαχανικά φρέσκα ή ξηρά φρούτα (κυρίως πορτοκάλια και δαμάσκηνα) και πατάτες που ψήνονται στο φούρνο με τη φλούδα τους.

Όταν ο ασθενής δυσκολεύεται να φάει αρκετές από τις τροφές με ίνες που προαναφέρθηκαν, μπορεί να συμβουλευθεί έναν διαιτολόγο για να του προτείνει ειδικά ποτά ή αφεινήματα που περιέχουν φυτικές ίνες.

Βοηθάει αρκετά η καθημερινή γυμναστική με ήπιες ασκήσεις, ακόμη και απλό περπάτημα. Αν επιθυμεί κάποιος εντονότερη άσκηση θα πρέπει να συμβουλευτεί πρώτα τον γιατρό του.¹²

Όταν η δυσκοιλιότητα παρ' όλα αυτά δεν αντιμετωπίζεται, ο θεράπων γιατρός πρέπει να συνταγογραφήσει ειδικά καθαρτικά σκευάσματα.¹⁹

Στοματίτιδα- ξηροστομία

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα ενδέχεται να προκαλέσουν πληγές, ξηρότητα ή και ερεθισμό στο στόμα ή το λαιμό. Ενδέχεται ακόμη οι συγκεκριμένοι ιστοί να ματώσουν ή να προσβληθούν από μικρόβια. Επειδή οι λοιμώξεις αυτές, (π.χ. ουλίτιδα) κατά την περίοδο της καταστολής του μυελού των οστών, δεν αντιμετωπίζονται εύκολα θα πρέπει να λαμβάνονται συγκεκριμένες προφυλάξεις από τους ασθενείς.¹²

Για την αποφυγή της δημιουργίας της ξηροστομίας συνιστούμε στον ασθενή τα ακόλουθα:

- Να αναπνέει από τη μύτη, παρά από το στόμα, έτσι ώστε να μειωθεί η ξηροστομία.
- Να προσλαμβάνει τουλάχιστον 2.500 ml υγρών ημερησίως εκτός αν υπάρχει αντένδειξη.
- Να μην καπνίζει γιατί το κάπνισμα ερεθίζει και ξηραίνει το στόμα.
- Αν η στοματίτιδα είναι σοβαρή, ενθαρρύνουμε τον ασθενή να χρησιμοποιεί τεχνητό σιέλο για υγραίνεται ο στοματικός βλεννογόνος.
- Η επαρκής θρέψη του ασθενούς είναι βασική μέριμνα.³

Δυσκαταποσία

Ο ασθενής που λαμβάνει κυτταροστατικά φάρμακα συχνά παρουσιάζει διαταραχές κατάποσης που σχετίζονται με :

A. Στοματικό, φαρυγγικό και οισοφαγικό πόνο λόγω φλεγμονής του βλεννογόνου από τη δράση των κυτταροτοξικών φαρμάκων.

B. Ξηροστομία και πυκνές στοματικές εκκρίσεις λόγω μεταβολών στην ποσότητα και ποιότητα του σιέλου από τη στοματίτιδα και τη μειωμένη πρόσληψη από το στόμα.

Στο σημείο αυτό εκτιμούμε τα σημεία και τα συμπτώματα των διαταραχών κατάποσης (π.χ. παράπονα για δυσκολία στην κατάποση, βήχα ή πνιγμονή όταν ο ασθενής τρώει ή πίνει). Στη συνέχεια λαμβάνουμε μέτρα βελτίωσης της ικανότητας κατάποσης, που είναι τα εξής:

- Βοηθάμε τον ασθενή να επιλέξει τροφές που χρειάζονται λίγη ή και καθόλου μάσηση και να καταπίνονται εύκολα (π.χ. κρέμα, αυγά, κομπόστες φρούτων, πουρές).
- Αποφεύγουμε τα φαγητά που είναι κολλώδη (π.χ. μαλακό ψωμί, μπανάνες).
- Υγραίνουμε τις ξηρές τροφές με ζωμό κρέατος ή σάλτσες (π.χ. ξινή κρέμα, σάλτσα για σαλάτα).
- Ενεργούμε έτσι ώστε να μειωθεί ο στοματικός, φαρυγγικός και οισοφαγικός πόνος (π.χ. προλαμβάνουμε τη στοματίτιδα, ο ασθενής αποφεύγει υπερβολικά ζεστά πικάντικα ή ξινά φαγητά, σκληρές τροφές και χορηγούμε τοπικά αναισθητικά για το στοματικό βλεννογόνο).

Ακόμη λαμβάνουμε μέτρα με τα οποία πετυχαίνουμε τη διέγερση του σιέλου. Ορισμένα μέτρα είναι τα παρακάτω:

- Φροντίζουμε για τη στοματική υγιεινή πριν από τα γεύματα.
- Δίνουμε στον ασθενή να γλείφει ένα ξινό ζαχαρωτό αμέσως πριν τα γεύματα.
- Προσφέρουμε φαγητά που είναι ευχάριστα στη γεύση.

Επίσης ενθαρρύνουμε τον ασθενή να αποφεύγει το γάλα και τα γαλακτομικά προϊόντα, γιατί όταν αναμιγνύονται με το σάλιο παράγονται παχύρρευστες εκκρίσεις.³

Σωστή διατροφή κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας

Η καλή διατροφή είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, διότι βοηθάει στην ευκολότερη αντιμετώπιση των παρενεργειών και ιδιαίτερα στην καταπολέμηση των λοιμώξεων. Ο οργανισμός, ακόμη, δημιουργεί ευκολότερα νέα και υγιή κύτταρα και ιστούς.

Τροφές που θεωρούνται απαραίτητες κατατάσσονται στις ακόλουθες τρεις κύριες ομάδες:

1. Ομάδα Πρώτη: Πρωτεΐνες

Οι πρωτεΐνες θεωρούνται απαραίτητες για την ανάπτυξη των ιστών, για την επούλωση των τραυμάτων και για τη μυϊκή δραστηριότητα. Οι κύριες πηγές των πρωτεϊνών είναι τα αυγά, το γάλα, τα πουλερικά, το κρέας, τα ψάρια, το τυρί, το γιαούρτι και τα όσπρια.

2. Ομάδα Δεύτερη: Αμυλούχες Τροφές και Λίπη

Πρόκειται για τροφές που είναι πλούσιες σε θερμίδες. Οι κύριες πηγές είναι τα δημητριακά, το ψωμί, οι πατάτες, το ρύζι, τα ζυμαρικά, το μέλι, η ζάχαρη, η γλυκόζη, η μαργαρίνη, το λάδι, το βούτυρο και οι κρέμες.

3. Ομάδα Τρίτη: Φρούτα και Λαχανικά

Περιέχουν βιταμίνες και μεταλλικά στοιχεία που είναι ουσιαστικής σημασίας για τη γενικότερη καλή υγεία του ατόμου. Για ασθενείς που δεν ακολουθούν πλήρες διαιτολόγιο για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα, συστήνονται από το θεράποντα γιατρό πολυβιταμινούχα σκευάσματα.¹

Γεννητικό σύστημα

Η χημειοθεραπεία, σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει τα γεννητικά όργανα ή τις λειτουργίες τους. Τα συμπτώματα εξαρτώνται από το είδος των φαρμάκων, την ηλικία του ασθενούς και τη γενική κατάσταση της υγείας του.¹² Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν επηρεάζουν την ικανότητα ή την επιθυμία για σεξ. Μερικοί άρρωστοι, όμως, βρίσκουν ότι το stress της αρρώστιας τους ή το πρόγραμμα της θεραπείας, τους κάνει να αισθάνονται κουρασμένοι.¹⁴

Γυναικολογικά προβλήματα

Λόγω της έντονης διαφοροποίησης των ιστών στην συγκεκριμένη περιοχή του σώματος, είναι αυξημένος ο κίνδυνος εμφάνισης λοιμώξεων. Κάθε εμφανιζόμενο σύμπτωμα θα πρέπει να συζητείται με το γιατρό και να αντιμετωπίζεται αμέσως. Για την αντιμετώπιση των πιθανών ενοχλήσεων από τον κόλπο εφαρμόζονται ειδικές κολπικές κρέμες που έχουν ως βάση το νερό μετά από υπόδειξη του γιατρού.

Για τον περιορισμό του κινδύνου των κολπικών λοιμώξεων αποφύγετε τη χρήση κρεμών που έχουν ως βάση το λάδι. Φοράτε άνετα εσώρουχα, κατά προτίμηση βαμβακερά και αποφύγετε τα στενά σορτς και παντελόνια.⁴

Συμπτώματα που μοιάζουν με εμμηνόπαυση

Οι ορμονικές διαταραχές που επιφέρει η χημειοθεραπεία προκαλούν μερικές φορές ενοχλήσεις παρόμοιες μ' αυτές που παρατηρούνται στην εμμηνόπαυση: ερυθρότητα, κνησμός, αίσθημα καύσου και ξηρότητα των ιστών του κόλπου, ξηρότητα δέρματος, μειωμένη διάθεση για σεξουαλική επαφή και γενικότερη μείωση ενεργητικότητας. Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που μοιάζουν με εμμηνόπαυση θα πρέπει με την καθοδήγηση του γιατρού, να ακολουθείται κάποια ειδική ορμονική θεραπεία.⁴

Στείρωση

Σαν άμεσο αποτέλεσμα της βλάβης των ωοθηκών, πολλές γυναίκες που κάνουν χημειοθεραπεία αδυνατούν να τεκνοποιήσουν. Η στειρότητα αυτή μπορεί να είναι προσωρινή

ή και μόνιμη. Το γεγονός αυτό εξαρτάται από τον τύπο και τη δόση των φαρμάκων, την ηλικία της ασθενούς και άλλους παράγοντες. Πιθανή επίσης είναι και η εμφάνιση στειρότητας στους άνδρες (μείωση κινητικότητας σπερματοζωαρίων, μείωση αριθμού σπερματικών κυττάρων) γι' αυτό πρέπει να συζητούν με το γιατρό τους το ενδεχόμενο της στειρότητας πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας. Η ανάγκη αυτή γίνεται μεγαλύτερη αν έχει σκοπό να τεκνοποιήσει στο μέλλον. Σε αυτή την περίπτωση υπάρχει η δυνατότητα κατάψυξης και αποθήκευσης του σπέρματος σε ειδικά κέντρα γονιμότητας. (Τράπεζες Σπέρματος)

Μετά τη χημειοθεραπεία είναι ενδεχόμενο να επηρεαστεί το χρώμα και η οσμή του σπέρματος.⁴

Εγκυμοσύνη

Θεωρητικά κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας εγκυμοσύνη δεν είναι απίθανο να συμβεί. Επειδή, όμως, ορισμένα φάρμακα προκαλούν σοβαρές γενετικές ανωμαλίες στα έμβρυα, θα πρέπει η εγκυμοσύνη να αποφεύγεται κατά το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Σε περίπτωση που η νεοπλασματική νόσος διαγνωστεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η χημειοθεραπεία γίνεται μετά τη γέννηση του παιδιού. Αν υπάρχει αμεσότερη ανάγκη, τα φάρμακα δίνονται αφού συμπληρωθεί η 12^η εβδομάδα της κύησης, οπότε μειώνεται και ο κίνδυνος πρόκλησης μόνιμης βλάβης στο έμβρυο. Σε μερικές περιπτώσεις κρίνεται αναγκαία η διακοπή της εγκυμοσύνης.⁴

Αμηνόρροια

Πολλές φορές η έμμηνος ρύση της γυναίκας επηρεάζεται από τα φάρμακα της χημειοθεραπείας. Έτσι, ενδέχεται να παρατηρηθεί, προσωρινά ή μόνιμα, διαταραχή του κύκλου ή και πλήρης αμηνόρροια.⁴

Σεξουαλικές επιδράσεις

Τα σεξουαλικά αισθήματα κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας ποικίλουν. Μερικοί ασθενείς αναφέρουν ότι

αισθάνονται για το σύντροφό τους μεγαλύτερη έλξη από ποτέ και έχουν αυξημένη ερωτική διάθεση. Άλλοι, πάλι, δε παρατηρούν καμιά ιδιαίτερη αλλαγή, ενώ μερικοί μειώνουν τη σεξουαλική τους δράση εξαιτίας της αλλαγής στην εξωτερική τους εμφάνιση και του γενικότερου άγχους και φόβου για τη νόσο τους. Σε όλες τις περιπτώσεις, όμως, είναι απαραίτητο να υπάρχει κατανόηση μεταξύ των συντρόφων και συζήτηση όλων των πιθανών προβλημάτων που αφορούν τη σεξουαλική τους συμπεριφορά. Ακόμη, χρήσιμη είναι και η συζήτηση με ειδικούς επιστήμονες, όπως είναι οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Ενδείξεις αλλαγής της σεξουαλικής συμπεριφοράς είναι:

- Η μειωμένη ενεργητικότητα και αδυναμία
- Η έλλειψη διάθεσης για σεξουαλική επαφή
- Αυξημένο άγχος και ανασφάλεια

Δεν υπάρχει ιατρικός λόγος να διακόψει ο ασθενής τη σεξουαλική του δραστηριότητα εφόσον αισθάνεται ψυχολογικά και σωματικά ακμαίος. Θα πρέπει όμως πάντοτε να παίρνονται τα κατάλληλα μέτρα για την αποφυγή της εγκυμοσύνης.

Πρέπει να ενθαρρύνονται να συζητούν τα σεξουαλικά τους προβλήματα με το γιατρό τους ή με άλλους ειδικούς επιστήμονες. Αν οι ερωτικές επαφές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή τους, θα πρέπει να είναι ενήμεροι για όλα τα προβλήματα που ενδέχεται να παρουσιαστούν. Πάνω απ' όλα, η συζήτηση με τον ερωτικό σύντροφο για αυτά τα προβλήματα και η διατήρηση στενής συναισθηματικής σχέσης μεταξύ τους είναι ο καλύτερος τρόπος για να ξεπεραστούν.¹²

Δέρμα

Αλωπεκία

Η απώλεια των μαλλιών είναι μια συχνή παρενέργεια της χημειοθεραπείας, αν και δεν παρατηρείται πάντοτε. Σε περίπτωση που συμβεί ενδέχεται οι τρίχες να γίνουν λεπτότερες ή να πέσουν εντελώς. Συνήθως τα μαλλιά ξαναφυτρώνουν μετά το τέλος της θεραπείας ή σπανιότερα, κατά τη διάρκειά της. Εκτός από τα μαλλιά, ενδέχεται να υπάρξει απώλεια τριχών και από άλλα σημεία του σώματος. Η ποσότητα των μαλλιών που ενδέχεται να χάσει ο ασθενής εξαρτάται από το είδος και την δόση των φαρμάκων και από την ανταπόκριση του οργανισμού στη χημειοθεραπεία. Δίνονται συμβουλές στους ασθενείς για τον περιορισμό της απώλειας των τριχών όπως:

- Χρησιμοποιείτε απαλά σαμπουάν
- Χρησιμοποιείτε μαλακές βούρτσες για τα μαλλιά
- Μην εφαρμόζετε πολύ ζεστό αέρα για το στεγνώμα των μαλλιών (σεσουάρ). Μπορείτε να τα στεγνώνετε σκουπίζοντάς τα απαλά με μια πετσέτα.
- Μη βάφετε τα μαλλιά σας και μην τα ταλαιπωρείτε στο κομμωτήριο.
- Χρησιμοποιείτε ειδικές κρέμες που δυναμώνουν τα μαλλιά.
- Κόβετε κοντά τα μαλλιά σας: βοηθάει να φαίνονται πυκνότερα και η τριχόπτωση ελέγχεται καλύτερα.¹²

Αν η κλινική χρησιμοποιεί ως προληπτικό μέτρο για τη αλωπεκία εφαρμογή πίεσης ή ψυχρού - υποθερμίας - στην περιοχή του τριχωτού της κεφαλής κατά την χημειοθεραπεία, εξηγείστε στον άρρωστο τον σκοπό, τον τρόπο εφαρμογής και τη σημασία της συνεργασίας του. Η μέθοδος εφαρμογής πίεσης στο τριχωτό της κεφαλής γίνεται με ειδικό σφυγμομανόμετρο και η υποθερμία με ειδικό κάλυμμα της κεφαλής. Εφαρμόζονται 5-10 λεπτά πριν και μετά την ένεση του φαρμάκου. Θεωρητικά και οι δυο μέθοδοι έχουν το ίδιο αποτέλεσμα με διαφορετικό μηχανισμό. Παραδέχονται ότι με την προσωρινή σύσπαση των επί πολλοίς αγγείων του τριχωτού της κεφαλής, που προκαλείται από το ψυχρό ή την πίεση, μειώνεται η προσαγωγή του κυτταροστατικού φαρμάκου δια της κυκλοφορίας του αίματος στην περιοχή αυτή και επομένως και η επίδρασή του στους θύλακες των τριχών, οπότε θα υπάρχει μικρό ή μεγάλο αποτέλεσμα.¹⁵

Αλλαγές στο δέρμα

Οι επιδράσεις στο δέρμα είναι μικρή έντασης και εμφανίζονται συνήθως στην επιφάνεια του δέρματος και περιορίζονται σε ερυθρότητα, κνησμό, ακμή, ξηρότητα και απολέπιση. Επίσης, ενδέχεται να διαφοροποιηθεί το χρώμα του δέρματος ή να παρατηρηθεί μεγαλύτερη ευαισθησία στο ηλιακό φως. Σε σπάνιες περιπτώσεις, όταν τα φάρμακα δίνονται ενδοφλέβια ενδέχεται το δέρμα που βρίσκεται πάνω από ορισμένες φλέβες να γίνει σκουρότερο, γεγονός, όμως, που επιδιορθώνεται αυτόματα μερικές εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

Για την προστασία του δέρματος είναι ωφέλιμο να αποφεύγονται τα μακρά και ζεστά μπάνια στην μπανιέρα, τα αποσμητικά και οι κρέμες που περιέχουν αλκοόλη. Επίσης το κολύμπι σε πισίνες με χλώριο μπορεί να επιδεινώσει τα προβλήματα στο δέρμα.

Αν εμφανιστεί ακμή, θα πρέπει να διατηρείται το πρόσωπο καθαρό και στεγνό· αν είναι απαραίτητο να χρησιμοποιούνται ειδικές κρέμες και σαπούνια. Κατάλληλα σκευάσματα θα πρέπει να χρησιμοποιούνται και στο κνησμό.

Σε περιπτώσεις που κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας ή μετά από αυτήν, εφόσον έχει προηγηθεί ακτινοθεραπεία σε κάποιο σημείο του δέρματος, ενδέχεται να εμφανιστεί τοπικά ερυθρότητα, φαγούρα ή αίσθημα κνησμού· στην πάσχουσα περιοχή μπορούν να εφαρμόσουν δροσερά επιθέματα.⁴

Επιδράσεις στα νύχια

Τα νύχια ενδέχεται να αναπτύσσονται με αργότερο ρυθμό, να γίνουν εύθραυστα και να αποκτήσουν λευκές ή σκούρες, οριζόντιες ή κάθετες γραμμώσεις. Θα πρέπει να προστατεύονται με γάντια τα νύχια, όταν πλένονται πιάτα ή δουλεύει στο σπίτι ή τον κήπο. Αν θέλουν να χρησιμοποιούν ειδικές βαφές νυχιών για να καλύψουν τις γραμμώσεις. Να ενημερωθεί ο γιατρός εφόσον τα προβλήματα στα νύχια επιμένουν¹²

Κεντρικό - Περιφερικό Νευρικό Σύστημα - Μυϊκό Σύστημα

Η χημειοθεραπεία μπορεί να επηρεάσει τα κύτταρα του νευρικού συστήματος με αποτέλεσμα ποικιλία συμπτωμάτων, όπως αδυναμία, ρίγη, αίσθημα καύσου, κνησμός και μούδιασμα των χεριών ή ποδιών. Ενδέχεται ακόμη να εμφανιστούν: απώλεια ισορροπίας, αδυναμία ανύψωσης αντικειμένων, προβλήματα στο περπάτημα, απώλεια ακοής, στοματικοί πόνοι ή δυσκοιλιότητα. Στο μυϊκό σύστημα αναφέρονται μυϊκή αδυναμία, εύκολη κόπωση ή πόνοι κατά τις κινήσεις των άκρων.¹²

Νευροτοξικότητα

Ο ασθενής που ακολουθεί θεραπεία με κυτταροτοξικά φάρμακα είναι δυνατόν να εμφανίσει σημεία και συμπτώματα νευροτοξικότητας.

Αρχικά εκτιμούμε και αναφέρουμε σημεία και συμπτώματα νευροτοξικότητας (π.χ. δυσκοιλιότητα, θολή όραση, διαταραχές

βάδισης, ασυνήθης μυϊκή αδυναμία).

Στη συνέχεια βεβαιώνουμε τον ασθενή ότι οι περισσότερες νευρολογικές μεταβολές μπορεί να είναι αναστρέψιμες αν διακοπεί το νευροτοξικό φάρμακο.

Αν εμφανιστούν συμπτώματα νευροτοξικότητας ενεργούμε ως εξής:

- Χορηγούμε υπακτικά και μαλακτικά των κοπράνων για την πρόληψη της δυσκοιλιότητας
- Λαμβάνουμε μέτρα πρόληψης των πτώσεων (π.χ. διατηρούμε την κλίνη του ασθενή σε χαμηλή θέση με ανυψωμένα τα προστατευτικά κιγκλιδώματα, ενημερώνουμε τον ασθενή να φοράει παπούτσια που δεν γλιστρούν).
- Λαμβάνουμε μέτρα πρόληψης εγκαυμάτων (π.χ. εκτιμούμε τη θερμοκρασία του νερού πριν το λουτρό, αφήνουμε τα ζεστά φαγητά/ υγρά να κρυώσουν ελαφρά πριν το σερβίρισμα).
- Αποφεύγουμε την χρήση ψυχρών επιθεμάτων σε περιοχές μειωμένης αισθητικότητας.
- Λαμβάνουμε μέτρα για να βοηθήσουμε τον ασθενή να προσαρμοστεί στις διαταραχές όρασης (π.χ. βοηθάμε τον ασθενή στην ατομική του υγιεινή αν δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, αναγγέλλουμε την είσοδό μας όταν μπαίνουμε στο θάλαμο, περιγράφουμε τις δραστηριότητές μας)
- Βοηθάμε τον ασθενή στις πράξεις που απαιτούν λεπτές κινήσεις (π.χ. ξύρισμα) για να προληφθούν οι τραυματισμοί.³
- Όταν αισθάνεται μούδιασμα στα χέρια, θα πρέπει να αποφεύγει να ανασηκώνει καυτά, αιχμηρά ή άλλα επικίνδυνα αντικείμενα.
- Να αποφεύγεται η οδήγηση και γενικά οι μεγάλες μετακινήσεις και τα κουραστικά ταξίδια
- Να περιορίζονται στο ελάχιστο δυνατό οι καθημερινές δραστηριότητες.¹²

Προστατεύουμε τον άρρωστο από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου. Πιθανόν να χρειαστεί αλλαγή του θεραπευτικού σχήματος όταν μάλιστα οι θεραπευτικές βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες.¹⁶

Ωτοτοξικότητα

Τοξική βλάβη των αυτιών μπορεί να παρουσιαστεί σε ασθενή που ακολουθεί θεραπεία με κυτταροστατικά.

Εκτιμάμε την ακοή του ασθενή πριν αρχίσει η θεραπεία. Ακόμη ενημερώνουμε τον άρρωστο να αναφέρει, αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.¹⁶

Εάν διαπιστώσουμε πως ο ασθενής παρουσιάζει διαταραχή της ακοής, λαμβάνουμε μέτρα διευκόλυνσης της επικοινωνίας με τον ασθενή (π.χ. κοιτάμε τον ασθενή στο πρόσωπο όταν του μιλάμε, χρησιμοποιούμε τον νοηματικό λόγο όπως εκφράσεις προσώπου και χειρονομίες).³

Ουροποιητικό Σύστημα

Μερικά φάρμακα μπορεί να επηρεάσουν την ουροδόχο κύστη και να προκαλέσουν προσωρινές ή μόνιμες βλάβες στους νεφρούς. Επίσης ενδέχεται να προκαλέσουν έντονη οσμή των ούρων και αλλαγή του χρώματός τους σε κόκκινο, πορτοκαλί ή και έντονο κίτρινο.¹²

Νεφροτοξικότητα

Ο ασθενής που ακολουθεί θεραπεία με κυτταροτοξικά φάρμακα μπορεί να παρουσιάσει νεφρική δυσλειτουργία.

Αρχικά παρακολουθούμε και αναφέρουμε αποβολή ούρων κάτω από 100ml ανά ώρα κατά τη διάρκεια χορήγησης νεφροτοξικών φαρμάκων. Στη συνέχεια εκτιμούμε και αναφέρουμε σημεία και συμπτώματα επηρεασμένης νεφρικής λειτουργίας (π.χ. αποβολή ούρων κάτω των 300ml ανά ώρα, αύξηση ουρίας).

Τα μέτρα που λαμβάνουμε για τη διατήρηση επαρκούς νεφρικής λειτουργίας είναι τα παρακάτω:

- Ενυδατώνουμε τον ασθενή με τουλάχιστον 150ml ανά ώρα, εκτός αν υπάρχει αντένδειξη, για 6-24 ώρες πριν τη χορήγηση νεφροτοξικών φαρμάκων.

- Χορηγούμε υγρό, ενδοφλέβια σύμφωνα με τις εντολές, κατά τη διάρκεια χορήγησης νεφροτοξικών φαρμάκων και για 24 ώρες μετά τη θεραπεία.
- Χορηγούμε φάρμακα σύμφωνα με τις εντολές (π.χ. διουρητικά, διττανθρακικό νάτριο).³

Αιμορραγική κυστίτιδα

Η αιμορραγική κυστίτιδα είναι μια από τις παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν σε ασθενή στον οποίο χορηγούνται ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.

Αρχικά εκτιμούμε και αναφέρουμε σημεία και συμπτώματα αιμορραγικής κυστίτιδας (π.χ. δυσουρία, συχνουρία, έπειξη προς ούρηση, εμφανής ή μη απώλεια αίματος στα ούρα).

Μέτρα τα οποία βοηθούν στην πρόληψη της αιμορραγικής κυστίτιδας είναι τα παρακάτω:

- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να λαμβάνει τουλάχιστον 2500ml ημερησίως. Αν ο ασθενής δεν μπορεί να λάβει υγρά από το στόμα, συμβουλευόμαστε τον γιατρό σχετικά με εντολή χορήγησης υγρών ενδοφλέβια, για να εξασφαλισθεί επαρκής ενυδάτωση.

Στην περίπτωση που θα εμφανιστούν σημεία και συμπτώματα αιμορραγικής κυστίτιδας λαμβάνουμε τα εξής μέτρα:

- Διακόπτουμε την χορήγηση του φαρμάκου και ενημερώνουμε τον γιατρό.
- Συνεχίζουμε την χορήγηση των υγρών σύμφωνα με τις εντολές.
- Χορηγούμε διουρητικά σύμφωνα με τις ιατρικές εντολές
- Τοποθετούμε ουροκαθετήρα για να μειωθεί ο κίνδυνος στάσης των ούρων και να ελαχιστοποιηθεί η επαφή των τοξικών ουσιών με το βλεννογόνο της ουροδόχου κύστεως.
- Κάνουμε συχνές πλύσεις της ουροδόχου κύστης
- Κάνουμε συνεχή πλύση της ουροδόχου κύστης με διάλυμα αργιλίου για να σταματήσει η αιμορραγία.
- Προετοιμάζουμε τον ασθενή για κυστεοσκόπηση αν δοθεί εντολή
- Υποστηρίζουμε συναισθηματικά τον ασθενή και τα σημαντικά γι' αυτόν πρόσωπα.³

Τοξικότητα Οργάνων

Καρδιοτοξικότητα

Ο ασθενής ο οποίος ακολουθεί χημειοθεραπεία είναι δυνατόν να παρουσιάσει τοξικές αντιδράσεις όσον αφορά την καρδιά.

Αρχικά εκτιμούμε και αναφέρουμε σημεία και συμπτώματα αρρυθμιών (π.χ. άρρυθμες σφύξεις, αριθμός σφύξεων κάτω από 60 ή πάνω από 100 ανά λεπτό, συγκοπή, αίσθημα παλμών). Ακόμη παρακολουθούμε τις εξετάσεις ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας και αναφέρουμε τα παθολογικά αποτελέσματα (μπορεί να εμφανιστεί καρδιοτοξικότητα από την επιβράδυνση του μεταβολισμού ή της απέκκρισης των κυτταροστατικών φαρμάκων από το ήπαρ ή τους νεφρούς).

Στην περίπτωση που εμφανιστούν αρρυθμίες ενεργούμε ως εξής:

- Συνδέουμε τον ασθενή με το monitor αν δοθεί εντολή
- Προετοιμάζουμε τον ασθενή για ηλεκτροκαρδιογράφημα αν δοθεί εντολή.
- Χορηγούμε αντιαρρυθμικά φάρμακα
- Περιορίζουμε τη δραστηριότητα του ασθενή με βάση την ανοχή του και τη σοβαρότητα της αρρυθμίας
- Διατηρούμε την οξυγονοθεραπεία σύμφωνα με τις εντολές
- Εκτιμούμε συχνά την κατάσταση του καρδιαγγειακού και αναφέρουμε σημεία και συμπτώματα ανεπαρκούς αιματώσεως των ιστών (π.χ. πτώση της αρτηριακής πίεσης, ψυχρό δέρμα, κυάνωση, ανησυχία, δύσπνοια)
- Έχουμε άμεσα διαθέσιμο το καροτσάκι ανάνηψης για απινίδωση ή καρδιοπνευμονική ανάνηψη.³

Ηπατοτοξικότητα

Η ηπατοτοξικότητα είναι μια ακόμα παρενέργεια των κυτταροτοξικών φαρμάκων, που μπορεί να εμφανιστεί σε ασθενή ο οποίος ακολουθεί χημειοθεραπεία.

Αρχικά παρακολουθούμε τον ασθενή για εμφάνιση συμπτωμάτων, που πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος, όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια και ίκτερος. Παρακολουθούμε τη λειτουργικότητα του ήπατος με τις γνωστές ηπατικές εξετάσεις (π.χ. έλεγχος ηπατικών ενζύμων)

Στην περίπτωση που επιδεινώνονται τα συμπτώματα που προκαλούνται από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας, ενημερώνουμε αμέσως τον γιατρό.¹⁶

Πνευμονική τοξικότητα

Ο ασθενής ο οποίος λαμβάνει κυτταροτοξικά φάρμακα μπορεί να εμφανίσει σημεία και συμπτώματα πνευμονικής τοξικότητας. Αρχικά εκτιμούμε τα σημεία και τα συμπτώματα της πνευμονικής φλεγμονής (π.χ. ξηρός επίμονος βήχας, πυρετός, ταχύπνοια, δύσπνοια στην κόπωση). Στη συνέχεια παρακολουθούμε και αναφέρουμε σημαντικές μεταβολές στα αποτελέσματα της οξυμετρίας, των ακτινογραφικών θώρακα και τις δοκιμασίες της αναπνευστικής λειτουργίας. Στην περίπτωση που εμφανισθούν σημεία και συμπτώματα πνευμονικής τοξικότητας λαμβάνουμε τα παρακάτω μέτρα:

- Διακόπτουμε την έγχυση του κυτταροτοξικού παράγοντα σύμφωνα με τις εντολές
- Προετοιμάζουμε τον ασθενή για βιοψία πνεύμονα.
- Αν δοθεί ιατρική εντολή χορηγούμε κορτικοστεροειδή και βρογχοδιασταλτικά
- Λαμβάνουμε μέτρα βελτίωσης της ανταλλαγής των αερίων:
 1. τοποθετούμε τον ασθενή σε ημι- προς πλήρη θέση Fowler
 2. καθοδηγούμε και βοηθάμε τον ασθενή να γυρίζει, να βήχει και να αναπνέει βαθιά, τουλάχιστον ανά 2ωρο.
 3. τονίζουμε τη σωστή χρήση του σπιρομέτρου και διατηρούμε την οξυγονοθεραπεία σύμφωνα με τις εντολές
- Υποστηρίζουμε συναισθηματικά του ασθενή και τα σημαντικά γι' αυτόν πρόσωπα
- Συμβουλευόμαστε τον γιατρό αν τα σημεία και τα συμπτώματα της πνευμονικής τοξικότητας επιδεινώνονται.³

Γριπώδες σύνδρομο

Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν κλινική εικόνα που μοιάζει με γρίπη, λίγες ώρες ή ημέρες μετά τη χημειοθεραπεία. Συνήθως αναφέρονται μυϊκοί πόνοι, γενική αδυναμία,

πονοκέφαλος, πυρέτιο, ναυτία και μειωμένη όρεξη, που όμως, εξαφανίζονται σε σύντομο χρονικό διάστημα. Επειδή αυτά τα συμπτώματα προκαλούνται επίσης, από λοιμώξεις ή και την ίδια νεοπλασματική νόσο, θα πρέπει να αναφέρονται και να αντιμετωπίζονται αμέσως.¹²

Κόπωση

Ο ασθενής που υπόκειται σε χημειοθεραπεία μπορεί να παρουσιάσει σωματική κόπωση που σχετίζεται με:

- Δυσκολία για ανάπαυση και ύπνο
- Αυξημένη κατανάλωση ενέργειας λόγω αύξησης του μεταβολικού ρυθμού από τη συνεχή ανάπτυξη του όγκου
- Υποθρεψία

Εδώ εκτιμάμε τα σημεία και τα συμπτώματα κόπωσης (π.χ. ελαττωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, αδυναμία πραγματοποίησης των καθημερινών δραστηριοτήτων). Πληροφορούμε τον ασθενή ότι το αίσθημα της επιμονής κόπωσης είναι αναμενόμενο αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας.

Επίσης βοηθάμε τον ασθενή να εντοπίσει τα χαρακτηριστικά της κόπωσης που αισθάνεται (π.χ. ώρα της ημέρας, μετά από ορισμένες δραστηριότητες) και να σχεδιάσει το πρόγραμμα του ώστε η μέγιστη κόπωση να αποφεύγεται.

Στη συνέχεια λαμβάνουμε μέτρα μείωσης της κόπωσης, που είναι τα εξής:

- Ενεργούμε έτσι ώστε να διευκολυνθεί η ανάπαυση του ασθενή (π.χ. λαμβάνουμε μέτρα μείωσης του φόβου, του άγχους και της δυσφορίας, περιορίζουμε τον αριθμό των επισκεπτών και βοηθάμε τον ασθενή στις δραστηριότητες της ατομικής του φροντίδας)
- Ενεργούμε έτσι ώστε να διατηρηθεί επαρκής θρέψη
- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να προσλαμβάνει τουλάχιστον 2500ml υγρά ημερησίως
- Συμβουλευόμαστε τον γιατρό αν τα σημεία και τα συμπτώματα της κόπωσης επιδεινώνονται.³

Αϋπνία

Σε μερικές περιπτώσεις οι ασθενείς, κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας ενδέχεται να έχουν αϋπνίες ή να μην έχουν απόλυτα ομαλό ύπνο.¹² Σ' αυτές τις περιπτώσεις αποθαρρύνονται οι μακρές περιόδους ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας και ενεργούμε έτσι ώστε, να μειωθεί η δυσφορία. Αποθαρρύνουμε την πρόσληψη υγρών πλούσιων σε καφεΐνη (όπως καφές, τσάι, αναψυκτικά τύπου Cola) ειδικά κατά τις απογευματινές ώρες. Ενθαρρύνεται η συμμετοχή του ασθενούς σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες που τον χαλαρώνουν. Προσφέρετε στον ασθενή απογευματινό ελαφρό γεύμα πλούσιο σε πρωτεΐνες, εκτός κι αν υπάρχει αντένδειξη και ικανοποιούνται βασικές ανάγκες, όπως άνεση και θέρμανση πριν τον ύπνο. Φροντίζουμε ο ασθενής να συνεχίσει τις συνήθειες του όσον αφορά τον ύπνο (π.χ. θέση, ώρα κατάκλισης, συνήθειες κατά την κατάκλιση όπως διάβασμα και ονειροπόληση).³

Για την αντιμετώπιση της αϋπνίας που επιμένει συμβουλευτείτε το γιατρό για να δοθεί κάποιο υπνωτικό χάπι που θα βοηθήσει να ξεπεραστεί το πρόβλημα.¹²

Αύξηση Σωματικού Βάρους

Συχνά το σώμα του ασθενούς κατακρατεί υγρά κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας με αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού βάρους. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε ορμονικές μεταβολές, στην επίδραση των φαρμάκων ή και στην ίδια την νεοπλασματική νόσο. Πρέπει να αναφέρεται αμέσως κάθε διόγκωση που εμφανίζεται στο πρόσωπο, τα χέρια, τα πόδια ή την κοιλιά. Όσο είναι δυνατό να αποφεύγονται οι αλατισμένες τροφές και να μην προστίθεται αλάτι στο φαγητό των ασθενών. Αν τα συμπτώματα επιμένουν ενημερώνεται ο γιατρός, ο οποίος και θα συστήσει την κατάλληλη διαίτα ή και φαρμακευτική αγωγή, αν αυτό κριθεί απαραίτητο.¹²

Αναφυλαξία

Ο ασθενής ο οποίος λαμβάνει κυτταροστατικά φάρμακα είναι δυνατόν να παρουσιάσει αναφυλακτική αντίδραση.

Πρώτα εκτιμούμε και αναφέρουμε σημεία και συμπτώματα αναφυλαξίας (π.χ. άγχος, διέγερση, ερυθρότητα δέρματος, γενικευμένη κνίδωση και κνησμός, δύσπνοια, αρρυθμίες, πτώση της αρτηριακής πίεσης, οίδημα, αδυναμία ομιλίας).

Ορισμένα μέτρα τα οποία βοηθούν στην πρόληψη της αναφυλακτικής αντίδρασης είναι τα παρακάτω:

1. Συμβουλευόμαστε τον γιατρό πριν από τη χορήγηση οποιοδήποτε φαρμάκου
2. Χορηγούμε δοκιμαστική δόση πριν από τη χορήγηση του φαρμάκου, αν υπάρχει ένδειξη

Αν εμφανιστούν σημεία και συμπτώματα αναφυλακτικής αντίδρασης ενεργούμε ως εξής:

- Διακόπτουμε το κυτταροστατικό φάρμακο αλλά κρατάμε ανοιχτή τη φλεβική γραμμή με διάλυμα φυσιολογικού ορού.
- Αν δοθεί εντολή χορηγούμε φάρμακα όπως βρογχοδιασταλτικά.
- Εκτιμούμε και αναφέρουμε συμπτώματα αναφυλακτικού Shock (π.χ. μεγάλη πτώση της αρτηριακής πίεσης, ψυχρό και ωχρο δέρμα, αυξανόμενη δύσπνοια)
- Υποστηρίζουμε συναισθηματικά τον ασθενή και τα σημαντικά γι' αυτόν πρόσωπα.³

Φωτοτοξικότητα

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία θα πρέπει να αποφεύγουν την άμεση έκθεση στις ηλιακές ακτίνες, διότι αυτό μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση ορισμένων παρενεργειών.¹² Επίσης θα πρέπει να χρησιμοποιεί γυαλιά ηλίου.¹⁴

Πότε η θεραπεία ενδέχεται να διακοπεί λόγω παρενεργειών

Δεν υπάρχει κανένας λόγος να διακοπεί η θεραπεία επειδή τα φάρμακα προκαλούν κάποια προβλήματα, εφ'όσον ο όγκος ελέγχεται αρκετά ή έστω ικανοποιητικά. Σοβαρές παρενέργειες και επιπλοκές όμως μπορούν να δικαιολογήσουν την συνέχιση της θεραπείας μόνο αν υπάρχει σαφής αντικαρκινική ανταπόκριση.

Η απόφαση για τη διακοπή της θεραπείας εξαρτάται από το πως ο ασθενής και ο γιατρός αντιλαμβάνονται το “ανεπιθύμητο” και μέχρι ποιού σημείου είναι διατεθημένοι να δείξουν ανοχή. Φυσικά τόσο οι γιατροί όσο και οι ασθενείς είναι συνήθως πρόθυμοι να υποστούν την ενόχληση και την δυσφορία των παρενεργειών στην περίπτωση που οι πιθανότητες ίασης είναι μεγάλες. Η άλλη επιλογή ίσως αποβεί μοιραία για την ζωή τους.♥

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟ-ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΣΦΑΙΡΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Τα κακοήθη νεοπλασματικά νοσήματα που συλλογικά ονομάζουμε "καρκίνο" αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα, στον τόπο μας. Η μοίρα του αρρώστου με καρκίνο προσδιορίζεται συχνά από την οργάνωση του Νοσηλευτικού Κέντρου, όπου για την αντιμετώπιση του επιστρατεύεται προσωπικά από πολλές ειδικότητες.

Η εξέλιξη του καρκίνου ορίζει πολλές φάσεις σημαντικές για τον άρρωστο, από τα πρώτα συμπτώματα έως την τελική φάση, μετά από ένα απροσδιόριστο αριθμό υποτροπών ή την τελική θεραπεία. Ο καρκίνος θεωρείται σαν ένα χρόνιο stress το οποίο ο άρρωστος θα αντιμετωπίσει όπως αντιμετωπίζει το stress πάσης φύσεως ανάλογα με την προσωπικότητα του και τον τρόπο αντίδρασης σε τέτοιες καταστάσεις.

Η προσαρμογή του ασθενούς θα εξαρτηθεί τόσο από την εξέλιξη του καρκίνου, όσο και από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες είναι αυτοί που επηρεάζουν τις συμπεριφορές του αρρώστου. Πηγές της ψυχικής επιβάρυνσης του αρρώστου είναι η διάγνωση, η πρώτη υποτροπή και τα αποτελέσματα των θεραπειών και η πιθανή δυσλειτουργία οργάνων ή μελών του σώματος. Η ικανότητα προσαρμογής του ασθενή, στη νέα αυτή κατάσταση, επηρεάζει σημαντικά την εξέλιξη της αρρώστιας, αναφορικά με τη πρόγνωση. Η προσαρμογή του μπορεί να μη ορίζει τον συντελεστή επιβίωσης αλλά είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ποιότητα επιβίωσης.

Ο καρκίνος, όπως και οποιαδήποτε αρρώστια, προειδοποιεί για αλλαγή του τρόπου ζωής. Ο καρκίνος διαφοροποιεί λειτουργίες του σώματος και μπορεί να μεταβάλει την εξωτερική εμφάνιση. Ο καρκίνος συντελεί στην αλλαγή της σωματικής εικόνας, η οποία δεν οφείλεται μόνο στη νόσο, αλλά και στη θεραπεία και στις παρενέργειες της.²⁰

Διαταραχή της αντίληψης της σωματικής εικόνας

Η σωματική εικόνα του κάθε ατόμου βρίσκεται σε συνεχή αλλαγή ανάλογα με τον τρόπο που αντιδρούμε σε διαφορετικές καταστάσεις. Υπογραμμίζει τις διαφορετικές εμπειρίες και τις αλλαγές του ψυχικού κόσμου. Η σωματική εικόνα είναι το μεταβαλλόμενο

σύνολο συνειδητών και ασυνείδητων πληροφοριών, αντιλήψεων και αισθήσεων, σαν κάτι διαφορετικό και ξεχωριστό από τους άλλους. Είναι η αντίληψη που έχει το άτομο για το σώμα του. Είναι ένα κοινωνικό δημιούργημα. Είναι το σωματικό εγώ.

Η σωματική εικόνα είναι μια διανοητική παρουσίαση του σώματος, η οποία αναπτύσσεται από :

- Εσωτερικούς παράγοντες : αισθήσεις, συναισθήματα, εμπειρίες.
- Εξωτερικούς παράγοντες : περιβαλλοντικά, καταστάσεις και πρόσωπα.

Δηλαδή, η σωματική εικόνα μεταβάλλεται από τις βιολογικές και τις ψυχολογικές μεταβολές που αναπτύσσονται εντός του ατόμου και οι οποίες μπορεί να επηρεάζονται από το εξωτερικό περιβάλλον (κοινωνικο-πολιτισμικές μεταβλητές και συμπεριφορά σημαντικών ατόμων).

Μια αρνητική αλλαγή στο σώμα τραυματίζει την ταυτότητα, την αυτοεκτίμηση. Μια αλλαγή στην σωματική εικόνα που προέρχεται από αρρώστια και τη θεραπεία της μπορεί να δημιουργήσει μια κρίση ταυτότητας.²⁰

Η διαταραχή της αντίληψης της σωματικής εικόνας, της αυτοεκτίμησης και της αλλαγής ρόλου του ασθενούς σχετίζονται με τις ακόλουθες παραμέτρους:

- A. Μεταβολές της εμφάνισης λόγω των παρενεργειών της χημειοθεραπείας (π.χ. αλωπεκία, υπερβολική απώλεια βάρους, μεταβολές του δέρματος και των νυχιών) και του εξωτερικού καθετήρα έγχυσης φαρμάκων εάν υπάρχει.
- B. Πιθανή μεταβολή των σεξουαλικών συνηθειών λόγω αδυναμίας, κόπωσης, μειωμένων επιπέδων τεστοστερόνης (μπορεί να συμβεί με τη χημειοθεραπεία για καρκίνο του προστάτη, των όρχεων ή του λεμφώματος), ψυχολογικών παραγόντων και δυσφορίας στην περιοχή του κόλπου (μπορεί να είναι το αποτέλεσμα κολπίτιδας)
- Γ. Πιθανή προσωρινή ή μόνιμη στειρότητα λόγω δυσλειτουργίας των γεννητικών αδένων μετά από παρατεταμένη θεραπεία με κυτταροτοξικά φάρμακα.
- Δ. Αυξημένη εξάρτηση από άλλους για την ικανοποίηση των αναγκών της ατομικής φροντίδας.
- Ε. Μεταβολές στον τρόπο ζωής και των ρόλων, λόγω των συνεπειών της υποκείμενης νόσου και της θεραπείας της.³

Ο τρόπος αντίδρασης του ατόμου στην αλλαγή της σωματικής εικόνας εξαρτάται από διάφορους παράγοντες :

1.Ηλικία . Παρόλο που η ηλικία δεν είναι ταυτόσημη της ανάπτυξης, η σχηματοποίηση για την κατανόηση των ρόλων, των προβλημάτων και των αναγκών από την αλλαγή της σωματικής εικόνας είναι αναγκαία.²⁰ Στην παιδική ηλικία οι γνωστικές λειτουργίες και οι

αμυντικοί μηχανισμοί δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς με αποτέλεσμα μεγαλύτερη συναισθηματική παλινδρόμηση στα παιδιά από ότι στους ενήλικες.

Για τους εφήβους ο καρκίνος και η θεραπεία του αποτελεί πλήγμα στη διαδικασία της επιβεβαίωσης και της σταθεροποίησης του εγώ τους, με αποτέλεσμα τη δημιουργία έντονου άγχους. Συχνά παρατηρούμε στους εφήβους έλλειψη συνεργασίας με τους υγειονομικούς λειτουργούς ή ακόμα άρνηση της νόσου.

Στους μεσήλικες η έναρξη της νόσου συνοδεύεται από απαισιόδοξες σκέψεις για την πρόγνωση της νόσου, για τα γηρατεία που πλησιάζουν και τον αναπόφευκτο θάνατο.

Στην γεροντική ηλικία που υπάρχει αποργάνωση των γνωστικών λειτουργιών και μείωση της κριτικής ικανότητας σε σχέση με την αρρώστια και το περιβάλλον επαυξάνεται η ένταση του stress και του συνοδού άγχους.

2.Φύλο . Το φύλο του ασθενούς μπορεί να σχετίζεται με την εμφανιζόμενη ψυχολογική αντίδραση. Οι γυναίκες αντιδρούν διαφορετικά και συνήθως πιο έντονα σε νόσους και επεμβάσεις που συνεπάγονται συναισθηματικές αλλοιώσεις και σε ότι τραυματίζει τη θηλυκότητά τους (μαστεκτομή, κολοστομία, υστεροεκτομή) ενώ στους άνδρες σε νοσήματα που συνεπάγονται εξάρτηση από άλλους.²¹

3.Προ της αλλαγής ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις . Οι πεποιθήσεις, οι αξίες, οι στόχοι, η νοημοσύνη, η φυσική αντοχή, η αντοχή στον πόνο παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων.

4.Χρόνος εγκατάστασης της σωματικής αλλαγής . Μια αιφνίδια αλλαγή προκαλεί τραυματική εμπειρία, ενώ μια προϊούσα αλλαγή δίνει περιθώρια χρόνου για βαθμιαία αναγνώριση της αλλαγής.

5.Λειτουργία του μέλους του σώματος . Ασθενής με λαρυγγεκτομή και μόνιμη τραχειοστομία, όπου βασικές λειτουργίες μεταβάλλονται (αναπνοή, ομιλία, εμφάνιση), η αντίδραση στην αλλαγή της σωματικής εικόνας είναι πιο έντονη.

6.Δυνατότητα αποκατάστασης . Όσο υπάρχουν περισσότερα μέσα αποκατάστασης της βλάβης και δυνατότητα εκπαίδευσης του ασθενούς στο νέο τρόπο ζωής, η προσαρμογή είναι πιο ομαλή.

7.Επένδυση του ατόμου στη φυσική εμφάνιση .

8.Το πάσχον μέλος, εάν είναι ορατό ή μη . Η εμφανής αλλαγή επηρεάζει τον τρόπο αντίδρασης και προκαλεί μεγαλύτερη απειλή στη σωματική εικόνα, ενώ η μη εμφανής προκαλεί φόβο και είναι πιο ενοχλητική.²⁰

Η αλλαγή εικόνας του σώματος δεν είναι απαραίτητο να συνοδεύεται από λειτουργική ανικανότητα για να έχει επίπτωση στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς. Τα

αποτελέσματα παρενεργειών από τη χημειοθεραπεία είναι επίσης από τις σημαντικότερες καταστάσεις που ο άρρωστος καλείται να ανταπεξέλθει. Αλωπεκία, οίδημα, εξαγγειώσεις, καταβολή δυνάμεων διαφοροποιούν την εμφάνιση του αρρώστου, δημιουργούν αναπηρίες και επηρεάζουν την ιδέα που έχει για την εικόνα του εαυτού του.

Οι νοσηλεύτριες (-τες) συχνά πρώτες θα έλθουν σε επαφή με τον άρρωστο, που προσπαθεί να αποδεχθεί και να μάθει να ζει με τις μεταβολές που έχουν παρουσιασθεί στο σώμα του. Αυτές πολύ συχνά, δίνουν πρώτες πληροφορίες στον άρρωστο για τις αλλαγές που έχουν γίνει στο σώμα του και τον εκπαιδεύουν στους νέους τρόπους ζωής και τεχνικές αυτοφροντίδας. Συνήθως σ' αυτή τη φάση ο άρρωστος αρχίζει να συνειδητοποιεί τις αλλαγές στο σώμα του σαν μια πραγματικότητα. Οι άρρωστοι που αισθάνονται την οικογένειά τους και τους φίλους τους, να βλέπουν αλλά και να αποδέχονται το πρόβλημά τους με ειλικρινή αγάπη και ενδιαφέρον, μπορούν πολύ πιο εύκολα να το αποδεχθούν και να συμβιβαστούν με αυτό. Η διαδικασία της αποδοχής της νέας εμφάνισης και της διαταραχής της σωματικής ακεραιότητας του αρρώστου παίρνει αρκετό χρόνο τόσο για τον άρρωστο, όσο για την οικογένεια και τους γνωστούς του. Στη διατήρηση καλής ιδέας του ίδιου αρρώστου για τη σωματική του εμφάνιση αλλά και των άλλων για αυτόν, βοηθούν πολύ ορισμένοι παράγοντες όπως η καλή ατομική καθαριότητα, τα καθαρά και ωραία ρούχα, η χρησιμοποίηση προσθέσεων και η δραστηριοποίησή του.⁶

Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας

Η διατήρηση θετικής αποδεκτής και ρεαλιστικής ιδεατής εικόνας του σώματος και αυτοεκτίμησης από τον άρρωστο είναι ο σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας.²²

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

A)Την ποιότητα και την ποσότητα πληροφοριών που παρέχει το μέλος του προσωπικού υγείας στον άρρωστο και

B)Το ενδιαφέρον και την κατανόηση που δείχνει για τον ασθενή.²¹

Ο ασθενής θα εκδηλώσει την έναρξη προσαρμογής του στις μεταβολές της εμφάνισης, των σωματικών λειτουργιών, του τρόπου ζωής και των ρόλων, όπως φαίνεται από:

- α. Την διατύπωση αισθημάτων αυτοεκτίμησης και σεξουαλικής επάρκειας
- β. Την διατήρηση των σχέσεων με τα σημαντικά γι' αυτόν πρόσωπα

- γ. Την ενεργό συμμετοχή στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής
- δ. Το ενεργό ενδιαφέρον για την προσωπική εμφάνιση
- ε. Την προθεσμία υιοθέτησης των συνήθων ρόλων και συμμετοχής στις κοινωνικές δραστηριότητες
- στ. Την αποδοχή μιας διαδικασίας προσαρμογής στο νέο τρόπο ζωής, ώστε να αντιμετωπίζονται οι περιορισμοί από την υποκείμενη νόσο και οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας.³

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Η νοσηλεύτρια (-τής) που εργάζεται με τον άρρωστο, που έχει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει το συνάνθρωπο και του προσφέρει τον εαυτό της με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά της. Για να μπορέσει όμως να το επιτύχει αυτή χρειάζεται: (1) γνώσεις, (2) φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική, (3) ικανοποίηση (θετική ενίσχυση) και (4) βοήθεια και υποστήριξη (βοήθεια από κάποιον που βρίσκεται πολύ κοντά της). Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου θανάτου. Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ότι είναι, με ότι γνωρίζει και με ότι έχει τη δύναμη να κάνει.¹⁶

Η νοσηλεύτρια που ασχολείται με ασθενείς με διαταραχή εικόνας σώματος και αυτοϊδέας καλείται:

- Να εκτιμήσει και τα συμπτώματα της διαταραχής της αντίληψης του εαυτού (π.χ. από λεκτικά ή νοηματικά σημεία που δηλώνουν αρνητική στάση στις μεταβολές των σωματικών λειτουργιών ή της εμφάνισης, όπως άρνηση ή προκατάληψη σχετικά με τις μεταβολές που έχουν συμβεί ή απόσυρση από τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του)
- Να καθορίσει τη σημασία των μεταβολών της εμφάνισης, των σωματικών λειτουργιών του τρόπου ζωής και των ρόλων του ασθενούς, με την ενθάρρυνσή του ο ασθενής να διατυπώσει τα αισθήματά του και προσέχοντας τις μη λεκτικές αντιδράσεις του ασθενούς στις τρέχουσες μεταβολές.
- Να λάβει μέτρα που θα βοηθήσουν στην αποκατάσταση της αυτοεκτίμησης του ασθενούς. Πρέπει να συντείνει στον περιορισμό των αρνητικών συναισθημάτων για τον εαυτό του. Να ενθαρρύνει τα θετικά σχόλια για το άτομό του. Πρέπει να

τον βοηθήσει να εντοπίσει τα προσωπικά αποθέματα των ψυχικών του δυνάμεων, να στηρίξει θετικά τα επιτεύγματα και τους τρόπους συμπεριφοράς που υποδηλώνουν την αυτοεκτίμηση.

- Να λάβει μέτρα για την αντιμετώπιση της θλίψης, που σχετίζεται τόσο με τις μεταβολές της σωματικής εικόνας, των συνήθων ρόλων και του καθημερινού τρόπου ζωής, όσο και με τη διάγνωση του καρκίνου και το ενδεχόμενο του πρόωρου θανάτου. Πρέπει να εκτιμήσει τα σημεία και τα συμπτώματα της θλίψης όπως π.χ. μεταβολή διαιτητικών συνηθειών, αδυναμία συγκέντρωσης, αϋπνία, οργή, έλλειψη συμμόρφωσης, απόσυρση από τα σημαντικά πρόσωπα, άρνηση των απωλειών.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αναγνωρίσει τις απώλειες, που υφίσταται έτσι ώστε να μπορεί να αρχίσει η διαδικασία αντιμετώπισης της θλίψης. Να συζητήσει με τον ασθενή το φαινόμενο της θλίψης και να βοηθήσει τον ασθενή να αποδεχθεί τις διάφορες φάσεις του, σαν αναμενόμενη απάντηση στις παρούσες και μελλοντικές απώλειες. Είναι απαραίτητη η δημιουργία ατμόσφαιρας φροντίδας και ενδιαφέροντος (π.χ. με την εξασφάλιση απομόνωσης, να είναι διαθέσιμη και χωρίς κριτική διάθεση, να δείχνει συμπάθεια και σεβασμό). Η εμπιστοσύνη προάγεται με τον τρόπο αυτό, καθώς και με την απάντηση με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις και την εξασφάλιση των ζητούμενων πληροφοριών.

Η υποστήριξη των ρεαλιστικών ελπίδων σχετικά με την πρόγνωση και η υπογράμμιση της προσωρινής φύσης των περισσότερων σωματικών μεταβολών βοηθά τους ασθενείς. Η νοσηλεύτρια πρέπει να υποστηρίζει τους τύπους συμπεριφοράς, που υποδηλώνουν επιτυχή αντιμετώπιση της θλίψης, όπως π.χ. η λεκτική έκφραση των αισθημάτων σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου και τις σύνοδες απώλειες, εστιασμός στους τρόπους προσαρμογής όσον αφορά τις απώλειες.

Στα σημαντικά πρόσωπα για τον ασθενή πρέπει να δίνονται εξηγήσεις για τις φάσεις της θλίψης, ενθαρρύνοντας ταυτόχρονα την υποστήριξη και κατανόησή τους. Η νοσηλεύτρια πρέπει να διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και των σημαντικών προσώπων γι' αυτόν. Αν ο ασθενής το επιθυμεί, μπορεί να κανονίσει επίσκεψη κληρικού.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να συμβουλευθεί τον ιατρό όσον αφορά την παραπομπή του ασθενούς σε ψυχίατρο αν εμφανισθούν σημεία διαταραχής στη διαδικασία αντιμετώπισης της θλίψης όπως π.χ. με επίμονη άρνηση της διάγνωσης του καρκίνου και των συνοδών απωλειών, υπερβολικός θυμός ή λύπη, υστερία, τάσεις αυτοκτονίας.

- Να συζητήσει με τον ασθενή ρεαλιστικούς τρόπους για τη βελτίωση της εμφάνισης και των σωματικών λειτουργιών.

- Να ενεργήσει έτσι ώστε να βοηθηθεί ο ασθενής να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της χημειοθεραπείας. Να εκτιμήσει και να αναφέρει σημεία και συμπτώματα αναποτελεσματικής αντιμετώπισης της κατάστασης όπως π.χ. προφορική έκφραση αυτού, αδυναμία κλήσης για βοήθεια, λύσης των προβλημάτων ή ικανοποίησης των βασικών αναγκών, απροθυμία συμμετοχής στο θεραπευτικό σχέδιο, καταστροφική συμπεριφορά προς τον εαυτό του ή τους άλλους, απρόσφορη χρήση των μηχανισμών άμυνα, αδυναμία επίτευξης των επιδιώξεών του. Χρειάζεται να γίνει εκτίμηση της αντίληψης του ασθενούς για την τρέχουσα κατάσταση, συμπεριλαμβανομένων των προδιαθεσικών παραγόντων και της αποτελεσματικότητας του μηχανισμού αντιμετώπισης.

Για την διευκόλυνση της αποτελεσματικής αντιμετώπισης της κατάστασης χρειάζεται να δώσουμε χρόνο στον ασθενή να προσαρμοστεί ψυχολογικά στη διάγνωση, την ανάγκη για χημειοθεραπεία, τις παρενέργειες των χορηγούμενων φαρμάκων και τις επικείμενες μεταβολές στον τρόπο ζωής και τους ρόλους του. Ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια για να αντιμετωπίσει την απρόσφορη άρνηση· αν υπάρχει, η νοσηλεύτρια ενεργεί για τη μείωση του φόβου, του άγχους, της δυσφορίας και της κόπωσης του. Βοηθά να αναγνωρίσει τα προσωπικά αποθέματα δυνάμεων, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να διευκολυνθεί η αντιμετώπιση της τρέχουσας κατάστασης, δημιουργώντας ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και υποστήριξης.

Είναι αναγκαία η παροχή βοήθειας στον ασθενή να αρχίσει τα σχέδια για τις απαραίτητες μεταβολές του τρόπου ζωής και των ρόλων μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Χρειάζεται ενθάρρυνση να θέσει προτεραιότητες και ρεαλιστικούς στόχους.

Η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει τον ασθενή και τα σημαντικά γι' αυτόν πρόσωπα να εντοπίσουν τους τρόπους, ώστε οι προσωπικοί και οικογενειακοί στόχοι μάλλον να τροποποιηθούν παρά να εγκαταλειφθούν. Χρειάζεται να μοιράζονται μεταξύ τους το είδος της υποστήριξης που θα ήταν περισσότερο χρήσιμο χρησιμοποιώντας τη συνομιλία, μεταδίδοντας ελπίδα, με την παροχή διαβεβαιώσεων και ακριβή πληροφόρηση.

- Να ενθαρρύνει την επαφή τους ασθενούς με τους άλλους, έτσι ώστε αυτός να δοκιμάσει και να καθιερώσει την καινούρια εικόνα του εαυτού του.
- Να ενθαρρύνει τον ασθενή να ασχοληθεί με τους συνήθεις ρόλους και ενδιαφέροντα και να συνεχίσει την ενασχόληση του με τις κοινωνικές του

δραστηριότητες. Αν ο ασθενής δε μπορεί πλέον να ασχοληθεί με τους προηγούμενους ρόλους, ενδιαφέροντα και ενασχολήσεις, η νοσηλεύτρια πρέπει να ενθαρρύνει την ανάπτυξη νέων.³

- Η νοσηλεύτρια πρέπει να ενισχύσει την ανταλλαγή πληροφοριών με άλλους ασθενείς με την ίδια νόσο. Χωρίς αμφιβολία η συζήτηση με άλλους ασθενείς μπορεί να τονώσει την ψυχολογική του κατάσταση και να αναπτρώσει το ηθικό του. Θα πρέπει, όμως, να τονιστεί, ιδιαίτερα, ότι το θεραπευτικό αποτέλεσμα δεν είναι πάντα το ίδιο σε όλους τους ασθενείς, αφού εξαρτάται όχι μόνο από τις δόσεις των φαρμάκων, αλλά και από τον οργανισμό και την ψυχική δύναμη κάθε ατόμου.¹²
- Η παροχή ενθάρρυνσης από τη νοσηλεύτρια για την απομάκρυνση των αρνητικών σκέψεων του ασθενούς. Ενισχύστε τη σκέψη του, ότι στον αγώνα που δίνει δεν είναι μόνος του. Την ίδια στιγμή, πολλοί άλλοι άνθρωποι, σε όλο τον κόσμο, ακολουθούν παρόμοια θεραπευτικά προγράμματα και αντιμετωπίζουν με ελπίδα και αισιοδοξία το μέλλον τους με τη βοήθεια των γιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού και των ανθρώπων που νοιάζονται για αυτούς. Είναι αναγκαίος ο τονισμός στους ασθενείς να μην κλείνονται στον εαυτό τους και να μην αφήνουν την ασθένεια να τους καταβάλει ψυχολογικά. Η νοσηλεύτρια μπορεί να ενθαρρύνει τον ασθενή να συνεχίσει τις παρέες του με συγγενείς ή φίλους, να οδηγεί σε κοντινές αποστάσεις, να κάνει ένα περίπατο ή να βγει από το σπίτι για κοινωνικές εκδηλώσεις, θέατρο ή κινηματογράφο.¹²
- Απαραίτητη είναι η συνεργασία της νοσηλεύτριας με το γιατρό σχετικά με την υποστήριξη από ψυχολόγο, αν το επιθυμεί ο ασθενής που φαίνεται απρόθυμος ή ανίκανος να προσαρμοσθεί στις μεταβολές που έχουν συμβεί σαν αποτέλεσμα του καρκίνου και τη θεραπείας του.

Τα κύρια μηνύματα είναι πως εκτός από τη φροντίδα την επιστημονική και την προσφορά οποιασδήποτε βοήθειας για τη συστηματική θεραπεία του αρρώστου, πρέπει να θυμηθούμε ότι ο άρρωστος έχει αισθήματα, επιθυμίες, ανθρώπινες ανάγκες για κατανόηση, συμπάθεια, ζεστασιά, συμπαράσταση. Ακόμα και ένα απλό κράτημα του χεριού του, μερικές στιγμές σιωπηρής επικοινωνίας, μπορεί να βοηθήσουν στην ψυχική γαλήνη και ηρεμία αυτού που υποφέροντας μπορεί να βρεθεί στα τελευταία σκαλοπάτια της σχέσης του με τη ζωή.²³

Ψυχική καταπόνηση των Νοσηλευτών που εργάζονται με ογκολογικούς ασθενείς

Η ογκολογική Νοσηλευτική και οι Νοσηλευτές

Η νοσηλευτική απαιτεί από τους νοσηλευτές πολλά. Λόγω της φύσης της εργασίας δέχονται ψυχολογικές και συναισθηματικές πιέσεις ιδιαίτερα οι νοσηλευτές που εργάζονται στην ογκολογική νοσηλευτική. Στο έργο της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι δύσκολο να μετρηθούν κριτήρια, διότι δεν είναι μόνο η διεκπεραίωση καθηκόντων τεχνικού χαρακτήρα. Ακούν καθημερινά ανησυχίες, φόβους, θλίψεις, δυσπιστίες και πρέπει να αφήσουν τον ασθενή με ένα αίσθημα ανακούφισης. Αυτή η προσωπική εμπλοκή με τον άρρωστο, την οικογένειά του, αποτελεί το φιλοσοφικό μέρος της ογκολογικής νοσηλευτικής και είναι το σημαντικότερο σημείο στη φροντίδα.

Οι σχέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού με άτομα που έχουν καρκίνο και αρρώστους που πεθαίνουν, δημιουργούν έντονη συναισθηματική φόρτιση σε κάθε εργαζόμενο. Είναι απαραίτητο να γνωρίζει ο καθένας ποια ήταν τα κίνητρα που τον οδήγησαν σε αυτό το χώρο της δουλειάς, πόσο προετοιμασμένος ήταν να αναλάβει το ρόλο και τις ευθύνες στη θέση που διορίστηκε και πόσο ανοιχτός μένει σε μια βαθύτερη αυτογνωσία όσον αφορά τη σχέση του με τους αρρώστους και γενικότερα τα συναισθήματα, τις αντιλήψεις και τις αντιδράσεις του γύρω από τη ζωή και το θάνατο.

Στο χώρο της ογκολογίας το προσωπικό έρχεται συνεχώς σε επαφή με άτομα που εκδηλώνουν έντονα συναισθήματα και αντιδράσεις όταν μαθαίνουν τη διάγνωση κάποιας μορφής καρκίνου, το γεγονός κάποιας πιθανής υποτροπής ή τη σοβαρότητα μιας κατάστασης που προοδευτικά οδηγεί στο θάνατο. Όταν ο νοσηλευτής είναι απροετοίμαστος να υποστηρίξει τον άρρωστο και την οικογένεια του αυτές τις δύσκολες στιγμές, τότε νιώθει ανήμπορος και τους αποφεύγει ενώ παράλληλα νοιώθει άσχημα για αυτή του τη συμπεριφορά. Η αίσθηση της αποτυχίας του εκδηλώνεται με θυμό προς τους ασθενείς για διάφορους λόγους. Ο θυμός ακολουθείται από ενοχές καθώς συνειδητοποιεί στην πορεία την έλλειψη σεβασμού που δείχνει προς τον άρρωστο. Αν επιδεινωθεί η υγεία του ασθενή εντείνεται περισσότερο το άγχος του νοσηλευτή. Σε αυτή τη φάση μπορεί να ταυτισθεί με τον ασθενή καθώς ανακινούνται προσωπικοί φόβοι μήπως και ο ίδιος κάποια μέρα αρρωστήσει και αποκτήσει την ίδια μοίρα.

Αξιοσημείωτο είναι ότι στους νοσηλευτές του Ογκολογικού, παράγοντες που σχετίζονται με το μισθό, με τις ώρες εργασίας και με τις ώρες που ξοδεύονται όντας σε επαφή με ασθενείς που έχουν καρκίνο, δεν φαίνεται να συνοδεύονται με μεγαλύτερο βαθμό επαγγελματικής κόπωσης.

Οι παράγοντες που σχετίζονται είναι :

1. Το αυξημένο επίπεδο στρες στη δουλειά και η ένταση που βιώνουν σε καθημερινή επαφή με τους καρκινοπαθείς.
2. Η μη ικανοποίηση από το ρόλο και τα καθήκοντά τους.
3. Η μειωμένη υποστήριξη στη δουλειά.
4. Τα προβλήματα με το ιατρικό προσωπικό και τη διοίκηση.

Καμιά στρατηγική δεν προλαμβάνει τη δοκιμασία του stress. Αλλά ίσως χρειάζεται μια εσωτερική δύναμη που να πηγάζει από την ικανότητα των νοσηλευτών να κρατούν μέρος του εσωτερικού τους κόσμου άθικτο από την εξωτερική πραγματικότητα.²¹

Χαρακτηριστικά Νοσηλευτών που είναι ευάλωτοι στην επαγγελματική εξουθένωση

Ιδιαίτερα στα τελευταία στάδια γίνονται αντιληπτά τα διάφορα συμπτώματα της επαγγελματικής κόπωσης τα οποία μπορεί να είναι :

Α)Οργανικά. Κεφαλαλγίες, γαστρεντερικές διαταραχές, απώλεια ή αύξηση βάρους, μυαλγίες, απώλεια σεξουαλικής διάθεσης, ψυχοσωματικά προβλήματα, έλκος και καρδιαγγειακές διαταραχές.

Β)Ψυχικά. Ευερεθιστότητα, απογοήτευση, κατάθλιψη, αδιαφορία, διαταραχές στην αυτοσυγκέντρωση, αποθάρρυνση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αποδιοργάνωση, αίσθηση αποτυχίας, κυνικότητα, επιθετικότητα.

Γ)Προβλήματα στη συμπεριφορά. Ως αποτέλεσμα της άσχημης συναισθηματικής του κατάστασης ο νοσηλευτής ελαττώνει τις επισκέψεις του στους θαλάμους των ασθενών, τους αντιμετωπίζει ως "περίπτωση" ή "αρρώστια", γίνεται ψυχρός, απρόσωπος και συναισθηματικά απαθής απέναντί τους. Οι σχέσεις του με τα άλλα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας διαταράσσονται, συγκρούεται με τους γιατρούς και αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα και για τον εαυτό του καθώς νιώθει ενοχές γιατί πιστεύει ότι έχασε την ευαισθησία και την ανθρωπιά του. Μπορεί να βλέπει σημαντικά κλινικά συμπτώματα, να είναι επιρρεπής σε ατυχήματα, προβληματικός και στην οικογένειά του, ενώ για να ξεφύγει από όλα αυτά καταφεύγει σε ηρεμιστικά ή στο αλκοόλ.

Διαπιστώνουμε από όλα τα παραπάνω ότι ενώ η εμπειρία του στρες είναι παγκόσμια, η απάντηση είναι εντελώς προσωπική. Το χρόνιο συσσωρευμένο στρες που μπορεί να προέρχεται από οποιαδήποτε γεγονότα που απαιτούν από το άτομο αλλαγή, προσαρμογή ή αναθεώρηση των στόχων του, είναι πιθανό να καταλήξει σε εξουθένωση με σωματοψυχικά συμπτώματα και προβλήματα συμπεριφοράς διαφορετικά για τον καθένα.²⁵

Ψυχολογικές ανάγκες των Νοσηλευτών

- I. Λειτουργία ομάδων υποστήριξης
- II. Συμβουλευτική εποπτεία
- III. Συνεχόμενη εκπαίδευση

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένας εν δυνάμει κίνδυνος για τους νοσηλευτές του Ογκολογικού λόγω της συνεχούς επαφής με τον πόνο, τη θλίψη και το θάνατο. Για την πρόληψη και αντιμετώπιση του burnout βασικό είναι να αναγνωριστεί έγκαιρα το στρες του προσωπικού, να αναπτυχθούν στρατηγικές αυτοπροστασίας και αυτοελέγχου από τον ίδιο τον νοσηλευτή, να βελτιωθούν οι σχέσεις μεταξύ των διάφορων μελών της ιατρονοσηλευτικής ομάδας και της οικογένειας, να ληφθούν κάποια μέτρα για την αντιμετώπιση πιθανών δύσκολων ζητημάτων, να δημιουργηθούν ομάδες υποστήριξης και να παρέχονται κίνητρα για βελτίωση της ποιότητας της ποιότητας της δουλειάς.²⁴

Για να μπορέσουν οι νοσηλευτές να παρέχουν ουσιαστική φροντίδα στους ασθενείς πρέπει να ξεκινήσουν από τον ίδιο τον εαυτό τους.²¹

ΑΣΦΑΛΗΣ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΩΝ

Μέτρα ασφαλείας για τον άρρωστο

Για να εξασφαλίζεται ο άρρωστος που θα λάβει τα κυτταροστατικά, ο γιατρός, αλλά και η νοσηλεύτρια -τής πρέπει να είναι ενημερωμένοι από το ιστορικό του εάν :

1. είναι αλλεργικός
2. είναι έγκυος
3. θηλάζει
4. παίρνει άλλα φάρμακα
5. έπαιρνε φάρμακα κατά το παρελθόν και ποια φάρμακα

Πριν την έναρξη και κατά τη διάρκεια της θεραπείας, χρειάζεται να γίνονται εκτός από τις εξετάσεις ρουτίνας και άλλες εξετάσεις για να ελέγχεται η τοξικότητα ορισμένων φαρμάκων στα διάφορα όργανα. Όταν ένα φάρμακο αποδειχθεί ότι είναι τοξικό και το όργανο "ταλαιπωρημένο" για να το ανεχτεί, μπορεί να το αλλάξει ο γιατρός με ένα άλλο.

Ακόμη, απαιτείται η παρακολούθηση για σημάδια αφυδάτωσης και ηλεκτρολυτικής ανισορροπίας (σε διάρροια, εμετούς και απώλεια ούρων) του αρρώστου, γι' αυτό γίνεται μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

- Χρειάζεται προσοχή στην ενδοφλέβια (IV) χορήγηση ορισμένων φαρμάκων, τα οποία πρέπει να προφυλάσσονται από το φως (καλυμμένοι οροί)
- Να υπάρχει κοντά στον άρρωστο συσκευή οξυγόνου (O₂) για τυχόν αλλεργικό shock
- Να βρίσκονται έγκαιρα στον όροφο και τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο (ψυγείο αν χρειάζεται) τα φάρμακα που θα χρειαστούν για τη θεραπεία (σχήμα). Αυτά δεν πρέπει να βγαίνουν την τελευταία στιγμή απ' το ψυγείο (όχι παγωμένα).
- Να υπάρχουν τα αντίδοτα των φαρμάκων και τα κατάλληλα φάρμακα για αντιμετώπιση παρενεργειών, όπως αντιεμετικά, αντιδιαρροϊκά. Γλυκογονικό ασβέστιο (Calcium Gluconate) και χλωριούχο μαγνήσιο (Magnesium Chloride), για αντιμετώπιση των σπασμών (εντολή γιατρού) και αντίδοτα για νέκρωση των φλεβών, π.χ. θειικό νάτριο (Sodium Sulfate).

Εφόσον οι εξετάσεις είναι φυσιολογικές και ο άρρωστος αρχίζει θεραπεία, η νοσηλεύτρια -τής πριν ξεκινήσει για το θάλαμο με το γιατρό κάνει ένα γρήγορο έλεγχο στα εξής:

1. Στο σχήμα της θεραπείας που έχει δώσει υπογεγραμμένο ο γιατρός στον όροφο ή έχει έλθει έτοιμο από τα φάρμακα.
2. Στα στοιχεία του αρρώστου
3. Εάν βρίσκεται στο θάλαμό του ο άρρωστος (να μην απουσιάζει για κάποια εξέταση)
4. Εάν ο άρρωστος είναι ενημερωμένος για το σχήμα (εκπαίδευση του αρρώστου απ' τη νοσηλεύτρια -τή, θα πρέπει να έχει προηγηθεί)
5. Τη γενική του κατάσταση (υψηλός πυρετός)
6. Να ελέγξει για τελευταία φορά το υλικό της
7. Και όταν τελειώσει το σχήμα να το ελέγξει και να υπογράψει.¹⁴

Ενδοφλέβια Χορήγηση των Φαρμάκων

Όλα τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται με προσοχή ώστε να αποφεύγονται οι παρενέργειες κατά την ενδοφλέβια χορήγηση.

1. Αυστηρή αντισηπτική φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται στο στάδιο προετοιμασίας και χορηγήσεως του φαρμάκου.
2. Καινούρια αποστειρωμένη βελόνα πρέπει να χρησιμοποιείται κάθε φορά που προστίθεται ένα φάρμακο στον ορό ή στο λαστιχάκι του ορού.
3. Εάν ένα φάρμακο είναι γνωστό ότι προκαλεί εκδορές, πρέπει να χορηγείται πρώτο, γιατί στην αρχή η φλέβα είναι υγιής και ο κίνδυνος για έγχυση έξω από τη φλέβα είναι μικρότερος.
4. Η φλέβα πρέπει να είναι σταθερή και ελαστική κατά το δυνατόν να μην έχει τρυπηθεί πριν.¹⁴ Η προτεινόμενη περιοχή (κυρίως άνω άκρα) είναι το αντιβραχιόνιο, γιατί σ' αυτή τη περιοχή μπορεί να προέλθει λιγότερη ζημιά στα νεύρα και τους τένοντες. Μετά το αντιβραχιόνιο, σειρά προτίμησης έχει η ράχη του χεριού, ο καρπός και τελευταία η εσωτερική επιφάνεια του αγκώνα.²⁶
5. Εξελκωμένες και ερεθισμένες περιοχές πρέπει να αποφεύγονται.
6. Σε μέρος που δυσκολεύεται η κυκλοφορία του αίματος, η θεραπεία πρέπει να αποφεύγεται, π.χ. θρομβοφλεβίτιδα, τραύμα, ακινητοποιημένο μέλος λόγω κατάγματος, όπως στο χέρι από την πλευρά που έχει προηγηθεί μαστεκτομή, γιατί δημιουργείται λεμφοίδημα.

7. Για το καλό όλων να μην γίνεται απόπειρα φλεβοκεντήσεως από το ίδιο πρόσωπο περισσότερες από τρεις φορές. Να συνεχίσει άλλο άτομο.
8. Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων πρέπει να χρησιμοποιείται βελόνα Νο 21 ή 23, διότι αφήνοντας το φάρμακο να περάσει από λεπτή βελόνα, προστατεύεται το επιθήλιο της φλέβας.
9. Κάθε φλέβα πρέπει να δοκιμάζεται με φυσιολογικό ορό (NS) πριν τη χορήγηση και να ξεπλένεται καλά μετά.
10. Αν πρόκειται να δοθούν πολλά φάρμακα, η φλέβα πρέπει να ξεπλένεται καλά με φυσιολογικό ορό (NS) μεταξύ χορηγήσεως κάθε φαρμάκου, για να αποφεύγεται η αντίδραση του φαρμάκου.
11. Η εφάπαξ ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου πρέπει να γίνεται βραδέως.
12. Φάρμακα που φυλάσσονται στο ψυγείο μπορεί να είναι κρύα για τη φλέβα και είναι σημαντικό ο θεράπων να μπορεί να ξεχωρίσει μεταξύ αυτού και της αισθήσεως του καψίματος που προκαλείται από την έγχυση.
13. Εάν αμφισβητείται η καταλληλότητα της φλέβας, η έγχυση πρέπει να επαναληφθεί σε μια άλλη φλέβα και κατά προτίμηση στο άλλο χέρι.
14. Ιατρικές οδηγίες για την έγχυση έξω από τη φλέβα πρέπει να γράφουν στο δελτίο του αρρώστου και να υπογράφουν από το γιατρό, πριν αρχίσει η θεραπεία (το σχήμα).
15. Να δοθούν οδηγίες στον άρρωστο ή στην οικογένεια του για συμπτώματα που πρέπει αμέσως να αναφερθούν στο γιατρό ή στη νοσηλεύτρια -τή, όπως πόνος, κάψιμο ή πρήξιμο στο σημείο της φλεβοκεντήσεως.
16. Ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια -της πρέπει να διακόψει τη θεραπεία, εάν υποψιαστεί έγχυση έξω από τη φλέβα. Αυτό θα γίνει αντιληπτό:
 - α. Εάν δημιουργηθεί πρήξιμο στο σημείο της φλεβοκεντήσεως.
 - β. Εάν ο ασθενής παραπονεθεί για αίσθηση καψίματος γύρω από τη φλέβα.
 - γ. Όταν έλκοντας το έμβολο της σύριγγας το αίμα δεν έρχεται μέσα στη σύριγγα. ¹⁴

Από τη στιγμή που θα υποψιαστούμε εξαγγείωση παίρνουμε τα κατάλληλα μέτρα:

1. Σταματάμε αμέσως την έγχυση
2. Απορροφούμε υγρό 3-5cc προς τα πίσω
3. Βγάζουμε τη βελόνα
4. Χορηγούμε αντίδοτο
5. Χρησιμοποιούμε παγωμένα επιθέματα 3-4 φορές ημερησίως. ²⁶

6. Γίνεται ένεση Hydrocortisone 100mg ή Pexamethazone 4mg στην περιοχή του εξαγγειώματος, ενδομυϊκώς και υποδοριώς με βελόνα Ν° 25
7. Απλώνουμε σ' όλη την περιοχή κρέμα Hydrocortisone 1% και συνεχίζεται να τοποθετείται κρέμα 2 φορές την ημέρα, μέχρι να υποχωρήσει ο ερεθισμός.¹⁴
8. Συνιστάται προσοχή στη χρήση διττανθρακικού νατρίου (Sodium Bicarbonate) γιατί μπορεί να προκληθεί νέκρωση ιστών.

Μέτρα ασφαλείας για το υγειονομικό προσωπικό

Ο χειρισμός των κυτταροστατικών φαρμάκων, αποτελεί αντικείμενο ανησυχίας σε παγκόσμιο επίπεδο.

Σε έρευνα του "Royal College of Nursing", αναφέρονται ορισμένες παρενέργειες από τα κυτταροστατικά φάρμακα, που παρατηρήθηκαν στο υγειονομικό προσωπικό που το χειρίζονταν, όπως: τριχόπτωση, αίσθημα ζάλης, δύσπνοια, ερεθισμός των οφθαλμών, έλκη των βλεννογόνων, τερατογένεση.

Το υγειονομικό προσωπικό που χειρίζεται κυτταροστατικά φάρμακα βρίσκεται εκτεθειμένο σε πιθανούς κινδύνους, εφόσον το ενδεχόμενο εκθέσεως υπάρχει σ' όλες τις φάσεις χειρισμού (φάσεις της προετοιμασίας και της χορήγησης). Επομένως ο φόβος και οι ανησυχίες για τυχόν παρενέργειες αυξάνουν και δίνουν την αίσθηση ότι ο κίνδυνος είναι ορατός και άμεσος.²⁶

Η κάθε παραγωγός εταιρία, βάσει στατιστικών και ερευνητικών στοιχείων, πρέπει να ξέρει τα κυτταροστατικά φάρμακα που παράγει πόσο ασφαλές είναι και ποια μέτρα προφύλαξης πρέπει να παίρνει για το υγειονομικό πρόσωπο που τα χειρίζεται.

Οι οδοί μόλυνσης είναι δύο:

1. το δέρμα, δηλαδή η άμεση επαφή του φαρμάκου με το δέρμα
2. η αναπνευστική οδός, δηλαδή η εισπνοή και η λήψη αεροδιασκορπισμένων σωματιδίων των φαρμάκων. Σ' αυτή τη φάση, κάθε εταιρεία θα πρέπει να περιορίσει τον αεροδιασκορπισμό σωματιδίων των φαρμάκων κατά τη διάλυσή τους (αυτά δηλ. που συσκευάζονται υπό μορφή σκόνης): α) με μια ειδική συσκευή εξαερισμού στη σύριγγα β) με τη χρησιμοποίηση φιαλιδίων με έτοιμο διάλυμα προς χρήση. Με έτοιμα προς χρήση διαλύματα φαρμάκου ο αεροδιασκορπισμός σωματιδίων των φαρμάκων υπό θετική πίεση αποφεύγεται. Επιπλέον, τα έτοιμα προς χρήση διαλύματα φαρμάκων

απαιτούν λιγότερο εξοπλισμό, λιγότερους χειρισμούς, αποτρέπεται ο κίνδυνος διασποράς και κυρίως το ενδεχόμενο να χρησιμοποιηθεί λάθος διαλύτης.

Στη δεύτερη φάση της προετοιμασίας υπάγονται και τα μέτρα ασφαλείας που πρέπει να λαμβάνει το υγειονομικό προσωπικό που χειρίζεται τα κυτταροστατικά φάρμακα, για να απαλλαγεί από τις μεταλλαξογόνες και καρκινογόνες επιδράσεις που ασκούν πάνω του. Στις περιπτώσεις που τα κυτταροστατικά φάρμακα προετοιμάζονται στα νοσοκομεία, στους ορόφους ή στα εξωτερικά ιατρεία, θα πρέπει να υπάρχει διαφανές διάφραγμα μεταξύ εργαζομένων και χώρου προετοιμασίας τους. Ο ιδεώδης τρόπος είναι αυτά τα φάρμακα να ετοιμάζονται σε ειδικό χώρο με απαγωγό εστία (Luminal air flow hood) με νηματική ροή αέρος, και ακόμα η διαδικασία αυτή να γίνεται σε ειδικό χώρο που το προσωπικό χειρίζεται μόνο χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Κατά τη διάλυση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στους ορόφους ή τα εξωτερικά ιατρεία, και ειδικά για φάρμακα που πρέπει να χορηγούνται αμέσως μετά τη διάλυσή τους, απαιτούνται τα εξής εφόδια για το προσωπικό ώστε να αποφεύγονται τα ατυχήματα:

1. Πλαστικά πόδια ή φόρμα με μακριά μανίκια που να κλείνουν καλά. (το ίδιο και κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα)
2. Μάσκα προσώπου καλής ποιότητας (ειδικά όταν διαλύονται φάρμακα υπό μορφή σκόνης).¹⁴
3. Προστατευτικά γυαλιά εργασίας, τα οποία χωρίς να περιορίζουν το πεδίο ορατότητας, εμποδίζουν την είσοδο των σταγονιδίων στους οφθαλμούς, που θα προκαλούσαν τοπικό ερεθισμό.
4. Προστατευτική σκούφια χειρουργείου, που εμποδίζει την επικάθηση των σταγονιδίων στα μαλλιά.²⁶
5. Γάντια καλής ποιότητας (και να αλλάζονται κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα)
6. Ρόλο απορροφητικού χαρτιού (για τα χέρια και τον πάγκο)
7. Νερό
8. Διάλυμα φυσιολογικού ορού (Sodium Chloride 0,9%) για ξέπλυμα ματιών
9. Μεταλλικό δοχείο με καλό πάμα για τις βελόνες και τα αιχμηρά αντικείμενα
10. Πλαστική σακούλα για τα άχρηστα
 - Τα χέρια πρέπει να πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια, καθώς και μετά την αφαίρεση

- Σε περίπτωση οποιαδήποτε μόλυνσεως του δέρματος, πρέπει να πλένεται καλά η περιοχή με σαπούνι και νερό (δε χρησιμοποιούμε απολυμαντικά) και να σκουπίζεται καλά με απορροφητικό χαρτί.¹⁴
- Σε περίπτωση που λερωθεί οτιδήποτε (π.χ. ρόμπα, γάντια, μάσκα) αλλάζεται αμέσως, χωρίς να πάμε σ' άλλο δωμάτιο και το βάζουμε σε απορριμματοδέκτη με την ένδειξη "κυτταροστατικά"
- Σε περίπτωση που κοπούμε ή τρυπηθούμε βγάζουμε αμέσως το γάντι, πιέζουμε την πληγή για τρέξει αίμα και την καταβρέχουμε με άφθονο τρεχούμενο νερό
- Εάν τα κυτταροστατικά έρθουν σ' επαφή με τα μάτια μας, τα ξεπλένουμε με νερό για 15 λεπτά συνεχώς, προσπαθούμε να τα κρατάμε ανοιχτά και στη συνέχεια συμβουλευόμαστε τον οφθαλμίατρο.
- Όποια επιφάνεια λερωθεί με κυτταροστατικά φάρμακα την καλύπτουμε (φορώντας γάντια και μάσκα) με μεγάλη ποσότητα απορροφητικού χαρτιού. Ύστερα μαζεύουμε προσεχτικά τα κομματάκια γυαλιού που μπορεί να μπορεί να υπάρχουν, με τσιμπίδα τα μεγάλα και με υγρό πανί τα πολύ μικρά. Τέλος, πλένουμε την επιφάνεια 3 φορές με υγρό σαπούνι.²⁷
- Να αναφερθεί στην προϊσταμένη του τμήματος οποιοδήποτε ατύχημα κι εκείνη να το αναφέρει στο τμήμα εργατικών ατυχημάτων του ασφαλιστικού φορέα του εργαζομένου.

Όταν τελειώσει η διαδικασία της διάλυσης των φαρμάκων, όλα τα μολυσμένα υλικά, όπως μπλούζες, γάντια, κενά φιαλίδια φαρμάκων, μισοχρησιμοποιημένα φάρμακα κλπ. Πρέπει να μαζεύονται σε δοχεία ή πλαστικές σακούλες που να δένονται καλά και να τοποθετείται επάνω κόκκινη ετικέτα με την επιγραφή "Επικίνδυνα Υλικά". Επίσης το δοχείο με τις βελόνες πρέπει να ασφαρίζεται καλά.¹⁴

Τα απορρίμματα είναι 2 ειδών, μολυσμένα και μη μολυσμένα ή οικιακά. Οικιακά απορρίμματα θεωρούμε όσα δε χρησιμοποιήθηκαν στη διαδικασία διάλυσης και δε βρέθηκαν στο εσωτερικό του θαλάμου νηματικής ροής (π.χ. χάρτινα περιβλήματα φαρμάκων, περιβλήματα συριγγών κτλ. Μολυσμένα απορρίμματα θεωρούμε οποιαδήποτε αντικείμενα χρησιμοποιήθηκαν στο εσωτερικό του θαλάμου νηματικής ροής, όπως σύριγγες, βελόνες, φιαλίδια, αμπούλες, απορροφητικό χαρτί, γάντια. Επιπλέον, η μάσκα, η προστατευτική ρόμπα, τα ποδονάρια και τα πανιά για την καθαριότητα της μονάδας θεωρούνται μολυσμένα.

Δεδομένου ότι τα απορρίμματα είναι 2 ειδών, πρέπει να υπάρχουν 2 ειδών περιέκτες. Ο ένας κοινός για τα οικιακά απορρίμματα και ο άλλος πρέπει να έχει σκέπασμα που ανοίγει

με πεντάλ, να είναι αδιάβροχος και να αντέχει στους κραδασμούς. Το χρώμα πρέπει να 'ναι διαφορετικό από τους περιέκτες των μη μολυσμένων απορριμμάτων (συνήθως είναι κίτρινος). Το προσωπικό που τον συλλέγει πρέπει να φορά γάντια και μάσκα και να 'ναι ενημερωμένο, εκπαιδευμένο γι' αυτή την εργασία.

Οι ειδικοί περιέκτες είναι προτιμότερο να συλλέγονται περισσότερες από 1 φορά την ημέρα. Τα χρησιμοποιημένα φιαλίδια, οι αμπούλες και οι άκρες των συριγγών φέρουν σταγονίδια από τα διαλυμένα φάρμακα και με το συχνό άνοιγμα και κλείσιμο του κίτρινου περιέκτη, έχουμε διασπορά στο περιβάλλον και ο περιέκτης απομακρύνεται και αποκαθίσταται από άλλο καθαρό, στη διάρκεια της βάρδιας και έτσι απαλλασσόμαστε από κάποια χαρακτηριστική οσμή μετά από λίγες ώρες εργασίας.

Τα οικιακά απορρίμματα δεν τα ρίχνουμε στους ειδικούς περιέκτες για οικονομικού λόγους, γιατί η καταστροφή των μολυσμένων απορριμμάτων κοστίζει περισσότερο απ' την αποκομιδή των απλών απορριμμάτων.²⁷

Μεγάλη προσοχή χρειάζεται και στην απόρριψη απεκκριμάτων των ασθενών που μπορεί να περιέχουν αναλλοίωτα φάρμακα ή κυτταροστατικούς μεταβολίτες. Τα κυτταροστατικά φάρμακα απεκκρίνονται από τα ούρα ή τα κόπρανα ή και από τα δύο π.χ. η Adriblastina της οποίας η απέκκριση από τα κόπρανα αντιστοιχεί στο 40-50% της χορηγηθείσης δόσεως σε 7 ημέρες, ενώ η απέκκριση της από τα ούρα αντιστοιχεί στο 5% της χορηγηθείσης δόσεως σε 5 ημέρες. Η Cisplatin απεκκρίνεται από τα ούρα στο 27-43% της χορηγηθείσης δόσεως τις πρώτες 5 ημέρες μετά τη χορήγησή της. Επίσης, έχει αναφερθεί φάρμακο στο μητρικό γάλα (π.χ. σε θεραπεία με Carmustine).

Καλό είναι οι επίτοκες (νοσηλεύτριες, γιατροί, φαρμακοποιοί) να αποφεύγουν όλες τις φάσεις χρήσεως των κυτταροστατικών φαρμάκων, ειδικά τους τρεις πρώτους μήνες της κύησης για αποφυγή τερατογενέσεως.¹⁴

Η τοξικότητα λοιπόν των κυτταροστατικών φαρμάκων αφορά όχι μόνο τον ασθενή που υποβάλλεται σε αντινεοπλασματική θεραπεία, αλλά και το προσωπικό του νοσοκομείου (γιατροί, φαρμακοποιοί, νοσηλεύτές) που τα χρησιμοποιεί.

Για το λόγο αυτό η διάλυση και παρασκευή των εν λόγω φαρμάκων πρέπει να ακολουθεί συγκεκριμένη διαδικασία και να γίνεται από εξειδικευμένο προσωπικό σε ειδικά εξοπλισμένο χώρο.

Η εμπειρία των τελευταίων ετών στα νοσοκομεία της Ευρώπης απέδειξε ότι η Κεντρική Μονάδα Διάλυσης Κυτταροστατικών Φαρμάκων (Κ.Μ.Δ.Κ.Φ.) προσφέρει όχι μόνο μεγαλύτερη οικονομία, αλλά και μεγαλύτερη ασφάλεια για το προσωπικό και τους

ασθενείς. Θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι σκοπός της κεντρικής μονάδας δεν είναι απλά και μόνο η διάλυση των φαρμάκων, αλλά και η παρασκευή στείρων ενδοφλεβίων κυτταροστατικών φαρμάκων, γεγονός που επιβάλλει να ακολουθούνται σ' αυτήν οι προδιαγραφές και οι διαδικασίες που ισχύουν για την παρασκευή στείρων παρεντερικών διαλυμάτων.

Η Μ.Δ.Κ.Φ, πρέπει να αποτελείται από 3 χωριστά δωμάτια.

- Το πρώτο δωμάτιο λειτουργεί ως χώρος γραφείου και χώρος παραμονής του προσωπικού, όταν αυτό δεν ασχολείται με διαλύσεις χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Είναι εξοπλισμένο με γραφεία, βιβλιοθήκη, ηλεκτρονικό υπολογιστή κλπ.
- Το δεύτερο δωμάτιο λειτουργεί σαν αποθηκευτικός χώρος, για τα υλικά που χρησιμοποιούνται στη μονάδα (π.χ. σύριγγες, γάντια, βελόνες, ορούς) και σαν αποδυτήριο του προσωπικού, για να φορά την προστατευτική ρόμπα, τη μάσκα, τα γάντια και τα ποδονάρια.
- Το τρίτο δωμάτιο είναι αυτό στο οποίο πραγματοποιούνται οι διαλύσεις των κυτταροστατικών φαρμάκων. Σ' αυτό το χώρο πρέπει να εξασφαλίζεται ελεγχόμενη συγκέντρωση των σωματιδίων του αέρα. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται κατά τον καλύτερο τρόπο με την τοποθέτηση ενός εργαστηριακού θαλάμου νηματικής ροής. Με το θάλαμο αυτό επιτυγχάνεται:
 1. η αφαίρεση των σωματιδίων και η απολύμανση του αέρα, με τη χρήση απόλυτων φίλτρων
 2. η διοχέτευση του αέρα σε παράλληλη μορφή
- Το προσωπικό της μονάδας όταν δεν ασχολείται με τη διάλυση των φαρμάκων, δε παραμένει στο δωμάτιο παρασκευής, για να μην εκτίθεται στα απινεοπλασματικά φάρμακα, αλλά και να μην μολύνει το περιβάλλον. Για τους ίδιους λόγους απαγορεύεται το κάπνισμα και η κατανάλωση τροφής ή αναψυκτικών.²⁷

Προκειμένου να γίνει μια θεραπεία (σχήμα) στέλλονται οι ιατρικές οδηγίες από το νοσηλευτικό τμήμα (υπογεγραμμένες από το θεράποντα γιατρό). Όταν γίνουν οι διαλύσεις των φαρμάκων και ετοιμαστεί το σχήμα, επιστρέφεται στο τμήμα συσκευασμένο, με γραμμένα τα στοιχεία του αρρώστου το είδος και τη δόση του φαρμάκου και υπογεγραμμένο από τον φαρμακοποιό.

Τέλος, ανακεφαλαιώνουμε τα μέτρα προφύλαξης υγειονομικού προσωπικού αναφέροντας τις συστάσεις της Αμερικανικής Επιτροπής μελέτης κυτταροστατικών φαρμάκων:

1. Να χρησιμοποιείται εστία Luminair air flow hood.
2. Να φοριούνται χειρουργικά γάντια και ποδιά (όταν γίνεται η διάλυση σε απαγωγό εστία), γάντια - μάσκα - ποδιά - γυαλιά, σε ορισμένα φάρμακα (εκτός απαγωγού εστίας), διπλά τα ζεύγη γαντιών και να αλλάζονται κάθε 30 min
3. Να στρώνεται ο πάγκος με απορροφητικό χαρτί, όταν τελειώσει η διαδικασία της διαλύσεως των φαρμάκων, και να καθαρίζεται με οινόπνευμα 70%
4. Να πετιούνται τα άχρηστα υλικά σε ειδικό δοχείο με την επιγραφή "Επικίνδυνα Υλικά", να πηγαίνουν στα τοξικά υλικά του νοσοκομείου και να καίγονται σε 800°C - 1000°C (κλιβάνους).
5. Κατά τη διάλυση των φαρμάκων (εκτός hood), βγάζοντας τον αέρα από τη σύριγγα, να τοποθετείται μπροστά στη βελόνα γάζα εμποτισμένη με οινόπνευμα για να μη διασκορπίζονται τα σωματίδια των φαρμάκων στην ατμόσφαιρα.
6. Προσθέτοντας διαλυτικό μέσα σ' ένα φιαλίδιο, μπορεί να παρουσιαστεί δυσκολία και να εκτιναχθεί το φάρμακο προς τα έξω. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να προσέξει όποιος ασχολείται με τη διάλυση να δημιουργηθεί ίση περίπου πίεση έξω και μέσα στο φιαλίδιο.
7. Το προσωπικό που ασχολείται με τη χημειοθεραπεία να κάνει συχνά εξετάσεις αίματος και να είναι καλά πεπειραμένο και εκπαιδευμένο.
8. Ο πιο κατάλληλος χώρος για τη διάλυση των κυτταροστατικών φαρμάκων είναι το φαρμακείο με απαγωγό όπως έχει πλέον καθιερωθεί σε διεθνή κλίμακα.¹⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν να καταγραφεί η σωματική και ψυχολογική κατάσταση των ογκολογικών ασθενών που υπόκεινται σε χημειοθεραπεία, να αναφερθούν οι σημαντικότερες δυσκολίες που προκύπτουν από την θεραπεία αλλά και από την ίδια την ασθένειά και κυρίως να αξιολογηθεί η ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται στους χημειοθεραπευόμενους στα τμήματα νοσηλείας ημέρας. Να συσχετισθεί η ικανοποίηση που νιώθουν οι ασθενείς όσον αφορά την προσωπική του ζωή και την ικανοποίηση από το περιβάλλον νοσοκομειακό και οικογενειακό. Να συσχετισθεί το μορφωτικό επίπεδο με το φύλο και την αυτοφροντίδα, αυτοεκτίμηση. Να συσχετισθεί η προσωπική ικανοποίηση με την δυνατότητα και ικανότητα αυτοφροντίδας και αυτοεκτίμησης. Τέλος να συσχετισθούν τα συμπτώματα που νιώθουν οι ασθενείς με τις διαφορές που υπάρχουν ανά φύλο και ηλικία ώστε να έχουν την δυνατότητα οι νοσηλευτές να δημιουργήσουν εξατομικινούμενα πλάνα. Ν. Φρον.

Σήμερα όλοι οι ειδικοί στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αναγνωρίζουν την ικανοποίηση των ασθενών ως ένα πολύ σημαντικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες αποκτά ιδιαίτερη σημασία, εφ'όσον το νοσηλευτικό προσωπικό συνιστά την πλειοψηφία του υγειονομικού προσωπικού και βρίσκεται το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο πλάι των ασθενών.

Έτσι λοιπόν ζητήθηκε η εμπειρία των ογκολογικών ασθενών που υπόκεινται σε χημειοθεραπεία για την αξιολόγηση σε τρεις περιοχές : τις τεχνικές εφαρμογές, τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού που συνδέεται με τις συναισθηματικές πλευρές της σχέσης και την μετάδοση και λήψη πληροφοριών.

Τα αποτελέσματα θα αναλυθούν και θα συζητηθούν προκειμένου να συσχετιστεί η Νοσηλευτική με την ποιότητα ζωής των χημειοθεραπευόμενων ασθενών και να προταθούν νοσηλευτικές παρεμβάσεις με στόχους όπως :

- 1) Αύξηση της νοσηλευτικής γνώσης σχετικά με τους ογκολογικούς ασθενείς που κάνουν χημειοθεραπεία.
- 2) Βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας μέσα από την οργάνωση κατάλληλων πλάνων φροντίδας και προσφοράς στους χημειοθεραπευόμενους ασθενείς και εκπαίδευσης αυτών για πρόληψη ή έγκαιρη αντιμετώπιση των παρενεργειών της θεραπείας.
- 3) Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων αυτών που στην πλειοψηφία τους ανήκουν στις παραγωγικές ηλικίες και που ο αριθμός τους αυξάνεται με γρήγορους ρυθμούς.

2.ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Κάθε ερευνητική μελέτη έχει δικό της ουσιαστικό σκοπό. Το περιγραφικό σχέδιο έρευνας, περιγράφει μεταβλητές, συγκρίνει ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή δείχνει σχέσεις ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες μεταβλητές και ακόμα προλέγει μια συμπεριφορά με βάση τη γνώση μιας ή περισσότερων μεταβλητών (Σαχίνη 1991, Μέθοδος έρευνας σελ. 84).

Η μέθοδος η οποία χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη στηρίζεται στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας. Η περιγραφική έρευνα έχει διάφορες μορφές, μια από τις όποιες είναι η ποσοτική, πολυπαραγοντική και ενεργή. (Σαχίνη – Καρδάση 1991)

Στόχοι της έρευνας ήταν να καταγραφεί η σωματική και ψυχολογική κατάσταση, να αναφερθούν οι δυσκολίες που προκύπτουν από την χημειοθεραπεία αλλά και από την ίδια την αρρώστια, να αξιολογηθεί η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται και να συσχετιστούν αυτά με το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική και κοινωνική ζωή των ογκολογικών ασθενών που υπόκεινται σε χημειοθεραπεία.

Τα πλεονεκτήματα είναι τα εξής :

- 1) Προσφέρει αξιοπιστία και εγκυρότητα στα αποτελέσματα.
- 2) Συνδυάζει ευκαμψία περιεχομένου και σκοπού με στοιχεία ακριβείας και ελέγχου.
- 3) Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για συλλογή πληροφοριών από μεγάλο αριθμό ατόμων με σχετικά ελάχιστη διάθεση χρόνου και χρήματος.
- 4) Η μεθοδολογία της μπορεί να εκτεθεί ρητά κάνοντας ευκολότερη την αξιολόγηση και επανάληψη της έρευνας.

5) Μπορεί να δομηθεί έτσι ώστε η ανάλυση των δεδομένων να είναι δυνατή με την χρήση Η/Υ.

Τα μειονεκτήματα είναι:

- 1) Η αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός συστήματος για εναποθήκευση και διατήρηση κάποιας τροχιάς στην πελώρια ποσότητα των δεδομένων.
- 2) Η τάση τα δεδομένα να είναι σχετικά επιφανειακά. (Σαχίνη – Καρδάση 1991)

Στην μελέτη μας ακολουθήσαμε το σχέδιο της ποσοτικής, πολυπαραγοντικής διερεύνησης.

3.ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα ογκολογικά τμήματα ημέρας του Γενικού Νοσοκομείου Πάτρας «ο Άγιος Ανδρέας» και το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι» Αθήνας. Μελετήσαμε άτομα ενήλικα που προσέχονταν στα τμήματα αυτά για τις προκαθορισμένες συνεδρίες χημειοθεραπείας από τον Απρίλιο 1999 έως τον Αύγουστο του έτους 2000.

Αυτή η επιλογή έγινε για τους κάτωθι βασικούς λόγους:

- 1) Υπάρχει διαθεσιμότητα πληροφοριών σχετικά με τους ογκολογικούς ασθενείς που υπόκεινται σε χημειοθεραπεία.
- 2) Υπήρχε καλή οργάνωση και έγινε δεκτή η συνεργασία μας με το προσωπικό ώστε να δοθούν πλήρη δεδομένα.
- 3) Υπήρχε δυνατότητα διαπροσωπικής επικοινωνίας με τους ασθενείς.

4.ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ

Ο πληθυσμός μας σε αυτή την μελέτη ήταν ογκολογικοί ασθενείς που υπόκεινται σε χημειοθεραπεία σε τμήματα ημέρας, ως εξωτερικοί ασθενείς και όχι ως νοσηλεύόμενοι στο νοσοκομείο.

Το δείγμα μας ήταν τυχαίο και περιελάμβανε πληθυσμό που προσήλθε στα νοσηλευτικά τμήματα ημέρας για προκαθορισμένες συνεδρίες χημειοθεραπείας από τον Απρίλιο του 1999 έως και τον Αύγουστο του 2000 και το αποτέλεσαν (160 άτομα). Ο πληθυσμός που απάντησε και καλύπτει τα κριτήρια που τέθηκαν και αποτέλεσε το στατιστικό

μας δείγμα ήταν τελικά 80 άτομα ενήλικες. Δεν συμπεριλήφθηκε στο δείγμα μας παιδικός πληθυσμός γιατί δεν επισκεφθήκαμε παιδιατρικά νοσοκομεία.

5.ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

Τα κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν :

-άτομα που υπόκεινται σε χημειοθεραπεία, είναι ενήλικες και έχουν την δυνατότητα να απαντήσουν μόνοι τους στο ερωτηματολόγιο χωρίς την παρέμβαση του νοσοκομειακού προσωπικού ή των συγγενών.

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν :

- άτομα που δεν είχαν την διανοητική ικανότητα να απαντήσουν
- άτομα ηλικίας μικρότερης των 20 ετών.
- άτομα που μόλις είχαν ξεκινήσει τις πρώτες συνεδρίες
- άτομα που αντένδειξε το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

6.ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήσαμε ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου, μη διχοτομικό, 16 εναλλακτικών ερωτήσεων όπως φαίνεται στο παράρτημα 1. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη. Από την ομάδα συντάχθηκε ένα έγγραφο γράμμα, με έγκριση του προϊσταμένου την Νοσηλευτικής Σχολής του Τ.Ε.Ι. Πάτρας, και απευθύνθηκε στις διοικήσεις και το ειδικό ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που επιτεύχθηκε για την συλλογή των πληροφοριών μας, το οποίο επισυνάπτεται στο παράρτημα 2. Για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων απευθυνθήκαμε σε ογκολογικούς ασθενείς που υπόκεινται σε χημειοθεραπεία στα ογκολογικά τμήματα ημέρας του Γενικού Νοσοκομείου Πάτρας «ο Άγιος Ανδρέας» και του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Αθηνών «οι Άγιοι Ανάργυροι», και εξασφαλίστηκε η ανωνυμία των ασθενών και εδόθη προσοχή να μην προκύψουν ηθικά ζητήματα.

Επισημάνθηκε στους ερωτηθέντες ότι έχουν την δυνατότητα να απαντήσουν μόνο αν το επιθυμούσαν καθώς και η δυνατότητα να διακόψουν την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου αν το επιθυμούσαν. Επίσης, είχαν την δυνατότητα να μην απαντήσουν σε ερωτήσεις που δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν.

7. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα αφού μελετήθηκαν ελληνικές διεθνείς μελέτες και εργασίες και ελήφθησαν υπόψη βιβλιογραφικές αναφορές προκειμένου να υπάρχει αξιοπιστία και εγκυρότητα της κάθε ερώτησης. Επίσης η ερευνητική ομάδα συζήτησε το θέμα της με ειδικευμένες νοσηλεύτριες ογκολογικών κλινικών και ιατρούς ογκολόγους και έλαβε υπόψη τις συμβουλές τους. Όσες ερωτήσεις δεν ήταν σε έρευνες που είχε ελεγχθεί η αξιοπιστία τους και συντάχθηκαν από την ερευνητική ομάδα προκειμένου να φθάσει στους σκοπούς που έθεσε η ερευνητική υπόθεση, δόθηκαν σε ειδικευμένες νοσηλεύτριες ογκολογίας και ογκολόγους γιατρούς προκειμένου να βαθμολογηθούν και να συσχετισθούν με τον τίτλο της ερευνητικής υπόθεσης. Η μέθοδος ελέγχου των ερωτήσεων στηρίχθηκε στην βιβλιογραφία Brink και Wood 1988 και είχε ως κριτήριο: α) Απόλυτα σχετική ερώτηση, β) σχετική γ) μερικώς σχετική δ) άσχετη ερώτηση με την υπόθεση του τίτλου. Οι ερωτήσεις βαθμολογήθηκαν με τις απαντήσεις σχετική και απόλυτα σχετική με αποτέλεσμα να εξασφαλισθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Επίσης, έγινε επίδειξη του ερωτηματολογίου σε συναδέλφους νοσηλεύτριες (μη ειδικευμένες στο αντικείμενο της μελέτης), που έδειξαν πως ήταν αρκετά κατανοητό, έδινε σε αυτόν που το διάβαζε εύκολα να καταλάβει τόσο τις ερωτήσεις όσο και τον σκοπό του ερωτηματολογίου (Face validity). (Anastasi A).

Η δομική εγκυρότητα (construct validity) ελέγχθηκε με την παραγωγή αποτελεσμάτων, συμπερασμάτων και συσχετίσεων, οι οποίες είναι λογικά και θεωρητικά αναμενόμενες και δεν αντιφάσκουν μεταξύ τους.

Η εξωτερική εγκυρότητα (external validity) του ερωτηματολογίου μας, ελέγχθηκε με τη σύγκριση και συμφωνία αποτελεσμάτων μας με αποτελέσματα δημοσιευμένα σε περιοδικά κύρους και δεδομένα από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Τέλος, η αξιοπιστία (reliability) των απαντήσεων του ερωτηματολογίου, επετεύχθη με τη σύνταξη ερωτήσεων κλειστού τύπου με αυστηρά κωδικοποιημένες απαντήσεις. Οι απαντήσεις καταγράφονταν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης από την ερευνητική ομάδα, η οποία έθετε τις ερωτήσεις με κατάλληλο τρόπο, ώστε να αποφεύγονται λάθη κατανόησης και να μειώνεται η πιθανότητα ψευδούς απαντήσεων.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και η συνέντευξη περίπου διάρκειας 15-20 λεπτά.

8. ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Μια σωστή έρευνα πρέπει να συμμορφώνεται με τα ηθικά και νομικά κριτήρια της επιστημονικής έρευνας. Ωστόσο, η διατήρηση ισορροπίας ανάμεσα στην υποχρέωση εκτέλεσης πολύτιμων έργων και στην υποχρέωση φρούρησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων δεν είναι εύκολο έργο.

Πορευτήκαμε σύμφωνα με τον κώδικα της Νυρεμβέργης και την διακήρυξη του Ελσίνκι που επισημαίνουν πως σε όλες τις έρευνες με ανθρώπους πρέπει να προστατεύονται 4 βασικά δικαιώματα από ηθικής απόψεως :

1. Το δικαίωμα να μην υποστεί ο άνθρωπος βλάβη φυσική, συγκινησιακή, οικονομική και κοινωνική.
2. Το δικαίωμα για πλήρη διαφάνεια.
3. Το δικαίωμα να αποφασίζει για τον εαυτό του.
4. Το δικαίωμα για ιδιαιτερότητα ανωνυμία και εχεμύθεια.

Η ηθική έρευνα προστατεύει τα παραπάνω ανθρώπινα δικαιώματα, έχει όμως και μια σειρά ευρύτερων χαρακτηριστικών που είναι:

1. Επιστημονική αντικειμενικότητα.
2. Εντιμότητα στην αναγνώριση της συνεισφοράς άλλων στην έρευνα.
3. Λεπτότητα στην εφαρμογή των διαδικασιών ώστε να προστατεύονται τα ανθρώπινα δικαιώματα.
4. Διαφάνεια στην έκθεση σκοπού, διαδικασιών μεθόδων και ευρημάτων.
5. Αποκάλυψη των πηγών των οικονομικών πόρων.
6. Διερεύνηση του σώματος του επιστημονικής γνώσης της Νοσηλευτικής μέσω δημοσιεύσεων και παρουσιάσεων των ερευνητικών ευρημάτων.

Στην μελέτη μας δεν προκύπτουν ηθικά και οικονομικά ζητήματα για τον ασθενή, την ιατρική του παρακολούθηση, την οικογενειακή και κοινωνική του ζωή. Τα στοιχεία που συλλέγονται είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την διεκπεραίωση της συγκεκριμένης μελέτης. (Σαχίνη, Καρδάση 1991)

Το ιατρικό και νοσηλεύτικο έργο δεν παρεμποδίζονται ενώ ο ασθενής δεν δεσμεύεται να συμμετέχει στην μελέτη με κανένα λόγο, μέσο ή τρόπο.

9.ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας ήταν μια πολυπαραγοντική ανάλυση (multivariate analysis) με σκοπό να εκτιμηθεί η συσχέτιση διαφόρων παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και ο τόπος διαμονής με τις σημαντικότερες δυσκολίες που προκύπτουν από τη χημειοθεραπεία και τον καρκίνο, και ο βαθμός ικανοποίησης των ατόμων αυτών από τη νοσηλευτική φροντίδα που του παρέχεται.

Στην έρευνα έλαβε μέρος δείγμα 80 ογκολογικών ασθενών που προσήλθαν για χημειοθεραπεία στα ογκολογικά τμήματα του Γ.Ν. «Α.Α» Πάτρας και το αντικαρ. Ν. Αθήνας «Α.Α.». Για το σκοπό αυτό αρχικά πραγματοποιήθηκε μια περιγραφική ανάλυση (descriptive analysis) για όλες τις παραμέτρους. Στη συνέχεια έγιναν συσχετίσεις των παραμέτρων.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με έναν ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το STATISTICA for Windows.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου.

Τέλος για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από :

1. R (συντελεστής συσχέτισης)
2. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (P)

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μια διαφορά αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα $p < 0,05$.

Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρηθεισών διαφορών μεταξύ των τιμών των απαντήσεων των εξεταζομένων ομάδων, οι οποίες και ήταν μη παραμετρικές, ήταν το χ^2 (Chi-square test).

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από τη έρευνα μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

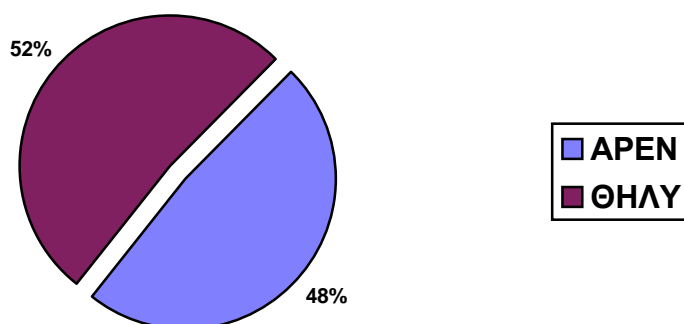
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|----------|---------|---------|
| ΘΗΛΥ | 42 | 52 % |
| ΑΡΡΕΝ | 38 | 48 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες.

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο

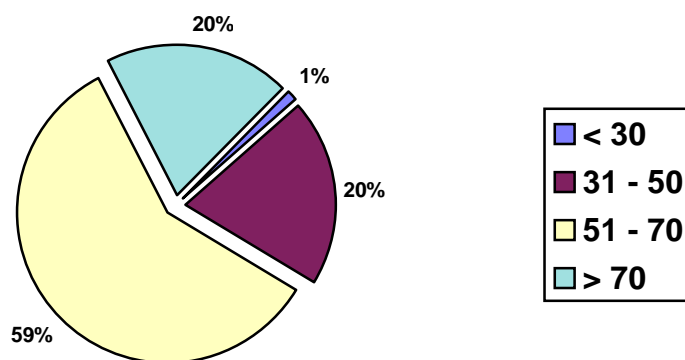


ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-----------|---------|---------|
| < 30 | 1 | 1 % |
| 31 εως 50 | 16 | 20 % |
| 51 εως 70 | 47 | 59 % |
| > 70 | 16 | 20 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας 51 έως 70 ετών.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

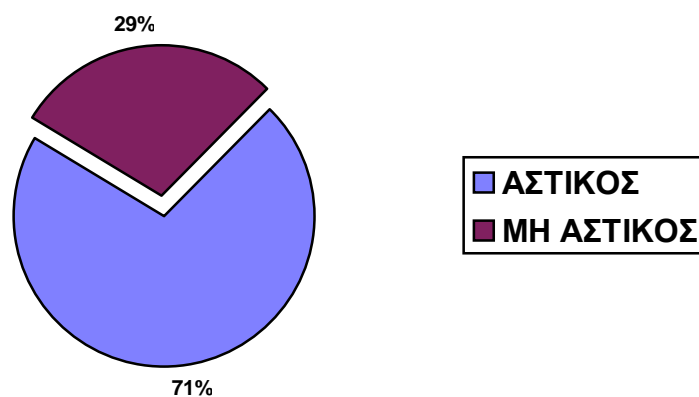


ΠΙΝΑΚΑΣ 3α : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το τόπο διαμονής

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|------------|---------|---------|
| ΑΣΤΙΚΟΣ | 57 | 71 % |
| ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ | 23 | 29 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κατοικούσαν σε αστικά κέντρα.

ΣΧΗΜΑ 3α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με τη διαμονή τους.

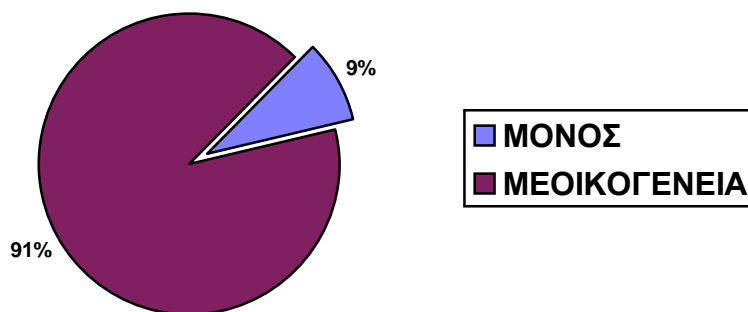


ΠΙΝΑΚΑΣ 3β : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την διαμονή τους

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------|---------|---------|
| ΜΟΝΟΣ | 7 | 9 % |
| ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ | 73 | 91 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα διέμεναν με την οικογένειά τους.

ΣΧΗΜΑ 3β: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με τη διαμονή τους.

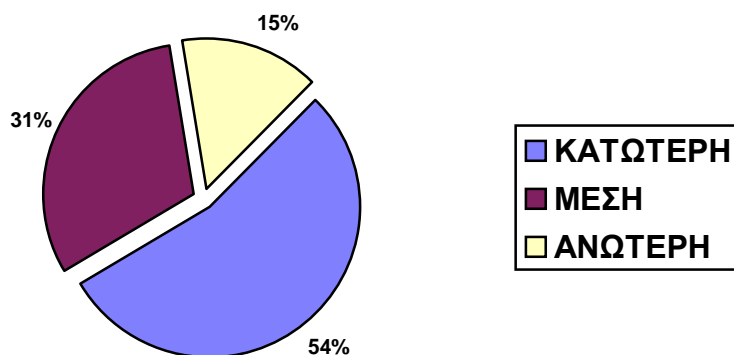


ΠΙΝΑΚΑΣ 4 : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευσή τους.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|----------|---------|---------|
| ΚΑΤΩΤΕΡΗ | 43 | 54 % |
| ΜΕΣΗ | 25 | 31 % |
| ΑΝΩΤΕΡΗ | 12 | 15 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν επιπέδου κατώτερης εκπαίδευσης.

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευσή.

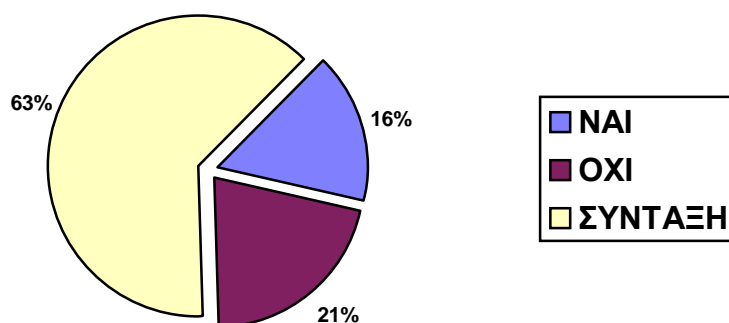


ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν εργάζονται

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|----------|---------|---------|
| ΝΑΙ | 13 | 16 % |
| ΟΧΙ | 17 | 21 % |
| ΣΥΝΤΑΞΗ | 50 | 63 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν συνταξιούχοι.

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την εργασία τους

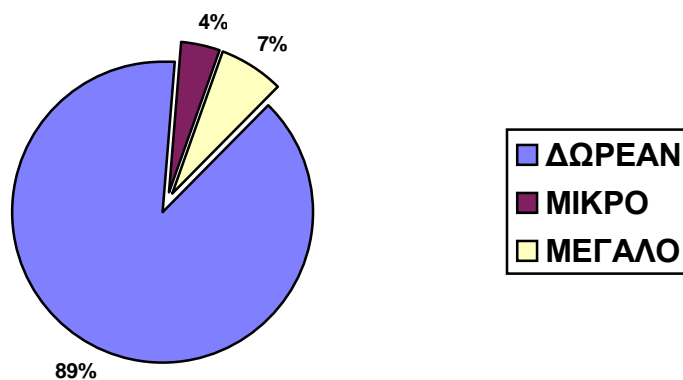


ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το κόστος της νοσηλείας-θεραπείας τους.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|----------|---------|---------|
| ΔΩΡΕΑΝ | 71 | 89 % |
| ΜΙΚΡΟ | 3 | 4 % |
| ΜΕΓΑΛΟ | 6 | 7 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν πλήρη ασφαλιστική κάλυψη όσον αφορά το κόστος της θεραπείας τους.

ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με κόστος της νοσηλείας-θεραπείας τους.



ΠΙΝΑΚΑΣ 7 : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την ικανοποίηση τους όσον αφορά την

A. Σωματική κατάσταση τους

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------------|----------------|----------------|
| ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 3 | 4 % |
| ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 16 | 20 % |
| ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | 24 | 30 % |
| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 27 | 34 % |
| ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 5 | 6 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 5 | 6 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ικανοποιημένοι από την σωματική τους κατάσταση.

B. Ψυχολογική κατάσταση τους

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------------|----------------|----------------|
| ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 4 | 5 % |
| ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 27 | 33 % |
| ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | 23 | 28 % |
| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 20 | 25 % |
| ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 6 | 7 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν απογοητευμένοι ψυχολογικά.

Γ. Απόδοσή τους στην εργασία

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------------|----------------|----------------|
| ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 22 | 28 % |
| ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 3 | 4 % |
| ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | 4 | 5 % |

| | | |
|---------------------|----|-------|
| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 1 | 1 % |
| ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 20 | 25 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 30 | 35 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν πολύ απογοητευμένοι σε σχέση με την απόδοσή τους στην εργασία τους, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό δεν απάντησε στην ερώτηση.

Δ. Οικονομική τους κατάσταση

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------------|---------|---------|
| ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 9 | 11 % |
| ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 14 | 18 % |
| ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | 31 | 39 % |
| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 15 | 19 % |
| ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 4 | 5 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 7 | 8 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν σε μία ουδέτερη κατάσταση όσον αφορά τα οικονομικά τους.

Ε. Οικογενειακή τους ζωή

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------------|---------|---------|
| ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 1 | 1 % |
| ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 4 | 5 % |
| ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | 2 | 3 % |
| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 23 | 29 % |
| ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 44 | 55 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 6 | 7 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν πολύ ικανοποιημένοι από την οικογενειακή τους ζωή.

ΣΤ. Εμφάνισή τους

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------------|---------|---------|
| ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 8 | 10 % |
| ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 9 | 11 % |
| ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | 15 | 19 % |
| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 19 | 24 % |
| ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 12 | 15 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 17 | 21 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

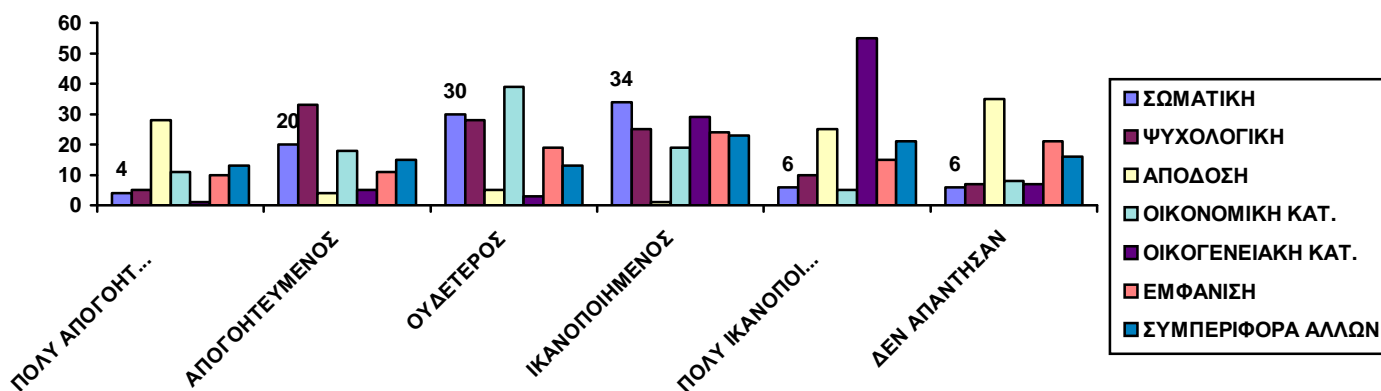
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ικανοποιημένοι από την εμφάνισή τους.

Ζ. Την συμπεριφορά των γύρω τους

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------------|---------|---------|
| ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 10 | 13 % |
| ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 12 | 15 % |
| ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | 10 | 13 % |
| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 18 | 23 % |
| ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 17 | 21 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 13 | 16 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ικανοποιημένοι ή και πολύ ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά των γύρω τους.

ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την ικανοποίησή τους σε μιά σειρά θέματα που αφορούν την γενική τους κατάσταση

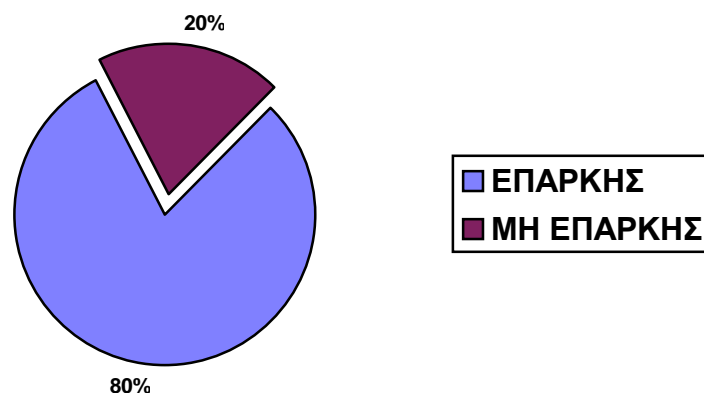


ΠΙΝΑΚΑΣ 8 : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την βοήθεια που προσφέρει η οικογένειά τους.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-------------|---------|---------|
| ΟΧΙ ΕΠΑΡΚΗΣ | 16 | 20 % |
| ΕΠΑΡΚΗΣ | 64 | 80 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν επαρκή υποστήριξη από την οικογένειά τους.

ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την υποστήριξη της οικογένειας



ΠΙΝΑΚΑΣ 9 . Κατανομή απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την ικανοποίησή τους από :

A. Την ατμόσφαιρα στο θάλαμο νοσηλείας τους

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------------|----------------|----------------|
| ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 2 | 3 % |
| ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 2 | 3 % |
| ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | 8 | 9 % |
| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 18 | 22 % |
| ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 47 | 59 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 3 | 4 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν πολύ ικανοποιημένοι από την ατμόσφαιρα στο θάλαμο νοσηλείας τους.

B. Τις γνώσεις που προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------------|----------------|----------------|
| ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 1 | 1 % |
| ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 1 | 1 % |
| ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | 5 | 6 % |
| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 24 | 30 % |
| ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 45 | 56 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 4 | 6 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν πολύ ικανοποιημένοι από τις γνώσεις που τους προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό

Γ. Από την οργάνωση του νοσηλευτικού προσωπικού.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------------|----------------|----------------|
| ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 1 | 1 % |
| ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 1 | 1 % |
| ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | 1 | 1 % |
| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 30 | 38 % |
| ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 44 | 55 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 3 | 4 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν πολύ ικανοποιημένοι από την οργάνωση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Δ. Από τις ικανότητες του προσωπικού στην νοσηλεία τους

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------------|----------------|----------------|
| ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 0 | 0 % |
| ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 1 | 1 % |
| ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | 0 | 0 % |
| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 31 | 39 % |
| ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 44 | 55 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 4 | 5 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

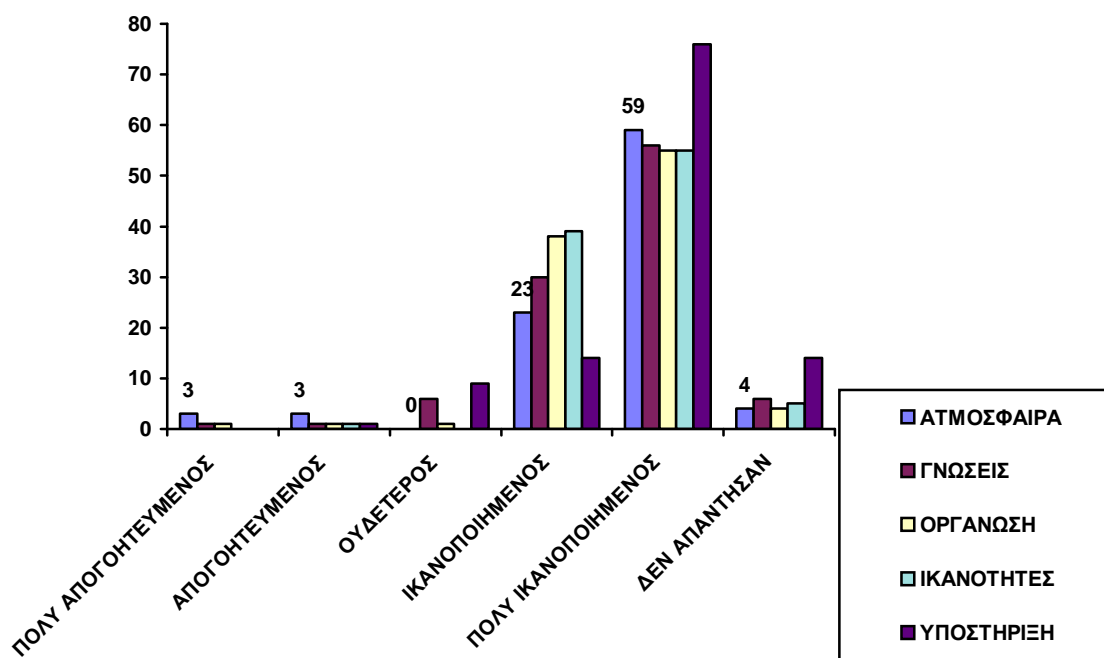
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν πολύ ικανοποιημένοι από τις ικανότητες του προσωπικού όσον αφορά την νοσηλεία τους.

Ε. Την ψυχολογική υποστήριξη που τους προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------------|---------|---------|
| ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 0 | 0 % |
| ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 1 | 1 % |
| ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | 7 | 9 % |
| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 11 | 14 % |
| ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 61 | 76 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν πολύ ικανοποιημένοι από την ψυχολογική υποστήριξη που τους προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό

ΣΧΗΜΑ 9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την ικανοποίησή τους σε μια σειρά θέματα που αφορούν την ποιότητα των υπηρεσιών που τους προσφέρονται



ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την αξιολόγηση του εαυτού τους σχετικά με :

A. Ποιότητα-ποσότητα τροφής

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-----------------|----------------|----------------|
| ΟΧΙ ΚΑΛΑ | 20 | 25 % |
| ΚΑΛΑ | 27 | 34 % |
| ΠΟΛΥ ΚΑΛΑ | 29 | 36 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 4 | 5 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα αξιολογούν τον εαυτό τους σε πολύ καλή κατάσταση όσον αφορά την διατροφή τους

B. Ατομική-στοματική υγιεινή

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-----------------|----------------|----------------|
| ΟΧΙ ΚΑΛΑ | 6 | 8 % |
| ΚΑΛΑ | 26 | 33 % |
| ΠΟΛΥ ΚΑΛΑ | 46 | 58 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 4 | 5 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα αξιολογούν τον εαυτό τους σε καλή κατάσταση όσον αφορά την ατομική τους υγιεινή

Γ. Σωματική άσκηση

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-----------------|----------------|----------------|
| ΟΧΙ ΚΑΛΑ | 35 | 44 % |
| ΚΑΛΑ | 18 | 23 % |
| ΠΟΛΥ ΚΑΛΑ | 24 | 30 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 3 | 4 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

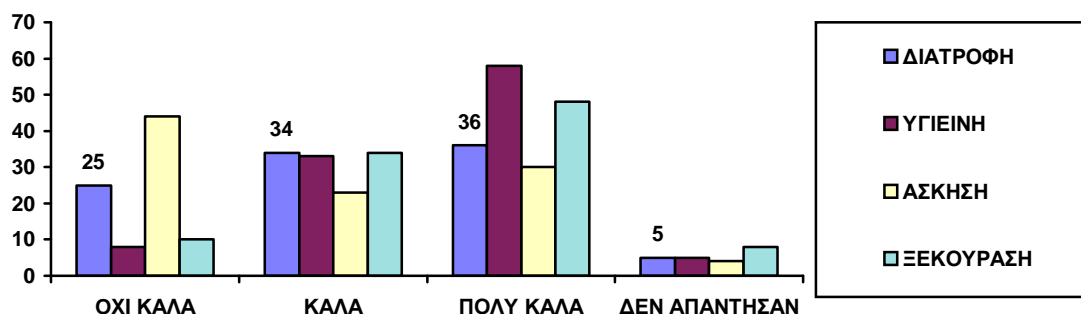
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα αξιολογούν τον εαυτό τους σε όχι καλή κατάσταση όσον αφορά την σωματική τους άσκηση

Δ. Την ξεκούραση

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-----------------|----------------|----------------|
| ΟΧΙ ΚΑΛΑ | 8 | 10 % |
| ΚΑΛΑ | 27 | 34 % |
| ΠΟΛΥ ΚΑΛΑ | 38 | 48 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 7 | 8 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα αξιολογούν τον εαυτό τους σε πολύ καλή κατάσταση όσον αφορά την ξεκούρασή τους.

ΣΧΗΜΑ 11: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την εργασία τους

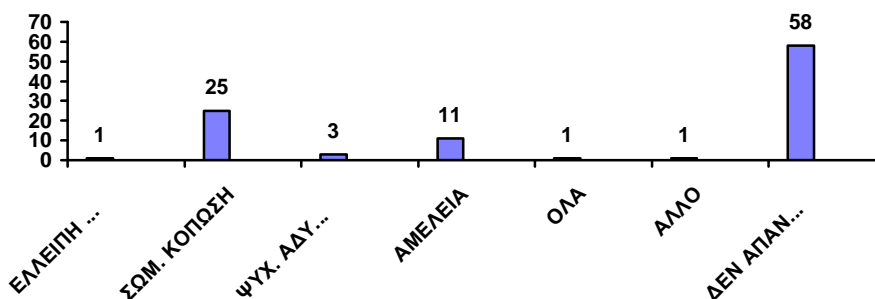


ΠΙΝΑΚΑΣ 11 : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την αιτία της μη ανταπόκρισής τους στις οδηγίες του προσωπικού

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-------------------|---------|---------|
| ΕΛΛΕΙΠΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ | 1 | 1 % |
| ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ | 20 | 25 % |
| ΨΥΧΙΚΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ | 2 | 3 % |
| ΑΜΕΛΕΙΑ | 9 | 11 % |
| ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ | 1 | 1 % |
| ΑΛΛΟ | 1 | 1 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 46 | 58 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα αποδίδουν στην σωματική τους κόπωση την μη καλή ανταπόκριση τους στις οδηγίες του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ δεν απάντησε το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών.

ΣΧΗΜΑ 11: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την αιτία της ανταπόκρισής τους στις οδηγίες του προσωπικού.



ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την γενική τους κατάσταση και πιο ειδικά εάν παρουσιάζουν τα παρακάτω συμπτώματα:

A. Ναυτία

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------|---------|---------|
| ΣΥΧΝΑ | 34 | 42 % |
| ΣΠΑΝΙΑ | 15 | 19 % |
| ΠΟΤΕ | 26 | 33 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 5 | 6 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα παρουσίαζαν συχνά Ναυτία

B. Εμετος

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------|---------|---------|
| ΣΥΧΝΑ | 29 | 36 % |
| ΣΠΑΝΙΑ | 18 | 23 % |
| ΠΟΤΕ | 25 | 31 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 8 | 10 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα παρουσίαζαν συχνά έμετο

Γ. Αδυναμία

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-----------------|----------------|----------------|
| ΣΥΧΝΑ | 54 | 68 % |
| ΣΠΑΝΙΑ | 12 | 15 % |
| ΠΟΤΕ | 10 | 12 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 4 | 5 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 10 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα παρουσίαζαν συχνά αδυναμία

Δ. Κόπωση

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-----------------|----------------|----------------|
| ΣΥΧΝΑ | 56 | 70 % |
| ΣΠΑΝΙΑ | 9 | 11 % |
| ΠΟΤΕ | 11 | 14 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 4 | 5 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα παρουσίαζαν συχνά κόπωση

Ε. Ξηροστομία

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-----------------|----------------|----------------|
| ΣΥΧΝΑ | 25 | 31 % |
| ΣΠΑΝΙΑ | 22 | 28 % |
| ΠΟΤΕ | 31 | 39 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 2 | 2 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν παρουσίαζαν ποτέ ξηροστομία.

ΣΤ. Στοματίτιδα

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-----------------|----------------|----------------|
| ΣΥΧΝΑ | 14 | 18 % |
| ΣΠΑΝΙΑ | 14 | 18 % |
| ΠΟΤΕ | 46 | 58 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 4 | 5 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν παρουσίαζαν ποτέ στοματίτιδα

Ζ. Ανορεξία

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-----------------|----------------|----------------|
| ΣΥΧΝΑ | 41 | 51 % |
| ΣΠΑΝΙΑ | 17 | 21 % |
| ΠΟΤΕ | 22 | 28 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 0 | 0 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα παρουσίαζαν συχνά ανορεξία

Η. Διαταραχές γεύσης

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-----------------|----------------|----------------|
| ΣΥΧΝΑ | 32 | 40 % |
| ΣΠΑΝΙΑ | 11 | 13 % |
| ΠΟΤΕ | 35 | 44 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 2 | 3 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν παρουσίαζαν ποτέ διαταραχές γεύσης.

Θ. Δυσκαταποσία

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-----------------|----------------|----------------|
| ΣΥΧΝΑ | 9 | 11 % |
| ΣΠΑΝΙΑ | 8 | 10 % |
| ΠΟΤΕ | 59 | 74 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 4 | 5 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν παρουσίαζαν ποτέ δυσκαταποσία

Ι. Πόνο

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-----------------|----------------|----------------|
| ΣΥΧΝΑ | 18 | 23 % |
| ΣΠΑΝΙΑ | 21 | 26 % |
| ΠΟΤΕ | 38 | 48 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 3 | 4 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

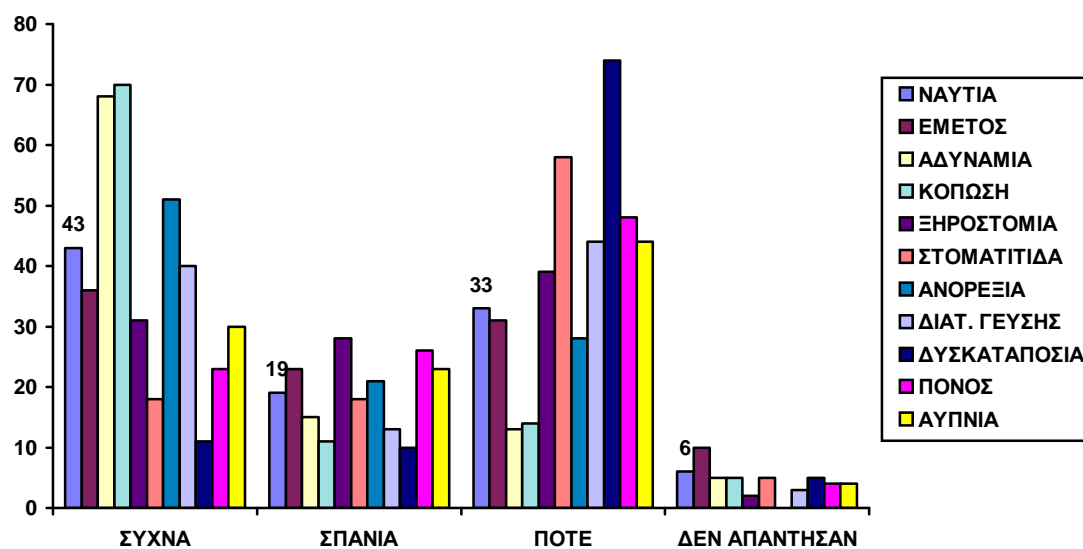
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν παρουσίαζαν ακόμη πόνο

ΙΑ. Αϋπνία

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-----------------|----------------|----------------|
| ΣΥΧΝΑ | 24 | 30 % |
| ΣΠΑΝΙΑ | 18 | 23 % |
| ΠΟΤΕ | 35 | 44 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 3 | 4 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν παρουσίαζαν συχνά αϋπνίες.

ΣΧΗΜΑ 12: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με τα συμπτώματα που παρουσίαζαν.

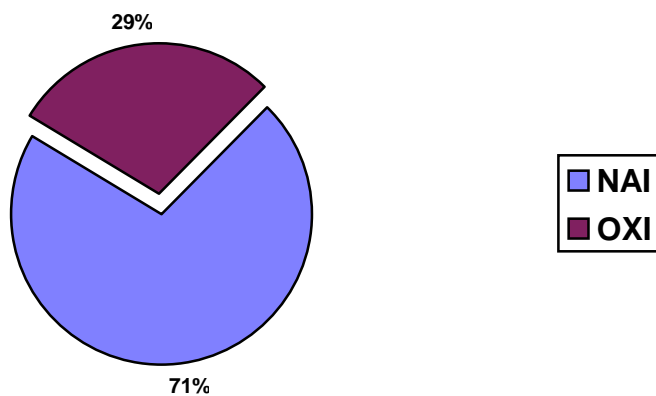


ΠΙΝΑΚΑΣ 13α : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν παρατήρησαν πτώση μαλλιών στον εαυτό τους

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|----------|---------|---------|
| ΝΑΙ | 57 | 71 % |
| ΟΧΙ | 23 | 29 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα παρατήρησαν πτώση μαλλιών στον εαυτό τους

ΣΧΗΜΑ 13α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν παρατήρησαν πτώση μαλλιών στον εαυτό τους

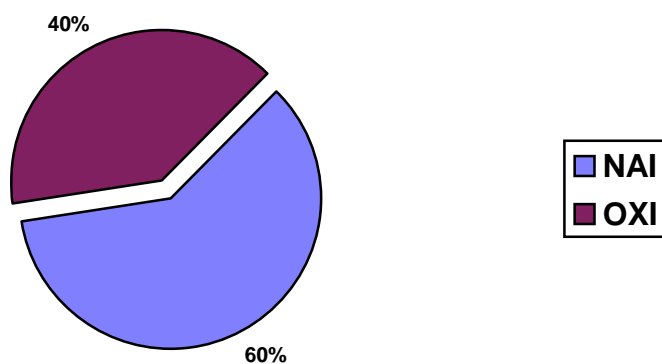


ΠΙΝΑΚΑΣ 13β : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν παρατήρησαν απώλεια βάρους.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|----------|---------|---------|
| ΝΑΙ | 48 | 60 % |
| ΟΧΙ | 32 | 40 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα παρατήρησαν απώλεια βάρους στον εαυτό τους.

ΣΧΗΜΑ 13β: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με την απώλεια βάρους

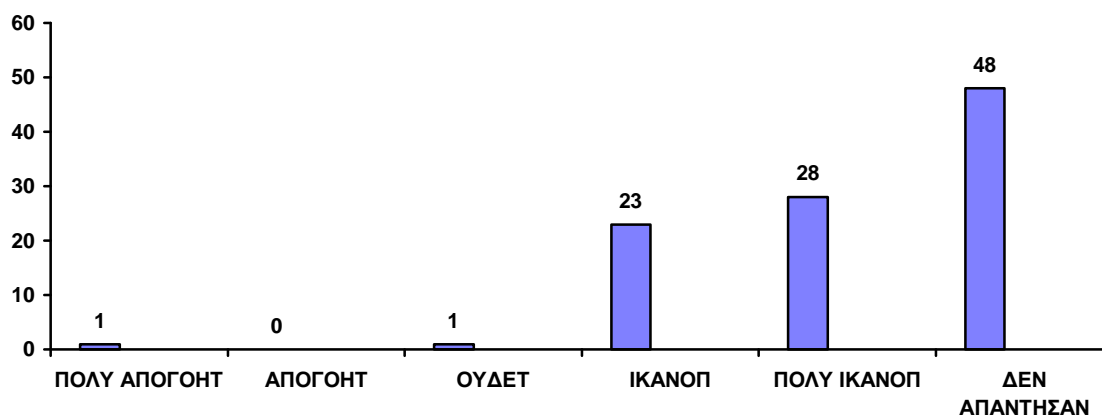


ΠΙΝΑΚΑΣ 14α : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι ικανοποιημένοι από την ταχύτητα ανταπόκρισης του νοσηλευτικού προσωπικού

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------------|---------|---------|
| ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 1 | 1 % |
| ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 0 | 0 % |
| ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | 1 | 1 % |
| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 18 | 23 % |
| ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 22 | 28 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 38 | 48 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είναι πολύ ικανοποιημένοι από την ταχύτητα ανταπόκρισης του νοσηλευτικού προσωπικού

ΣΧΗΜΑ 14α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι ικανοποιημένοι από την ταχύτητα ανταπόκρισης του νοσηλευτικού προσωπικού

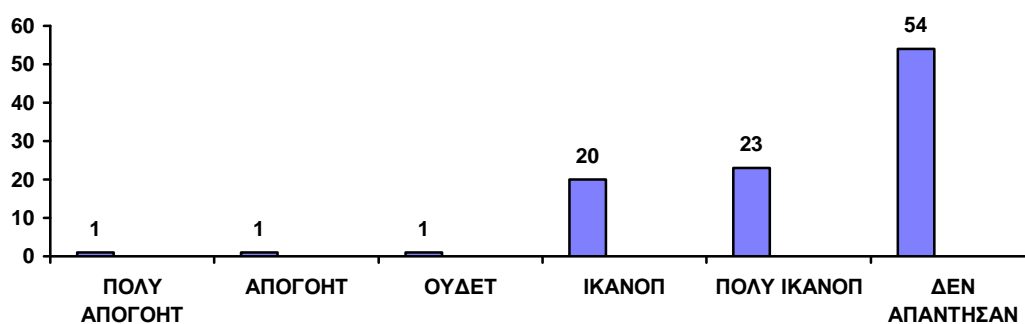


ΠΙΝΑΚΑΣ 14β : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι ικανοποιημένοι από την λήψη των κατάλληλων μέτρων ανακούφισής τους από το νοσηλευτικό προσωπικό.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------------|---------|---------|
| ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 1 | 1 % |
| ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | 1 | 1 % |
| ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | 1 | 1 % |
| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 16 | 20 % |
| ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | 18 | 23 % |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 43 | 54 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 % |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είναι πολύ ικανοποιημένοι από την λήψη των κατάλληλων μέτρων ανακούφισής τους από το νοσηλευτικό προσωπικό

ΣΧΗΜΑ 14β: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων είναι ικανοποιημένοι από την λήψη των κατάλληλων μέτρων ανακούφισής τους από το νοσηλευτικό προσωπικό

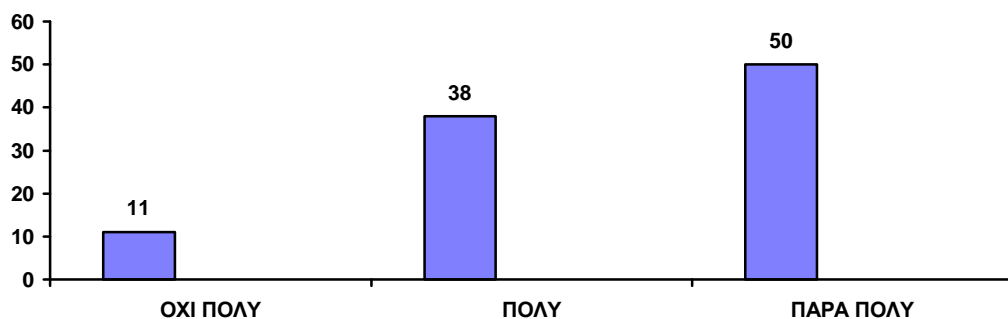


ΠΙΝΑΚΑΣ 15 : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το κατά πόσο καλύπτονται οι ανάγκες τους για ξεκούραση

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------|---------|---------|
| ΟΧΙ ΠΟΛΥ | 9 | 12 |
| ΠΟΛΥ | 31 | 38 |
| ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ | 40 | 50 |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 0 | 0 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 80 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καλύπτονται ικανοποιητικά οι ανάγκες τους για ξεκούραση.

ΣΧΗΜΑ 15: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με κατά πόσο καλύπτονται οι ανάγκες τους για ξεκούραση



ΠΙΝΑΚΑΣ 16 : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το σημαντικότερο πρόβλημα που θεωρούν ότι αντιμετωπίζουν.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|----------------------------|----------------|----------------|
| ΦΟΒΟΣ | 7 | 9 |
| ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ | 5 | 6 |
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΑΝΑΣΤΑΤΩΣΗ | 4 | 5 |
| ΕΜΕΤΟΣ | 8 | 10 |
| ΠΟΝΟΣ | 10 | 13 |
| ΝΑΥΤΙΑ | 4 | 5 |
| ΑΔΥΝΑΜΙΑ | 15 | 19 |
| ΑΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΥΡΙΟ | 9 | 11 |
| ΠΤΩΣΗ ΜΑΛΛΙΩΝ | 11 | 14 |
| ΚΟΠΩΣΗ | 14 | 18 |
| ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ | 9 | 11 |
| Η ΙΔΙΑ Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ | 8 | 10 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα αντιμετωπίζουν είναι η γενική κατάπτωση και η αδυναμία που νοιώθουν...

Β. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Συσχέτιση των απαντήσεων του φύλου και της ηλικίας 80 ερωτηθέντων με την προσωπική τους ικανοποίηση σε θέματα που αφορούν τη γενική τους κατάσταση και την ζωή τους.

| ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ | | | ΗΛΙΚΙΑ | | | | ΣΥΝΟΛΟ | P |
|----------------------|---------------------|---------|--------|-------|---------|--------|--------|------|
| | | | ΦΥΛΟ | < 30 | 31 - 50 | 51- 70 | | |
| ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 1 % | 1 % | 0 % | 2 % | 0.6 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 1 % | 1 % | 0 % | | |
| | ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0.1 % | 2 % | 6.9 % | 3 % | 12 % | 0.09 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0.1 % | 2 % | 4.9 % | 1 % | | |
| | ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0.1 % | 3 % | 11.9 % | 2 % | 17 % | 0.3 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0.2 % | 1 % | 9.8 % | 2 % | | |
| | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0.1 % | 2 % | 16.9 % | 1 % | 20 % | 0.2 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0.1 % | 1 % | 9.9 % | 3 % | | |
| | ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0.2 % | 1 % | 0 % | 1 % | 2 % | 0.7 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0.0 % | 2 % | 1 % | 1 % | | |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | ΑΝΔΡΑΣ | 0.1 % | 2 % | 1.9 % | 0 % | 4 % | 0.4 | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0.1 % | 2 % | 0 % | 0 % | | | |
| ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 1 % | 1 % | 0 % | 2 % | 0.6 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 1 % | 1 % | 1 % | | |
| | ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 1 % | 2 % | 12 % | 2 % | 17 % | 0.3 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 2 % | 9 % | 2 % | | |
| | ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 2 % | 8 % | 2 % | 12 % | 0.5 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 1 % | 13 % | 2 % | | |
| | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 1 % | 7 % | 2 % | 10 % | 0.3 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 2 % | 12 % | 1 % | | |
| | ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 2 % | 0 % | 1 % | 3 % | 0.6 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 2 % | 0 % | 2 % | | |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0.8 | |

| | | | | | | | | |
|------------------------|---------------------|---------|-----|-------|------|-------|-------|--------|
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | |
| ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ | ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 2 % | 14 % | 2 % | 18% | 0.1 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 3 % | 4 % | 3 % | 10 % | |
| | ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 1 % | 1 % | 0 % | 2 % | 0.03 * |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 1 % | 1 % | 0 % | 0 % | 2 % | |
| | ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 1 % | 2 % | 1 % | 4 % | 0.7 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 0% | 1 % | 0 % | 1 % | |
| | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0.5 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 0 % | 1 % | 0 % | 1 % | |
| | ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 1 % | 12 % | 2 % | 15 % | 0.6 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 1 % | 7 % | 2 % | 10 % | |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 4 % | 9 % | 5 % | 18 % | 0.08 | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 4 % | 8 % | 5 % | 17 % | | |
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 1 % | 0 % | 0 % | 1 % | 0.1 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | |
| | ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 0 % | 2 % | 1 % | 3 % | 0.4 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 0 % | 1 % | 1 % | 2 % | |
| | ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 0.5 % | 1 % | 0 % | 1.5 % | 0.2 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 0.5 % | 0 % | 1.5 % | 1.5 % | |
| | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 1 % | 3 % | 5 % | 5 % | 14 % | 0.4 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 3 % | 5 % | 7 % | 15 % | |
| | ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 4 % | 10 % | 11 % | 25 % | 0.6 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 2 % | 15 % | 13 % | 30 % | |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 3 % | 0 % | 0 % | 3 % | 0.3 | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 3 % | 1 % | 0 % | 4 % | | |
| ΕΜΦΑΝΙΣΗ | ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 1 % | 1 % | 1 % | 3 % | 0.5 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 1 % | 4 % | 2 % | 7 % | |
| | ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 2 % | 2 % | 2 % | 6 % | 0.2 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 1 % | 3 % | 1 % | 5 % | |
| | ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 2 % | 4 % | 3 % | 9% | 0.1 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 1 % | 3 % | 5 % | 1 % | 10 % | |
| | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 3 % | 6 % | 5 % | 14 % | 0.1 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 2 % | 4 % | 4 % | 10 % | |
| | ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 2 % | 3 % | 2 % | 7 % | 0.1 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 2 % | 4 % | 2 % | 8 % | |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 3 % | 3 % | 5 % | 11 % | 0.3 | |

| | | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------|---------|-----|-----|-----|-----|------|-----|
| ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΓΥΡΩ | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 3 % | 3 % | 4 % | 10 % | |
| | ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 2 % | 3 % | 1 % | 6 % | 0.5 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 2 % | 4 % | 1 % | 7 % | |
| | ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 3 % | 3 % | 2 % | 8 % | 0.3 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 1 % | 3 % | 3 % | 7 % | |
| | ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 2 % | 2 % | 2 % | 6 % | 0.4 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 2 % | 4 % | 1 % | 7 % | |
| | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 3 % | 6 % | 3 % | 12 % | 0.5 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 1 % | 3 % | 5 % | 2 % | 11 % | |
| | ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 3 % | 4 % | 2 % | 9 % | 0.3 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 4 % | 6 % | 2 % | 12 % | |
| | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | ΑΝΔΡΑΣ | 0 % | 2 % | 5 % | 2 % | 9 % | 0.2 |
| | | ΓΥΝΑΙΚΑ | 0 % | 1 % | 4 % | 2 % | 7 % | |

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Συσχέτιση των απαντήσεων του φύλου και του τύπου διαμονής 80 ερωτηθέντων με την ικανοποίησή τους σε θέματα που αφορούν το περιβάλλον του νοσοκομείου.

| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ | ΦΥΛΟ | ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ | | | | | | ΣΥΝΟΛΟ | P |
|--|---------|----------------|---------------------|----------------|-----------|----------------|---------------------|------------|--------|------|
| | | | ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | | |
| ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΑ ΘΑΛΑΜΟΥ | ΑΝΔΡΑΣ | ΑΣΤΙΚΟΣ | 1 % | 0 % | 2 % | 4 % | 12 % | 1 % | 18 % | 0.07 |
| | | ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ | 1 % | 1 % | 3 % | 6 % | 15 % | 1 % | 27 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | ΑΣΤΙΚΟΣ | 0.6 % | 0.5 % | 3 % | 5 % | 12 % | 1 % | 22.1 % | 0.3 |
| | | ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ | 0.4 % | 0.5 % | 1 % | 5 % | 20 % | 1 % | 27.9 % | |
| ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΓΝΩΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ | ΑΝΔΡΑΣ | ΑΣΤΙΚΟΣ | 0.2 % | 0.3 % | 0.3 % | 0.5 % | 0.2 % | 0 % | 1 % | 0.07 |
| | | ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ | 0.3 % | 0.2 % | 0.7 % | 0.5 % | 0.8 % | 1 % | 3.5 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | ΑΣΤΙΚΟΣ | 0.4 % | 0.5 % | 2 % | 14 % | 32 % | 3 % | 52 % | 0.3 |
| | | ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ | 0.1 % | 0.0 % | 3 % | 15 % | 23 % | 2 % | 48.1 % | |
| ΧΡΟΝΟΣ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ | ΑΝΔΡΑΣ | ΑΣΤΙΚΟΣ | 0.3 % | 0.2 % | 0.5 % | 9 % | 12 % | 1 % | 23 % | 0.08 |
| | | ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ | 0.2 % | 0.3 % | 0 % | 8 % | 13 % | 0 % | 21.5 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | ΑΣΤΙΚΟΣ | 0.2 % | 0.3 % | 0 % | 11 % | 17 % | 1 % | 29.5 % | 0.3 |
| | | ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ | 0.3 % | 0.2 % | 0.5 % | 10 % | 13 % | 1 % | 25 % | |
| ΕΠΙΔΕΞΙΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ | ΑΝΔΡΑΣ | ΑΣΤΙΚΟΣ | 0 % | 0.3 % | 0 % | 9 % | 10 % | 1 % | 20.3 % | 0.2 |
| | | ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ | 0 % | 0.2 % | 0 % | 10 % | 12 % | 1 % | 23.2 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | ΑΣΤΙΚΟΣ | 0 % | 0.1 % | 0 % | 8 % | 16 % | 1 % | 25.1 % | 0.8 |
| | | ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ | 0 % | 0.4 % | 0 % | 11 % | 17 % | 1 % | 29.4 % | |
| ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ | ΑΝΔΡΑΣ | ΑΣΤΙΚΟΣ | 0 % | 0.5 % | 2 % | 3 % | 18 % | 0 % | 23.5 % | 0.9 |
| | | ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ | 0 % | 0.5 % | 3 % | 4 % | 18 % | 0 % | 25.5 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | ΑΣΤΙΚΟΣ | 0 % | 0 % | 2 % | 5 % | 22 % | 0 % | 29 % | 0.09 |
| | | ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ | 0 % | 0 % | 2 % | 2 % | 18 % | 0 % | 22 % | |

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Συσχέτιση των απαντήσεων του φύλου και του μορφωτικού επιπέδου 80 ερωτηθέντων με την προσωπική τους ικανοποίηση σε θέματα που αφορούν την αυτοφροντίδα τους.

| ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ | ΦΥΛΟ | ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ | | | | ΣΥΝΟΛΟ | P |
|-----------------------------------|---------|-------------------------|-------------|------|-----------|---------------|--------|-----|
| | | | ΟΧΙ ΚΑΛΑ | ΚΑΛΑ | ΠΟΛΥ ΚΑΛΑ | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | | |
| ΠΟΙΟΤΗΤΑ – ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΤΡΟΦΗΣ | ΑΝΔΡΑΣ | Δ.Ε. | 3 % | 9 % | 8 % | 1 % | 21 % | 0.6 |
| | | Μ.Ε. | 3 % | 5 % | 6 % | 1 % | 15 % | |
| | | Α.Ε | 3 % | 1 % | 1 % | 0 % | 5 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | Δ.Ε | 7 % | 8 % | 8 % | 2 % | 25 % | 0.7 |
| | | Μ.Ε | 6 % | 7 % | 4 % | 1 % | 28 % | |
| | | Α.Ε | 3 % | 2 % | 5 % | 0 % | 10 % | |
| ΑΤΟΜΙΚΗ – ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ | ΑΝΔΡΑΣ | Δ.Ε. | 1 % | 5 % | 10 % | 1 % | 17 % | 0.3 |
| | | Μ.Ε. | 1 % | 6 % | 6 % | 1 % | 14 % | |
| | | Α.Ε | 2 % | 6 % | 5 % | 1 % | 14 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | Δ.Ε | 1 % | 5 % | 9 % | 1 % | 16 % | 0.4 |
| | | Μ.Ε | 1 % | 7 % | 7 % | 1 % | 16 % | |
| | | Α.Ε | 2 % | 7 % | 5 % | 0 % | 14 % | |
| ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ | ΑΝΔΡΑΣ | Δ.Ε. | 10 % | 5 % | 6 % | 1 % | 22 % | 0.2 |
| | | Μ.Ε. | 6 % | 4 % | 5 % | 1 % | 16 % | |
| | | Α.Ε | 6 % | 3 % | 4 % | 0 % | 13 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | Δ.Ε | 12 % | 5 % | 7 % | 0 % | 24 % | 0.2 |
| | | Μ.Ε | 6 % | 3 % | 5 % | 1 % | 15 % | |
| | | Α.Ε | 4 % | 4 % | 3 % | 1 % | 12 % | |
| ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | ΑΝΔΡΑΣ | Δ.Ε. | 4 % | 9 % | 8 % | 1 % | 22 % | 0.4 |
| | | Μ.Ε. | 1 % | 6 % | 7 % | 1 % | 15 % | |
| | | Α.Ε | 0 % | 3 % | 6 % | 1 % | 10 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | Δ.Ε | 3 % | 8 % | 12 % | 1 % | 24 % | 0.4 |
| | | Μ.Ε | 1 % | 5 % | 8 % | 2 % | 16 % | |
| | | Α.Ε | 1 % | 3 % | 7 % | 2 % | 11 % | |

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Συσχέτιση των απαντήσεων του φύλου και της ηλικίας 80 ερωτηθέντων με τα συμπτώματα που παρουσιάζουν κατά την διάρκεια της θεραπείας τους.

| ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ | ΦΥΛΟ | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ | ΗΛΙΚΙΑ | | | | ΣΥΝΟΛΟ | P |
|------------|---------|-----------|--------|--------|-------|------|--------|-----|
| | | | < 30 | 31- 50 | 51-70 | > 70 | | |
| ΝΑΥΤΙΑ | ΑΝΔΡΑΣ | ΣΥΧΝΑ | 0 % | 3 % | 15 % | 2 % | 20 % | 0.5 |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 1 % | 2 % | 4 % | 2 % | 9 % | |
| | | ΠΟΤΕ | 0 % | 0 % | 16 % | 1 % | 17 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | ΣΥΧΝΑ | 0 % | 2 % | 18 % | 2 % | 22 % | 0.3 |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 2 % | 5 % | 3 % | 10 % | |
| | | ΠΟΤΕ | 0 % | 1 % | 14 % | 1 % | 16 % | |
| ΕΜΕΤΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | ΣΥΧΝΑ | 1 % | 4 % | 8 % | 5 % | 18 % | 0.8 |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 3 % | 6 % | 3 % | 12 % | |
| | | ΠΟΤΕ | 0 % | 3 % | 12 % | 2 % | 17 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | ΣΥΧΝΑ | 0 % | 5 % | 9 % | 6 % | 18 % | 0.7 |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 3 % | 6 % | 2 % | 11 % | |
| | | ΠΟΤΕ | 0 % | 2 % | 10 % | 2 % | 14 % | |
| ΑΔΥΝΑΜΙΑ | ΑΝΔΡΑΣ | ΣΥΧΝΑ | 0 % | 3 % | 15 % | 3 % | 33 % | 0.5 |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 1 % | 2 % | 5 % | 2 % | 9 % | |
| | | ΠΟΤΕ | 0 % | 0 % | 10 % | 0 % | 6 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | ΣΥΧΝΑ | 0 % | 2 % | 17 % | 2 % | 35 % | 0.6 |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 2 % | 13 % | 2 % | 6 % | |
| | | ΠΟΤΕ | 0 % | 1 % | 10 % | 1 % | 6 % | |
| ΚΟΠΩΣΗ | ΑΝΔΡΑΣ | ΣΥΧΝΑ | 0 % | 4 % | 15 % | 4 % | 34 % | 0.7 |

| | | | | | | | | |
|-------------------|---------|--------|-----|-----|------|-----|------|------|
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 3 % | 5 % | 3 % | 6 % | 0.4 |
| | | ΠΟΤΕ | 1 % | 3 % | 10 % | 3 % | 7 % | |
| | | ΣΥΧΝΑ | 0 % | 5 % | 17 % | 5 % | 36 % | |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 3 % | 13 % | 3 % | 5 % | |
| | | ΠΟΤΕ | 0 % | 2 % | 10 % | 2 % | 7 % | |
| ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑ | ΑΝΔΡΑΣ | ΣΥΧΝΑ | 1 % | 3 % | 15 % | 2 % | 15 % | 0.6 |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 2 % | 4 % | 2 % | 14 % | |
| | | ΠΟΤΕ | 0 % | 0 % | 16 % | 1 % | 20 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | ΣΥΧΝΑ | 0 % | 2 % | 18 % | 2 % | 16 % | 0.5 |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 1 % | 2 % | 5 % | 3 % | 14 % | |
| ΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ | ΑΝΔΡΑΣ | ΣΥΧΝΑ | 1 % | 1 % | 4 % | 3 % | 9 % | 0.4 |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 3 % | 6 % | 3 % | 10 % | |
| | | ΠΟΤΕ | 0 % | 3 % | 12 % | 2 % | 28 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | ΣΥΧΝΑ | 1 % | 5 % | 9 % | 6 % | 9 % | 0.09 |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 0 % | 6 % | 2 % | 8 % | |
| ΑΝΟΡΕΞΙΑ | ΑΝΔΡΑΣ | ΣΥΧΝΑ | 0 % | 3 % | 19 % | 3 % | 25 % | 0.07 |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 1 % | 2 % | 5 % | 2 % | 10 % | |
| | | ΠΟΤΕ | 0 % | 0 % | 10 % | 0 % | 15 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | ΣΥΧΝΑ | 0 % | 7 % | 17 % | 2 % | 26 % | 0.6 |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 2 % | 9 % | 2 % | 11 % | |
| ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΕΥΣΗΣ | ΑΝΔΡΑΣ | ΣΥΧΝΑ | 0 % | 4 % | 15 % | 0 % | 19 % | 0.7 |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 3 % | 15 % | 2 % | 7 % | |
| | | ΠΟΤΕ | 0 % | 2 % | 16 % | 2 % | 20 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | ΣΥΧΝΑ | 0 % | 0 % | 20 % | 1 % | 21 % | 0.4 |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 2 % | 18 % | 2 % | 6 % | |
| ΔΥΣΚΑΤΑΠΟΣΙΑ | ΑΝΔΡΑΣ | ΣΥΧΝΑ | 0 % | 1 % | 14 % | 1 % | 6 % | 0.3 |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 4 % | 8 % | 5 % | 5 % | |
| | | ΠΟΤΕ | 1 % | 3 % | 6 % | 3 % | 37 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | ΣΥΧΝΑ | 0 % | 3 % | 12 % | 2 % | 5 % | 0.3 |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 5 % | 9 % | 6 % | 5 % | |
| ΠΟΝΟΣ | ΑΝΔΡΑΣ | ΣΥΧΝΑ | 0 % | 2 % | 10 % | 2 % | 12 % | 0.6 |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 3 % | 15 % | 3 % | 13 % | |

| | | | | | | | | |
|---------|---------|--------|-----|-----|------|-----|------|-----|
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | ΠΟΤΕ | 1 % | 2 % | 5 % | 2 % | 24 % | 0.6 |
| | | ΣΥΧΝΑ | 0 % | 0 % | 10 % | 0 % | 11 % | |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 2 % | 17 % | 2 % | 13 % | |
| | | ΠΟΤΕ | 0 % | 2 % | 13 % | 2 % | 24 % | |
| ΑΪΤΙΝΙΑ | ΑΝΔΡΑΣ | | 0 % | 1 % | 15 % | 1 % | 17 % | 0.5 |
| | | ΣΥΧΝΑ | | | | | | |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 2 % | 5 % | 3 % | 10 % | |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | ΠΟΤΕ | 1 % | 4 % | 10 % | 8 % | 23 % | 0.4 |
| | | ΣΥΧΝΑ | 0 % | 2 % | 7 % | 1 % | 13 % | |
| | | ΣΠΑΝΙΑ | 0 % | 0 % | 7 % | 4 % | 13 % | |
| | | ΠΟΤΕ | 0 % | 5 % | 10 % | 6 % | 21 % | |

ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Συσχέτιση των απαντήσεων της προσωπικής ικανοποίησης από την κατάστασή τους των 80 ερωτηθέντων με την ικανοποίησή τους από την αυτοφροντίδα τους.

| ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ | | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | | | | ΣΥΝΟΛΟ | P | |
|-----------------------|---------------------|---------------------------|----------|------|-----------|------------|-----|-----|
| | | | ΟΧΙ ΚΑΛΑ | ΚΑΛΑ | ΠΟΛΥ ΚΑΛΑ | ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | | |
| ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΤΡΟΦΗ | 0 % | 0 % | 1 % | 0 % | 1 % | 0.1 |
| | | ΥΓΕΙΝΗ | 0 % | 1 % | 0 % | 0 % | 1 % | |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 0 % | 0 % | 0 % | 1 % | 1 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 1 % | 0 % | 0 % | 0 % | 1 % | |
| | ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΤΡΟΦΗ | 2 % | 1 % | 1 % | 1 % | 5 % | 0.3 |
| | | ΥΓΕΙΝΗ | 1 % | 1 % | 1 % | 2 % | 5 % | |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 2 % | 2 % | 1 % | 1 % | 6 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 4 % | |
| | ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | ΤΡΟΦΗ | 2 % | 2 % | 2 % | 1 % | 7 % | 0.4 |
| | | ΥΓΕΙΝΗ | 1 % | 2 % | 1 % | 2 % | 6 % | |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 4 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 0 % | 1 % | 1 % | 1 % | 3 % | |
| | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΤΡΟΦΗ | 3 % | 2 % | 2 % | 2 % | 9 % | 0.5 |
| | | ΥΓΕΙΝΗ | 2 % | 2 % | 2 % | 2 % | 8 % | |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 2 % | 1 % | 2 % | 2 % | 7 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 1 % | 1 % | 2 % | 4 % | 8 % | |
| | ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΤΡΟΦΗ | 0 % | 0 % | 1 % | 1 % | 2 % | 0.4 |
| | | ΥΓΕΙΝΗ | 0 % | 0 % | 1 % | 0 % | 1 % | |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 0 % | 0 % | 1 % | 1 % | 2 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 0 % | 1 % | 0 % | 0 % | 1 % | |

| | | | | | | | | |
|----------------------|---------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΤΡΟΦΗ | 0 % | 0 % | 1 % | 0 % | 1 % | 0.2 |
| | ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 0 % | 1 % | 1 % | 0 % | 2 % | 0.1 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 1 % | 0 % | 0 % | 0 % | 1 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 0 % | 1 % | 0 % | 0 % | 1 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 2 % | 2 % | 2 % | 2 % | 8 % | |
| | ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 2 % | 1 % | 2 % | 2 % | 7 % | 0.5 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 2 % | 3 % | 2 % | 2 % | 9 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 2 % | 2 % | 2 % | 2 % | 8 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 1 % | 2 % | 2 % | 2 % | 7 % | |
| | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 2 % | 2 % | 2 % | 1 % | 7 % | 0.4 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 1 % | 1 % | 4 % | 3 % | 9 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 2 % | 2 % | 1 % | 1 % | 6 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 2 % | 2 % | 1 % | 1 % | 6 % | |
| | ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 2 % | 1 % | 1 % | 1 % | 5 % | 0.4 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 2 % | 1 % | 1 % | 3 % | 7 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 2 % | 2 % | 1 % | 1 % | 6 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 0 % | 0 % | 1 % | 1 % | 2 % | |
| | | ΥΓΕΙΝΗ | 1 % | 1 % | 0 % | 0 % | 2 % | |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 0 % | 1 % | 1 % | 1 % | 3 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 0 % | 0 % | 1 % | 1 % | 2 % | |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------|---------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ | ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΤΡΟΦΗ | 2 % | 3 % | 1 % | 1 % | 7 % | 0.5 |
| | ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 2 % | 2 % | 2 % | 1 % | 6 % | 0.6 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 1 % | 3 % | 2 % | 1 % | 7 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 1 % | 1 % | 2 % | 4 % | 8 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 1 % | 0 % | 0 % | 0 % | 1 % | |
| | ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 0 % | 1 % | 0 % | 0 % | 1 % | 0.2 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 0 % | 0 % | 1 % | 0 % | 1 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 0 % | 1 % | 0 % | 0 % | 1 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 0 % | 1 % | 0 % | 0 % | 1 % | |
| | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 0 % | 1 % | 1 % | 0 % | 2 % | |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 0 % | 1 % | 0 % | 0 % | 1 % | |

| | | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|------|------------|
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 0 % | 0 % | 1 % | 0 % | 1 % | - |
| | | ΤΡΟΦΗ | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | |
| | ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0.07 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 0 % | 1 % | 0 % | 0 % | 1 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 2 % | 2 % | 1 % | 1 % | 6 % | |
| | | ΥΓΕΙΝΗ | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 4 % | |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 2 % | 2 % | 2 % | 2 % | 8 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 2 % | 2 % | 2 % | 1 % | 7 % | |
| | | | | | | | | |
| ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΤΡΟΦΗ | 1 % | 0 % | 0 % | 1 % | 2 % | 0.3 |
| | ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 0 % | 1 % | 1 % | 1 % | 3 % | 0.7 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 1 % | 1 % | 2 % | 0 % | 4 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 1 % | 1 % | 0 % | 0 % | 2 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 4 % | |
| | ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 1 % | 4 % | 1 % | 1 % | 4 % | 0.4 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 1 % | 2 % | 2 % | 1 % | 6 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 4 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 2 % | 3 % | 4 % | 1 % | 10 % | |
| | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 2 % | 2 % | 3 % | 2 % | 9 % | 0.3 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 2 % | 2 % | 3 % | 4 % | 11 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 2 % | 3 % | 2 % | 2 % | 9 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 0 % | 0 % | 1 % | 1 % | 2 % | |
| | ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 0 % | 1 % | 1 % | 0 % | 4 % | 0.3 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 2 % | 2 % | 1 % | 1 % | 6 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | % | % | % | % | 7 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 0 % | 0 % | 1 % | 0 % | 1 % | |
| | | ΥΓΕΙΝΗ | 0 % | % | % | % | 1 % | |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 0 % | 1 % | 0 % | 1 % | 2 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 0 % | 0 % | 1 % | 0 % | 1 % | |
| | | | | | | | | |
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΖΩΗ | ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΤΡΟΦΗ | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | - |
| | | ΥΓΕΙΝΗ | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | |

| | | | | | | | | |
|-----------|------------------------|-----------|-----|-----|-----|------|------|--------|
| | ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΑΣΚΗΣΗ | 0 % | 1 % | 0 % | 0 % | 1 % | 0.4 |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 0 % | 1 % | 0 % | 0 % | 1 % | |
| | ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 0 % | 1 % | 0 % | 0 % | 1 % | - |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 0 % | 0 % | 1 % | 0 % | 1 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 0 % | 0 % | 1 % | 0 % | 2 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 0 % | 0 % | 1 % | 0 % | 1 % | |
| | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 0 % | 1 % | 0 % | 0 % | 1 % | 0.7 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 0 % | 0 % | 1 % | 0 % | 1 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 2 % | 2 % | 1 % | 2 % | 7 % | |
| | ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 2 % | 2 % | 3 % | 1 % | 8 % | 0.4 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 1 % | 3 % | 2 % | 2 % | 8 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 2 % | 2 % | 2 % | 0 % | 6 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 2 % | 5 % | 3 % | 3 % | 13 % | |
| | | ΥΓΕΙΝΗ | 3 % | 3 % | 4 % | 2 % | 12 % | |
| ΑΣΚΗΣΗ | | 3 % | 2 % | 2 % | 3 % | 10 % | | |
| ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | | 3 % | 4 % | 4 % | 3 % | 14 % | | |
| | | | | | | | | |
| ΕΜΦΑΝΙΣΗ | ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΤΡΟΦΗ | 0 % | 0 % | 1 % | 1 % | 2 % | 0.02 * |
| | ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 1 % | 0 % | 1 % | 1 % | 3 % | 0.04 * |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 1 % | 1 % | 2 % | 1 % | 5 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 1 % | 0 % | 1 % | 0 % | 2 % | |
| | ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0.3 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 1 % | 3 % | 2 % | 1 % | 7 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 1 % | 0 % | 0 % | 0 % | 1 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 1 % | 2 % | 1 % | 1 % | 5 % | |
| | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 1 % | 1 % | 2 % | 1 % | 5 % | 0.07 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 4 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 1 % | 2 % | 1 % | 1 % | 5 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 2 % | 1 % | 2 % | 1 % | 6 % | |
| | ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 1 % | 3 % | 2 % | 1 % | 7 % | 0.2 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 2 % | 2 % | 1 % | 0 % | 5 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 1 % | 1 % | 2 % | 1 % | 5 % | |
| ΤΡΟΦΗ | | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 4 % | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | ΥΓΕΙΝΗ | 0 % | 2 % | 1 % | 1 % | 4 % | |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 0 % | 1 % | 2 % | 0 % | 3 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 1 % | 1 % | 2 % | 1 % | 5 % | |
| | | | | | | | | |
| ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΓΥΡΩ ΤΟΥΣ | ΠΟΛΥ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΤΡΟΦΗ | 1 % | 1 % | 0 % | 0 % | 2 % | 0.8 |
| | ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 0 % | 1 % | 1 % | 1 % | 3 % | 0.7 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 4 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 0 % | 2 % | 2 % | 0 % | 4 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 1 % | 0 % | 3 % | 0 % | 4 % | |
| | ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 1 % | 0 % | 1 % | 1 % | 3 % | 0.6 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 4 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 1 % | 2 % | 1 % | 0 % | 4 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 1 % | 0 % | 0 % | 1 % | 2 % | |
| | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 1 % | 0 % | 1 % | 1 % | 3 % | 0.5 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 2 % | 2 % | 1 % | 1 % | 6 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 0 % | 1 % | 1 % | 0 % | 2 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 1 % | 0 % | 3 % | 2 % | 6 % | |
| | ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ | ΥΓΕΙΝΗ | 2 % | 1 % | 2 % | 2 % | 7 % | 0.3 |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 2 % | 2 % | 2 % | 2 % | 7 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 4 % | |
| | | ΤΡΟΦΗ | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 4 % | |
| | | ΥΓΕΙΝΗ | 2 % | 2 % | 0 % | 2 % | 6 % | |
| | | ΑΣΚΗΣΗ | 2 % | 1 % | 2 % | 2 % | 7 % | |
| | | ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 4 % | |
| | | | | | | | | |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να αναδείξει στοιχεία τα οποία θα βελτιώσουν τις παρεχόμενες νοσηλευτικές παρεμβάσεις και δεξιότητες για να βοηθηθούν περισσότερο οι αποδέκτες χημειοθεραπευμένοι ασθενείς για καλύτερη ποιότητα ζωής.

Δεν υπάρχουν πολλές μελέτες που να συγκρίνουν τα προσωπικά συναισθήματα και την ικανοποίηση που έχουν οι ογκολογικοί ασθενείς με την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα και την οικογενειακή και κοινωνική παροχή και βοήθεια που δέχονται οι ογκολογικοί ασθενείς, γι' αυτό θα στηριχθούμε περισσότερο σε υποθέσεις και θα αναλύσουμε τα αποτελέσματα και τις συσχετίσεις προκειμένου να δοθεί βοήθεια στο νοσηλευτικό προσωπικό να δημιουργήσει ποιοτικά, εξατομικευμένα πλάνα νοσηλευτικής φροντίδας για τους ογκολογικούς ασθενείς στην φάση που κάνουν χημειοθεραπεία.

Πιστεύουμε ότι θα συνεχιστεί η αναζήτηση της γνώσης και η περιγραφή των ειδικών προβλημάτων των συγκεκριμένων ασθενών με στόχους την βελτίωση και την ανάπτυξη της ποιότητας της Νοσηλευτικής παρέμβασης. Πιστεύουμε ότι η μελέτη θα δώσει ωφέλιμα στοιχεία και θα συμβάλει στην ανάπτυξη της Νοσηλευτικής Επιστήμης.

Κατηγοριοποίηση παραμέτρων ερωτηματολογίου

Προκειμένου οι νοσηλευτές να δημιουργήσουν εξατομικευμένα πλάνα νοσηλευτικής φροντίδας στους χημειοθεραπευόμενους ογκολογικούς ασθενείς, είναι απαραίτητο να γνωρίζουν την φυσική-σωματική και ψυχική κατάσταση του ασθενή, πόσο ο καρκίνος επηρεάζει τα συστήματα του οργανισμού, την υποδοχή των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τις οικογενειακές και κοινωνικές δομές του πληθυσμού της περιοχής καθώς και τις δυνατότητες των νοσηλευτών σχετικά με τις επιστημονικές γνώσεις και τις συνθήκες εργασίας. Επίσης, η γνώση των διαπροσωπικών σχέσεων και το επίπεδο επικοινωνίας είναι στοιχεία απαραίτητα για την δημιουργία των ποιοτικών πλάνων νοσηλευτικής φροντίδας.

Με την περιγραφική μελέτη που χρησιμοποιήθηκε μελετήθηκαν οι βασικές παράμετροι που αναφέρθηκαν. Ως εργαλείο συλλογής των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο. Οι ερωτήσεις κατηγοριοποιήθηκαν και ομαδοποιήθηκαν για την καλύτερη ανάλυση των δεδομένων. Έτσι έχουμε:

1) Τα δημογραφικά στοιχεία στη μελέτη αυτή περιλαμβάνουν το φύλο (άνδρας-γυναίκα), την ηλικία (< 30 ετών, 31-50, 51-70, >71 ετών), την εκπαίδευση (κατώτερη, μέση, ανώτερη/τατη).(ερώτηση 1, 2, 4).

2) Το περιβάλλον διαβίωσης του πάσχοντος περιλαμβάνει:

α) τον κοινωνικό παράγοντα στον οποίο περιέχονται : ο τόπος διαμονής (αστικός, μη αστικός) και ο τρόπος διαμονής (μόνος, με οικογένεια). Επίσης υπολογίστηκε αν η οικογένεια παρέχει επαρκή ή όχι υποστήριξη στον άρρωστο κατά την εφαρμογή της θεραπείας του.(ερώτηση 3α, 3β, 8)

β) τον οικονομικό παράγοντα, ο οποίος μετρείται με το επάγγελμα (ναι, όχι, σύνταξη) και από το κόστος νοσηλείας και θεραπείας (δωρεάν, μικρό, μεγάλο).(ερώτηση 5, 6).

3) Η κατηγορία του πόσο ικανοποιημένος είναι ο άνθρωπος σχετικά με την προσωπική του ζωή εστιάζεται στην σωματική και ψυχολογική του κατάσταση, στην απόδοση που έχει στην δουλειά του, την οικονομική του κατάσταση, την ικανοποίηση από την οικογενειακή του ζωή, την εμφάνιση του και την συμπεριφορά των γύρων του προς το άτομό του. Οι παράμετροι που μετρήθηκαν ήταν σε κλίμακα από το 0-4 και αντιστοιχούσαν: 0=πολύ απογοητευμένος, 1=απογοητευμένος, 2=ουδέτερα,, δηλαδή ούτε απογοητευμένος, ούτε ικανοποιημένος, 3=ικανοποιημένος και 4=πολύ ικανοποιημένος. (ερώτηση 7).

Κατά την σύνταξη του ερωτηματολογίου δεν συμπεριλήφθηκε η στήλη «δεν απαντώ», γεγονός που ανάγκασε την ερευνητική ομάδα να το συμπληρώσει μετά το στάδιο της πιλοτικής μελέτης και να το σχολιάσει ως απόφαση του ερωτώμενου να μην δημοσιοποιήσει τα προσωπικά του αισθήματα, μια και είχε την δυνατότητα όποια ερώτηση νόμιζε ότι τον επηρέαζε συναισθηματικά να μην την απαντήσει.

Με την ίδια κλίμακα 0-4 μετρήθηκε και η ερώτηση της ικανοποίησης που νιώθει ο άρρωστος σχετικά με την ατμόσφαιρα του θαλάμου νοσηλείας , τις γνώσεις που του παρέχονται από το νοσηλευτικό προσωπικό, την οργάνωση που νιώθει ότι έχει το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την διάρκεια και την εφαρμογή της νοσηλείας του, τις επιδεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την εφαρμογή της νοσηλείας και την ικανοποίηση που νιώθει από την ψυχολογική υποστήριξη που του παρέχεται από το νοσηλευτικό προσωπικό.(ερώτηση 9).

Όσον αφορά την ικανοποίηση του αρρώστου σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου απο το νοσηλευτικό προσωπικό δόθηκε επίσης η κλίμακα 0-4 προκειμένου να ελεγχθεί η ταχύτητα με την οποία το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει τον πόνο του αρρώστου καθώς και το αν το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνει μέτρα προκειμένου να αντιμετωπίζει τον πόνο του άρρώστου.(ερώτηση 14).

3) Μια σημαντική κατηγορία πληροφοριών είναι η δυνατότητα αυτοφροντίδας και αυτοεκτίμησης που έχει ο άρρωστος σχετικά με τα θέματα της διατροφής του, της ατομικής του υγιεινής, της σωματικής άσκησης και της ξεκούρασης. Οι μετρήσεις χωρίστηκαν σε «όχι καλά», «καλά» και «πολύ καλά». Επειδή όμως ένας μεγάλος αριθμός ερωτηθέντων απάντησε «όχι καλά» διερευνήθηκε το αίτιο της όχι καλής αυτοεκτίμησης και αυτοφροντίδας με τα κριτήρια της ελλιπούς ενημέρωσης, κόπωσης, ψυχικής αδυναμίας, όλα τα παραπάνω, κάτι άλλο.(ερώτηση 10, 11).

4) Η φυσική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο άρρωστος με χημειοθεραπεία είναι σημαντική για την δημιουργία νοσηλευτικών πλάνων Νοσοκομειακής φροντίδας, γι' αυτό ελέγχθηκαν τα σπουδαιότερα συμπτώματα που νιώθουν οι άρρωστοι σύμφωνα με την βιβλιογραφία και μετρήθηκαν με τις ενδείξεις «συχνά», «σπάνια», «ποτέ».(ερώτηση 12). Τα συναισθήματα που νιώθει ο άρρωστος σχετικά με την προσωπική του εμφάνιση από τις επιπλοκές όπως πτώση μαλλιών και απώλεια βάρους ελέγχθηκαν με τις μετρήσεις «ναι», «όχι». (ερώτηση 13). Η σωματική κόπωση βιβλιογραφικά αποδεικνύεται ως το πιο έντονο συναίσθημα που νιώθει ο άρρωστος που εφαρμόζει χημειοθεραπεία, γι' αυτό η ερώτηση «πόσο καλύπτονται οι ανάγκες τους από την ξεκούραση» αποτελεί την ερώτηση 15 του ερωτηματολογίου μας με μετρήσεις το «όχι πολύ», «πολύ», «πάρα πολύ».

5) Τέλος μια ανοιχτή ερώτηση που ζητείται από τον άρρωστο να απαντήσει είναι «πιο κατά την γνώμη του είναι το σημαντικότερο πρόβλημα που νιώθει σχετικά με την θεραπεία του» απετέλεσε την ερώτηση 16. Η ερώτηση αυτή κωδικοποιήθηκε σε κατηγορίες και δόθηκε εκατοστιαία στατιστική ανάλυση.

Ανάλυση αποτελεσμάτων

Από την μελέτη των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι από το συνολικό δείγμα των ατόμων που υπόκεινται σε χημειοθεραπεία απάντησαν τα 80 άτομα από τα 160 (53% γυναίκες, 48% άνδρες) μεγάλο ποσοστό μη απαντώντων, (50%) ήταν αναμενόμενο λόγω της δύσκολης και ιδιαίτερης θεραπείας που εφαρμόζουν οι συγκεκριμένοι ασθενείς καθώς και της ψυχολογικής κατάστασης που βρίσκονται οι άρρωστοι στο να αποδεχθούν την πάθησή τους και να δεχθούν την θεραπεία. Η δυσκολία της θεραπείας, οι αναμενόμενες επιπλοκές και το συναισθηματικό φορτίο της πάθησης «καρκίνος» στον κοινωνικό χώρο αποτελούν πρόβλημα δύσκολης αποδοχής της πάθησης αν συνυπολογισθεί και η επικινδυνότητα της νόσου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το 59% των ογκολογικών ασθενών που προσεγγίστηκε ήταν ηλικίας 51-70 ετών (πιν. 2). Σε παρόμοια μελέτη αναφέρεται ότι η προχωρημένη ηλικία είναι ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου, αφού το σύνολο των νεοπλασμάτων εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερα των 65 ετών. Κάποιοι από τους παράγοντες που ευθύνονται ή συμβάλλουν σε αυτή τη συχνότητα είναι η μεγαλύτερη διάρκεια έκθεσης σε καρκινογόνους παράγοντες καθώς και η μειωμένη ικανότητα επιδιορθώσεως του DNA.²⁸

Στο τυχαίο δείγμα που ερευνήθηκε το 71% κατοικούσαν σε αστικά κέντρα (πιν. 3^α). Είναι γνώρισμα της εποχής η συσσώρευση μεγάλου αριθμού ανθρώπων σε πόλεις όπου οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη καρκίνου είναι περισσότεροι. Η συγκατοίκηση με την οικογένεια σε ποσοστό 91% (πιν.3) δηλώνει την συνοχή της οικογένειας στην ελληνική κοινωνία. Το 63% είναι συνταξιούχοι. (πιν.5) ποσοστό δυσανάλογο με το ποσοστό συνταξιοδότησης του γενικού πληθυσμού. Εξ αυτών των συντάξεων το μεγαλύτερο ποσοστό είναι σύνταξη λόγω αναπηρίας και όχι λόγω γήρατος. Παρουσιάζεται λοιπόν το κοινωνικό φαινόμενο της μη παραγωγικότητας της οικονομικής ανεπάρκειας των πασχόντων και των οικογενειών τους, του προβλήματος της πρόνοιας και του αισθήματος ευημερίας. Το προνοιακό της χώρας μας, λόγω της όχι και τόσο οικονομικά αναπτυγμένης χώρας προκαλεί προβλήματα στους πάσχοντες, την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο και συμβάλλει στο αίσθημα ανεπάρκειας και εξάρτησης.

Αξίζει να τονισθεί όμως ότι το 89% των ασθενών δήλωσαν ότι έχουν τα φάρμακα και την νοσηλεία τους δωρεάν, στοιχείο που επιβραβεύει μέχρι στιγμής τις προσπάθειες του συστήματος υγείας της χώρας μας (πιν. 6)

Το γεγονός ότι τα περισσότερα άτομα δηλώνουν ικανοποιημένα από την σωματική τους κατάσταση (40%)(πιν.7^Α) αν και βιώνουν μια τέτοια ασθένεια δικαιολογείται από μελέτη της διεθνούς ψυχολογικής εταιρείας που δείχνει ότι ο ασθενής με την υποψία ή την αναγγελία της διάγνωσης βιώνει φυσιολογική και αναμενόμενη συναισθηματική αναστάτωση με άγχος, ανησυχία, συναισθήματα ντροπής και ενοχής καθώς και φόβους, όπως ο φόβος επικείμενου θανάτου και απώλεια σωματικής εικόνας. Η διάρκεια αυτών των αντιδράσεων ποικίλει από 10 – 15 ημέρες και εν συνεχεία ο ασθενής επανέρχεται σε προηγούμενα επίπεδα φυσιολογικής ισορροπίας.

Όταν οι ασθενείς ρωτήθηκαν για το πόσο ικανοποιημένοι είναι από την απόδοσή τους στην εργασία ένα μεγάλο ποσοστό (35%) (πιν. 7Γ) δεν θέλησε να απαντήσει στην ερώτησή μας. Ίσως αυτό να δηλώνει ότι τέθηκε ένα ευαίσθητο γι' αυτούς θέμα. Είδαμε ότι ο καρκίνος τους απομακρύνει από τον εργασιακό τους χώρο και τους κάνει να αισθάνονται λιγότερο παραγωγικοί και περισσότερο εξαρτημένοι.

Στην ερώτηση για το πόσο ικανοποιημένοι είναι από την οικογενειακή τους ζωή ένα μεγάλο ποσοστό 84% δήλωσε ικανοποιημένο ή πολύ ικανοποιημένο (πιν.7^Β). Διακρίνεται λοιπόν το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ελληνικής οικογένειας να μην ξεχνά, να συμπαραστέκεται και για τα μέλη της που έχουν ανάγκη.

Στο δείγμα το 21% (πιν.7ΣΤ) δεν θέλησε να απαντήσει στην ερώτηση πόσο ικανοποιημένοι ήσαν από την εμφάνισή τους. Αυτό σε συνδυασμό με το ποσοστό 21% που δήλωσε απογοητευμένο ή πολύ απογοητευμένο φθάνουμε σε ένα ποσοστό 42% που προβληματίζεται και επηρεάζεται από την εμφάνισή του. Η κακή εμφάνιση επηρεάζει αρνητικά την αισιοδοξία και την ανακούφισή τους. Εντείνεται ο φόβος, το άγχος και η αγωνία για την εξέλιξη της νόσου.²⁹

Όσον αφορά το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ογκολογικοί ασθενείς από την συμπεριφορά των γύρω τους ένα ποσοστό 16% δεν απάντησε (πιν. 7Ζ). Ίσως τα άτομα αυτά σκόπιμα θέλησαν να αποφύγουν την ερώτηση προκειμένου να μην ανακαλέσουν στο μνήμη τους άσχημες συμπεριφορές. Μαζί με ένα ποσοστό 28% που δήλωσαν απογοητευμένοι ή πολύ απογοητευμένοι συγκροτείται ένα ποσοστό 44%. Φαίνεται λοιπόν πως η κοινωνία μας είτε από φόβο είτε από άγνοια πλησιάζει τα άτομα αυτά με προκατάληψη.

Όσον αφορά την ικανοποίηση που νιώθουν οι ασθενείς από την ατμόσφαιρα του θαλάμου αξίζει να τονισθεί ότι οι σύγχρονες ομάδες χημειοθεραπείας κάνουν τους ασθενείς να δηλώνουν σε ποσοστό 81% ικανοποιημένοι και πολύ ικανοποιημένοι (πιν. 9^Α) ενώ ένα μικρό ποσοστό (3-4%) δεν θέλησε να απαντήσει για το πόσο ικανοποιημένοι είναι όσον αφορά στις γνώσεις, το 86% δήλωσε ικανοποιημένο (πιν.9Β) Από την οργάνωση το 93%

δήλωσε ικανοποιημένο (πιν 9Γ), και τις ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού το 94% δήλωσε ικανοποιημένο (πιν. 9Δ) όλο το δείγμα στο σύνολό του πρόθυμα απάντησε όσον αφορά στην ψυχολογική υποστήριξη που λαμβάνει. Το 90% βρέθηκε ικανοποιημένο ή πολύ ικανοποιημένο (πιν. 9^E). Φαίνεται λοιπόν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό συνεχώς υποστηρίζει ψυχολογικά τους ογκολογικούς ασθενείς και αποβλέπει στην ενίσχυση και την ενθάρρυνση τους για αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της κατάστασης τους.

Στην αυτοεκτίμηση έχουμε πολύ καλά αποτελέσματα αφού το 70% αξιολογεί καλά και πολύ καλά την φροντίδα του για την τροφή (πιν. 10Α), για την ατομική και στοματική υγιεινή έχουμε 92% καλά και πολύ καλά (πιν.10Β), ενώ στην σωματική άσκηση τα ποσοστά πέφτουν στο 53%.(πιν 10Γ). Αν και τα περισσότερα άτομα, 82% δήλωσαν ότι ξεκουράζονται και μόνο 10% δήλωσε ότι δεν ξεκουράζεται καλά (πιν. 10Δ), εντούτοις στον πίνακα 11 δηλώνει 25% ότι δεν φροντίζει τον εαυτό του λόγω κόπωσης.

Η συχνότητα των συμπτωμάτων που παρουσιάζεται στους χημειοθεραπευμένους ασθενείς είναι συχνά στο 70% κόπωση (πιν.12Δ) 68% αδυναμία (πιν. 12Γ), 51% ανορεξία (πιν.12Ζ) και ακολουθούν 40% διαταραχή γεύσης (πιν.12^H), 42% ναυτία με 36% εμετό (πιν. 12 Α,Β) και 30% Αυπνία (πιν. 12 ΙΑ).

Αξίζει να γνωρίζουν οι νοσηλευτές ότι 74% απάντησαν ότι δεν έχουν δυσκαταποσία ποτέ (πιν 12Ε), 58% ότι ποτέ δεν έχουν στοματίτιδα (πιν. 12ΣΤ), 48% ότι ποτέ δεν έχουν πόνο ενώ μόνο το 23% έχει συχνά πόνο (πιν. 12Ι) και 44% δεν έχει ποτέ αυπνία. Μόνο το 12% και το 14% απάντησε ότι δεν έχει ποτέ αδυναμία και κόπωση (πιν. 12Γ,Δ)

Η απώλεια μαλλιών συνεχίζει παρά την εξέλιξη και την πρόοδο της χημειοθεραπείας να αποτελεί πρόβλημα για το 71% των αρρώστων (πιν. 13^α), η Δε απώλεια βάρους παρουσιάζεται στο 60%.(πιν. 13Β)

Το 48% των ερωτηθέντων δεν απάντησε για την ικανοποίηση που νιώθει από την ταχύτητα με την οποία το Νοσηλευτικό Προσωπικό ανταποκρίνεται στις ανάγκες του (πιν.14^α). Το ποσοστό αυτό πρέπει να προβληματίσει το Νοσηλευτικό Προσωπικό και να ελέγξει την ποιότητα και την ταχύτητα της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχει. Το ποσοστό 1% δήλωσε πολύ απογοητευμένο ,54% (πιν.14Β) δεν απάντησαν αν είναι ικανοποιημένοι από την λήψη κατάλληλων μέτρων ανακούφισης από το νοσηλευτικό προσωπικό. Αν και οι περισσότεροι δηλώνουν κούραση, εν τούτοις στην ερώτηση 15 αν καλύπτονται οι ανάγκες τους για ξεκούραση δηλώνουν σε 88% ότι καλύπτονται πολύ και πάρα πολύ. (πιν. 15). Αυτό εξηγείται από το θεωρητικό μοντέλο της ολικής κόπωσης της Piper, που σύμφωνα με αυτό η κόπωση είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, ενώ η εμφάνιση της ωφείλεται σε πλήθος αιτιών. Μερικές από αυτές τις αιτίες είναι: κοινωνικοί, ψυχολογικοί, περιβαλλοντικοί

παράγοντες, η ίδια η ασθένεια και η θεραπεία της, ο τρόπος ζωής και η δραστηριότητα του ατόμου. Κατά τη Winningham οι καρκινοπαθείς έχουν μειωμένη δραστηριότητα εξαιτίας των συμπτωμάτων της ασθένειας αλλά και των παρενεργειών της θεραπείας με συνέπεια την εμφάνιση της κόπωσης.³⁴

Πρέπει να το αναλύσουμε αν είναι αληθινό γιατί διεθνείς μελέτες δείχνουν ότι η πλειοψηφία αυτών που δέχονται υπηρεσίες υγείας, συνήθως 80% ή και παραπάνω, εκφράζει ικανοποίηση από την φροντίδα με ένα μικρό ποσοστό αυτών που απαντούν αρνητικά. Ακόμα η μεγαλύτερη πλειοψηφία των ερευνών υποδεικνύει συνεχή ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα, καθώς υπάρχει και ένα ποσοστό ασθενών, που δεν θέλει να κρίνει το νοσηλευτικό προσωπικό. Η έρευνα του Cang δίνει έμφαση στη σχέση εξάρτησης που υπάρχει μεταξύ των ασθενών – και των συγγενών τους – και τα άτομα που παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Διαφωνεί, ότι υποθετικά μπορούν οι ασθενείς να νιώθουν και ευγνωμοσύνη και (μη δυσαρέσκεια ικανοποίηση) με το προσωπικό. Υποστηρίζει, ότι μπορεί να μη θέλουν να εκφράσουν τη δυσαρέσκεια τους, εξαιτίας του φόβου τους να εναντιωθούν σε αυτούς που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και να βιώσουν χειρότερες υπηρεσίες στο μέλλον. Ο Evanson και ο Whittington στη μελέτη τους συμφωνούν με αυτήν την άποψη και επίσης υποστηρίζουν ότι οι απαντώντες είναι δύσκολο να κριτικάρουν την παροχή υπηρεσιών που δέχονται, εάν ο ερωτών είναι ένας από αυτούς που τους φροντίζουν ή εάν είναι σε ένα στάδιο που έχει δημιουργηθεί σχέση εξάρτησης με αυτούς. Σύμφωνα με τη μελέτη του ο Donabedian, συμπερασματικά, δηλώνει ότι όλα αυτά συνηγορούν, στο να υποθέσουμε ότι «στην πραγματικότητα, η ποιότητα φροντίδας είναι χειρότερη από ότι οι έρευνες σχετικά με την ικανοποίηση ασθενών φαίνεται να δείχνουν».³⁰

Η ανοικτή ερώτηση «ποιο είναι το σημαντικότερο πρόβλημα που νιώθουν οι ασθενείς έδωσε το στατιστικό αποτέλεσμα 19% αδυναμία, 18% κόπωση, 14% πτώση μαλλιών, 13% πόνος, 11% άγχος για το μέλλον και η αλλαγή του τρόπου ζωής, και ακολουθούν η ίδια η αρρώστεια και ο εμετός, ο φόβος 9%, το οικονομικό πρόβλημα ^% και τελευταίο είναι η οικογενειακή αναστάτωση και η ναυτία σε ποσοστό 5%.(πιν. 16). Με τα στοιχεία αυτά οι νοσηλευτές μπορούν να αξιολογήσουν το εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας ακολουθώντας τις ανάγκες και την αξιολόγηση των αρρώστων.

Συσχετίσεις αποτελεσμάτων

. Από την ανάλυση των συσχετίσεων , φύλου, ηλικίας και ικανοποίησης, βρέθηκαν οι άνδρες ηλικίας 51-70 ετών ως οι περισσότερο ικανοποιημένοι σχετικά με την σωματική τους κατάσταση. Όσον αφορά την ψυχολογική κατάσταση, οι γυναίκες της ηλικίας 51-70 ετών είναι εκείνες που δεν είναι ούτε απογοητευμένες, ούτε ικανοποιημένες

Σχετικά με την εργασία οι άνδρες πάλι της ηλικίας 51-70 είναι πολύ απογοητευμένοι.

Οι γυναίκες ξεχωρίζουν γιατί δηλώνουν πολύ ικανοποιημένες σχετικά με την οικογένεια τους κατάσταση, ενώ οι άνδρες δεν παρουσιάζουν έντονα προβλήματα με την εμφάνιση αφού δήλωναν ικανοποιημένοι.

Από την συμπεριφορά των γύρω και οι άνδρες και οι γυναίκες δείχνουν ικανοποιημένοι (πιν.17)

Από την συσχέτιση του φύλου, του τόπου διαμονής και την ικανοποίηση που νιώθουν οι ασθενείς από το περιβάλλον του νοσοκομείου, ο μη αστικός πληθυσμός και άνδρες και γυναίκες ήταν πιο ικανοποιημένοι σχετικά με τις συνθήκες του περιβάλλοντος του θαλάμου του νοσοκομείου.

Οι γυναίκες και του αστικού και του μη αστικού πληθυσμού ήταν περισσότερο ικανοποιημένες από την προσφορά των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και για τον χρόνο που αφιερώνει το νοσηλευτικό προσωπικό για τη νοσηλεία τους. Οι άνδρες αν και έχουν μεγάλη διαφορά σχετικά με τις γνώσεις του Νοσηλευτικού Προσωπικού δεν διαφοροποιούνται πολύ από το χρόνο που διαθέτει το Νοσηλευτικό Προσωπικό για τη νοσηλεία.

Η επιδεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού για την νοσηλεία έχει περίπου την ίδια απάντηση από άνδρες και γυναίκες, αστικού ή μη αστικού πληθυσμού.

Η ψυχολογική υποστήριξη προς τον ασθενή από το Νοσηλευτικό Προσωπικό έχει την μεγαλύτερη ικανοποιητική απάντηση και σχεδόν 0% απογοητευμένους, όπως επίσης και)% άτομα που δεν θέλησαν να απαντήσουν. Είναι ένα θετικό στοιχείο των Ελλήνων νοσηλευτών και Ελληνίδων Νοσηλευτριών, οι οποίοι δεν εργάζονταν ως στυγνοί επαγγελματίες αλλά ως άνθρωποι, που βλέπουν τον άρρωστο ως βιοψυχωκοινωνική προσωπικότητα (πιν.18)

Η αυτοφροντίδα αν και είναι μια μεγάλη νοσηλευτική θεωρία, ακόμα οι ασθενείς δεν έχουν πεισθεί όλοι πόσο συμβάλλει στην υγεία τους και στην αποκατάσταση της υγείας τους..

Σχετικά με την φροντίδα για τροφή οι άνδρες με μορφ. επίπεδο Δ.Ε. έχουν καλή και πολύ καλή φροντίδα, το ίδιο και οι έχοντες Μ.Ε., ενώ οι έχοντες Α.Ε. μόρφωσης δεν φροντίζουν για την τροφή. Οι γυναίκες και στα τρία επίπεδα μόρφωσης φροντίζουν πολύ για

την τροφή τους. σχετικά με την σωματική και ατομική υγιεινή οι άνδρες και οι γυναίκες με Δ.Ε. δηλώνουν ότι φροντίζουν πολύ.

Οι γυναίκες με Δ.Ε. μορφωτικ. επίπεδο είναι εκείνες που δηλώνουν ότι δεν φροντίζουν καλά την σωματική τους άσκηση. Στα ίδια περίπου ποσοστά παρατηρείται ότι μια καλή άσκηση και στους άνδρες με μορφωτικό επίπεδο Δ.Ε.

Περισσότερο από όλους ξεκουράζονται οι γυναίκες με Δ.Ε. μορφωτικό επίπεδο. (πιν. 19).

Από τη συσχέτιση του φύλου, της ηλικίας και των συμπτωμάτων που παρουσιάζουν οι ασθενείς με χημειοθεραπεία παρατηρήθηκε ότι:

Το σύμπτωμα της ναυτίας νιώθουν περισσότερο οι γυναίκες της ηλικίας 51-70 ετών ενώ οι άνδρες έχουν ακριβώς το αντίθετο, δεν νιώθουν ναυτία. Αν αναλύσουμε τον ελληνικό πληθυσμό, τις ασχολίες των ανδρών και γυναικών, τα αίτια της ναυτίας (οσμές κλ.π.) θα δικαιολογήσουμε το σύμπτωμα με το ότι οι γυναίκες κυρίως ασχολούνται με εργασίες μαγειρέματος και καθαριότητας που δημιουργούν οσμές και έτσι προκαλείται η ναυτία, παρ'όλα αυτά όμως το ότι δεν κάνουν ποτέ εμετό έχει το μεγαλύτερο ποσοστό.

Η αδυναμία εμφανίζεται συχνά και στους άνδρες και στις γυναίκες 51-70 ετών, το ίδιο και η κόπωση.

Η ξηροστομία έχει σχεδόν τα ίδια ποσοστά και στους άνδρες και στις γυναίκες και για το ότι νιώθουν συχνά την ξηροστομία αλλ'αγία το ότι δεν την νιώθουν ποτέ. Είναι ένα σύμπτωμα που εμφανίζεται στο μισό πληθυσμό όσων κάνουν χημειοθεραπεία.

Η στοματίτιδα στο μεγαλύτερο ποσοστό δεν εμφανίζεται ούτε στις γυναίκες ούτε στους άνδρες της ηλικίας 51-70 ετών ενώ εμφανίζεται συχνά στις γυναίκες με ηλικία > 71 ετών. Εδώ θα χρειαστεί η αυξημένη νοσηλευτική παρέμβαση γιατί τα άτομα έχουν την ικανότητα αυτοφροντίδας της στοματικής υγιεινής.

Η ανορεξία περίπου επηρεάζει το ίδιο και τους άνδρες και τις γυναίκες.

Η πλειοψηφία των ασθενών νιώθει διαταραχές στην αίσθηση της γεύσης και συνδυάζεται με αίσθημα δυσκαταποσίας.

Αν και ο πολύς κόσμος έχει συνδέσει τον καρκίνο με τον πόνο, στην μελέτη παρατηρείται σπάνια ο άρρωστος να νιώθει τον πόνο με μεγαλύτερη ευαισθησία στις γυναίκες.

Σχετικά με την αϋπνία, οι άνδρες είναι εκείνοι που συχνά ξαγρυπνούν. Η σύνθεση της οικογένειας είναι έτσι ώστε τις περισσότερες ευθύνες τις έχει ο άνδρας γι' αυτό καλό είναι να γνωρίζουν οι νοσηλευτές και να εφαρμόζουν τους παράγοντες επέλευσης του ύπνου για να τους βοηθήσουν να έχουν ύπνο με επακόλουθο την ξεκούραση(πιν. 20)

Πολλοί άρρωστοι μετά την διάγνωση της αρρώστειας τους αφήνονται στην φροντίδα των άλλων και αδυνατούν να συμβάλλουν ή από φόβο ή επειδή είναι ευάλωτοι στις αλλαγές του τρόπου ζωής. Η συσχέτιση λοιπόν της αυτοεκτίμησης και της ικανοποίησης που νιώθουν από την προσωπική τους ζωή μας παρέχεται από την συσχέτιση του πίν. 21. Παρατηρείται ότι ο Έλληνας άρρωστος δεν απαντά σε ερωτήματα που μπορεί να προκύψουν ευθύνες και αποφεύγει κανόνες θετικών προτύπων τρόπου ζωής. Γενικά όμως επιβεβαιώθηκε ότι όσοι δηλώνουν απογοητευμένοι εκτιμούν όχι καλά την συμμετοχή του εαυτού τους στην αυτοφροντίδα, ενώ όσοι είναι ικανοποιημένοι βαθμολογούν πολύ καλά τον εαυτό τους.

Τα άτομα που νιώθουν απογοητευμένα με την εμφάνιση τους δηλώνουν ότι φροντίζουν πολύ καλά τον εαυτό τους. $P < 0,02$, $P < 0,04$.

Στην μελέτη Ρηγάτου Γ (2000) για την «φροντίδα για τη γυναίκα με καρκίνο» από τα 500 ερωτηματολόγια που δόθηκαν ανταποκρίθηκε το 43% των γυναικών δηλ. τα 215 άτομα. Σχετικά με την αυτοφροντίδα σε όλες τις ηλικίες. Η συμπαράσταση της οικογένειας συμβάλλει στην αποδοχή της διάγνωσης. Ανεπάρκεια των υποστηρικτικών υπηρεσιών καταγράφεται κατά την φάση της θεραπείας και αποκατάστασης. Αν και στην έρευνα αυτή αναφαίνεται η έλλειψη στην επικοινωνία και την ψυχολογική υποστήριξη ασθενών, τόσο του ιατρικού όσο και του Νοσηλευτικού Προσωπικού, από την δική μας όμως μελέτη εμφανίζεται ότι το Νοσηλευτικό Προσωπικό είναι πολύ κοντά στους ασθενείς όσων αφορά την ψυχολογική υποστήριξη.

Από την βιβλιογραφία φαίνεται ότι υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών για την σπουδαιότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες.³³

Στην ερευνητική μελέτη σε νοσοκομείο της Αιγύπτου από το Zahr³⁴, διερευνήθηκε η ικανοποίηση των ασθενών με τη νοσηλευτική φροντίδα. Ανέφερε υψηλό βαθμό ικανοποίησης και οι περισσότεροι ικανοποιημένοι ήταν οι άνδρες, απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και ηλικίας από 40-50 ετών.

Οι έρευνες ως προς την κατεύθυνση της ικανοποίησης των ασθενών και της μέτρησης της νοσηλευτικής φροντίδας είναι απαραίτητες, έτσι ώστε να γίνει ορατή η συνεισφορά της νοσηλευτικής στο τελικό αποτέλεσμα των υπηρεσιών υγείας.³⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΩΦΕΛΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της ερευνητικής εργασίας προέκυψαν κάποια συμπεράσματα τα οποία μπορούν να ωφελήσουν τόσο τους ογκολογικούς ασθενείς και το περιβάλλον τους, όσο και την ίδια την Νοσηλευτική στην ανάπτυξη και εξέλιξη του Νοσηλευτικού της έργου:

- Αναγνωρίστηκε ο βαθμός ικανοποίησης του ογκολογικού ασθενή από την σωματική και ψυχολογική, κοινωνική και οικονομική του ζωή, ο οποίος είναι μέτρια αποδεκτός και χρειάζεται να παρέμβουν οι αρμόδιοι για τη βελτίωση του.
- Αποδείχθηκε η σημαντική προσφορά της οικογένειας που στηρίζει ψυχολογικά τον ογκολογικό ασθενή: Έναν ασθενή που συνήθως πλησιάζει ή βρίσκεται στη τρίτη ηλικία συνταξιοδοτημένος και δεν είναι παραγωγικός ή ανεξάρτητος.
- Διαπιστώθηκε τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, πόσο πολύ τους επηρεάζει αλλαγή της εμφάνισης τους, μια από τις πιο συχνές παρενέργειες, και πιο μόνιμες κατά τη διάρκεια της θεραπείας που υπενθυμίζει συνεχώς στο χημειοθεραπευόμενο, κάτι που θέλει να ξεχάσει.
- Αναγνωρίστηκε ένα μεγάλο ποσοστό καρκινοπαθών που δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά των γύρω τους και τον τρόπο που τους αντιμετωπίζουν.
- Προέκυψε ότι οι ογκολογικοί ασθενείς έχουν πληροφόρηση και οι περισσότεροι εφαρμόζουν την αυτοφροντίδα, ενώ η σωματική κόπωση είναι για τους άλλους το μεγαλύτερο εμπόδιο.
- Εμφανίστηκε η πλειοψηφία των ογκολογικών ασθενών που υπόκειται σε χημειοθεραπεία να είναι ικανοποιημένοι με τον τρόπο που τους αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό, σαν μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα.
- Προέκυψαν η αδυναμία και η κόπωση, τα συχνότερα προβλήματα που προκύπτουν από τη χημειοθεραπεία και όπως αποδεικνύεται βιβλιογραφικά, οι λόγοι δεν είναι μόνο σωματικοί.

Για να αποβούν ωφέλιμα τα πιο πάνω συμπεράσματα πρέπει να προταθούν μερικές ιδέες και να εφαρμοστούν κατά το δυνατόν από τους ανάλογους φορείς, όπως: της πολιτείας,

της τοπικής αυτοδιοίκησης, της Νοσηλευτικής και του κάθε Νοσηλευτή και της οικογένειας του ογκολογικού ασθενή.

Τόσο οι ασθενείς που σιωπούν για την ασθένεια τους, και τη θεραπεία όσο και το περιβάλλον ενός ογκολογικού ασθενή που τους αντιμετωπίζει με προκατάληψη, θα πρέπει να σταματήσουν να ζουν στον φόβο και την άγνοια. Μπορεί να αυξάνονται τα ποσοστά της νόσου αυτής αλλά αυξάνονται γρήγορα και επιτυχίες έχουν σημειωθεί πολλές στους τρόπους θεραπείας. Ο καρκινοπαθής δεν είναι πάντα ο ετοιμοθάνατος, και το αποτέλεσμα στη μάχη δεν είναι από την αρχή καταδικαστικό. Χρειάζεται η δημιουργία προγραμμάτων που θα ενημερώνουν τον κόσμο και θα απομυθοποιούν τον καρκίνο. Πρώτιστως θα ενημερωθούν για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση αλλά θα τονιστεί η πρόοδος της αντικαρκινικής θεραπείας.

Ωφέλιμο θα ήταν να δημιουργηθούν εκπαιδευτικά προγράμματα για την επιμόρφωση της ελληνικής οικογένειας που φαίνεται να στηρίζει το μέλος της με καρκίνο. Εκτός από τη διάθεση χρειάζεται και η γνώση.

Ειδικοί ψυχολόγοι χρειάζεται να βρίσκονται δίπλα στους ογκολογικούς ασθενείς. Ο χημειοθεραπευόμενος δεν έχει ανάγκη μόνο το γιατρό ή το νοσηλευτή, αυτοί ακόμη και αν βρουν το χρόνο δεν έχουν τις γνώσεις ενός ψυχολόγου για να βοηθήσουν αποτελεσματικά.

Να υιοθετηθούν καλλωπιστικά προγράμματα «Ωραία εμφάνιση ... ευχάριστη διάθεση, ένα Ελεύθερο Εθνικό Κοινωνικό Πρόγραμμα που έχει σχεδιαστεί να διδάξει τις γυναίκες με καρκίνο τις τεχνικές καλλωπισμού που τις βοηθούν να επανακτήσουν την εξωτερική τους εμφάνιση κατά τη θεραπεία και να ανανεώσει την αυτοεκτίμηση τους βελτιώνοντας της εξωτερική εμφάνιση.

Δεν είναι μόνο ο ασθενής που θα χρειαστεί κάποιον να μιλήσει. Η πολιτεία θα πρέπει να μεριμνά και για την «ανακούφιση» της οικογένειας και του νοσηλευτικού προσωπικού που έρχεται σε επαφή με λόγο, δυστυχία και τον θάνατο πολλές φορές. Τα κατάλληλα άτομα πρέπει να οργανώνουν συγκεντρώσεις όπου θα συζητούνται τα προβλήματα και δε θα συσσωρεύονται στο εσωτερικό του νοσηλευτή ή του συγγενή, καθιστώντας τον ανίσχυρο να βοηθήσει αυτόν που τον έχει ανάγκη.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της μελέτης μας ήταν να καταγραφεί η σωματική και ψυχολογική κατάσταση ενός ογκολογικού ασθενή που υπόκειται σε χημειοθεραπεία, να αναφερθούν οι σημαντικότερες δυσκολίες που προκύπτουν από τη θεραπεία αλλά και από την ίδια την ασθένεια του και κυρίως να αξιολογηθεί η ποιότητα φροντίδας που του παρέχεται από το νοσηλευτικό προσωπικό στα τμήματα νοσηλείας ημέρας.

Χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική-ερευνητική μέθοδος. Ένα ερωτηματολόγιο 16 κλειστών ερωτήσεων αριθμητικής αξιολόγησης δόθηκε σε 150 ασθενείς και απάντησαν 80 ογκολογικοί ασθενείς που υπόκειντο σε χημειοθεραπεία.

Για την ανάλυση δεδομένων χρησιμοποιήθηκε πολυπαραγοντική ανάλυση και το χ^2 , θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικά τα αποτελέσματα με $p < 0,05$.

Στα αποτελέσματα οι ογκολογικοί ασθενείς ήταν πολύ ικανοποιημένοι από τις τεχνικές εφαρμογές, τη συμπεριφορά και την συναισθηματική υποστήριξη που τους παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό. Ιδιαίτερα σημαντικό θεωρείται το γεγονός ότι ενώ εμφανίστηκαν απογοητευμένοι από την εμφάνιση τους και την ψυχολογική τους κατάσταση, δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι με την σωματική τους κατάσταση. Αποδείχτηκε ότι η αδυναμία και η κόπωση είναι τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν λόγω της θεραπείας και γενικότερα λόγω της ίδιας της νόσου.

Βιβλιογραφία

1. Σειρά εντύπων ενημέρωσης Σοροπτιμιστικού Ομίλου Θεσσαλονίκης Βυζάντιο Ν°1, «Χημειοθεραπεία» Μετάφραση - Επιμέλεια Ευσταθίου-Δαρβαρέση, Θεσσαλονίκη 1994.
2. Val Speechley.: «Nursing patients having chemotherapy», Royal Hospital of Marsden London & Surrey.
3. Ulrich - Candle – Wendell.: «Νοσηλευτική : Παθολογική - Χειρουργική, Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας», εκδόσεις Λαγός, 1997.
4. Tony Smith,: «Μεγάλος Ιατρικός Οδηγός», Επιστημονική Επιμέλεια ιατρική εταιρεία Αθηνών, εκδόσεις Γιαλλελη, Αθήνα 1987.
5. Marlin Dollinger, Ernest Rosenbaum, Greg Cable,: «Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ : Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση : Ένας οδηγός για όλους,» Επιστημονική επιμέλεια Χρ. Μαθάς, εκδόσεις Κατοπτρο, Αθήνα 1992.
6. Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής (βιβλίο δεύτερο),: «Πρόληψη, Έγκαιρη Διάγνωση και Διαφυγή από τον Καρκίνο». Τεύχος πρώτο, Αθήνα 1980.
7. Αντωνία και Δημήτρης Τριχόπουλος,: «Προληπτική Ιατρική Αγωγή Υγείας, Κοινωνική Ιατρική, Δημόσια Υγιεινή,» Εκδόσεις Παρισιανου, Αθήνα 1986.
8. Άννα Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου,: «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες» Τόμος Α, δ' επανέκδοση, εκδόσεις βήτα medical arts, Αθήνα 1994.
9. Ηρακλής Βαϊνάς,: «Καταβολή και καρκίνος,» εκδόσεις Sandoz.

10. Ιωαν. Σπηλιώτης,: «Καρκίνος "από την άγνοια... στο φόβο», Αχαϊκές εκδόσεις, Πάτρα 1999.
11. Ρηγάτος Γ., Εγκύκλιο Ογκολογίας, ASCEND 1999.
12. Ρούσου Π.-Στεφανογιάννης Γ.: «Χημειοθεραπεία, Ελπίδα για ζωή». Εκτύπωση : Τεχνόγραμμα Αθήνα 1998.
13. Παπαδημητρίου Γ., Ανδρουλάκης Γ.: «Αρχές Γενικής Χειρουργικής» τόμος Α'. (κεφ. 16, Γεννατάς Κων.: Γενικές Αρχές χημειοθεραπείας-ανοσοθεραπείας κακοηθών όγκων), Εκδόσεις Παρισιανου, Αθήνα 1989.
14. Μπαρμπουνάκη-Κωνσταντάκου Ε.: «Χημειοθεραπεία» β' έκδοση, εκδόσεις βήτα medical arts, Αθήνα 1989.
15. Αθανάτου Ελευθ.: «Κλινική Νοσηλευτική - Βασικές και ειδικές Νοσηλείες». Έκδοση Στ' βελτιωμένη, Αθήνα 1996.
16. Μαλγαρινού Μ., Κωνσταντινίδου Σ.: «Νοσηλευτική Παθολογική-Χειρουργική» τόμος Β μέρος 2^ο, Εκδόσεις "Η Ταβιθά" Σ.Α. Αθήνα 1995.
17. Μεταξά Σοφία.: «Διατροφικά Προβλήματα Ασθενών με Καρκίνο, Νοσηλευτική αντιμετώπιση». Νοσηλευτική 3: 246, 1999
18. Δημομελέτη Δημ.: «Ναυτία και έμετος στη θεραπεία του καρκίνου» 2^η ημερίδα ογκολογικού Νοσηλευτικού τομέα, Αθήνα 1996.
19. Σειρά εντύπων ενημέρωσης Σοροπτιμιστικού Ομίλου Θεσσαλονίκης BYZANTIO N^ο3, Η διατροφή σε ασθενείς με νεοπλασματικά νοσήματα.
20. Κωνσταντίνου Αικ.: «Καρκίνος - Αλλαγή Σωματικής Εικόνας - Ατομική Παραδοχή». Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, Εκδόσεις Ελληνικής αντικαρκινικής Εταιρείας, Αθήνα 1998.

21. Λυμπέρη Σ., Ρώσση Ρ.: «Προδιαθεσικοί παράγοντες στη δημιουργία ψυχολογικών προβλημάτων στον ασθενή με καρκίνο». 3^η ημερίδα Τομέα Νοσηλευτικής Ογκολογίας ΕΣΔΝΕ. Πειραιάς, 1996
22. Κυρίτση Ελένη.: «Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με διαταραχή εικόνας σώματος και αυτοϊδέας». Νοσηλευτική 2: 151-155, 1999
23. Πάρης Κοσμίδης.: «Επείγουσα θεραπευτική Ογκολογία». Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 1994.
24. Μπελλάλη Θαλ.: «Ψυχολογικές επιβαρύνσεις Νοσηλευτών-Επαγγελματική κόπωση». Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας Εταιρείας Νοσηλευτικών Σπουδών τόμος Β, εκδόσεις Ελληνικής αντικαρκινικής Εταιρείας, Αθήνα 1999.
25. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ.: «Επαγγελματική Εξουθένωση» Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, εκδόσεις Ελληνικής αντικαρκινικής Εταιρείας, Αθήνα 1998.
26. Κωνσταντινίδου Χρ.: «Διάλυση και Χορήγηση Κυτταροστατικών φαρμάκων» Πρακτικά Σεμιναρίου Νοσηλευτικής Ογκολογίας, τόμος Β, Αθήνα 1992.
27. Σαρατσιώτου Ιωαν.: «Χημειοθεραπευτικά Σχήματα, διαδικασία και σταθερές προετοιμασίας». Εκδόσεις Edramond, Αθήνα 1999.
28. Πριάμη Μαρία, «Υποστηρικτική φροντίδα ηλικιωμένου ασθενούς με καρκίνο» Περιοδικό «NOSILEFTIKI» Τόμος 38, Τεύχος2, 1999
29. Bachelor C., Owens D., Read M., Bloor M., «Patient Satisfaction Studies: Methodology Management and Consumer Evaluation» International Journal of Health Care Quality Assurance Vol.7 pp22.30 MCB University Press Limited 1994.
30. Βατση Ε. «Αρχές Ψυχοκαταλογίας και Ογκολογική Νοσηλευτική» Περιοδικό «NOSILEFTIKI» Τόμος 37 , Τεύχος3, 1998

31. Λαβδανίτη Ι. Μαρία : Η κόπωση στους ασθενείς με καρκίνο. Μια νέα προτεραιότητα στη νοσηλευτική τους φροντίδα, Πρακτικά 26^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου. ΕΣΔΝΕ 1999
32. Ρηγάτος Γ. «Φροντίδα για την γυναίκα με καρκίνο», Ογκολογική ενημέρωση, Περιοδικό «Νοσηλευτική, Τόμος 2^{ος}, Τεύχος 2 Απρίλιος- Ιούνιος 2000
33. Μερκούρης Α, Λεμονίδα Χ. «Ικανοποίηση ασθενών από τις ογκολογικές υπηρεσίες: βιβλιογραφική ανασκόπηση. Περιοδικό «Νοσηλευτική, Τόμος 37^{ος}, Τεύχος 1, σελ. 4-26,1998
34. Zahr L.N., William SG, EL Hadad A. Patient Satisfaction with nursing Care in Alexandria, Egypt. International Journal of Nursing Studies, 1991 28(4): 337-342

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΣ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

**ΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗ
ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

