

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΑΝΔΡΙΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ  
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ**

Επιβλέπουσα καθηγήτρια  
Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία

**ΠΑΤΡΑ 2003**

## Περιεχόμενα

<b>Εισαγωγή</b>	5
<b>ΜΕΡΟΣ Α' ΓΕΝΙΚΟ</b>	
<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup></b>	
1.1 Ιστορική αναδρομή	10
1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα για τον καρκίνο	12
<b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> Βασικές αρχές χημειοθεραπείας</b>	
2.1 Στόχοι - πιθανά αποτελέσματα χημειοθεραπείας	18
2.2 Οδοί χορήγησης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων	19
2.3 Δοσολογία - Διάρκεια - Συχνότητα της χημειοθεραπείας	20
2.4 Ταξινόμηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων	22
2.5 Τόπος μεταβολισμού των κυτταροστατικών	27
2.6 Συνδυασμένη χημειοθεραπεία	28
2.7 Είδη αντικαρκινικής χημειοθεραπείας	30
<b>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> Τρόπος παρασκευής χημειοθεραπευτικών φαρμάκων- Μέτρα προστασίας για το υγειονομικό προσωπικό</b>	
3.1 Εργαστηριακός χώρος μονάδας κεντρικής διάλυσης φαρμάκων (ΜΚΔΦ)-εξοπλισμός	35
3.2 Διάλυση - εφαρμογή κυτταροστατικών φαρμάκων	38
<b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> Τοξικότητα κυτταροστατικών</b>	
4.1 Τοξικότητα στο γαστρεντερικό σύστημα	42
4.2 Τοξικότητα στο αιμοποιητικό σύστημα	49
4.3 Τοξικότητα στο γεννητικό σύστημα	50
4.4 Νεφροτοξικότητα	51
4.5 Καρδιοτοξικότητα	52

4.6 Ηπατοτοξικότητα	52
4.7 Νευροτοξικότητα	53
4.8 Πνευμονική τοξικότητα	54
4.9 Δερματολογική τοξικότητα	54
4.10 Το πρόβλημα της κόπωσης	57

### **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> Νοσηλευτική συμβολή στην πρόληψη και αντιμετώπιση των οργανικών επιπτώσεων της χημειοθεραπείας**

5.1 Γαστρεντερικό σύστημα	61
5.2 Αιμοποιητικό σύστημα	67
5.3 Γεννητικό σύστημα	69
5.4 Νεφρικό σύστημα	69
5.5 Νευροφυτικό σύστημα	70
5.6 Δερματολογικά προβλήματα	70
5.7 Κόπωση	72

### **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> Μέτρα προστασίας για τον αρρώστο**

6.1 Προστασία - Προσέγγιση του αρρώστου	75
6.2 Νοσηλευτική φροντίδα	76
6.3 Πληροφόρηση - εκπαίδευση του αρρώστου	78
6.4 Ψυχολογική υποστήριξη	80
6.5 Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση	82
6.6 Το γέλιο και το χιούμορ ως συμπλήρωμα της νοσηλευτικής φροντίδας	88

### **Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup> Ψυχολογικές επιπτώσεις της χημειοθεραπείας**

7.1 Αλλαγές στο σωματικό εγώ λόγω της ασθένειας	93
7.2 Στάδια της νόσου και ψυχολογική παρέμβαση	95
7.3 Μοντέλα ψυχολογικών αποκρίσεων στη γνώση του επικείμενου προσωπικού θανάτου	100
7.4 Το οικογενειακό περιβάλλον αντιμετώπιση με τον καρκίνο	104
7.5 Νοσηλευτική συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και ποιότητα ζωής αρρώστου με καρκίνο	111
7.6 Ο πολύπλευρος ρόλος του νοσηλευτή.	117

## **ΜΕΡΟΣ Β' - ΕΙΔΙΚΟ**

<b>Υλικό - Μέθοδος</b>	123
<b>Αποτελέσματα</b>	126
<b>Συμπεράσματα - Συσχετίσεις</b>	153
<b>Συζήτηση</b>	166
<b>Περίληψη</b>	170
<b>Summary</b>	172
<b>Βιβλιογραφία</b>	173
<b>Παράρτημα</b>	176

## Εισαγωγή

Η λέξη "καρκίνος" για τους περισσότερους ανθρώπους είναι συνυφασμένη με την ταλαιπωρία, τη φθορά, τον πόνο, το οικονομικό κόστος, την κόπωση και τέλος το θάνατο γιατί:

- Ø Η νόσος εξακολουθεί να περιβάλλεται από κοινωνικό στιγματισμό (επάρατος νόσος, ξορκισμένος κ.α.).
- Ø Η πολυπαραγοντικότητα της νόσου καθιστά δύσκολη την πρόληψη της.
- Ø Η ίαση και η θεραπεία επιτυγχάνονται σε λίγες μόνο περιπτώσεις, ενώ για τις υπόλοιπες μιλάμε για "μικρότερο ή μεγαλύτερο διάστημα επιβίωσης".
- Ø Ο καρκινοπαθής συμμετέχει και ελέγχει τη θεραπεία και τα αποτελέσματα της όσο "θέλει" ο ίδιος και του "επιτρέπει" το οικογενειακό του περιβάλλον και η υγειονομική ομάδα που τον περιθάλλει
- Ø Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό τις περισσότερες φορές, στην ελληνική πραγματικότητα διστάζει να αποκαλύψει τη διάγνωση στον ίδιο τον ασθενή. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο πλησιέστερος συγγενής του να γίνεται αποδέκτης της αλήθειας και ταυτόχρονα ο ρυθμιστής της όλης κατάστασης.

Η χρήση της Χημειοθεραπείας (Χ.Μ.θ.) σαν μια από τις τρεις βασικές θεραπείες καρκίνου είναι πλέον σήμερα καθιερωμένη και ο ρόλος του εξειδικευμένου νοσηλευτή είναι σημαντικός και πολυδιάστατος, γιατί παρεμβαίνει όχι μόνο στην πρόληψη, τη διάγνωση, αλλά και στη θεραπεία, και στην αποκατάσταση και τη ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών και της οικογένειας του.

Είναι γνωστό, ότι οι καρκινοπαθείς υποχρεώνονται να κάνουν δύσκολους συμβιβασμούς ταυτόχρονα με την αποδοχή της νόσου. Συμβιβασμούς που έχουν σχέση με:

- Ø Τους περιορισμούς που θα φέρει η χορήγηση της χημειοθεραπείας και που ολοένα αυξάνουν.
- Ø Τις θεραπείες που ακολουθούν σε τακτά χρονικά διαστήματα με πολλαπλό κόστος και αμφίβολα αποτελέσματα.

Ø Το να αποδεχτούν από τους γύρω τους ακόμα και την ατομική τους περιποίηση, όταν παρ' όλες τις προσπάθειες είναι δύσκολο να την επιτύχουν μόνοι τους.

Και όταν η κατάσταση δεν βελτιώνεται, η αμφιβολία γίνεται μόνιμος σύντροφος τους. Η σωματική αδυναμία που εξαρτάται από την συχνότητα, την ένταση και την διάρκεια των συμπτωμάτων επηρεάζει την ψυχολογική διάθεση. Αντίστοιχα η εμφάνιση των σωματικών συμπτωμάτων, όπως ναυτίας, εμετών, αλωπεκίας, εξαγγείωσης και μυελοτοξικότητας, συνηθισμένες κατά τα άλλα παρενέργειες των κυτταροστατικών, επηρεάζουν επίσης τη ψυχική τους κατάσταση.

Αυτά όλα τα ανεπιθύμητα συμπτώματα της θεραπείας πολλές φορές, μειώνουν τις δραστηριότητες τους σε οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό επίπεδο με αποτέλεσμα, τη δημιουργία αισθημάτων φόβου, άγχους, πανικού, εξάρτησης, θυμού και κόπωσης. Η πολύπλευρη αυτή εξάρτηση δημιουργεί συναισθηματικές αντιδράσεις με αποτέλεσμα:

Ø τη μείωση της αυτοεκτίμησης

Ø την έλλειψη εμπιστοσύνης τη μείωση υπόληψης, σεβασμού

Ø την ανάπτυξη αισθημάτων μόνωσης που ευνοούν την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων και η σωματική νόσος με τη σειρά της επισπεύδει τα αισθήματα κόπωσης και μόνωσης.

Η στάση του αρρώστου και γενικά η συμπεριφορά του απέναντι στη Χ.Μ.Θ. που θα οδηγήσουν στη δημιουργία ή όχι ψυχολογικών διαταραχών επηρεάζονται τόσο από την εμφάνιση οργανικών συμπτωμάτων, τις αλλαγές του σωματικού ειδώλου και του τρόπου ζωής, όσο και από την σχέση του' ασθενούς με την οικογένεια του, το υποστηρικτικό του περιβάλλον, τη μόρφωση, την προσωπικότητα του κάθε ατόμου καθώς και τον βαθμό ωριμότητας.

Κάθε ασθένεια αλλά πολύ περισσότερο η χρόνια όπως ο καρκίνος, αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά όταν πετύχουμε την ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή και της οικογένειας του. Η δυνατότητα για ψυχολογική υποστήριξη δίνεται σε κάθε συνάντηση με τον ασθενή ή μέλος της οικογένειας του και βασίζεται στην εμπιστοσύνη. Βασική λοιπόν προϋπόθεση, αποτελεί το χτίσιμο μιας σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ασθενή και τον/την νοσηλευτή. Η εμπιστοσύνη πρέπει να δομηθεί σταδιακά αλλά να υπάρξει και ως βασική προϋπόθεση πριν από οποιαδήποτε άλλη μορφή επικοινωνίας, η

οποία θα αποσκοπεί στην πληροφόρηση (διαγνωστικές εξετάσεις, θεραπευτικά σχήματα, πορεία νόσου). Σε όλη αυτή την πορεία η ψυχολογική στήριξη του ασθενούς από τον νοσηλευτή για την αντιμετώπιση και απόκατάσταση της νόσου είναι δυναμικός μοχλός για την αντιμετώπιση των διαφορετικών αντιξοοτήτων.

Συχνά όμως, η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, η πίεση του χρόνου, η ελλιπής εκπαίδευση σε τεχνικές επικοινωνίας και ψυχοθεραπευτικές δεξιότητες, καθιστά αδύνατη την αφιέρωση του απαιτούμενου χρόνου.

Όλοι οι ασθενείς με καρκίνο έχουν το δικαίωμα της ενημέρωσης της υποστήριξης, της συμβουλευτικής και της εκπαίδευσης για να κατανοήσουν, ν' αντιμετωπίσουν, να βοηθηθούν και να προσαρμοστούν σε μια νέα κατάσταση. Συγχρόνως οι απαιτήσεις για ενημέρωση έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και σ' αυτό συντέινει σε μεγάλο βαθμό η επιρροή που ασκούν τα μέσα ενημέρωσης. Οι πληροφορίες που δίνονται δεν πρέπει να είναι διφορούμενες αλλά κατανοητές και αμερόληπτες, ανάλογες με την ικανότητα του ατόμου να τις αφομοιώσει και προσαρμοσμένες στις ανάγκες του. Να είναι απλές, πρακτικές, άμεσες και απαλλαγμένες από την δυσνόητη ιατρική ορολογία. Να παρέχονται από έμπειρο και καλά ενημερωμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Σύμφωνα με την O'Toole, η πληροφόρηση, η υποστήριξη, η διδασκαλία και η ενθάρρυνση μπορούν συνήθως να ανακουφίσουν συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας. Όταν παρ' όλα αυτά οι ασθενείς μας δεν ανακουφίζονται τότε παραπέμπονται στην ψυχιατρική υπηρεσία και στον ειδικό ψυχολόγο.

Ολοκληρώνοντας θα λέγαμε ότι στα πλαίσια της ολιστικής φροντίδας του ασθενή η υποστήριξη / φροντίδα από τον/την νοσηλευτή αποσκοπεί:

1. Στην πρόληψη των οργανικών συμπτωμάτων της νόσου, στην ανακούφιση και στην αντιμετώπιση τους.
2. Στη συστηματική εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής (Χ.Μ.Θ.) και στην αντιμετώπιση των παρενεργειών της.
3. Στη καταστολή των φόβων με ακριβή και υπεύθυνη ενημέρωση σχετικά με τη (Χ.Μ.Θ.) και τις παρενέργειες της.
4. Στη διδασκαλία τεχνικών αυτοφροντίδας προσαρμοσμένων στις μειωμένες ικανότητες του ασθενή, ώστε να διατηρεί την ανεξαρτησία του.
5. Στην προσαρμογή του ασθενή στις δυσάρεστες εξελίξεις της νόσου

6. Στην ανακούφιση του πόνου με την αναλγητική αγωγή και τεχνικές προσαρμοσμένες στις ανάγκες του.

7. Στον προγραμματισμό αποκατάστασης (ομάδες, κέντρα αποκατάστασης).

Σήμερα, με τη διεύρυνση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, τα διαθέσιμα νοσηλευτικά ιδρύματα για την παροχή φροντίδας, δε διαθέτουν τον απαραίτητο χρόνο για το συντονισμό διαφόρων υπηρεσιών και οι ασθενείς δύσκολα εξασφαλίζουν μια συνεχιζόμενη και συντονισμένη φροντίδα και δυσκολότερα μια συνεχή επίβλεψη και υποστήριξη (κατ' οίκον νοσηλεία, ομάδες υποστήριξης και αποκατάστασης).

Κάθε ασθένεια αλλά πολύ περισσότερο η χρόνια όπως ο καρκίνος αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά όταν παρέχεται συνεχιζόμενη φροντίδα σε βιοψυχοκοινωνικό επίπεδο από τα ισότιμα μέλη μιας υγειονομικής ομάδας που στοχεύουν στην θεραπεία και αποκατάσταση, σύμφωνα με τις σύγχρονες αντιλήψεις και τις εξειδικευμένες γνώσεις.<sup>1</sup>



## **ΜΕΡΟΣ Α΄ ΓΕΝΙΚΟ**

## 1.1 Ιστορική αναδρομή

Η Αντικαρκινική Χημειοθεραπεία ξεκίνησε μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, με είκοσι περιστατικά ενός πλοίου που βυθίστηκε, ενώ μετέφερε φορτίο νιτρωδών. Η χημική αυτή ουσία, χύθηκε στη θάλασσα και τα διασωθέντα μέλη του πληρώματος που ήλθαν σε επαφή, παρουσίασαν σε σύντομο χρονικό διάστημα υποπλασία του μυελού και των λεμφικών ιστών. Με το πέρασμα του χρόνου η χημική αυτή ουσία(αζωθυπερίτης) μετατρέπεται στη συνέχεια από όπλο σε φάρμακο, και το 1943 τον χρησιμοποιούν οι Gilman & Goudman στο Πανεπιστήμιο του Yale σε ασθενείς με νόσο του Hodgkin. Η εξέλιξη της χημειοθεραπείας ήταν ραγδαία.

Πολλά φάρμακα της οικογένειας των αλκυλιωτικών,η οποία ξεκίνησε με τον αζωθυπερίτη, ανακαλύφθηκαν τα επόμενα χρόνια.

Το 1947 ο Sidney Farber έδειξε ότι οι ανταγωνιστές του φυλλικού οξέος προκαλούν ύφεση της λευχαιμίας στα παιδιά. Η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία αποτέλεσε τα επόμενα χρόνια το μοντέλο για την μελέτη στην ανάπτυξη της χημειοθεραπείας.

Σήμερα χρησιμοποιούνται δεκάδες φάρμακα στην καθημερινή πράξη, και η έρευνα της χημειοθεραπείας αποτελεί δραστικό όπλο για την αντιμετώπιση πολλών κακοηθών παθήσεων. Χορηγείται μόνη της ή συνήθως σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση και ακτινοθεραπεία.<sup>2</sup>

Στάδια ιστορικής εξέλιξης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

### Περίοδος 1946-1969

- Ø Ως αρχή ήταν η εναντίον του πολλαπλασιασμού των κυττάρων που δρουν σε επίπεδο DNA και RNA.
- Ø Στρατηγική η καθημερινή ή εβδομαδιαία χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων μέχρι να προκληθεί τοξικότητα

## Περίοδος 1970-1980

- Ø Ως αρχή ήταν η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων από πλευράς χημειοθεραπείας και η συμβολή διαμέσου του κινητικού νόμου πρώτης αρχής.
- Ø Στρατηγική με την κυκλική πολυχημειοθεραπεία πλήρης δοσολογίας στοχεύουμε να επιτευχθεί η πλήρης ύφεση.
- Ø Ως αρχή στη στιγμή της διάγνωσης και θεραπείας πολλοί καρκίνοι είναι Μικρομεταστατικοποιημένοι.
- Ø Στρατηγική η επικουρική χημειοθεραπεία σε ορισμένους καρκίνους υψηλού ρίσκου υποτροπής έχει σκοπό να εξαφανίσει την μικρομετάσταση και να αυξήσει την διάρκεια ελεύθερου νόσου.

## Περίοδος 1980-Σήμερα

- Ø Ως αρχή ήταν η γνωστή σε πολλούς καρκίνους ορισμένου όγκου υπάρχουν κύτταρα φαρμακοευαίσθητα πριν ακόμα ξεκινήσει η χημειοθεραπεία.
- Ø Στρατηγική ο καλύτερος συνδυασμός φαρμάκων με χωρίς διασταυρωμένη αντίσταση είναι η φιλοσοφία η οποία και η αρχή, της πρωτοπαθούς ή νεοεπικουρικής χημειοθεραπείας, που στόχο έχει να μειώσει τις διαστάσεις ενός όγκου να τον συρρικνώσει, ώστε από ανεγχείρητο, να τον καταστήσει προσπελάσιμο χειρουργικά.
- Ø Ως αρχή για αιτίες του μικρού θεραπευτικού αποτελέσματος σε ορισμένους καρκίνους ερμηνεύονται από τη μικρή δόση των χημειοθεραπευτικών που αναγκάζομαστε να δώσουμε, δεδομένου ότι είναι απαγορευτική η αύξηση της δοσολογίας λόγω τοξικότητας.
- Ø Στρατηγική έγκειται στην εφαρμογή της φιλοσοφίας αύξησης των δόσεων, μαζί με την αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών που έχει αποδειχθεί ότι προσφέρουν σοβαρά οφέλη στον ασθενή με N.H.L. ή H.L , λευχαιμίες, μαστό, ωοθήκες.<sup>3</sup>

## 1.2. Επιδημιολογικά δεδομένα για τον καρκίνο

Ο καρκίνος αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες θανάτου, την κυριότερη μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις, τόσο για τις χώρες της Ευρώπης (Δυτικής και Ανατολικής) όσο και για τις ΗΠΑ. Τα καλύτερα επιδημιολογικά δεδομένα είναι εκείνα, τα οποία συγκεντρώνουν οι ΗΠΑ. Τα στοιχεία αναφέρονται σε ετήσια βάση κατά είδος νεοπλασματος, τόσο σε ομοσπονδιακό επίπεδο όσο και κατά Πολιτεία. Ήδη, με δεδομένες τις τάσεις από πολύχρονες παρατηρήσεις, υπάρχει από χρόνια η δυνατότητα πρόβλεψης και για τον αναμενόμενο αριθμό νέων περιπτώσεων στα προσεχή χρόνια. Τα στοιχεία αυτά μπορούν να δώσουν ορισμένες κατευθύνσεις και για την Ευρώπη, αλλά δεν μπορούν να μεταφερθούν μηχανιστικά. Στην ίδια την Ευρώπη υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις, ανάλογα με επιμέρους παράγοντες και πρακτικές στις διάφορες χώρες.

Για την εκτίμηση του μεγέθους του προβλήματος, χρησιμοποιούνται κυρίως δύο μεγέθη: η θνησιμότητα (mortality, death rate) και η επίπτωση (incidence).

α. Θνησιμότητα: Τα μεγέθη της λαμβάνονται από τα πιστοποιητικά θανάτου ενός έτους, τα οποία αναγράφουν ως αιτία το συγκεκριμένο νόσημα. Για τη δυνατότητα συγκρίσεων, τα μεγέθη εκφράζονται ως θάνατοι ανά 100.000 πληθυσμού.

β. Επίπτωση. Καταγράφεται με βάση τον αριθμό νέων περιπτώσεων του υπό εξέταση νοσήματος. Για τη δυνατότητα συγκρίσεων και η επίπτωση εκφράζεται ανά 100.000 πληθυσμού.

Άλλοι τρόποι εκτίμησης είναι: (α) Η έκφραση του απόλυτου αριθμού θανάτων από το συγκεκριμένο νόσημα σε ένα έτος και σε μία χώρα, της οποίας ο πληθυσμός θεωρείται ως δεδομένος και σταθερός, (β) Η αναφορά των νέων περιπτώσεων ενός τύπου καρκίνου σε ένα έτος και στη συγκεκριμένη χώρα, της οποίας ο πληθυσμός θεωρείται ως δεδομένος και σταθερός.

Το 1989, το πρόγραμμα "Η Ευρώπη κατά του καρκίνου" της (τότε) Ευρωπαϊκής Κοινότητας έδωσε στη δημοσιότητα τα στοιχεία θανάτων από καρκίνο στην Ευρώπη για το 1982, όπως αυτά προέκυπταν από τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO). Επί συνόλου 3.270.173 θανάτων από όλες τις αιτίες, οι θάνατοι από διάφορους τύπους καρκίνου ήταν 726.444, δηλαδή ποσοστό 22,2% — περίπου ένας

ανά τέσσερις θανάτους. Κυρία αιτία θανάτου από καρκίνο ήταν για μεν τους άνδρες ο καρκίνος του πνεύμονα (115.083 ή ποσοστό 15,8% επί του συνόλου των θανάτων από καρκίνο), για δε τις γυναίκες ο καρκίνος του μαστού (52.246 ή ποσοστό 7,2% επί του συνόλου των θανάτων από καρκίνο).

Την ίδια χρονιά, η Ελλάδα είχε σύνολο θανάτων 86.349, ενώ οι θάνατοι από καρκίνο ήταν 17.035 (ποσοστό 19,7%). Από καρκίνο του πνεύμονα κατέληξαν 3.278 άνδρες (19,2% από τους θανόντες καρκινοπαθείς), ενώ από καρκίνο του μαστού, κατέληξαν 1.171 γυναίκες (6,9%).

Αν αντιπαραθέσουμε τα ευρωπαϊκά προς τα ελληνικά στοιχεία, βλέπουμε τα εξής:

	Σύνολο Θανάτων	Θάνατοι από Ca(%)	Θάνατοι ανδρών από Ca πνεύμονος (%)	Θάνατοι γυναικών από Ca μαστού (%)
E.K.	726.444	22,2	15,8	7,2
Ελλάς	86.349	19,7	19,2	6,9

Από την επισκόπηση των στοιχείων, γίνονται φανερά τα εξής: (α) Το σύνολο των θανάτων από καρκίνο στην Ελλάδα είναι αναλογικά μικρότερο από εκείνο της Ευρώπης, χωρίς να είναι βέβαιο αν αυτό εκφράζει αληθινά μικρότερη συχνότητα του νοσήματος ή αν αποτελεί ένδειξη ατελούς τήρησης των στοιχείων, (β) Οι θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονος είναι αναλογικά περισσότεροι στην Ελλάδα, φαινόμενο που αντανακλά ευθέως τις καπνισματικές συνήθειες των Ελλήνων, (γ) Ο καρκίνος του μαστού φαίνεται ότι είναι και στην Ελλάδα πρόβλημα βαρύτητας ανάλογης με εκείνη της Ευρώπης.

Δυστυχώς, οι διάφορες υπηρεσίες που ασχολούνται με το στατιστικά δεδομένα στη χώρα μας δεν έχουν επιτύχει έως τώρα να συντονισθούν και να μας δώσουν αξιόπιστα δεδομένα σχετικά με τον καρκίνο. Σε άλλες χώρες, το ίδιο μικρές, όπως λ.χ. η Δανία και η Νορβηγία, γραμματείες καταγραφής των περιπτώσεων καρκίνου (Cancer-Registry) λειτουργούν με μεγάλη αξιοπιστία υπό αρκετές δεκαετίες. Στη χώρα μας, παρά τις κατά καιρούς εξαγγελίες των αρμοδίων αρχών και το σταθερό αίτημα των ογκολογικών φορέων, γραμματεία καταγραφής καρκίνου δεν έχει λειτουργήσει ή — αν λειτούργησε — δεν κατόρθωσε να δημοσιοποιήσει αξιόπιστα στοιχεία.

Τις αρχές του 1998, κατά τη διάρκεια θεμελίωσης ξενώνα καρκινοπαθών της

Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας (ΕΑΕ), ο τότε Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας έδωσε τα εξής στοιχεία για τις νέες περιπτώσεις καρκίνου στην Ελλάδα:

Νέες περιπτώσεις: Σύνολο 27.000. Άνδρες: 15.500 (ποσοστό 57,5% επί του συνόλου). Γυναίκες: 11.500 (ποσοστό 42,5% επί του συνόλου των καρκινοπαθών).

Άνδρες: Οι νέες περιπτώσεις καρκίνου στους άνδρες εμφανίζουν την εξής κατανομή:

Ca ουροδόχου κύστεως	18,50%
Ca πνεύμονος	17,38%
Ca δέρματος	15,76%
Ca προστάτη	7,37%
Ca παχέος εντέρου	5,57%
Ca στομάχου	5,21%
Ca λάρυγγα	3,73%
Λοιπές μορφές	26,48%

Γυναίκες: Στις γυναίκες, οι νέες περιπτώσεις καρκίνου Κατανέμονται ως εξής:

Ca μαστού	24,37%
Ca δέρματος	17,53%
Ca παχέος εντέρου	7,15%
Ca ουροδόχου κύστεως	4,58%
Ca στόματος μήτρας	4,31%
Ca στομάχου	4,10%
Ca ωοθήκης	4,08%
Ca τραχήλου μήτρας	3,88%
Ca πνεύμονας	2,68%
Λοιπές μορφές	27,32%

Με βάση τα στοιχεία αυτά, επισημαίνουμε:

1. Τη μικρότερη αναλογία γυναικών στο σύνολο των νέων περιπτώσεων καρκίνου,

παρότι στο γενικό πληθυσμό υπερτερούν των ανδρών.

2. Τη μικρή αναλογία περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονος και κύστεως
3. Την απουσία του καρκίνου του λάρυγγας από τα αναφερόμενα ποσοστά στις γυναίκες που σημαίνει την πολύ μικρή επίπτωση σε αυτές του συγκεκριμένου νεοπλασματος.

Όλες αυτές οι διαφορές μπορούν να εξηγηθούν από το γεγονός ότι μεταξύ των γυναικών δεν βρίσκουμε βαριές καπνίστριες, με δεδομένη τη συσχέτιση του καπνίσματος, με τους συγκεκριμένους τύπους νεοπλασματος.

Θα παραθέσουμε ακόμα, για κατάδειξη της χρησιμότητας των εθνικών γραμματειών καρκίνου, στοιχεία από τα μητρώα της Δανίας που καλύπτουν την περίοδο 1943-1980.

Επισημαίνουμε τα εξής:

1. Στους άνδρες παρατηρείται αύξηση των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα, του λάρυγγας και της ουροδόχου κύστεως, προφανώς σχετιζόμενη με το κάπνισμα. Τα επόμενα χρόνια και χάρις στην ακολουθούμενη πολιτική υγείας, υπάρχει μεταβολή της καμπύλης.
2. Παρατηρείται επίσης αύξηση των κρουσμάτων καρκίνου του όρχεως και του κακοήθους μελανώματος.
3. Υπάρχει μείωση των περιπτώσεων καρκίνου του στομάχου, λόγω μεταβολών στη διατροφή.
4. Στις γυναίκες επισημαίνουμε τη μείωση των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του παγκρέατος.
5. Επισημαίνουμε επίσης τη σταθερά υψηλή θέση του καρκίνου του μαστού.

Κι ενώ στη Δανία υπάρχουν στοιχεία διαθέσιμα ήδη από τη δεκαετία του '40, στην Ελλάδα δεν διαθέτουμε ούτε τα πιο πρόσφατα δεδομένα. Στο 17ο Παγκόσμιο Συνέδριο για τον Καρκίνο, που διοργάνωσε η Διεθνής Ένωση κατά του Καρκίνου (UICC) στο Ρίο της Βραζιλίας το 1998, παρουσιάστηκαν στοιχεία από όλες τις χώρες πλην της Ελλάδος.

Το Νοέμβριο του 1998, ο πρόεδρος της ΕΑΕ καθ. Ν. Δοντάς έγραφε:

«Όλα (αυτά τα επιδημιολογικά δεδομένα αναφέρονται σε έκταση σε παγκόσμια συνέδρια, όπως στο τελευταίο (17ο) Διεθνές Συνέδριο του Καρκίνου στο Ρίο της Βραζιλίας. Πολλοί από εμάς μείναμε κατάπληκτοι από τις στατιστικές που παρουσιάστηκαν. Στατιστικές που είχαν τόσα στοιχεία που δεν μπορούσαμε να φανταστούμε ότι είχαν περιληφθεί σας μετρήσεις .

"Και η Ελλάδα, Τι μπορούσε να παρουσιάσει η Ελλάδα; Ένα τίποτα. Κανένας από εμάς δεν μπορούσε να παρουσιάσει, να συζητήσει ή να τεκμηριώσει ο' ένα τόσο διεθνές περιβάλλον επίσημα στοιχεία από το Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας. Κανένα επιδημιολογικό στοιχείο, αφού το λεγόμενο Ελληνικό Αρχείο Νεοπλασιών που αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του Υπουργείου μας, εδώ και δεκαπέντε ολόκληρα χρόνια δεν έχει κατορθώσει να συγκεντρώσει και να εκδώσει ούτε μία στατιστική».

Φωτεινή περίπτωση αποτελεί η εργασία του Πανεπιστημίου Κρήτης που διερεύνησε την επιδημιολογία των θανάτων από καρκίνο στην Κρήτη για τα έτη 1992-1993 και τα συνέκρινε όχι μόνο με παλαιότερα, αλλά και με στοιχεία από άλλες μεσογειακές χώρες. Μόνον αν αναληφθεί ανάλογης πνοής και μεθοδολογίας έρευνα σε εθνικό επίπεδο, θα μπορέσουμε να έχουμε τα ακριβή στοιχεία, αναγκαία άλλωστε και για τον μακροπρόθεσμο σχεδιασμό της αντικαρκινικής πολιτικής μας.<sup>4</sup>



### Βασικές αρχές χημειοθεραπείας

Χημειοθεραπεία είναι η χρήση αντινεοπλασματικών μέσων για προαγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων με παρεμπόδιση της λειτουργίας τους και της αναπαραγωγής τους.

Χρησιμοποιείται κυρίως στη θεραπεία λευχαιμιών, λεμφωμάτων και άλλων παθήσεων των αιμοποιητικών κυττάρων, αλλά και σε διάσπαρτο μεταστατικό καρκίνο.<sup>5</sup>

Η χημειοθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με όλες τις άλλες μεθόδους που είναι σε χρήση στη θεραπευτική του καρκίνου. Είναι πολύ συχνός ο συνδυασμός της χημειοθεραπείας με τη χειρουργική θεραπεία. Κατά κανόνα προηγείται η επέμβαση και ακολουθεί η χημειοθεραπεία, ενώ άλλες φορές αυτή μπορεί να χορηγείται τόσο πριν, όσο και μετά την εγχείρηση.

Άλλοτε οι δύο αυτές μέθοδοι συμπληρώνονται και με την ακτινοθεραπεία, ενώ άλλες φορές μπορεί να μη γίνει εγχείρηση και να εφαρμοστεί μόνο συνδυασμός άκτινο- και χημειοθεραπείας.

Για ορισμένα ορμονοευαίσθητα νεοπλάσματα, ο συνδυασμός των δύο ή των τριών θεραπευτικών μεθόδων μπορεί να συμπληρώνεται και από ορμονοθεραπεία, η οποία όμως σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να χορηγείται μόνο με τη χημειοθεραπεία. Ανάλογοι συνδυασμοί με όλες τις πιο πάνω μεθόδους μπορούν να γίνουν και με την ανοσοθεραπεία, είτε με τα κλασικά εμβόλια είτε με νέες ανοσορρυθμιστικές ουσίες της βιοτεχνολογίας.

Ενδιαφέρον είναι επίσης ότι όλες αυτές οι θεραπευτικές μέθοδοι μπορούν να συνδυάζονται σε ποικίλες χρονικές συσχετίσεις, ούτως ώστε να προκύπτει μεγάλο πλήθος θεραπευτικών συνδυασμών.<sup>4</sup>

## 2.1.Οι στόχοι και τα πιθανά αποτελέσματα της χημειοθεραπείας.

Οι στόχοι είναι οι εξής:

- Ø Να θεραπεύσει έναν ειδικό τύπο καρκίνου.
- Ø Να ελέγξει την ανάπτυξη του όγκου στην περίπτωση που δεν είναι δυνατή η ίαση.
- Ø Να ανακουφίσει από τα συμπτώματα, όπως ο πόνος.
- Ø Να μειώσει το μέγεθος του όγκου πριν από την εγχείρηση ή την ακτινοθεραπεία.
- Ø Να καταστρέψει τις μικροσκοπικές μεταστάσεις μετά τη χειρουργική εξαίρεση του όγκου.

Ενώ η χειρουργική και η ακτινοθεραπεία εφαρμόζονται για να θεραπεύσουν τους εντοπισμένους όγκους, η χημειοθεραπεία θεραπεύει όγκους ολόκληρου του σώματος. Αντιμετωπίζει τα κακοήθη νοσήματα του αίματος, του μυελού των οστών και του λεμφικού συστήματος (λευχαιμίες και λεμφώματα). Καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα που έχουν αποσπαστεί από τους συμπαγείς όγκους και διασπείρονται με το αίμα ή το λεμφικό σύστημα σε διάφορα σημεία του σώματος.<sup>6</sup>

Τα πιθανά αποτελέσματα είναι τα εξής:

- Ø Πλήρης ύφεση. Σημαίνει την πλήρη εξαφάνιση όλων των συμπτωμάτων και σημείων του κακοήθους όγκου.
- Ø Μερική ύφεση. Σημαίνει υποδιπλασιασμό του μεγέθους του όγκου 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.
- Ø Σταθεροποίηση. Ο όγκος παραμένει σταθερός, ούτε μικραίνει ούτε μεγαλώνει. Το γεγονός αυτό δυστυχώς διαρκεί μόλις λίγους μήνες.
- Ø Εξέλιξη. Παρά τη θεραπεία ο όγκος μεγαλώνει. Πρέπει να γίνει διακοπή και αλλαγή του πλάνου.<sup>7</sup>

## 2.2. Οδοί χορήγησης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να χορηγηθούν με τους εξής τρόπους:

1. Από το στόμα
2. Σε μεγαλύτερες δόσεις ενδοφλέβια
3. Ενδαρτηριακά

∅ Αν το νεόπλασμα είναι εντοπισμένο στα άκρα, αποφράσσονται τα κύρια αγγεία με περίσφιξη του άκρου ή απολίνωση της φλέβας. Το φάρμακο εισάγεται από την αρτηρία. Το αίμα απάγεται από τη φλέβα και αφού περάσει από κλειστό κύκλωμα που περιέχει οξυγονωτή, επανεισέρχεται στην αρτηρία. Πριν από τη λύση της περίσφιξης ή απολίνωσης γίνεται πλύση του κυκλώματος αυτού του κυκλοφορικού συστήματος.

∅ Με καθετήρα που εισάγεται στην αρτηρία του οργάνου ή της περιοχής όπου είναι εντοπισμένο το κακόηθες νεόπλασμα. Ο καθετήρας συνδέεται με ενδοφλέβια χορήγηση, της οποίας η φιάλη τοποθετείται σε ύψος τουλάχιστο τριών μέτρων.

4. Άμεση έγχυση του φαρμάκου μέσα στον όγκο
5. Ενδοϋπεζωκοτική ή ενδοπεριτοναϊκή έγχυση.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται όταν χορηγούνται ενδοφλέβια χημειοθεραπευτικά που προκαλούν εκδορά. Τα φάρμακα αυτά, όταν εναποθέτονται μέσα στον υποδόριο ιστό (έξοδος από τη φλέβα), προκαλούν νέκρωση του και βλάβη των υποκείμενων τενόντων, νεύρων και αγγείων. Η πλήρης έκταση της ιστικής βλάβης φαίνεται μετά αρκετές εβδομάδες. Τα φάρμακα που χαρακτηρίζονται ως παράγοντες που προκαλούν εκδορά είναι η δακτινομυκίνη, η δαουνορουβικίνη, η δοξορουβικίνη, η αζωτούχος μουστάρδα, η μιθραμυκίνη, η μιτομυκίνη, η βινβλαστίνη, η βινκριστίνη και η βινδεσίνη.

Στη χορήγηση αυτών των φαρμάκων πρέπει να εμπλέκονται μόνο ειδικά εκπαιδευμένοι γιατροί και νοσηλευτές. Βασικής σημασίας είναι η προσεκτική επιλογή

της περιφερικής φλέβας, η επιδέξια φλεβοκέντηση και η προσεκτική χορήγηση του φαρμάκου. Σε υποψία εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα, σταματά αμέσως η χορήγηση και εφαρμόζεται πάγος στην περιοχή (με εξαίρεση τη χορήγηση vinca αλκαλοειδών). Ο γιατρός μπορεί να αναρροφήσει το φάρμακο από τους ιστούς και να ενέσει σ' αυτούς εξουδετερωτικό διάλυμα για να ελαττώσει τη βλάβη τους.

Όταν προβλέπεται συχνή, μακροχρόνια χορήγηση αυτών των φαρμάκων, μπορεί να τοποθετηθούν καθετήρες από σιλικόνη (silastic) δεξιού κόλπου ή συσκευή φλεβικής προσπέλασης.<sup>8</sup>

Η απόφαση για την επιλογή χορήγησης φαρμάκων, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, και κυρίως από τον τύπο του όγκου και το φάρμακο που θα χρησιμοποιηθεί. Υπάρχουν πολλά ερωτηματικά που θα πρέπει πρώτα να απαντηθούν:

1. Μπορεί να απορροφηθεί το φάρμακο από το στομάχι;
2. Πόση είναι η απαραίτητη δόση;
3. Πότε και πόσο ανεκτές είναι οι παρενέργειες;

Η απόφαση θα ληφθεί με βάση το ποια είναι η δραστικότερη οδός για να χορηγηθεί η μεγαλύτερη δόση του σωστού φαρμάκου στη σωστή θέση. Οποιαδήποτε οδός χορήγησης και αν επιλεγεί, ο γιατρός θα δώσει στον ασθενή και τους οικείους του όλες τις πληροφορίες για τις συνήθειες δράσεις του φαρμάκου και τις παρενέργειές του. Θα του συστήσει επίσης ποιες προφυλάξεις οφείλει να λάβει και θα του υποδείξει ποιες αντιδράσεις να αναφέρει.<sup>6</sup>

### **2.3. Δοσολογία – διάρκεια – συχνότητα της χημειοθεραπείας**

Η επιλογή των κυτταροστατικών φαρμάκων για κάθε άρρωστο εξαρτάται από τον τύπο, το σημείο εμφάνισης και το στάδιο εξέλιξης της νόσου. Από το πώς επηρεάζει τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού και τη γενική κατάσταση της υγείας του αρρώστου.<sup>9</sup>

Η δοσολογία συνήθως υπολογίζεται βάσει νορμογράμματος που προσμετρά την επιφάνεια του σώματος( $m^2$ ) και υπολογίζεται βάσει του σωματικού βάρους και του ύψους του ασθενούς. Πάντα ανάλογα με την εξέλιξη της θεραπείας ή τις πιθανές επιπλοκές ή βιοχημικούς παραμέτρους μπορεί να γίνει αναπροσαρμογή της δόσης.<sup>7</sup>

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

Από τον τύπο της νεοπλασίας.

Από τον χρόνο που χρειάζεται ο οργανισμός να απαντήσει θετικά στη θεραπεία.

Από τις συνυπάρχουσες παθήσεις (υπατική βλάβη, καρδιακή, αναπνευστική, νεφρική ανεπάρκεια).

Από το χρόνο αναπλάσεως των υγιών κυττάρων.

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

Η χημειοθεραπεία μπορεί να δίνεται καθημερινά (για λίγες μέρες), εβδομαδιαίως ή μηνιαίως. Ο γιατρός θα εκτιμήσει για πόσο χρονικό διάστημα θα γίνετε η θεραπεία. Το προσχεδιασμένο πρόγραμμα θεραπείας μπορεί να προσαρμοστεί στην προσωπική αντίδραση του αρρώστου καθώς περνάει ο καιρός ώστε να ανταποκριθεί και στις ανάγκες της θεραπείας.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί σε ιδιωτικό ιατρείο, σε κλινική ή σε νοσοκομείο. Μερικοί ασθενείς παίρνουν τα φάρμακα στο σπίτι. Ο χώρος που θα γίνει η θεραπεία εξαρτάται από το πρόγραμμα της θεραπείας, τη μέθοδο του γιατρού, τους κανόνες του νοσοκομείου και την ευκολία του αρρώστου.

Όταν αρχίσει η θεραπεία ο άρρωστος ίσως χρειαστεί να μείνει για λίγο χρόνο στο νοσοκομείο, ώστε ο γιατρός να μπορέσει να παρακολουθήσει από κοντά το αποτέλεσμα των φαρμάκων.

Επίσης, ο γιατρός θα πρέπει να παρακολουθεί την αντίδραση του οργανισμού στα φάρμακα, για να αντιμετωπίσει τις τυχόν παρενέργειες. Στην πραγματικότητα, μπορεί ένας άρρωστος να έχει κάποια παρενέργεια μετά από μια θεραπεία και να μην έχει την ίδια την επόμενη φορά.<sup>9</sup>

## 2.4. Ταξινόμηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Τα χημειοθεραπευτικά παρασκευάσματα δρουν στο παθολογικό κύτταρο με το να εμποδίζουν την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό του και με το να επιφέρουν την καταστροφή του. Το κάθε φάρμακο δρα με το δικό του τρόπο, π.χ. με άλλο τρόπο δρα η κυκλοφωσμιμίδη και με άλλο τρόπο η πλατίνη. Όλα τα κυτταροστατικά φάρμακα σκοτώνουν τα παθολογικά και τα φυσιολογικά κύτταρα. Τα φυσιολογικά, όμως, κύτταρα έχουν τη δυνατότητα της αναγεννήσεως. Έτσι, σε μικρά διαστήματα μερικών μόνο ημερών, αναγεννώνται και επανέρχονται στον αρχικό αριθμό τους. Μερικές φορές τα φάρμακα χρησιμοποιούνται για να επιτύχουν ένα τοπικό αποτέλεσμα και άλλες φορές ένα γενικό.<sup>9</sup>

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα όμως επιβραδύνουν την εξέλιξή τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος.

Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροτοξικό, δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή.

Τα κακοήθη κύτταρα, επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο είναι και πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Τα φυσιολογικά κύτταρα ιστών, όπως ο μυελός των οστών, που είναι πολύ δραστήρια, είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά.

Είναι δε πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου, που θα καταστρέψει μεν τα παθολογικά κύτταρα, δεν θα επηρεάσει όμως τα φυσιολογικά, όπως ο μυελός των οστών.

Η τοξικότητα των φαρμάκων εκδηλώνεται στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, στις ωοθήκες και σε άλλους ιστούς και όργανα.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται σε πέντε κατηγορίες :

1. Αντιμεταβολίτες: Αυτοί μοιάζουν δομικά με τους μεταβολίτες (ουσίες απαραίτητες για τη βιοσύνθεση των νουκλεϊνικών οξέων). Υποκαθιστούν τις ουσίες αυτές, προσροφούνται από τα ένζυμα και παρεμποδίζουν τη δράση τους. Δρουν στη φάση S του κυττάρου που γίνεται η σύνθεση του DNA.

(βλ. πίνακα 1)

2. Αλκυλιούντες παράγοντες: Αυτά επηρεάζουν την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου και κυρίως διαστρέφουν τη λειτουργία των νουκλειικών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο κυρίως στην προμιτωτική φάση. (βλ. πίνακα 2).<sup>8</sup>
3. Αντιβιοτικά. Ενούμενα με DNA αναστέλλουν την σύνθεση RNA και πρωτεΐνης ενούμενα με προσχηματισμένο DNA αναστέλλουν την σύνθεση DNA & RNA. (βλ. πίνακα 3)
4. Φυτικά Αλκαλοειδή: Προκαλούν μεταφασική ανακοπή με αναστολή σχηματισμού μιτωτικής ατράκτου.(βλ. πίνακα 4)
5. Ορμόνες: Συνδέονται με θέσεις ορμονικών υποδοχέων που μεταβάλλουν την κυτταρική ανάπτυξη' δεσμεύουν την σύνδεση των οιστρογόνων σε θέσεις υποδοχέων (αντιοιστρογόνα). Αναστέλλουν την σύνθεση RNA. (βλ. πίνακα 5).<sup>5</sup>

Οι φάσεις του κυτταρικού κύκλου είναι οι εξής:

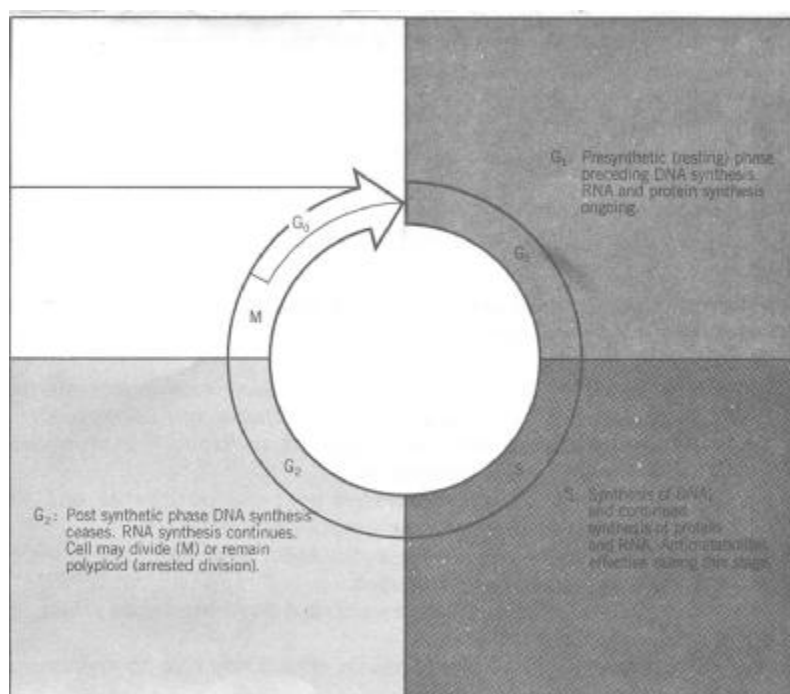
G1 φάση προετοιμασίας του κυττάρου για την είσοδο του στη φάση σύνθεσης. Διάρκεια μερικές ώρες ή ημέρες.

S φάση σύνθεσης DNA του πυρήνα. Διάρκεια μικρότερη των 10 ωρών.

G2 φάση προετοιμασίας του κυττάρου για τη μίτωση. Συντίθεται RNA και πρωτεΐνες. Προετοιμασία της μεμβράνης για τη μείωση. Διάρκεια μερικές ώρες.

M φάση μιτωτικής διαίρεσης του κυττάρου. Διακρίνεται σε μεσόφαση, πρόφαση, μετάφαση, ανάφαση και τελόφαση. Κατά τη διάρκεια της μίτωσης λαμβάνει χώρα ο διπλασιασμός των χρωμοσωμάτων, η δημιουργία της ατράκτου, η μετακίνηση των χρωμοσωμάτων στους πόλους κατά μήκος των ινιδίων της ατράκτου και τελικά η δημιουργία δύο ίσων και όμοιων κυττάρων. Διάρκεια μερικά λεπτά.

G0 φάση αδράνειας-ανάπαυσης του κυττάρου. Φαινομενικά είναι μία παρατεταμένη φάση G1. Ουσιαστικά διαφέρει της G1 κατά το ότι τα κύτταρα είναι ανθεκτικά σε κάθε κυτταροτοξικό φάρμακο και ιονίζουσα ακτινοβολία σε αντίθεση με την G1.<sup>10</sup>



Εικόνα 1

**πιν.Ι.**

**Αντιμεταβολίτες**

Φάρμακα	ενδείξεις	Αντενδείξεις	Οδός χορήγησης	Τοξικές αντιδράσεις
Μερκαπτοπουρίνη	Οξεία μυελογενής-λεμφική λευχαιμία, χρόνια μυελογενής <sup>11</sup>	Λευκοπενία, θρομβοπενία κύηση <sup>11</sup>	Από το στόμα <sup>8</sup>	Ναυτία εμετός διάρροια στοματίτιδα, καταστολή του μυελού των οστών <sup>8</sup>

**Πιν. ΙΙ.**

**Αλκυλιούντες παράγοντες**

Φάρμακο	Ενδείξεις	Αντενδείξεις	Οδός χορήγησης	Τοξικές αντιδράσεις
Βουσουλφάνη	Χρόνια μυελογενής λευχαιμία <sup>11</sup>	Κύηση <sup>11</sup>	Από το στόμα <sup>6</sup>	Αναιμία δύσπνοια ανικανότητα



				πυρετός διάρροια ξηρότητα και ερεθισμός στόματος κτλ <sup>6</sup>
Σισπλατίνη	Καρκίνωμα ουροδόχου κύστης, ωοθηκών όρχεων κεφαλής τραχήλου Ca πνεύμονος <sup>11</sup>	Υπερευαισθησί α στο φάρμακο νεφρική ανεπάρκεια διαταραχές της ακοής κύηση γαλουχία <sup>11</sup>	Ενδοφλέβια <sup>6</sup>	Αναιμία ταχυκαρδία ναυτία εμετοί απώλεια γεύσης αύξηση ουρικού οξέως <sup>11</sup>

**Πιν. III.****Αντιβιοτικά**

δοξορουβικίνη	Οξείες λευχαιμίες Ca μαστού ωοθήκης όγκος του Wilms κτλ <sup>11</sup>	Καρδιακή νόσο κύηση <sup>11</sup>	Ενδοφλέβια <sup>8</sup>	Τριχόπτωση τοξικές αναιμία ελάττωση των κυττάρων αίματος διάρροια κτλ <sup>6</sup>
μπλεομικίνη	Ca κεφαλής και τραχήλου καρκίνωμα όρχεων πέους αιδοίου Ca πνεύμονος κτλ <sup>11</sup>	Υπερευαισθησί α στο φάρμακο κύηση <sup>11</sup>	Ενδοφλέβια ενδαρτηριακά ανδομυϊκά υποδόρια <sup>8</sup>	Πνευμονική ίνωση βήχας δύσπνοια ανορεξία <sup>6</sup>

**Πιν. IV.****Φυτικά αλκαλοειδή**

βινπλαστίνη	Ca όρχεων νόσος του Hodgkinσπογκο ειδής μυκητίαση <sup>11</sup>	Λευκοπενία θρομβοπενία κύηση <sup>11</sup>	Ενδοφλέβια <sup>8</sup>	Μούδιασμα τριχόπτωση ερεθισμός στόματος φάρυγγα αίσθημα καύσους κλπ <sup>6</sup>
βινκριστίνη	Ca μαστού πνεύμονος οξεία λεμφική λευχαιμία κλπ <sup>11</sup>	κύηση <sup>11</sup>	Ενδοφλέβια <sup>8</sup>	Ελάττωση των κυττάρων αίματος κεφαλαλγία εξάνθημα τριχόπτωση ναυτία κλπ <sup>6</sup>

**Πιν. V.****Ορμόνες**

ταμοξιφένη	Ca μαστού γυναικών ανδρών <sup>11</sup>	Κύηση <sup>11</sup>	Από το στόμα <sup>6</sup>	Ελάττωση κυττάρων αίματος κνησμό ανορεξία ναυτία εμετό μεταβολή γεύσης <sup>6</sup>
Οιστρογόνα	Ca προστάτη Ca μαστού γυναικών <sup>11</sup>	αιμορραγία γεννητικών οργάνων θρομβοφλεβίτιδα α κύηση <sup>11</sup>	Από το στόμα <sup>8</sup>	Σε γυναίκες έμφραγμα μυοκαρδίου εγκεφαλικά επεισόδια κτλ Σε άνδρες γυναικομαστία ανικανότητα <sup>12</sup>

**2.5 Τόπος μεταβολισμού των κυτταροστατικών**

Τα κυτταροστατικά, ουσίες με διαφορετική προέλευση, χημική δομή και ιδιαίτερες φαρμακολογικές ιδιότητες, δεν μεταβολίζονται όλα στον ίδιο τόπο. Βεβαίως, τα περισσότερα από αυτά μεταβολίζονται κατά κύριο λόγο στο ήπαρ, άλλα κατά κύριο λόγο στους νεφρούς και λιγότερα μεταβολίζονται κυρίως σε περιφερικούς ιστούς

Από αυτά που μεταβολίζονται κατά κύριο στο ήπαρ, αναφέρουμε τα εξής:

- Ø Αλκυλιούντες, παράγοντες: Cydophosphamide, Chlorambucil, Ifosfamide.
- Ø Νιτροζουρίες: Carmustine (BCNU), Lomustine (CCNU) Streptozotocin.
- Ø Αντιμεταβολίτες: 5-Fluorouracil, 6-Mercaptopurine, 6-Thioguanine, Cytocine Arabinoside.

- Ø Αντιβιοτικά: D-Actinomycin, Daunorubicin, Mitomycin, Mithramycin, Doxorubicin, Mitoxantrone.
- Ø Φυτικά αλκαλοειδή: Etoposide, Vincristine, Vinblastine, Vindesine.
- Ø Διάφορα: Dacarbazine, Procarbazine, Hydroxyurea.

Από αυτά που μεταβολίζονται κατά κύριο λόγο στους νεφρούς αναφέρουμε:

- Ø Melphalan, Thiotepa / Streptozorocin / Methotrexate / Bleocin, Mithramycin/ Dacarbazine, Procarbazine, Cisplatin, Carboplatin, Hydroxyurea.

Τέλος, μεταβολίζονται περιφερικώς τα εξής:

- Ø Nitrogen mustard - Mechlorethamine, Chlorambucil, Busulfan, Melphalan / D-Actinomycin, Bleomycin / 1-Asparaginase.

Η γνώση του τόπου μεταβολισμού είναι απαραίτητη, όχι μόνο για την πρόβλεψη της τοξικότητας και τη λήψη των αναγκαίων προφυλάξεων, αλλά, κυρίως, για τη ρύθμιση των δόσεων σε περιπτώσεις που τα όργανα δεν λειτουργούν άριστα ή ανεπαρκούν.

Σε περίπτωση νεφρικής ανεπάρκειας, η ρύθμιση των δόσεων των φαρμάκων που μεταβολίζονται στους νεφρούς γίνεται αναλόγως των τιμών της ουρίας του αίματος, της κρεατινίνης του ορού και της κάθαρσης της κρεατινίνης.<sup>4</sup>

## 2.6. 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 40ήμερο θεραπεία λέγεται κύκλος.<sup>9</sup>

Οι περισσότεροι καρκίνοι θεραπεύονται με πολυπαραγοντική χημειοθεραπεία. (Παρόλο ότι πολλά οχήματα καταρτίστηκαν εμπειρικά, οι βασικές αρχές για τους περισσότερους συνδυασμούς αντινεοπλασματικών φαρμάκων είναι δυνατόν να

συνοψισθούν ως ακολούθως, (1) Καθένας από τους παράγοντες σε ένα σχήμα θα πρέπει να εμφανίζει ανεξάρτητη δράση κατά του συγκεκριμένου όγκου. Αν και είναι πιθανόν να παρατηρηθεί μία απρόβλεπτη συνεργεία, η προσθήκη ενός παράγοντα ο οποίος από μόνος του δεν, προκαλεί απόκριση είναι πιθανόν να δημιουργήσει τοξικότητα χωρίς οφέλη. (2) Κάθε φάρμακο θα πρέπει να έχει διαφορετικό μηχανισμό δράσης. Είναι ωφέλιμο να στοχεύονται διάφορα στάδια κατά μήκος αυτής της βιοχημικής οδού. Τα φάρμακα τα οποία είτε αναστέλλουν το ίδιο ένζυμο είτε δρουν με τον ίδιο μηχανισμό είναι λιγότερο πιθανόν να εμφανίσουν προσθετική αντινεοπλασματική δράση. (3) Δε θα πρέπει να υπάρχει διασταυρούμενη αντοχή μεταξύ των χρησιμοποιούμενων παραγόντων. Ένας ανθεκτικός πληθυσμός νεοπλασματικών κυττάρων που "επιλέγεται" με τη χρήση ενός φαρμάκου είναι απίθανο να εμφανίζει διασταυρούμενη αντοχή με έναν παράγοντα ο οποίος προκαλεί κυτταροτοξικότητα με διαφορετικό μηχανισμό. (4) Καθένα από τα φάρμακα θα πρέπει να παρουσιάζει διαφορετική δοσοπεριοριστική τοξικότητα. Η χορήγηση δύο παραγόντων με την ίδια μορφή τοξικότητας, στη μέγιστη ανεκτή δόση για τον καθένα απ' αυτούς, μπορεί να προκαλέσει μη αποδεκτή τοξικότητα. Δυστυχώς, αυτές οι αρχές είναι δύσκολο να τηρούνται στον επιθυμητό βαθμό.

Η μεταμόσχευση μυελού των οστών έχει χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της σοβαρής μυελοκαταστολής μετά από χημειοθεραπεία υψηλής δοσολογίας ή μετά από χημειοακτινοθεραπεία. Τα περισσότερο χρήσιμα φάρμακα σε περιπτώσεις που πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση είναι γενικά οι αλκυλιωτικοί παράγοντες, όπως η μπουσουλφάνη και η κυκλοφωσφαμίδη, για τους οποίους είναι γραμμική η σχέση μεταξύ δόσης φαρμάκου και θανάτωσης κυττάρων *in vitro*. Η χορήγηση αυτών των φαρμάκων σε συνδυασμένο σχήμα που προκαλεί καταστροφή του μυελού των οστών έχει ως συνέπεια υψηλότερη τοξικότητα για τα κύτταρα του όγκου. Σε αυτόλογη μεταμόσχευση, ο οστικός μυελός του ασθενούς ή τα περιφερικά βλαστικά κύτταρα συλλέγονται, συντηρούνται με κρυοσυντήρηση και στη συνέχεια επανεισάγονται στον ασθενή μετά από χορήγηση θεραπείας υψηλής δοσολογίας. Σε αλλογενή μεταμόσχευση, χρησιμοποιείται ο οστικός μυελός από κατάλληλο δότη για την αποκατάσταση του αιμοποιητικού συστήματος του ασθενούς. Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις που υποδεικνύουν ότι, εκτός από τα υψηλής δοσολογίας προπαρασκευαστικά σχήματα, στον έλεγχο της κακοήθους νόσου μετά από τη μεταμόσχευση αλλογενούς οστικού μυελού συμμετέχουν επίσης και ανοσολογικοί επιτελεστικοί μηχανισμοί. Οι

ακριβείς διαμεσολαβητές της αποκαλούμενης δράσης μοσχεύματος-κατά-νεοπλάσματος (graft-versus-tumor effect) παραμένουν αδιευκρίνιστοι. Η μεταμόσχευση έχει αποδειχθεί εξαιρετικά αποτελεσματική στη θεραπεία νεοπλασμάτων που αρχικά ανταποκρίνονται στη χημειοθεραπεία, όπως η οξεία λευχαιμία, το λέμφωμα Hodgkin και μη- Hodgkin και το καρκίνωμα των όρχεων. Πάντως, αυτή η προσέγγιση ήταν αναποτελεσματική για την θεραπεία κοινών κακοηθειών επιθηλιακής προέλευσης, όπως το μη μικροκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονα και το καρκίνωμα του παχέος εντέρου και του ορθού.<sup>13</sup>

## 2.7. Είδη αντικαρκινικής χημειοθεραπείας

Η χημειοθεραπεία του καρκίνου, δηλαδή η χορήγηση κυτταροστατικών συνήθως σε συνδυασμούς που έχουν σχεδιασθεί με βάση τις γνώσεις κυτταροκινητικής, της συμπεριφοράς των διαφόρων τύπων καρκίνου και της τοξικότητας, διακρίνεται σε συστηματική και σε περιοχική. Η συστηματική χημειοθεραπεία γίνεται με ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου. Το φάρμακο ακολουθεί όλη την πορεία του κυκλοφορούντος αίματος στο σώμα. Η περιοχική χημειοθεραπεία αποτελεί εντοπισμένη χορήγηση με σκοπό τη δράση των φαρμάκων στη συγκεκριμένη περιοχή του σώματος.

### Συστηματική χημειοθεραπεία

Διακρίνεται ως εξής:

**1.Χημειοθεραπεία ένταξης ή επαγωγής (Induction chemotherapy).** Πρόκειται για συνδυασμένη θεραπεία μεγάλων δόσεων, με σκοπό την επίτευξη πλήρους ύφεσης σε ένα ίσσιο νεόπλασμα. Ο όρος χρησιμοποιείται τόσο σε αιματολογικές κακοήθειες (λ.χ. οξεία λευχαιμία) όσο και σε συμπαγείς όγκους (λ.χ. οστεοοάρκωμα). Θα μπορούσαμε, νοηματικά, να την πούμε θεραπεία εφόδου.

**2.Χημειοθεραπεία σταθεροποίησης (Consolidation chemotherapy).** Επανάληψη του σχήματος εφόδου σε ασθενή, στον οποίο είχε επιτευχθεί πλήρης ύφεση κατά τη θεραπεία ένταξης, με σκοπό την αύξηση των ποσοστών ίασης ή την παρατεταμένη ύφεση.

**3.Εντατικοποιημένη χημειοθεραπεία (Intensified chemotherapy).** Η χημειοθεραπεία μετά πλήρη ύφεση, με μεγαλύτερες δόσεις των φαρμάκων που

χρησιμοποιήθηκαν ή με διαφορετικά φάρμακα σε μεγαλύτερες δόσεις, με σκοπό την αύξηση του ποσοστού ίασης ή την παράταση της ύφεσης.

**4.Χημειοθεραπεία συντήρησης** (Maintenance chemotherapy). Μακροχρόνια, μικρών δόσεων μονοθεραπεία συνδυασμένη θεραπεία σε ασθενή, στον οποίο έχει επιτευχθεί πλήρης ύφεση, με σκοπό την καθυστέρηση της εκ νέου ανάπτυξης κυττάρων από υπολειπόμενη νόσο.

**Συμπληρωματική (ή προφυλακτική) χημειοθεραπεία**(Adjuvant chemotherapy). Βραχείας διάρκειας και υψηλής δοσολογίας, συνδυασμένη θεραπεία σε ασθενή που δεν έχει ένδειξη υπολειπόμενης νόσου μετά την εγχείρηση ή την ακτινοθεραπεία, με σκοπό την καταστροφή πιθανώς υπολειπομένου αριθμού καρκινικών κυττάρων.

**Νεοσυμπληρωματική χημειοθεραπεία** (Neoadjuvant chemotherapy). Είναι η συμπληρωματική θεραπεία που δίνεται κατά την προεγχειρητική ή την περιεγχειρητική περίοδο, με σκοπό τη μείωση του μεγέθους ενός όγκου ή την υποσταδιοποίησή του, ώστε να καταστεί χειρουργήσιμος.

**Πρωτογενής χημειοθεραπεία** (Primary chemotherapy). Όρος που ταυτίζεται με τη νεοσυμπληρωματική χημειοθεραπεία.

**Παρηγορητική χημειοθεραπεία** (Palliative chemotherapy). Αποσκοπεί στην ανακούφιση συμπτωμάτων ή την παράταση της ζωής σε έναν ασθενή, στον οποίο δεν αναμένεται οριστική και πλήρης θεραπεία.

**Σωστική χημειοθεραπεία** (Salvage chemotherapy). Δυνητικός θεραπευτική (ίαση), υψηλής δοσολογίας συνδυασμένη χημειοθεραπεία σε ασθενή που υποτροπίασε μετά από άλλο σχήμα χημειοθεραπείας ή δεν ανταποκρίθηκε σ' αυτό.

**Χρονοβιολογική χημειοθεραπεία** (Circadian ή Chronobiologic chemotherapy). Παρότι η πλειονότητα των ογκολόγων αποδίδει μικρή σημασία στις αρχές της χρονοβιολογίας, σε ορισμένα κέντρα θεωρούν ότι τόσο η δραστηριότητα όσο και η τοξικότητα των κυτταροστατικών επηρεάζεται από τους κηκκάδιους ρυθμούς.\* Έτσι, συνιστούν διαφορετικές ώρες για τη χορήγηση ορισμένων φαρμάκων ή συγκεκριμένες χρονικές αποστάσεις μεταξύ της χορήγησης διαφόρων φαρμάκων ενός σχήματος.

**Περιοχική χημειοθεραπεία** Εκτός από τη συστηματική χημειοθεραπεία (σε ενδοφλέβια ένεση ή σε έγχυση ή σε συνεχή στάγδην έγχυση με τη βοήθεια ειδικών φορητών αντλιών), υπάρχει και η δυνατότητα χορήγησης χημειοθεραπείας σε συγκεκριμένες μόνο περιοχές του σώματος. Στόχος είναι τόσο η υψηλότερη συγκέντρωση των φαρμάκων στις εν λόγω περιοχές, όσο και η αποφυγή της

συστηματικής τοξικότητας. Στην περιοχική χημειοθεραπεία περιλαμβάνονται η αρτηριακή χορήγηση, η ενδοϋπεζωκοτική, η ενδοπερποναϊκή, η ενδοκοιλιακή και η ενδορραχιαία χορήγηση.

**Ενδαρτηριακή χημειοθεραπεία.** Προϋποθέτει την τοποθέτηση καθετήρα στην τροφοφόρο αρτηρία του όγκου. Η τοποθέτηση γίνεται είτε με χειρουργικές τεχνικές είτε με επεμβατικές ακτινολογικές τεχνικές. Κάθε μία από τις δύο πρακτικές έχει τα δικά της πλεονεκτήματα και ία δικά της μειονεκτήματα. Η τοποθέτηση του καθετήρα δημιουργεί κινδύνους, τόσο για θρομβώσεις όσο και για λοιμώξεις. Τα τελευταία χρόνια, χρησιμοποιούνται ειδικές εμφυτευόμενες αντλίες ή άλλες που εφαρμόζονται εξωτερικά. Νεοπλάσματα στη θεραπευτική των οποίων έχει χρησιμοποιηθεί η εφαρμογή ενδαρτηριακής χημειοθεραπείας είναι εκείνα του ήπατος, οι εξεργασίες της περιοχής κεφαλής-τραχήλου, μελανώματα και σαρκώματα των άκρων. Από τα κυτταροστατικά έχουν χρησιμοποιηθεί η floxuridine. (FUDR), η 5-fluorouracil και διάφορες νιτροζουρίες, κυρίως δε η BCNU. Παρότι ορισμένες εργασίες δίνουν καλύτερα ποσοστά ανταποκρίσεων με την ενδαρτηριακή παρά με τη συστηματική χορήγηση, δεν φαίνεται να υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές, όπως δεν διαπιστώνονται διαφορές στην ελεύθερη νόσου επιβίωση και τη συνολική επιβίωση, αλλά και στην εκδήλωση μεταστάσεων.

**Ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία.** Το πνεύμα της ενδοπεριτοναϊκής χημειοθεραπείας είναι να εκθέσει τις καρκινωματώδεις μάζες σε υψηλότερες συγκεντρώσεις κυτταροστατικών από εκείνες που μπορούν να επιτευχθούν με τη συστηματική χημειοθεραπεία. Για να χορηγηθεί ενδοπεριτοναϊκώς ένα κυτταροστατικό, πρέπει να εμφανίζει ορισμένα ειδικά χαρακτηριστικά, όπως: να μην ασκεί τοπικά ερεθιστική ή τοξική δράση, να μεταβολίζεται ταχέως προς μη τοξικούς μεταβολίτες, να παραμένει αρκετά στην περιτοναϊκή κοιλότητα, να αποκαθαίρετε γρήγορα από τη συστηματική κυκλοφορία και, βεβαίως, να είναι δραστικό στους όγκους για τους οποίους χορηγείται.

Η Cisplatin και η Carboplatin έχουν χρησιμοποιηθεί για την ενδοπεριτοναϊκή θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών, αλλά και μεταστατικών περιτοναϊκών εμφυτεύσεων από άλλους όγκους. Ενδοπεριτοναϊκώς, έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί η 5-Fluorouracil, η Doxorubicin, η Mitomycin, η Melphalan και η Metliotrexate. Υπό έρευνα ευρίσκεται η πιθανότητα χορήγησης συνδυασμού κυτταροστατικών. Η



χορήγηση, εκτός από την όποια θεραπευτική δράση, διευκολύνει και την ανάπτυξη συμφύσεων, που μπορεί να περιορίσουν την παραγωγή ασκίτικού υγρού.

**Ενδοπλευρική η ενδοϋπεζωκσκη χημειοθεραπεία.** Έγχυση διαφόρων κυτταροστατικών γίνεται και στην κοιλότητα του υπεζωκότος σε περιπτώσεις μεταστατικών πλευρίτιδων και μετά την αφαίρεση του πλευριτικού υγρού, είτε με παρακέντηση είτε με την εφαρμογή Bilau. Τα χορηγούμενα φάρμακα (Thiotepa, Bleomycin κ.λπ.), εκτός από την όποια πιθανή κυτταροστατική δράση, δρουν και με την ανάπτυξη συμφύσεων που μπορεί να περιορίσουν την παραγωγή πλευριτικού υγρού.

**Ενδοπερικαρδιακή χημειοθεραπεία.** Κυτταροστατικά μπορούν να χορηγηθούν και στην περικαρδιακή κοιλότητα σε περιπτώσεις μεταστατικής περικαρδίτιδας. Μετά την αφαίρεση του περικαρδιακού υγρού και δια του λεπτού καθετήρος που έχει τοποθετηθεί εκεί, μπορεί να γίνει η χορήγηση των φαρμάκων τα οποία δρουν και ως κυτταροστατικά και με την ανάπτυξη συμφύσεων, για τον περιορισμό της αναπαραγωγής του μεταστατικού περικαρδιακού υγρού.

**Ενδοκοιλιακή και ενδορραχιαία χημειοθεραπεία.** Η απελευθέρωση των περισσότερων κυτταροστατικών από το αίμα στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) είναι, κατά κανόνα, εξαιρετικά περιορισμένη. Έτσι, αν απαιτείται η δράση χημειοθεραπευτικών παραγόντων στο νευρικό σύστημα, πρέπει να γίνει περιοχική χορήγηση. Για δράση στον εγκέφαλο, η χορήγηση μπορεί να γίνει μέσω μιας εμφυτευόμενης συσκευής Omayra, τα πέρατα της οποίας καταλήγουν στις κοιλίες του εγκεφάλου, λαμβανομένων όμως υπ' όψιν των κινδύνων, τόσο από επιμολύνσεις όσο και από τη δράση των φαρμάκων. Χορήγηση κυτταροστατικών μπορεί να γίνει και ενδορραχιαίως, μετά από οσφουονωτιαία παρακέντηση και αφού αφαιρεθεί ποσότητα ENY ίση με εκείνη που θα ενεθεί. Η μέθοδος χρησιμοποιείται για προφύλαξη στην οξεία λεμφογενή λευχαιμία (ΟΛΛ) των παιδιών, σε άλλους τύπους λευχαιμίας, σε λεμφώματα και σπανίως σε συμπαγείς όγκους, λ.χ. μικροκυτταρικό Ca πνεύμονος. Θεραπευτικώς, χορήγηση ενδοκοιλιακή ή ενδορραχιαία γίνεται σε εγκεφαλικές διηθήσεις από λευχαιμίες ή λεμφώματα και σε μηνιγγική διασπορά από συμπαγείς όγκους (καρκινωματώδη μηνιγγίτιδα). Φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι κατ' εξοχήν η Methotrexate και σε λιγότερες περιπτώσεις η Thiotepa και η Cytarabine.

**Έγχυση σε απομονωμένο σκέλος.** Σε μελανώματα των άκρων καθώς και σε ορισμένες περιπτώσεις σαρκωμάτων γίνεται έγχυση κυτταροστατικών σε συνθήκες απομόνωσης της κυκλοφορίας του πάσχοντος μέλους. Η έγχυση του επιλεγμένου φαρμάκου (ή φαρμάκων) γίνεται είτε υπό τις συνήθεις συνθήκες θερμοκρασίας είτε υπό συνθήκες υπερθερμίας.

**Ενδοκυστική χορήγηση κυτταροστατικών.** Η ενδοκυστική χορήγηση ανοσοθεραπευτικών (BCG) ή κυτταροστατικών (Adriamycin, σπανιότερα Thiotepa ή Mitomycin C) είναι η συνήθης θεραπευτική προσπέλαση των επιφανειακών καρκίνων της ουροδόχου κύστεως (Tis, T1 και T2), με επίτευξη μέσης πενταετούς επιβίωσης σε ποσοστό 86% των ασθενών. Η έγχυση γίνεται διουρηθρικό, μέσω καθετήρα.

**Ενδοογκική έγχυση κυτταροστατικών.** Έχει δοκιμασθεί πρόσφατα σε όγκους του εγκεφάλου η ενδοογκική χορήγηση κυτταροστατικών. Το σκεπτικό είναι ότι μικρή δόση του φαρμάκου θα επιτύχει υψηλές συγκεντρώσεις μέσα στον όγκο, συνδυάζοντας το καλύτερο αποτέλεσμα με τη μικρότερη τοξικότητα. Επίσης, έχει δοκιμαστεί η συνεχής ενδοογκική έγχυση, σε διάφορους τύπους όγκου, με τη βοήθεια εξωτερικής αντλίας.<sup>4</sup>

### **Τρόποι παρασκευής χημειοθεραπευτικών φαρμάκων –μέτρα προστασίας για το υγειονομικό προσωπικό.**

Οι νοσηλευτές που εμπλέκονται σε χημειοθεραπεία μπορεί να εκτεθούν σε χαμηλές δόσεις φαρμάκων από άμεση επαφή, εισπνοή ή είσοδο στο στομάχι. Προσωπικό που επανειλημμένα εκτέθηκε σε κυτταροτοξικά φάρμακα, έδειξε μεταλλακτική δραστηριότητα στα ούρα του. Αν και όλα τα μεταλλαξιγόνα δεν είναι καρκινογόνα, έχουν την ικανότητα να προκαλούν μόνιμες κληρονομήσιμες αλλαγές στο γενετικό υλικό των κυττάρων.

Αν και δεν έγιναν μακροχρόνιες μελέτες σε νοσηλευτές που χειρίζονται χημειοθεραπευτικούς παράγοντες, είναι γνωστό ότι αυτά συνδέονται με δευτεροπαθή ανάπτυξη κακοηθών όγκων και χρωμοσωματικών ανωμαλιών. Έχουν ανακοινωθεί ναυτία, εμετοί, ζάλη αλωπεκία και εξέλκωση ρινικού βλεννογόνου σε προσωπικό υγείας που χειριζόταν χημειοθεραπευτικούς παράγοντες.<sup>5</sup>

### **3.1. Εργαστηριακός χώρος μονάδας κεντρικής διάλυσης φαρμάκων (Μ.Κ.Δ.Φ.) και εξοπλισμός**

Τα κυτταροστατικά φάρμακα δρουν όχι μόνο στα νεοπλασματικά κύτταρα αλλά και σε όλα τα κύτταρα, υγιή ή μη, του οργανισμού με αποτέλεσμα να εμφανίζουν μεγάλο βαθμό τοξικότητας.

Η τοξικότητα αυτή αφορά όχι μόνο τον ασθενή που υποβάλλεται σε αντινεοπλασματική θεραπεία, αλλά και στο προσωπικό του νοσοκομείου που χρησιμοποιεί τα αντινεοπλασματικά φάρμακα.

Για το λόγο αυτό η διάλυση και η 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 Μ.Κ.Δ.Φ. προσφέρει 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 σε αυτήν προδιαγραφές και διαδικασίες που ισχύουν για την παρασκευή στείρων παρεντερικών φαρμάκων.

Η Μ.Κ.Δ.Φ. πρέπει να αποτελείται από τρία χωριστά δωμάτια. Το πρώτο δωμάτιο λειτουργεί ως χώρος γραφείου και χώρος παραμονής του προσωπικού.

Το δεύτερο δωμάτιο λειτουργεί σαν αποθηκευτικός χώρος, και σαν αποδυτήριο του προσωπικού.

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.

Όπως διακρίνετε στην εικόνα, ο θάλαμος καθέτου νηματικής ροής έχει πάνω δεξιά τα πλήκτρα χειρισμού και το ψηφιακό ρολόι με τις ώρες που έχει λειτουργήσει ο θάλαμος. Πάνω αριστερά είναι ο μετρητής κορεσμού του φίλτρου. Όταν η βελόνα του περάσει τη μέση, το φίλτρο πρέπει να αλλάζεται. Η αλλαγή του φίλτρου εξαρτάται από τις ώρες λειτουργίας του θαλάμου και από τον κορεσμό του.



Εικόνα 2

Το δωμάτιο παρασκευής κυτταροστατικών φαρμάκων εκτός του θαλάμου καθέτου νηματικής ροής θα πρέπει να διαθέτει νιπτήρα, όπου το προσωπικό πλένει σχολαστικά τα χέρια του και ψυγείο, όπου φυλάσσονται τα φάρμακα που διατηρούνται τη θερμοκρασία 2-8 C\* και τα χημειοθεραπευτικά σχήματα που πρόκειται να χορηγηθούν σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Το προσωπικό της μονάδας όταν δεν ασχολείται με τη διάλυση των φαρμάκων, δεν παραμένει στο δωμάτιο παρασκευής για να μην εκτίθεται στα αντινεοπλασματικά φάρμακα, αλλά και για να μην μολύνει το περιβάλλον. Για τους ίδιους λόγους απαγορεύεται το κάπνισμα και η κατανάλωση τροφής ή αναψυκτικών.

Το προσωπικό φορά :

Ρόμπα από υλικό που δεν αποβάλλει σωματίδια, που δένεται πίσω, ώστε ο λαιμός και το στέρνο να καλύπτονται και έχει μακριά μανίκια που καταλήγουν σε λάστιχο. Μπορεί να είναι μιας χρήσης ή να πλένεται και να αποστειρώνεται.

Γάντια χειρουργικά αποστειρωμένα και χωρίς τάλκ. Για μεγαλύτερη ασφάλεια φορά διπλά γάντια. Το πρώτο ζευγάρι φοριέται κάτω από το λάστιχο του μανικιού και το δεύτερο πάνω από το λάστιχο.

Σκούφο κεφαλής-προστατευτικά καλύμματα παπουτσιών-μάσκα, και σε περίπτωση που δεν δουλεύει με τη βοήθεια θαλάμου νηματικής ροής γυαλιά. Τα γυαλιά πρέπει να έχουν και πλάγια προστατευτικά.



Εικόνα 3

### **3.2. Διάλυση και εφαρμογή κυτταροστατικών φαρμάκων**

Πριν μπούμε στο χώρο διάλυσης κυτταροστατικών φαρμάκων έχουμε φορέσει ρόμπα, καπελάκι, μάσκα, αποστειρωμένα γάντια και προστατευτικά στα παπούτσια.

Βάζουμε σε λειτουργία το θάλαμο νηματικής ροής, ο οποίος πρέπει να λειτουργεί συνέχεια χωρίς διακοπή.

Στο εσωτερικό του θαλάμου τοποθετούμε απορροφητικό χαρτί επενδυμένο με πλαστικό, για να μη μολύνεται η επιφάνεια εργασίας και το οποίο αλλάζουμε μετά την παρασκευή κάθε χημειοθεραπευτικού σχήματος.

Παραλαμβάνουμε τα φάρμακα προς διάλυση, ελέγχουμε αν ο αριθμός των φιαλιδίων και η δοσολογία συμπίπτουν με την συνταγή και τις οδηγίες του γιατρού.

Ελέγχουμε τις ημερομηνίες λήξεως και εξετάζουμε μήπως υπάρχουν αλλοιώσεις χρώματος, υφή ή παρουσία ιζημάτων σε διαλύματα.

Επιλέγουμε τους ενδεδειγμένους διαλύτες για κάθε φάρμακο και γεμίζουμε τις ανάλογες σύριγγες με συγκεκριμένο όγκο διαλύτη. Πριν χρησιμοποιήσουμε

οποιοδήποτε φιαλίδιο ή αμπούλα φαρμάκου ή διαλύτη, τα απολυμαίνουμε με αλκοόλη 70°C.

Στα διάτρητα μέρη του θαλάμου δεν τοποθετούμε φιαλίδια, σύριγγες ή τα χέρια μας, για να μην εμποδίσουμε την ροή του αέρα.

Το κάθισμα ρυθμίζεται με τρόπο τέτοιο ώστε το πρόσωπο και ο λαιμός να προστατεύονται από το τζάμι ασφαλείας του θαλάμου νηματικής ροής.

Οι σύριγγες και οι βελόνες που χρησιμοποιούμε πρέπει να είναι louver-lock.

Αφού αναρροφήσουμε το διαλυμένο φάρμακο από το φιαλίδιο στη σύριγγα, πάντα τραβάμε και μικρή ποσότητα αέρα, ώστε κατά την έξοδο της βελόνας να μην εμφανιστούν σταγόνες στο εσωτερικό μέρος του πώματος του φιαλιδίου.

Κατά την έξοδο της βελόνας από το φιαλίδιο αυτή δεν πρέπει να σχηματίζει ευθεία γραμμή αλλά τεθλασμένη.

Βγάζουμε τον αέρα από τη σύριγγα αφού τοποθετήσουμε το κάλυμμα της βελόνας προσεκτικά και τυλίξουμε με ένα κομματάκι γάζα το σημείο που ενώνεται η βελόνα με τη σύριγγα. Έτσι αποφεύγουμε τη διασπορά σταγονιδίων.

Όταν πετάμε τη βελόνα στο ειδικό κίτρινο δοχείο για τις χρησιμοποιημένες βελόνες, που βρίσκεται μέσα στο θάλαμο νηματικής ροής, καλό είναι να την απομακρύνουμε από τη σύριγγα, με λαβίδα ή τσιμπιδάκι ώστε να αποφύγουμε τυχόν τρυπήματα στα χέρια.

Αν η βελόνα πρέπει να μείνει στη σύριγγα, είμαστε υποχρεωμένοι να την προστατέψουμε με το κάλυμμά της και για να μην τρυπηθούμε:

- Ø βάζουμε τη σύριγγα σε οριζόντια θέση
- Ø παίρνουμε το κάλυμμα με την ίδια βελόνα
- Ø σηκώνουμε τη σύριγγα σε κάθετη θέση, ώστε το κάλυμμα να κυλήσει από μόνο του και να καλύψει τη βελόνα. Τότε ασφαλίζουμε το κάλυμμα με το louver-lock.

Αν πρέπει να χρησιμοποιήσουμε αμπούλα κυτταροστατικού φαρμάκου, χτυπάμε μαλακά το λαιμό, ώστε να κατέβει όλο το υγρό ή η σκόνη του φαρμάκου, τυλίγουμε το λαιμό με κομμάτι γάζας και το σπάμε. Με τον τρόπο αυτό ελαχιστοποιούμε την νεφελοποίηση.

Η χρησιμοποιημένη αμπούλα τοποθετείται στο τέλος της διαδικασίας σε γάντι latex, το οποίο δένουμε σφιχτά και το ρίχνουμε στον περιέκτη με τα μολυσμένα απορρίμματα.

Στην περίπτωση που πρέπει να τοποθετήσουμε το ήδη διαλυμένο φάρμακο σε φιάλη ορού, ανοίγουμε οπή στη φιάλη με αποστειρωμένη συσκευή μιας χρήσης και αν χρειάζεται αδειάζουμε μέρος του ορού.

Αφού βάλουμε το διαλυμένο φάρμακο, κλείνουμε το στόμιο του ορού με ειδική αυτοκόλλητη ταινία για να αποκλείσουμε την πιθανότητα παρέμβασης τρίτου από λάθος.

Κατόπιν κολλάμε την ετικέτα όπου έχουμε γράψει το φάρμακο τη συγκέντρωση και την ώρα διάλυσής του.

Έχοντας ετοιμάσει όλες τις σύριγγες ή φιάλες ορού για το χημειοθεραπευτικό σχήμα, το τοποθετούμε σε διάφανο πλαστικό σάκο, κλείνουμε και επικολλούμε ετικέτα.

Μετά την ετοιμασία του θεραπευτικού σχήματος και πριν προχωρήσουμε στην ετοιμασία του επόμενου, καθαρίζουμε το πεδίο εργασίας, πετάμε τα γάντια και πλένουμε τα χέρια μας.

Η συχνή αλλαγή γαντιών και η χρησιμοποίηση διπλού ζεύγους μειώνει την πιθανότητα απορρόφησης των κυτταροστατικών φαρμάκων δια του δέρματος.

Το σωστό νούμερο γαντιών για τον κάθε χειρισμό προσφέρει ακρίβεια κινήσεων και κατά συνέπεια μείωση πιθανότητας ατυχήματος.

Σαν ατύχημα θεωρούμε όχι μόνο το τσίμπημα από μολυσμένη βελόνα αλλά και την ύπαρξη σταγονιδίων ή χειρότερα σταγόνων κυτταροτοξικών φαρμάκων στο εσωτερικό του θαλάμου, από κακό χειρισμό.

Οι πλαστικοί διάφανοι σάκοι που περιέχουν σύριγγες ή φιάλες πρέπει να μεταφερθούν στα νοσηλευτικά τμήματα με προσοχή. Ένας σίγουρος τρόπος μεταφοράς είναι να τοποθετήσουμε τους σάκους σε δοχεία-κουτιά τύπου πικ-νικ.

Τα κυτταροστατικά φάρμακα αφού διαλυθούν ή αραιωθούν περαιτέρω, έχουν συγκεκριμένο χρόνο που διατηρούνται σταθερά από λίγες ώρες έως λίγα εικοσιτετράωρα, άλλα εντός και άλλα εκτός ψυγείου. Καλό είναι να προστατεύονται από το φυσικό και τεχνητό φως.

Τα φίλτρα του θαλάμου νηματικής ροής αλλάζονται σύμφωνα με τις προδιαγραφές της κατασκευάστριας εταιρίας.

Οτιδήποτε εξέρχεται της Μ.Κ.Δ.Φ.: σύριγγες, φιάλες ορών, σάκοι, κουτί μεταφοράς χημειοθεραπευτικών σχημάτων, σάκοι απορριμμάτων, σάκοι ρούχων προσωπικού, πρέπει να φέρει ετικέτα η οποία να έχει την ένδειξη κυτταροτοξικό.<sup>14</sup> Σε



περίπτωση επαφής του δέρματος με αντινεοπλασματικά φάρμακα η προσβεβλημένη περιοχή θα πρέπει να πλυθεί καλά με νερό και σαπούνι.<sup>15</sup>

Σε περίπτωση μόλυνσης ματιών ξέπλυμα με φυσιολογικό ορό και αμέσως στον οφθαλμίατρο.

Προσοχή 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 κι από τα δυο.

Καλό είναι οι επίτοκες νοσηλεύτριες να αποφεύγουν όλες τις φάσεις χρήσεως των κυτταροστατικών φαρμάκων, ειδικά τους πρώτους μήνες της κύησης για αποφυγή τερατογεννέσεως.

Το προσωπικό που ασχολείται με τη χημειοθεραπεία να κάνει συχνά εξετάσεις αίματος.<sup>9</sup>

## Κεφάλαιο 4ο

### Τοξικότητα κυτταροστατικών

Τα αντινεοπλασματικά φάρμακα συνοδεύονται από σημαντική τοξικότητα. Η τοξικότητά τους περιλαμβάνει:

- Ø Άμεσες παρενέργειες, που εμφανίζονται τις πρώτες 24 έως 48 ώρες (εμετός, αλλεργία) από την έναρξη της X/Θ.
- Ø Πρώιμες παρενέργειες, που εμφανίζονται τις πρώτες λίγες ημέρες ή εβδομάδες (βλεννογονίτις, μυελλοτοξικότις) .
- Ø Όψιμες παρενέργειες, που εμφανίζονται εβδομάδες ή μήνες από τη χορήγηση της X/Θ.(νευροτοξικότις).
- º Πολύ αργοπορημένες παρενέργειες, που εμφανίζονται πολλούς μήνες ή χρόνια από τη χορήγηση της X/Θ (πνευμονική τοξικότις).<sup>16</sup>

#### 4.1. Τοξικότητα στο γαστρεντερικό σύστημα

Το γαστρεντερικό σύστημα είναι ένα εκτεταμένο σύστημα που περιλαμβάνει διάφορα όργανα τα οποία εκδηλώνουν πλήθος κλινικών συνδρόμων από την τοξική επίδραση των φαρμάκων με αντινεοπλασματική δράση. Ένας επί πλέον λόγος για την αυξημένη ευαισθησία έναντι αυτών των παραγόντων είναι ότι το πεπτικό σύστημα έχει αρκετούς ταχέως αναπαραγόμενους ιστούς οι οποίοι ως γνωστόν είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στην τοξική δράση της χημειοθεραπείας.

Οι πλέον κοινές παρενέργειες της X/Θ που μπορεί να επιμένουν έως 24 ώρες μετά τη χορήγηση, είναι η ναυτία, οι εμετοί, οι λοιμώξεις, η διάρροια, η δυσκοιλιότητα και η ανορεξία, απώλεια γεύσης.

## **A) Ναυτία και εμετοί**

Η ναυτία και οι εμετοί αποτελούν κύριες παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Έχουν σημειωθεί πρόοδοι στην πρόληψη και θεραπεία της ναυτίας και των εμέτων που προκαλούνται από την χημειοθεραπεία μετά την ανάπτυξη νεότερων και πιο αποτελεσματικών αντιεμετικών φαρμάκων.

Τα εμετογόνα ερεθίσματα ανιχνεύονται από υποδοχείς στοματοφαρυγγικούς, εντερικούς, οπτικούς, λαβυρινθιακούς, της περιοχής της χημειοευαίσθητης ζώνης αλλά και μερικά από αυτά δημιουργούνται στο φλοιό του εγκεφάλου.

Κέντρο συντονισμού είναι το κέντρο εμετού (στο πλάγιο-οπίσθιο δικτυωτό σχηματισμό του προμήκη) και όργανα δράσης (τελικά όργανα) είναι οι μυς του θώρακα, το διάφραγμα, μυς του κοιλιακού τοιχώματος, οι σιελογόνοι αδένες και ο γαστρεντερικός σωλήνας. Σε μοριακό επίπεδο υπάρχει διέγερση νευρομεταβιβαστών όπως ντοπαμίνης, σεροτονίνης, σε περιφερειακά και κεντρικά όργανα .

Στους ασθενείς υπό χημειοθεραπεία είναι δυνατόν να εμφανισθούν τρεις τύποι έμεσης: η οξεία, η όψιμη και η προβλεπόμενη (ή αντανακλαστική) έμεση. Δεν θα πρέπει να λησμονείται ότι σε ασθενείς με νεοπλασματικά νοσήματα είναι δυνατόν να προκληθεί έμεση από διάφορα αίτια εκτός της χημειοθεραπείας, όπως π.χ. από τη σύγχρονη χορήγηση αναλγητικών ή βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων ή αντιβιοτικών, την εμφάνιση αζωθαιμίας, υπερασβεστιαμίας, εγκεφαλικών μεταστάσεων ή αποφρακτικού ειλεού κλπ.

Πρόσφατες κλινικές μελέτες έδειξαν ότι υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά τη διαδικασία της έμεσης. Οι κυριότεροι από αυτούς οι οποίοι εξαρτώνται από τον ασθενή, είναι οι εξής:

α) Προηγούμενη χημειοθεραπεία. Η έμεση μετά από χημειοθεραπεία ελέγχεται πάρα πολύ δύσκολα σε ασθενείς, οι οποίοι έχουν στο παρελθόν υποστεί την εμπειρία του εμετού από την ίδια χημειοθεραπεία.

β) Ιστορικό αλκοολισμού. Ο έλεγχος της έμεσης είναι πιο πιθανός σε ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ (> 100 g ημερησίως) από ότι σε ασθενείς που υποβάλλονται στην ίδια χημειοθεραπεία αλλά δεν έχουν παρόμοιο ιστορικό.

γ) Ηλικία. Από τις μέχρι σήμερα παρατηρήσεις δεν φαίνεται ότι η μεγάλη ηλικία αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα για τον έλεγχο της έμεσης. Αντίθετα έχει δειχθεί ότι η συχνότητα εμφάνισης δυστονικών αντιδράσεων είναι μεγαλύτερη σε νεαρούς ασθενείς, που υποβάλλονται σε θεραπεία με αντι-ντοπαμινεργικά αντιεμετικά φάρμακα. Για το

λόγο αυτό η χορήγηση ανταγωνιστών των υποδοχέων 5-HT<sub>3</sub> αποτελεί τη μοναδική επιλογή αντιμεμτικής αγωγής σε παιδιά που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.

δ) Φύλο. Οι γυναίκες είναι πιο ευαίσθητες από τους άνδρες. Γυναίκες με ιστορικό εμετών κατά την εγκυμοσύνη τους βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο να κάνουν εμετό από εκείνες χωρίς παρόμοιο ιστορικό. Είναι γνωστό επίσης ότι ο τύπος του αντινεοπλασματικού φαρμάκου, η δόση και η οδός χορήγησής του είναι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά τη συχνότητα εμφάνισης ναυτίας ή εμετού.<sup>17</sup>

### **Οξεία έμεση**

Με τα περισσότερα φάρμακα αρχίζει 1-2 ώρες μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας, όταν αυτά χορηγούνται σε ασθενείς χωρίς προηγούμενη εμπειρία της χημειοθεραπείας. Εξαιρέση αποτελούν δύο συχνά χρησιμοποιούμενα στην κλινική πράξη φάρμακα, η κυκλοφωσφαμίδη και η καρβοπλατίνη, τα οποία προκαλούν μια επιβραδυνόμενη έναρξη της έμεσης. Όταν η κυκλοφωσφαμίδη χορηγείται σε υψηλές δόσεις, η έμεση συχνά δεν αρχίζει πριν από 9-18 ώρες, μετά τη θεραπεία. Το γεγονός αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στο σχεδιασμό των αντιμεμτικών πρωτοκόλλων.

### **Όψιμη έμεση**

Με τον όρο αυτό υποδηλώνεται η έμεση που αρχίζει μετά από 24 ώρες από τη χορήγηση της χημειοθεραπείας. Η παθογένεια της είναι άγνωστη. Πιθανώς να οφείλεται σε παραμονή του φαρμάκου ή μεταβολιτών του στον οργανισμό του ασθενή ή σε συνυπάρχουσα γαστρίτιδα. Η όψιμη έμεση αποτελεί συχνά ένα έντονο πρόβλημα ιδιαίτερα μετά τη χορήγηση υψηλών δόσεων σισπλατινης.

### **Προβλεπόμενη έμεση**

Με τον όρο αυτό χαρακτηρίζεται η έμεση, η οποία συχνά εκδηλώνεται πριν ακόμα από τη χορήγηση της χημειοθεραπείας. Πρόκειται για εξαρτημένο αντανακλαστικό. Συνήθως εμφανίζεται σε ασθενείς με έντονη υπερεμεσία κατά τη διάρκεια προηγούμενων θεραπειών. Πολλές φορές η αφορμή για την έναρξη της έμεσης είναι η θέα και μόνο του περιβάλλοντος του Νοσοκομείου ή και άλλες καταστάσεις που έχουν συνδεθεί κατά κάποιο τρόπο από τους ασθενείς με τη διαδικασία της χημειοθεραπείας. Η πρόληψη της προβλεπόμενης έμεσης, είναι πολύ δύσκολη. Έχουν

δοκιμαστεί με κάποια επιτυχία διάφορες τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς (behavior therapy).<sup>18</sup>

## **B) Στοματίτιδα**

Η στοματική κοιλότητα είναι μια σημαντική θέση εντόπισης επιπλοκών σε ασθενείς με νεοπλασματικά νοσήματα, που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Υπολογίζεται ότι περίπου το 40% των ασθενών αυτών θα εμφανίσει παρόμοιες επιπλοκές. Αν και το φάσμα των επιπλοκών είναι ευρύ, εντούτοις σχεδόν όλες δημιουργούνται είτε ως συνέπεια της άμεσης επίδρασης του φαρμάκου στο βασικό επιθήλιο (άμεση στοματοτοξικότητα) είτε ως αποτέλεσμα της αδυναμίας του οργανισμού να ελέγξει μικρή σε έκταση τοπική βλάβη λόγω της μυελοκαταστολής (έμμεση στοματοτοξικότητα).

Παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης στοματίτιδας είναι ο τύπος του νεοπλάσματος, η ηλικία του ασθενή, το επίπεδο υγιεινής της στοματικής κοιλότητας κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, καθώς και ο τύπος της χορηγούμενης χημειοθεραπείας. Ασθενείς με νεοπλάσματα του αίματος (π.χ. λευχαιμίες) εμφανίζουν 2-3 φορές συχνότερα επιπλοκές από ότι ασθενείς με συμπαγείς όγκους (εκτός από αυτούς με καρκίνο της κεφαλής και του τραχήλου)· αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς της πρώτης κατηγορίας εμφανίζουν συχνότερα σοβαρή μυελοκαταστολή λόγω της φύσης της νόσου. Νεαροί ασθενείς είναι περισσότερο επιρρεπείς στην ανάπτυξη στοματίτιδας από ότι ηλικιωμένοι ασθενείς. Αυτό πιθανώς οφείλεται είτε στη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης νεοπλασμάτων του αίματος στις νεαρές ηλικίες είτε στο γεγονός ότι τα κύτταρα του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας στις νεαρές ηλικίες εμφανίζουν μεγαλύτερο μιτωτικό δείκτη από τα αντίστοιχα κύτταρα ασθενών μεγαλύτερων ηλικιών.

Όσον αφορά στους ασθενείς με “φτωχή” υγιεινή της στοματικής κοιλότητας έχει παρατηρηθεί ότι ειδικότερα ασθενείς με περιοδοντικές ή πολφικές παθολογικές καταστάσεις έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης σηψαιμίας από τη στιγμή που θα καταστούν μυελοκατεσταλμένοι από τη χημειοθεραπεία. Επίσης ασθενείς με οδοντικές προσθέσεις, κοφτερά ή σπασμένα δόντια είναι οπωσδήποτε ιδιαίτερα επιρρεπείς στην ανάπτυξη εξέλκωσης μετά από χημειοθεραπεία. Είναι επομένως ουσιαστικής σημασίας η προληπτική διόρθωση πριν τη χημειοθεραπεία ή κατά τη διάρκεια της όλων εκείνων των βλαβών, που μπορεί να γίνουν αιτίες φλεγμονής ή

ερεθισμού του βλεννογόνου. Η τακτική αυτή είναι κανόνας για τους αρρώστους που υποβάλλονται σε μεγαθεραπεία και υποστήριξη με μυελικό μόσχευμα. Ο τύπος της χημειοθεραπείας, ο τρόπος χορήγησης και η δόση ενός φαρμάκου, καθώς και η ταυτόχρονη θεραπεία με άλλα φάρμακα ή ακτινοθεραπεία, συσχετίζονται επίσης με τη συχνότητα ανάπτυξης επιπλοκών στη στοματική κοιλότητα.

Έχουν διαπιστωθεί σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα διάφορα φάρμακα όσον αφορά το βαθμό τοξικότητας. Η ντοξορουβικίνη και η μεθοτρεξάτη για παράδειγμα είναι ιδιαίτερα τοξικές για τη στοματική κοιλότητα, σε αντίθεση με την κυκλοφωσφαμίδη ή τη μεχλωραιθαμίνη. Έχει παρατηρηθεί ότι φάρμακα τα οποία χορηγούνται σε χαμηλές δόσεις ανά συχνά χρονικά διαστήματα (π.χ. κάθε εβδομάδα) είναι λιγότερο τοξικά από ότι όταν χορηγούνται σε εφάπαξ χορήγηση κάθε 3-4 εβδομάδες. Επίσης είναι γνωστό ότι η συχνότητα εμφάνισης στοματοτοξικότητας είναι ανάλογη της δόσης του φαρμάκου. Η προφυλακτική χορήγηση αιμοποιητικού αυξητικού παράγοντα (G-CSF, GM-CSF) μετά τη χορήγηση υψηλών δόσεων χημειοθεραπείας φαίνεται ότι μειώνει σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης στοματίτιδας. Σε δύο συνεχόμενες μελέτες, που διενεργήθηκαν από την Ελληνική Συνεργαζόμενη Ογκολογική Ομάδα σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του μαστού, η προφυλακτική χορήγηση G-CSF (Filgrastim) για 14 ημέρες μείωσε τη συχνότητα βαριάς στοματίτιδας από 24% σε 2%. Η σύγχρονη ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία ιδιαίτερα σε ασθενείς με καρκίνο της κεφαλής και του τραχήλου φαίνεται, όπως προαναφέρθηκε, ότι αυξάνει την πιθανότητα στοματίτιδας. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι σε μία παρόμοια μελέτη, στην οποία η ακτινοθεραπεία χορηγήθηκε ταυτόχρονα με σισπλατίνη ( $100 \text{ mg/m}^2$  τις ημέρες 2, 22, 42), στοματίτιδα παρατηρήθηκε στο 90% των περιπτώσεων.

### **Γ) Βλεννογονίτιδα**

Είναι γνωστό ότι η χημειοθεραπεία προσβάλλει περισσότερο τα ταχέως πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα· έτσι προκαλεί εκτός από τη στοματίτιδα που αναφέρθηκε παραπάνω και βλεννογονίτιδα καθ' όλο το μήκος του γαστρεντερικού σωλήνα. Οι παράγοντες που προκαλούν συχνότερα βλεννογονίτιδα είναι η μεθοτρεξάτη, η ακτινομυκίνη, η ντοξορουβικίνη, η φλουορουρακίλη και τα αλκαλοειδή της βίνκα. Σε υψηλές δόσεις η ετοποσιδη προκαλεί σημαντικές βλάβες στους βλεννογόνους.

Η δοσολογία και ο τρόπος χορήγησης των αντινεοπλασματικών παραγόντων έχει μεγάλη σημασία στην εμφάνιση της βλεννογονίτιδας. Συγκεκριμένα για τη μεθοτρεξάτη ο χρόνος διάρκειας της έκθεσης στο φάρμακο και οι συγκεντρώσεις του στον ορό είναι πιο σημαντικοί παράγοντες από το ύψος των επιπέδων του στον ορό του ασθενή μόνο. Συγκεντρώσεις μεγαλύτερες από  $2 \times 10^{-6}$  M για περισσότερες από 48 ώρες είναι τοξικές.

Η βλεννογονίτιδα που προκαλείται από υψηλές δόσεις φλουουρακίλης ενδοφλεβίως μπορεί να συνοδεύεται και από διάρροια με αιματηρό περιεχόμενο· η τοξικότητα αυτή συνοδεύεται από μη αμελητέα νοσηρότητα και θνητότητα. Οι εβδομαδιαίες χορηγήσεις του φαρμάκου είναι λιγότερο τοξικές από τα πενήνμερα σχήματα χορηγήσεων.

Η θεραπεία είναι συνήθως συντηρητική και συμπτωματική. Ενίοτε μπορεί να απαιτηθεί και ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και διατροφής.

#### **Δ) Διάρροια και Δυσκοιλιότητα**

Η χορήγηση βινκριστίνης ιδίως σε ηλικιωμένους ασθενείς προκαλεί συχνά δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος, η οποία εκδηλώνεται ως κολικοειδή κοιλιακά άλγη, δυσκοιλιότητα και μερικές φορές παραλυτικό ειλεό. Συνήθως εμφανίζονται 3 ημέρες μετά τη χορήγηση του φαρμάκου και είναι δυνατόν να μη συνοδεύονται από εκδηλώσεις δυσλειτουργίας περιφερικών νεύρων. Από τον παραλυτικό ειλεό που προκαλεί η χορήγηση βινκριστίνης έχουν αναφερθεί και θάνατοι σε αρρώστους με λευχαιμία. Συνήθως με συντηρητική αγωγή ο ειλεός λύεται σε 2 εβδομάδες περίπου. Η δυσκοιλιότητα είναι σκόπιμο να αντιμετωπίζεται με προφυλακτικά μέσα όπως η χορήγηση ήπιων υπακτικών, μαλακής τροφής κ.ά. Η παρακολούθηση της λειτουργίας του εντέρου και η ορθή δοσολογία είναι ο καλύτερος τρόπος αποφυγής της σοβαρής τοξικότητας.

Διάρροια με ή χωρίς πρόσμιξη αίματος παρατηρείται μετά από χορήγηση μεγάλων δόσεων φθοριουρακίλης, η οποία συνοδεύεται από σημαντική θνητότητα. Διάρροια μπορεί να προκαλέσουν επίσης και οι υψηλές δόσεις ετοποσίδης, ενώ αποτελεί σημαντική εκδήλωση του συνδρόμου μοσχεύματος εναντίον του ξενιστή. Η χορήγηση, οκτρεοτρίδης ελαττώνει σημαντικά τον αριθμό των διαρροϊκών κενώσεων.<sup>17</sup>

### **Ε) Απώλεια γεύσης**

Πολλά χημειοθεραπευτικά φάρμακα επιδρούν στην αίσθηση της γεύσης και της οσμής. Οι αλλαγές αυτές διαφέρουν ανά άτομο, αφορούν όμως συχνότερα φαγητά είτε πολύ γλυκά είτε πολύ πικρά.

Παραδόξως, τα γλυκά φαγητά μπορεί να φαίνεται πως έχουν ξινή γεύση και τα ξινά γλυκιά. Το κρέας ίσως έχει πικρή γεύση επειδή απελευθερώνονται λευκώματα στο στόμα του ασθενή.

Μερικές φορές, υπάρχει μια μόνιμη μεταλλική γεύση στο στόμα μετά τη Χ/Θ, γεγονός που επηρεάζει το τι τρώει ο ασθενής και πως τρώει. Οι αλλαγές της γεύσης μπορεί να διαρκέσουν πολύ.<sup>6</sup>

### **Στ) Ανορεξία**

Όλοι οι τύποι θεραπείας που εφαρμόζονται στην αντιμετώπιση του καρκίνου μπορούν να προκαλέσουν ανορεξία και κακή θρέψη. Η χειρουργική, με τις εκτεταμένες επεμβάσεις που συχνά γίνονται για νεοπλασμάτα του γαστρεντερικού μπορεί να δημιουργήσει σύνδρομο δυσαπορρόφησης ή βραχέως εντέρου.

Η χρήση ναρκωτικών ως αναλγησία μπορεί να προκαλέσει ελάττωση της όρεξης, ναυτία και εμετούς με αποτέλεσμα την ελάττωση της λήψης τροφής.

Η ακτινοθεραπεία προκαλεί πολλές φορές κόπωση και αδυναμία. Ιδιαίτερα ακτινοθεραπεία στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου ενδεχόμενα να προκαλούν δυσκολία στην κατάποση. Επίσης ακτινοθεραπεία στην περιοχή της κοιλίας συχνά συνδυάζεται με ακτινική εντερίτιδα ένα σύνδρομο που προκαλεί λειτουργικά σύνδρομο βραχέως εντέρου και δυσαπορρόφηση.

Τέλος η χημειοθεραπεία με ελάχιστες εξαιρέσεις προκαλεί ναυτία, εμετούς, βλενογονίτιδες, λευκοπενία με πυρετό ή σηπτικές διαταραχές και διαταραχές στην κινητικότητα του εντέρου.

Όλες αυτές οι εκδηλώσεις προκαλούν διαταραχές της όρεξης και οδηγούν στην ανορεξία και την απώλεια βάρους.<sup>7</sup>



## 4.2. Τοξικότητα στο αιμοποιητικό σύστημα.

Η καταστολή του οστικού μυελού προκαλείται από τη χημειοθεραπεία, εκδηλούμενη με τη μορφή λευκοπενίας, θρομβοκυτταροπενίας και αναιμίας, είναι η συχνότερη δόσοπεριοριστική τοξικότητα. Οι αιματολογικές τιμές συνήθως φθάνουν στα κατώτερα επίπεδα τους 10 έως 14 ημέρες μετά τη θεραπεία, με την ανάνηψη να παρατηρείται ως την 21η ημέρα και την επιστροφή στο φυσιολογικό την 28η ημέρα. Ωστόσο, μερικοί παράγοντες, όπως οι νιτροζουρίες, εμφανίζουν μεγαλύτερη περίοδο ανάνηψης και συνήθως χορηγούνται ανά έξι εβδομάδες.

Η ουδετεροπενία αυξάνει τον κίνδυνο των λοιμωδών επιπλοκών. Ο πυρετός αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα της λοίμωξης. Κάθε ασθενής με απόλυτο αριθμό ουδετεροφίλων μικρότερο από  $1,0 \times 10^9/L$  και πυρετό, χρειάζεται άμεση διαγνωστική αξιολόγηση και χορήγηση εμπειρικών σχημάτων με αντιβιοτικά ευρέος φάσματος παρεντερικά. Η θεραπεία με χορήγηση ανασυνδυσμένων αυξητικών παραγόντων του αιμοποιητικού, ειδικότερα του παράγοντα διέγερσης αποικιών κοκκιοκυττάρων και του παράγοντα διέγερσης αποικιών κοκκιοκυττάρων μακροφάγων, είναι δυνατόν να βραχύνει τη διάρκεια της ουδετεροπενίας που συνοδεύει τη χημειοθεραπεία.

Θρομβοκυτταροπενία είναι πιθανόν να παρατηρηθεί σε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία, αλλά αποτελεί παράγοντα περιορισμού της δόσης λιγότερο συχνά απ' ό,τι η λευκοπενία. Μία αύξηση στο χρόνο ροής του αίματος είναι δυνατόν να ανιχνευθεί όταν ο αριθμός των αιμοπεταλίων μειώνεται σε επίπεδα κάτω από  $100 \times 10^9/L$  αλλά οι περισσότεροι ασθενείς με τιμές αιμοπεταλίων πάνω από  $50 \times 10^9/L$  είναι ασυμπτωματικοί. Ο κίνδυνος για σοβαρή αιμορραγική επιπλοκή, όπως μία αυτόματη ενδοκρανιακή αιμορραγία, αρχίζει να αυξάνεται όταν ο αριθμός των αιμοπεταλίων μειώνεται κάτω από  $20 \times 10^9/L$  σε ασθενείς με οξεία λευχαιμία ή κάτω από  $10 \times 10^9/L$  σε ασθενείς με συμπαγείς όγκους, θρομβοκυτταροπενία αυτού του βαθμού συνήθως παρατηρείται μόνο με πολύ ισχυρά χημειοθεραπευτικά σχήματα, όπως αυτά που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της οξείας λευχαιμίας.

Κάποιος βαθμός αναιμίας θα πρέπει να αναμένεται σε περίπτωση χημειοθεραπείας. Ωστόσο, εκτός από τα σχήματα εντατικής δόσολογίας, συνήθως δεν απαιτούνται μεταγγίσεις. Επιπλέον, δεν υπάρχει μία τιμή της αιμοσφαιρίνης κάτω από την οποία θα πρέπει όλοι οι ασθενείς να δέχονται μεταγγίσεις· για την αναιμία που προκαλείται από

τη χημειοθεραπεία. Μάλλον, θα πρέπει να χορηγούνται μεταγγίσεις μόνο αφού εξετάζονται οι μακροπρόθεσμοι στόχοι της θεραπείας και σταθμίζονται οι σχέσεις κινδύνου-οφέλους για κάθε ασθενή.<sup>17</sup>

### **4.3. Τοξικότητα στο γεννητικό σύστημα**

Είναι δυνατόν να επηρεαστεί η λειτουργία των όρχεων και των ωοθηκών από τη Χ/Θ, με πιθανό αποτέλεσμα στέρωση. Ενώ η γεννητική ικανότητα μπορεί να αποκατασταθεί μετά τη Χ/Θ, τα γεννητικά κύτταρα είναι δυνατόν να υποστεί βλάβη που δημιουργεί χρωμοσωματικές ανωμαλίες στους απογόνους.<sup>5</sup>

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν επηρεάζουν την ικανότητα ή την επιθυμία για ερωτική επαφή. Μερικοί άρρωστοι όμως, βρίσκουν ότι το στρες της αρρώστιας τους ή το πρόγραμμα της θεραπείας, τους κάνει να νιώθουν κουρασμένοι.

#### **Ø Για τις γυναίκες**

Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε Χ/Θ μπορεί να παρατηρήσουν αλλαγές στην εμμηνορρυσία τους. Ο κύκλος της εμμηνορρυσίας μπορεί να είναι ανώμαλος ή να σταματήσει εντελώς κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Μπορεί να έχουν εξάψεις και άλλα συμπτώματα εμμηνόπαυσης. Επίσης κνησμό, κάψιμο ή ξηρότητα του κόλπου.

#### **Ø Για τους άνδρες.**

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να μειώσουν τον αριθμό των σπερματοζωαρίων, να ελαττώσουν την κινητικότητά τους ή να νεκρώσουν τα ίδια τα σπερματοζωάρια.<sup>9</sup>

#### **Επιπτώσεις της χημειοθεραπείας στους απογόνους**

Τα αντινεοπλασματικά φάρμακα είναι παράγοντες που ενοχοποιούνται για τερατογένεση, μεταλλάξεις και καρκινογένεση. Υφίσταται θεωρητικά ο κίνδυνος τα διασωθέντα με χημειοθεραπεία άτομα, που έπασχαν από νεοπλασματική νόσο, να παρουσιάζουν προβλήματα στις κυήσεις ή και στους απογόνους. Για να τεκμηριωθεί πλήρως κάποια θέση πρέπει ικανός αριθμός απογόνων από θεραπευθέντες ασθενείς να φθάσει στη μέση ηλικία. Τα μέχρι τώρα αποτελέσματα δίδουν συγκρουόμενες απόψεις. Αποτελέσματα από μεγάλες σειρές δεν έδειξαν διαφορά μεταξύ απογόνων ασθενών που

είχαν θεραπευθεί για νεοπλασματική νόσο και του γενικού πληθυσμού όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης γενετικών ανωμαλιών, γεγονός με το οποίο συμφωνούν και άλλοι συγγραφείς.

Η Blatt το 1980 και η Chapman το 1982 δεν αποδέχονται ότι οι απόγονοι ασθενών που έλαβαν πολυχημειοθεραπεία είχαν αυξημένη συχνότητα συγγενών ή χρωμοσωμικών ανωμαλιών, ούτε η συχνότητα αυτομάτων αποβολών είναι υψηλότερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού. Ακόμα δε παιδιά από μητέρες που έλαβαν θεραπεία μετά το 1ο τρίμηνο της κύησης ή συνέλαβαν και κυοφόρησαν μετά τη θεραπεία δεν παρουσίασαν σε υψηλότερο ποσοστό από το γενικό πληθυσμό ανωμαλίες, αυτόματες αποβολές ή καθυστέρηση σωματικής ή πνευματικής ανάπτυξης. Υπάρχουν συγγραφείς που συμφωνούν αλλά και άλλοι που διαφωνούν. Έτσι επί εννέα παιδιών από μητέρες που είχαν λάβει ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία για νόσο του Hodgkin βρέθηκε από τους Holmes και Holmes αυξημένη συχνότητα ανωμαλιών. Το ίδιο ισχυρίζονται και άλλοι, αν η θεραπεία χορηγηθεί κατά τη διάρκεια ή πριν την εγκυμοσύνη.

Συμπερασματικά ακόμα και αν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης αυτόματων αποβολών ή συγγενών ανωμαλιών στους απογόνους ασθενών που έλαβαν χημειοθεραπεία, αυτός ο κίνδυνος δεν είναι στατιστικά σημαντικός.

## 4.4 Νεφροτοξικότητα

Πολλά χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν νεφρική βλάβη στα νεφρικά σπειράματα ή τα σωληνάκια, η οποία μερικές φορές μπορεί να εξελιχθεί σε νεφρική ανεπάρκεια, οξεία, ή χρόνια, αλλά και σε μεμονωμένη βλάβη του σωληναρίου. Η βλάβη εκδηλώνεται είτε άμεσα είτε, μετά από μακρά χορήγηση του φαρμάκου.

Μεταβολές στη νεφρική λειτουργία έχουν ως αποτέλεσμα διαταραχή του μεταβολισμού ή/και αυξημένη συγκέντρωση και άθροιση μεταβολιτών. Ενίοτε τα φάρμακα δεν είναι νεφροτοξικά, αλλά μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στους νεφρούς μέσω ταχείας λύσης του όγκου.<sup>17</sup>

Ιδιαίτερα τοξικά φάρμακα για τους νεφρούς είναι η μεθοτρεξάτη, η σισπλατίνη και μιτομυκίνη. Οι πρόσθετοι κίνδυνοι προκύπτουν από την ταχεία και μαζική καταστροφή

των κυττάρων του όγκου από την οξεία υπερπαραγωγή ονρικού οξέως και από την αφυδάτωση εξαιτίας των εμετών και της μη πρόληψης των υγρών.<sup>4</sup>

## 4.5. Καρδιοτοξικότητα

Όλες οι ουσίες που χρησιμοποιούνται για χημειοθεραπεία έχουν τεκμηριωμένη τοξική επίδραση στην καρδιά

Η χημειοθεραπεία με αντινεοπλασματικά φάρμακα είναι δυνατόν να προκαλέσει διάφορους τύπους καρδιαγγειακής βλάβης, όπως ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές, σοβαρές αρρυθμίες, περικαρδίτιδα, ισχαιμία του μυοκαρδίου, υπόταση και μυοκαρδιοπάθεια, η οποία οδηγεί σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Η προϋπάρχουσα καρδιακή νόσος είναι πάντως πιο συχνή αιτία καρδιακών προβλημάτων για τον ασθενή με καρκίνο παρά η χημειοθεραπεία αυτή καθαυτή. Η έγκαιρη επισήμανση επομένως οποιουδήποτε παράγοντα καρδιακής δυσλειτουργίας μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα χρήσιμη για την αποφυγή πρόωμης διακοπής της θεραπείας ή για την αποφυγή βαριάς και μη αναστρέψιμης καρδιακής βλάβης.

## 4.6. Ηπατοτοξικότητα

Το ήπαρ είναι ένα όργανο το οποίο παίζει σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό πολλών αντινεοπλασματικών φαρμάκων και για το λόγο αυτό υπόκειται συχνά στην τοξική επίδραση τους. Τα περισσότερα φάρμακα προκαλούν κεντρολοβιακή βλάβη για λόγους που δεν είναι γνωστό. Πιθανολογείται ότι αυτό συμβαίνει γιατί στην περιοχή αυτή συγκεντρώνονται υψηλές πυκνότητες των φαρμάκων ή μεταβολιτών τους ή γιατί υπάρχουν λειτουργικές διαφορές μεταξύ της περιοχής αυτής ή άλλων περιοχών του οργάνου. Γενικά η τοξική βλάβη του ήπατος μπορεί να εκδηλωθεί ως φλεγμονή του ηπατικού κυττάρου, νέκρωση, ίνωση, χολόσταση, λιπώδης διήθηση,

φλεβοαποφρακτική νόσος, διήθηση από κοκκιωματώδη ιστό ή ως ένας συνδυασμός των παραπάνω. Συνήθως ο βαθμός βλάβης του ήπατος από τη χορήγηση αντινεοπλασματικών φαρμάκων δεν είναι επαρκής για να επηρεάσει τη λειτουργικότητα του οργάνου και έτσι δεν προκαλούνται συμπτώματα. Σε περιπτώσεις όμως εντατικής χημειοθεραπείας με υψηλές δόσεις φαρμάκων ή μεταμόσχευσης μυελού μπορεί να προκληθεί βαριά ηπατική βλάβη και να εκδηλωθεί κλινικά ένα σύνδρομο ηπατικής ανεπάρκειας, παρόμοιο με αυτό που παρατηρείται από άλλα αίτια. Έχουν περιγραφεί θανατηφόρες περιπτώσεις τοξικής ηπατικής βλάβης όχι μόνο σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε υψηλές δόσεις χημειοθεραπείας αλλά ακόμη και σε συνηθισμένες δόσεις.<sup>17</sup>

#### **4.7. Νευροτοξικότητα**

Βλάβη του νευρικού συστήματος από τη χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων προκαλείται αρκετά συχνά. Κανένα τμήμα του νευρικού συστήματος δεν είναι απρόσβλητο. Επειδή πολλές φορές η εκτίμηση για ύφεση ή επιδείνωση της πρωτοπαθούς νόσου, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις νεοπλασμάτου κεντρικού νευρικού συστήματος, βασίζεται κυρίως σε μεταβολές της νευρολογικής εικόνας ασθενή, για το λόγο αυτό ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι ενήμερος των νευροτοξικών αυτών εκδηλώσεων, έτσι ώστε να είναι σε θέση να διαφοροδιαγνώσει τις δύο αυτές καταστάσεις.

Επιπλέον η μεταστατική νεοπλασματική νόσος, εκτός τοπικών νευρολογικών εκδηλώσεων που η ίδια προκαλεί, είναι δυνατόν να συνοδεύεται και από μία ποικιλία "παρaneoπλασματικών συνδρόμων" εγκεφαλομυελίτιδα, περιφερική νευρίτιδα, μυασθένεια κ.ά.

Τα νευρολογικά σύνδρομα που οφείλονται στη χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων καλύπτουν όλο το φάσμα της "νευρολογικής" νόσου από την ειδική νευρίτιδα ως τη διάχυτη εγκεφαλοπάθεια.

Το κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα προστατεύονται έναντι των δυνητικών νευροτοξικών επιδράσεων της χημειοθεραπείας από τους παρακάτω παράγοντες.

Η τοξικότητα που περιορίζει τη δόση αφορά ταχέως αναπτυσσόμενους ιστούς και επέρχεται σε δόσεις πολύ κατώτερες από εκείνες που πιθανόν θα έβλαπταν έναν βραδέως αναπτυσσόμενο ιστό όπως το νευρικό σύστημα.

Οι περισσότεροι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες είναι υδατοδιαλυτοί και απαρτίζονται από μεγάλα μόρια, έτσι δεν μπορούν να διαπεράσουν τον άθικτο αιματοεγκεφαλικό και αιματονευρικό φράγμα.

## **4.8. Πνευμονική τοξικότητα**

Η τοξική δράση της χημειοθεραπείας στους πνεύμονες συχνά περιπλέκει την κλινική εικόνα. Η κλινική εικόνα ενός ασθενή υπό χημειοθεραπεία, ο οποίος προσέρχεται με , δύσπνοια και βήχα και στην ακτινογραφία θώρακα εμφανίζονται αμφοτερόπλευρες διάχυτες πνευμονικές διηθήσεις, είναι δυνατόν να οφείλεται

α) σε κλινική επιδείνωση της νεοπλασματικής νόσου, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις αδενοκαρκινώματος (πνευμονική λεμφαγγειακή καρκινωμάτωση),

β) σε διάφορες πνευμονικές λοιμώξεις, οι οποίες μερικές φορές έχουν υποξεία ή χρόνια μορφή,

γ) σε αιματολογικές διαταραχές όπως υπερπηκτικότητα που οδηγεί σε πνευμονική θρομβοεμβολική νόσο ή αιμορραγική διήθηση οφειλόμενη σε θρομβοπενία και

δ) σε ιατρογενή αίτια όπως η ακτινοθεραπεία ή η χημειοθεραπεία. Τα αντινεοπλασματικά φάρμακα που ευθύνονται για την πνευμονική τοξικότητα είναι πολλά και ο αριθμός τους συνεχώς αυξάνει.<sup>13</sup>

## **4.9. Δερματολογική τοξικότητα**

Ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν χημειοθεραπεία μπορεί να παρουσιάσουν πλειάδα δερματολογικών εκδηλώσεων. Αυτές μπορεί να οφείλονται σε επιδείνωση

προηγούμενων δερματολογικών προβλημάτων, σε λοιμώξεις, σε μεταστατικές βλάβες, σε διαταραχές της θρέψης, σε φαρμακευτικά εξανθήματα ή και σε νόσο μοσχεύματος εναντίον του ξενιστή.

Από τα προβλήματα αυτά εκείνα τα οποία οφείλονται στη χορήγηση χημειοθεραπευτικών παραγόντων είναι η αλωπεκία, η υπέρχρωση δέρματος, οι διαταραχές των ονύχων, οι αλληλεπιδράσεις με ακτινοβολία και οι βλάβες από εξαγγείωση.

### **A) Αλωπεκία**

Οι ασθενείς θεωρούν την αλωπεκία από χημειοθεραπεία ως την πλέον ενοχλητική παρενέργεια της χημειοθεραπείας. Τα κύτταρα των θυλάκων των τριχών έχουν πολύγρηγορο πολλαπλασιασμό με αποτέλεσμα να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στη δράση χημειοθεραπευτικών παραγόντων. Τι κύτταρα των θυλακίων που βρίσκονται στη φάση ανάπτυξης αποθνήσκουν με αποτέλεσμα είτε μηδενική παραγωγή τριχών είτε ελαττωματικών στελεχών τα οποία γρήγορα αποπίπτουν.

Η δόση του χορηγούμενου χημειοθεραπευτικού παράγοντα, ο χρόνος ημίσειας ζωής στον ορό η μέθοδος χορήγησης, κατά δόσεις ή συνεχής έγχυση, καθώς και ο συνδυασμός πολλών φαρμάκων σχετίζεται άμεσα με το βαθμό αλωπεκίας. Η πτώση των τριχών αρχίζει 7-10 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας και κορυφώνεται μεταξύ 1ου και 2ου μήνα από την αρχή της θεραπείας. Η ανάπτυξη εκ νέου των μαλλιών είναι ο κανόνας και αυτό συμβαίνει μετά το πέρας της χημειοθεραπείας, αλλά μπορεί να απαιτηθούν αρκετές εβδομάδες, ακόμα και μήνες, πριν αναπτυχθούν πλήρως. Η νέο τριχοφυία μπορεί να είναι διαφορετικής υφής και χρώματος από τα προηγούμενα μαλλιά.

Έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες για να προληφθεί η αλωπεκία από τη χορήγηση χημειοθεραπείας. Οι κυριότερες περιλαμβάνουν τη χρήση πιεστικής περιδέσης του τριχωτού της κεφαλής ή τοπικής υποθερμίας με ειδικές κάσκες. Η αποτελεσματικότητά τους αγγίζει το 50%, αλλά σε ασθενείς με μεγάλο αριθμό κυκλοφορούντων νεοπλασματικών κυττάρων δημιουργούν τον κίνδυνο υπό τροπών στο δέρμα του τριχωτού της κεφαλής. Πτώση των τριχών παρατηρείται και σε άλλες περιοχές του δέρματος μετά από μακρά χορήγηση χημειοθεραπείας όπως τα βλέφαρα, οι μασχάλες και το εφηβαίο.

## **B) Υπέρχρωση του δέρματος**

Η υπέρχρωση του δέρματος συνήθως δημιουργεί προβλήματα αισθητικού περιεχομένου. Προκαλείται από τη διέγερση ή την άμεση τοξικότητα επί των μελανοκυττάρων.

Η υπέρχρωση του δέρματος μετά από χορήγηση βουσουλφάνης μοιάζει με την παρατηρούμενη σε ασθενείς με νόσο Addison's. Διαφέρει στο ότι δεν προσβάλλει τους βλεννογόνους και η MSH και η ACTH του ορού είναι φυσιολογικές. Έχει όμως κοινές κλινικές εκδηλώσεις. Συνήθως παρέρχεται μετά τη διακοπή του φαρμάκου. Ενίοτε συσχετίζεται με το βαθμό πνευμονικής βλάβης από βουσουλφάνη. Υπέρχρωση μετά από φωτοευαισθητοποίηση παρατηρείται στη μεθοτρεξάτη, τη φθοριοουρακίλη, την κυκλοφωσφαμίδη και τη ντακτινομυκίνη.

## **Γ) Εξαγγείωση κυτταροστατικών**

Η εξαγγείωση των αντινεοπλασματικών παραγόντων κατά τη διάρκεια της ενδοφλέβιας χορήγησης τους δεν είναι σπάνια και κατά ορισμένους συγγραφείς εκτιμάται ότι φθάνει το 6%. Παράγοντες, οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο τέτοιου ατυχήματος στους ασθενείς με καρκίνο, είναι οι συχνές φλεβοκεντήσεις, η ύπαρξη λεμφοϊδήματος, η υποθρεψία και η ύπαρξη φλεβίτιδας.

Οι συνέπειες της εξαγγείωσης μπορεί να είναι ήπιες όπως ερυθρότητα στην περιοχή της διαφυγής έως σοβαρός πόνος, νέκρωση ιστών, εξέλκωση δέρματος μέχρι καταστροφή σε υποκείμενα νεύρα και τένοντες.

Οι παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με τη βαρύτητα και την έκταση της βλάβης, είναι το διαβρωτικό δυναμικό του φαρμάκου, η συγκέντρωση του στο διάλυμα που ενίετο, ο όγκος φαρμάκου που εξαγγειώθηκε, η θέση του άκρου όπου συνέβη η εξαγγείωση και οι θεραπευτικοί χειρισμοί που ακολούθησαν. Μερικές φορές μπορεί να θεωρηθεί ως εξαγγείωση η τοπική αντίδραση από τη χορήγηση μεχλωραιθαμίνης, BCNU ή ανθρακυκλινών.

Η τυπική αλληλουχία μετά από εξαγγείωση ντοξορουμπικίνης είναι αρχικά πόνος κατά την εξαγγείωση του φαρμάκου και μέσα σε 7-10 μέρες πλήρη ανάπτυξη συνδρόμου με πόνο, ερυθρότητα, θερμότητα, τα οποία φθάνουν μέχρι την εξέλκωση Η εξέλκωση μεγεθύνεται για μακρό χρονικό διάστημα 2-3 μηνών. Η βλάβη έχει νεκρωτική βάση χωρίς τάσεις επούλωσης και χείλη εξέρυθρα και επώδυνα. Εάν η



βλάβη φθάσει στους υποκείμενους ιστούς, πιθανώς θα προκαλέσει νεκρώσεις νεύρων και τενόντων. Η ποιότητα των υγιών ιστών έχει αρνητικό αντίκτυπο από την φλυκταινώδη εκδορά της εξαγγείωσης με διάφορους τρόπους (π.χ. κακή αιμάτωση, κακή θρέψη κλπ) .

Εάν δεν γίνει χειρουργική παρέμβαση, είναι δυνατόν τα έλκη να μην επουλωθούν ποτέ ή να παραμείνουν μόνιμες παραμορφώσεις. Κατά τη διάρκεια μιας έγχυσης διαβρωτικού κυτταροστατικού ο πόνος είναι το πλέον αξιόπιστο σημείο ή σύμπτωμα και πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψιν, ακόμα και όταν η εξαγγείωση δεν είναι ορατή.<sup>19</sup>

#### **Δ) Διαταραχές των ονύχων**

Ενίοτε μετά από χορήγηση χημειοθεραπείας και σε συνδυασμό με υπολευκωματιναιμία παρατηρούνται πολλαπλές εγκάρσιες λευκές ταινίες που συνήθως αφορούν και τα 10 νύχια. Αυτές οι ταινίες αναπτύσσονται προς τα εκτός μαζί με το νύχι, προφανώς διότι η βλάβη εντοπίζεται στη βάση του όνυχα και συνδέεται με κάθε κύκλο χημειοθεραπείας.

Οι γραμμές του Beau είναι λεπτές εγκάρσιες αυλακώσεις κατά μήκος της πλάκας του νυχιού και παριστούν το αποτέλεσμα παροδικής κακής λειτουργίας της μήτρας του νυχιού. Σχετίζονται με βαριές βλάβες όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου ή βαριές λοιμώξεις. Ενίοτε προσβάλλονται όλα τα νύχια.

Μετά από χορήγηση ντοξορουμπικίνης, φθοριοουρακίλης ή βλεομυκίνης είναι δυνατόν να παρατηρηθεί ονυχόλυση. Στην περίπτωση αυτή το περιφερικό άκρο του νυχιού αποκολλάται από την κοίτη του με κατεύθυνση προς το κεντρικό τμήμα. Παρόμοιες αντιδράσεις γράμμωσης και αλλαγής χρώσης (υπό ή υπέρχρωση), καθώς και ονυχόλυσης, προκαλεί και η ταξοτέρη. Η δράση του φαρμάκου είναι αθροιστική.<sup>17</sup>

### **4.10. Το πρόβλημα της κόπωσης**

Παρόλο που η κόπωση είναι το πιο συχνό πρόβλημα στους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, ο ορισμός της αποτέλεσε πραγματική πρόκληση για τους κλινικούς νοσηλευτές αλλά και άλλους ερευνητές. Το κύριο πρόβλημα ήταν η έλλειψη

μιας κοινής επιστημονικής γλώσσας για να περιγράψει την έννοια της κόπωσης.

Η κόπωση είναι ένας όρος που έχει χρησιμοποιηθεί από ένα ευρύ πεδίο επιστημών που σχετίζονται με την υγεία (φυσιολογία, παθολογία, ψυχολογία) αλλά και από άλλες επιστήμες όπως η μηχανική.

Στη βιβλιογραφία συναντάται με τους όρους ασθένεια (asthenia), αδιαθεσία (malaise), κούραση(tiredness), αδυναμία(weakness). Πολλοί ερευνητές (στην πλειοψηφία τους νοσηλευτές) προσπάθησαν να δώσουν ένα ορισμό. Λόγω της υποκειμενικότητας της εμπειρίας, είναι υπερβολικά δύσκολο να δοθεί ένας ορισμός.

Το κύριο χαρακτηριστικό όλων των ορισμών που δόθηκαν είναι ότι η κόπωση χαρακτηρίζεται ως ένα υποκειμενικό αίσθημα σωματικής ή πνευματικής δυσφορίας που επηρεάζεται από φυσικές ψυχολογικές και πνευματικές παραμέτρους και οδηγεί σε μείωση της ενεργητικότητας.

Πρόσφατα, η κόπωση έγινε αποδεκτή σαν διάγνωση από τη 10η Αναθεωρημένη Διεθνή Έκθεση Ασθενειών. (International Classification of Diseases 10<sup>th</sup> Revision -Clinical Modification ) Σύμφωνα με αυτήν η κόπωση μπορεί να χαρακτηριστεί σαν πολυδιάστατο φαινόμενο που εξελίσσεται με τη πάροδο του χρόνου, ελαττώνοντας την ενέργεια, τη διανοητική ικανότητα και επιδρώντας στη ψυχολογική κατάσταση των καρκινοπαθών.

Σύμφωνα με το National Cancer Institute Common Toxicity Criteria η κόπωση συνδέεται με λήθαργο, κακουχία και απώλεια δύναμης.

Οι Cella D και συν. προσχέδιασαν κάποια διαγνωστικά κριτήρια που συνοδεύουν τη διάγνωση της στο ICD-10 και έχουν μορφοποιηθεί σε μορφή κώδικα.

Υπάρχουν πολλά συστήματα ταξινόμησης για την κόπωση. Πολλές επιστήμες έχουν προσπαθήσει να την ταξινομήσουν με σκοπό να κατανοηθεί και να οριστεί καλύτερα αυτό το ακαθόριστο πρόβλημα. Έχει βρεθεί ότι ανάλογα με την προέλευση της διακρίνεται σε φυσιολογική, παθολογική, κόπωση εξαιτίας κάποιας περίστασης(situation), ή ψυχολογική

Το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο σύστημα ταξινόμησης είναι εκείνο που χαρακτηρίζει την κόπωση ως οξεία ή χρόνια. Η οξεία κόπωση βιώνεται ως μία προσωρινή κατάσταση. Εμφανίζεται ύστερα από υπερβολικό φόρτο ψυχικής και σωματικής δραστηριότητας. Η Piper υποστηρίζει ότι εξυπηρετεί μία προστατευτική λειτουργία.

Τα συμπτώματα της εντοπίζονται σε ειδικά σημεία του σώματος, εμφανίζονται γρήγορα και είναι σύντομα σε διάρκεια. Ανακουφίζεται με ένα καλό νυχτερινό ύπνο, υποχωρεί με ξεκούραση και με δραστηριότητες που μεταβάλλουν τη διάθεση. Συνήθως βιώνεται από τους υγιείς, και είναι ένα σύμπτωμα που αντιμετωπίζουν οι περισσότεροι άνθρωποι στην καθημερινή τους ζωή.

Αντιθέτως η χρόνια κόπωση είναι αποτέλεσμα κάποιας ασθένειας ή της θεραπείας της. Οι αιτίες που την προκαλούν είναι δύσκολο να αναγνωριστούν, έχει ύπουλη έναρξη είναι αθροιστική και επιμένει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ένα μήνα. Αυτός ο τύπος σπάνια υποχωρεί με τον ύπνο, εάν και ο ασθενής μπορεί να ανακουφιστεί προσωρινά με ξεκούραση, με ψυχαγωγία ή με αλλαγή δραστηριοτήτων.

Σχετίζεται με ασθένειες όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η νεφρική ανεπάρκεια, η καρδιακή ανεπάρκεια, η αρθρίτιδα και με καρκίνο. Η πλειοψηφία των ασθενών με καρκίνο βιώνουν συμπτώματα που είναι συμβατά με τον ορισμό της χρόνιας κόπωσης.

Η αιτιολογία και οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που δημιουργούν την κόπωση δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως, παρά το μεγάλο αριθμό ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί. Στη βιβλιογραφία ανευρίσκονται κάποιες υποθέσεις που προσπαθούν να εξηγήσουν την κόπωση. Αυτές είναι: Υπόθεση της συσσώρευσης, μείωσης των αποθεμάτων, βιοχημικών και βιοφυσικών φαινομένων, ελέγχου από το ΚΝΣ, προσαρμογή και αποθεμάτων ενέργειας και ενεργειακής ισορροπίας.

Επίσης έχουν αναπτυχθεί ορισμένα θεωρητικά μοντέλα. Τα πιο γνωστά από αυτά είναι της Aistars, το ψυχοβιολογικό μοντέλο της Winningham, ενώ το πλέον αποδεκτό θεωρείται το ενοποιημένο μοντέλο της Piper. Οι σημαντικότεροι αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται οι εξής: Οργανικοί (Αναιμία παράγοντες θρέψης, παράγοντες - ουσίες που εκκρίνονται από τον όγκο, βιοχημικές και ενδοκρινικές ανωμαλίες η ασθένεια (είδος και στάδιο) και τα συμπτώματα της, η θεραπεία (Χειρουργική, χημειοθεραπεία ακτινοθεραπεία. θεραπεία με βιολογικούς τροποποιητές) ο ύπνος, καθώς και ψυχολογικοί (κατάθλιψη, προσωπικότητα, άγχος ανησυχία) ή γνωστικοί και συνυπάρχοντα νοσήματα.

Λόγω της υποκειμενικής φύσης της κόπωσης παρουσιάζονται δυσκολίες στη κλινική εκτίμηση και μέτρηση της. Οι κλίμακες μέτρησης διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, εκείνες που παρέχουν έμμεση μέτρηση της κόπωσης όπως κλίμακες μέτρησης ποιότητας ζωής (π. Profile of Mood States, EORTC-30, Functional Living Index

Cancer κ.α ) και κλίμακες μέτρησης συμπτωμάτων (π.χ Mc Crockle & Young, Edmonton Symptom Assessment scale) καθώς και εκείνες που παρέχουν άμεση μέτρηση της κόπωσης και διακρίνονται σε μονοδιάστατες (Rhoten fatigue scale, Pearson & Byars Feeling Checklist) και πολυδιάστατες (Piper Fatigue scale, Multidimensional Fatigue scale).

Από τη βιβλιογραφία αποδεικνύεται ότι πολλά ερωτήματα παραμένουν ακόμα αναπάντητα. Ποια είναι τα όρια μεταξύ της φυσιολογικής κούρασης και κόπωσης. Ποια είναι η αποδεκτή κόπωση σε συγκεκριμένες συνθήκες; Εάν η κόπωση είναι φαινόμενο που συναντάται σε υγιείς ανθρώπους και σε ασθενείς υπάρχει διαφορά στην αντίληψη του; Αποτελεί φυσιολογικό προστατευτικό μηχανισμό του οργανισμού και μέχρι ποιο σημείο;

Προηγείται η αδυναμία, η κατάπτωση, η καταβολή δυνάμεων από την κόπωση; Είναι σταδιακή ή αιφνίδια; Με ποια κριτήρια προσδιορίζεται η παρουσία της;<sup>20</sup>

## Κεφάλαιο 5ο

### Συμβολή στην πρόληψη και αντιμετώπιση των οργανικών επιπτώσεων της χημειοθεραπείας.

#### 5.1.Γαστρεντερικό σύστημα.

##### A) ναυτία και έμετος

Για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα,πρέπει ο άρρωστος να προσπαθήσει να χαλαρώσει πριν από τη χημειοθεραπεία και να μην φέρνει στο νου του καταστάσεις που συνοδεύονται από ναυτία.

Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή για τα παρακάτω

- Ø Να προσπαθήσει να χαλαρώσει σε ένα ήσυχο, σκοτεινό δωμάτιο πριν από τη χημειοθεραπεία.
- Ø Να χρησιμοποιήσει τεχνικές συμπεριφοράς που τον βοηθούν να χαλαρώσει και να ρυθμίσει κάθε ερέθισμα που τον διεγείρει (ύπνωση, θεραπεία χαλάρωσης, ονειροπόλημα.) Μπορεί να ακούσει την αγαπημένη του μουσική ή να δει κάποια διασκεδαστική ταινία.
- Ø Μπορεί να προσφύγει στο βελονισμό ή σε άλλη μέθοδο που θεωρείται ότι ελέγχει αποτελεσματικά τη ναυτία ή σε ορισμένες περιπτώσεις και τον εμετό.
- Ø Η ώρα της ημέρας που παίρνει τη χημειοθεραπεία μερικές φορές παίζει ρόλο. Αν ο ασθενής παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα π.χ το πρωί ή το απόγευμα, πρέπει να προσπαθήσει να αλλάξει το πρόγραμμα των ραντεβού του.
- Ø Να αποφεύγει τα ζεστά και τα πικάντικα φαγητά ή όποια ενδέχεται να ενοχλήσουν το στομάχι του ή ολόκληρο το γαστρεντερικό σύστημα. Να τρώει αργά ώστε να μην αναπτύσσονται αέρια, ούτε αίσθημα καύσους.

- Ø Να αποφεύγει τις μυρωδιές του μαγειρέματος που μπορεί να του προκαλούν ναυτία.
- º Όταν κάνει χημειοθεραπεία να αποφεύγει τα φαγητά που του αρέσουν διότι υπάρχει ο κίνδυνος να τα συνδυάσει με τη ναυτία και τον εμετό και να τα αποστραφεί έντονα.<sup>6</sup>

### **Αντιεμετικά φάρμακα**

Γενικά, τα αντιεμετικά φάρμακα πρέπει να λαμβάνονται τριάντα λεπτά πριν από τη χημειοθεραπεία, ώστε να υπάρξει χρόνος να δώσουν κάποιο αποτέλεσμα.

- Ø Εάν ήδη έχει αρχίσει ο εμετός και δεν μπορεί ο ασθενής να πάρει κάποιο χαπάκι, ίσως τον βοηθήσουν τα υπόθετα, όπως το Compazine ή το Tigan.
- Ø Οι κάψουλες μακράς διάρκειας, όπως το Compazine, μπορεί να προσφέρουν στον ασθενή μεγάλη βοήθεια επειδή επιδρούν επί δώδεκα ώρες.
- Ø Το Activan και το Dekadron βοηθούν μπλοκάροντας το κέντρο του εμετού στον εγκέφαλο.

Υπάρχει επίσης ένας πολύ δραστικός συνδυασμός που μπλοκάρει τον προκαταβολικό εμετό και τη ναυτία. Το Activan μπορεί να χορηγηθεί υπογλώσσια ώστε να απορροφηθεί γρήγορα αν υπάρχει απότομη ναυτία.

Το Activan είναι επίσης αντικαταθλιπτικό και υπνωτικό χάπι το οποίο μπορεί να προκαλέσει αμνησία και να σβήσει κάθε ανάμνηση εμετού όταν το επεισόδιο λήξει.

Μερικοί τύποι της μαριχουάνας (το φυσικό delta-9-tetrahydrocannabinol(THC) και το συνθετικό Marihol) ρυθμίζουν επιτυχώς τη ναυτία και τους εμετούς επιδρώντας στα υψηλότερα εγκεφαλικά κέντρα. Προκαλούν όμως υπνηλία, στέγνωμα του στόματος, ιλίγγους, ταχυκαρδία και ιδρώτες.

Ένα νέο αντινεοπλασματικό φάρμακο είναι το S-GT3 αναστολέας των υποδοχέων. Ondansetron (Zofran). Αποτελεί το σπουδαιότερο νέο φάρμακο για την αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμετών που προκαλούνται από την εντατική χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία και ήδη κυκλοφορεί στην αγορά.

### **B) Λοιμώξεις της στοματικής κοιλότητας.**

Ο νοσηλευτής δίνει στον ασθενή τις παρακάτω οδηγίες σχετικά με την υγιεινή του στόματος.

- Ø Να χρησιμοποιεί μαλακή οδοντόβουρτσα εμποτισμένη σε ζεστό νερό.

- Ø Πιθανόν η κρέμα από μαγειρική σόδα και νερό να είναι λιγότερο ερεθιστική από τις οδοντόπαστες του εμπορίου.
- Ø Εάν το βούρτσισμα των δοντιών είναι επώδυνο, να χρησιμοποιεί ή μπαμπάκι ή Toothettes του εμπορίου δηλαδή ειδικά ραβδάκια εμποτισμένα με οδοντόπαστα.
- Ø Να αποφεύγει τα σκευάσματα του εμπορίου. Μερικά περιέχουν έκδοχα (ιδιαίτερα αλκοόλη) που μπορεί να ερεθίσουν ακόμα περισσότερο το στόμα του αρρώστου. Τα σφουγγαράκια εμποτισμένα σε λεμόνι και γλυκερίνη κάνουν να αισθάνεται το στόμα του πιο καθαρό, δεν συνιστώνται όμως επειδή η γλυκερίνη ξηραίνει το στόμα.
- Ø Το Peridex (για ξέπλυμα του στόματος ) συμβάλει να αντιμετωπιστούν οι φλεγμονές και οι αιμορραγίες των ούλων.

Εάν ο ερεθισμός του στόματος επιδεινωθεί, ο ασθενής μπορεί να χρησιμοποιήσει για μικρό χρονικό διάστημα αρκετές αναισθητικές ουσίες. Εάν τα συμπτώματα επιμένουν, πρέπει να εξετασθεί προσεχτικά η όλη κατάσταση των δοντιών του.

Για να διατηρηθεί το στόμα του ασθενούς υγρό πρέπει:

- Ø Τα σκευάσματα του εμπορίου όπως το Moistir ή το Monthkot υποκατάστατο φυσικού σιέλου.
- Ø Ο ασθενής μπορεί να πλένει το στόμα του με υγρή ξυλοκαΐνη, μαγειρική σόδα και αλάτι διαλυμένα σε ένα λίτρο νερού.
- Ø Να πιπιλίζει σκληρές καραμέλες από ξινό λεμόνι ή τα Tic-Tacs. Επίσης να πιπιλίζει αρωματικούς ή απλούς κύβους πάγου.
- Ø Να αποφεύγει τη λήψη αλκοόλ και νικοτίνης.

### **Γ) Απώλεια γεύσης**

Ο ασθενής πρέπει να ακολουθεί τα παρακάτω:

- Ø Να βουρτσίζει τα δόντια του αρκετές φορές την ημέρα και να ξεπλένει το στόμα του με υγρό διάλυμα σόδας.
- Ø Εάν οι τροφές και τα ποτά έχουν πικρή γεύση, προσθέστε γλυκά φρούτα, μέλι ή Nutra-sweet.
- Ø Εάν το κρέας έχει πικρή γεύση, αντικαταστήστε το με κοτόπουλο ή ψάρι, αβγά και ελαφρά τυριά. Όλα αυτά πρέπει να έχουν καλύτερη γεύση εάν φτιάχνονται στην κατσαρόλα ή σιγοβράζονται.

- Ø Να χρησιμοποιεί λαδόξιδο στο κρέας και για το κοτόπουλο ή το ψάρι χυμό ανανά, κρασί, ιταλικές σάλτσες, χυμό λεμονιού, σάλτσα σόγιας ή γλυκές σάλτσες.
- Ø Μπορεί να προστεθεί οποιοδήποτε άρωμα του αρέσει, να αποφεύγει όμως τα τσουχτερά και τα πολύ πικάντικα φαγητά.
- Ø Οι αμυλώδεις τροφές, όπως το ψωμί, οι πατάτες και το ρύζι, έχουν πιο ανεκτή γεύση εάν τις τρώει χωρίς βούτυρο ή μαργαρίνη.

#### Δ) Ανορεξία

Ο ασθενής πρέπει να ακολουθεί τα παρακάτω:

- Ø Καλός σχεδιασμός των γευμάτων
- Ø Ευχάριστη διάθεση της ώρα του φαγητού
- Ø Άσκηση και χαλάρωση πριν το γεύμα
- Ø Μικρά και συχνά γεύματα
- Ø Συμπληρώματα τροφών

Η καλή διατροφή δίνει στον άρρωστο την καλύτερη δυνατή ευκαιρία να παλέψει για δύο πράγματα, μια για την αρρώστια του και μια για τη θεραπεία της.

Οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι διαιτολόγοι και όσοι ασχολούνται με τη διατροφή, βρίσκουν πως οι ασθενείς που τρέφονται σωστά κατά τη διάρκεια της θεραπείας, μπορούν καλύτερα να ανταπεξέλθουν στις παρενέργειές τους.

Καλή διατροφή σημαίνει να διαλέξει ο άρρωστος μία ποικιλία τροφών που περιλαμβάνει βιταμίνες, μεταλλικά άλατα, πρωτεΐνες και άλλα στοιχεία που δίνουν τη δυνατότητα στον οργανισμό να λειτουργεί κανονικά.

Μια σωστή διαίτα, σημαίνει διαίτα με υψηλές θερμίδες και πολλές πρωτεΐνες που βοηθούν στο να αναπλάθονται το αίμα, το επιθήλιο του γαστρεντερικού συστήματος, τα μαλλιά, το δέρμα, οι μύες και άλλα.

Οι πρωτεΐνες χρησιμοποιούνται για την καλή υγεία των ιστών του σώματος που μπορεί να καταστραφούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Μερικοί ειδικοί επί της διατροφής πιστεύουν ότι κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, μπορεί να χρειάζεται ο οργανισμός 50% περισσότερες πρωτεΐνες από τις συνηθισμένες και 20% περισσότερες θερμίδες.



Για να πετύχουμε να διατηρηθεί μια σωστή, πρέπει να συμπεριληφθούν οι ακόλουθες τέσσερις κατηγορίες τροφών στο καθημερινό πρόγραμμα διατροφής του αρρώστου.

Φρούτα και λαχανικά: Περιλαμβάνονται σαλάτες, βρασμένα λαχανικά, ωμά φρούτα ή χυμοί φρούτων. Αυτές οι τροφές προμηθεύουν τον άρρωστο με σπουδαίες βιταμίνες και μεταλλικά άλατα που χρειάζεται ο οργανισμός.

Πουλερικά, ψάρια και κρέατα: Τρώγοντας ψάρια, πουλερικά, αβγά και κρέας, θα πάρει πρωτεΐνες καθώς πολλές βιταμίνες και μεταλλικά άλατα.

Δημητριακά και ψωμί: Οι τροφές αυτής της κατηγορίας δίνουν πρωτεΐνες και μια ποικιλία βιταμινών, μεταλλικών στοιχείων και υδατανθράκων. Η διαίτα πρέπει να περιλαμβάνει δημητριακά όπως καλαμπόκι, σιτάρι, ρύζι, βρόμη ή ψωμί ολικής αλέσεως και μακαρόνια.

Γαλακτερά: Το γάλα και τα άλλα γαλακτοκομικά προϊόντα όπως το παγωτό και το τυρί, δίνουν πρωτεΐνες, ασβέστιο και πολλές βιταμίνες.

Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να επηρεάσουν την κύστη ή τα νεφρά. Ο άρρωστος θα πρέπει να ρωτήσει το γιατρό ή το νοσηλεύτη εάν αυτό συμβαίνει με τα δικά του φάρμακα και πόσα υγρά θα πρέπει να πίνει καθημερινά.

Ίσως χρειαστεί να πίνει και επιπλέον υγρά για να διατηρήσει καλή την λειτουργία των νεφρών του (έως 8 ποτήρια ημερησίως).

Τα ποτά που έχουν οινόπνευμα πρέπει να εξεταστούν χωριστά. Το οινόπνευμα μπορεί να επηρεάσει μερικά από τα φάρμακα εμποδίζοντας την αποτελεσματικότητά τους, ή να προκαλέσει περισσότερες παρενέργειες. Γι' αυτό το λόγο μερικοί άνθρωποι πρέπει να περιορίσουν τη λήψη του οινοπνεύματος κατά τη χημειοθεραπεία. Να ρωτήσουν το γιατρό πριν πουν μύρα, κρασί ή λικέρ.

Εκείνο που θα πρέπει να προσέξει ο άρρωστος κατά την ημέρα της θεραπείας είναι, τα γεύματά του να είναι ελαφρά και ακόμα καλύτερα να μην τρώει 2-3 ώρες πριν και μετά τη θεραπεία.<sup>9</sup>

## **E) Δυσκοιλιότητα**

### Πρόληψη και αντιμετώπιση

Ο ασθενής ενημερώνεται να αρχίσει διαιτολόγιο πλούσιο σε ίνες πριν πάρει τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που προκαλούν δυσκοιλιότητα.

Ο ασθενής να τρώει τροφές πλούσιες σε ίνες και όγκο, δηλαδή φρέσκα φρούτα και λαχανικά (ωμά ή μαγειρεμένα με τη φλούδα), αποξηραμένα φρούτα και λαχανικά

(περιλαμβάνονται και τα μαρούλια) ιδιαίτερα όταν τα λευκά αιμοσφαίρια δεν υπερβαίνουν τα χίλια οχτακόσια(1.800).

Να πίνει άφθονα υγρά (8-10 ποτήρια την ημέρα).

Αποφυγή της αφυδάτωσης(πρέπει να προσπαθήσει να πίνει κυρίως θρεπτικά υγρά (κρύο γάλα, μείγματα με αβγό και χυμούς) παρά σκέτο νερό, επειδή τα απλά υγρά ίσως δημιουργήσουν αίσθημα πληρότητας και μειώσουν την όρεξη του ασθενούς).

Να προστεθεί σταδιακά στο διαιτολόγιό του πίτουρο. Να ξεκινάει με δύο κουταλιές της σούπας( 10ml) την ημέρα και βαθμιαία να το αυξήσει σε 4-6 της σούπας (20-30 ml) την ημέρα. Επίσης να ραντίζει με πίτουρο τους δημητριακούς καρπούς ή να το προσθέτει στο κομμάτι του κρέατος, στα βρασμένα φαγητά και στο ταψί με το κέικ και στα μαγειρεμένα φαγητά. Το διαιτητικό βοηθά,

Να αποφεύγει τα ραφινάρισμα τρόφιμα, όπως το λευκό ψωμί, τα αμυλώδη επιδόρπια και τα ζαχαρωτά. Επίσης, θα αποφεύγει τις σοκολάτες, το τυρί και τα αβγά, επειδή μπορεί να προκαλέσουν δυσκοιλιότητα.

Για να σταθεροποιήσει την κινητικότητα του εντέρου του, να τρώει ξηρά δαμάσκηνα ή να πίνει ένα ποτήρι χυμό δαμάσκηνο το πρωί ή το βράδυ πριν κοιμηθεί. Τα δαμάσκηνα περιέχουν φυσικά υπακτικά, όπως οι ίνες. Ο ζεστός χυμός του δαμάσκηνο και τα βρασμένα δαμάσκηνα είναι τα πιο αποτελεσματικά.

Να τρώει ένα καλό πρωινό με οποιοδήποτε ζεστό ρόφημα π.χ. τσάι, ζεστό λεμόνι με νερό ή καφέ χωρίς καφεΐνη.

Να ξεκουράζεται σε ήσυχη ατμόσφαιρα και να τρώει σε καθορισμένες ώρες.

Και τέλος να κάνει μερικές ασκήσεις για να διεγείρει τα αντανακλαστικά του εντέρου και να βοηθήσει να διατηρηθεί η φυσιολογική κένωση.<sup>6</sup>

## **Στ) Διάρροια**

Ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για τα ακόλουθα:

Να δοκιμάσει μια δίαιτα υγρών για να επιτρέψει στο έντερο να ξεκουραστεί.

Να πίνει πολλά υγρά για να αντικαταστήσει αυτά που χάνει. Ιδιαίτερα ήπια υγρά όπως χυμό μήλου, νερό, ελαφρό τσάι ή ζωμό. Τα υγρά πρέπει να πίνονται χλιαρά ή σε θερμοκρασία δωματίου. Δεν πρέπει να είναι πολύ ζεστά ή παγωμένα.

Να αφήσει ο άρρωστος να φύγει το αέριο από τα ανθρακούχα ποτά πριν τα πιεί.

Να τρώει μικρές ποσότητες φαγητού, αλλά πιο συχνά. Να μην παραλείπει γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Όταν αισθάνεται καλύτερα να προσθέτει σταδιακά τροφές χαμηλές σε ίνες π.χ. ρύζι, μπανάνες, μαρμελάδα μήλου, πουρέ πατάτας, τوست και κράκερς. Ο άρρωστος σε διάρροια χάνει κάλλιο, που είναι πολύ σημαντικό για την λειτουργία του οργανισμού. Γι' αυτό θα προσπαθήσει να αυξήσει την ποσότητα των τροφών με μεγάλη περιεκτικότητα σε κάλλιο. Οι μπανάνες, οι πατάτες και τα πορτοκάλια είναι πολύ καλές πηγές.

Πολλοί τύποι τροφών επιδεινώνουν τη διάρροια και πρέπει να αποφεύγονται. Σε αυτές περιλαμβάνονται:

Οι λιπαρές, παχιές και πικάντικες τροφές.

Ο καφές, το κανονικό τσάι (όχι αυτό που φτιάχνεται από βότανα) και τα ανθρακούχα ποτά που περιέχουν καφεΐνη.

Τα ξινά φρούτα όπως τα πορτοκάλια και τα σταφύλια.

Οι τροφές με πολλές ίνες και πολύ όγκο, όπως οι πιτυρούχες, δημητριακά ολικής αλέσεως, το ποπ-κορν, τα καρύδια, τα ωμά λαχανικά και τα φρούτα

Σε έντονες καταστάσεις δίνετε στον άρρωστο αντιδιαρροϊκό φάρμακο.

## 5.2. Αιμοποιητικό σύστημα

### A) Λευκοπενία.

Να ενημερωθεί ο άρρωστος ότι είναι προσωρινή.

Ø Να ζει σε καθαρό και υγιεινό περιβάλλον.

Ø Όταν νοσηλεύεται σε νοσοκομείο, να λαμβάνονται προστατευτικά μέτρα για τις λοιμώξεις (π.χ. μονόκλινο δωμάτιο και αν είναι δυνατόν να έχει απολυμανθεί πριν).

Το προσωπικό του νοσοκομείου και οι συγγενείς να φορούν μάσκα προσώπου, γάντια και ποδιά όταν βρίσκονται στο θάλαμό του.

Ø Ο άρρωστος να κυκλοφορεί στους διαδρόμους του νοσοκομείου με μάσκα.

Ø Να αποφεύγει τα ωμά φαγητά και φρούτα.

Ø Να ενισχυθεί με αντιβιοτικά ( με εντολή γιατρού).

Ø Να φροντίζει να πλένει τα χέρια του συχνά για αποφυγή μολύνσεων.

- Ø Να αποφεύγει τον συνωστισμό, καθώς και όσους πάσχουν από μεταδοτικές αρρώστιες, όπως ανεμοβλογιά, γρίπη.
- Ø Να μην κόβει τα πετσάκια των νυχιών του.
- Ø Να χρησιμοποιεί κρέμα που τα αφαιρεί.
- Ø Να αποφεύγει σκληρή οδοντόβουρτσα.
- Ø Να χρησιμοποιεί ηλεκτρική ξυριστική μηχανή.
- Ø Να μην ξύνει τα σπυράκια του.
- Ø Να κάνει ένα ζεστό μπάνιο με αντισηπτικό υγρό, όπως Betadine-scrub καθημερινά και να σκουπίζεται απαλά αντί να τρίβει δυνατά το δέρμα του.
- Ø Εάν το δέρμα του γίνει ξηρό και σκάει, να χρησιμοποιεί λοσιόν ή λάδι για να το μαλακώσει.
- Ø Εάν κοπεί ή γδαρθεί, να καθαρίσει αμέσως την περιοχή με νερό και σαπούνι.
- Ø Μετά από κάθε κένωση να καθαρίζει τη περιοχή του πρωκτού, απαλά και πολύ καλά. Εάν υπάρχει ερεθισμός ή πρόβλημα αιμορραϊδών, να συμβουλευτεί το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια (για αποφυγή περιπρωκτικού συριγγίου).
- Ø Μετάγγιση λευκών αιμοσφαιρίων (μόνο σε ειδικευμένα ογκολογικά κέντρα).

## **B) Αναιμία**

- Ø Ο άρρωστος πρέπει να ξεκουράζεται και να μην ξοδεύει την ενέργειά του άσκοπα.
- Ø Στο διαιτολόγιό του να προστεθούν περισσότερα πράσινα λαχανικά, συκώτι και κόκκινο κρέας.
- Ø Να κινείται αργά για να αποφεύγει τη ζαλάδα. π.χ όταν ξυπνήσει αντί να κατέβει από το κρεβάτι του γρήγορα, να καθίσει στην άκρη του κρεβατιού του για λίγο.
- Ø Η μετάγγιση αίματος είναι ένας τρόπος γρήγορης αντιμετώπισης.

## **Γ) Θρομβοπενία**

- Ø Να αποφεύγει την ασπιρίνη.
- Ø Να καθαρίζει τη μύτη του φυσώντας απαλά. Να μη χρησιμοποιεί το δάχτυλό του.
- Ø Να προσέχει πολύ όταν χρησιμοποιεί μαχαίρια ή εργαλεία(να μην κοπεί).
- Ø Να προσέχει να μην καίγεται όταν είναι στο σπίτι(μαγείρεμα, σιδέρωμα). Να φορά γάντια με βάτα όταν βάζει το χέρι του μέσα στο φούρνο.

- Ø Να φροντίζει το στόμα του πρωί-βράδυ μετά το φαγητό. Το ίδιο ισχύει και για τις οδοντοστοιχίες.
- Ø Να πλένει το στόμα του με σόδα. Να χρησιμοποιεί ειδικά ξυλαράκια με βαμβάκι αντί για οδοντόβουρτσα.
- Ø Να χρησιμοποιεί ηλεκτρική ξυριστική μηχανή.
- Ø να μην κάνει ενδομυϊκές ενέσεις.
- Ø Να αποφεύγει τροφές που τραυματίζουν.
- Ø Να αποφεύγει ξινά, καρκεύματα, οινόπνευμα, κάπνισμα.
- Ø Σε δυσκοιλιότητα να αποφεύγει τον υποκλυσμό, ή τα υπόθετα, καθώς και τη θερμομέτρηση από τον πρωκτό.
- º Εάν τα αιμοπετάλιά του πέσουν πολύ χαμηλά να κάνει μετάγγιση αιμοπεταλίων(αιμοπεταλιοαφαίρεση).<sup>9</sup>

### 5.3. Γεννητικό σύστημα

Για τους άνδρες:

- Ø Επειδή η μόνιμη στειρότητα είναι η πιο πιθανή, θα πρέπει ο άρρωστος να συζητήσει με το γιατρό αυτή την παρενέργεια, πριν αρχίσει θεραπεία.
- Ø Να πάρει αν θέλει πληροφορίες για την αποταμίευση σπέρματος.

Και τα δύο φύλα, πρέπει να λαμβάνουν οπωσδήποτε αντισυλληπτικά και πολλές φορές και μετά τη θεραπεία, για να αποφευχθεί πιθανή γέννηση μη υγιών παιδιών όπως π.χ. σε θεραπεία με Endoxan όπου τα αντισυλληπτικά μέτρα συνεχίζονται για τρεις μέρες μετά την θεραπεία.<sup>3</sup>

### 5.4. Νεφρικό σύστημα

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα εξής:

- Ø Προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά κάθε οχτώ ώρες.
- Ø Αποτελέσματα του ουρικού οξέος του ορού.
- Ø ΡΗ των ούρων
- Ø Ουρία αίματος και κρεατινίνη του ορού.

Στη συνέχεια χορηγείται αλλοπουρινόλη.<sup>21</sup>

## 5.5.Νευροφυτικό σύστημα

- Ø Σε περίπτωση μωδιάσματος δακτύλων, θα πρέπει ο άρρωστος να προσέχει όταν πιάνει καυτερά αντικείμενα ή ζεστά, για να μην τραυματιστεί ή καεί.
- Ø Εάν χάνει την ισορροπία του, να κινείται αργά και να χρησιμοποιεί τα κάγκελα για να πιάνεται όταν ανεβοκατεβαίνει τις σκάλες.
- Ø Σε μερικά φάρμακα οι παρενέργειες αυτές μπορεί να είναι προσωρινές, ίσως όμως να χρειαστούν ιατρική παρακολούθηση γι'αυτό θα πρέπει να αναφερθούν στο γιατρό.

## 5.6. Δερματολογικά προβλήματα

### A) Τριχόπτωση

Ο νοσηλευτής ενημερώνει και διδάσκει τον ασθενή τι μπορεί να κάνει για να μειώσει την απώλεια των τριχών, πριν αρχίσει η θεραπεία, αλλά και πώς να προετοιμαστεί καλύτερα γι'αυτήν.

- Ø Να κόψει τα μαλλιά του κοντά ώστε η απώλειά τους να μην είναι τόσο εμφανής ούτε στους άλλους ούτε στον ίδιο όταν κοιτάζει στον καθρέπτη.
- Ø Να περιποιείται τα μαλλιά και το κεφάλι του με προσοχή. Να αποφεύγει τον ψεκασμό τους, την περμανάντ και τις βαφές.
- Ø Να χρησιμοποιεί ένα κάλυμμα για τα μαλλιά του που θα το χρησιμοποιήσει όταν τα χάσει(μαντήλια, καπέλα, περούκες που θα φαίνονται σαν τα δικά του μαλλιά. Πολλές ασφαλιστικές εταιρίες πληρώνουν για την περούκα αφού θεωρείται τμήμα της θεραπείας. Ο ασθενής λοιπόν μπορεί να ζητήσει από τον γιατρό να την συνταγογραφήσει. Για να αποκτήσει την καλύτερη περούκα θα πρέπει να την αγοράσει πριν χάσει τα μαλλιά του.

### Περίδεση και παγοκύστεις

Η περίδεση της κεφαλής και οι παγοκύστεις χρησιμοποιούνται για να προληφθεί ή να μειωθεί η απώλεια των μαλλιών. Δεν είναι όμως πολύ χρήσιμες μέθοδοι, όταν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παραμένουν στην κυκλοφορία πολλές ώρες ή όταν τα

φάρμακα παίρνονται από το στόμα, οπότε έχουν τον ίδιο χρόνο δράσης. Ακόμη όμως και τότε ο ασθενής μπορεί να χρησιμοποιήσει παγοκύστεις ή περιδέση κατά τη θεραπεία για να νιώσει καλύτερα μειώνοντας το άγχος. Οι περιδέσεις και οι παγοκύστεις δεν εφαρμόζονται όταν γίνεται θεραπεία για καρκίνους που μπορεί να παρουσιάζουν μεταστάσεις στο κρανίο-μελανώματα, καρκίνος νεφρού, λευχαιμίες, λεμφώματα και όγκοι που διασπείρονται αιματογενώς.<sup>6</sup>

## **B) Υπέρχρωση του δέρματος**

Ø Σε ξηρές επιφάνειες να χρησιμοποιείται λοσιόν. Εάν τα ενοχλήματα δεν υποχωρούν, να συμβουλευτεί γιατρό.

Ø Προστατευτική κρέμα με δείκτη υγρασίας δέκα πέντε για αποφυγή ηλιακών εγκαυμάτων (π.χ.episol).

Ø Τάλκ σε κνησμό και σε αρνητικό αποτέλεσμα, συμβουλή γιατρού.

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων μερικές φλέβες παρουσιάζουν σκούρο χρώμα. Αυτό το φαινόμενο είναι προσωρινό.<sup>3</sup>

## **Γ) Εξαγγείωση**

Παράγοντες πρόληψης της εξαγγείωσης:

Ø Λήψη ιστορικού

Ø Φυσική εξέταση

Ø Προσεκτική επιλογή φλέβας

Ø Μέγεθος φλεβοκαθετήρα

Ø Επιμελής και επιδέξια φλεβοκέντηση

Ø Ακεραιότητα φλεβικής γραμμής

Ø Ενημέρωση του ασθενή

Ø Συνεχής έλεγχος ανά χρονικά διαστήματα

Ø Έλεγχος για επιστροφή-επαναφορά αίματος

Ø Σωστή διάλυση

Ø Αργός ρυθμός χορήγησης φαρμάκων.<sup>22</sup>

Αντιμετώπιση εξαγγείωσης

Μετά την εξαγγείωση πρέπει να γίνεται προσπάθεια αναρρόφησης όσο το δυνατόν περισσότερου φαρμάκου και ακολούθως να αφαιρείται η βελόνα. Για τη ντοξορουμπικίνη και τις άλλες ανθρακυκλίνες η κυκλική εφαρμογή ψυχρών

επιθεμάτων και ο χειρουργικός καθαρισμός έχουν μεγάλη σημασία. Η διήθηση με διττανθρακικά και η εφαρμογή στεροειδών δεν βοηθάει.

Η τοπική χρήση 1 DMSO για μακρό χρονικό διάστημα μέχρι και 14 ημέρες είναι αποτελεσματική για την ανακούφιση των συμπτωμάτων και την αποφυγή εξέλκωσης. Για την εξαγγείωση μιτομυκίνη ή διήθηση της περιοχής με ίσο όγκο διαλύματος πυριδοξίνης βοηθάει.

Αντίθετα για την εξαγγείωση αλκαλοειδών της Vinca συνιστάται η διήθηση της πάσχουσας περιοχής με υαλουρονιδάση (300 iu σε 2 ml ορού). Διάλυμα θειοθειικού νατρίου συνιστάται για την πρόληψη βλάβης από εξαγγείωση μεχλωραιθαμίνης, αλλά δεν έχει αποδειχθεί η αξία της μεθόδου.<sup>23</sup>

Γενικά δύναται να λεχθεί ότι μετά από μία εξαγγείωση κυτταροστατικού φαρμάκου, εάν ο ασθενής έχει πόνο που επιμένει μετά από 2-3 ημέρες συντηρητικής αντιμετώπισης, πρέπει να λαμβάνεται η γνώμη του χειρουργού. Ο πρωιμότερος χειρουργικός καθορισμός επιτρέπει την καλύτερη επούλωση της βλάβης και την αποφυγή του δυσάρεστου πόνου που τη συνοδεύει.

Για να καθορισθούν καλύτερα τα όρια των νεκρωμένων ιστών βοηθάει η έκθεση του τραύματος στην υπεριώδη ακτινοβολία, διότι αναδεικνύει τη διήθηση από ντοξορουμπικίνη.<sup>24</sup>

Ευαισθησία στο φως.

Αν ο άρρωστος παρουσιάζει ευαισθησία στο φως μπορεί να χρησιμοποιεί γυαλιά ηλίου και να αποφεύγει το δυνατό φως.

Προβλήματα ωτών.

Εκτιμάται η ακοή του αρρώστου, πριν αρχίσει θεραπεία.

Γίνετε ακοόγραμμα και ενημερώνεται ο ασθενής να αναφέρει συμπτώματα όπως: βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.<sup>9</sup>

## **5.7. Κόπωση**

Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή για τους τρόπους αντιμετώπισης της κόπωσης .

Εκτίμηση.

Ο ασθενής ενθαρρύνεται:



- Ø Να κρατάει ημερολόγιο επί μια εβδομάδα για να εντοπίσει την περίοδο της ημέρας που είναι περισσότερο κουρασμένος ή έχει εντονότερη δραστηριότητα.
- Ø Να προσδιορίσει ποιες δραστηριότητες επιτείνουν την κόπωση και ποιες τη μειώνουν.
- Ø Να κάνει ένα σχέδιο και να το ακολουθεί προγραμματίζοντας τις δραστηριότητές του ανάλογα με το υπόδειγμα κόπωσης-ενεργητικότητας.

#### Αντιμετώπιση.

##### **Διατροφή:**

- Ø Εάν ο ασθενής χάνει βάρος ή την όρεξή του ή αισθάνεται κάποια αλλαγή στη γεύση του, να ζητήσει από κάποιον σύμβουλο διαιτολόγο να τον βοηθήσει να καλύψει τις ελλείψεις της διατροφής του.
- Ø Να πίνει οχτώ έως δέκα ποτήρια υγρά την ημέρα για να βοηθήσει το σώμα του να αποβάλλει τις τοξικές μεταβολικές ουσίες.
- Ø Να τρώει τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες, όπως είναι τα σιτηρά και τα λαχανικά, τα οποία του προμηθεύουν ενέργεια για μακρά περίοδο. Αντίθετα, τα γλυκά του δίνουν μια ταχεία ώση ενέργειας και κατόπιν τον αφήνουν περισσότερο κουρασμένο από πριν.

##### **Δραστηριότητα και άσκηση.**

Ο ασθενής πρέπει:

- Ø Να αραιώσει τις δραστηριότητές του ανά εβδομάδα και να σχεδιάζει περιόδους ανάπαυσης μεταξύ των δραστηριοτήτων.
- Ø Να είναι εκλεκτικός στις δραστηριότητές του όταν η ενεργητικότητά του είναι σε χαμηλό σημείο.
- Ø Να ακολουθεί κάποιο πρόγραμμα ασκήσεων κίνησης και ασκήσεων στο κρεβάτι για να διατηρήσει τον τόνο και τη δύναμη των μυών του.
- Ø Εφόσον του το επιτρέπει ο γιατρός του, να περπατάει ή να κάνει άλλες ασκήσεις για να αυξήσει την αντοχή του.

##### **Συμπτώματα:**

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει:

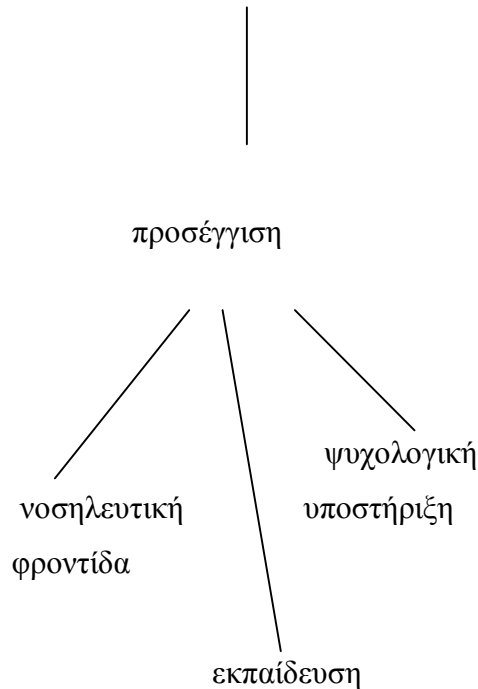
- Ø Να ρυθμίσει όσο καλύτερα μπορεί τα άλλα συμπτώματα που ενδεχομένως έχει ο ασθενής (τον πυρετό, την λοίμωξη, την ναυτία ή τον εμετό). Αν είναι απαραίτητο, χορηγεί φάρμακα.
- Ø Εάν ο ασθενής δεν μπορεί να κοιμηθεί, ο νοσηλευτής προσπαθεί να εντοπίσει την αιτία. Εάν ο ασθενής το χρειάζεται, του δίνουμε υπνωτικό χάπι.

#### **Ψυχολογικά:**

- Ø Εάν ο ασθενής είναι κακόκεφος ή αγχώνεται για διάφορα πράγματα να μιλήσει με κάποιον που θα τον βοηθήσει (ένα φίλο, έναν πνευματικό σύμβουλο, ή έναν ψυχολόγο).
- Ø Να ζητήσει από το γιατρό του να του γράψει φάρμακα που βελτιώνουν τη διάθεση.
- Ø Να ζητήσει από το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια να του περιγράψουν μερικές τεχνικές χαλάρωσης και ψυχαγωγίας που πολλοί τις βρίσκουν ιδιαίτερα υποβοηθητικές.
- Ø Ενόσω θεραπεύεται να εξουσιοδοτήσει τις δευτερεύουσες δουλειές του σε άλλα άτομα.<sup>6</sup>

### Μέτρα προστασίας για τον άρρωστο.

Προστασία του αρρώστου



#### 6.1. Προστασία-προσέγγιση του αρρώστου

Η προστασία του αρρώστου κατορθώνεται με την προσέγγιση. Η προσέγγιση αυτή τονίζει με έμφαση τη φροντίδα και αυτοφροντίδα του αρρώστου που βοηθιέται από τη νοσηλεύτρια και είναι εξίσου εφαρμοσμένη στους εξωτερικούς και εσωτερικούς αρρώστους.

Προκειμένου να αρχίσει ένας άρρωστος θεραπεία, η φροντίδα του είναι περίπου η ίδια αλλά η **προσέγγιση** θα χρειαστεί να προσαρμοστεί ειδικά σε κάθε άρρωστο.

Οι σκοποί αυτής της προσέγγισης πρέπει να κατευθύνουν την φυσική και ψυχολογική προετοιμασία του αρρώστου και υποστήριξή του και μπορεί να περιλαμβάνει :

## 6.2. Νοσηλευτική φροντίδα

Ο νοσηλευτής καλείται να αντιμετωπίσει τις παρενέργειες της X/Θ, με την ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα η οποία είναι ένα σημαντικό τμήμα της προσέγγισής της στον άρρωστο.

Η νοσηλευτική φροντίδα η οποία θα εξασφαλίσει στον άρρωστο (με X/Θ) μια πρόσθετη φροντίδα και υποστήριξη σε ειδικά προβλήματα (προβλήματα από τις παρενέργειες της X/Θ).

Κατά τη νοσηλευτική φροντίδα, σύμφωνα με τη νοσηλευτική διεργασία θα πρέπει να γίνει :

- Ανίχνευση των προβλημάτων του αρρώστου.
- Οργάνωση και προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.
- Εκτίμηση-Αξιολόγηση.

### **Ανίχνευση των προβλημάτων του αρρώστου**

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι ενημερωμένη από το ιστορικό του αρρώστου:

Αν :

- Είναι αλλεργικός
- Είναι έγκυος
- Θηλάζει
- Παίρνει άλλα φάρμακα
- Έπαιρνε φάρμακα στο παρελθόν και αν ναι, ποιά;

### **Οργάνωση και Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη χημειοθεραπεία.**

Κατά τη νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει η νοσηλεύτρια να φροντίσει και να οργανώσει τη σωστή εφαρμογή του πρωτοκόλλου των κυτταροστατικών φαρμάκων.

- Ø Πρωτόκολλο κυτταροστατικών φαρμάκων, δηλαδή τη σωστή εφαρμογή του χωρίς καθυστέρηση.
- Ø Υλικό που θα χρησιμοποιηθεί κατά την εφαρμογή του σχήματος.
- Ø Υλικό ανάγκης.

- Ø Να παρακολουθεί, να καταγράφει την αντίδραση, δηλαδή τα σημεία και τα συμπτώματα, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος πλησιάζει την ολική δόση των φαρμάκων και να δράσει ανάλογα, π.χ. διουρητικά, αντιεμετικά.
- Ø Αναφορά στο υπηρετικό προσωπικό.
- Ø Να ελέγχει με μόνιτορ τη λήψη και αποβολή υγρών, κατά τη θεραπεία και 48 ώρες μετά. Π.χ. η ολιγουρία μπορεί να είναι μια ένδειξη τερματισμού της Χ/Θ.
- Ø Πληροφόρηση του αρρώστου για τα σημαντικά γεγονότα που μπορεί να συμβούν και να ενημερωθεί ο γιατρός.
- Ø Απαιτείται η παρακολούθηση για σημάδια αφυδάτωσης και ηλεκτρολυτικής μη ισορροπίας (σε διάρροια εμετούς και απώλεια ούρων) γι' αυτό γίνεται μέτρηση προσλαμβανόμενων υγρών του.
- Ø Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται σε ενδοφλέβια χορήγηση στα φάρμακα, τα οποία πρέπει να προφυλάσσονται από το φως.
- Ø Φροντίδα στον άρρωστο με στοργή και αγάπη.<sup>25</sup>

### **Παροχή Νοσηλευτικής Φροντίδας**

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, το απαραίτητο είναι να ελεγχθούν ορισμένα φάρμακα , ώστε να γίνουν και άλλες ειδικές εξετάσεις αν χρειαστεί εκτός από τις εξετάσεις ρουτίνας.

- Ø Καθημερινή εξέταση ούρων για έλεγχο τυχόν φλεγμονής στην ουροδόχο κύστη (θεραπεία με Hoboxan).
- Ø Τεστ ούρων για pH σε θεραπεία με μεθοτρεξάτη και παρακολούθηση των επιπέδων του φαρμάκων στο αίμα του αρρώστου.
- Ø Ελέγχεται η λειτουργία των νεφρών πριν τη χορήγηση νεφροτοξικών φαρμάκων. Αρχίζει η ενυδάτωση του αρρώστου με ορούς 12 ώρες μετά από αυτή.
- Ø Απαραίτητο είναι το ηλεκτροκαρδιογράφημα πριν από τη χορήγηση φυτικών αλκαλοειδών.
- Ø Να υπάρχει κοντά στον άρρωστο συσκευή οξυγόνου για τυχόν αλλεργικό σοκ.
- Ø Να ευρίσκονται έγκαιρα στον όροφο και τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο (ψυγείο) τα φάρμακα που θα χρειαστούν για τη θεραπεία, καθώς και τα αντίδοτά τους.

### **Ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων**

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

- Ø Αυστηρή αντισηπτική φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται στο στάδιο προετοιμασίας και χορηγήσεως του φαρμάκου.
- Ø Καινούργια αποστειρωμένη βελόνα πρέπει να χρησιμοποιείται κάθε φορά που προστίθεται ένα φάρμακο στον ορό ή στο λαστιχάκι του ορού.
- Ø 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.
- Ø Η φλέβα πρέπει να είναι σταθερή και ελαστική και το δυνατόν να μην έχει τρυπηθεί πριν.
- Ø Εξελκωμένες και ερεθισμένες περιοχές πρέπει να αποφεύγονται.
- Ø Σε μέρος που δυσκολεύεται η κυκλοφορία του αίματος, η θεραπεία πρέπει να αποφεύγεται, π.χ. θρομβοφλεβίτις, τραύμα.
- Ø Αν πρόκειται να δοθούν πολλά φάρμακα, η φλέβα πρέπει να ξεπλένεται καλά με φυσιολογικό ορό μεταξύ χορηγήσεως κάθε φαρμάκου.
- Ø Η εφάπαξ ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου πρέπει να γίνεται βραδέως.
- Ø Εάν αμφισβητείται η καταλληλότητα της φλέβας, η έγχυση πρέπει να επαναληφθεί σε μια άλλη φλέβα και κατά προτίμηση στο άλλο χέρι.
- Ø Ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια πρέπει να διακόψει τη θεραπεία, εάν υποψιαστεί έγχυση έξω από τη φλέβα.<sup>9</sup>

### **Αξιολόγηση-εκτίμηση**

Εδώ η νοσηλεύτρια θα κάνει την αξιολόγησή της, δηλαδή κατά πόσο φρόντισε να χορηγηθεί στον άρρωστο η Χ/Θ χωρίς να του στερηθεί η άνεση, χωρίς να ταλαιπωρηθεί πολύ, να πονέσει και να τραυματιστεί, προσπαθώντας να ανιχνεύσει, να προλάβει τις παρενέργειες και να τις αντιμετωπίσει έγκαιρα.

## **6.3. Πληροφόρηση-εκπαίδευση του αρρώστου**

Η πληροφόρηση είναι το πρώτο σκαλοπάτι μιας επικοινωνίας με τον άρρωστο όπου μπορεί να στηριχθεί η εκπαίδευση. Η πληροφόρηση του ογκολογικού αρρώστου

για τη διάγνωση είναι έργο του κλινικού γιατρού και ίσως έργο της υγειονομικής ομάδας.

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

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

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

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

#### Εκπαίδευση-διδασκαλία του αρρώστου

- Ø Αναγνώριση των αναγκών του αρρώστου.
- Ø Σχεδιασμός της διδασκαλίας-τρόποι και μέσα διδασκαλίας.
- Ø Περιεχόμενο διδασκαλίας
- Ø Εκτίμηση

Κατά την πληροφόρηση – εκπαίδευση της χημειοθεραπείας, ο άρρωστος πρέπει να γνωρίζει:

- Ø Την ανάγκη θεραπείας του.
- Ø Το θεραπευτικό σχήμα.
- Ø Τη διάρκεια και τη συχνότητα της χορηγήσεώς τους.
- Ø Τις διαδικασίες που θα γίνουν πριν, κατά και μετά τη χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.
- Ø Τις παρενέργειες της Χ\Θ, πώς και πότε παρουσιάζονται και την αντιμετώπισή τους.
- Ø Και τέλος, τις μεταβολές του follow-up και στις διαδικασίες που πρέπει να παρακολουθήσουν μετά τη Χ/Θ.

Κατά την πληροφόρηση-εκπαίδευση η νοσηλεύτρια θα πρέπει :

1. Να είναι παρούσα κατά την ώρα των συμβουλών του γιατρού ή να ανακαλύψει τι ειπώθηκε στον άρρωστο και αυτό θα βοηθήσει στο να χρησιμοποιηθούν όμοιες λέξεις και φράσεις εξασφαλίζοντας τη συνοχή.

2. Θα πρέπει να ζητήσει από τον άρρωστο να επαναλάβει με δικά του λόγια, τι καταλαβαίνει ότι θα συμβεί με τη X/Θ και αυτό θα δώσει στη νοσηλεύτρια την ευκαιρία να παρακολουθήσει προσεκτικά, να ανιχνεύσει και να αντιμετωπίσει τα ειδικά προβλήματα και τα άγχη τους.

Οι πληροφορίες μπορεί να δοθούν προφορικός ή γραπτώς.

Ένα φυλλάδιο με πληροφορίες, του είναι εξαιρετικά χρήσιμο όπως για :

Ø Ονόματα κυτταροστατικών φαρμάκων.

Ø Οδηγίες χρήσεώς τους

Ø Παρενέργειες και αντιμετώπισή τους.

Ø Ονόματα και τηλέφωνα προσώπων που θα έρθει σε επαφή ο άρρωστος όταν εξέλθει από το νοσοκομείο, ώστε να αισθάνεται άνετα, ζητώντας περαιτέρω εξηγήσεις, όταν βρίσκεται σε παρακολούθηση και έχει άγχος ή ενοχλήματα από τη X/Θ.

## 6.4. Ψυχολογική υποστήριξη.

Η ψυχολογική υποστήριξη θα επιτευχθεί καλά με την επικοινωνία του αρρώστου με σκοπό να μετριάσει τι φόβο και το άγχος του αγνώστου.

Η αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο είναι τόσο οξεία, ώστε χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη στο στρες της διάγνωσης και της θεραπείας. Οι επιλοκές της θεραπείας είναι πολύ διαφορετικές από αυτές της διάγνωσης.

Η χειρουργική επέμβαση συνήθως φαίνεται σαν αναγκαίο κακό και η σκέψη ότι ο καρκίνος θα αφαιρεθεί είναι συχνά μια ανακούφιση, αλλά η ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία δεν έχουν πάντα τέτοια εμφανή καλά αποτελέσματα, παρόλο που το εισιτήριο για ένα κρεβάτι στο ακτινοθεραπευτικό τμήμα, η πράξη της συνταγογραφείας της X/Θ, μπορεί να λειτουργήσει σαν ένα μήνυμα ότι υπάρχει ακόμα ελπίδα και ότι ο άρρωστος δεν έχει εγκαταλειφθεί.<sup>26</sup>

Η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη των καρκινοπαθών θεωρείται πολύ θετική όσον αφορά την καλύτερευση της ποιότητας της ζωής των ίδιων και της οικογένειάς τους. Τα βασικά προβλήματα που ο θεραπευτής καλείται να αντιμετωπίσει με τον άρρωστο και την οικογένειά του είναι δυσάρεστα συναισθήματα, όπως φόβος, λύπη και θυμός.



Πρέπει όμως να λαμβάνεται πάντοτε υπόψη από τον ψυχοθεραπευτή η φάση της νόσου. Για παράδειγμα, θα ήταν βασικό λάθος να κάνει κανείς σε βάθος δουλειά, εστιάζοντας στο φόβο του ατόμου για τον αποχωρισμό και το θάνατο, στα αρχικά στάδια της θεραπείας, όταν ο ασθενής υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία. Επίσης, η ψυχολογική αντίδραση του αρρώστου διαφέρει ανάλογα με τη φάση της νόσου. Στην περίπτωση της υποτροπής της νόσου η αντίδραση μπορεί να είναι πανικός ή θυμός, ενώ όταν ο άρρωστος υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία μπορεί να είναι μελαγχολικός. Έτσι, η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση διαφέρει ανάλογα με το στάδιο της ασθένειας.

Ένας άλλος τομέας, στον οποίο ο θεραπευτής πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός και ευαισθητοποιημένος, είναι οι μηχανισμοί άμυνας του αρρώστου. Σε κάθε άλλη περίπτωση, ο ψυχοθεραπευτής συνήθως προσβάλλει τους αμυντικούς μηχανισμούς του ατόμου, με σκοπό οι υποσυνείδητες συγκρούσεις να γίνουν συνειδητές κι έτσι να επιλυθούν πιο εύκολα. Στην περίπτωση των καρκινοπαθών οι αμυντικοί αυτοί μηχανισμοί υποβοηθούν στη συναισθηματική ισορροπία του ατόμου, και ο θεραπευτής πρέπει να τους αποδέχεται ως κάτι θετικό και απαραίτητο. Μόνο σε περιπτώσεις που ορισμένοι μηχανισμοί άμυνας, όπως π.χ. η άρνηση της πραγματικότητας, εμποδίζουν την απαιτούμενη αντιμετώπιση της ασθένειας, πρέπει να συζητούνται και να επιλύονται.

Παραπάνω συζητήθηκαν βασικοί φόβοι που αντιμετωπίζει ενός καρκινοπαθής, ακόμα και στην περίπτωση που η διάγνωση δεν του έχει γνωστοποιηθεί με άμεσο τρόπο. Η γνώση και η κατανόηση αυτών των φόβων είναι απαραίτητη για την αναγνώριση βασικών ψυχικών συγκρούσεων του ασθενή.

Τέλος, ο θεραπευτής πρέπει να θυμάται, ότι ο καρκινοπαθής είναι ένας ζωντανός άνθρωπος και ότι ο στόχος της ψυχοθεραπείας είναι και σε αυτή την περίπτωση, όπως και σε κάθε άλλη, η καλύτερευση της ποιότητας της ζωής του ατόμου. Ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή κάτω από αυτές τις προϋποθέσεις είναι να παροτρύνει τον ασθενή να είναι όσο γίνεται πιο λειτουργικός και να μην αποχωριστεί τις πηγές χαράς και ευχαρίστησης που είχε μέχρι τώρα.

Επίσης, τα πιθανά προβλήματα συμπεριφοράς του ασθενή, όπως υπερβολικά αγχώδεις αντιδράσεις σε ιατρικές εξετάσεις (π.χ. ναυτία και εμετός πριν από τη χημειοθεραπεία) πρέπει να αντιμετωπιστούν. Σε τέτοιες περιπτώσεις, συγκεκριμένες τεχνικές της θεραπείας συμπεριφοράς, όπως χαλάρωση, θετική ενίσχυση αντίθετων

συμπεριφορών και συστηματική απευαισθητοποίηση, μπορεί να αποκαταστήσουν άμεσα τη συγκεκριμένη συμπεριφορά του ασθενή.

Η ψυχολογική υποστήριξη -οικογένειας του καρκινοπαθή είναι θετική τόσο για τον ίδιο τον άρρωστο όσο και για τα υπόλοιπα μέλη. Συγκρούσεις, θόρυβοι, ενοχές, δυσκολίες προσαρμογής (νέα κατάσταση, οικονομικές και κοινωνικές παράμετροι, καθώς και η αλλαγή του αγαπημένου ανθρώπου (εξωτερική, ψυχολογική κλπ.), είναι θέματα προς συζήτηση στην οικογενειακή θεραπεία. Ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή σε αυτή την περίπτωση είναι να ενισχύσει τη λειτουργική επικοινωνία μεταξύ όλων των μελών της οικογένειας, να παροτρύνει την οικογένεια καταφεύγει σε συστήματα κοινωνικής υποστήριξης σε κρίσιμες περιόδους, καθ και να διατηρήσει την αντιμετώπιση π είχε η οικογένεια για τη ζωή πριν από διάγνωση. Ιδιαίτερη προσοχή και έμφαση πρέπει να δοθεί στις σχέσεις εξάρτησης και ανεξαρτησίας μέσα στην οικογένεια αφού η εξάρτηση (σωματική και ψυχική)· θα αυξάνεται από την πλευρά του ασθενούς όλο και περισσότερο.

Τέλος, τα συναισθήματα της ματαιότητας που προκαλεί το βάρος μιας τέτοιας νόσου πρέπει να συζητηθούν στο θεραπευτικό πλαίσιο.

## **6.5. Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση**

Εκτός όμως από την συμβολή του ψυχολόγου στην αντιμετώπιση αυτών των πρακτικών προβλημάτων του καρκινοπαθή που συνδέονται όπως είδαμε τόσο με την νόσο όσο και με την θεραπευτική προσέγγιση της, η κύρια ψυχολογική προσφορά έγκειται στο επιλεγμένο ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα που θα εφαρμόσει ο ψυχολόγος, δηλαδή ατομική (αναλυτική υποστηρικτική, συμπεριφορική) ψυχοθεραπεία και ομαδική ψυχοθεραπεία, ανάλογα με το ποια θα κριθεί σαν η πιο κατάλληλη. Στόχος είναι να τροποποιήσουμε την συμπεριφορά αλλάζοντας διαστάσεις της προσωπικότητας.

Η προσωπικότητα του καρκινοπαθούς. Η προσωπικότητα του ατόμου με καρκίνο έχει ορισμένα χαρακτηριστικά όπως φτωχή συγκινησιακή εκφόρτιση, αδυναμία έκφρασης προς τα έξω επιθετικών συναισθημάτων, τάση για απώθηση και άρνηση κρίσιμων καταστάσεων, προσπάθεια να είναι αρεστός και συμπαθής στους άλλους, να

τους ικανοποιεί, δίνοντας μικρή προτεραιότητα στις δικές του ανάγκες και επιθυμίες, διάθεση αυτομομφής, προδιάθεση για βίωση απελπισίας και απόγνωσης. Ακριβώς αυτά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας καθορίζουν και τον τρόπο που το άτομο θα αντιδράσει όταν βρεθεί μπροστά σε έντονα γεγονότα

Q Baltrush (1977) έχει προτείνει ένα ψυχοδυναμικό μοντέλο για την καρκινογένεση. Σ' αυτό, οι πρώτες παιδικές εμπειρίες αποτελούν τη βάση για τη μεταγενέστερη ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου. Στους καρκινοπαθείς, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, σημειώθηκε διαταραχή και εξασθένηση των σχέσεων με τα αντικείμενα. Οι γονείς αυτών των ατόμων περιγράφονται σαν ψυχροί, απόμακροι και απορριπτικοί, απαιτώντας από τα παιδιά τους να δεχτούν και να ακολουθήσουν τα κοινωνικά πρότυπα, όπως και να ανταποκριθούν και να πραγματοποιήσουν τις δικές τους προσδοκίες γι' αυτά και τις υπερβολικές προσταγές τους. Σαν συνέπεια, τα παιδιά αισθάνονται απομονωμένα, ανασφαλή και ανεπαρκή. Αργότερα, η οργάνωση της ψυχολογικής τους άμυνας χαρακτηρίζεται από την άρνηση, την απώθηση και το ολοκληρωτικό χάσιμο της ικανότητας να γνωρίσουν στους άλλους τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους. Κάτω από ρεαλιστικές και ευχάριστες διαπροσωπικές σχέσεις κρύβεται πάντα μια καταπιεσμένη, ρηχή και ψυχρή προσωπική ζωή. Νοιώθουν ανασφάλεια και πιστεύουν πως το να εμπλακούν σε έντονες, βαθιές ανθρώπινες σχέσεις, θα τους πληγώσει, θα πονέσουν, ώστε τις θεωρούν πια επικίνδυνες - απειλητικές και δημιουργούν μόνο επιφανειακές σχέσεις. Ακόμα έχουν την πεποίθηση ότι «κάτι δεν πάει καλά» μέσα τους και είναι ανίκανοι να απολαύσουν υγιείς ανθρώπινες σχέσεις.

Έτσι οι πρώτες προσπάθειες να αποκαταστήσουν την ματαιώση από τις πρώιμες αντικειμενοτρόπες σχέσεις αναπληρώνονται με την υπερβολική ανάγκη των καρκινοπαθών, προκειμένου να διατηρήσουν κάτι, να προσκολλώνται σ' αυτό ή σε άλλους στόχους στη ζωή, να εξαρτώνται έντονα από άλλα άτομα, δημιουργώντας συμβιωτικές σχέσεις, χωρίς αυτονομία και αυθεντικότητα. Για να κρατήσουν λοιπόν την αμυντική θωράκιση τους έχουν ανάγκη από το να είναι πάντα ικανοί να αρνούνται, να απωθούν, να καταπνίγουν τα συναισθήματα τους και τις συγκρούσεις που βιώνουν σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Έτσι, στέκονται ανίκανοι να εκφράσουν τη συναισθηματική ένταση που νοιώθουν, το άγχος, την οργή, την ταραχή, την στενοχώρια, την επιθετικότητα, κρύβουν την ενόχληση τους ή προσποιούνται ότι δεν συμβαίνει τίποτα. Η σεξουαλικότητα τους, παραμένει ανώριμη, ενώ υφίσταται

πολλαπλές αναστολές. Σε περιόδους ψυχοκοινωνικού Stress, αυξάνουν την έκθεση τους στο αλκοόλ, το κάπνισμα, προσπαθώντας έτσι να εκφορτίσουν την ένταση, το άγχος μη λεκτικά. Η ένταση κρύβεται επιμελώς κάτω από ένα προσωπείο ξεγνοιασιάς, γαλήνης και ηρεμίας. Όταν παρουσιαστεί κάποια απώλεια (πραγματική ή συμβολική) Αντικειμένου, ιδανικού ή άλλες αποστερήσεις, άνθρωποι με καρκινική προσωπικότητα δεν στέκονται ικανοί να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά τη δύσκολη αυτή κατάσταση και αποτυγχάνουν στην προσπάθεια τους να εγκαταστήσουν καινούργιες αντικειμενοτρόπες σχέσεις. Ακολουθεί κατάτμηση της ναρκισσιστικής ισορροπίας με κινητοποίηση αισθημάτων απελπισίας, απόγνωσης, παραίτησης και απόσυρσης, μια γενική κατάθλιψη που εκφράζεται λεκτικά. Όλες αυτές οι καταστάσεις δημιουργούν Stress που έχει σαν αποτέλεσμα την παράλυση ή εξασθένηση του ανοσοβιολογικού συστήματος που θεωρείται μια προϋπόθεση για καρκινογένεση.

### **Ατομική Ψυχοθεραπεία**

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

1. Να μάθει να αντικαθιστά την παθολογική ανάγκη που τον χαρακτηρίζει να είναι διαρκώς καλός, συμπαθής και αρεστός στους άλλους, πράγμα που συνεπάγεται την κινητοποίηση μηχανισμών άρνησης και απόθησης στην καθημερινή ζωή και στις διαπροσωπικές σχέσεις. «Προσπαθώντας κανείς να γίνει ολοένα ευχάριστος στους άλλους, θα σήμαινε υποχρεωτικά πως θα έδινε μικρή προτεραιότητα στις ανάγκες του, επιθυμίες του, τα συναισθήματα του, τις δικές του αντιλήψεις και γνώμες, φροντίζοντας να ικανοποιήσει μόνο τις ανάγκες, επιθυμίες, γνώμες των άλλων. Αλλά η ευχαρίστηση να ικανοποιήσει κανείς μόνο τους άλλους δεν μπορεί να γίνει το υποκατάστατο για την έλλειψη ικανοποίησης του εαυτού μας. Μερικές από τις λεπτές, ευγενικές και ανθρώπινες ιδιότητες είναι ενσωματωμένες στην έννοια καλός και αλτρουιστής, αλλά μόνο εάν ικανοποιούμενες εξισορροπούνται και οι δικές μας ανάγκες».

2. Να αναπτύξει νέους τρόπους να εκφράζεται, να προβάλλει τον εαυτό του και να πραγματώνει τις αποφάσεις που παίρνει, ανεξάρτητα από το τι λένε ή σκέπτονται οι άλλοι, «θα πρέπει να μάθεις να εκφράζεσαι ελεύθερα και να διατυπώνεις τις σκέψεις σου αυθόρμητα. Εξωτερίκευσε τα συναισθήματα σου και τις αντιλήψεις σου, όποια και αν πιστεύεις πως θα είναι η αντίδραση των άλλων».
3. Να μάθει να εγκαθιστά ικανοποιητικές, λειτουργικές, βαθιές και ειλικρινείς ανθρώπινες σχέσεις.

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

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

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

Τα αποτελέσματα της εφαρμογής ψυχοθεραπείας σε καρκινοπαθείς είναι ενθαρρυντικά και σε σχέση με το προσδόκιμο επιβίωσης, που σε ορισμένες αν και λίγες επιλεγμένες περιπτώσεις έχει μεγαλώσει. Παίρνοντας υπ' όψη δηλαδή, ότι μια ορισμένη δομή προσωπικότητας του αρρώστου και μια αρνητική ψυχολογική αντίδραση στον καρκίνο μπορεί να έχουν επίδραση στα αποτελέσματα (πρόγνωση και επιβίωση), είναι

δυνατό να καταλάβουμε γιατί η ψυχολογική παρέμβαση σύμφωνα με διάφορους ερευνητές σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να επιμηκύνει τη διάρκεια της ζωής, τροποποιώντας διαστάσεις της προσωπικότητας και τη στάση του καρκινοπαθή απέναντι στην αρρώστια και τη ζωή γενικότερα.

### **Ομαδική Ψυχοθεραπεία**

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

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

1. Η συμμετοχή του καρκινοπαθή σε ομάδα με άλλους που αντιμετωπίζουν τις ίδιες συνθήκες καταστάσεων που απειλούν τη ζωή παρέχει μια αίσθηση ότι ανήκουν σε μια κοινότητα και βελτιώνει τα αισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς που βιώνουν οι περισσότεροι από αυτούς τους αρρώστους. Η απομόνωση αυτή οφείλεται στο ότι οι άρρωστοι αυτοί αποκόβουν επαφές με το κοινωνικό περιβάλλον γιατί δεν θέλουν να αναστατώνουν τους δικούς τους με τις ανησυχίες τους και νοσηρές ενασχολήσεις τους, ενώ οι συγγενείς τους απομακρύνονται φοβούμενοι μήπως «κολλήσουν» τον καρκίνο ή δεν θέλουν να συμμετέχουν στα σοβαρά γεγονότα που συνδέονται με την αρρώστια.

Στην ομάδα τα μέλη ενθαρρύνονται να εκφράσουν όλες τις ανησυχίες τους και να συζητούν τους αμοιβαίους φόβους τους γύρω από δυσκολίες στην θεραπευτική αγωγή, τρόπους αντιμετώπισης ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων και άλλες πρακτικές

συμβουλές, έλεγχος πόνου, θέματα επικοινωνίας με το γιατρό, προβλήματα με την οικογένεια τους.

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

Πρόσφατα ερευνητικά προγράμματα ομαδικής ψυχοθεραπείας με καρκινοπαθείς προχωρημένων σταδίων έδειξαν ότι με τις ομαδικές συνεδρίες οι άρρωστοι βοηθήθηκαν στο να αποευαισθητοποιηθούν με την αποβίωση, να αναπτύξουν τακτικές προσαρμογής στις συνθήκες της νόσου τους, να επεξεργαστούν οικογενειακά τους προβλήματα, να βελτιώσουν την επικοινωνία με τους γιατρούς και να καλυτερεύσουν την ποιότητα ζωής τους.

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

Τα κύρια μηνύματα είναι πως εκτός από -ην φροντίδα την επιστημονική και την προσφορά οποιασδήποτε ιατρικής βοήθειας για' τη συστηματική θεραπεία του

αρρώστου, πρέπει να θυμηθούμε ότι ο άρρωστος έχει ως την τελευταία του στιγμή 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

## **6.6 Το γέλιο και το χιούμορ ως συμπλήρωμα της νοσηλευτικής φροντίδας**

Είναι κοινά αποδεκτό ότι **το χιούμορ** και το γέλιο βελτιώνει τις σωματικές, νοητικές και πνευματικές λειτουργίες του ατόμου. Μπορεί να απομακρύνει τη συναισθηματική φόρτιση που προκαλεί μια δυσάρεστη κατάσταση, όπως είναι η απώλεια υγείας και να δώσει ανακούφιση και ελπίδα.

Οι Επαγγελματίες Υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν το γέλιο μέσω του χιούμορ ως χρήσιμο εργαλείο για τη φροντίδα των ασθενών τους και την αυτοπροστασία τους. Σημαντική προϋπόθεση αποτελεί η γνώση των αποτελεσματικών τρόπων εφαρμογής του χιούμορ και των προβλημάτων που μπορεί να επιφέρει. Η κατανόηση της αξίας του και του ρόλου του σε ένα νοσηλευτικό τμήμα από τους Επαγγελματίες Υγείας μπορεί να τους οδηγήσει σε μια προσπάθεια ένταξης του στην καθημερινή πρακτική τους.

Το χιούμορ μπορεί να είναι απρόβλεπτο ή προμελετημένο. Εκφράζεται με την εν γένει συμπεριφορά των Επαγγελματιών Υγείας, λεκτική ή μη, προς τους ασθενείς, τις οικογένειες τους και τους συναδέλφους τους και σχετίζεται άμεσα με την προσωπικότητα τους.

Η χρήση του δεν αντικαθιστά τη θεραπευτική αγωγή του ασθενή, αλλά λειτουργεί συμπληρωματικά. Στηρίζεται στην αποδοχή του χιούμορ, ως κομμάτι της θεραπευτικής αγωγής, από τον ασθενή, είναι εξατομικευμένο και ενσωματώνεται στο γενικά πλάνο φροντίδας του, ακολουθώντας τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας.



Το χιούμορ και το γέλιο δεν εξυπηρετούν μόνο την ανακούφιση του ασθενή αλλά βοηθούν και τον ίδιο τον Επαγγελματία Υγείας να ξεπεράσει το φόρτο, το άγχος, και την ψυχολογική κόπωση της εργασίας του.

Ο σωστός τρόπος εφαρμογής του χιούμορ μπορεί να διδαχθεί ώστε να γίνει πιο αποτελεσματικό. Η διαδικασία αφορά τόσο τον τρόπο προσέγγισης του ασθενή με θεραπευτικό χιούμορ, όσο και στην οργάνωση χώρων και υλικών που θα χρησιμοποιηθούν για αυτό το σκοπό.

Το χιούμορ δεν είναι απλά "αστειεύομαι και γελά". Είναι η θετική στάση που βοηθάει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων και δίνει δύναμη για το ξεπέρασμα τους.<sup>28</sup>

### Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της χημειοθεραπείας.

Η ανάγκη για χημειοθεραπεία και οι επιπτώσεις της στη ζωή του αρρώστου μπορεί να γεννήσουν μια σειρά από αρνητικά συναισθήματα εξαιτίας οργανικών συμπτωμάτων και αλλαγών τρόπου ζωής.

#### Αρνητικά Συναισθήματα

**Άγχος-φόβος-αγωνία-αβεβαιότητα-κατάθλιψη τα οποία γίνονται από :**

- Οργανικά συμπτώματα: πόνος, εμετός.
- Αλλαγές ειδώλου του αρρώστου: τριχόπτωση, οίδημα.
- Αλλαγές τρόπου ζωής: οικογενειακές, επαγγελματικές, οικονομικές, κοινωνικές, σεξουαλικές.<sup>25</sup>

Μεγάλος αριθμός μελετών δείχνει ότι τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο υποφέρουν από υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, πριν φτάσουν στην τελική φάση της ασθένειάς τους.

Το προφίλ του αρρώστου με καρκίνο: φοβισμένος, ανασφαλής, αδύναμος, ζει μια οδυνηρή εμπειρία. Άνθρωπος με προσωπικό τρόπο βίωσης και έκφρασης των αναγκών που απορρέουν από το πως εισπράττει την αρρώστια, τη θεραπεία και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις τους (ψυχολογικές - επαγγελματικές - κοινωνικές - οικονομικές), που τον υποχρεώνουν σε πολυάριθμους συμβιβασμούς.

Άτομο που δεν έχει πάντοτε ικανοποιητική πληροφόρηση, δυνατότητα επιλογής και επαρκή ψυχολογική υποστήριξη. Με τα πρώτα μηνύματα της αρρώστιας, η υποψία και η διάγνωση του καρκίνου αλλά και η εισαγωγή στο νοσοκομείο συνεπάγονται μεγάλο αριθμό ψυχικών καταπονήσεων και συνοδεύονται από φόβους· το φόβο του αγνώστου και του απροσδόκητου· του παρόντος και του μέλλοντος· των στερήσεων και των θυσιών που θα απαιτηθούν του πόνου, της αναπηρίας της χρόνιας αρρώστιας και του θανάτου! Η μεγαλύτερη ανάγκη που εκφράζεται από τους αρρώστους στις νοσηλευτικές έρευνες των Denjiarian και Hopkins σ' αυτή τη φάση είναι η πληροφόρηση. Σύντομα έχουν να αντιμετωπίσουν τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της

θεραπείας και των παρενεργειών της. Οποιαδήποτε θεραπεία, είναι επίθεση στην εικόνα του εαυτού στο αίσθημα αυτοεκτίμησης και ισοδυναμεί με πραγματική ή συμβολική απώλεια "δυνατοτήτων ή αγαθών. Η πολλαπλή εξάρτηση τους είναι έντονο shock στο αίσθημα προσωπικής τους αξίας. Και το να ζεις με καρκίνο είναι ψυχική δοκιμασία.

Η ανάγκη μακρόχρονης επίβλεψης και παρακολούθησης, το αβέβαιο μέλλον, το κοινωνικό στίγμα, η αρχή και το τέλος της θεραπείας, η προοδευτική αύξηση των συμπτωμάτων, η ανακάλυψη της υποτροπής, η εμφάνιση μεταστάσεων, ο χρόνιος πόνος, όλα και καθένα χωριστά είναι μια ακόμη ψυχολογική κρίση με κοινωνικές προεκτάσεις. Καθημερινά, τα διαπροσωπικά προβλήματα η διάσπαση της οικογενειακής αρμονίας, τα αναφερόμενα οικονομικά προβλήματα, οι αλλαγές στους ρόλους (οικογενειακό--- επαγγελματικό - κοινωνικό) η ματαίωση μελλοντικών σχεδίων, συνεπάγονται αισθήματα εξάρτησης, αυτουποτίμησης, αχρηστοζωίας και μοναξιάς.

Οι απαιτούμενες προσαρμογές στη χρόνια ασθένεια και η αυστηρή τήρηση κανόνων δημιουργούν μια σειρά από προβλήματα τα οποία μπορεί να μην απειλούν πάντοτε τη ζωή ή τη σωματική ακεραιότητα προκαλούν όμως αναστάτωση σε κοινωνικό ή επαγγελματικό επίπεδο. Οι κοινωνικές επαφές δυσχεραίνονται, όταν κάποιος είναι π.χ. διαβητικός και δεν πρέπει να πει αλκοόλ η να φάει γλυκά η ακόμη όταν ένα νέο άτομο με κινητικές αναπηρίες δεν μπορεί να χορέψει. Οι αντιδράσεις από τον κοινωνικό περίγυρο ποικίλλουν και μπορεί πολλές φορές το άτομο με χρόνια ασθένεια να αντιμετωπίσει ειρωνικά σχόλια ή αποπομπή από κάποια συντροφιά. Ακόμα το ίδιο το άτομο αναγκάζεται να θέσει αυτοπεριορισμούς στις κοινωνικές του σχέσεις. Οι περιορισμοί αυτοί όμως σε συνδυασμό με τα άλλα προβλήματα που αντιμετωπίζει το άτομο να μπορεί να αποτελέσουν ένα δυσβάστακτο φορτίο.

Οι αλλαγές στη σεξουαλική έκφραση και λειτουργία είναι λεπτά ζητήματα που απασχολούν πολλά από τα άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα ή αναπηρικές καταστάσεις και η μεγαλύτερη δυσκολία στο όλο ζήτημα είναι το γεγονός ότι εξαιτίας της λεπτής φύσης του θέματος, οι άνθρωποι αυτοί δυσκολεύονται να βρουν κάποιον για να απευθυνθούν ή να μιλήσουν για το πρόβλημα τους.

Οι απαιτούμενες προσαρμογές ή αλλαγές στο επάγγελμα αποτελούν ένα μεγάλο πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπίσουν τα άτομα με χρόνια ασθένεια. Το όλο θέμα δε περιπλέκεται ακόμα περισσότερο γιατί το επάγγελμα είναι συνδυασμένο με τον

κοινωνικό ρόλο του ατόμου, με την οικονομική του επιφάνεια και αποτελεί στοιχείο άντλησης ικανοποίησης. Έτσι, οι απώλειες που βιώνει το άτομο είναι πολλαπλές.<sup>29</sup>

Έχει επισημανθεί ότι η επίδραση της X/Θ δημιουργεί σοβαρό άγχος, κατάθλιψη και σεξουαλικές δυσκολίες. Κάποιες έρευνες δείχνουν ότι θα μπορούσε να δημιουργηθεί σύγχυση αναφορικά με τις σωματικές πλευρές της κατάθλιψης, καθώς οι άρρωστοι μπορεί να βιώνουν αλλαγές στην όρεξη, απώλεια βάρους και αϋπνία, ως αποτελέσματα της ασθένειας τους και όχι της κατάθλιψης. Προτείνεται λοιπόν τα διαγνωστικά κριτήρια να περιοριστούν στα ψυχολογικά συμπτώματα (δυσφορία, αίσθημα αδυναμίας, απόσυρση, ενοχή κ.λ.π.) και να μην περιλαμβάνουν σωματικά συμπτώματα. Επιπλέον, ο κλινικός επιστήμονας πρέπει να είναι προσεκτικός και ενημερωμένος ώστε να μπορεί να διαχωρίσει τη θλίψη του ασθενούς από την αληθινή κατάθλιψη να λαμβάνει υπόψη του το προσωπικό και το οικογενειακό ιστορικό κλπ.

Μια από τις συχνές παρενέργειες της X/Θ η ναυτία και ο εμετός επιδρούν αρνητικά στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών. Εκτός από τη συναισθηματική επιβάρυνση, οι εμετοί συχνά οδηγούν τους ασθενείς στο να αρνούνται τη συνέχιση της θεραπείας. Επίσης η επίδραση της X/Θ στην τριχοφυΐα της κεφαλής οδηγεί στην άρνηση αυτής της θεραπευτικής μεθόδου ή κλονίζει τη σχέση ιατρού και ασθενούς

Είναι σαφές ότι σχεδόν όλες οι πιθανές πηγές έντονου άγχους είναι ψυχολογικής φύσης. Ακόμα και μερικά από τα σωματικά συμπτώματα, όπως οι οσμές του σώματος, είναι αγχογόνα εξαιτίας των αξιών και των προσδοκιών μας. Το έντονο άγχος αυξάνεται, όταν ένα μελλοντικό γεγονός εκτιμάται ως απειλητικό.

Είναι σαφές ότι μερικές πηγές άγχους είναι ουσιαστικά ανεξέλεγκτες, ενώ άλλες αντιγράφουν τις πειραματικές διαδικασίες που αναπαράγουν το αίσθημα αδυναμίας, όπως π.χ. η ακράτεια ούρων και ο εμετός. Επιπλέον, πολλοί ασθενείς υφίστανται εξετάσεις ή υποβάλλονται σε θεραπείες που δεν τις καταλαβαίνουν, τις βρίσκουν δυσάρεστες ή επώδυνες, και δεν έχουν μεγάλα περιθώρια εκλογής από το να τις δέχονται παθητικά.

Είναι αναγκαίο να τονιστεί η αλληλεπίδραση των σωματικών και ψυχολογικών παραγόντων. Τα επαναλαμβανόμενα δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα παίζουν καταθλιπτικό ρόλο, αλλά και τα συναισθήματα κατάθλιψης και έντονου άγχους αυξάνουν τον πόνο και τις άλλες σωματικές ενοχλήσεις.<sup>26</sup>

## 7.1. Αλλαγές στο σωματικό εγώ λόγω της ασθένειας.

Το σωματικό εγώ είναι τμήμα της αυτοεικόνας που έχει κάθε άνθρωπος για τον ίδιο και είναι συνδεδεμένο με την αντίληψη του ατόμου σχετικά με την αρρενωπό πίδα ή τη θηλυκότητα του, τη φυσική του αντοχή, τη δύναμη και τις άλλες ιδιαίτερες σωματικές του ικανότητες. Το σωματικό εγώ γίνεται αντιληπτό σαν μια κοινωνική οντότητα, ανεξάρτητη, με προσωπικότητα, με αίσθηση του εγώ, με διαμορφωμένη αυτοεικόνα, ταυτότητα και αυτοεκτίμηση. Η ιδέα για το σωματικό εγώ, η αυτοεικόνα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα από κοινωνικοψυχολογικούς παράγοντες και αφορά όχι μόνο το πώς ο άνθρωπος φαίνεται στους άλλους ανθρώπους αλλά ουσιαστικά το πώς εκείνος νομίζει ότι φαίνεται.

Οι ασθένειες και οι τραυματισμοί που επηρεάζουν τη δομή του σώματος διαφοροποιούν τη σωματική εικόνα και επηρεάζουν την αυτοεικόνα που έχει διαμορφώσει το πάσχον άτομο για τον εαυτό του, στοιχεία που μπορεί να επηρεάσουν τόσο τον κοινωνικό, όσο και τον επαγγελματικό του ρόλο. Οι αλλαγές στο σωματικό εγώ που απασχολούν το άτομο μπορεί να μην αφορούν μόνο εξωτερικά σωματικά χαρακτηριστικά αλλά και απώλειες σε κινητικές ή αισθητικές λειτουργίες, αλλαγές στην ομαλή λειτουργία ενός οργάνου, αλλά και την αίσθηση που έχει σχηματίσει το άτομο για τον εαυτό του, καθώς πρέπει να αντιμετωπίζει καθημερινά την σωματική του έλλειψη.

Η δυσκολία που βιώνει ένα άτομο με μη ορατές εξωτερικά δυσκολίες είναι βαθιά εσωτερική διαδικασία που δεν εξωτερικεύεται πάντοτε. Πάντως, όταν οι σκέψεις εξωτερικεύονται, σ' αυτές τις περιπτώσεις η συνήθης περιγραφή των ατόμων για τον εαυτό τους είναι, "είμαι μισός άνθρωπος" ή "είμαι σακατεμένος".

Όταν η σωματική δυσλειτουργία ή έλλειψη είναι ορατή, οι αντιδράσεις ποικίλλουν και εκδηλώνονται με διάφορες αντιδράσεις και συμπεριφορές όπως ντροπαλότητα, θλίψη, θυμός, μνησικακία. Ακόμα σε ακραίες περιπτώσεις παρατηρείται η άρνηση να ξεπεραστεί το πρόβλημα π.χ. "πώς μπορώ να το ξεχάσω, να το ξεπεράσω, αφού κάθε πρωί που ξυπνάω αντιμετωπίζω τα ακίνητα πόδια μου, την αδυναμία μου. Είναι σα να μη θάβεις έναν αγαπημένο νεκρό αλλά να τον κρατάς άταφο, δίπλα σου, να φροντίζεις το πτώμα του και να το θρηγείς καθημερινά". Βεβαίως, οι αντιδράσεις

εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες. Όταν οι αλλαγές στη σωματική εικόνα γίνονται προοδευτικά, ακολουθώντας τη φυσική πορεία της νόσου, η αργή αυτή διαδικασία αφήνει περιθώρια στο άτομο για προσαρμογή και πιθανά να αποβεί λιγότερο τραυματική ψυχολογικά από την ξαφνική σωματική αλλαγή που συμβαίνει εξαιτίας ενός ατυχήματος.

Έχει παρατηρηθεί ότι οι άνθρωποι μέσω της αντίληψης πολλές φορές επεκτείνουν τη φυσική σωματική ανικανότητα ενός άλλου ανθρώπου και στα διανοητικά και ψυχολογικά του χαρακτηριστικά. Έχει παρατηρηθεί ότι ακόμα και οι επαγγελματίες υγείας συνήθως δεν απευθύνουν το λόγο σε άτομα που κάθονται στο αναπηρικό αμαξίδιο αλλά στρέφονται προς το συνοδό τους για να ρωτήσουν πράγματα που αφορούν τον ασθενή, ακόμα και όταν ο ασθενής πάσχει από νόσημα που δεν επηρεάζει τη διανοητική του λειτουργία.

Οι αλλαγές στη σωματική εικόνα που εκλαμβάνονται αρνητικά έχουν σαν αποτέλεσμα ισχυρές αντιστάσεις, ειδικά όταν το άτομο νιώθει ότι χάνει την αυτοεκτίμηση του. Η αντίδραση και η αντίσταση προσαρμογής που προβάλλει ένα άτομο εξαρτάται κυρίως από το νόημα που έχουν για το άτομο οι αλλαγές που επισυμβαίνουν παρά από τις πραγματικές συνέπειες των αλλαγών. Ακόμα έχει παρατηρηθεί τα άτομα να αρνούνται να παραδεχθούν ότι π.χ ένα μέλος τους έχει παραλύσει και εμφανίζουν μια τάση να διατηρήσουν μια εξωπραγματική σωματική εικόνα .

Η αποδοχή μιας απώλειας στο σωματικό εγώ απειλεί σημαντικά το άτομο και έτσι το ίδιο ενεργοποιεί μηχανισμούς άμυνας για να αρνηθεί ή να απωθήσει το γεγονός ότι το πρόβλημα υφίσταται. Όμως η άρνηση και η απώθηση λειτουργούν σαν εμπόδια στη διαδικασία της αποκατάστασης γιατί το άτομο αφού δεν παραδέχεται την αναπηρική κατάσταση δεν έχει κίνητρα να προσπαθήσει να αποκατασταθεί. Οι άνθρωποι αντιδρούν στην απώλεια του σωματικού τους εγώ με ποικίλους τρόπους. Οι αντιδράσεις στις διαφοροποιήσεις του σωματικού εγώ επηρεάζονται από προηγούμενες απώλειες που είχε υποστεί το άτομο, από ψυχολογικούς παράγοντες, από την πρόγνωση της νόσου, τις απαιτούμενες θεραπείες, και από κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Ακόμα οι αντιδράσεις στις αλλαγές του σωματικού εγώ σχετίζονται και επηρεάζονται από τη φύση αυτών των αλλαγών και από τη συνειδητή και ασυνείδητη σημασία που έχει διαμορφώσει το άτομο σχετικά με τις αλλαγές και τις απώλειες που υφίσταται.

Η σωματική εμφάνιση λειτουργεί σαν μια έκφραση της ταυτότητας του εαυτού απέναντι στους άλλους. Ακόμα και αν ένα άτομο θεωρεί την αναπηρία σαν μια προσωπική υπόθεση, οι ορατές ελλείψεις, αδυναμίες ή παραμορφώσεις είναι πολύ δραστικές σε επίπεδο κοινωνικών σχέσεων και επικοινωνίας γιατί επηρεάζουν τις αντιλήψεις που διαμορφώνουν οι άλλοι για το άτομο που είναι φορέας τους. Σε κοινωνίες όπως οι σημερινές του δυτικού λεγόμενου κόσμου, που δίνουν μεγάλη σημασία στη φυσική ομορφιά και δύναμη, είναι πολύ δύσκολο να γίνει αποδεκτή η αναπηρία και το ψυχολογικό βάρος που συνδέεται με αυτήν.<sup>30</sup>

Κάθε απώλεια ή αρνητική αλλαγή στη σωματική εμφάνιση είναι επώδυνη και δημιουργεί στρες. Η απώλεια ενός σωματικού χαρακτηριστικού που είχε μεγάλη αξία για το άτομο μπορεί να το κάνει να νιώσει ότι μειώθηκε και η αξία του σαν προσωπικότητα. Η προσαρμογή στη διαφοροποίηση του σωματικού εγώ διευκολύνεται αν το άτομο έχει αναπτύξει μια κατανόηση σχετικά με την αναπηρία του και έχει εμπιστοσύνη στις εναπομένουσες δυνατότητες του.<sup>31</sup>

## **7.2. Στάδια της νόσου και ψυχολογική παρέμβαση**

Μια ψυχολογική παρέμβαση πρέπει να πάρει υπ' όψη της το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από τον ίδιο τον άρρωστο, την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της αρρώστιας (πρώιμο-ενδιάμεσο-τελικό). Το ψυχολογικό σχήμα και η παρέμβαση ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης της νόσου έχει ως ακολούθως:

### **1η φάση-πρώιμο στάδιο**

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης, οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και shock που ακολουθούνται ή από άρνηση που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, ή άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Άλλοι λοιπόν αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση, άλλοι αναζητούν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος. Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν μπορεί να αποκλεισθεί, το άτομο θα πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Έως τη στιγμή της

εισαγωγής, πολλά άτομα θα είναι αγχώδη, ανήσυχα, σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν ένα φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το άτομο είναι αναγκασμένο να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνονται, ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις. Όλα αυτά μπορούν να προκαλέσουν ένα συναίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψης βοήθειας. Υπάρχουν όμως και οι μακροπρόθεσμες διαστάσεις που συνδέονται πρώτο, με τις επιπτώσεις που θα έχει η αρρώστια στην οικογενειακή, κοινωνική ζωή, επαγγελματική δραστηριότητα και στα οικονομικά, και δεύτερο, με την κακοήθεια της αρρώστιας που βιώνεται σαν μη απειλή στη συνέχεια της υγείας και της ίδιας της ζωής.

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

Οι στόχοι μας στη φάση αυτή είναι οι εξής:

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

Οι πρώτες συναντήσεις με τον ασθενή πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωση του γύρω από την λειτουργία της πτέρυγας του νοσοκομείου που έχει εισαχθεί και στην κατατόπιση του στους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό προσωπικό (επισκέψεις γιατρών, νοσοκόμας, χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, θέματα κοινωνικής υπηρεσίας, ζητήματα διατροφής). Κατόπιν θα λαμβάνεται ένα λεπτομερειακό ιστορικό. Αν ο άρρωστος πρόκειται να υποβληθεί σε μια χειρουργική επέμβαση, τον ενημερώνουμε και τον προετοιμάζουμε ψυχολογικά. Στην περίπτωση μιας γυναίκας άρρωστη θα περάσει πριν και μετά την επέμβαση, δίνουμε πληροφορίες για τη διαδικασία της επέμβασης, την έκταση της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής. Με το να είναι προετοιμασμένη,



δεν δημιουργείται ασυνέπεια μεταξύ προσδοκώμενων και βίοντων γεγονότων, το άγχος μειώνεται και αίρεται μια πιθανή ψυχολογική αντίφαση. Αντιμετωπίζουμε λανθασμένες αντιλήψεις γύρω από την αρρώστια, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τα μετεγχειρητικά προβλήματα και την ενθαρρύνει να δει αυτές τις πλευρές με ένα θετικό τρόπο ξεπερνώντας αδικαιολόγητους αβάσιμους φόβους.

## **2η φάση- ενδιάμεσο στάδιο**

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

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

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

Ορισμένοι ασθενείς που εισάγονται στο Νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο βρίσκουν πως η ατέλειωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων είναι μια ιδιαίτερα δυ-

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

Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή του ασθενούς. Ο έντονος πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί τον αναγκάζουν να μην μπορεί να εργαστεί πια, να παραμένει στο σπίτι, να σταματήσει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που παλιότερα τον ευχαριστούσαν. Η ζωή του μπορεί να διακόπτεται από επανειλημμένες εισόδους στο νοσοκομείο για χημειοθεραπεία ή ακτινοβολίες, ενώ ο ανεξέλεγκτος πόνος μπορεί να του θυμίζει συνεχώς ότι κάτι το μοιραίο επίκειται. Με την επιδείνωση της αρρώστιας ο ασθενής φοβάται ότι ο γιατρός και η οικογένεια του θα τον εγκαταλείψουν. Έτσι μερικοί ασθενείς γίνονται πράοι, υπάκουοι, χωρίς παράπονα, ώστε να αποφύγουν καταστάσεις που ίσως οδηγούσαν τους άλλους να τους εγκαταλείψουν. Πρέπει να βεβαιώσουμε τον ασθενή ότι ο γιατρός και οι συγγενείς θα μείνουν κοντά του, θα κάνουν οτιδήποτε για να νοιώθει περισσότερο ανακουφισμένος, να ακούσουμε τις ανησυχίες, φόβους, ανάγκες του, να τον υποστηρίξουμε συναισθηματικά, να του δώσουμε κουράγιο και ελπίδα στη μάχη του αυτή με τη

μεταστατική νόσο. Τότε θα μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη, οι συγχυτικές αντιδράσεις, οι ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας και κάποια αποδιοργάνωση που κλιμακώνεται, η επαφή μαζί του θα βελτιωθεί, θα γίνει πιο συνεργάσιμος και με περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους φροντίζουν γι' αυτόν.

### **3η φάση-τελικό στάδιο**

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

Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ένα ξαφνικό σοκ στον καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο, θα έχει περάσει πολλούς μήνες σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, θα έχει υποβληθεί σε εγχειρήσεις, θα έχει μπει και βγει από πολλές μονάδες νοσοκομείων, πιθανά να έχει δει άλλους αρρώστους να πεθαίνουν στα νοσοκομεία από την ίδιο αρρώστια. Αλλά ο φυσικός θάνατος που όλα τα ζωτικά όργανα παύουν να λειτουργούν είναι μόνο μια μορφή θανάτου. Υπάρχει ο κοινωνιολογικός θάνατος, που ο άρρωστος απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους ή με αυτοεγκατάλειψη ή οι συγγενείς απομακρύνονται και σταματούν να τον επισκέπτονται. Υπάρχει ο ψυχικός θάνατος, στον οποίο ο ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό του. Συνήθως ο ψυχικός και ο φυσικός θάνατος συμβαίνουν ταυτόχρονα αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται το θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον αγώνα απελπισμένοι -στηριζόμενοι στο ανίατο του καρκίνου- και αρνούνται να συνεχίσουν να ζουν. Ακόμη υπάρχει ο βιολογικός θάνατος που ορίζεται από την απουσία συνείδησης ή γνωστικών λειτουργιών.

Είναι σημαντικό για τον άρρωστο σ' αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι ο γιατρός, οι νοσοκόμες, ο (ψυχολόγος δεν πρόκειται να τον εγκαταλείψουν αλλά ότι θα μείνουν δίπλα του και θα είναι διαθέσιμοι να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες του, να παρέχουν ανακούφιση ως την τελευταία στιγμή.<sup>32</sup>

### **7.3. Μοντέλα ψυχολογικών αποκρίσεων στη γνώση του επικείμενου προσωπικού θανάτου**

Πολλά διαφορετικά μοντέλα έχουν προταθεί για να εξηγήσουν πώς αλλάζει σε ένα άτομο η επίγνωση και η αποδοχή του επικείμενου δικού του θανάτου, από τη στιγμή που μαθαίνει ότι πάσχει από μια ασθένεια που θεωρείται ανίατη και καθ' όλη τη διάρκεια της εξέλιξης της.

Ένα από τα δημοφιλέστερα μοντέλα προτάθηκε από την Kubler-Ross (1969). Η θεωρία της βασίστηκε σε παρατηρήσεις διακοσίων ασθενών που έπασχαν από ασθένειες που θεωρούνταν ανίατες. Η άποψη που η Kubler-Ross διατύπωσε ήταν ότι το άτομο που πεθαίνει, καθώς εξελίσσεται η ασθένεια του, προχωρεί διαμέσου ενός συγκεκριμένου προτύπου συναισθηματικών αντιδράσεων, το οποίο περιλαμβάνει πέντε στάδια. Τα στάδια αυτά, τα οποία περιγράφονται αναλυτικά στο βιβλίο της Αυτός που πεθαίνει (1979), συνοψίζονται ως εξής:

#### **1.Σοκ- Άρνηση**

Όταν κάποιος μαθαίνει ότι η ασθένεια του τον οδηγεί στο θάνατο, η αρχική αντίδραση είναι αυτή του σοκ και μουδιάσματος. Ακολουθεί η άρνηση: “Όχι, όχι εγώ, δεν μπορεί να είναι αλήθεια”. Ο ασθενής ενδέχεται να αμφισβητήσει την ορθότητα της διάγνωσης, να απευθυνθεί σε διάφορους ιατρούς και επίδοξους “θεραπευτές” ή να καταφύγει σε επαναλαμβανόμενες εξετάσεις, με την ελπίδα να διαψεύσει τη “μοιραία διάγνωση”. Η άρνηση μπορεί να διαρκέσει από μερικά λεπτά μέχρι το υπόλοιπο της ζωής του. Τρεις είναι οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η βαθμιαία εγκατάλειψη της άρνησης και η προσφυγή σε λιγότερο ριζικούς μηχανισμούς άμυνας: (α) από τον τρόπο που έγινε η ανακοίνωση της διάγνωσης στον ασθενή, (β) από το χρόνο που έχει για να αναγνωρίσει βαθμιαία τον επικείμενο θάνατο του και (γ) από το πώς, κατά τη διάρκεια της ζωής του, είχε προετοιμαστεί να αντιμετωπίζει αγχογόνες καταστάσεις. Σε καμία περίπτωση δεν θα ωφελούσε να αποτραβήξουμε βίαια τον ασθενή από το στάδιο της άρνησης. Αντίθετα, πρέπει να αφουγκραζόμαστε τη συμβολική γλώσσα που χρησιμοποιεί, όταν μιλάει για το θάνατο του, και να

μοιραζόμαστε τις αγωνίες του ή να επικοινωνούμε για την κρισιμότητα της κατάστασης του μέσω αυτής της συμβολικής γλώσσας.

## **2.Οργή**

Η άρνηση του ασθενούς αντικαθίσταται από συναισθήματα οργής, θυμού, φθόνου και μανίας. Όταν οι άλλοι γύρω του παραμένουν ζωντανοί ενώ ο ίδιος πεθαίνει, το ερώτημα που αναδύεται είναι “Γιατί εγώ;”. Ο θυμός του ασθενούς έχει κύριο στόχο το θεό, αλλά μπορεί να απευθύνεται και στη μοίρα, σε κάποιο φίλο ή μέλος της οικογένειας, στον ιατρό και στο προσωπικό του νοσοκομείου. Το προσωπικό και η οικογένεια δυσκολεύονται τότε ιδιαίτερα να αντιμετωπίσουν τον ασθενή, χωρίς να εμπλακούν σε ένα παιχνίδι προσωπικής ανταπόδοσης της οργής.

Το να αποφεύγεται ο ασθενής από τους οικείους του ή να παραπέμπεται από τον ιατρό σε άλλο συνάδελφο δεν αποτελεί τη δέουσα λύση σε αυτό το στάδιο. Η ενσυναίσθηση (empathy), και όχι η κριτική ή εχθρική στάση, είναι αυτή η οποία θα δημιουργήσει το αναγκαίο πλαίσιο ανεκτικότητας, αποδοχής και κατανόησης, επιτρέποντας έτσι στον ασθενή να απελευθερωθεί από την οργή που τον βαραίνει και να παρουσιάσει πιθανόν τη θετική πλευρά του χαρακτήρα του. Η οικογένεια και κυρίως το νοσοκομειακό προσωπικό, αν επιθυμούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά τον πάσχοντα, πρέπει να έχουν ήδη αντιμετωπίσει τους σχετικούς με το θάνατο φόβους τους και να είναι συνακόλουθα σε θέση να ελέγχουν τους δικούς τους αντίστοιχους μηχανισμούς άμυνας σε σχέση με τον ασθενή.

## **3.Διαπραγμάτευση**

Σε αυτό το στάδιο ο ασθενής κάνοντας ένα είδος συμφωνίας προσπαθεί να αναβάλει το αναπόφευκτο. Δίνει μια υπόσχεση, όπως λ.χ. “μια ζωή αφιερωμένη στην εκκλησία”, και ζητάει ένα αντάλλαγμα για αυτήν την “καλή συμπεριφορά” σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Η επιθυμία του αφορά σχεδόν πάντα στην παράταση της ζωής, απαλλαγμένη από τον πόνο, ή τη φυσική στενοχώρια, για λίγο καιρό. Οι περισσότερες διαπραγματεύσεις γίνονται με το θεό (χωρίς να αποκλείονται ο ιατρός, το προσωπικό, η οικογένεια και οι φίλοι) και είναι μυστικές, υπονοούνται ή γίνονται αντικείμενο εκμυστηρεύσεων στον ιερέα, και εμπεριέχουν τη σιωπηλή δέσμευση ότι ο ασθενής δεν θα ζητήσει άλλη αναβολή. Απ' ότι πάντως δείχνει η εμπειρία, ανάλογες

δεσμεύσεις δεν τηρούνται, θα βοηθούσε βεβαίως τον ασθενή, αν ο ιατρός, το νοσηλευτικό προσωπικό ή ο ιερέας διερευνούσαν την πιθανότητα να συνδέονται οι υποσχέσεις του (π.χ. για αφιέρωση στο θεό) με ενοχή εξαιτίας της προηγούμενης συμπεριφοράς του ή, ακόμα, αν βαθύτερες, εχθρικές επιθυμίες προηγούνται αυτής της ενοχής. Γενικά, θα ήταν θετικό, αφού αναζητήσουν το κίνητρο και το βαθύτερο νόημα αυτών των συμπεριφορών, τα πρόσωπα που περιβάλλουν τον ασθενή να συμβάλουν στην απενοχοποίησή του, στην απαλλαγή του από παράλογους φόβους και την αυτοτιμωρητική του διάθεση - κάτι, που γίνεται εντονότερο από την εμπλοκή σε περαιτέρω διαπραγματεύσεις και υποσχέσεις, των οποίων η αθέτηση, μετά τη λήξη της διορίας, είναι βέβαιη.

#### **4.Κατάθλιψη**

Η άρνηση, η οργή και οι “διαπραγματευτικές πράξεις” του ασθενούς αντικαθίστανται κάποια στιγμή από το συναίσθημα μιας μεγάλης απώλειας, το οποίο μπορεί να εκδηλώνεται ποικιλοτρόπως: απώλεια της εργασίας, οικονομικές δυσκολίες, απομόνωση από φίλους και συγγενείς, απώλεια της γυναικείας ταυτότητας για μια γυναίκα που έχει υποβληθεί σε υστερεκτομή ή αφαίρεση μαστού κ.λπ. Ο ασθενής παρουσιάζει κλινικές ενδείξεις κατάθλιψης (απόσυρση, ψυχοκινητική καθυστέρηση, διαταραχές ύπνου, απελπισία και πιθανόν τάσεις αυτοκτονίας). Η Kubler-Ross διακρίνει την κατάθλιψη αυτού του σταδίου σε αντιδραστική και προπαρασκευαστική. Η προπαρασκευαστική κατάθλιψη δεν σχετίζεται τόσο με περασμένες απώλειες, όσο με τις απώλειες που ο ασθενής αναλογίζεται ότι πρόκειται να έλθουν. Στην περίπτωση αυτή, η ενθάρρυνση και η επιβεβαίωση ότι θα διευθετηθούν οι όποιες εκκρεμότητες που δημιουργούν ανησυχία, μολονότι μπορεί να αποτελούν χρήσιμη προσέγγιση για τον πρώτο τύπο κατάθλιψης, δεν έχουν κανένα νόημα. Στην προπαρασκευαστική κατάθλιψη, ο ασθενής χρειάζεται μάλλον τη σιωπηλή συντροφιά και τη σωματική επαφή, ενώ η λεκτική επικοινωνία αποκτά δευτερεύουσα σημασία. Η δυσκολία να ανταποκριθούμε σε αυτού του είδους την ανάγκη του ασθενούς αντανακλά την ανικανότητα μας να αντέξουμε την παρατεταμένη θλίψη του άλλου χωρίς ενοχή και χωρίς να προσπαθούμε να την ανατρέψουμε.

## 5. Αποδοχή

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

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

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

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

Στον ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις, υποστηρίζοντας τον και δείχνοντας του ότι δεν τον ξεχάσαμε. Ζητάμε από την οικογένεια, φίλους και συγγενείς του να μην τον εγκαταλείψουν. Συζητάμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με τον ίδιο τον άρρωστο και φροντίζουμε να έχει διευθετήσει όλες τις υποθέσεις του. Του δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους ανησυχίες, ανάγκες, συναισθήματα του και να του δείξουμε κατανόηση, συμπαράσταση. Βεβαιώνουμε ότι εκτός του ελέγχου των σοβαρών συμπτωμάτων στον άρρωστο χορηγείται αγωγή για τον έλεγχο του πόνου. Η κάποια ανακούφιση από τον αφόρητο πόνο είναι τόσο σημαντική για το πρόσωπο που πεθαίνει όσο και η συναισθηματική υποστήριξη. Το να κρατηθεί ο άρρωστος με τον λιγότερο δυνατό πόνο αλλά ωστόσο διατηρώντας συνείδηση είναι ο στόχος πολλών φαρμακευτικών σχημάτων με τη χρήση ή μη ναρκωτικών. Έχει υποστηριχθεί πως το είδος αυτό της θεραπείας δεν ευνοεί την τόσο επίφοβη τοξικομανία, αλλά αντίθετα μετά από μια αγωγή μερικών ημερών τέτοια που ο άρρωστος να διαπιστώσει πως έπαψε να πονά ή ο πόνος μειώθηκε, είναι δυνατή η ελάττωση των δόσεων και η χορήγηση τους σε σταθερή δοσολογία. Αυτό είναι κατανοητό αν σκεφθούμε την εξάλειψη της αγχώδους αναμονής του πόνου, που ασκεί άμεση επίδραση στην ένταση του (placebo effect). Επίσης είναι σημαντικό να αφήνουμε τους άρρωστους, όσους είναι ικανοί για συνεργασία, να συναποφασίζουν με τους γιατρούς για τη στιγμή που θα πάρουν τα αναλγητικά τους.<sup>33</sup>

#### **7.4.Το οικογενειακό περιβάλλον αντιμέτωπο με τον καρκίνο**

Όλοι μας ζούμε μέσα σ' έναν οικογενειακό, κοινωνικό ή επαγγελματικό χώρο. Ο ασθενής που προσβλήθηκε από καρκίνο πρέπει ν' αντιμετωπίσει την αρρώστια του, τους γιατρούς, τους φίλους, την οικογένεια του, την κοινωνία και τον ίδιο του τον εαυτό. Δεν αισθάνεται άνετα είτε σ' έναν είτε σε πολλούς από αυτούς τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας. Μερικές φορές θα στραφεί εναντίον αυτών που είναι γύρω του και είναι υγιείς ή θα στραφεί εναντίον του ίδιου του εαυτού νομίζοντας ότι ενοχλεί τους άλλους με τα προβλήματα υγείας που έχει.



Ο καρκινοπαθής αδυνατεί να επικοινωνήσει ψυχικά. Αισθάνεται απομονωμένος κι εγκαταλελειμμένος από αυτούς ακριβώς που θεωρεί ότι προκάλεσαν τον καρκίνο του.

Βέβαια, στην πραγματικότητα, δεν είναι υπεύθυνοι οι άλλοι, είναι ο ίδιος που επιτρέπει κατά κάποιο τρόπο στους άλλους και στις περιστάσεις να επιδρούν αρνητικά στα συναισθήματα του.

Μια παρόμοια κατάσταση δε θα έχει την ίδια σημασία ούτε την ίδια εξέλιξη για κάποιον άλλο, αν η αντίληψη που έχει ο δεύτερος για τη ζωή είναι διαφορετική της άποψης του πρώτου.

Όπως διαπιστώνουμε η οικογένεια ή το στενό περιβάλλον του αρρώστου θα έχει δυσκολίες στην επικοινωνία μαζί του. Αν η ρήξη έχει σχέση μ' ένα πρόσωπο που ο (ασθενής είναι αναγκασμένο να βλέπει, θα πρέπει είτε να λυθεί η ρήξη είτε ν' απομακρυνθεί το άτομο αυτό. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν προβλέπεται μια και μόνο διέξοδος. Κάθε περίπτωση είναι προσωπική και χρειάζεται να μελετηθεί προσεκτικά. Όσο πιο ισορροπημένη είναι μια οικογένεια, τόσο ευκολότερα επιτυγχάνεται η επικοινωνία μεταξύ των μελών της και οι ρήξεις λύνονται γρηγορότερα.

Μια υγιής οικογένεια εξετάζει το ενδεχόμενο διαφόρων λύσεων και θεραπειών. Προτείνει τρόπους υποστήριξης του ασθενούς. Για να ξεπερασθεί η δοκιμασία προέχει η οργάνωση και η υποστήριξη. Πάρα πολλοί ασθενείς πρέπει ν' αντιμετωπίσουν σκληρές μεθόδους θεραπευτικής αγωγής, ακρωτηριασμούς, το φόβο του καρκίνου και τον τρόπο του θανάτου, μέσα σε μια τέτοια απομόνωση, ώστε τους είναι αδύνατο να βρουν το κουράγιο και το κίνητρο που θα τους επέτρεπε να παλέψουν και να θεραπευτούν.

Το ίδιο ισχύει και για τις οικογένειες των καρκινοπαθών που απομονωμένες παραλύουν μπροστά στο μεγάλο άλμα που πρέπει να κάνουν, προκειμένου να βοηθήσουν τον άρρωστο. Αισθάνονται αδύναμοι ν' αντιμετωπίσουν τη διάγνωση του καρκίνου θα γνωρίσουν μέρες αισιοδοξίας, μέρες σκοτεινές, γεμάτες αποθάρρυνση κι άλλες γεμάτες φόρτο και οργή.<sup>34</sup>

Τα μέλη της οικογένειας περνούν μέσα από διάφορα στάδια προσαρμογής παρόμοια μ' εκείνα που περνούν οι άρρωστοι. Στην αρχή πολλοί από αυτούς δεν μπορούν να πιστέψουν πως είναι αλήθεια. Αισθάνονται ένα "μούδιασμα" και μπορεί να αρνηθούν το γεγονός ότι υπάρχει μια τέτοια αρρώστια μέσα στην οικογένεια ή θα

τριγυρνούν με τις εξετάσεις από γιατρό σε γιατρό με την ελπίδα πως αυτή ήταν μια λανθασμένη διάγνωση. Μπορεί να κανονίσουν ταξίδια σε “ακουστές” κλινικές και μόνο βαθμιαία αντικρίζουν την πραγματικότητα που θα άλλαζε τη ζωή τους τόσο δραματικά. Αν τα μέλη της οικογένειας προσπαθήσουν να κρατήσουν ένα φράγμα επικοινωνίας ανάμεσα τους, θα καταστεί δύσκολη οποιαδήποτε προπαρασκευαστική θλίψη για τον άρρωστο.

Όπως ο άρρωστος περνά από το στάδιο της οργής, η οικογένεια του θα δοκιμάσει την ίδια συναισθηματική αντίδραση. Οι συγγενείς θα εξοργισθούν με το γιατρό που τους έθεσε αντιμέτωπους με την θλιβερή πραγματικότητα. Μπορεί να προβάλλουν την οργή τους στο προσωπικό του νοσοκομείου που δεν φροντίζει αρκετά τον άρρωστο. Επίσης υπάρχει ζήλια και επιθετικότητα, μια και δεν τους επιτρέπουν να φροντίζουν τον άρρωστο όσο για παράδειγμα οι νοσοκόμες. Υπάρχει επίσης ενοχή για παλιές συμπεριφορές τους απέναντι στον ασθενή και τύψεις, ακόμη και για χαμένες ευκαιρίες. Αν δεν βοηθήσουμε τους συγγενείς να εκφράσουν τις συγκινήσεις τους πριν από τον θάνατο του αρρώστου τους, τόσο θα νοιώθουν την ένταση και νοσηρές ιδέες θα τους απασχολούν. Κατόπιν η οικογένεια θα περάσει από την φάση της προπαρασκευαστικής θλίψης. Πρέπει τα μέλη της οικογένειας να επικοινωνούν με τον άρρωστο τις γνήσιες συγκινήσεις τους και όχι μέσα από μια μάσκα προσποίησης (αχ. ευθυμίας) που την μεταμφίεση αυτή ο άρρωστος μπορεί να διαβλέψει.

Στην τελευταία φάση πρέπει τα μέλη της οικογένειας να επιτρέψουν στον άρρωστο να τους αποχωριστεί, να αποσπασθεί βαθμιαία, αποσυρόμενος από τις σημαντικές του σχέσεις. Μερικές οικογένειες που δεν έχουν άλλο συγκινησιακό φορτίο μπορεί να έχουν ξεγράψει τον άρρωστο εσπευσμένα και να αρχίσουν να θρηνούν ενώ αυτός είναι ακόμα ζωντανός. Σε τέτοιες περιπτώσεις, όταν συμβεί ο θάνατος, δεν δημιουργείται μια ιδιαίτερα έντονη κατάσταση αλλά μια προβλεπόμενη απώλεια που έρχεται στο τέλος μιας σειράς γεγονότων. Η μακρά περίοδος που υπέφερε τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένεια του τέλειωσε και μια ανακούφιση γίνεται αισθητή. Ωστόσο, με το θάνατο του αρρώστου πρέπει να θρηνήσουν γι' αυτή την απώλεια, την ανθρώπινη αποστέρηση, να μοιραστούν με τους υπόλοιπους γνωστούς τη θλίψη και το πένθος, να ξεπεραστούν κάποιες φαντασιώσεις, αυταπάτες, ψευδαισθήσεις σε σχέση με τον αποθανόντα. Με το πέρασμα του χρόνου, η οδύνη θα έχει επεξεργαστεί, η απώλεια θα έχει γίνει αποδεκτή και η οικογένεια θα λειτουργεί πια κανονικά αν και τα μέλη της

μπορεί κατά καιρούς να επιστρέφουν στις πάλες ωραίες στιγμές που πέρασαν μαζί με τον εκλιπόντα.

Η ασθένεια ίου καρκίνου με την εκδήλωση της, εκτός από ίον ασθενή επηρεάζει και ολόκληρη την οικογένεια του, δημιουργώντας ποικιλόμορφα προβλήματα σχέσεων. Η ελληνική οικογένεια δεν ανταποκρίνεται στα ευρωπαϊκά ή αμερικάνικα πρότυπα. Όσον αφορά τη σχέση που έχει με τον ασθενή μπορούμε να διαπιστώσουμε έντονες ιδιαιτερότητες και διαφοροποιήσεις. Μπορούμε όμως να έχουμε μια αδρή ταξινόμηση σε ομάδες ως εξής:

1. Στην οικογένεια που είναι θεϊκή απέναντι στο μέλος που είναι ασθενής. Προσπαθεί να τον προσεγγίσει, να του συμπαρασταθεί να καταλάβει πώς αισθάνεται, να δει το πρόβλημα του σφαιρικά και, συνήθως ζητά βοήθεια και είναι συνεργάσιμη.
2. Στην οικογένεια που είναι αρνητική προς το πρόβλημα. Το υποτιμά, δε δέχεται τη σοβαρότητα της κατάστασης, δε συνεργάζεται εύκολα, ζητά αφορμές για να βρει σ' όλους λάθη και συχνά απορρίπτει κάθε προσπάθεια για βοήθεια που έρχεται απ' έξω. Μεταξύ των μελών της και του ασθενή αναπτύσσεται ένα πλαίσιο αμοιβαίας απάτης.
3. Στη διαλυμένη οικογένεια όπου ο ασθενής δεν έχει τη συμπαράσταση των μελών που βρίσκονται σε διάσταση μεταξύ τους ουσιαστικά ή τυπικά. Εδώ στις δυσκολίες προστίθενται και οι ενοχές των μελών, που νομίζουν ότι προκάλεσαν το πρόβλημα με τη συμπεριφορά τους.
4. Στην έλλειψη οικογένειας. Ο ασθενής είναι μόνος ίου ή γιατί η οικογένεια του έχει διαλυθεί και τον έχει εγκαταλείψει ή γιατί δεν έκανε ποτέ του οικογένεια. Στην περίπτωση αυτή στα συναισθηματικά προβλήματα προστίθενται και τα πρακτικά με την αδυναμία του Κράτους Πρόνοιας να δώσει λύσεις αξιοπρέπειας.

Ο καρκίνος είναι προσωπική ασθένεια αλλά η οικογένεια του ασθενούς υποφέρει εξίσου. Τα προβλήματα που απασχολούν την οικογένεια έχουν να κάνουν με:

- Με τον άνθρωπο τους που βασανίζεται από την νόσο.
- Πώς θα αντιμετωπισθούν οι ανάγκες που έχουν να κάνουν με την εργασία του ασθενούς, τα έξοδα νοσηλείας την ασφαλιστική κάλυψη.

- Πώς θα αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τα άλλα μέλη της οικογένειας, παιδιά, σύζυγος, στενοί, συγγενείς και φίλοι.
- Και τέλος, το πιο σπουδαίο πρόβλημα είναι ότι όλοι στην οικογένεια ζουν με τον ΦΟΒΟ ότι μπορεί να χάσουν ένα προσφιές τους πρόσωπο.

### **Ο ασθενής μέσα. στην οικογένεια.**

Κάθε ασθενής με καρκίνο, ιδιαίτερα εάν γνωρίζει την αλήθεια ή μέρος αυτής αντιδρά συχνά με μια μεταβλητότητα στο συναίσθημα. Μερικά συναισθήματα με αρνητικό αντίκτυπο στην ζωή του ασθενούς με καρκίνο είναι ο θυμός, ο φόβος, ή απώλεια της αυτοεκτίμησης για τον εαυτόν του και η απόσυρση ή απομόνωση που καταφεύγει. Μόλις μπει η διάγνωση του καρκίνου ο θυμός εκδηλώνεται ως άρνηση,

- Ως μη αποδοχή της έννοιας ότι συμβαίνει αυτό το πράγμα σε αυτόν. Σαν συναίσθημα είναι το συναίσθημα-αντίδραση στην θλίψη που προκαλεί το άκουσμα της λέξης Καρκίνος.
- Παράλληλα η θυμική αυτή έξαρση εκδηλώνεται και μέσα στην οικογένεια με αρνητική συμπεριφορά προς τα υπόλοιπα μέλη. Ενοχλείτε από τα παιδιά για τις επιδόσεις στο σχολείο, γίνεται δύστροπος ή και καχύποπτος με τις εξόδους του ή της συζύγου. Μπορεί με την παραμικρή αφορμή να λογομαχήσει για ασήμαντο λόγο.
- Ποια είναι η στάση, των υπολοίπων μελών της - οικογένειας;
- Δύο πράγματα οφείλει:
  - α) Να αναζητεί τα αίτια του θυμού
  - β) Να επιτρέψει και να ανεχθεί τα ξεσπάσματα του αρρώστου

Στην συνέχεια θα πρέπει υποστηρικτικά να οδηγήσει τον θυμό σε δημιουργικό διάλογο.

Ο φόβος είναι η επόμενη αντίδραση που θα εκδηλώσει μέσα στην οικογένεια ο ασθενής με καρκίνο. Κύριο υπόβαθρο του φόβου είναι η άγνοια και η ελλιπής πληροφόρηση ή λανθασμένη πληροφόρηση, Άγνοια για την σημερινή θέση της ιατρικής στην θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου. Υπάρχει μια αντίληψη ότι δεν υπάρχει ελπίδα. Παράλληλα οι λανθασμένες γνώμες του περίγυρου για την ίδια την ασθένεια. Η αντίληψη ότι εάν κάνει αυτή την θεραπεία θα έχει άσχημα αποτελέσματα ή ότι θα κάνει πιο γρήγορα μεταστάσεις εάν χειρουργηθεί είναι μερικά από τα κύρια στοιχεία της λανθασμένης πληροφόρησης που εντείνουν τον φόβο. Πολλές φορές τον φόβο τον δημιουργεί και ο ιατρός με τον τρόπο που οδηγεί ή κατευθύνει την περίπτωση του ασθενούς. Κάθε ερώτημα γύρω από την νόσο ή το προσδόκιμο της επιβίωσης τους πρέπει να εξατομικεύεται.

Η γνώση και η κατανόηση είναι τα δύο πιο ουσιαστικά εφόδια για την αντιμετώπιση του φόβου. Πρέπει επίσης να γίνει κατανοητό ότι ο ασθενείς θα πρέπει να εμπιστευθεί τον ιατρό του. Βέβαια έχει δικαίωμα για μια δεύτερη γνώμη, έχει δικαίωμα να ζητήσει την βοήθεια των ειδικών ή ενός ειδικού κέντρου, έχει δικαίωμα να ενημερώνεται για κάθε νέα θεραπεία προσέγγιση της νόσου του. Πρέπει όμως να ακολουθήσει πιστά τις οδηγίες που θα του δοθούν. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου, όπως και κάθε ιατρική πράξη δεν είναι δημοψήφισμα που θα μετέχει η γνώμη των φίλων, συγγενών άλλων ιατρών.

Η απώλεια της αυτοεκτίμησης μπορεί να δημιουργηθεί μέσα από το πλέγμα της ενδεχόμενης παραμόρφωσης της εξωτερικής έμφασης που μπορεί να προκαλέσει μία εγχείρηση (παρουσία στομίας ή μετά μαστεκτομή). Μπορεί επίσης να δημιουργηθεί μέσα από την αδυναμία να κάνει έρωτα όσο συχνά ήθελε ή και καθόλου. Να αρχίσει μέσα από αυτή την λογική να οδηγείτε στην κατάθλιψη και την απόσυρση που δημιουργεί άγχος επικείμενου θανάτου, και αισθήματα αυτοενοχής ή τιμωρίας. Πιστεύει ότι έπαθε καρκίνο γιατί τιμωρείται για κάτι. Η μόνη διέξοδος από αυτό τον λαβύρινθο είναι να αντιδράσει στην σωματική ταλαιπωρία με πνευματική αντίδραση. Να αρχίσει το διάβασμα, την παρακολούθηση θεάτρου ή σινεμά. Να γίνει ο ίδιος δημιουργικός κάνοντας σπορ ή εικαστικές ασχολίες ή χόμπυ. Να αποφεύγει τις προλήψεις και τις αμφιλεγόμενες θεραπείες που δυστυχώς ακόμα και σήμερα δημιουργούν ψεύτικες ελπίδες

**Η σύζυγος του ασθενή με καρκίνο.**

Μέσα στην οικογένεια του καρκινοπαθούς ο άλλος πόλος που δέχεται διαφορετικές επιδράσεις από την αρρώστια είναι ο συναισθηματικός σύντροφος τους ασθενούς. Βρίσκεται ξαφνικά αντιμέτωπος/η με το πρόβλημα της αρρώστιας του συντρόφου της. Πρέπει να μοιραστεί το άγχος, την ανασφάλεια, τις ανησυχίες για την νόσο και την αντιμετώπιση της. Πρέπει επίσης να αντιμετωπίσει τις νέα ευθύνες και ίσως αρμοδιότητες που ενδεχόμενα να αναλάβει σε σχέση με το κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον του άλλου μέλους. Οφείλει να διατηρήσει τις ισορροπίες μέσα στην οικογένεια αναλαμβάνοντας μέρος της απουσίας του συντρόφου χωρίς όμως να δείχνει ότι ο ασθενής με καρκίνο είναι απών. Δεν πρέπει να "σπάσει" ο κρίκος της οικογένειας μέσα από συναισθήματα λύπης, οίκτου, αδυναμίας προς τον ασθενή. Πρέπει επίσης να βοηθήσει σημαντικά στην αντικατάσταση και επανένταξη του συντρόφου στην οικογένεια μετά το τέλος της θεραπείας. Πρέπει να σταθεί μπροστά στα προβλήματα σωματικά και ψυχικά που αντιμετωπίζει ο άρρωστος. Πρέπει να στηρίζει την εμφάνιση, την διάθεση, τον ερωτισμό, με τρυφερότητα και ευαισθησία. Πρέπει να προφυλάξει τον σύντροφο της από την πίεση του κοινωνικού και συγγενικού περιγύρου, που στην προσπάθειά του να εκφράσει την συμπαράσταση του, πολλές φορές δημιουργεί αμηχανία, φόβο ή θυμό στον άρρωστο με καρκίνο.

Τέλος πρέπει να δημιουργηθούν συνθήκες ασφάλειας και δύναμης απέναντι στα άλλα μέλη της οικογένειας και ιδιαίτερα στα παιδιά.

### **Οι ανάγκες των παιδιών**

Τα μικρά παιδιά, αδυνατούν να καταλάβουν την απουσία ή τις συχνές απουσίες που μπαμπά ή της μαμάς από το σπίτι. Απουσίες που δημιουργούνται από την ανάγκη για νοσηλεία ή θεραπείες. Αδυνατούν επίσης να κατανοήσουν γιατί ο μπαμπάς δεν "παίζει" όπως πριν ή κουράζεται εύκολα. Όλα αυτά τα βιώνουν ως έλλειψη αγάπης. Τόσο ο ασθενής όσο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας πρέπει συχνά να δείχνουν πόσο πολύ τα αγαπάνε και ότι η αρρώστια δεν μείωσε καθόλου την αγάπη τους.

Εάν τα παιδιά είναι στην προεφηβική ή εφηβική ηλικία πιθανά το πρόβλημα να έχει πιο σοβαρές διαστάσεις. Συνήθως έχουμε αισθήματα ενοχής και υπερβολικές εκδηλώσεις αγάπης προς τον πάσχοντα. πολλές φορές παραμελούν το σχολείο ή άλλες δραστηριότητες για να είναι κοντά στον πατέρα ή μητέρα που είναι άρρωστη, άλλες

φορές πάλι προσπαθούν να ευχαριστήσουν την οικογένεια αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες που πιθανά δεν τους έχουν ζητηθεί.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου ή τα αποτελέσματα των θεραπειών επιδρούν στην προσωπικότητα του ασθενούς. Επιδρούν επίσης και μέσα στην οικογένεια σε βαθμό τέτοιο που χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια για να διατηρηθεί μία "υγιής ισορροπία" στις σχέσεις των μελών μεταξύ τους και με τον ασθενή. Χρειάζεται υπομονή και έκφραση συναισθημάτων χωρίς ακραίες εκδηλώσεις αγάπης, οίκτου, αγανάκτησης ή ανυπομονησίας. Προέχει η στήριξη του ασθενούς χωρίς όμως αυτή η προσπάθεια να τον "περιθωριοποιήσει" σε κατάσταση λειτουργικής ή ψυχικής αναπηρίας.<sup>7</sup>

Η παρέμβαση του νοσηλευτή στην οικογένεια είναι:

1. Η στήριξη της οικογένειας για καλύτερη επικοινωνία με τον ασθενή. Η οικογένεια να πάρει την καλύτερη δυνατή στάση απέναντι στον ασθενή. Να σπάσει η σιωπή της, με την οποία συχνά τον περιβάλλει και να συζητήσει μαζί του για τις ιδιαίτερες ανάγκες και τα συναισθήματά του.<sup>36</sup>
2. Ενθάρρυνση των μελών της οικογένειας για έκφραση δικών τους προβλημάτων και συναισθημάτων. Να βοηθηθούν τα άτομα της οικογένειας να αντιμετωπίσουν τα δικά τους προβλήματα, που δημιουργούνται από την εμφάνιση της αρρώστιας και να εκφράσουν ία δικά τους συναισθήματα δηλαδή την ένταση, τις ενοχές και τη θλίψη τους.
3. Ενημέρωση σχετικά με κοινωνικές παροχές και δικαιώματα. Η οικογένεια ενημερώνεται για τις παροχές που δικαιούται και στηρίζεται να δώσει λύσεις σε πρακτικά προβλήματα. Όπως ανασφάλιστοι ασθενείς, συνταξιοδότηση, επιδοτήσεις, τοποθετήσεις παιδιών σε παιδικούς σταθμούς, ιδιωτικές κλινικές που καλύπτει ο ασφαλιστικός φορέας, οίκοι ευγηρίας, σπάνια δημόσιο ίδρυμα, συνεργασία με το πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι των Δήμων.<sup>35</sup>

## **7.5. Νοσηλευτική συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και ποιότητα ζωής του αρρώστου με καρκίνο.**

Η σύγχρονη νοσηλευτική προσέγγιση κάθε αρρώστου που εκφράζεται και πραγματοποιείται με την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, στοχεύει στην

άριστη, ολιστική και ανθρώπινη φροντίδα του. Σε κάθε νοσηλευτική περίπτωση, η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται στον άρρωστο σαν πρόσωπο, σαν ενιαίο και αδιαίρετο βιοψυχοκοινωνικό οργανισμό, στο οποίο όλες οι οργανικές λειτουργίες επηρεάζονται από την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου και την επηρεάζουν.

**Η αποκατάσταση** αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης εξατομικευμένης φροντίδας του, προκειμένου να επανακτήσει τη μέγιστη σωματική και ψυχολογική του ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής, με τη μεγαλύτερη δυνατή σωματική-ψυχική-πνευματική, κοινωνική και επαγγελματική και λειτουργικότητα και απόδοση.

Στόχος της νοσηλευτικής φροντίδας για τον άρρωστο με καρκίνο είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητάς του, ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, να αντέχει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια.

Ενώ σκοπός της αποκατάστασής του είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του, με τη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξάρτησής του, ανεξάρτητα από το προσδόκιμο επιβίωσης.

Κάθε άνθρωπος με καρκίνο χρειάζεται ευκαιρίες να αντιμετωπίσει αυτό που του συμβαίνει με το δικό του βήμα και τον δικό του τρόπο, για να ζήσει μια ζωή που θα είναι ποιοτική για εκείνον, μια και ποιότητα ζωής, για μερικούς, ίσως σημαίνει επιστροφή στην εργασία, ενώ για άλλους ανάληψη ξανά του μητρικού ή πατρικού ρόλου, στο μέτρο του δυνατού.

Η δυνατότητα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασής του, προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή του ίδιου του αρρώστου, της οικογένειάς του και εκπροσώπων διαφόρων ειδικοτήτων που συνεργάζονται στο πρόγραμμα αποκατάστασής του.

Η εικοσιτετράωρη θέση της νοσηλεύτριας δίπλα στον άρρωστο και το αυτόνομο γνωστικό επιστημονικό πεδίο της κάνει τη θέση της κεντρική, την ευθύνη της σημαντική και τη συμβολή της στο πρόγραμμα αποκατάστασης αξιόλογη.

Η δυνατότητα επιτυχημένης νοσηλευτικής παρέμβασης σε αυτόν τον τομέα φροντίδας, εξαρτάται όχι τόσο από τις γνώσεις της φυσιοπαθολογικής διεργασίας της αρρώστιας και των δυσμενών της επιπτώσεων, αλλά της ικανότητας της νοσηλεύτριας, να κατανοεί το νόημα που έχει η ασθένεια για το συγκεκριμένο άρρωστο, ποιες ψυχοκοινωνικές ανάγκες του δημιουργήσει και ποια βοήθεια χρειάζεται για να εναρμονίσει τις απαιτήσεις των αναγκών αυτών, με την πραγματικότητα της ασθένειας.



Η θετική νοσηλευτική της ανταπόκριση, αρχίζει με τη **νοσηλευτική αξιολόγηση** που αναζητά απάντηση σε ορισμένα ερωτήματα :

- Ø Ποιος ο συγκεκριμένος άρρωστος και ποιες οι βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες του;
- Ø Πώς αντιδρά ο συγκεκριμένος άρρωστος, στα ψυχοκοινωνικά αυτά επώδυνα ερεθίσματα;
- Ø Ποιες οι προσωπικές του δυνάμεις και ικανότητες και πώς τις έχει χρησιμοποιήσει, σε επώδυνα ερεθίσματα στο παρελθόν και
- Ø Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ικανότητά του στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων αυτών καταστάσεων;

Το προφίλ του αρρώστου με καρκίνο : φοβισμένος, ανασφαλής, αδύναμος ζει μια οδυνηρή εμπειρία. Άνθρωπος με προσωπικό τρόπο βίωσης και έκφρασης των αναγκών που απορρέουν από το πώς εισπράττει την αρρώστια, τη θεραπεία και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις τους ( ψυχολογικές, επαγγελματικές, κοινωνικές, οικονομικές) που τον υποχρεώνουν σε πολυάριθμους συμβιβασμούς.

Άτομο που δεν έχει πάντοτε ικανοποιητική πληροφόρηση, δυνατότητα επιλογής και επαρκή ψυχολογική υποστήριξη.

Με τα πρώτα μηνύματα της αρρώστιας, η υποψία και η διάγνωση του καρκίνου, αλλά και η εισαγωγή στο νοσοκομείο συνεπάγονται μεγάλο αριθμό ψυχικών καταπονήσεων και συνοδεύονται από φόβους τον φόβο του αγνώστου και του απροσδόκητου του παρόντος και του μέλλοντος των στερήσεων και των θυσιών που θα απαιτηθούν του πόνου, της αναπηρίας, της χρόνιας αρρώστιας και του θανάτου.

Η μεγαλύτερη ανάγκη που εκφράζεται από τους αρρώστους είναι η πληροφόρηση. Σύντομα, έχουν να αντιμετωπίσουν τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της θεραπείας και των παρενεργειών της. οποιαδήποτε θεραπεία είναι επίθεση της εικόνας του εαυτού, στο αίσθημα αυτοεκτίμησης και ισοδυναμεί με πραγματική, ή συμβολική απώλεια δυνατοτήτων ή αγαθών.

Η ανάγκη μακρόχρονης επίβλεψης και παρακολούθησης, το αβέβαιο μέλλον, το κοινωνικό στίγμα, η αρχή και το τέλος της θεραπείας, η προοδευτική αύξηση των συμπτωμάτων, η ανακάλυψη της υποτροπής, η εμφάνιση μεταστάσεων, ο χρόνιος πόνος, όλα και καθένα ξεχωριστά, είναι μια ακόμα ψυχολογική κρίση με κοινωνικές προεκτάσεις.

Κάθε άνθρωπος αντιδρά σε κάθε περίπτωση με μοναδικό τρόπο, είτε με εκτέλεση ή αποφυγή κάποιων πράξεων ή ενεργειών, είτε με ενδοψυχικές διεργασίες, αμυντικές ή

οικοδομικές σχέσεις. Ορισμένοι άρρωστοι επιδιώκουν την πληροφόρηση, ενώ άλλοι αντιμετωπίζουν την αρρώστια υπομονετικά, ηρωικά, πνευματικά. Οι περισσότεροι από τους ψυχολογικούς, αμυντικούς μηχανισμούς, επιλέγουν την άρνηση, ενώ άλλοι την απόθεση, την υπεραναπλήρωση και την προβολή κ.λ.π. Μερικοί μελαγχολούν και απογοητεύονται, ενώ κάποιοι άλλοι παρουσιάζουν παθολογική εξάρτηση, ανευθυνότητα και παλινδρόμηση σε παθολογικούς ή παιδικούς τρόπους συμπεριφοράς. Σε όλους είναι γνωστές οι (5) φάσεις που η Kubler Ross περιγράφει τις αντιδράσεις του αρρώστου με καρκίνο, από τη στιγμή που έρχεται αντιμέτωπος έμμεσα ή άμεσα με την αρρώστια μέχρι τις τελευταίες ώρες της ζωής του.

Η ικανότητα ή η αδυναμία να αντιμετωπίσει τις στρεσογόνες καταστάσεις εξαρτάται από το φυσικό περιβάλλον που βρίσκεται, την ψυχολογική υποστήριξη ή την έλλειψή της, τις θρησκευτικές αντιλήψεις του, την μόρφωση και το πολιτιστικό του υπόστρωμα, τα κίνητρα και τις πεποιθήσεις του, τις συνυπάρχουσες ή όχι οικονομικές, οικογενειακές και επαγγελματικές μέριμνες, το στάδιο της αρρώστιας και η σοβαρότητα της κατάστασής του.

Σίγουρα η **ψυχοκοινωνική αξιολόγηση** είναι δυσκολότερη από την σωματική. Δυστυχώς συχνά δεν εκτιμάται και δεν ενθαρρύνεται στην κλινική πράξη αν και διάφοροι οδηγοί όπως των Freidenbergs και Weissman διευκολύνουν και συντελούν στην καλύτερη νοσηλευτική ψυχοκοινωνική αξιολόγηση.

Μετά τη συλλογή και εκτίμηση των στοιχείων που διερευνήθηκαν καταστρώνεται **εξατομικευμένο πρόγραμμα αποκατάστασης** που περιλαμβάνει καθορισμό προτεραιοτήτων, διατύπωση αντικειμενικών σκοπών και σχεδιασμό νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών αναγκών που διαπιστώθηκαν.

Αναφέρονται στη συνέχεια οι σημαντικότεροι **νοσηλευτικοί στόχοι** του προγράμματος και οι **νοσηλευτικές παρεμβάσεις** αντίστοιχα, που απαιτούνται για να εκπληρωθούν.

Ένα ουσιαστικό μέσο για την προοδευτική ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου είναι η **ενθάρρυνση και καλλιέργεια ειλικρινούς και ανοιχτής επικοινωνίας με τον άρρωστο και το περιβάλλον του**. Με την υιοθέτηση πλήρους επικοινωνίας, ενημερώνεται και πληροφορείται ο άρρωστος στο μέγεθος που ο ίδιος επιθυμεί και μπορεί, επιτρέπεται σε όλα τα μέλη της οικογενείας να συμμετέχουν στην οικογενειακή κρίση σε ένα επίπεδο ανάλογο με τις δυνατότητές τους, εμπνέεται και κερδίζεται η ενεργός συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, διαψεύδονται αδικαιολόγητοι

φόβοι, καλλιεργείται αίσθημα προσωπικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης και καλύπτεται η ανάγκη του αρρώστου να θρηνηήσει εκείνο που έχασε, να εκδηλώνει τη λύπη του και το θυμό του για να μην απομονωθεί συναισθηματικά.

Καθημερινά πρωταρχικός νοσηλευτικός στόχος είναι **η δημιουργία- ενίσχυση και διαφύλαξη διαπροσωπικού κλίματος**. Ολόκληρη η νοσηλευτική είναι διαπροσωπικό έργο. Επιστήμη και τέχνη του διαλόγου. Όχι μόνο η ακρόαση και η ομιλία αλλά και η σιωπή, η συμπεριφορά, οι μορφασμοί, οι βλεμματική επαφή, η απάντηση στην κλήση του αρρώστου, η τήρηση αποφάσεων και η σωματική φροντίδα, αποτελούν μορφές επικοινωνίας, που αν αξιοποιηθούν, επιτυγχάνεται η δημιουργία άνετου διαπροσωπικού κλίματος, επικοινωνίας.

Οι νοσηλευτές **ενισχύουν την αυτοεκτίμηση του αρρώστου**, όταν επαινούν την αυτοφροντίδα, όταν αντανακλούν θετικές εκτιμήσεις με λόγια, με πράξεις ή συμπεριφορά, όταν ακούνε τον άρρωστο, όταν αποδέχονται τις αντιδράσεις του, όταν αναγνωρίζουν και σέβονται τα συναισθήματά του, όταν δημιουργούν ευκαιρίες για να ρωτά και να λύνει τις απορίες του, όταν τον φροντίζει με προσωπικό ενδιαφέρον και ευγένεια. Το σπουδαιότερο είναι η ύπαρξη συναισθηματικού τόνου σε κάθε παρεχόμενη νοσηλεία γιατί μεταβιβάζει προστασία, θαλπωρή, στοργή, γαλήνη, φροντίδα, συμμετοχή.

Άλλος νοσηλευτικός σκοπός είναι η **προαγωγή της αποτελεσματικότητας των ικανοτήτων και δυνατοτήτων του αρρώστου** που επιτυγχάνεται όταν βοηθούμε τον άρρωστο να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασής του, να συγκεκριμενοποιεί τα προβλήματά του, να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να τα αντιμετωπίσει και να αναγνωρίζει την πρόοδο, να μπορεί να μοιράζεται τα συναισθήματά του και να ζητά βοήθεια, να αναγνωρίζει και να απολαμβάνει τις μικροχαρές της ζωής, να διακρίνει τη ρεαλιστική από την ψεύτικη ελπίδα και να μπορεί να υλοποιήσει το μήνυμα «κάνε το σήμερα να αξίζει».

**Η ανακούφιση του πόνου** είναι εξαιρετικά σημαντικός νοσηλευτικός στόχος του προγράμματος. Ο πόνος αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα για το 70% των αρρώστων με καρκίνο, ποσοστό που επηρεάζεται από το στάδιο της νόσου και την εντόπιση του όγκου, ενώ υπολογίζεται ότι το 25% αυτών των αρρώστων πεθαίνει χωρίς ικανοποιητική ανακούφισή του. Ο χρόνιος πόνος στον καρκίνο αποτελεί μια πολυδιάστατη μοναδική υποκειμενική εμπειρία, μια πολύπλοκη ψυχοπνευματική εκδήλωση.

Κάθε νοσηλεύτης οφείλει να συμμετέχει υπεύθυνα στην ομάδα πόνου που αποτελεί τον ιδανικό τρόπο αντιμετώπισης πόνου, είτε συμβάλλοντας στις προσπάθειες των μελών της, είτε με αυτόνομες αρμοδιότητες.

Αρχικά αξιολογεί τον πόνο, έργο που απαιτεί συστηματική προσπάθεια για τη συλλογή όλων των στοιχείων- πληροφοριών που αφορούν τις φυσιολογικές και ψυχικές αντιδράσεις του αρρώστου, τις εκδηλώσεις συμπεριφοράς.

Στη συνέχεια για την κατάστροψη του νοσηλευτικού προγράμματος λαμβάνονται υπόψη το αίτιο και οι χαρακτήρες του πόνου, η ηλικία, η ψυχοσωματική κατάσταση του αρρώστου, το προσδόκιμο επιβίωσής του, οι κοινωνικές και οικογενειακές ευθύνες του, η διαθεσιμότητα και η πρακτικότητα των μεθόδων αντιμετώπισης πόνου και η επιδεξιότητα των μελών της ομάδας στην εφαρμογή τους καθώς και οι αξίες, τα πιστεύω, οι προτιμήσεις και οι ειδικές ανάγκες αρρώστου και οικογενειακού περιβάλλοντος.

Η εφαρμογή του προγράμματος περιλαμβάνει παρεμβάσεις που συμβάλλουν στην πρόληψη και ανακούφιση του πόνου και μπορούν να διακριθούν σε τρεις ομάδες : α) εκείνες που επιδιώκουν την αντιμετώπιση της αιτίας του πόνου, β)εκείνες που επηρεάζουν την αίσθηση και αντίληψη του πόνου, γ)εκείνες που μειώνουν την οδυνηρή εμπειρία βίωσης πόνου.

Άλλος σημαντικός στόχος του νοσηλευτικού προγράμματος είναι η **υποστήριξη της οικογένειας του αρρώστου**. Η οικογένεια θεωρεί την ανακούφιση του άγχους, σύγχυσης και απελπισίας την αναστήλωση της ελπίδας για το μέλλον, την αναζήτηση εναλλακτικών επιλογών και τη μεγιστοποίηση των αμυντικών μηχανισμών της. Η οικογένεια χρειάζεται ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα ώστε να μπορεί να επωμιστεί ένα διπλό ρόλο, τόσο σαν αποδέκτης φροντίδας όσο και σαν συμμετοχος στην φροντίδα του αρρώστου. Στο τέλος η νοσηλεύτρια επιχειρεί την **εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων** που εφαρμόστηκαν και ανάλογα συνεχίζει, τροποποιεί ή επαναθεωρεί το πρόγραμμα, αναζητώντας τον καλύτερο τρόπο αποκατάστασης των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του αρρώστου.

## 7.6. Ο πολύπλευρος ρόλος του νοσηλευτή

Η Νοσηλευτική έχει σκοπό τη διαπίστωση και ικανοποίηση των οργανικών, κοινωνικών, ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών του ατόμου. Ο νοσηλευτής, με την επιδέξια επικοινωνία και την προσεκτική παρατήρηση διαπιστώνει τις διάφορες ανάγκες υγείας, αναλαμβάνει να ικανοποιήσει όσες εμπíπτουν στη δική του αρμοδιότητα και μεταφέρει στις ανάλογες επιστημονικές ειδικότητες όσες ανάγκες πρέπει να αντιμετωπιστούν από άλλους επιστήμονες.

Μπορούμε λοιπόν να πούμε ότι ο νοσηλευτής είναι εκείνος που αντιμετωπίζει το άτομο σαν άτομο και όχι σαν ειδικότητα. Αυτό είναι ιδιαίτερα αναγκαίο για τον καρκινοπαθή στη θεραπεία του οποίου επιστρατεύονται πολλές ειδικότητες, ο γιατρός, ο χειρουργός, ο παθολόγος-ογκολόγος, ο ακτινοθεραπευτής, ο αιματολόγος, ο ψυχολόγος-ψυχίατρος, ο κοινωνιολόγος, ο κοινωνικός λειτουργός, ο φυσιοθεραπευτής, ο λογοθεραπευτής κ.λπ. Όλοι αυτοί οι επιστήμονες, αντιμετωπίζουν τον καρκινοπαθή από τη δική τους οπτική γωνία. Ο νοσηλευτής έχει αυτή τη μοναδικότητα: αντιμετωπίζει το άτομο σαν ένα ενιαίο σύνολο με κοινές αλλά και ειδικές, ιδιαίτερες ανθρώπινες ανάγκες οι οποίες πρέπει να διαπιστωθούν και να αντιμετωπιστούν. Αυτό επιτυγχάνεται με τη συνεργασία με όλους τους επιστήμονες που αποτελούν μέλη της ομάδος.<sup>37</sup>

Ο ρόλος του νοσηλευτή εκτείνεται στους τρεις τομείς φροντίδας : α) Την πρόληψη του καρκίνου, β) τη θεραπεία και γ) την αποκατάσταση του καρκινοπαθούς

Πρόληψη: Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη είναι τεράστιος. Με την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ο νοσηλευτής προσεγγίζει το άτομο όχι μόνο το άρρωστο αλλά και το υγιές στο σπίτι του, το σχολείο, τους χώρους εργασίας, τους χώρους ψυχαγωγίας και οπουδήποτε ζει και δραστηριοποιείται. Είναι καιρός και στην πατρίδα μας να αξιοποιηθεί ο νοσηλευτής και μέσα στο νοσοκομείο αλλά ιδιαίτερα στην κοινότητα, όπως γίνεται σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου.

Ποιος άλλος από τον κοινοτικό νοσηλευτή, τον κατάλληλα εκπαιδευμένο και στην ογκολογία, μπορεί να διαφωτίσει, να διδάξει και ενημερώσει το παιδί στο σχολείο για τους κινδύνους του καπνίσματος και τη σχέση του με τον καρκίνο, ή τη σχέση της διατροφής με τον καρκίνο ή ακόμη, να διαπιστώσει έγκαιρα κάποιο ανησυχητικό

σημείο ή σύμπτωμα σε οποιοδήποτε άτομο της κοινότητας του οποίου η έγκαιρη διαπίστωση θα οδηγήσει στην πιο αποτελεσματική θεραπεία;

Πολύ πιο εύκολα μια γυναίκα θα εμπιστευθεί στη νοσηλεύτρια που την επισκέπτεται στο σπίτι ή τη συναντά στο Κέντρο Υγείας την ανησυχία της για ένα ογκίδιο που διαπιστώνει ή μια αιμορραγία που επιμένει. Η ίδια η νοσηλεύτρια μπορεί να προκαλέσει τη συζήτηση στα θέματα αυτά και να παρακινήσει τα άτομα σε εξέταση αφού προηγηθεί η ανάλογη διδασκαλία και ενημέρωση. Η αγωγή υγείας είναι βασικό καθήκον της νοσηλεύτριας σε οποιονδήποτε χώρο και αν ασκεί τα καθήκοντα της.

Στη θεραπεία ο νοσηλευτής αποτελεί ουσιαστικό και απαραίτητο μέλος της ομάδος υγείας. Μπορούμε να πούμε ότι ο νοσηλευτής είναι αυτός που αντιμετωπίζει τον καρκινοπαθή άρρωστο σαν μια ενιαία βιοψυχοκοινωνική οντότητα και συντονίζει όλες τις δραστηριότητες με σκοπό την εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής φροντίδας. Χρειάζεται οπωσδήποτε η συνεργασία με το γιατρό για την ανάλογη εξέταση και θεραπευτική αγωγή, τον κοινωνικό λειτουργό για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αναγκών που προκύπτουν ή τον ιερέα για την αντιμετώπιση των πνευματικών αναγκών των αρρώστων, αφού είναι γεγονός αδιαμφισβήτητο ότι ο άνθρωπος έχει και πνευματική διάσταση εκτός από την οργανική, την κοινωνική και τη ψυχολογική. ·

Ο νοσηλευτής, για να μπορέσει να βοηθήσει και υποστηρίξει το άτομο στη διάρκεια της αρρώστιας και της πολλαπλά οδυνηρής συνήθως θεραπείας, πρέπει να είναι γνώστης της ψυχολογίας του καρκινοπαθούς αρρώστου, των ποικίλων μηχανισμών που χρησιμοποιεί για να αμυνθεί και να απομακρύνει τη δυσάρεστη πραγματικότητα καθώς και ιούς τρόπους που ο ίδιος ο νοσηλευτής πρέπει να χρησιμοποιήσει για να βοηθήσει τον άρρωστο. Πάνω απ' όλα όμως πρέπει να γνωρίζει την τέχνη της αγάπης, της ανοχής και της υπομονής στοιχεία απαραίτητα για να γίνει η προσφορά του ανθρώπινη και ουσιαστική. Περισσότερο βέβαια να τονίσουμε ότι όλα αυτά δεν μπορούν να γίνουν εάν δεν είναι και κατάλληλα κατηρτισμένος θεωρητικά και τεχνικά σε ότι αφορά τον καρκίνο. τα συμπτώματα, τους τρόπους θεραπείας, τις παρενέργειες των φαρμάκων και τα μέσα που διατίθενται για την ανακούφιση του αρρώστου.

Στην αποκατάσταση του καρκινοπαθούς ο νοσηλευτικός ρόλος είναι επίσης πολύ σημαντικός. Οι προσπάθειες που γίνονται σήμερα να παραμείνει το άτομο όσο το δυνατό λιγότερες μέρες στο νοσοκομείο και η φροντίδα του να επεκτείνεται και συνεχίζεται στην κοινότητα, δίδουν ακόμη περισσότερη έμφαση στο ρόλο του

νοσηλευτή. Βέβαια η προσπάθεια για αποκατάσταση του καρκινοπαθούς αρχίζει πάντοτε μέσα από το νοσοκομείο ή δυνατόν από τη στιγμή της διάγνωσης αλλά συνεχίζεται και ολοκληρώνεται όταν το άτομο βγει από το νοσοκομείο και αντιμετωπίσει τις συγκεκριμένες ανάγκες στην καθημερινή, του ζωή. Η άρρωστη με μαστεκτομή ή με κολοστομία όσο και αν εκπαιδευτεί και προετοιμαστεί στο νοσοκομείο θα συναντήσει ουσιαστικές πρακτικές δυσκολίες όταν βρεθεί στο σπίτι. Εκεί λοιπόν πρέπει να συνεχιστεί η βοήθεια για την αποκατάσταση, εκεί χρειάζεται η υποστήριξη και ενίσχυση.<sup>38</sup>

Ο συντονισμός της εργασίας της επιστημονικής ομάδος του νοσοκομείου με την ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην κοινότητα είναι βέβαιο ότι εξασφαλίζει πολύ καλύτερη, συντομότερη και πιο αποτελεσματική αποκατάσταση του καρκινοπαθούς.

Βασικός αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής στην αποκατάσταση είναι να βοηθήσει το άτομο με καρκίνο να ανεξαρτητοποιηθεί κατά το δυνατό, να οδηγηθεί στην αυτοφροντίδα.

Με την προσεκτική επιστημονική αξιολόγηση της κατάστασης, ο νοσηλευτής διαπιστώνει τις αδυναμίες, τις αναπηρίες και τα συγκεκριμένα προβλήματα υγείας του ατόμου. Συγχρόνως όμως διαπιστώνει και τις δυνατότητες και ικανότητες του. Σκοπός του νοσηλευτή, λοιπόν, είναι να βοηθήσει τον καρκινοπαθή και την οικογένεια του να χρησιμοποιήσουν τις δυνατότητες με σκοπό να ξεπεράσουν τις αδυναμίες. Όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις προγραμματίζονται και διεκπεραιώνονται μαζί με τον άρρωστο και με τη δική του συγκατάθεση και συνεργασία, στο βαθμό που αυτή είναι δυνατή. Η συμμετοχή των ατόμων του οικογενειακού περιβάλλοντος τόσο στη φροντίδα όσο και στο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας αποδεικνύεται πολύτιμη. Όσο περισσότερο ενημερωμένα είναι τα άτομα τόσο περισσότερο συνεργάζονται και συμμετέχουν.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για τον άρρωστο με καρκίνο, εκτός από παροχή άμεσης φροντίδας είναι **ερευνητικός, εκπαιδευτικός, συμβουλευτικός και συντονιστικός.**

Ο ερευνητικός ρόλος είναι προφανής από τις νοσηλευτικές έρευνες που επιχειρούν να δώσουν απάντηση σε νοσηλευτικούς προβληματισμούς σε αυτό το χώρο.

Ο εκπαιδευτικός ρόλος εκφράζεται με την εκπαίδευση του αρρώστου που παρέχεται είτε με οργανωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα για όλους τους αρρώστους,

είτε με εκπαιδευτικά προγράμματα προσανατολισμένα προς την αρρώστια ή προς τη θεραπεία.

Ο συμβουλευτικός ρόλος της νοσηλεύτριας εκφράζεται όταν παραπέμπει και κατευθύνει τον άρρωστο σε ειδικευμένους επαγγελματίες ή σε οργανωμένα προγράμματα, καθώς και με συμβουλευτικές παρεμβάσεις προσανατολισμένες προς την αρρώστια ή τη θεραπεία.

Εξίσου σημαντικός είναι και ο ρόλος του νοσηλευτή σαν συντονιστής\_που συμβάλει στη διατήρηση και συνέχιση τα φροντίδας.

Ο συντονιστικός ρόλος του νοσηλευτή αποδεικνύεται πολύ αποτελεσματικός. Μεταφέρει όλες τις αναγκαίες ειδικότητες στον άρρωστο και παραπέμπει τον άρρωστο στην ειδικότητα που χρειάζεται για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων του και την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής. Η δεξιοτεχνία στην επικοινωνία και η ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων είναι στοιχεία απαραίτητα για το νοσηλευτή

Η ανάπτυξη της πολύπλευρης συμβολής των νοσηλευτών στον τομέα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο, επηρεάζεται αφενός από τη νοσηλευτική εκπαίδευση και τη φιλοσοφία τους και αφετέρου από τις αξίες, την πολιτική και το είδος του ιδρύματος που νοσηλεύεται ο άρρωστος, καθώς και η παροχή ή μη δυνατοτήτων ψυχολογικής υποστήριξης στους εργαζομένους.

Είναι γεγονός ότι πολλά προβλήματα που ξεφεύγουν από το χρόνο αυτής της εισηγήσει παρεμποδίζουν την εκπλήρωση του πολύπλευρου ρόλου μας σ' αυτόν τον τομέα φροντίδας. Όμως σίγουρα η ικανότητα αντιμετώπισης προβλημάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αρρώστων με καρκίνο δεν μπορεί να αποκτηθεί μόνο με τη μελέτη βιβλίων ογκολογικής νοσηλευτικής, αλλά βιώνεται με τη ουσιαστική επαφή με τον ίδιο τον άρρωστο.

Για την επιτυχία του νοσηλευτικού σκοπού χρειάζεται η πολύπλευρη προετοιμασία τόσο θεωρητικά όσο και τεχνικά και η εμβάθυνση και μελέτη σε ότι αφορά τον καρκίνο αλλά και τον καρκινοπαθή άρρωστο, ο οποίος είναι πάντοτε ξεχωριστός, με ιδιαίτερα προβλήματα, διαφορετική ψυχολογία ξεχωριστές αντιδράσεις και επομένως χρειάζεται προσωπική ιδιαίτερη αντιμετώπιση και εξατομικευμένη φροντίδα. Χρειάζεται πάντοτε να έχουμε υπόψη μας ότι ποτέ δυο άρρωστοι δεν είναι ίδιοι έστω και αν πάσχουν από την ίδια ακριβώς αρρώστια ή, στην περίπτωση του καρκίνου, έχουν την ίδια εντόπιση και τα ίδια συμπτώματα.



Ο χαρακτήρας του ατόμου, οι προηγούμενες εμπειρίες του η προσωπική του φιλοσοφία, ο τρόπος που αντιμετωπίζει τη ζωή, η ηθική και υλική συμπαράσταση που απολαμβάνει από τα μέλη της οικογένειας του και πάρα πολλοί άλλοι παράγοντες, πρέπει, να αξιολογούνται από το νοσηλευτή για να μπορέσει να διαπιστώσει τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε καρκινοπαθούς που νοσηλεύει και να προσφέρει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, νοσηλεύοντας κάθε φορά το συγκεκριμένο άρρωστο χωρίς να υπηρετεί μόνο την αρρώστια και τα συμπτώματα της, αλλά και τις επιπτώσεις που έχει στον κάθε καρκινοπαθή άρρωστο.

Χωρίς αμφιβολία, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ενισχύεται όταν ο άρρωστος νοσηλεύεται σε υπηρεσίες περιπατητικών ασθενών, σε οργανωμένα προγράμματα ανακουφιστικής φροντίδας που ενσωματώνουν και τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι, με ειδικές ομάδες, που μπορούν να βελτιώσουν τη ποιότητα της ζωής του αρρώστου και να ικανοποιήσουν την επιθυμία του να περάσουν τις τελευταίες στιγμές της ζωής του, εκεί που πρωτοαντίκρουσε τη ζωή.

Και τέλος, ανεξάρτητα αν η αρρώστια είναι ιάσιμη, ελεγχόμενη ή τελικού σταδίου, κάθε άρρωστος, με καρκίνο δικαιούται την καλύτερη φροντίδα για να μείνει ικανός να είναι ο εαυτός του, όσο το δυνατόν περισσότερο.

μετρό της ανθρωπιστικής φροντίδας που του παρέχουμε, ανεξάρτητα από το ίδρυμα που νοσηλεύεται ο άρρωστος, εξαρτάται από τα πιστεύω, τις αξίες και τα συναισθήματα όλων εκείνων, όλων εμάς, που συμμετέχουμε στη φροντίδα του. Γιατί η αγάπη έχει παντού πρόσβαση, αρκεί να υπάρχει.<sup>26</sup>

## **ΜΕΡΟΣ Β΄ ΕΙΔΙΚΟ**

### **A. Σχεδιασμός της έρευνας**

Η μέθοδος μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη - Καρδάση 1991).

### **B. Πληθυσμός - Δείγμα**

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε 80 ασθενείς. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 25 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Από αυτές 15 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και 10 εναλλακτικών απαντήσεων.

### **Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας**

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Νοέμβριο του 2002 έως και τον Φεβρουάριο του 2003 στην πόλη της Πάτρας. Οι ερωτώμενοι συναντήθηκαν με το μέλος της ερευνητικής ομάδας.

### **Δ. Συλλογή δεδομένων**

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

### **Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων**

Κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

## **ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής**

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

## **Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση**

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα 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 για Windows.

### **1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:**

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 σύνολα των απαντήσεων.

Έτσι, οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με τη μέση τιμή (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

## **2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:**

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

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων ήταν  $\chi^2$ -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates).

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα  $p < 0.05$  (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

## Αποτελέσματα

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 80 ασθενείς. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

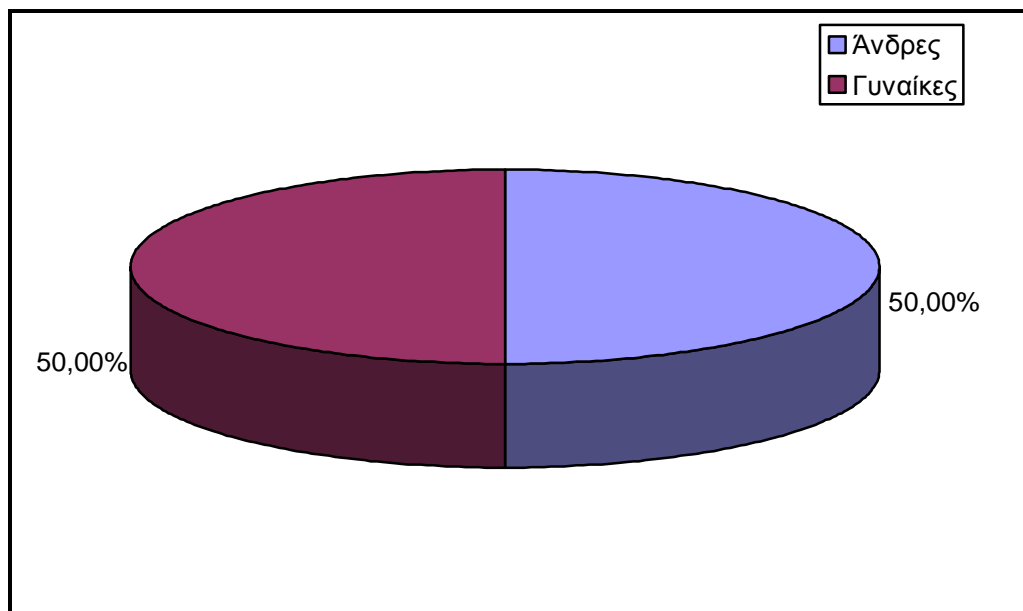
Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Απόλυτα μοιρασμένα είναι τα ποσοστά ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες ασθενείς που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα. Έτσι, το 50.00% των ασθενών ήταν γυναίκες και το άλλο 50.00% άνδρες (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

ΦΥΛΟ	N=80	Percent
Άντρες	40	50.00%
Γυναίκες	40	50.00%

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

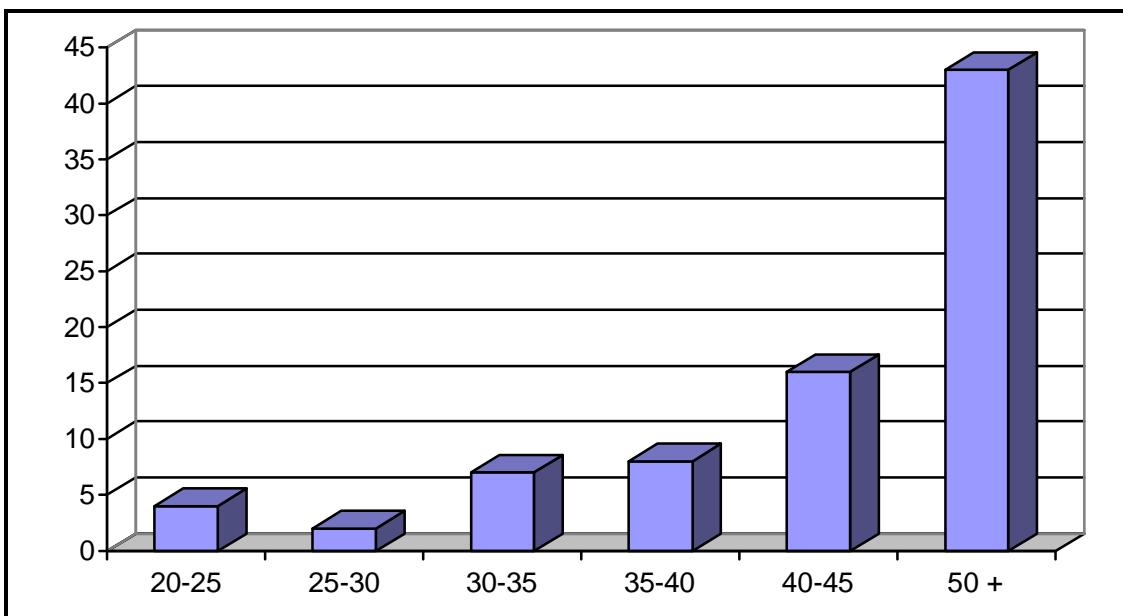


43 ασθενείς (ποσοστό 53.75%) ήταν ηλικίας 50 ετών και άνω και 16 (ποσοστό 20.00%) μεταξύ 40-45 ετών. Ακόμα 8 ασθενείς (ποσοστό 10.00%) ήταν μεταξύ 35-40 ετών, 7 ασθενείς (ποσοστό 8.75%) μεταξύ 30-35 ετών, 4 ασθενείς (ποσοστό 5.00%) μεταξύ 20-25 ετών και 2 άτομα (ποσοστό 2.50%) ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία των 25-30 ετών (Πίνακας 2, Σχήμα 2).

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.

ΗΛΙΚΙΑ	N=80	Percent
20-25	4	5.00%
25-30	2	2.50%
30-35	7	8.75%
35-40	8	10.00%
40-45	16	20.00%
50 +	43	53.75%

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία τους.

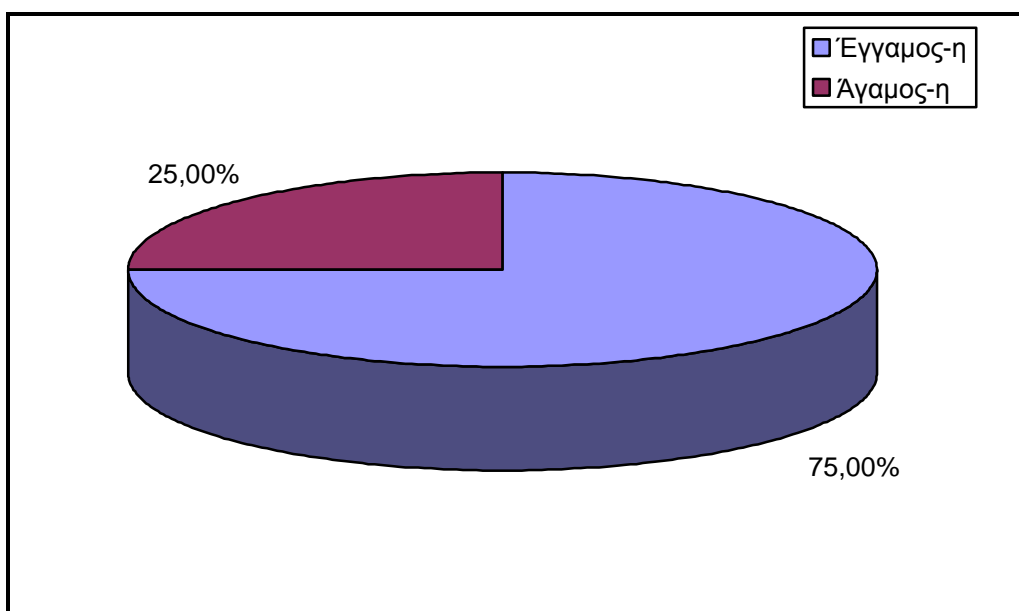


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων ασθενών (60 άτομα - ποσοστό 75.00%) ήταν έγγαμοι. 20 ασθενείς (ποσοστό 25.00%) ήταν άγαμοι (Πίνακας 3, Σχήμα 3).

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση.

<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Έγγαμος-η	60	75.00%
Άγαμος-η	20	25.00%

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση.



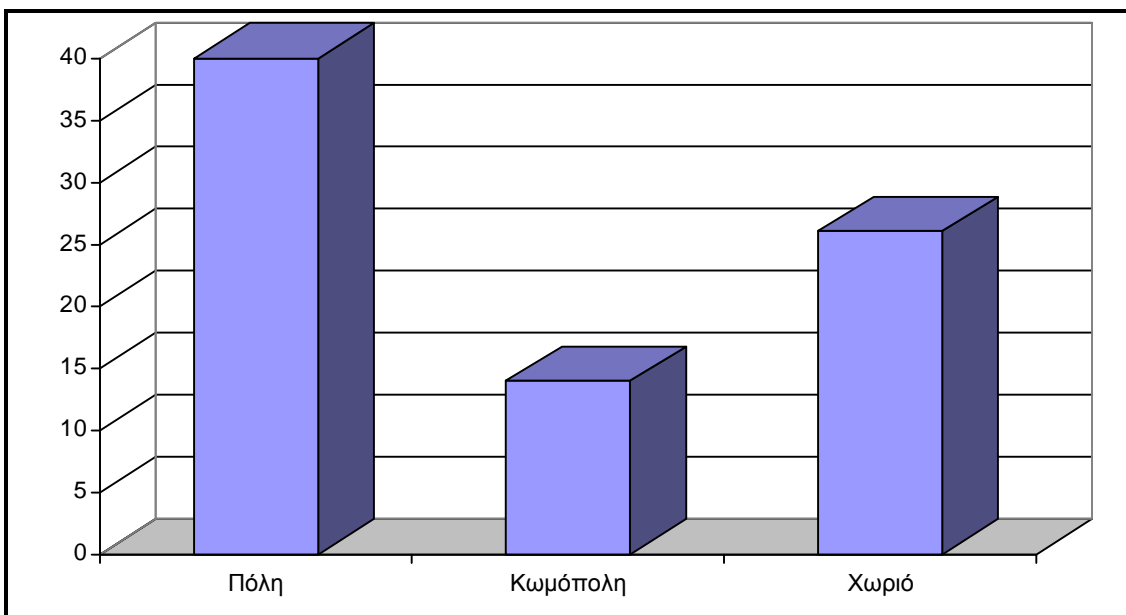
Οι μισοί από τους ερωτηθέντες ασθενείς (40 άτομα - ποσοστό 50.00%) ζουν σε πόλη, ενώ 26 άτομα (ποσοστό 32.50%) δηλώνουν ως τόπο μόνιμης κατοικίας τους χωριό. Ακόμα 14 ασθενείς (ποσοστό 17.50%) ζουν σε κωμόπολη (Πίνακας 4, Σχήμα 4).

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τόπο διαμονής τους.

<b>ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Πόλη	40	50.00%
Κωμόπολη	14	17.50%
Χωριό	26	32.50%



Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τόπο διαμονής τους.

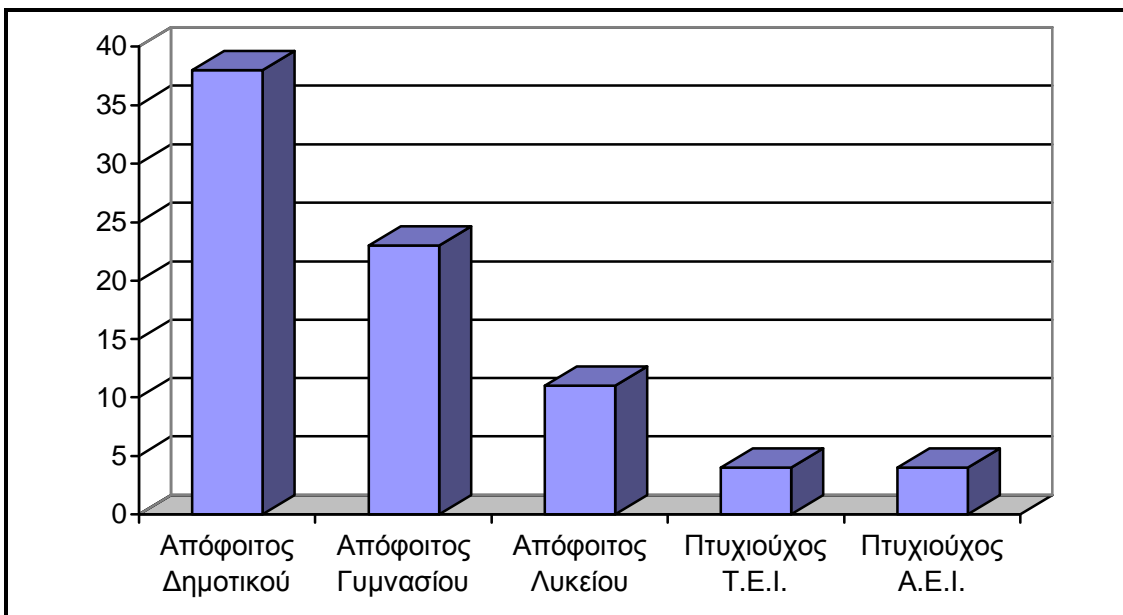


Από τους ερωτηθέντες ασθενείς, το μεγαλύτερο ποσοστό (38 άτομα - ποσοστό 47.50%) ήταν απόφοιτοι Δημοτικού και 23 άτομα (ποσοστό 28.75%) απόφοιτοι Γυμνασίου. Οι υπόλοιποι ερωτηθέντες ασθενείς ήταν απόφοιτοι Λυκείου (11 άτομα - ποσοστό 13.75%), πτυχιούχοι Τ.Ε.Ι. (4 άτομα - ποσοστό 5.00%) και πτυχιούχοι Α.Ε.Ι. (4 άτομα - ποσοστό 5.00%) (Πίνακας 5, Σχήμα 5).

Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο.

<b>ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Απόφοιτος Δημοτικού	38	47.50%
Απόφοιτος Γυμνασίου	23	28.75%
Απόφοιτος Λυκείου	11	13.75%
Πτυχιούχος Τ.Ε.Ι.	4	5.00%
Πτυχιούχος Α.Ε.Ι.	4	5.00%

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο.

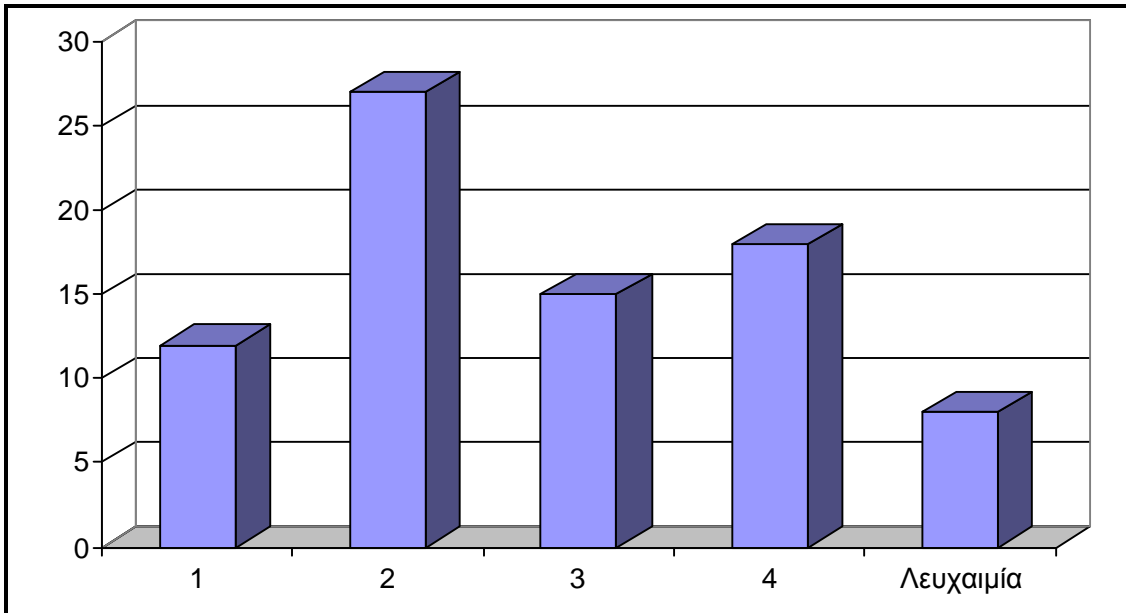


Το 33.75% των ερωτηθέντων ασθενών (27 άτομα) πάσχουν από νεοπλασία δευτέρου σταδίου ενώ το 22.50% (18 άτομα) τετάρτου σταδίου. Ακόμα, 15 ασθενείς (ποσοστό 18.75%) πάσχουν από νεοπλασία τρίτου σταδίου, 12 άτομα (ποσοστό 15.00%) πρώτου σταδίου και τα υπόλοιπα 8 άτομα (ποσοστό 10.00%) πάσχουν από λευχαιμία (Πίνακας 6, Σχήμα 6).

Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το στάδιο της ασθένειάς τους.

ΣΤΑΔΙΟ:	N=80	Percent
1	12	15.00%
2	27	33.75%
3	15	18.75%
4	18	22.50%
Λευχαιμία	8	10.00%

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το στάδιο της ασθένειάς τους.

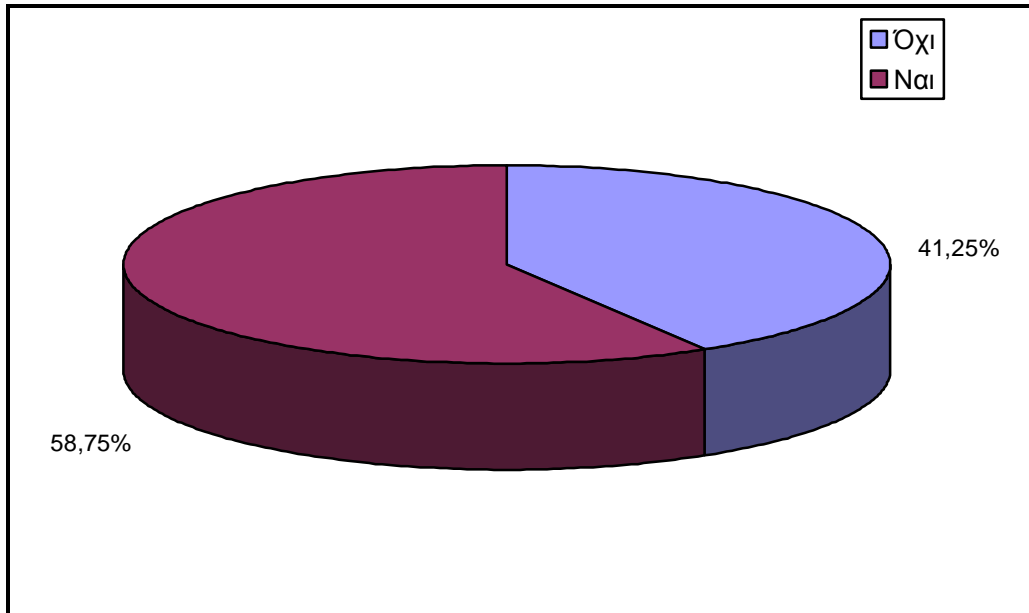


47 ασθενείς (ποσοστό 58.75%) ανέφεραν ότι παρουσίασαν μετάσταση ενώ αντίθετα οι υπόλοιποι 33 (ποσοστό 41.25%) δεν έχουν παρουσιάσει μετάσταση (Πίνακας 7, Σχήμα 7).

Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν παρουσίασαν μετάσταση.

<b>ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ:</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Όχι	33	41.25%
Ναι	47	58.75%

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν παρουσίασαν μετάσταση.

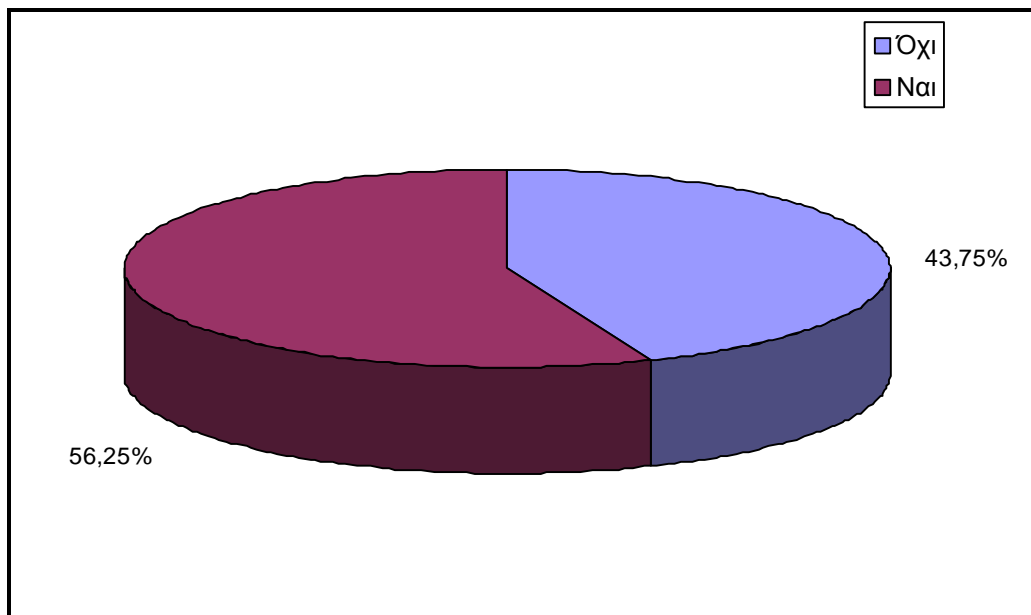


Οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες ασθενείς (45 άτομα - ποσοστό 56.25%) παρουσίασαν υποτροπή ενώ οι υπόλοιποι 35 (ποσοστό 43.75%) δεν έχουν υποτροπιάσει (Πίνακας 8, Σχήμα 8).

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν παρουσίασαν υποτροπή.

<b>ΥΠΟΤΡΟΠΗ:</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Όχι	35	43.75%
Ναι	45	56.25%

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν παρουσίασαν υποτροπή.

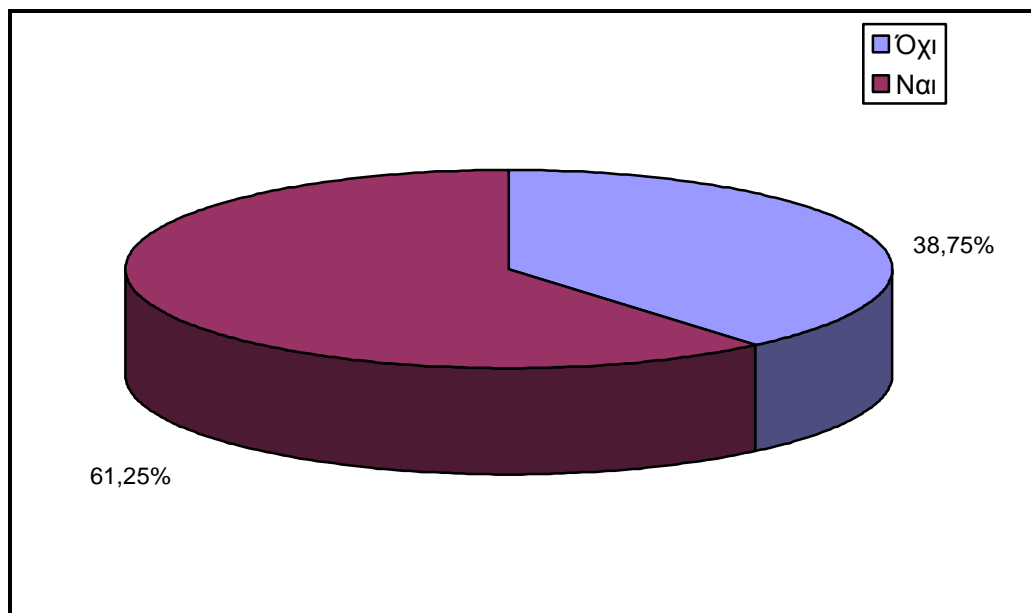


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων ασθενών (49 άτομα - ποσοστό 61.25%) αναφέρει ότι έχει προηγηθεί χειρουργική αφαίρεση σε αντίθεση με 31 ασθενείς (ποσοστό 38.75%) που δεν έχει προηγηθεί χειρουργική αφαίρεση (Πίνακας 9, Σχήμα 9).

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχει προηγηθεί χειρουργική αφαίρεση.

<b>ΕΧΕΙ ΠΡΟΗΓΗΘΕΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ:</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Όχι	31	38.75%
Ναι	49	61.25%

Σχήμα 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχει προηγηθεί χειρουργική αφαίρεση.

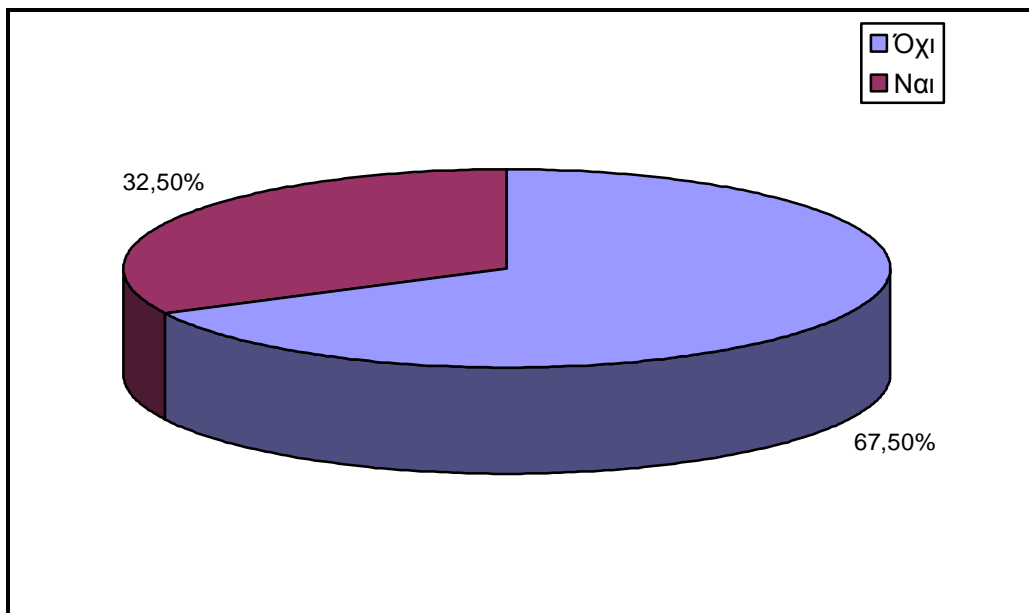


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων ασθενών (54 άτομα - ποσοστό 67.50%) αναφέρουν ότι δεν έχουν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία σε αντίθεση με 26 ασθενείς (ποσοστό 32.50%) οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία (Πίνακας 10, Σχήμα 10).

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία.

<b>ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Όχι	54	67.50%
Ναι	26	32.50%

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία.



Το σύνολο των ερωτηθέντων ασθενών (80 άτομα - ποσοστό 100%) εκδήλωσαν κάποια συμπτώματα μετά την χημειοθεραπεία στην οποία υπεβλήθησαν (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα μετά την χημειοθεραπεία.

<b>ΕΚΔΗΛΩΣΑΤΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Όχι	0	0.00%
Ναι	80	100.00%

Ζητήθηκε τώρα από τους ερωτηθέντες ασθενείς να αναφέρουν τα συμπτώματα που εμφάνισαν μετά τη χημειοθεραπεία. Έτσι, οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες (75 άτομα – ποσοστό 93.75%) ανέφεραν την αλωπεκία ως το κυριότερο σύμπτωμα που εκδήλωσαν μετά την χημειοθεραπεία στην οποία υπεβλήθησαν. Ένα επίσης αρκετά μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων (66 άτομα – ποσοστό 82.50%) ανέφεραν την ναυτία, 61 ασθενείς (ποσοστό 76.25%) τον έμμετο και 48 άτομα (ποσοστό 60.00%) την ανορεξία. Ακόμα 36 ασθενείς (ποσοστό 45.00%) ανέφεραν το σύμπτωμα της κόπωσης, 33 (ποσοστό 41.25%) την διάρροια και 24 (ποσοστό 30.00%) την ζάλη.

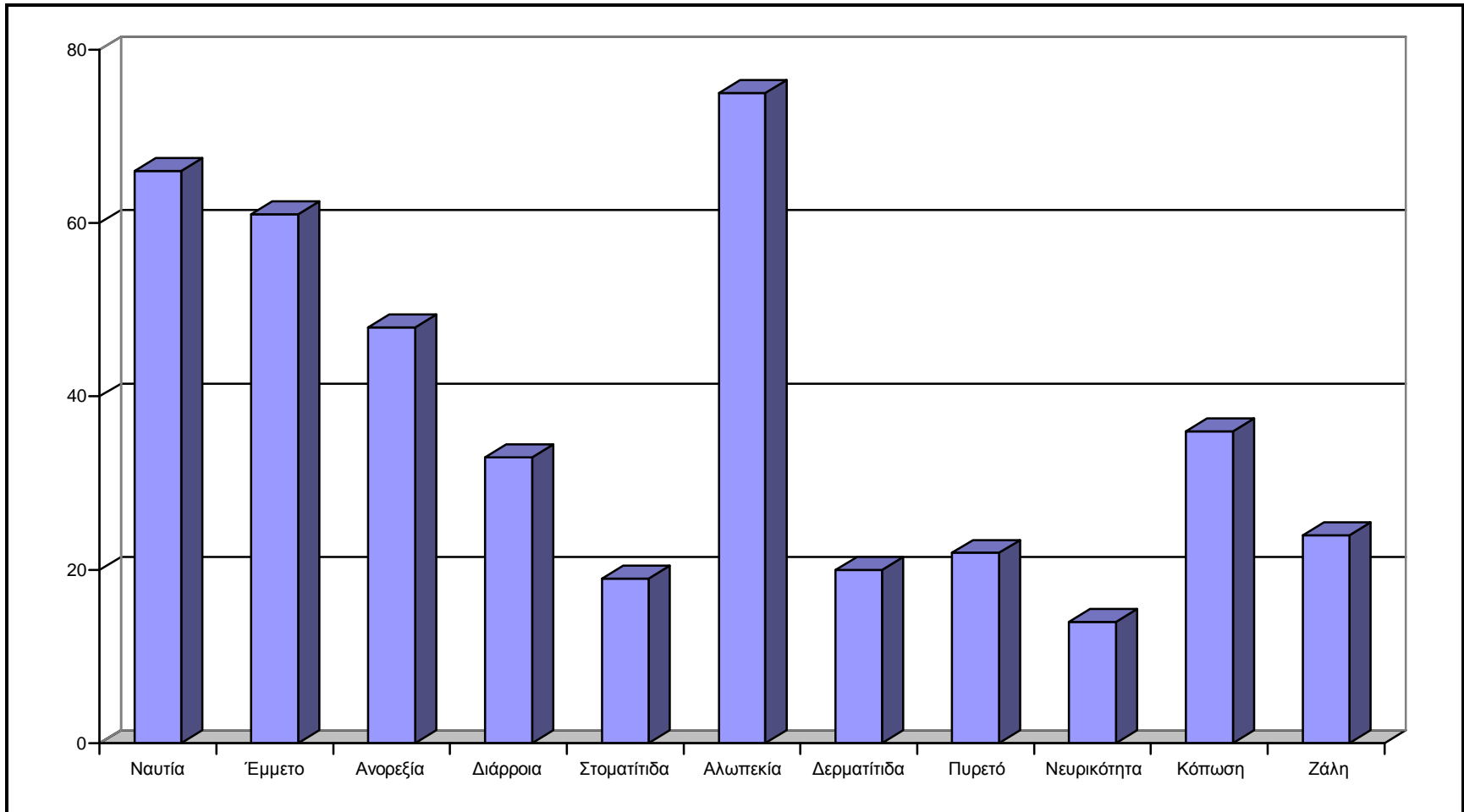
Επίσης ο πυρετός αναφέρθηκε ως το σύμπτωμα που εκδηλώθηκε μετά την χημειοθεραπεία από 22 ασθενείς (ποσοστό 27.50%), η δερματίτιδα από 20 (ποσοστό 25.00%) και η στοματίτιδα από 19 ασθενείς (ποσοστό 23.75%). Τέλος, 14 ερωτηθέντες ασθενείς (ποσοστό 17.50%) εκδήλωσαν το σύμπτωμα της νευρικότητας μετά την χημειοθεραπείας στην οποία υπεβλήθησαν (Πίνακας 11α, Σχήμα 11).

Πίνακας 11α: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα συμπτώματα που εκδήλωσαν.

<b>ΕΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Ναυτία	66	82.50%
Έμμετο	61	76.25%
Ανορεξία	48	60.00%
Διάρροια	33	41.25%
Στοματίτιδα	19	23.75%
Αλωπεκία	75	93.75%
Δερματίτιδα	20	25.00%
Πυρετό	22	27.50%
Νευρικότητα	14	17.50%
Κόπωση	36	45.00%
Ζάλη	24	30.00%



Σχήμα 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα συμπτώματα που εκδήλωσαν.



Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες ασθενείς να τοποθετήσουν σε μια δεκαβάθμια κλίμακα, όπου 1-Καθόλου, 5-Αρκετά, 10-Πάρα πολύ, την προσωπική τους άποψη για την ένταση του πόνου (μυϊκού, οστικού, σπλαχνικού κ.α.).

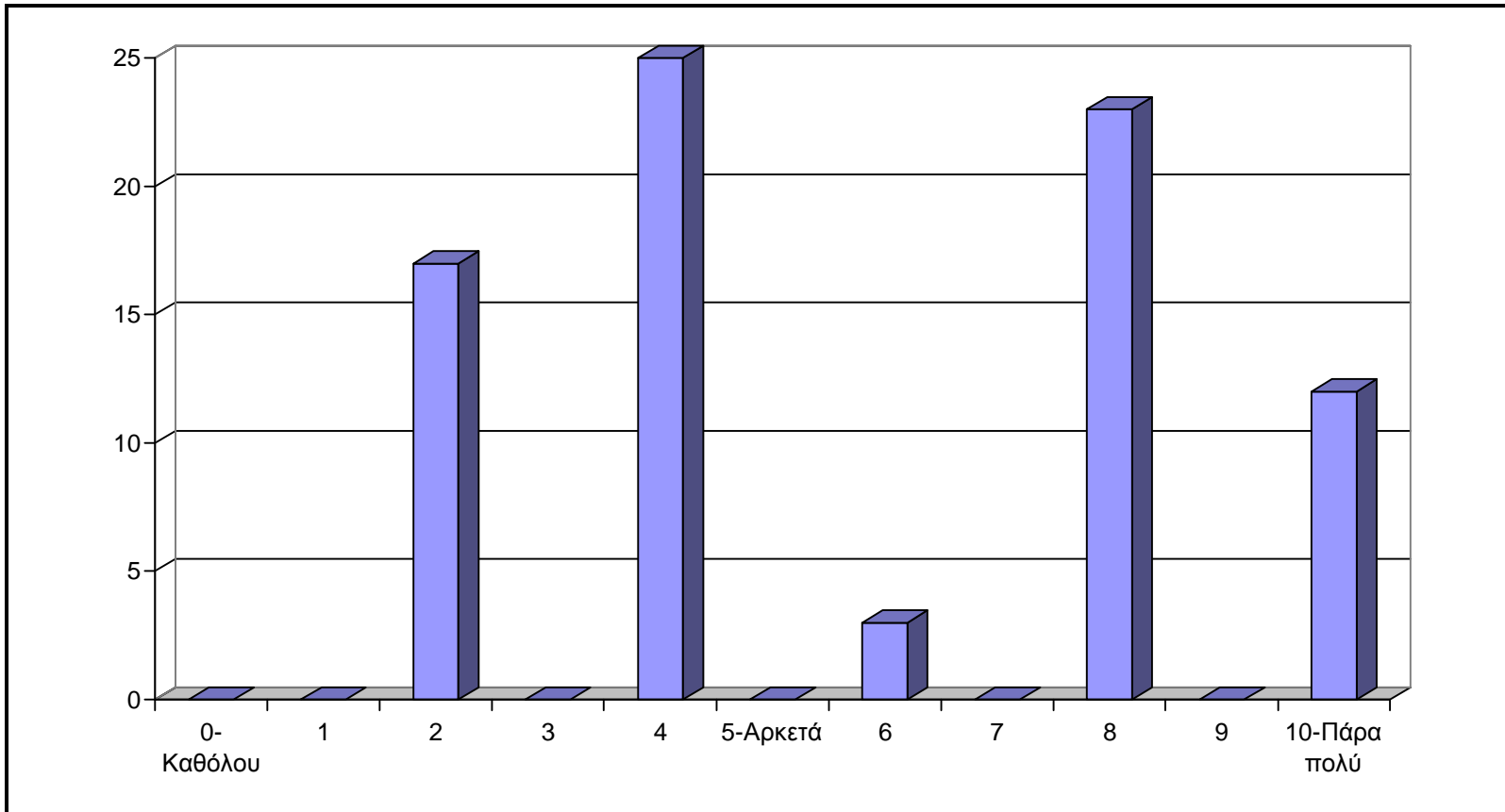
Παρατηρήθηκε λοιπόν, ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες ασθενείς (42 άτομα – ποσοστό 52.50%) έδωσαν βαθμό μικρότερο του 5, που δείχνει ότι δεν θεωρούν την ένταση του πόνου μεγάλη.

Αντίθετα, 38 άτομα (ποσοστό 47.50%) έβαλαν βαθμό μεταξύ του 5-Αρκετά και του 10-Πάρα πολύ, που σημαίνει ότι θεωρούν αρκετά μεγάλη την ένταση του πόνου (Πίνακας 12, Σχήμα 12).

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ένταση του πόνου (μυϊκού, οστικού, σπλαχνικού κ.α.).

<b>ΤΟΠΟΘΕΤΕΙΣΤΕ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΑΣ ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ (ΜΥΪΚΟΥ, ΟΣΤΙΚΟΥ, ΣΠΛΑΧΝΙΚΟΥ κ.α.)</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
0-Καθόλου	0	0.00%
1	0	0.00%
2	17	21.25%
3	0	0.00%
4	25	31.25%
5-Αρκετά	0	0.00%
6	3	3.75%
7	0	0.00%
8	23	28.75%
9	0	0.00%
10-Πάρα πολύ	12	15.00%

Σχήμα 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ένταση του πόνου (μυϊκού, οστικού, σπλαχνικού κ.α.).

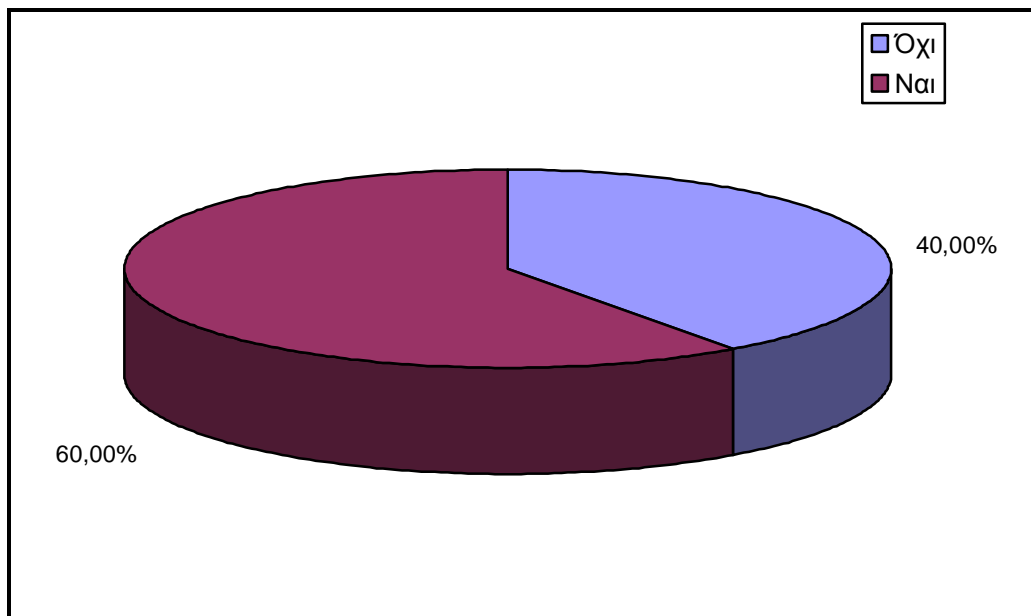


48 ασθενείς (ποσοστό 60.00%) δήλωσαν ότι πιστεύουν στα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας ενώ 32 άτομα (ποσοστό 40.00%) όχι (Πίνακας 13, Σχήμα 13).

Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν στα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας.

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΣΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Όχι	32	40.00%
Ναι	48	60.00%

Σχήμα 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν στα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας.



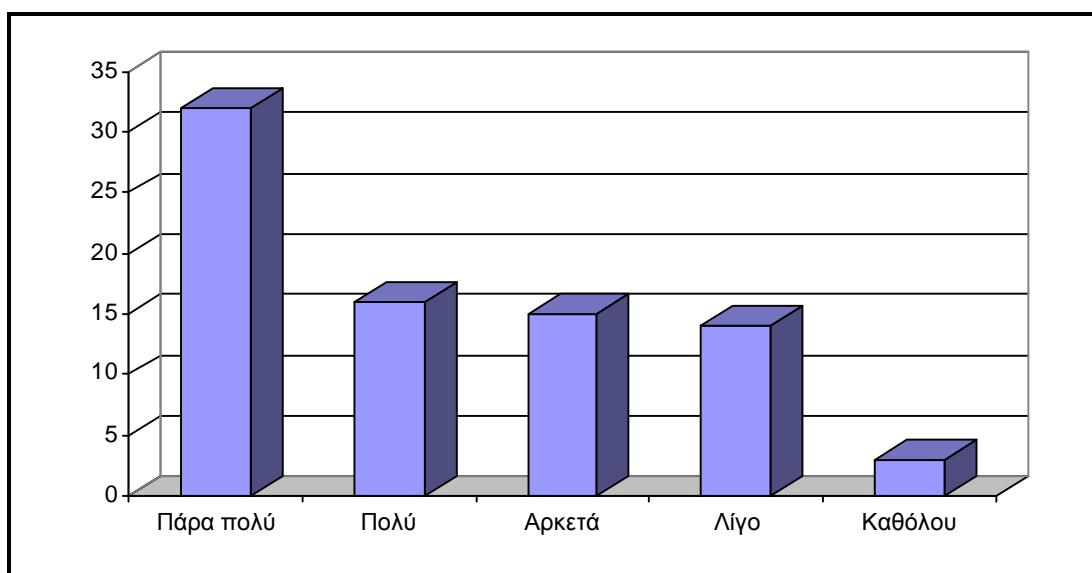
Όσον αφορά το κατά πόσο έχουν εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα που τους παρέχει, 32 άτομα (ποσοστό 40.00%) απάντησαν πάρα πολύ, 16 άτομα (ποσοστό 20.00%) πολύ και 15 άτομα (ποσοστό 18.75%) αρκετά.

Αντίθετα, 14 άτομα (ποσοστό 17.50%) έχουν λίγη εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα που τους παρέχει και 3 άτομα (ποσοστό 3.75%) δεν έχουν καθόλου εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα που τους παρέχει (Πίνακας 14, Σχήμα 14).

Πίνακας 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κατά πόσο έχουν εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα που τους παρέχει.

<b>ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΕΧΕΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΕΧΕΙ:</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Πάρα πολύ	32	40.00%
Πολύ	16	20.00%
Αρκετά	15	18.75%
Λίγο	14	17.50%
Καθόλου	3	3.75%

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κατά πόσο έχουν εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα που τους παρέχει.

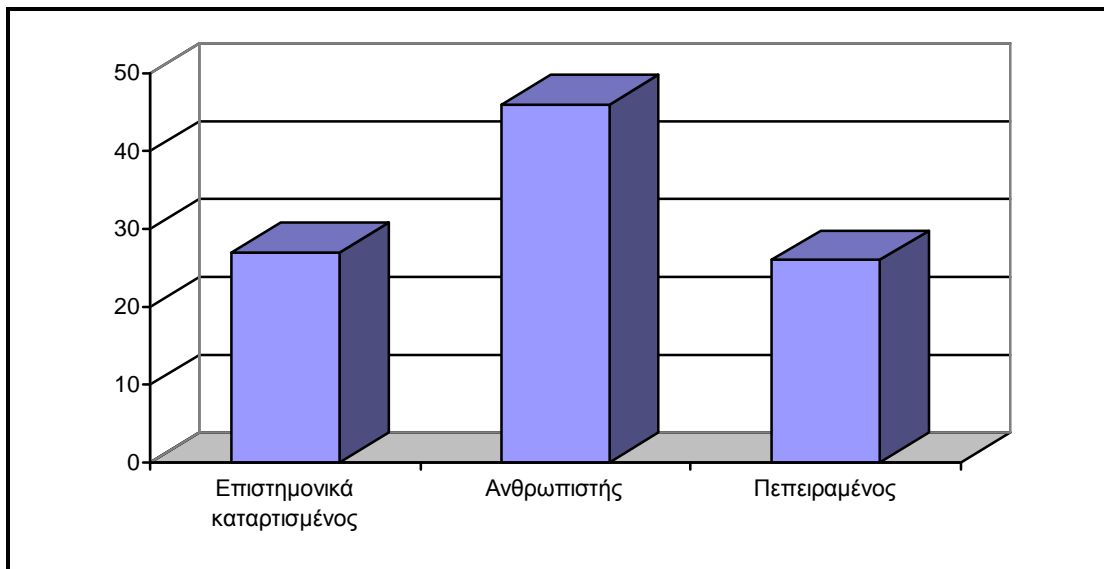


Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες ασθενείς να περιγράψουν τον ιδανικό νοσηλευτή-τρια που θα ήθελαν να τους χορηγεί την φαρμακευτική αγωγή. Έτσι, 46 άτομα (ποσοστό 57.50%) επιθυμούν έναν ανθρωπιστή νοσηλευτή-τρια., 27 άτομα (ποσοστό 33.75%) έναν επιστημονικά καταρτισμένο νοσηλευτή-τρια και 26 άτομα (ποσοστό 32.50%) έναν πεπειραμένο νοσηλευτή-τρια (Πίνακας 15, Σχήμα 15).

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πώς θέλουν να είναι ο νοσηλευτής-τρια που τους χορηγεί την φαρμακευτική αγωγή.

<b>ΠΩΣ ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΕΙΝΑΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ-ΤΡΙΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΧΟΡΗΓΕΙ ΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ:</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Επιστημονικά καταρτισμένος	27	33.75%
Ανθρωπιστής	46	57.50%
Πεπειραμένος	26	32.50%

Σχήμα 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πώς θέλουν να είναι ο νοσηλευτής-τρια που τους χορηγεί την φαρμακευτική αγωγή.



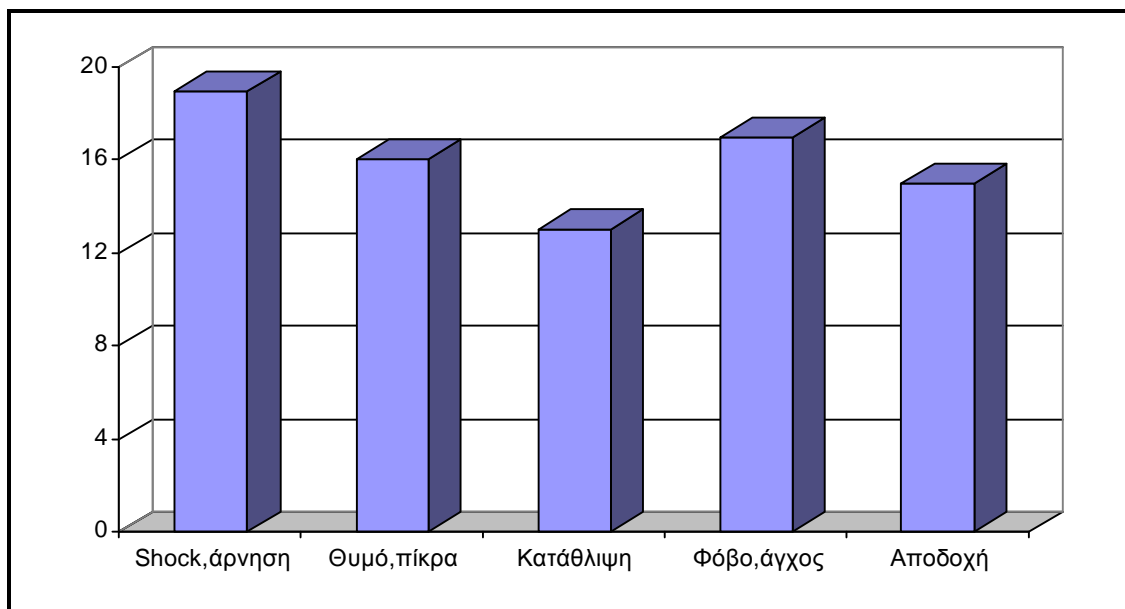
Το shock και η άρνηση ήταν το κυριότερο συναίσθημα που ένοιωσαν οι ερωτηθέντες ασθενείς (19 άτομα – ποσοστό 23.75%) όταν άκουσαν για πρώτη φορά ότι θα υποβληθούν σε χημειοθεραπεία. Ακολουθεί ο φόβος και το άγχος (17 άτομα – ποσοστό 21.25%), ο θυμός και η πίκρα (16 άτομα – ποσοστό 20.00%).

Τέλος 15 άτομα (ποσοστό 18.75%) ένοιωσαν αποδοχή όταν άκουσαν για πρώτη φορά ότι θα υποβληθούν σε χημειοθεραπεία και 13 άτομα (ποσοστό 16.25%) κατάθλιψη (Πίνακας 16, Σχήμα 16).

Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα συναισθήματα που ένοιωσαν όταν άκουσαν για πρώτη φορά ότι θα υποβληθούν σε χημειοθεραπεία.

<b>ΤΙ ΑΙΣΘΑΝΘΗΚΑΤΕ ΟΤΑΝ ΑΚΟΥΣΑΤΕ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΟΤΙ ΘΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙΤΕ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Shock, άρνηση	19	23.75%
Θυμό, πίκρα	16	20.00%
Κατάθλιψη	13	16.25%
Φόβο, άγχος	17	21.25%
Αποδοχή	15	18.75%

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα συναισθήματα που ένοιωσαν όταν άκουσαν για πρώτη φορά ότι θα υποβληθούν σε χημειοθεραπεία.



Όσον αφορά τα συναισθήματα που ένοιωσαν κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, 33 άτομα (ποσοστό 41.25%) αισθάνθηκαν απελπισία και απογοήτευση, 14 άτομα (ποσοστό 17.50%) απώλεια ανεξαρτησίας και 11 άτομα (ποσοστό 13.75%) μοναξιά.

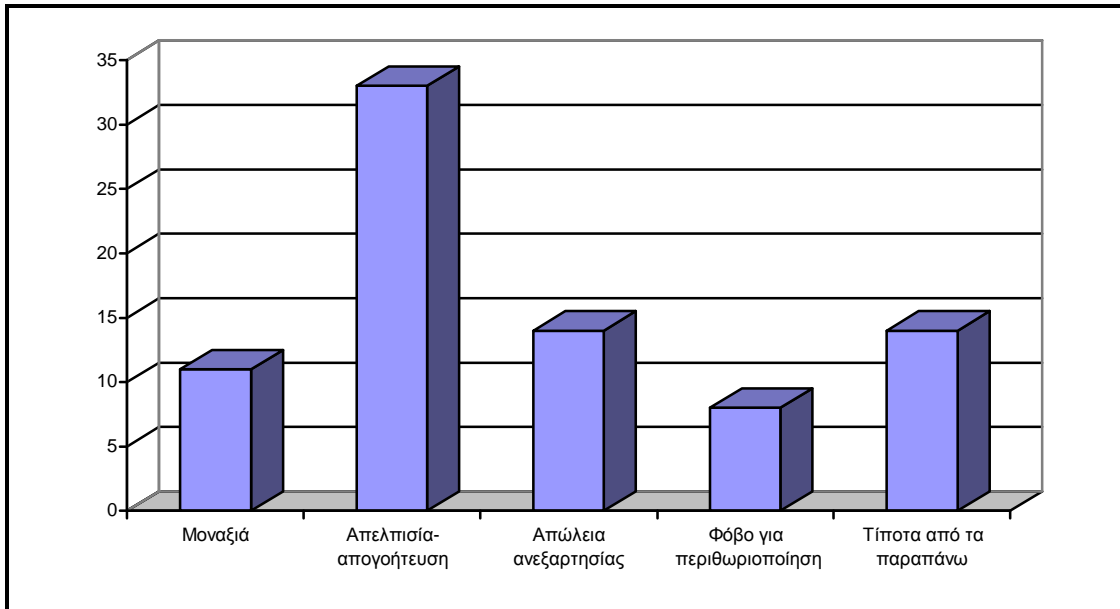
Τέλος, 8 άτομα (ποσοστό 10.00%) ένοιωσαν φόβο για περιθωριοποίηση κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας ενώ ένα σημαντικό ποσοστό ερωτηθέντων ασθενών (14 άτομα – ποσοστό 17.50%) δεν αισθάνθηκε τίποτα από τα παραπάνω κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας (Πίνακας 17, Σχήμα 17).

Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα συναισθήματα που ένοιωσαν κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.

<b>ΤΙ ΑΙΣΘΑΝΘΗΚΑΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Μοναξιά	11	13.75%
Απελπισία-απογοήτευση	33	41.25%
Απώλεια ανεξαρτησίας	14	17.50%
Φόβο για περιθωριοποίηση	8	10.00%
Τίποτα από τα παραπάνω	14	17.50%



Σχήμα 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα συναισθήματα που ένοιωσαν κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.

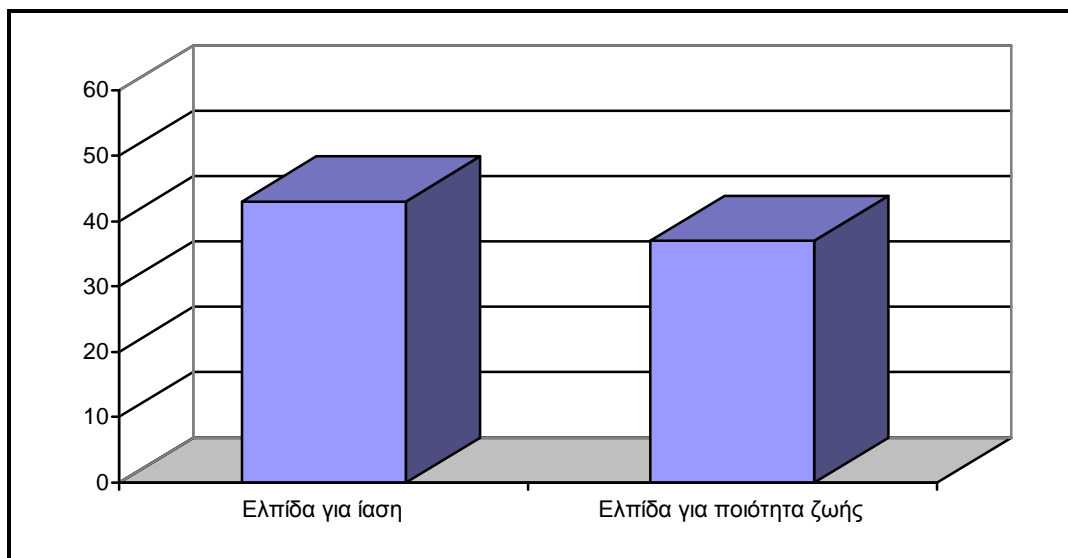


Οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες ασθενείς (43 άτομα – ποσοστό 53.75%) ελπίζουν για ίαση ενώ το υπόλοιπο 46.25% των ερωτηθέντων ασθενών (37 άτομα) ελπίζουν για ποιότητα ζωής (Πίνακας 18, Σχήμα 18).

Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ελπίδα που έχουν.

ΕΛΠΙΣΤΕ:	N=80	Percent
Ελπίδα για ίαση	43	53.75%
Ελπίδα για ποιότητα ζωής	37	46.25%

Σχήμα 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ελπίδα που έχουν.

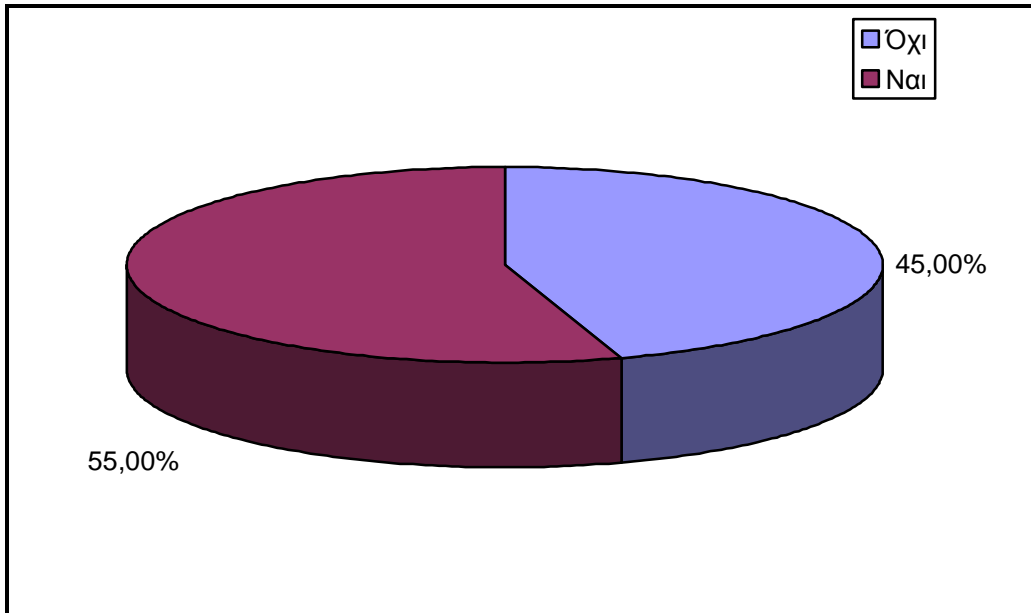


Οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες ασθενείς (44 άτομα - ποσοστό 55.00%) πιστεύουν ότι η αίσθηση της απώλειας ελέγχου των σωματικών τους λειτουργιών απειλεί την αυτοεκτίμησή τους, ενώ 36 άτομα (ποσοστό 45.00%) έχουν αντίθετη άποψη (Πίνακας 19, Σχήμα 19).

Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η αίσθηση της απώλειας ελέγχου των σωματικών τους λειτουργιών απειλεί την αυτοεκτίμησή τους.

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΑΙΣΘΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΣΑΣ ΑΠΕΙΛΕΙ ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΑΣ:</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Όχι	36	45.00%
Ναι	44	55.00%

Σχήμα 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η αίσθηση της απώλειας ελέγχου των σωματικών τους λειτουργιών απειλεί την αυτοεκτίμησή τους.



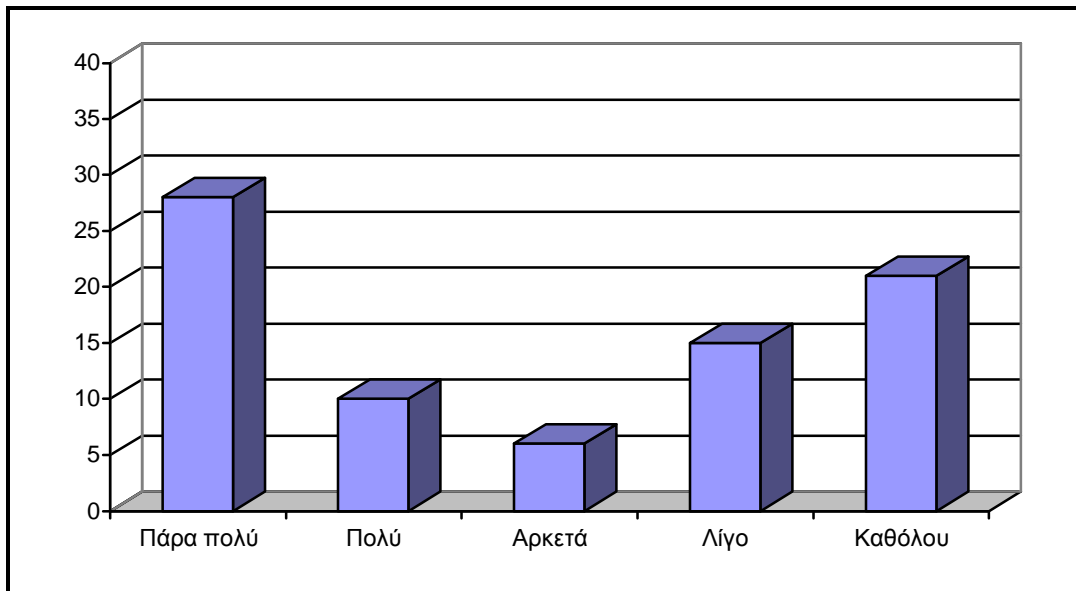
Στην ερώτηση κατά πόσο η αλλαγή της σωματικής τους εμφάνισης τους δημιουργεί στρες, 28 άτομα (ποσοστό 35.00%) απάντησαν πάρα πολύ ενώ αντίθετα 21 άτομα (ποσοστό 26.25%) καθόλου.

Ακόμα, 15 άτομα (ποσοστό 18.75%) πιστεύουν ότι η αλλαγή της σωματικής τους εμφάνισης τους δημιουργεί λίγο στρες, 10 άτομα (ποσοστό 12.50%) πολύ και 6 άτομα (ποσοστό 7.50%) ανέφεραν ότι η αλλαγή της σωματικής τους εμφάνισης τους δημιουργεί αρκετό στρες (Πίνακας 20, Σχήμα 20).

Πίνακας 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κατά πόσο η αλλαγή της σωματικής τους εμφάνισης τους δημιουργεί στρες.

<b>ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ Η ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΑΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΣΤΡΕΣ:</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Πάρα πολύ	28	35.00%
Πολύ	10	12.50%
Αρκετά	6	7.50%
Λίγο	15	18.75%
Καθόλου	21	26.25%

Σχήμα 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κατά πόσο η αλλαγή της σωματικής τους εμφάνισης τους δημιουργεί στρες.

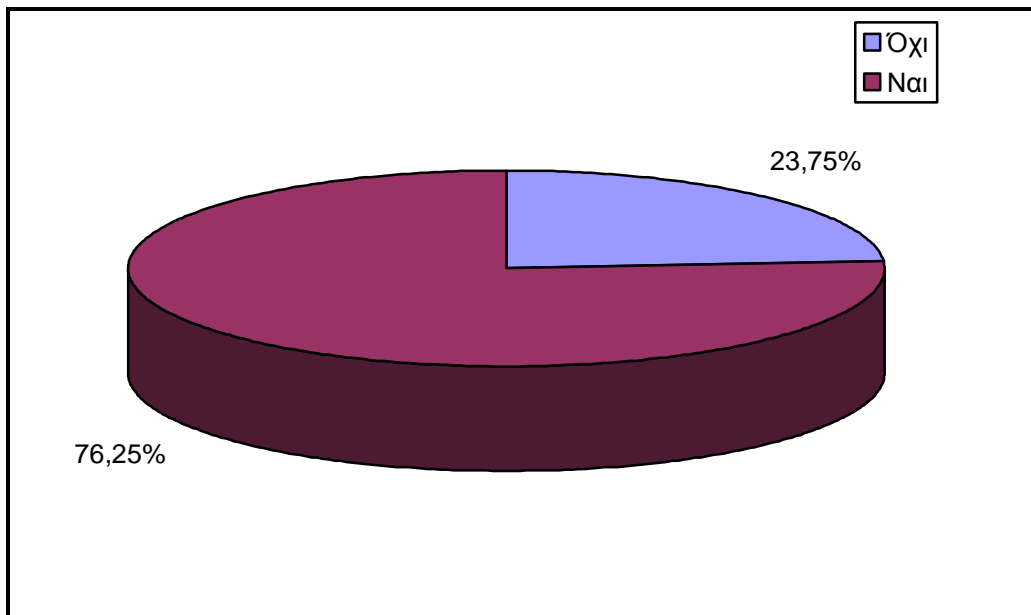


Στην ερώτηση εάν πιστεύουν ότι η ασθένειά τους συνεπάγεται περιορισμούς στην κοινωνική τους δραστηριότητα, 61 ασθενείς (ποσοστό 76.25%) απάντησαν θετικά ενώ 19 ασθενείς (ποσοστό 23.75%) αρνητικά (Πίνακας 21, Σχήμα 21).

Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ασθένειά τους συνεπάγεται περιορισμούς στην κοινωνική τους δραστηριότητα.

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΣΥΝΕΠΑΓΕΤΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΑΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ:</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Όχι	19	23.75%
Ναι	61	76.25%

Σχήμα 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ασθένειά τους συνεπάγεται περιορισμούς στην κοινωνική τους δραστηριότητα.

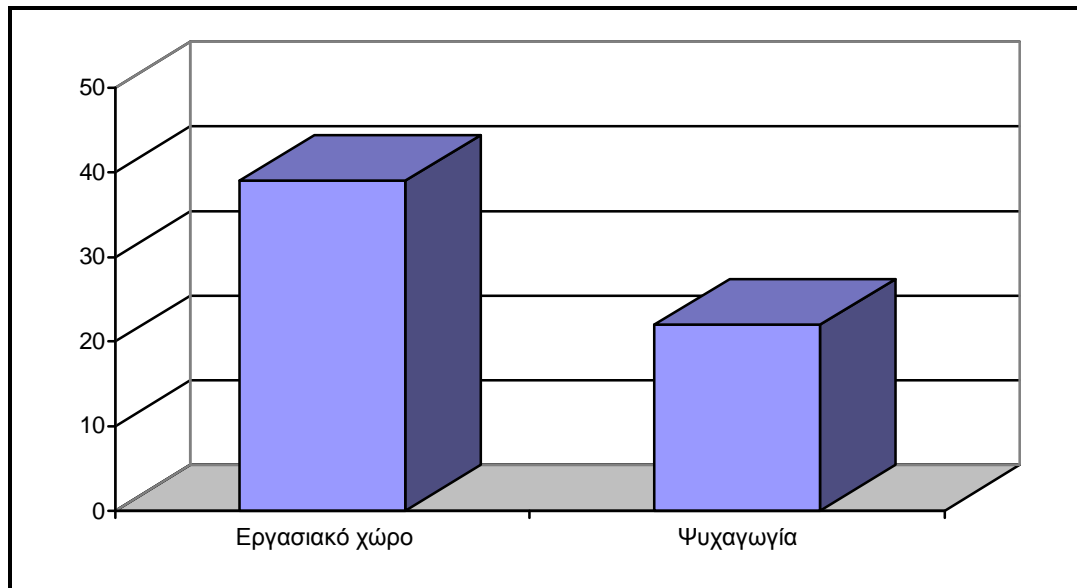


Από τους ερωτηθέντες ασθενείς που απάντησαν ότι η ασθένειά τους συνεπάγεται περιορισμούς στην κοινωνική τους δραστηριότητα, 39 άτομα (ποσοστό 63.93%) αναφέρουν περιορισμό στον εργασιακό τους χώρο και 22 άτομα (ποσοστό 36.07%) στην ψυχαγωγία (Πίνακας 22, Σχήμα 22).

Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τους τομείς στους οποίους η ασθένειά τους συνεπάγεται περιορισμούς στην κοινωνική τους δραστηριότητα.

<b>ΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΤΟΜΕΙΣ:</b>	<b>N=61</b>	<b>Percent</b>
Εργασιακό χώρο	39	63.93%
Ψυχαγωγία	22	36.07%

Σχήμα 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τους τομείς στους οποίους η ασθένειά τους συνεπάγεται περιορισμούς στην κοινωνική τους δραστηριότητα.

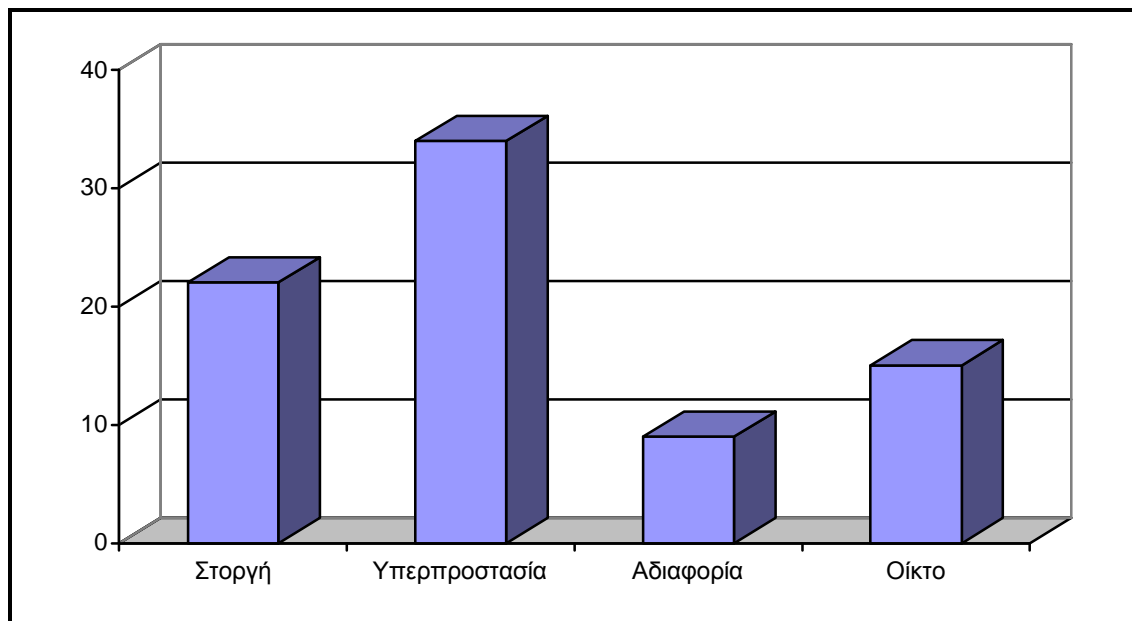


Η υπερπροστασία είναι ο δημοφιλέστερος τρόπος αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί το συγγενικό περιβάλλον απέναντι στους ερωτηθέντες ασθενείς (34 άτομα – ποσοστό 42.50%). Ακολουθούν η στοργή (22 άτομα – ποσοστό 27.50%), ο οίκτος (15 άτομα – ποσοστό 18.75%) και η αδιαφορία (9 άτομα – ποσοστό 11.25%) (Πίνακας 23, Σχήμα 23).

Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης από το συγγενικό τους περιβάλλον.

<b>ΤΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΑΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΜΕ:</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Στοργή	22	27.50%
Υπερπροστασία	34	42.50%
Αδιαφορία	9	11.25%
Οίκτο	15	18.75%

Σχήμα 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης από το συγγενικό τους περιβάλλον.



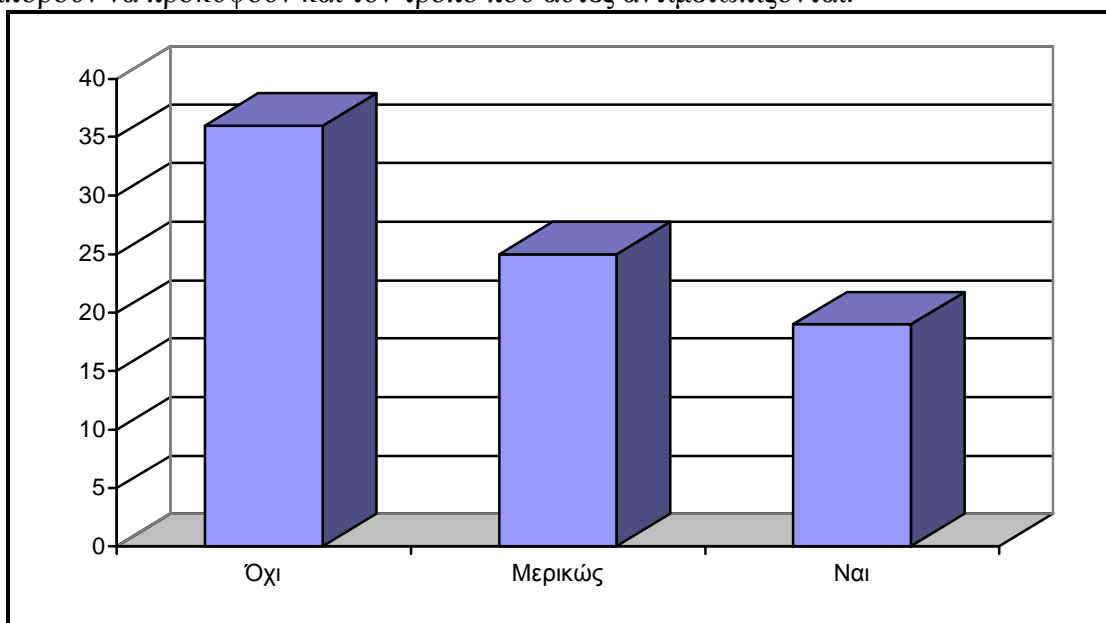
Το 45.00% των ερωτηθέντων ασθενών (36 άτομα) δηλώνει ότι δεν έχει ενημερωθεί όσον αφορά τη σημασία της χημειοθεραπείας, τις διαδικασίες που ακολουθούνται, τις παρενέργειες που μπορούν να προκύψουν και τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίζονται.

Αντίθετα, το 31.25% των ασθενών (25 άτομα) έχει ενημερωθεί μερικώς όσον αφορά τη σημασία της χημειοθεραπείας, τις διαδικασίες που ακολουθούνται, τις παρενέργειες που μπορούν να προκύψουν και τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίζονται και μόνο το 23.75% (19 άτομα) αυτών έχουν ενημερωθεί πλήρως (Πίνακας 24, Σχήμα 24).

Πίνακας 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον εάν έχουν ενημερωθεί όσον αφορά τη σημασία της χημειοθεραπείας, τις διαδικασίες που ακολουθούνται, τις παρενέργειες που μπορούν να προκύψουν και τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίζονται.

<b>ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΠΡΟΚΥΨΟΥΝ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΠΟΥ ΑΥΤΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ;</b>	<b>N=80</b>	<b>Percent</b>
Όχι	36	45.00%
Μερικώς	25	31.25%
Ναι	19	23.75%

Σχήμα 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον εάν έχουν ενημερωθεί όσον αφορά τη σημασία της χημειοθεραπείας, τις διαδικασίες που ακολουθούνται, τις παρενέργειες που μπορούν να προκύψουν και τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίζονται.





## Συμπεράσματα - Συσχετίσεις

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 80 ασθενείς. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

47 ασθενείς (ποσοστό 58.75%) ανέφεραν ότι παρουσίασαν μετάσταση ενώ αντίθετα οι υπόλοιποι 33 (ποσοστό 41.25%) δεν παρουσίασαν μετάσταση (Πίνακας 7).

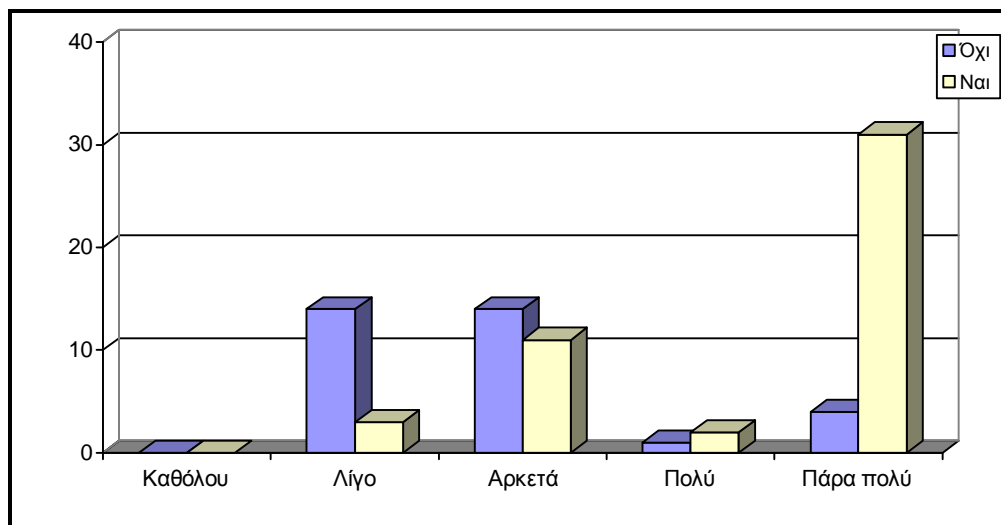
Ειδικότερα, ελέγχοντας εάν οι ερωτηθέντες ασθενείς είχαν μετάσταση με την ένταση του πόνου, παρατηρούμε διαφοροποιήσεις. Έτσι, οι ασθενείς που είχαν μετάσταση πιστεύουν σε ποσοστό 93.62% ότι η ένταση του πόνου είναι αρκετή έως πάρα πολύ έναντι 57.57% των ασθενών που δεν είχαν μετάσταση ( $\chi^2 = 27.02$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0.0001$ ) (Πίνακας 25, Σχήμα 25).

Πίνακας 25: Συσχέτιση της ερώτησης εάν έχουν μετάσταση οι ερωτηθέντες με την ένταση του πόνου.

		Μετάσταση		
		Όχι	Ναι	
<b>Ένταση του πόνου (μυϊκού, οστικού, σπλαγχνικού κ.α)</b>	Καθόλου	0 0.00%	0 0.00%	
	Λίγο	14 42.42%	3 6.38%	17
	Αρκετά	14 42.42%	11 23.40%	25
	Πολύ	1 3.03%	2 4.26%	3
	Πάρα πολύ	4 12.12%	31 65.96%	35
		33	47	80

$$\chi^2 = 27.02, df = 3, p < 0.0001$$

Σχήμα 25: Συσχέτιση της ερώτησης εάν έχουν μετάσταση οι ερωτηθέντες με την ένταση του πόνου.



Ελέγχοντας τώρα εάν οι ερωτηθέντες ασθενείς είχαν μετάσταση σε σχέση με το εάν πιστεύουν στα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας, παρατηρούμε διαφοροποιήσεις.

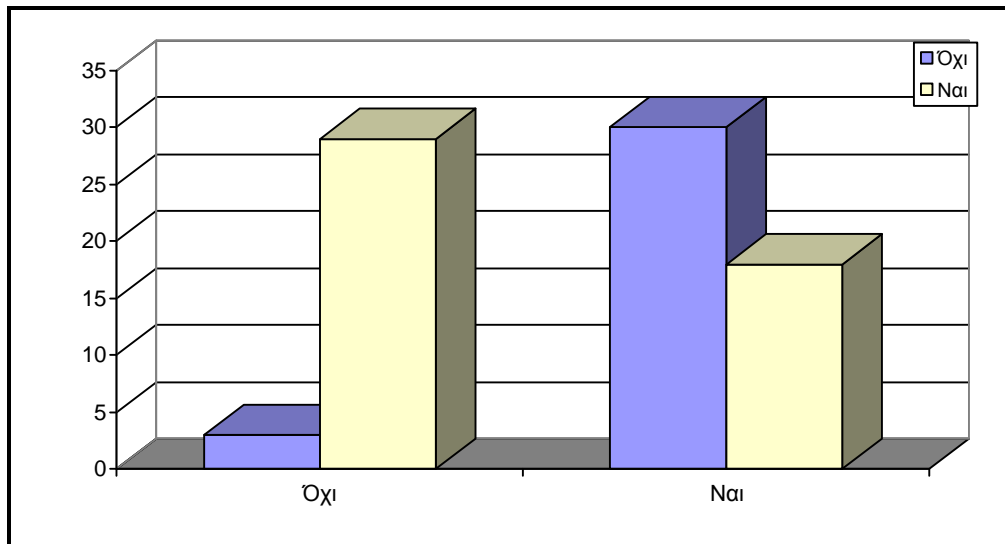
Έτσι, οι ασθενείς που δεν είχαν μετάσταση σε πολύ υψηλότερο ποσοστό 90.91% έναντι 38.30% των ασθενών που είχαν μετάσταση πιστεύουν στα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας. Η διαφορά που παρατηρήθηκε ήταν στατιστικά λυαν σημαντική ( $\chi^2 = 22.36$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.0001$ ) (Πίνακας 26, Σχήμα 26).

Πίνακας 26: Συσχέτιση της ερώτησης εάν έχουν μετάσταση οι ερωτηθέντες με το εάν πιστεύουν στα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας.

		Μετάσταση		
		Όχι	Ναι	
Πιστεύετε στα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας;	Όχι	3 9.09%	29 61.70%	32
	Ναι	30 90.91%	18 38.30%	48
		33	47	80

$$\chi^2 = 22.36, df = 1, p < 0.0001$$

Σχήμα 26: Συσχέτιση της ερώτησης εάν έχουν μετάσταση οι ερωτηθέντες με το εάν πιστεύουν στα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας.



Το 33.75% των ερωτηθέντων ασθενών (27 άτομα) πάσχουν από νεοπλασία δευτέρου σταδίου ενώ το 22.50% (18 άτομα) τέταρτου σταδίου. Ακόμα, 15 ασθενείς (ποσοστό 18.75%) πάσχουν από νεοπλασία τρίτου σταδίου, 12 άτομα (ποσοστό 15.00%) πρώτου σταδίου και τα υπόλοιπα 8 άτομα (ποσοστό 10.00%) πάσχουν από λευχαιμία (Πίνακας 6).

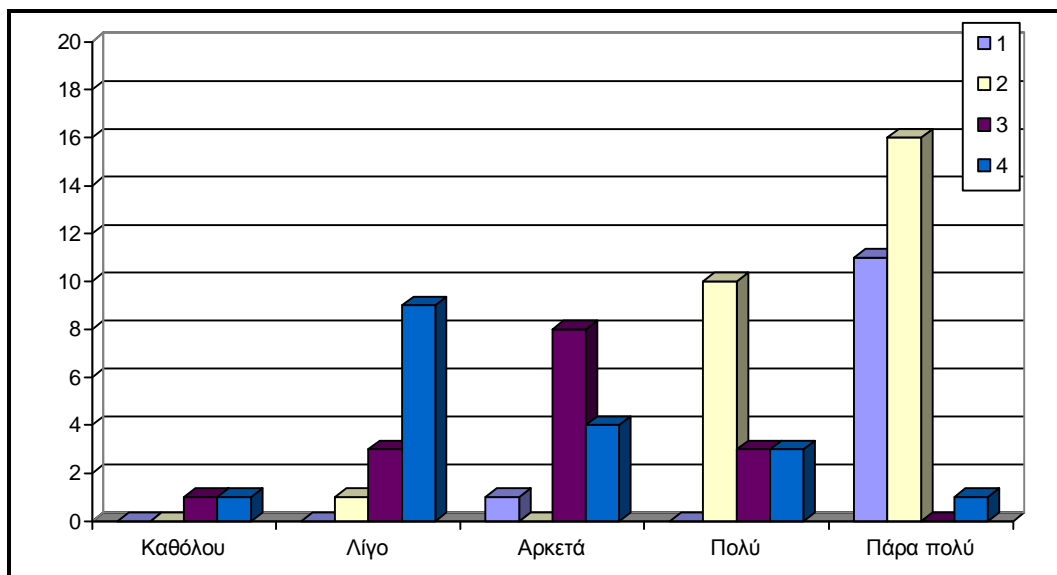
Ελέγχοντας το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νεοπλασία των ερωτηθέντων ασθενών με το κατά πόσο έχουν εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα που τους παρέχει παρατηρούμε τις εξής διαφοροποιήσεις. Οι ασθενείς που βρίσκονται στα πρώτα στάδια έχουν σε πολύ υψηλά ποσοστά έως και 100% αρκετά έως πάρα πολύ μεγάλη εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα που τους παρέχει έναντι 55.55% των ασθενών που βρίσκονται στο τέταρτο στάδιο, διαφορά στατιστικά λίαν σημαντική ( $\chi^2 = 65.34$ ,  $df = 12$ ,  $p < 0.0001$ ) (Πίνακας 27, Σχήμα 27).

Πίνακας 27: Συσχέτιση του σταδίου της ανατομικής θέσης του νεοπλάσματος των ερωτηθέντων και του κατά πόσο έχουν εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα που τους παρέχει.

		Στάδιο				
		1	2	3	4	
<b>Κατά πόσο έχετε εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα που σας παρέχει;</b>	Καθόλου	0 0.00%	0 0.00%	1 6.67%	1 5.55%	2
	Λίγο	0 0.00%	1 3.70%	3 20.00%	9 50.00%	13
	Αρκετά	1 8.33%	0 0.00%	8 53.33%	4 22.22%	14
	Πολύ	0 0.00%	10 37.04%	3 20.00%	3 16.67%	16
	Πάρα πολύ	11 91.67%	16 59.26%	0 0.00%	1 5.55%	28
		12	27	15	18	72

$$\chi^2 = 65.34, df = 12, p < 0.0001$$

Σχήμα 27: Συσχέτιση του σταδίου της ανατομικής θέσης του νεοπλάσματος των ερωτηθέντων και του κατά πόσο έχουν εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα που τους παρέχει.



Ελέγχοντας τώρα την ερώτηση εάν πιστεύουν ότι η ασθένειά τους συνεπάγεται περιορισμούς στην κοινωνική τους δραστηριότητα σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο διαπιστώνουμε διαφοροποιήσεις.

Έτσι, οι απόφοιτοι Δημοτικού σε ποσοστό 39.34% πιστεύουν ότι η ασθένειά τους συνεπάγεται περιορισμούς στην κοινωνική τους δραστηριότητα έναντι 29.51%, 18.03% και 6.56% των υπολοίπων ερωτηθέντων, οι οποίοι το πιστεύουν σε μικρότερο βαθμό. Παρατηρούμε δηλαδή ότι οι ασθενείς υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου θεωρούν περισσότερο ότι η ασθένειά τους συνεπάγεται περιορισμούς στην κοινωνική τους δραστηριότητα.

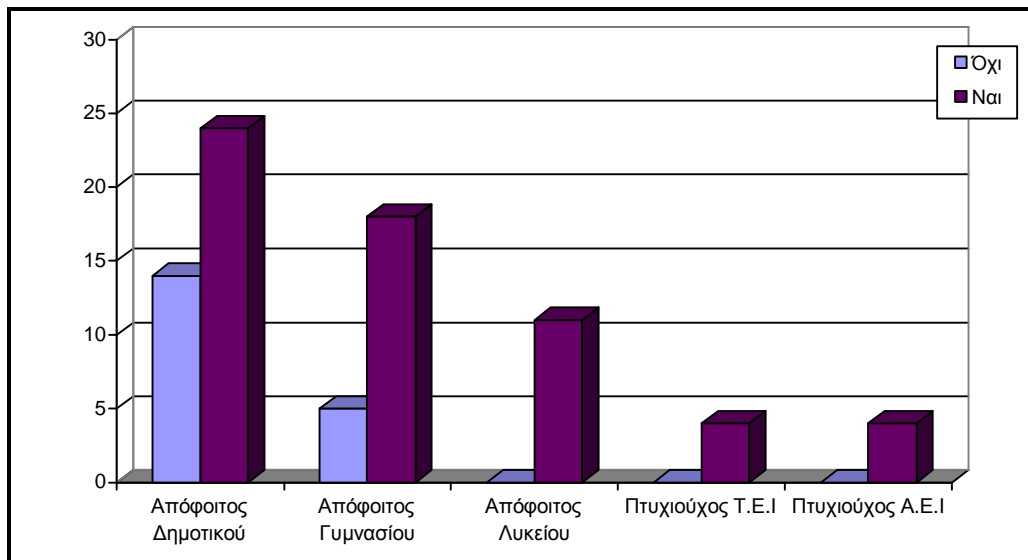
Η διαφορά που προκύπτει είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2 = 9.57$ ,  $df = 4$ ,  $p < 0.05$ ) (Πίνακας 28, Σχήμα 28).

Πίνακας 28: Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και της ερώτησης εάν πιστεύουν ότι η ασθένειά τους συνεπάγεται περιορισμούς στην κοινωνική τους δραστηριότητα.

		Πιστεύετε ότι η ασθένειά σας συνεπάγεται περιορισμούς στην κοινωνική σας δραστηριότητα;		
		Όχι	Ναι	
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	Απόφοιτος Δημοτικού	14 73.68%	24 39.34%	38
	Απόφοιτος Γυμνασίου	5 26.32%	18 29.51%	23
	Απόφοιτος Λυκείου	0 0.00%	11 18.03%	11
	Πτυχιούχος Τ.Ε.Ι.	0 0.00%	4 6.56%	4
	Πτυχιούχος Α.Ε.Ι.	0 0.00%	4 6.56%	4
			19	61

$$\chi^2 = 9.57, df = 4, p < 0.05$$

Σχήμα 28: Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και της ερώτησης εάν πιστεύουν ότι η ασθένειά τους συνεπάγεται περιορισμούς στην κοινωνική τους δραστηριότητα.



Στην ερώτηση κατά πόσο η αλλαγή της σωματικής τους εμφάνισης τους δημιουργεί στρες, 28 άτομα (ποσοστό 35.00%) απάντησαν πάρα πολύ ενώ αντίθετα 21 άτομα (ποσοστό 26.25%) καθόλου. Ακόμα, 15 άτομα (ποσοστό 18.75%) πιστεύουν ότι η αλλαγή της σωματικής τους εμφάνισης τους δημιουργεί λίγο στρες, 10 άτομα (ποσοστό 12.50%) πολύ και 6 άτομα (ποσοστό 7.50%) ανέφεραν ότι η αλλαγή της σωματικής τους εμφάνισης τους δημιουργεί αρκετό στρες (Πίνακας 20).

Ελέγχοντας τώρα το φύλο των ερωτηθέντων με το κατά πόσο η αλλαγή της σωματικής τους εμφάνισης τους δημιουργεί στρες, παρατηρούμε ότι οι γυναίκες ασθενείς σε ποσοστό 100% πιστεύουν ότι η αλλαγή της σωματικής τους εμφάνισης τους δημιουργεί αρκετό έως πάρα πολύ στρες έναντι των ανδρών ασθενών οι οποίοι σε ποσοστό 90% πιστεύουν ότι η αλλαγή της σωματικής τους εμφάνισης δεν τους δημιουργεί στρες.

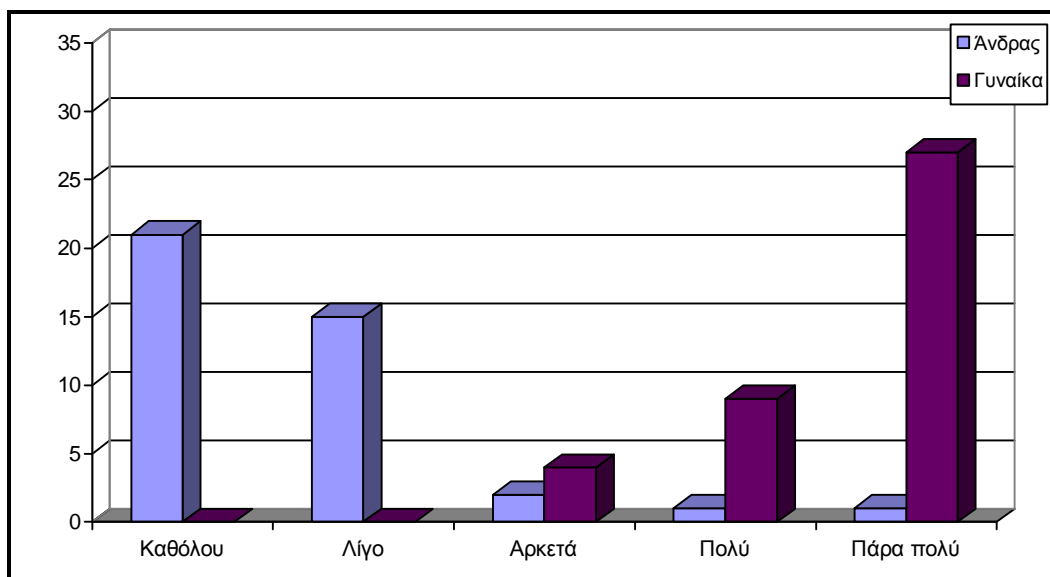
Η διαφορά που προκύπτει είναι στατιστικά λίκαν σημαντική ( $\chi^2=67.21$ ,  $df=4$ ,  $p<0.0001$ ) (Πίνακας 29, Σχήμα 29).

Πίνακας 29: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και του κατά πόσο η αλλαγή της σωματικής τους εμφάνισης τους δημιουργεί στρες.

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	
<b>Κατά πόσο η αλλαγή της σωματικής σας εμφάνισης δημιουργεί στρες;</b>	Καθόλου	21 52.50%	0 0.00%	21
	Λίγο	15 37.50%	0 0.00%	15
	Αρκετά	2 5.00%	4 10.00%	6
	Πολύ	1 2.50%	9 22.50%	10
	Πάρα πολύ	1 2.50%	27 67.50%	28
		40	40	80

$$\chi^2 = 67.21, df = 4, p < 0.0001$$

Σχήμα 29: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και του κατά πόσο η αλλαγή της σωματικής τους εμφάνισης τους δημιουργεί στρες.



Το 13.75% των ερωτηθέντων ασθενών δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν μοναξιά κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας (Πίνακας 17).

Ελέγχοντας τώρα το φύλο των ερωτηθέντων ασθενών σε σχέση με την μοναξιά, ως το συναίσθημα που αισθάνθηκαν κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας, παρατηρούμε διαφοροποιήσεις.

Έτσι, οι γυναίκες ασθενείς σε υψηλότερο ποσοστό 22.50% έναντι 5.00% των ανδρών ασθενών αισθάνθηκαν μοναξιά κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας. Η διαφορά που παρατηρήθηκε ήταν στατιστικά σημαντική ( $\chi^2 = 5.16$ ,  $df=1$ ,  $p<0.05$ ) (Πίνακας 30, Σχήμα 30).

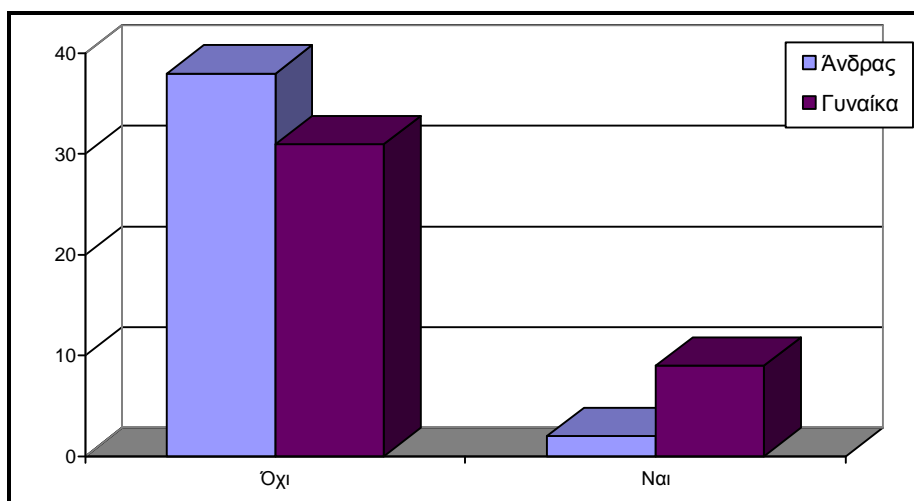
Πίνακας 30: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και της μοναξιάς, ως το συναίσθημα που αισθάνθηκαν κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας.

		Φύλο		
		Ανδρας	Γυναίκα	
<b>Μοναξιά: συναίσθημα που αισθανθήκατε κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας;</b>	Όχι	38 95.00%	31 77.50%	69
	Ναι	2 5.00%	9 22.50%	11
		40	40	80

$\chi^2 = 5.16$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.05$

Σχήμα 30: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και της μοναξιάς, ως το συναίσθημα που αισθάνθηκαν κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας.





Αντίθετα, ελέγχοντας το φύλο των ερωτηθέντων ασθενών σε σχέση με την απελπισία-απογοήτευση, ως το συναίσθημα που αισθάνθηκαν κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας, παρατηρούμε διαφοροποιήσεις.

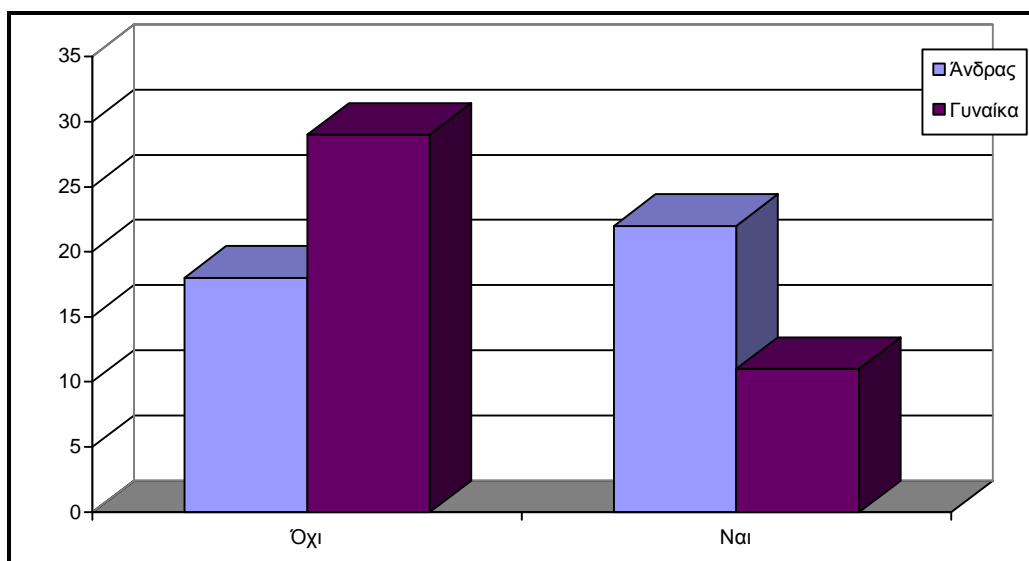
Έτσι, οι άνδρες ασθενείς αισθάνθηκαν απελπισία-απογοήτευση, κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας, σε ποσοστό 55.00% έναντι 27.50% των γυναικών ασθενών, διαφορά στατιστικά σημαντική ( $\chi^2 = 6.24$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.05$ ) (Πίνακας 31, Σχήμα 31).

Πίνακας 31: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και της απελπισίας-απογοήτευσης, ως το συναίσθημα που αισθάνθηκαν κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας.

		Φύλο		
		Ανδρας	Γυναίκα	
<b>Απελπισία-απογοήτευση: συναίσθημα που αισθανθήκατε κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας;</b>	Οχι	18 45.00%	29 72.50%	47
	Ναι	22 55.00%	11 27.50%	33

$$\chi^2 = 6.24, df = 1, p < 0.05$$

Σχήμα 31: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και της απελπισίας-απογοήτευσης, ως το συναίσθημα που αισθάνθηκαν κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας.



Ελέγχοντας την ελπίδα για ίαση των ερωτηθέντων ασθενών με το εάν είχαν υποτροπή, διαπιστώνουμε τις εξής διαφοροποιήσεις. Οι ασθενείς που δεν έχουν κάνει υποτροπή σε ποσοστό 91.43% έχουν ελπίδα για ίαση έναντι 24.44% των ασθενών που έχουν κάνει υποτροπή.

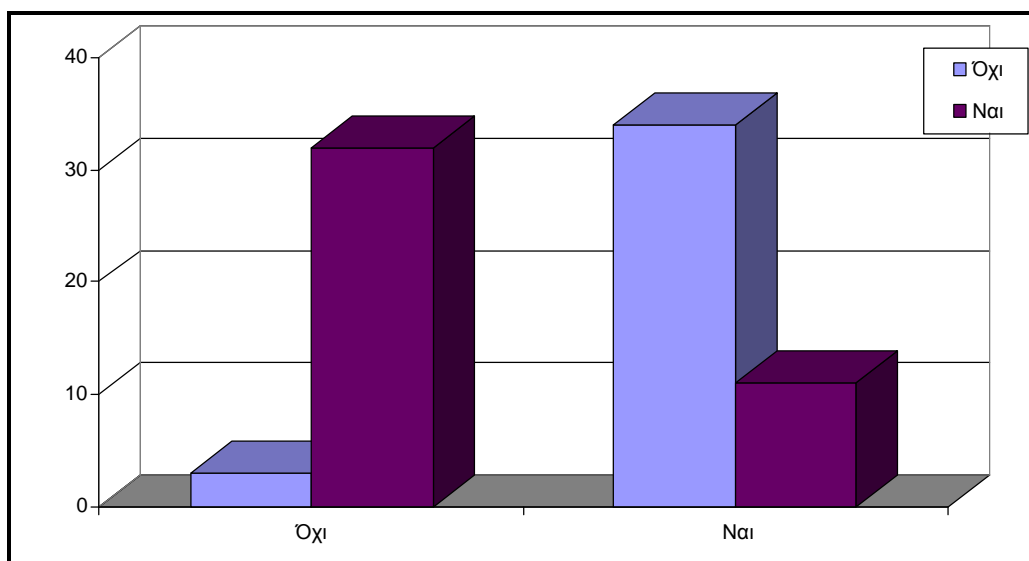
Η διαφορά που παρατηρήθηκε είναι στατιστικά λίαν σημαντική ( $\chi^2=35.53$ ,  $df=1$ ,  $p<0.0001$ ) (Πίνακας 32, Σχήμα 32).

Πίνακας 32: Συσχέτιση του αν είχαν υποτροπή οι ερωτηθέντες ασθενείς με το εάν έχουν ελπίδα για ίαση.

		Υποτροπή		
		Όχι	Ναι	
Ελπίδα για ίαση	Όχι	3 8.57%	34 75.56%	37
	Ναι	32 91.43%	11 24.44%	43
		35	45	80

$$\chi^2 = 35.53, df = 1, p < 0.0001$$

Σχήμα 32: Συσχέτιση του αν είχαν υποτροπή οι ερωτηθέντες ασθενείς με το εάν έχουν ελπίδα για ίαση.



Το 45.00% των ερωτηθέντων ασθενών (36 άτομα) δηλώνει ότι δεν έχει ενημερωθεί όσον αφορά τη σημασία της χημειοθεραπείας, τις διαδικασίες που ακολουθούνται, τις παρενέργειες που μπορούν να προκύψουν και τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίζονται. Αντίθετα, το 31.25% των ασθενών (25 άτομα) έχει ενημερωθεί μερικώς όσον αφορά τη σημασία της χημειοθεραπείας, τις διαδικασίες που ακολουθούνται, τις παρενέργειες που μπορούν να προκύψουν και τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίζονται και μόνο το 23.75% (19 άτομα) έχουν ενημερωθεί πλήρως (Πίνακας 24).

Ελέγχοντας τώρα την ερώτηση εάν έχουν ενημερωθεί όσον αφορά τη σημασία της χημειοθεραπείας, τις διαδικασίες που ακολουθούνται, τις παρενέργειες που μπορούν να προκύψουν και τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίζονται σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο διαπιστώνουμε διαφοροποιήσεις. Έτσι, οι απόφοιτοι Λυκείου σε ποσοστό 47.37% έχουν ενημερωθεί για την σημασία της χημειοθεραπείας, τις διαδικασίες που ακολουθούνται, τις παρενέργειες και τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίζονται έναντι 21.05% των Πτυχιούχων Τ.Ε.Ι. και Α.Ε.Ι. αντίστοιχα και 5.26% των αποφοίτων Δημοτικού και Γυμνασίου αντίστοιχα. Δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων ασθενών τόσο μεγαλύτερη ήταν και η ενημέρωση που είχαν.

Η διαφορά που προκύπτει είναι στατιστικά λίκαν σημαντική ( $\chi^2 = 84.86$ ,  $df=8$ ,  $p < 0.0001$ ), (Πίνακας 33, Σχήμα 33).

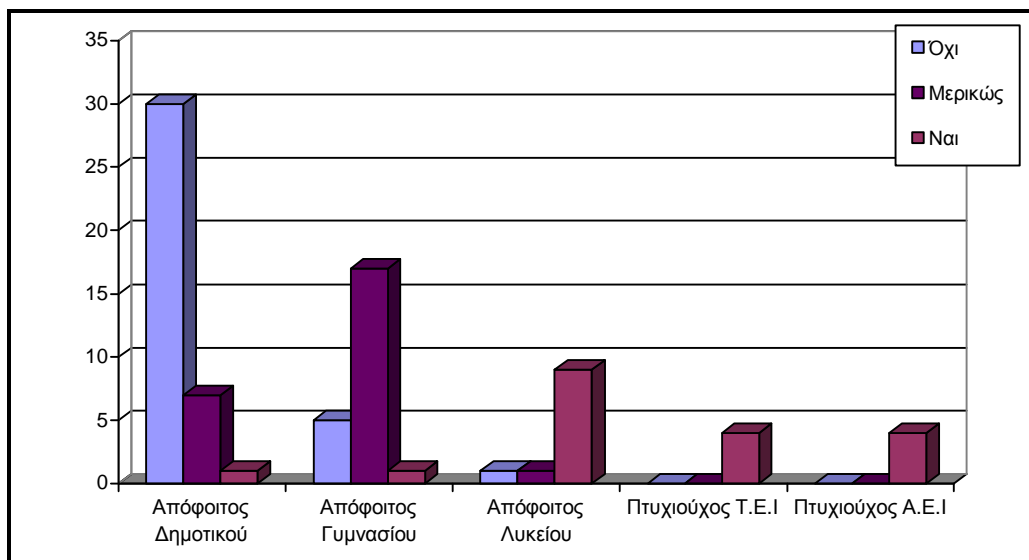
Πίνακας 33: Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και της ερώτησης εάν έχουν ενημερωθεί όσον αφορά τη σημασία της χημειοθεραπείας, τις διαδικασίες που ακολουθούνται, τις παρενέργειες που μπορούν να προκύψουν και τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίζονται.

		Έχετε ενημερωθεί κατάλληλα όσον αφορά τη σημασία της χημειοθεραπείας, τις διαδικασίες που ακολουθούνται και τις παρενέργειες που μπορούν να προκύψουν και τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίζονται;			
		Όχι	Μερικώς	Ναι	
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	Απόφοιτος Δημοτικού	30 83.33%	7 28.00%	1 5.26%	38
	Απόφοιτος Γυμνασίου	5 13.89%	17 68.00%	1 5.26%	23
	Απόφοιτος Λυκείου	1 2.78%	1 4.00%	9 47.37%	11
	<u>Πτυχιούχος</u> Τ.Ε.Ι.	0 0.00%	0 0.00%	4 21.05%	4
	Πτυχιούχος Α.Ε.Ι.	0 0.00%	0 0.00%	4 21.05%	4
			36	25	19

$$\chi^2 = 84.86, df = 8, p < 0.0001$$

Σχήμα 33: Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και της ερώτησης εάν έχουν ενημερωθεί όσον αφορά τη σημασία της χημειοθεραπείας, τις διαδικασίες

που ακολουθούνται, τις παρενέργειες που μπορούν να προκύψουν και τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίζονται.



## Συζήτηση

Από τη διερευνητική μας εργασία διάρκειας έξι μηνών, της οποίας ως δείγμα αποτέλεσαν ογδόντα ασθενείς από το γενικό πληθυσμό Αχαιάς ελήφθησαν τα εξής στοιχεία:

- Από το σύνολο των ερωτηθέντων ασθενών οι απόφοιτοι δημοτικού σε ποσοστό 39.34% πιστεύουν ότι η ασθένειά τους συνεπάγεται περιορισμούς στην κοινωνική τους δραστηριότητα έναντι 29.51%, 18.03% και 6.56% των υπολοίπων ερωτηθέντων, οι οποίοι το πιστεύουν σε μικρότερο βαθμό. Η συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών και της ερώτησης, αν πιστεύουν ότι η ασθένειά τους συνεπάγεται περιορισμούς στην κοινωνική τους δραστηριότητα είναι στατιστικά σημαντική ( $P < 0.05$ ) και δείχνει πως οι ασθενείς υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου θεωρούν περισσότερο ότι η ασθένειά τους συνεπάγεται περιορισμούς στην κοινωνική τους δραστηριότητα, λόγω της καλλιεργημένης προσωπικότητάς τους.
- Όσον αφορά τη συναισθηματική κατάσταση των ερωτηθέντων ασθενών κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας σε σχέση με το φύλο διαπιστώνουμε διαφοροποιήσεις. Ειδικότερα οι γυναίκες ασθενείς σε υψηλότερο ποσοστό 22.50% έναντι 5.00% των ανδρών ασθενών αισθάνθηκαν μοναξιά κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας. Η συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και της μοναξιάς ως συναίσθημα που αισθάνθηκαν κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας είναι στατιστικά σημαντική ( $P < 0.05$ ).
- Αντίθετα αξιόλογο είναι ότι οι άνδρες ασθενείς αισθάνθηκαν απελπισία-απογοήτευση κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας σε ποσοστό 55.00% έναντι 27.50% των γυναικών ασθενών. Η συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και της απελπισίας-απογοήτευσης ως συναίσθημα που αισθάνθηκαν κατά την περίοδο είναι στατιστικά σημαντική ( $P < 0.05$ ). Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι, η συναισθηματική κατάσταση κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας διαφέρει ανάλογα με το φύλο.
- Από το σύνολο των 80 ερωτηθέντων ασθενών οι 47 ασθενείς, ποσοστό 58.75% ανέφεραν ότι παρουσίασαν μετάσταση, ενώ αντίθετα οι υπόλοιποι 33 ποσοστό

41,25% δεν παρουσίασαν μετάσταση. Ειδικότερα, ελέγχοντας εάν οι ερωτηθέντες ασθενείς είχαν μετάσταση σε σχέση με την ένταση του πόνου, παρατηρούμε διαφοροποιήσεις. Έτσι οι ασθενείς που είχαν μετάσταση πιστεύουν σε μεγαλύτερο ποσοστό 93.62% ότι η ένταση του πόνου είναι αρκετή έως πάρα πολύ έναντι 57.57% που δεν είχαν μετάσταση. Συμπεραίνουμε λοιπόν πως η ένταση του πόνου σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση μετάστασης.

- Επίσης ελέγχοντας εάν οι ερωτηθέντες ασθενείς είχαν μετάσταση σε σχέση με το εάν πιστεύουν στα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας παρατηρούμε διαφοροποιήσεις. Από το σύνολο των ερωτηθέντων οι ασθενείς που δεν είχαν μετάσταση σε πολύ υψηλότερο ποσοστό 90.91% έναντι 38.30% των ασθενών που είχαν μετάσταση πιστεύουν στα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας. Η συσχέτιση είναι στατιστικά λίκαν σημαντική ( $P < 0.01$ ). και δείχνει πως οι ασθενείς που έχουν παρουσιάσει μετάσταση έχουν απογοητευθεί και δεν πιστεύουν στα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας.
- Αξιόλογο είναι ότι ελέγχοντας το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νεοπλασία των ερωτηθέντων ασθενών με το κατά πόσο έχουν εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα που τους παρέχει, παρατηρούμε τις εξής διαφοροποιήσεις. Οι ασθενείς που βρίσκονται στα πρώτα στάδια έχουν σε πολύ υψηλά ποσοστά έως και 100% αρκετά έως πάρα πολύ μεγάλη εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα που τους παρέχει έναντι 55.55% των ασθενών που βρίσκονται στο τέταρτο στάδιο. Η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά λίκαν σημαντική ( $P < 0.01$ ) και δείχνει πως οι ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια έχουν απελπιστεί από την ασθένειά τους, με αποτέλεσμα να μειωθεί και η εμπιστοσύνη τους στο νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα που τους παρέχει.
- Σε όλους τους ερωτηθέντες ασθενείς (80 άτομα) μελετήθηκε το φύλο σε σχέση με το κατά πόσο η αλλαγή της σωματικής τους εμφάνισης τους δημιουργεί στρες και διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες ασθενείς σε ποσοστό 100% πιστεύουν ότι η αλλαγή της σωματικής τους εμφάνισης τους δημιουργεί αρκετό έως πάρα πολύ στρες έναντι των ανδρών ασθενών, οι οποίοι σε ποσοστό 90% πιστεύουν ότι η αλλαγή της σωματικής τους εμφάνισης δεν τους δημιουργεί στρες. Η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά λίκαν σημαντική ( $P < 0.01$ ) και δείχνει ότι το γυναικείο φύλο δίνει ιδιαίτερη σημασία στην εξωτερική εμφάνιση.

- Από τα αποτελέσματα της έρευνά μας υπολογίστηκε ότι από το σύνολο των 80 ασθενών, ποσοστό 53.75% ελπίζουν για ίαση, ενώ το υπόλοιπο 46.25% ελπίζουν για ποιότητα ζωής. Ελέγχοντας την ελπίδα για ίαση των ερωτηθέντων ασθενών με το αν είχαν υποτροπή, διαπιστώνουμε ότι οι ασθενείς που δεν είχαν παρουσιάσει υποτροπή σε ποσοστό 91.43% αν έχουν ελπίδα για ίαση έναντι 24.44% των ασθενών που έχουν κάνει υποτροπή. Η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά λίσαν σημαντική ( $P < 0.01$ ) και δείχνει ότι οι ασθενείς που δεν έχουν παρουσιάσει υποτροπή, τρέφουν ελπίδες ζωής.
- Ελέγχοντας την ερώτηση εάν έχουν ενημερωθεί οι ασθενείς όσον αφορά τη σημασία της χημειοθεραπείας, τις διαδικασίες που ακολουθούνται, τις παρενέργειες που μπορούν να προκύψουν και τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίζονται σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο διαπιστώνουμε διαφοροποιήσεις. Έτσι, οι απόφοιτοι λυκείου σε ποσοστό 47.73% έχουν ενημερωθεί για τη σημασία της χημειοθεραπείας, τις διαδικασίες που ακολουθούνται, τις παρενέργειες και τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίζονται έναντι 21.05% των πτυχιούχων Τ.Ε.Ι. και Α.Ε.Ι. αντίστοιχα και 5.26% των αποφοίτων δημοτικού και γυμνασίου αντίστοιχα. Η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά λίσαν σημαντική ( $P < 0.01$ ) και δείχνει πως όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων τόσο εμπειριστατωμένη είναι και η ενημέρωση που έχουν λόγω του ανήσυχου πνεύματός τους.
- Από το σύνολο των 80 ασθενών ποσοστό 50.00% ήταν άνδρες. Όσον αφορά την ηλικία 20-25 ήταν το 5.00%, 25-30 ετών ήταν το 2.50%, 30-35 ετών ήταν το 8.75%, 35-40 ετών ήταν το 10.00%, 40-45 ετών ήταν το 20.00% και το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν 53.75% 50 + ετών.
- Επίσης παρατηρούμε ότι το σύνολο των ερωτηθέντων ασθενών σε ποσοστό 100% εκδήλωσαν κάποια συμπτώματα μετά τη χημειοθεραπεία στην οποία υπεβλήθησαν. Οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες, ποσοστό 93.75% ανέφεραν την αλωπεκία ως το κυριότερο σύμπτωμα. Ένα επίσης αρκετά μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων, ποσοστό 82.50% ανέφεραν τη ναυτία, ποσοστό 76.25% τον εμετό, ποσοστό 60.00% την ανορεξία, ποσοστό 45.00% ανέφεραν το σύμπτωμα της κόπωσης, ποσοστό 41.25% τη διάρροια, ποσοστό 30.00% τη ζάλη. Επίσης ο πυρετός αναφέρθηκε ως το σύμπτωμα που εκδηλώθηκε μετά τη χημειοθεραπεία, ποσοστό 27.50%, η δερματίτιδα ποσοστό 25.00% και η



στοματίτιδα ποσοστό 23.75%. Τέλος, ποσοστό 17.50% εκδήλωσαν το σύμπτωμα της νευρικότητας μετά τη χημειοθεραπεία στην οποία υπεβλήθησαν.

- Χαρακτηριστικό είναι ότι το ποσοστό 57.50% των ερωτηθέντων ασθενών θέλει το νοσηλευτή, που του χορηγεί τη φαρμακευτική αγωγή, ανθρωπιστή, ενώ το 33.75% έναν επιστημονικά καταρτισμένο, και το 32.50%, έναν πεπειραμένο νοσηλευτή. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι οι ογκολογικοί ασθενείς πάνω απ' όλα επιζητούν την ανθρωπιά.
- Όσον αφορά τα συναισθήματα που ένιωσαν οι ερωτηθέντες ασθενείς όταν άκουσαν για πρώτη φορά ότι θα υποβληθούν σε χημειοθεραπεία, το σοκ και η άρνηση ήταν το κυριότερο, ποσοστό 23.75%. ακολουθεί ο φόβος και το άγχος, ποσοστό 21.25%, ο θυμός και η πίκρα ποσοστό 20.00%. τέλος ποσοστό 18.75% ένιωσαν αποδοχή όταν άκουσαν για πρώτη φορά ότι θα υποβληθούν σε θεραπεία και 13 άτομα ποσοστό 16.25% κατάθλιψη.
- Ακόμη κρίνετε αναγκαίο να τονίσουμε ότι η υπερπροστασία είναι ο δημοφιλέστερος τρόπος αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί το συγγενικό περιβάλλον απέναντι στους ερωτηθέντες ασθενείς, ποσοστό 42.50%. ακολουθούν η στοργή, ποσοστό 27.50%, ο οίκτος ποσοστό 18.75% και η αδιαφορία ποσοστό 11.25%.
- Ολοκληρώνοντας, συμπεραίνουμε ότι οι σωματικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της χημειοθεραπείας είναι αλληλένδετες και χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής από το νοσηλευτικό προσωπικό, που παρέχει φροντίδα σε ογκολογικούς ασθενείς.

## Περίληψη

Χημειοθεραπεία είναι η χρήση των αντινεοπλασματικών μέσων για προαγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων, με παρεμπόδιση της λειτουργίας τους και της αναπαραγωγής τους. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, τα οποία είναι κυτταροτοξικά, επιβραδύνουν την εξέλιξη και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος, όμως η δηλητηριώδης δράση τους επεκτείνεται και στα υγιή κύτταρα

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην διαπίστωση της ύπαρξης των βιοψυχοκοινωνικών επιπτώσεων στον ασθενή.

Το δείγμα της μελέτης μας ήταν 80 ογκολογικοί ασθενείς του νοσοκομείου : Άγιος Ανδρέας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα από το Νοέμβριο του 2002 έως και το Φεβρουάριο του 2003. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με ερώτησης κλειστού τύπου με δυνατότητα εναλλακτικών απαντήσεων. Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Statistica for Windows και για την ανίχνευση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόστηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι Chi-square ( $\chi^2$ ). Από τις απαντήσεις που δόθηκαν, προέκυψε ότι στο σύνολο των ερωτηθέντων ασθενών, σε ποσοστό 100% εκδήλωσαν οργανικά συμπτώματα, μετά τη χημειοθεραπεία στην οποία υπεβλήθησαν.

Αξιοσημείωτο είναι ότι ένα σημαντικό ποσοστό (82.50%) των ερωτηθέντων ασθενών παρουσίασε αρνητικά συναισθήματα κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας.

Από τα αποτελέσματα της ερευνητικής μας εργασίας προκύπτει ότι σημαντικό ποσοστό (76.25%) των ερωτηθέντων ασθενών πιστεύει ότι η συγκεκριμένη ασθένεια συνεπάγεται περιορισμούς στην κοινωνική δραστηριότητα, γεγονός που παρατηρείται ιδιαίτερα σε ασθενείς υψηλού μορφωτικού επιπέδου.

Σημαντικό, επίσης είναι ότι την πρωτοβουλία ενημέρωσης για τη σημασία της χημειοθεραπείας, τις διαδικασίες που ακολουθούνται, τις παρενέργειες που μπορούν να προκύψουν και τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίζονται, έλαβε ένα μικρό ποσοστό (23.75%) που τυγχάνει να είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

Αξιόλογο ακόμη είναι ότι από το σύνολο των ερωτηθέντων, οι 8ν ασθενείς που δεν έχουν παρουσιάσει υποτροπή, σε μεγάλο ποσοστό (91.43%) έχουν ελπίδα για ίαση.

Συμπερασματικά, καταλήγουμε ότι οι σωματικές επιπτώσεις ασκούν επίδραση στις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, και το αντίθετο.

## SUMMARY

Chemotherapy is the use of antineoplastic means, which cause death to the neoplastic cells and further they impede their function and their reproduction.

The drugs for the chemotherapy, which are celltoxic, retard the development and restrain the dimensions of the neoplasma, but their poisonous effect is developed even to the healthy cells.

This recent study aims to give results about the existence of biopsychosocial consequences of the chemotherapy to the patient.

The sample of our study was 80 oncologic patients of the hospital: Saint Andrew. The research took place within a space of four months, starting November of the year 2002 and lasting February of the year 2003.

It was used a questionnaire, including questions of close type with the possibility of alternative responses. For the statistic analysis of the data, it was used the program Statistica for Windows and for the researching of correlations between the variables are applied the statistic tests chi-square ( $\chi^2$ ).

From the responses that were given, it appears that the total of the patients who were questioned, in a percentage 100% they had organic symptoms after the chemotherapy they had undergone.

It is remarkable that a significant percentage 82,50% presents negative feelings during the process of chemotherapy.

From the results of our researching study arise that a significant percentage 76,25% of the questioned patients believes that this specific disease place restrictions in social activity and this fact appears especially to the patients of a highly educational status.

It is also important that about the initiative of informing for the signification of chemotherapy, the procedures that are applied, the side-effects that can appear and the treatment that should be applied, it is aware only a small percentage of 23,75%, which has a low educational status.

It is also remarkable that from the total of the patients, who were questioned, the patients that have not presented a recurrence of the illness, in a big percentage of 91,43%, they have a chance for cure.

In conclusion, the corporal consequences have a bad influence on the psychosocial consequences and the opposite.

## Βιβλιογραφία

1. **Ψαρράκου Ρ.** "Συναισθηματικές αντιδράσεις ασθενών που υποβάλλονται σε χημιοθεραπεία. Ο ρόλος του νοσηλευτή". Ογκολογική ενημέρωση. Τόμος 4<sup>ος</sup>, Τεύχος 2<sup>ο</sup>, Απρ.-Ιουν. 2002, σελ. 118-119
2. **Ψαρράκου Ρ.** "Βασικές αρχές χημιοθεραπείας.". Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας. Τόμος Β'. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Αθήνα 2001
3. **Yama Netal.** "History of cytotoxic drugs". Clinical Oncology. March 2001
4. **Ρηγάτος Γεράσιμος.** Εγκώλιο Ογκολογίας. Εκδόσεις ascent. Αθήνα 1991.
5. **Σαχίνη Α. Καρδόση, Πάνου Μ.** "Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική". Τόμος 1<sup>ος</sup>. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1997
6. **Dollinger Mallin, M.D. Rosenbaum Ernest & Cable Greg.** "Ο καρκίνος. Διάγνωση, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ενας οδηγός για όλους". Εκδόσεις Ελλην. Αθήνα 1992
7. **Σπηλιώτης Ι.** "Καρκίνος από άγνοια στο φόβο". Αχαϊκές Εκδόσεις. Πάτρα 1999
8. **Μαλγαρινού Ν.Α - Κωνσταντινίδου Σ.Φ.** "Νοσηλευτική - Παθολογική - Χειρουργική". Τόμος Β'. Μέρος 2<sup>ο</sup>. Εκδοση 18<sup>η</sup>. Εκδόσεις "ΤΑΒΙΘΑ". Αθήνα 1997
9. **Μπαρμπουνάκη Ε.** "Χημειοθεραπεία". Εκδοση Β'. Αθήνα 1989
10. **Πανάγος Γερ. - Ντοϊτς Μέλανι.** "Συνοπτικός οδηγός για την αντινεοπλασματική χημειοθεραπεία". Εκδόσεις Ciba Geicy. Νέα Κηφισιά. Ιαν. 1993
11. **Εθνικό Συνταγολόγιο.** Εκδόσεις Ε.Ο.Φ. Αθήνα 2000
12. **Harvey R., Chanpe R., Mycer M, Getrner S., Perper M.** "Φαρμακολογία". Μετάφραση: Παπαδόπουλος Στ. Παπαδόπουλος Γ. Εκδόσεις Παρισιάκος. Αθήνα 1995
13. **Harrison.** "Εσωτερική Παθολογία". Τόμος Α'. Εκδοση 14<sup>η</sup>. Μετάφραση Βαγιενάκης, Βαρόνος και άλλα μέλη . Εκδόσεις Παρισικάκος. Αθήνα 2001
14. **Σαραπασιώτου Ι.** "Χημειοθεραπευτικά Σχήματα και Σταθερές Προετοιμασίες". Εκδόσεις Garamand. Αθήνα 1999

15. **Occupational safety and health administration work practice. Guidelines for personal dealing with cytotoxic drugs. Occupational safety and health administration instruction publication** .Washington. January 1986.
16. **Μπαρμπούνης Γ. - Κωσταντάκου.** "Θεραπεία του καρκίνου - Παρενέργειες - Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις". Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας. Τόμος Α'. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Αθήνα 1998
17. **Φουντζήλας Γ. - Μπαρμπούνης Β.** "Βασικές αρχές θεραπείας του καρκίνου". Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών. Θεσσαλονίκη 1997
18. **Σπαντιδέας Α.** "Ναυτία και έμετος από χημιοθεραπεία - ακτινοθεραπεία". Αθήνα 1993
19. **Kassner E.** "Extravasation". *Pediatr. Oncology Nursing*. July 2000
20. **Κοσμά Χ., Αλεξόπουλος Α., Ρηγάτος Γ.** "Η επίπτωση της κατάθλιψης σε καρκινοπαθείς υπό χημιοθεραπεία". *Ελληνική Ογκολογία*. Τόμος 37. Τεύχος 4. Οκτ-Δεκ. 2001. σελ. 219-222
21. **Engram B.** "Νοσηλευτική φροντίδα στην Παθολογία και Χειρουργική". Μετάφραση: Καραχάλιος. Εκδόσεις Ελλήν. Αθήνα 1997
22. **Braun J. - Schaffler, Renz U.** "Κλινικός οδηγός - Παθολογία". Εκδοση 5<sup>th</sup> Μετάφραση: Παπαδόπουλος Ι. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 1998
23. **Rudolf R. and Larson DI.** "Etiology and treatment of chemotherapy agent extravasation injuries a review". *Journal of Clinical Oncology*. July 1987
24. **Χαραλαμπίδου Ε.** "Βελτίωση νοσηλευτικής φροντίδας, κοινωνική προσφορά". 18<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, (Πρακτικά). Εκδόσεις Ascent. Αθήνα 1991
25. **Μπαρμπούνης Γ. - Κωσταντάκου.** "Ευρώπη κατά του καρκίνου". Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Αθήνα 1991
26. **Ποταμιάνος Γ.** "Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας". Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα. Αθήνα 1995
27. **Γολεμότη Β.** "Χειρουργική Παθολογία". Τόμος Β'. Εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα 1990
28. **Σταματάκη Π.** "Το γέλιο και το χιούμορ ως συμπλήρωμα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι πάντα αποτελεσματικό". *Ετος 1. Τεύχος 4. Οκτ-Δεκ. 1999*, σελ. 252

29. **Ρηγάτος Γ.** "Ψυχολογικοί και Κοινωνικοί συντελεστές στον καρκίνο". Ογκολογική Ενημέρωση. Τόμος 2. Τεύχος 3. Ιουλ-Σεπτ.. 2000, σελ. 186-187
30. **Σαπουντζή Δ. - Κρέπια.** "Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα". Εκδόσεις Ελλήν. Αθήνα 1993
31. **Μιχαλακοπούλου Ε.** "Η αλλαγή της σωματικής εικόνας". Νοσηλευτική. Τριμηνιαίο περιοδικό του εθνικού συνδέσμου νοσηλευτών Ελλάδος. Ιουλ-Σεπτ. 2002
32. **Κοσμίδης Π.** "Επείγουσα θεραπευτική ογκολογία". Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1994
33. **Γεωργούλιας Β.** "Εξελίξεις στην Ογκολογία του 2000". 8<sup>ο</sup> Μετεκπαιδευτικό συνέδριο κλινικής ογκολογίας (Πρακτικά). Εκδόσεις Παγκρήτια ένωση Βιοϊατρικής Έρευνας. Κρήτη 2001
34. **Renard L.** "Πώς να δαμάσετε τον καρκίνο. Οι ανεκμετάλλευτες δυνάμεις της ανθρώπινης ύπαρξης" Μετάφραση Τραμπάζαλη. Εκδόσεις Ααγής. Αθήνα 1991.
35. **Λαζαρίδης Ν.** "Ψυχοκοινωνική ογκολογία. Εξελίξεις και προοπτικές". Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία. Αθήνα 1991
36. **Κοσμά Κ. - Αντωνίου Σ.** "Οι επιδράσεις στην ψυχολογική κατάσταση των συγγενών - ατόμων που πάσχουν από τον καρκίνο". Ογκολογική Ενημέρωση. Τόμος 3. Τεύχος 1. Ιαν. - Μαρτ. 2001, σελ. 66
37. **Μπαρπούνη Ε.** "Νοσηλευτική Δεοντολογία και Δικαιώματα Ασθενών και Ογκολογικών ασθενών". Ογκολογική Ενημέρωση. Τόμος 3. Τεύχος 1. Ιαν-Μαρτ.. 2001, σελ. 126-127
38. **Devita V, Helma S, Rosenberg S, Raven - Lippincott.** "Cancer Principles E Practice of Oncology". 5<sup>th</sup> edition. 1997
39. **Μπαρπούνη Ε.- Κωνσταντακάτου Ε.** "Ο νοσηλευτής και η φροντίδα του καρκίνου". Ελληνική Ογκολογία.. Τόμος 35. Τεύχος 3. Ιουλ-Σεπτ. 1999, σελ. 199-201

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**



# Ανώνυμο Ερωτηματολόγιο

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ 2002**

## ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και αποτελεί μέρος πτυχιακής εργασίας που πραγματοποιείται στα πλαίσια έρευνας, με θέμα "Βιοψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις της χημιοθεραπείας και Νοσηλευτική συμβολή" και απευθύνεται σε ασθενείς. Μέρος των ερωτήσεων είναι δυνατόν να απαντηθεί από νοσηλευτικό προσωπικό.

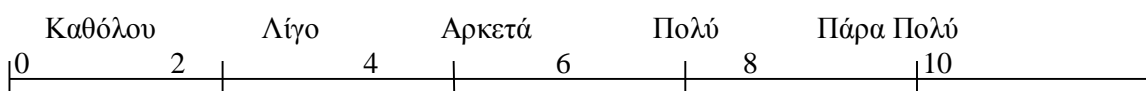
1. Φύλο: Άρρεν  Θήλυ
2. Ηλικία: 20-25  25-30  30-35  35-40  40-45  50+
3. Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος  Άγαμος
4. Τύπος κατοικίας: Πόλη  Κομόπολη  Χωριό
5. Μορφωτικό επίπεδο:  
Πτυχιούχος Α.Ε.Ι.   
Πτυχιούχος Τ.Ε.Ι.   
Απόφοιτος Λυκείου   
Απόφοιτος Γυμνασίου   
Άλλο.....
6. Ανατομική θέση νεοπλάσματος:.....
7. Στάδιο:.....
8. Μετάσταση: Ναι  Όχι
9. Υποτροπή: Ναι  Όχι
10. Κύκλος θεραπείας:.....
11. Έχει προηγηθεί χειρουργική αφαίρεση; Ναι  Όχι
12. Έχετε υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία; Ναι  Όχι
13. Εκδηλώσατε συμπτώματα μετά τη χημιοθεραπεία;

Ναι  Όχι

Αν ναι ποια από τα παρακάτω:

Ναυτία	<input type="checkbox"/>
Έμμετο	<input type="checkbox"/>
Ανορεξία	<input type="checkbox"/>
Διάρροια	<input type="checkbox"/>
Στοματίτιδα	<input type="checkbox"/>
Αλωπεκία	<input type="checkbox"/>
Δερματίτιδα	<input type="checkbox"/>
Πυρετό	<input type="checkbox"/>
Νευρικήτητα	<input type="checkbox"/>
Κόπωση	<input type="checkbox"/>
Ζάλη	<input type="checkbox"/>

14. Τοποθετείστε στην παρακάτω κλίμακα την προσωπική σας άποψη για την ένταση του πόνου(μυϊκού, οστικού, σπλαχνικού κ.α).



15. Πιστεύετε στα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας;

Ναι  Όχι

16. Κατά πόσο έχετε εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα που σας παρέχει;

Πάρα πολύ  Πολύ  Αρκετά  Λίγο  Καθόλου

17. Πως θέλετε να είναι ο νοσηλευτής που σας χορηγεί την φαρμακευτική αγωγή;

Επιστημονικά καταρτισμένος   
 Ανθρωπιστής   
 Πεπειραμένος

18. Τι αισθανθήκατε όταν ακούσατε για πρώτη φορά ότι θα υποβληθείτε σε χημειοθεραπεία;

Shock, άρνηση   
 Θυμό, πίκρα   
 Κατάθλιψη   
 Φόβο, άγχος   
 Αποδοχή

19. Τι αισθανθήκατε κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας:

Μοναξιά   
 Απελπισία- απογοήτευση   
 Απώλεια ανεξαρτησίας   
 Φόβο για περιθωριοποίηση   
 Τίποτα από τα παραπάνω

20. Έχετε:

Ελπίδα για ίαση   
 Ελπίδα για ποιότητα ζωής

21. Πιστεύετε ότι η αίσθηση της απώλειας ελέγχου των σωματικών λειτουργιών σας απειλεί την αυτοεκτίμησή σας;

Ναι  Όχι

22. Κατά πόσο η αλλαγή της σωματικής εμφάνισης σας δημιουργεί στρες;

Πάρα πολύ  Πολύ  Αρκετά  Λίγο  Καθόλου

23. Πιστεύετε ότι η ασθένειά σας συνεπάγεται περιορισμούς στην κοινωνική σας δραστηριότητα;

Ναι  Όχι

Αν ναι, σε ποιους από τους παρακάτω τομείς;

Εργασιακό χώρο

Ψυχαγωγία

24. Το συγγενικό περιβάλλον σας αντιμετωπίζει με:

Στοργή

Υπερπροστασία

Αδιαφορία

Οίκτο

25. Έχετε ενημερωθεί κατάλληλα όσον αφορά :

- Τη σημασία της χημειοθεραπείας
- Τις διαδικασίες που ακολουθούνται
- Τις Παρενέργειες που μπορούν να προκύψουν και τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίζονται.

Ναι  Μερικώς  Όχι

Σας ευχαριστούμε πολύ

Για τη συμμετοχή σας στην έρευνά μας