

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

*"Ο πόνος και η γυμναστική
του καρδιοπαθή
στο τελικό στάδιο του καρκίνου"*

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΒΑΡΒΑΡΕΣΟΥ ΝΙΚΟΛΙΝΑ
ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΓΑΚΗ ΕΛΕΝΗ
ΠΑΤΡΑ 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΧΘΕΣ ΣΤΟ ΣΗΜΕΡΑ.....	9
1.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ.....	11
1.3 Η ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	13
1.4 ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ.....	15
1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	16
1.6 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	17
1.7 Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	19
1.8 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ Ή ΣΗΜΕΙΑ.....	19
1.9 ΙΣΤΟΡΙΚΟ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	19
1.10 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.....	20
1.11 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ.....	21
1.12 ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ.....	22
1.13 ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΕΣ- ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....	23
1.14 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ.....	23
1.15 ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ.....	23
1.16 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ.....	24

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ.....	26
2.2 Η ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	28
2.3 ΠΗΓΕΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	29
2.4 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	30
2.5 ΑΙΤΙΕΣ ΠΟΝΟΥ.....	30
2.6 Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΝΟΥ.....	35
2.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	37
2.8 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΚΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ ΜΕ ΠΟΝΟ.....	38
2.9 ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ.....	39

2.10 Η ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.	40
2.11 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.	40
2.12 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΠΟΝΟ.	43

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

3.1 Ο ΨΥΧΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ.....	45
3.2 ΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.	46
3.3 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	48
3.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	48
3.5 ΑΠΩΛΕΙΕΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΤΟ ΨΥΧΙΚΟ ΠΟΝΟ.	50
3.6 Η ΑΛΛΑΓΗ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΚΟ ΠΟΝΟ.....	51
3.7 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ.	52
3.8 ΤΟ ΓΕΛΙΟ ΣΑΝ ΠΑΥΣΙΠΟΝΟ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.	53
3.9 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΚΟ ΠΟΝΟ.	55
3.10 Ο ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΨΥΧΙΚΟ ΠΟΝΟ.	57
3.11 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΚΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΟ ΠΟΝΟ.....	59
3.12 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	59

ΤΕΤΑΡΤΟ ΜΕΡΟΣ

4.1 Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ.....	61
4.2 Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟ.	63
4.3 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΛΟΓΩ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	64
4.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ. .	64
4.5 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΚΡΙΣΗ.....	65
4.6 ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΚΡΙΣΗ.....	66
4.7 Η ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΔΟΧΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΡΙΣΗΣ.....	67
4.8 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ.....	68
4.9 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ.....	74
4.10 ΣΤΟΧΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.	77
4.11 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ Η ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.	77
4.12 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΥΝΑΜΗ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.	78

ΠΕΜΠΤΟ ΜΕΡΟΣ

<i>5.1 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ.....</i>	<i>81</i>
<i>5.2 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟΝ ΙΔΙΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ.....</i>	<i>85</i>
<i>5.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....</i>	<i>89</i>
<i>5.4 Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ.....</i>	<i>93</i>
<i>5.5 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΡΙΝ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ.....</i>	<i>96</i>
<i>5.6 Η ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ.....</i>	<i>102</i>
<i>5.7 Η ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ, ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΟΤΑΝ ΕΙΝΑΙ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ.....</i>	<i>103</i>
<i>5.8 Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ ΣΤΗ ΠΡΟΘΑΝΑΤΙΑ ΦΑΣΗ.....</i>	<i>105</i>
<i>5.9 ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΘΕΛΩ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ....</i>	<i>108</i>
<i>5.10 ΠΛΗΣΙΑΖΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ.....</i>	<i>109</i>
<i>5.11 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ.....</i>	<i>111</i>
<i>5.12 ΤΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ.....</i>	<i>113</i>
<i>5.13 ΜΙΛΩΝΤΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ.....</i>	<i>114</i>
<i>5.14 ΘΕΛΩ ΝΑ ΖΗΣΩ.....</i>	<i>116</i>
<i>5.15 Σ' ΑΓΑΠΩ ΖΩΗ.....</i>	<i>118</i>

ΕΚΤΟ ΜΕΡΟΣ

<i>6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ, ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....</i>	<i>121</i>
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΚΑΠΟΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	
<i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ</i>	<i>128</i>

<i>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</i>	
<i>.....</i>	<i>138</i>

<i>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</i>	
<i>.....</i>	<i>142</i>

Καρκίνος

Και στο άκουσμα μόνο της λέξης,
Η καρδιά δεν μπορεί να αντέξει.
Μια θυσία στο άγριο θεριό,
Έχω χάσει ψυχή και αδερφό.

Καρκίνος.
Μια λέξη που θυμίζει φυγή.
Το μαχαίρι γυρνά στη πληγή.
Και ξυπνά στη καρδιά η φωνή σου,
Η εικόνα σου, το γέλιο σου, η ζωή σου.

Καρκίνος.
Εκεί που όλοι γονατίζουν βεβαίως,
Να παλέψεις εσύ, το θεώρησες χρέος.
Ένας άντρας σωστός, μα στα χρόνια παιδί.
Ήρωας μου και αστέρι στη καρδιά μου πληγή.

Άγγελε μου, γκριζογάλανα μάτια,
Η καρδιά σου περιστέρι,
τα αζεπέραστα βράδια
Μου χαϊδεύεις το χέρι.

Μου μαθές να παλεύω
Και να στέκομαι ορθή.
Στη ψυχή μου ελπίδα
Δρόμος δίχως στροφή.

Άγγελέ μου,
Δεν το ξέρω το πότε
Μα θα έρθει η στιγμή
Που μαζί θα βρεθούμε
Στου ουρανού την αυγή.

Οι ψυχές ενωμένες..
Με ένα γέλιο σαν ήλιο.
Ότι πόνεσε τόσο,
Θα το κάνουμε φύλο.

Άγγελέ μου
Ξέρω θα έρθει ο καιρός.
Που για πάντα μαζί,
Τις ψυχές μας θα ενώσει,
Του θεού η κλωστή

Και θα είναι ευτυχία,
Όπως κάποτε δω.
Θα στεγνώσουν τα δάκρυα,
Στου ουρανού το χορό.

Σ' αγαπάω άγγελε μου,
Το θεό τρυφερά ευχαριστώ.
Από σένα τη δύναμη
Τις ζωής μου αντλώ.

Σ' αγαπάω άγγελε μου,
Ήσουν τόσο καλός,
Αδελφέ καλή αντάμωση
Όταν έρθει ο καιρός.

Αφιερωμένο στην
Μνήμη του
αδερφού μου ΓΙΩΡΓΟΥ
που έδωσε τη μάχη
με το καρκίνο.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.

Ο καρκίνος ξεσπάει σαν τυφώνας, σε ένα καταγάλανο ουρανό. Μας σκορπίζει, μας συντρίβει και αρχίζει να μας στριφογυρίζει γύρω από τον καρκινοπαθή που βρίσκεται ακριβώς στο μάτι του κυκλώνα. Ο καρκινοπαθής και η οικογένεια δίνονται ολοκληρωτικά στον αγώνα για τη ζωή του ασθενή. Πιστεύοντας και ελπίζοντας πως κάποια στιγμή η θύελλα θα κοπιάσει.

Οι οικογένειες του καρκινοπαθή κουβαλάνε την μοναδική εμπειρία της πάλης με τον θάνατο. Πολλές φορές για χρόνια ολόκληρα ξέροντας οι περισσότεροι από μας πως ο εφιάλτης θα φανεί στο τέλος. Μας βασανίζει το αναπάντητο ερώτημα «πως το κορμί του καρκινοπαθή, τόσο ζωντανό και στριγγιλό μέχρι χθες, μπόρεσε να φωλιάσει αυτή η τρομερή νόσος»; Η οικογένεια του καρκινοπαθή ζει το ασυμβίβαστο, αυτό που κανείς δεν μπορεί όχι να πει αλλά ούτε να φανταστεί ακόμα και στους χειρότερους εφιάλτες του.

Η προσέγγιση των αρρώστων με καρκίνο έχει υποστεί στα τελευταία χρόνια μια εξαιρετική μεταβολή. Έπαυσε να είναι περιορισμένη σε λίγες ομάδες αρρώστων μια βοήθεια απλή ανακούφισης. Η άγνωστη δύσκολη, ανεξέλεγκτη αρρώστια έγινε η νόσος φθοράς, με μεθόδους ίασης, και άλλες θεραπευτικές προσπελάσεις με θετικά αποτελέσματα. Σε κάθε ομάδα ασθενειών, οι λειτουργοί υγείας και κυρίως η νοσηλευτική προσέγγιση όχι μόνο βοηθά, αλλά ενισχύει και σε πολλές περιπτώσεις αντικαθιστά και την ιατρική προσφορά.

Δοκιμάζονται οι δυνάμεις συνοχής τη οικογένειας και το θεμέλιωμα της στην πιο οριακές συνθήκες καταπόνησης. Μετριόνται με το πιο σκληρό τρόπο οι προσωπικές αντοχές του καθενός μας και αναδυθήκαμε από τα άδυτα της ψυχής μας, αδυναμίες αλλά και προτερήματα που εμείς οι ίδιοι γνωρίζουμε. Ζούμε με τα καινούργια δεδομένα πια που δημιουργήθηκαν στη ζωή μας, με σχέσεις πιο δυνατές ανάμεσα μας, με το πόνο στη καρδιά μας αλλά και μια πρωτόγνωρη, βαθιά σοφία και ωριμότητα για τη ζωή. Δεν ξέρω πως σκέφτεται ο καθένας, αυτό που ξέρω εγώ είναι πως η νόσος του καρκινοπαθή, ο αγώνας για την αντιμετώπιση της και οι καταστάσεις μέσα από τις οποίες περνάμε και όλοι εμείς είναι σαν το δυνατό άνεμο. Σβήνει τις μικρές φωτιές και δυναμώνει τις μεγάλες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.

Η μελέτη της νεοπλασματικής νόσου αποτελεί το αντικείμενο της ογκολογίας. Αυτή μελετά μια μεγάλη ποικιλία καλοήθων ή κακοηθών νεοπλασμάτων τα οποία έχουν πολλές φορές τη δυνατότητα να σκοτώσουν τον ασθενή.¹

Οι όροι καρκίνος, καρκίνωμα, κακοήθης νεοπλασία ή κακοήθης όγκος έχουν την ίδια σημασία. Πρόκειται δηλαδή για συνωνυμία. Οι ξένοι και κυρίως οι Γερμανοί, Γάλλοι και Άγγλοι τον σημειώνουν συντομογραφικά με τα αρχικά γράμματα Ca. Το Ca είναι τα αρχικά γράμματα της λατινικής λέξης Cancer που σημαίνει καρκίνος, δηλαδή το γνωστό μας καβούρι ή κάβουρας τον οποίο τον όρο αυτό έπλασε και χρησιμοποίησε πρώτος ο Ιπποκράτης.

Πρέπει απ' αρχής να έχουμε υπ' όψιν ότι όταν λέμε Ca, με την γενική έννοια του κακοήθους όγκου, δε βρισκόμαστε, όπως πιστεύουμε σήμερα, μπροστά σε μια μόνο εντελώς καθορισμένη αρρώστια, όπως είναι π.χ. η ελονοσία, ο κοιλιακός τύφος ή το έλκος του στομάχου. Υπάρχουν πολλά είδη Ca, όπως ο Ca του πνεύμονα, τα κακοήθεις μελάνωμα, το γλοιόμα του εγκεφάλου, η λευχαιμία κλπ. Που ο καθένας απ' αυτούς έχει τη δική του ιστολογική υφή, τη δική του πορεία, τη δική του ακτινολογική, συμπεριφορά με το δικό του τρόπο για το σχηματισμό π.χ. γρήγορων ή αργών μεταστάσεων.²

Ταπεινή μου φιλοδοξία αποτελεί η επιθυμία μου να ενημερωθούν:

Û Οι καρκινοπαθείς που οφείλουν να εξοικειωθούν με τους γιατρούς και τις ειδικές ομάδες που θα τους περιθάλψουν. Έχει ζωτική σημασία να γνωρίζουν την ασθένεια τους, τις επιδράσεις που έχει καθώς και τα αποτελέσματα που μπορούμε να έχουμε σε αυτή τη ασθένεια.

Û Την οικογένεια του καρκινοπαθή με την ελπίδα ότι θα ενημερωθεί για την ασθένεια που έχει ο άνθρωπος τους.

Η εργασία αυτή όπως δείχνει και ο τίτλος της, επιδιώκει να μας παρουσιάσει διάφορες σημαντικές καταστάσεις, στάδια που διέρχεται καρκινοπαθής ώστε να έχουμε όσο γίνεται πιο ολοκληρωμένη εικόνα.

Αρχικά δίνονται στο πρώτο μέρος πληροφορίες σχετικά για τον καρκίνο, τα είδη του όγκου, τα είδη καρκίνου που υπάρχουν, τα στάδια του καρκίνου, πως γίνεται η διάγνωση του καρκίνου.

Στο δεύτερο μέρος μας πληροφορεί για τον διαχωρισμό του σωματικού πόνου. Την ταξινόμηση, τις διαστάσεις, τις πηγές, τα προβλήματα που δημιουργούνται από τον σωματικό πόνο. Αλλά και τις μεθόδους εκτιμήσεις του σωματικού πόνου από τον νοσηλευτή, την νοσηλευτική διεργασία και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις του σωματικού πόνου.

Στο τρίτο μέρος μας πληροφορεί για τον ψυχικό πόνο. Την μέτρηση, την αξιολόγηση, τις επιπτώσεις του ψυχικού πόνου καθώς τη στάση του νοσηλευτή απέναντι στο ψυχικό πόνο.

Στο τέταρτο μέρος μας ενημερώνει για αν πρέπει η αλήθεια να λέγεται, για την στάση του καρκινοπαθή απέναντι στο καρκίνο καθώς και η ψυχολογία του καρκινοπαθή που διέρχεται μέσα από την κατάσταση του.

Στο πέμπτο μέρος μας ενημερώνει στήριξη, συμπαράσταση που χρειάζεται ο ίδιος ο καρκινοπαθής, η οικογένεια του, ο αγώνας για την ζωή που θα πρέπει να δώσει για να ζήσει και η νοσηλευτική φροντίδα που θα πρέπει να του δοθεί αφού βρίσκεται στο τελικό στάδιο του καρκίνου.

Και τέλος στο έκτο μέρος έχουμε το συμπέρασμα από αυτή την εργασία.



ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ.

1.1 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΧΘΕΣ ΣΤΟ ΣΗΜΕΡΑ (ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ).

Ο καρκίνος είναι μια πολύ παλιά αρρώστια και η αρχή του χάνεται στα χρόνια που υπήρξε στη γη και ο πρωτόγονος άνθρωπος. Φαίνεται όμως ότι όγκοι προϋπήρχαν και σε ζώα, σε δεινόσαυρους, ερπετά, καθώς και σε θηλαστικά. Από την αρχαία Μεσοποταμία υπάρχει αναφορά σε πλίνθινες επιγραφές για διαφορετική διάγνωση μεταξύ κακοηθών όγκων και απλών φλεγμονών, ένα πρόβλημα που γεννιέται καθημερινά ακόμα και σήμερα. Σε πάπυρο του Καχούν στην Αίγυπτο δυο χιλιάδες χρόνια π. χ. αναφέρονται κακοήθεις όγκοι, όπως έχουν βρεθεί σε μούμιες της 5^{ης} δυναστείας με σάρκωμα του μηριαίου και του βραγχιόνιου οστού.

Ο Ιπποκράτης (4^{ος} αιώνα π.χ.) ασχολήθηκε ειδικότερα και με τον καρκίνο κάνει αναφορά μεταξύ επιπολής και κατά βάθος καρκίνους και τους θεωρεί νοσήματα της πρεσβυτικής ηλικίας. Άλλοι Έλληνες ιατροί όπως ο Αρεταίος, ο Καππαδόκης ή ο Ξενοφών, ο Κώος, προσέθεσαν τις γνώσεις τους φαίνεται δε ότι και χειρουργούσαν άρρωστους με καρκίνο. Ο Κέλσος περιγράφει σε αναφορές του το 1^ο π.χ. αιώνα τον καρκίνο και την θανατηφόρα εξέλιξη του μετά την εμφάνιση υποτροπής. Ο Γαλήνος (2^{ος} αιώνα μ.Χ.) διαχώρισε τους καρκίνους σε εξηλωμένους και μη εξηλωμένους και τους συσχετίζει με την μέλαινα χολή. Ακόμα έλεγε ότι η χειρουργική εξαίρεση ενός όγκου πρέπει να γίνεται με την ρίζα του.

Ο 18^{ος} αιώνας με την ταχεία επιστημονική εξέλιξη του σε όλες τις θετικές επιστήμες και ιδίως στη Χημεία άρχισε να δίνει πιο συγκεκριμένα στοιχεία με τις αντιδράσεις που παρατήρησαν οι επιστήμονες σε δοκιμαστικά σωληνάκια και να διαφοροποιεί τους όγκους και τους καρκίνους ειδικότερα κλινικές μελέτες, επιδημιολογικές παρατηρήσεις, παθολογοανατομικά ευρήματα και πολλές θεωρίες της περιόδου εκείνης άρχισαν να φωτίζουν την έννοια του καρκίνου.

Στο τέλος του 1700 δημιουργήθηκε στο Λονδίνο και ειδικότερα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Middlesex ειδική μονάδα περιθάλψεως καρκινοπαθών. Το 1801 ιδρύθηκε από το Howard στην Αγγλία Εταιρεία για την έρευνα της φύσεως του καρκίνου και της ανεύρεση ειδικής θεραπείας. Στο τέλος του περασμένου αιώνα και στην αρχή του δικού μας, αμέσως μετά την ανακάλυψη των ακτίνων X το 1895 από τον Roentgen και της ακτινοβολίας ραδίου από τους Pierre και Marie Curie το 1897, άρχισε η μεγάλη διάδοση και εφαρμογή τους για διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπευτικές ενέργειες.

Στην αρχή του αιώνα μας η ερευνητική προσπάθεια για την ανεύρεση της αιτιολογίας του καρκίνου γενικά, αλλά ειδικότερα για την πρόκληση των διαφόρων εντοπίσεων του όχι μόνο στον άνθρωπο αλλά στο ζωικό και φυτικό βασίλειο άρχισε να πολλαπλασιάζεται. Στον άνθρωπο ξεχώρισαν αμέσως οι δύο βασικοί παράγοντες πρόκλησης καρκίνου: Οι εξωγενείς αιτιάσεις και ενδογενείς σχέσεις. Δηλαδή παράγοντες που οφείλονται σε αιτίες που υπάρχουν στο χώρο που ζούμε, στο περιβάλλον μας, όπως είναι ο ήλιος, η τροφή, τα διάφορα δηλητήρια και μεταξύ αυτών και τα παράγωγα καπνού, οι χρόνιοι τραυματισμοί μας. Τα ενδογενή αίτια είναι επιδράσεις κληρονομικότητας, γένους, φυλής, ηλικίας, εμβρυϊκές ετεροτυπίες κ.λ.π. που το καθένα δημιουργεί και την ανάλογη επενέργεια, χωρίς να ξεχνάμε και τις αλληλοεπιδράσεις διαφόρων παραγόντων ή των διαφόρων ασθενειών που προϋπάρχουν στα ίδια άτομα.

Σιγά-σιγά τα χρόνια περνούν και μετά από την μεταπολεμική εποχή στην δεκαετία του 50 άρχισε να παρουσιάζεται ολοένα και η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης καρκίνων. Ανακαλύφθηκε ότι η αναλογία ορισμένων καρκίνων όπως του πνεύμονα, του πεπτικού συστήματος, και ιδίως του παχέως εντέρου, της μήτρας και του μαστού είχαν μεγάλη αύξηση έναντι άλλων νεοπλασμάτων.

Σήμερα ερευνάται ο καρκίνος πολύτροπα και στο εργαστήριο και επιδημιολογικά και γνωρίζουμε τις περισσότερες αιτίες που δημιουργούν τις

διάφορες εντοπίσεις στον ανθρώπινο οργανισμό. Ο πολλαπλασιασμός του γίνεται απλά ανώμαλα, σε ανώμαλη θέση και σε χρόνο που δεν είναι ο σωστός αλλά η εξέλιξη των περισσότερων καρκίνων είναι βραδεία και προχωρεί με ρυθμούς πολλές φορές απροσδιόριστους. Έτσι μπορούμε σήμερα να καθορίσουμε τι είναι καρκίνος και πως εξελίσσεται. Με αποτέλεσμα πια η νόσος, οι διάφορες μορφές του καρκίνου από άποψη αγωγής δεν θυμίζει τίποτα από την παλιά εποχή.³

1.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ.

Καρκίνος είναι μια άτυπη, άσκοπη, ανώμαλη και απρογραμματίστη ανάπτυξη νέων κυττάρων. Η ανάπτυξη αυτή μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε όργανο ή σύστημα του οργανισμού του ανθρώπου από την γέννηση του μέχρι το βαθύ γήρας. Είναι ο γενικός όρος που περιγράφει την ανώμαλη ανάπτυξη και πολλαπλασιασμό των κυττάρων ενός οργανικού συστήματος του Ανθρώπινου σώματος. Δηλαδή μια λανθασμένη φυσιολογική διαδικασία.⁴

Ο οργανισμός μας αποτελείται από τεράστια ποικιλία κυττάρων που το καθένα περιέχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων. Ανάμεσα σε κάθε ζεύγος τυλίγεται η διπλή έλικα του DNA που αποτελεί τον γενετικό κώδικα της ζωής. Το DNA ρυθμίζει και μεταβιβάζει τα γενετικά χαρακτηριστικά των χρωμοσωμάτων τα οποία κληρονομούνται από τους γονείς μας και τα μεταβιβάζουμε στα παιδιά μας.^{5,6}

Τα χρωμοσώματα μας, δομικό συστατικό των κυττάρων μας, περιέχουν μηνύματα που καθορίζουν την ανάπτυξη, λειτουργία και συμπεριφορά των οργάνων μας. Ένα γονίδιο λέει στο στομάχι πως θα παράγει το γαστρικό υγρό, ενώ κάποιο άλλο λέει στους αδένες να το εκκρίνουν μόλις η τροφή φτάνει στο στομάχι. Άλλα γονίδια καθορίζουν το χρώμα των ματιών μας, άλλα λένε στους τραυματισμένους ιστούς πώς να επουλωθούν, ενώ άλλα δίνουν εντολή στο μαστού της γυναίκας να παράγει γάλα μετά την γέννηση του νεογνού. Τον περισσότερο χρόνο τα γονίδια λειτουργούν κανονικά στέλνοντας τα σωστά μηνύματα. Έτσι παραμένουμε σε καλή φυσική κατάσταση και τα πάντα λειτουργούν όπως πρέπει.^{7,5}

Εάν αναλογιστεί κανείς από την βιολογία ότι ο οργανισμός μας αποτελείται από χιλιάδες κύτταρα και κάθε κύτταρο έχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων που μέσω των γονιδίων κωδικοποιούν τα διάφορα μηνύματα, τότε είναι φανερό πόσο πολύπλοκο είναι το φαινόμενο της καρκινογέννησης.

Πως ξεκινάει όμως: Υπάρχουν πολλές θεωρίες για μια σειρά γεγονότα που μπορούν να επιδράσουν. Σε κυτταρικό επίπεδο κάθε φορά που το κύτταρο διαιρείται, αυτοαναπαράγονται και τα χρωμοσώματα. Στην πορεία της κυτταρικής διαίρεσης κάτι μπορεί να λειτουργήσει λάθος και να αλλάξει τον δρόμο. Μια τέτοια μετάλλαξη αλλάζει και τα γονίδια ένα ή περισσότερα. Τα αλλαγμένα γονίδια δίνουν λάθος μηνύματα. Έτσι σε ένα φυσιολογικό κυτταρικό πληθυσμό υπάρχει 'ένα' κύτταρο 'φυσιολογικό μεν' με λανθασμένες πληροφορίες για το σκοπό που πρέπει να επιτελεί. Το κύτταρο αυτό θρέφεται και συντηρείται όπως και τα άλλα, αλλά επειδή δεν κάνει σωστή λειτουργία γίνεται 'αντιπαθές' από την κοινωνία των φυσιολογικών κυττάρων. Αρχίζει λοιπόν να αναπτύσσεται με μεγάλη ταχύτητα και δημιουργεί έτσι μια ομάδα 'περιθωριακών κυττάρων'. Αυτή η ομάδα σιγά – σιγά αφαιρεί λειτουργικό και ενεργειακό ζωτικό χώρο στην ομοίωση του οργάνου που βρίσκεται.

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

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

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

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

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

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

1. Στάδιο προσκόλλησης
2. Στάδιο διάσπασης του εξωσκελετικού δικτύου και τέλος
3. Στάδιο μετανάστευσης.

Όπως διαπιστώνει κανείς η μετάσταση δεν είναι τυχαίο γεγονός.⁷

1.3 Η ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Μολονότι ο καρκίνος θεωρείται ως μια ασθένεια, στην πραγματικότητα περιλαμβάνει τουλάχιστον διακόσια διαφορετικά νοσήματα. Για τους περισσότερους καρκίνους δεν υπάρχει σαφώς καθορισμένη αιτία. Πρέπει όμως να τονίσουμε, ότι σήμερα κατέχουμε πλήθος επιστημονικών γνώσεων, νέες ενδείξεις και εμπειριστατωμένες έρευνες με αποτέλεσμα να μπορούμε να διακρίνουμε ποιοι παράγοντες ποία θεωρούνται τα αίτια του καρκίνου.²

Οι παράγοντες που παίζουν τον αιτιολογικό ρόλο στη γένεση του καρκίνου είναι οι ακόλουθοι:

1. **Ο ρόλος των ογκογονιδίων.** Τα ογκογονίδια είναι δυνατό να μετατραπούν σε γονίδια που ευνοούν την ανάπτυξη του καρκίνου. Η ανακάλυψη αυτή οδήγησε σε περαιτέρω έρευνα, με σκοπό να κατανοηθεί πληρέστερα ο τρόπος ανάπτυξης του καρκίνου και η μέθοδοι προφύλαξης και θεραπείας. Άλλα γονίδια, τα ονομαζόμενα κατασταλτικά, σταματούν τη μετρατοπή των φυσιολογικών γονιδίων σε ογκογονίδια. Αν τα κατασταλτικά γονίδια δεν λειτουργήσουν σωστά ή αν λείπουν εντελώς, τότε η πορεία της καρκινογένεσης είναι δυνατό να μην ανασταλεί.
2. **Οι επιπτώσεις στο μαζικό πληθυσμιακό έλεγχο.** Όλες οι νέες πληροφορίες ενισχύουν την πιθανότητα ότι σύντομα θα καταστεί δυνατό να εξετάζουμε τον καθένα για να διαπιστώσουμε αν είναι φορέας των ειδικών ογκογονιδίων, καθώς και αν τα κατασταλτικά ογκογονίδια είναι ελαττωματικά ή απουσιάζουν. Η παρουσία ορισμένων ογκογονιδίων ίσως είναι δυνατό να μας πληροφορήσει για τις πιθανότητες μετάστασης ενός καρκίνου. Ίσως επίσης γίνει σύντομα εφικτός ο εντοπισμός των ατόμων που αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Τέλος, είναι πιθανό να ανακαλυφθούν και άλλοι τρόποι και τεχνικές για τον μαζικό πληθυσμιακό έλεγχο.
3. **Η θεωρία των πολλαπλών κρούσεων.** Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή όλοι οι καρκίνοι δημιουργούνται από δύο τουλάχιστον μεταβολές ή κρούσεις, οι οποίες γίνονται στα γονίδια του κυττάρου. Με το χρόνο οι κρούσεις αυξάνονται και αλληλεπιδρούν. Όταν φτάσει η κατάλληλη στιγμή, αρχίζει να αναπτύσσεται ο καρκίνος. Οι κρούσεις μπορεί να προκληθούν από διάφορες χημικές ή εξωγενείς ουσίες που προκαλούν καρκίνο και λέγονται καρκινογόνες. Οι εν λόγω ουσίες ενεργοποιούν την καρκινογένεση. Υπάρχει επίσης πιθανότητα να αποτελούν οι κρούσεις το αίτιο που προάγει την επιτάχυνση της ανάπτυξης των παθολογικών κυττάρων. Ο κρίσιμος παράγοντας είναι ο αριθμός, ο τύπος, η συχνότητα και η ένταση των κρούσεων.⁵
4. **Αλκοόλ.** Η κατανάλωση αλκοόλ σε μικρές ποσότητες δεν είναι βλαβερή για την υγεία. Η υπερβολική κατανάλωση και κατάχρηση όμως έχουν συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του μαστού και του ήπατος. Η βλαβερή επίδραση του αλκοόλ αυξάνεται σημαντικά όταν υπάρχει ταυτόχρονα και κάπνισμα. Η συνεργασία του αλκοόλ και του καπνίσματος αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο καρκίνου.

5. **Μολύνσεις από ιούς και άλλους παράγοντες.** Ένας σημαντικός αριθμός μικροβιακών παραγόντων έχουν αιτιολογική σχέση με ορισμένους τύπους καρκίνων. Οι παράγοντες αυτοί ανήκουν στις οικογένειες των ιών, των βακτηριδίων, των παρασίτων. Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων είναι η αιτία για τους περισσότερους καρκίνους του τράχηλου της μήτρας. Οι ιοί της ηπατίτιδας Β και C μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο στο συκώτι. Ο ιός HIV που προκαλεί το AIDS ευνοεί την ανάπτυξη λεμφωμάτων και σαρκωμάτων. Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, που είναι βακτηρίδιο που προκαλεί έλκος στο πεπτικό σύστημα έχει συσχετισθεί με τον καρκίνο του στομάχου.
6. **Διατροφή.** Το τι τρώμε, το περιεχόμενο τους και ο τρόπος με τον οποίο προετοιμάζεται ή μαγειρεύονται παίζουν σημαντικό ρόλο. Τα επεξεργασμένα τρόφιμα μπορούν να περιέχουν χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για την κατασκευή και συντήρηση τους όπως οι νιτροσαμίνες που σχετίζονται με την πρόκληση ορισμένων καρκίνων όπως ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως.
7. **Περιβαλλοντικοί παράγοντες.** Πολλοί περιβαλλοντικοί παράγοντες ευθύνονται για την πρόκληση καρκίνου. Ο αμιάντος που χρησιμοποιήθηκε ευρέως για σκοπούς απομόνωσης στις περασμένες δεκαετίες, έχει συσχετισθεί με τουλάχιστον με δύο είδη καρκίνων του πνεύμονα. Παράλληλα παρατηρήθηκε ότι η έκθεση στον αμιάντο όταν συνοδεύεται και από κάπνισμα τότε οι πιθανότητες καρκίνου αυξάνονται κατά 90 φορές. Οι αρωματικές αμίνες που χρησιμοποιούνται σε ορισμένες βιομηχανικές είναι η αιτία του καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Το βενζέλιο που χρησιμοποιείται σε βερνίκια και γόμες, αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για λευχαιμία.⁶
Ακόμα με το περιβάλλον εννοούμε τον χώρο μέσα στον οποίο ζει, κινείται, εργάζεται και αναπαύεται κάθε άνθρωπος κατά την διάρκεια του 24ωρου της ζωής του. Επομένως μέσα στις καθημερινές συνθήκες διαβίωσης όλα τα συστήματα και τα όργανα του σώματος μας, και κυρίως το αναπνευστικό, το πεπτικό και το δέρμα έρχονται σε συνεχή και άμεση επαφή και επικοινωνία, χωρίς να μειώσουμε την σημασία επίδρασης του και σε άλλα συστήματα μας.⁸
8. **Κάπνισμα.** Το κάπνισμα θεωρείται ότι παίζει ρόλο σε περίπου 25% -35% των θανάτων λόγω του καρκίνου. Ευθύνεται για το 90% των θανάτων λόγω καρκίνου του πνεύμονα. Υπάρχει πολλοί άλλοι καρκίνοι που προκαλούνται από το κάπνισμα. Καρκίνος στοματικής κοιλότητας, λάρυγγα, οισοφάγου, παγκρέατος, ουροδόχου κύστης.
9. **Έκθεση στον ήλιο.** Η έκθεση στις υπεριώδεις ακτίνες του ήλιου είναι υπεύθυνη για σχεδόν όλες τις περιπτώσεις των βασικοκυττάρων και ακανθοκυτταρικών καρκίνων του δέρματος. Επίσης η ίδια ακτινοβολία ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τα κακοήθη μελανώματα.
10. **Κληρονομικότητα.** Στις οικογενειακές καταστάσεις που υπάρχουν αυξημένα περιστατικά του καρκίνου, πιθανότητα υπάρχει ένα γενετικό υπόβαθρο. Παράλληλα όμως πρέπει να ληφθεί υπ' όψη το

γεγονός ότι τα μέλη μιας οικογένειας μπορεί να υποβάλλονται στους ίδιους καρκινογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Τέλος υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που παίζουν το αιτιολογικό ρόλο του καρκίνου όπως *η παχυσαρκία, σεξουαλική ζωή και ορμονικές διαταραχές, ακτίνες Χ, επαγγελματικοί καρκίνοι* κ.τ.λ.⁶

1.4 ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ.

Η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή του καρκίνου εξαρτάται από τον ακριβή προσδιορισμό κάθε όγκου. Όγκος είναι ο ανώμαλος σχηματισμός του ιστού είναι σάρκωμα σε κάποιο σημείο του σώματος που δεν θα περιμέναμε.

Υπάρχουν δύο ομάδες όγκων: οι καλοήθειες και η κακοήθειες. Καλοήθης όγκος: ασήμαντη όψη, υποφερτές ιδιότητες, παρουσία ελάχιστα ενοχλητική, μπορεί να τον ανεχθεί κανείς. Μπορεί να ζήσει μ' αυτόν χωρίς να ενοχληθεί. Κακοήθης όγκος: αποκρουστική όψη, πυώδης, επικίνδυνες ιδιότητες, παρουσία επίπονη, δύσκολα κανείς μπορεί να τον ανεχθεί. Αν δεν καταφέρουμε να σταματήσουμε την ανάπτυξη του, προκαλεί το θάνατο.⁹

Από κλινική και ιστολογική άποψη εμφανίζουν τους εξής κύριους διαχωριστικούς χαρακτήρες:

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ	ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ
1. Μεγεθύνονται πολύ αργά.	1. Εξελίσσονται γρήγορα.
2. Αυξάνονται μόνο κατ' όγκο, χωρίς να διεισδύσουν στους γειτονικούς ιστούς.	2. Διεισδύουν στους γειτονικούς υγιείς ιστούς.
3. Συνήθως περικλείονται σε κάψα.	3. Δεν περικλείονται σε κάψα.
4. Μετά προσεκτική εξαίρεση δεν αναπτύσσονται ξανά.	4. Υποτροπιάζουν εάν δεν εξαιρεθούν στο σύνολο τους.
5. Δεν αναπτύσσονται θυγαστρικές εστίες.	5. Μεθίστανται με λεμφοφόρα ή και τα αιμοφόρα αγγεία.
6. Δεν είναι θανατηφόρες, εκτός εάν πιέζουν ζωτικά όργανα.	6. Είναι όγκοι θανατηφόροι, τις περισσότερες φορές.
7. Σπάνια νεκρώνονται ή εξέλκονται.	7. Συχνά νεκρώνονται και εξελκούνται.
8. Δεν προκαλούν καχεξία στον άρρωστο.	8. Προκαλούν καχεξία και αναιμία στον άρρωστο.
9. Αποτελούνται από κύτταρα καλά διαφοροποιημένα, δηλαδή τείνουν να μοιάζουν προς τον υγιή ιστό από τον οποίο αναπτύσσονται.	9. Αποτελούνται από κύτταρα λίγο διαφοροποιημένα ή αναπλαστικά κύτταρα, με αποτέλεσμα να διαφέρουν σημαντικά από τα κύτταρα του ιστού από τον οποίο αναπτύχθηκαν.
10. Τα κύτταρα είναι ισομεγέθη κι έχουν το ίδιο σχήμα.	10. Πολυμορφία ως προς το μέγεθος και το σχήμα των κυττάρων τους.
11. Στο μικροσκόπιο βλέπουμε τον ιστό με λίγες μιτώσεις.	11. Με πολλές μιτώσεις.
12. Τα κύτταρα του όγκου μοιάζουν αρκετά, ως προς τη διάταξη τους, με εκείνα του ιστού από τον οποίο αναπτύσσονται.	12. Δεν μοιάζουν τα κύτταρα, ως προς τη διάταξη τους, προς εκείνη των κυττάρων του ιστού από τον οποίο προέρχεται ο όγκος.

Στους κακοήθεις όγκους έχουμε τρεις τύπους που αναπτύσσονται σε τρία είδη ιστών.

- Καρκίνωμα. Τα καρκινώματα προέρχονται πάντοτε από επιθηλιακά κύτταρα του εξωδέρματος ή του ενδοδέρματος. Πολλοί επιθηλιακοί καρκίνοι αναπτύσσονται σ' ένα όργανο που εκκρίνει κάποια ουσία. Για παράδειγμα, ο πνευμονικός ιστός εκκρίνει βλέννες, ο μαστός γάλα και το πάγκρεας παγκρεατικά υγρά.
- Σαρκώματα. Είναι όγκοι των μαλακών ιστών ή των οστών. Αναπτύσσονται σε κάθε τμήμα του υποστηρικτικού ή συνδετικού ιστού, στους μυς, τα οστά, τα νεύρα, τους τένοντες ή τα αιμοφόρα αγγεία. Οπουδήποτε στο σώμα μας υπάρχει υποστηρικτικός ή συνδετικός ιστός, μπορεί να αναπτυχθεί σάρκωμα. Στο ίδιο όργανο όπου μπορεί να αναπτυχθεί καρκίνωμα, είναι δυνατόν να αναπτυχθεί και σάρκωμα, εφόσον το όργανο περιέχει συνδετικό ιστό. Στο πάγκρεας λόγω χάρη, όπου υπάρχουν αιμοφόρα αγγεία, αν σ' ένα κύτταρο του τοιχώματος του αιμοφόρου αγγείου αναπτυχθεί όγκος, θα πρόκειται για σάρκωμα παρότι βρίσκεται στο πάγκρεας.
- Λεμφώματα και λευχαιμίες. Αναπτύσσονται στους λεμφαδένες ή στα αιμοποιητικά κύτταρα του μυελού των οστών. Τα λεμφώματα είναι όγκοι που εμφανίζονται στους λεμφαδένες, δηλαδή στους μικρούς στρογγυλούς, σε σχήμα φασολιού, σχηματισμούς που βρίσκονται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Σχεδόν πάντοτε είναι κακοήθεις. Ένα είδος όγκου της κατηγορίας αυτής είναι η νόσος του Hodgkin, ενώ όλοι οι υπόλοιποι όγκοι της ίδιας κατηγορίας αναφέρονται ως μη Hodgkin λεμφώματα. Οι λευχαιμίες είναι καρκίνοι των λευκών αιμοσφαιρίων και παίρνουν το όνομα τους από τον τύπο των λευκών αιμοσφαιρίων που προσβάλλονται.⁵

Και τέλος έχουμε το καρκίνωμα *in situ*. Με τον όρο αυτό εννοούμε μια καρκινική βλάβη με τα χαρακτηριστικά βέβαια του κακοήθους όγκου, η οποία όμως μικροσκοπικά δεν έχει ακόμα διηθήσει το φυσιολογικό ιστό που το περιβάλλει. Το καρκίνωμα *in situ* εξελίσσεται σε διηθητικό καρκίνο σε άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα και το συναντάμε στο δέρμα, στους βρόγχους, το φάρυγγα, το στομάχι, το κόλο και το τράχηλο της μήτρας. Όταν ένα καρκίνωμα *in situ* αντιμετωπισθεί σωστά συνήθως επιτυγχάνεται πλήρης ίαση.

1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Οι τρόποι καθώς και η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου διαφέρει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, τη φυλή και τη γεωγραφική περιοχή. Οι γυναίκες π.χ. είναι πιο επιρρεπείς στο καρκίνο από τους άνδρες, αν και η διαφορά αυτή τείνει να ελαττωθεί επειδή αυξάνεται η συχνότητα καρκίνου του πνεύμονα στους άνδρες και αντίστοιχα μειώνεται η συχνότητα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες. Στις γυναίκες οι συχνότεροι καρκίνοι είναι αυτοί του μαστού, κόλου, μήτρας και δέρματος, ενώ στους άνδρες αυτοί του πνεύμονα, γαστρεντερικού συστήματος, δέρματος, προστάτη, στοματικής κοιλότητας, λαρυγγοφάρυγγα και ουροδόχου κύστης. Το πρόβλημα του καρκίνου στα παιδιά είναι πολύ μικρότερο παρά στους ενήλικες, η θνησιμότητα όμως σ' αυτά είναι μεγαλύτερη. Μετά τους θανάτους από ατυχήματα ακολουθούν σε συχνότητα οι θάνατοι παιδιών από κακοήγη νεοπλασμάτα του αίματος (λευχαιμίες), του εγκεφάλου, των νεφρών και του λεμφικού ιστού.

Παρακάτω βλέπουμε τις επιπτώσεις του καρκίνου αναφορικά με τις εντόπιση και το φύλο. Δεν περιλαμβάνονται εδώ ο καρκίνος του δέρματος εκτός από το μελάνωμα καθώς και ο καρκίνος in situ του τραχήλου της μήτρας.

ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Δέρμα 1%	Δέρμα 1%
Στοματοφάρυγγα 5%	Στοματοφάρυγγα 2%
Πνεύμονας 22%	Πνεύμονας 6%
Παχύ έντερο 14%	Μαστός 26%
Άλλες θέσεις πεπτικού 12%	Θέσεις πεπτικού 9%
Προστάτη 17%	Παχύ έντερο 15%
Ουρογεννητικό 9%	Ωοθήκες 5%
Λευχαιμία –Λέμφωμα 8%	Μήτρα 14%
Όλα τα άλλα 12%	Ουροποιητικό 4%
-----	Λευχαιμία και λέμφωμα 7%
-----	Όλα τα άλλα 11%

Στο παρακάτω πίνακα βλέπουμε τις συχνότητες εντόπισης κακοηθών νεοπλασμάτων στους άνδρες και στις γυναίκες στην Ελλάδα το έτους 1982.(Στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής; Υπηρεσίας της Ελλάδας).

	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Πνεύμονες	26,2 %	4,0 %
Μαστός	0,1 %	25,7 %
Ήπαρ	5,3 %	3,6 %
Πάγκρεας	2,6 %	1,8 %
Στομάχι	5,3 %	4,4 %
Παχύ έντερο	3,3 %	4,3 %
Ουροδόχου κύστης	7,3 %	1,9 %
Προστάτης	5,6 %	-----
Μήτρα, ωοθήκες	-----	11,7 %
Ορθό	2,5 %	2,8 %

1.6 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Με την Σταδιοποίηση του καρκίνου προσπαθούμε να περιγράψουμε το βαθμό κακοήθειας και εξάπλωσης του καρκίνου. Ο ακριβής προσδιορισμός του βαθμού κακοήθειας και της εξάπλωσης είναι το πρώτο σημαντικό βήμα προκειμένου να επιλεγεί η καταλληλότερη θεραπεία για τον ασθενή και παράλληλα να καθοριστεί η πρόγνωση.

Είναι ουσιώδες να υπάρχει μια ταξινόμηση του καρκίνου η οποία να βασίζεται σε ανατομικά και ιστολογικά κριτήρια. Με την ταξινόμηση εννοούμε ένα πολυδιάστατο και πολύπλευρο πλαίσιο που να περιλαμβάνει όλες τις πιθανότητες εμφάνισης και εξάπλωσης του καρκίνου σε ένα όργανο. Το αντικείμενο της ταξινόμησης είναι: 1) να βοηθήσει τον κλινικό ιατρό προκειμένου να αποφασίσει το είδος της θεραπείας, 2) να δώσει κάποια ένδειξη για την πρόγνωση, 3) να βοηθήσει στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας, 4) να διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών και 5) να βοηθήσει στη συνέχιση της έρευνας του καρκίνου.^{1,5}

Σταδιοποίηση (staging) είναι μια προσπάθεια να καθορισθεί η ακριβής έκταση του καρκίνου στα τρία διαμερίσματα, σε ένα συγκεκριμένο χρόνο και συνήθως κατά το χρόνο της ανακάλυψής του. Τα διαμερίσματα αυτά είναι ο πρωτοπαθής όγκος (Tumor), οι επιχώριοι λεμφαδένες (Nodes) και οι μεταστάσεις (Metastases). Η προγνωστική αξία της σταδιοποίησης είναι πολύ μεγάλη. Το πιο παραδεκτό σήμερα σύστημα σταδιοποίησης είναι TNM που έχει προταθεί από την UICC (Union Internationale Contre Cancer). Παράδειγμα:

Στάδιο 1 (stage 1), T_1, N_0, M_0 : Σημαίνει ότι η κλινική εξέταση αποκαλύπτει μια μάζα η οποία περιορίζεται μόνο στην πρωτοπαθή εστία ανάπτυξης. Η μάζα αυτή μπορεί να αφαιρεθεί ολόκληρη χειρουργικά και δεν υπάρχουν διηθημένοι επιχώριοι λεμφαδένες ούτε απομακρυσμένες μεταστάσεις. Οι ασθενείς του σταδίου αυτού εμφανίζουν συνήθως πενταετή επιβίωση από 70- 90%.

Στάδιο 2 (stage 2) T_2, N_1, M_0 : Η εξέταση αποκαλύπτει μάζα με ενδείξεις τοπικής επέκτασης και διηθημένους λεμφαδένες. Η μάζα μπορεί να αφαιρεθεί υπάρχουν όμως, ένεκα της μεγαλύτερης επέκτασης, αβεβαιότητα ως προς τη ριζικότητα της εκτομής. Απομακρυσμένες μεταστάσεις δεν υπάρχουν. Η πενταετής επιβίωση στο στάδιο αυτό φθάνει συνήθως στο 50% περίπου.

Στάδιο 3 (stage 3), T_3, N_2, M_0 : Η εξέταση αποκαλύπτει ευμεγέθη πρωτοπαθή μάζα που διηθεί γειτονικούς ιστούς και όργανα (π. χ. οστά, αγγεία κλπ.). Η μάζα μπορεί να αφαιρεθεί όχι όμως ριζικά με αποτέλεσμα άλλοτε άλλο μέρος αυτής να παραμένει τοπικά. Υπάρχουν διηθημένοι αδένες. Η πενταετής επιβίωση στο στάδιο αυτό δεν ξεπερνά το 20%.

Στάδιο 4 (stage 4) T_4, N_3, M_4 : Υπάρχουν ενδείξεις απομακρυσμένων μεταστάσεων. Ο καρκίνος εδώ είναι ανεγχείρητος. Το ποσοστό επιβίωσης ελάχιστο έως καθόλου.

Οι προαναφερθέντες ορισμοί προσφέρονται μόνο σαν γενικευμένοι κανόνες. Πρέπει να τονιστεί ότι το βάθος της διήθησης του καρκίνου σε ένα όργανο παρά το μέγεθος ή η επιφανειακή έκταση είναι ο σπουδαιότερος ανατομικός παράγοντας για την εκτίμηση του ποσού του καρκίνου. Παράλληλα, το συχνότερο ανατομικό κριτήριο για τη μη ιασιμότητα της νόσου είναι η ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Ειδικότερα συστήματα σταδιοποίησης έχουν καθιερωθεί για ορισμένους κακοήθεις καρκίνους, όπως π.χ. για το μελάνωμα, τη νόσο του Hodgkin και άλλα λεμφώματα.

1.7 Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Η διάγνωση του καρκίνου απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και καλή μεθοδολογία: λεπτομερές ιστορικό, προσεκτική και ολοκληρωμένη κλινική εξέταση, εξετάσεις αίματος, κυτταρολογικές εξετάσεις, εξετάσεις μυελού των οστών, βιοψίες. Οι πληροφορίες αυτές σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών θα βοηθήσουν στη διάγνωση.¹

1.8 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ Ή ΣΗΜΕΙΑ.

Η Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρεία (ACS) καθόρισε τον κατάλογο των επτά σημείων, που κάθε ένας που θα αναγνωρίσει ένα τέτοιο σύμπτωμα πρέπει να απευθυνθεί στο του ιατρού του.

1. Αλλαγή στις συνήθειες του παχεώς εντέρου ή της ουροδόχου κύστεως.
2. Μια φλεγμονή που επιμένει στον λάρυγγα.
3. Αιμορραγίες από το στόμα, ορθό, ή κόλπο ή παθολογικά εκκρίματα.
4. Σκληρία ή ψηλαφητή διόγκωση στο μαστό ή σε άλλο μέρος του σώματος.
5. Δυσκολία στην κατάποση ή δυσπεπτικά ενοχλήματα.
6. Αλλαγή σε σπίλο του δέρματος ή κρεατοελιά.
7. Επιμένων βήχας ή βράγχος φωνής.

Τα συμπτώματα ή σημεία στον ασθενή μπορεί να περάσουν απαρατήρητα και από τον ίδιο και από το περιβάλλον του. Άλλες φορές μπορεί να αποδοθούν σε άλλες νοσηρές καταστάσεις ή συνήθειες και να υποεκτιμηθούν. Μια σειρά αναδρομική που έγινε το 1993 και αξιολόγησε τα ιατρικά ιστορικά καρκινοπαθών στην Ευρώπη, (Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Αγγλία διαπιστώθηκε ότι: το 30% των ασθενών προσήλθησαν με 6-8 μήνες καθυστέρηση στον ιατρό μετά την έναρξη κάποιας κλινικής διαταραχής σε άτομο με καρκίνο. Σε ποσοστό 4- 6 % των ασθενών η διάγνωση καθυστέρησε κατά 6-8 μήνες σαν αποτέλεσμα υποεκτίμησης του κλινικού ιατρού στην ανίχνευση των συμπτωμάτων.

1.9 ΙΣΤΟΡΙΚΟ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.

(α) Το ιστορικό αποτελεί σημαντικό στοιχείο στην προσπάθεια ανακάλυψης στοιχείων ή πληροφοριών που μπορεί να υποδηλώνουν κακοήθεια. Η αναζήτηση στο ατομικό αναμνηστικό στοιχείων από την ζωή, διατροφή, συνήθειες, σεξουαλική δραστηριότητα, άλλα νοσήματα χειρουργικές επεμβάσεις, εργασιακό περιβάλλον, έκθεση σε ακτινοβολίες είναι στοιχεία που μπορεί να βοηθήσουν. Οι ερωτήσεις από το οικογενειακό αναμνηστικό για πιθανά συγγενή νοσήματα, παρουσία κακοηθών νοσημάτων σε γονείς ή αδέρφια. Επίσης η παρουσία κακοήθειας σε θείους ή άλλα άτομα 2^{ου} βαθμού συγγένειας των ασθενών.

(β) Η κλινική εξέταση είναι η πλήρη, συστηματική κατά οργανικά συστήματα διερεύνηση του οργανισμού με στόχο να ανακαλύψει ή όχι συμπτώματα ή σημείων που μπορεί να οδηγούν στον καρκίνο. Αρχίστε την φυσική εξέταση ακολουθώντας την λογική αλληλουχία: κεφαλή, τράχηλο, κορμός, άκρα.

Εξετάστε:

A. Τριχωτό κεφαλής- προσώπου – λαιμού.

Ψάξτε για σπύλους στο τριχωτό, πίσω από τα αυτιά. Ψάξτε την μύτη και τον λαιμό, κάντε έμμεση λαρυγγοσκόπηση με ένα καθρέπτη, δείτε βλεννογόνους στόματος και γλώσσα. Ψηλαφίστε για διογκωμένους λεμφαδένες στον τράχηλο ή τις υπερκλείδιες χώρες. Ψάξτε για διογκωμένες παρωτίδες.

B. Κορμός .

Ψηλάφισε υπερκλείδια χώρα και μασχάλες για αδένες. Ψηλάφισε του μαστούς για σκληρία ή ογκίδιο. Ελέγξτε ακροαστικά τους πνεύμονες. Εξέτασε το δέρμα της πλάτης ή του κορμού για σπύλους ή παράξενες ελιές που αιμορραγούν. Ψηλάφισε το ήπαρ και τον σπλήνα. Διαπίστωσε κάθε ανωμαλία ή στο κοιλιακό τοίχωμα. Ψηλάφισε τους όρχεις και κάνε ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ πρωκτού στους άνδρες και ΑΜΦΙΧΕΙΡΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ στις γυναίκες. Ψάξε το πέος και την βάλανο. Ψάξε τα μικρά και μεγάλη χείλη του αιδοίου. Ψηλάφισε τους βουβώνες για ανίχνευση ή όχι ψηλαφητών λεμφαδένων.

Γ. Άκρα .

Ψάξε για φλεγμονές στα άνω και κάτω άκρα. Ψάξε τις μεσοδακτύλιες πτυχές για σπύλους ή εξελκώσεις. Ψάξε κάτω από τα νύχια για πιθανές μελαχρωματικές ελιές ή σπύλους. Ύποπτα ευρήματα σε οποιοδήποτε σύστημα θα οδηγήσει σε περαιτέρω εξετάσεις.

1.10 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η εργαστηριακή διερεύνηση με αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις περιλαμβάνει την μέτρηση των ΓΕΝΙΚΩΝ παραμέτρων στο αίμα και τα βιολογικά υγρά του ασθενούς και τη μέτρηση των ΕΙΔΙΚΩΝ εξετάσεων που μπορεί να υποδηλώνουν την παρουσία νεοπλασματος στον ασθενή.

(α). Γενικές εργαστηριακές εξετάσεις συνήθως ο γενικός εργαστηριακός είναι μη ειδικός. Είναι όμως χρήσιμο να γνωρίζουμε:

• Υπάρχει ή όχι αναιμία.

• Υπάρχει ή όχι αποφρακτικός ίκτερος.

• Υπάρχει ή όχι διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας.

• Υπάρχει ή όχι διαταραχή των λευκωμάτων και της αλβουμίνης.

Όλες αυτές οι εξετάσεις δεν είναι ειδικές αλλά μπορεί μαζί με την κλινική εικόνα και την φυσική εξέταση να δώσουν αρκετές ειδικές πληροφορίες. Από τα άλλα βιολογικά υλικά μπορούμε να αξιολογήσουμε.

• Γενική ούρων υπάρχει αίμα, σάκχαρο, πρωτεΐνη στα ούρα.

• Υπάρχει υγρό στην κοιλιά, ασκίτης τότε θα ελεγχθεί βιοχημικά και κυτταρολογικά.

• Υπάρχει αίμα στα κόπρανα είτε μικροσκοπικά είτε μακροσκοπικά τότε χρειάζεται ενδοσκόπηση.

(β). Ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις.

Πρόκειται για την ανίχνευση στο αίμα των ειδικών ογκολογικών ή νεοπλασματικών δεικτών (tumor markers). Πρόκειται για πρωτεΐνες, ειδικές, που παράγονται από τα νεοπλασματικά κύτταρα.

Συνήθως σήμερα δεν βοηθούν μόνο στην διάγνωση αλλά τόσο στην παρακολούθηση της θεραπείας. Μια ειδική εξέταση που χρησιμοποιείται πιο συχνά

για την διάγνωση αιματολογικών καταστάσεων είναι η βιοψία μυελού των οστών. Αυτή γίνεται, σπάνια βέβαια και σε συμπαγές όγκους όπως λ.χ. μαστού, στομάχι, πάγκρεας.

1.11 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ.

Πρόκειται για μια σειρά μεθόδων που έχουν σαν στόχο να απεικονίσουν μια ύποπτη βλάβη ή ένα όργανο που μπορεί να υποκρύπτει μια απλή βλάβη.

(α). Απλές ακτινογραφίες.

Πρόκειται για μια απλή μέθοδο που μπορεί να δώσει κάτω υπό προϋποθέσεις αρκετές πληροφορίες για την πιθανή βλάβη. Σήμερα η ακτινογραφία θώρακος αποτελεί ακόμη το πιο αξιόπιστο εργαλείο στην πρώτη ανίχνευση του καρκίνου του πνεύμονα. Για τον ανώτερο λόγω θεωρείται ως εξέταση πρώτης επιλογής για μαζικούς πληθυσμιακούς ελέγχους. Οι απλές ακτινογραφίες οστών ή κρανίου είναι πολλές φορές πολύ διαγνωστικές για την ανίχνευση μεταστατικών οστεολυτικών βλαβών από μαστό ή προστάτη για πολλαπλό μυέλωμα ή ιδιαίτερα στα μακρά οστά για την ανίχνευση σαρκωμάτων.

(β). Το υπερηχογράφημα.

Αποτελεί μια απλή εύκολη, ανώδυνη και χωρίς κινδύνους απεικονιστική μέθοδο. Μπορεί να δώσει πληροφορίες για την ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ μιας βλάβης, εάν είναι συμπαγής ή κυστική. Εάν είναι πολλαπλή ή μονήρης, να χαρακτηριστικό παράδειγμα, για το πόσο σημαντική είναι αυτή η πληροφορία φαίνεται στις διογκώσεις του θυροειδούς. Ένας μονήρης όζος στον θυροειδή αν υπερηχογραφικά είναι ΣΥΜΠΑΓΗΣ η πιθανότητα να υποκρύπτει κακοήθεια είναι 11%, εάν είναι ΚΥΣΤΙΚΟΣ η πιθανότητα να υποκρύπτει κακοήθεια είναι 3%. Το υπερηχογράφημα επίσης μπορεί να ανιχνεύσει την παρουσία ή όχι υγρού εντός μιας κοιλότητας. Μπορεί να βοηθήσει στην εκτέλεση κατευθυνόμενων βιοψιών με λεπτή βελόνα ή τέλος διεγχειρητικά βοηθώντας στην κλινική σταδιοποίηση μιας βλάβης και στην λήψη ή όχι μιας απόφασης.

(γ). Αξονική τομογραφία.

Αποτελεί μια εφαρμογή της τελευταίας 25ετίας. Η αξονική τομογραφία βελτίωσε την απεικονιστική ευχέρεια να έχουμε πιο λεπτομερείς εικόνες από τα όργανα ή τις ύποπτες βλάβες. Μπορεί να ελέγξει κλειστές κοιλότητες με μεγάλη ευκρίνεια. Τα τελευταία χρόνια με την βελτίωση των μηχανημάτων, υπάρχει η αξονική τομογραφία σάρωσης(portal CT) που έχει αυξήσει την διαγνωστική ακρίβεια και ευαισθησία στο 99%. Η αξονική τομογραφία στην διαγνωστική προσπέλαση του καρκίνου προσφέρει κυρίως σε 3 τομείς:

• Στην κλινική σταδιοποίηση της νόσου (επέκταση όγκου, λεμφαδένες κ.λ.π.).

• Στον έλεγχο του θεραπευτικού αποτελέσματος (πλήρης εξαίρεση ή ύφεση).

• Στην παρακολούθηση για τυχόν υποτροπές.

(δ) Μαγνητική τομογραφία.

Απεικονιστική μέθοδος της τελευταίας 10ετίας. Χρησιμοποιεί μαγνητικά πεδία και όχι ακτίνες X. Προσφέρει βελτιωμένες εικόνες και μπορεί να δώσει τρισδιάστατες λήψεις. Είναι ιδιαίτερα δημοφιλής στην διερεύνηση του ΚΝΣ. Σιγά-σιγά χάρη στην βελτίωση των τεχνικών μπορεί να δώσει εικόνες από αγγειακό ή φλεβικά στελέχη με τόση ευκρίνεια που στην κλινική ογκολογία τείνει να

αντικαταστήσει την αγγειογραφία και τις φλεβογραφίες. Πρέπει να αποφεύγεται σε ασθενείς με μεταλλικά εμφυτεύματα (clips, βηματοδότες, ενδοπροθέσεις μεταλλικές).

(ε) Σπινθηρογράφημα.

Αποκεινιστική μέθοδος που δημιουργείται από ακτίνες Γ πάνω σε φιλμ. Οι ακτίνες Γ εκλύονται από κάποιο ραδιενεργό ισότοπο που προσλαμβάνει ενδοφλεβίως το εξεταζόμενο όργανο. Σήμερα στην κλινική ογκολογία μείζον σπινθηριγράφο εργαλείο, είναι το σπινθηρογράφημα οστών που χρησιμοποιείται για την ανίχνευση οστικών μεταστάσεων ιδιαίτερα από προστάτη και μαστό. Το σπινθηρογράφημα του θυροειδούς, χρησιμοποιείται στην λειτουργική διερεύνηση του αδένου ή των διογκώσεων του θυροειδούς. Η εφαρμογή της σπινθηρογραφικής απεικόνισης βρήκε και εφαρμογή στην θεραπευτική του καρκίνου αφού σήμερα χρησιμοποιούνται ραδιενεργά σημασμένα φάρμακα ή αντισώματα που επιτρέπουν την εκλεκτική καθήλωση πάνω στα καρκινικά κύτταρα.

(στ). Αγγειογραφία.

Μέθοδος απεικόνισης επεμβατική με δυνητικούς κινδύνους. Εφαρμόζεται κυρίως για την διαπίστωση της εξαιρεσιμότητας ή όχι ενός νεοπλασματος που βρίσκεται κοντά σε πλούσιες αγγειακές περιοχές, π.χ. Ca κεφαλής παγκρέατος. Η εφαρμογή αυτή τείνει σιγά- σιγά να αντικατασταθεί από την εφαρμογή της μαγνητικής τομογραφίας. Μια όμως χρήση της αγγειογραφίας στον καρκίνο είναι η εφαρμογή για εμβολισμό με φάρμακα ή όχι ή για την τοποθέτηση ενδοαρτηριακών καθετήρων για την εφαρμογή περιοχικής χημειοθεραπείας.

1.12 ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ.

Είναι η μέθοδος με την οποία διαμέσου εύκαπτων ή σκληρών οργάνων που διαθέτουν σύστημα οπτικών ινών, μπορούμε να επισκοπήσουμε το εσωτερικό των κοιλιοτήτων του σώματος. Η μέθοδος αυτή προϋπήρχε από 50 χρόνια και στηρίζεται στην χρησιμοποίηση των φυσικών ανοιγμάτων του οργανισμού (στόμα, πρωκτό). Σήμερα η βελτίωση των οπτικών ινών και των συστημάτων έμμεσης όρασης, έχουν κατασκευάσει ενδοσκόπια μεγάλης ακριβείας και μικρής διαμέτρου. Ενδοσκοπικά είναι εφικτή η προσπέλαση των πιο κάτω οργάνων.

• Λάρυγγα/ βρόγχοι/ πνεύμονες.

• Φάρυγγας/ οισοφάγος/ στομάχι.

• Πρωκτό/ ορθό/ παχύ έντερο.

Τα τελευταία χρόνια μέσω γαστροσκοπιών πλαγίας όρασης είναι εφικτή και η ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία που μπορεί να δει από το φύμα του Valet όλο το χοληφόρο σύστημα και την κεφαλή του παγκρέατος. Οι ενδοσκόπηση προσφέρουν διαγνωστικές πληροφορίες δια της επισκόπησης των αυλών των διαφόρων οργάνων, μπορούν να πάρουν υλικό για βιοψία ή κυτταρολογική εξέταση ενώ παράλληλα μπορούν να ασκήσουν θεραπευτική παρηγορητική δράση μέσω των διαφόρων ενδοπροθέσεων (stents) που μπορούν να εφαρμόσουν.

1.13 ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΕΣ- ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.

Οι κυτταρολογικές εξετάσεις είναι η μελέτη κυττάρων που λαμβάνονται από διάφορα βιολογικά υγρά ή όργανα. Η εξέταση των επιχρισμάτων από τον τράχηλο της μήτρας, γνωστό ως PAP test . η κυτταρολογική εξέταση ενός ασκητικού υγρού ή ενός πλευριτικού υγρού που λαμβάνονται από παρακέντηση με λεπτή βελόνη της περιτοναϊκής κοιλότητας ή της θωρακικής κοιλότητας. Είναι μερικές εξετάσεις όπου η κυτταρολογία μπορεί να προσφέρει αρκετές πληροφορίες για την βιολογική συμπεριφορά μιας ύποπτης βλάβης. Άλλες κυτταρολογικές εξετάσεις με μεγάλο ποσοστό διαγνωστικής ακρίβειας τα τελευταία χρόνια είναι η κυτταρολογική εξέταση πτυέλων ή βρογχικών εκπλυμάτων μετά βρογχοσκόπηση για καρκίνο πνεύμονα. Η κυτταρολογική εξέταση μετά από βιοψία με λεπτή βελόνα (FNA Cytology) σε ογκίδια μαστού ή θυροειδούς με διαγνωστική ακρίβεια 90 και 95% αντίστοιχα.

Οι ιστολογικές εξετάσεις είναι η μελέτη τμήματος ιστού ενός οργάνου ή μιας ύποπτης βλάβης που λαμβάνεται με βιοψία. Η βιοψία μπορεί να γίνει με :

(α) βελόνη, (β) χειρουργική εκτομής της ύποπτης βλάβης με τοπική αναισθησία.

Μόλις έρθει το αποτέλεσμα της βιοψίας και γίνει επιβεβαίωση δηλαδή ΔΙΑΓΝΩΣΗ της υποψίας μιας ύποπτης βλάβης τότε πρέπει να αρχίσει το επόμενο στάδιο που είναι η οργάνωση της ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ και των χειρισμών που πρέπει να γίνουν.

1.14 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ.

Τα τελευταία 10 χρόνια με την εφαρμογή της minimal invasive surgery δηλαδή της χειρουργικής με την ελάχιστη βλάβη αυξήθηκε το ενδιαφέρον στην ογκολογία για διαγνωστική βοήθεια μέσω αυτής της μεθόδου. Αρχικά με την λαπαροσκοπική χειρουργική και με trocars 10mm μπορούσαμε να επισκοπήσουμε όλη την κοιλιά και τον θώρακα και έχουμε εικόνα αλλά και υλικό από βιοψίες σε ασθενείς με υποψία καρκίνου. Σήμερα με trocars 2-3 mm έχει γίνει εφικτή η διερεύνηση της μασχάλης και του τραχήλου. Η λαπαροσκοπική χειρουργική, μπορεί να δώσει διαγνωστικές πληροφορίες, μπορεί να κάνει σταδιοποίηση νεοπλασματος αλλά επίσης μπορεί να επέμβει και θεραπευτικά.⁷

1.15 ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ.

Οι πιο ενδιαφέρουσες από τις ειδικές εξετάσεις είναι εκείνες κατά τις οποίες αναζητούνται οι χημικές ουσίες που ονομάζονται νεοπλασματικοί δείκτες. Οι εν λόγω ουσίες παράγονται από διάφορα είδη καρκίνου. Για παράδειγμα, ο καρκίνος του

μαστού, του πνεύμονα και του εντέρου παράγει την πρωτεΐνη που ονομάζεται καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA). Ορισμένα φλεγμονώδη νοσήματα μπορεί να παράγουν χαμηλά επίπεδα των χημικών αυτών ουσιών. Αντίθετα, μερικοί όγκοι στις ίδιες περιοχές παράγουν πολύ υψηλά επίπεδα. Αν ανευρεθεί καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο σε υψηλά επίπεδα, υπάρχει υποψία όγκου, εκτός αν αποδειχτεί το αντίθετο. Οι καρκίνοι του προστάτη και αρκετοί καρκίνοι των όρχεων, της και των ωοθηκών, παράγουν γνωστές χημικές ουσίες.

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

Δεν βοηθούν μόνο στην διάγνωση, αλλά χρησιμεύουν και στην παρακολούθηση της πορείας του καρκίνου μετά την θεραπεία. Αν κατά την διάγνωση ο δείκτης είναι υψηλός, τότε η επιτυχής αγωγή θα μειώσει το επίπεδο του ή θα τον εξαφανίσει τελείως. Η επανεμφάνιση του δείκτη υποδηλώνει συχνά υποτροπή του καρκίνου. Ακόμη κι αν δεν υπάρχει κανένα άλλο σημείο ή σύμπτωμα, πρέπει να ερευνησουμε για νέο όγκο ή να εξετάσουμε το ενδεχόμενο επανάληψης της θεραπείας.⁵

ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Ογκοεμβρυϊκά αντιγόνα.	ACTH
CEA	ADH
A-εμβρυϊκή πρωτεΐνη(ALP).	Ένζυμα
Πλακουντιακά αντιγόνα.	Όξινη προστατική φωσφατάση(PAP)
B-ανθρώπιος χοριακή γονοδοτροπίνη(β- HCG)	Μονοκλωνικά αντιγόνα
Ανθρώπειο πλακουντιακό γαλακτογόνο	Προστατικό ειδικό αντιγόνο
Ορμόνες	CA 19-9
Καλσιτονίνη	TAG 72
Διάφορα	Πολυαμίνες
CA 15-3	Ορνιθινο-δεκαρβοξυλάση

Τέλος οι νεοπλασματικοί δείκτες είναι ουσίες που παράγονται στα νεοπλασματικά κύτταρα και εκκρίνονται κατά κανόνα στο αίμα. Οι δείκτες αυτές εφαρμόζονται σήμερα με σημαντική επιτυχία κυρίως για την μετεγχειρητική παρακολούθηση και τον έλεγχο του αποτελέσματος της εφαρμοζόμενης θεραπείας σε καρκινοπαθείς. Απώτερος σκοπός είναι η εφαρμογή των νεοπλασματικών δεικτών στον υγιή πληθυσμό(ιδίως σε ομάδες υψηλού κινδύνου) για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου σε ένα αρχικό στάδιο της γένεσης του πριν ακόμη εκδηλωθούν τα κλινικά συμπτώματα.

1.16 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ.

Οι περισσότερες πιθανότητες πρόωμης διάγνωσης του καρκίνου εξαρτώνται από την επίγνωση της κοινωνίας, των γιατρών αλλά και των ασθενών για την ανακάλυψη, ερμηνεία και εξήγηση μιας σειράς αλλαγών και συμπτωμάτων που

μπορεί να συμβούν ή να εμφανιστούν. Αυτό δεν είναι πάντοτε εύκολο αφού η αθόρυβη ή ασυμπτωματική περίοδος του καρκίνου μπορεί να διαρκέσει μήνες ή και χρόνια. Χρειάζεται σωστή διαχρονική παρακολούθηση, ενημέρωση, πληθυσμιακοί έλεγχοι και σωστή χρησιμοποίηση των διαγνωστικών μεθόδων που έχουμε στην διάθεση μας για το καλό των αρρώστων μας.⁷



ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ.

2.1 Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ.

Κάθε χρόνο γίνεται η διάγνωση του καρκίνου σε 6 εκατομμύρια ανθρώπους και στις τέσσερις γωνίες της γης. Ο καρκίνος είναι ένα μεγάλο και παγκόσμιο πρόβλημα. Ο πόνος είναι ένα κοινό πρόβλημα στο 70% των καρκινοπαθών.

Παρουσιάζεται με μια ποικιλία συμπτωμάτων το ίδιο στους ενήλικες και τα παιδιά. Τρειςήμισι εκατομμύρια λαός υποφέρει καθημερινά από καρκινικό πόνο με ή χωρίς ικανοποιητική θεραπεία.¹⁰

Ο πόνος είναι μια βιολογική λειτουργία, ένα σινιάλο, που μας δείχνει την ανάγκη να προστατευθούμε από κάτι βλαβερό ή επικίνδυνο για την υγεία μας, από μεγαλύτερο πόνο. του ατόμου, τουλάχιστον σε ένα συνειδητό επίπεδο Αυτή η διαδικασία μπορεί να είναι φυσιολογική ή ψυχολογικής φύσεως, δηλαδή πέρα από τη βούληση. Τι είναι πόνος? Πόνος είναι η συνειδητή ερμηνεία ενός ορισμένου ερεθίσματος που φθάνει στον κεντρικό φλοιό του εγκεφάλου και ειδοποιεί ότι κάποιο μέρος του σώματος ή της ψυχής υποφέρει. Μ' άλλα λόγια μέσω των νευρικών κυττάρων του οργανισμού προκαλείται η αίσθηση του πόνου που μας κάνει να υποφέρουμε. Το φαινόμενο αυτό που ονομάζεται πόνος, μπορεί να έχει τη βάση του σε μια τέτοια διαδικασία ή σε ψυχολογικές λειτουργίες, που εστιάζονται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου και δεν έχουν σχέση με εξωτερικά ερεθίσματα,

Διακρίνουμε τον σωματικό και των ψυχικό πόνο του καρκίνου.¹¹

Τα τελευταία 20 χρόνια ανακαλύψεις και μελέτες πάνω στην ψυχοφυσιολογία του πόνου δίνουν νέες προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση και θεραπεία του καρκινικού πόνου. Εξασφαλίζοντας νέες έγκυρες και αξιόπιστες μετρήσεις, αποτελεσματικές θεραπείες διασφαλίζεται η καλύτερη ποιότητα ζωής στον καρκινοπαθή και την οικογένεια του.

Ειδικά κέντρα ανακούφισης του πόνου, τα «hospices», στον Καναδά, στην Ιταλία, στην Βρετανία και στις Ηνωμένες Πολιτείες εφοδιάζονται κλινικής εμπειρίας και ο καρκινικός πόνος μπορεί σήμερα να θεραπευτεί αποτελεσματικά.

Περασμένες μελέτες, όπως αυτές του Bonica στο Seattle αναφέρουν στατιστικές αναλύσεις οι οποίες επιβεβαιώνουν ότι το 40-45 % των καρκινοπαθών παρουσιάζουν ένα από περισσότερα σύνδρομα καρκινικού πόνου την πορεία της αρρώστιας τους και ότι το 72% των αρρώστων τελικού σταδίου παρουσιάζουν πόνο. Ο άρρωστος σε όλα τα στάδια της αρρώστιας του έχει ανάγκη να ανακουφίζεται για το σωματικό του πόνο για να τύχει ανακούφισης και ο « εν δυνάμει» ψυχικός του πόνος.

Εδώ και αρκετά χρόνια ο έλεγχος του καρκινικού πόνου ήταν ταυτισμένος και σε προτεραιότητα με την υγεία. Η Διεθνής Εταιρεία για την Μελέτη του Πόνου (IASP) ορίζει τον πόνο ως μια αισθησιο-συγκινησιακή εμπειρία η οποία προκαλείται από κάποιο τραύμα υπαρκτό ή όχι και εκφράζεται πάντα με δυσαρέσκεια. Ο πόνος είναι πάντοτε μια υποκειμενική εμπειρία. Ο κάθε άνθρωπος εκτιμά και εκφράζει τον πόνο του με δικό του μοναδικό τρόπο σχετίζοντας τον με τον προηγούμενες εμπειρίες του και χρησιμοποιεί τις δικές του λέξεις για να ονομάσει και να τον εκτιμήσει. Ο καρκινικός πόνος επηρεάζει άμεσα από συγκινησιακούς και διαθέσιμους παράγοντες, αλλά η έκταση αυτής της αντίδρασης είναι απροσδιόριστα πλατιά.

Έχουν μελετηθεί οι ψυχικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ένταση και την ποιότητα του πόνου, αλλά είναι δυνατόν να καθοριστούν με ακρίβεια διότι κάθε άνθρωπος έχει το δικό του ψυχικό υπόβαθρο και το οποίο εκφράζεται έμμεσα ή άμεσα μέσα από τις συμπεριφορές του όταν πονά. Κάθε άνθρωπος επενδύει στον πόνο του την παρούσα ή παρελθούσα συναισθηματική του κατάσταση και έτσι εκφράζει και εκτιμά τον πόνο του ανάλογα με την ιδιοσυστασία και την ιδιοσυγκρασία του, αλλά και από τις καταστάσεις που αντιμετωπίζει από το εξωτερικό του περιβάλλον και την αρρώστια του. Είναι πραγματικά πολύ δύσκολο να τεθεί τα όρια ανάμεσα στον οργανικό και τον ψυχικό πόνο.

Η μέτρηση του πόνου σε αρρώστους με καρκίνο παρουσιάζει ιδιαίτερη πρόκληση. Ο όρος καρκίνος καλύπτει ασφαλώς μια μεγάλη ποικιλία διαφορετικών

νοσολογικών οντοτήτων και η έκταση κι η ένταση του πόνου που οφείλεται στον καρκίνο είναι αντίστοιχα αναλόγως της νόσου.

Πράγματι, ίσοι άρρωστοι με εμφανή ίδια στάση της αρρώστιας και το ίδιο τύπο καρκίνου, οι διαφορές στον πόνο τους είναι εκπληκτικές πλατιές. Το ότι ο καρκινικός πόνος επηρεάζεται σημαντικά από συγκινησιακούς και διαθέσιμους παράγοντες είναι καλά αποδεκτό. Αλλά η έκταση και η επίδραση αυτών των παραγόντων είναι απροσδιόριστα μεγάλη.

Η χρονιότητα του καρκινικού πόνου και η ανάπτυξη ανοχής στα ναρκωτικά φάρμακα προϋποθέτει δυσκολίες στην πλήρη και ακριβής μέτρηση του καρκινικού πόνου και καθορίζει τα αποτελέσματα της αναλγησίας, μπορεί να τύχει κριτικής για την ολιστική φροντίδα του αρρώστου και για την οριοθέτηση των αποτελεσμάτων της αναλγησίας και της μέτρησης του πόνου.¹⁰

2.2 Η ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.

Ο πρώτος τρόπος ταξινόμησης του πόνου στον καρκινοπαθή έγινε με την οργανική παθολογία του και διαχωρίζεται σε οφειλόμενο στον ίδιο όγκο, στην εφαρμοζόμενη θεραπεία και σε διάφορες άλλες αιτίες.

Ο πλέον συχνός τύπος πόνου ο οποίος οφείλεται σε μεταστάσεις είναι ο οστικός σε ποσοστό 67-80% καρκινοπαθών με ποικιλία πρωτοπαθών νεοπλασμάτων αλλά κυρίως σ' εκείνα που τείνουν να μεθίστανται στα οστά και κυρίως του πνεύμονα και του μαστού. Ο πόνος ο οποίος οφείλεται στην εφαρμοσμένα θεραπευτική αγωγή δημιουργείται τόσο στη διαγνωστική φάση της νόσου όσο και αργότερα ως συνέπεια διαφόρων μορφών θεραπείας.

Ένας δεύτερος τρόπος ταξινόμησης του ανεξαρτήτως αιτιολογίας γίνεται ανάλογα με την διάρκεια του και διακρίνεται σε οξύ και χρόνιο. Ο οξύς έχει αιφνίδια έναρξη είναι προσωρινός και ανατρέψιμος, αλλά είναι χρήσιμος, διότι οδηγεί στην ανίχνευση αιτίου πρόκλησης και του τρόπου αντιμετώπισης του. Στο πρόσωπο ατόμου με οξύ πόνο αποτυπώνονται εμφανή σημεία γενικής κακουχίας και προεξάρχουν συμπτώματα από το κεντρικό νευρικό σύστημα όπως ορίζεται εκείνος ο πόνος που διαρκεί 3-6 μήνες ή παραπάνω κι επιδρά στην λειτουργικότητα του ασθενή. Συνήθως, το προφίλ ασθενούς με χρόνιο πόνο είναι ένα θλιμμένο, κουρασμένο πρόσωπο.

Τέλος ο τρίτος πόνος ταξινόμησης πόνου στον καρκίνο ανεξάρτητα αιτιολογίας και διάρκειας τον διακρίνει σε τρία σύνδρομα ή τύπους πόνου (σωματικός – σπλαχνικός- νευρογενής), τα οποία χρησιμοποιούνται συχνότερα για να περιγράψουν το σχετιζόμενο με τον όγκο πόνο. Καθένα από αυτά τα σύνδρομα χαρακτηρίζεται από ειδικούς ιστούς συμμετοχής, ξεχωριστές αισθητηριακές ή ποιοτικές διαστάσεις και απαιτεί διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση.

Η Saunders το 1967 δημιούργησε τον όρο ολικός πόνος για να περιγράψει την ανάγκη αξιολόγησης και αντιμετώπισης των πολύπλευρων (οργανικών, ψυχολογικών, διαπροσωπικών, οικονομικών, πνευματικών) διαστάσεων του χρόνου κακοήθους πόνου

«Σημαντικός πόνος» ορίζεται εκείνος ο οποίος βαθμολογείται στο μέσο ή υψηλότερα στις κλασσικές κλίμακες έντασης, οπότε θεωρείται ότι επηρεάζει την ψυχική διάθεση, την εργασία, τον ύπνο, τη δραστηριότητα κι επιδρά αρνητικά σε συγκεκριμένους δείκτες υγείας. Ένας στους πέντε έως ένας στους τρεις ασθενείς με μεταστατική νόσο κινδυνεύουν να έχουν σημαντικό πόνο. Ο κίνδυνος αυτός

αυξάνεται σε ποσοστό δύο σε τρεις ή και περισσότερο από τέσσερις στους πέντε όταν αναφερόμαστε σε ασθενείς τελικού σταδίου.

Όσον αφορά τον τρόπο αντίδρασης προς τον πόνο έκαστου ασθενούς με επώδυνο κακοήθη σύνδρομη, εξατομικεύεται και ποικίλλει όπως και κάθε άλλη απειλή την οποία βιώνει.

Είναι απαραίτητο να κατανοηθεί ότι πολλοί ασθενείς με καρκίνο μπορεί να έχουν ταυτόχρονα περισσότερα από ένα σύνδρομο, γεγονός που επηρεάζεται από τον τύπο του όγκου και το στάδιο της νόσου. Η μοναδικότητα κάθε ασθενούς με καρκίνο είναι αποτέλεσμα της πιθανότητας ότι μπορεί να βιώνει πόνο ο οποίος:

- Να προκαλείται από περισσότερες από μια αιτίες.
- Να εντοπίζεται σε περισσότερες από ένα σημεία
- Μπορεί να είναι οξύς και χρόνιος.
- Να προκαλεί περισσότερα από ένα σύνδρομα.
- Να εμφανίζεται σε ποικιλία μορφής, διάρκειας και έντασης.¹¹

2.3 ΠΗΓΕΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.

Ο πόνος είναι σύνθετο φαινόμενο. Τα αίτια του βέβαια είναι φυσικά, έχει όμως και συγκινησιακές και ψυχολογικές παραμέτρους. Ακόμη και η πολιτιστική σας ανατροφή και τα πιστεύω σας παίζουν ρόλο. Οι Ινδιάνοι της Αμερικής, λόγω χάρη, διδάσκονται να ανέχονται τον πόνο και αρκετοί λαοί με μεγάλο πολιτιστικό παρελθόν μαθαίνουν να είναι στωικοί. Υπομένουν λοιπόν τον πόνο χωρίς να εκφράζουν τα παράπονα τους. Άλλοι πάλι δύσκολα ανέχονται τον πόνο και εκφράζουν ό,τι αισθάνονται με έμφαση.

Το πώς αντιμετωπίζει ο καθένας τον πόνο εξαρτάται κατά ένα μέρος από την προηγούμενη εμπειρία του, από τη θρησκεία του, το πολιτιστικό του παρελθόν και την φυλή του, από την ψυχολογική του κατάσταση ως ένα βαθμό και βέβαια από την έκταση της νόσου.

Φυσικές πηγές: Υπάρχουν δυο είδη φυσικού πόνου. Ο οξύς είναι αιφνίδιος και δυνατός. Μπορεί να εκδηλωθεί με σφοδρότητα και να υποχωρήσει γρήγορα. Ο χρόνιος πόνος μπορεί να είναι καμιά φορά και έντονος αλλά συνήθως προϋπάρχει. Η ένταση του αυξομειώνεται, ουδέποτε όμως μηδενίζεται. Προκαλεί έτσι την γκρίνια και την αγωνία.

Για τους καρκινοπαθείς ο οξύς πόνος μπορεί να είναι αποτέλεσμα χειρουργικής επέμβασης ή κατάγματος οστού ή απόφραξη του εντέρου ή του ουροποιητικού συστήματος. Μερικές φορές αποτελεί παρενέργεια της θεραπείας, λόγω χάρη ερεθισμός του στόματος από την χημειοθεραπεία, μετεγχειρητικός πόνος ή ερεθισμός του δέρματος μετά από ακτινοβολία.

Ο χρόνιος πόνος έχει πολλές αιτίες. Υπάρχει η πιθανότητα να είναι ή είναι ή απευθείας απάντηση στην ανάπτυξη του όγκου και στην πίεση που ασκεί στα νεύρα ή να οφείλεται σε όγκο που αποφράσσει ή μπλοκάρει ένα εσωτερικό κοίλο όργανο, όπως είναι η γαστρεντερική οδός. Μπορεί να προκληθεί από απόφραξη αγγείου, φλεγμονή, λοίμωξη, οίδημα των άνω ή κάτω άκρων. Ενδέχεται επίσης να οφείλεται στις αθροιστικές επιδράσεις της μακροχρόνιας ασθένειας. Ο χρόνιος πόνος σπάνια οφείλεται στην αντικαρκινική θεραπεία. Σπανιότητα, πάντως, ενέχονται κάποια χημειοθεραπευτικά φάρμακα σαν η cispatin ή η vincristine.

Συγκινησιακές πηγές: Ο πόνος επιδεινώνεται από τη στενοχώρια και το φόβο, το φόβο του θανάτου, της ταλαιπωρίας, της δυσμορφίας, της οικονομικής δυσχέρειας και της απομόνωσης. Όλοι αυτοί οι φόβοι μεγεθύνονται όταν σκεφτόμαστε τον πόνο μας. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο πόνος επιδεινώνεται από το περιβάλλον, την ελλιπή ψυχολογική υποστήριξη ή τα αισθήματα μοναξιάς και απογοήτευσης.

Η στάση έναντι του πόνου και η αντιμετώπιση του εξαρτάται από τον τρόπο που προσεγγίζεται τα προβλήματα της ζωής. Γι' αυτό και οι τρόποι ελέγχου του πόνου διαφέρουν πολύ.⁵

2.4 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.

Πάντα κάποιος θα πρέπει να θυμάμαι το μοντέλο «ολικού πόνου» που αναγνωρίζει το γεγονός ότι ο πόνος δεν είναι μόνο ένα φυσιολογικό γεγονός αλλά επίσης ένα βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο.

Η εμπειρία του πόνου είναι φτιαγμένη από πολλαπλές διαστάσεις που είναι θεμελιώδεις για την προσέγγιση της κατάστασης του πόνου. Η διάσταση που αφορά τη φυσική κατάσταση περιλαμβάνει τον εντοπισμό, την έναρξη, τη διάρκεια του αιτίου που τον προκαλεί.

Η αισθητήρια διάσταση έχει σχέση με την ένταση, το βασικό χαρακτηριστικό και το μοτίβο του πόνου.

Η συναισθηματική (συγκινησιακή) κατάσταση έχει σχέση με την διάθεση του ασθενούς π.χ. εάν ανήσυχος ή μελαγχολικός. Μία αλλαγή στην κατάσταση της διάθεσης μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην αντιμετώπιση του οξέως πόνου και τελικά στην όλη πορεία της θεραπείας. Η διάσταση που αφορά την αντίληψη έχει σχέση με την ιδέα που έχει ο ασθενής για τον πόνο και την κατανόηση του στο πώς να τον χειρίζεται με βάση προηγούμενες θεραπείες που έχει λάβει. Η διάσταση που αφορά τη συμπεριφορά συμπεριλαμβάνει την επικοινωνία και το πώς ο ασθενής εξωτερικεύει και περιγράφει τον πόνο. Επίσης περιλαμβάνει την παρατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων, τη φυσική δραστηριότητα και συνήθειες ύπνου. Η κοινωνικό-μορφωτική και πνευματική διάσταση, περιλαμβάνει το υπέδαφος κουλτούρας και εθνότητας του ασθενούς, την οικογενειακή και την κοινωνική ζωή, τις υπευθυνότητες στη δουλειά και στο σπίτι, τη δημιουργικότητα και την ανάπαυση, παράγοντες περιβάλλοντος, συμπεριφορά, πιστεύω και κοινωνικές επιρροές.¹²

2.5 ΑΙΤΙΕΣ ΠΟΝΟΥ.

Ο πόνος στον προχωρημένο καρκίνο είναι συνήθως χρόνιος και σταθερός, παρόλη την διαφορετική ένταση. Η απλή εμπειρία του γιατρού αρκεί να κατανοήσει

τον οξύ πόνο (κεφαλαλγίες, τραύμα, επείγουσες χειρουργικές και ιατρικές πράξεις), αλλά δεν αρκεί για την πλήρη αξιολόγηση ενός Αρρώστου που αναφέρει πόνο που:

A) Δεν είναι δυνατόν να προβλέψει πότε θα τελειώσει

B) Χειροτερεύει μάλλον παρά βελτιώνεται

Γ) Χωρίς φαινομενική αιτία

Δ) Εξαπλούται μέχρι να αποσπάσει πλήρως την προσοχή του αρρώστου απομονώνοντας τον από το περιβάλλον.

Είναι ένας πόνος διπλής αιτιολογίας, διότι συνήθως δεν πρόκειται για καθαρή αίσθηση του πόνου, αλλά για αντιδράσεις που εμπλέκουν την ψυχική σφαίρα, (για λόγους καθαρά τεχνικούς είναι απαραίτητη η διάκριση μεταξύ θερμικής ή μηχανικής ενέργειας δυναμικά βλαβερής ενός ιστού που φέρεται από νευρικές ειδικευμένες ίνες), και του πόνου, δηλαδή μιας δυσάρεστης εμπειρίας που έπεται κάποιας σωματικής βλάβης και της οποίας η παρουσία χαρακτηρίζεται από οπτικοακουστική γνώση και εμπειρία. Οι φυσικές αιτίες του πόνου από καρκίνο ταξινομήθηκαν για πρώτη φορά από τον Bonica.

Φυσικές αιτίες του πόνου που συνδέονται με καρκίνο:

• Πίεση των νευρικών ριζών και των πλεγμάτων εκ μέρους της καρκινικής μάζας.

• Στραγγαλισμός και απόφραξη κοίλοι σπλάχνου.

• Απόφραξη αγγείου και ισχαιμία.

• Νέκρωση, φλεγμονή στους ιστούς γύρω από την καρκινική μάζα.

• Αυτόματα παθολογικά κατάγματα ή διήθηση του περόστιου από το νεόπλασμα.

• Νευρική ή σπλαχνική βλάβη από ακτινοθεραπευτικούς ή χημειοθεραπευτικούς χειρισμούς.

Η πίεση των νευρικών πλεγμάτων εκ μέρους του όγκου, οι μεταστάσεις, τα παθολογικά κατάγματα, η νέκρωση των ιστών, προκαλούν βλάβη των ινών που χάνουν το πλεονέκτημα της προσαρμογής και γίνονται ευερέθιστες στα ερεθίσματα του πόνου με αποτέλεσμα την δημιουργία παρατεταμένων ερεθισμάτων που είναι αιτία πόνου, ενώ η πίεση σταματά την αγωγιμότητα των ινών μέγιστης διαμέτρου με αποτέλεσμα παραισθήσεις, παροξυσμούς, κ.τ.λ. Στα κοίλα σπλάχνα η νεοπλασματική διήθηση προκαλεί απελευθέρωση των αλγογόνων μεταβολιτών (προσταγλαδίνες) που συμμετέχουν μαζί με τον σπασμό των λείων μυϊκών ινών στην παραγωγή του πόνου. Ο σπλαχνικός πόνος είναι κουφός και αναφέρεται στο θωρακικό ή στο κοιλιακό τοίχωμα. Ο τοιχωματικός ορογόνος όταν διηθηθεί προκαλεί συσφικτικό, τοπικό πόνο.

Οι αρτηρίες όταν αποφραχθούν προκαλούν υποξία και παραγωγή γαλακτικού οξέως, ενώ οι φλέβες προκαλούν οίδημα. Οι διηθημένοι ιστοί είναι χώρος νέκρωσης, φλεγμονής και απελευθέρωσης μεσολαβητών που προκαλούν στους αλλογόνους υποδοχείς παθολογικά ερεθίσματα. Η τάση του περόστιου και η οστεόλυση με απελευθέρωση των προσταγλανδινών είναι αιτίες πόνου. Μια προσεκτική ανάλυση πραγματοποιήθηκε στους παρακάτω πίνακες από τοFoley.

Πόνος από άμεσα ερεθίσματα του καρκίνου

A. Καρκινική διήθηση του οστού.

1. Μετάσταση στην βάση του κρανίου.

2. Μετάσταση στους σπονδύλους.

B. Καρκινική διήθηση του νευρικού ιστού.

1. Περιφερική νευροπάθεια
2. Πάθηση βραγχιόνιου πλέγματος, οσφυϊκής ιερής μοίρας.
3. Μηνιγγική καρκινομάτωση.
4. Επισκληρίδιος πίεση του νωτιαίου μυελού.

Πόνος που συνδυάζεται με αντικαρκινική θεραπεία.

A. Πόνος μετά την χειρουργική επέμβαση.

1. Μετά θωρακοτομή.
2. Μετά μαστεκτομή.
3. Μετά ριζική χειρουργική αντιμετώπιση του τραχήλου.
4. Πόνος στο μέλος φάντασμα.

B. Πόνος χημειοθεραπεία.

1. Περιφερική μετά νευροπάθεια.
2. Νευραλγία μετά την θεραπεία.
3. Ψευδό-ρευματική νόσος από στεροειδή.
4. Άσηπτη νέκρωση του οστού.

Γ. Πόνος μετά ακτινοθεραπεία.

1. Ίωση του βραγχιόνιου πλέγματος.
2. Μυελοπάθεια,
3. Όγκοι των περιφερικών νεύρων μετά ακτινοβολίες

Πόνος που δεν συνδυάζεται με καρκίνο ή άλλη θεραπεία.

A. Διαβητική νευροπάθεια.

B. Δυσκοπάθεια (αυχενική – οσφυϊκή).

Γ. Ρευματική αρθρίτιδα.

Καρκινική Διήθηση του οστού: Είναι η πιο συχνή αιτία πόνου τόσο στους πρωτοπαθείς όσο και στους μεταστατικούς όγκους. Οι χαρακτήρες του πόνου κυμαίνονται ανάλογα με την θέση αλλά, γενικά είναι σταθεροί με σταδιακή επιδείνωση. Θα μπορούσαν να σταδιοποιηθούν μερικά συμπτώματα σε σχέση με την συχνότητα και την βαρύτητα σε δύο κατηγορίες πόνου: εμφανίζονται πόνοι από μετάσταση στη βάση του κρανίου και από μετάσταση στους σπόνδυλους. Στην πρώτη κατηγορία ο πόνος εντοπίζεται στην ινιακή χώρα, συχνά σαν πρώτο σύμπτωμα, με έξαρση από την κίνηση της κεφαλής, ενώ συχνά συμμετέχουν ένα ή και περισσότερα κρανιακά νεύρα όπως το IX, X, XI, XII, ενώ με το χαρακτηριστικό σύμπτωμα του Horner εμφανίζεται η βλάβη στο συμπαθητικό.

Οι μεταστάσεις στο σφηνοειδές προκαλούν έντονη κεφαλαλγία με αντανάκλαση στους κροτάφους. Ο ασθενής παραπονείται για διπλωπία και αίσθημα πληρότητας στο κεφάλι του.

Οι μεταστάσεις στην σπονδυλική στήλη προκαλούν συχνά πρώιμους πόνους που εάν δεν διαγνωσθούν έγκαιρα, μπορεί να προκαλέσουν βαριές βλάβες όπως παραπληγία, έτσι σε αυτή την κατηγορία ξεχωρίζουν πόνοι της τραχηλικής μοίρας με υπεξαρθρώση του περιστροφέα από την διήθηση της οδοντικής απόφυσης που αρκετές φορές προκαλεί παθολογικό κάταγμα και στην συνέχεια πίεση του νωτιαίου μυελού. Ο πόνος είναι ισχυρός στον τράχηλο, και επιβαρύνεται με την κίνηση (ειδικά με την κλίση του λαιμού προς τα εμπρός). Οι μεταστάσεις στον 7^ο αυχενικό και 1^ο θωρακικό προκαλούν παρασπονδυλικό σταθερό πόνο, με αντανάκλαση στις ωμοπλάτες. Η πίεση των νευρικών ριζών A7 –Θ1 προκαλούν ριζικό πόνο, συνήθως μονόπλευρο, που περιλαμβάνει την οπίσθια επιφάνεια του βραχίονα, του αγκώνα, κ.λ.π. Συχνά δεν εμφανίζονται παραισθήσεις στον 4^ο και 5^ο δάκτυλο με προοδευτική αδυναμία του χεριού και του τρικέφαλου. Οι μεταστάσεις στην οσφυ προκαλούν βύθριο πόνο που αυξάνεται κατά την καθιστική θέση και υποχωρεί στην όρθια. Οι μεταστάσεις στην ιερή χώρα προκαλούν πόνο σε αυτή την περιοχή συχνά δε συνυπάρχουν νευρολογικά σημεία απώλειας της περιοριστικής αισθήσεως με δυσλειτουργία του ορθού και της ουροδόχου κύστεως.

Καρκινική Διήθηση των Νεύρων: Όταν αφορά περιφερειακά νεύρα ο πόνος είναι συνεχής, οξύς, με ριζιτική μονόπλευρη υπερευαισθησία, συνυπάρχει προοδευτική απώλεια της αισθήσεως περιφερικά της βλάβης όταν δε διηθηθεί το βραχιακό πλέγμα, το πρώτο σύμπτωμα είναι ριζιτικός πόνος στην σύστοιχη ωμοπλάτη και στον βραχίονα που συχνά φέρνει στην σκέψη το σύνδρομο Pauscoast (που χαρακτηρίζει την διήθηση του πλέγματος και συνδυάζεται με παραισθήσεις του 4^{ου} και 5^{ου} δακτύλου). Μια διήθηση του οσφυϊκού πλέγματος κοινή τόσο στους καρκινοπαθείς των ουρητήρων του παχέως εντέρου όσο και γυναικολογικών όγκων προκαλεί πόνο δύο τύπων, αφενός ριζιτικό με επέκταση στον μηρό και στο ριζομήριο αφετέρου στην οπίσθια επιφάνεια της κνήμης μέχρι τα σφυρά. Ο πόνος μπορεί να αναφέρεται από τον ασθενή χωρίς τοπική συμπτωματολογία και να προκαλέσει συχνά διαγνωστικά προβλήματα. Η καρκινική διήθηση του ιερού πλέγματος προκαλεί και αυτή βύθιο πόνο που αρχίζει με απώλεια της αισθητικότητας στην περιπρωκτική χώρα και μπορεί στην εξέλιξη της να φθάσει μέχρι την ανικανότητα.

Πόνος μετά Χειρουργική Επέμβαση: Περιλαμβάνει τον πόνο μετά θωρακοτομή που αρχίζει 1-2 μήνες μετά την εγχείρηση, συνεχιζόμενος στην περιοχή απώλειας της αισθητικότητας, με συνεχής παροξυσμούς. Συχνά συμμετέχουν τα μεσοπλεύρια νεύρα με υπερευαισθησία στην γύρω από την ουλή περιοχή.

Ο Πόνος μετά Μαστεκτομή: Ακολουθεί την διακοπή της ρίζας Θ1 και είναι εγκατεστημένος στην οπίσθια επιφάνεια του βραχίονα, στην μασχάλη και στο

πρόσθιο τοίχωμα του θώρακα. Εμφανίζεται 1 με 2 μήνες μετά την εγχείρηση με αίσθημα τάσεως, συσφυκτικός ή και καύσου, δεν συνυπάρχει συνήθως λεμφοίδημα, ο δε πόνος αυξάνεται από την κίνηση του βραχίονα και συνήθως η ασθενής κρατά το χέρι στην χαρακτηριστική θέση της κλίσεως και έσω στροφής. Ο πόνος του μέλους φάντασμα που ακολουθεί μετά από τον ακρωτηριασμό θα πρέπει να διαφοροποιηθεί από την απλή αίσθηση υπάρξεως του μέλους. Μπορεί να αφορά όλο το σκέλος ή μόνο το κολόβωμα και χαρακτηρίζεται από σφυκτική αίσθηση ή με μορφή κράμπας, συχνά δε η ίδια αίσθηση που είχε και πριν από το χειρουργείο.

Μονοχημειοθεραπεία – Πολυχημειοθεραπεία: Χαρακτηρίζονται από υψηλή τοξικότητα, που προέρχεται από την έλλειψη ειδικής διακριτικότητας στο μηχανισμό της δράσεως επί των κυττάρων στόχων της θεραπείας. Υπάρχουν διάφοροι μηχανισμοί δια μέσου των οποίων αυτά τα φάρμακα παράγουν πόνο. Ο πόνος μπορεί να έχει άμεση σχέση με την ενδοφλέβια χορήγηση, τοπικά στην περιοχή της έγχυσης ή κατά μήκος της φλέβας μέχρι την βάση του σκέλους. Υπεύθυνες ουσίες είναι το DTIC και BCNU αλλά και η Αδριαμυκίνη σε μικρότερο βαθμό με άμεση δράση στο τοίχωμα των αγγείων. Μια άλλη υπόθεση παραγωγής πόνου είναι η βλάβη του τοιχώματος των αγγείων, του δέρματος, των μυών ιδίως κατά την διαφυγή του φαρμάκου από τον αυλό του αγγείου. Οι βλάβες οδηγούν στην νέκρωση με σχηματισμό νεκρωτικών εσχάρων. Ένας τρίτος μηχανισμός παραγωγής πόνου είναι οι τοξικές βλάβες στα σπλάχνα. Όλα τα κυτταροτοξικά φάρμακα μπορούν να παράγουν βαριές βλενογονίτιδες και πόνο ειδικά στην στοματική κοιλότητα, φάρυγγα και οισοφάγο, θωρακοαλγίες επίσης μπορεί να προκληθούν από πνευμονική ίνωση και το σύνδρομο του Reynand από Bleomicina, αιμορραγική παγκρεατίτιδα από L-asparaginasi, η αιμορραγική κυστίτιδα από κυκλοφασφαμίδη, η αλωπεκία που προκαλείται από αλκυλικά, οι περιφερικές νευροπάθειες από αλκαλοϊδοί της Vinca. Ένας τέταρτος μηχανισμός πόνου από χημειοθεραπεία είναι συνδεδεμένος από την χορήγηση φαρμάκων στις ορογόνες κοιλότητες με δημιουργία φλεγμονής. Η δράση της φλεγμονής είναι άμεση και ο σχηματισμός συμφύσεων είναι η κύρια αιτία του πόνου. Οι άμεσοι μηχανισμοί προϋποθέτουν άμεση επαφή του φαρμάκου με τις νευρικές ίνες και δραστηριοποίηση τους δια μέσου των μηχανισμών απελευθερώσεως αγγειοδραστικών ουσιών, άμεσο ερέθισμα των νευρικών απολήξεων και απελευθέρωσης των προσταγλανδινών. Υπάρχουν επίσης άμεσοι μηχανισμοί, που παράγουν πόνο όπως οι παραισθήσεις από πόνο ή παραλυτικός ειλεός από την Vinca, έρπις ζωστήρας σε ανοσοκατασταλμένους αρρώστους. Άλλες παθολογικές καταστάσεις που υποδύονται πόνο από την χορήγηση φαρμάκων, αναφέρεται ο ψευδό- ρευματισμός από στεροειδή, ανεξάρτητα χρόνου λήψεως αυτών των φαρμάκων τα δε συμπτώματα είναι, μυαλγίες, αρθραλγίες, μυϊκός πόνος στην ψηλάφηση, επίσης μπορεί να δημιουργηθεί άσηπτη οστική νέκρωση, στην κεφαλή του μηριαίου, με πόνο στην ωμοπλάτη, στο γόνατο, στη κνήμη με αποτέλεσμα μείωση της λειτουργικότητας του σκέλους. Αυτό το σύνδρομο απαντάται αρκετά συχνά στους ασθενείς με νόσο του Hodgkin. Στους καρκινοπαθείς μια άλλη συχνή πηγή πόνου προέρχεται από την ερπεκτική νευραλγία, η δε συμπτωματολογία χαρακτηρίζεται από α) πόνο συνεχή στην περιοχή της ευαισθησίας, β) παραισθήσεις πόνου, γ) παροξυσμικό περιοδικό πόνο.

Ακτινοθεραπεία: Ο πόνος έχει δυο χρονικές περιόδους: μια κατά την διάρκεια του κύκλου ακτινοβολίας και μια μετά την πάροδο αρκετού χρόνου. Στην πρώτη περίπτωση ο πόνος είναι συνδεδεμένος από το σύνδρομο αντιδράσεως που προκαλεί η ακτινοβολία, αρχίζει μετά από την πρώτη συνεδρία, αυξάνει σε συχνότητα και στην συνέχεια υποχωρεί παράλληλα με την εμφάνιση των αντιδραστικών φαινομένων. Τα χαρακτηριστικά στοιχεία που εμφανίζονται, η ένταση και η διάρκεια αυτού του πόνου

εξαρτώνται όχι μόνον από την δόση της ακτινοβολίας αλλά και από τους χαρακτήρες του ακτινοβοληθέντος οργάνου, όπως επίσης από την χορήγηση ή μη χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Από τα πιο κοινά συχνά σύνδρομα είναι η ίνωση του βραγχιόνιου πλέγματος με την συμμετοχή συνδετικού ιστού και δευτερεύουσα νευρική βλάβη, εμφανίζεται 6 μήνες μέχρι και 20 χρόνια μετά την ακτινοβολία και χαρακτηρίζεται από παραισθήσεις του άκρου και πόνο στο βραχίονα. Συχνά συνυπάρχει λεμφοίδημα, δερματίτις και πεπαχυσμένο δέρμα στην υποκλείδιο και μασχαλιαία περιοχή. Η μυελοπάθεια από ακτινοβολίες χαρακτηρίζεται από πόνο στην περιοχή της βλάβης, ή παραισθήσεις περιφερικότερα του σημείου της βλάβης, συχνά δε συνυπάρχει το σύνδρομο Brown- Sequard, με ομόπλευρη κινητική πάρεση και αισθητική απώλεια της αντίθετης πλευράς.

Περίπου το 3% της συμπτωματολογίας του πόνου δεν συσχετίζεται ούτε με τον συνυπάρχοντα πόνο, ούτε με την θεραπεία. Τα πιο κοινά συμπτώματα είναι συνδεδεμένα σε αυτή την κατηγορία με διάχυτη οστεοπόρωση, ανεύρυσμα θωρακικής ή κοιλιακής αορτής, κεφαλαλγίες, ημικρανία, ρευματοειδής αρθρίτιδα. Η εξέταση της αιτίας του πόνου στον καρκινοπαθή δεν θα πρέπει να ξεκινά από το γεγονός ότι ο πόνος δεν είναι φυσικό φαινόμενο.

Πράγματι εκτός από την ανίχνευση υπό όψιν η αντίδραση του αρρώστου στο ερέθισμα, σαν αναπόσπαστο μέρος του πόνου και θα πρέπει να δοθεί η απαραίτητη προσοχή στους δείκτες που διαφοροποιούν αυτό το κριτικό επίπεδο και στην εμπειρία του πόνου.

Δείκτες που επηρεάζουν το κριτικό επίπεδο του πόνου.	
Χαμηλό Κριτικό Επίπεδο Πόνου.	Υψηλό Κριτικό Επίπεδο Πόνου.
<p>Αϋπνία Κόπωση Αγωνία Φόβος Θυμός Θλίψη Κατάπτωση Πνευματική απομόνωση Εσωστρέφεια Προηγηθείσες εμπειρίες</p>	<p>Ύπνος Ανάπαυση ----- Γνώση ----- Βελτίωση της διάθεσης ----- Αναλγητικά Αγχολυτικά Αντικαταθλιπτικά</p>

13

2.6 Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΝΟΥ.

Με τα σημερινά δεδομένα, ο καρκινοπαθής με πρόβλημα πόνου ή νοσηλεύεται στο Νοσοκομείο ή παρακολουθείται στα εξωτερικά ιατρεία του, από τους ειδικούς.

Από την αρχή χρειάζεται νέα ανάλυση του ιστορικού για να εκτιμηθεί η συνδρομή του πόνου και να καθοριστεί η καταλληλότερη μέθοδος θεραπείας, η οποία σχεδιάζεται ανάλογα:

1. Με την εντόπιση του πόνου.
2. Το είδος του πόνου, τη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται, τη διάρκεια και τους άλλους χαρακτήρες του.
3. Με την ηλικία του αρρώστου και τη φυσική, ψυχική και διανοητική του κατάσταση.
4. Την πιθανή διάρκεια της ζωής που επιδρά σημαντικά στη λήψη απόφασης για το είδος της θεραπείας, η οποία θα ακολουθήσει.

Τέλος, πριν από κάθε απόφαση για οποιαδήποτε θεραπεία, στις κλινικές πόνου, εκτιμάται ιδιαίτερα η γνώμη, μετά από στενή συνεργασία, των άλλων επιστημόνων (ψυχολόγου, κοινωνικής λειτουργού) οι οποίοι βοηθούν στην επίλυση των συνοδών προβλημάτων τα οποία εμφανίζεται (ψυχολογικά, κοινωνικά, οικονομικά κ.α.).

Στην αντιμετώπιση του πόνου δυο διεργασίες είναι ιδιαίτερα ουσιώδεις για την εφαρμογή της σωστότερης θεραπείας:

• Η εκτίμηση του πόνου και

• Η μελέτη των χαρακτήρων του.

Το 1980, η Υποεπιτροπή Ορολογίας και Ταξινόμησης της U.I.C.C. για την μελέτη του πόνου έδωσε τον παρακάτω ορισμό «Πόνος είναι μια δυσάρεστη αισθητική και ψυχική εμπειρία, η οποία συνοδεύεται με ενεργό ή δυναμικά ενεργό ιστική βλάβη ή περιγράφεται με λόγια σαν να έχει γίνει μια τέτοια βλάβη».

Παρά όμως την αποδοχή αυτή, όλες οι εμπειρίες που περιγράφονται δεν είναι κατά ανάγκη πόνος, ο εκτιμητής όμως πρέπει να τις δέχεται έτσι.

Η δυσάρεστη αυτή σωματική ή ψυχική εμπειρία, ο πόνος, δεν μπορεί παρά τις μέχρι σήμερα προόδους να μετρηθεί σωστά γιατί εκφράζεται με διαφορετικό τρόπο ανάμεσα στα άτομα και τις φυλές, ενώ το ίδιο ερέθισμα προκαλεί διαφορετική αντίδραση στον υγιή από ότι στον άρρωστο.

Οποιαδήποτε όμως αίσθηση και να συνειδητοποιείται, πόνος είναι ό,τι βλάπτει τον άρρωστο και ο βαθμός της βλαπτικής επίδρασης ή της ενόχλησης που προκαλείται από τον επώδυνο ερέθισμα εξαρτάται από τις εξωτερικές συνθήκες τη δεδομένη στιγμή της βλάβης και ένα σωρό άλλους παράγοντες που σχετίζονται επί πλέον με τον κοινωνικό περίγυρο του αρρώστου και την προσωπικότητα του.

Τέλος, δεν πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός ότι ο πόνος μπορεί να αποτελεί το κύριο σύμπτωμα της αρρώστιας ή να αντιπροσωπεύει μια επίκληση του αρρώστου που πεθαίνει ή τέλος να αποτελεί μια αντίδραση σε κάποια θεραπεία.

Πόνους με διάρκεια πάνω από 6 εβδομάδες θεωρούνται και αντιμετωπίζονται σαν χρόνιοι και η θεραπεία τους είναι πιο δυσχερής, γιατί οφείλονται συνήθως σε περισσότερα από ένα αίτια που πρέπει να διαχωριστούν και να αναγνωριστούν.

Σκοπός του γιατρού που αντιμετωπίζει επώδυνες συνδρομές είναι να διαχωρίσει την οργανική τους φύση από την ψυχογενή ή το ποσοστό συνύπαρξης τους, διότι ο πόνος αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό μίγμα (τοπικός ή γενικευμένος πόνος, γενική κακουχία, αδιαθεσία, κατάθλιψη, ανησυχία κ.α.) που χρειάζεται διαφορετική φαρμακευτική θεραπεία και φυσικά πολύπλευρη αντιμετώπιση.

Τέλος, ο πόνος πρέπει να μελετηθεί σαν σωματοψυχικό πρόβλημα για την ορθή εκτίμηση της οργανικής του βλάβης.

2.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ.

Η θεραπεία του πόνου στον καρκίνο είναι συντηρητική ή χειρουργική και αποβλέπει:

1. Στην αντιμετώπιση της αρρώστια συνδυάζοντας ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία ή εγχείρηση.
2. Στην στήριξη του ασθενή με ψυχολογικά μέσα.
3. Στην συμπτωματική αντιμετώπιση του πόνου με φάρμακα.
4. Στην επιπρόσθετη χορήγηση συσκευασμάτων, τα οποία υποβοηθούν την καταπολέμηση τοπικών ή γενικευμένων επιπλοκών (οίδημα, φλεγμονή.).
5. Τέλος η θεραπεία του πόνου ειδικά και των επιπτώσεων του στον καρκινοπαθή ή το κοινωνικό σύνολο γενικότερα, πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπ' όψη και η ορθή αντιμετώπιση του αποτελεί τμήμα της όλης προσπάθειας για την αποκατάσταση του καρκινοπαθή.

Η θεραπεία για τον πόνο πρέπει να αρχίσει αμέσως και τα φάρμακα να χορηγούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Αν ο πόνος οφείλεται σε επέκταση της αρρώστιας (Ca μαστού, προστάτη κ.α) , η πιο κατάλληλη θεραπεία είναι η αιτιολογική (ορμόνες, ακτινοβολία κ.λ.π). συνήθως, παυσίπονα με μικρή ή μέτρια δράση έχουν καλή ανταπόκριση στα αρχικά στάδια της αρρώστιας όταν δίνονται κάθε 3-4 ώρες. Σε πιο έντονους πόνους αρχίζει ανάλογα η χορήγηση ισχυρών μη ναρκωτικών παυσίπονων. Καλή παυσίπονη θεραπεία γίνεται με την ταυτόχρονη χορήγηση 2 φαρμάκων.

Όταν οι πόνοι είναι πολύ ισχυροί, στην οξεία φάση επιτρέπεται η χορήγηση ναρκωτικών. Εξ άλλου, στα ηλικιωμένα άτομα και ειδικότερα με βαρεία γενική κατάσταση δίνονται με πολύ προσοχή.

Η χρήση ναρκωτικών εξαρτάται από την ένταση του πόνου, και δίνονται σήμερα άφοβα και σε περιπατικούς ασθενείς.

Όλα τα φάρμακα δεν έχουν την ίδια ανταπόκριση και δυστυχώς η δράση τους μειώνεται με το χρόνο.

Η συνηθισμένη διάρκεια χωρίς πόνο την οποία κερδίζουμε με τα παυσίπονα είναι 3-6 ώρες. Μεγαλύτερη περίοδο αναλγησίας πετυχαίνουμε με ορισμένα αντιφλεγμονώδη σκευάσματα. Η εκλογή του φαρμάκου εξαρτάται από την πείρα μας, το σημείο του σώματος το οποίο πονά, το στάδιο της αρρώστιας και τη γενική κατάσταση του ασθενή.

Στη θεραπεία του πόνου από τον καρκίνο, σημαντική θέση κατέχουν τα ηρεμιστικά και τα αντικαταθλιπτικά. Τα σκευάσματα τούτα βοηθούν στην καταπολέμηση των ψυχολογικών και ψυχικών εκδηλώσεων της αρρώστιας, ενώ επιπρόσθετα εμφανίζουν συνεργική δράση με τα παυσίπονα μειώνοντας για περισσότερη ώρα τον πόνο. Η υποστηρικτική, ψυχολογική και ψυχιατρική θεραπεία στον πόνο είναι επιβεβλημένη για να λυθούν τα προβλήματα, τα οποία προστίθενται από τον καρκίνο μαζί με την όλη προσπάθεια για βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενή.

Σημαντική θέση στην θεραπεία του πόνου έχει η παράλληλη αντιμετώπιση άλλων σημαντικών επιπλοκών της αρρώστιας, όπως η δυσκοιλιότητα, τα πεπτικά έλκη, επί κατακλίσεως. Οι κυστικές διαταραχές, οι διάφορες φλεγμονές κ.α. επίσης πρέπει η διατροφή από το στόμα ή από τη φλέβα να είναι αρκετή επειδή ο καρκινοπαθής έχει αυξημένο καταβολισμό.

Τέλος, όταν παρά τη συνεχή εφαρμογή της συντηρητικής θεραπείας με τα διάφορα φάρμακα και τα άλλα μέσα και όλους τους κανόνες αντιμετώπισης του

πόνου, αυτός συνεχίζεται, επιβάλλεται η λήψη πιο δραστικών μεθόδων, οι οποίες είναι οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις.

Υπάρχουν πολλά είδη χειρουργικών τρόπων αντιμετώπισης του πόνου. Η εκλογή της χειρουργικής τεχνικής εξαρτάται όμως από τους χαρακτήρες και την εντόπιση της εστίας του.

Γενικά, όσο πιο εντοπισμένος είναι ο πόνος, τόσο η ανταπόκριση στην εγχείρηση είναι καλή. Οι διάχυτοι πόνοι δύσκολα καταπολεμούνται με εγχείρηση.

Από τους περισσότερο συνηθισμένους τρόπους χειρουργικής αντιμετώπισης του πόνου σημειώνουμε μόνο εκείνους οι οποίοι χρησιμοποιούνται συχνότερα.

1. Τοπικές εγχύσεις με αναισθητικές ή νευρολογικές ουσίες σε προκαθορισμένα σημεία του σώματος, συνήθως στη διαδρομή νεύρων (π.χ. τριδύμου, μεσοπλεύρια, μηροδερματικό).
2. Οι εγχύσεις παρόμοιων ουσιών στον επισκληρίδιο και υποσκληρίδιο χώρο του σπονδυλικού σωλήνα, μέσα από ειδικούς καθετήρες.
3. Οι τομές της οδού του πόνου στο νωτιαίο μυελό, τον προμήκη στη περιοχή του υποθαλάμου κ.α.
4. Οι στερεοτακτικές εγχειρήσεις σε όλα τα σημεία, τα οποία περνάει η οδός του πόνου ή στα εγκεφαλικά κέντρα του.
5. Η τοποθέτηση ειδικών δεξαμενών (Reservoir) στο κοιλιακό σύστημα του εγκεφάλου και έγχυση οπιούχων ή άλλων παυσίπων ουσιών.

Συμπερασματικά, ο πόνος στον καρκίνο πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Σήμερα υπάρχουν όλα τα μέσα για να αντιμετωπισθεί με συντηρητικές θεραπείες ή με εγχειρήσεις και να ανακουφιστούν οι καρκινοπαθείς σε μεγάλο βαθμό. Η αντιμετώπιση του πόνου όμως δεν μπορεί να γίνει διαφορετικά παρά μόνο με όσες διαδικασίες αναφέραμε μέσα στις κλινικές πόνου, οι οποίες οφείλουν να ιδρυθούν τουλάχιστον σε όλα τα αντικαρκινικά νοσοκομεία.

Τέλος, η αντιμετώπιση του πόνου γίνεται στα πλαίσια της αποκατάστασης του καρκινοπαθή και πρέπει να συμπεριληφθεί στον σχεδιασμό ενός αντικαρκινικού αγώνα.

2.8 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΚΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ ΜΕ ΠΟΝΟ.

Είναι γνωστό ότι οι νοσηλευτές περισσότερο από όλους τους άλλους έχουν την πιο στενή σχέση με τον άρρωστο. Οι εκτιμήσεις τους από την παρατήρηση της συμπεριφοράς του αρρώστου μαζί με τις ψυχικές ή σωματικές του αντιδράσεις στον πόνο είναι σημαντικές. Η καταγραφή όμως όλων αυτών είναι δύσκολη και χρειάζεται συνεχής προσπάθεια. Για τούτο ο ρόλος των νοσηλευτών είναι σημαντικός και καθοριστικός στο είδος της θεραπείας, η οποία θα ακολουθήσει. Η συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι στενή προκειμένου να επιλυθούν τα προβλήματα τα οποία δημιουργούνται διότι είναι δυνατόν:

1. Να εκτιμηθεί σφαιρικά η συμπεριφορά του ασθενή και η αντίδραση του στον πόνο στο σπίτι και το νοσοκομείο.
2. Να σπαρθούν πληροφορίες για το οικογενειακό και κοινωνικό ιστορικό.
3. Να καταγραφούν οι αντιδράσεις του στην παρουσία προσώπων του περιβάλλοντος.
4. Να διαπιστωθεί και να μετρηθεί το ποσοστό του παυσίπνου αποτελέσματος με τη διάφορα σκευάσματα (παυσίπινα, ηρεμιστικά κλπ).

5. Να καταγράφεται ο τρόπος που περιγράφει στον γιατρό και τους νοσηλευτές τον πόνο και οι συνθήκες που ενδεχόμενα τον αυξομειώνουν (εργασία, καιρικές μεταβολές κλπ).

Πρέπει να γνωρίζουμε ότι, όταν ο άρρωστος λέει ότι πονάει είναι πραγματικότητας. Υπάρχουν όμως άλλες περιπτώσεις όπου ο άρρωστος ζητά παυσίπονο ενώ φαίνεται ότι δεν υποφέρει. Οι πιο πολλοί από τους άρρωστους πρέπει να έχουν φτάσει στο ανώτερο σημείο αντοχής τους και ασυνείδητα έχουν αποφασίσει να μην υποφέρουν άλλο.

Είναι πολύ δύσκολο να εξηγηθεί αυτό το είδος της συμπεριφοράς και μόνο μετά από συνεχείς παρατηρήσεις και μελέτες στον κάθε άρρωστο, συμπεριλαμβανόμενης και ψυχιατρικής ανάλυσης, μπορεί κανείς να το κατανοήσει.

Τέλος, ο πόνος κρύβει ένα σωρό άλλα προβλήματα. Όπως ψυχικά, της συμπεριφοράς, της επικοινωνίας, τα οικογενειακά, τα θρησκευτικά κ.α., στα οποία χρειάζεται να εισέλθει το νοσηλευτικό προσωπικό στις περισσότερες φορές πρώτο. Με αυτόν τον τρόπο στην συνέχεια τα άλλα μέλη της ομάδας τα οποία συνεργάζονται σε μια κλινική πόνου θα συμβάλουν στην επίλυση τους.

Αρκετές φορές ο πόνος υπερτονίζεται από τους ασθενείς οι οποίοι έχουν ή νομίζουν ότι έχουν καρκίνο από άγνοια, κακή πληροφόρηση κυρίως όμως από την κοινή παραδοχή ότι ο πόνος με τον καρκίνο είναι ταυτόσημο με πολύ κακή κατάληξη. Γενικά, η συνεισφορά του νοσηλευτικού προσωπικού στην φροντίδα και εφαρμογή της θεραπείας του καρκινοπαθή είναι σημαντική σε όλα τα στάδια της αρρώστιας και στην αντιμετώπιση του πόνου ιδιαίτερα.

2.9 ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ.

Μια και ένα μεγάλο ποσοστό των καρκινοπαθών παρουσιάζει πόνο σε όλα τα στάδια, η επακριβής εκτίμηση της έντασης και των άλλων χαρακτήρων του είναι ουσιώδης για την θεραπεία.

Για το σκοπό τούτο, αναπτύχθηκαν διάφορες μέθοδοι εκτίμησης του πόνου, οι οποίες λόγω των ευρέων ιδιοτήτων τους, δεν έχουν μέχρι σήμερα αποδειχθεί σαν απόλυτα ακριβείς. Οι μέθοδοι εκτίμησης του πόνου και συνάμα του θεραπευτικού αποτελέσματος που χρησιμοποιούνται στις κλινικές πόνου είναι περίπου ταυτόσημες. Βασίζονται στην αξιολόγηση ειδικών ερωτηματολογίων που έχουν σχέση με τις καθημερινές δραστηριότητες του αρρώστου, τη χρήση φαρμάκων, τον κοινωνικό περίγυρο, κλπ.

Το ερωτηματολόγιο εκτίμησης του πόνου του Νοσοκομείου Mc Gill αποτελεί σήμερα κατά γενική παραδοχή την καλύτερη μέθοδο και στηρίζεται στις απαντήσεις σε λέξεις κλειδιά από τον άρρωστο. Οι πληροφορίες αυτές με την κατάλληλη επεξεργασία προσδιορίζουν την κλινική εικόνα του πόνου.

Ένας άλλος τρόπος ιστορικής εκτίμησης του πόνου είναι των Black and Charman. Για την εκτίμηση της έντασης του αλγογόνου ερεθίσματος και της συμπεριφοράς του ασθενή στον πόνο, πρότειναν ένα δείκτη με τρεις παραμέτρους που συμπεριλάμβανε σωματικά στοιχεία και αντιδράσεις στον πόνο συσχετιζόμενα με ψυχικά και ιδιαίτερα του τύπου της αντιδραστικής νευρώσεως καταθλιπτικού τύπου. Ο πόνος που συνειδητοποιείται από τον άρρωστο αντιπροσωπεύεται από την

συνισταμένη των 3 τούτων παραγόντων, αλλά όπως ήταν φυσικό και η μέθοδος αυτή αποδείχθηκε να έχει περιορισμένη αξία.

Τέλος, ένας άλλος τρόπος εκτίμησης κατεξοχήν του χρόνιου πόνου αποτελεί το Emory Pain Estimate Model (EPEM). Για το σκοπό αυτό λαμβάνονται υπ' όψιν όλα τα ιατρικά δεδομένα για τον άρρωστο μαζί με την ανάλυση της συμπεριφοράς και τη μελέτη των άλλων ψυχογενών χαρακτήρων του και τέλος τη σχέση όλων αυτών σε 4 στάδια διαφόρου βαρύτητας. Το EPEM με εγνωσμένες επί το πολύ τις παραμέτρους του έχει μερική μόνο εφαρμογή σε καρκινοπαθής.

Στην κλινική εκτίμηση του πόνου στον καρκίνο υπάρχουν προκαθορισμένες γενικές αρχές, οι οποίες πρέπει να τηρηθούν πιστά για να μην κακοδιαγνωστεί η επώδυνη συνδρομή, ενώ απαιτείται από τους αρρώστους έντονη προσπάθεια και εκτίμηση από πολλά πρόσωπα.

Για την κλινική εκτίμηση του πόνου επιβάλλεται:

- Να γίνει πιστευτός ο πόνος του αρρώστου.
- Να ληφθεί με απόλυτη σαφήνεια το ιστορικό του.
- Να εκτιμηθεί η ψυχολογική κατάσταση του.
- Να εξετασθεί νευρολογικά με ιδιαίτερη προσοχή.
- Να υποβληθεί σε εξονυχιστική εργαστηριακή μελέτη.
- Να υπάρχουν εναλλακτικοί τρόποι θεραπείας.
- Να υπάρχει η απαραίτητη νοσηλευτική, κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη.
- Να υπάρχει η δυνατότητα εφαρμογής των σύγχρονων θεραπευτικών μεθόδων αντιμετώπισης του πόνου.¹

2.10 Η ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.

Οι νοσηλευτές κατά την διάρκεια του πόνου θα πρέπει να κατανοούν ότι:

- Ο πόνος του καρκίνου μπορεί να ελεγχθεί.
- Ο ασθενής με προχωρημένο καρκίνο έχει το δικαίωμα για έναν καλό έλεγχο του πόνου.
- Μέρος της δουλειάς του νοσηλευτή στο χώρο της φροντίδας της υγείας είναι να διασφαλίζει καλό έλεγχο του πόνου.
- Ο έλεγχος του πόνου παίρνει χρόνο για να επιτευχθεί και για αυτό το λόγο η επιμονή είναι ζωτικής σημασίας.
- Μόνο ένα άτομο που πονάει ξέρει πόσος είναι ο πόνος που αισθάνεται.
- Ποτέ μην συμπεραίνετε ότι ο πόνος σημαίνει εξάπλωση του καρκίνου.
- Πρέπει να καταλαβαίνετε πως ο θεράπων ιατρός χρησιμοποιεί την κλίμακα του πόνου για να ελέγχει τελικά τον πόνο.

2.11 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.

Προσέγγιση

Ο πόνος είναι μια προσωπική και υποκειμενική εμπειρία. Η προσέγγιση και η εκτίμηση του πόνου είναι μια πολυδιάστατη διεργασία. Αυτή η διαδικασία είναι

σημαντική και ξεκινάει με το που θα εισαχθεί ο ασθενής στο νοσοκομείο και συστηματικά συνεχίζεται καθ' όλη την διάρκεια της παροχής φροντίδας. Η προσέγγιση του πόνου του καρκίνου σχεδιάζεται έτσι ώστε: α) να εκτιμάται η ένταση του πόνου, β) να σχηματίζεται μια διαφορική διάγνωση για την αιτιολογία του πόνου, γ) να προσδιορίζεται η ανάγκη για πει πλέον διαγνωστικές μελέτες και δ) να σχεδιάζεται μια θεραπευτική προσέγγιση σύμφωνα με τη γενικότερη κλινική κατάσταση του ασθενούς, τη ψυχολογική κατάσταση του και τους μελλοντικούς στόχους όσον αφορά την έκβαση της ασθένειας.

Ένα λεπτομερές ιστορικό πόνου είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της προσέγγισης. Αυτό μπορεί να είναι μια πολύπλοκη διαδικασία γιατί οι περισσότεροι ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο έχουν αρκετές επώδυνες περιοχές και σχεδόν το ένα τρίτο από αυτούς έχουν τέσσερις ή περισσότερους ξεχωριστούς πόνους. Κάθε είδος πόνου θα πρέπει να προσεγγίζεται να αναγνωρίζεται και να χαρακτηρίζεται ως προς την ένταση, τον εντοπισμό, τις περιοχές της ακτινοβολίας, πως και πότε ξεκίνησε, με ποιο τρόπο άλλαξε με την πάροδο του χρόνου, και με ποιο τρόπο γίνεται καλύτερος ή χειρότερος.

Η ποιότητα του πόνου (κάψιμο, αίσθημα μαχαιριάς) το μοντέλο της συχνότητας του (συνεχής, διακεκομμένος κλπ.) και η σχέση του με νευρολογικές ή αγγειοκινητικές ανωμαλίες, το πόσο επηρεάζει τη ζωή του ασθενούς και ένας απολογισμός της επιτυχίας ή της αποτυχίας της τρέχουσας ή προηγούμενων μορφών θεραπείας, μπορεί να προμηθεύσει πολύτιμο υλικό για το πιο αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης του πόνου.

Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας, ο ασθενής πρέπει να έχει την ευκαιρία επιλογής διαφόρων κλιμάκων για μέτρηση του πόνου, ώστε να χρησιμοποιεί αυτή που θα θεωρεί σαν την πιο κατάλληλη για την περίπτωση του. Αυτό, βοηθά τον ασθενή ώστε να μπορέσει να εξωτερικεύσει την ένταση του πόνου και να ζητήσει την κατάλληλη βοήθεια, και βοηθάει επίσης στο να αναπτυχθεί μια καλή σχέση επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους άλλους εργαζόμενους στην ομάδα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Πέρα από το να χρησιμοποιεί κλίμακες ο νοσηλευτής μπορεί να ζητήσει από τον ασθενή να αναπτύξει την δικιά του εικόνα για τον πόνο ρωτώντας τον ερωτήσεις όπως: Πως βλέπεται τον πόνο σας; Έχει άκρα, χρώμα, βάρος, ήχο, θερμοκρασία, μυρωδιά και γεύση; τι λέξη θα χρησιμοποιούσατε για να τον περιγράψετε; Θα μπορούσατε να ζωγραφίσετε μια εικόνα του πόνου σας

Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός από επιστημονικές εξηγήσεις επάνω στο θέμα του πόνου, αλλά για όλους αυτούς που εργάζονται στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας, ο πιο ακριβής ορισμός είναι ότι: **πόνος είναι ότι πει ο ασθενής ότι είναι**. Ο πόνος είναι και υποκειμενικός και μετρήσιμος.

Υπάρχουν κοινά σημεία μεταξύ της προσέγγισης και της μέτρησης του πόνου, αλλά οι τελικοί διαφέρουν και έτσι η διαδικασία και τα όργανα που χρησιμοποιούνται μπορεί να είναι διαφορετικά. Όσον αφορά τον τρόπο αξιολόγησης τη έντασης του πόνου, αυτός εμπλέκει και υποκειμενικά και αντικειμενικά ευρήματα. Οι εργαζόμενοι στο χώρο υγείας θα πρέπει να πιστεύουν τις αναφορές του πόνου των ασθενών και να χρησιμοποιούν τις αναφορές που έχουν σχέση με τη διαβάθμιση έντασης του πόνου έτσι ώστε να αξιολογούν τη αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Αυτές οι διαβαθμίσεις μπορεί να είναι ειδικά χρήσιμες σε ασθενείς με χρόνια πόνο που συχνά δεν φαίνονται να πονούν.

Το ιστορικό, η φυσική εξέταση και εργαστηριακά ευρήματα θα πρέπει να προμηθεύουν ικανοποιητικά στοιχεία για να σχηματίζεται διαφορική διάγνωση για κάθε είδος πόνου και για να παίρνονται αποφάσεις για την πιθανή ανάγκη

περισσότερης προσπάθειας και αλλαγής της θεραπείας. Η πιο καλή αντιμετώπιση του πόνου απαιτεί ακριβή διάγνωση και κατάλληλη θεραπεία ενώ ταυτόχρονα ανίχνευση και αναφορά καινούργιων συμπτωμάτων μπορεί να οδηγήσουν σε μετατροπές στην θεραπεία ή σε μια νέα έρευνα της αιτιολογίας του πόνου.

Η μέτρηση του πόνου είναι μια προσπάθεια μέτρησης της ξεχωριστής ατομικής εμπειρίας του πόνου και της μετατροπής αυτής της εμπειρίας σε όρους που θα μπορούσαν να είναι συγκρίσιμοι για όλα τα άτομα. Με αυτόν τον τρόπο μπορούν να συγκριθούν ομάδες ατόμων όταν ελέγχεται η συνολική αποτελεσματικότητα διαφόρων νοσηλευτών ή ιατρικών επεμβάσεων. Η μέτρηση του πόνου επικεντρώνεται στα κοινά χαρακτηριστικά της εμπειρίας του πόνου: **Την ένταση, τη φύση του αισθήματος και τα αποτελέσματα του πόνου.** Η μέτρηση του πόνου δηλώνει έλεγχο, συνέπεια και φυσιολογικές αξίες και είναι σημαντικό βήμα για την αναγνώριση και τον έλεγχο νέων προσεγγίσεων όσον αφορά την πρόληψη και τη θεραπεία του πόνου. Τα όργανα προσέγγισης του πόνου προσφέρουν μια αντικειμενική ένδειξη της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Τα όργανα μέτρησης του πόνου μπορεί να είναι χρονοβόρα να συμπληρωθούν και δεν αντικαθιστούν την προσωπική επικοινωνία μεταξύ ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού, ούτε και τη σωστή νοσηλευτική προσέγγιση. Τα όργανα προσέγγισης του πόνου αυξάνουν τις υπάρχουσες επιλογές αντιμετώπισης όταν ο πόνος είναι ένα σοβαρό πρόβλημα. Υπάρχουν πολλά είδη τέτοιων οργάνων. Τα τρία πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα είναι: Το VAS (Visual Analogu Scale), ή Οπτική αναλογία κλίμακας (από το 0 έως το 10), η χρωματική κλίμακα (από το μπλε έως το κόκκινο) και η κλίμακα προσώπου (από τα δάκρυα έως το χαμογελαστό πρόσωπο). Η κλίμακα προσώπου χρησιμοποιείται συνήθως στα παιδιά, αν και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε ασθενείς που δεν μπορούν να συλλάβουν την ιδέα της χορήγησης της κλίμακας του προσώπου.

Στην πράξη η νοσηλευτική προσέγγιση στην αντιμετώπιση του οξέως πόνου, ξεκινάει πρώτα με την προσέγγιση της κατάστασης του πόνου του ασθενούς. Οι νοσηλευτές πρέπει, σαν μέρος της αρχικής τους προσέγγισης στους ασθενείς να αναγνωρίσουν ποιοι είναι αυτοί οι ασθενείς που είναι σε μεγαλύτερο ρίσκο για να έχουν την εμπειρία ενός οξέως πόνου και εάν αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα της ασθένειας τους και/ή της θεραπείας τους. Χρησιμοποιώντας την εμπειρία και την κρίση τους, μπορούν να προσεγγίσουν την ανταπόκριση του ασθενούς μέσω των ζωτικών σημείων και της παρατήρησης της φυσικής τους κατάστασης. Οι ακόλουθοι παράγοντες χρειάζεται να συμπεριληφθούν στην προσέγγιση της κατάστασης πόνου του ασθενούς: **Εντοπισμός, χαρακτηριστικά, ξεκίνημα, συχνότητα, ένταση και άλλοι παράγοντες όπως ο χαρακτήρας και η ταχύτητα εμφάνισης του.**

Οι νοσηλευτές έχουν τη δική τους εικόνα για τον πόνο βασισμένοι σε προηγούμενες εμπειρίες, επιρροές κουλτούρας και άλλους παράγοντες. Οι νοσηλευτές είναι η ακρογωνιαίος λίθος της αντιμετώπισης του πόνου καθώς συνήθως περνάνε πιο πολύ ώρα κοντά στους ασθενείς από τα άλλα μέλη ομάδων εργαζόμενων στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας. Για αυτό τον λόγο, είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να ξεπεράσουν παρεξηγημένες έννοιες και προσωπικές προκαταλήψεις σχετικά με τον πόνο.

Η ξεχωριστή κατάσταση του πόνου σε κάθε ένα ασθενή, καθορίζει τον τύπο και τη συχνότητα της προσέγγισης. Οι προσεγγίσεις του πόνου θα πρέπει να καταγράφονται με ακρίβεια λεπτομερώς και με τη χρήση και υποκειμενικών και αντικειμενικών δεδομένων.

Γενικές αρχές που κτίζουν αυτή την προσέγγιση και που αφορούν τόσο το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και τους ασθενείς, περιλαμβάνουν:

Û Εκπαίδευση

Û Ελαστικότητα.

Û Δεξιότητες παρεχόμενες από μια ποικιλία ειδικοτήτων.

(Πολλαπλών ειδικοτήτων φροντίδας. Ο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης του πόνου εξαρτάται από την ικανή ομάδα παροχής υπηρεσιών υγείας και η καλύτερη ομάδα περιλαμβάνει τις δεξιότητες από μια μεγάλη ποικιλία επαγγελματιών του χώρου).

Û Η επιθετική αντιμετώπιση του πόνου.

(Ο σχεδιασμός της αντιμετώπισης του οξέως πόνου από το νοσηλευτή απαιτεί ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει να αντιμετωπίσει τον πόνο από την έναρξη του. Μην καθυστερείτε να αντιμετωπίσετε τον πόνο με αναλγητικά καθώς περιμένετε αποτελέσματα από άλλες εξετάσεις γιατί αυτό στο μόνο που οδηγεί είναι να κάνει κάποιον να υποφέρει χωρίς λόγο. Να θυμάστε ότι τα εργαλεία έρευνας είναι περιορισμένα – καμιά έρευνα δεν έχει 100% ευαισθησία ή 100% ακρίβεια και ακόμη και ο πόνος για τον οποίο δε φαίνεται να υπάρχει φανερή αιτία θα πρέπει να αντιμετωπίζεται).

Û Η χρήση αναλγητικών με τον καλύτερο τρόπο.

Û Η πλήρης επίγνωση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς και των διαθέσιμων θεραπειών, έτσι ώστε ο σχεδιασμός για την ανακούφιση του πόνου να γίνεται με τον καλύτερο τρόπο.

Û Η ύπαρξη ημερολογίου πόνου.

(Χρησιμοποιήστε ημερολόγιο πόνου και αντικειμενικά μέτρα ελέγχου πόνου. Αυτά μπορεί να είναι πολύ χρήσιμα ειδικά στο σπίτι, γιατί εμπλέκουν τον ασθενή και την οικογένεια στην παρακολούθηση και στην διαδικασία λήψης αποφάσεων. Επίσης αποτελούν μία πολύτιμη πηγή πληροφοριών για τον επισκέπτη εργαζόμενο στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας. Μία απλή αναλογία κλίμακα πόνου είτε οπτική είτε προφορική μπορεί να βοηθήσει στην ένδειξη του χειρότερου πόνου, του καλύτερου πόνου και του μέσου πόνου που ο ασθενής είχε την εμπειρία και αυτό μπορεί να είναι πολύ χρήσιμο στο να καταγράψει η ανταπόκριση στη θεραπεία).

Û Το να ξέρει πότε θα ζητήσει βοήθεια.

(Εάν τα μέτρα ελέγχου του πόνου που σας έχουν εισηγηθεί δεν δουλεύουν όπως θα έπρεπε, ίσως είναι καιρός να ζητήσετε βοήθεια. Ένα πρόγραμμα ανακουφιστικής φροντίδας ή κλινική με ειδικό ενδιαφέρον στην αντιμετώπιση του πόνου μπορεί να είναι σημαντικά).¹²

2.12 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΠΟΝΟ.

Στηριζόμενος πάντα στο πνεύμα της ολιστικής αντίληψης για τον πόνο, ο νοσηλευτής οφείλει να δρα για την επίτευξη τριών κυρίως σκοπών, οι οποίοι είναι:

1. Έλεγχος του πόνου και των συνοδών συμπτωμάτων.
2. Η στήριξη του ασθενούς.

3. Η στήριξη της οικογένειας.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι βασικά υποστηρικτικός, με πολλές διαστάσεις. Η λέξη κλειδί είναι η επικοινωνία. Όταν δημιουργηθεί κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης τότε η καθοδήγηση και η συνεργασία με τον ασθενή γίνονται πιο εύκολα ενώ η ανεπαρκής και αναποτελεσματική επικοινωνία συχνά κάνει τους ασθενείς να υποφέρουν πιο πολύ από ότι τα υπόλοιπα συμπτώματα ή ο πόνος.

Επαρκής επικοινωνιακή δυνατότητα από την πλευρά του νοσηλευτή σημαίνει ικανότητα να ακούει, να επικοινωνεί μη λεκτικά, να συμβουλεύει, να διευκρινίζει, να υποστηρίζει. Προϋποθέτει σεβασμό της προσωπικότητας, της ταυτότητας (πολιτιστικής και κοινωνικής) και ακεραιότητας του άλλου, ευαισθησία και όχι αυστηρότητα, ενώ ταυτόχρονα βοηθά τον ασθενή να εκφραστεί, να γίνει πιο ακριβής στις περιγραφές του και να βρει κάποιο νόημα για την κατάσταση του, αναγνωρίζοντας παράλληλα στη σοβαρότητα της κατάστασης του. Για να επιτευχθεί απαιτείται συγκεκριμένη συχνότητα εκτίμησης του ασθενή με πόνο, που καθορίζεται από τη φύση του πόνου, την αναμενόμενη διάρκεια των αναλγητικών και από την τάση του ασθενή να εκφράζει ή όχι τον πόνο του.

Ο νοσηλευτής πρέπει να συνδυάζει τις επικοινωνιακές του δεξιότητες με ανθρωπιστική ευαισθησία, επιστημονική γνώση και εμπειρία. Έτσι μπορεί πιο εύκολα να εκτιμά τις εκάστοτε ανάγκες, να σχεδιάζει, να εφαρμόζει και να αξιολογεί τις κατάλληλες και απαραίτητες παρεμβάσεις. Με την εξέλιξη της νόσου οι ανάγκες αλλάζουν. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει, για να μπορεί να αποφασίζει μόνος του και να αντιμετωπίζει ικανοποιητικά τον ασθενή, που συνεχώς αναζητά και αποζητά την προσφορά.

Για τους εργαζόμενους στην αντιμετώπιση του πόνου θεωρείται απαραίτητη η κατάλληλη εκπαίδευση, ώστε να καλλιεργηθούν δεξιότητες αυτοεκτίμησης και αυτοαξιολόγησης, με σκοπό της προστασία του προσωπικού και την αποφυγή υπερευαίσθητων αντιδράσεων. Η υιοθέτηση μιας συγκεκριμένης φιλοσοφίας, η επίγνωση των ορίων, η χρήση του αστεϊσμού θα βοηθήσουν το νοσηλευτή να διατηρήσει την ακεραιότητα του και να εξασφαλίσει κάποιο νόημα για την δουλειά του, προσφέροντας πραγματική βοήθεια.



ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ.

3.1 Ο ΨΥΧΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ.

Η αρρώστια εκτός από το σώμα και τις διάφορες λειτουργίες του, επηρεάζει αναπόφευκτα και τον ψυχικό κόσμο του ατόμου. Οι διαταραχές που προκαλεί σε σωματικό επίπεδο, οι επιπτώσεις της θεραπευτικής αγωγής, οι περιορισμοί που θέτει στην καθημερινή ζωή, αλλά και η απειλή του θανάτου στη σοβαρή αρρώστια, φέρνουν το άτομο αντιμέτωπο με δυσάρεστες αλλαγές.

Μπροστά στην οδυνηρή αυτή πραγματικότητα ο άρρωστος είναι πιθανό να βιώσει διάφορες αντιδράσεις όπως η θλίψη, ο θυμός, η απελπισία, το άγχος, ο φόβος, οι ενοχές και η υπαρξιακή αγωνία. Από την εμπειρία παρόμοιων αντιδράσεων πηγάζει άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο αυτό που συνολικά αποκαλούμε βίωμα του ψυχικού πόνου.

Ο ψυχικός πόνος είναι ένα ιδιαίτερο σύνθετο φαινόμενο, δύσκολο να περιγραφεί και να μελετηθεί. Ανήκει στη σφαίρα του βιώματος και επομένως είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τον υποκείμενο κόσμο κάθε ατόμου. Έτσι, είναι δυνατό να παρατηρήσουμε, ότι δύο άτομα με την ίδια αρρώστια και με την ίδια πρόγνωση δεν βιώνουν απαραίτητα και τα δύο ψυχικό πόνο ή βιώνουν ψυχικό πόνο, ενώ αντίθετα να βιώνουν ένας άλλος άρρωστος που πάσχει από μια ήπιας μορφής μη απειλητική αρρώστια.

Η προσωπική ιστορία, οι εμπειρίες, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, οι ρόλοι μέσα από τους οποίους αυτοπροσδιορίζεται, οι στόχοι, οι πεποιθήσεις γύρω από τη ζωή και τον κόσμο κάνουν κάθε άτομο μοναδικό και καθορίζουν τον ιδιαίτερο τρόπο με τον οποίο θα ερμηνεύει την αρρώστια και τις επιπτώσεις της. Για να μπορέσουμε επομένως να κατανοήσουμε το βίωμα του ψυχικού πόνου ενός άρρωστου θα πρέπει απαραίτητα να αναλύσουμε τη δική του, μοναδική υποκειμενική πραγματικότητα.¹⁴

3.2 ΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.

Η υγεία χαρακτηρίζεται από την αρμονική ισορροπία της ψυχής και του σώματος που συνοδεύεται από την αίσθηση της ζωτικότητας και της δύναμης και που διαταράσσεται από την σωματική ασθένεια. Η απάντηση στην διαταραχή της βιολογικής ισορροπίας είναι ο οξύς πόνος με συνέπεια τον συνεχή χρόνιο πόνο των καρκινοπαθών.

Αυτός ο πόνος είναι ένα εμπόδιο για την ζωτικότητα και την ψυχική αρμονία του άρρωστου που απειλεί να καταντήσει τον άνθρωπο σαν μια φτωχή άτυχη ύπαρξη που πεθαίνει κατ' επανάληψη, πολλές φορές. Ο χρόνιος πόνος στον καρκινοπαθή, είναι μια εμπειρία χωρίς παρελθόν, και χωρίς μέλλον, και έχει σαν πηγή της παρούσα κατάσταση. Εναλλάσσονται σταδιακά όλες οι εμπειρίες της ζωής (εργασία, κοινωνικές σχέσεις) διότι, ο ασθενής στρέφει αποκλειστικά την προσοχή του στο δικό του πόνο. Αυτή η μεταμόρφωση συμπεριλαμβάνει, τόσο το οικογενειακό περιβάλλον όσο και τον γιατρό. Αναπτύσσεται έτσι μια αλυσίδα γεγονότων και καταστάσεων που σχηματίζουν μια καριέρα ταλαιπωρίας. Αναρίθμητοι παράγοντες συμμετέχουν στην ανάπτυξη της εμφανίσεως αυτής της εμπειρίας.

A) Το κριτικό επίπεδο του πόνου, που αρχικά είναι ομοιόμορφο.

B) Η αντίσταση στον πόνο που κατά μεγάλο μέρος επηρεάζεται από ψυχολογικές και συναισθηματικές παραμέτρους.

Γ) Η έκφραση του πόνου που είναι ο τρόπος απαντήσεως στο ερέθισμα από την πλευρά του ασθενή.

Δ) Το παράπονο του πόνου, δηλαδή η επικοινωνία που φαίνεται να έχει σχέση με κοινωνικούς, οικογενειακούς παράγοντες.

E) Η γλώσσα του πόνου, δηλαδή η επικοινωνία δια μέσου τρόπων ομιλίας ή μη.

ΣΤ) Άλλοι παράγοντες που βοηθούν ή όχι όπως προηγούμενες εμπειρίες, η μνήμη, η προσοχή, η ύπνωση, η απόσπαση της προσοχής, κλπ.

Στενά συνδεδεμένες με το χρόνιο πόνο είναι οι διαταραχές της προσωπικότητας του ασθενή που σε ειδικά κέντρα, χαρακτηρίζονται κατόπιν ψυχομετρικών εξετάσεων στην γνωστή τριάδα της νεύρωσης, (κατάθλιψη-υποχονδρία-υστερία) εμφανής στο 90% των ασθενών με πόνο. Περίπου το 40% αυτών των ασθενών εκτός της εμφανίσεως αυτής της τριάδας, θα εμφανίσει με τη σειρά του την ψυχωτική τριάδα(παράνοια, σχιζοφρένεια, τάση για απομόνωση). Οι πιο συχνές ψυχολογικές διαταραχές που συνδέονται με το χρόνιο πόνο από καρκίνο είναι, το άγχος και η κατάθλιψη ενώ αργότερα υπεισέρχεται ο θυμός από την ανεπιτυχή θεραπεία. Το άγχος μπορεί να έχει διάφορες αιτίες όπως, φόβο για τον συνεχή πόνο που δεν ελέγχεται, φόβο για τον θάνατο, φόβο για την απώλεια του αυτοελέγχου, ανασφάλεια για το μέλλον, φόβο για το χειρουργικό ακρωτηριασμό, φόβο για την απώλεια της κοινωνικής θέσης. Δεν θα πρέπει να παραληφθεί το γεγονός εάν θα πρέπει ή όχι ο άρρωστος να γνωρίζει την αλήθεια για την αρρώστια του γιατί και αυτό είναι ένας ισχυρός παράγοντας άγχους. Βεβαίως ο ψυχικός πόνος μεταβάλλει τον ασθενή σε μανιοκαταθλιπτικό άτομο ο δε κόσμος του συγκρούεται με το σώμα του ή κάποιες φορές η κατάθλιψη συνδέεται με το γεγονός του ότι πιστεύω ότι ο πόνος συνοδεύει απαραίτητα τον καρκίνο και ότι δεν υπάρχει τίποτε για να τον θεραπεύσει. Καμία φορά όμως αισθάνεται κατάθλιψη γιατί αισθάνεται υποχρεωμένος να ψεύδεται για τον πόνο του από φόβο μήπως του δοθούν υπερβολικές δόσεις φαρμάκων που θα αφαιρέσουν την διαύγεια του μυαλού του ή σπανιότερα πιστεύει ότι του μειώνουν την διάρκεια της ζωής. Άλλες αιτίες είναι ή απώλεια των φυσικών λειτουργιών, η απώλεια της σωματικής εικόνας και η αλλαγή της σωματικής εικόνας, η έλλειψη βοήθειας, και πάνω από όλα η βεβαιότητα της αποτυχίας της θεραπείας, αυτή δε η τελευταία διαταράσσει βαθιά την προσωπικότητα του ασθενή και λέγεται χαρακτηριστικά σαν ο κόσμος της ταλαιπωρίας τους και που τον αποδίδει σχηματικά ο Sanders.

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟΣ ΠΟΝΟΣ 1) φυσικός 2) πνευματικός 3) κοινωνικός 4) ψυχικός.

Στον ψυχικό πόνο προστίθεται η ψυχική ταλαιπωρία που εκδηλώνεται με απόγνωση, άγχος, κατάθλιψη από την επίγνωση της απώλειας των ζωτικών ικανοτήτων, όπως επίσης και φόβος για τον επικείμενο θάνατο. Η κατεύθυνση των διαπροσωπικών σχέσεων τείνει να στραφεί προς την εσωστρέφεια. Οι ρίζες της κουλτούρας μας συχνά εμφανίζουν αρχέτυπα που προσδίδουν στον πόνο πνευματική διάσταση, όπως ο χαρακτηρισμός της ασθένειας σαν τιμωρία που σταλεί από το θεό για τα προηγμένα αμαρτήματα. Σιγά-σιγά με την πρόοδο της αρρώστιας οι ψυχικές εκδηλώσεις υποχωρούν για να αφήσουν θέση σε μια προθανάτια αγωνία που είναι τόσο στοιχειώδης όσο και το ζωικό βασίλειο. Κατά τον Lange πρόκειται για το γεγονός εάν κανείς θέλει να ζήσει ή ψάχνει τον θάνατο για λύτρωση του. Στην πρώτη περίπτωση ο αγώνας είναι μακρύς, ο δε ετοιμοθάνατος ψάχνει να βρισκεται σε κατάσταση συνειδητής υπνηλίας και αυτό τον οδηγεί σε νέες ταλαιπωρίες. Κατά την δική του άποψη σε αυτή την πραγματική μάχη με τον θάνατο η ανθεκτική προσωπικότητα του αρρώστου παίζει ασφαλώς σπουδαίο ρόλο. Μόνοι άνθρωποι γεμάτοι ζωή και ενέργεια διατρέχουν κίνδυνο να πεθάνουν από αυτό το θάνατο.¹³

3.3 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικά να τονίσουμε ότι η απόλυτη αξιολόγηση του ψυχικού πόνου είναι δυσχερής, αν όχι αδύνατη.

Κι αυτό συμβαίνει επειδή ο πόνος πλην της αισθητηριακής συνιστώσας καθορίζεται από υποκειμενικά και ψυχοσωματικά σύνδρομα, δηλαδή από συναισθηματικές κυρίως συνιστώσες, όπως φόβος, άγχος, stress, έτσι ώστε στην κλινική του εκδήλωση να αποτελεί κυρίως υποκειμενικό βίωμα.

Το πλήρες και λεπτομερές ιστορικό θα μας δώσει πληροφορίες που αφορούν τη διάρκεια, την εντόπιση, την ένταση και την κατανομή του πόνου, ενώ ο σχηματισμός διαφόρων κλιμάκων για μέτρηση του κλινικού πόνου βοηθά στην αξιολόγηση της έντασης του και του αποτελέσματος της θεραπευτικής ή ανακουφιστικής παρέμβασης μας. Με τη βοήθεια αυτών των κλιμάκων έχει βρεθεί ότι η ένταση του πόνου σχετίζεται με την ένταση του ερεθίσματος, τη ταχύτητα πρόκλησης και την ένταση της τελικής βλάβης, ενώ το κυριότερο μειονέκτημα τους είναι ότι δεν αντανακλούν ούτε την ψυχολογία, ούτε τη σωματική αποδιοργάνωση που δημιουργήθηκε από μια ειδική διαταραχή. Η πλέον συχνά χρησιμοποιούμενη κλίμακα είναι η κλίμακα οπτικής αναλογίας. Συνίσταται η προσεκτική παρατήρηση του ασθενούς κατά τη διάρκεια λήψης του ιστορικού και η από κοινού λήψη με τον υπεύθυνο ιατρό για αποφυγή επαναλήψεων και ταλαιπωρία του ασθενή.¹⁴

3.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.

Η αξιολόγηση του πόνου είναι απαραίτητο στοιχείο στην αναλγητική θεραπεία και επιτρέπει την βαθμολόγηση των αποτελεσμάτων ελέγχοντας τα στατιστικά στοιχεία.

Το πιο κοινό χαρακτηριστικό του πόνου είναι συνδεδεμένο με το χρόνο, έτσι ξεχωρίζουν ο οξύς πόνος από τον χρόνιο. Ο πρώτος τείνει να φθάσει γρήγορα στη μέγιστη συχνότητα, για να υποχωρήσει στη συνέχεια με πιο βραδύ ρυθμό και υπάρχουν παραδείγματα (τραυματικού, χειρουργικού ή πειραματικού πόνου). Ο δεύτερος είναι συνεχής με διάφορο ένταση ή γενικά διαφόρων χρονικών περιόδων, ιδιαίτερα συνδεδεμένος με τις φάσεις της ασθένειας που πιστεύεται ότι είναι υπεύθυνη για τον πόνο. Ο οξύς πόνος, ειδικότερα ο πειραματικός είναι δυνατόν να μετρηθεί, ο χρόνιος πόνος όμως λόγω των ψυχοφυσικών συνδέσεων του ελάχιστα προσφέρεται για κλινική αξιολόγηση.

Το μόνο αντικειμενικό κλινικό σημείο στον ασθενή με χρόνιο πόνο είναι ο ασθενής που υποφέρει και θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι όλες οι βιολογικές ενδείξεις έχουν και ψυχολογικά στοιχεία και το αντίθετο, γιατί ο οργανισμός τείνει να απάντηση δυαδικά. Έτσι θα πρέπει πρωταρχικά να γίνει λεπτομερής έλεγχος του ιστορικού και της φυσικής και νευρολογικής καταστάσεως του ασθενούς, στη συνέχεια καταφεύγουμε στις παρακλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις όπως, ακτινολογικές, βιοχημικές, μικροβιολογικές, ιστολογικές, έτσι ώστε να επικεντρωθεί η περιοχή του ερεθίσματος του πόνου. Κατά δεύτερο λόγο θα μεταφέρουμε σε ένα μεταμερικό χαρτί το σημείο του πόνου.

Ο Sternbach τελευταία έθεσε ένα σύστημα εκτιμήσεως κλινικά του πόνου που κρίνει την υποκειμενική εκτίμηση του αρρώστου σε μια κλίμακα από το 0 έως το 100 προκαλώντας τεχνητά πόνο και στον οποίο ο ασθενής μπορεί να συσχετίσει το δικό

του. Γι' αυτό τον σκοπό χρησιμοποιείται η μέθοδος του ισχαιμικού πόνου, που παράγεται με μια περιχειρίδα του πιεσόμετρου στο βραχίονα του ασθενή και που φουσκώνεται σε μια τιμή μεγαλύτερη από τη συστολική πίεση. Ο ασθενής ανοιγοκλείνει συνεχώς την γροθιά του και μετριέται σε δευτερόλεπτα ο απαραίτητος χρόνος μέχρις ότου ο ισχαιμικός πόνος ισοδυναμίζει με τον πόνο της μέτρησης. Παραμένει η περιχειρίδα φουσκωμένη έως ότου ο ασθενής αναφέρει μη ανεκτό πόνο και καταγράφεται αυτό ο δεύτερος χρόνος, για τον οποίο ο πρώτος χρόνος διαιρείται και το αποτέλεσμα πολλαπλασιάζεται με το 100. Έτσι ανευρίσκονται δύο τιμές, μια υποκειμενική και μια αντικειμενική, η διαφορά των οποίων δίνει το μέτρο του λειτουργικού φορτίου του ασθενή με χρόνιο πόνο.

Μια άλλη πειραματική μέθοδος που δεν έχει βρει ακόμη κλινική εφαρμογή είναι η πρόκληση αισθήματος πόνου με δυναμικά δια μέσου ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος. Η αδυναμία χρήσεως πειραματικών μεθόδων στην κλινική πράξη, προκάλεσε την παραγωγή και δημιουργία ανιχνευτικών μεθόδων που βοηθούν στην αξιολόγηση του πόνου. Ένα όργανο αυτού του τύπου είναι το Mc Gill Pain Questionnaire του Melzack, βασισμένο στη περιγραφή του πόνου δια μέσου λέξεων κλειδιά που ανταποκρίνονται σε αριθμούς και από τους οποίους ανασύρεται η τελική βαθμολογία. ένα άλλο ανάλογο όργανο χρησιμοποιείται και στην Ιταλία από τον Ventafridda και θα περιγράψει στην συνέχεια ανάλογες ποσοτικές πληροφορίες παρέχει η μέθοδος του ανάλογου οπτικού του Scott- Huskisson που αναφέρεται σε μια κατακόρυφη γραμμή μήκους 10cm και εμφανίζει την ένταση του πόνου, με 0 την απουσία πόνου και το 10 τον μέγιστο πόνο που φαντάζεται ο ασθενής.

Μια άλλη προσπάθεια κλινικής αξιολόγησης του πόνου είναι εκείνη του Twycross που συνοψίζει τα κάτωθι: έδρα, ένταση, ποιότητα και διακυμάνσεις στον χρόνο με ένα απλό ερωτηματολόγιο

A) Καταστολή : τι το κάνει με μικρότερη ένταση;

B) Έξαρση : τι το χειροτερεύει;

Γ) Ποιότητα: με τι μοιάζει;

Δ) Αντανάκλαση: μεταδίδεται σε άλλα σημεία του σώματος;

E) Βαρύτητα: πόσο βαρύς είναι;

Στ) Χρονική διακύμανση: υπάρχει σταθερά ή έρχεται και φεύγει;

Συχνά είναι δύσκολη η σωστή συζήτηση με τους ασθενείς, για τη χρήση ψυχολογικών tests που παρέχουν πληροφορίες σε ψυχικό επίπεδο όπως άγχος, κατάθλιψη, υποχονδρία και που όπως ήδη αναφέρθηκα συνοδεύουν τον χρόνιο πόνο. Πρακτικά σαν θεραπευτικό πρόγραμμα είναι χρήσιμα τα tests ή οι ερωτήσεις προσωπικότητας.

Τα πιο διαδεδομένα tests σε Αγγλοσαξονική γλώσσα είναι: το I.Q.B. (Illness Behavior Questionnaire), το M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Inventory), το I.P.A.T. ΓΙΑ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΤΟ M.H.Q. (Middlesex Hospital Questionnaire), του Hamilton και του Zung για την κατάθλιψη.

Στο Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο του Μιλάνο και ειδικότερα στο τμήμα θεραπεία του πόνου είναι σε χρήση τα τελευταία χρόνια η εβδομαδιαία καρτέλα των οποίων τα στοιχεία επιτρέπουν όχι μόνο την αξιολόγηση του πόνου αλλά και την καταγραφή των διακυμάνσεων της ποιότητας της ζωής και το επίπεδο της δραστηριότητας του ασθενούς, εκτός των αξιολογήσεων του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Υπάρχει ένα σχήμα που χρησιμοποιεί 5 λέξεις- κλειδιά : ήπιος – μέτριος- μέγας- τρομερός – απερίγραπτος, που ανταποκρίνονται σε 5 επίπεδα εξέλιξης του πόνου. Επίσης σημειώνονται οι ώρες που ο ασθενής είναι όρθιος, καθιστός ή ξαπλωμένος, η παρουσία παρενεργειών από τα φάρμακα, η χρήση φαρμάκων που δεν

ήσαν στην πρωταρχική θεραπεία, στην συνέχεια χρησιμοποιείται η κλίμακα Karnofsky το Performance Status που σίγουρα επηρεάζει τον τύπο θεραπείας με στόχο να προσφέρει στον άρρωστο λύσεις τόσο για τον έλεγχο του πόνου, όσο και για την ποιότητα ζωής.

<p>Ικανός με φυσιολογική δραστηριότητα στην εργασία. Δεν είναι απαραίτητη καμία ειδική φροντίδα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Φυσιολογικός. Χωρίς σημεία και συμπτώματα ασθένειας. - Ικανός για φυσική δραστηριότητα. - Φυσιολογική δραστηριότητα με προσπάθεια.
<p>Ανίκανος για εργασία. Ικανός να ζει στο σπίτι και να αναλάβει τις προσωπικές του ανάγκες. Είναι απαραίτητη μικρού βαθμού φροντίδα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ανίκανος για φυσιολογική εργασία. - Έχει ανάγκη ευκαιριακής βοήθειας αλλά μπορεί να φροντίζει γενικά τον εαυτό του. - Ζητά βοήθεια για την φροντίδα του επίσης καλεί τακτικά τον θεράποντα ιατρό.
<p>Ανίκανος για τις προσωπικές του ανάγκες. Καθλωμένος στο κρεβάτι.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Έχει ανάγκη βοήθειας και ειδικών φροντίδων. - Σοβαρή κατάσταση, έχει ανάγκη καθολικής φροντίδας. - Πολλή σοβαρή κατάσταση, έχει ανάγκη καθολικής φροντίδας. - Σε προθανάτια κατάσταση, καθολική φροντίδα.

13

3.5 ΑΠΩΛΕΙΕΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΤΟ ΨΥΧΙΚΟ ΠΟΝΟ.

Η αρρώστια ως γεγονός στη ζωή ενός ατόμου, προκαλεί αναπόφευκτά κάποιες προσωρινές ή μόνιμες αλλαγές τις οποίες καλείται να αντιμετωπίσει. Οι

ποικίλες αλλαγές που επιφέρουν έχουν αντίκτυπο σε όλες τις πτυχές της ζωής του και κυρίως στον τρόπο που βιώνει το σώμα του, τον εαυτό του και τον κόσμο που τον περιβάλλει.

Η εμπειρία της αρρώστιας, όπως υποστηρίζει η Toombs (1992), βιώνεται από το άτομο ως αίσθηση καθολικής διαταραχής, καθώς, ακόμα και στις πιο ήπιες μορφές της, προκαλεί προσωρινές ή μόνιμες απώλειες στη ζωή του.

Η πρώτη απώλεια με την οποία έρχεται αντιμέτωπος ο άρρωστος είναι η απώλεια της ενότητας που υπάρχει μεταξύ του εαυτού του και του σώματος στην κατάσταση της υγείας. Με την εμφάνιση της αρρώστιας, το σώμα έρχεται ξαφνικά στο προσκήνιο ως αρνητικό τρόπο και παύει να θεωρείται δεδομένο. Μοιάζει να αποκτά τη δική του βούληση και αν τίθεται έξω από τον έλεγχο του ατόμου. Έτσι, η αρρώστια βιώνεται σαν απειλή συνολικά για τον εαυτό και όχι μόνο για το σώμα.

Μια άλλη απώλεια την οποία βιώνει ο άρρωστος είναι η απώλεια της βεβαιότητας και της ασφάλειας, καθώς έρχεται αντιμέτωπος με τη συνειδητοποίηση ότι είναι θνητός και ευάλωτος. Ταυτόχρονα, το άτομο βιώνει την αίσθηση της απώλειας του ελέγχου, καθώς μέσα από το απροσδόκητο και ανατρεπτικό γεγονός της αρρώστιας, ο οικείος κόσμος, ο εαυτός και η ίδια η ζωή του, γίνονται αντιληπτά ως κάτι απρόβλεπτο και ανεξέλεγκτο.

Επιπλέον, η εμπειρία της αρρώστιας συνοδεύεται, άλλοτε σε μικρότερο και άλλοτε σε μεγαλύτερο βαθμό, από την απώλεια του οικείου κόσμου. Η νέα, ιδιαίτερη κατάσταση στην οποία εισάγεται ο άρρωστος τον κρατά μακριά από τον έως τώρα οικείο του κόσμο, με τους γνώριμους ρόλους, στόχους, ενασχολήσεις. Η αίσθηση του οικείου, επίσης, χάνεται καθώς η αρρώστια εισάγει τον άρρωστο στο δικό του διαφορετικό χρόνο. Ακόμα και ο τρόπος με τον οποίο ο άρρωστος αντιλαμβάνεται το χώρο αλλάζει, καθώς με τη μόνιμη ή προσωρινή απώλεια κάποιας ικανότητας ή λειτουργίας ο έως τώρα οικείος χώρος περιορίζεται και συχνά αποκτά μια απαγορευμένη διάσταση.

Επομένως, μέσα από την αρρώστια, το άτομο βιώνει τη σύγκρουση ανάμεσα στον εαυτό και το σώμα, έρχεται σε επαφή με το πόσο ευάλωτο είναι, αισθάνεται αδύναμο να ελέγξει την κατάσταση, ενώ παράλληλα νιώθει περιορισμένο μέσα σε μια καινούργια πραγματικότητα.³

3.6 Η ΑΛΛΑΓΗ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΚΟ ΠΟΝΟ.

Το σύνολο των συνειδητών και ασυνειδητών στάσεων που έχει το άτομο για τον εαυτό του είναι η εικόνα σώματος. Είναι συνεχής και αδιάκοπη διαδικασία που αρχίζει από την γέννηση και ολοκληρώνεται κατά την διάρκεια της ζωής. Δεν μένει ποτέ στάσιμη αλλά βρίσκεται σε συνεχής αλλαγή ανάλογα με τον τρόπο που αντιδρούμε στις διαφορετικές περιπτώσεις.

Οι σωματικές μεταβολές στην εμφάνιση του ασθενούς, σχετίζεται με την αρρώστια και τις επιπλοκές της. Αλλαγή στην εικόνα σώματος στον καρκινοπαθή σημαίνει πόνος ψυχής, απειλή, απώλεια της αυτοεκτίμησης του, απώλεια της ταυτότητας του.

Ο νοσηλευτής ογκολογίας για να υποστηρίξει τον ασθενή του στη δύσκολη αυτή φάση θα πρέπει να γνωρίζει, να κατανοεί την διαδικασία ανάπτυξης της εικόνας του σώματος, αλλά και τους παράγοντες που επηρεάζουν τον σχηματισμό της αυτοϊδέας. Η θετική στάση των νοσηλευτών απέναντι στον καρκινοπαθή που

απειλείται η σωματική ακεραιότητα επηρεάζει την αυτοπεποίθηση, την ασφάλεια και την αποδοχή της αρρώστιας.

Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση αντιδράσεων στην αλλαγή εικόνας του σώματος είναι:

- Η ηλικία.
- Η λειτουργική αξία μέλους του σώματος.
- Η σπουδαιότητα της κοινωνικής εμφάνισης στο κοινωνικό σύνολο.
- Η δυνατότητα αποκατάστασης.

Ο αντίκτυπος της αλλαγής της σωματικής εικόνας και της όψης, λόγω αλωπεκίας και της αύξησης του βάρους, στον ενήλικο είναι σημαντική γιατί συνδέει την αλλαγή με την μειωμένη ελκυστικότητα και εξαιτίας αυτής μειωμένη ικανότητα στο να αποσπάσει αγάπη για τους άλλους.

Ο ενήλικας 31-45 ετών νοιώθει γηρασμένος, παρουσιάζει σωματική ευπάθεια που τον οδηγούν σε ανάπτυξη συναισθημάτων κατάθλιψης, κούρασης και απομόνωσης.

Σοβαρότερες και σημαντικότερες αλλαγές στη σωματική, συναισθηματική και κοινωνική σφαίρα παρατηρούνται στην ηλικία των 46-65 ετών. Τα άτομα αυτά αναπτύσσουν μηχανισμούς άρνησης εναντίον του φόβου γήρανσης γιατί έχουν δώσει μεγάλη σημασία στην εμφάνιση του σώματος. Παρουσιάζουν έτσι σοβαρές δυσκολίες προσαρμογής στις αλλαγές της σωματικής εικόνας. Συχνά παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης που μπορεί να τους οδηγήσει σε αυτοκτονία.

Ο αντίκτυπος της αλλαγής του σώματος εικόνας είναι επίσης σοβαρός αυτά άτομα ηλικία 65 ετών και άνω διότι παρατηρείται λειτουργική ανικανότητα και αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης. Συνέπεια αυτών είναι η σοβαρή διαταραχή της σχέσης τους με την οικογένεια τους λόγω της εξάρτησης από αυτούς. Η αποθάρρυνση από αυτή τη διαταραχή και οι αλλαγές από τις παρενέργειες της θεραπείας οδηγούν το άτομο σε απομόνωση και κατάθλιψη.

Ο νοσηλευτής της ογκολογίας σε αυτή της κρίσιμη στιγμή της ζωής του ατόμου, υποστηρίζει τον ασθενή, ώστε να επιτύχει την πιο ανώδυνη υπέρβαση της κρίσης. Τον υποστηρίζει, ώστε να αναπτύξει προσαρμοστικούς μηχανισμούς, για να γίνει δυνατός και ικανός, να αναθεωρήσει στόχους της ζωής και να θέσει νέες προτεραιότητες αξία στη ζωή του.¹⁰

3.7 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ.

Το βίωμα της καθολικής διαταραχής που επιφέρει η αρρώστια στον κόσμο του ατόμου μπορεί να έχει διάφορες επιπτώσεις. Μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργικότητα του και σε ορισμένες περιπτώσεις να ακυρώσει τη δυνατότητα του

να επιτελεί τους διάφορους ρόλους μέσα από τους οποίους έχει μάθει να αυτοπροσδιορίζεται, μπορεί να επηρεάσει τις σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους και να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο τον βλέπουν οι άλλοι. Μπορεί να αλλοιώσει την εικόνα που έχει για τον εαυτό του και τις προσδοκίες του, τη δυνατότητα του να ολοκληρώσει ένα στόχο, ή να πραγματοποιήσει ένα όνειρο.

Η αρρώστια με σοβαρές επιπτώσεις για την λειτουργικότητα ή και την ίδια τη ζωή του ατόμου, μπορεί να κλονίσει την ελπίδα για το μέλλον και την ικανότητα του να ονειρευτεί. Μπορεί να θέσει σε αμφισβήτηση τις πεποιθήσεις του για την ζωή, το νόημα, τους προσωπικούς του στόχους, να διακινήσει συναισθήματα ενοχής για προηγούμενες επιλογές ή να κινητοποιήσει μια συνολική επανεξέταση του παρελθόντος μέσα από την οποία μπορεί να πηγάσουν συναισθήματα ενοχής, θυμού, απογοήτευσης και ματαιότητας. Η αρρώστια επίσης, μπορεί να συνοδεύεται από απώλεια συγκεκριμένων ικανοτήτων, έντονο σωματικό πόνο, σωματικά συμπτώματα που διαταράσσουν την καθημερινή ζωή, αλλοιώσεις στη σωματική εικόνα, στιγματισμό και απομόνωση του ατόμου από την πλευρά της κοινωνίας σε ορισμένες αρρώστιες ή αναπηρίες, φόβου θανάτου, αίσθημα αδυναμίας και απελπισίας, απώλεια της αξιοπρέπειας και ταπείνωση μέσα στον απρόσωπο κυκεώνα της σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας.

Όλα τα παραπάνω μπορούν να αποτελέσουν πηγή ψυχικού πόνου για τον άρρωστο. Καθώς οι διάφορες πτυχές του εαυτού βάλονται που την αρρώστια, η ακεραιότητα του ατόμου απειλείται. Ανάλογα με το μέγεθος αυτής της απειλής, προκύπτει αντίστοιχα η οδυνηρή εμπειρία του ψυχικού πόνου.

Κάθε άτομο, ωστόσο, δεν αξιολογεί με τον ίδιο τρόπο τις διάφορες απώλειες που επιφέρει η αρρώστια. Επομένως, ο βαθμός στον οποίο θα αισθάνεται ότι απειλείται, και κατ' επέκταση η ένταση του ψυχικού πόνου, εξαρτάται άμεσα από το νόημα που αποδίδει στις επιπτώσεις της αρρώστιας. Το νόημα που θα δώσει κάθε άτομο είναι μοναδικό και πηγάζει από την προσωπική του ιστορία, τις εμπειρίες του και την ιδιαιτερότητα της προσωπικότητάς του.

Επομένως, δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο γεγονός ή κατάσταση που προκαλεί σε όλους τους άρρωστους ψυχικό πόνο. Κάθε άτομο νοσηματοδοτεί με τον δικό του μοναδικό τρόπο την αρρώστια του. Η ίδια αρρώστια θα μπορούσε για έναν άνθρωπο να έχει το νόημα της προσωπικής ήττας και αφανισμού, ενώ αντίθετα για έναν άλλο, να αποτελεί μια πρόκληση μέσα από την οποία αισθάνεται ότι θα μπορέσει να βγει δυνατότερος και σοφότερος.¹⁴

3.8 ΤΟ ΓΕΛΙΟ ΣΑΝ ΠΑΥΣΙΠΙΟΝΟ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.

Σύμφωνα με επιστημονικές έρευνες, το γέλιο αυξάνει την παραγωγή εντορφίνης (ορμόνης που προκαλεί ευφορία), η οποία επιτρέπει στον οργανισμό να ελαττώνει τις φλογώσεις και τον πόνο. Όταν γελάμε πραγματοποιείται ένα είδος μαλάξεων των οργάνων που βρίσκονται και από τις δύο πλευρές της μεμβράνης του διαφράγματος, δηλαδή στη θωρακική κοιλότητα, πνεύμονες και καρδιά, καθώς επίσης και στη κοιλιακή χώρα (συκώτι, χοληδόχος κύστη, στομάχι και ένα μέρος του εντέρου). Γι' αυτό και το πολύ γέλιο μπορεί να προκαλέσει πόνο στη κοιλία. Η διαστολή και η συστολή του διαφράγματος ευνοούν την παραγωγή ορισμένων ουσιών, όπως της χολής και της ινσουλίνης. Η πρώτη είναι απαραίτητη για το

μετασχηματισμό των λιπαρών ουσιών και η δεύτερη για την καύση του σακχάρων. Αυτό εξηγεί γιατί το γέλιο διευκολύνει τη χώνευση μετά από ένα πλούσιο γεύμα. Όσο περισσότερο γελάμε, τόσο καλύτερα χωνεύουμε. Το γέλιο είναι επίσης καλό για τα όργανα του αναπνευστικού συστήματος. Εισπνέουμε το διπλάσιο και πλέον οξυγόνο και αποβάλλουμε πολύ πιο γρήγορα το διοξείδιο του άνθρακα. Κατά τη διάρκεια του γέλιου όλοι οι μύες του στήθους, του υπογαστρίου και του προσωπικού μπαίνουν σε κίνηση και όταν το γέλιο είναι πολύ δυνατό η κίνηση μεταδίδεται στα χέρια, τα πόδια και σε ολόκληρο το σώμα. Αναπτύσσεται καλύτερα η λεμφική κυκλοφορία. Μετά το γέλιο όλοι οι μύες χαλαρώνουν, οι χτύποι της καρδιάς, ο σφυγμός και η πίεση του αίματος ελαττώνονται. Το γέλιο βοηθάει ώστε να υποχωρήσουν παθολογικές καταστάσεις όπως οι ρευματικοί πόνοι, οι πονοκέφαλοι, οι αϋπνίες και οι πεπτικές διαταραχές.

Το γέλιο είναι λοιπόν ένα είδος αθλήματος χρήσιμου και για την ψυχική και για την φυσική μας υγεία. Το γέλιο ξυπνάει το γιατρό που κρύβει ο καθένας μέσα του. Κατά γενικό κανόνα η χαλάρωση που προέρχεται από το γέλιο διαρκεί περίπου 45 λεπτά. Η παροιμία «το γέλιο είναι το καλύτερο φάρμακο» δεν είναι λοιπόν καθόλου αστεία.

Από παλιά είναι γνωστό ότι οι ασκήσεις χαλάρωσης βοηθούν ώστε να ελέγχουμε καλύτερα το πόνο. Αυτό που είναι καινούργιο είναι ότι το γέλιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αναλγητικό σε μερικές περιπτώσεις, χωρίς να πρέπει να προηγηθεί εξάσκηση.

Μια σουηδική μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι γιατροί μπορούν να βοηθήσουν ώστε να ανακουφισθούν οι ασθενείς τους από τους πόνους κάνοντας τους να γελούν. Έξι ασθενείς εξωτερικών ιατρείων ανακουφίστηκαν σημαντικά από πολύ έντονους πόνους που οφείλονται σε μυϊκές ή οστεϊκές διαταραχές χάρη στη γελωτοθεραπεία.

Ο Norman Cousins, αρχισυντάκτης του περιοδικού Saturday Review, σε ηλικία 41 ετών αρρωσταίνει από μια βαριά μορφή ρευματισμών: αγκυλωτική σπονδυλοαθρίτιδα. Η διάγνωση των γιατρών είναι τραγική: Αναπηρική πολυθρόνα εφόρου ζωής. Παρά τις διάφορες θεραπείες υποφέρει τρομερά.

Μια μέρα ξεσπά σε γέλια για μερικά λεπτά. Μια έκπληξη παρατηρεί ότι δεν αισθάνεται πόνο για δυο περίπου ώρες. Ζητά να του φέρουν να διαβάσει βιβλία και μαθαίνει ότι το γέλιο έχει αποτελέσματα που παραμένουν ακόμα ανεξιχνίαστα όσον αφορά την έκκριση κάποιων ορμονικών ουσιών. Μην έχοντας πια τίποτα να χάσει, φεύγει από το νοσοκομείο και εφοδιάζεται με κωμικές ταινίες, με χιουμοριστικά βιβλία και δημιουργεί έναν κύκλο ανθρώπων που τον κάνουν να γελάει. Γρήγορα οι πόνοι του μειώνονται, γίνονται πιο αραιοί και τέλος σταματούν. Μετά από μερικούς μήνες το ιατρικό σώμα οφείλει να παραδεχθεί το γεγονός: ο Νόρμαν Κάζενς θεραπεύτηκε. Αργότερα του απονέμουν μια έδρα στην ιατρική σχολή του πανεπιστημίου στο Λος Άντζελες. Από τότε με την προτροπή του δημιουργούνται στα αμερικάνικα νοσοκομεία αίθουσες γέλιου. Κλόουν πηγαίνουν από κλινική σε κλινική προκαλώντας γέλιο.

Στην Ελβετία, τη Σουηδία, την Αγγλία παιδιατρικά, ψυχιατρικά και καρκινολογικά τμήματα έχουν αρχίσει σχετικές έρευνες και μελέτες.

Στον επαγγελματικό τομέα, στην Αμερική, Γενικοί Διευθυντές επιχειρήσεων καθιερώνουν ώρα γέλιου όπου ο καθένας κάνει τον κλόουν. Η απόδοση του προσωπικού αυξάνεται και οι απουσίες από την εργασία για λόγους κόπωσης ή κακής υγείας μειώνονται στο ελάχιστο.

Ούτε οι ηλικιωμένοι μένουν απέξω. Από το 1982 διάφορα νοσοκομεία υπερηλίκων και οίκοι ευγηρίας εισάγουν συστηματικά το γέλιο στο περιβάλλον των οικότροφων τους.

Στη Γαλλία, ένας σύλλογος με το όνομα «Le Ressort International pour le Renouveau de l' Energie(R.I.R.E.)». (Παγκόσμια οργάνωση για την ανανέωση και την ενέργεια), τα αρχικά του οποίου στα γαλλικά σημαίνουν γέλιο, τρέφει μια τρελή φιλοδοξία: να προκαλέσει ένα τρελό γέλιο σ' ολόκληρο τον πλανήτη και να κατοχυρώσει σ' όλα τα Συντάγματα το δικαίωμα του γέλιου για τουλάχιστον 7 λεπτά την ημέρα.¹⁵

3.9 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΚΟ ΠΟΝΟ.

Οι καρκινοπαθής αντιμετωπίζουν τον ψυχικό πόνο, που επηρεάζει τόσο την πορεία και την έκβαση της νόσου τους, όσο και την ποιότητα της ζωής τους.

Η αναγνώριση των ψυχικών προβλημάτων αυξάνει την επίγνωση ότι ο καρκινοπαθής σ' όλη τη διάρκεια της πορείας της νόσου του, χρειάζεται συνεχιζόμενη υποστήριξη που αφορά όχι μόνο το σώμα του, αλλά και την ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική του κατάσταση.

Πρωταρχική πηγή δεδομένων και πληροφοριών είναι ο ίδιος ο καρκινοπαθής και συμπληρωματικές πηγές είναι η οικογένεια του, το ιατρικό του ιστορικό, τα εργαστηριακά του και τα διαγνωστικά του ευρήματα, η κοινωνική του και ψυχολογική του θέση, η σχέση επικοινωνίας του ασθενή με τη νοσηλεύτρια και την υπόλοιπη υγειονομική ομάδα, ξεκινά από τη στιγμή που γίνεται η διάγνωση και ο καρκινοπαθής έχει το δικαίωμα να επιλέξει να μάθει ή όχι τη διάγνωση, όπως και να καθορίσει ο ίδιος τον χρόνο που θέλει να του ανακοινωθεί. Αναφέρεται ότι ένα ποσοστό 60% -90% δηλώνει πως θέλει να τους ανακοινωθεί αν έχουν καρκίνο.

Û Ιατρικό ιστορικό όπου με τα εργαστηριακά και τα άλλα διαγνωστικά ευρήματα, την τρέχουσα ή παλαιότερη εμπειρία πόνου, το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, την απώλεια όρεξης, βάρους, καθώς και τα ατομικά στοιχεία του ασθενή (για την ηλικία, τη μόρφωση, το επάγγελμα, τη διεύθυνση κατοικίας, το φύλο) η νοσηλεύτρια συγκεντρώνει στοιχεία που μπορεί να πληροφορήσουν για τις συνθήκες ζωής του, τα διαπροσωπικά του προβλήματα, τις διατροφικές του συνήθειες, τις συνθήκες υγιεινής, και κατά πόσο αυτά δημιούργησαν τη νόσο ή εξ' αιτίας της νόσου υπέστησαν αυτά αλλαγές, δημιουργώντας έτσι στον καρκινοπαθή θετικά ή αρνητικά συναισθήματα, με ανάλογη επίδραση στην πορεία της πορείας της αρρώστιας του και την ποιότητα της ζωής.

Û Κοινωνική θέση: δηλαδή σχέσεις του καρκινοπαθή με την οικογένεια του (αποδοχή ή απόρριψη), επίπεδο ανεξαρτησίας, καλλιέργεια (κοινωνικός ρόλος), εισόδημα.

- Û Συναισθηματική κατάσταση όσον αφορά τη συμπεριφορά του , τη διάθεση του, τη σύγχυση του, την κόπωση του, ενθάρρυνση, τον βαθμό της αυτοεκτίμησης, τα αισθήματα φόβου, ενοχής, ντροπής, σκέψεις αυτοκτονίας, διαταραχές ύπνου, σωματική γνώση, σεξουαλική ζωή (Libido).
- Û Ικανότητα συνεργασίας: κλασσικοί μηχανισμοί άμυνας όπως άρνηση, επιστροφή σε προηγούμενα στάδια, συμμετοχή ή αποχή καθημερινών δραστηριοτήτων, απαισιοδοξία (νοιώθει αβοήθητος χωρίς ελπίδα) ή διατηρεί αγωνιστικό πνεύμα

Ένας από τους τρόπους συλλογής πληροφοριών ή δεδομένων για την μέτρηση και παρέμβαση του ψυχικού πόνου είναι η συνέντευξη, η οποία πρέπει να διέπεται από:

- Û Εγκυρότητα.
- Û Αξιοπιστία.
- Û Ελευθερία από προκαταλήψεις.
- Û Δυνατότητα εφαρμογής στο καρκινοπαθή για συγκεκριμένο χρόνο με ή χωρίς την παρουσία συνοδού, όπου η νοσηλεύτρια:
 - § Εξηγεί στον καρκινοπαθή τον σκοπό της συνέντευξης.
 - § Εξασφαλίζει ήρεμο περιβάλλον χωρίς θορύβους.
 - § Εξασφαλίζει άνετη θέση στο καρκινοπαθή.
 - § Δημιουργεί θετικό διαπροσωπικό κλίμα (ενδιαφέρον και σεβασμό).
 - § Αποκαλεί τον καρκινοπαθή με το «κύριε» ή «κυρία» και το επίθετο του.
 - § Παρατηρεί την έκφραση του προσώπου του κατά τη διάρκεια της συνομιλίας, καθώς και τη συμβολική γλώσσα της συμπεριφοράς του.
 - § Μιλά αργά και με σαφήνεια, χρησιμοποιώντας ορολογία ανάλογη με τη μόρφωση και την κατανόηση του.
 - § Κρατά σημειώσεις (περιληπτικές αλλά ακριβείς). Όστε να μη διακόπτεται η επικοινωνία.
 - § Τον ακούει με προσοχή, ενώ κατά τη διάρκεια της συνέντευξης η νοσηλεύτρια δεν πρέπει: να διακόπτει, να λογομαχεί, να κάνει κριτική, να δίνει συμβουλές χωρίς να της ζητηθούν, να καταλήγει σε βιαστικά συμπεράσματα.

Η ικανότητα της νοσηλεύτριας να δώσει χρόνο προκειμένου να χτιστεί μια σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού με τον καρκινοπαθή, τον βοηθά επικοινωνώντας μαζί της να εκφράσει με την ομιλία τα θετικά ή τα αρνητικά του συναισθήματα για τον ψυχικό του πόνο, τα προερχόμενα τόσο από την ίδια την νόσο του και από τις παρενέργειες της αντινεοπλασματικής θεραπείας.

Αντίθετα, μικρά διαστήματα σιωπής από την – τον νοσηλευτή συχνά δίνουν στον καρκινοπαθή την ευκαιρία να ταυτοποιήσει τις σκέψεις του και να ξεπεράσει την αμηχανία, ενώ ενθαρρύνεται ακόμη και να μιλήσει για το πώς βιώνει το ψυχικό πόνο του. Είναι γνωστό ότι ο καρκινοπαθής υποχρεώνεται να κάνει δύσκολους συμβιβασμούς, να αποδεχθεί τη νόσο του με τους περιορισμούς της που ολόένα αυξάνουν, να ακολουθήσει θεραπείες σε τακτικά χρονικά διαστήματα με κόστος νοσηλείας και αμφίβολα αποτελέσματα, και να δεχθεί από τους άλλους την ατομική του περιποίηση όταν παρ' όλη την προσπάθεια του δεν την επιτυγχάνει μόνος του. Η πολύπλευρη αυτή εξάρτηση δημιουργεί ψυχολογικές συγκρούσεις, με αποτέλεσμα τη μείωση του αισθήματος της προσωπικής του αξίας, της αυτοεκτίμησης, εμπιστοσύνης, γνώσης, της ικανότητας, της υπόληψης, του σεβασμού, και την

ανάπτυξη αισθημάτων μόνωσης που ευνοούν την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων και η σωματικής νόσος με της σειρά της επισπεύδει τα αισθήματα απομόνωσης

Η στάση του καρκινοπαθή και γενικά η συμπεριφορά του απέναντι στη νόσο με τη δημιουργία ή όχι του ψυχικού πόνου από:

- Οργανικά συμπτώματα (εμετός, ναυτία, πόνος).
- Αλλαγές σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, δυσμορφία, ακρωτηριασμός).
- Ή τρόπου ζωής (σε οικογενειακό, επαγγελματικό, οικονομικό και σεξουαλικό επίπεδο),

Επηρεάζονται τόσο από την οικογένεια, το περιβάλλον, τη μόρφωση, τον βαθμό ωριμότητας, όσο και από την προσωπικότητα του κάθε ατόμου.

Η επικοινωνία με τον καρκινοπαθή προϋποθέτει την ύπαρξη κάποιων ειδικών δεξιοτήτων από μέρους της νοσηλεύτριας στη συνέντευξη, όπως η πληροφόρηση, η προσεκτική ακρόαση και η παρατήρηση.

Η απαίτηση για περισσότερη πληροφόρηση έχει αυξήσει τα τελευταία χρόνια και σ' αυτό βοήθησε σε μεγάλο βαθμό η επιρροή που ασκούν τα μέσα ενημέρωσης. Η γενική γνώμη όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα είναι ότι εμείς οι νοσηλευτές δεν δρούμε αρκετά σαν επαγγελματίες, και συχνά διαπιστώνουμε ότι ο καρκινοπαθής δεν είναι ικανοποιητικά ενημερωμένος για τη θεραπεία που θα ακολουθήσει με τις πιθανές παρενέργειες της.

Οι πληροφορίες που δίνονται στον άρρωστο πρέπει να είναι κατανοητές και όχι διφορούμενες, αμερόληπτες, και ο ασθενής να έχει την ευκαιρία να συζητήσει, να σκεφτεί και να υποβάλει ερωτήσεις.

3.10 Ο ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΨΥΧΙΚΟ ΠΟΝΟ.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαδικασία αυτή περιλαμβάνει κάποιες προϋπόθεσης όπως να είναι διαθέσιμη, ευάλωτη, αλλά και τρωτή.

A) Διαθέσιμη:

Να παρέχει δηλαδή ειλικρινή πληροφόρηση.

- Να πληροφορεί τον ασθενή στον βαθμό που εκείνος επιθυμεί.
- Να ακούει με προσοχή τυχόν ερωτήσεις που σχετίζονται με την τόσο ή τα υπαρξιακά του προβλήματα.
- Να παρέχει υποστηρικτική βοήθεια προς την αντιμετώπιση του ψυχικού πόνου (θύμου, θλίψη, απόγνωση).

B) Τρωτή:

- Δηλαδή να αποδεχθεί εκδηλώσεις θυμού, πόνου θλίψης από τον ασθενή, καθώς επίσης
- Να προετοιμασθεί για πιθανή ανεπάρκεια γνώσεων ή αδυναμία απαντήσεων.

Με την ακρόαση παρέχεται η ευκαιρία στον άρρωστο να συγκεντρώσει τις σκέψεις του, ενώ παρατηρείται η έκφραση του προσώπου του (χαρά, λύπη, φόβο, πόνος, απελπισία) καθώς και η συμπεριφορά του, ο τρόπος δηλαδή που μιλάει, αντιδρά, πειθαρχεί στο περιβάλλον ή κρατά στάση απόστασης, απόσυρσης,

εχθρικότητας ή εξάρτησης απ' αυτό, προσφέροντας έτσι πολύτιμες πληροφορίες για την επίδραση της νόσου στην υγεία του.

Η ακρόαση αποτελεί ειδική δεξιότητα γιατί η νοσηλεύτρια επιστρατεύει την προσοχή, το ενδιαφέρον, τη σκέψη και τη διαίσθηση της παρακολουθώντας προσεκτικά την φιλία του ασθενή. Ενθαρρύνει δηλαδή τον άρρωστο να εκφράσει τις ανησυχίες του και τα προβλήματα του, και ενισχύει την αυτοέκφραση και την ψυχική του εκτόνωση.

Με την παρατήρηση η νοσηλεύτρια αποσκοπεί στην αντιμετώπιση της σωματικής και ψυχολογικής κατάστασης του καρκινοπαθή. Μελετά δηλαδή την:

- Γενική του εμφάνιση και στάση.
- Διανοητική κατάσταση(προσανατολισμός, επίπεδο συνείδησης).
- Έκφραση προσώπου (χαρά, λύπη, πόνος, θύμος).
- Επιθυμία ή αποστροφή πρόσληψης τροφής.

Προϋποθέσεις για την ορθή και ακριβή παρατήρηση είναι:

- Κλινική πείρα της νοσηλεύτριας.
- Διαπροσωπικές της δεξιότητες.
- Αντίληψη, μνήμη, κριτικό πνεύμα.
- Ενδιαφέρον, αίσθημα ευθύνης.
- Γνωριμία της με τον άρρωστο σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα.

Η νοσηλεύτρια αξιολογεί τις πληροφορίες που συγκέντρωσε και στη συνέχεια προγραμματίζει και εφαρμόζει ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή, αντιμετωπίζοντας τον σαν αδιαίρετο ψυχοσωματικό οργανισμό, στον οποίο όλες οι οργανικές λειτουργίες του επηρεάζονται από την ψυχική του κατάσταση και αντίστοιχα την επηρεάζουν.

Η ψυχολογική υποστήριξη που προσφέρεται κατά την συνέντευξη συνίσταται:

- Στη δημιουργία σωστής επικοινωνίας ασθενή- νοσηλευτή.
- Στην ενημέρωση του αρρώστου για ενδεχόμενη θεραπεία(με ή χωρίς παρενέργειες και αντιμετώπιση τους, ελαχιστοποιώντας το πρόβλημα).
- Στη συμμετοχή και συνεργασία σε πρόγραμμα θεραπείας και αποκατάστασης.

Για την διευκόλυνση των συνεντεύξεων έχουν εξελιχθεί αρκετά διαγράμματα, όπου το «στήσιμο των συνεντεύξεων» και «κυρίως στρατηγική» παρουσιάζονται βήμα προς βήμα. Η «στρατηγική» και το «στήσιμο» της συνέντευξης παρουσιάζεται παρακάτω για να δείξει πως είναι φτιαγμένο ένα διάγραμμα.

Λίγο πολύ όλοι γνωρίζουμε ότι οι επιζώντες από καρκίνο υποφέρουν από το στρες, κόπωση, αγωνία, δυσπιστία.

Οι νοσηλευτές πρέπει να ανιχνεύσουν, να εκτιμήσουν και να μεταφράσουν τις ανεκδήλωτες ανάγκες των ασθενών σε έκδηλες και είτε να ανταποκριθούν με τη γνώση, τις ικανότητες και την εμπειρία που διαθέτουν ή να τους παραπέμψουν σε άλλους επαγγελματίες με την απαιτούμενη ικανότητα. Η ψυχολογική υποστήριξη εξαρτάται από τα προσόντα και την ικανότητα επικοινωνίας της νοσηλεύτριας. Μια ειλικρινής σχέση επικοινωνίας με τη νοσηλεύτρια αποτελεί τη σημαντικότερη προϋπόθεση για την καλύτερη δυνατή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη του καρκινοπαθή.¹¹

3.11 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΚΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΟ ΠΟΝΟ.

Επειδή η νοσηλεύτρια περνάει τις πιο πολλές ώρες κοντά στον καρκινοπαθή δημιουργείτε ένα αίσθημα εμπιστοσύνης, κατανόησης με αποτέλεσμα να έχουμε ένα στενό δεσμό επικοινωνίας ανάμεσα τους. Με τη συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού μπορούν να επιλυθούν πολλά προβλήματα τα οποία δημιουργούνται διότι είναι δυνατό:

1. Να εκτιμηθεί σφαιρικά η συμπεριφορά του ασθενή και η αντίδραση του στο ψυχικό πόνο τόσο στο σπίτι όσο και στο νοσοκομείο.
2. Να παρθούν πληροφορίες για το οικογενειακό και το κοινωνικό του ιστορικό.
3. Να καταγραφούν οι αντιδράσεις του στην παρουσία πρόσωπων του περιβάλλοντος.

Ο πόνος κρύβει ένα σωρό προβλήματα, όπως έχουμε αναφέρει στα οποία θα πρέπει να συνεργαστούν τα άλλα μέλη της ομάδας τα οποία συνεργάζονται σε μια κλινική πόνου ώστε να βοηθήσουν στην επίλυση.¹

3.12 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.

Στηριζόμενος πάντα στο πνεύμα της ολιστικής αντίληψης για το πόνο, ο νοσηλευτής οφείλει να:

1. Να έχει τον έλεγχο του πόνου.
2. Να στηρίζει την καρκινοπαθή.
3. Να στηρίζει την οικογένεια του καρκινοπαθή.

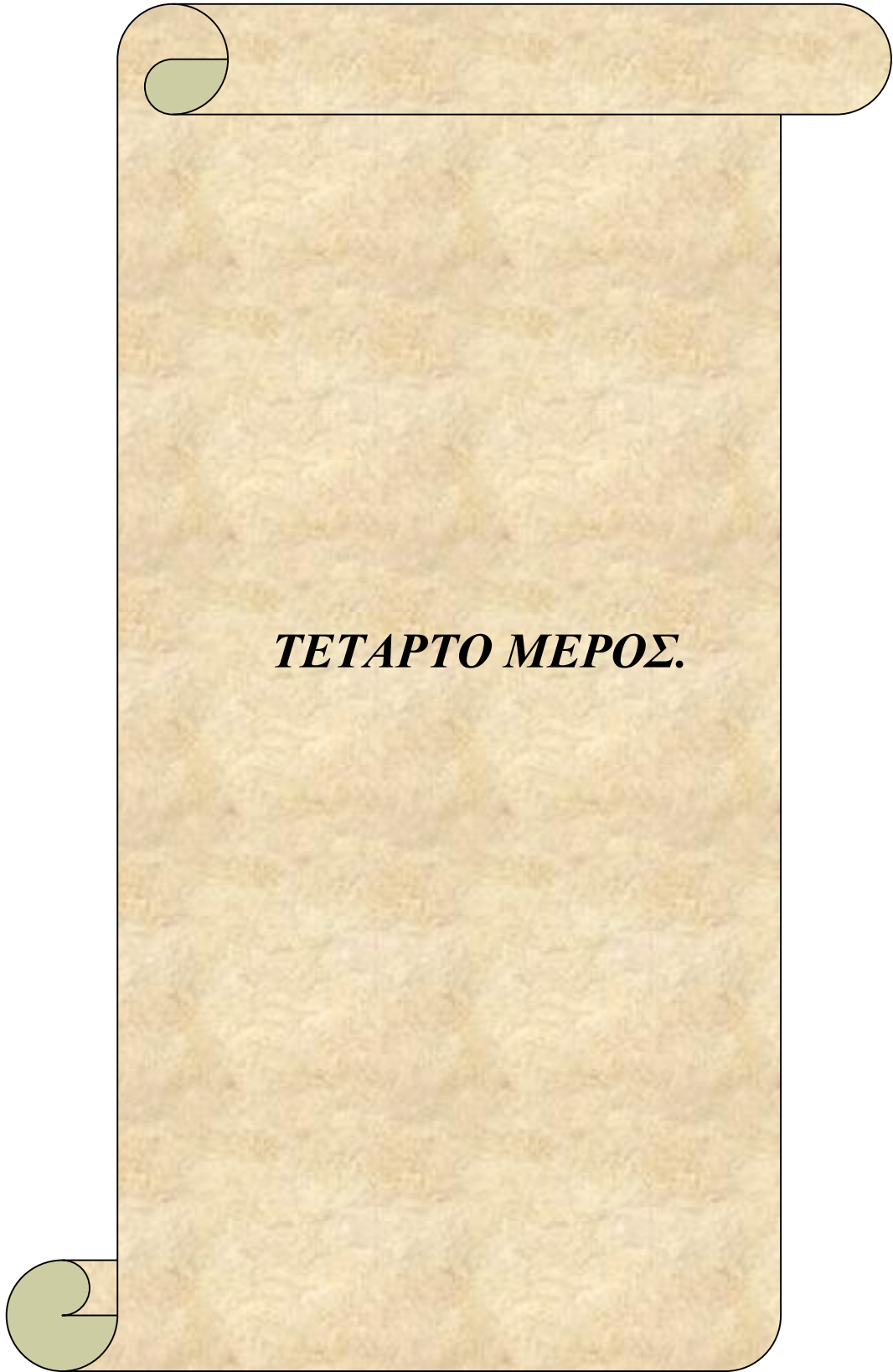
Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι βασικά υποστηρικτικός, με πολλές διαστάσεις.

Η λέξη κλειδί είναι επικοινωνία. Όταν δημιουργηθεί κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης τότε η καθοδήγηση και η συνεργασία με τον ασθενή γίνονται πιο εύκολα ενώ η ανεπαρκής και αναποτελεσματική επικοινωνία συχνά κάνει τους ασθενείς να υποφέρουν πιο πολύ.

Επαρκής επικοινωνιακή δυνατότητα από την πλευρά του νοσηλευτή σημαίνει ικανότητα να ακούει, να επικοινωνεί μη λεκτικά, να συμβουλεύει, να διευκρινίζει, να υποστηρίζει. Προϋποθέτει σεβασμό της προσωπικότητας, της ταυτότητας και ακεραιότητας του άλλου, ευαισθησία και όχι αυστηρότητα, ενώ ταυτόχρονα βοηθά τον καρκινοπαθή να εκφραστεί, να γίνει πιο ακριβής στην περιγραφή του.

Ο νοσηλευτής πρέπει να συνδυάζει τις επικοινωνιακές του δεξιότητες με ανθρωπιστικές ευαισθησία, επιστημονική γνώση και εμπειρία. Έτσι είναι πιο εύκολο να εκτιμά την κατάσταση και να μπορεί να σχεδιάζει τις κατάλληλες παρεμβάσεις.

Με την σωστή χρήση της επικοινωνίας ο νοσηλευτής θα μπορέσει να στηρίξει τον καρκινοπαθή καθώς και την οικογένεια του. Καθώς θα μπορέσει να ζητήσει την συνεργασία των άλλων μελών της ομάδας της να μπορέσουν να βοηθήσουν τον καρκινοπαθή και την οικογένεια ώστε να μειώσουν όσο μπορούν τον ψυχικό πόνο.¹⁴



ΤΕΤΑΡΤΟ ΜΕΡΟΣ.

4.1 Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ.

«Ο καρκινοπαθής και η αλήθεια» είναι ένα μέρος του μεγαλύτερου προβλήματος της αλήθειας στην Ιατρική. Θα πρέπει από την αρχή να τονιστεί πως δεν υπάρχει ενιαία αντιμετώπιση του προβλήματος στις διάφορες χώρες. Κι ακόμα ότι δεν θα πρέπει να θεωρείται οριστικοποιημένη η στάση που σήμερα τηρείται.

Σε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης και στις ΗΠΑ έχει τα τελευταία χρόνια επικρατήσει η άποψη της ανακοίνωσης στον άνθρωπο όλης της αλήθειας σχετικά με τη νόσο του και λεπτομερειών σχετικά με την πρόγνωση. Και εκεί όμως τα πράγματα δεν ήταν πάντα έτσι.

Σε μελέτη που έγινε στη Philadelphia το 1953 μεταξύ 442 γιατρών ποσοστό 31% απάντησε πως πάντα ή συνήθως λένε τη διάγνωση στον άρρωστο, ενώ 69% απάντησαν πως σπάνια τη λένε ή δεν την ομολογούν ποτέ (Fitts and Ravdin 1953). Στις αρχές της δεκαετίας του 60 οι γιατροί Αμερικάνικων νοσοκομείων εξακολουθούν να κρύβουν την αλήθεια από τον άρρωστο. Ποσοστό 90% από 219 γιατρούς που ρωτήθηκαν είπαν πως γενικά δεν πληροφορούν τον άρρωστο πάνω στις καίριες αλήθειες (Oken 1962). Η στάση αυτή όμως φαίνεται πως αναθεωρήθηκε μέσα σε μια μόλις δεκαετία. Μελέτη που έγινε το 1970 με ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν σε 178 γιατρούς έδειξε πως 66% ενημερώνουν μερικές φορές, 25% λένε πάντα την αλήθεια και το 9% δεν λένε ποτέ την αλήθεια (Friedman 1970). Το 1974 το θέμα αποτελεί ακόμα αντικείμενο συζήτησης και προβληματισμού (Rosner 1974). Η πιο πρόσφατη μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ είναι αυτή των Novack και συν. (1979) μεταξύ 264 γιατρών, που δείχνει πλήρη αναστροφή των στάσεων και απόψεων του 1961: 97% των γιατρών προτιμούν να λένε στους αρρώστους την ακριβή διάγνωση.

Από τις Ευρωπαϊκές χώρες στη Φινλανδία (μια χώρα με παράδοση στην ενημέρωση του αρρώστου), υπάρχει μια ιδιαιτερότητα στο θέμα του καρκίνου. Σύμφωνα με παλιότερα στοιχεία (Achie και συν 1970) 30% των αρρώστων αγνοούν την φύση της αρρώστιας τους, κι από τους υπόλοιπους που γνωρίζουν την αρρώστια του, μόνο 30% το ζήτησε.

Τα στοιχεία που υπάρχουν για τις απόψεις μεταξύ των Ελλήνων προέρχονται από την εργασία των Χριστάκη και Μάνου (1980). Στη μελέτη αυτή ρωτήθηκαν με έντυπα ερωτηματολόγια 71 γιατροί από αντικαρκινικά νοσοκομεία της Αθήνας, άλλα ποσοστό 41% έχει τη γνώμη πως η πολιτική αυτή θα πρέπει να αλλάξει. Από τους 71 γιατρούς πάντως και αυτούς που λένε και αυτούς που δεν λένε την αληθινή διάγνωση- ποσοστό 95% δεν ομολογεί την πρόγνωση της αρρώστιας.

Τα αποτελέσματα της πιο πάνω εργασίας, περιέχουν ίσως και την κατεύθυνση της μεταβολής που φαίνεται ότι αργά αλλά σταθερά συντελείται και στο τόπο μας. Από την άλλη μεριά φαίνεται πως το ζήτημα δεν είναι οριστικά λυμένο και στις χώρες με την πλήρη ενημέρωση όλων των αρρώστων.

Αλλά το πρόβλημα που φαίνεται να απασχολεί εκτός από τους γιατρούς και τον κόσμο, αν κρίνουμε από τα άρθρα με ανάλογο περιεχόμενο που δημοσιεύονται σε εφημερίδες μεγάλης κυκλοφορίας, από εκπομπές στην τηλεόραση κ.λ.π.

Στην Ελλάδα όπου συνήθως ως τώρα η αλήθεια δεν ομολογείται και ο άρρωστος δεν ενημερώνεται επίσημα, πολλοί ξέρουν τελικά την αλήθεια μαθαίνοντας την έμμεση: είτε από τα μισό λογά και τις κουβέντες του διαδρόμου, είτε από το υπέρμετρο ενδιαφέρον και τον υπερπροστατευτισμό που δείχνουν συγγενείς και φίλοι είτε από τον χώρο στον οποίο νοσηλεύονται, είτε από το είδος της θεραπείας στην οποία υποβάλλονται κ.λ.π.

Φυσικό είναι, μετά από αυτά. Να μας δημιουργείται το ερώτημα μήπως ήρθε ο καιρός να μεταβληθεί η στάση μας απέναντι στο θέμα αυτό. Ο σχετικός

προβληματισμός εκφράζεται ήδη σε συζητήσεις γιατρών που γίνονται με την ευκαιρία ανακοίνωσης συναφών προβλημάτων. Έχω υπόψη μου τέτοιες πρόσφατες συζητήσεις στην Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτη Ψυχοσωματικών Προβλημάτων, σε Ογκολογικά και σε Πανελλήνια Ιατρικά Συνέδρια (της Ιατρικής Εταιρεία Αθηνών), και οι συζητήσεις αυτές ήταν πάντα ζωνρές και ενδιαφέρουσες.

Ακόμα απόψεις γιατρών που εκφράζονται δημόσια με διάφορες ευκαιρίες, καθώς και άρθρα που δημοσιεύονται σε ιατρικές εκδόσεις και περιοδικά δείχνουν ότι εκδηλώνεται κάποιο προβληματισμός που μπορεί να καταλήξει σε μια μεταβολή της στάσης που σήμερα επικρατεί. Στη μεταβολή αυτή συντείνουν και ορισμένες κοινωνικές αλλαγές που συντελούνται, όπως η διεκδίκηση δικαιωμάτων έναντι κακής ιατρικής πράξης, η διεκδίκηση ενημέρωσης, η αμφισβήτηση του ιατρικού πατερναλισμού και ακόμα η αναμενόμενη μεταβολή στο σύστημα υγείας.

Ότι η υπάρχουσα κατάσταση της πλήρους απόκρυψης της αλήθειας είναι προσωρινή αναγνωρίζεται ήδη από τη « Στρογγυλή Τράπεζα» του 1975. Στη συζήτηση αυτή οι γιατροί- εισηγητές, αλλά και πολλοί από όσους πήραν μέρος στη συζήτηση είχαν υποστηρίξει την άποψη να μην ανακοινώνεται η νόσος στον καρκινοπαθή, είχαν όμως δεχτεί ότι στόχος πρέπει να είναι στο μέλλον η δυνατότητα ενημέρωσης. Ο θεολόγος καθώς και οι ψυχίατροι- εισηγητές είχαν από τότε υποστηρίξει την ανάγκη ενημέρωσης στον μεγαλύτερο δυνατό αριθμό αρρώστων.

Μπροστά λοιπόν στην επερχόμενη μεταβολή της στάσης απέναντι στο θέμα της ενημέρωσης του καρκινοπαθούς, σκόπιμο είναι να συζητήσουμε όλες τις πλευρές του προβλήματος, να εκτιμήσουμε τα βιβλιογραφικά δεδομένα.

Δεν θα μας απασχολήσει καθόλου εδώ η φύση, ο ορισμός ή οι φιλοσοφικές απόψεις για την αλήθεια. Ακόμα δεν θα μας απασχολήσουν ούτε οι θεωρητικές αρχές του διέπουν τη δυνατότητα και την αναγκαιότητα αναφοράς της αλήθειας στην καθημερινή ιατρική πράξη. Για όποιον ενδιαφέρεται για τις θεωρητικές αυτές αρχές (όπως εξειδικεύονται σε συγκεκριμένα ιατρικά προβλήματα)θα παραπέμψουμε στο άρθρο του Sheldon 1982, όπου ανασκοπούνται οι απόψεις που έχουν κατά καιρούς εκφραστεί.

Ο αναγνώστης θα βρει εκεί τις απόψεις του Henderson 1953, που θεωρώντας την απόλυτη αλήθεια άπιαστη έννοια φρόντιζε τον άρρωστο και αδιαφορούσε για το τι θα του πει, τις ανάλογες απόψεις του Lund 1946, αλλά και τις απόψεις της Bok 1979 ότι η αλήθεια πρέπει να αναζητείται και να είναι σκοπός, ακόμα κι αν είναι άπιαστη. Θα βρει ακόμα τις πρόσφατες απόψεις του φιλόσοφου Joseph Ellin 1981 που ξεχωρίζει το ψεύδος από την κατάσταση εκείνη που, χωρίς να λέει την αλήθεια, δεν απέχει πολύ από αυτή.¹⁶

4.2 Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟ.

Τα σοβαρότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με κακοήθη νοσήματα είναι ψυχο-κοινωνικά, σωματικά και σχετίζονται με τη διάγνωση και την διαδικασία της θεραπείας. Η αλλαγή της σωματικής εικόνας, η διάσταση στις διαπροσωπικές σχέσεις, η εξάρτηση, η ανικανότητα στις εργασιακές ή σχολικές ευθύνες, ο φόβος και το άγχος γύρω από τον θάνατο είναι μερικά προβλήματα που απασχολούν τους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Τα προβλήματα αυτά επηρεάζουν τόσο την πορεία και την έκβαση της αρρώστιας τους όσο και την ποιότητα της ζωής.

Η προσωπική στάση κάθε ασθενούς μετά την διάγνωση του καρκίνου και την έναρξη της θεραπείας καθορίζεται από:

- Την γενική συναισθηματική λειτουργία του πριν την αρρώστια του.
- Την οικογενειακή υποστήριξη.
- Την υποστήριξη του προσωπικού υγείας.
- Την πορεία της ασθένειας.

Τις παρενέργειες από την θεραπεία.

Σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την προσωπική του στάση απέναντι στον καρκίνο είναι η πληροφόρηση- ενημέρωση που έχει για την αρρώστια του. Αυτή είναι απαραίτητη, ώστε να καταπολεμηθεί η άγνοια και η προκατάληψη, ώστε να βελτιωθεί η γνώση για την ασθένεια. Κάθε ασθενής, σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Χάρτη Δικαιωμάτων, έχει δικαίωμα στην πληροφόρηση. Εξαρτάται δε από τον ίδιο αν θα ενημερωθεί η οικογένεια του. Πρόσφατες έρευνες αποδεικνύουν την ανάγκη των καρκινοπαθών ασθενών να έχουν πλήρη ενημέρωση για την ασθένεια τους. Η ενημέρωση πρέπει να εξατομικεύεται και να παρέχεται από εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Ο ογκολόγος ασθενής πρέπει να πληροφορηθεί σχετικά με:

- Την αιτιολογία – φύση της νόσου.
- Την διαγνωστική διαδικασία.
- Τον τύπο και την διαδικασία της θεραπείας.
- Την πρόγνωση.
- Την αποκατάσταση.

Οι περισσότεροι καρκινοπαθείς αντιδρούν με φόβο μπροστά στο αβέβαιο μέλλον, στο ενδεχόμενο του θανάτου, στην έλλειψη αυτοεξυπηρέτησης, στην αναβολή ή ματαίωση μελλοντικών τους σχεδίων, στην μοναξιά, στον αποχωρισμό από τα αγαπημένα πρόσωπα.

Μετά την διάγνωση του καρκίνου αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας για την μείωση του άγχους και των αρνητικών ψυχολογικών επιπτώσεων. Κυριότερος είναι αυτός της άρνησης- απώθησης. Πολλές φορές δε οι ασθενείς γίνονται περισσότερο δραστήριοι και αισιόδοξοι από ότι πριν. Τις περισσότερες φορές όμως βιώνουν συναισθήματα κατάθλιψης, απόγνωσης, ανασφάλειας και γίνονται εριστικοί και επιθετικοί.

Στην δύσκολη αυτή φάση της αρρώστιας τους ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός. Ο νοσηλευτής πρέπει έγκαιρα να αξιολογεί τις προσωπικές δυνάμεις και ικανότητες κάθε ατόμου, να προβλέπει ενδεχόμενα προβλήματα και να προγραμματίζει κατάλληλες υποστηρικτικές παρεμβάσεις. Πρέπει να γνωρίζει ότι η αντίδραση κάθε ασθενούς απέναντι στον καρκίνο είναι μοναδική και προσωπική.¹⁰

4.3 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΛΟΓΩ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Η διάγνωση μιας ασθένειας, η αναπηρία, η υποτροπή, το τελικό στάδιο, μπορεί να οδηγήσουν ένα άτομο σε ψυχολογική κρίση. Οι ίδιες καταστάσεις θα μπορούσε να αντιμετωπιστούν από ένα άλλο άτομο ως στρεσογόνα προβλήματα που απαιτούν επίλυση.¹⁷

4.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ.

Σύμφωνα με τις μέχρι τώρα έρευνες, οι γνωστοί παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ψυχικής διαταραχής σε καρκινοπαθείς μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: τους σχετιζόμενους α) με την νόσο, β) με την θεραπεία, γ) με περιβαλλοντικούς παράγοντες και δ) με προϋπάρχον ψυχιατρικό ιστορικό. Από αυτούς ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου εκδήλωσης ψυχιατρικών και άλλων επιπλοκών είναι το προηγούμενο θετικό ψυχιατρικό ιστορικό.

Η ύπαρξη ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής, ψυχωσικής διαταραχής και κατάχρησης ουσιών αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης κατά την πορεία της νόσου, ενώ οι ασθενείς με ιστορικό αγχωδών διαταραχών παρουσιάζουν συνήθως επιδείνωση της ήδη εγκατεστημένης ψυχοπαθολογίας. Δεν θα πρέπει επίσης να υποτιμάται το γεγονός ότι η ύπαρξη ψυχιατρικής νόσου(ιδιαίτερα σχιζοφρένεια) σχετίζεται με εκσεσημασμένη καθυστέρηση στη διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου και δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά (άρνηση νόσου-μη συμμόρφωση στη θεραπεία), με αποτέλεσμα κακή πρόγνωση και αύξηση του κινδύνου ψυχιατρικών επιπλοκών στα τελικά στάδια του καρκίνου. Όσον αφορά με την κατάθλιψη, υπάρχουν δεδομένα σύμφωνα με τα οποία οι καρκινοπαθείς με ιστορικό συναισθηματικών διαταραχών έχουν χαμηλότερο ποσοστά επιβίωσης από τα αναμενόμενα με βάση την πρόγνωση του καρκίνου. Επίσης είναι ευρέως διαδεδομένη στον ιατρικό κόσμο η άποψη ότι η κατάθλιψη μπορεί να σχετίζεται αιτιολογικά με την ανάπτυξη καρκίνου μέσω ανοσολογικών μηχανισμών ή μεταβολής των συνηθειών ζωής του ατόμου και ότι η ύπαρξη ιστορικού συναισθηματικής διαταραχής αποτελεί επιβαρυντικό προγνωστικό παράγοντα για τον καρκινοπαθή.

Από τους σχετιζόμενους με τη νόσο παράγοντες κινδύνου, οι σημαντικότεροι είναι η κλινική βαρύτητα της νόσου, ο χρόνιος πόνος και ο περιορισμός της λειτουργικότητας και σχετίζονται με αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών, οξέων συγχυτικών ψυχοσυνδρόμων αλλά και αγχωδών διαταραχών. Επίσης είναι γνωστό ότι σε πολλές περιπτώσεις ο τύπος του καρκίνου αλλά και η εντόπιση του σχετίζονται με την εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών. Ασθενείς με καρκίνο παγκρέατος συχνά εμφανίζουν κατάθλιψη, ενώ σε πρωτοπαθείς ή μεταστατικούς όγκους του ΚΝΣ είναι αυξημένη η πιθανότητα εμφάνισης οργανικών ψυχοσυνδρόμων.

Οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες και τα αναλγητικά που χορηγούνται θεραπευτικά στον καρκίνο σχετίζονται με την εμφάνιση καταθλιπτικών ψυχοσυνδρόμων, ενώ οι περιβαλλοντικοί επιβαρυντικοί παράγοντες (στρεσογόνα

γεγονότα, έλλειψη οικογενειακής υποστήριξης, οικογενειακό ιστορικό καρκίνου) σχετίζονται με αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση, αίσθημα ματαιότητας σχετικά με την νόσο και αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ:

- Προϋπάρχον ψυχιατρικό ιστορικό
- Ψυχωσικής διαταραχή.
- Καταθλιπτική διαταραχή.
- Κατάχρηση ουσιών.
- Αγχώδεις διαταραχές.
- Παράγοντες σχετιζόμενοι με τη νόσο.
- Νόσος τελικών σταδίων.
- Χρόνιος πόνος.
- Περιορισμός λειτουργικότητας.
- Τύποι καρκίνου.
- Ανατομική εντόπιση.
- Παράγοντες σχετιζόμενοι με την θεραπεία.
- Χημειοθεραπευτικοί παράγοντες.
- Αναλγητικά.
- Σχετιζόμενοι με το περιβάλλον παράγοντες.
- Στρεσσογόνα γεγονότα.
- Έλλειψη οικογενειακής υποστήριξης.
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου.¹⁸

4.5 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΚΡΙΣΗ.

Τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν τον άρρωστο που βρίσκεται σε κρίση, αρχικά. Περιλαμβάνουν την εμφάνιση ενός αιφνίδιου και απροσδόκητου γεγονότος που απαιτεί άμεση δραστηριοποίηση από την πλευρά του ατόμου. Το γεγονός αυτό ερμηνεύεται ως καταστροφικό και εξαιρετικά απειλητικό, καθώς επιφέρει ένα σοβαρό ρήγμα στο σύστημα αξιών του ατόμου, ανατρέποντας όλες τις πεποιθήσεις και προτεραιότητες του. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που στο παρελθόν υπήρξαν αποτελεσματικές, δεν επαρκούν για την αντιμετώπιση της νέας κατάστασης. με το άτομο χάνει την ικανότητα του να σκεφθεί ψύχραιμα ή να αφομοιώνει πληροφορίες που του παρέχονται. Νιώθει παγιδευμένο σε μια κατάσταση που μοιάζει «αδιέξοδη» και αδυνατεί να θέσει στόχους ή και να επεξεργαστεί εναλλακτικές λύσεις στο πρόβλημα του. Συχνά αισθάνεται ότι «όλα τελειώνουν εδώ» ή αναφέρει ότι «τίποτα δεν έχει νόημα πια». Η αίσθηση του χρόνου διαστρεβλώνεται. Το παρελθόν εξιδανικεύεται, ενώ το μέλλον μοιάζει ανύρπακτο ή απειλητικό. Ο χρόνος παγώνει στο παρόν, μέσα στο οποίο δεν διακρίνονται ούτε επιλογές ούτε λύσεις για την διαφυγή από την αφόρητη πραγματικότητα.

Επιπλέον, το άτομο έχει έντονη την αίσθηση μοναξιάς και δεν είναι σε θέση να ζητήσει βοήθεια ή να επωφεληθεί της υποστήριξης που ενδεχομένως του παρέχει το περιβάλλον. Πολλοί άρρωστοι που βρίσκονται σε κρίση δεν θυμούνται καν την παρουσία άλλων ατόμων στο πλευρό τους. Βιώνουν ένα υποκειμενικό αίσθημα μοναξιάς, καθώς πιστεύουν ότι κανείς δεν μπορεί να τους κατανοήσει. Συχνά

αποσύρονται και αποξενώνονται, γεγονός που διαφοροποιούν τις κοινωνικές τους σχέσεις.

Τα στοιχεία όμως που διαφοροποιούν το άτομο που βρίσκεται σε κρίση από το άτομο που βιώνει έντονο στρες είναι:

1. Η ερμηνεία που το άτομο αποδίδει στο συγκεκριμένο γεγονός και η υποκειμενική εκτίμηση των αποθεμάτων που διαθέτει για να αντιμετωπίσει και
2. Η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιεί.

4.6 ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΚΡΙΣΗ.

Ο ρόλος του επαγγελματία της υγείας που παρεμβαίνει στην κρίση είναι υποστηρικτικός και ταυτόχρονα ενεργός. Καθοδηγεί, χωρίς να επιβάλλεται, και συχνά παρεμβαίνει χωρίς να υπάρχει σαφές αίτημα από την πλευρά του αρρώστου ή του συγγενής που βρίσκεται σε κρίση. Είναι σημαντικό να παρατηρεί προσεκτικά τη λεκτική και μη λεκτική συμπεριφορά του ατόμου και να αξιολογεί τις ανάγκες του καθώς και τις απαιτήσεις που επιβάλλουν οι περιστάσεις της κρίσης. Εξίσου απαραίτητο είναι να αναγνωρίζει τις φυσιολογικές αντιδράσεις στα πλαίσια της κρίσης και να διευκολύνει την έκφραση τους.

Η παρέμβαση στη κρίση ενέχει δύο βασικούς κινδύνους για τα μέλη του προσωπικού υγείας:

1. Τον κίνδυνο της υπερεπένδυσης και ταύτισης με το άτομο που βρίσκεται σε κρίση. Μερικές φορές ο επαγγελματίας παραλύει ή πιστεύει ότι μπορεί να μοιραστεί ολόκληρο το βάρος και τον πόνο μιας κατάστασης την οποία θεωρεί τραγική ή καταστροφική.
2. Τον κίνδυνο της αποξένωσης και αποστασιοποίησης από το άτομο που βρίσκεται σε κρίση.

Στην προσπάθεια του να προστατεύσει τον εαυτό του από την συναισθηματική οδύνη που βιώνει ο επαγγελματίας της υγείας απομακρύνεται ή και τείνει να ελαχιστοποιήσει τη σοβαρότητα της κατάστασης.

Πολλές φορές ο επαγγελματίας υγείας επιθυμεί να επιφέρει τον άρρωστο όσο το δυνατόν γρηγορότερα σε μια κατάσταση ισορροπίας, παρεμποδίζοντας μ' αυτό τον τρόπο την επεξεργασία όλης της εμπειρίας. Η κρίση επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα τον επαγγελματία, ενεργοποιώντας άλυτες προσωπικές του συγκρούσεις. Γι' αυτό και θεωρείται αναγκαία μια διεργασία αυτογνωσίας που τον βοηθά να αναγνωρίζει πως επηρεάζεται και πως αντιδρά όταν έρχεται καθημερινά σε επαφή με αρρώστους και οικογένειες που βρίσκονται σε κρίση.¹⁷

4.7 Η ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΔΟΧΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΡΙΣΗΣ.

Είναι εύκολο να βοηθάμε μερικούς ανθρώπους επειδή φαίνονται ικανοί να χρησιμοποιήσουν αυτό που τους προσφέρεται. Για άλλους, αυτό είναι πολύ δύσκολο γιατί τίποτα δεν τους ικανοποιεί και όποιος προσπαθήσει να τους βοηθήσει, θα απογοητευθεί. Ορισμένες μορφές βοήθειας θα μπορούσαν να εκπέμψουν στον ασθενή ή αρνητικά και ταπεινωτικά μηνύματα για τον εαυτό του. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα όταν η κρίση προκαλεί κατάρρευση της εικόνας εαυτού του στον ασθενή. Όταν κάποιος είχε προς τα έξω την εικόνα του αυτάρκους, τους επαρκούς, του πάντοτε ικανού, του ισχυρού, του δυνατού, του κυρίαρχου των καταστάσεων και «χρήσιμου» στους άλλους, το να του παρασχεθεί βοήθεια θα ερμηνευόταν σαν εξάρτηση, αδυναμία και απόδειξη της προσωπικής ανεπάρκειας χειρισμού των πραγμάτων. Μπορεί να πιστεύει ότι θα πρέπει να στηρίζεται μόνο στις δικές του δυνάμεις, να κρατά τα προβλήματα για τον εαυτό του, να μην απασχολεί και να μην γίνεται βάρος στους άλλους, ότι, αν ζητήσει βοήθεια, ίσως χάσει την εκτίμηση των άλλων ή ίσως οι άλλοι δείξουν οίκτο. Άρα είναι προτιμότερο, να απομονωθεί και να τα «φέρει εις πέρας» μόνος του.

Ο ασθενής μερικές φορές μπορεί να μην κατορθώσει να ζητήσει βοήθεια γιατί πιστεύει πως το μόνο είδος βοήθειας που είναι αποδεκτό και που έχει αξία είναι η αυθόρμητη και αυτόκλητη βοήθεια, ενώ το να ζητήσει ο ίδιος τη βοήθεια θεωρεί ότι είναι ουσιαστικά υποτιμητικό. Περιμένει ότι οι άλλοι που τον νοιάζονται αληθινά θα μαντέψουν τις ανάγκες του, χωρίς να τους πει ότι θα σπεύσουν, με τη δική του πρωτοβουλία, για να τον βοηθήσουν. Αυτή η στάση μεταθέτει την ευθύνη για τη βοήθεια αποκλειστικά στους άλλους. Όμως οι άλλοι ίσως κάνουν εσφαλμένη εκτίμηση των αναγκών του και του τι χρειάζεται, ίσως πάλι τον απογοητεύσουν επειδή δεν ανταποκρίνονται με τον τρόπο που αυτός θέλει, η επειδή φερθούν εγωιστικά και προσφέρουν βοήθεια μόνο στο μέτρο που αυτό εξυπηρετεί και τα δικά τους συμφέροντα.

Κάτι που δυσκολεύει τους ασθενείς πού δέχεται βοήθεια σε μια κρίσιμη κατάσταση είναι η ντροπή και η αναξιοπρέπεια που νιώθουν για το ότι βρίσκονται σε αυτή την αδύναμη θέση και η αίσθηση ότι δεν έχουν τη δυνατότητα να ανταποδώσουν τη βοήθεια ή να προσφέρουν κάτι σε αντάλλαγμα. Συχνά όμως ξεχνούν ότι πάντα υπάρχει η ευκαιρία να προβούν σε κοινωνική πληρωμή της βοήθειας, που δεν είναι άλλη από την έκφραση ευγνωμοσύνης. Είναι πολύ σημαντικό να δείξουν ότι αναγνωρίζουν και εκτιμούν αυτό που τους δίνουν οι άλλοι. Η ικανότητα όμως να νιώσουν και να δείξουν ευγνωμοσύνη ελαττώνεται όταν αισθάνεται φθόνο και ζήλια για το πρόσωπο που τους βοηθά, αυτό δεν βρίσκεται στη δική τους οδυνηρή θέση.

Όλοι έχουμε κάποιες αντιλήψεις και συναισθήματα που εμποδίζουν την αποδοχή της φροντίδας των άλλων. Η αυτογνωσία θα αποκαλύψει αυτά τα εμπόδια και ίσως μας δώσει το κίνητρο να αλλάξουμε στάση απέναντι στην αναζήτηση και αποδοχή της βοήθειας.

4.8 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ.

Μετά τη διάγνωση του καρκίνου και κατά την διάρκεια της θεραπείας οι ασθενείς βρίσκονται αντιμέτωποι με την πρόκληση της νόσου. Δημιουργούνται προβλήματα στις σχέσεις με τους γύρω, οι προτεραιότητες αλλάζουν. Τροποποιούνται οι αντιλήψεις για την ζωή. Θα πρέπει να ξεπεράσουν πάρα πολλά εμπόδια, διαφορετικά είναι πιθανόν να αναπτύξουν κάποια μορφή ψυχολογικής δυσλειτουργίας όπως το άγχος και η κατάθλιψη.¹⁰

Πρώτα απ' όλα οι ασθενείς νιώθουν ανασφάλεια, όσον αφορά την ασθένεια τους που εκφράζεται με:

Τον φόβο του αγνώστου και του απροσδόκητου του παρόντος και του μέλλοντος δηλαδή ότι σε κάθε χρονική στιγμή είναι πιθανόν να ξαναεμφανιστεί η νόσος και να οδηγήσει σε νέες ταλαιπωρίες.

Των στερήσεων και των θυσιών που θα απαιτηθούν.

Του πόνου, της αναπηρίας, της χρονικής αρρώστιας.

Τον φόβο του θανάτου.

Η ανασφάλεια επηρεάζεται και αυξάνεται από:

Την παραπληροφόρηση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης που σε κάθε χρονική στιγμή δηλώνουν την αβεβαιότητα όσον αφορά την θεραπεία και την επιβίωση από την νόσο του καρκίνου.

Τις πολύπλοκες και διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Τις προγραμματισμένες εξετάσεις ρουτίνας, καθώς και κάθε επίσκεψη στο νοσοκομείο.

Κάθε νέο σύμπτωμα.

Μερικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν το συναίσθημα της ανασφάλειας ζητώντας περισσότερες πληροφορίες από διάφορες πηγές και έτσι ανταποκρίνονται θετικότερα στη νόσο τους. Από την άλλη, πολλοί βιώνουν έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και αξιολόγησης από όλους τους επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την θεραπευτική ομάδα του ασθενούς.

Εμείς, οι νοσηλευτές βρισκόμαστε συνέχεια κοντά στον ασθενή με αποτέλεσμα να έχουμε τη δυνατότητα να επισημάνουμε και να αξιολογήσουμε καλύτερα όλα τα ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών μας.

Επίσης μπορούμε να παρέμβουμε πολλαπλά κατά την διάρκεια της νοσηλείας:

Στην επισήμανση των προβλημάτων.

Τη συμβουλευτική αντιμετώπιση καθώς και

Στην χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής.

Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα την παροχή βοήθειας και υποστήριξης τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στην οικογένεια του με αποτέλεσμα την βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Δεν θα πρέπει να ξεχνούμε ότι σοβαρά προβλήματα βιώνουν οι ασθενείς που χάνουν την αυτοεκτίμησή τους από την αλλαγή του σωματικού ειδώλου τους, την απώλεια της σεξουαλικότητας τους, την απώλεια του ρόλου τους στην κοινωνία και την οικογένεια.

Η μεγάλη σημασία που δίνουν οι δυτικές κοινωνίες στην εικόνα του σώματος και την σωματική τελειότητα, αυξάνουν την αρνητική επίπτωση που έχει ο καρκίνος. Το συναίσθημα της αποτυχίας και το στίγμα του καρκίνου δίνουν την αντίληψη της ματαιότητας σε κάθε προσπάθεια συνέχισης της ζωής.

Η αλλαγή του σωματικού ειδώλου έχει πάρα πολλές ψυχολογικές επιδράσεις στους ασθενείς. Οι ασθενείς νιώθουν πολύ δύσκολο να αντέξουν και να σηκώσουν το

ένα, αλλά έχουν χωριστεί σε κομμάτια. Το σημαντικό πρόβλημα της αλλαγής του σωματικού ειδώλου μπορεί να αντιμετωπισθεί, εάν επισημάνουμε, ότι είναι φαινόμενο παροδικό και αναστρέψιμο. Η παρέμβαση ειδικών επιστημόνων την κατάλληλη στιγμή δίνει την δυνατότητα αποκατάστασης.

Όσον αφορά την απώλεια της σεξουαλικότητας, εκτός των περιπτώσεων εκείνων που οφείλεται σε ενδοκρινολογική δυσλειτουργία, στις υπόλοιπες των περιπτώσεων το άγχος και η κατάθλιψη συχνά συνοδεύουν τον ασθενή και η ανάγκη για ψυχολογική παρέμβαση είναι επιβεβλημένη.

Πολλοί ασθενείς αναφέρουν, ότι η προσωπική ή η συζυγική τους ζωή αλλάζει προς το χειρότερο λόγω των θεραπειών. Είναι πιθανό η όλη διαδικασία να έχει τις ρίζες της αλλαγή του σωματικού ειδώλου λόγω της ασθένειας ή και της θεραπείας.

Τα προβλήματα στις σεξουαλικές σχέσεις δημιουργούνται γιατί οι παρενέργειες της συντηρητικής θεραπείας έρχονται να προστεθούν στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να οδηγηθεί ο ασθενής μας στη χαμηλή αυτοεκτίμησης. Οι Hamrin και συνεργάτες σε έρευνα τους το 1996 αναφέρουν ότι η άρνηση του καρκίνου από το κοινωνικό σύνολο, η αποφυγή της συζήτησης από φίλους και συγγενείς δημιουργεί ένα αίσθημα απόρριψης και αρνητικής αντίληψης από το κοινωνικό περίγυρο που οδηγεί στην αρνητική εικόνα σώματος με αποτέλεσμα την σεξουαλική δυσλειτουργία. Η πολυδιάστατη λοιπόν αιτιολογία των σεξουαλικών διαταραχών απαιτεί και ανάλογο νοσηλευτικό πλαίσιο φροντίδας που απευθύνεται στις προσωπικές ανάγκες τους ασθενούς. Απαιτείται καλή γνώση κανόνων επικοινωνίας, των μεθόδων προσέγγισης καθώς κι επαγγελματικής εμπειρίας.

Όμως για να είναι ικανός ο νοσηλευτής να αξιολογήσει τις ψυχολογικές δυσλειτουργίες του ασθενούς του θα πρέπει να αναπτύξει δυνατότητες επικοινωνίας μέσο εκπαιδευτικών προγραμμάτων και εξάσκησης. Με την επιδέξια επικοινωνία και την προσεκτική παρατήρηση ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται τις διάφορες ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών του. Με υπομονή, προσοχή, ενδιαφέρον και δημιουργία περιβάλλοντος που εμπνέει εμπιστοσύνη και ασφάλεια δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή ελεύθερα και χωρίς ενδοιασμούς να ξεδιπλώσει τον εαυτό του.

Είναι λοιπόν εύστοχο για την διερεύνηση των ψυχολογικών προβλημάτων των ασθενών να στηρίζουμε την επικοινωνία μας σ' ένα ειλικρινή διάλογο.

Ερωτήσεις όπως:

Πως βλέπεις το μέλλον σου; Πως αντιλαμβάνεσαι την ασθένεια σου;

Θα μας δώσει τη δυνατότητα να αντιληφθούμε την επίδραση που έχει η ασθένεια στη ζωή του. Γενικότερα η επίδραση που έχει κάποια ασθένεια στην ζωή ενός ανθρώπου μπορεί να γίνει αντιληπτή μόνο, εάν εξεταστεί με γνώμονα στους στόχους, τις σκέψεις, τις ανάγκες, τις αξίες και το είδος της ζωής που έχει ο ίδιος ο ασθενής.

Από την άλλη πλευρά μπορούμε να αντιληφθούμε το μέγεθος της ανασφάλειας λόγω της ασθένειας από ερωτήσεις του τύπου:

Τι ήταν εκείνο που σε ώθησε να αλλάξεις τρόπο ζωής; ή Να υιοθετήσεις ένα άλλο τρόπο συμπεριφοράς; ο διάλογος ξεκινά και καταλαβαίνουμε τα αισθήματα ανησυχίας, αγωνίας και φόβου που αισθάνεται ενώ παράλληλα προσπαθούμε να τον βοηθήσουμε.

Ένα μεγάλο θέμα προς συζήτηση με τον ασθενή μας είναι η διάγνωση του καρκίνου ως νόσος. Από τη συμπεριφορά, τα λεγόμενα του, την ανοικτή συζήτηση και τη θέση του, αναγνωρίζουμε τις άμυνες και τις ψυχολογικές; Δυσλειτουργίες που πιθανόν να παρουσιαστούν ή που τις βιώνουν ήδη.

Είναι σημαντικό να αξιολογήσουμε το πόσο ανοικτός είναι σε μια τέτοια συζήτηση. Ίσως αισθάνεται τον καρκίνο σαν στίγμα, νιώθει μη αποδεκτός από τον κοινωνικό περίγυρο τώρα που πάσχει από την επάρατο νόσο, ή νιώθει σαν λεπρός. Ίσως πάλι αισθάνεται απομονωμένος από τον κοινωνικό περίγυρο επειδή οι γύρω του δεν ξέρουν τι να του πουν, πώς να του συμπεριφερθούν, ενώ αυτός το λαμβάνει ως άρνηση και οδηγείτε στην απομόνωση και ταυτόχρονα γίνεται πιο ευάλωτος σε παθολογικές ψυχολογικές αντιδράσεις. Μέσα από τον επικοινωνιακό διάλογο και την ουσιαστική επικοινωνία ο ασθενής μας θα νιώσει ενισχυμένος και θα αντιμετωπίζει με πίστη, άνεση και ασφάλεια όλες τις δυσκολίες. Αποκτά ελπίδα, υπερπηδά κινδύνους και τέλος φθάνει στην παραδοχή.

Η σταδιοποίηση της ψυχολογικής προσαρμογής επιχειρήθηκε πρώτη φορά από την Kubler –Ross που αναφέρει τα ακόλουθα στάδια (άρνηση, οργή, διαπραγμάτευση, κατάθλιψη, αποδοχή). Σήμερα πιστεύεται ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις στην διάγνωση του καρκίνου και η προσαρμογή είναι οι ίδιες μ' εκείνες των άλλων καταστροφικών γεγονότων. Υπάρχουν με σταθερά πρότυπα αντίδρασης καθώς επιτυγχάνεται η προσαρμογή, αλλά ταυτόχρονα υπάρχει και μεγάλη ποικιλία στο βαθμό της δυσφορίας και οι αντιδράσεις διαμορφώνονται με βάση τους μηχανισμούς άμυνας, τις στρατηγικές αντιμετώπισης και την διαθέσιμη υποστήριξη.

Η σημασία των ψυχολογικών προβλημάτων στην νοσηλεία των ασθενών για την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας οδήγησε νοσηλευτές απ' όλη την Ευρώπη να συναντηθούν και κατά την διάρκεια μιας διημερίδας να αναλύσουν και να κατανοήσουν καλύτερα όλα αυτά τα προβλήματα.

Αποτέλεσμα αυτής της προσπάθειας είναι η δημιουργία ενός οδηγού προσαρμοσμένου στις ανάγκες και τις διαφορετικές κουλτούρες των ασθενών στην Ευρώπη που υποφέρουν από τον καρκίνο. Είναι λοιπόν απαραίτητο πρώτα απ' όλα να δώσουμε με τον ορισμό του τι είναι εννοούμε, όταν λέμε ψυχολογικά-ψυχιατρικά προβλήματα στους ογκολογικούς ασθενείς. Είναι επίσης απαραίτητο να επισημάνουμε, ότι ένας ασθενής λέμε, ότι αντιμετωπίζει τέτοιου είδους προβλήματα, όταν πάνω απ' όλα υπάρχει διάρκεια στην εμφάνιση αυτών διαφορετικά είναι φυσιολογικές αντιδράσεις στην νόσο και την θεραπεία.

Τα ψυχολογικά προβλήματα και ψυχιατρικά προβλήματα στους ογκολογικούς ασθενείς διακρίνονται σε :

- Αγχώδη διαταραχή.
- Καταθλιπτική διαταραχή.
- Οργανικές διαταραχές.
- Προσαρμοστικές διαταραχές.

Αγχώδης διαταραχή.

Αγχώδης διαταραχή χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονη και συνδυασμένη εμφάνιση επίμονων φυσικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων διάρκεια 1-2 εβδομάδων. Πρωταρχικά τα ψυχολογικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν αδυναμία συγκέντρωσης, επαναλαμβανόμενες ανήσυχες σκέψεις και αντιλήψεις, νευρικότητα, ανησυχία. Τα φυσικά συμπτώματα είναι γαστρεντερικές διαταραχές, αναπνευστικές διαταραχές, καρδιαγγειακές και διαταραχές στο κεντρικό νευρικό σύστημα καθώς και στο γενετήσιο.

Καταθλιπτική διαταραχή.

Η καταθλιπτική διαταραχή συνδυάζεται με τον καρκίνο και χαρακτηρίζεται από μικρή έως σοβαρή διάρκεια ψυχολογικών διαταραχών (2-4 εβδομάδων) που εμφανίζεται με τα ακόλουθα συμπτώματα: απαισιόδοξες σκέψεις, κακή διάθεση, αδυναμία να αισθανθούν χαρά, ενοχή, αδυναμία και απώλεια κάθε αισθήματος ελπίδας.

Οργανική διαταραχή.

Οι οργανικές διαταραχές παρουσιάζονται μετά από προφανείς βλάβες στον εγκέφαλο λόγω της νόσου ή της θεραπείας που επηρεάζουν τις εγκεφαλικές λειτουργίες.

Προσαρμοστικές διαταραχές.

Οι προσαρμοστικές διαταραχές διαρκούν 1-2 εβδομάδες και παρουσιάζονται σαν συναισθηματικές υπερβολές αντιδράσεις του στρες.

Η κατάθλιψη είναι πιο σημαντική και συχνή ψυχιατρική διαταραχή, αφού οι ασθενείς με καρκίνο έχουν αρκετούς λόγους που θα μπορούσαν να αποτελέσουν επισπεύδουσες αφορμές για την έκλυση μιας μείζονος κατάθλιψης (μελαγχολία). Δεν είναι σπάνιο η κατάθλιψη να περάσει απαρατήρητη σ' ένα γενικό νοσοκομείο ή στα πολυάσχολα ογκολογικά τμήματα.

Το οξύ οργανικό παραλήρημα είναι εξίσου σημαντική ψυχιατρική διαταραχή λόγω συχνής παρουσίας του. Συχνά παρουσιάζει διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα. Παρουσιάζεται ως διαταραχή επιπέδου συνείδησης, κυμαινόμενες περιόδους ανησυχίας, αϋπνίας, ταραχής, επιθετικότητας. Σε πολλές περιπτώσεις υπάρχουν προβλήματα από τις ψευδαισθήσεις και τις παραισθήσεις, όπως τράβηγμα όρων, καθετήρων.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες οι οποίοι θα επηρεάζουν την εμφάνιση ή όχι αυτών των διαταραχών, το είδος, καθώς και την διάρκεια τους. Αυτοί είναι:

Η ηλικία και το φύλο.

Το είδος του καρκίνου και το στάδιο της νόσου καθώς και το είδος της θεραπείας.

Ο πόνος που δεν αντιμετωπίζεται.

Προηγούμενη εμπειρία από τον καρκίνο στο γύρω περιβάλλον καθώς και οι παρούσες συνθήκες που βιώνει ο ασθενής την διάγνωση του καρκίνου.

Ο κοινωνικός περίγυρος και η υποστήριξη που έχει ο ασθενής μας από τους γύρω τους καθώς και οι μηχανισμοί άμυνας που έχει.

Οι αντιλήψεις όσον αφορά την κουλτούρα και τα θρησκευτικά του πιστεύω.

Ο τύπος της προσωπικότητας τους ασθενούς, τα προσωπικά του πιστεύω γύρω από τη νόσο και την υγεία.

Η στάση του κατά τη διάρκεια της ζωής του στο θέμα του καρκίνου.

Προηγούμενο ιστορικό ατομικό-οικογενειακό ψυχιατρικής διαταραχής.

Το αναπτυξιακό στάδιο κατά το οποίο συμβαίνει η νόσηση αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για τις συναισθηματικές αντιδράσεις τους ασθενούς και την προσαρμογής του. Από την γέννηση του μέχρι τη βιολογική ενηλικίωση του το άτομο διέρχεται από διάφορα στάδια ψυχολογικής ωρίμανσης μέσω μιας μακριάς και συμπλοκής διεργασίας στην οποία βέβαια τα πρώτα χρόνια της ζωής έχουν

καθοριστική σημασία. Έτσι, π.χ. νόσηση στο πρώτο στάδιο της ζωής (από τη γέννηση έως 2 ετών) οδηγούν σε σημαντική διαταραχή στο αίσθημα ανεξαρτησίας από το περιβάλλον και απώλεια ανάπτυξης της εικόνας άγχους. Συχνά παρατηρούνται στους εφήβους έλλειψη συνεργασίας με τους υγειονομικούς ή ακόμα και άρνηση της νόσου. Στους μεσήλικες η έναρξη της νόσου συνοδεύεται από αποδιοργάνωση των γνωστικών λειτουργιών και μείωση της κριτικής ικανότητας σε σχέση με την αρρώστια, έτσι επαυξάνεται το στρες και το άγχος.

Όσον αφορά το φύλο οι γυναίκες αντιδρούν πιο έντονο σε νόσους που προσβάλλουν άμεσα τη θηλυκότητα τους και προκαλούν αισθηματικές αλλοιώσεις ενώ οι άντρες σε ότι συνεπάγεται εξάρτηση από τους άλλους. Σε ότι αφορά την προσωπικότητα ασθενείς με υστερική δομή αντιδρούν με παλινδρόμηση και εξάρτηση. Πολλοί ερευνητές αναφέρουν, ότι στόχος στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σ' αυτόν τον άρρωστο είναι να τον κάνουμε ικανό να νιώσει ανεξάρτητος κατά τη διάρκεια της ασθένειας γιατί δεν μπορούν να πιστέψουν και να δεχτούν ότι έγινε καλά από τη νόσο τους και πρέπει απλώς να παρακολουθούνται από τον γιατρό τους σε τακτικά χρονικά διαστήματα. Αυτό συμβαίνει, όταν επίσης οι ασθενείς κρύβουν ιστορικό ατομικό-οικογενειακό ψυχιατρικής διαταραχής. Η μόρφωση και η κοινωνική θέση μπορούν να διαμορφώσουν την αντίδραση στην νόσο. Άτομα μορφωμένα κατανοούν καλύτερα τη νόσο τους και αποδέχονται ευκολότερα τον ρόλο του ασθενούς. Συνήθως τέτοια άτομα κινητοποιούν μηχανισμούς άμυνας όπως η άρνηση και η απώθηση.

Αποφασιστικό ρόλο παίζει η προηγούμενη εμπειρία με τον καρκίνο από τον γύρω περιβάλλον όπως επίσης και πως ο κοινωνικός περίγυρος αντιμετωπίζει την νόσο καρκίνος.

Δεν υπάρχει ερευνητικά δεδομένα που να μας δίνουν την τέλεια φόρμουλα, έτσι ώστε να γίνεται πρόληψη των ψυχολογικών διαταραχών που πιθανόν να βιώσει ο ασθενής μας. Όμως αυτό που μπορούμε εμείς σαν επαγγελματίες υγείας να κάνουμε, είναι να αξιολογούμε συνέχεια τον ασθενή μας να συζητούμε μαζί του και να τον ενημερώνουμε με τόσο κάθε φορά, όσο μπορεί να αντέξει για να νοιώθει, ότι έχει λόγο και θέση σ' όλη την διαδικασία που ονομάζεται θεραπεία. Τότε θα μπορέσουμε να μετριάσουμε αν όχι να εξαλείψουμε τα οποιαδήποτε ψυχολογικά προβλήματα. Προσφέρονται στον ασθενή ασφαλείς πληροφορίες για να επιτευχθεί γρήγορα και εποικοδομητικά η ενίσχυση της ψυχοσωματικής ολότητας. Η ψυχολογική βοήθεια που θα του προσφερθεί θα τον ενθαρρύνει να βελτιώσει το αγώνα και την πορεία του μ' έναν καινούργιο χάρτη ζωής.

Εάν ο ασθενής αισθάνεται, ότι ο νοσηλευτής και οι γιατροί του νοιάζονται γι' αυτόν, ακόμη κι όταν βρίσκεται στο σπίτι του με το τέλος της κάθε θεραπείας, τότε γίνεται πιο πρόθυμος να συνεργαστεί και να ακολουθήσει το θεραπευτικό σχήμα που του προτείνουν.

Στόχος μας είναι ο άνθρωπος με καρκίνο και όχι ο καρκίνος ως ασθένεια. Η νοσηλευτική εκτίμηση του σωματικού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου του ασθενούς παρέχουν απαραίτητα και σημαντικά στοιχεία για τον άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων.¹⁴

Ασθενείς νιώθουν ανασφάλεια όσον αφορά την ασθένεια τους που εκφράζεται με:

- Τον φόβο του αγνώστου και του απροσδόκητου.
- Τον φόβο του παρόντος και του μέλλοντος, δηλαδή ότι σε κάθε χρονική στιγμή είναι πιθανόν να ξαναεμφανισθεί και να τους οδηγήσει σε νέες ταλαιπωρίες.
- Των στερήσεων και των θυσιών που θα απαιτηθούν.
- Του πόνου, της αναπηρίας, της χρόνιας αρρώστιας.
- Τον φόβο του θανάτου.

Η ανασφάλεια επηρεάζεται και αυξάνεται από:

- Την παραπληροφόρηση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.
- Τις πολύπλοκες και διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις.
- Τις προγραμματισμένες εξετάσεις ρουτίνας, καθώς και κάθε επίσκεψη στο νοσοκομείο.
- Κάθε νέο σύμπτωμα.

Σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα βιώνουν οι ασθενείς που χάνουν:

- Την αυτοεκτίμηση τους από την αλλαγή του σωματικού ειδώλου τους.
- Την απώλεια της σεξουαλικότητας τους.
- Την απώλεια του ρόλου τους στην κοινωνία και την οικογένεια.

Είναι λοιπόν εύστοχο για την διερεύνηση των ψυχολογικών προβλημάτων των ασθενών να στηρίζουμε την επικοινωνία μας σ' ένα ειλικρινή διάλογο.

Ερωτήσει όπως:

- Πως βλέπεις το μέλλον σου;
- Πως αντιλαμβάνεσαι την ασθένεια σου; Θα μας δώσεις την δυνατότητα να αντιληφθούμε την επίδραση που έχει η ασθένεια στην ζωή σου;
- Τι ήταν εκείνο που σε ώθησε ν' αλλάξεις τρόπο ζωής; Ή
- Τι ήταν εκείνο που σε ώθησε να υιοθετήσεις έναν άλλο τρόπο συμπεριφοράς;
- Η διάγνωση του καρκίνου ως νόσος.¹¹

4.9 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ.

A)Περίοδο Διάγνωσης

Η διάγνωση του καρκίνου προκαλεί έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις οι οποίες βιώνονται τόσο σε ένα ατομικό επίπεδο, όσο και στο επίπεδο της οικογένειας, η οποία βρίσκεται αντιμέτωπη με μια διπλή απώλεια: την πιθανότητα απώλειας κάποιας ισορροπίας που χαρακτήριζε την ίδια την οικογένεια. Η οικογένεια αλλάζει, δεν θα είναι ποτέ και όπως πριν. Κάθε μέλος της οικογένειας, συμπεριλαμβανόμενου και του αρρώστου αντιδρά με τον δικό του μοναδικό τρόπο μπρος στην πραγματικότητα της διάγνωσης, της θεραπείας, της νοσηλείας και μπρος στην αβεβαιότητα της εξέλιξης της νόσου. Οι αντιδράσεις εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, όπως την ηλικία, το φύλο, την προσωπικότητα, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, τις θρησκευτικές και πολιτιστικές αντιλήψεις του ατόμου, το υποστηρικτικό του σύστημα, τις σχέσεις που αναπτύσσει με το προσωπικό, τη μορφή, τη σοβαρότητα του καρκίνου, την πρόγνωση κ.τ.λ. Εξ' ίσου σημαντικός παράγοντας είναι και ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιμετώπιζε καταστάσεις κρίσης στο παρελθόν και ποιες μεθόδους στρατηγικές ενεργοποιούσε η οικογένεια του για να επιλύσει ένα σοβαρό πρόβλημα.

Σε ένα ατομικό επίπεδο, μερικές από τις συνηθέστερες και φυσιολογικές αντιδράσεις που αντιμετωπίζει τόσο ο άρρωστος όσο και οι δικοί του όταν ενημερώνονται για την διάγνωση καρκίνου, είναι οι ακόλουθες.

1. SHOCK, ΑΡΝΗΣΗ

Μπρος στην ανακοίνωση της διάγνωσης, ο άρρωστος και οι συγγενείς τους συχνά σοκάρονται. Το shock που βιώνουν μοιάζει μ' ένα μούδιασμα, μια αίσθηση ότι τίποτα απ' όσα συμβαίνουν δεν είναι αληθινά. Συχνά συνοδεύονται από την άρνηση να δεχθούν την πραγματικότητα που αντιμετωπίζουν. Η άρνηση είναι ένας φυσιολογικός, αμυντικός και προστατευτικός μηχανισμός. Το άτομο αρνείται την ύπαρξη επώδυνων στοιχείων της εξωτερικής και της εσωτερικής πραγματικότητας(σκέψεις, συναισθήματα, επιθυμίες, ανάγκες) καθώς η συνειδητή αναγνώριση τους θα του προκαλέσει έντονο άγχος. Με άλλα λόγια, η άρνηση του δίνει την δυνατότητα να προστατευθεί προσωρινά από τον έντονο πόνο που προκαλεί η οδυνηρή πραγματικότητα.

Αρχικά η άρνηση είναι συνήθως **ολική** αποκλείεται, *δεν μπορεί να συμβαίνει αυτό σε μένα. Κάποιο λάθος έγινε στην διάγνωση.* Με την πάροδο του χρόνου τροποποιείται σε **μερική** άρνηση που είναι χρονικά περιορισμένη.

Ο Lazarus (1981) διακρίνεται δύο μορφές άρνησης:

- I) Την άρνηση των γεγονότων (1^ο βαθμού) (π.χ. ότι έχω καρκίνο).
- II) Την άρνηση των γεγονότων (2^ο βαθμού) (π.χ. ότι μπορεί να πεθάνω).

Η παρατεταμένη άρνηση των γεγονότων μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου που δεν ακολουθεί τις ιατρικές συμβουλές ή περιφέρεται από ένα γιατρό στον άλλο επειδή αρνείται να δεχθεί την αρχική διάγνωση. Πρέπει όμως να τονιστεί ότι η αναζήτηση μιας δεύτερης ιατρικής; Γνώμης δεν σημαίνει απαραίτητα και άρνηση των γεγονότων.

2. ΘΥΜΟΣ ΚΑΙ ΠΙΚΡΑ.

Γιατί να συμβεί σε μένα; Αυτή είναι μια πολύ φυσιολογική αντίδραση ενός ατόμου το οποίο είναι υποχρεωμένο να δεχθεί ότι ξαφνικά η ζωή του αλλάζει ριζικά και το μέλλον της υγείας του είναι αβέβαιο. Το ερώτημα του εκφράζει (παράπονο,

θυμό πίκρα ή μια αίσθηση αδικίας). Πολλά άτομα νιώθουν ότι προδόθηκαν από τον ίδιο τους το σώμα, τη στιγμή που δεν είχαν κανένα πρόβλημα υγείας και όλη η ζωή ήταν στα χέρια τους. Ξαφνικά ο οργανισμός τους εμφανίζεται αδυναμίες, είναι ευάλωτος, και ο άρρωστος δεν έχει πλήρη έλεγχο σε όσα συμβαίνουν στον οργανισμό του.

Ο θυμός που βιώνει πηγάζει από μια αίσθηση αδυναμίας και αδικίας και παράλληλα εκφράζει την ανασφάλεια του ατόμου μπρος στις δύσκολες καταστάσεις που αντιμετωπίζει. Ο ασθενής στρέφει συνήθως το θυμό του εναντίον στο θεό ή στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, συχνότερα στους συγγενείς, και πολλές φορές στον ίδιο του τον εαυτό του τον οποίο ενοχοποιεί έφταιγα γιατί δεν ήμουν τίμιος στη ζωή μου ή έφταιγα και τιωρήθηκα μ' αυτή την αρρώστια.

Όταν αναρωτιέται γιατί να συμβεί αυτό σε μένα; Αναζητά να καταλάβει και να εξηγήσει αυτό που του συμβαίνει. Ψάχνοντας να δώσει κάποιες εξηγήσεις, επιδιώκει να αποκτήσει μεγαλύτερο έλεγχο πάνω στις καταστάσεις που αντιμετωπίζει. Όταν πιστεύει ότι δεν έχει κανένα έλεγχο παραιτείται και δεν αγωνίζεται για την ζωή του.

3. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Είναι πολύ φυσιολογικό για ένα άτομο που αλλάζει ριζικά η ζωή του από την μία μέρα στην άλλη, να βιώνει έντονα συναισθήματα κατάθλιψης απόγνωσης και ψυχικού πόνου. Θρηνεί μια σειρά από απώλειες και αλλαγές που αντιμετωπίζει εξ' αιτίας της ασθένειας και της θεραπείας. Αυτές οι απώλειες εμφανίζονται α) **σε ένα οργανικό επίπεδο** (ακρωτηριασμός, αφαίρεση μαστού, αδυναμία. Αλωπεκία κλπ.) β) **σε ένα κοινωνικό επίπεδο** (μπορεί να χάσει τη δουλειά του, απομακρύνεται από τους φίλους του κλπ.) και γ) **σε ένα συναισθηματικό επίπεδο** (περιορίζεται η αίσθηση της ασφάλειας, αυτοέλεγχου, προσαρμόζεται σε μια νέα εικόνα εαυτού κλπ.)

Η Kubler- Ross (1979) διακρίνει δυο μορφές κατάθλιψης:

1. **Την αντιδραστική κατάθλιψη** αφορά την αντίδραση του ατόμου μπρος σε μια απώλεια που βιώνει άμεσα π.χ. αφαίρεση μαστού, απώλεια υγείας.
2. **Την προπαρασκευαστική κατάθλιψη** αφορά την αντίδραση ατόμου που αναλογίζεται τι πρόκειται να αλλάξει ή να χάσει στο μέλλον εξ' αιτίας της ασθένειας του.

4. ΦΟΒΟΣ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ.

Ο φόβος μπρος στο αβέβαιο μέλλον και την πιθανότητα θανάτου, απασχολεί τους περισσότερους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Αυτός ο φόβος μεγαλοποιείται εξ' αιτίας του μύθου και των προκαταλήψεων που συνοδεύουν τον καρκίνο. Πολλά άτομα εξακολουθούν στην εποχή μας να πιστεύουν λανθασμένα ότι ο καρκίνος ισοδυναμεί με ο θάνατο, ένα θάνατο επώδυνο, αργό, χωρίς αξιοπρέπεια. Ίσως, ένας ακόμα λόγος που ο καρκίνος προκαλεί τόσο φόβο, είναι ότι δεν μπορούμε να τον καταλάβουμε, να τον ελέγξουμε πλήρως ή να προβλέψουμε την πορεία του. Άλλες σοβαρές και συχνά απειλητικές για την ζωή αρρώστιες, όπως ο διαβήτης μερικές καρδιοαγγειακές διαταραχές. Η νεφρική ανεπάρκεια, δημιουργούν λιγότερο άγχος ίσως γιατί καταλαβαίνουμε και ελέγχουμε καλύτερα την πορεία του. Στην περίπτωση όμως του καρκίνου, ακόμα και όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε ύφεση, ο φόβος της υποτροπής παραμένει έντονος. Αυτός ο φόβος πηγάζει από την συνειδητοποίηση ότι δεν μπορούμε να ελέγξουμε τα πάντα στη ζωή. Αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση μπρος στην αβεβαιότητα με την οποία όμως προσπαθεί να απωθήσει με κάθε τρόπο τους φόβους του, το μόνο που πετυχαίνει είναι να αυξήσει. Παράλληλα αποξενώνεται από τους άλλους που δεν του παρέχουν την κατάλληλη υποστήριξη που χρειάζεται. Καταναλώνει όλη την ενέργεια στην καταπίεση ή απώθηση των συναισθημάτων του,

χωρίς να μπορεί να προσαρμοστεί αποτελεσματικά στην πραγματικότητα. Μονάχα όταν αναγνωρίζει τους φόβους του μπορεί να τους επεξεργαστεί και να τους μειώσει ή ξεπεράσει.

5. ΑΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ ΕΛΠΙΔΑ.

Με την πάροδο του χρόνου και την επεξεργασία των έντονων συναισθημάτων θυμού, ανασφάλειας, αδυναμίας, φόβου, άγχους ο άρρωστος μαθαίνει να αποδέχεται τόσο το νέο του εαυτό του όσο και την αρρώστια του. Η διατήρηση της ελπίδας είναι χαρακτηριστικό που διακρίνει τον κάθε άνθρωπο, ακόμα και στις πιο δύσκολες στιγμές της ζωής του.

Χωρίς ελπίδα, το άτομο παραιτείται Από τη ζωή του και πολύ γρήγορα πεθαίνει.

Ο Hutschnecker (1981) διακρίνει δυο μορφές ελπίδας.

A) *Την ενεργητική ελπίδα.*

B) *Την παθητική ελπίδα.*

Ορίζει ως ενεργητική ελπίδα την εσωτερική ενέργεια που κινητοποιεί το άτομο προς τη δράση. Με άλλα λόγια, κινείται προς ένα συγκεκριμένο άμεσο ή απώτερο στόχο, έχοντας πεποίθηση στις ικανότητες του. Η ενεργητική ελπίδα αποτελεί πηγή έμπνευσης και δύναμη.

Αντίθετα, η παθητική ελπίδα, χαρακτηρίζει τον ασθενή που βασίζεται σε όνειρα, ελπίζοντας ότι μέσα στον παραμυθένιο κόσμο της φαντασίας του, θα συμβούν θαύματα και οι δυσκολίες θα εξαφανιστούν δια μαγείας. Το άτομο που χαρακτηρίζεται από παθητική ελπίδα αποφεύγει κάθε ενέργεια και ζει περισσότερο στον κόσμο της φαντασίας, παρά στον κόσμο της πραγματικότητας.

Η δύναμη της ενεργητικής ελπίδας και της θέλησης του ατόμου να ζήσει, επηρεάζουν ουσιαστικά την πορεία της ασθένειας του. Δεν είναι λίγα τα παραδείγματα των αρρώστων που μπαίνουν σε ύφεση, ακόμα και όταν η κατάσταση της υγείας τους είναι καταδικασμένη. Κι ενώ το προσωπικό παραμένει έκπληκτο, οι ασθενείς μοιάζει να γνωρίζουν καλύτερα τις δυνάμεις που ενεργοποιούν για να πετύχουν κάποιο στόχο και να ζήσουν μια ζωή με νόημα.

Εκείνο που θα πρέπει να μας προβληματίζει περισσότερο είναι τα δικά μας αποθέματα ελπίδας όταν βρισκόμαστε αντιμέτωποι με ένα άτομο που έχει καρκίνο. Δεν είναι λίγες οι φορές που είμαστε απαισιόδοξοι και παραιτούμαστε ευκολότερα μπρος στον αγώνα που αντιμετωπίζουν οι άρρωστοι τους οποίους φροντίζουμε. Χωρίς να το καταλάβουμε τους; Επηρεάζουμε ψυχικά και δυσκολεύουμε την επαφή και επικοινωνία τους μαζί μας. Ακόμα και όταν ένα άτομο δεν έχει καμία ελπίδα επιβίωσης, μπορεί να επιδιώξει να ζήσει ενεργά τη ζωή του και να της δώσει νόημα. Σ' αυτήν, συγκεκριμένα, την αναζήτηση της ποιότητας και του νοήματος της ζωής βρίσκεται η δύναμη της ελπίδας.

4.10 ΣΤΟΧΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.

Κατά τη διάρκεια αυτής της αρχικής περιόδου η ψυχοκοινωνική παρέμβαση της θεραπευτικής ομάδας αποβλέπει τους ακόλουθους στόχους:

- Να ενθαρρύνει τον άρρωστο να εκφραστεί και να καταλάβει ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις του είναι φυσιολογικές.
- Να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει και προοδευτικά να αποδεχθεί την αβεβαιότητα επανεμφάνισης του καρκίνου.
- Να ενθαρρύνει την προσαρμογή του σε μια νέα εικόνα – εαυτού.
- Να συμβάλλει στην επαναπροσαρμογή του στο κοινωνικό περιβάλλον. Με άλλα λόγια, κινητοποιεί το υποστηρικτικό σύστημα του αρρώστου και ενθαρρύνει την ανοιχτή επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας.¹

4.11 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ Η ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.

Ο καρκινοπαθής δεν θα πρέπει να χάσει την ψυχολογική του δύναμη για να μπορέσει να καταπολεμήσει τον καρκίνο, να δώσει την μάχη για την ζωή του.

Η καλή ψυχολογική κατάσταση όπως επίσης και η κοινωνική υποστήριξη από συγγενής, φίλους και από την ίδια την κοινωνία, θεωρούνται ότι αποτελούν σημαντικά όπλα εναντίον του καρκίνου.

Το πρόβλημα είναι ότι, ενώ υπάρχουν επιδημιολογικά και κλινικά δεδομένα που υποστηρίζουν αυτή την άποψη, εντούτοις μέχρι σήμερα δεν έχουν τεκμηριωθεί οι βιολογικοί μηχανισμοί με τους οποίους η καλή ψυχολογική κατάσταση ενεργά εναντίον του καρκίνου.

Η σημασία της τεκμηρίωσης των βιολογικών μηχανισμών δράσης, αποκτά μεγαλύτερη σημασία εάν αναλογιστεί κάποιος ότι η καλή ψυχολογική κατάσταση θα μπορούσε να είναι ευεργετική, τόσο για την πρόληψη του καρκίνου αλλά και για ένα καρκίνο που ήδη έχει εκδηλωθεί.

Είναι μέσα σε αυτά τα πλαίσια που ερευνητές από το πανεπιστήμιο της Iowa, εξέτασαν σε γυναίκες με καρκίνο της ωοθήκης τη σχέση μεταξύ της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών και ενός συγκεκριμένου, μετρήσιμου βιολογικού δείκτη της ασθένειας.

Ο βιολογικός αυτός δείκτης ονομάζεται VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor). Ο παράγοντας αυτός είναι η βασική συνιστώσα για την ανάπτυξη των καρκίνων. Βοηθά στη δημιουργία νέων αγγείων μέσα στον όγκο και τον βοηθά έτσι να αναπτυχθεί και να πολλαπλασιαστεί.

Στις γυναίκες με καρκίνο της ωοθήκης τα ψηλά επίπεδα του VEGF έχουν συσχετισθεί με χειρότερη πρόγνωση.

Μέχρι σήμερα έρευνες που αφορούσαν το VEGF έδειξαν ότι η παραγωγή του, διαμορφώνεται από παράγοντες σε σχέση με την συμπεριφορά και ιδιαίτερα από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα.

Οι Αμερικανοί ερευνητές μέτρησαν σε 24 γυναίκες με καρκίνο της ωοθήκης, προτού ακόμη υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, τα επίπεδα του VEGF. Έκανα το ίδιο και για γυναίκες με κακοήθεις μάζες της λεκάνης.

Επιπρόσθετα, αξιολόγησαν τις ασθενείς με σειρά ψυχολογικών τεστ (Profile of mood states, Functional assessment of cancer therapy). Η αξιολόγηση αυτή σκοπό είχε, την αναγνώριση της ψυχολογικής και κοινωνικής κατάστασης της κάθε ασθενούς όπως και της υποστήριξης που είχε από συγγενείς και φίλους.

Τα αποτελέσματα τους ήταν άκρως ενδιαφέροντα:

- Όσο πιο καλά από ψυχολογικής και κοινωνικής άποψης ήταν μια γυναίκα, τόσο πιο χαμηλά ήταν το επίπεδο του VEGF.
- Οι γυναίκες που είχαν την περισσότερη υποστήριξη από τους συγγενείς και φίλους, είχαν και τα χαμηλότερα επίπεδα του VEGF.
- Οι γυναίκες που ένιωθαν αβοήθητες και ότι δεν είχαν πλέον καμία αξία, είχαν ψηλότερα επίπεδα VEGF.
- Οι γυναίκες που παρούσαζαν κατάθλιψη, δεν είχαν ψηλότερα επίπεδα VEGF.

Τα ευρήματα αυτά είναι πολύ σημαντικά και ανοίγουν ένα νέο σημαντικό ορίζοντα ερευνών με σημαντικές κλινικές προεκτάσεις. Ίσως για πρώτη φορά τεκμηριώνεται η επιρροή που έχει η ψυχολογική κατάσταση πάνω σε ένα δείκτη που επηρεάζει άμεσα την εξέλιξη του καρκίνου.

Τα προκαταρκτικά συμπεράσματα είναι ότι η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη, η απουσία βοήθειας από τους συγγενείς και φίλους, μπορούν να μειώσουν την ψυχολογική κατάσταση ασθενών με καρκίνο. Το γεγονός αυτό ίσως να βοηθά την ανάπτυξη και πρόοδο κάποιου καρκίνου και να επιδεινώνει την πρόγνωση.

Τα πιο πάνω συμπεράσματα, είναι σίγουρα οι πρώτες εκτιμήσεις και αναμφίβολα χρειάζονται επαλήθευση και από άλλες μελέτες.

Το σημαντικότερο είναι ότι ανοίγονται νέοι ορίζοντες που θα συμβάλουν στην καλύτερη κατανόηση των σχέσεων μεταξύ καρκίνου και ψυχολογικής κατάστασης και ίσως να οδηγήσουν σε νέες στρατηγικές αντιμετώπισης.

4.12 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΥΝΑΜΗ ENANTION TOY KARKINOY.

Η ψυχολογική δύναμη μπορεί να βοηθά στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των καρκινοπαθών ασθενών.

Η κατάθλιψη, οι φόβοι, η αύξηση του βάρους, η μοναξιά και η αβεβαιότητα για το μέλλον είναι καταστάσεις που παρατηρούνται συχνά σε καρκινοπαθείς ασθενείς μετά τις θεραπείες.

Οι αρνητικές σωματικές και ψυχικές καταστάσεις επηρεάζουν δυσμενώς την εξέλιξη των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία ή που παρακολουθούνται για τον καρκίνο. Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό να είμαστε σε θέση να βοηθήσουμε τους ασθενείς αυτούς στο να αυξήσουν και να οργανώσουν τις ψυχικές τους δυνάμεις για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις πολλαπλές προκλήσεις που τους θέτει ο καρκίνος.

Η ψυχική δύναμη είναι αναγκαία για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα της ασθένειας τους και να αντεπεξέλθουν στις αλλαγές της σωματικής εικόνας που ενδεχομένως προκαλούν ο καρκίνος ο ίδιος ή η θεραπεία τους.

Η εσωτερική ψυχική δύναμη θα τους επιτρέψει να βρουν ξανά το δρόμο τους, να νιώσουν ξανά τους σκοπούς της ζωής τους και να μπορέσουν να ζήσουν πιο ολοκληρωμένα τη ζωή τους.

Όμως είναι γεγονός ότι σήμερα δεν δίνεται στο βαθμό που απαιτείται η υποστήριξη στον ψυχικό κόσμο των ασθενών. Η υποστήριξη αυτή είναι απαραίτητη για να επιτευχθούν οι ευεργετικές επιδράσεις που αναφέρουν να ζήσουν πιο ολοκληρωμένα τη ζωή τους.

Αρχικά είναι αναγκαίο να διερευνάται στον κάθε ασθενή ξεχωριστά, η εξατομικευμένη ψυχική και πνευματική κατάσταση. Χρειάζεται ένα ερωτηματολόγιο που να διευκρινίζει την εσωτερική ψυχική δύναμη του κάθε ασθενούς.

Πρόσφατα επιστήμονες από το πανεπιστήμιο της Βιργινίας, έχουν δημιουργήσει ένα τυποποιημένο ερωτηματολόγιο με στόχο την αναγνώριση των ιδιαιτέρων της εσώτερης ψυχικής δύναμης του κάθε καρκινοπαθούς ασθενούς. Εξετάζονται στο ερωτηματολόγιο αυτό, οι σχέσεις του ασθενούς με τη θρησκεία, οι ικανότητες του στην επίλυση προβλημάτων, η πνευματική του κατάσταση και η συναισθηματική του σταθερότητα.

Αφού αναγνωριστούν με βάση το ερωτηματολόγιο αυτό οι βασικοί τομείς του ψυχικού κόσμου του ασθενούς, γίνονται εισηγήσεις για παρεμβάσεις που στόχο έχουν την ενδυνάμωση της ψυχολογικής κατάστασης και καταπολέμηση του άγχους, των φόβων και της κατάθλιψης.

Η μέθοδος αυτή κωδικοποιεί την αναγνώριση των ψυχικών αναγκών των καρκινοπαθών ασθενών. Με τον τρόπο αυτό μπορούν να γίνουν ειδικές παρεμβάσεις εκεί που απαιτείται, σε τομείς του ψυχικού κόσμου του καρκινοπαθούς που χρειάζεται βοήθεια και ισχυροποίηση.

Ο καρκίνος δεν επηρεάζει μόνο τη σωματική υγεία. Επηρεάζει τον τρόπο που νιώθουμε, που σκεφτόμαστε και που κάνουμε αυτά που μας αρέσουν.

Προκαλεί συναισθηματικές μεταβολές που συχνά εκπλήττουν. Ο τρόπος σκέψης αλλάζει και γενικά δημιουργούνται νέες καταστάσεις στη λειτουργία του πνευματικού μας κόσμου.

Οι εμπειρίες του κάθε ασθενούς με τον καρκίνο είναι ξεχωριστές. Τα αισθήματα, οι φόβοι, οι αβεβαιότητες, το άγχος και η συναισθηματική εμπλοκή ή αστάθεια είναι επίσης ξεχωριστά για τον κάθε ασθενή.

Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό να δίνεται προσοχή και φροντίδα στο ψυχικό και συναισθηματικό κόσμο του καρκινοπαθούς ακριβώς όπως δίνεται φροντίδα στη σωματική ασθένεια.⁶

ΠΕΜΠΤΟ ΜΕΡΟΣ.

5.1 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ.

Ο νοσηλευτής προκειμένου να λειτουργήσει σαν προαγωγός της Κοινοτικής Υγείας, είναι ανάγκη να αντιληφθεί τις εναλλασσόμενες και αλληλοεξαρτώμενες σχέσεις που υφίστανται μεταξύ των ατόμων, όπως αυτά λειτουργούν μέσα στην οικογένεια τους, στις διάφορες ομάδες, στην κοινότητα, και την κοινωνία στην οποία ανήκουν.

Για να γίνει αυτό πρέπει να τιτλοποιήσουμε τα εξής:

Τι είναι οικογένεια. Οικογένεια είναι ο θεσμός που εξασφαλίζει την βιολογική και κοινωνική αναπαραγωγή της κοινωνίας (γέννηση παιδιού-ανατροφή) και παράλληλα την αμοιβαία προστασία και βοήθεια μεταξύ των προσώπων που συνοδεύονται με συγγενικούς δεσμούς.

Είναι το σύνολο προσώπων που συνοδεύονται με δεσμό φυσικό ή νομικό και ζουν κάτω από την ίδια στέγη.

Ποια είναι τα χαρακτηριστικά της οικογένειας.

1. Κάθε οικογένεια είναι μοναδική, διαφέρει από οποιαδήποτε άλλη. Χρειάζεται λοιπόν συγκεκριμένες πληροφορίες για την κάθε οικογένεια ξεχωριστά, με σκοπό να διαπιστωθούν και να αντιμετωπισθούν οι δικές της ανάγκες.
2. Κάθε οικογένεια έχει ομοιότητες με οποιαδήποτε άλλη οικογένεια. Οι ομοιότητες αυτές είναι: α) αποτελεί μια μικρή ομάδα. β) έχει δικά μερικές πιστεύω, πεποιθήσεις, κανόνες λειτουργίας. γ) έχει κάποια συγκρότηση και ιεραρχία. δ) διεκπεραιώνει συγκεκριμένες δραστηριότητες.
3. Μερικές οικογένειες μοιάζουν περισσότερο μεταξύ τους με άλλες. Έχουν κάποιο κοινό ιδιαίτερο χαρακτηριστικό.

Ο νοσηλευτής προκειμένου να βοηθήσει την οικογένεια με το χρόνιο άρρωστο μέλος χρειάζεται να γνωρίζει πως λειτουργεί η οικογένεια σαν ανοικτό σύστημα, όπως ορίζεται από τους κοινωνιολόγους και σαν κλειστό σύστημα, όπως το αντιμετωπίζουμε εμείς. Η θεωρία των συστημάτων έχει πλήρη εφαρμογή στην οικογένεια, και για να γίνουμε σαφέστεροι, πρέπει να δούμε τι είναι και πως βλέπει την οικογένεια η θεωρία των συστημάτων. Η θεωρία των συστημάτων βλέπει την οικογένεια σαν ένα ενιαίο σύστημα με αλληλοεξαρτώμενα μέλη. Μας δίνει τη δομή της οικογένειας όσον αφορά το γάμο, τη σχέση των ατόμων με εργασία, σχολείο, θρησκεία, ψυχαγωγία. Η οικογένεια αφού αποτελεί ένα σύνολο διαθέτει και διατηρεί συγκεκριμένα σύνορα δηλ. επιλεκτικά μολονότι είναι κλειστό σύστημα, επιτρέπει την ανταλλαγή πληροφοριών και επικοινωνίας με το περιβάλλον.

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που πρέπει να αξιολογήσουμε πριν προσεγγίσουμε την οικογένεια του ασθενούς είναι:

1. Η κουλτούρα της οικογενείας(μόρφωση, θρησκεία, έθνος, φυλή).
2. Η δομή της οικογένειας.
3. Ο ρόλος του ασθενούς στην οικογένεια.
4. Παράγων ηλικία.
5. Το στάδιο και η εξέλιξη της νόσου.
6. Η οικονομική κατάσταση.¹⁸

Η πρώτη αντίδραση του οικογενειακού προβλήματος στη διάγνωση.

Όταν η οικογένεια ενημερωθεί, ότι ένα μέλος της πάσχει από καρκίνο, οδηγείται σε αποδιοργάνωση, δημιουργούνται αισθήματα χάους στα υπόλοιπα μέλη, αναδύονται όλες οι προκαταλήψεις μέσα από ένα πανικό, ηττοπάθεια και αδιέξοδο.

Ψυχολογικά είναι επηρεασμένα τα μέλη της οικογένειας, αλλά δημιουργούνται και πρακτικά προβλήματα. Αυτό συμβαίνει είτε πρόκειται για τον πατέρα, που όχι μόνο έχει συχνά την οικονομική ευθύνη της οικογένειας, αλλά εμπνέει σιγουριά και ασφάλεια στα μέλη της τον παραδοσιακό του ρόλο, είτε πρόκειται για την μητέρα, που μπορεί να έχει μέρος της οικογενειακής ευθύνης, αλλά είναι το άτομο που ισορροπεί την οικογένεια με την ανάγκη, την τρυφερότητα, την ζεστασιά.

Όταν η διάγνωση αφορά παιδί, εδώ είναι τελείως διαφορετικά. Οι γονείς κυριεύονται με απελπισία και δυστυχία, νιώθουν ενοχές για την ασθένεια και ανεπάρκεια για τον ρόλο τους.

Τι σημαίνει να πληροφορηθεί η οικογένεια ότι κάποιο μέλος της είναι άρρωστο με καρκίνο:

- Ποιους μηχανισμούς μπορεί να αναπτύξει;
- Πως θα αντιμετωπίσει της πορεία του προβλήματος;
- Πως θα συμπεριφερθεί στον ασθενή ή οικογένεια του;
- Πρέπει να το συζητήσει ή είναι μυστικό που προκαλεί ντροπή;

Όλα αυτά τα ερωτήματα προκαλούν σύγχυση και πανικό στην οικογένεια, που αν δεν απαντηθούν δεν θα μπορέσει η οικογένεια να έχει δύναμη για να αντιμετωπίσει τον άρρωστο και την αρρώστια του, με αποτελεσματικό τρόπο, για να βοηθηθεί ο ασθενής.

Σ' αυτό χρειάζεται η συμβολή των ειδικών επιστημόνων, όπως κοινωνικού λειτουργού, οικογενειακού θεραπευτού, ψυχολόγου, νοσηλευτριών κ.λ.π.

Τύπο συμπεριφοράς οικογενειών και κοινωνικού λειτουργού.

Οι τρόποι αντίδρασης εξαρτώνται από την ιδιομορφία της οικογένειας, από θρησκευτικές και φιλοσοφικές αντιλήψεις, νοοτροπία περίγυρου κ.τ.λ.

Είναι λοιπόν δυνατόν να έχουμε τις εξής αντιδράσεις:

- Το οικογενειακό περιβάλλον να εμφανισθεί υπερενεργητικό.

Αμέσως μετά το σοκ της διάγνωσης και την αμηχανία που θα βρεθούν, ακολουθεί μια έξαρση της ενεργητικότητας των συγγενών η όποια τείνει να εξαφανίσει τον ασθενή και να τον υποκαταστήσει πλήρως ως πρόσωπο.

Οι συγγενείς παρέχουν υπερβολική φροντίδα, η οποία προβληματίζει τον ασθενή. Ο ασθενής αισθάνεται αφύσικα με τους οικείους του πριν ακόμη συνειδητοποιήσει τι του συμβαίνει. Βέβαια όταν τους έχει ανάγκη, ίσως δεν μπορέσουν να είναι ουσιαστικά κοντά του.⁴

Οι κοινωνικός λειτουργός πρέπει να διαγνώσει αυτόν τον τρόπο αντίδρασης ώστε να κατευθύνει και να μετριάσει την ενεργητικότητα τους, για να νιώσει ο ασθενής πιο άνετα και φυσιολογικά και για να μην κουρασθούν και οι δύο πλευρές. Θα πρέπει να καταλάβουν τα μέλη της οικογένειας ότι πρέπει να είναι δίπλα του διακριτικά και να βοηθηθεί το άτομο να ενεργοποιήσει τους μηχανισμούς άμυνας και ακόμη να γνωρίζουν, ότι την βοήθεια τους θα την χρειασθεί ο ασθενής αργότερα.

- Περιβάλλον υπερπροστατευτικό.

Η οικογένεια βάζει τον ασθενή στο περιθώριο. Δεν τους επιτρέπει να συμμετέχει σε δραστηριότητες, ίσως και αυτές που θα μπορούσε να έχει. Σταδιακά εγκαταλείπει τους ρόλους, τα καθήκοντα, ψυχαγωγία, υποχρεώσεις, εργασία. Χάνει την ταυτότητα του. Το οικογενειακό περιβάλλον, πέρα από την αγάπη, μπορεί να περιλαμβάνει και παθολογικές καταστάσεις, να έχει δηλ. κάποιες ενοχές για κάτι και να προσπαθεί με αυτήν την συμπεριφορά να δικαιωθεί.

Η παρέμβαση σ' αυτόν τον τύπο οικογένειας θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει την αυτοπεποίθηση του στην εργατιά και την προσωπική του ζωή, κατευθύνοντας παράλληλα τους συγγενείς σε άλλες δραστηριότητες. Επίσης θα πρέπει συγγενείς μνα αφήνουν τον ασθενή να αναλαμβάνει ευθύνες.

- *Η αυθυποβολή της οικογενείας ταλαιπωρεί, όταν ο ασθενής δεν έχει ανάγκη. Οι συγγενείς ξεπερνούν τα όρια υπερπροστασίας και φτάνουν στα όρια της προσωπικής αυτοτιμωρίας.*

Τα αίτια μπορεί να είναι υπερβολικής ανάγκης, μπορεί να υποβόσκουν να διαγνώσει τα αίτια του τύπου συμπεριφοράς, ώστε να εφαρμόσει ανάλογη μέθοδος εργασίας, έτσι ώστε να βοηθηθεί ο ασθενής και το οικογενειακό περιβάλλον, όσον το δυνατόν καλύτερα.

Ο κοινωνικός λειτουργός πολύ προσεκτικά και με λεπτούς χειρισμούς, θα πρέπει να ανιχνεύσει τα πραγματικά συναισθήματα, που βρίσκονται μπερδεμένα και τις απαιτήσεις του κοινωνικού περιγύρου.

- *Άλλες αντιδράσεις που εκδηλώνει το οικογενειακό περιβάλλον, είναι ο θυμός, η οργή.*

Σ' αυτή την περίπτωση πολλές φορές συμβαίνει ο ασθενής να κατηγορείται σαν απόλυτα υπεύθυνος της κατάστασης της υγείας και κατ' επέκταση όλων των προβλημάτων που απορρέουν από αυτήν.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού έγκειται στην προσπάθεια της σωστής διοχέτευσης του θυμού.

- *Όταν η οικογένεια είναι υπερεξαρτημένη από τον ασθενή, η πρώτη αντίδραση μπορεί να είναι η άρνηση.*

Είναι απαραίτητο όμως η οικογένεια να μεταβεί σταδιακά σε ένα επόμενο στάδιο της αποδοχής της πραγματικότητας, διότι εάν δεν γίνει αυτό, εγκυμονείτε ο εξής κίνδυνος: η οικογένεια θα συνεχίσει τις απαιτήσεις από τον ασθενή όπως και στο παρελθόν, ενώ ο ασθενής δεν θα μπορεί να ανταποκριθεί και έτσι θα προκύψουν προβλήματα δυσεπικοινωνίας και τα αντίστοιχα ψυχολογικά προβλήματα. Όλα όσα αναφέραμε παραπάνω δεν αποτελούν στεγανά, διότι δεν υπάρχει τίποτα το απόλυτο και το στεγανό στην ανθρώπινη συμπεριφορά.

Είναι όντως κάποιιοι τύποι οικογενειακών, που πρέπει να γνωρίζουν οι ειδικοί επαγγελματίες.

Πρέπει να τονιστεί η αναγκαιότητα της προσέγγισης, τόσο του οικογενειακού περιβάλλοντος, όσο και του ασθενούς από τον κοινωνικό λειτουργό που ασχολείται για α) να βρεθούν λύσεις σε πρακτικά προβλήματα. β) να εκφορτισθεί η οικογένεια. γ) να γίνει συνειδητοποίηση του μεγέθους του προβλήματος από όλη την οικογένεια δ) να βοηθήσει στην αποκατάσταση τους ασθενούς. ε) να προετοιμασθεί ο ασθενής και η οικογένεια του στην αποδοχή του θανάτου. στ) να συμβάλλει στην αποδοχή των προκαταλήψεων σε κοινωνικό επίπεδο.

Εκτός από τις αντιδράσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος, μπορεί να έχουμε και μια αλλαγή ταξινόμησης της οικογένειας που είναι απαραίτητη και τη γνωρίζουμε, διότι σε συνδυασμό και με την παρέμβαση μας μπορεί να βοηθήσει ο ασθενής, όπως α) οικογένεια που ανταποκρίνεται θετικά στον ασθενή μέλος της. β)

οικογένεια που δεν ανταποκρίνεται θετικά. γ) διαλυμένη οικογένεια. δ) στην έλλειψη οικογένειας.

Επίσης, πολύ σημαντικό είναι να γνωρίζουμε τους παράγοντες που καθορίζουν την έκταση της τραγικότητας στην οικογένεια του ασθενή είναι:

A) Το πιο μέλος της οικογένειας είναι άρρωστο.

B) Πως προδιαγράφεται η εξέλιξη και η πορεία της νόσου.

Γ) Το πνευματικό επίπεδο των μελών της οικογένειας και η καλλιέργεια τους, όσο και η επικοινωνία μεταξύ τους.

Δ) Επίσης σημαντικότατο η οικονομική κατάσταση.

Εκεί πρέπει να σταθούμε ιδιαίτερα, είναι το πιο μέλος είναι ο ασθενής.

Άρρωστος γονιός.

§ Πρακτικά προβλήματα (μείωση εισοδήματος), απουσία από την οικογένεια.

§ Συναισθήματα υπάρχει ένταση, εκνευρισμός, ανασφάλεια, διάχυτος φόβος).

Άρρωστο παιδί

§ Πρακτικά προβλήματα.

§ Συναισθηματικά (αγωνία, λύπη, βασανιστικό γιατί).

Εδώ πρέπει να βοηθηθούν οι γονείς από τον κοινωνικό λειτουργό ώστε:

• Να καταλάβουν σωστά και να συνειδητοποιούν τη φύση της αρρώστιας του παιδιού,

• Να έχουν την ικανότητα να ενημερώσουν και να συζητήσουν ανοικτά το θέμα της αρρώστιας και της θεραπείας με όλα τα μέλη της οικογένειας.

• Να έχουν μια φυσιολογική συναισθηματική αντίδραση απέναντι στη διάγνωση, που περιλαμβάνει το αρχικό shock, άρνηση, θυμός, κατάθλιψη, άγχος, ώσπου να αποδεχθούν τη νέα πραγματικότητα.

• Να έχουν μια ενθαρρυντική στάση, προτρέποντας όλα τα άλλα μέλη της οικογένειας, να εκφράσουν ανοικτά τα δικά τους συναισθήματα και να συνεργαστούν στα νέα δεδομένα. Ένα παιδί με καρκίνο, δεν παύει επειδή αρρώστησε να μεγαλώσει και να εξελίσσεται. Οι δυσκολίες και οι δοκιμασίες όμως που αντιμετωπίζει, είναι αναντίρρητα μεγαλύτερες από αυτές των συνομηλίκων υγιών παιδιών. Στις δυσκολίες αυτές, το περιβάλλον που προσφέρει άλλοτε περισσότερες και άλλοτε λιγότερο την ευκαιρία, να έχει μια φυσιολογική εξέλιξη μέσα από μη φυσιολογικές συνθήκες και περιόδους έντονου stress. Το περιβάλλον αυτό καθορίζεται από την οικογένεια του παιδιού, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και το σχολείο, αλλά και από όλες τις κοινωνικές εμπειρίες που θα ζήσει στη διάρκεια τη Αρρώστιας του. Ο κοινωνικός λειτουργός, πρέπει να βοηθήσει το οικογενειακό περιβάλλον να αρχίσει μια συνειδητή διεργασία προσαρμογής στη νέα κατάσταση.

Φυσιολογικό, πρέπει να θεωρείται, το άγχος που προκαλείται από την αβεβαιότητα για το μέλλον του παιδιού και από τις αλλεπάλληλες μεταβολές στη ζωή της οικογένειας.

Το οικογενειακό περιβάλλον θα πρέπει να βοηθηθεί, ώστε να αντιμετωπίσει όλα τα στάδια της νόσου με ψυχραιμία.

• Την περίοδο της θεραπείας η οποία μπορεί να είναι μακροχρόνια και με προβλήματα.

- Κρίση της υποτροπής. Εδώ οι αντιδράσεις των γονιών μοιάζουν με εκείνες που είχαν εκδηλώσει την περίοδο της διάγνωσης. Εντονότερος όμως παρουσιάζεται ο πόνος τους, όταν μειώνεται οι ελπίδες τους. Σ' αυτή την περίοδο η υποστήριξη προς ολόκληρη την οικογένεια, πρέπει να παρέχεται σε συνεχόμενη και μακροχρόνια βάση.
- Η κρίση της αποθεραπείας. Όταν το παιδί συμπληρώσει τα απαραίτητα χρόνια θεραπείας, η οικογένεια βρίσκεται και πάλι μπροστά σε μια νέα σημαντική αλλαγή. Οι γονείς δυσκολεύονται να πιστέψουν για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, ότι το μικρό παιδί τους θεωρείται πια καλά. Αγωνιούν με το παραμικρό και διατηρούν την υπερπροστατευτική τους συμπεριφορά.
- Περίοδος θανάτου. Εδώ θα μπορούσαμε να μιλήσουμε με θέμα, τι σημαίνει θάνατος για ένα παιδί, εκ του τίτλου όμως θα αναφερθούμε, τι συμβαίνει με τους γονείς και τα αδέρφια ενός παιδιού που πεθαίνει ερευνητές έχουν περιγράψει μια συμπεριφορά και διαδικασία θρήνου που εκδηλώνει πριν ακόμα το παιδί πεθάνει. Αυτός ο προπαρασκευαστικός θρήνος. Αρχίζει με τη συνειδητοποίηση, ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος. Τα μέλη της οικογένειας τα χαρακτηρίζει ο φόβος, το άγχος μπροστά στο αναμενόμενο χωρισμό. Στόχος του κοινωνικού λειτουργού που βρίσκεται σε επαφή με την οικογένεια, είναι να τη βοηθήσει να ακολουθήσει μια φυσιολογική πορεία στο πένθος της, ώστε να μπορέσει να ξαναβρεί την ισορροπία της.

Δύσκολο και επίπονο το επάγγελμα μας, όμως όσοι εργαζόμαστε με τον καρκίνο πρέπει να γνωρίζουμε, ότι είναι οικογενειακή αρρώστια, για αυτό πρέπει να είμαστε ευαισθητοποιημένοι επαγγελματίες και άνθρωποι, για να μπορούμε να αντιμετωπίσουμε τις καταστάσεις που προκύπτουν.¹⁴

5.2 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟΝ ΙΔΙΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ.

Για να αντιμετωπίσουμε τον καρκίνο, χρησιμοποιούμε σήμερα όλο και πιο περίπλοκες θεραπευτικές μεθόδους. Με αυτήν την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, στον τομέα της ογκολογίας, το ποσοστό των ασθενών που θεραπεύονται είναι πια υψηλό. Ωστόσο, όλες οι μορφές καρκίνου δεν θεραπεύονται και το συναίσθημα του ότι δεν έχουμε δυνατότητα να φανούμε χρήσιμοι γίνεται έντονο από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας (γιατρών, νοσηλευτών κ.λ.π.).

Όμως, ακόμη και όταν η ώρα του θανάτου πλησιάζει για τον ασθενή μας. Υπάρχει πολλές ενέργειες που μπορούμε να κάνουμε για να βοηθήσουμε και να τον υποστηρίξουμε. Ακολουθώντας αυτόν τον τρόπο σκέψης δημιουργήθηκαν στην Γαλλία διάφορες μονάδες σταδιακής ανακούφισης, για τους ασθενείς τελικού σταδίου.

Ο καρκίνος ως αρρώστια που επιδρά στο βιολογικό σώμα.

Ο καρκίνος παρουσιάζεται να διαταράσσει τη λειτουργία αυτού του υπέροχου μηχανισμού που είναι το ανθρώπινο σώμα. Όλα τα μέσα που διαθέτουμε θα χρησιμοποιηθούν για την καταπολέμηση του. Ο κίνδυνος, λοιπόν, να παραμερίσουμε και να ξεχάσουμε το άτομο με το βιολογικό του σώμα και να λάβουμε υπόψη μας μόνο την αρρώστια είναι μεγάλος.

Οι επιπτώσεις του καρκίνου είναι πραγματικές και πολλές φορές αντιληπτές φαίνονται πάνω στο σώμα. Από τη στιγμή που γίνεται η διάγνωση αρχίζει ένας πραγματικός πόλεμος εναντίον της αρρώστιας. Χάρη στις διάφορες ιατρικές εξετάσεις (αναλύσεις αίματος, ορμόνες, κ.λ.π.) συγκρίνουμε τις διαφορές με τα φυσιολογικά όρια και στη συνέχεια χρησιμοποιούμε τρόπο, φαρμακευτικό ή τεχνολογικό για να νικήσουμε αυτόν τον εχθρό που είναι η αρρώστια του καρκίνου.

Τρόποι αντιμετώπισης.

Ξεχωρίζουμε τρεις τρόπους αντιμετώπισης της ανίατης αρρώστιας. Η ιατρική επιστήμη έχει κάνει μεγάλες προόδους και έχει συμμετάσχει στη βελτίωση των συνθηκών της ζωής πολλών ατόμων. Παρόλα αυτά, υπάρχουν ακόμα ανίατες αρρώστιες.

Για μεγάλο χρονικό διάστημα η ανίατη ασθένεια θεωρήθηκε ως αποτυχία. Τρεις τρόποι αντιμετώπισης εμφανίστηκαν αρχικά και κανένας από τους τρεις δεν έλαβε υπόψη του το βιολογικό σώμα του ασθενή.

1. Η ακατάσχετη πεισματική θεραπεία.

Όσο υπάρχει η παραμικρή πνοή και ελπίδα ζωής συνεχίζουμε την καταπολέμηση της ασθένειας, όποιο κι αν είναι το αντίτιμο, ακόμη και αν πρέπει να χρησιμοποιήσουμε μεθόδους που είναι επιθετικές για το σώμα του ασθενή.

Ο Η Biraud τονίζει ότι « η επιθυμία να πραγματοποιήσουμε εξαιρετικά αποτελέσματα είναι μεγάλη στις περισσότερες περιπτώσεις για να παρατείνουμε για λίγο τη ζωή του ασθενή. Όμως για ποία ζωή πρόκειται; Για ένα σώμα το οποίο είναι ακίνητο, καθισμένο από τους διάφορους σωλήνες που του έχουν βάλει, που κινείται χάρη στα μηχανήματα»;

2. Η εγκατάλειψη του ασθενή.

Όταν η ασθένεια είναι πιο ισχυρή από την επιστήμη, ορισμένες φορές εγκαταλείπουμε τον ασθενή. Η ασθένεια λοιπόν συνεχίζει το έργο της καταστρέφοντας όλο και περισσότερο το σώμα του ασθενή.

3. Η ευθανασία.

Η ευθανασία έχει ως σκοπό να βάλει ένα τέλος στην καταστροφή που δημιουργήθηκε από την ασθένεια επιταχύνοντας τον θάνατο. Όταν όλα πλέον είναι χαμένα, ορισμένοι από την θεραπευτική ομάδα σκέφτονται ότι είναι πιο έντιμο να εξαφανίσουμε αυτό το σώμα το οποίο δεν λειτουργεί πλέον φυσιολογικά.

Αυτή η σκέψη έχει τις ρίζες της στο σεβασμό του ατόμου και στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Παρόλα αυτά περιέχει και επιθετικότητα, όταν το άτομο είναι καταδικασμένο πρέπει να έχει την δυνατότητα να διαλέξει τη στιγμή και τον χώρο για να πεθάνει, υποστηρίζουν εκείνοι που μιλούν για ευθανασία.

Από τη στιγμή που εξαφανίζουμε το βιολογικό σώμα, η ευθανασία γίνεται ένας ριζικός τρόπος αντιμετώπισης της ασθένειας, αφού οι άλλοι τρόποι απέτυχαν. Όμως, κάποιος πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να πεθάνει. Το θέμα είναι ηθικό.

Μονάδες πρόσκαιρης σταδιακής ανακούφισης.

Υπάρχει βέβαια μια άλλη λύση, ένας άλλος τρόπος αντιμετώπισης της ανίατης ασθένειας: η πρόσκαιρη σταδιακή θεραπεία.

Κριτήρια εισαγωγής

Στη Γαλλία ο ασθενής πρέπει να πληρώνει τρία κριτήρια για τον δεχτούν στις μονάδες σταδιακής ανακούφισης:

1. Πρέπει να υποφέρει από μια ασθένεια που είναι θανατηφόρα. Η μόνη διάγνωση του καρκίνου δεν είναι αρκετή. Χρειάζεται όλος ο ιατρικός φάκελος του ασθενή, οι ακτινογραφίες, οι βιοψίες, κ.λ.π.

2. Η ασθένεια από την οποία υποφέρει πρέπει να είναι εξελικτική. Το 50% των μορφών καρκίνου δεν εξελίσσονται.

3. Να έχει αποκλειστεί κάθε περίπτωση ίασης. Αυτό σημαίνει ότι ούτε ο χειρουργικός τρόπος, ούτε η χημειοθεραπεία ή η ακτινοθεραπεία φέρνουν πλέον αποτελέσματα.

Οι μονάδες πρόσκαιρης σταδιακής ανακούφισης λαμβάνουν υπόψη τους και η βιολογικό σώμα «όταν πλέον δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτα, υπάρχει πάντα κάτι ακόμα που μπορούμε να κάνουμε».

Καμιά καινούργια μέθοδος, όπως για παράδειγμα, η αξονική τομογραφία δεν χρησιμοποιούνται σε αυτές τις μονάδες. Κυρίως σκοπός είναι να μειωθεί ή και να εξαλειφθεί ο πόνος, τόσο ο σωματικός όσο και ο ψυχικός. Δεν πρόκειται πλέον να προσπαθήσουμε να κρατήσουμε τον ασθενή στη ζωή, αλλά να τον βοηθήσουμε να ζήσει όσο τον δυνατόν καλύτερα γίνεται τον χρόνο που του απομένει. Πρέπει λοιπόν να λάβουμε υπόψη μα οτιδήποτε επίπονο γι' αυτόν. Το σώμα και τα διάφορα επίπονα σημεία του, πρέπει να έχουν όλη την προσοχή μας. Η αναγνώριση του χαμού της αυτονομίας είναι βασικό στάδιο. Αντιμέτωπος με τον θάνατο, ο ασθενής έχει να κάνει με ένα σώμα το οποίο επιβάλλει τον δικό του νόμο. Πρέπει να αντιμετωπίσει την κούραση, τον πυρετό, την παράλυση, τον πόνο. Ο ασθενής χάνει την αυτονομία του και για τα πιο απλά και στοιχειώδη πράγματα: να πλυθεί, να φάει. Να περπατήσει ή απλά και μόνο να αλλάξει θέση στο κρεβάτι. Υποφέρει γιατί γι' αυτόν η αυτονομία είναι σημαντική και φοβάται ότι συνεχώς ενοχλεί.

Στις μονάδες σταδιακής ανακούφισης χρησιμοποιούνται χίλιες δυο μικρές, ασήμαντες πράξεις που βοηθάνε την καθημερινή ζωή του ασθενή: να τον βοηθήσουμε να καθίσει στο κρεβάτι του για να πει τον καφέ του, να τον ανασηκώσουμε για να δει τηλεόραση ή να διαβάσει, να του κλείσουμε τις κουρτίνες να μην τον ενοχλεί ο ήλιος, να του βάλουμε το τραπεζάκι του στη θέση που θέλει.

Όμως, ο ασθενής δεν είναι μόνο το σώμα του. Είναι μια οντότητα, με μια ταυτότητα, μια προσωπικότητα και μια ιστορία. Σκοπός μας, επίσης πρέπει να είναι να τον βοηθήσουμε, από ναρκισσιστική πλευρά, αν κάνει τη διεργασία του πένθους της ίδιας του της ζωής.

Η ναρκισσιστική παλινδρόμηση του ασθενή είναι αναγκαία. Για να επιτευχθεί αυτή η ναρκισσιστική παλινδρόμηση του ασθενή πρέπει προηγουμένως να έχουμε αναλύσει του μηχανισμούς άμυνας που χρησιμοποιεί για να αντιμετωπίσει την ασθένεια.

Μηχανισμοί άμυνας εναντίον μια βαριάς ασθένειας ή του θανάτου.

Αποδοχή του θανάτου.

Αυτοί οι μηχανισμοί άμυνας είναι οι ίδιοι που χρησιμοποιούνται απέναντι σε οποιαδήποτε ασθένεια (σε φαντασιακό επίπεδο όλες οι ασθένειες είναι θανατηφόρες). Η διάφορα είναι ότι στην περίπτωση μιας σοβαρής, βαριάς ασθένειας οι μηχανισμοί άμυνας είναι μαζικοί. Η πρόγνωση για την εξέλιξη της ασθένειας αναγκάζει το ψυχικό όργανο του ασθενή να οργανώσει διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι έντονη η απειλή όσον αφορά τη φυσική σωματική αρτιμέλεια, αλλά και την ναρκισσιστική αρτιμέλεια ή οποία συμβολίζεται μέσα από το σώμα, ένα σώμα που προδίδει από την μια και απειλείται από την ενόρμηση του θανάτου από την άλλη μεριά. Σε αυτό το γεγονός προσθέτονται οι φαντασιακές αγχωτικές αναπαραστάσεις γύρω από το σώμα, την ασθένεια και το θάνατο.

Μπορούμε λοιπόν να αναλογιστούμε την τραυματική επίδραση που δημιουργείται μες την ανακοίνωση της διάγνωση του καρκίνου.

Αντιδράσεις ως προς τη διάγνωση.

Αυτές οι αντιδράσεις μοιάζουν με εκείνες που χρησιμοποιούμε εναντίον μιας τραυματικής εμπειρίας και επίσης για την αντιμετώπιση του πένθους. Οδηγούν τον ασθενή σε μια κατάσταση απελπισίας όπου αισθάνεται αβοήθητος. Η άμυνα δεν είναι επαρκής και αποτελεσματική και ο ασθενής οδηγείται σε μια κατάσταση ψυχικού πόνου χωρίς να έχει τη δυνατότητα να στηριχθεί σε οποιαδήποτε αναπαράσταση ή σε οποιαδήποτε λόγο.

Ο ψυχικός πόνος θα μετριάσει και θα εξωτερικευτεί μέσα από σωματικές αντιδράσεις: ταχυκαρδία, εφίδρωση. Αυτός είναι και ο πρώτος τρόπος που θα χρησιμοποιήσει ο ασθενής για να επιτύχει την εκφόρτιση. Όμως, όπως και στην περίπτωση του βρέφους, που κληρονομεί, αυτή η λύση, δεν είναι αποτελεσματική. Ορισμένοι ασθενείς μιλούν εκ των υστέρων γι' αυτήν τη στιγμή της διάγνωσης και την παρομοιάζουν με κατακλυσμό «άνοιξε η γη κάτω από τα πόδια μου». «Είχα την εντύπωση ότι έπεφτα σε γκρεμό».

Τη ίδια στιγμή της διάγνωσης ο χρόνος σταματά για τον ασθενή. Αρχίζει να υπάρχει πάλι από την στιγμή που συνειδητοποιεί τη διάγνωση.

Μιλώντας για τα τραυματικά όνειρα, ο S. Freud: λέει ότι η επανάληψη φέρνει στην επιφάνεια την οδύνη, τον πόνο. Το άγχος που εμφανίζεται σε αυτό το στάδιο δεν είναι αυτόματο και έχει σχέση με την πρωτόγονη αγωνία.

Μια διαδικασία πρέπει λοιπόν να αρχίσει, έτσι ώστε ο ασθενής να βγει από αυτή την κατάσταση όπου το ψυχικό του όργανο σταμάτησε να λειτουργεί. Πρέπει να ξανά αρχίσει να λειτουργεί η ψυχική επεξεργασία για να δοθεί μια απάντηση και να αντιμετωπίσει η κατάσταση κρίσης στην οποία βρίσκεται. Αυτή η επεξεργασία αρχίζει με την αποδοχή και συνειδητοποίηση της διάγνωσης. Παρόλα αυτά, το ψυχικό όργανο δέχεται με δυσκολία να απορροφήσει αυτή τη μαζική ποσότητα ενέργειας.

Το αλεξιδιεγερτικό σύστημα ισχυροποιείται και χρησιμοποιεί τη διεργασία της άρνησης.

Μπροστά στο βάρος της πραγματικότητας, μόνο η άρνηση είναι αποτελεσματικός μηχανισμός άμυνας. Σιγά-σιγά η άρνηση θα γίνεται όλο και λιγότερο έντονη. Ο διχασμός, ως μηχανισμός άμυνας, θα χρησιμοποιηθεί από τον ασθενή με αποτέλεσμα να μας δει την εντύπωση ότι η διάγνωση έχει γίνει αποδεκτή. Είναι κάτι που πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τη στιγμή που ανακοινώνουμε τη διάγνωση και κυρίως για την οργάνωση της θεραπευτικής αγωγής.

Μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι ασθενείς οι οποίοι αρνούνται είναι τη διάγνωση έχουν τις περισσότερες δυνατότητες να απορροφήσουν το σοκ. Ο S. Freud: λέει ότι ο μηχανισμός άμυνας της απάρνησης είναι ένας τρόπος αποδοχής. Η άρνηση χρησιμοποιείται από τον ασθενή για να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις της ασθένειας: «θα συνέλθω...», «όταν θα γίνω καλά...» ή ακόμα για να εναντιωθεί στην ίδια την ύπαρξη της ασθένειας :«λάθος διάγνωση...». ορισμένες φορές παρατηρούμε ότι η στιγμή της ανακοίνωσης της διάγνωσης έχει απωθηθεί: ο ασθενής, δεν θυμάται τίποτα.

Άλλοι ασθενείς δεν έχουν καμία δυνατότητα να αισθανθούν τα συναισθήματα και δέχονται τη διάγνωση με απόλυτα ήρεμο τρόπο. Σε αυτή την περίπτωση δεν υπάρχει η απάρνηση της πραγματικότητας. Αυτοί οι ασθενείς έχουν, λοιπόν, τη δυνατότητα να μιλήσουν για την κατάσταση τους με ρεαλιστικό τρόπο και μας δίνουν την εντύπωση μιας ισχυρής προσωπικότητας και προκαλούν τον θαυμασμό μας όσον αφορά την ψυχραιμία τους.

Μιλώντας για ένα ασθενή το νοσηλευτικό προσωπικό έλεγε: «α αυτός δεν έχει τόσο ανάγκη να δει έναν ψυχολόγο... ξέρεις το πήρε πολύ καλά...». Πράγματι, όταν ο ψυχολόγος πηγαίνει στο δωμάτιο του για να δει τον ασθενή που ήταν στο διπλανό κρεβάτι, συζητούσε λίγο μαζί του. Πάντα έλεγε: «εγώ ψυχολογικά είμαι εντάξει...». Ήθελε να δώσει την εικόνα ενός αξιοσέβαστου και ισχυρού ανθρώπου. Με τον χρόνο, μια σχέση εμπιστοσύνης δημιουργήθηκε ανάμεσα τους. Αυτό του επέτρεψε να μιλήσει για την ψυχική οδύνη που τον έτρωγε ασταμάτητα, αλλά και για τις επιθυμίες του και τις ελπίδες του που δεν θα μπορούσαν ποτέ να πραγματοποιηθούν. Η δυσκολία στην περίπτωση αυτού του ασθενή ήταν να βρούμε ένα επίπεδο σχέσης το οποίο θα του επέτρεπε να εκφραστεί. Η πρώτη εντύπωση ψυχραιμίας που μας έδωσε ήταν εικονική.

Η J. M. Douglas μιλάει για μια κατάσταση *ψυχικού πάγου* ή *αλεξιθυμίας*. Το ψυχικό όργανο τείνει σε μια κατάσταση εσωτερικού θανάτου και αυτό γιατί το συναίσθημα βιώνεται σαν απειλητικό. Σε αυτή την περίπτωση η εκτόνωση δεν μπορεί να γίνει μέσα από το ψυχικό όργανο. Θα γίνει μέσα από το σώμα. Το σώμα λοιπόν κινδυνεύει να ανατιναχτεί.¹⁰

5.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Παραδοσιακά η έννοια της αποκατάστασης ακολουθείται από κάποιο είδος σωματικής ανικανότητας ή δυσλειτουργίας, που προέκυψε από κάποια νόσο ή τραυματισμό.

Με την ίδια έννοια οι υπηρεσίες αποκατάστασης παρέχονται σχεδόν αποκλειστικά σε άτομα που παρουσιάζουν λειτουργικούς περιορισμούς και σωματική ανικανότητα.

Για τους καρκινοπαθείς ασθενείς, ο όρος ανικανότητα δεν είναι αρκετά ευδόκιμος, επειδή υποδηλώνει στατική κατάσταση κατά την οποία το άτομο δυσκολεύεται ή δεν μπορεί να προσαρμοστεί.

Παλαιότερα, η ανάγκη παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης στους ασθενείς με καρκίνο, περιοριζόταν μόνον σ' εκείνα τα άτομα, που εξαιτίας της νόσου απώλεσαν ομάδα μυών από την εξωτερική επιφάνεια του σώματος ή και του μέλους του σώματος τους.

Σήμερα αναγνωρίζεται, ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με καρκίνο, που η απώλεια είναι ψυχολογική ή τουλάχιστον μη ορατή από τη φύση τους, η ανάγκη για υπηρεσίες αποκατάστασης είναι εξίσου σημαντική.

Η έννοια της αποκατάστασης, όπως αυτή εφαρμόζεται στους καρκινοπαθείς συνήθως αποβλέπει στην απόκτηση επιθυμητής σωματικής, ψυχικής, κοινωνικής, επαγγελματικής και οικονομικής χρησιμότητας του ατόμου. Ο στόχος της νοσηλευτικής αποβλέπει στην παροχή ανθρωπιστικής φροντίδας στον καρκινοπαθή ασθενή και την οικογένεια του, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη νόσο και τη θεραπεία, ώστε να μπορέσει ο άρρωστος να συμμετέχει ικανοποιητικά στις δραστηριότητες της ζωής.

Διεργασία αποκατάστασης.

Η τυπική πορεία του καρκίνου χαρακτηρίζεται από περιόδους ηρεμίας και επιπλοκών. Αναφέρεται ότι δυο στους τρεις ασθενείς παρουσιάζουν επιπλοκές στα πέντε πρώτα χρόνια από την αρχική διάγνωση της νόσου.

Η συχνότητα με την οποία η περίοδος της νόσου εξελίσσεται, εξαρτάται από τον τύπο του καρκίνου τους ιστούς ή τα όργανα που περιλαμβάνει, τον τύπο της θεραπείας που εφαρμόζεται και την αντίδραση του ασθενή.

Οι νοσηλευτές σχεδιάζουν τα νοσηλευτικές παρεμβάσεις με πλήρη γνώση των αναφερόμενων μεταβλητών. Στη συνέχεια, αξιολογούν το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή, το αλλάζουν ή το τροποποιούν με στόχο την παρεμπόδιση της εξέλιξης της νόσου, τον έλεγχο των επιπλοκών και την προώθηση του ασθενή προς την αυτοφροντίδα και την αποκατάσταση.

Προβλήματα που παρουσιάζονται πολύ συχνά στη νοσηλευτική φροντίδα των καρκινοπαθών ασθενών επικεντρώνονται στις εξής περιοχές:

- Στην παρεμπόδιση της εξέλιξης της νόσου.
- Στη διαπαιδαγώγηση του ασθενή και της οικογένειας.
- Στον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου από τον ασθενή.
- Στον έλεγχο των συμπτωμάτων.
- Στους προστατευτικούς μηχανισμούς του ασθενή.

Παρεμπόδιση της εξέλιξης της νόσου.

Η πρόωμη αναγνώριση της πορείας της νόσου και των επιπλοκών της, ευνοϊκότερη πρόγνωση για τον ασθενή. Ασθενείς με γνωστό καρκίνο, στη σκέψη ότι μπορεί να ανακαλύψουν εξάπλωση του καρκίνου και σε άλλα όργανα, φοβούνται να υποβληθούν στον καθιερωμένο διαγνωστικό έλεγχο.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην διαπαιδαγώγηση του ασθενή και των οικείων του για την έγκαιρη εφαρμογή του διαγνωστικού ελέγχου στον καθιερωμένο χρόνο ή όταν προκύψει ανάγκη και νωρίτερα, συμβάλλει στην εντόπιση των προειδοποιητικών σημείων και κατά συνέπεια στην αντιμετώπιση και αναστολή της εξέλιξης της νόσου.

Διαπαιδαγώγηση τους ασθενούς και των συγγενών.

Η πληροφόρηση είναι καταλύτης στη λήψη των αποφάσεων και στην αλλαγή της συμπεριφοράς. Η ζωή του ανθρώπου είναι μια δυναμική διεργασία, η οποία συγκεντρώνει πληροφορίες μέσω των αισθήσεων, τις επεξεργάζεται, τις ερμηνεύει και ενεργεί ανάλογα.

Στη νοσηλευτική φροντίδα των καρκινοπαθών ασθενών, πρωταρχικός ρόλος των νοσηλευτών είναι η πληροφόρηση του ασθενή και των συγγενών του σχετικά με την αιτιολόγηση της νόσου, τις εκδηλώσεις της, το θεραπευτικό σχήμα, τις παρενέργειες, την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, τα εφαρμοζόμενα προληπτικά μέτρα, τη χρησιμοποίηση των κοινοτικών πόρων κ.α.

Πολλές φορές η συναισθηματική κατάσταση του αρρώστου και των συγγενών του είναι ασταθής, με αποτέλεσμα να εξασθενεί τη δυνατότητα τους να ζητήσουν και να διατηρήσουν τις πληροφορίες που τους παρέχονται. Ιδιαίτερα, τα άτομα που κατέχονται από υπερβολική ανησυχία, δεν είναι σε θέση να ακούσουν και να κατανοήσουν τη διδασκαλία. Ενδέχεται μάλιστα η διδασκαλία, σ' αυτή τη φάση, να

λειτουργήσει αρνητικά, να αυξήσει το επίπεδο του άγχους και να ελαττώσει τη δεκτικότητα για μάθηση.

Καταστάσεις που εμποδίζουν τη διδασκαλία και πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα από τους νοσηλευτές είναι ο πόνος, η σύγχυση και η μεταβολή της ψυχικής λειτουργίας.

Σημαντικοί συντελεστές για την επιτυχία της διαπαιδαγώγησης των ατόμων είναι η πνευματική κατάσταση και η ψυχική σταθερότητα. Κατά συνέπεια, οι αναφερόμενες οντότητες; Πρέπει να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται πριν από τη διαδικασία της διαπαιδαγώγησης.

Τρόποι αντιμετώπισης της νόσου.

Για τους περισσότερους ανθρώπους η λέξη καρκίνος δημιουργεί πανικό, stress και πραγματική κρίση. Ελάχιστα άτομα στο άκουσμα της αρχικής διάγνωσης της νόσου καταφέρουν να διατηρήσουν ψυχραιμία και αυτοσυγκράτηση.

Ο καρκίνος ταυτίζεται συνήθως με την απώλεια της ζωής, της υγείας, των μελών του σώματος, της ψυχολογικής λειτουργίας, της προσωπικής εμφάνισης, της αυτοεκτίμησης, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τους ρόλους και την απώλεια της εργασίας.

Μερικές από τις αναφερόμενες εμπειρίες συναντώνται σε πολλά χρόνια νοσήματα. όμως στους ασθενείς με καρκίνο ενδέχεται να παρουσιάσουν όλες και να διαταράξουν την ψυχολογική ισορροπία των ασθενών.

Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική ισορροπία του καρκινοπαθούς είναι:

1. Η σοβαρότητα της νόσου και η θεραπεία.
2. Η χρονική διάρκεια και οι επιλοκές της νόσου.
3. Η αξία της απώλειας του οργάνου.
4. Οι μηχανισμοί αντιμετώπισης του ασθενή.
5. Οι διαθέσιμες πηγές.

Σε σχέση με τους αναφερόμενους παράγοντες, η αξιολόγηση του ασθενούς και των συγγενών του παρέχουν στους νοσηλευτές τις αναγκαίες γνώσεις να αναγνωρίσουν τις αιτίες που δημιουργούν το stress αλλά και την ικανότητα των ατόμων να προσαρμοστούν σ' αυτούς.

Στη συνέχεια, αναφέρονται νοσηλευτικές παρεμβάσεις που βοηθούν τα άτομα να πετύχουν ικανοποιητικά προσαρμοστικότητα στη νόσο, όπως:

1. Χρησιμοποίηση των μηχανισμών αντιμετώπισης του ασθενή που στο παρελθόν είχαν αποδειχτεί αποτελεσματικοί.
2. Ενθάρρυνση του ασθενή για αλλαγή συμπεριφοράς και πρόταση τεχνικών που βοηθούν στη λύση των προβλημάτων.
3. Τροποποίηση των προβλημάτων, όπου είναι δυνατόν, για να διευκολυνθεί η λύση τους (π.χ. χρησιμοποίηση προσθέσεων).
4. Εφαρμογή στρατηγικών που συμβάλλουν στην αναστολή της κρίσης.
5. Διευκόλυνση των διαδικασιών που σχετίζονται με τη χρησιμοποίηση των πηγών.

Προστατευτικοί μηχανισμοί ασθενή

Στους προστατευτικούς μηχανισμούς περιλαμβάνονται το δέρμα, οι βλεννογόνοι, η νευρομυϊκή και αισθητική λειτουργία, καθώς και το αιμοποιητικό και

ανοσοποιητικό σύστημα. Οι παραπάνω μηχανισμοί προστατεύουν τον οργανισμό από την εισβολή μικροοργανισμών ή ξένων σωμάτων.

Η παρουσία του καρκίνου στον οργανισμό πολύ συχνά διαταράσσει τη λειτουργία των προστατευτικών μηχανισμών του οργανισμού με αποτέλεσμα το άτομο να βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο για αιμορραγίες και λοιμώξεις.

Αναφέρεται ότι οι λοιμώξεις ευθύνονται για το 50% των θανάτων καρκινοπαθών ασθενών.

Η φροντίδα ασθενών με υψηλό κίνδυνο για αιμορραγία και λοιμώξεις περιλαμβάνει τα ακόλουθα νοσηλευτικά μέτρα.

Μέτρα για πρόληψη αιμορραγίας

1. Αξιολόγηση της αιμορραγίας και των προδιαθεσικών παραγόντων.

2. Λήψη ειδικών μέτρων όπως:

• Αποφυγή ΙΜ ενέσεων.

• Χρησιμοποίηση ηλεκτρικής ξυριστικής μηχανής.

• Αποφυγή αιχμηρών αντικειμένων.

• Αποφυγή σκληρής βούρτσας για τον καθαρισμό των οδόντων.

• Διατήρηση της ακεραιότητας του δέρματος και των βλεννογόνων.

• Αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας ή της διάρροιας.

• Αποφυγή παρατεταμένης έκθεσης στις ηλιακές ακτίνες.

3. Διαπαιδαγώγηση ασθενούς και συγγενών του να αναγνωρίζουν, προλαμβάνουν και αντιμετωπίζουν τα προβλήματα της αιμορραγίας.

Μέτρα για την πρόληψη των λοιμώξεων.

1. Διαπαιδαγώγηση ασθενούς και συγγενών του για ανάπτυξη δεξιοτήτων που συμβάλλουν στην αναγνώριση αξιολόγηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην επιδείνωση των αμυντικών μηχανισμών, όπως η χημειοθεραπεία, η ραδιοθεραπεία, η κορτιζοθεραπεία κ.α.

2. Παρατήρηση των σημείων που θεωρούνται ύποπτα για λοιμώξεις, όπως τραύματα, δέρμα.

3. Έλεγχος της θερμοκρασίας του σώματος.

4. Διατήρηση ικανοποιητικής θρέψης και υδάτωσης.

5. Εξασφάλιση ατομικής υγιεινής και ανάπαυσης.

6. Διατήρηση καλής αναπνευστικής λειτουργίας.

7. Αποφυγή έκθεσης σε λοιμώδη νοσήματα.

8. Και διευθέτηση της λοίμωξης.

Οι νοσηλευτές προσφέρουν ανθρωπιστική φροντίδα στα άτομα που βρίσκονται στο σπίτι ή στο νοσοκομείο, με στόχο την εμπόδιση της εξέλιξης της νόσου, τον έλεγχο των επιπλοκών και την αποκατάσταση του ατόμου.

Αλλά και στις περιπτώσεις που η νόσος δεν φαίνεται να υπακούει στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις κι όταν όλα δείχνουν ότι η μάχη δεν θα κερδισθεί, οι νοσηλευτές, μαζί με τις τελευταίες τους φροντίδες, υποστηρίζουν ψυχολογικά τον άρρωστο να δεχτεί ειρηνικά τον επερχόμενο θάνατο.

Η φιλοσοφική θεώρηση του ειρηνικού θανάτου πηγάζει από το γεγονός ότι ο θάνατος δεν σημαίνει το τέλος της ζωής, αλλά την αρχή μια άλλης ζωής, που εκεί δεν έχει θέση ο καρκίνος.

Ο καρκίνος, αν και γνωστός από τον Ιπποκρατική εποχή, αποτελεί το πιο επίμαχο θέμα στη διεθνή επικαιρότητα.

5.4 Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ.

Σήμερα το 50% των ασθενών με κακοήθη νόσο μπορεί να θεραπευτούν οριστικά, κύρια με τη χρήση του συνδυασμού χειρουργικής επεμβάσεως, ακτινοθεραπείας και κυτταροτοξικής χημειοθεραπείας το υπόλοιπο 50% θα αναπτύξει σε άλλοτε άλλο χρόνο μεταστάσεις και τελικά θα καταλήξει στο θάνατο. Η μεταστατική φάση της καρκινικής νόσου μπορεί να αντιμετωπισθεί σήμερα με χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ενίοτε χειρουργική επέμβαση ώστε οι καρκινοπαθείς ασθενείς να ζουν αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα με αποδεκτή ποιότητα ζωής. Σαν καρκίνο τελικού σταδίου ορίζουμε την κατάσταση εκείνη του ασθενούς κατά την οποία κανένας από τους παραπάνω χειρισμούς δεν μπορεί πλέον να εφαρμοσθεί. Αυτό όμως καθόλου δεν σημαίνει την εγκατάλειψη του ασθενούς. Αντίθετα, ο εξειδικευμένος ογκολόγος ιατρός και νοσηλευτής πρέπει να προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής ενώ παράλληλα επικεντρώνεται η προσπάθεια στην ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου και του οικογενειακού του περιβάλλοντος.

Αν και όπως λέχθηκε στην ανακουφιστική θεραπεία δεν χρησιμοποιούνται πλέον κλασσικοί ογκολόγοι θεραπευτικοί χειρισμοί (χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία), είναι δυνατόν υπό προϋποθέσεις να αξιοποιηθεί περιστασιακά κάποια από τις αναφερθείσες μορφές θεραπείας. Έτσι π.χ. μηχανική απόφραξη μπορεί να αντιμετωπισθεί με άρση του κωλύματος (κολοστομία, ουρητηροστομία, τραχειοστομία), η πίεση του νωτιαίου μυελού και οι επιληπτικές κρίσεις από εγκεφαλικές μεταστάσεις με ακτινοθεραπεία κλπ.

Συμπτωματική αγωγή.

1. Πόνος.

Για τον ασθενή ο πόνος είναι ένα εξαιρετικά δυσάρεστο και φοβογόνο αίσθημα που αλλοιώνει την ψυχική του διάθεση και διαταράσσει καθοριστικά την ποιότητα της ζωής του. Για τον γιατρό και το νοσηλευτή είναι ένα εξαιρετικά δύσκολο διαγνωστικό και θεραπευτικό πρόβλημα. Η εξέλιξη της ογκολογίας παράλληλα με τις νέες συσσωρευθείσες γνώσεις ανατομίας, φυσιολογίας, φαρμακολογίας και ψυχολογίας επέτρεψαν τη γνώμη των μηχανισμών του πόνου του καρκινοπαθούς και επομένως την αιτιολογική αντιμετώπιση του. Σήμερα γίνεται παραδεκτό ότι το 95% των καρκινοπαθών μπορεί να ανακουφισθεί από τον βασανιστικό τους πόνο. Η αντιμετώπιση του πόνου του καρκινοπαθούς πρέπει να γίνεται από ομάδα εργασίας που θα περιλαμβάνει τον ογκολόγο ιατρό, τον ειδικό επί του πόνου, τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο και τον νοσηλευτή τον εξειδικευμένο του νοσοκομείου και της νοσηλείας στο σπίτι τον κοινωνικό λειτουργό.

Ο πόνος στον καρκινοπαθή μπορεί να οφείλεται στην φλεγμονή ή στο οίδημα των οργάνων, τη διάταση των κοίλων οργάνων, την πίεση ιστών και νεύρων και διήθηση άλλων οργάνων ή να είναι το αποτέλεσμα κάποιου θεραπευτικού χειρισμού. Οι χαρακτήρες και η αξιολόγηση του πόνου του καρκινοπαθούς (συχνότητα και συνάρτηση με παρουσία ή όχι βλάβης νεύρου, με απελευθέρωση προσταγλανδινών ή κινίνων, με διατάραξη ύπνου, με τις κινήσεις και την ημερήσια δραστηριότητα) πρέπει να αναζητούνται προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Παράγοντες που επηρεάζουν την ένταση του πόνου είναι το άγχος, η ανησυχία, η αϋπνία, οι κινήσεις και η κακή διατροφή. Αντίθετα, η βελτίωση της νόσου, η ανάπαυση, η ασφάλεια, η κακή ψυχική διάθεση και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση βοηθούν καθοριστικά στην βελτίωση του πόνου του καρκινοπαθούς.

Υπάρχουν ορισμένες βασικές αρχές στην αντιμετώπιση του πόνου του καρκινοπαθούς.

A. Αποδοχή και κατανόηση στα ενοχλήματα του ασθενούς.

B. Λήψη καλού ιστορικού.

Γ. Εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς.

Δ. Προσεκτική γενική και νευρολογική εξέταση.

E. Αξιολόγηση της έκτασης της νόσου.

Στ. Άμεση αντιμετώπιση του πόνου ώστε να διευκολυνθεί ο έλεγχος.

Z. Επανεκτίμηση του πόνου κατά τη διάρκεια της αρχικής θεραπείας.

H. Αξιολόγηση πόνου σύμφωνα με κλίμακα.

Θ. Έλεγχος του πόνου καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου.

I. Ενεργοποίηση οικογενειακού και κοινωνικού ιστορικού.

K. Παρουσία έμπειρου νοσηλευτικού προσωπικού και κοινωνικών λειτουργιών.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου αφορά χορήγηση αναλγητικών και αντιφλεγμονοδών (μη ναρκωτικά) και χορήγηση ναρκωτικών φαρμάκων. Τονίζεται η επιθυμητή συνεργεία των αντανাকাταθλιπτικών και φαινοθειαζίνων τόσο με τα ναρκωτικά όσο και με τα ναρκωτικά φάρμακα.

Η φαρμακολογία, φαρμακοκινητική και οι παρενέργειες των αναλγητικών φαρμάκων πρέπει να είναι γνωστές στον θεράποντα γιατρό και νοσηλεύτη προκειμένου να βοηθήσουν καθοριστικά τον ασθενή. Αν και δεν είναι δυνατόν να αναπτυχθούν όλα τα προβλήματα της αναλγητικής αγωγής τονίζεται ιδιαίτερα η δυσκοιλιότητα και οι γαστρεντερικές διαταραχές, η σύγχυση, η δύσπνοια, που προκαλούνται από τα ναρκωτικά αναλγητικά. Τονίζεται ακόμη ότι επί σοβαρών παρενεργειών η μορφίνη μπορεί να χορηγηθεί σε ελάχιστη δόση μέσω επισκληριδίου καθετήρα με άριστη ανοχή και θαυμάσια αναλγητικό αποτέλεσμα.

Επί άλγους που εντοπίζεται σαφώς εστιακά η αποτυχία των συντηρητικών μεθόδων, οι αναισθησιολογικές και νευρολογικές επεμβάσεις (block νεύρων, νευροτομή, ριζοτομή, χορδοτομή, υποθαλαμεκτομή) δίδουν κατά κανόνα εντυπωσιακά και μόνιμα αναλγητικά αποτελέσματα.

Τέλος η ψυχολογική υποστήριξη του αλγούντος καρκινοπαθούς αποτελεί προϋπόθεση της οποιαδήποτε σχεδιαζόμενης αναλγητικής θεραπείας.

2. Γαστρεντερικές διαταραχές.

Ο καρκινοπαθής προχωρημένου ή τελικού σταδίου αντιμετωπίζει συχνότατα προβλήματα υποθρεψίας, διαταραχών κενώσεων, ναυτίας, εμετών, λόξυγκα, δυσπεπτικές διαταραχές, είτε λόγω της εντόπισης του πρωτοπαθούς όγκου (π.χ. καρκίνος στόματος, οισοφάγου, εντέρου, ήπατος, παγκρέατος) είτε λόγω των μεταστάσεων (ηπατικές εγκεφαλικές) είτε και ακόμη λόγω της φαρμακευτικής

αγωγής στην οποία υποβάλλονται (αναλγητικά, καρκινοειδή, ναρκωτικά κλπ.). Η συμπτωματική αντιμετώπιση των διαφόρων ενοχλημάτων με τα αντίστοιχα φάρμακα και σπανιότερα με άλλους χειρισμούς (π.χ. κολοστομία επί αποφράξεως του εντέρου) μπορεί να βελτιώσουν θεαματικά την κατάσταση του πάσχοντος.

3. *Αντιμετώπιση συμπτωμάτων οφειλόμενα στον πρωτοπαθή όγκο ή τις μεταστάσεις του.*

Πολύ συχνά οι καρκινοπαθείς ασθενείς βασανίζονται από προβλήματα οφειλόμενα στον καρκίνο ή τις μεταστάσεις του. Η πλευρίτης, περικαρδίτις, ασκίτης οφείλουν να αντιμετωπισθούν με συχνές παρακεντήσεις εφ' όσον η φαρμακευτική αγωγή (διούρηση σπάνια αποδίδει. Οι εγκεφαλικές μεταστάσεις που προκαλούν και επιληπτικές κρίσεις οφείλουν, πλην των κορτικοειδών και αντιεπιληπτικών φαρμάκων, να αντιμετωπισθούν με ακτινοβολία. Οι παρεμβάσεις αυτές όχι μόνο είναι επιτρεπτές αλλά και επιβεβλημένουν μεγάλη ταλαιπωρία προσφέρουν σημαντική ανακούφιση στον ασθενή.

4. *Αντιμετώπιση λοιμώξεων.*

Οι καρκινοπαθείς προχωρημένου ή τελικού σταδίου προβάλλονται πολύ συχνά από λοιμώξεις λόγω της σημαντικά εξασθενημένης φυσικής τους άμυνας, της μακροχρόνιας κατάκλισης και των αποφρακτικών φαινομένων που δημιουργεί ο πρωτοπαθής καρκίνος ή οι μεταστάσεις του (π.χ. ουρολοιμώξεις από απόφραξη, ουρητήρας λόγω καρκίνου ουροδόχου κύστεως). Επιπλέον, η εκδήλωση των λοιμώξεων δεν δίδει συχνά την τυπική κλινική σημειολογία την οποία αναγνωρίζει έγκαιρα ο ιατρός και παρεμβαίνει δραστικά. Αυτό οφείλεται στην ελαττωμένη άμυνα του καρκινοπαθούς, στην χρόνια λήψη αναλγητικών, αντιφλεγμονοδών και κορτικοειδών που συγκαλύπτουν συχνά τον υψηλό πυρετό και την ατυπία των λοιμώξεων (π.χ. περιτονίτις από συγκεκαλυμμένη διάτρηση). Η υψηλού βαθμού εξειδίκευση και εμπειρία του θεράποντος ογκολόγου ιατρού και νοσηλευτού συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη αλλά και έγκαιρη διάγνωση των λοιμώξεων αυτών και στην εφαρμογή της κατάλληλου θεραπείας. Τονίζεται ιδιαίτερα η σημασία της καλής υγιεινής της στοματικής κοιλότητας, των στομιών των ουροκαθετήρων και του δακτυλίου. Επισημάνεται επίσης η συμπαράσταση του φυσιοθεραπευτού και η κατάλληλη δίαιτα που πρέπει να λαμβάνουν οι ασθενείς.

5. *Χορήγηση αίματος, πλάσματος, παραγώγων, παρεντερικής διατροφής.*

Σε επιλεγμένες περιπτώσεις και εφ' όσον η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι σχετικά ικανοποιητική και το προσδόκιμο επιβιώσεως πέρα των 3 μηνών, η χορήγηση των παραπάνω σκευασμάτων μπορεί να βελτιώσει ικανοποιητικά τον ασθενή.

6. *Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.*

Από τη στιγμή που τεκμηριώνεται η διάγνωση του καρκίνου, ο ασθενής αρχίζει μια διαδικασία που οφείλουμε να ομολογήσουμε ότι, αν και οι επί μέρους θεραπευτικοί χειρισμοί μπορεί να είναι ενδεδειγμένοι, ωστόσο η αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς στο σύνολο της είναι αποσπασματική. Ακόμη και αν έχει γίνει πλέον συνειδητή ότι ο χειρισμός του καρκινοπαθούς απαιτεί τη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων (ογκολόγος, χειρουργός, ακτινοθεραπευτής, παθολογοανατόμος), η σημαντικότερη αξία της διατήρησης της ψυχικής ισορροπίας του ασθενούς είναι υποβαθμισμένη ή ανύπαρκτη. Οι θεραπευτικοί στόχοι στον καρκίνο μπορεί να είναι: Α. ίαση: αυτό συνεπάγεται επιθετικές θεραπείες με πολλές παρενέργειες, μακροχρόνια νοσοκομειακή νοσηλεία και ενδεχόμενα μόνιμες ή πρόσκαιρες αναπηρίες (ακρωτηριασμός, αλωπεκία, κολοστομίας).

Β. παράταση ζωής.

Γ. υποστηρικτική αγωγή.

Η αποκατάσταση του ασθενούς με καρκίνο αρχίζει με τη διάγνωση και προσαρμόζεται ανάλογα με το στάδιο της νόσου. Γι' αυτό ο καρκινοπαθής ασθενής πρέπει να νοσηλεύεται τουλάχιστον μια φορά σε ογκολογικό νοσοκομείο ώστε να αντιμετωπισθεί συνολικά το πρόβλημα του και να δοθούν στον ασθενή. Στο οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον οι κατάλληλες κατευθύνσεις που θα μεγιστοποιήσουν τη βοήθεια προς αυτόν.

Η λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας (θεράπων ογκολόγος ψυχίατρος) συμβάλλει όχι μόνο στην καλύτερη δυνατή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς αλλά οπλίζει με θάρρος και αισιοδοξία τα μέλη της να συνεχίζουν το έργο τους.

Η αίσθηση, ειδικά στη φάση τελικού σταδίου της αδυναμίας να θεραπεύσουν με αποτελεσματικότητα τον καρκίνο μπορεί, αν δεν υπάρχει η κατάλληλη εκπαίδευση, να έχει σαν συνέπεια την απώλεια του ελέγχου και του ενδιαφέροντος προς τον ασθενή, την ηττοπάθεια και την πλήρη απόρριψη του αρρώστου.

Από την άλλη μεριά ο πόνος του ασθενή, τα πολλαπλά προβλήματα που ήδη αναφέρθηκαν, κάνουν συχνά τον άρρωστο χωρίς την κατάλληλη υποστήριξη, να χάνει κάθε ελπίδα και να αισθάνεται απομονωμένος από το περιβάλλον του.

Προκύπτει λοιπόν σαφέστατα η αναγκαιότητα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του καρκινοπαθούς που, ανάλογα με το στάδιο της νόσου, θα στηρίξει την προσπάθεια επανένταξης του στην οικογένεια, εργασία και θα τον βοηθήσει να αισθανθεί λειτουργικό κύτταρο της κοινωνίας μας.¹⁹

5.5 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΡΙΝ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ.

Ο θάνατος αποτελεί μέρος της καθημερινής μας ζωής, μια αναπόφευκτη πραγματικότητα που όλοι θα αντιμετωπίσουμε κάποια στιγμή. Στις αναπτυγμένες χώρες σήμερα η πλειοψηφία των θανάτων οφείλεται σε μια χρόνια και απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Χάρη στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, οι αιτίες που οδηγούν στο θάνατο και οι συνθήκες μέσα στις οποίες πεθαίνει το άτομο έχουν διαφοροποιηθεί πολύ από τις αρχές του αιώνα. Ταυτόχρονα επικρατούν διαφορετικές απόψεις σχετικά με το πότε ένας άρρωστος θεωρείται ότι πεθαίνει. Μερικοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι το άτομο πεθαίνει όταν ο γιατρός, βασιζόμενος στις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις, θέτει τη διάγνωση μιας σοβαρής και απειλητικής για τη ζωή ασθένειας. Άλλοι θεωρούν βασική προϋπόθεση την ενημέρωση του αρρώστου σχετικά με τη διάγνωση και πρόγνωση της αρρώστιας του και ορισμένοι εκτιμούν ως απαραίτητη τη συνειδητοποίηση και αποδοχή της θανατηφόρου ασθένειας από το ίδιο το άτομο. Τέλος μια πιο σύγχρονη άποψη υποστηρίζει ότι ο άρρωστος πεθαίνει όταν κανένα θεραπευτικό μέσο δεν είναι πλέον σε θέση να αντιστρέψει τη διαρκώς φθίνουσα κατάσταση της υγείας του, ούτε επαρκεί για να τον διατηρήσει στη ζωή.

Ίσως να μην είναι τόσο σημαντικός ο προσδιορισμός του πότε ένα άτομο θεωρείται ότι πεθαίνει, όσο απαραίτητη είναι η κατανόηση τι βιώνει και τι περιλαμβάνει η πορεία του προς το θάνατο. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη του Pattison ο οποίος ορίζει την περίοδο μεταξύ της διάγνωσης μιας ασθένειας μέχρι την τελική στιγμή του θανάτου ως το μεσοδιάστημα μεταξύ εν ζην και θνήσκει. Στα πλαίσια αυτού, διακρίνουμε τρεις σημαντικές φάσεις α) τη φάση της οξείας κρίσης,

β) τη χρόνια μεταβατική φάση από τη ζωή στο θάνατο και γ) την τελική φάση που οδηγεί στο θάνατο.

Η Cicely Saunders, μερικές σπουδές στη νοσηλευτική και κατόπιν στην ιατρική, ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την αντιμετώπιση του πόνου, τονίζοντας όχι μόνο τις οργανικές, αλλά και τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες του αρρώστου που υποφέρει. Έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στην ολιστική παρέμβαση στα τελικά στάδια της ζωής κάθε ατόμου και το 1967 ίδρυσε στο Λονδίνο τον πρώτο ξενώνα, το γνωστό St. Christopher Hospice, όπου ακόμα και σήμερα νοσηλεύονται άτομα που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Στόχος του διεπιστημονικού προσωπικού που εργάζεται σ' αυτό τον ξενώνα δεν είναι η θεραπεία, αλλά η ανακούφιση του αρρώστου από ενδεχόμενο πόνο και η ψυχοκοινωνική του φροντίδα μέσα σε συνθήκες που προωθούν την ποιότητα ζωής. Το St. Christopher Hospice λειτούργησε ως πρότυπο και σήμερα έχουν ιδρυθεί παρόμοιοι ξενώνες σε πολλές χώρες του κόσμου.

Την ίδια περίπου εποχή στην Αμερική, μια ελβετικής καταγωγής ψυχίατρος, η Elisabeth Kubler-Ross, προσκαλούσε τους πάσχοντες από μια απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια να συζητήσουν μαζί της, μπροστά σε ακροατήριο επαγγελματιών υγείας, τις εμπειρίες, τις αγωνίες και τις ανάγκες τους. Το 1969 δημοσίευσε το βιβλίο *On Death and Dying*, ένα από τα γνωστότερα και πιο πολυσυζητημένα βιβλία σε ολόκληρο τον κόσμο. Σύμφωνα με την Elisabeth Kubler-Ross η ψυχική διεργασία που βιώνει το άτομο καθώς πορεύεται προς το θάνατο, χαρακτηρίζεται από πέντε στάδια 1) το στάδιο της άρνησης, 2) το στάδιο του θυμού, 3) το στάδιο της διαπραγμάτευσης ή του παζαρέματος, 4) το στάδιο της κατάθλιψης, 5) το στάδιο της αποδοχής. Η Kubler-Ross ισχυρίζεται ότι στην πορεία αυτή ο άρρωστος διατηρεί κάποια ελπίδα η φύση της οποίας μεταβάλλεται καθώς τροποποιούνται οι συνθήκες και εμπειρίες που βιώνει με την εξέλιξη της υγείας του.

Στάδιο της άρνησης

Στην αρχική αυτή φάση, η άρνηση αποτελεί ένα φυσιολογικό μηχανισμό άμυνας που λειτουργεί ως ασπίδα αυτοπροστασίας για το άτομο το οποίο αντιλαμβάνεται την απροσδόκητη πραγματικότητα ως απειλητική ή οδυνηρή. Έτσι λοιπόν, αρνείται το γεγονός της αρρώστιας ή και των επιπτώσεων της, διαστρεβλώνοντας την αντίληψη που έχει από την πραγματικότητα.

Σύμφωνα με τον Weisman αλλά και τον Lazarus υπάρχουν διάφορα επίπεδα άρνησης. Σε ένα πρώτο επίπεδο η άρνηση αφορά τα γεγονότα. Για παράδειγμα, στην προδιαγνωστική φάση, το άτομο αρνείται τα συμπτώματα του, με αποτέλεσμα να καθυστερεί να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Άλλες φορές αρνείται τη διάγνωση, ενώ αργότερα μπορεί να αρνείται τις ενδείξεις πιθανής υποτροπής ή αναπηρίας.

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, η άρνηση αφορά τις επιπτώσεις της αρρώστιας. Ο άρρωστος αναγνωρίζει τη διάγνωση, αλλά αρνείται τις επιπτώσεις. Για παράδειγμα, επικεντρώνεται στην προτεινόμενη αγωγή και αρνείται τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις που μπορεί να έχει η αρρώστια και η θεραπεία της στη ζωή του.

Σε ένα τρίτο επίπεδο, η άρνηση αφορά την πιθανότητα του θανάτου. Ενώ το άτομο συνειδητοποιεί ότι πάσχει από μια ανίατη ασθένεια, αρνείται ότι η ζωή του απειλείται και φαντασιώνει ότι θα ζήσει μέχρι τα βαθιά γηρατειά.

Στις αρχικές φάσεις της αρρώστιας, η άρνηση αποτελεί μια συχνή και φυσιολογική αντίδραση. Μερικές φορές η άρνηση των επιπτώσεων και της πιθανότητας του θανάτου μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην προσαρμογή του αρρώστου, καθώς του επιτρέπει παρ' όλη την αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει την εξέλιξη του, να θέτει μακροπρόθεσμους στόχους, να προγραμματίζει την ζωή του, να διατηρεί τις σχέσεις με το περιβάλλον του και να αντιλαμβάνεται την

πραγματικότητα ως λιγότερο απειλητική. Όταν όμως η άρνηση αφορά τα ίδια τα γεγονότα και παρατείνεται μέσα στο χρόνο, τότε μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές συνέπειες για την υγεία του ατόμου, αφού αυτό δεν τηρεί τις ιατρικές συμβουλές ή περιφέρεται από τον ένα γιατρό στον άλλο, αποφεύγοντας να δεχθεί τη διάγνωση της αρρώστιας, της ενδεχόμενης αναπηρίας ή της επιδείνωσης της υγείας.

Στάδιο του θυμού.

Αυτή η έκφραση συνοδεύεται από θυμό και πικρία που πηγάζουν από μια βαθύτερη αίσθηση αδικίας, αδυναμίας και έλλειψης ελέγχου. Αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση ενός ατόμου το οποίο είναι υποχρεωμένο να δεχθεί ότι ξαφνικά η ζωή του αλλάζει ριζικά και το μέλλον του χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα.

Κάθε γιατί κρύβει πίκρα και θυμό. Πολλοί άρρωστοι νιώθουν ότι προδόθηκαν από τον ίδιο τους το σώμα και δυσκολεύονται να αποδεχθούν ότι ο οργανισμός τους είναι τρωτός, ευάλωτος και αδύναμος.

Κι ενώ θυμώνουν με το γεγονός της αρρώστιας ή και των επιπτώσεων της συχνά μεταθέτουν το θυμό τους προς άλλες κατευθύνσεις: προς τους οικείους, τους συγγενείς και φίλους, ή και προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι αποδίδουν σε μερικούς επαγγελματίες το ρόλο του καλού γιατρού, νοσηλευτή, ενώ σε άλλους το ρόλο του κακού προβάλλοντος με αυτό τον τρόπο τα συναισθήματά τους. Άλλες φορές πάλι στρέφουν το θυμό τους ενάντια στο θεό αναθεωρώντας τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις.

Όταν διοχετεύουν το θυμό προς τον ίδιο τους τον εαυτό, βιώνουν έντονες ενοχές. Ο Doka διακρίνει τρεις μορφές ενοχών: Α) το άτομο αισθάνεται ενοχή επειδή με τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής του προκάλεσε την αρρώστια ή την επιδείνωση της υγείας του. Β) το άτομο νιώθει ένοχο όταν ερμηνεύει την αρρώστια του ως τιμωρία για συγκεκριμένες μη αποδεκτές ή και μη ηθικές πράξεις του, τις οποίες αξιολογεί αρνητικά. Γ) επίσης, μπορεί να βιώνει ενοχές για τις ευκαιρίες που έχασε στη ζωή του και για στόχους που δεν θα προλάβει να ολοκληρώσει στον περιορισμένο χρόνο που του απομένει. Συχνά οι ενοχές του συνοδεύονται με το γεγονός ότι αρρώστησε, ότι αποτελεί βάρος για την οικογένεια και ότι προκαλεί πόνο και θλίψη στα αγαπημένα του άτομα.

Παρόλο που ο θυμός είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα, ταυτόχρονα δημιουργεί εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις, με αποτέλεσμα να αποξενώνει τον άρρωστο σε μια περίοδο κατά την οποία έχει ανάγκη της υποστήριξης του περιβάλλοντος. Όταν δεν αναγνωρίζονται οι βαθύτερες αιτίες του θυμού, τα μέλη του προσωπικού υγείας, οι συγγενείς και οι φίλοι εμπλέκονται σε μια προσωπική διαμάχη με τον άρρωστο που σε καμία περίπτωση δεν συμβάλλει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της πραγματικότητας. Μερικές φορές, όμως ο θυμός χρησιμοποιείται εποικοδομητικά από τον άρρωστο ο πάσχων είτε διεκδικεί ενημέρωση, καλύτερη φροντίδα, ενεργό συμμετοχή στη θεραπεία του ή κινητοποιείται σε κοινωνικές δραστηριότητες που ευαισθητοποιούν το κοινό και προωθούν τα συμφέροντα των ομοιοπαθώντων.

Στάδιο της διαπραγμάτευσης.

Η διαπραγμάτευση ή το παζάρεμα παρέχει στο άτομο την ψευδαίσθηση ότι αποφεύγοντας ή επιδιώκοντας ορισμένες πράξεις, μπορεί να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της αρρώστιας ή και το θάνατο. Οι διαπραγματεύσεις συνήθως γίνονται με κάποιο άτομο κύρους ή με το θεό. Για παράδειγμα, μπορεί ο άρρωστος να υπόσχεται στο γιατρό απόλυτη συμμόρφωση με τις οδηγίες ή και πλήρη αποχή από συνήθειες που συνέβαλαν στο πρόβλημα της υγείας του, για να εξασφαλίσει την πολυπόθητη ίαση ή την αποφυγή αναπηρίας.

Μπορεί επίσης να κάνει τάματα, να ντύνεται στα μαύρα και να υπόσχεται στο θεό πλήρη αφοσίωση, με την ελπίδα να εισακουστεί.

Στα αρχικά στάδια της αρρώστιας, οι διαπραγματεύσεις αποβλέπουν στην αποθεραπεία του άρρωστου, ενώ όταν η υγεία του επιδεινώνεται, οι διαπραγματεύσεις αφορούν την παράταση της ζωής, την ποιότητα της ή και την εξασφάλιση ενός καλού θανάτου.

Η διαπραγμάτευση μπορεί να έχει θετικές αλλά και αρνητικές επιπτώσεις. Από την μια πλευρά μπορεί να διευκολύνει την υιοθέτηση συμπεριφορών που προωθούν την υγεία και την συμμόρφωση του ατόμου στη θεραπεία. Παράλληλα η πίστη του ατόμου στο θεό μπορεί να αποτελέσει σημαντική πηγή στήριξης από την οποία αντλεί δύναμη και κουράγιο. Από την άλλη πλευρά όμως αυξάνεται οι πιθανότητες να βιώσει συναισθήματα προδοσίας, απογοήτευσης και θυμού, όταν ο γιατρός ή ο θεός ή οποιαδήποτε άλλος, με τον οποίο διαπραγματεύεται, δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του και εγκαταλείπουν τον άρρωστο σε μια φθίνουσα πορεία που οδηγεί στο θάνατο. Ο αγώνας του παύει να έχει νόημα και συχνά σταματά αν συμμορφώνεται με τις οδηγίες ή βιώνει έντονο άγχος και κατάθλιψη.

Στάδιο της κατάθλιψης.

Ο άρρωστος αρχίζει πλέον να δέχεται ότι πρόκειται να πεθάνει και θρηνεί. Η κατάθλιψη του μπορεί να είναι αντιδραστική. Όταν οφείλεται σε απώλειες που βιώνει μέσα στο παρόν, καθώς συγκρίνει πως ήταν στο παρελθόν και πως έχει αλλάξει όσον αφορά την εμφάνιση του, την ενεργητικότητα του, ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κλπ. Μπορεί όμως η κατάθλιψη του να είναι και προπαρασκευαστική όταν αναλογίζεται τις επικείμενες απώλειες εν όψει της πιθανότητας του θανάτου.

Η κατάθλιψη του άρρωστου εκδηλώνεται με ποικιλία συμπτωμάτων, όπως θλίψη, απώλεια ενέργειας, αισθήματα αναξιοτήτας, απαισιοδοξία, απόγνωση, απόσυρση από κοινωνικές σχέσεις, μειώσει ενδιαφερόντων και συμμετοχής στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής κλπ. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις είναι παροδικές και όταν το άτομο ενθαρρύνεται να εκφράσει τα συναισθήματα του, έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να τα κατανοήσει, να τα αποδεχθεί και να λάβει την υποστήριξη που χρειάζεται. Στην ουσία, η κατάθλιψη του επιτρέπει να θρηνήσει την απώλεια μιας προηγούμενης κατάστασης, πριν αποδεχθεί και προσαρμοστεί στη νέα.

Στάδιο της αποδοχής.

Στο στάδιο αυτό ο άρρωστος διακρίνεται από μια εσωτερική ηρεμία. Παύει να αγωνίζεται για να σωθεί και προοδευτικά συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου, χωρίς να παραιτείται από την επίδειξη συνθηκών που του εξασφαλίζουν αξιοπρέπεια και ποιότητα στις τελευταίες μέρες της ζωής του. Έχοντας τακτοποιήσει εκκρεμείς υποθέσεις, νιώθει ψυχολογικά ήρεμος και έτοιμος να πεθάνει. Η λεκτική επικοινωνία με το περιβάλλον είναι συνήθως περιορισμένη, ενώ το βλέμμα και η συμπεριφορά του εκφράζουν την αποδοχή της κατάστασης του.

Η Kubler-Ross ισχυρίζεται ότι τα προαναφερθέντα στάδια διαδέχονται αυστηρά το ένα το άλλο, αλλά συχνά συνυπάρχουν ή επανεμφανίζονται σε διάφορες φάσεις της αρρώστιας. Μπορεί, για παράδειγμα, ένα άτομο να παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα στο στάδιο του θυμού, χωρίς ποτέ να μπορέσει να αποδεχθεί το γεγονός ότι πεθαίνει. Άλλο άτομο, ενώ έχει αποδεχθεί ότι πάσχει από μια αρρώστια που απειλεί τη ζωή του, αρνείται το γεγονός ότι η επανεμφάνιση ορισμένων συμπτωμάτων αποτελεί ένδειξη υποτροπής. Στην ουσία, εκείνον που ισχυρίζεται η Kubler-Ross είναι ότι ένα άτομο που πεθαίνει βιώνει μια στρεσογόνο κατάσταση που προκαλεί έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Κάθε άτομο χρησιμοποιεί γνώριμες

στρατηγικές που βοηθούν να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα. Διαφορετικά άτομα χρησιμοποιούν διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Τρία σημαντικά μηνύματα που προκύπτουν από τη θεωρία της είναι τα ακόλουθα:

1. Κάθε άτομο που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του και πεθαίνει δεν παύει να είναι ένας ζωντανός οργανισμός που έχει ανάγκες, μεταξύ των οποίων και την ανάγκη να επιλύσει ορισμένες, μεταξύ των οποίων και την ανάγκη να επιλύσει ορισμένες εκκρεμείς υποθέσεις πριν πεθάνει.

2. Για να είμαστε αποτελεσματικοί στη φροντίδα που παρέχουμε στο άτομο που πεθαίνει, πρέπει να είμαστε σε θέση να ακούμε αυτό που εκφράζει άμεσα, έμμεσα ή συμβολικά και να καθοδηγούμαστε από τον ίδιο τον άρρωστο, αντί να τον οδηγούμε εμείς στην πορεία του. Κοντά σε άτομα που απειλείται η ζωή τους ή που πεθαίνουν μας δίνεται η ευκαιρία να γνωρίσουμε, βαθύτερα τον εαυτό μας, συνειδητοποιώντας τις αξίες και προτεραιότητες που θέτουμε στην προσωπική μας ζωή. Επίσης έχουμε την ευκαιρία να ανακαλύψουμε τόσο τις δυνάμεις, όσο και τα όρια μας, όταν αναλαμβάνουμε τη φροντίδα αυτών των αρρώστων.

3. Η ελπίδα του αρρώστου δεν χάνεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του. Παίρνει νέα μορφή. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να μην ελπίζει πλέον ότι θα γίνει καλά, αλλά ότι θα έχει τις απαραίτητες δυνάμεις ώστε να υποδεχθεί τα παιδιά του που θα τον επισκεφθούν στο νοσοκομείο ή ότι θα προλάβει να γυρίσει σπίτι του να πεθάνει ή ότι θα χαρεί μια οικογενειακή συγκέντρωση κλπ. Αυτές οι μικρές ελπίδες δίνουν νόημα και προοπτική στη ζωή που απομένει.

Δυστυχώς το θεωρητικό μοντέλο της Kubler-Ross παρερμηνεύθηκε και σήμερα ακόμα χρησιμοποιείται με αναποτελεσματικό τρόπο από τα μέλη του προσωπικού υγείας που επιδιώκουν να ταξινομήσουν τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις κάθε αρρώστου στο ανάλογο στάδιο, παραβλέποντας πόσο μοναδικός και ανεπανάληπτος είναι κάθε άνθρωπος.

Μερικοί επιστήμονες, που κατά καιρούς έχουν ασκήσει κριτική στο μοντέλο της Kubler-Ross, ισχυρίζονται ότι σαν έχουν γίνει έρευνες που να επαληθεύουν τα στάδια που περιγράφει, ενώ η κλινική πράξη δεν επιβεβαιώνει ότι οι ασθενείς διέρχεται από το ένα στάδιο στο άλλο. Παράλληλα, η προσωπική ζωή κάθε ατόμου καθώς και τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο βιώνει την πορεία του προς το θάνατο παραγνωρίζονται. Στην πραγματικότητα, τα πέντε στάδια που περιέγραψε η Kubler-Ross δεν αποτελούν στάδια αλλά μόνο μερικές αντιδράσεις στα πλαίσια μιας ευρύτερης διεργασίας η διεργασία αυτή περιλαμβάνει μια πληθώρα συναισθημάτων και στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιούν κάθε άτομο το οποίο επηρεάζεται από τις εμπειρίες που βιώνει, τις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσει και κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο πεθαίνει.

Ο Edwin Shneidman προσπάθησε να αναδείξει την πολυπλοκότητα των αντιδράσεων του αρρώστου εν όψει του θανάτου, προτείνοντας ένα μοντέλο συναισθηματικών αντιδράσεων και μεταπτώσεων. Σύμφωνα με τον Shneidman το άτομο ταλαντεύεται ανάμεσα σε πολλές, συχνά αντιφατικές, συναισθηματικές αντιδράσεις. Για παράδειγμα τη μια μέρα μπορεί να ελπίζει στη θετική εξέλιξη της υγείας του, με αποτέλεσμα να κάνει όνειρα και να θέτει συγκεκριμένους στόχους που επιθυμεί να υλοποιήσει, ενώ την επομένη προετοιμάζεται για τον θάνατο του τακτοποιώντας εκκρεμείς υποθέσεις και αποχαιρετώντας αγαπημένα του άτομα. Τόσο ο Shneidman, όσο και ο Weisman ισχυρίζονται ότι στην ουσία κάθε άτομο αντιμετωπίζει τα γεγονότα και την ίδια του τη ζωή. Αντιδρά, ενεργοποιεί μηχανισμούς και στρατηγικές που χρησιμοποιούσε και στο παρελθόν, όταν έρχεται αντιμέτωπο με κάποια απειλή σημαντική απώλεια. Κατά συνέπεια, κάθε μορφή υποστήριξης προς τον άρρωστο που πεθαίνει πρέπει να στηρίζεται στην κατανόηση

και στο σεβασμό της ιδιαιτερότητας του, καθώς και της ικανότητας του να επιλέγει πως θέλει να ζει και να πεθαίνει.

Μια πιο σύγχρονη θεώρηση σχετικά με την αντιμετώπιση της πορείας του ατόμου προς το θάνατο είναι αυτή που προτείνει ο Charles Corr, σύμφωνα με την οποία κάθε άτομο που πεθαίνει καλείται να αντιμετωπίσει ορισμένα καθήκοντα, έργα, στόχους σε τέσσερις βασικούς τομείς: α) τον οργανικό β) τον ψυχολογικό γ) τον κοινωνικό δ) τον πνευματικό. Αυτή η προσέγγιση ουσιαστικά υποστηρίζει ότι το άτομο που πεθαίνει είναι ενεργό, ικανό να αποφασίζει ποιους στόχους θα θέσει, πότε και πως θα διευθετήσει τις προκλήσεις που προβάλλουν, ενώ ταυτόχρονα αναγνωρίζει την πολυπλοκότητα των αναγκών του αρρώστου.

- Στο *οργανικό τομέα* καλείται να ικανοποιήσει τις βασικές του ανάγκες (π.χ. διατροφή, ενυδάτωση) αλλά και τον ενδεχόμενο πόνο ή άλλη οργανική δυσφορία (π.χ. ναυτία, εμετό κλπ) που παρεμβαίνουν επηρεάζοντας τις παράλληλες ανάγκες του στον ψυχοκοινωνικό και πνευματικό τομέα. Η ικανοποίηση των οργάνων του αναγκών εξαρτάται από τις αξίες και τις προτεραιότητες του. Για παράδειγμα, ένας άρρωστος μπορεί να ανεχθεί σε μεγαλύτερο βαθμό τη δυσφορία ή τον πόνο, όταν πιστεύει ότι τα παραπάνω συμβάλλουν στην εξιλέωση του από αμαρτήματα που διέπραξε κατά τη διάρκεια της ζωής του, ή όταν επιλέγει να παραμείνει και να πεθάνει στο σπίτι του αντί να νοσηλευτεί στο νοσοκομείο.

- Στον *ψυχολογικό τομέα* οι στόχοι που το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει συχνά αφορούν την εξασφάλιση, στο μέτρο του εφικτού, της αίσθησης της ασφάλειας, της αυτονομίας και της ικανοποίησης από μικροχαρές της καθημερινής ζωής που ενισχύει την αυτοεκτίμηση του.

- Στον *κοινωνικό τομέα* οι στόχοι περιλαμβάνουν την εξασφάλιση, διατήρηση ή ανάπτυξη σχέσεων που είναι σημαντικές για το συγκεκριμένο άτομο στη φάση αυτής της ζωής του. Παράλληλα, καλείται να ανταποκριθεί σε ορισμένες προσδοκίες ή απαιτήσεις που προβάλλει το κοινωνικό σύστημα μέσα στο οποίο ζει και ταυτόχρονα να ωφεληθεί από τις παροχές που του προσφέρει το σύστημα.

- Στον *πνευματικό τομέα* οι στόχοι του είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την άντληση ελπίδας και ενέργειας από πηγές που βοηθούν τον άρρωστο να δώσει νόημα στη ζωή του καθώς και στις εμπειρίες που βιώνει στην τελική αυτή φάση.

Ο Corr υποστηρίζει ότι ο άρρωστος δεν είναι υποχρεωμένος να αντιμετωπίσει τους συγκεκριμένους στόχους. Απλώς περιγράφει μερικούς από τους αυτούς, παρέχοντας έτσι ένα πλαίσιο κατανόησης των συναισθημάτων, σκέψεων και ενεργειών ενός ατόμου, που μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του συμμετέχει ενεργά και επιλέγει πώς να βιώσει την πορεία του προς τον θάνατο. Ουσιαστικά αυτό το μοντέλο προσφέρει κατευθυντήριες γραμμές, χρήσιμες για όσους φροντίζουν ασθενείς που πεθαίνουν, καθώς εντοπίζει πιθανούς στόχους και προκλήσεις που αντιμετωπίζονται αποτελεσματικότερα με την υποστήριξη ενός περιβάλλοντος ευαισθητοποιημένου στις ανάγκες του αρρώστου.

Το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ο άνθρωπος πεθαίνει επηρεάζει τη φύση των εμπειριών που βιώνει και τις ερμηνείες που δίνει σ' αυτές. Καθώς βρίσκεται σε διαρκή συνδιαλλαγή και επικοινωνία με το περιβάλλον, επηρεάζεται από τον τρόπο που αντιμετωπίζουν συγγενείς, φίλους, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ενώ ταυτόχρονα τους επηρεάζει με την δική του στάση. Οι πρακτικές και συμπεριφορές τις οποίες υιοθετεί το σύστημα υγείας που του παρέχει φροντίδα αντανακλούν ευρύτερες κοινωνικές αξίες, πεποιθήσεις και συμπεριφορά απέναντι στο άτομο που πεθαίνει και στο θάνατο γενικότερα.²⁰

5.6 Η ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ.

Ο ρόλος του νοσηλευτή ποικίλει και εξαρτάται από το χώρο και το είδος της περίθαλψης που χρειάζεται ο ασθενής ανά πάσα στιγμή. Όμως ο βασικός στόχος είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής ολόψυχα στην ανακούφιση του σωματικού πόνου και στην παροχή ψυχολογικής βοήθειας στον ασθενή και την οικογένεια του.

Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων: ο καρκίνος και οι παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής ίσως προκαλέσουν συμπτώματα που ταλαιπωρούν τον ασθενή και επιδρούν στην καθημερινή του ζωή. Η ομάδα υγειονομική περίθαλψης θα πρέπει να εργαστεί συλλογικά για να τα εντοπίσει και να ανακουφίσει. Σήμερα υπάρχει τεράστια πείρα πρακτικής νοσηλευτικής ή οποία επιτρέπει στο νοσηλευτή να αξιολογεί τα συμπτώματα, να παρέχει συμβουλές και να τα περιορίζει. Τέτοια συμπτώματα είναι η ναυτία, η διάρροια, ο εμετός, η δυσκοιλιότητα, ο ερεθισμός στη στοματική κοιλότητα, η δύσπνοια, η ανορεξία και η ψυχολογική κατάσταση.

Ομάδες συμπαράστασης και άλλα μέσα υποστήριξης: για να καλυφθούν οι ψυχολογικές ανάγκες του καρκινοπαθούς είναι απαραίτητο να γνωρίζει τις σχετικές πηγές βοήθειας που μπορεί να υπάρχουν στην περιοχή του. Συχνά, κατά την διάρκεια της ασθένειας οι ανάγκες μεταβάλλονται, μπορεί δε να διαφέρουν ανάλογα με το άτομο και την παροχή βοήθειας από την οικογένεια του, τους φίλους και την κοινωνική συμπαράσταση.

Υπάρχουν νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και ψυχίατροι που είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, και διαθέτουν ένα ενδιαφέρον και εμπειρία για τους καρκινοπαθείς. Είναι σε θέση να παρέχουν πληροφορίες για τις πηγές υποστήριξης. Μπορεί επίσης να συστήσουν υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης και ενίοτε γνωρίζουν που βρίσκονται οι ομάδες συμπαράστασης. Οι ομάδες αυτές κατευθύνονται ή υποβοηθούνται από κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους ή ψυχιάτρους και σε πολλές από αυτές οι νοσηλευτές παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Σε πολλές ομάδες οι επικεφαλής τους είναι άτομα που πάσχουν οι ίδιοι από καρκίνο.

Ασφαλώς δεν επιθυμούν όλοι οι καρκινοπαθείς να συμμετέχουν σε οργανωμένες ομάδες συμπαράστασης. Πολλοί ασθενείς χρησιμοποιούν επιτυχώς τα μέλη της οικογένειας τους και τους φίλους τους ως πηγή ψυχολογικής υποστήριξης. Άλλοι επιλέγουν την ατομική ψυχοθεραπεία, είτε με τη βοήθεια τη ομάδα υποστήριξης είτε χωρίς αυτήν. Ωστόσο είναι γνωστό ότι πολλοί καρκινοπαθείς αναγνωρίζουν πως οι ομάδες συμπαράστασης κατορθώνουν να δώσουν ελπίδα και να στηρίξουν την ανάρρωση τους.

Μια ειδική σχέση: πολλοί νοσηλευτές διαλέγουν να ειδικευτούν στην ογκολογία γιατί θέλουν να διακριθούν. Επιθυμούν να εδραιώσουν μόνιμες και ουσιαστικές σχέσεις με τους καρκινοπαθείς, τις οικογένειες του και τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Πραγματικά, αυτοί οι νοσηλευτές αγγίζουν πολλές ζωές με πολλούς και ποικίλους τρόπους. Εξειδικεύονται στην ογκολογία αναπτύσσουν προσόντα απαραίτητα για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Συμπαραστέκονται και παρέχουν πληροφορίες στον ασθενή και την οικογένεια του σε όλη την διάρκεια της ασθένειας και πάντοτε ενεργούν ως συνήγοροι των ασθενών.

Με απλά λόγια προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τον κάθε ασθενή με ευγένεια και φροντίδα, με εμπειρία και ικανότητα, με στοργή και καλό χιούμορ και πάνω από όλα με αξιοπρέπεια.⁵

5.7 Η ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ, ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΟΤΑΝ ΕΙΝΑΙ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ.

Κάθε άτομο που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του και πεθαίνει δεν παύει να είναι ένας ζωντανός οργανισμός που έχει ανάγκες και συγκεκριμένα την ανάγκη της επίλυσης εκκρεμών υποθέσεων πριν πεθάνει.

Η αποτελεσματικότητα της φροντίδας μας απέναντι σ' αυτούς τους ανθρώπους απαιτεί προσεκτική ενασχόληση μαζί τους αναγνωρίζοντας μέσα από το δικό τους πρόβλημα τον εαυτό μας, ιεραρχώντας τις αξίες και τις προτεραιότητες που έχουμε βάλει για τη ζωή μας.

Η ελπίδα του αρρώστου δεν χάνεται μέχρι την τελευταία στιγμή. Μπορεί να μην ελπίζει ότι θα ζήσει, αλλά ελπίζει σε μια ευτυχισμένη οικογενειακή συγκέντρωση για να γιορτάσει τα γενέθλια του παιδιού του, ελπίζει στην επιστροφή του στο σπίτι, ελπίζει σε μικρές καθημερινές χαρές που του γεμίζουν τη ζωή που του απομένει.

Τα μέλη του προσωπικού υγείας παρέχουν ουσιαστικά στήριξη στον άρρωστο που πεθαίνει, όταν αναγνωρίζουν τη διεργασία του θρήνου. Πρέπει να στηρίζουν τον άρρωστο να ξεπεράσει του φόβους του, που έχουν σχέση αφενός μεν με το φόβο μέχρι τη στιγμή του θανάτου και στη συνέχεια για τη μετά θάνατο κατάσταση. Στήριξη απαιτείται, εξάλλου, και στη βαθιά πνευματική κρίση που βιώνει ο άρρωστος, συνειδητοποιώντας ότι πεθαίνει.

Το γεγονός ότι ο ασθενής δεν είναι απλώς ένας άνθρωπος με καρκίνο που πεθαίνει, αλλά και μέλος μιας οικογένειας της οποίας οι αντιδράσεις διαπλέκονται με τις δικές του, απαιτεί ικανότητες διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων. Η ομάδα αυτή για να αντιμετωπίσει σωστά τη κατάσταση πρέπει να λάβει υπόψη τα πως η οικογένεια του ασθενούς είναι μονάδα φροντίδας και ο τρόπος με τον οποίο χειριζόμαστε την ασθένεια και τον θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου θα επηρεάσει σημαντικά τόσο το πένθος τους, όσο και την ικανότητα τους να αντεπεξέλθουν σε πιθανές μελλοντικές κρίσεις. Το να περιθάλπει κάποιος έναν ετοιμοθάνατο άνθρωπο αποτελεί ένα πολύτιμο και αξιόλογο έργο το οποίο για να επιτευχθεί, πρέπει να πιστέψουν τα μέλη της ομάδας, ότι οι ασθενείς και οι οικογένειες των οποίων έχουν αναλάβει τη φροντίδα λαμβάνουν την απαιτούμενη στήριξη, ιατρική, κοινωνική και ψυχολογική.

Φυσικά, παρά την κάθε προσπάθεια μας, μερικές φορές είναι πολύ δύσκολο οι ασθενείς να είναι τόσο ικανοποιημένο και τόσο γαλήνιοι, όσο θα θέλαμε ή θα προσδοκούσαμε, αφού έχουν να αντιμετωπίσουν άμεσα την ιδέα και την πράξη του θανάτου. Γι' αυτό και ο θάνατος τους, θα μπορούσε να πει κανείς, δεν είναι πάντοτε ωραίος και τακτικός. Μπορεί να έρθει ξαφνικά και πολύ οδυνηρά, όπως όταν επέρχεται ως αποτέλεσμα καταकुσμηαίας αιμορραγίας. Εδώ, σε τέτοιες περιπτώσεις χρειάζεται αμοιβαία υποστήριξη, ώστε το μερίδιο ευθύνης να μην είναι υπερβολικό για κανέναν.

Ιατρική υποστήριξη:

Συνήθως δεν επέρχεται ξαφνικός θάνατος στους ασθενείς που πάσχουν από κακοήγη νόσο, αλλά υπάρχει μια βαθμιαία επιδείνωση, κατά τη διάρκεια της οποίας οι ασθενείς περνούν όλο και περισσότερο χρόνο βυθισμένοι σε κώμα. Έτσι, γίνεται αδύνατη η διατροφή τους από το στόμα και τελικά φτάνουν σ' ένα σημείο όπου ο θάνατος είναι φανερά επικείμενος. Από την έναρξη του κώματος έως το θάνατο, η κλίμακα του χρόνου που μεσολαβεί ποικίλει πολύ και μπορεί να κυμαίνεται από λίγες

μόνο ώρες μέχρι δύο εβδομάδες. Τις περισσότερες φορές ο θάνατος επέρχεται μέσα σε 1- 2 μέρες.

Σ' αυτό το διάστημα, όταν γίνεται εμφανές πως ο θάνατος πλησιάζει και οι ασθενείς δεν μπορούν πια να λάβουν οτιδήποτε από το στόμα, η ιεράρχηση της συνταγογράφησης πρέπει ν' αλλάξει, η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να αναθεωρηθεί και όλα τα περιττά φάρμακα, εκτός από τα απολύτως απαραίτητα, πρέπει να διακοπούν.

Αντίθετα εφαρμόζονται οι ακόλουθες κατευθυντήριες γραμμές για να προσδιορίσουμε τι αποτελεί απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή:

- Ακόμη κι όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση, πρέπει να εξακολουθεί να χορηγείται τακτικά επαρκής αναλγητική αγωγή.

- Η χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων πρέπει να συνεχίζεται δια του ορθού ή παρεντερικά και η δοσολογία να ρυθμίζεται ανάλογα με την ανταπόκριση.

- Σε περίπτωση κάποιας αιφνίδιας επιδείνωσης πχ. Αιμορραγίας, κρίσης, τα φάρμακα πρέπει να καταγράφονται στο διάγραμμα και να είναι για χορήγηση από την αδερφή, χωρίς περαιτέρω συνεννόηση με το γιατρό.

Κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη:

Την ώρα του επερχόμενου θανάτου η περίθαλψη του ετοιμοθάνατου ανθρώπου αποτελεί μια υπόθεση που απαιτεί λεπτότητα, σεβασμό και θα πρέπει να επιτελείται με απλό, αβίαστο τρόπο και όσο το δυνατόν περισσότερη ησυχία. Ακόμη κι όταν ο ασθενής δεν έχει τις αισθήσεις του, το προσωπικό πρέπει να γνωρίζει πόσο σημαντική είναι η διατήρηση μιας αίσθησης αξιοπρέπειας και ταυτότητας του και στο βαθμό της ανάλογης άνεσης που έχει αναπτυχθεί τα μέλη μιας οικογένειας πρέπει να ενσωματώνονται στην ομάδα περίθαλψης. Υπάρχει περίπτωση να νιώσουν απομόνωση εξαιτίας το επαγγελματισμού μας ή να καλωρίσουν την πρόταση μας να συμμετάσχουν στην πρακτική νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς, υγραίνοντας τα χείλη, βοηθώντας στο πλύσιμο του κλπ.

Επειδή πολλοί είναι άνθρωποι που δεν έχουν αντικρίσει ξανά κάποιο θάνατο, είναι αναγκαίο να συζητήσουμε με το κάθε μέλος της οικογένειας ξεχωριστά εάν επιθυμεί να παρευρίσκεται την ώρα εκείνη για να είναι σε θέση να εκτιμήσουν την προσφορά πληροφοριών ή τι θα πρέπει να περιμένουν, πως ελέγχονται τα συμπτώματα και τι θα συμβεί αμέσως μετά το θάνατο. Οι ανησυχίες θα μετριάσουν έτσι όταν αφιερωθεί κάποιος χρόνος για την επεξήγηση της αλλαγής στη χορήγηση των φαρμάκων από τους στόματος σε παρεντερική ή για μεταβολή που παρατηρείται στον τύπο της αναπνοής.

Κάτω από τη συναισθηματική πίεση που βρίσκονται οι οικογένειες, ίσως να αναρωτηθούν, εάν οι τακτικές ενέσεις συμβάλλουν στην επιδείνωση του ασθενούς και θα εκτιμήσουν την ευκαιρία που θα τους δοθεί να διερευνήσουν αυτό το ζήτημα οι ίδιοι.

Είναι φυσικό να θλίβονται να μην είναι σε θέση να δεχθεί τίποτα από το στόμα, ούτε τροφή, ούτε νερό. Αυτή η θλίψη μπορεί να ελαττωθεί όμως, όταν εξηγηθεί πως η θρέψη δεν οφείλει πλέον τον ασθενή. Μπορεί να είναι ένα ισχυρό φυσικό ένστικτο η επιθυμία της προσφοράς φαγητού και νερού από τους συγγενείς, αλλά σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να ληφθεί υπόψη πάνω απ' όλα ο παράγοντας της άνεσης του ασθενούς. Συγκεκριμένα, η ενδοφλέβια ενυδάτωση μπορεί να είναι θλιβερή και σε έναν ετοιμοθάνατο ασθενή κάποιου βαθμού αφυδάτωση μπορεί στην πραγματικότητα να βελτιώσει το αίσθημα άνεσης, εν μέρει επειδή μειώνει τις ενοχλητικές βρογχικές κρίσεις. Όσο για την ξηρότητα του στόματος υπάρχουν τοπικά μέτρα με τα οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί.

Την ώρα της αναμονής του θανάτου οι ασθενείς έχουν ανάγκη προσωπικού χρόνου και πολλές φορές υπάρχουν σημαντικά πράγματα που τα μέλη της οικογένειας θέλουν να πουν στον ασθενή. Σ' αυτή της περίπτωση, πρέπει να διασφαλίσουμε την απαραίτητη εχεμύθεια και να εξηγήσουμε, πως υπάρχει πολύ μεγάλη πιθανότητα να ακούει, παρ' όλο που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει οποιαδήποτε ανταπόκριση.

Όταν επέλθει ο θάνατος η επαγγελματική ομάδα πρέπει να θυμάται, ότι όσο κι αν ήταν αναμενόμενο γεγονός, για τους συγγενείς είναι ένα βαθύ συναισθηματικό και κάποτε και σωματικό σοκ. Τη στιγμή του θανάτου τα μέλη της οικογένειας πολλές φορές θέλουν και χρειάζονται να μείνουν για λίγο με τον αποθανόντα για να εκφράσουν τα συναισθήματα τους με το δικό τους τρόπο, να αφομοιώσουν το γεγονός που συνέβη ή να πουν αντίο. Μπορεί να είναι μια ευκαιρία γι' αυτούς να ενωθούν για να προσφέρουν και να δεχθούν παρηγοριά και το προσωπικό τους στιγμή.

Πολλοί από τους συγγενείς έχουν ανάγκη να προσευχηθούν εκείνες τις στιγμές απορροφώντας το σοκ, τον πανικό και κάπως τον πόνο που τους έχει προκαλέσει ο θάνατος. Η προσευχή είναι πολύ σημαντική για πολλές οικογένειες και η ανακούφιση που μπορεί να προσφέρει είναι μεγάλη. Στη διαδικασία της προσευχής μπορούν να λάβουν μέρος και μέλη της ομάδας, άλλοι ασθενείς και οι συγγενείς τους. Επίσης το σεβήρισμα ενός τσαγιού μπορεί φαινομενικά να είναι μια κίνηση που δεν χρειάζεται να αναφερθεί, συμβάλλει όμως, όπως και άλλες παρόμοιες λεπτομερείς, στην ανάπτυξη ζεστασιάς και οικειότητας στο πρωτόγνωρο περιβάλλον.

Η φροντίδα και ο σεβασμός απέναντι στον ασθενή πρέπει να συνεχιστεί και μετά το θάνατο με την αρμόζουσα περιποίηση του νεκρού του σώματος και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τυχόν ιδιαιτερότητες στη διαδικασία αυτή που επιβάλλουν τα ήθη και τα έθιμα της θρησκείας ή του πολιτισμού του αποθανόντος και των συγγενών του. Εάν τα μέλη της οικογένειας επιθυμούν να βοηθήσουν στο πλύσιμο και το ντύσιμο του σώματος, σ' αυτή την περίπτωση, θα πρέπει να ενθαρρύνονται να το κάνουν. Η κοινοποίηση του θανάτου στους άλλους συγγενείς και ασθενείς θα πρέπει να γίνονται με συμπόνια και λεπτότητα. Όταν οι υπόλοιποι ασθενείς δουν, ότι ο θάνατος ήταν γαλήνιος και ότι οι νεκροί αντιμετωπίζονται με αξιοπρέπεια και η οικογένεια τους με κατανόηση, κάλλιστα μπορεί ν' αντλήσουν κάποια δύναμη και ανακούφιση.¹⁴

5.8 Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ ΣΤΗ ΠΡΟΘΑΝΑΤΙΑ ΦΑΣΗ.

Εάν λάβουμε υπ' όψιν, ότι η ζωή είναι απολύτως συνδεδεμένη με τον θάνατο, τότε εύκολα αντιλαμβανόμαστε ότι, υποχρέωση κάθε γιατρού δεν είναι μόνο να προσπαθεί να την διαφυλάσσει αλλά και πως θα επιτύχει την όσο το δυνατόν ανώδυνη μετάβαση από την ύρπαξη στην ανυπαρξία.

Ο γιατρός έχει υποχρέωση να βοηθήσει πρωτίστως τον μελλοθάνατο να αντιμετωπίσει τόσο τα φυσικά όσο και τα συναισθηματικά του προβλήματα. Βεβαίως, αυτό ισχύει για όλα τα νοσήματα, αλλά περισσότερο για τον καρκίνο, αφενός μεν λόγω της ιδιομορφίας της νόσου και αφετέρου για το λόγω των ποικίλων σοβαρών προβλημάτων, τα οποία δημιουργεί στον ασθενή και το περιβάλλον του.

Είναι γνωστό ότι, μεγάλος αριθμός καρκινοπαθών κάποτε θα παρουσίαση γενίκευση της νόσου και δυστυχώς τότε για αυτούς αρχίζει ένας τρόπος ζωής συνδεδεμένος με τον γιατρό- φάρμακα- θεραπείες – νοσοκομεία.

Κάθε καρκινοπαθής, στην κατάσταση αυτή δεν πρέπει να θεωρείται ανίατο περιστατικό διότι σήμερα με την χειρουργική, την ακτινοθεραπεία, την χημειοθεραπεία και των υποστηρικτικών μεθόδων επιτυγχάνεται μια αξιόλογη παράταση και καλή ποιότητα ζωής. Πιστεύεται ότι, η φράση «δεν πλέον να προσφέρουμε» πρέπει να λέγεται μόνο την κατάλληλη στιγμή και ο θεράπων ιατρός πρέπει να γνωρίζει πότε είναι η στιγμή αυτή, δηλαδή η προθανάτια φάση της νόσου αφενός μεν ο ασθενής να μην στερείται οποιαδήποτε πρόοδο της θεραπείας και αφετέρου δε το τέλος της ζωής να έρχεται εν ηρεμία.

Κατ' αρχάς. Τι είναι το τελικό στάδιο ενός καρκινοπαθούς ή η προθανάτια φάση της νόσου; Είναι μια κατάσταση μη αναστρέψιμη κατά την οποία ουδεμία βελτίωση της υγείας του ασθενούς αναμένεται δια των παραδεδεγμένων θεραπευτικών μέσων, ή η ζωή δι' αυτόν δεν είναι πλέον χρήσιμη και ευχάριστη. Τότε αλήθεια « τίποτε δεν μπορεί να γίνει » και η βοήθεια του γιατρού προς τον ασθενή είναι κυρίως συμπτωματική. Αναμφιβόλως η φράση αυτή προκαλεί πολλά αισθήματα για την ηττοπάθεια αλλά και το αίσθημα πιθανής ενοχής μήπως παρέλειψα τίποτα; Είναι συνήθη ερωτήματα τα οποία ενίοτε βασανίζουν τον θεράποντα ιατρό ο οποίος δυστυχώς δυσκολεύεται ν' αντιληφθεί την διαφορά του πότε πρέπει να προσπάθεια να παρατείνει την ζωή και πότε να μην παρατείνει την πράξη του θανάτου.

Αυτό ακριβώς το σημείο είναι βασικό για τον κάθε γιατρό, ώστε να μην κατηγορεί ο ίδιος τον εαυτό του ή και να μην κατηγορείται για αμέλεια και αδικαιολόγητη ταλαιπωρία ετοιμοθάνατου ανθρώπου. Οι φροντίδα λοιπόν καρκινοπαθούς στην προθανάτια φάση αποσκοπεί ώστε να μην υποφέρει ο ασθενής. Ηθική λοιπόν υποχρέωση του θεράποντα γιατρού είναι η δυνατή εξαφάνιση όλων των προβλημάτων τα οποία βασανίζουν τον μελλοθάνατο.

Το κυριότερο και σοβαρότερο πρόβλημα για τον καρκινοπαθή είναι ο πόνος. Ο πόνος είναι συνυφασμένος με την νόσο, ώστε πολλοί συγγενείς όταν πληροφορηθούν ότι πάσχει ο άνθρωπος τους λένε τουλάχιστον να μην πονάει. Αρκετές μεταστάσεις συνοδεύονται από αφόρητα άλγη τα οποία μετατρέπουν τη ζωή των ασθενών σε αληθινό μαρτύριο. Όταν τα άλγη είναι ήπια συνήθως αντιμετωπίζονται με αναλγητικά. Η ποικιλία των υπαρχόντων μη ναρκωτικών αναλγητικών και ηρεμιστικών φαρμάκων κατάλληλα χορηγήσιμα μας απαλλάσσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα από τον εφιάλτη των ναρκωτικών.

Δυστυχώς όμως, για τον έλεγχο των σοβαρών αλγών συνήθως απαιτούνται ναρκωτικά. Μερικοί από τους συναδέρφους γιατρούς διστάζουν να τα χορηγήσουν με διάφορες δικαιολογίες. Ο καρκινοπαθής στο τέλος της ζωής του όταν υποφέρει έχει το δικαίωμα βοήθειας την οποία δεν είναι δυνατή να του αρνηθούν.

Πρέπει λοιπόν ο θεράπων ιατρός να μην διστάζει να τα χρησιμοποιήσει εφ' όσον ο ασθενής τα χρειάζεται και αφού πρωτίστως χρησιμοποιηθεί η νόμιμη διαδικασία για την χορήγηση του προς την αποφυγή των γνωστών ατασταλίων.

Εκτός όμως του φυσικού πόνου και ο ψυχικός πόνος βασανίζει τον ασθενή. Όταν βλέπει ότι η νόσος του διαρκεί και συνεχώς επιδεινώνει την κατάσταση της υγείας του αρχίζει να ανησυχεί ότι κάτι σοβαρό συμβαίνει. Συνεχώς ρωτά τον γιατρό αν θα γίνει καλά ή τι έχει. Αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει και ο φόβος τον κυριαρχεί ενώ οι αντιδράσεις του και οι απαιτήσεις του γίνονται υπερβολικές. Εδώ ακριβώς ο ασθενής έχει ανάγκη τον γιατρό του.

Είναι γνωστό ότι οι κυριότερες αιτίες θανάτου και των καρκινοπαθών είναι οι λοιμώξεις και η αιμορραγία περίπου 3/5 των ασθενών θα καταλήξουν λόγω λοιμώξεων, 1/5 λόγω αιμορραγίας και το 1/5 λόγω οποιαδήποτε άλλης αιτίας.

Οι λοιμώξεις λοιπόν, αποτελούν την κυριότερη αιτία θανάτου και τούτο συμβαίνει λόγω της κατάρρευσης της ανοσοβιολογικής άμυνας του οργανισμού, των έσχατων κατακλίσεων, των επανειλημμένων φλεβοκεντήσεων, παρακεντήσεων και καθετηριασμών. Ο ιατρός λοιπόν και το νοσηλευτικό προσωπικό έχουν υποχρέωση αφενός μεν να τηρήσουν τους όρους ασηψίας και αντισηψίας προς πρόληψη λοιμώξεων, αφετέρου δε να είναι σε θέση να τα αντιμετωπίζουν ταχέως.

Οι αιμορραγίες αποτελούν την επόμενη σοβαρή αιτία θανάτου. Ο αιμορραγίας θάνατος αποτελεί ασφαλώς μια άσχημη εμπειρία για τον θεράποντα γιατρό, ιδιαίτερος όταν είναι κατακλυσμαία. Τούτο όμως το είδος αιμορραγίας αντιμετωπίζεται μόνο χειρουργικά. Οι μικρές και επανειλημμένες αιμορραγίες, η νόσο και οι διάφοροι τρόποι θεραπείας, δημιουργούν σοβαρή αναιμία στον ασθενή ο οποίος έχει ανάγκη την μετάγγιση. Και τίθεται ένα σοβαρό ζήτημα, όσον αφορά τις μετάγγισης. Όταν γνωρίζουμε πόσο σπάνια και πόσο απαραίτητο είναι το αίμα σε άλλες περιπτώσεις, είναι σωστό να χορηγείται σε ασθενής, με ανίατη νόσο και με ποία σκοπιμότητας; Πιστεύουμε ότι ναι, εφ' όσον ο ασθενής έχει πλήρη πνευματική διαύγεια και δεν αντιμετωπίζει αμέσως τον θάνατο έχουμε υποχρέωση να διατηρήσουμε τον αιματοκρίτη του σε επίπεδο ανεκτό > 28% ώστε να μην κινδυνεύει και υποφέρει εξαιτίας αυτής της αναιμίας.

Βεβαίως ο καρκινοπαθής στην προθανάτια φάση δεν έχει ν' αντιμετωπίσει τον φυσικό και ψυχικό πόνο, αλλά ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία συνήθως απορρέουν από την νόσο και από την καταρρέυσει του οργανισμού.

Η δύσπνοια, κυρίως στον καρκίνο του αναπνευστικού είναι κυρίως βασανιστική. Η αντιμετώπιση της εφ' όσον είναι δυνατή γίνεται συμπτωματική και πρέπει να χορηγηθεί το συντομότερο οξυγόνο, παρακέντηση ημιθώρακα εφ' όσον ενδείκνυται.

Συμπτώματα εγκεφαλικών μεταστάσεων. Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων γίνεται με την χορήγηση κορτιζόνης, διουρητικών, ακτινοβολίας και συμπτωματικής αγωγής.

Η αφυδάτωση πολλές φορές επέρχεται από την πλήρη αδυναμία του ασθενή να σιτίζεται και να λαμβάνει υγρά. Με την πλήρη κατάπτωση, αδυναμία, τα σοβαρά άλγη και το άγχος λίγες φορές θα ζητήσουν να ικανοποιήσουν το αίσθημα της δίψας με τους συνυπάρχοντες εμετούς, τις διάρροιες, τις εφιδρώσεις λόγω πυρετού και αυξημένου καταβολισμού. Η χορήγηση λοιπών υγρών παρεντερικός σε περιπτώσεις αυτές επιβάλλονται. Η πλήρης καταβολή της νόσου, ο φυσικός πόνος, το άγχος και η κατάθλιψη δημιουργούν όλες τις δυνατές προϋποθέσεις για την πλήρη εξαφάνιση της όρεξης. Σε αυτές τις περιπτώσεις η σίτιση σαφώς ελαττώνεται μέσω της συμπαράστασης και της βοήθειας του νοσηλευτικού προσωπικού και συγγενών και της καλύτερης ποιότητας τροφής. Σε ορισμένες πιθανότητες πιθανόν να χρειάζεται η χορήγηση θερμίδων δια του ρινογαστρικού σωλήνα ή υποκλείδιου καθετήρα.

Η δυσκοιλιότητα είναι το σύνηθες πρόβλημα λόγω της παρατεταμένης ακινησίας ή μη λήψεως επαρκούς τροφής. Αντιμετωπίζεται με υποκλυσμού και καθαρτικών.

Εκτός όμως των προαναφερόμενων ο ετοιμοθάνατος καρκινοπαθής δυνατόν ν' αντιμετωπίζει και άλλα φύσεως κοινωνικά προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά βέβαια υπάρχουν οι νόμοι οι οποίοι αυστηρώς και αυτά τα θέματα και τους οποίους ο ιατρός έχει υποχρέωση αυστηρώς να σέβεται και να τηρεί τις υποχρεώσεις του. Το όλο πρόβλημα της φροντίδας του ασθενής στο τέλος της ζωής τους δεν είναι μόνο το

θέμα του θεράποντος ιατρού αλλά και των συγγενών και του νοσηλευτικού προσωπικού εφ' όσον ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο. Πάντοτε ο ασθενής αποτελεί ιδιαίτερη περίπτωση την οποία ο θεράπων γιατρός πρέπει να αντιμετωπίζει ιδιαίτερα κατά την κρίση του και την εμπειρία του.

Όσο αφορά τον τρόπο συμπεριφοράς υπάρχουν πολλά ερωτήματα. Δεν υπάρχει εύκολη σε όλα αυτά τα ερωτήματα. Κάθε γιατρός θα απαντά όπως νομίζει και εάν η λύση την οποία προσφέρει εμπνέεται από ευγένεια, εντιμότητα, απλότητα, αυτή η πιθανή προσφέρει βοήθειας και άνεσης στον ασθενή του.²¹

5.9 ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΘΕΛΩ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.

- Θέλει πάνω απ' όλα , να βάλει στην άκρη τον εγωισμό και το πνεύμα καλής θέλησης να συνεργαστεί και να ενώσει τις δυνάμεις τους με τους συναδέλφους τους, για να πετύχει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα. Θέλει οι συνάδερφοι να είναι συνεργάτες και όχι ανταγωνιστές, να συζητούν συνέχεια μεταξύ τους για τα πρωτόκολλα θεραπείας και τα αποτελέσματα τους. Αν οι απόψεις δίστανται να απευθύνονται και σε άλλους ειδικούς.
- Κάνει από μόνος του ότι δεν τον υποχρεώνει η πολιτεία να κάνει. Να βρίσκεται σε συνεχή επαγρύπνηση, να ανανεώνει τις γνώσεις του, να εκσυγχρονίζει τις μεθόδους θεραπείας, να προσπαθεί συνέχεια για την βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας, να βρίσκεται συνέχεια στο κέντρο των εξελίξεων της ιατρικής.
- Να παραδέχεται ότι μπορεί να κάνει λάθος, να δέχεται τυχόν λάθος σου έγκαιρα και να προχωρά χωρίς εγωισμούς άμεσα σε διορθωτικές ενέργειες.
- Θέλω να με βοηθήσει με την συμπεριφορά του να σε γνωρίσω, να σε εκτιμήσω και να νιώσω ασφάλεια που άφησα τη τύχη μου στα χέρια σας. Να είναι προσιτό, φιλικό και απλός ώστε να νιώθω άνετα να σε ρωτήσω ξανά και ξανά για κάτι που δεν κατάλαβα ή δεν θέλω να καταλάβω.
- Θέλω να κατανοήσει τις ανασφάλειες μου, να δέχεται την αμφισβήτηση μου και να μην δυσανασχετεί όταν θέλω να έχω και δεύτερη γνώμη για την κατάσταση και τις προοπτικές. Αν έχουν μιλήσει για κάποιο συνάδερφο σου στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό όπου νομίζω ότι μπορεί να βοηθήσει, να μην το θεωρήσεις υποτιμητικό, άφησε με να πάρω την γνώμη του. Αν υπάρχει κάπου και καλύτερο, κάποια παραπάνω ελπίδα, θα με ενημερώνει και θα με βοηθήσει να την κυνηγήσω. Είναι για μένα πολύ βασικό να είμαι σίγουρος ότι έκαναν όλα όσα είναι δυνατόν να γίνουν.
- Να σκέφτεται καλά και να είναι σίγουροι γι' αυτό που θα μου πουν. Να μου λέει τις διαπιστώσεις τους, τους φόβους και τις ανησυχίες τους να τις συζητά με τον εαυτό τους και τους συνεργάτες σου.
- Να μου μιλά με υπομονή, απλά και κατανοητά στα μέτρα των δυνατοτήτων μου. Κάθε ένας από μας είναι μια ξεχωριστή μονάδα με διαφορετικές δυνατότητες, νοημοσύνη και εκπαίδευση.
- Εφόσον αποτελεί μέρος μιας ομάδας, να λειτουργεί σαν ομάδα και να συζητά τους προβληματισμούς μέσα στην ομάδα και όχι μαζί μου. Θέλω

να ακούσω μια τεκμηριωμένη άποψη από σας που θα είναι προϊόν συνεργασίας μεταξύ σας.²²

5.10 ΠΛΗΣΙΑΖΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ.

Στο τελικό στάδιο γίνεται αποδοχή της πιθανότητας του αναπόφευκτου θανάτου. Το βάρος θα δοθεί στην ποιότητα ζωής του ασθενή.

Η σχέση ασθενή- νοσηλευτικού προσωπικό που διαδραματίζεται σε κλίμα εμπιστοσύνης, σιγουριάς, εντιμότητας και συνέχειας. Νοσηλευτικό προσωπικό-ασθενή- οικογένειας → κοινή απόφαση. Υποχρέωση του νοσηλευτικού προσωπικού να βρεθεί η σωστότερη απόφαση.

Ο φόβος της κατάπτωσης

Αλήθεια, είναι ο ασθενής σε θέσει να ακούσει αυτές τις πληροφορίες τη συγκεκριμένη στιγμή;

Θα προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε το βίωμα του ασθενή που πρόκειται να πεθάνει μέσα από τέσσερις παράγοντες.

1. Σταδιακή αποσύνθεση του εγώ. Το εγώ ως η ολοκληρωμένη και συνεχής αναπαράσταση που έχουμε για τον εαυτό μας, το σώμα μας. Είναι λοιπόν το υπόβαθρο της κοινωνικής μας ζωής.

Η κατάρρευση και η καταστροφή των βασικών λειτουργιών του σώματος λόγω της ασθένειας και της θεραπευτικής αγωγής δημιουργεί τη διάσπαση του σώματος όσον αφορά την αναπαράσταση. Απώλεια του ελέγχου του σώματος σημαίνει ότι το σώμα χάνει την αυτονομία του, σημαίνει ότι χάνει την ερωτικότητα του και τη δυνατότητα να λαμβάνει ευχαρίστηση από αυτό. Χίμαιρα από απώλειας που οδηγεί στη μείωση των δυνατοτήτων του ασθενή να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του και να ταυτιστεί σε μια αποδεκτή εικόνα του εαυτού του.

Αυτή η σταδιακή αποσύνθεση του Εγώ είναι που προκαλεί το άγχος. Ο Winnicott αναφέρει ότι το άγχος του ασθενή που πεθαίνει είναι όμοιο με το άγχος της κατάρρευσης. Στη ψύχωση έχουμε το υπέρμετρο άγχος και τα συναισθηματικά άμεσης απώλειας του εγώ.

2. Απειλή της τελειωτικής διάσπασης των συναισθημάτων, δεσμών που έχει ο ασθενής με τα άτομα- κλειδιά και με τις δραστηριότητες τις οποίες είχε μέχρι τότε επενδύσει.

3. Αναζωπύρωση, λόγω του φόβου του θανάτου, των ασυνείδητων και αρχαϊκών αρχών. Αυτά τα άγχη είναι συνδεδεμένα με τις καταστροφικές ενορμήσεις και τις παιδικές φαντασιώσεις που προκαλούν υπέρμετρες ενοχές. Ο θάνατος λοιπόν, παίρνει θέση της τελικής τιμωρίας για φανταστικά εγκλήματα που έκανε ο ασθενής στην παιδική ηλικία.

4. Απώλεια της αυταπάτης του ότι ζούμε μια ζωή χωρίς όρια.

Επιστροφή ή στις ρίζες. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι να εξετάσουμε τη συμπεριφορά του ασθενή που πεθαίνει και τον τρόπο των σχέσεων που έχει με τους άλλους

Αναξιοποίηση δημιουργείται α) από το συναισθηματικό καθαίρεσης, το φόβο του να είναι μια αποφυγάδα για τους άλλους β) από την απώλεια της κοινωνικής του θέσης.

Η απώλεια της αυτονομίας και η μείωση των σωματικών δυνατοτήτων δημιουργεί επιπλέον το συναίσθημα της εξάρτησης (το οποίο είναι πραγματικό). Από αυτό απορρέουν διάφορες κραυγές βοήθειας που διαδραματίζονται μετά την παλινδρόμηση.

1. Ένας τρόπος έκφρασης της αναζήτησης βοήθειας μέσα από την παλινδρόμηση είναι το ότι ο ασθενής έχει ανάγκη και την επιθυμία να λαμβάνει ευχαρίστηση με παθητικό τρόπο μέσα από το σωματικό ερωτισμό. Αυτό του επιτρέπει να επανεπενδύσει το σώμα του σαν πηγή ηδονής, δηλαδή είμαι καλός άρα αγαπητός. Και όχι μόνο σαν πηγή πόνου, δηλαδή είμαι κακός άρα μισητός. Οι απογοητεύσεις και ο πόνος, οι απώλειες και τα πένθη δημιουργούν πίκρα και ορισμένες φορές μια συμπεριφορά καταδίωξης απέναντι σε αυτούς που είναι υγιείς ή σε αυτούς που δεν κατάφεραν τον γιατρό τους, σε αυτούς που δεν αντιλαμβάνονται ή δεν θέλουν να αντιληφθούν τις επιθυμίες που έχει σαν μελλοθάνατος.

2. Ένας δεύτερος τρόπος έκφρασης της αναζήτησης βοήθειας μέσα από την παλινδρόμηση είναι η προβολή, μέσα από την μεταβίβαση, αρχαϊκών εικόνων πάνω στο νοσηλευτικό προσωπικό. Ο θεραπευτής είναι ένα άτομο πολύ καλό και παντοδύναμο. Ή κάποιος που τον καταδιώκει, ή και πιο συχνά είναι και τα δύο.

Τέλος, το τελευταίο στάδιο, όπως το παρατηρεί η Kubler- Ross, είναι αυτό της αποδοχής. Στο στάδιο της αποδοχής παρατηρούμε μια διαδικασία απομάκρυνσης, δηλαδή ο ασθενής επενδύει σταδιακά την μέχρι τότε ζωή του και τα άτομα που το περιβάλλουν και αποσύρεται σε μια θέση φυγής και ορισμένες φορές με το σχέδιο να ξαναβρεί ανθρώπους που του ήταν αγαπητοί και είχε χάσει στο παρελθόν.

Αυτές οι ψυχικές εσωτερικές κινήσεις έχουν επίδραση στο βίωμα αυτών που περιβάλλουν τον ασθενή: στην οικογένεια και στο νοσηλευτικό προσωπικό. Θα προσπαθήσουμε να εξετάσουμε το πώς ο καθένας αντιδρά και πως χαλιναγωγεί τα συναισθήματα που δημιουργούνται.

Είναι γνωστό ότι η κατανόηση του ασθενή δεν υπάρχει αν προηγούμενα δεν έχει γίνει η διαδικασία της εμπάθειας, της μερικής ταύτισης σε αυτό που ζει και αισθάνεται ο ασθενής.

Ένα δυσάρεστο συναίσθημα ανικανότητας.

Στην περίπτωση του ασθενή που πεθαίνει αυτή η ταύτιση κινδυνεύει να μας οδηγήσει απέναντι στις ίδιες απειλές αποσύνθεσης και διάσπασης του εγώ που αντιμετωπίζει ο ασθενής.

Οι μηχανισμοί άμυνας που έχουμε εναντίον του άγχους της διάσπασης και της κατάρρευσης, ταράζονται από το θέαμα της κατάρρευσης του ασθενή μας. Επιπλέον, ως θεραπευτές έχουμε έντονη την επιθυμία της επιδιόρθωσης, όμως αυτή η επιθυμία έχει αποτύχει. Αντιμετωπίζουμε, λοιπόν, ένα συναίσθημα ανικανότητας το οποίο είναι επίπονο. Όταν η ταύτιση με τον ασθενή που πεθαίνει μας είναι επίπονη, τον ταυτίζουμε ασυνείδητα με κάποιον από το περιβάλλον μας και φυσικά παίρνουν θέση όλα τα συναισθήματα που είχαμε γι' αυτόν.

Ως νοσηλευτές, αφού βρισκόμαστε δίπλα στον ασθενή αντιμετωπίζουμε διάφορες συναισθηματικές διαταραχές η αδυναμία να τις εκφράσουμε λεκτικά οδηγεί συχνά σε αντιδράσεις με πράξεις: ενορμητικές αντιδράσεις, βιαστικά αποφάσεις, αυτό-επίθεση, ετερό-επίθεση. Τέλος, το συναίσθημα ενοχής, είτε είναι εσωτερικευμένο είτε προβάλλεται, είναι έντονο και προκαλεί αντιδράσεις καταθλιπτικές ή της απομόνωσης από την ομάδα. Αυτό μας δείχνει πόση ενέργεια καταναλώνουμε όταν βρισκόμαστε πλάι σε ασθενείς σε τελική φάση, είτε είμαστε μέλος της οικογένειας είτε θεραπευτικού προσωπικού.

Ο θάνατος του ασθενή μας προκαλεί υποκειμενικές αντιδράσεις. Σε αυτό το σημείο ο ψυχαναλυτής έχει να παίξει έναν ρόλο επιτρέποντας στον καθένα να βρει τα δικά του σημεία αναφοράς και να αντιληφθεί τι προκαλεί τις αντιδράσεις του μέσα από τα δικά του βιώματα. Για παράδειγμα μπορεί να βοηθήσει τους γιατρούς και νοσηλευτές να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, να αντιληφθούν τις προσωπικές, τους ταυτίσεις, να κατανοήσουν αυτό που τους οδηγεί να έχουν μια επιθετική στάση απέναντι στον ασθενή ή την οικογένεια του ή να αντιμετωπίσουν την επιθετικότητα της οικογένειας για την οποία η διαδικασία του πένθους άρχισε πρώιμα, και οι ενοχές είναι έντονες.

Η διεργασία του πένθους είναι μακροχρόνια και επίπονη. Για να γίνει χρειάζεται μια συνεχή διεργασία και την παρουσία και συνεπεία όλων. Ας, προσθέσουμε, τέλος, ότι καμία τεχνική δεν θα μπορέσει ποτέ να αντικαταστήσει το σεβασμό και τη γενναιοδωρία που χρειάζεται στη σχέση που έχουμε με τον ασθενή που πεθαίνει.¹⁷

5.11 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ.

Το ενδιαφέρον για την ψυχολογία του νοσηλευτικού προσωπικού εμφανίστηκε τα τελευταία χρόνια. Στα φαινόμενα αυτό συνέβαλαν οι αλλαγές στην περίθαλψη, όπως προέκυψαν κυρίως από την τεχνολογική εξέλιξη των θεραπευτικών ενεργειών που παρατείνουν τη ζωή των ασθενών.

Θα πρέπει επίσης να λάβουμε υπ' όψη τις αυξημένες απαιτήσεις και κοινωνικές πιέσεις προς τους επαγγελματίες υγείας στην σύγχρονη εποχή. Φαίνεται ότι ο σημερινός άνθρωπος επένδυσε υπερβολικά για τις δυνατότητες που προσφέρουν οι τεχνολογίες εξελίξεις στον τομέα της υγείας. Πολλές φορές η προσδοκία του φθάνει σε σημεία να θεωρεί ότι μπορεί να μείνει αθάνατος. Έτσι δέχεται δυσκολότερα την ανθρώπινη μοίρα, και την ματαίωση που αισθάνεται την προβάλλει στους επαγγελματίες υγείας.

Εξ' άλλου οι σημερινοί επαγγελματίες υγείας δεν είναι προετοιμασμένοι από την εκπαίδευσή τους να αντιμετωπίσουν τις αυξημένες σημερινές πιέσεις. Η εκπαιδευτική δραστηριότητα επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της νόσου, αποφεύγοντας να αντιμετωπίσει το θέμα ποιότητας ζωής ενός ασθενούς, κατά τη θεραπεία του, και την περίπτωση θανάτου, συμβάλλοντας στην δημιουργία θεραπευτικών ηρώων που θα σώζουν κάθε ασθενή, χωρίς προετοιμασία για την ματαίωση που υπάρχει εκ των πραγμάτων σ' αυτήν την εργασία.

Και οι νοσηλευτές νομίζω ότι δεν είναι προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα του ασθενούς στις σημερινές συνθήκες. Φαίνεται μάλιστα ότι αυτό είναι παγκόσμιο φαινόμενο, αν σκεφθεί κανείς την ευρεία αρθρογραφία και την διατύπωση του ορού Burn-out που σημαίνει: κόπωση, εξουθένωση, κάψιμο των εργαζόμενων.

Οι νοσηλευτές μάλιστα υφίσταται την μεγαλύτερη πίεση, καθώς είναι, από τον ρόλο τους πιο κοντά στον άρρωστο, ζουν την καθημερινότητα του, τις αντιδράσεις του, τις σχέσεις του οικογενειακές και κοινωνικές.

Θα περιγράψουν στην συνέχεια οι αντιδράσεις του νοσηλευτικού προσωπικού, όπως βιώθηκε κατά την άσκηση της Συμβουλευτικής Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής στα Αντικαρκινικά Νοσοκομεία ΜΕΤΑΞΑ και ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ.

Όπως είναι γνωστό ο άνθρωπος που ασθενεί διέρχεται κάποιες φάσεις που αναφέρονται κατά σειρά : 1^η σοκ, 2^η άρνηση, 3^η θυμός, 4^η διαπραγμάτευση, 5^η θλίψη, 6^η αποδοχή.

Φαίνεται ότι και οι νοσηλευτές διέρχονται ανάλογες φάσεις μαζί με τον ασθενή. Οι αντιδράσεις αυτές είναι πιο εμφανείς στην πρώτη περίοδο άσκησης, αλλά υπάρχουν και στην συνέχεια αν και αντιρροπισμένες από εξισορροπιστικούς μηχανισμούς.

Πως αντιδρά ασυνείδητα κάθε νοσηλευτής εξαρτάται από τα προσωπικά του βιώματα, πως έχει επεξεργαστεί αυτά τα βιώματα, τα στοιχεία προσωπικότητας του και την εκπαίδευση του.

Σε ομάδα με νοσηλευτικό προσωπικό, που έλαβε χώρα στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο έχουν συζητήσει όλα τα θέματα.

Στην αρχή όλοι υποστηρίζουν ότι επηρεάζονται και τον ίδιο τρόπο από όλους τους ασθενείς και αντιδρούν όπως θα ζητούσε το καθήκον. Στην συνέχεια όμως δέχονται ότι έχουν διαφορετικές αντιδράσεις σε κάθε ασθενή και επηρεάζονται απ' αυτές στην συμπεριφορά τους.

Σε μια ομάδα είχαμε κουβεντιάσει εκτενώς το θέμα του θανάτου, διαδοχικά σε 6 με 8 συναντήσεις στα πλαίσια 35 συναντήσεων σε ένα ακαδημαϊκό έτος. Εκεί φάνηκε πως τα βιώματα μας, οι αντιλήψεις μας, έχουν σχέση με τις αντιδράσεις μας στο γεγονός του θανάτου. Έτσι ο θάνατος μιας ασθενούς μητέρας με παιδιά απασχολούσε αυτούς με ανάλογη ηλικία και κατάσταση. Η μεγαλύτερη κοινή συμφωνία υπήρχε στο θέμα της ηλικίας του ασθενούς. Συμφωνούσαν οι περισσότεροι ότι θλίβονται όταν οι θνήσκοντας ασθενείς είναι νέοι, θεωρώντας ότι δεν έχουν κλείσει τον κύκλο της ζωής τους, σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους. Ένα μέλος όμως της ομάδας δήλωσε ότι την απασχολεί και θλίβονται όταν πρόκειται για ηλικιωμένους ασθενείς, προκαλώντας την έκπληξη των άλλων μελών. Κουβεντιάσαμε λοιπόν αυτό το θέμα, για να προκύψει ότι αυτή η νοσηλεύτρια είχε ανατραφεί μέχρι την ηλικία της πρώτης εφηβείας από τον παππού και την γιαγιά.

Ανάλογα συμπεράσματα προέκυψαν και κατά τη συζήτηση της ενημέρωσης του ασθενούς. Η στάση του κάθε μέλους ήταν επηρεασμένη από το πώς θα επιθυμούσε να ενημερωθεί, στην θεωρητική περίπτωση που είχε καρκίνο.

Η φάση του σοκ του νοσηλευτή πλησιάζει εκείνη του ασθενούς τον πρώτο καιρό της εργασίας, ενώ ακολούθως γίνεται ηπιότερη με την βοήθεια της ελπίδας ότι με κατάλληλους χειρισμούς θα υπάρξει θεραπεία.

Η άρνηση είναι μικρότερη ή μεγαλύτερη ανάλογα με την ασυνείδητη αντίδραση ένεκα προσωπικών βιωμάτων, π.χ. ο ασθενής έχει την ίδια νόσο που έχει ή είχε αγαπημένα πρόσωπο του νοσηλευτή. Η άρνηση πρέπει να προσεχθεί διότι οδηγεί στην παράβλεψη των προβλημάτων του ασθενούς.

Η φάση του θυμού είναι αρκετά δύσκολη καθώς ο ασθενής προβάλλει έντονα το θυμό του, και οι νοσηλευτές πρέπει να καταβάλλουν προσπάθεια να μην εμπλακούν, καθώς έχουν την τάση να προσβάλουν αυτό το συναίσθημα.

Στην διαπραγμάτευση υπάρχει μεγαλύτερη συμμαχία. Όλοι εύχονται, όπως και ο ίδιος ο ασθενής, να παραταθεί η ζωή του για να δει τα παιδιά του να μεγαλώνουν, να σπουδάζουν, να παντρευτούν κλπ. Η διαπραγμάτευση είναι αρκετά ανακουφιστική, και για μας είναι ελπιδοφόρα.

Η φάση της θλίψης βιώνεται με ανάλογη θλίψη. Σ' αυτή τη φάση κινητοποιούνται περισσότερο και πολλές φορές ζητούν την ψυχολογική στήριξη του ασθενούς από τους ειδικούς.

Η φάση αποδοχής φαίνεται να είναι ακόμη δυσκολότερη. Υπάρχει σύγχυση και δυσκολία διάκρισης από την κατάθλιψη. Συνήθως λαμβάνεται ως κατάθλιψη, αλλά δεν είναι. Ο θυμωμένος, θορυβώδης ίσως άρρωστος, καθίσταται ήσυχος, ήρεμος,, χωρίς απατήσεις, στην φάση της αποδοχής με τάση απομόνωσης.

Το συναίσθημα που βιώνει είναι ότι μετά έρχεται ο θάνατος, κάτι που μας τρομάζει, μας βάζει ενοχές, αίσθημα αναξιοτήτας που δεν σώσαμε τον ασθενή. Ο ασθενής σ' αυτή την φάση θέλει την απλή συμπαράσταση και κατανόηση, ενώ αισθάνεται απαλλαγμένος από αγωνίες.

Σ' αυτή τη φάση πρέπει να δοθεί προσοχή διότι συχνά αντιδρούμε σπασμωδικά, προσπαθώντας να φέρουμε τον ασθενή σε προηγούμενες φάσεις, κατά τη γνώμη μας πιο αγωνιστικές, χαλώντας την ηρεμία του ασθενούς και μια φάση στην οποία κόπιασε για να φθάσει.

Όλες αυτές οι διεργασίες είναι ψυχοπιεστικές και φαίνεται να επιβαρύνουν προσωπικά τους νοσηλευτές με αντίκτυπους στην κοινωνική και οικογενειακή ζωή. Νομίζω όμως ότι είναι και μια ευκαιρία να γνωρίσει κάποιος τον εαυτό του, τον συνάνθρωπο του, τη ζωή του την ίδια και να βγει σοφότερος.

Είναι ίσως το μοναδικό επάγγελμα που προσφέρει αυτή την ευκαιρία κατά την άσκηση, καθώς δίδει την δυνατότητα να γνωρίζει τον άνθρωπο στο βάθος, σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα. Συνήθως όμως ο νοσηλευτής δεν είναι προετοιμασμένος να χειρισθεί να επεξεργασθεί αυτό το υλικό, ούτε οι συνθήκες εργασίας του δίνουν αυτήν την ευκαιρία.

Θα πρέπει οι ίδιοι επαγγελματίες υγείας να δημιουργήσουν τις συνθήκες και τον τρόπο που θα αξιοποιήσουν όλη την εμπειρία από την εργασία τους.²³

5.12 ΤΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ.

Αντίθετα με το πρόβλημα όπου πάντοτε υπάρχει ή εννοείται μια λύση, το δίλημμα είναι μια δύσκολη απόφαση ανάμεσα σε δύο το ίδιο ικανοποιητικές λύσεις ή καλύτερα ανάμεσα σε δυο αδιέξοδες επιλογές.

Ηθική είναι για τον Δεσποτόπουλο η τέλεση της ζωής κατά τον τόπο άξιο. Ο όρος πρωτοεμφανίστηκε με τον Αριστοτέλη στα Ηθικά Νικομάχεια.

Κάθε ηθική απόφαση λαμβάνεται μας βάση αρχές, αξίες, ρυθμιστικές κανόνες συμπεριφοράς.

Από την νομοθεσία του Χαμουραμί μέχρι τους σύγχρονους κώδικες βιοηθικής υπάρχει η τάση να τεθούν κάποιοι περιορισμοί στην κλινική πράξη. Αρχικά παγκόσμιοι κώδικες ορίζουν τη συμπεριφορά του γιατρού κι του νοσηλευτού. Τελευταία ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος έχει προχωρήσει σε δημοσίευση σχεδιάσματος Ηθικού Κώδικα του επαγγελματίες και ο Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών δημοσίευσε Κείμενα Κώδικα που συντάχθηκε από Ελληνίδες Νοσηλεύτριες.

Εκτός από τους κώδικες, οι ηθικές θεωρίες στο χώρο της φιλοσοφίας δίνουν έναν προσανατολισμό για απόφαση σ' ένα ηθικό δίλημμα. Οι πλέον γνωστές θεωρίες είναι Α) ωφελμισμός υπάγεται στις τελολογικές θεωρίες όπου η πράξη αξιολογείται με βάση τις συνεπείς. Προήλθε από τους φιλόσοφους Bentham και Mill. Το δόγμα

εδώ είναι η μεγαλύτερη ευτυχία για το μεγαλύτερο αριθμό. Ορισμένοι την απορρίπτουν λέγοντας ότι σε ακραίες εφαρμογές της θα δικαιολογούσε ακόμη και τα πειράματα των νάτσι στα στρατόπεδα κατοχής για το όφελος της επιστήμης. Β) η δεοντολογική θεωρία του Kant στηρίζεται στη ρήση του ιδρυτού της, να ενεργεί σύμφωνα με την κατηγορική προσταγή η πράξη σου να μπορεί να γίνει με την θέληση σου παγκόσμιος νόμος της φύσης.

Ανεξάρτητα από τη θεωρία και τις αρχές στις οποίες βασίζεται μια ηθική απόφαση, η ίδια παραμένει από τη φύση της μια επώδυνη απόφαση. Ο σωστός σχεδιασμός που υπαγορεύεται από τα σύγχρονα εγχειρίδια δεοντολογίας, δεν απαλλάσσεται από τις συνέπειες. Οποιαδήποτε απόφαση στην κλινική πράξη βασανίζει τον υπεύθυνο γιατρό ή νοσηλεύτη και πριν τη λήψη της και μετά.

Σχολιάζοντας το στοιχείο της συνείδησης και της πείρας θα λέγαμε ότι, αν και είναι σεβαστό κι έχει προκαλέσει ηρωικές πράξεις στην ιστορία, εντούτοις είναι ασαφές.. μπορούμε άραγε να δικαιολογήσουμε τις αποφάσεις μας επικαλούμενοι μια μυστηριώδη εσωτερική φωνή; Είναι γνωστό ότι το πολιτισμικό υπόβαθρο επηρεάζει καθοριστικά τη συνείδηση του ατόμου.

Στον κλινικό χώρο, όσο θα στηριζόμαστε σε προσωπικές απόψεις και τοποθετήσεις, τα διλήμματα θα παραμένουν.

Χρονικά σημεία όπως η γέννηση, η αρρώστια και ο θάνατος προκαλούν σωρεία ηθικών διλημμάτων.

Θάνατος από την πρώτη στιγμή της εμφάνισης του στη γη ο άνθρωπος συνειδητοποίησε τη θνησιμότητα του. Η φθορά στη φύση, το πέσιμο των φύλων, η μετατροπή του βράχου σε άμμο, προμήνυαν το δικό του τέλος. Για κάθε έμβρυο ο θάνατος είναι ένα γεγονός αναπόδραστο. Από τη στιγμή που γεννιόμαστε αρχίζουμε να πεθαίνουμε με αλλεπάλληλους μηχανισμούς που υπακούουν σ' ένα αμείλικτο νόμο.

Στις παραδοσιακές κοινωνίες του προηγούμενου αιώνα ο παππούς αγρότης παθαίνει μέσα στην ευρύ κύκλο της οικογένειας. Το να πεθαίνεις όμως σε νοσοκομείο τον εικοστό αιώνα θυμίζει πίνακα κυβιστή ζωγράφου, όπου η μοναξιά, η εγκατάλειψη και η θλίψη είναι τα μονά χρώματα. Στις δυτικές κοινωνίες ο θάνατος ξορκίζεται, μοιάζει εκτός σχεδίου πόλεως.

Μηχανισμοί και τεχνικές που παρατείνουν το γεγονός του θανάτου και καθυστερούν την έλευση του, χρησιμοποιούνται καθημερινά. Αυτού του είδους η παράταση ζωής δημιουργεί δυο πολυσυζητημένα ηθικά διλήμματα: α) το χρονικό σημείο που επέρχεται πραγματικά ο θάνατος, συνδεδεμένος με τις έννοιες του κλινικού ή εγκεφαλικού θανάτου και β) την ευθανασία.¹¹

5.13 ΜΙΑ ΩΝΤΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ.

«Πρέπει να πω ότι μου κάνει μεγάλη εντύπωση! Δεν ξέρω περισσότερα από εσάς για το θάνατο κι όμως έρχεστε εδώ να με ακούσετε σαν να ήξερα. Νομίζω ότι έχει δίκιο ο Μαννονί: πρόκειται να μιλήσουμε μαζί για κάτι που νομίζουμε ότι ισχύει για τους άλλους, όχι για μας.

Νομίζω ότι έχουμε δίκιο όταν λέμε ότι ο θάνατος δεν είναι γεγονός. Δεν είναι ένα γεγονός που θα χρειαστεί να ζήσουμε, δεν θα τον ζήσουμε ποτέ, όπως ποτέ δεν ζήσαμε την γέννηση μας. Οι άλλοι μας είδαν να γεννιόμαστε. Εμείς, πολύ απλά, συνεχίζουμε και που είχε αρχίσει την ημέρα τη σύλληψη μας, τότε που ένα ζευγάρι την «έβρισκε», αλλά με τέτοιο τρόπο που θεωρήσαμε ότι το μόνο στο οποίο

μπορούσε να καταλήξει το πράγμα ήταν να τους χαλάσουμε την ησυχία με την παρουσία μας και ανακατευτήκαμε σε αυτό το ντουέτο κάνοντας, εν αγνοία τους, εισβολή στην ευτυχία τους. Ήταν η ημέρα της σύλληψης, αλλά δεν το ξέραμε καν, μολοντί ήταν δική μας ασυνείδητη επιθυμία που μπήκαμε σε αυτή την ένωση των μητρικών και πατρικών γαμέτων. Κατόπιν, έκπληξη της μητέρας μας όταν κατάλαβε, όπως τόσο χαριτωμένα λέγεται, ότι πιάστηκα στα δίκτυα του έρωτα κι αμέσως έπιασα παιδί. Και μετά οι άλλοι γύρω μας βλέπουν να γεννιόμαστε εμείς, όπως σας έλεγα πριν, περάσαμε πολύ απλά τη δοκιμασία ενός θανάτου: το έμβρυο πεθαίνει, οι άλλοι όμως, οι γονείς μας εκείνοι που μας βοήθησαν να γεννηθούμε και που ονομάζουν γέννηση αυτό το πράγμα, είναι πανευτυχείς, μεταξύ όμως του εμβρύου και του πλακούντα ποιος είναι πιο δυστυχισμένος; Για το παιδί ο πλακούντας του είναι μέρος του εαυτού του και η ανακοπή από αυτόν μπορεί να αποβεί θανατηφόρα. Με την πρώτη εμπειρία της γέννησης εμφανίζεται πρώτη φορά και η εμπειρία του θανάτου αυτό από τη σκοπιά τους οι άλλοι το ονομάζουν γεννιέμαι.

Υπάρχει λοιπόν αυτό κι ύστερα, στο τέλος της κατάστασης που αποκαλούμε ζωή-ζωή λέμε όλα όσα γίνονται μέσα στο χρόνο και στο χώρο μ ο σώμα, που, για τους άλλους, τους θεατές, παραμένει το ίδιο, υπάρχει το γεγονός ότι πάλι οι άλλοι είναι που θα πουν πέθανε. Εμείς ούτε καν θα το καταλάβουμε! Ίσως να έχουμε προβάλει να υποφέρουμε από την κατάπτωση που φέρνουν τα γεράματα, από την απειλή του επικείμενου τέλους των ανταλλαγών μας με τους άλλους κι από όσα πλάθει η φαντασία μας για το τι μπορεί να συμβεί όταν δε θα έχουμε πλέον καμία από τις ευθύνες που έχουν οι ζωντανοί. Ο θάνατος όμως είναι υπόθεση των άλλων, δεν είναι δική μας υπόθεση. Γι' αυτό, νομίζω, μιλάμε διαρκώς για το θάνατο χωρίς να πιστεύουμε ότι θα έρθει κάποτε, κι ας ξέρουμε όλοι μας ότι δίνει νόημα στη ζωή μας κι ότι, αν δεν υπήρχε στο τέλος ο θάνατος, δε θα ξέρουμε καν ότι είμαστε ζωντανοί!

Ο θάνατος είναι κάτι πολύ σημαντικό κι ακόμη πιο περίεργο είναι ότι το ασυνείδητο δεν υπάρχει. Αν μπορώ να εκφράζομαι έτσι είναι γιατί είχα την ευκαιρία και την τιμή να συνοδέψω ως το θάνατο συνάδελφους που αγνοούσαν ότι επρόκειτο να πεθάνουν. Ήξερα ότι ήταν πολύ άρρωστοι, έλπιζαν όμως ότι θα γιατρευτούν και, σε όλη την διάρκεια της ψυχαναλυτικής βοήθειας που τους παρείχα, ποτέ, ούτε μια φορά, δεν εμφανίστηκε φαντασίωση θανάτου, ακριβώς επειδή επρόκειτο για ανάλυση και για μεταβίβαση, κατά συνέπεια η μόνη σχετική φαντασίωση αφορούσε το δικό μου θάνατο, όχι το δικό τους. Είναι πολύ ενδιαφέρουσα η διαπίστωση ότι ο θάνατος δεν υπάρχει στο ασυνείδητο, νομίζω μάλιστα ότι δεν είναι παρά αποκύημα της φαντασίας το να φαντασιώνουμε ειδικά το θάνατο, δηλαδή το να έχουμε διάφορες αναπαραστάσεις σχετικά με ότι θάνατο, με το τι συμβαίνει όταν αποβιώνουν πλάσματα που γνωρίσαμε εν ζωή, είτε πρόκειται για ανθρώπους είτε για ζώα». Έτσι πιστεύει ο Ντολτό Φρανσουαζ.²⁴

5.14 ΘΕΛΩ ΝΑ ΖΗΣΩ.

Στη διάρκεια της θεραπευτικής συνάντησης ανάμεσα στον Ντοναλντ και στο Λε σαν έγινε ο εξής διάλογος:

N: Φοβάμαι τον καρκίνο μου. Θέλω να ζήσω.

Λ: Γιατί: τίνος ζωή θέλεις να ζήσεις;

N: Τη μισή! Πότε δεν έζησα τη δική μου ζωή. Πάντα είχα τόσα πολλά να κάνω εκείνη τη στιγμή. Τόσα πολλά να... Πότε δεν κατάφερα να ζήσω τη δική μου ζωή.

Λ: Ούτε και μπόρεσες ποτέ ν' ανακαλύψεις πως ήταν.

N: Αυτός είναι και ο λόγος που πίνω. Έτσι τα πράγματα φαίνονται καλύτερα. Όχι τόσο σκοτεινά.

Λ: Ίσως το καλύτερο θα ήταν να βρεις ποιος είναι ο δικός σου τρόπος ζωής, και ν' αρχίσεις να ζεις μ' αυτόν τον τρόπο.

N: Πως θα μπορούσα να το κάνω;

Λ: Αυτό ακριβώς προσπαθούμε να κάνουμε εδώ.

Ο τρόπος ζωής για κάθε ασθενή διαφέρει όμως ο στόχος είναι πάντα ίδιος: να κινητοποιηθεί ο δυναμικό ολόκληρου του ατόμου με τρόπους που θα ξανά ζωντανέψουν τις δυναμικές δυνάμεις της ζωής. Παρόλο το μεγάλο έργο που έχει γίνει στους τομείς της φιλοσοφίας, της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής, δεν έχει ακόμα διατυπωθεί ένας χρήσιμος τρόπος για να συγκεκριμενοποιηθεί κανείς τις δυνάμεις της ζωής και του θανάτου μέσα στον άνθρωπο.. από τα κλινικά και τα πειραματικά στοιχεία, γνωρίζουμε ότι η επιθυμία να ζήσει διαφέρει από άτομο σε άτομο και, σε μικρότερη έκταση, διαφέρει μέσα στο ίδιο το άτομο, σε διαφορετικές περιόδους της ζωής του. Γνωρίζουμε επίσης ότι η διαφορά αυτή μπορεί να έχει βαθιά επίδραση στην αντίδραση που προβάλλει ο οργανισμός σαν σύνολο στο στρες και στις φάσεις της ασθένειας. Κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις, οι ψυχολογικοί παράγοντες του έχουν σχέση με την επιθυμία να ζήσει κανείς, μπορούν να δώσουν στο άτομο μια σχεδόν απίστευτη ικανότητα ν' αντιμετωπίσει το στρες ή την ασθένεια. Από την άλλη πάλι πλευρά, μπορούν και να το εξασθενήσουν φανερών οργανικών λόγων.

Όπως είδαμε στη ζωή των καρκινοπαθών του τελευταίου σταδίου κυριαρχούσε πάντα ένα πρόβλημα που πρέπει να λύσουν άλλα δεν μπορούσαν. Η έλλειψη της δύναμης της ζωής συνδέεται συνήθως μ' αυτό το άλυτο πρόβλημα. Μια ασθενής, μιλώντας για μια περίοδο πέντε χρόνων πριν παρουσιαστούν τα πρώτα συμπτώματα του καρκίνου της είπε:

«Βλέπουμε τη ζωή μπροστά μου, δεν υπήρχε τίποτα να δω, εκτός κι' αν ξεγελούσα τον εαυτό μου.»

Μ' αυτήν ακριβώς τη βασικά αντιμετώπιση πρέπει να παλέψει ο θεραπευτής, και όσο το δυνατόν συντομότερο.

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους ένας ασθενής μπορεί να θέλει να ζήσει και να αγωνιστεί για τη ζωή του. Η κλινική όμως πείρα δείχνει πολύ έντονα ότι, σε περιπτώσεις σοβαρής σωματικής ασθένειας, ο φόβος του θανάτου δεν είναι και πολύ ισχυρό εργαλείο. Ο φόβος του θανάτου δεν φαίνεται να δίνει συνοχή, να δένει το δυναμικό του ατόμου, ή ν' αυξάνει την αντίσταση απέναντι στην ασθένεια. Και σίγουρα δεν βοηθάει τον ασθενή να ενισχύσει την προσωπικότητα του ώστε να αξιοποιήσει τις δυνατότητες του. Αντίθετα, τον περιορίζει, τον δένει. Ο φόβος του θανάτου είναι μια αρνητική συγκίνηση. Η επιθυμία όμως για τη ζωή είναι ένα πολύ

ισχυρό όπλο, θετικό. Τον απελευθερώνει. Δίνει, τόσο στον ασθενή όσο και στο θεραπευτή, ένα στόχο προς τον οποίο μπορούν να εργαστούν μαζί.

Πως μπορεί όμως ν' αναγεννηθεί με ολοκληρωμένο τρόπο η επιθυμία για τη ζωή, μέσα σ' αυτούς τους ανθρώπους που πιστεύουν ότι έχουν ηττηθεί από τη ζωή; Σαν τον Ντοναλντ ακόμα κι όταν λένε θέλω να ζήσω, βρίζουν την πραγματική ζωή που έζησαν και εξακολουθούν να ζουν. Γι αυτό λοιπόν, όταν κινητοποιούμε την επιθυμία ζωή, πρέπει πρώτα να έχουμε στόχους για το μέλλον, στόχους που να έχουν μεγάλη σημασία για τον ασθενή. Χρειαζόμαστε ένα ιδεώδες προς το οποίο να κινούμαστε. Ο Μάσλοου τόνισε ότι κάθε πολιτισμός δημιουργεί το δικό του ιδανικό άτομο. Στα ιδανικά αυτά άτομα περιλαμβάνεται ο ήρωας και ο άγιος, ο μυστικιστής, ο αρχοντάθρωπος και οι άλλοι. Στην εποχή μας όμως, φαίνεται να έχουμε παραιτηθεί από αυτά τα ιδεώδη. Παλεύουμε για να γίνουμε καλά προσαρμοσμένοι έχει ελάχιστη αξία σαν κινητήρια δύναμη για το μέλλον. Ποιος θα εργαζόταν σκληρά θα υπέφερε τον πόνο, θα αγωνιζόταν στη ζωή μονό για να είναι καλά προσαρμοσμένος;

Υπάρχει βέβαια ένας στόχος που είναι παραδεκτός από τον πολιτισμό μας, και για τον οποίο αξίζει ν' αγωνιστεί και να υποφέρει κανείς: είναι το ιδανικό της ολοκλήρωσης του εαυτού μας.

Για έναν ασθενή που έχει τέτοια αισθήματα για τον εαυτό του δεν αρκεί να πούμε έχει κάθε λόγο να ζήσει ακόμα κι αν αυτή η επιβεβαίωση ενισχύεται από, έναν κατάλογο των θετικών σημείων που είναι φανερά στον ασθενή. Το βαθύ ενδιαφέρον και η επιθυμία για ζωή που είναι σημαντικά κίνητρα για να ζήσει, δεν μπορούν να ξυπνήσουν με τη λογική και τα επιχειρήματα. Η αντιμετώπιση πρέπει να πάει πολύ πιο βαθιά να του ξυπνήσει την πίστη στον εαυτό του, το ενδιαφέρον του για τη ζωή. Η απόγνωση του ασθενή πρέπει να αντιμετωπιστεί με κάτι εξίσου βαθύ. Η πίστη του θεραπευτή στον ασθενή πρέπει να είναι αρκετά δυνατή, ώστε να μπορέσει ο ασθενής ν' αντιδράσει στην απελπισία του και να την αρνηθεί.

Όταν ο ασθενής υποφέρει από μια ασθένεια τελευταίου σταδίου ανοίγει ένα δρόμο για να το βοηθήσουμε. Κι αυτό γιατί απ' την πλευρά του, υπάρχει, μεγαλύτερη διάθεση να δεχθεί τις δυνατότητες της ψυχοθεραπείας. Εφόσον έχουν ακούσει ότι ο θάνατος βρίσκεται κοντά, οι ασθενείς αυτοί έχουν λιγότερα επιχειρήματα για να επιμείνουν στην απόκρυψη του αληθινού εαυτού, μερικές φορές μάλιστα φαίνεται ότι δεν φοβούνται πια τόσο πολύ ν' ανακαλύψουν τον αληθινό εαυτό τους, γιατί δεν περιμένουν ότι θα ζήσουν αρκετά ώστε να χρειαστεί ν' αντιμετωπίσουν τις συνέπειες απ' αυτή την ανακάλυψη. Για παράδειγμα ένας ασθενής είχε μάθει ότι είχε κακοήθη όγκο κα ότι θα πεθαίνει σε ένα ορισμένο χρονικό διάστημα. Με ένα νέο τύπο χημειοθεραπείας, ο όγκος του μίκρυνε και εξαφανίστηκε. Καθώς ήταν έτοιμος να φύγει από το νοσοκομείο, είπε στο γιατρό του: «γιατρέ, ίσως το έχεις συνειδητοποιήσει, αλλά το μεγαλύτερο πρόβλημα μου δεν ήταν το ότι θα πέθαινα. Είναι το τι θα κάνω με τη ζωή μου, τώρα που έγινα καλά».

Αυτοί οι ασθενείς, έχουν χάσει τόσο πολύ την επαφή με τις δικές τους εσωτερικές δυνατότητες, με τις πηγές από τις οποίες ξεκινούν οι επιθυμίες του.

Μεγάλη σημασία έχει και ετοιμότητα από την πλευρά του ψυχοθεραπευτή. Ένα ψέμα ανάμεσα τους καταστρέφει γρήγορα οποιαδήποτε αξία έχει η θεραπεία και τη κάνει μια απλή συζήτηση επιτρεπόμενων θεμάτων ανάμεσα σε δυο γνωστούς. Εκτός από έναν, όλοι οι ασθενείς μου γνωρίζουν ότι, ιατρικά, η κατάσταση του θεωρούνται απελπιστική.

Για τον ασθενή που βρίσκεται σε έναν αγώνα ζωής και θανάτου η ψυχοθεραπεία δεν μπορεί ν' ασχοληθεί μόνο με τις τεχνικές πλευρές της προσωπικότητας, όπως τις συναντάμε στα επιστημονικά εγχειρίδια. Τα ευρύτερα

θέματα είναι πολύ πιεστικά, πολύ άμεσα. Πρέπει να ερευνηθούν οι Αξίες. Ο θάνατος, το πρόσωπο που βρίσκεται στο παρασκήνιο, θέτει τα ερωτήματα και ο θεραπευτής πρέπει να συμμετάσχει στην αναζήτηση απαντήσεων που για τον ασθενή θα έχουν νόημα.²⁵

5.15 Σ' ΑΓΑΠΩ ΖΩΗ.

Ο ασθενής όταν μάθει ότι έχει καρκίνο και μάλιστα είναι κοντά στο τελικό στάδιο πρέπει να δώσει μια μεγάλη μάχη για να τον πολεμήσει, να τον νικήσει, να ζήσει.

"Δεν είμαστε ξένοι στη ζωή μας; μας έχει δοθεί για να την κάνουμε όμορφη. Αν δεν είναι αυτό που περιμένουμε, ας αναρωτηθούμε. Έχουμε αλλεπάλληλες δυσκολίες που φαίνεται να μας επιβάλλονται από το εξωτερικό μας περιβάλλον; Στο χέρι μας είναι να δούμε αν καθρεφτίζουν τις εσωτερικές μας συγκρούσεις. Ό,τι δημιουργεί ένα πρόβλημα με τον περίγυρο μας, σε οποιαδήποτε τομέα, μας δείχνει ότι πρέπει να δουλέψουμε προς αυτή την κατεύθυνση. Να δουλέψουμε μαζί με τον άλλο. Αλλά κυρίως να δουλέψουμε πάνω στον εαυτό μας.

Συχνά σκεφτόμαστε: «Γιατί ο άλλος αντιδρά έτσι; Τι έχω κάνει και αντιδρά με αυτό τον τρόπο; Τι μπορώ να κάνω τώρα για να αντιδρά διαφορετικά;» Έτσι γεννιέται ένα πρόβλημα, ένα ερωτηματικό που γίνεται εμμονή. Το ερώτημα γίνεται το κέντρο των σκέψεων μας και καταλήγει να είναι πιο σημαντικό από την ίδια τη σχέση. Το μόνο που βλέπουμε στον άλλο είναι ένα ερώτημα που πρέπει να λύσουμε.

Η σπουδαιότητα που παίρνει στο νου μας είναι ανάλογη του προβλήματος που μας δημιουργεί. Αυτό που απασχολεί τις σκέψεις μας δεν τον εκτιμάμε πάντα τόσο ώστε να δικαιολογεί τη θέση που του δίνουμε. Γιατί νοιαζόμαστε τόσο γι' αυτό που θα μπορούσε να κάνει ή να πει;

Ο άνθρωπος συνήθως ασχολείται περισσότερο με αυτό που τον υποφέρει παρά με αυτό που τον ευχαριστεί. Βρίσκει έτσι την ευκαιρία να έρθει αντιμέτωπος με τον εαυτό του, τη ζωή του, το παρελθόν του και την ιστορία του. Ο άλλος δεν υπάρχει: είναι το πρόσχημα για να καταλάβει και μετά να γιατρέψει παλιές πληγές. Δεν θα μπορέσει να τιςπραΰνει; Οι σκέψεις κατευθύνονται σε εκείνον, αλλά συνδέονται με τον πόνο που προκάλεσε. Πιστεύει ότι είναι δεμένος με τον άλλο, αλλά είναι δεμένος με τον πόνο.

Πρέπει να νιώσουμε με το συναίσθημα ότι είμαστε ένα. Ένα με την επιθυμία μας. Ένα με την ζωή μας. Όταν έχουμε πολλές αμφιβολίες, δεν είμαστε ποτέ εκεί που είμαστε. Ότι έχουμε ζήσει το συγκρίνουμε με εκείνο που θα μπορούσαμε να έχουμε ζήσει.

Ας αφήσουμε τον εαυτό μας να ζήσει. Ας αφήσουμε τον εαυτό μας να ευτυχίσει. Ας πάψουμε να ονειρευόμαστε μια φανταστική ευτυχία, που δεν μας επιτρέπει να ζήσουμε. Μας απομονώνει από τον εαυτό μας και τους άλλους. Μας απαγορεύει να ζήσουμε όλες τις; αισθήσεις και τα συναισθήματα μας. Μας κάνει να ζούμε στο πλάι, στο σχεδόν, στο από κοντά. Μας δίνει μια ιδέα πως θα μπορούσε να είναι η ζωή, χωρίς να μας δίνει ποτέ να ζήσουμε αυτό που είναι. Ας μάθουμε να αγαπάμε αυτό που μας δόθηκε να ζήσουμε.

Η ευτυχία είναι μια κατάσταση του νου. Δεν εξαρτάται από εξωτερικούς παράγοντες. Είναι σπάνιοι, σε μια δεδομένη στιγμή και σε όλα τα επίπεδα, οι θετικοί

ισολογισμοί μιας ζωής : αγάπη, υγεία, υλικές απολαύσεις. Πρέπει όμως να είναι όλα τέλεια για να νιώσουμε επιτέλους καλά. Πρέπει όμως να είναι όλα τέλεια για να νιώσουμε επιτέλους καλά; Είναι λάθος να πιστεύουμε ότι είναι φυσικό να υπάρχει ισοδυναμία ανάμεσα στο εξωτερικό σημάδια μιας επιτυχίας και στην ευτυχισμένη ζωή: ότι η ευτυχία είναι αποτέλεσμα λογικής σκέψης που βασίζεται σε πραγματικές πράξεις. Η αίσθηση της ευτυχίας δεν υπακούει σε νόμους που θα ήταν ίδιοι για όλους. Η ευτυχία, όπως και η δυστυχία, συνήθως δεν έχει καμία σχέση με τη λογική.²⁶

Γι' αυτό θα πρέπει να αγαπήσουμε όλοι την ζωή που έχουμε και να παλέψουμε να ζήσουμε ευτυχισμένη όσοι ζωή μας έχει απομείνει αν και ξέρουμε ότι την μάχη με τον καρκίνο που δίνουμε δεν πρόκειται να την κερδίσουμε και το τέλος πλησιάζει. Γιατί ακόμη και έτσι θα ξέρουμε ότι είμαστε νικητές γιατί καταφέρουμε να ζήσουμε τη υπόλοιπη ζωή μας με δύναμη και θάρρος χωρίς να φοβόμαστε δίνοντας τον αγώνα του καρκίνου είτε τα καταφέραμε είτε όχι αλλά παλέψαμε και δεν παραδώσαμε τα όπλα για να ζήσουμε όσο μπορούσαμε για όσο μας έχει απομείνει ζωή".



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ, ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Η δικαίωση της ύπαρξης μας, σαν Νοσηλευτικό επάγγελμα, είναι να είμαστε στο προσκήφαλο του Νοσηλευόμενου για να τον βοηθήσουμε να προσαρμοσθεί ευεργετικά στο μεταβατικό ρόλο του αρρώστου, ν' αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προέκυψαν, να ξαναβρεί την μέγιστη δυνατή ανεξαρτησία του, να πεθάνει μ' αξιοπρέπεια.

Η σύγχρονη Νοσηλευτική προσέγγιση κάθε άρρωστου, που εκφράσετε 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, στον οποίο όλες οι οργανικές λειτουργίες επηρεάζονται απ' την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου και την επηρεάζουν.

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

Στόχος της Νοσηλευτικής φροντίδας για τον άρρωστο με καρκίνο είναι η διάσταση της ισχύος και της ακεραιότητας του, ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, ν' αντέχει τη θεραπεία και ν' αντιμετωπίζει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια. Εδώ σκοπός της αποκατάστασης είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του, με τη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξάρτησης του, ανεξάρτητα απ' το προσδόκιμο επιβίωσης.

Ο καρκίνος, αδιάκριτος, ανεπιθύμητος και απρόσκλητος παραβίασε τη ζωή του και σαν χρόνια νόσος, θα παραμείνει μαζί του για κάποιο μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα. Κι εκείνος, θα πρέπει να , μάθει να ζει μαζί του, ενώ θα συνεχίζει τον βιολογικό και ψυχολογικό του αγώνα.

Κάθε άνθρωπος με καρκίνο χρειάζεται ευκαιρίες ν' αντιμετωπίσει αυτό που του συμβαίνει με τα δικό του βήμα και τον δικό του τρόπο για να ζήσει μια ζωή που θα' ναι ποιοτική για εκείνον.

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

Η 24ωρή θέληση 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 αξιολόγησης. Το οδοιπορικό της, ένας μακρύς δρόμος που αρχίζει απ' την πρώτη μέρα των διαγνωστικών εξετάσεων και τελειώνει με το θάνατο μια ανηφόρα που εκείνη θα δώσει, αλλά και θα πάρει πολλά.

Η δυνατότητα επιτυχημένης Νοσηλευτικής παρέμβασης σ' αυτόν τον τομέα φροντίδας, εξαρτάται όχι τόσο από τις γνωστικές της φυσιοπαθολογικής διεργασίας της αρρώστιας και των δυσμενών της επιπτώσεων, αλλά της ικανότητας τη του νοσηλευτή να κατανοεί το νόημα που έχει η ασθένεια για τον συγκεκριμένο άρρωστο,

ποιες ψυχοκοινωνικές ανάγκης του δημιουργήσει και πια βοήθεια χρειάζεται για να εναρμονίσει τις απαιτήσεις των αναγκών αυτών, με την πραγματικότητα της ασθένειας. Η θετική νοσηλευτική της ανταπόκριση, αρχίζει με τη ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ που αναζητά απάντηση σε ορισμένα ερωτήματα:

Ϊ ποιος ο συγκεκριμένος άρρωστος κάποιες οι βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες του;

Ϊ πως αντιδρά ο συγκεκριμένος άρρωστος, στα ψυχοκοινωνικά αυτά επώδυνα ερεθίσματα;

Το προφίλ του αρρώστου με καρκίνο φοβισμένος, ανασφαλής, αδύναμος, είναι 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 που τον υποχρεώνουν σε πολυάριθμους συμβιβασμούς.

Με τα πρώτα μηνύματα της; Αρρώστιας, η υποψία του καρκίνου αλλά και η εισαγωγή στο νοσοκομείο συνοδεύει μεγάλο αριθμό ψυχικών καταπονήσεων και συνοδεύετε από φόβους του άγνωστου 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 άρρωστους, στις νοσηλευτικές έρευνες των Derdiarian και Hopkins , σε αυτή τη φάση είναι η πληροφόρηση. Σύντομα, έχουν να αντιμετωπίσουν αυτής ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της θεραπείας και των παρενεργειών της. Οποιαδήποτε θεραπεία είναι επίθεση στην εικόνας του εαυτού, στο αίσθημα αυτοεκτίμησης και ισοδυναμεί με πραγματική, ή συμβολική απώλεια δυνατοτήτων ή αγαθών.

Η ανάγκη μακροχρόνιας επίβλεψης και παρακολούθησης, το αβέβαιο μέλλον ,το κοινωνικό στίγμα, η αρχή και το τέλος της θεραπείας, η προοδευτικής 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.

Κάθε άνθρωπος αντιδρά σε κάθε περίπτωση με μοναδικό τρόπο είτε με εκτέλεση ή αποφυγή κάποιων πράξεων ή ενεργειών είτε με ενδοψυχικές διεργασίες, αμυντικές ή οικοδομητικές σκέψεις. 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 απώθηση την υπεραναπλήρωση και την προβολή. Μερικοί μελαγχολούν και απογοητεύονται, ενώ άλλοι παρουσιάζουν παθολογική εξάρτηση, ανευθυνότητα και παλινδρόμηση σε παθολογικούς ή παιδικούς τρόπος συμπεριφοράς. Σε όλους είναι γνωστές οι 5 φάσεις που η

Kubler Ross περιγράφει τις αντιδράσεις του αρρώστου με καρκίνο απ' την στιγμή που έρχεται αντιμετώπος έμμεσα ή άμεσα με την αρρώστια, μέχρι τις τελευταίες ώρες της ζωής του.

Η ικανότητα ή αδυναμία να αντιμετωπίσει τις στρεσογόνες καταστάσεις εξαρτάται απ' το φυσικό περιβάλλον που βρίσκεται, την ψυχολογική υποστήριξη ή την έλλειψη της, τις θρησκευτικές αντιλήψεις του, την μόρφωση και το πολιτικό του υπόστρωμα, τα κίνητρα και τις πεποιθήσεις του, τις συνυπάρχουσες ή όχι οικονομικές, οικογενειακές κι επαγγελματικές μέριμνες, το στάδιο της αρρώστιας και τη σοβαρότητα της κατάστασης του.

Σίγουρα η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση είναι δυσκολότερη από την σωματική. Δυστυχώς, συχνά δεν εκτιμάται και δεν ενθαρρύνεται στην κλινική πράξη σαν 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 και 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 ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΕΙΛΙΚΡΙΝΟΥΣ ΚΑΙ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ. Με την υιοθέτηση πλήρους επικοινωνίας, ενημερώνεται και πληροφορείται ο άρρωστος στο μέγεθος που ο ίδιος επιθυμεί και μπορεί, επιτρέπεται σ' όλα τα μέλη της οικογένειας να συμμετέχουν στην οικογενειακή κρίση σ' ένα επίπεδο ανάλογο με τις δυνατότητες τους, εμπνέεται και κερδίζεται η ενεργός συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, διαψεύδονται αδικαιολόγητοι φόβοι, καλλιεργείται η ανάγκη του αρρώστου να θρηνησει εκείνο που έχασε, να εκδηλώσει τη λύπη του και το θυμό του για να μην απομονωθεί συναισθηματικά.

Καθημερινά πρωταρχικός νοσηλευτικός στόχος είναι η δημιουργία ενίσχυση και διαφύλαξη προσωπικού 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, η 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, όπου ο νοσηλευτής είναι ικανός να γεφυρώνει αποστάσεις επικοινωνίας, να επιλέγει τον καταλληλότερο χρόνο και τρόπο για διδασκαλία, να φέρνει τον άρρωστο σε επαφή με το αναγνωρισμένα σωματεία ομοιοπαθών, που μπορούν να τους μεταβιβάσουν καταλαβαίνω πως αισθάνεται, βρέθηκα κι εγώ στη θέση σου και το ξεπέρασα. Να προάγει την ανεξαρτησία του, να ενισχύει τη θέληση και την ελπίδα του για ζωή.

Οι νοσηλευτές ενισχύουν την αυτοεκτίμηση του αρρώστου, όταν επαινούν την αυτοφροντίδα, όταν αντανακλούν θετικές εκτιμήσεις με λόγια ή χωρίς λόγια, με πράξεις ή συμπεριφορά, όταν ακούνε τον άρρωστο, όταν αποδέχονται τις αντιδράσεις του, όταν αναγνωρίζουν και σέβονται τα συναισθήματα 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 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ που επιτυγχάνεται όταν βοηθούμε τον άρρωστο να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασης του, να συγκεκριμενοποιεί τα προβλήματα του, να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να το αντιμετωπίζει και ν' αναγνωρίζει την πρόοδο, να μπορεί να μοιράζεται τα συναισθήματα του και να ζητά βοήθεια, ν' αναγνωρίζει και ν' απολαμβάνει τις μικροχαρές της ζωής, να διακρίνει τη ρεαλιστική απ' την ψεύτικη ελπίδα και να μπορεί να υλοποιήσει το μήνυμα «κάνε το σήμερα ν' αξίζει». Μπορεί όμως ν' αξίζει όταν ο άρρωστος πονά;

Η ανακούφιση του πόνου είναι εξαιρετικά σημαντικός νοσηλευτικός στόχος του προγράμματος. Ο πόνος αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα για το 70% 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 ανακούφιση του. Ο χρόνιος πόνος στον καρκίνο αποτελεί μια πολυδιάστατη μοναδική υποκειμενική εμπειρία, μια πολύπλοκη ψυχοπνευματική εκδήλωση που επιχειρεί να απεικονίσει σε σχήμα ο Twycross με κύριους άξονες στα αίτια πόνου, την κατάθλιψη, το θυμό και το άγχος.

Όπως ο Spross ανέφερε χαρακτηριστικά σ' ένα νοσηλευτικό συνέδριο, πρέπει να εφαρμόζουμε όλες τις γνώσεις που διαθέτουμε για την ανακούφιση του πόνου αρρώστων με καρκίνο, σαν ολόκληρη η ζωή του να εξαρτιόταν απ' αυτό. Και πράγματι, η ποιότητα της ζωής εξαρτάται.

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 η συλλογή όλων των στοιχείων πληροφοριών που αφορούν τις φυσιολογικές και ψυχικές αντιδράσεις του αρρώστου, τις εκδηλώσεις συμπεριφοράς. Που οφείλεται ο πόνος; Πόσο πονά ο άρρωστος; Που πονά και με ποιες λέξεις περιγράφει τον πόνο; Ποιες μεθόδους χρησιμοποιεί για την ανακούφιση του; Πως επιδρά στη ζωή του και ποιο νόημα του αποδίδει;

Στη συνέχεια για την κατάσταση του νοσηλευτικού προγράμματος λαμβάνονται υπ' όψιν το αίτιο και οι χαρακτήρες του πόνου, η ηλικία, η ψυχοσωματική κατάσταση του αρρώστου, το προσδόκιμο επιβίωσης 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 του 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 την αντίληψη του πόνου και γ) Εκείνες που μειώνουν την οδυνηρή εμπειρία βίωσης πόνου.

Με στοιχεία της ΠΟΥ τα αναλγητικά όταν χορηγούνται στο κατάλληλο είδος, στη κατάλληλη δόση, με τον κατάλληλο τρόπο και στον κατάλληλο χρόνο προσφέρουν ανακούφιση στους περισσότερους. Βέβαια, η χορήγηση των φαρμάκων δεν είναι η μόνη νοσηλευτική επιλογή. Οι δυνατότητες για αποτελεσματικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι απεριόριστες. Η άμεση φυσική φροντίδα παρέχεται με αμέτρητες αυτόνομες νοσηλευτικές ενέργειες από ένα ευρύτερο πεδίο επιλογών που συμβάλλουν τόσο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου, όσο και την περίληψη του. Και μόνο η αναγνώριση του παράπνου του αρρώστου ότι πονά προκαλεί ανακούφιση.

Η σημαντική νοσηλευτική παρέμβαση αν και συχνά υποτιμάται, είναι ίδια η παρουσία μας κοντά στον άρρωστο. Κι όσο ο πόνος παραμένει επίμονο και δισεπύλητο πρόβλημα, αποτελεί πηγή νοσηλευτικής υποχρέωσης και δέσμευσης για συνεχής αξιολόγηση και αναζήτηση τρόπους άμεσης ανακούφισης του.

Άλλος σημαντικός στόχος του νοσηλευτικού προγράμματος είναι η υποστήριξη της οικογένειας του αρρώστου. Ας δούμε μερικά αντιπροσωπευτικά παραδείγματα νοσηλευτικών ερευνών που αποδεικνύουν το τι πράγματι προσδοκά η οικογένεια του από τους Νοσηλευτές. Στη μελέτη της η Martachio υποστηρίζει ότι σημαντικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την υποστήριξη της, η οικογένεια θεωρεί

την ανακούφιση άγχους, σύγχυσης και απελπισίας, την αναστήλωση της ελπίδας για το μέλλον, την αναζήτηση εναλλακτικών επιλογών και τη μεγιστοποίηση των αμυντικών μηχανισμών της. Η Coburn γράφει ότι στο νοσηλευτικό προγραμματισμό η οικογένεια πρέπει να χειριστεί διπλό ρόλο, τόσο σαν αποδέκτης φροντίδας, όσο και σαν συμμετέχων στη φροντίδα του αρρώστου, η οικογένεια αναφέρουν οι Edstrom and Miller, Johnson, Lane and Davis, χρειάζεται ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για να κατανοήσει, να κρατήσει και να φροντίσει το αγαπημένο της πρόσωπο στη θαλωρή του σπιτιού.

Στο τέλος, ο νοσηλευτής 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.

Όμως ο ρόλος των νοσηλευτών στο τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για τον άρρωστο με καρκίνο, όπως φαίνεται σε μια πρόσφατη ανασκόπηση της νοσηλευτικής αρθρογραφίας εκτός από παροχή άμεσης φροντίδας είναι ερευνητικός, εκπαιδευτικός, συμβουλευτικός και ρόλος συντονιστή.

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

Ο εκπαιδευτικός ρόλος εκφράζεται με την εκπαίδευση του αρρώστου που παρέχεται είτε με οργανωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα για όλους τους άρρωστους ή προς τη θεραπεία.

Όπως αναφέρουν χαρακτηριστικά οι Frank, Strobory και Wright αν και δεν είναι πάντα εύκολη η προσφορά οργανωμένων εκπαιδευτικών ευκαιριών στα νοσηλευτικά τμήματα, η διδασκαλία του αρρώστου γίνεται ανεπίσημα καθημερινά, καθώς οι νοσηλευτές ενθαρρύνουν η αυτοφροντίδα και αναζητούν τον καλύτερο χρόνο και τρόπο για να μεταδώσουν τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τη σιγουριά τους.

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.

Εξ' ίσου σημαντικό είναι ο ρόλος του νοσηλευτή σαν συντονιστής που συμβάλλει στην διατήρηση και συνέχιση της φροντίδας. Αναφέρονται αντιπροσωπευτικά έρευνες όπου η νοσηλεύτρια κατέχει το ρόλο κλειδιού του συντονιστή δε νοσηλευτικές μονάδες περιπατικών ασθενειών, σε πρόγραμμα νοσηλείας στο σπίτι, σε γυναικολογική, χημειοθεραπευτική, νοσηλευτική μονάδα, στη κοινότητα και σε ομάδα αποκατάστασης ατόμων με λαρυγγεκτομή.

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


Είναι γεγονός ότι πολλά προβλήματα που ξεφεύγουν απ' τον χρόνο αυτής της εισήγησης παρεμποδίζουν την εκπλήρωση του πολύπλευρου ρόλου μας σ' αυτό τον τομέα φροντίδας.

Όμως σίγουρα, ικανότητα αντιμετώπισης προβλημάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αρρώστων με καρκίνο δεν μπορεί να αποκτηθεί μόνο με την μελέτη βιβλίων ογκολογικής νοσηλευτικής, αλλά βιώνεται με την ουσιαστική επαφή με τον ίδιο τον άρρωστο.

Χωρίς αμφιβολία, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ενισχύεται όταν ο άρρωστος νοσηλεύεται σε υπηρεσίες περιπατικών ασθενών, σε οργανωμένα προγράμματα ανακουφιστικής φροντίδας που ενσωματώνουν και τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι, με ειδικές ομάδες που μπορούν να βελτιώσουν την 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 τελικό στάδιο, κάθε άρρωστος με καρκίνο, δικαιούνται την καλύτερη φροντίδα για να μείνει ικανός να είναι ο εαυτό του, όσο το δυνατόν περισσότερο.

Το μέτρο της ανθρωπιστικής φροντίδας που του παρέχουμε, ανεξάρτητα απ' 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.²⁷



**ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ
ΚΑΠΟΙΟ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.**

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πρόκειται για το τρίτο παιδί 7 ετών φαινότυπα υγιών γονέων (υπάρχουν και αλλά δυο αδέρφια στην οικογένεια αγόρι 16 ετών και το κορίτσι 12 ετών). Ο πατέρας 43 ετών (τεχνικός στην Δ.Ε.Η) και η μητέρα (33 ετών οικιακά)

Οικογενειακό ιστορικό ελεύθερο εκτός από πατρικό πατέρα που κατέληξε σε ηλικία 60 ετών με μεταστατικό Ca νεφρού

Το παιδί γεννήθηκε με φυσιολογικό τρόπο. Το βάρος του ήταν 3.330 Kgr . δεν είχε κανένα πρόβλημα ως νεογνό η βρέφους

Αναφέρθηκε ουρολοίμωξη σε ηλικία 5 ετών χωρίς ανατομικές ανωμαλίες

Ακόμα Αναφέρθηκε ότι πέρασε ιογενείς μηνιγγίτιδα σε ηλικία 5 ετών

Ο πρώτος έλεγχος έδειξε περικαρδίτιδα που μεταφέρθηκε στο παιδί για περαιτέρω εξετάσεις. Σε ακτινογραφία θώρακα έδειξε διεύρυνση μεσοθωράκιου

Ακολούθησε βιοψία δια βέλους υπό τους υπέρηχους. Η διάγνωση από τους παθολογοανατόμους ήταν λευκώματος

Ασθενής με μειωμένη κινητική δραστηριότητα, δεν μιλάει, δεν ανταποκρίνεται σε ερεθίσματα, δεν δείχνει να έχει ενδιαφέρον για το μέλλον.

Οι οικογένεια του μας είπε ότι δεν βγαίνει, δεν γελάει, και όλη μέρα την βγάζει στο κρεβάτι. Το γελαστό παιδί έχει γίνει ένα απομονωμένο παιδί και αρνητικό παιδί ήταν η έκφραση της μητέρας. Η ασθένεια του τον έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό μας είπε ο πατέρας. Δεν παίζει ούτε με τα αδέρφια του.

Μετά από συζήτηση από την οικογένεια βγάλαμε το συμπέρασμα ότι η οικογένεια δεν ξέρει πολλά από την ασθένεια και έχει υπερβολικό άγχος με αποτέλεσμα να το έχει περάσει στο παιδί με αποτέλεσμα το παιδί να μην τρώει και να έχει εγκατάλειψη την ζωή

Από την παρατήρηση του δέρματος καταλάβαμε ότι το παιδί έχει πρόβλημα βιταμινών και το κατάλευκο δέρμα έδειξε πολλά.....

Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε χαμηλά λευκά αιμοσφαίρια, μειωμένο σίδηρο. Ύψος 1,22 και βάρος 20.70 Kgr

ΑΝΑΓΚΕΣ/ ΠΡΟΒΛΗΜ ΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ Ι ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Ο άρρωστος λόγω υπερβολικού άγχους νιώθει οπισθοστερνικό πόνο.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ø Η ψυχολογία του ασθενή να αλλάξει σε 1 βδομάδα. Ø Ο οπισθοστερνικός πόνος που νιώθει από το άγχος να ελαττωθεί και να εκλείψει σε 10 ημέρες. 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Ήρεμο δωμάτιο Ø Αεριζόμενο , ευάερο, ευήλιο. Ø Να νοσηλευτεί σε δωμάτιο με 1 κρεβάτι. Ø Προσπάθεια απόκτησης εμπιστοσύνης. Ø Χορήγηση αντικαταθλυπτικών φαρμάκων. Ø Εκπαίδευση του άρρωστου. 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Το πρώτο που κοιτάμε είναι να μπει σε ένα θάλαμο που να νοσηλεύεται μονό αυτός. Να έχει τις πρώτες ημέρες ηρεμία και να είναι απαλλαγμένος από άλλες σκέψεις και θορύβους που τον κάνουν χειρότερα Ø Οι επισκέψεις μας να είναι σε τακτά χρονικά διαστήματα π.χ. ανά μισάωρο. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής ζει γι' αυτή την στιγμή. Σιγά-σιγά μετράει την ώρα που θα ξαναέλθουμε. Γι' αυτό φροντίζουμε να του μιλάμε με καλοσύνη με ευγένεια, με χαμόγελο. Προσπαθούμε να κερδίσουμε την συμπάθεια του. Μετά από λίγες ημέρες θα θέλει να μείνουμε πιο πολύ μαζί του και Μετά ακόμα πιο πολύ... σε αυτό το σημείο κοιτάμε μην κάνουμε κανένα λάθος γιατί θα τα χάσουμε όλα και θα κλειστεί για πάντα στον εαυτό του. Αντίθετα αν τον κερδίσουμε θα μας εμπιστευτεί. Ότι μοιραζόμαστε το βάρος ελαφραίνει. Ø Το δωμάτιο να είναι ευήλιο και ευάερο για ανακύκλωση του αέρα. Ο καθαρός αέρας προκαλεί αύξηση της ευφορίας ενώ ο ίδιος αέρας έχει μειωμένο οξυγόνο που προκαλεί και δυσκολία αναπνοής και κακή οξυγόνωση του αίματος. Το λιγοστό 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Η ψυχολογία του ασθενή άλλαξε σε λιγότερο από 1 βδομάδα. Ø Το άγχος μειώθηκε απλά γιατί πίστευε λάθος πράγματα για την ασθένεια του. Τα ιατρικά βιβλία και το κέρδισμα της εμπιστοσύνης έπαιξαν σημαντικό ρολό. Ø Έδωσε νόημα στην ζωή του να βοηθήσει και άλλα άτομα με ίδιο πρόβλημα με αυτό.

			<p>οξυγόνο προκαλεί αύξηση των εισπνοών και εκπνοών και κούραση του θώρακα και αύξηση του πόνου.</p> <p>∅ Το δωμάτιο με τον αρκετό ήλιο προκαλεί ευφορία συναισθημάτων και <<ήλιο>> στην ζωή. Αντίθετα το κλειστό δωμάτιο προκαλεί στον ασθενή χειρότερο άγχος και απαισιοδοξία. Συχνά το κλειστό δωμάτιο έχει κάποιες χαραμάδες που από εκεί περνάει μια ακτίνα φωτός. Το βλέμμα κολλάει σε αυτό το μέρος το μυαλό αρχίζει να πλάθει... Αρχίζει να νιώθει ότι είναι σε ένα τούνελ και το τέλος είναι η άκρη του φωτός. Οι πολλές σκέψεις έχουν σαν επακόλουθο τον πονοκέφαλο και το άγχος. Γι' αυτό προσέχουμε πάρα πολύ να μην έχουμε κλειστά τα παράθυρα.</p> <p>∅ Διδασκαλία του αρρώστου για να αποφεύγει τον οπισθοστερνικό πόνο που προκαλείται από το άγχος.</p> <p>∅ Του λεμέ να δώσει προσοχή στην εξωτερική του εμφάνιση που θα έχει την ευκαιρία για νέες γνωριμίες...</p> <p>∅ Τρόπους αντιμετώπισης προβλημάτων που ο ίδιος δεν είχε σκεφτεί. Συνήθως το άγχος του είναι λόγω αγνοίας της ασθένειας του. Λύσεις και εκπαίδευση του ασθενή για την αρρώστια του που προκαλεί ανακούφιση.</p> <p>∅ Του δίνουμε ιατρικά βιβλία και συλλόγους με άτομα που έχουν την ίδια</p>	
--	--	--	---	--

			<p>ασθένεια και βλέπουν την ζωή με άλλο μάτι</p> <p>Ø Το τελευταίο που κάνουμε και ταυτόχρονα τον εκπαιδεύουμε είναι τα φάρμακα. Η λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι μια απλή λύση, όμως δεν είναι για πάντα. Θα έχουμε λύσει το πρόβλημα για λίγο. Το καλύτερο είναι η σωστή εκπαίδευση που θα του δώσει νόημα για το μέλλον</p>	
--	--	--	---	--

ΑΝΑΓΚΕΣ/ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ Ι ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜ ΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Άρρωστος με αδυναμία και εξάντληση του οργανισμού. Άρνηση ομιλίας και λήψη τροφής..	Ο άρρωστος να αποκτήσει μυϊκή δύναμη, να μπορεί να περπατάει και να τρώει μονός του σε 2 εβδομάδες.	<ul style="list-style-type: none"> Ø Βάζω φλεβοκαθετηρα. Ø Χορηγώ φάρμακα. Ø Βάζω λεβάνη. Ø Μετά από λίγες ημέρες του δίνω φαγητά της αρεσκείας του. Ø Διδασκαλία αρρώστου και συγγενών. Ø Συνεργασία με φυσιοθεραπευτές. 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Για να μην τρυπώ συνέχεια των άρρωστο του βάζω φλεβοκαθετηρα. Έτσι γλιτώνουμε χρόνο από την νοσηλεία και ο άρρωστος δεν χρειάζεται να πονάει κάθε τόσο για τα θα νοσηλευτεί πολλές ημέρες και θα πάρει πολλά ενδοφλέβια(φάρμακα, συμπληρώματα διατροφής κ.λ.π). Ø Χορηγώ φάρμακα(παρεντερικά, ενδοφλέβια, αέρων) για ενίσχυση του οργανισμού. Ø Αλέθω την τροφή του τις πρώτες ημέρες για αυτό το λόγω βάζω λεβάνη από το στόμα. Ø Συνέχεια έχει ορό και καλύτερο είναι 10% για αύξηση της γλυκόζης που χρειάζεται για την ζωή των κυττάρων. Αν με την τροφή δεν παίρνει απαιτούμενα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται ο οργανισμός τότε του χορηγούμε συμπληρώματα διατροφής. Ø Μετά από λίγες ημέρες του δίνω φαγητά της αρεσκείας του. Φροντίζω να είναι ελκυστικά και να προκαλούν το αίσθημα την πεινάς(όρεξη). Αν είναι όλα μαζί στο δίσκο χύμα ακόμα και αν του αρέσουν του προκαλούν αηδία. Ø Μαζί με τον ορό χορηγώ και ηλε- 	Ο ασθενής σε λιγότερο από 2 βδομάδες είχε αποκτήσει μυϊκή δύναμη. Βγήκε περπατώντας από το νοσοκομείο και είτε με δύναμη ψυχής θα αργήσετε πολύ να με δείτε.....

			<p>κτρολύτες για καλή λειτουργία των κυττάρων. Μαζί με το σίδηρο του λέω αντί για νερό να πίνει ένα ποτήρι φυσικό χυμό πορτοκαλάδα για καλύτερη απορρόφηση του από το εντέρου.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø Καθημερινό μπάνιο για πρόληψη των μολύνσεων και να νιώθει καλύτερα. Φροντίζω μαζί με το μπάνιο να κάνουμε και μασάζ για καλύτερη κυκλοφορία του αίματος και οι τεμπέληδες μυς αρχίζουν να δουλεύουν σιγά- σιγά. Ø Συνεργαζόμαστε με τους φυσιοθεραπευτές για καλύτερα αποτελέσματα στην απόκτηση δύναμης των μυών. Ø Τις πρώτες ημέρες τρίωρη θερμομέτρηση για να βλέπουμε την κατάσταση του πολύ συχνά και να προλαβαίνουμε από την αρχή κάτι που θα είχε αρνητικά αποτελέσματα Ø Διδασκαλία του αρρώστου και των συγγενών για ενίσχυση του αρρώστου. Τους διδάσκουμε ότι η ασθένεια που έχει αν προσέχει την διατροφή του και σε συνδυασμό με την γυμναστική όλα θα είναι καλά. Ø Ταυτόχρονη διδασκαλία φυσιοθεραπευτών με εμάς στον ασθενή για μάθηση εκγύμνασης των μυών και την καλή λειτουργία των μυών από την τροφή. 	
--	--	--	---	--

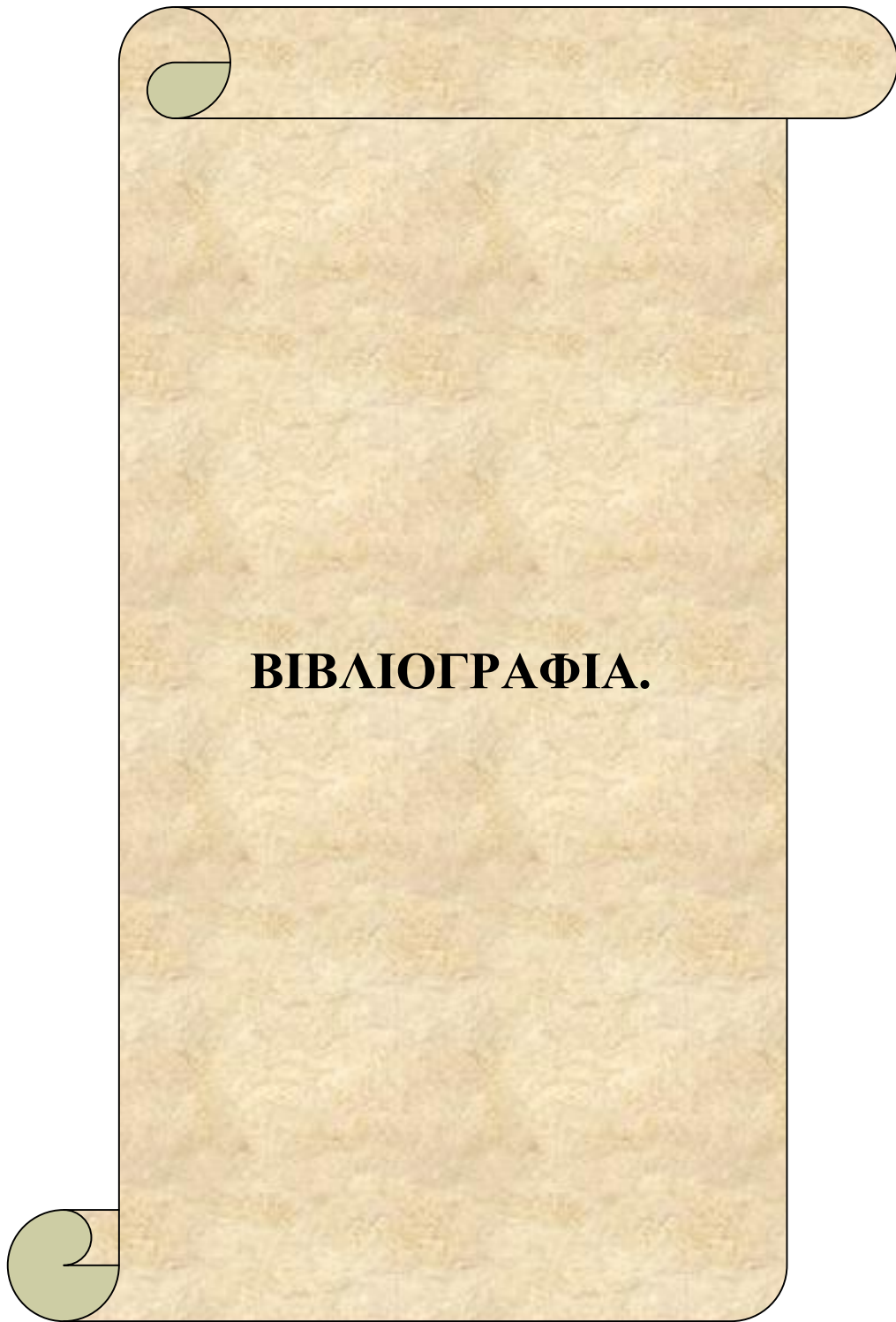
ΑΝΑΓΚΕΣ/ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙ ΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Άρρωστος με αδυναμία έκφρασης αισθημάτων. Άρνηση για συνέχιση ζωής. Αδυναμία επικοινωνίας.</p>	<p>Ο ασθενής να μπορεί να χαμογελά να γίνει δημιουργικός σε 1 βδομάδα</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ø Να αερίζεται καθημερινά το δωμάτιο να αλλάζουμε κάθε ημέρα τα λουλούδια Ø Να παρακολουθεί επιμορφωτική προγράμματα Ø Να διαβάζει βιβλία που θα έχουν στόχο την άνοδο της ψυχολογίας. Ø Να αποφεύγει αρνητικά άτομα που του χαλάνε την διάθεση. Ø Τα άτομα που μπαίνουν στο δωμάτιο να του συμπεριφέρονται δύναμη ψυχής και όχι με λύπηση. Ø Να κάνει κάθε ημέρα μπάνιο και να αλλάζει συχνά ρούχα. Ø Να ασχολείται με κάτι που τον κάνει να νιώθει ότι είναι χρήσιμος. Ø Να του δοθεί η δυνατότητα να ασχολείται με πράγματα και ασχολίες που θα έχουν μέλλον και δεν τελειώνουν γρήγορα 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Να ανοίγουμε καθημερινά τα παράθυρα για ανακύκλωση του αέρα από ιούς μικρόβια Ø Να αλλάζουμε καθημερινά τα λουλούδια για άρωμα και φυσικά τα ανθισμένα λουλούδια πάντα προσφέρουν ευχαρίστηση ενώ τα μαραμμένα αρνητισμό και μαρασμό στην ψυχολογία. Ø Του λεμέ τα προγράμματα του νοσοκομείου η των γύρων κοντινών κτηρίων αν τον ενδιαφέρει κάποιο από αυτά για απασχόληση του χρόνου του. Ø Να του δώσουμε βιβλία με ευχάριστο τέλος που του δίνουν δύναμη και ελπίδα για το μέλλον. Ø Να φτιάξω κατάλογο με τα άτομα που θέλει να βλέπει και του φτιάχνουν την διάθεση φυσικά αποκλείω τα άτομα που δεν θέλει να βλέπει. Ø Να τον προτρέψω να κάνει καθημερινό μπάνιο για αποφυγή μόλυνσης και να νιώθει καλά ο ίδιος αφού δεν θα μυρίζει. Ταυτόχρονα φροντίζω να 	<p>Ο ασθενής άρχισε να ζει για το αύριο. Αισιοδοξία για το μέλλον και το χαμόγελο γράφει στο πρόσωπο του.</p>

			<p>αλλάζει κάθε ημέρα ρούχα.</p> <p>Ø Να του δοθεί η δυνατότητα να ασχοληθεί με κάτι που τον κάνει να νιώθει υπεύθυνος για κάτι π.χ ένα μικρό ζώο του δίνει ζωή και ζει για να το φροντίζει και νιώθει μετά από λίγο καιρό υπεύθυνο αυτό και ζει σχεδόν για γι' αυτό.</p> <p>Ø Φροντίζω να εκπαιδεύσω το άτομο να κάνει νοσηλεία για τον εαυτό του και να νιώθει υπευθυνότητα από μεριά του..... ακόμα και η πιο μικρή νοσηλευτική πράξη είναι κάτι.</p>	
--	--	--	--	--

ΑΝΑΓΚΕΣ/ ΠΡΟΒΛΗΜΑ Α	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ Ι ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ Σ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Άρρωστος με σοβαρό πρόβλημα βιταμινών. Άσπρο δέρμα και ατονία.</p>	<p>Ο ασθενείς να μπορεί να σηκωθεί από το κρεβάτι του σε 1 βδομάδα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ø Χορήγηση βιταμινών και σιδηρού. Ø Προστασία από ιούς και μικρόβια. Ø Καθημερινό μπάνιο. Ø Χορήγηση πλάσματος και αίματος. Ø Χορήγηση παυσίπονου και αντιβιοτικών. Ø Τρίωρη παρακολούθηση ζωτικών. 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Λόγω αναιμίας και έλλειψη βιταμινών χορηγούμε σίδηρο για αύξηση της αίμης και βιταμίνες για καλή λειτουργία των ζωτικών μηχανισμών του οργανισμού. Ø Τις πρώτες ημέρες χορηγούμε O₂ για αύξηση του οξυγόνου του αίματος και αποβολή του διοξειδίου του άνθρακα. Ø Προστασία του ασθενή από τους αρρώστους λόγω έλλειψη η εξασθένησης του αμυντικού του συστήματος. Ø Τον βάζουμε σε θάλαμο μονό του για προστασία από αρρώστους αλλά και πρόληψη. Ø Χορηγούμε αντιβιοτικά και πλάσμα και αίμα για αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων αλλά και αύξηση των αντιγόνων για να αυξήσουμε την αντίσταση του οργανισμού από ιούς. Ø Τρίωρη παρακολούθηση ζωτικών για γρήγορη αντιμετώπιση κάποιας απόκλισης του φυσιολογικού. Πχ αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος..... 	<p>Ο ασθενής σηκώθηκε από το κρεβάτι. Ο οργανισμός επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα(αίματος).</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ/ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ ΙΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ Σ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Ο άρρωστος αποφεύγει να ελπίζει για το μέλλον. Ανάγκη αποδοχής της αρρώστιας του.</p>	<p>Αύξηση αυτοπεποίθησης και ψυχικής κατάστασης σε 2 βδομάδες.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ø Του δίνω ψυχοφάρμακα . Ø Του δίνω την βίβλο. Ø Τον προτρέπω να βλέπει ευχάριστα προγράμματα από την τηλεόραση. Ø Του δίνω δωμάτιο με καλή θέα. Ø Όμορφο αεριζόμενη δωμάτιο. Ø Τον προτρέπω να βλέπει όμορφα ψυχαγωγικά προγράμματα στην τηλεόραση. Ø Του δίνω βιντεοκασέτες με ντοκιμαντέρ και θρησκευτικού περιεχομένου. Ø Απαλή μουσική 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Το πρώτο φροντίζω να μην χειροτέρευση η κατάσταση του. Μετά φροντίζω να τον κάνω να νιώθει καλύτερα και μετά να βελτιώνεται. Ø Με το διάβασμα θα φτιάχνει εικόνες στο μυαλό του. Φροντίζουνε το βιβλίο που διαβάζει να είναι τόσο καλό που να του προσφέρει μόνο ευχάριστες εικόνες συνήθως η βίβλος και το καλύτερο οι ψαλμοί του Δαβίδ. Ø Με το να βλέπει ντοκιμαντέρ και να βλέπει όμορφα τοπία θα θέλει να πάει και ο ίδιος εκεί. Αρχίζει να ζει για το αύριο. Ø Από το παράθυρο η όμορφη θεά του δημιουργεί ευχάριστα συναισθήματα και όχι να βλέπει τοίχο και να νιώθει φυλακή αλλά να βλέπει ένα παγκάκι και να ανεβαίνει. Ø Φροντίζω οι συνθήκες του δωματίου να μην είναι ούτε ζεστές ούτε κρύες να είναι ανάλογα την εποχή και να νιώθει 	<p>Ο ασθενής έμαθε να οδηγεί το μυαλό του στα ευχάριστα συναισθήματα και να νιώθει καλά. Αποδέχτηκε να ζει με την ασθένεια του.</p>

			<p>σωματική ευεξία.</p> <p>∅ Του βάζουμε μουσική απλά γιατί η μουσική είναι το καλύτερο φάρμακο για την κατάθλιψη όπως λένε και οι ψαλμοί.. με την μουσική το μυαλό φυλακίζεται στα ακούσματα φτιάχνει εικόνες και το μυαλό πετάει σε παραδεισένιους κόσμους.. Η μουσική δεν αφήνει το μυαλό να σκεφτεί αρνητικά.</p> <p>∅ Του διδάσκω πώς να οδηγεί το μυαλό στα μονοπάτια του καλού και να κάνει την καρδιά να χτυπάει με των δικό της ρυθμό που μονό όσοι ξέρουν το πετυχαίνουν.</p>	
--	--	--	---	--



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

1. ΚΑΡΠΟΥΧΤΣΗ ΕΙΡΗΝΗ. Πάτρα 2004: «*Ογκολογική Νοσηλευτική*». Σημειώσεις ΤΕΙ. Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πατρών.
2. ΚΑΤΡΑΚΗ Λ. ΓΙΩΡΓΟΣ. Αθήνα 1980: «*Πρόληψη- έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο*». 2^ο βιβλίο. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής.
3. ΔΟΝΤΑ Σ. ΝΙΚΟΛΑΟΣ. Αθήνα 1995: «*Ένας αγώνας συνεχίζεται. Ο καρκίνος στην Ελλάδα χθες- σήμερα- αύριο*». Επίτομος. έκδοση α΄. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
4. ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ. ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ. Αθήνα 1991: «*Η Ευρώπη κατά του καρκίνου*». Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
5. MALIN DOLLINGER, ERNEST ROSENBAUM, GREG CABLE. Αθήνα 1992 : «*Ο καρκίνος "διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση" ένας οδηγός για όλους*». Επιμέλεια- μετάφραση Χρήστος Μεθάς, Σωτήριος Λαμπρόπουλος, Γιώργος Λαδάς. Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Κάτοπτρο.
6. www. medlook net.cy. 29 Μαρτίου 2005.
7. ΣΠΗΛΙΩΤΗΣ Δ. DR ΙΩΑΝΝΗΣ. Πάτρα 1999: «*Καρκίνος " από την άγνοια ... στο φόβο*»». Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Αχαϊκές.
8. ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΕ ΘΕΜΑ. Αθήνα 1991. «*Περιβάλλον και καρκίνος*». Συντονιστές Σταύρος Μπεσμπέας, Ελευθερία Σιδέρη. Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
9. ΛΕΟΝ ΣΒΑΡΤΕΝΜΠΕΡΓΗ, ΠΙΕΡ ΒΙΑΝΣΟΝ- ΠΟΝΤΕ. Αθήνα 1982: «*Να αλλάξουμε το θάνατο*». Επίτομος, έκδοση α΄. Εκδόσεις Πύλη.
10. ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ. Περίοδος Μάρτιος- Ιούνιος 2002. Αθήνα 2003: «*Εκπαίδευση εκπαιδευτικών αποφόρτιση- νοσήματα φθοράς*». Τομέας νοσηλευτικής ογκολογίας συνδέσμου διπλωματούχων νοσηλευτριών/ των Ελλάδας. Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
11. ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ. Περίοδος Απρίλιος- Ιούνιος 2000. Αθήνα 2001 : «*Τομέας νοσηλευτικής ογκολογίας συνδέσμου διπλωματούχων νοσηλευτριών/ των Ελλάδος*». εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών. Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
12. ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ. Αθήνα 1998: «*Εταιρεία νοσηλευτών σπουδών*». Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.

13. ΚΟΥΚΟΥΡΡΑΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ. Πάτρα 1990 :«Ο χρόνιος πόνος του καρκινοπαθούς και η θεραπεία του». Επίτομος. Έκδοση α΄.
14. ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟ- ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ. Περίοδος Φεβρουάριος- Ιούνιος 2001. Αθήνα 2002:«Πρόγραμμα Leonardo da Vinci» . Β΄ τόμος(με την συνεργασία του Αριστοτέλειου Παν/μιου Θεσσαλονίκης του αντικαρκινικού συνδέσμου Κύπρου της Εταιρείας νοσηλευτών σπουδών και του τομέα νοσηλευτικής ογκολογίας του συνδέσμου διπλωματούχων νοσηλευτών Ελλάδος). Εκπαίδευση εκπαιδευτικών. Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
- 15 RENARD LEON. Αθήνα 1990: « Πως να δαμάσετε τον καρκίνο " οι ανεκμετάλλετες δυνάμεις της ανθρώπινης ύπαρξης"». Επιμέλεια – Μετάφραση Τζίνα Τραμπαζάλη. Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Ααγής.
16. ΡΗΓΑΙΟΣ Α. ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ. Αθήνα 1985: «Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία». Επίτομος. Έκδοση α΄.
17. ΒΕΛΕΝΤΖΑ Κ. ΚΑΙ ΜΑΜΠΛΕΚΟΥ Ε. Αθήνα 2003.: «Καρκίνος και κατάθλιψη». Μηνιαία έκδοση Εταιρείας Ιατρικής Σπουδών. Τόμος 83. Τεύχος 3^ο . Εκδόσεις Εταιρεία Ιατρικών Σπουδών.
18. ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ. Περίοδος Οκτώμβριος 2002- Ιανουάριος 2003. Αθήνα 2003:«Εκπαίδευση εκπαιδευτικών κλινικές εφαρμογές παρέμβασης και υποστήριξης ασθενών- οικογένειας θεράποντων». Τομέας νοσηλευτικής ογκολογίας συνδέσμου διπλωματούχων νοσηλευτριών/ των Ελλάδος. Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
19. ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ. Αθήνα 1991: «"Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, αποκατάσταση του καρκινοπαθούς. Ευρώπη κατά του καρκίνου"». Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
20. ΠΑΝΑΔΑΤΟΥ ΔΑΝΑΗ, ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΦΩΤΙΟΣ. Αθήνα 1995: «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας». Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα..
21. «ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ UICC». Αθήνα 1981. Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας.
- 22.2^ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ .Αθήνα 2000: « Ψυχοκοινωνική στήριξη του παιδιού με καρκίνο και της οικογένειας του». Ογκολογικό τμήμα νοσοκομείου Αγλαΐα Κυριακού. Επίτομος. Έκδοση α΄.
23. «ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ». Περίοδος Μάρτιος- Ιούνιος 1999. Αθήνα 2000. Εταιρεία Νοσηλευτικών σπουδών. Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.

24.ΦΡΑΝΣΟΥΑΖ ΝΤΟΛΤΟ .Αθήνα 2000: «Μιλώντας για το θάνατο». Μετάφραση-Επιμέλεια Ελισάβετ Κιούκη. Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Πατάκη.

25.ΛΩΡΕΩΣ ΛΕΣΑΝ. Αθήνα 1981:«*Η επαναστατική θεωρία για τον καρκίνο ενός πρωτοπόρου ερευνητή*».Μετάφραση- Επιμέλεια Ευρη Ναντσον "Μπορείς ν' αγωνιστείς για την ζωή σου". Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Θυμάρι.

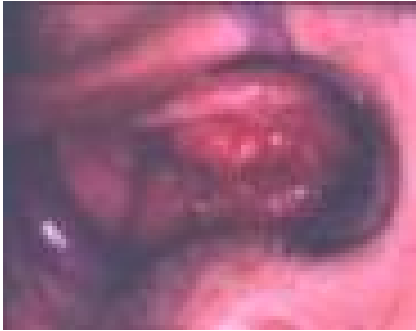
26. BENSAUD CATHERINE. Αθήνα 2001: «*Σ' αγαπώ ζωή*». Μετάφραση-Επιμέλεια Βασιλική Κόκκινου. Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Λιβάνη.

27. ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ. Αθήνα 1991: «*Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή*». Επιτροπή Ευρωπαϊκών κοινοτήτων "Ευρώπη κατά του καρκίνου". Επίτομος. Έκδοση α΄. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.

ΔΙΑΦΟΡΑ ΕΙΔΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.



ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ



ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΝΕΦΡΟΥ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ



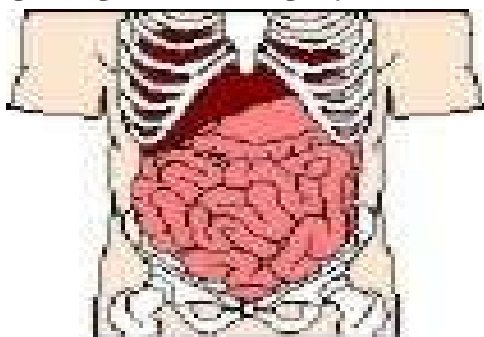
**ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ**



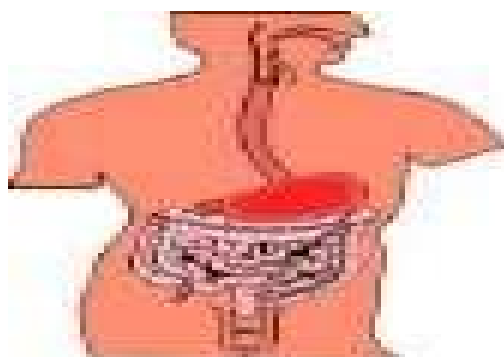
**ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΟΣ
ΟΓΚΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.**



**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ
ΚΥΣΤΕΩΣ**



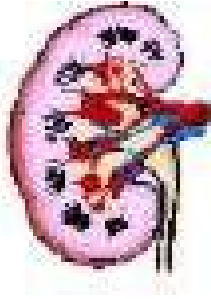
**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΩΣ
ΕΝΤΕΡΟΥ**



ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥΣ



Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΒΑΕΙ ΤΗ ΘΗΛΗ ΠΡΟΣ ΤΑ ΜΕΣΑ



ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΝΕΦΡΟΥ

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΒΑΛΕΙ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΗΛΙΚΙΕΣ



ΠΑΙΔΙΑ



ΕΝΗΛΙΚΕΣ



ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ