

**ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ΠΟΝΟΣ ΤΟΥ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΒΟΥΡΛΙΩΤΗ ΑΝΝΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
κ. ΓΑΚΗ ΕΛΕΝΗ**

ΠΑΤΡΑ 2005



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	7
1.1 Ιστορική Αναδρομή	7
1.2 Ορισμός του Καρκίνου	9
1.2.1 Ορισμός του Πόνου	11
1.2.2. Μέθοδοι Μέτρησης Κλινικού Πόνου	13
1.3 Επίπτωση – Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά καρκίνου.....	16
1.4 Διάγνωση του καρκίνου.....	17
1.4.1 Καρκινικοί δείκτες.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	21
2.1 Αιτιολογία του καρκίνου	21
2.1.1 Διατροφικά στοιχεία του περιβάλλοντος και καρκινογένεση	25
2.2 Αιτιολογία του πόνου	27
2.3 Εκτίμηση του πόνου.....	28
2.4 Εμπόδια στην ανακούφιση του πόνου στους καρκινοπαθείς	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	32
3.1 Αντιμετώπιση του καρκίνου	32
3.2 Αντιμετώπιση του πόνου	35
3.2.1 Φαρμακολογικές μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου.....	35
3.2.2 Αρχές Αναλγητική θεραπείας με οπιοειδή.....	39
3.2.3 Μη – φαρμακολογικές μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου	41
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	45
4.1 Ο φόβος του καρκίνου	45
4.2 Ο φόβος του θανάτου.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	50
5.1 Πρωτογενής – Δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου.	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	54
6.1 Η αντιμετώπιση του ετοιμοθάνατου καρκινοπαθούς από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.	54
6.2 Δικαιώματα του ασθενούς που πεθαίνει	56
6.3 Οι πεποιθήσεις των νοσηλευτών για το θάνατο	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ	58
7.1 Ο ασθενής στο τελικό στάδιο της νόσου	58
7.2 Αιτίες αποτυχίας της θεραπείας του πόνου.....	60
7.3 Κλινικές πόνου.....	61
7.4 Προτάσεις - Συμπεράσματα	62
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	64

Για τον καρκινοπαθή:

Θεράπευσέ τον σαν άνθρωπο.
Μη του δίνεις οίκτο ή ευσεβείς συμβουλές
Οι πιθανότητες είναι πως μπορεί να σου πει
Ένα δυο πράγματα
Για τα γεγονότα της ζωής
Κοίταξέ τον στα μάτια
Μη σκοτίζεσαι να χαϊδέψεις το κεφάλι του.

Αυτό είναι η μόνη μοίρα
Αυτό είναι το χειρότερο από το θάνατο
Τώρα και πάντα
Είναι μια πλήρης ανθρώπινη ύπαρξη
Η δύναμή του μπορεί να χάθηκε
Αλλά αυτό είναι το μόνο
Κοίταξέ τον, από τα μάτια του
Θα δεις τον κόσμο.

Luce & Dawson, 1975

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Άνθρωπος είναι αυτό που γνωρίζει ότι θα πεθάνει. Καθώς έτσι θα μπορούσαμε να ορίσουμε αυτό το ον το οποίο διαχωρίζεται από τα άλλα ανώτερα θηλαστικά και το υπόλοιπο ζωικό βασίλειο χάρη σε αυτήν την τραγική ιδιότητά του. Η μόνη βέβαιη και αντικειμενικά έγκυρη γνώση του ανθρώπου είναι η επίγνωση του θανάτου. Άλλωστε η «μελέτη θανάτου» για την κλασική φιλοσοφία και η «μνήμη θανάτου», για την ασκητική παράδοση διαδραματίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο, κι αυτό συμβαίνει όχι τυχαία. Πολλά είναι αβέβαια, ένα όμως μένει βέβαιο: ο θάνατος, το τέλος της ζωής, η παρακμή του ανθρώπου με το γήρας, η φθίση του με την ασθένεια, η φθορά της φύσης, το ότι δηλαδή το σώμα γίνεται πτώμα. Κι' όλα τα πτώματα υπήρξαν σώματα. Η πιο καθαρή εμπειρία του ανθρώπου είναι η εμπειρία του πόνου, το βίωμα του πάθους, η αίσθηση του κακού μέσα στον κόσμο.

Η Ανατολική παράδοση από την Ευρώπη μέχρι την Ασία τουλάχιστο εξισώνει την ύπαρξη με τον πόνο, το πάθος και την αγωνία: *Doleo ergo sum* (πάσχω άρα υπάρχω). Με μια τέτοια μεταφυσική εξίσωση ανατρέφονται χιλιάδες χρόνια τρισεκατομμύρια συνανθρώπων μας από την ινδική μέχρι τη βαλκανική χερσόνησο στα τεσσεράμισι πέμπτα της υφελίου μας. Αν επισκοπήσουμε μόνο την ανατολικοευρωπαϊκή παράδοση, θα επισημάνουμε ατελεύτητη σειρά τέτοιων πηγαίων μαρτυριών. Στην κλασική αρχαιότητα διδάσκεται η σχέση παθήματος και μαθήματος «το πάθει μάθος». Επαναλαμβάνεται στον εκχριστιανισμένο ελληνισμό των Μέσων Χρόνων «ου μόνον μαθών, αλλά και παθών τα θεία», και αναδιατυπώνεται στη νεοελληνική λαϊκή παράδοση με τρόπο παροιμιακό «τα παθήματα μαθήματα».

Η ανθρώπινη ύπαρξη ανακαλύπτεται στις δυο πιο χαρακτηριστικές έδρες του πρίσματος που ονομάζονται «ηδονή» και «οδύνη». Η ανατολική χριστιανική ασκητική ανθρωπολογία με αυτό ακριβώς το ζεύγμα της ηδονής και της οδύνης, που δεν αποτελεί συμπτωματικό διδακτικό λογοπαίγνιο της σοφολογικής παράδοσης. Σε αυτήν ακριβώς τη γραμμή η νεώτερη ρωσική ορθόδοξη σκέψη λογοτεχνεί με την πένα του Ντοστογιέφσκι και φιλοσοφεί με τη γραφίδα του Μπερντιάεφ.

Κι αυτό συμβαίνει σε ρητή διαστολή προς τη δυτικοευρωπαϊκή παράδοση, η οποία δογματίζει με το στόμα του Πατριάρχη της νεωτερικής φιλοσοφίας, του Ντεκάρτ: *cogito ergo sum* (σκέπτομαι άρα υπάρχω). Προτού γίνει μήλο της έριδος αυτή η φράση από το μεταγενέστερο υπαρξισμό ενός

Κίγκεγκαρτ κι ενός Σαρτρ, που θα αντιτείνουν εμφαντικά κι αντικαρτεσιανά το Sum ergo cogito, βοούσε η ανατολικοευρωπαϊκή παράδοση μαζί με πόσες άλλες μεσανατολικές και απωανατολικές παραδόσεις την κραυγαλέα αλήθεια της ζωής που συνοψίζεται στο Doleo ergo sum (πάσχω άρα υπάρχω).

Το πρόβλημα της αλήθειας τίθεται στον ορίζοντα της ασθένειας του ανθρώπου και μάλιστα της ανίατης νόσου, ιδίως του θανατηφόρου νοσήματος. Εάν αποδεχθούμε εκείνον τον ορισμό που διατείνεται ότι «αλήθεια» είναι η μη-λήθη, δηλαδή η άρνηση της λησμονιάς, τότε πια η αλήθεια της ζωής αποκαλύπτεται ενώπιον του θανάτου. Το νόημα του βίου μας ανατέλλει μέσα στον ορίζοντα του τέλους της ζωής μας που σημαίνεται με την τελευταία του ανθρώπου. Με τα λόγια ενός μεγάλου σύγχρονου ποιητή μας, του Νίκου Καρούζου, που γεύτηκε τον θάνατο από την επάρατη νόσο, λέμε, «ουσία της ύπαρξης είναι το μέλι του θανάτου». Ζωή αληθινή, σημαίνει ν' αρτιώνουμε την αξία του θανάτου μέρα με τη μέρα και δευτερόλεπτο με δευτερόλεπτο. Αλήθεια είναι να μη λησμονούμε πως είμαστε θνητά όντα, που πάει να πει πως ο άνθρωπος είναι προϊόν με ημερομηνία λήξης.

Γνωρίζαμε ότι έχουμε ημερομηνία λήξεως στη βιοτή μας, αλλά αγνοούμε αυτήν την ίδια την ημερομηνία τέλους μας. Το «τι» μέλλει να συμβεί στο βίο μας είναι πασίγνωστο: πρόκειται για το θάνατο. Δεν γνωρίζουμε όμως όλα τα άλλα: το «πότε» θα πεθάνουμε, το «πως» και το «που» θα επέλθει το τέλος μας. Λες και όλα ταύτα έχουν καμιά σημασία μπρος στο θλιβερό όσο και αδιάψευστο μέγα γεγονός του θανάτου μας.

Κανείς δεν γνωρίζει όλα ταύτα, εκτός μόνον από έναν άνθρωπο πάνω σε αυτό το μάταιο κόσμο, τον καρκινοπαθή... Το μόνο έμβιο ον πάνω στον πλανήτη γη που γνωρίζει τα πάντα γύρω από το θάνατό του είναι ο καρκινοπαθής, αυτό είναι το μέγιστο προνόμιό του, τραγικό βέβαια, αλλά μεταφυσικό επίσης, υπαρξιακό οπωσδήποτε, μεγαλειώδες ίσως, δυσβάστακτο σίγουρα: η αλήθεια της ζωής που είναι θάνατος αποκαλύπτεται μόνον σε εκείνον, ο οποίος ατενίζει το τέλος του κατάματα γνωρίζοντας όχι μόνο ότι θα πεθάνει, αλλά επίσης το που, πως και πότε. Ο καρκινοπαθής είναι ο μέγας προνομιούχος της μεταφυσικής, διότι είναι κάτοχος της αλήθειας της ζωής. Πόσοι άραγε θα ήθελαν και ποιοι θα μπορούσαν να αντέξουν τέτοιο τίτλο τιμής με τόση τραγικότητα; ¹

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην αρχή της τρίτης χιλιετίας ο πόνος παραμένει μια από τις πλέον οδυνηρές και ταπεινωτικές παραμέτρους της εμπειρίας ασθενών με καρκίνο, εφόσον ακόμη και η πρόσφατη ανασκόπηση των μελετών αντιμετώπισης πόνου των Rainne και συν επιβεβαιώνει ότι η ανεπαρκής αντιμετώπιση του πόνου σε αυτή την ομάδα ασθενών ποικίλει ευρέως από 7% έως και 74%.

Αποτελέσματα άλλης πρόσφατης μελέτης υποστηρίζουν ότι η πλειοψηφία των ασθενών με καρκίνο ανέφεραν ότι η μέση τιμή της έντασης του πόνου τους ομολογούνταν τουλάχιστον ως μέτριας έντασης. Άλλες ερευνητικές μελέτες έδειξαν ότι το ποσοστό πάνω από 77% των ασθενών με προχωρημένη νόσο ανέφεραν πόνο ισχυρής έντασης και ποσοστό 70% έως 85% βίωναν περισσότερα από ένα σύνδρομο πόνου.

Ο καρκινικός πόνος αναγνωρίζεται ως οικουμενική επείγουσα έκτακτη ανάγκη. Ανεξάρτητα από τα αίτια πρόκλησής του επιδρά στον τρόπο ζωής, στην κινητικότητα, στον ύπνο και επηρεάζει την όλη ποιότητα ζωής ασθενών και οικογενειακού περιβάλλοντος.

Η αντιμετώπισή του, παρά τις επίμονες προσπάθειες του παγκόσμιου οργανισμού υγείας (ΠΟΥ) και πολλών ογκολογικών εταιρειών, παραμένει ένα από τα δυσκολότερα προβλήματα στο χώρο της ογκολογίας.⁶

Η ποιότητα της αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου καθορίζεται από ένα σύνθετο δίκτυο εκείνων που παρέχουν και εκείνων που καταναλώνουν τις υπηρεσίες υγείας, με τον καθένα να λειτουργεί εντός του περιοριστικού πλαισίου που επιβάλλουν οι ελλειπείς γνώσεις, οι μύθοι, οι λανθασμένες αντιλήψεις και η ανεπάρκεια των οργανωμένων ειδικών κέντρων αντιμετώπισης πόνου.

Είναι οικουμενικά αποδεκτό ότι ο πόνος αποτελεί μια πολυδιάστατη βιοψυχοκοινωνική διεργασία, πλήρως γνωστή μόνο στο άτομο που τη βιώνει. Η κατάλληλη αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι μια πολύπλευρη πρόκληση, η οποία απαιτεί συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας σε οργανωμένα κέντρα. Ανεξάρτητα από τον χώρο όπου βρίσκονται οι αλγούντες πάσχοντες από καρκίνο (νοσοκομείο – κοινότητα) οι νοσηλευτές παίζουν τον πλέον ζωτικό ρόλο στη ανακούφισή του, γιατί δαπανούν περισσότερο χρόνο από κάθε άλλη ομάδα επιστημόνων υγείας κοντά στον ασθενή.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η αναζήτηση των μελετών που διερευνούν την επάρκεια των γνώσεων των νοσηλευτών στην κλινική αξιολόγηση και αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, καθώς και η εκπαιδευτική τους προετοιμασία στο γνωστικό αντικείμενο του καρκινικού πόνου.²

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 Ιστορική Αναδρομή

Η ψυχοσωματική αντίληψη στον καρκίνο φτάνει πίσω, στο βάθος των αιώνων. Η αρχαία ελληνική ιατρική κυριαρχούμενη από τις αντιλήψεις της χυμοπαθολογίας του Ιπποκράτη αποδίδει τη γένεση του καρκίνου στην περίσσεια της μέλαινας χολής.

Ο Γαληνός (2ος αι. μ.χ.) γράφει χαρακτηριστικά: «ενεργός γαρ άπαντα τα τοιαύτα πάθη και μάλισθ' ο καρκίνος υπό μελαγχολικού γίνεται χυμού». Αυτό που θα μπορούσε να συζητηθεί είναι αν η έννοια της μέλαινας χολής και του μελαγχολικού χυμού, έχει την έννοια που έχει και σήμερα η μελαγχολία.

Ανάλογες αντιλήψεις διατηρεί και ο Ορείβασιος (325-403 μ.χ.). οι αντιλήψεις αυτές πέρασαν σε όλους χωρίς εξαίρεση τους Έλληνες γιατρούς.

Ο Αλέξανδρος ο Αφροδισιεύς ή Τραλλιανός (6^{ος} αι. μ.χ.) εξακολουθεί να ασπάζεται την ίδια αντίληψη όταν γράφει ότι «ο λεγόμενος μελαγχολικός χυμός κ' τρυγώδες ρεύμα μόνον και όγκον καρκινώδη (ποιεί)».

Η Ρωμαϊκή Ιατρική διατηρεί τις ίδιες Ιπποκρατικές αντιλήψεις. Το ίδιο και η Αραβική Ιατρική. Ο μεγάλος Πέρσης γιατρός **Αβικένας** (980-1037) συνεχίζοντας την παράδοση αποδίδει τη γένεση του καρκίνου στη μελαγχολία. Το ίδιο και οι Βυζαντινοί γιατροί. Ο **Μιχαήλ Ψελλός** (1018-1078) στο «Πόνημα Ιατρικόν ...» γράφει:

Χυμός δ' ο δεινός κ' μελαγχρους την φύσιν

Σκίρρον μεν εργάσαιτο μη σεσημμένος

Σεσημμένον δε πολλ' ετέχθη θηρία,

Γάγγραινα, φαέδαινα, πολλοί καρκίνοι.

Τα ίδια με τον Ψελλόν πιστεύουν και γράφουν και οι υπόλοιποι Βυζαντινοί γιατροί (Κούζης 1902). Η μεγάλη αρχαιοελληνική παράδοση, κάτω από το βάρος της, διατηρεί βαθιά ριζωμένες αυτές τις αντιλήψεις.

Η συσχέτιση της έξαρσης ενός νεοπλάσματος με μια σημαντική απώλεια γίνεται ήδη από τον 2^ο αι. μ.χ., παρόλο που ο συγγραφέας δίνει άλλη ερμηνεία στην παρατήρησή του. Ιστορικός συγγραφέας ο Δίων ο Κάσσιος (155-235 μ.χ.), γράφοντας για την Ιουλία μητέρα του Ταράντου, μας διασώζει ην πληροφορία ότι η γυναίκα αυτή μαθαίνοντας το θάνατο του γιου της κτυπά το

στήθος της, κι ο καρκίνος που για καιρό «ησύχαζε» εκεί, ερεθίστηκε και εξελίχθηκε.

Στην ιστορία της σύγχρονης ιατρικής το θέμα μπαίνει και πάλι στις αρχές του 18^{ου} αι. από τον Γάλλο γιατρό **Gendron**, και τα μέσα του ίδιου αιώνα από τον Άγγλο Sir Richard Guy (1759). Ο Gendron, καθηγητής στο Montpellier, εκφράζει την άποψη ότι ο κακοήθης όγκος οφείλεται σε μεταβολές της σωματικής λειτουργίας που προκαλούνται από τα συχνά πένθη, το φόβο και το άγχος. Ο **Guy** (1759) στη μονογραφία του «επί των σκίρρων όγκων και καρκίνων» που εκδόθηκε στο Λονδίνο περιγράφει δυο περιπτώσεις καρκίνου του μαστού οι οποίες εκδηλώθηκαν μετά από μεγάλη στεναχώρια: στη μια γυναίκα εξαιτίας του θανάτου του παιδιού της και στην άλλη εξαιτίας φυλάκισής της. Ο ίδιος παρατηρεί πως οι όγκοι αυτοί είναι συχνότεροι σε γυναίκες με νευρωτικά και υστερικά ενοχλήματα και κύρια στις μελαγχολικές. Ανάλογες αντιλήψεις εκφράζει αργότερα και ο **Laennec** (1781-1826), ο εφευρέτης του στηθοσκοπίου.

Στα 1826 ο Cooper ανέφερε ότι η θλίψη και το άγχος ήταν μεταξύ των συχνότερα αναφερομένων αιτιών καρκίνου του μαστού.

Τον ίδιο περίπου καιρό, πιο συγκεκριμένα τα μέσα και τα τέλη του 19^{ου} αιώνα μια πλειάδα γνωστών γιατρών εκφράζει τις ίδιες περίπου αντιλήψεις. Ο Amussat (1854) εκφράζει την άποψη του παθογενετικού ρόλου των συγκινήσεων στη μονογραφία των για την θεραπευτική του καρκίνου. Τη θλίψη ενοχοποιεί και ο διακεκριμένος την εποχή του Dr. **Willard Parker** (1885) μετά την μελέτη 397 περιπτώσεων καρκίνου του μαστού.

Στην Αγγλία ο γνωστός και για άλλους λόγους Paget (1870) περιλαμβάνει τις αντιλήψεις αυτές στο σύγγραμμά του χειρουργικής παθολογίας. Ο ίδιος γράφει πως η ματαιώση των ελπίδων και η κατάθλιψη προκαλούν αύξηση των διαστάσεων του κακοήθους νεοπλασματος.

Γενικά οι εργασίες διαφόρων ερευνητών του 18^{ου} και 19^{ου} αιώνα, όπως τις συνοψίζουν οι Goldfarb (1967) αναφέρουν ότι οι ψυχοτραυματισμοί που περισσότερο σχετίζονται με τον καρκίνο είναι:

- i. Η απώλεια (θάνατος ή χωρισμός) αγαπημένου προσώπου, όπως οι γονείς, τα παιδιά και οι σύζυγοι.
- ii. Η ματαιώση γεγονότων σημαντικών και
- iii. Κοινό χαρακτηριστικό είναι η τάση για απογοήτευση και η απελπισία σε κάθε απώλεια ή ματαιώση.⁸

Συνοπτικό Διάγραμμα της εξέλιξης της Ψυχοσωματικής Αντίληψης στον Καρκίνο

2 ^{ος} αι. μ.χ.	ΓΑΛΗΝΟΣ : Καρκίνος στις μελαγχολικές γυναίκες
3 ^{ος} αι. μ.χ.	ΟΡΕΙΒΑΣΙΟΣ
6 ^{ος} αι. μ.χ.	ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ο Αφροδισιεύς ή Τραλλιανός
10 ^{ος} αι. μ.χ.	ΑΒΙΚΕΝΑΣ Περσική Ιατρική
11 ^{ος} αι.	ΜΙΧΑΗΛ ΨΕΛΛΟΣ
18 ^{ος} αι.	GENDRON (Γαλλία) GUY (Αγγλία)
18-19 ^{ος} αι.	LAENNEC (Γαλλία)
19 ^{ος} αι.	COOPER, PARKER, CUTTER (Αμερική) AMUSSAT (Γαλλία) PAGET (Αγγλία)

1.2 Ορισμός του Καρκίνου

Ο καρκίνος είναι μια κλινική κυτταρική διαταραχή που συχνά περιλαμβάνει πληθυσμό κυττάρων με πολλαπλασιασμό ταχύτερο εκείνου των φυσιολογικών κυττάρων, που προέρχονται από τον ίδιο ιστό και χάνουν την ιδιότητα της κυτταρο-κυτταρικής αλληλεπίδρασης. Η μετατροπή σε κακοήθες κύτταρο από φυσιολογικό, ακολουθεί μια νέα πορεία με σειρά μεταλλάξεων. Κάθε μετάλλαξη μπορεί να καθορίζει μια νέα μόνιμη ιδιότητα, π.χ. αυτή που να διαιωνίζει την αναπαραγωγικότητά του.

Πρέπει να ομολογηθεί ότι δεν έγινε το αποφασιστικό βήμα για την καταπολέμηση του καρκίνου. Η πρόληψη δεν κατέστη δυνατή και αυτό κυρίως διότι η καρκινογένεση δεν κατέστη απολύτως κατανοητή. Η ανακάλυψη των ογκογονιδίων δημιουργεί μια ελπίδα, πλην όμως απεδείχθη ότι η καρκινογένεση που είναι γενετική ανωμαλία των σωματικών κυττάρων, είναι αρκετά πολύπλοκη.³

Βασικές γνώσεις ογκολογίας.

Μετά την ανακάλυψη της ύπαρξης καρκίνου, είναι απαραίτητη, πριν αποφασισθεί η θεραπεία, η γνώση των παρακάτω:

- i. Η ιστορική διάγνωση
- ii. Η έκταση του όγκου τοπικά
- iii. Η ύπαρξη ή μη λεμφαδενικών μεταστάσεων
- iv. Η ύπαρξη ή μη αιματογενών μεταστάσεων
- v. Η κατάσταση της υγείας του ασθενή γενικότερα

Οι φάσεις αντιμετώπισης ενός καρκινοπαθούς είναι οι παρακάτω:

- i. Κλινική διάγνωση
- ii. Μικροσκοπική διάγνωση και σταδιοποίηση
- iii. Σχεδιασμός της θεραπείας

Το να δηλωθεί απλά ότι ένας άρρωστος πάσχει από κακοήθη πάθηση, δεν είναι αρκετό. Απαιτείται πάντα η περιγραφή των χαρακτηριστικών του όγκου, όπως:

i. Τύπος κακοήθειας:

- Το καρκίνωμα: προέρχεται από επιθηλιακά κύτταρα
- Το σάρκωμα: προέρχεται από μεσεγχοματικά κύτταρα
- Το βλάστωμα: προέρχεται από εμβρυϊκά όργανα ή ιστούς
- Το κακοήθες λέμφωμα: προέρχεται από δικτυοενδοθηλιακά κύτταρα
- Η λευχαιμία: προέρχεται από λευκά αιμοσφαίρια

ii. Βαθμός διαφοροποίησης (grade):

Ο βαθμός διαφοροποίησης βασίζεται στην απόκλιση που παρουσιάζουν οι ιστοπαθολογικοί χαρακτήρες του κακοήθους όγκου σε σχέση με τον ιστό προέλευσής του. Οι όγκοι διακρίνονται σε καλώς, μετρίως, ελάχιστα διαφοροποιημένους, καθώς και αδιαφοροποίητους. Ένας καλώς διαφοροποιημένος όγκος μοιάζει πολύ με τον ιστό προέλευσής του. Αντίθετα, οι αδιαφοροποίητοι όγκοι δεν έχουν καμιά τέτοια ομοιότητα και εκδηλώνουν μεγαλύτερη κακοήθεια συγκριτικά με τους καλώς διαφοροποιημένους.

iii. Βαθμός κακοήθειας (grade of malignancy):

Οι αδιαφοροποίητοι όγκοι έχουν συνήθως υψηλό βαθμό κακοήθειας συγκριτικά με τους καλώς διαφοροποιημένους κακοήθεις όγκους. Ο βαθμός κακοήθειας συχνά εκφράζεται με ρωμαϊκούς αριθμούς από το I έως III Grade I εκφράζει χαμηλή κακοήθεια ενώ Grade III υψηλή κακοήθεια.

iv. Έκταση της νόσου (στάδιο).

Προκειμένου να αναπτυχθεί μια κακοήθης νεοπλασία, διέρχεται από διαδοχικές φάσεις:

- Δυσπλασίας: παρατηρείται ποικιλομορφία στο μέγεθος και στο σχήμα των πυρήνων και των κυττάρων, καθώς και αποδιοργάνωση του ιστού.
- Καρκινώματος *in situ*: Οι εκδηλώσεις είναι πλέον ιδιαίτερα έκδηλες και επιπλέον αφορούν ολόκληρη τη προσβεβλημένη περιοχή, χωρίς όμως να επεκτείνονται κάτωθεν της βασικής μεμβράνης.
- Διηθητικού καρκινώματος: Όταν πλέον επέλθει διάσπαση της βασικής μεμβράνης και διήθηση των υποκείμενων στοιβάδων του οργάνου από νεοπλασματικά κύτταρα.¹⁰

Από τη στιγμή που ο όγκος έχει επεκταθεί πέραν της βασικής μεμβράνης, είναι δυνατό να επέλθει διήθηση των λεμφαγγείων ή των αιμοφόρων αγγείων, με συνέπεια τη διασπορά των κακοηθών κυττάρων μακριά από το όργανο προέλευσης και το ενδεχόμενο ανάπτυξης μεταστάσεων. Η διασπορά δια μέσου των λεμφαγγείων και η ανάπτυξη των κακοηθών κυττάρων εντός των λεμφαγγείων ονομάζεται λεμφαδενική μετάσταση, ενώ η διασπορά δια των αιμοφόρων αγγείων αιματογενής μετάσταση.

Προκειμένου να εκτιμηθεί με ακρίβεια η έκταση της νεοπλασματικής νόσου και να καταταγούν οι ασθενείς επακριβώς σε στάδια, χρησιμοποιείται η T.N.M. η οποία έχει προταθεί από την UICC (Union Internationale Controle Cancer).¹⁹

Το TNM σύστημα εκφράζει:

T: την έκταση της πρωτοπαθούς εστίας

N: την ύπαρξη ή μη και τον βαθμό προσβολής από την νεοπλασία των επιχωρίων λεμφαδένων

M: την ύπαρξη ή μη απομακρυσμένων μεταστάσεων

Η προσθήκη αριθμών στα αρχικά T.N.M. εκφράζει αντίστοιχα την έκταση της νόσου.

To : δεν αναδεικνύεται πρωτοπαθής εστία κακοήθους όγκου

Tis: καρκίνωμα in situ

T1-4: αυξανόμενο μέγεθος και τοπική επέκταση της πρωτοπαθούς εστίας

No: δεν υπάρχουν διηθημένοι επιχώριοι λεμφαδένες

N1-3: αυξανόμενος αριθμός και μέγεθος διηθημένων επιχωρίων λεμφαδένων

Mo: δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις

M1: ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων (λεμφαδενικές μεταστάσεις, πέραν των επιχωρίων της νεοπλασίας λεμφαδένων, καθώς και αιματογενείς μεταστάσεις) Έτσι π.χ.

- Στάδιο I (stage I) T_i, N₀, M₀, : Σημαίνει ότι η κλινική εξέταση αποκαλύπτει μια μάζα η οποία περιορίζεται μόνο στην πρωτοπαθή εστία ανάπτυξης. Οι ασθενείς του σταδίου αυτού εμφανίζουν συνήθως πενταετή επιβίωση από 70-90%.
- Στάδιο II (stage II) T₂, N₁, M₀: Η εξέταση αποκαλύπτει μάζα με ενδείξεις τοπικής επέκτασης και διηθημένους λεμφαδένες. Απομακρυσμένες μεταστάσεις δεν υπάρχουν. Η πενταετής επιβίωση στο στάδιο αυτό φθάνει συνήθως στο 50%.
- Στάδιο III (stage III) T₃, N₂, M₀: Η εξέταση αποκαλύπτει ευμεγέθη πρωτοπαθή μάζα που διηθεί γειτονικούς ιστούς και όργανα. Υπάρχουν διηθημένοι αδένες χωρίς μεταστάσεις. Η πενταετής επιβίωση στο στάδιο αυτό δεν ξεπερνά το 20%.
- Στάδιο IV (stage IV) T₄, N₃, M₁: Υπάρχουν ενδείξεις απομακρυσμένων μεταστάσεων με ποσοστό επιβίωσης ελάχιστο έως καθόλου.⁴

1.2.1 Ορισμός του Πόνου

Ο πόνος είναι τόσο κοινή εμπειρία. Όσο και αν φαίνεται αρχικά απλή ή κατανόηση μιας έννοιας που όλοι γνωρίζαμε, δεν είναι ξεκάθαρη γιατί ποικίλλει ανάλογα με τη πλευρά προσέγγισής του. Ο κάθε λειτουργός υγείας βλέπει από διαφορετικό πρίσμα τον πόνο του αρρώστου και τον ορίζει

διαφορετικά. Ο ασθενής αγνοεί τις διαφορετικές προσεγγίσεις και έχει μια τελείως προσωπική θεώρηση του πόνου. Γι' αυτό λοιπόν αποτελεί υποκειμενική εμπειρία, μόνο το ίδιο το άτομο, όπως δηλώνει η Mc Caffery, έχει το δικαίωμα να την ορίσει. Έτσι, ο καλύτερος ορισμός στην κλινική πράξη είναι της τελευταίας: «**Πόνος είναι ότι το άτομο λέει ότι είναι, και υπάρχει όταν εκείνο λέει ότι υπάρχει**». Ο ορισμός αυτός από το 1979 που διατυπώθηκε θεωρείται κεντρικό μήνυμα στη νοσηλευτική βιβλιογραφία και νοσηλευτική αντιμετώπιση καρκίνου, αν και σήμερα πλέον γίνεται αποδεκτός στην ευρύτερη κλινική βάση.¹¹

Ο πόνος στους ασθενείς με καρκίνο

Πάνω από 70% των ασθενών με καρκίνο έχουν μέτριο προς έντονο πόνο κατά τη διάρκεια της ασθένειάς τους και μπορεί να φοβούνται περισσότερο τον πόνο παρά τον ίδιο τον θάνατο. Ο πόνος εμφανίζεται στο 20% - 50% των ασθενών με πρόσφατα διαγνωσμένες κακοήθειες, το 33% των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας της ασθένειάς τους, και στο 75% - 90% σε αυτούς με προχωρημένο καρκίνο. Όταν ασθενείς με καρκίνο και πόνο νοιώσουν κάτι καινούργιο, πολλοί πιστεύουν ότι αυτό είναι σημάδι ότι ο καρκίνος εξαπλώνεται. Ο πόνος μπορεί να μην έχει σχέση με τον καρκίνο. Για παράδειγμα, θεραπείες μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στους ιστούς, είτε συρρικνώνοντάς τους είτε εξογκώνοντάς τους και αυτές μπορεί να προκαλέσουν πόνο. Πολλά πράγματα επιπρόσθετα της εξάπλωσης του καρκίνου μπορεί να προκαλέσουν καινούργια αίσθηση, πόνο και δυσφορία.

Ο πόνος στους ασθενείς με καρκίνο είναι μια σύνθετη και συχνά επαναλαμβανόμενη διαδικασία που μπορεί να είναι το αποτέλεσμα διαφόρων αιτιών.

Ο πόνος παράγεται από μια σωματική πηγή και η θεραπεία πρέπει να κατευθύνεται και προς αυτή την κατεύθυνση και προς τον πόνο από μόνο του. Ο πόνος του καρκίνου μπορεί να ταξινομηθεί ανάλογα με τον εντοπισμό του.

Δυσκολίες αξιολόγησης συνοδού πόνου στον καρκίνο

Σύμφωνα με τους υποστηρικτές της αντικειμενικής αξιολόγησης πόνου, η ιδεώδης μέτρηση πόνου πρέπει να διακρίνεται από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Ελευθερία από προκαταλήψεις
- Ικανότητα να προφητεύει τη λειτουργική απόδοση του ασθενή
- Χρησιμότητα τόσο στην κλινική πράξη όσο και στην έρευνα
- Ικανότητα διάκρισης των διαστάσεων πόνου
- Ικανότητα σύγκρισης κλινικού και πειραματικού πόνου.¹⁸

Ο ΠΟΥ υποστηρίζει ότι η αξιολόγηση αποτελεί το ζωτικό προκαταρκτικό βήμα ικανοποιητικού ελέγχου πόνου στον καρκίνο και πρέπει να περιλαμβάνει κατανόηση των οργανικών ψυχολογικών διαπροσωπικών, κοινωνικών οικονομικών και πνευματικών διαστάσεών του.

Αποδεχόμενοι το σύνθετο δυναμικό μοντέλο του πόνου διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει τέλεια μέθοδος μέτρησής του. Η επιλογή των ανεξάρτητων μετρήσεων καθορίζεται από το περιεχόμενο και τους κλινικούς σκοπούς που διέπουν την αξιολόγηση.

Οι δυσκολίες αξιολόγησης πόνου στον καρκίνο δημιουργούνται λόγω:

- Της υποκειμενικής φύσης του
- Του περιορισμένου αριθμού εγκύρων και αξιόπιστων μεθόδων μέτρησης και εμπειρίας του και
- Της ποικιλίας των κλινικών περιπτώσεων (τύπος – αίτιο πόνου και χαρακτηριστικά ασθενών).

Χαρακτηριστικά του πόνου που εκτιμώνται

- Εντόπιση του πόνου
- Ένταση του πόνου
- Ποιότητα του πόνου
- Έναρξη – διάρκεια – ρυθμός του πόνου
- Παράγοντες που προκαλούν, επιδεινώνουν ή ανακουφίζουν τον πόνο
- Τρόπος εκδήλωσης του πόνου ⁵

1.2.2. Μέθοδοι Μέτρησης Κλινικού Πόνου

Οι διαθέσιμες κλίμακες μετρούν συμπεριφορά, ένταση, φυσιολογικά φαινόμενα που σχετίζονται με τον πόνο, τις πολλαπλές διαστάσεις του και μπορούν να διακριθούν σε διάφορες κατηγορίες, οι οποίες περιγράφονται στη συνέχεια:

i. Κλίμακες μέτρησης συμπεριφοράς

- **Την αντικειμενική μέτρηση συμπεριφοράς** αντιπροσωπεύουν προσπάθειες μέτρησης αξιόπιστων δεικτών πόνου που προέρχονται με την βαθμολόγηση παρουσίας ή απουσίας ειδικών συμπεριφορών από παρατηρητές.
- **Η μέτρηση συμπεριφοράς αυτοαναφοράς πόνου** γίνεται με τη συμπλήρωση ημερολογίου καθημερινών δραστηριοτήτων, το αποκαλούμενο ημερολόγιο πόνου, όπου καταγράφεται η δραστηριότητα του ασθενή σε συνδυασμό με ωριαία καταγραφή έντασης πόνου και χρήσης αναλγητικών ή δεικτών, άλλων διαστάσεων συμπεριφοράς, οι οποίες παρέχουν πληροφορίες για την επίδραση του πόνου στην λειτουργικότητά του.
- **Η μέτρηση της εντόπισης του πόνου** έχει μελετηθεί ως δείκτης μέτρησης αυταναφοράς συμπεριφοράς, γιατί αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η χωροταξική μετάδοση χρόνιου πόνου επηρεάζει τους δείκτες περιγραφής και συμπεριφοράς του.

ii. Απλές κλίμακες έντασης πόνου

- **Η λεκτική κατηγορική κλίμακα:** Είναι η παραδοσιακή κλίμακα που εισηγήθηκε ο Keele. Σήμερα περιλαμβάνει 3-5 κατατασσόμενα λεκτικά περιγραφικά επίθετα μεταξύ των οποίων επιλέγει ο ασθενής εκείνο που περιγράφει καλύτερα τον πόνο του. Είναι σύντομη, κατανοητή, εύκολη στη συμπλήρωση και βαθμολόγηση. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση ποικίλων διαστάσεων πόνου και της ανταπόκρισης ασθενών στα αναλγητικά.

Κατά τη χρησιμοποίησή της στη μέτρηση ανακούφισης πόνου ασθενών με καρκίνο μετά από χορήγηση μορφίνης ήταν ευαίσθητη στη δοσολογία των φαρμάκων καθώς και τις διαφορές ηλικίας και εθνικότητας. Μειονεκτήματά της θεωρούνται η προσφορά περιορισμένης επιλογής λέξεων και η έλλειψη ευαισθησίας στην αξιολόγηση θεραπευτικών προσεγγίσεων σε ήπιο πόνο. Επίσης η έλλειψη σταθερότητας στην επιλογή και τον αριθμό των χρησιμοποιούμενων λέξεων παρεμποδίζει τη σύγκριση αποτελεσμάτων παρόμοιων μελετών.

- **Η γραφική (δια διαγράμματος) κλίμακα:** Αποτελείται από γραμμή στα άκρα της οποίας αναγράφονται 'όχι πόνος' και 'ανυπόφορος πόνος'. Ανά ίσα διαστήματα κατά μήκος της γραμμής μπορεί να γράφονται περιγραφικές λέξεις, έχει τα ίδια μειονεκτήματα με τη λεκτική κλίμακα.
- **Η αριθμητική κλίμακα και το θερμόμετρο πόνου:** Χρησιμοποιούνται αντί για λέξεις, αριθμοί. Συνήθως έχουν λεκτικά άκρα (ανύπαρκτος και ανυπόφορος πόνος) και βαθμολογούνται 0-10, 0-20 ή 0-100. Χρησιμοποιούνται σε γραπτή ή προφορική μορφή, είναι εύχρηστες και κατανοητές.
- **Η κλίμακα οπτικών αναλογιών:** Αναπτύχθηκε από τον Maxwell για τη μέτρηση ποικίλων υποκειμενικών φαινομένων. Συνήθως είναι ευθεία γραμμή μήκους 10cm με περιοριστικά με κάθετες γραμμές άκρα, όπου αναγράφονται ανύπαρκτος και ανυπόφορος πόνος, χωρίς να παρεμβάλλονται λέξεις ή αριθμοί μεταξύ τους. Ο ασθενής δείχνει ένα σημείο της γραμμής, το οποίο ο ίδιος εκτιμά ότι ανταποκρίνεται στην ένταση που βιώνει και η μέτρηση γίνεται σε mm της απόστασης από το αρχικό άκρο μέχρι το σημείο που δήλωσε ο ασθενής. Επειδή είναι κλίμακα αναλογίας με άπειρο αριθμό σημείων, παρέχει μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής από τις γραφικές κλίμακες στις οποίες υπάρχουν μόνο συγκεκριμένα σημεία επιλογής και μπορεί να αναλυθεί με τη χρήση παραμετρικών στατιστικών μεθόδων. Είναι σύντομη, εύκολη στη συμπλήρωση, βαθμολόγηση, ευαίσθητη στις ποικιλίες έντασης και μπορεί να αξιολογήσει πολυδιάστατες πλευρές πόνου.
- **Η κλίμακα προσώπων:** Είναι μια τεχνική προβολής προσώπων, όπου ο ασθενής (συνήθως παιδί) επιλέγει μεταξύ έξι απεικονιζόμενων

προσώπων εκείνο το πρόσωπο το οποίο ανταποκρίνεται πλησιέστερα σε ότι εκείνο αισθάνεται.

- Επίσης με την **κλίμακα χρωμάτων** συνήθως το ασθενές παιδί κατατάσσει ορισμένα χρώματα από εκείνο που αντιπροσωπεύει ότι δεν πονά καθόλου μέχρι τον χειρότερο πόνο και στη συνέχεια επιλέγει το χρώμα που βρίσκεται εγγύτερα με τον πόνο που αισθάνεται.¹⁷

iii. Κλίμακες πολυδιάστατες μέτρησης πόνου

- **Η δύο διαστάσεων κλίμακα**. Οι Johnson (1972) και οι John & Rice (1974), χρησιμοποίησαν δυο κλίμακες για τη μέτρηση πειραματικού ισχαιμικού πόνου, με τις οποίες εβαθμολογείτο η φυσική αίσθηση (αριθμητική κλίμακα 1-100) και η ενόχληση που ελκύετο από την αίσθηση (ελάχιστα, μέτρια, έντονα, ενοχλητική και μόλις υποφερτή). Δεν διεπιστώθη μια προς μια σχέση μεταξύ στοιχείων αίσθησης και ενόχλησης του πόνου, ενώ η αξιοπιστία και η εγκυρότητά της δεν είναι ξεκάθαρες. Λόγω της απλότητας και του μικρού απαιτούμενου χρόνου για τη συμπλήρωσή της θεωρείται χρήσιμη σχεδόν για οποιοδήποτε τύπο κλινικού πόνου.
- Η μέθοδος **Multiple pain descriptors and matching methods** περιγράφηκε από τον Cracely (1980) και αποτελείται από τρεις ομάδες (αισθητηριακή ένταση, δυσαρέσκεια, οδυνηρότητα) σε εκάστη των οποίων περιέχονται δεκατρείς λέξεις για τη διερεύνηση του πόνου. Εκτρέπει διασταυρούμενη κλιμάκωση για τον καθορισμό αλληλουχίας. Αποτελεί υποκειμενική εκτίμηση και αποδίδει πολυδιάστατη κλιμάκωση κλινικού πόνου ή αναλγησίας.
- **Ερωματολόγιο πόνου του Mc Gill (MPQ)**. Η διεργασία κατασκευής του ξεκίνησε το 1971 με την ομαδοποίηση λέξεων που χρησιμοποιούνται για την περιγραφή πόνου και τη βαθμολόγηση της διάστασης έντασης. Στη συνέχεια το 1975 αναπτύχθηκε και δημοσιεύτηκε το MPQ, το οποίο παραμένει το πλέον ευρέως μελετημένο και χρησιμοποιούμενο εργαλείο πολυδιάστατης αξιολόγησης πόνου με λεκτικές περιγραφές. Στη βιβλιογραφία ανιχνεύονται πέντε μορφές έκδοσής του. Όλες οι μορφές του εκτός από την σύντομη εκτιμούν την εντόπιση με ανθρώπινο σχήμα και περιέχουν 78 λέξεις οι οποίες αντιπροσωπεύουν σε τέσσερις ομάδες τις εξής διαστάσεις πόνου:
 - α. Αισθητηριακή
 - β. Επίδρασης
 - γ. Εκτίμησης
 - δ. Ποικίλες

Το MPQ διακρίνεται για ποικίλα πλεονεκτήματα. Η ισχύς του βρίσκεται στην περιεκτικότητα και τον πλούτο της περιγραφής του. Αντανakλά τις διαστάσεις ποιότητας και επιτρέπει διάκριση μεταξύ

ευρειών κατηγοριών πόνου. Από την δημοσίευσή του, πολλοί ερευνητές έχουν αποδείξει την αξιοπιστία και εγκυρότητά του. Έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για την αξιολόγηση διαφόρων μορφών πόνου.

Μειονεκτήματα του MPQ θεωρούνται, ο μεγάλος χρόνος ο οποίος απαιτείται για την συμπλήρωσή του, η δυσκολία κατανόησης ορισμένων όρων και το γεγονός ότι υπολογίζει περισσότερο τη διάσταση αισθητηριακής ποιότητας από τη διάσταση ποιότητας επίδρασης. Αν και θεωρείται ότι οι λέξεις κάθε υποομάδας έχουν ίση απόσταση και διατάσσονται κατά μέγεθος έντασης, μελέτη απέδειξε ότι υπάρχουν άνισες αποστάσεις μεταξύ τους. Επίσης, κάποιες λέξεις δεν ταιριάζουν στην υποκατηγορία που βρίσκονται, ενώ συνώνυμες λέξεις εμφανίζονται σε διαφορετικές κατηγορίες διάστασης ποιότητας.¹⁴

- **Η σύντομη μορφή του MPQ:** περιλαμβάνει 15 λέξεις ποιότητας (11 αισθητηριακές – 4 επίδρασης) οι οποίες βαθμολογούνται σε κλίμακα έντασης 0-3 όπου 0 = καθόλου, 1 = ήπιος, 2 = μέτριος, 3 = έντονος πόνος. Τρεις δείκτες βαθμολόγησης ποιότητας δημιουργούνται από το άθροισμα των τιμών με τις οποίες χαρακτηρίζουν α) την αισθητηριακή β) της επίδρασης και γ) τη συνολική ποιότητα. Χρειάζεται 2-3' για την συμπλήρωσή του και οι λέξεις που περιέχει είναι απλές και ήταν κατανοητές από όλους του ασθενείς στους οποίους δοκιμάστηκε.
- Άλλη κλίμακα πολυδιάστατης μέτρησης πόνου είναι η **Card Soft Method** η οποία βασίζεται στο MPQ αλλά είναι ευκολότερη στη συμπλήρωση. Έχει τη μορφή ζευγών σύγκρισης επιθέτων περιγραφής ποιότητας (αισθητηριακή, επίδρασης, χρονικής εκτίμησης). Η διεργασία ταξινόμησης 30 καρτών από τον ασθενή απαιτεί 5'. Θεωρείται χρήσιμη στην έρευνα, έχει δοκιμαστεί σε πολλές κλινικές περιστάσεις αλλά απαιτεί επιπρόσθετη μελέτη.

Το **Dartmouth Pain Questionnaire** αναπτύχθηκε ως βοηθός του MPQ. Προσφέρει τέσσερις αντικειμενικές μετρήσεις (παράπονα πόνου, σωματικές παρεμβάσεις, διαταραχές λειτουργικότητας και διατηρητέες θετικές πλευρές λειτουργικότητας) και μια υποκειμενική μέτρηση (αλλαγές αυτοεκτίμησης με την εμφάνιση πόνου). Είναι εύχρηστο, με ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα και χρήσιμο στην έρευνα αν και χρειάζεται επιπλέον μελέτη.⁶

1.3 Επίπτωση – Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά καρκίνου

Ένας στους τέσσερις Ευρωπαίους πεθαίνει από καρκίνο και σχεδόν ένα εκατομμύριο πολίτες της Ε.Ε. πεθαίνουν από καρκίνο κάθε χρόνο.

Η παγκόσμια έκθεση Καρκίνου προβλέπει ότι ο αριθμός περιπτώσεων καρκίνου θα αυξηθεί συνολικά από 10 εκατ. το 2000 σε 15 εκατ. μέχρι το 2020.

Η έντονη άνοδος είναι αποτέλεσμα των γηρασκόντων πληθυσμών της επικράτησης του καπνίσματος και της υιοθέτησης ανθυγιεινών τρόπων ζωής. Η υψηλότερη ποσοστιαία αύξηση καρκίνου θα επηρεάσει την Ανατολική Ευρώπη όπου μια άνοδος 200% προβλέπεται για το 2020.

Στη Δυτική Ευρώπη, η αύξηση θα είναι 25%, ενώ στη Νότια Ευρώπη, ο αριθμός ασθενών με καρκίνο αναμένεται να αυξηθεί κατά 18%. Η μόνη περιοχή παγκοσμίως όπου προβλέπεται μείωση στα περιστατικά καρκίνου είναι η Βόρεια Ευρώπη, όπου ο αριθμός ασθενών με καρκίνο προβλέπεται να μειωθεί κατά 50%.²¹

Είναι πιθανόν ότι κάθε χρόνο οι ζωές 25.000 γυναικών θα μπορούσαν να σωθούν, εάν καλύτερες πρακτικές για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού ήταν διαθέσιμες σε όλη την Ε.Ε. Λαμβάνοντας υπόψη τα στατιστικά, η Επιτροπή κατά του καρκίνου υπέβαλλε πρόταση για την Σύσταση Συμβουλίου σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου που δίνει οδηγίες για τις καλύτερες πρακτικές σχετικά με την έγκαιρη διάγνωση αυτών των καρκίνων. Σύμφωνα με την πρόταση συστήνονται προγράμματα διάγνωσης βασισμένα στην επιστήμη, που η Επιτροπή προτείνει ότι θα πρέπει να εφαρμοσθούν σε όλα τα κράτη – μέλη.

Υπάρχει μαστογραφία, κλινική εξέταση για καρκίνο μαστού σε γυναίκες ηλικίας 50 – 69 ετών, κλινική εξέταση για καρκίνο ορθού και εντέρου σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 50 – 74 ετών και κλινική εξέταση Test Pap για τραχηλικές αλλοιώσεις, ξεκινώντας από την ηλικία 20 – 30 ετών.⁷

1.4 Διάγνωση του καρκίνου

Αν και η πρόληψη είναι ο ιδεώδης τρόπος αντιμετώπισης του καρκίνου, η έγκαιρη διάγνωσή του και η αφαίρεση των προκαρκινικών αλλοιώσεων είναι ο δεύτερος στη σειρά καλύτερος τρόπος αντιμετώπισής του. Η διάγνωση του καρκίνου γίνεται i) με τη γενική κλινική και εργαστηριακή εξέταση και γενικές εξετάσεις ούρων και αίματος και ii) με τη βοήθεια ειδικών εξετάσεων όπως ακτινολογικού ελέγχου, υπερήχων, σπινθηρογραφημάτων, κυτταρολογικού ελέγχου, βιοψίας, DNCP TEST δέρματος και αξονικής τομογραφίας.

- Βιοψία είναι η λήψη μικρού τεμαχίου ιστού για παθολογοανατομική εξέταση και διάγνωση νεοπλασματικής αρρώστιας. Η τεχνική που χρησιμοποιείται στη βιοψία μπορεί να είναι: η αναρρόφηση ιστού με βελόνα (π.χ. μυελός οστού, ηπατικό παρέγχυμα), η αποκοπή τεμαχίου ιστού (π.χ. πολύποδες, εξέλκωση), η αφαίρεση τμήματος ή όλου του ύποπτου νεοπλάσματος (όγκου).

Η βιοψία δεν αποτελεί ακίνδυνη επέμβαση, εφόσον η εκτέλεσή της εγκυμονεί πάντοτε τον κίνδυνο διασποράς του καρκίνου. Όπως είναι γνωστό οποιοσδήποτε αδέξιος χειρισμός του νεοπλάσματος συνοδεύεται

από είσοδο μεγάλου αριθμού καρκινωματοδών κυττάρων στη κυκλοφορία.

- Ακτινολογικές εξετάσεις (ακτινογραφία, ακτινοσκόπηση) χρησιμοποιούνται i) στη διάγνωση νεοπλασμάτων που προκαλούν απόφραξη, νεοπλασμάτων του πεπτικού, αναπνευστικού και ουροποιητικού συστήματος των οστών, με εντόπιση στον εγκέφαλο κ.α. και ii) στην εκτίμηση του βάθους που ο όγκος πιέζει τους γύρω ιστούς, όταν όμως υπάρχει δυνατότητα σύνδεσης με ηλεκτρονικούς υπολογιστές (αξονική τομογραφία).
- Υπέρηχοι. Μεγάλης συχνότητας υπέρηχοι χρησιμοποιούνται για να απεικονίζουν την εσωτερική επιφάνεια κοίλων οργάνων και το εσωτερικό παθολογικών μελών. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται ειδικά όργανα και χάρτης ήχων ποικίλων πυκνοτήτων διαφόρων οργάνων και όγκων. Η διαγνωστική αυτή μέθοδος συνήθως χρησιμοποιείται για την αποκάλυψη αλλοιώσεων στη πύελο, στους κοιλιακούς λεμφαδένες και άλλων περιοχών του σώματος. Το πλεονέκτημα της τεχνικής αυτής είναι ότι δεν γίνεται βίαιη παρέμβαση στο νεόπλασμα.¹⁵
- Σπινθηρογραφήματα. Στην κατηγορία αυτή των εξετάσεων χρησιμοποιούνται ραδιενεργά ισότοπα τα οποία όταν μπουν στον οργανισμό έχουν τις ίδιες χημικές αντιδράσεις και μεταβολικές διαδικασίες με τα σταθερά στοιχεία. Όταν λοιπόν ένα ραδιενεργό ισότοπο εισαχθεί στον οργανισμό μπορούμε να παρακολουθήσουμε την τύχη του με ειδικά μηχανήματα που απαριθμούν τους σπινθηρισμούς που εκπέμπει στο ραδιενεργό ισότοπο. Ο παθολογικός ιστός παρουσιάζει άλλη εικόνα στον απαριθμητή των σπινθηρισμών επειδή το ραδιοϊσότοπο μεταβολίζεται διαφορετικά από τον ιστό αυτό. Ο θυρεοειδής αδένας, τα οστά, ο εγκέφαλος, το ήπαρ, οι πνεύμονες, οι νεφροί, ο σπλήνας, είναι όργανα που συχνά διερευνούνται με το σπινθηρογράφημα.
- Κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου. Τη σπουδαία αυτή διαγνωστική εξέταση ανακάλυψε το 1943 ο Έλληνας γιατρός Γεώργιος Παπανικολάου. Χρησιμοποιείται στην ανίχνευση καρκίνου (διάγνωση κατά το ασυμπτωματικό στάδιο) του πεπτικού, αναπνευστικού και ουροποιητικού συστήματος μερικές δε φορές και του μαστού. Πρόσφατα χρησιμοποιείται η κυτταρολογική εξέταση στην αξιολόγηση της απόκρισης του αρρώστου στη χημειοθεραπεία.

Η κυτταρολογική εξέταση γίνεται σε ξέσματα τραχήλου μήτρας, κολλικό έκκριμα, βρογχικό έκκριμα και ξέπλυμα βρογχοσκοπίου, μετά από βρογχοσκόπηση, πτύελα που προέρχονται από βήχα, ίζημα ούρων γαστρικό υγρό που λαμβάνεται με αναρρόφηση από το στομάχι και έκκριση του μαζικού αδένα (στήθος) κ.α.

Κάτω από το μικροσκόπιο τα κύτταρα μπορεί να έχουν φυσιολογική ή αναπλαστική εικόνα. Η εικόνα των κυττάρων ταξινομείται σε πέντε κλίμακες.

Class I – Φυσιολογικά

Class II – Μάλλον φυσιολογικά

Class III - Αμφίβολα (πιθανόν να είναι κακοήθη)

Class IV – Μάλλον κακοήθη

Class V - Κακοήθη

Η εξέταση επαναλαμβάνεται αν τα κύτταρα βρέθηκε να ανήκουν στην Class III. Αν βρεθεί ότι τα κύτταρα ανήκουν στην Class IV ο εξεταζόμενος πρέπει να κάνει βιοψία για καλύτερη αξιολόγηση του αρρώστου.

- DNCB του δέρματος. Το ανοσοβιολογικό σύστημα προφανώς παίζει σπουδαίο ρόλο στην παρεμπόδιση της ανάπτυξης του καρκίνου και την καταστροφή καρκινικών κυττάρων που αναπτύσσονται.

Το DNCB τεστ δέρματος είναι η μέθοδος που συγχρόνως χρησιμοποιείται και για την εκτίμηση κατά πόσο το ανοσοβιολογικό σύστημα του αρρώστου εργάζεται καλά. Περίπου 90 – 95 % των υγιών ατόμων μπορούν να ευαισθητοποιηθούν στο DNCB, όταν τοποθετείται σε μια μικρή έκταση του δέρματος. Στα υγιή άτομα η αντίδραση του τεστ δέρματος είναι θετική. Αναπτύσσεται ερυθρότητα, κνησμός και ίσως φυσαλίδες σε 24 με 48 ώρες, μετά από 14 μέρες δίνεται η δεύτερη δόση του DNCB και εμφανίζεται δερματική ευαισθησία (ερυθρότητα). Τα αρνητικά άτομα έχουν περιορισμένη ικανότητα να αντιδράσουν σε ειδικά αντιγόνα. Η πρόγνωση στα αρνητικά άτομα με ταχέως εξελισσόμενο καρκίνο είναι πολύ κακή. Ακόμη με το DNCB τεστ δέρματος εκτιμάται η ανοσοβιολογική επάρκεια του αρρώστου πριν και μετά την ακτινοχημειοθεραπεία, εφόσον και τα δύο αυτά είδη θεραπείας καταστέλλουν τον ανοσοβιολογικό μηχανισμό του αρρώστου.⁸

1.4.1 Καρκινικοί δείκτες

Οι καρκινικοί δείκτες είναι βιοχημικές ουσίες που ανευρίσκονται σε ασθενείς μη νεοπλασματική νόσο σε διαφορετικές τιμές από ότι σε μη πάσχοντα άτομα. Επειδή οι νεοπλασματικοί δείκτες αυξάνονται πολύ πριν την κλινική εκδήλωση της νόσου (3-9 μήνες) και οι τιμές τους είναι ανάλογες με το μέγεθος της μάζας του όγκου, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την έγκαιρη αρχική διάγνωση και προσδιοριζόμενοι κατά τακτά χρονικά διαστήματα για την έγκαιρη διάγνωση υποτροπών ή μεταστάσεων, κατά κανόνα, εξετάζοντας 2-3 από τους πιο ειδικούς νεοπλασματικούς δείκτες.

ι. Φύση και προέλευση των νεοπλασματικών δεικτών

- Ουσίες που παράγονται από τα νεοπλασματικά κύτταρα

- Ουσίες που συνοδεύουν την νεοπλασματική επεξεργασία
- ii. Κριτήρια ενός καλού νεοπλασματικού δείκτη
- Να έχει σαφή συσχέτιση με τη νεοπλασματική επεξεργασία και να έχει φυσιολογικές τιμές σε άτομα που δεν έχουν τη νόσο (υψηλή ειδικότητα).
 - Να είναι θετικός από τα πρώτα βήματα της καρκινογένεσης και να αναγνωρίζει όσο το δυνατό περισσότερους ασθενείς που έχουν τη νόσο (υψηλή ευαισθησία).
 - Οι τιμές του να συμβαδίζουν με το μέγεθος της νεοπλασματικής μάζας.
 - Να επιτρέπει συμπεράσματα ως προς τον τύπο, εντόπιση και το στάδιο του νεοπλάσματος.
 - Να δείχνει την επίδραση της θεραπευτικής αγωγής.
 - Να επιτρέπει εκτίμηση της πρόγνωσης.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 Αιτιολογία του καρκίνου

Η αυξανόμενη σημασία του καρκίνου ως αιτία θανάτου για τον άνθρωπο παρουσιάστηκε να συμβαδίζει με την βιομηχανική εξέλιξη των τελευταίων δεκαετιών. Η λειτουργία χιλιάδων νέων βιομηχανικών μονάδων, η χρήση δεκάδων χιλιάδων χημικών ουσιών, η αλματώδης παραγωγή οχημάτων, η αστικοποίηση της ζωής των ανθρώπων, η ρύπανση και η μόλυνση του φυσικού περιβάλλοντος, οι αυξημένες εκθέσεις των εργαζομένων σε καρκινογόνες ουσίες στο εργασιακό περιβάλλον, (π.χ. αμιάντος, βενζόλιο, χλωριωμένες οργανικές ενώσεις, βιολοχλωρίδιο) ήταν φυσικό να αποτελέσουν του πρώτους στόχους διερεύνησης των αιτιών του καρκίνου στον άνθρωπο.

- **«Βιομηχανικός Πολιτισμός»**

Ο κάτοικος μιας μεγάλης πόλης εισπνέει καθημερινά ένα σημαντικό αριθμό αερίων ρύπων. Οι ρύποι αυτοί είναι τοξικοί (οξειδία αζώτου, μονοξείδιο του άνθρακα κλπ.) και καρκινογόνοι (ολικά αιωρούμενα σωματίδια, καπνός, πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες). Οι επιβλαβείς επιδράσεις των ρύπων στο αναπνευστικό σύστημα του ανθρώπου για μακροχρόνια έκθεση είναι γνωστοί. Ιδιαίτερα αυξημένοι είναι οι κίνδυνοι για τα νεαρά άτομα και τους ηλικιωμένους. Ένας κάτοικος μεγάλης πόλης εισπνέει ποσότητες ΠΑΥ (πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες) της τάξης των νανογραμμαρίων (10⁻⁹) σε πυκνοκατοικημένες περιοχές με υψηλό συγκοινωνιακό φόρτο. Ένας εργαζόμενος με πισσάσφαλτο, ή σε εργοστάσια παραγωγής αερίου από λιθανθρακόπισσα εισπνέει για 8 ώρες εργασίας 100-1000 φορές περισσότερους ΠΑΥ κάθε μέρα. Αλλά και ο



καπνιστής 20 τσιγάρων ημερησίως εισπνέει 1000 φορές περισσότερη ποσότητα καρκινογόνων χημικών ουσιών από τον κάτοικο των μεγάλων πόλεων.

Το αποτέλεσμα αυτών των διαφορών στην έκθεση έχει ως αποτέλεσμα ο καπνιστής να παρουσιάζει υψηλό βαθμό κινδύνου για καρκίνο του πνεύμονα, στα ίδια επίπεδα περίπου με τον εργαζόμενο σε ανθυγιεινά επαγγέλματα με ρυπασμένο από ΠΑΥ εργασιακό περιβάλλον. Ο κάτοικος της μεγάλης πόλης μπορεί να αυξήσει σημαντικά το βαθμό κινδύνου για καρκίνο του πνεύμονα εάν συγχρόνως καπνίζει.⁹

- **Το κάπνισμα** έχει πλέον τεκμηριωθεί με πολυάριθμες μελέτες ότι είναι υπεύθυνο για το 85-90 % του καρκίνου του πνεύμονα στον άνθρωπο, το 30% όλων των θανάτων από καρκίνο και το 35-40 % των θανάτων από όλες τις αιτίες. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πολλές καρκινογόνες χημικές ουσίες. Η έκθεση των πνευμόνων του καπνιστή είναι σημαντική, αλλά και ο παθητικός καπνιστής υπόκειται σε επικίνδυνες συγκεντρώσεις καρκινογόνων ουσιών.



Γυναίκες που δεν ήταν καπνίστριες, αλλά ήταν παντρεμένες με καπνιστές είχαν

δυο φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από καρκίνο του πνεύμονα.

- Επίσης, η **διατροφή του ανθρώπου** εμπεριέχει σημαντικό βαθμό καρκινογόνων, φυσικών, τεχνητών, αλλά και αυτών που σχηματίζονται κατά το μαγείρεμα ή συντήρηση τροφίμων. Υπολογίζεται ότι ο άνθρωπος καταπίνει κάθε μέρα 2 - 2,5 γραμμάρια καμένης οργανικής ύλης με το μαγειρεμένο φαΐ. Σημαντικό μέρος της ύλης αυτής είναι καρκινογόνες χημικές ουσίες. Διατροφή πλούσια σε ζωικά λίπη, άλατα και πρωτεΐνες, είναι υπεύθυνη για αυξημένα ποσοστά καρκίνων του παχέος εντέρου και του στομάχου.

Από τις πολυάριθμες επιδημιολογικές έχει βρεθεί σημαντική συσχέτιση του καρκίνου του στομάχου με τη κατανάλωση ζωικών λιπών, ενώ

μειωμένος κίνδυνος υπάρχει όταν γίνεται κατανάλωση δημητριακών, φρούτων και λαχανικών.

- **ο καφές, τα οиноπνευματώδη ποτά και η κατανάλωση συντηρημένων τροφίμων** συμβάλλουν σε μικρότερο αλλά σημαντικό βαθμό στην ανάπτυξη καρκίνων του πεπτικού συστήματος. Ιδιαίτερα τα οиноπνευματώδη ποτά θεωρούνται ένας από τους σημαντικότερους συνεργικούς παράγοντες, μαζί με το κάπνισμα ή ορισμένα είδη διατροφής για την ανάπτυξη καρκίνων στον άνθρωπο.



- **Εργασιακό περιβάλλον και καρκίνος**

Στο εργασιακό περιβάλλον οι εργαζόμενοι εκτίθενται στους ατμούς καρκινογόνων χημικών ουσιών, ακτινοβολιών και διάφορες αναπνεύσιμες σκόνες. Επαγγελματικοί καρκίνοι έχουν πιστοποιηθεί σε μεγάλο αριθμό βιομηχανικών εγκαταστάσεων, ιδιαίτερα χημικές βιομηχανίες. Καρκίνος του αιμοποιητικού συστήματος (βενζόλιο), αγγειοσάρκωμα ήπατος (βινυλοχλωρίδιο), καρκίνος του πνεύμονα και μεσοθηλίωμα υπεζωκότος (αμίαντος), καρκίνος του πνεύμονα (αρσενικούχα φυτοφάρμακα, χρώμιο, νικέλιο, βενζοπυρένιο, βηρύλιο), καρκίνος ουροδόχου κύστης (β-ναφθυλαμίνη), καρκίνος δέρματος (ΠΑΥ), είναι μερικοί από τους επαγγελματικούς καρκίνους που έχουν επιβεβαιωθεί από πολυάριθμες επιδημιολογικές μελέτες. Επίσης νοσηλευτικό προσωπικό που χειρίζεται κυτταροστατικά φάρμακα κινδυνεύουν από καρκίνο.²²

- **Ρύπανση εσωτερικών χώρων**

Εσωτερικοί χώροι είναι τα σπίτια, τα γραφεία, οι κοινόχρηστοι χώροι (αίθουσες αναμονής, μαγαζιά, κτλ.) και τα μεταφορικά μέσα. Τα τελευταία χρόνια αναγνωρίστηκε ότι ο άνθρωπος περνάει μεγάλο μέρος της καθημερινής ζωής σε εσωτερικούς χώρους και οι ρύποι που εκπέμπονται στους χώρους αυτούς είναι επιβλαβείς για την υγεία του. Το κάπνισμα σε εσωτερικούς χώρους παράγει υψηλές συγκεντρώσεις καρκινογόνων χημικών ουσιών και οι παθητικοί καπνιστές κινδύνευαν μετά από μακροχρόνια έκθεση, να αναπτύξουν καρκίνο του πνεύμονα. Άλλοι καρκινογόνοι ρύποι των εσωτερικών χώρων είναι η φορμαλδεΐδη (έπιπλα και αφρώδη πλαστικά) ΠΑΥ από την καύση υγραερίου ή φυσικού αερίου, άκαυστοι υδρογονάνθρακες από σόμπες πετρελαίου, τζάκια κτλ.

▪ **Ρύπανση φυσικού περιβάλλοντος και καρκίνου**

Η ατμόσφαιρα βιομηχανικών περιοχών και μεγάλων πόλεων είναι ρυπασμένη από αρκετές πτητικές οργανικές ενώσεις, ιδιαίτερα ΠΑΥ που είναι και καρκινογόνες ουσίες. Οι συγκεντρώσεις είναι συγκριτικά χαμηλές αλλά για μακροχρόνια έκθεση υπάρχουν αυξημένοι κίνδυνοι για καρκίνο του αναπνευστικού συστήματος, ιδιαίτερα τα καυσαέρια των αυτοκινήτων εκπέμπουν σημαντικές ποσότητες καπνού (ντιζελοκίνητα) και μίγμα άκαυστων υδρογονανθράκων και πολυκυκλικών αρωματικών υδρογονανθράκων.



- **Το πόσιμο νερό** επίσης μπορεί να περιέχει μικρές ποσότητες καρκινογόνων χημικών ουσιών. Οι ουσίες αυτές είναι αποτέλεσμα της απόρριψης χημικών ουσιών στο έδαφος ή στα ποτάμια, λίμνες και θάλασσες. Τα τοξικά απόβλητα των βιομηχανιών, των νοσοκομείων, των ερευνητικών εργαστηρίων, των γεωργικών επιχειρήσεων αλλά και τα αστικά απόβλητα ρυπαίνουν σε σημαντικό βαθμό τον υδροφόρο ορίζοντα. Αν και η κατεργασία του πόσιμου νερού καθαρίζει τους βλαβερούς οργανισμούς ωστόσο ίχνη τοξικών ουσιών παραμένουν. Ο κίνδυνος από το πόσιμο νερό είναι περιορισμένος σε καρκίνους του πεπτικού συστήματος και δύσκολο να εκτιμηθεί.¹⁴
- **Η ρύπανση του εδάφους** είναι επίσης σημαντική, αλλά οι βλαβερές επιδράσεις στον άνθρωπο περιορισμένες.
- **Η ρύπανση των θαλασσών, ποταμών, λιμνών** από τα τοξικά απόβλητα και φυσικά από ουσίες που είναι καρκινογόνες (χλωριωμένοι υδρογονάνθρακες, διαλύτες, υπολείμματα φυτοφαρμάκων, ξέπλυμα βιομηχανικών σκουπιδιών και αποβλήτων πλουσίων σε βαρέα μέταλλα) έχει σαν αποτέλεσμα να συσσωρεύονται στα ψάρια καρκινογόνες χημικές ουσίες. Η βιοσυσσώρευση έχει ως αποτέλεσμα την ρύπανση της τροφής του ανθρώπου.
- Επίσης η **ραδιενεργός ρύπανση** (ατύχημα Τσέρνομπιλ) του περιβάλλοντος συμβάλλει στη ραδιενεργό ρύπανση της τροφής, ιδιαίτερα του κρέατος, των δημητριακών και του γάλακτος.

- Τέλος, η μείωση του στρώματος του όζοντος από χλωροφθοριωμένους υδρογονάνθρακες αυξάνει την υπεριώδη ακτινοβολία και συμβάλλει στην αύξηση των καρκίνων δέρματος. Αυτή η αύξηση δεν έχει παρατηρηθεί ακόμη λόγω του φίλτρου από άλλα αέρια και σκόνης στην ατμόσφαιρα.⁹

2.1.1 Διατροφικά στοιχεία του περιβάλλοντος και καρκινογένεση

Ο άνθρωπος ζει και κινείται σε ένα περιβάλλοντα χώρο στον οποίο παράγονται τα απαραίτητα στοιχεία της διατροφής του για τη συντήρησή του. Τα διατροφικά αυτά στοιχεία του περιβάλλοντος που θεωρούνται από επιδημιολογικές ή πειραματικές μελέτες υπεύθυνα για την ανάπτυξη καρκίνου στα κυριότερα όργανα θα αναλυθούν λεπτομερώς.

▪ Καρκίνος οισοφάγου

Ο καρκίνος του οισοφάγου θεωρείται ότι οφείλεται στις νιτροζαμίνες που σχηματίζονται από τα στοιχεία της διατροφής. Οι νιτροζαμίνες και οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες προκαλούν καρκίνο οισοφάγου στα πειραματόζωα. Στην Αμερική, Ευρώπη και Ασία η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και το κάπνισμα θεωρούνται ως σημαντικά αίτια ανάπτυξης καρκίνου του οισοφάγου. Επίσης ενοχοποιούνται τροφές πλούσιες σε Τανίνη, τροφές που περιέχουν χαλαζία ή ελαττωμένη ποσότητα α)μεταλλικών ιχνοστοιχείων μαγνησίου και ψευδαργύρου και β)βιταμινών όπως ριβοφλαμίνης και νικοτινικού οξέος.

▪ Καρκίνος στομάχου

Αίτια που συμβάλλουν στην ανάπτυξη καρκίνου του στομάχου θεωρούνται το γάλα, το σογιέλαιο, ο ψευδάργυρος, ο χαλκός, οι αλμυρές τροφές. Η μεγάλη κατανάλωση άλατος συμβάλλει στο σχηματισμό των νιτραζαμινών διότι στο υπέρτονο περιβάλλον του στομάχου αναπτύσσονται τα ελικοβακτηρίδια που προάγουν την ένωση των νιτροδών με τις αμίνες σε νιτροζαμίνες, οι τροφές περιέχουν νιτρικά που ανάγονται εντός του στομάχου που έχει ευαισθητοποιηθεί λόγω της μεταβολής του Ph των γαστρικών υγρών και προάγεται η ανάπτυξης του καρκίνου. Η βιταμίνη C παρεμποδίζει τον σχηματισμό νιτροζαμινών.

▪ Καρκίνος παγκρέατος

Αιτιολογικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη καρκίνου του παγκρέατος είναι κυρίως τα λίπη που προσλαμβάνονται με τις τροφές. Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών αυξάνει τη συχνότητα καρκίνου του παγκρέατος και με το συνδυασμό και του καπνίσματος διπλασιάζεται η συχνότητά του. Δεν έχει αποσαφηνιστεί, εάν ο καφές αυξάνει τη συχνότητα του καρκίνου του παγκρέατος. Οι νιτροζαμίνες

προκαλούν πειραματικό παγκρέατος. Η έκθεση σε ναφθυλαμίνη και βενζιδίνη προκαλεί καρκίνο παγκρέατος.²

▪ **Καρκίνος ήπατος**

Η αφλατοξίνη παράγεται από τον *Aspergillus* που μολύνει τα φυστίκια η βρώση των οποίων θεωρείται ως κύριο αίτιο ανάπτυξης καρκίνου ήπατος λόγω της αφλατοξίνης. Στην περιοχή της Νοτίου Αφρικής, η νόσος είναι πολύ συχνή. Οι νιτρολαμίνες που σχηματίζονται από τις προσλαμβανόμενες τροφές, τα στεροειδή, τα ναδρογόνα, τα αντισυλληπτικά ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη καρκίνου του ήπατος. Βεβαίως αίτια ανάπτυξης καρκίνου του ήπατος θεωρούνται η κύρρωσις, ο ιός ηπατίτιδας Β, η αιμοχρωμάτωση και η νόσος του Wilson.

▪ **Καρκίνος παχέος εντέρου και ορθού**

Φαίνεται ότι η μεγάλη κατανάλωση λιπών, κυρίως πολυακόρεστων λιπαρών οξέων, σχετίζεται με την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού. Κύριος αιτιολογικός παράγων στην ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού θεωρείται η μεγάλη ποσότης στο κοπρανώδες υπόστρωμα χολικών οξέων, η έκκρισις των οποίων προάγεται από τη βρώση τροφών πλουσίων σε λιπαρά οξέα. Η υπερκατανάλωση λιπαρών σε συνδυασμό με τη λήψη τροφής πτωχής σε φυτικές ίνες και παραμονής των κοπράνων επί μακρόν στο έντερο, συμβάλλουν στην ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού. Άσκησις – αποφυγή παχυσαρκίας – ρυθμισμένο θερμιδικό ισοζύγιο άφθονα φρούτα και λαχανικά – όσπρια – ομαλή και ρυθμισμένη κένωση του εντέρου, αποτελούν παράγοντες πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού.

▪ **Καρκίνος μαστού**

Πιστεύεται ότι η μεγάλη κατανάλωση λιπών αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού. Η παχύσαρκη γυναίκα με την πλούσια σε θερμίδες διατροφή, εμφανίζει αυξημένη σύνθεση οιστρογόνων. Η περίσσεια των θερμίδων μετατρέπεται σε λίπος που θα εναποτεθεί και στους μαστούς. Η χοληστερίνη των λιπών μεταβολίζεται και αυξάνει τα οιστρογόνα.

▪ **Καρκίνος νεφρού**

Επιδημιολογικές μελέτες σχετίζουν την ανάπτυξη καρκίνου του νεφρού με την υπερκατανάλωση ζωικών λιπών, χωρίς να είναι απόλυτα επιβεβαιωμένο. Απλώς, η ανάπτυξη και των καρκίνων του νεφρού εμπίπτει στο γενικό ρόλο του θερμιδικού ισοζυγίου της διατροφής του ανθρώπου στη προαγωγή της καρκινογένεσης.²⁰

2.2 Αιτιολογία του πόνου

Ο πόνος στους ασθενείς με καρκίνο μπορεί:

- Να προκαλείται από τον ίδιο τον καρκίνο (που είναι και το συχνότερο αίτιο)
- Να σχετίζεται με τον καρκίνο (π.χ. μυϊκοί σπασμοί, λεμφοίδημα, δυσκοιλιότητα, έλκη κατακλίσεων)
- Να σχετίζεται με την αντικαρκινική θεραπεία (π.χ. χρόνιοι μετεγχειρητικοί πόνοι στις ουλές, στοματίτιδα από χημειοθεραπεία)
- Να οφείλεται σε κάποια παράλληλη διαταραχή (π.χ. σπονδυλίτιδα, οστεοαρθρίτιδα)

Πολλοί ασθενείς, με προχωρημένα στάδια καρκίνου υποφέρουν από πόνο, που αναφέρεται ταυτόχρονα σε περισσότερες από μια από τις πιο πάνω κατηγορίες.

Ο ίδιος ο καρκίνος προκαλεί πόνο που σχετίζεται με:

- Επέκταση σε μαλακούς ιστούς
- Συμμετοχή σπλάχνων
- Συμμετοχή οστών
- Συμπίεση νεύρων
- Τραυματισμό νεύρων
- Αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση⁶

Κατά τα τελευταία 20 χρόνια έχει περιγραφεί μια σειρά από συγκεκριμένα σύνδρομα πόνου, που σχετίζονται μόνο με τον καρκίνο. Η γνώση αυτών των συνδρόμων είναι απαραίτητη ώστε να μπορεί να γίνει η σωστή διάγνωση.

Σύνδρομα πόνου σε ασθενείς με καρκίνο

- Οφειλόμενα στον καρκίνο
 - Προσβολή των οστών από τον όγκο
 - Μεταστάσεις στην κρανιακή κοιλότητα και στη βάση του κρανίου
 - Μεταστάσεις στο σπονδυλικό σώμα
 - Κάταγμα της οδοντοειδούς απόφυσης
 - Μεταστάσεις A7 – Θ1
 - Μεταστάσεις Θ1
 - Σύνδρομο ιερού πλέγματος
 - Προσβολή των σπλάγχων από τον όγκο
 - Προσβολή του νευρικού συστήματος από τον όγκο
 - Κρανιακή νευραλγία
 - Νευραλγία τριδύμου
 - Νευραλγία γλωσσοφαρυγγικού
 - Περιφερικά νεύρα
 - Μεσοπλεύρια νευροπάθεια

Νευροπάθεια βραχιονίου πλέγματος
 Νευροπάθεια οσφυϊκού – ιερού πλέγματος
 Ριζοπάθεια
 Λεπτομηνιγγικές μεταστάσεις
 Συμπύεση νωτιαίου μυελού
 Οφειλόμενα στην αντικαρκινική θεραπεία
 Μετεγχειρητικά
 Οξύς μετεγχειρητικός πόνος
 Σύνδρομο μετά θωρακοτομή
 Σύνδρομο μετά μαστεκτομή
 Σύνδρομο μετά τραχηλικές επεμβάσεις
 Σύνδρομο μέλους – φάντασμα
 Μεταχημειοθεραπευτικά
 Βλεννογονίτιδα του στόματος
 Σπασμοί κύστης
 Άσυπτη νέκρωση κεφαλής μηριαίου
 Ψευδορευματισμοί από στεροειδή
 Μεθερπητική νευραλγία
 Περιφερική νευροπάθεια
 Μετακτινοθεραπευτικά
 Βλεννογονίτιδα του στόματος
 Οισοφαγίτιδα
 Δερματικά εγκαύματα
 Μετακτινική ίνωση βραχιονίου και οσφυϊκού πλέγματος
 Μυελοπάθεια από ακτινοβολία
 Δεύτερος πρωτοπαθής όγκος οφειλόμενος στην ακτινοβολία. ¹⁶

2.3 Εκτίμηση του πόνου

Η εκτίμηση είναι ένα ζωτικής σημασίας πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Απαιτεί την κατανόηση όχι μόνο των φυσικών προβλημάτων αλλά και των ψυχολογικών, πνευματικών και κοινωνικών συντελεστών της ολική ταλαιπωρίας του ασθενούς. Αυτό επιτυγχάνεται καλύτερα με μια ομαδική προσέγγιση. Η ευθύνη αυτής της εκτίμησης εναπόκειται πρωταρχικά στο γιατρό, αλλά ορισμένοι παράγοντες μπορούν να εκτιμηθούν και από άλλους λειτουργούς υγείας.

Τα κύρια βήματα για την εκτίμηση του πόνου είναι τα εξής:

- i. Πιστέψτε όσα αναφέρει ο ασθενής για πόνο.
- ii. Ξεκινήστε συζητήσεις γύρω από τον πόνο στην αρχική εκτίμηση. Ο λειτουργός υγείας θα πρέπει να ρωτήσει ειδικά τον ασθενή σχετικά με τον πόνο, παρά να αρκεστεί σε κάποιο αυθόρμητο σχόλιο. Μερικές φορές ο ασθενής μπορεί να είναι διστακτικός να παραδεχθεί ότι πονάει επειδή, για

παράδειγμα, φοβάται κάποια ένεση ή μια βίαιη εισαγωγή στο νοσοκομείο. Εάν ο ασθενής δεν είναι ικανός να περιγράψει τον πόνο, τα ακόλουθα μπορεί να βοηθήσουν στην εκτίμηση της έντασης του πόνου

- Παρατηρήσεις των ατόμων που τον / την φροντίζουν, π.χ. γονείς
- Διάφορες φωνήσεις, π.χ. βογκητά
- Εκφράσεις του προσώπου, π.χ. ζάρωμα των φρυδιών
- Αλλαγές στις φυσιολογικές αντιδράσεις, π.χ. αύξηση ή ελάττωση της αρτηριακής πίεσης
- Ανταπόκριση σε δοκιμαστική δόση αναλγητικών

iii. Εκτιμήστε τη σοβαρότητα του πόνου

Είναι αναγκαίο να εξευρεθεί εάν η δραστηριότητα περιορίζεται από τον πόνο, εάν ο ύπνος διαταράσσεται καθώς και ο βαθμός ανακούφισης που επιτυγχάνονταν με φάρμακα ή άλλες αναλγητικές ενέργειες κατά το παρελθόν και κατά το παρόν.

Τόσο για τα παιδιά όσο και για τους ενήλικες είναι υποβοηθητικό να τους προσφέρεται μια ποικιλία περιγραφικών επιλογών (π.χ. πίεση, ενόχληση, κάψιμο, διαξιφιστικός πόνος), καθώς και να ζητείται από τον ασθενή να συσχετίσει τον τωρινό πόνο με ένα προηγούμενο.

Παιδιά κάτω των οκτώ ετών δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις ίδιες κλίμακες πόνου ή προφορικές διαδικασίες ίδιες με εκείνες των ενηλίκων. Τα μικρά παιδιά μπορούν ίσως να περιγράψουν την ένταση του πόνου που νοιώθουν χρησιμοποιώντας μια συλλογή από σχεδιαγράμματα προσώπων, τα οποία κυμαίνονται από πρόσωπα που χαμογελούν, έως πρόσωπα που κλαίνε και να ταιριάξουν το πρόσωπο εκείνο που ταιριάζει καλύτερα στον πόνο τους. Εναλλακτικά μπορούν να δοθούν στο παιδί τέσσερα νομίσματα ή βότσαλα και να ερωτηθεί πόσο «κομμάτια» πόνο νιώθει, έχοντας ως μέγιστο βαθμό πόνου τα τέσσερα αντικείμενα. Μια παρόμοια προσέγγιση μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασθενείς οι οποίοι δεν μπορούν να διαβάσουν ή να γράψουν, καθώς και με ασθενείς με τους οποίους η επικοινωνία είναι δύσκολη λόγω έλλειψης κοινής γλώσσας επικοινωνίας.

iv. Πάρτε λεπτομερές ιστορικό αναφορικά με τον πόνο του ασθενούς.

Πρέπει να λαμβάνεται λεπτομερές ιστορικό για να αποκαλυφθεί η εντόπιση και η κατανομή του πόνου, η ποιότητα και η σοβαρότητά του, το εάν είναι συνεχής ή διακεκομμένος, καθώς και ποιοι παράγοντες τον βελτιώνουν ή τον χειροτερεύουν. Πρέπει επίσης να λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με οποιαδήποτε αδυναμία και δυσλειτουργία των αισθητηρίων. Εάν είναι δυνατόν, το ιστορικό θα πρέπει να επιβεβαιώνεται με συνομιλίες με κάποιο μέλος της οικογένειας το οποίο μπορεί να δώσει πληροφορίες τις οποίες ο ασθενής δεν μπορεί ή δεν θέλει να δώσει.

v. Εκτιμήστε τη ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς.

Οι πληροφορίες σχετικά με προηγούμενες νόσους, με το παρόν επίπεδο άγχους και κατάθλιψης, με σκέψεις αυτοκτονίας καθώς και με το βαθμό της λειτουργικής ανικανότητας βοηθούν να τακτοποιηθούν οι ασθενείς, οι οποίοι ενδεχομένως χρειάζονται περισσότερο ειδική ψυχολογική υποστήριξη. Κατάθλιψη παρατηρείται συνήθως στο 25% των καρκινοπαθών.

vi. Κάνετε προσεκτική φυσική εξέταση

Στην εκτίμηση του ασθενούς με καρκίνο, το λεπτομερές ιστορικό και η προσεκτική κλινική εξέταση ίσως αποδειχθούν αρκετά για τον προσδιορισμό της αιτίας του πόνου και για την ευκολότερη εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας.

vii. Ζητήστε και επιβλέψτε προσωπικά κάθε αναγκαία διερεύνηση.

Διαγνωστική διερεύνηση απαιτείται σε περιπτώσεις που υπάρχει αμφιβολία σχετικά με τα αίτια του πόνου ή όταν η απόφαση για την παραπέρα αντικαρκινική θεραπεία εξαρτάται από την ακριβή εντόπιση της νόσου. Αν και οι κοινές ακτινογραφίες αποτελούν μια χρήσιμη διαγνωστική προσέγγιση, ένα αρνητικό αποτέλεσμα δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται για την απόρριψη της κλινικής διάγνωσης. Οι απλές ακτινογραφίες είναι ανεπαρκείς σε περιοχές του σώματος όπου επικαλύπτονται σκιάσεις από τα οστά, όπως είναι η βάση του κρανίου, τα σώματα των σπονδύλων, A2, A7, Θ1 και το ιερό οστού.

Η υπολογιστική τομογραφία (CT), καθώς και η μαγνητική τομογραφία (MRI) αποτελούν τις πλέον χρήσιμες διαγνωστικές τεχνικές στην εκτίμηση των καρκινοπαθών οι οποίοι εμφανίζουν πόνους.

viii. Σκεφτείτε εναλλακτικές μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου.

Αν και η φαρμακευτική θεραπεία είναι το κύριο μέσο για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο, διάφορες εναλλακτικές μέθοδοι προσφέρουν, σε ορισμένες μορφές πόνου, σημαντική ανακούφιση. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με επώδυνες οστικές μεταστάσεις ανακουφίζονται σημαντικά ή και πλήρως με τοπική ανακουφιστική ακτινοθεραπεία. Εάν ο πόνος οφείλεται σε παθολογικό κάταγμα του μηριαίου ή του βραχιόνιου, η θεραπεία εκλογής είναι η τοποθέτηση ορθοπαιδικής ήλωσης.

ix. Εκτιμήστε τα αποτελέσματα της θεραπείας.

Η συνεχής εκτίμηση και παρακολούθηση της θεραπείας απαιτεί μια ομαδική προσέγγιση και στηρίζεται κυρίως στις παρατηρήσεις του λειτουργού της υγείας ο οποίος φροντίζει τον ασθενή. Ο ιατρός και οι υπόλοιποι λειτουργοί που παρέχουν υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να εφαρμόζουν ειδικές μεθόδους ανταλλαγής πληροφοριών σχετικά με την εξέλιξη της θεραπευτικής αγωγής έτσι ώστε, όταν παραστεί ανάγκη, να μπορούν να γίνουν γρήγορα οι απαραίτητες αλλαγές στη θεραπεία. Αυτό επιβάλλει συνολική επανεκτίμηση και συνέχιση της φροντίδας.¹⁸

2.4 Εμπόδια στην ανακούφιση του πόνου στους καρκινοπαθείς

Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς ο πόνος από καρκίνο σήμερα, μεταξύ των οποίων:

- Η απουσία εθνικής πολιτικής για την αντιμετώπιση του πόνου στον καρκίνο και για την ανακουφιστική φροντίδα.
- Η έλλειψη ενημέρωσης μέρους των λειτουργών υγείας, των πολιτικών των διοικητικών και του κοινού για το ότι οι περισσότερες μορφές πόνου στον καρκίνο μπορούν να αντιμετωπισθούν.
- Η έλλειψη οικονομικών πόρων και οι περιορισμοί στα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας και στο προσωπικό.
- Η υπόθεση ότι η ιατρική χρήση των οπιοειδών μπορεί να οδηγήσει σε ψυχολογική εξάρτηση και σε εξάρτηση από τα φάρμακα.
- Οι νομικοί περιορισμοί για τη χρήση και διακίνηση των οπιοειδών αναλγητικών.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 Αντιμετώπιση του καρκίνου

Φθάνοντας πλέον στη φάση της θεραπείας, αυτή θα πρέπει να διακριθεί σε:

- Θεραπεία με στόχο την ίαση
- Θεραπεία που δεν έχει στόχο την ίαση, αλλά είτε την προσωρινή ανακουφιστική μείωση ή σταθεροποίηση της κακοήθους πάθησης, είτε την ανακούφιση από τα συμπτώματα.

Τέσσερα είδη θεραπείας προσφέρονται σήμερα για τον καρκίνο: Η χειρουργική θεραπεία, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και η ανοσοθεραπεία.

Όσον αφορά την εκλογή της θεραπείας, παράγοντες όπως η φυσική ιστορία της νόσου, τα γνωστά αποτελέσματα του κάθε είδους θεραπείας, η γενική κατάσταση του ασθενούς, οι συνυπάρχουσες νόσοι, η ψυχοσύνθεση του ασθενούς και άλλοι παράγοντες θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη.

Σήμερα η χειρουργική θεραπεία και η ακτινοθεραπεία είναι οι καλύτερες εφόσον θεραπεύεται νεόπλασμα το οποίο περιορίζεται μόνο στην πρωτοπαθή εστία και στους επιχώριους λεμφαδένες, προτιμώνται δηλαδή ως τοπικές θεωρίες.

Αντίθετα, η χημειοθεραπεία και η ανοσοθεραπεία αντιπροσωπεύουν μορφές θεραπείας που προτιμώνται όταν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις.

i. Χειρουργική θεραπεία

Η βασική αρχή στην χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου είναι η θεραπεία του ασθενούς, η οποία μετεγχειρητικά θα πρέπει να συνοδεύεται παράλληλα από την ελάχιστη δυνατή λειτουργική και οργανική έκπτωση.

Τύποι χειρουργικών επεμβάσεων για τον καρκίνο:

- Τοπική εκτομή
- Ριζική τοπική εκτομή
- Ριζική εκτομή του όγκου με συναφαίρεση των επιχωρίων λεμφαγγείων και λεμφαδένων
- Εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις
- Επανεγχειρήσεις για την αφαίρεση τοπικών υποτροπών καρκίνου
- Εγχειρήσεις για την αφαίρεση μεταστάσεων κυρίως στο ήπαρ και πνεύμονες

- Απολίνωση και δι' εμβολιασμού απόφραξη της ηπατικής αρτηρίας επί νεοπλασμάτων του ήπατος.
- Παρηγορητικές επεμβάσεις²⁰

ii. Ακτινοθεραπεία

Κατά την τελευταία δεκαετία του 19^{ου} αιώνα και συγκεκριμένα το Νοέμβριο του 1895, ανακαλύφθηκαν οι ακτίνες X στο εργαστήριο του Πανεπιστημίου του Wurzburg από τον καθηγητή wilhem Courad Rontgen. Οι ακτίνες X αργότερα, τον Ιανουάριο του 1896, πήραν το όνομα Rontgen, όπως πρότεινε ο Von Kolicer τον ίδιο χρόνο σε συνέδριο της ακαδημίας των Παρισίων ο Henri Becquerel αναφέρθηκε σε ένα νέο στοιχείο, το ουράνιο, το οποίο εξέπεμπε ακτινοβολία προκαλώντας αμαύρωση της φωτογραφικής πλάκας, όπως ακριβώς οι ακτίνες του καθηγητή Rontgen. Στη συνέχεια, το ζεύγος Curie το 1898 κατόρθωσε να απομονώσει ένα νέο στοιχείο, το οποίο παρουσίαζε τις ίδιες ιδιότητες όπως το ουράνιο, αλλά πολύ εντονότερα. Το στοιχείο αυτό το ονόμασε Ράδιο, το φαινόμενο Ραδιενέργεια, τα δε αντίστοιχα στοιχεία ραδιενεργά.



Η ακτινοθεραπεία είναι ουσιαστικά κλάδος της ογκολογίας αφού συνήθως εφαρμόζεται στην αντιμετώπιση κακοηθών όγκων. Χρησιμοποιεί ιονίζουσες ακτινοβολίες και για ορισμένα νεοπλάσματα είναι η θεραπεία εκλογής, σε άλλα περιπτώσεις χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την χειρουργική και τη χημειοθεραπεία, ενώ σε άλλες εφαρμόζεται προκειμένου να ανακουφίσει τον ασθενή από συμπτώματα που προκάλεσε ο καρκίνος.

Οι ακτινοβολίες που χρησιμοποιούνται πιο συχνά είναι οι ακτίνες X, τα ηλεκτρόνια και οι ακτίνες β. Άλλα είδη ακτινοβολίας είναι τα νετρόνια, πρωτόνια, σωματίδια α και μεσόνια π.

iii. Χημειοθεραπεία

Η Αντικαρκινική Χημειοθεραπεία ξεκίνησε μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, με είκοσι περιστατικά ενός πλοίου που βυθίστηκε ενώ μετέφερε φορτίο νιτρωδών. Η χημική αυτή ουσία χύθηκε στη θάλασσα, και τα διασωθέντα μέλη του πληρώματος που ήλθαν σε επαφή, παρουσίασαν σε σύντομο χρονικό διάστημα υποπλασία του μυελού και των λεμφικών ιστών. Με το πέρασμα του χρόνου η χημική αυτή ουσία (αζωθυπερίτης) μετατρέπεται από όπλο σε φάρμακο, και το 1943 την χρησιμοποιούν οι Gilman και Goodman στο Πανεπιστήμιο του Yale σε ασθενείς με νόσο του Hodgkin. Η εξέλιξη της χημειοθεραπείας ήταν ραγδαία. Σήμερα χρησιμοποιούνται δεκάδες φάρμακα στην καθημερινή πράξη, καθώς η χρήση της χημειοθεραπείας αποτελεί δραστικό όπλο για την αντιμετώπιση πολλών παθήσεων. Χορηγείται μόνη της ή συνήθως σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία.

Υπάρχουν δυο μορφές θεραπείας:

α. Με φάρμακα που προσβάλλουν μόνο τα κύτταρα που βρίσκονται σε εξέλιξη μίτωσης.

β. Με φάρμακα που καταστρέφουν και φυσιολογικά και καρκινικά κύτταρα με την φάση μίτωσης.

Βασικές αρχές για την έναρξη της χημειοθεραπείας είναι:

- Η εδραίωση της διάγνωσης
- Ο καθορισμός του σταδίου και της έκτασης της νόσου
- Ο καθορισμός του στόχου της θεραπείας
- Η εκτίμηση της απάντησης στην θεραπεία
- Η αποδοχή της τοξικότητας του φαρμάκου
- Η εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή

Χημειοθεραπευτικά φάρμακα

- Χημειοθεραπευτικά φάρμακα με εκλεκτική τοξικότητα
 - Γλυκοκορτικοειδή
 - Οιστρογόνα
 - Ανδρογόνα
 - Συνθετικές προγεστερόνες
- Αλκυλιώμενες ενώσεις
 - Κυκλοφωσφαμίδη
 - Μουστάρδα φαινυλαλανίνης
 - Νιτροζουρίες
 - Χλωραμβουκίλη
- Αντιμεταβολίτης
 - Μεθοτρεξάτη
 - Μερκαπτοπουρίνη

- θεογουανίνη
- κυτταροτοξικά φάρμακα
 - Μιλεομικίνη
 - Μιτομυκίνη
 - D-ακτινιμυκίνη
 - Μιθραμυκίνη
- Φυτικά αλκαλοειδή
 - Βινοπλαστίνη
 - Βινκριστίνη

iv. Ανοσοθεραπεία

Τα τελευταία χρόνια στις τρεις κλασικές μεθόδους θεραπείας του καρκίνου έχει προστεθεί μια τέταρτη, η ανοσοθεραπεία. Η νεότερη αυτή μορφή θεραπείας του καρκίνου έχει μείνει για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα ουσιαστικά στο περιθώριο.

Στον άνθρωπο έχει διαπιστωθεί η παρουσία τριών αντιγόνων που συνοδεύουν τον καρκίνο: το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο, η α-εμβρυϊκή σφαιρίνη και η ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη. Γι' αυτά τα αντιγόνα έχουν ανακαλυφθεί αντισώματα τα οποία είναι γνωστά ως νεοπλασματικοί δείκτες. Οι δείκτες αυτοί ήδη χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη για την εκτίμηση της απάντησης του όγκου σε ένα είδος θεραπείας, για την αναγνώριση τοπικών υποτροπών της νόσου και απομακρυσμένων μεταστάσεων για την θεραπεία τοπικών υποτροπών των μεταστάσεων και επίσης για την πρόγνωση.¹¹

3.2 Αντιμετώπιση του πόνου

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του πόνου διακρίνονται σε δυο κατηγορίες: τις φαρμακολογικές και τις μη φαρμακολογικές ή μη επιθετικές μεθόδους. Οι υποκατηγορίες των μη επιθετικών μεθόδων προσδιορίζονται διαφορετικά από τους διάφορους συγγραφείς και οι διακρίσεις μεταξύ τους δεν είναι ξεκάθαρες.

3.2.1 Φαρμακολογικές μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου

Στις φαρμακολογικές μεθόδους περιλαμβάνονται:

α. Η συστηματική χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων ΜΣΑΦ (Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs-NSAIDS) ή οπιοειδών (opiooids) κατ' επίκληση ή ανά τακτά χρονικά διαστήματα καθ' όλο το 24 ωρο.

β. Η ελεγχόμενη από τον ασθενή αναλγησία (Patient-controlled Analgesia PCA) που συνήθως σημαίνει την αυτοχορήγηση ενδοφλέβιων

δόσεων ενός προκαθορισμένου οπιοειδούς και μπορεί να αναφέρεται και σε άλλες κατηγορίες φαρμάκων χορηγούμενες από το στόμα ή από άλλες οδούς.

γ. Η νωτιαία αναλγησία, συνήθως με επισκληρίδια χορήγηση οπιοειδούς και η τοπικού αναισθητικού τα οποία ενίονται περιοδικά ή εκκύνονται συνεχώς.

δ. Ο περιοδικός ή συνεχής περιφερικός νευρικός αποκλεισμός.⁴

Σταδιοποίηση των αναλγητικών φαρμάκων:

i. Αντιφλεγμονώδη μη στεροειδή (N. SAID)

ii. Αντιφλεγμονώδη στεροειδή (SAID)

iii. Ψυχοφάρμακα

iv. Ναρκωτικά – Μείζονα αναλγητικά

▪ **Αντιφλεγμονώδη μη στεροειδή (N. SAID)**

Ο μηχανισμός δράσεώς των είναι κοινός.

α) εξουδετέρωση των ουσιών οξειδώσεως που χρησιμεύουν για τον σχηματισμό των προσταγλανδινών

β) εξουδετέρωση των λυσοσώμων ενζύμων

γ) εξουδετέρωση της σύνθεσης των προσταγλανδινών

δ) υπερπόλωση της μεμβράνης του νευρώνα.

Επίσης φαίνεται ότι η αντιπροσταγλανδινική δράση αυτών των φαρμάκων υπεισέρχεται σε αντικαρκινική δράση, ενώ η δράση των προσταγλανδινών όπως είναι γνωστό δημιουργεί την πτώση της άμυνας του οργανισμού, συμμετέχει στην ανάπτυξη των οστικών μεταστάσεων, παράγει υπερασβεστιαμία στους συμπαγείς όγκους, αυξάνει την καταστροφή των αιμοπεταλίων που ευρίσκονται σε περίσσεια στον καρκίνο του μαστού και των οστών.

Ενώ είναι το φάρμακο εκλογής στους ήπιους πόνους, όπως επίσης στο χρόνιο πόνο από τον καρκίνο, έχουν ελάχιστη δράση στον σπλαγχνικό πόνο με εξαίρεση στον καρκίνο του παγκρέατος. Η απόλυτη ένδειξη για χρήση των αφορά τους πόνους από την μεγάλη απελευθέρωση των προσταγλανδινών, περίοστιο, οστεολυτικές μεταστάσεις, τενοντίτιδες κτλ.

Οι παρενέργειες χαρακτηρίζονται από αλλεργικές αντιδράσεις, ακουστική μείωση (ασπιρίνη), προσβολή του Κ.Ν.Σ, σύγχυση, κατάθλιψη. Η πιο σπουδαία παρενέργεια εκδηλώνεται στο πεπτικό σύστημα με εκδηλώσεις (γαστρίτιδας, ελκών, αιμορραγίες, διατρήσεις)¹⁰

▪ **Αντιφλεγμονώδη στεροειδή (SAID)**

Η δράση αυτών των φαρμάκων αναφέρεται αφενός, σε αποιδηματικό μηχανισμό που μειώνει την πίεση των νευρικών ιστών, αφετέρου σαν σταθεροποιητής της μεμβράνης, προλαμβάνοντας την απελευθέρωση των προσταγλανδινών, ενώ βελτιώνουν την όρεξη και την διάθεση.

Οι ενδείξεις για τη χρήση των στεροειδών είναι:

- Υπερασβεστιαμία
- Καρκινικές νευροπάθειες

- Παραπληγικές παθήσεις
- Λεμφοιδήματα
- Ενδοκρανιακή πίεση, σε συνδυασμό με διουρητικά
- Πίεση των ριζιτικών νεύρων

Τα πιο διαδεδομένα στην κλινική πράξη στεροειδή είναι το Prednisone, Dexamethazone, και το MAP που στους ορμονοεξαρτομένους όγκους έχει την μέγιστη δράση.

Οι αντενδείξεις αυτών των φαρμάκων είναι:

- Υπέρταση
- Μη ελεγχόμενες καρδιοπάθειες
- Πνευμονοπάθειες
- Διαβήτης
- Αιμορραγική διάθεση
- Νεφρική ή Ηπατική ανεπάρκεια
- Γαστροπάθειες
- Νόσος στο τελικό στάδιο

3. Ψυχοφάρμακα

Εάν υποστηρίξουμε τη πολυπαραγοντική θεωρία της θεραπείας του καρκινοπαθούς, δηλαδή ληφθεί υπόψη ότι ο πόνος του καρκινοπαθούς δεν είναι μόνο οργανικός, αλλά έχει και ψυχολογική βάση και ότι θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν όλοι οι θεραπευτικοί μηχανισμοί τότε και τα ψυχοφάρμακα βρίσκουν τη θέση και την αξία τους των οποίων η ανταλγική δράση εκδηλώνεται τόσο δια μέσου της μείωσης του συγκινησιακού παράγοντα που αυξάνει την ταλαιπωρία του ασθενούς, όσο μέσω άλλων μηχανισμών των οποίων η φύση δεν έχει ακόμη διευκρινισθεί. Για παράδειγμα, τα αντικαταθλιπτικά μειώνουν τον πόνο από βλάβη του νευρικού ιστού και η δράση τους αποδίδεται τουλάχιστον σε δυο μηχανισμούς: α) βελτίωση και αύξηση του νυκτερινού ύπνου και β) διευκόλυνση των ενδογενών μηχανισμών αναλγησίας.

Ο συνδυασμός ενός αγχολυτικού σε ημερήσια δόση των 2-3 mg με ένα αντικαταθλιπτικό σε δόση 75-1—ημερησίως, είναι αποτελεσματικά για το σκέλος φάντασμα, για την μετά έρπητα νευραλγία, σε ποσοστό από 50-80%.

Σε συνδυασμό με άλλα αναλγητικά, τα αγχολυτικά σε μικρές δόσεις προσδίδουν ηρεμία και ανοχή στο stress χωρίς την συμμετοχή της συνειδήσεως, δηλαδή ενεργούν στον έλεγχο των συγκινήσεων.

4. Μείζονα αναλγητικά

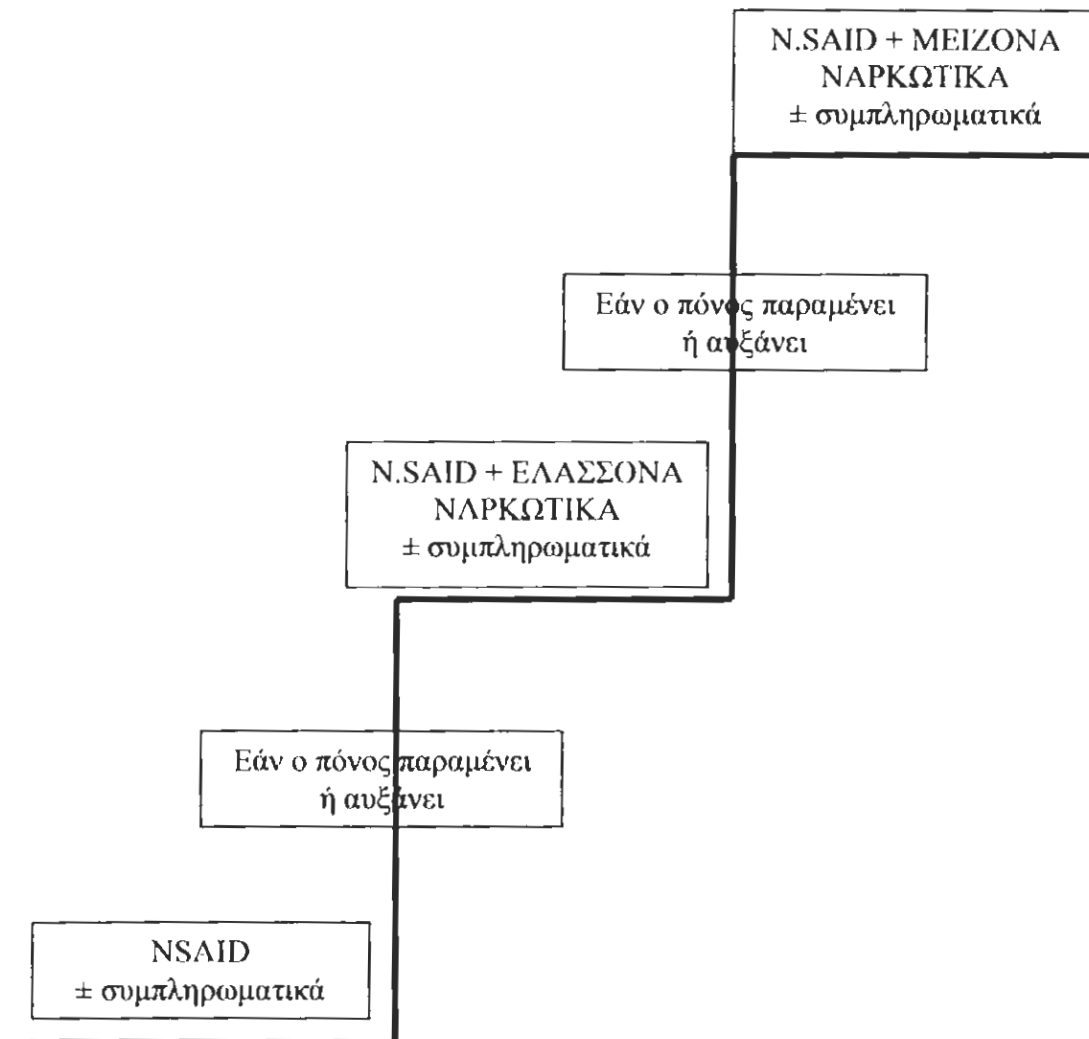
Χρησιμοποιούνται όταν οι άλλες 'ειδικές' θεραπείες δεν ανταποκρίθηκαν. Ο κανόνας να ξεκινά κανείς με ελάσσονα αναλγητικά θα πρέπει να τηρηθεί, εν τούτοις η επιλογή του φαρμάκου εξαρτάται από την ένταση του πόνου.

Στην κλινική πράξη ξεχωρίζουν τα ελάχιστα ναρκωτικά φάρμακα που αντιπροσωπεύονται από την codeine, destropropossifene, pentazocine και από τα μείζονα ναρκωτικά όπως το methadone και η morfine.

Οι βασικές αρχές για την σωστή επιλογή των ναρκωτικών είναι:

- 3.11 .1 πρόληψη του πόνου
- ii. διατήρηση των αισθήσεων με ταυτόχρονη αναλγησία
- 3.11 .2 ευκολία χορήγησης

Ένα απλό σχήμα για την επιλογή των φαρμάκων παρουσιάζεται παρακάτω: ¹²



3.2.2 Αρχές Αναλγητική Θεραπείας με οπιοειδή

Οι ακόλουθες αρχές δίνουν έμφαση στην προσαρμογή της αναλγητικής θεραπείας με οπιοειδή στις ανάγκες του κάθε ασθενή. Αποτελούν οδηγό για την αποτελεσματική χρήση των οπιοειδών αναλγητικών.

i. Επιλογή της οδού χορήγησης που ταιριάζει στον ασθενή.

- Από το στόμα (p.o). είναι η προτιμότερη οδός χορήγησης εξαιτίας της ευκολίας της και των σχετικά σταθερών προκαλούμενων επιπέδων των φαρμάκων αυτών στο αίμα. Η μέγιστη δράση του φαρμάκου επέρχεται μετά από 1 1/2 έως 2 ώρες για τα περισσότερα αναλγητικά. Επιτυγχάνεται βραδύτερη έναρξη δράσης των οπιοειδών σε σχέση με τη παρεντερική χορήγησή τους. Είναι η επιθυμητή οδός μετά από διακοπή της παρεντερικής αναλγησίας.
- Ενδομυϊκώς (im). Είναι η συνήθης παρεντερική οδός χορήγησης αλλά οι ενέσεις είναι επώδυνες και η απορρόφηση του φαρμάκου αναξιόπιστη. Η απορρόφηση μπορεί να είναι γρηγορότερη μετά από ένεση στο δελτοειδή μη συγκριτικά με την ενδογλουτιαία ένεση ιδιαίτερα για λιποδιαλυτά οπιοειδή όπως η μεθαδόνη, γενικά αυτή η οδός χορήγησης πρέπει να αποφεύγεται όταν είναι δυνατόν.
- Υποδορίως (sc). Είναι προτιμότερη από την ενδομυϊκή οδό όταν χρειάζεται να γίνει συνεχής έγχυση μικρού όγκου οπιοειδούς φαρμάκου και η ενδοφλέβια πρόσβαση είναι δύσκολο να διατηρηθεί. Οι ενέσεις στον υποδόριο ιστό είναι επώδυνες και η απορρόφηση του φαρμάκου αναξιόπιστη. Αυτή η οδός πρέπει να αποφεύγεται για μακροπρόθεσμες επαναληπτικές δόσεις.
- Ενδοφλέβια εφάπαξ δόση (iv). Παρέχει τη γρηγορότερη έναρξη δράσης. Ο χρόνος για τη μέγιστη δράση ποικίλει ανάλογα με τη λιποδιαλυτότητα του φαρμάκου, από 1-5 λεπτά για τη φαιτανύλη έως 15-30 λεπτά για τη μορφίνη. Εφαρμόζεται για άμεση ανακούφιση του πόνου.
- Ενδοφλέβια έγχυση. Παρέχει σταθερά επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα και την ικανότητα γρήγορης ανακούφισης των ασθενών με οξύ πόνο. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ένα φάρμακο βραχείας ημίσειας ζωής (π.χ. μορφίνη, υδρομορφόνη). Τιτλοποιείται ευκολότερα από ένα φάρμακο μακράς ημίσειας ζωής. Για να αυξηθεί η αναλγησία που παρέχει η ενδοφλέβια ή η υποδόρια έγχυση, συνιστάται μι επιπρόσθετη εφάπαξ δόση οπιοειδούς με ταυτόχρονη αύξηση του ρυθμού έγχυσης.
- Ενδοφλέβια ελεγχόμενη από τον ασθενή αναλγησία (PCA). Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται συχνά στην αντιμετώπιση του μηχ. πόνου στην Αμερική. Μπορεί να βελτιστοποιήσει την έγκαιρη ανακούφιση του πόνου και να μειώσει την τοξικότητα των φαρμάκων, αλλά απαιτεί κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού. Γενικά η ενδοφλέβια χορήγηση οπιοειδών σε ασθενείς απαιτεί την παρακολούθησή τους και συνδέεται

με σημαντικό κίνδυνο αναπνευστικής καταστολής όταν χορηγηθούν ακατάλληλες δόσεις.

- Από το ορθό. Είναι εναλλακτική της παρεντερική οδού σε ασθενείς που δεν μπορούν να λάβουν φαρμακευτική αγωγή από το στόμα ή σε ασθενείς με αντένδειξη παρεντερικής χορήγησης οπιοειδών.
- Επισκληριδίως ή ραχιαίως. Αυτές οι δυο νωτιαίες τεχνικές χορήγησης οπιοειδών θεωρούνται από πολλούς επιστήμονες ιδιαίτερα χρήσιμες στην αντιμετώπιση του μτχ. πόνου.
- Διαδερμικώς. Η διαδερμική χορήγηση φαιντανύλης συνεπάγεται σταθερές συγκεντρώσεις του φαρμάκου στο πλάσμα και είναι εύκολη στην εφαρμογή. Τα αυτοκόλλητα φαιντανύλης χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο του χρόνιου πόνου των καρκινοπαθών.

ii. Χορήγηση αναλγητικών περιοδικά και όχι κατ' επίκληση όταν ο πόνος είναι αισθητός τις περισσότερες ώρες της ημέρας.

Αυτό πρέπει να γίνεται μετά τον καθορισμό της καλύτερης δόσης ανά 24ωρο. Δηλαδή, χορηγούμε μια τυπική αρχική δόση και αυξάνουμε ή μειώνουμε τη δόση ανάλογα με το βαθμό της ανακούφισης του πόνου και της παρενέργειας.

iii. Γνώση της δόσης και της δράσης διαφόρων οπιοειδών.

Ενώ η μορφίνη χρησιμοποιείται συχνότερα, όλα τα οπιοειδή αγωνιστές παρέχουν παρόμοια μ' αυτήν αναλγησία και έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά και συχνότητες παρενεργειών. Στην πράξη όμως, το κάθε άτομο – ασθενής αντιδρά διαφορετικά στα διάφορα οπιοειδή.¹²

iv. Γνώση των πιθανών κινδύνων.

v. Αναγνώριση και κατάλληλη θεραπεία των παρενεργειών.

Η καταστολή, η δυσκοιλιότητα, η ναυτία, ο εμετός και η αναπνευστική καταστολή είναι οι πιο κοινές παρενέργειες των οπιοειδών. Η καταστολή αντιμετωπίζεται με μείωση της δόσης και αύξηση της συχνότητας χορήγησης. Αν οι παραπάνω ενέργειες δεν οδηγήσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα μπορεί να συνδυαστεί με δεξτροαμφεταμίνη.

Όλοι οι ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή μπορεί να παρουσιάσουν δυσκοιλιότητα. Γι' αυτό πρέπει να προσλαμβάνουν αρκετά υγρά, να τρέφονται με γεύματα πλούσια σε φυτικές ίνες, να λαμβάνουν φαρμακευτικές ουσίες που ευνοούν το περισταλτισμό του εντέρου ή να κάνουν χρήση υπακτικών υποθέτων. Η ναυτία μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη χορήγηση αντιεμετικών ή με την αντικατάσταση του αναλγητικού από άλλο.

Ο κίνδυνος εμφάνισης αναπνευστικής καταστολής είναι μικρός όταν τα οπιοειδή αναλγητικά χορηγούνται για την αντιμετώπιση του μτχ. πόνου, συγκριτικά με τις περιπτώσεις χρόνιας χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών.

vi. Χρήση συνδυασμών φαρμάκων για τη βελτίωση της αναλγησίας.

vii. Αποφυγή χρήσης εικονικών φαρμάκων (placebo) για την αξιολόγηση της φύσης του πόνου.

Η κακή χρήση των εικονικών φαρμάκων επιτρέπει την ανάπτυξη δυσπιστίας μεταξύ ασθενούς και γιατρού ή νοσηλευτή εμποδίζοντας τον επαρκή έλεγχο του πόνου.

viii. Αναγνώριση της ανάπτυξης αντοχής και θεραπεία της.

Ο όρος αντοχή σημαίνει ότι απαιτείται μεγαλύτερη δόση οπιοειδούς αναλγητικού για να διατηρηθεί το αρχικό αποτέλεσμα. Η αντοχή συνήθως συμβαίνει σε συνδυασμό με τη σωματική εξάρτηση. Είναι μια συνήθης κατάσταση σε ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή αναλγητικά για μεγάλες χρονικές περιόδους, ενώ ο κίνδυνος ανάπτυξης της σε ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή για μηχ. αναλγησία είναι πάρα πολύ μικρός. Για να καθυστερήσει η ανάπτυξη αντοχής και να επιτευχθεί αποτελεσματική αναλγησία στον ανθεκτικό ασθενή μπορεί να συνδυαστούν τα οπιοειδή με τα μη οπιοειδή αναλγητικά ή ν' αντικατασταθεί το χορηγούμενο οπιοειδές αναλγητικό με ένα άλλο οπιοειδές.

ix. Αναγνώριση της ανάπτυξης σωματικής εξάρτησης και πρόληψη του συνδρόμου στέρησης.

Η Σωματική εξάρτηση αναπτύσσεται κυρίως σε άτομα που κάνουν χρόνια χρήση οπιοειδών.

x. Αποφυγή σύγχυσης της σωματικής εξάρτησης με την ψυχολογική εξάρτηση (εθισμό).

Οι περισσότεροι ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή αρκετές φορές την ημέρα για χρονικό διάστημα περισσότερο του ενός μηνός θ' αναπτύξουν κάποιου βαθμού αντοχή και σωματική εξάρτηση. Όμως ο κίνδυνος ψυχολογικής εξάρτησης είναι πολύ μικρός.¹³

3.2.3 Μη – φαρμακολογικές μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου

▪ Βελονισμός

Ο βελονισμός έχει τις ρίζες του στην Κίνα και ξεκίνησε 2000 χρόνια πριν. Βασίζεται στη θεωρία του Qi (προφέρεται «κι») η θεωρία της ζωτικής ενέργειας. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή η ζωτική μας ενέργεια ρέει μέσα στο σώμα μας σε συγκεκριμένες διαδρομές, οι οποίες



ονομάζονται μεσημβρινοί. Βελόνες οι οποίες εισάγονται σε συγκεκριμένα σημεία κατά μήκος αυτών μπορούν να ενεργοποιήσουν τη ροή του Qi και να αποτρέψουν ή να θεραπεύσουν καταστάσεις οι οποίες προκαλούνται από το μπλοκάρισμα ή και την υπερβολική ενέργεια.

Αν και υπάρχουν αρκετά μεθοδολογικά και πολιτισμικά φράγματα στη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας του βελονισμού, υπάρχουν αρκετές μελέτες οι οποίες συμπεραίνουν ότι ο βελονισμός βοηθάει και στην ανακούφιση από οξύ και χρόνιο πόνο.

- **Ενεργειακή θεραπεία.**

Ένας αριθμός συστημάτων βασίζεται στη θεωρία των ενεργειακών πεδίων ή σχεδίων μέσα και γύρω από το ανθρώπινο σώμα και τα οποία ανήκουν στον κόσμο των φαινομένων. Μερικά άτομα μπορούν να βλέπουν και να αισθάνονται αυτές τις ενέργειες. Οι αποδέκτες και οι θεραπευτές συχνά αισθάνονται διάφορες αισθήσεις, όπως θερμότητα ή μυρμηκίαση. Η εργασία με ενέργεια περιλαμβάνει μια ένθερμη πρόθεση για προώθηση της θεραπείας σε φυσικό ή και μη φυσικό επίπεδο.

Την περιοχή – στόχο του σώματος μπορεί κανείς να την οραματίζεται ή να την αφήνει ανοιχτή με μια «ανώτερη θέληση».

Υπάρχουν πολλοί τύποι ενεργειακής θεραπείας, συμπεριλαμβανομένου του Reiki της θεραπευτικής επαφής και του Επουλωτικού Αγγίγματος. Με θεραπείες όπως το Reiki, ο θεραπευτής λειτουργεί ως αγωγός της παγκόσμιας ενέργειας τοποθετώντας τα χέρια του πάνω σε ενεργειακά κέντρα, τα οποία ονομάζονται «τσάκρα» και επιτρέποντας δια του νου τη ροή ενέργειας μέσα στο σώμα και στις περιοχές όπου αυτή είναι αναγκαία.

Η θεραπευτική αγωγή και το επουλωτικό άγγιγμα περιλαμβάνουν μια ποικιλία τεχνικών. Εκτός της κατευθυνόμενης ροής ενέργειας, ο θεραπευτής προσπαθεί να διαμορφώνει τα ενεργειακά πεδία με απευθείας επαφή ή χρήση των χεριών μερικά εκατοστά ή και μακρύτερα από το σώμα για να χειρίζεται τις ενέργειες. Αν και ο μηχανισμός δεν είναι γνωστός, η έρευνα έχει δείξει ότι οι θεραπευτές μπορούν να επιφέρουν κυτταρικές και βιολογικές αλλαγές και σε ανθρώπινες και σε μη ανθρώπινες μορφές ζωής.¹⁹

- **Καθοδηγητική Χρήση Εικόνων**

Η καθοδηγητική χρήση εικόνων είναι μια διαδικασία εργασίας με τα συναισθήματα και τις αισθητήριες αντιλήψεις με σκοπό την ενθάρρυνση ψυχολογικών και φυσικών αλλαγών. Είναι μια αρχαία πρακτική η οποία συχνά συνδυάζεται με άλλες μεθόδους.

Η καθοδηγητική χρήση εικόνων μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική όταν ασκείται από θεραπευτικές υγείας και φροντίδας.

Είναι επίσης χρήσιμη εάν διδαχθεί στον ασθενή σαν τεχνική αυτοφροντίδας, εντείνοντας έτσι την αίσθηση ελέγχου την οποία έχει ο ασθενής.

Η έρευνα έχει δείξει ότι η καθοδηγητική χρήση εικόνων μπορεί να ελαττώσει το άγχος και τον πόνο και να βελτιώσει την πορεία μιας ασθένειας καθώς επίσης και τη στάση του ασθενή.

- Ύπνωση

Η ύπνωση περιλαμβάνει την πρόκληση καταστάσεων έκστασης (βαθέως ύπνου) και τη χρήση θεραπευτικών υπαινιγμών/

Αυτή η μέθοδος έχει ασκηθεί πολλές φορές σε αρχαίους πολιτισμούς συμπεριλαμβανομένων και των Αρχαίων Ελλήνων.

Η μοντέρνα ύπνωση ξεκίνησε με την «μαγνητική θεραπεία» του Mesmer στο 18^ο αιώνα. Αν και πολλές φορές κατά το παρελθόν δεν τύγχανε εύνοιας, η ύπνωση χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο για εθισμούς, έλεγχο του πόνου και των συμπτωμάτων από φοβίες.

Χρησιμοποιήθηκε επίσης ως εναλλακτική λύση αντί της αναισθησίας κατά τη διάρκεια επεμβάσεων. Η ύπνωση και η καθοδηγητική χρήση εικόνων συμπίπτουν στην χρήση της βαθιάς χαλάρωσης και των εικόνων ή μεταφορών.

Επειδή η ύπνωση είναι συνδεδεμένη με πολλούς αρνητικούς συσχετισμούς και επειδή υπάρχουν λόγοι ευθύνης, η χρησιμοποίησή της στην κλινική πράξη είναι δύσκολη και απαιτεί την ύπαρξη κώδικα δεοντολογίας.

Μόνο οι ειδικευμένοι νοσηλευτές στην Ψυχιατρική έχουν την έγκριση να χρησιμοποιήσουν την ύπνωση ως μέρος της νοσηλευτικής παρέμβασης.

- Προσευχή

Η προσευχή κατά τον Dossey ορίζεται ως η επικοινωνία με το υπερβατό (υπερφυσικό) ή το απόλυτο. Αισθήματα γνήσιου ενδιαφέροντος ή συμπόνιας για τον αποδέκτη είναι κοινά στις περισσότερες μορφές προσευχής. Αν και μερικά άτομα επιλέγουν να κατευθύνουν την προσευχή του προς πολύ συγκεκριμένα φυσικά αποτελέσματα, άλλα πιστεύουν ότι πιθανόν να μην ξέρουμε ποιο είναι το καλύτερο για κάποιον και ότι θα έπρεπε απλά να κατευθύνουμε την ενέργεια της αγάπης μας προς τον ίδιο τον εαυτό μας και να ζητούμε να χρησιμοποιηθεί για το υπέρτατο καλό.

Αν και η προσευχή μπορεί να επηρεάσει τη φυσική επούλωση, ο Dossey μας υπενθυμίζει ότι η πνευματικότητα δεν σημαίνει υποχρεωτικά καλή υγεία ή μακροζωία. Η ασθένεια δεν είναι μια ηθική αποτυχία.²²

- Τεχνικές χαλάρωσης

Η χαλάρωση είναι το άμεσο ή έμμεσο αποτέλεσμα ενός ευρέως φάσματος τεχνικών αυτοφροντίδας οι οποίες συμπεριλαμβάνονται στην

ιατρική πνεύματος και σώματος, όπως η προοδευτική χαλάρωση, οι ασκήσεις αναπνοής, η διαλογισμός, η χαλαρωτική αντίδραση και η καθοδηγητική χρήση εικόνων.

Υπάρχουν επίσης θεραπείες οι οποίες προάγουν τη χαλάρωση ως ένα από τα οφέλη τους και ασκούνται στον ασθενή, όπως το μασάζ και η ρεφλεξολογία.¹⁴

- Βιοανατροφοδότηση

Μερικά άτομα έχουν τη δυνατότητα να μεταβάλλουν τις σωματικές τους λειτουργίες μέσω διανοητικής συγκέντρωσης. Στην εκπαίδευση βιοανατροφοδότησης, χρησιμοποιείται ένα μόνιτορ που παρακολουθεί το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ενός αρρώστου. Ο άρρωστος επικεντρώνεται στην επιβράδυνση της δικής του εγκεφαλικής δραστηριότητας σε ρυθμούς όπου ο πόνος και η ψυχική ένταση είναι απίθανο να προκαλέσουν δυσχέρεια, (δηλαδή πλήρη χαλάρωση). Μπορεί να χρειαστούν πολλοί μήνες τακτική άσκησης για την επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου ελέγχου. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενθαρρύνει και να επαινεί τις προσπάθειες του αρρώστου.

- Θεραπευτικό άγγιγμα

Είναι μια θεραπεία, στην οποία ο νοσηλευτής μεταβιβάζει ενέργεια στον άρρωστο, μέσω των χεριών του, που είναι λόγω περισσότερο από μια ώθηση, ώσπου να πάρει εμπρός το σύστημα ανάρρωσης του αρρώστου. Η έρευνα έχει δείξει ότι το θεραπευτικό άγγιγμα είναι αποτελεσματικό στη μείωση του άγχους και στην ανακούφιση από πόνο. Για εφαρμογή του θεραπευτικού αγγίγματος από το νοσηλευτή, είναι απαραίτητη ειδική εκπαίδευση και εξάσκηση.

- Εφαρμογή θερμότητας ή ψύχους

Η εφαρμογή θερμότητας ή ψύχους με τη μορφή θερμών ή ψυχρών επιθεμάτων ή με τη μορφή ζεστών λουτρών φαίνεται ν' ανακουφίζει τον ασθενή. Η θερμότητα συνεπάγεται αγγειοδιαστολή και αύξηση της ροής αίματος στη περιοχή εφαρμογής της. Πιστεύεται ότι έτσι απομακρύνονται γρηγορότερα τα προϊόντα της ιστικής βλάβης και μειώνεται η φλεγμονή. Το ψύχος προκαλεί αγγειοσυσπασση και κατ' αυτόν τον τρόπο, μειώνει το οίδημα που ακολουθεί μια τραυματική βλάβη και τον πόνο. Η θερμότητα και το ψύχος μαζί φαίνεται ότι αυξάνουν την ουδό του πόνου.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1 Ο φόβος του καρκίνου

Οι άνθρωποι φοβούνται τον καρκίνο περισσότερο από κάθε άλλη αρρώστια. Δικαιολογείται άραγε τόσος φόβος; Ποιες είναι οι αιτίες που τον προκαλούν και τον συντηρούν; Μπορούμε να κάνουμε τίποτε για να καταπολεμήσουμε αυτήν την φοβία;

Οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν την λέξη καρκίνος συνώνυμη με τον θάνατο. Συνεπώς, εφόσον οι άνθρωποι φοβούνται το θάνατο, φοβούνται και το καρκίνο. Γι' αυτό αποφεύγουν και να προφέρουν το όνομά του και τον ξορκίζουν με την έκφραση « επάρατη νόσος». Σαν να ήταν μόνον ο καρκίνος επάρατη νόσος και όλες οι άλλες αρρώστιες ευπρόσδεκτες.

Δεν υπάρχει περισσότερο λανθασμένη άποψη από εκείνη που υποστηρίζει ότι η ζωή του καρκινοπαθούς έχει ημερομηνία λήξεως. Κάθε άνθρωπος που γεννιέται έχει ημερομηνία λήξεως, μόνο που αυτή δεν είναι γνωστή. Απλά η παρουσία της νόσου, που γίνεται αντιληπτή από τα συμπτώματα, μας υπενθυμίζει ότι αυτή η ημερομηνία λήξεως αν και άγνωστη, υπάρχει, γεγονός που κατά κανόνα το ξεχνάμε ή θέλουμε να μη το θυμόμαστε. Το βέβαιον είναι ότι κανείς δεν μπορεί να γνωρίζει με ακρίβεια πότε ένας καρκινοπαθής θα πεθάνει από αυτή τη νόσο ή κάποια άλλη ή από ατύχημα ή ότι θα πεθάνει γρηγορότερα από κάποιον άλλο που είναι μέχρι τώρα ή φαίνεται υγιής.

Με αυτές τις σκέψεις ας προσπαθήσουμε να δώσουμε μερικές απαντήσεις στα ερωτήματα που ετέθησαν αρχικά, αντιμετωπίζοντας τη ζωή μας, τους κινδύνους που την απειλούν και το συγκεκριμένο αυτό νόσημα- το καρκίνο- με μεγαλύτερη ωριμότητα, τόλμη και πίστη.²

Ο καρκίνος είναι ένα νόσημα πολυπαραγοντικό. Δηλαδή δεν οφείλεται σε μία και μόνη αιτία. Οφείλεται σε πολλούς παράγοντες εσωτερικούς και εξωτερικούς. Οφείλεται σε αίτια που μπορούν και που δεν μπορούν να προληφθούν, σε διαταραχές σωματικές, αλλά και ψυχικές και γενικά έχει στενή σχέση με αυτό καθ' αυτό το φαινόμενο της ζωής του ανθρώπου το γήρας και το θάνατο.

Τίς περισσότερες φορές οι καρκινοπαθείς δεν γνωρίζουν ακριβώς τι τους συμβαίνει. Βρίσκονται παγιδευμένοι σ' ένα πλέγμα από υποψίες, μισόλογα,

συνωμοσίες που εξυφαινεται από το περιβάλλον (οικείο και ιατρικό προσωπικό) με στόχο να τούς προστατεύσει δήθεν από την «αδυσώπητη» αλήθεια, την οποία βεβαίως ούτε και αυτό τη γνωρίζει πλήρως. Αποτέλεσμα όλων αυτών, είναι ο ασθενής να χάνει τη δυνατότητα να αποφασίζει για σημαντικά πράγματα της ζωής του, όπως για το είδος της θεραπείας που θα κάνει ανάλογα με τα προσδοκώμενα αποτελέσματα ή την ρύθμιση ορισμένων προσωπικών και οικογενειακών υποθέσεων. Και εδώ τίθεται ένα ακόμα ερώτημα. Πρέπει ο άρρωστος να γνωρίζει την αλήθεια;

Στο ερώτημα αυτό επίσης δεν μπορεί να δοθεί απλή απάντηση. Η προσέγγιση θα πρέπει να είναι ανάλογη με εκείνη της εφαρμογής της κατάλληλης θεραπείας. Είναι πολύ κακή ιατρική πρακτική να επιχειρείται η θεραπεία του συμπτώματος όταν αγνοείται η αιτία που το προκαλεί και ακόμα χειρότερα όταν δεν γνωρίζεις τον άνθρωπο που παρουσιάζει το σύμπτωμα. Το μεγαλύτερο ίσως σφάλμα που γίνεται ακόμα και σήμερα στην αντιμετώπιση των χρόνιων πολυπαραγοντικής αιτιολογίας νοσημάτων μεταξύ των οποίων και ο καρκίνος είναι ότι εξακολουθούμε να εφαρμόζουμε θεραπευτικές αγωγές βασιζόμενοι στα ποσοστά επιτυχίας που έχει παρουσιάσει η εφαρμογή τους σε έναν μεγάλο αριθμό ασθενών, αγνοώντας όμως η παραγνωρίζοντας τον παράγοντα άνθρωπο ως ξεχωριστή και ανεπανάληπτη προσωπικότητα.

Είναι γεγονός όμως ότι όλο και περισσότεροι επιστήμονες αναγνωρίζουν στις μέρες μας ότι τα θετικά αποτελέσματα θα ήταν πολύ περισσότερα, αν οι διάφορες θεραπείες εξατομικεύοντο ή με άλλα λόγια αν ο στόχος μας ήταν, όχι η νόσος, αλλά ο άνθρωπος ως φορέας αυτής. Και στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι η θεραπεία δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στα φάρμακα και τις χειρουργικές και ακτινοθεραπευτικές επεμβάσεις, αλλά να περιλαμβάνει απαραίτητως και τις διαπροσωπικές σχέσεις αρρώστου-ιατρού -οικείων. Μέσα στο πλαίσιο αυτών των διαπροσωπικών σχέσεων εντάσσεται και η απόφαση για το αν και κατά πόσο θα πρέπει ο ασθενής να γνωρίζει την αλήθεια για την αρρώστια του ή πότε είναι ο καταλληλότερος χρόνος να πληροφορηθεί γι' αυτήν.¹⁰ Ένα σημαντικό ποσοστό ανθρώπων φοβούνται τον καρκίνο γιατί έχουν ακούσει ή γνωρίζουν από ατυχείς προσωπικές εμπειρίες ότι οι καρκινοπαθείς βασανίζονται από πόνους και άλλα δυσάρεστα ενοχλήματα. Ο πόνος, με τις μεθόδους της σύγχρονης ιατρικής πρακτικής αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά. Παρ' όλα αυτά επειδή κάθε άνθρωπος υποφέρει τον πόνο όχι μόνο σωματικά αλλά και ψυχικά, η ανακούφιση από τον ψυχικό πόνο δεν είναι ίδια με εκείνη του σωματικού. Ο ψυχικός πόνος αντιμετωπίζεται με την κοινωνία των ανθρώπων, με την τόνωση των οικογενειακών και φιλικών δεσμών, την απαλλαγή των ανθρωπίνων σχέσεων από τα μικρά και εφήμερα που μπορεί να τις διαταράσσουν και την αναζήτηση των σημαντικών και αιώνιων που τις συσφίγγουν.

Είναι γεγονός ότι ένας καρκινοπαθής που κάνει χημειοθεραπεία και ζει τη θαλπωρή του σπιτιού του, περιβαλλόμενος από συγγενείς και φίλους που τον αγαπούν και τον στηρίζουν, που ακούει την αγαπημένη του μουσική ή ασχολείται με τον κήπο του και έχει πίστη στο θεό θα ανταποκριθεί ασυγκρίτως καλύτερα στην θεραπεία από εκείνον που βρίσκεται στο ψυχρό περιβάλλον ενός θεραπευτηρίου, χωρίς συγγενείς και φίλους, έχοντας χάσει την πίστη του στο θεό και εαυτόν του.¹⁵



4.2 Ο φόβος του θανάτου

Ο Leming περιγράφει 8 μορφές φόβων που αντιμετωπίζει οποιοδήποτε άτομο προβληματίζεται με τον θάνατο του. Αυτούς τους διακρίνει σε δύο κυρίως κατηγορίες: στην μία συμπεριλαμβάνονται οι φόβοι που είναι άμεσα συνδεδεμένα με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο ενώ στη δεύτερη οι φόβοι περιστρέφονται γύρω από το ίδιο το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του πεθαμένου.

Φόβοι σχετικά με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο

- Φόβος ταπείνωσης
- Φόβος εξάρτησης
- Φόβος πόνου
- Φόβος απομόνωσης, απόρριψης και μοναξιάς

- Φόβος αποχωρισμού από αγαπημένα πρόσωπα
Φόβοι σχετικά με το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού.

- Φόβος οριστικότητας του θανάτου
- Φόβος για την τύχη του σώματος μετά τον θάνατο
- Φόβος για τη μεταθανάτια ζωή ή άλλη κατάσταση

Ο φόβος εξάρτησης.

Αυτός ο ασθενής φοβάται περισσότερο μην χάσει τον αυτοέλεγχο του, μην περιοριστούν οι ικανότητες και δραστηριότητες του καθώς και η ανεξαρτησία του. Τον απασχολεί ιδιαίτερα το γεγονός ότι αποτελεί βάρος για τους άλλους ή ότι εξαρτάται αποκλειστικά από αυτούς.

Ο φόβος του πόνου.

Κάθε ασθενής ανέχεται καλύτερα το πόνο όταν μπορεί να τον αιτιολογήσει, ή όταν γνωρίζει ότι συνέχεια θα ανακουφιστεί. Γι' αυτόν όμως που πεθαίνει, ο φόβος του πόνου ή της δύσπνοιας ή της οποιασδήποτε δυσλειτουργίας εντείνεται όταν πιστεύει ότι δεν υπάρχουν τα μέσα ή τα χρονικά περιθώρια για να νιώσει και πάλι καλύτερα. Φοβάται συχνά έναν επώδυνο, αργό ή μακρύ θάνατο χωρίς να μπορεί να καταλάβει το «γιατί».

Ο φόβος της ταπείνωσης.

Ο ασθενής που πλησιάζει στο θάνατο μπορεί να φοβάται μήπως παραμορφωθεί ή μήπως υποστεί νέες αναπηρίες που δεν αποτελούν μονάχα απώλειες στο επίπεδο της λειτουργικότητας του, αλλά κυρίως στο επίπεδο της αυτοεκτίμησης και ακεραιότητας του. Κατά τον ίδιο τρόπο, όταν νιώθει αδύναμος και ανήμπορος μπροστά στην απειλή του θανάτου φοβάται κυρίως ότι θα χάσει την αξιοπρέπεια και τον αυτοσεβασμό του.

Ο φόβος του αποχωρισμού.

Κάθε ασθενής που πεθαίνει είναι φυσικό να «θρηνεί» για τον αποχωρισμό που επίκειται από την οικογένεια και τους φίλους του, τον προβληματίζει πως θα αντιμετωπίσουν οι συγγενείς του το θάνατό του, τι θα απογίνουν χωρίς αυτόν, ιδιαίτερα αν αποτελούσε συναισθηματικό και οικονομικό στήριγμα.

Ο φόβος μπροστά σε κάποια μεταθανάτια ζωή ή κατάσταση.

Για πολλούς ασθενείς το «άγνωστο» είναι εκείνο που τους απασχολεί και τους τρομάζει περισσότερο, ενώ μερικοί φοβούνται για τη «θεία Δίκη» που μπορεί να τους τιμωρήσει στη μετέπειτα ζωή τους. Άλλοι πάλι, τρομάζουν με τη σκέψη ότι μπορεί να υπάρχουν πνεύματα ή μεταφυσικές δυνάμεις, ενώ μερικοί πανικοβάλλονται με την ιδέα ότι μετά το θάνατο δεν υπάρχει τίποτα.

Ο φόβος μπροστά στην οριστικότητα του θανάτου.

« Τι θα απογίνουν όλα τ' ανεκπλήρωτα σχέδια και στόχοι που έχω στη ζωή μου;». Θα μπορώ να σκέπτομαι...Θα υπάρχω όταν πεθάνω; Όλα αυτά τα ερωτήματα που δημιουργούνται σε κάθε ασθενή και ιδιαίτερα σ' εκείνον που φοβάται έντονα την οριστικότητα και το αμετάκλητο του θανάτου.

Ο φόβος για την τύχη του σώματος

Η αποσύνθεση του σώματος, η σκέψη της ταφής, το φέρετρο κάτω από το χώμα, αποτελούν για μερικά άτομα έγνοιες που δημιουργούν έντονο άγχος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1 Πρωτογενής – Δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου.

Πρωτογενής πρόληψη.

Η γνώση ότι ορισμένες μορφές καρκίνου προκαλούνται από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες επιτρέπει και την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου και τα οποία είναι:

- Υγειονομολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού
- Σε θέματα σχετικά με τα κακοήθη νεοπλασμάτα βοηθάει στην πρόληψη του. Παράδειγμα αποτελεί η αδιαμφισβήτητη συσχετική μεταξύ καρκίνου πνεύμονα και καπνίσματος. Υπάρχει όμως ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού που αγνοεί αυτή τη σχέση που έχει το κάπνισμα με τον καρκίνο των πνευμόνων.
- Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. οι εργαζόμενοι σε ορυχεία ουρανίου, οι χειριστές ραδιενεργών ουσιών, ισοτόπων και οι εργαζόμενοι σε χώρους που ίσως εκπέμπεται ακτινοβολία, οι εργαζόμενοι σε βιομηχανίες και βιοτεχνίες αζω-χρωστικών, αμιάντων και άλλων βεβαιωμένων καρκινογόνων παραγόντων) γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων σχετικά με την φύση της εργασίας και το καρκινογόνο παράγοντα.
- Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε νομοθετικά μέτρα, σε εθνικό επίπεδο και διεθνείς κανονισμούς. Σαν παράδειγμα χρησιμοποιείται η απαγόρευση της χρήσεως του DDT εντομοκτόνου, με νόμο επειδή έχει καρκινογόνο δράση. Επειδή όμως η αιτιολογία του καρκίνου δεν έχει απόλυτα διαλευκανθεί δυσκολεύει την πρωτογενή πρόληψη του.⁸

Δευτερογενής πρόληψη.

Γίνεται όταν λαμβάνεται κάθε μέτρο ώστε ο καρκίνος να διαγνωστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα, δηλαδή κατά την περίοδο (λανθάνουσα) που άρχισε η εμφάνιση των άτυπων κυττάρων, μέχρι την εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων και να αντιμετωπιστεί αμέσως.

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές.

Οικονομικοί λόγοι είναι μια από τις δυσκολίες. Ο φόβος, ή άγνοια, η προκατάληψη ή αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, τα χάσιμο του χρόνου κ.α. είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμη

χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεσή του για την πρόληψη.

Οικονομικοί και τεχνικοί λόγοι κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του πληθυσμού μιας χώρας, γι' αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες με υψηλό κίνδυνο νοσήσεως. Οι συνθήκες υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται κυρίως από την ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό σε καρκίνο, την εργασία, τη διατροφή, το πιο ευρύ περιβάλλον και ορισμένα ύποπτα σημεία για καρκίνο που αναφέρονται παρακάτω. Η ανίχνευση στο «λανθάνον» δηλαδή ασυμπτωματικό στάδιο των φαινομενικά υγιών ατόμων περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις:

- Ολοκληρωμένο ιστορικό
- Γενική φυσική κατάσταση
- Ορθο – συγμοειδοσκόπηση
- Πλήρης γυναικολογική εξέταση στην οποία συμπεριλαμβάνεται η κυτταρολογική εξέταση τραχηλικού και κολπικού εκκρίματος κατά Παπανικολάου
- Εξέταση μαστού
- Λεπτομερής ΩΡΛ/κη εξέταση
- Γαστροσκόπηση, κυτταρολογική και βιοχημική εξέταση του γαστρικού υγρού
- Ανίχνευση μικροσκοπικής αιματουρίας
- Αιματολογικές εξετάσεις
- Ακτινολογικός έλεγχος
- Ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος

Οι εξετάσεις των φαινομενικά υγιών ατόμων, για να πούμε ότι πράγματι είναι αποτελεσματικές πρέπει να επαναλαμβάνονται περιοδικά. Αν θέλουμε ο αριθμός των εξεταζομένων για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου συνεχώς να αυξάνει, τότε πρέπει η προσπάθεια και το κόστος της ανιχνεύσεως να επεκταθούν περισσότερο, δηλαδή πρέπει να μπει σε εφαρμογή η σοφή ιδέα της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας ότι: Κάθε ιατρικό γραφείο πρέπει να γίνει ένα κέντρο ανιχνεύσεων καρκίνου. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου που υπάρχει περιλαμβάνει:

- Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντός του.
- Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες
- Παρατήρηση και λήψη κατάλληλων μέτρων σε προκαρκινικές καταστάσεις ή εκδήλωση στον εαυτό του και το περιβάλλον.
- Ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο

- Διαφώτιση του κοινού ¹⁹

Από όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω η δυνατότητα πρωτογενούς αλλά και δευτερογενούς προλήψεως του καρκίνου εξαρτάται:

i. Από την επαγρύπνηση του ίδιου του ατόμου για την υγεία του. Την ευθύνη για την εξέλιξη της αρρώστιας - για το άτομο που προσβλήθηκε από αυτήν - την έχει κυρίως το ίδιο το άτομο.

ii. Από το γιατρό. Επιβάλλεται μεγάλη προσοχή στην ιατρική εξέταση και αξιολόγηση, εκ μέρους του γιατρού, των πιο ελαφρών και ανεπαίσθητων ενοχλημάτων. Εάν δε βρεθεί η αιτία των ενοχλημάτων ο γιατρός πρέπει να συστήσει στον άρρωστο να έλθει για επανεξέταση μετά από ένα μήνα. Αν τα ενοχλήματα συνεχίζονται και στη δεύτερη εξέταση, χωρίς να βρεθεί αιτία, και δημιουργούνται υπόνοιες καρκίνου, ο άρρωστος στέλνεται σε διαγνωστικό κέντρο για καλύτερο έλεγχο. Σε σαφή γνώμη του γιατρού ότι πρόκειται για καρκίνο, ο άρρωστος στέλνεται στον ειδικό. Η ευθύνη, λοιπόν του πρώτου γιατρού δεν περιορίζεται στη διάγνωση, αλλά και στην παροχή κατάλληλης κατεύθυνσης

iii. Από τη νοσηλεύτρια, ο ρόλος της οποίας έχει ήδη αναφερθεί. Εδώ τονίζεται πως κατά τη διαφώτιση του κοινού σχετικά με τον καρκίνο θέλει να μεταφέρει το μήνυμα πως ο καρκίνος είναι η μοναδική αρρώστια,

- του αναπόφευκτου θανάτου, αν δεν θεραπευτεί
- της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και
- της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων που μοιάζουν με συμπτώματα ασθενειών που δεν είναι σοβαρές.

iv. Από την πολιτεία. Η λήψη νομοθετικών μέτρων για την προστασία ομάδων πληθυσμού και η οργάνωση και παροχή υπηρεσιών για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου.

Μέσα διαφωτίσεως του κοινού που χρησιμοποιεί είναι αγγελίες από τις εφημερίδες και τα περιοδικά, το ραδιόφωνο και την τηλεόραση, η έκδοση διαφωτιστικών εντύπων γύρω από τον καρκίνο, η οργάνωση συγκεντρώσεων κ.α. Δεν παραλείπει ποτέ στο ενημερωτικό της περιεχόμενο να περάσει και την πληροφορία της αισιόδοξης αντίληψης για τον καρκίνο σαν αρρώστιας που μπορεί να θεραπευθεί.

Η σωστή διαφώτιση των παιδιών για τον καρκίνο αποτελεί μέσο πετυχημένης διαφωτίσεως και των μεγάλων.

Στη χώρα μας, η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, που ιδρύθηκε το 1959, είναι ο μόνος επίσημος Εθνικός Υγειονομικός Οργανισμός που έχει καταρτίσει και εφαρμόζει πρόγραμμα διαφώτισης του κοινού, ενημέρωσης των γιατρών και νοσηλευτριών στις νέες εξελίξεις του καρκίνου, στις νέες μεθόδους διαγνώσεως, θεραπείας και ανίχνευσης των καρκινοπαθών. ¹¹

Επτά σημεία ύποπτα για καρκίνο	Επτά προφυλακτικά μέτρα
<ol style="list-style-type: none"> 1. Αλλαγή συνήθειας κένωσης εντέρου και ουρήσεως. 2. Πληγή ή τραύμα που δεν επουλώνεται 3. Ασυνήθιστη αιμορραγία ή έκκριση. 4. Παρουσία όγκου ή σκληρίας στο μαστό ή σε άλλο μέρος του σώματος. 5. Δυσπεψία, δυσκαταποσία. 6. Αλλαγή (χρώμα, μέγεθος) σε κάποια ελιά του δέρματος. 7. Βήχας ή βραχνάδα φωνής 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Μαστός: Μηνιαία αυτοεξέταση του μαστού για σκληρία, αδένες, όγκο ή αλλαγή στο σχήμα. 2. Ορθό. Ετήσια ορθοσκόπηση για άτομα ηλικίας 40 χρόνων και πάνω. 3. Πνεύμονες: Ετήσια ακτινογραφία θώρακος, διακοπή της συνήθειας του καπνίσματος. 4. Στόμα: Ετήσια εξέταση της στοματικής κοιλότητας. 5. Δέρμα: Αποφυγή άσκοπης έκθεσης στον ήλιο. 6. Μήτρα: Ετήσια εξέταση κολλικού επιχρήσματος κατά Παπανικολάου στις ενήλικες γυναίκες. 7. Βασικό: Ετήσια πλήρης φυσική εξέταση για τους ενήλικες και εξέταση ούρων και αίματος.²⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1 Η αντιμετώπιση του ετοιμοθάνατου καρκινοπαθούς από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Ο ρόλος του γιατρού και της νοσηλεύτριας που φροντίζουν τον ασθενή που πεθαίνει δεν είναι μόνο ιατρικός ή νοσηλευτικός. Περισσότερο από κάθε άλλη περίοδο της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας μπορούν με την παρουσία τους και μόνο να του προσφέρουν – καθώς και σε όλη την οικογένεια – την απαραίτητη συμπαράσταση και μια αίσθηση σιγουριάς και ασφάλειας ότι δεν έχουν απομείνει μόνοι σ' αυτές τις σημαντικές στιγμές.

Ο γιατρός πρέπει να καταλάβει ότι ο θάνατος είναι το βιολογικό συμπλήρωμα της ζωής και δεν αποτελεί ήττα για αυτόν. Ακόμα είναι σαφές ότι μπορεί να συμβεί οποτεδήποτε και σε οποιονδήποτε και ότι μπορεί να είναι στιγμιαίο γεγονός, αλλά και μια ακαθόριστης χρονικής διάρκειας διαδικασία.

Ο γιατρός. Όπως και κάθε άλλος άνθρωπος μπορεί να αντιληφθεί το θάνατο σε 3 διαφορετικά επίπεδα που από τον Weisman χαρακτηρίζονται ως το απρόσωπο (εγώ και ο θάνατος, αόριστα), το διαπροσωπικό (εγώ και ο θάνατος του άλλου) και το ενδοπροσωπικό (εγώ και ο δικός μου θάνατος). Η αντίληψη του θανάτου στην ιατρική πράξη πρέπει να βιώνεται στο διαπροσωπικό επίπεδο. Είναι προφανές ότι η παρεμβολή των άλλων διαστάσεων συνεπάγεται ψυχική ένταση ή άλλα αισθήματα που επηρεάζουν τη στάση του γιατρού.⁵

Ο καρκινοπαθής του τελικού σταδίου υποφέρει, πρώτα από όλα από μια σειρά ενοχλήματα που το καθένα θέλει λίγο ή πολύ την ξεχωριστή του αντιμετώπιση. Οι Norton και Lack κατέγραψαν τα συμπτώματα 100 διαδοχικών καρκινοπαθών τελικού σταδίου ως εξής:

Η συχνότητα συμπτωμάτων σε ασθενείς τελικού σταδίου	
Σύμπτωμα	Ποσοστό %
Πόνος	75
Αδυναμία	71
Δυσκοιλιότητα	49
Κατάθλιψη	46
Ανορεξία	38
Ναυτία	28
Εμετοί	24

Δύσπνοια	21
Επώδυνες κατακλίσεις	12
Δυσφαγία	10
Διάρροια	6
Ξερό, επώδυνο στόμα	5

Η ανακούφιση των συμπτωμάτων αυτών έχει μεγάλη σημασία για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Ο ασθενής συνήθως έχει μειωμένη όρεξη και συχνά η φυσική προσπάθεια που καταβάλλεται για τη διατροφή του είναι μεγάλη. Χρειάζεται όμως να καταβληθεί αυτή η προσπάθεια διότι η καλή διατροφή του ασθενούς παίζει σπουδαίο ρόλο στη ζωτικότητα των ιστών και έτσι προλαμβάνονται επιπρόσθετες επιπλοκές. Γι' αυτό όταν ο ασθενής αδυνατεί να λάβει τροφή και υγρά από το στόμα, δεν εγκαταλείπεται αλλά προτιμάται η ενδοφλέβια οδός.

Μια άλλη μέριμνα της νοσηλεύτριας είναι η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, της μύτης και των ματιών. Επειδή δύσκολα καταπίνει και το περιεχόμενο (σίελος και βλέννα) παραμένει στο στόμα, συχνά γίνεται απαραίτητα η χρησιμοποίηση τεχνητών μέσων όπως της αναρροφητικής αντλίας.

Το δέρμα χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα. Καθώς ανεβαίνει η θερμοκρασία του σώματος και η περιφερική κυκλοφορία είναι ατελής, ο ασθενής κρυώνει ενώ παρουσιάζει έντονη εφίδρωση. Η φροντίδα της νοσηλεύτριας θα στραφεί στο πως θα διατηρηθεί στεγνό και καθαρό το σώμα του ασθενούς.

Στην περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει δύσπνοια, η πιο αποτελεσματική θέση είναι η μισοκαθιστή. Θα πρέπει να αποφεύγεται η ύπτια θέση. Συχνά ο βαριά ασθενής είναι ανήσυχος. Η νοσηλεύτρια παίρνει τα κατάλληλα μέτρα για την προφύλαξή του. Οι διάφοροι τύποι περιορισμών θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με σύνεση και κατανόηση γιατί δημιουργούν δυσάρεστο συναίσθημα στον ασθενή ο οποίος κατά τις τελευταίες στιγμές της ζωής του θέλει να αισθάνεται ελεύθερος. Η νοσηλεύτρια, χορηγεί, κατόπιν συνεννοήσεως με το γιατρό, φάρμακα που ελαττώνουν τον πόνο και την ανησυχία. Είναι μεγάλο απόκτημα της επιστήμης η ανεύρεση φαρμάκων κατά του πόνου και δεν θα πρέπει ο ασθενής να υποφέρει όταν υπάρχουν τα μέτρα να τον βοηθήσουν.¹³

Ακόμα την ποιότητα ζωής βελτιώνει η ψυχολογική συμβουλευτική συμπαράσταση. Η συμπτωματική αυτή αγωγή παρέχει μια μεγάλη υπηρεσία στον ετοιμοθάνατο: την ελπίδα ότι η ζωή που του απομένει δεν θα είναι βασανιστική αλλά άνετη κι' αυτό του παρέχει τη βεβαιότητα για ένα θάνατο με αξιοπρέπεια.

Ο άρρωστος νιώθει το θάνατο που πλησιάζει ακόμα κι' όταν κανείς δε μιλά γι' αυτόν. Φυσικά ούτε ο ίδιος το εκφράζει παρόλο που καταλαβαίνει με σαφήνεια τη σειρά των γεγονότων που αρχίζουν.

Λεπτομερειακά η στάση του ετοιμοθάνατου έχει μελετηθεί από την Kubler – Ross (1969) που με ιδιαίτερη ευστοχία την έχει τυποποιήσει σε 5 στάδια: το στάδιο I της άρνησης της πραγματικότητας, το στάδιο II με χαρακτηριστική την οργή ή την εξέγερση, το στάδιο III του 'παζαρέματος' για λίγη παραπάνω ζωή, το στάδιο IV της κατάθλιψης και το στάδιο V της αποδοχής της αλήθειας.

6.2 Δικαιώματα του ασθενούς που πεθαίνει

- Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και αξιοπρέπεια.
- Το δικαίωμα να δέχεται συνεχή φροντίδα και προσοχή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ακόμα και αν ο στόχος δεν είναι η θεραπεία, αλλά ανακούφιση ή υποστήριξη.
- Το δικαίωμα να δέχεται φροντίδα από ένα ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που να είναι εξειδικευμένο και ευαισθητοποιημένο στις ανάγκες του ασθενούς που πεθαίνει και της οικογένειάς του, συμβάλλοντας στη δημιουργία συνθηκών ηρεμίας, ασφάλειας και αξιοπρέπειας.
- Το δικαίωμα να είναι απαλλαγμένος από τον οργανικό πόνο.
- Το δικαίωμα να μην πεθαίνει μόνος του, ούτε να εγκαταλείπεται.
- Το δικαίωμα να παίρνει ειλικρινείς απαντήσεις στις ερωτήσεις του και να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν.
- Το δικαίωμα να διατηρεί την ατομικότητά του έχοντας τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του σχετικά με τον θάνατό του, χωρίς να κρίνεται γι' αυτά.
- Το δικαίωμα να διατηρεί την αίσθηση της ελπίδας, οποιοδήποτε και αν είναι το περιεχόμενό της.
- Το δικαίωμα να βρίσκει ανταπόκριση στην ανάγκη του για αγάπη, ασφάλεια, κατανόηση, επικοινωνία, καθώς προετοιμάζεται για τις κρίσιμες καταστάσεις που θα αντιμετωπίσει.
- Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται σαν ένα άτομο που 'ζει', που έχει συναισθήματα, σκέψεις και ανάγκες, μέχρι να πεθάνει.²

6.3 Οι πεποιθήσεις των νοσηλευτών για το θάνατο

Σε ορισμένες περιπτώσεις η έλλειψη πληροφόρησης ευθύνεται άμεσα για καταστάσεις που εμποδίζουν κάποιον νοσηλευτή να είναι παρών όταν ένα κρίσιμο γεγονός διαδραματίζεται.

Υπάρχουν αναμφισβήτητα νοσηλευτές που αισθάνονται την ανάγκη να αποφύγουν το στοιχείο του θανάτου για λόγους που σχετίζονται με τη

δυσφορία που τους προκαλούν τέτοιες συνθήκες. Αυτό ίσως να έχει τις ρίζες του σε τραυματικές εμπειρίες που είχαν βιώσει και οι ίδιοι σε ανάλογες περιπτώσεις.

Οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να επιλέγουν και να χρησιμοποιούν τεχνικές που τους επιτρέπουν να ελαχιστοποιήσουν την προσωπική τους ανάμειξη στο θέμα. Αυτό τους παρέχει προστασία από πιθανή επαφή με τον θάνατο και το ίδιο το άτομο που βιώνει τη διαδικασία του θανάτου. Πρόκειται για μια εγωιστική συμπεριφορά που αφήνει δυστυχώς εκτεθειμένους σε πολλές περιπτώσεις τους νοσηλευτές.

Η έκθεση του νοσηλευτή σε τέτοια περιστατικά μπορεί να οφείλεται σε ορισμένες περιπτώσεις και στις μη ρεαλιστικές προσδοκίες που τρέφουν οι εκπαιδευτές για τις δυνατότητες του νοσηλευτή να αντεπεξέλθει στις φυσικές και πνευματικές ανάγκες του ατόμου.

Τέτοιες όμως λανθασμένες εκτιμήσεις οδηγούν συνήθως σε δυσμενή αποτελέσματα, που αντανakλώνται τόσο στον ίδιο όσο και στον ασθενή και την οικογένειά του. Μπορεί ακόμη να οδηγήσουν σε τραυματισμό της αντίληψης του νοσηλευτή για τον θάνατο, δημιουργώντας έτσι στο μέλλον νοσηλευτές που θα αδυνατούν να αντιμετωπίσουν ανάλογα περιστατικά.²⁰

Πολύ συχνά άρρωστοι τελικού σταδίου μεταφέρονται σε θαλάμους απομόνωσης για λόγους όχι ιατρικούς (π.χ. προστασίας από τις λοιμώξεις) αλλά για λόγους κοινωνικούς. Δηλαδή, μεταφέρονται για να μην επηρεάζονται από το θάνατο του ενός οι άλλοι νοσηλευόμενοι του θαλάμου. Αυτό βέβαια είναι καταρχήν σωστό, δεν μπορεί όμως κανείς να παραβλέψει ότι λειτουργεί και αντίστροφα. Γιατί η επίδραση μιας τέτοιας ενέργειας σ' έναν άρρωστο που πολύ συχνά διατηρεί ακέραιες τις αισθήσεις και τη λογική του, σημαίνει την καταδικαστική απόφαση σε θάνατο. Ξέρουν ότι πια πρέπει να πεθάνουν. Και ίσως τελικά να μη βοηθά ούτε και τους άλλους αρρώστους. Γιατί το να υψώνεις ένα τείχος που κρύβει την πραγματικότητα σ' εμποδίζει μόνο να τη γνωρίσεις και να την αντιμετωπίσεις, ενώ δεν την εμποδίζει να υφίσταται.¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7.1 Ο ασθενής στο τελικό στάδιο της νόσου

Το πρόβλημα του πόνου υπάρχει στο $\frac{1}{2}$ περίπου των περιπτώσεων στα αρχικά στάδια, αλλά φθάνει το 60-80% στο προχωρημένο ή τελικό στάδιο της νόσου. Στον ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της νόσου, όπως είναι γνωστό χρησιμοποιείται η φράση 'δεν μπορεί να γίνει τίποτα, αλλά επειδή στόχος, στην αντιμετώπιση αυτών των ασθενών είναι κάτι να γίνεται' είναι πιο σωστό να αποδοθεί η φράση του Lasagne, 'η κατάσταση της ασθένειας που φέρνει στο μυαλό του γιατρού, του ασθενή και του περιβάλλοντός του τον επερχόμενο θάνατο σαν άμεση συνέπεια αυτής της ίδιας της ασθένειας'.

Έτσι ξεχωρίζει μια κατηγορία ασθενών των οποίων η επιβίωση μπορεί να κυμανθεί από λίγες εβδομάδες σε μερικούς μήνες, για τους οποίους οι ειδικές αντινεοπλασματικές θεραπείες ή η 'δραστική θεραπεία' αφήνουν θέση στην παρηγορητική θεραπεία.

Όταν ο καρκίνος αποβεί τελικά αθεράπευτος, ο γιατρός καλείται να λάβει μια σπουδαία απόφαση, διότι η ομάδα ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ χωρίζεται σε δυο υποομάδες που μεταξύ τους σχηματίζουν μια ζώνη αμφιβολίας μεταξύ ΔΡΑΣΤΙΚΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ και ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ της οποίας ο σκοπός είναι η βοήθεια του



αρρώστου τόσο για την ποιότητα της ζωής που του απομένει όσο και για έναν αξιοπρεπή θάνατο.⁷

Έτσι ξεχωρίζοντας τους γενικούς στόχους θα πρέπει να επιδιωχθεί μια θεραπευτική στρατηγική που θα περιλαμβάνει την ικανοποίηση, όπου είναι δυνατόν, των πραγματικών αναγκών και επιθυμιών του αρρώστου αυτού του σταδίου, και όχι τις επιθυμίες και προσδοκίες του περιβάλλοντός του και των γιατρών. Οι αποφάσεις είναι πολλές και ο γιατρός δεν μπορεί και δεν θα πρέπει να αφηθεί μόνος του. Οι νεότερες απόψεις παρακολούθησης αυτών των ασθενών συμπεριλαμβάνουν τη συμμετοχή τόσο του αρρώστου όσο και του περιβάλλοντός του πολλές φορές σε αποφάσεις ιατρικού περιεχομένου, όπως επίσης και την συμμετοχή μιας ογκολογικής ομάδας.

Την πρώτη θέση στον πίνακα κατέχει το Ηθικό θέμα θεμελιώδους σημασίας στο να πει κανείς ή να μην πει την αλήθεια στον ασθενή ο οποίος έχει μέχρι εκείνη τη στιγμή μπλεγμένες ιδέες, όπως επίσης το θέμα της ευθανασίας που απασχολεί έντονα την ανθρωπότητα από πολλά χρόνια, αλλά κατά την γνώμη μου δεν αφορά τον ασθενή στο τελικό στάδιο της νόσου.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΚΑΙ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

1. Ηθικοί παράγοντες
2. συνέχιση ή διακοπή της θεραπείας
3. Νομικά προβλήματα
4. Επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς
5. Επικοινωνία μεταξύ γιατρού και οικογένειας
6. Συγκινησιακοί και ψυχολογικοί παράγοντες
7. Θεραπεία του πόνου
8. Έλεγχος των εκτός του πόνου συμπτωμάτων
9. Φυσιοθεραπεία και επαναδραστηριοποίηση
- 10.Θρέψη
- 11.Παρακολούθηση νοσοκομειακή και κατ' οίκον
- 12.Οργανωτικά προβλήματα για την αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων.

Η απόφαση διακοπής της θεραπείας, για να περιορισθούμε στην παρηγορητική ή τελικού σταδίου, βασίζεται στη αξιολόγηση όλων των παραμέτρων. Μια αρχική αποτυχία θα πρέπει να θεωρηθεί μόνον μια μερική αντένδειξη, διότι μια δεύτερη ή Τρίτη θεραπευτική γραμμή ειδική για καρκίνους ευαίσθητους στην χημειοθεραπεία, μπορεί να δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Σε μια 'οριακή' κατάσταση η απόφαση θα πρέπει να 'αναδυθεί' από το θεραπευτικό όφελος που θα έχει ο ασθενής, αλλά πάνω από όλα από την στάση του ασθενούς προς τη θεραπεία.

Όσον αφορά την επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς θα πρέπει να ξεκαθαρίσουν δυο σημαντικά σημεία, εκείνο των απλών και καθαρών εξηγήσεων στον ασθενή και ότι το θεραπευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να τύχει αποδοχής και από τον ίδιο και δεύτερον ότι ο γιατρός θα πρέπει να αποδείξει τόσο με τα λόγια, όσο και με τα έργα ότι κατανοεί τις ανάγκες του ασθενούς και ότι θα κάνει ότι περνά από το χέρι του.

Εδώ επανεμφανίζεται το ηθικό πρόβλημα της ενημέρωσης για την αλήθεια στον ασθενή και θα πρέπει να έχουμε υπ' όψιν μας τέσσερα σημεία συμπεριφοράς:

- Όχι ψέματα
- Μην πείτε στον ασθενή τη διάγνωση εάν αυτός δεν τη ζητάει
- Μια άμεση ερώτηση ζητά μια άμεση απάντηση, αλλά προσοχή μια έμμεση ερώτηση βεβαίως 'όχι'.
- στην αμφιβολία, 'πόσο θέλει ο ασθενής να ξέρει', απαντήστε σε μια ερώτηση με μια άλλη ερώτηση.

Ένα άλλο σπουδαίο σημείο είναι η επαφή και επικοινωνία με τους συγγενείς και το περιβάλλον του ασθενούς, διότι η συνεργασία τους είναι θεμελιώδης, ιδιαίτερα στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς στο σπίτι μέχρι την τελική κατάληξη.

Η οικογένεια ενός ασθενούς στο τελικό στάδιο, παρομοιάζεται με έναν οργανισμό του οποίου έχουν διαταραχθεί οι λειτουργίες. Γι' αυτό είναι απαραίτητες ξεκάθαρες πληροφορίες και σωστές συμβουλές απλές και αποτελεσματικές, για να επιτρέψουν στους οικείους να πάρουν σωστές αποφάσεις χωρίς άγχος και αίσθημα ενοχής. Η θεραπεία του πόνου στο τελικό στάδιο της ασθένειας έχει τα όριά της, ειδικά όσον αφορά χειρουργικές πράξεις που δεν είναι δυνατός να γίνουν ανεκτές από τους ασθενείς.

Παρ' όλη την προσπάθεια της επιστήμης και τα νεώτερα φαρμακευτικά και νευροχειρουργικά μέσα αρκετές φορές δεν είναι δυνατή η αντιμετώπιση του πόνου, ειδικά στην τελική φάση. Θα πρέπει να αναγνωρίσουμε τις αιτίες αυτής της αποτυχίας τόσο από την πλευρά του ασθενούς ή της οικογένειας ή τις αιτίες που αποδίδονται στο γιατρό ή το νοσηλευτικό προσωπικό.⁸

7.2 Αιτίες αποτυχίας της θεραπείας του πόνου

ι. Αφορούν τον ασθενή και το περιβάλλον του

- Γνώμη του ασθενούς ότι ο πόνος είναι αναπόφευκτος ή αθεράπευτος
- Έλλειψη επαφής με το γιατρό
- Ο ασθενής εξαπατά τον γιατρό παριστάνοντας τον ήρεμο
- Ο ασθενή πιστεύει ότι τα αναλγητικά θα πρέπει να ληφθούν μόνο όταν κρίνονται απαραίτητα, δηλαδή στην ανάγκη
- Μη συνεργασία γιατί ο ασθενή και η οικογένειά του φοβούνται την τοξικότητα του φαρμάκου

- Μη συνεργασία γιατί υπάρχει ο φόβος εθισμού στο φάρμακο με συνέπεια την αποτυχία της θεραπείας ‘όταν ο ασθενής θα είναι πραγματικά άρρωστος’
- Όταν ο ασθενής διακόπτει τη θεραπεία από τις παρενέργειες του φαρμάκου χωρίς να ενημερώσει το γιατρό.

ii. Αφορούν το γιατρό ή το νοσηλευτικό προσωπικό

- Ο γιατρός αγνοεί τον πόνο του ασθενούς γιατί τον θεωρεί μοιραίο και αθεράπευτο
- Ο γιατρός δεν αξιολογεί την πραγματική ένταση του πόνου
- Ο γιατρός συνιστά ακατάλληλα φάρμακα
- Ο γιατρός αγνοεί ότι οι standard δόσεις στον μετεγχειρητικό πόνο είναι μη αποτελεσματικές στον καρκίνο του τελικού σταδίου
- Ο γιατρός δεν δίνει στον ασθενή σωστές οδηγίες για τον χρόνο και τον τρόπο χορήγησης
- Ο γιατρός αγνοεί τις ομοιόποσες δόσεις μεταξύ ενός φαρμάκου και ενός άλλου
- Ο γιατρός φοβάται το φαινόμενο εξάρτησης όταν βρίσκεται στη δύσκολη θέση να προτείνει για αναλγησία ένα ναρκωτικό
- Ο γιατρός ‘κρατά’ τα μείζονα ναρκωτικά στις περιπτώσεις εκείνες που ο ασθενής είναι ‘αληθινά ετοιμοθάνατος’ και συνεχίζει να χορηγεί ακατάλληλα φάρμακα
- Ο γιατρός αρνείται να παρακολουθήσει την πορεία του πόνου για να προσαρμόσει έγκαιρα και σωστά τη θεραπεία
- Ελλιπής χορήγηση συμπληρωματικής θεραπείας
- Έλλειψη υποστήριξης του συγκινησιακού παράγοντα τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του.²¹

7.3 Κλινικές πόνου

Οι κλινικές πόνου για αρρώστους με χρόνιο πόνο, χρησιμοποιούν πολυεπαγγελματική προσέγγιση και προσφέρουν μια ποικιλία προοπτικών για την ανακούφιση του πόνου. Οι θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούν μπορεί να περιλαμβάνουν: βιοανατροφοδότηση, βελονισμό, αποκλεισμό νεύρου, ύπνωση, ομαδική θεραπεία, φαρμακευτική αγωγή, φυσικοθεραπεία, διαιτητική συμβουλευτική και πολλά άλλα. Μερικές κλινικές θεραπεύουν τους αρρώστους ως εξωτερικούς, ενώ άλλες τους εισάγουν σε μονάδα ελέγχου πόνου.

Όταν ο άρρωστος δεν ανακουφίζεται ικανοποιητικά από τον πόνο, ο γιατρός μπορεί να τον παραπέμψει σε κλινική πόνου για αξιολόγηση και θεραπεία. Μερικά νοσοκομεία έχουν σχηματίσει ομάδες από επιστήμονες υγείας του προσωπικού τους με γνώση και εμπειρία στην αντιμετώπιση του

πόνου. Παραπομπή σε αυτές τις ομάδες πόνου γίνεται συχνά από τον νοσηλευτή, το γιατρό ή άλλο μέλος της ομάδας υγείας που χρειάζεται βοήθεια στην αντιμετώπιση αρρώστου με πόνο.

Η ευθύνη του νοσηλευτή ποικίλλει ανάλογα με τα διαθέσιμα μέλη της ομάδας και μπορεί να περιλαμβάνει εκτίμηση του αρρώστου, τεκμηρίωση παρατηρήσεων, δημιουργία και διατήρηση θεραπευτικού περιβάλλοντος, παροχή συγκινησιακής υποστήριξης σε άρρωστο και οικογένεια και διδασκαλία αρρώστου. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κλινικές πόνου πρέπει να έχουν επιδεξιότητα στις αλληλεπιδράσεις νοσηλευτή – αρρώστου, να γνωρίζουν τους μηχανισμούς του πόνου και την αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπευτικών σχημάτων και να έχουν υπομονή και κατανόηση όταν βοηθούν τους ασθενείς να φτάσουν στους στόχους τους.¹⁵

7.4 Προτάσεις - Συμπεράσματα

Οι κυριότερες προϋποθέσεις για την ικανοποιητική ανακούφιση του πόνου θεωρούνται η εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας, η διαθεσιμότητα των αναλγητικών φαρμάκων και η εθνική πολιτική.

Η διαπιστούμενη ελλιπής προετοιμασία των νοσηλευτών για την αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου οφείλεται και στην ανεπαρκή διδασκαλία του αντικειμένου στα νοσηλευτικά εκπαιδευτικά προγράμματα. Έρευνα σε διδακτικό προσωπικό 14 πανεπιστημιακών τμημάτων στις ΗΠΑ έδειξε περιορισμένες γνώσεις των καθηγητών στο γνωστικό αντικείμενο του πόνου.

Διεθνώς, η εκπαίδευση στην ογκολογική Νοσηλευτική ποικίλει ευρύτατα, παρ' όλο που τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξημένη αναγνώριση της ανάγκης για ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές για την εξασφάλιση ποιοτικής συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας στο χώρο της ογκολογίας.

Στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών δεν υπάρχει ξεκάθαρη στρατηγική για την εκπαίδευση στην ογκολογική Νοσηλευτική και απουσιάζουν τα πρότυπα επαγγελματικής ανάπτυξης και ποιοτικού ελέγχου.

Λόγω της έλλειψης σταθερού επιπέδου προετοιμασίας των νοσηλευτών στον τομέα της ογκολογίας γενικότερα και στην ανακούφιση του πόνου ειδικότερα σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση αναδεικνύεται ο πλέον κατάλληλος τομέας παροχής, διατήρησης και βελτίωσης της ανακούφισης από τον πόνο. Πράγματι έχει δειχθεί ότι οι εκπαιδευτικές προσπάθειες μπορούν να βελτιώσουν τη γνώση των νοσηλευτών όπως και των άλλων επιστημόνων υγείας για την αντιμετώπιση του πόνου.

Είναι εμφανές ότι η έλλειψη γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να αντιμετωπιστεί με παρακολούθηση προγραμμάτων συνεχιζόμενης

εκπαίδευσης, όπως ημερίδες, ομάδες εργασίας, συνέδρια, εκπαιδευτικές βιντεοταινίες και μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας.

Συμπερασματικά, ο μη ελεγχόμενος καρκινικός πόνος δημιουργεί τεράστιο κοινωνικό, βιολογικό, συναισθηματικό και οικονομικό κόστος. Είναι προφανές ότι νοσηλευτές με επαρκείς γνώσεις αξιολόγησης και αποτελεσματικής παρέμβασης στην αντιμετώπιση του πόνου διευκολύνουν το έργο της θεραπευτικής ομάδας και συμβάλλουν αποτελεσματικά στην ανακούφιση του πόνου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους. Γι' αυτό κρίνεται επιβεβλημένη η άμεση βελτίωση της εκπαίδευσης σε προπτυχιακό, μεταπτυχιακό και συνεχιζόμενο επίπεδο, που θα πρέπει να στηρίζεται στην αξιολόγηση των αναγκών μάθησης του συγκεκριμένου νοσηλευτικού πληθυσμού.²²

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 **Μπέγζος, Μάριος.,** (2004) . *Ηθική του Πόνου.* 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Ογκολογίας
- 2 **Πατηράκη, Ελισ., Λεμονίδου, Χρυσ.,** (Ιαν/Μαρτ. 2002) . *Περιοδικό Νοσηλευτική,* τόμος 41, τεύχος 1
- 3 **Βαντσή, Ε.,** (Ιουλ/Σεπτ. 1998) . *Περιοδικό Νοσηλευτική,* τόμος 37, τεύχος 3
- 4 **Μπουζίκια, Μερόπη.,** (Νοε 1999, Φεβρ. 2000) . *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας.* Εκδόσεις: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
- 5 **Εκδόσεις: Τραυλός, Π., Κωσταράκης, Ε.,** (1995) . *Lido Valdre. Η γλώσσα της ωδύνης.*
- 6 **Πατηράκη, Ελισ., - Κουρμπάνη** (Οκτ/Δεκ 1998) . *Περιοδικό Νοσηλευτική,* τόμος 37, τεύχος 4
- 7 **Περιοδικό Νέα Υγεία** (Απρ/Μαι/Ιουν 2004) . τόμος 40
- 8 **Μαλαγρίνου, Μ.Α., Κωνσταντινίδου, Σ.Φ.,** (1997) . *Νοσηλευτική,* εκδόσεις 'Η Ταβιθά', Αθήνα
- 9 **Βαλαβανίδης, Ν.,** (1991) . *Περιβάλλον και καρκίνος.* Εκδόσεις: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Σεμινάριο Νοσηλευτικής. Αθήνα
- 10 **Ρηγάτος, Γ.Α.,** (2000) . *Η ανακούφιση του καρκινικού πόνου.* Εκδόσεις Βήτα.
- 11 **Μεταξά, Ι. Σοφία.,** (Ιουλ/Σεπτ. 1999) . *Περιοδικό Νοσηλευτική,* τόμος 38, τεύχος 3
- 12 **Κούκουρας, Δημ.,** (1990) . *Ο χρόνιος πόνος του καρκινοπαθούς και η θεραπεία του.* Πάτρα.
- 13 **Βαφείδη, Τίνα.,** (1999 - 2000) . *Πόνος και άρρωστος*
- 14 **Παπαθανασίου, Ιωάννα., Κοτρώτσου, Ε.,** (Απρ/Ιουν. 2000) . *Περιοδικό Νοσηλευτική,* τόμος 39, τεύχος 2.
- 15 **Καράμπελα, Βασιλική - Μπουροπούλου.,** (2004) . *Η επάρατη νόσος.* Ιατρικά Νέα.
- 16 **Dollinger, Malin.MD., Rosenbaum, Ernest. MD & Cable, Greg.,** (1992) . *Ο καρκίνος.* Εκδόσεις Κάτοπτρο.
- 17 **Λαναρά, Βασιλική.,** (Ιαν/Μαρτ. 1994) . *Περιοδικό Νοσηλευτική,* τόμος 33, τεύχος 1
- 18 **Σαχίνη, Άννα- Καρδάση.,** (1997) . *Παθολογική κ' Χειρουργική Νοσηλευτική.* Εκδόσεις Βήτα.
- 19 **Ρηγάτος, Γ.Α.,** (1985) . *Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία.* Ιατρικές εκδόσεις: Ζήτα.

- 20 Χαραλάμπους, Ανδρέας.,** (Οκτ/Δεκ. 2002) . *Περιοδικό Νοσηλευτική,* τόμος 41, τεύχος 4.
- 21 Σουτζόγλου, Γίτσα - Κοτταρίδη.,** (Μαρ 2001, Ιουλ. 2001) .
Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας.
Εκδόσεις: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
- 22 Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής,** (1990) . *Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο.*

