

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



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ,
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΕΚΚΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	6
Εισαγωγή	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΑΡΚΙΝΟΣ

1.1 Τι είναι καρκίνος και ο τρόπος ανάπτυξής του	10
1.2 Η ιστορία του καρκίνου	14
1.3 Ταξινόμηση νεοπλασμάτων	17
1.4 Σταδιοποίηση	20
1.5 Προδιαθεσικοί παράγοντες	21
1.6 Περιβαλλοντικοί παράγοντες	22
1.7 Φαρμακευτικοί παράγοντες	23
1.8 Φυσικοί παράγοντες	23
1.9 Βιολογικοί παράγοντες	25
1.10 Συμπτώματα καρκίνου	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΠΟΝΟΣ

2.1 Ορισμός του πόνου	32
2.2 Ορισμός καθολικού πόνου	33
2.3 Ταξινόμηση του πόνου	34
2.4 Συχνότητα καρκινικού πόνου	40
2.5 Αντιμετώπιση καρκινικού πόνου	41
2.5.1 Προϋποθέσεις για την σωστή αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.....	41
2.5.2 Φαρμακευτική αντιμετώπιση	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

3.1 Συμπτώματα του γαστρεντερικού συστήματος	52
3.1.1 Ξηροστομία	52
3.1.2 Ναυτία-εμετός	53
3.1.3 Καχεξία, ανορεξία και δυσφαγία	56
3.1.4 Λύγγας	57
3.1.5 Δυσκοιλιότητα	58
3.1.6 Διάρροια	61
3.1.7 Ασκίτης	62
3.2 Συμπτώματα του αναπνευστικού συστήματος	63
3.2.1 Δύσπνοια	63
3.3 Νευροφυτικά συμπτώματα	68
3.3.1 Αϋπνοία	68
3.4 Συμπτώματα του ουροποιητικού συστήματος	70
3.4.1 Ακράτεια	70
3.4.2 Επίσχεση ούρων	71
3.5 Δερματολογικά συμπτώματα	73
3.5.1 Κνησμός	73
3.5.2 Κατάκλιση	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

4.1 Τελικό στάδιο της νόσου και ψυχολογική παρέμβαση	77
4.2 Άγχος και φόβος θανάτου	82

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

5.1_Τελικό στάδιο της νόσου και πνευματική παρέμβαση	90
5.2 Η θέση της οικογένειας στην αντιμετώπιση της αρρώστιας ..	95

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

6.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή	98
6.2 Γενικές νοσηλευτικές οδηγίες	99
6.3 Νοσηλευτική διεργασία: άρρωστος με αθεράπευτο κακοήθες νεόπλασμα	102
6.4 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία	104
6.5 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία	106
Επίλογος	109
Περίληψη	110
Βιβλιογραφία	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Είναι φυσικό πως η λέξη καρκίνος έχει συνδεθεί από τους ανθρώπους σαν κάτι το επώδυνο, το βασανιστικό κάτι το οποίο δεν μπορεί να γλιτώσει με τίποτα αυτός που το υφίσταται. Όλα αυτά συντελούν στο να περνάει ο άνθρωπος που πληροφορείται ότι πάσχει από καρκίνο από διάφορα στάδια τα οποία έχουν σχέση με τον ψυχικό του κόσμο, στάδια που επηρεάζουν και αναμφίβολα κλωνίζουν την ψυχική του ισορροπία και ηρεμία.

Παρά τα σημαντικά θεραπευτικά επιτεύγματα στην αντιμετώπιση των κακοηθών νεοπλασμάτων ένα ποσοστό αυτών θα καταλήξει αργά ή γρήγορα στο τελικό στάδιο λόγω των εξελίξεων της νόσου. Είναι αποδεδειγμένο ότι σε αυτή την φάση η περιποίηση, η φροντίδα, για την καλή ποιότητα ζωής είναι αυτά που θα πρέπει να προσφέρονται στον ασθενή τελικού σταδίου.

Αρωγός λοιπόν για την πραγματοποίηση αυτής της πτυχιακής εργασίας αποτέλεσε το γεγονός ότι η υποστηρικτική αγωγή στην Ελλάδα δεν έχει τις βάσεις και τις διαστάσεις που της αρμόζουν ώστε να παρέχεται με το πλέον σωστό και κατάλληλο τρόπο.

Σκοπός της εργασίας μου είναι να γνωρίσουμε, να τονίσουμε και να κατανοηθεί η έννοια της υποστηρικτικής αγωγής που πρέπει να παρέχεται στους ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να έχουν ποιότητα ζωής και ένα ειρηνικό τέλος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος θεωρείται ένα από τα πιο σύγχρονα, χρόνια νοσήματα του οποίου η μη έγκαιρη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο. Ακούγοντας λοιπόν τα νέα ο ασθενής ότι ο καρκίνος σας δε μπορεί να θεραπευτεί είναι πάντα κάτι πολύ δύσκολο. Φέρνει στην επιφάνεια πολλά συναισθήματα και συγκινήσεις. Ο καρκίνος τελικού σταδίου αποτελεί το τελευταίο στάδιο της νόσου, κατά το οποίο η θεραπεία της νόσου δεν είναι δυνατή και στόχος της αγωγής που ακολουθείται είναι απλώς η καταπράυνση του πόνου και η διατήρηση της καλής ποιότητας ζωής του ασθενούς.

Οι καρκινοπαθείς του τελικού σταδίου αποτελούν μια πραγματικά ιδιάζοντος ενδιαφέροντος περίπτωση για μελέτη από τον επιστήμονα της συμπεριφοράς , όπως ιδιάζον ενδιαφέρον παρουσιάζει και ο στενός κύκλος των συγγενικών τους προσώπων. Οι ιδιαιτερότητες του ενδιαφέροντός μου επικεντρώνονται στο γεγονός ότι οι καρκινοπαθείς του τελικού σταδίου και οι συγγενείς χρειάζεται να μάθουν ένα νέο κοινωνικό ρόλο η ολοκλήρωση του οποίου συμπίπτει με το τραγικό γεγονός του θανάτου του πρωταγωνιστή και της εισόδου των συγγενών σε περίοδο πένθους.

Στο στάδιο αυτό η θεραπεία είναι μόνο υποστηρικτική και έχει σαν αποδέχτες της κυρίως τους ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται στο τελικό στάδιο του καρκίνου. Οι ασθενείς, δηλαδή των οποίων η κατάσταση της υγείας τους έχει φτάσει στο σημείο όπου δεν επιδέχεται καμία θεραπεία παρά μόνο παρηγορητική φροντίδα για την ανακούφιση των συμπτωμάτων τους, περιμένοντας τον επικείμενο θάνατο. Αφορμή για την εκπόνηση αυτής της εργασίας αποτέλεσε το γεγονός ότι η υποστηρικτική αγωγή στην Ελλάδα δεν έχει τις βάσεις και τις διαστάσεις

που της αρμόζουν ώστε να παρέχεται με το πλέον σωστό και κατάλληλο τρόπο.

Τέλος, κάθε ασθενής είναι μια ξεχωριστή οντότητα, για το λόγο αυτό πρέπει να αντιμετωπίζεται και ανάλογα από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που είναι υπεύθυνο για την ανακουφιστική φροντίδα. Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενείας με καρκίνο τελικού σταδίου είναι απόρροια της ανακουφιστικής φροντίδας και θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ατόμου που αφορούν το οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Προέλευση της λέξης Καρκίνος, αποδίδεται στον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη, που έμεινε στην ιστορία ως «πατέρας της ιατρικής». Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους «καρκίνος» και «καρκίνωμα» για να περιγράψει διάφορους όγκους που εμφάνιζαν εσωτερικά ή εξωτερικά έλκη και διογκώσεις.⁴

1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ

Ο καρκίνος είναι η διαδικασία που περιγράφει την ανώμαλη ανάπτυξη και πολλαπλασιασμό των κυττάρων ενός οργανικού συστήματος του Ανθρώπινου σώματος. Δηλαδή ο καρκίνος είναι μια λανθασμένη φυσιολογική διαδικασία. Η ανώμαλη αυτή λειτουργία δεν πρέπει να συγγέεται με δύο φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού.¹:

1. Την αναγέννηση των ιστών που συμβαίνει όταν αφαιρείτε ιστός και ο οργανισμός ξανά φτιάχνει τον ίδιο ιστό.
2. Την υπερπλασία που συμβαίνει σε ανάγκη του οργανισμού να αναπτύσσει φυσιολογικούς ιστούς.

Τι συμβαίνει όμως και μια φυσιολογική λειτουργία παρεκκλίνει και δημιουργεί συνθήκες για μια τόσο σοβαρή ασθένεια;

Τα χρωμοσώματά μας, δομικό συστατικό των κυττάρων μας, περιέχουν μηνύματα που καθορίζουν την ανάπτυξη, λειτουργία και συμπεριφορά των οργάνων μας. Εάν αναλογισθεί κανείς από την βιολογία ότι ο οργανισμός μας αποτελείται από χιλιάδες κύτταρα και κάθε κύτταρο έχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων που μέσω των γονιδίων κωδικοποιούν τα διάφορα μηνύματα, τότε είναι φανερό πόσο πολύπλοκο είναι το φαινόμενο της καρκινογένεσης.^{4,7}

Πώς ξεκινάει όμως;

Υπάρχουν πολλές θεωρίες για μια σειρά γεγονότα που μπορούν να επιδράσουν. Σε κυτταρικό επίπεδο κάθε φορά που διαιρείται, αυτοαναπαράγονται και τα χρωμοσώματα. Στην πορεία της κυτταρικής διαίρεσης κάτι μπορεί να λειτουργήσει λάθος και να αλλάξει τον δρόμο. Μια τέτοια μετάλλαξη αλλάζει και τα γονίδια ένα ή περισσότερα.⁷

Τα αλλαγμένα γονίδια δίνουν λάθος μηνύματα. Έτσι σε ένα φυσιολογικό κυτταρικό πληθυσμό υπάρχει ένα κύτταρο φυσιολογικό με λανθασμένες πληροφορίες για τον σκοπό που επιτελεί. Το κύτταρο αυτό θρέφεται και συντηρείται όπως και τα άλλα, αλλά επειδή δεν κάνεις σωστή λειτουργία γίνεται αντιπαθές από την κοινωνία των φυσιολογικών κυττάρων. Αρχίζει λοιπόν να αναπτύσσεται με μεγάλη ταχύτητα και δημιουργεί έτσι μια ομάδα περιθωριακών κυττάρων. Αυτή η ομάδα σιγά σιγά αφαιρεί λειτουργικό και ενεργειακό ζωτικό χώρο στην ομοιόσταση του οργάνου που βρίσκεται.⁷

Τα φυσιολογικά κύτταρα ειδοποιούν μέσω μηνύματος τα κατασταλτικά κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος ότι υπάρχει «εισβολέας» ή «αναρχικός» μέσα στην ομάδα τους και ζητούν προστασία.⁴

Το ανοσοποιητικό σύστημα στέλνει ειδικές ομάδες λεμφοκυττάρων που όμως αναγνωρίζουν γενετικό υλικό ταυτόσημο σε όλα τα κύτταρα, και έτσι επιστρέφουν άπρακτα στις βάσεις τους. Μέχρι εδώ τελειώνει η φάση της ενδιάμεσης κυτταρικής κατάστασης. (Α φάση της καρκινογένεσης)⁴

Η ταχεία αυτή κυτταρική ανάπτυξη δεν είναι πάντα συνώνυμη της κακοήθειας. Απλά εάν στην φάση που η ομάδα αυτών των ενδιάμεσων

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

Τα κύτταρα που έχουν μεταμορφωθεί έχουν εκτός από την αυξημένη ταχύτητα αναδιπλασιασμού έχουν και δύο άλλες ξεχωριστές και επικίνδυνες ιδιότητες:⁴

- ▼ Δεν έχουν τοίχωμα, δηλαδή κυτταρική στέγη με αποτέλεσμα να προσκολλούνται στα γύρω υγιή κύτταρα. Με απλά λόγια ως «περιθωριακά» στοιχεία κάνουν «καταλήψεις» στους φυσιολογικούς ιστούς.
- ▼ Έχουν μια μεταναστευτική τάση για άλλα σημεία του σώματος, προσπαθώντας να κάνουν «εξαγωγή» της αναρχικής τους δράσης. Ακολουθούν συνήθως σε μερικές ομάδες τους κύριους οδικούς άξονες, τα αιμοφόρα αγγεία. Ελάχιστα όμως θα μπορέσουν να δημιουργήσουν «αποικίες» αλλού αφού συνήθως πεθαίνουν από τους αμυντικούς μηχανισμούς του οργανισμού. Αυτή η μεταναστευτική τάση των καρκινικών κυττάρων λέγεται **μετάσταση**.

Το φαινόμενο της μετάστασης περιλαμβάνει μια σειρά διαδοχικών σταδίων, από την απόσπαση των νεοπλασματικών κυττάρων από την πρωτοπαθή εστία μέχρι τη μεταστατική διήθηση απομακρυσμένων οργάνων, όπου πολλαπλασιάζονται για το σχηματισμό νέας νεοπλασματικής εστίας. Η συνηθέστερη και σημαντικότερη οδός διασποράς είναι η διείσδυση των νεοπλασματικών κυττάρων στα αιμοφόρα αγγεία ή τα λεμφαγγεία. Σπανιότερη οδός νεοπλασματικής διασποράς είναι εκείνη της εμφύτευσης.⁴

Το φαινόμενο της μετάστασης είναι αρκετά πολύπλοκο και σχετίζεται με μηχανικές και αιμοδυναμικές παραμέτρους, με την αγγειοβρίθεια των οργάνων, με τις ιδιότητες του ξενιστή, όπως του ανοσοποιητικού συστήματος, χημικών παραγόντων και του ΕΣΔ. Τα μεταστατικά νεοπλασματικά κύτταρα είναι επιλεγμένος κυτταρικός πληθυσμός προερχόμενος από τον ετερογενή πρωτοπαθή όγκο, ο οποίος περιέχει πολλούς κλώνους φαινοτυπικώς διάφορους.⁴

Κατά την διάρκεια της μετάβασης από το *in situ* διηθητικό καρκίνωμα, τα νεοπλασματικά κύτταρα διασπύουν τις βασικές μεμβράνες και επεκτείνονται στο διάμεσο υπόστρωμα. Η διαδικασία της αλληλεπίδρασης των καρκινικών κυττάρων με τους φραγμούς των βασικών αρτηριών και τελικά η νεοπλασματική διήθηση επιτελείται σε τρία στάδια:⁵

- a) Στάδιο προσκόλλησης (attachment)
- b) Στάδιο διάσπασης του εξωσκελετικού δικτύου και τέλος
- c) Το στάδιο της μετανάστευσης.

Όπως διαπιστώνει κανείς η μετάσταση δεν είναι τυχαίο γεγονός. Είναι προεπιλογή κυττάρων από την «μητρόπολη-κοινωνία-όγκου» για την αποστολή και την «εξαγωγή» «πολιτισμού» προς την «αποικία». ⁵

Ο καρκίνος συνήθως δεν επηρεάζει μόνο ένα όργανο του σώματος και δεν έχει μία μορφή. Μπορεί να περιλαμβάνει οποιοδήποτε ιστό του σώματος και να έχει τελείως διαφορετική μορφή σε κάθε σημείο του σώματος. Υπάρχουν πάνω από 200 διαφορετικά είδη καρκίνου και δεν αντιμετωπίζονται όλοι με τον ίδιο τρόπο. Κάθε ένα είδος έχει τον δικό του τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης. Οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι στην ουσία όγκοι εκτός από ορισμένους τύπους καρκίνου όπως η λευχαιμία, των οποίων τα κύτταρα κυκλοφορούν μέσα στο αίμα και στα όργανα και τελικά αναπτύσσονται σε συγκεκριμένους ιστούς. Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Δεν είναι όμως όλοι οι όγκοι επικίνδυνοι. Εάν δεν θεραπευτούν, οι καρκίνοι μπορούν τελικά να προκαλέσουν το θάνατο. ¹⁰

1.2 Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Παρόλο που οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποίησαν πρώτοι τον όρο καρκίνος για τη συγκεκριμένη νόσο, φαίνεται ο καρκίνος να εντοπίζεται σε ακόμη παλαιότερες περιόδους. Έχουν βρεθεί στοιχεία για ένα τύπο καρκίνου οστών, το οστεοσάρκωμα, σε οστά κεφαλής και αυχένα σε μούμιες στην Αρχαία Αίγυπτο. Έχει ακόμη βρεθεί και περιγραφή της συγκεκριμένης νόσου σε πάπυρο ο οποίος υπολογίζεται να γράφτηκε το 1600 π.Χ. Στο πάπυρο αναφέρονται 8 περιπτώσεις όγκων ή έλκων στο στήθος οι οποίοι αντιμετωπίζονταν με καυτηριασμό, το λεγόμενο «τρυπάνι της φωτιάς». Στον πάπυρο αναφερόταν ότι η νόσος δεν είχε θεραπεία. Τα κείμενα του Ιπποκράτη όμως είναι αυτά που για πρώτη φορά ονομάζουν αυτή τη νόσο καρκίνο. Η αιτιολογία της βασίστηκε στη

θεώρηση του Ιπποκράτη το 460-370 π.Χ. για 4 χυμούς (αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή).¹

Σε φυσιολογικές συνθήκες οι χυμοί αυτοί βρίσκονται σε ισορροπία, όταν όμως συσσωρεύεται υπερβολική ποσότητα μαύρης χολής σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος, δημιουργείται ο καρκίνος. Αυτή η θεωρία υποστηρίχθηκε για πολλούς αιώνες μέχρι περίπου το 1300 μ.Χ. Η θεωρία των χυμών έφτασε στη Ρωμαϊκή εποχή, όπου την υιοθέτησε και τη διέδωσε ο διάσημος γιατρός Γαληνός. Η μακρόχρονη διατήρησή της οφείλεται στην αυστηρή απαγόρευση μελέτης του ανθρώπινου σώματος, που είχε επιβληθεί το συγκεκριμένο διάστημα για θρησκευτικούς λόγους. Για όλα αυτά τα χρόνια και για πολλά αργότερα η νόσος θεωρούνταν ανίατη ασθένεια ακόμη και αν υποβάλλονταν ο ασθενής σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση, αφαίρεσης όγκου.¹

Κατά τον 5^ο αιώνα, άρχισαν να χρησιμοποιούνται πιο επιστημονικοί μέθοδοι στη μελέτη των ασθενειών. Το 1628 άρχισε να χρησιμοποιείται η μέθοδος της αυτοψίας όπου αποκάλυψε πολλά στοιχεία για το ανθρώπινο σώμα και την κυκλοφορία του αίματος μέσα από την καρδιά και τα υπόλοιπα όργανα. Το 1761 ο Morgagni χρησιμοποίησε πρώτος την νεκροψία για να συνδέσει παθολογικά ευρήματα με την αρρώστια που έπασχε ο ασθενής. Αυτή η μέθοδος έθεσε τα θεμέλια για την επιστημονική μελέτη του καρκίνου και την ανάπτυξη της επιστήμης της ογκολογίας. Την ίδια περίπου περίοδο ο σκοτσέζος John Hunter (1728-1793) πρότεινε ότι κάποιοι τύποι καρκίνου μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά, αυτοί που δεν έχουν «εισβάλλει» σε κάποιο ιστό. Αλλά μόνο έναν αιώνα αργότερα αναπτύχθηκε η μέθοδος της αναισθησίας που επέτρεψε την ανάπτυξη μεθόδων χειρουργικής παρέμβασης. Εκείνη την περίοδο επικρατούσε η θεωρία λέμφου (υγρό που κυκλοφορεί στο σώμα

μέσω του λεμφικού συστήματος) για την αιτιολογία του καρκίνου, η οποία υποστήριζε ότι η δημιουργία του καρκίνου είναι αποτέλεσμα της αλλαγής της πυκνότητας και σύστασης της λέμφου.⁸

Τον 19^ο αιώνα γεννήθηκε και η επιστημονική ογκολογία μέσα από τη συστηματική πλέον χρήση του μικροσκοπίου και την ανάδυση της επιστήμης της κυτταρικής παθολογίας από τον Rudolf Virchow. Αυτή η μέθοδος επέτρεψε τη μελέτη ανθρώπινων ιστών που αφαιρέθηκαν από χειρουργική επέμβαση, και έτσι δίνονταν η δυνατότητα για σαφή διάγνωση. Έτσι άρχισε να υποστηρίζεται ότι ο καρκίνος αποτελείται από κύτταρα αλλά όχι όμως από φυσιολογικά. Ο Virchow παρόλ' αυτά υποστήριξε ότι όλα τα κύτταρα ακόμη και τα καρκινικά προέρχονται από άλλα κύτταρα και αντιπρότεινε τη θεωρία της χρόνιας ενόχλησης αλλά και της μεταφοράς του καρκίνου σαν υγρό μέσα στο σώμα.⁸

Διάφορες θεωρίες αναπτύχθηκαν παράλληλα με την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης κατά την διάρκεια των αιώνων. Μια θεωρία τον 17^ο με 18^ο αιώνα, πίστευε ότι ο καρκίνος είναι μεταδοτική νόσος. Νόσος η οποία προκαλείται από παράσιτα στο σώμα, όπως κάποιο σκουλήκι που είναι υπεύθυνο για τον καρκίνο στομάχου. Γεγονός που οδήγησε στην απομάκρυνση του πρώτου αντικαρκινικού νοσοκομείου από το κέντρο του Παρισιού το 1779, ώστε να μην μολυνθεί ο υγιής πληθυσμός.¹

Από τα τέλη του 19^{ου} έως τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, πίστευαν στην θεωρία, ότι ο καρκίνος προκαλείται από κάποιο τραύμα. Πολλοί επιστήμονες πίστευαν ότι ο καρκίνος προκαλείται από την επιδείνωση κάποιου τραύματος. Εγκαταλείφθηκε σύντομα αυτή η θεωρία, μετά από αποτυχημένες προσπάθειες πρόκλησης καρκίνου σε πειραματόζωα με τραυματισμό.¹

Το 1911 ο Peyton Rous στο Ινστιτούτο Rockefeller της Νέας Υόρκης, για πρώτη φορά περιέγραψε το σάρκωμα στα κοτόπουλα. Αργότερα έγινε γνωστός ο ιός με την ονομασία, σάρκωμα του Rous. Για αυτή του την εργασία πήρε το Νόμπελ το 1968. Το 1915 σε πανεπιστήμιο στο Τόκυο, εργαστηριακά απομονώθηκε για πρώτη φορά ο καρκίνος, σε πειραματόζωα και συγκεκριμένα στο δέρμα ποντικών.⁸

Πιο πρόσφατα, η κοινωνική θεωρία υποστηρίζει ότι αρχικά συμβαίνει μια μετάλλαξη σε ένα και μοναδικό κύτταρο, το οποίο πολλαπλασιάζεται και δίνει ένα «κλώνο» πανομοιότητων κυττάρων, τα οποία σχηματίζουν την καρκινική μάζα. Είναι μια θεωρία που υποστηρίζεται από μεγάλο μέρος των επιστημόνων που ασχολούνται με την έρευνα του καρκίνου.⁵

Όλους αυτούς τους αιώνες η πεποίθηση ότι ο καρκίνος είναι μία ανίατη ασθένεια ακολουθούσε τις διάφορες θεωρίες και αυτό ήταν που ενίσχυσε τόσο πολύ το φαινόμενο της «καρκινοφοβίας» που επικρατεί στο κοινό νου. Πλέον η επιστήμη έχει απομυθοποιήσει πολλές από αυτές τις αντιλήψεις και έχει κατορθώσει να διαμορφώσει μία πιο σαφή εικόνα τόσο για τη φύση της νόσου όσο και για αίτιά της.¹

1.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες, στα καλοήθη και στα κακοήθη. Ανάλογα με την βιολογική τους συμπεριφορά και τον ιστολογικό τύπο καθορίζεται αντίστοιχα η κατηγορία στην οποία ανήκουν. Η διάγνωση για να γίνει από τον γιατρό, πρέπει πρώτα να στείλει το δείγμα του όγκου στον παθολογοανατόμο. Αυτός με την σειρά του θα κάνει τον έλεγχο των κυττάρων κάτω από το μικροσκόπιο. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται βιοψία. Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε

διάφορες κατηγορίες ανάλογα με το είδος του ιστού από τον οποίο προέρχονται και τον οποίο προσβάλλουν. Είναι οι εξής:⁶

- Νεοπλάσματα επιθηλιακού ιστού
- Νεοπλάσματα ερειστικού και συνδετικού ιστού. εκτός του αιμοποιητικού ιστού.
- Νεοπλάσματα αιμοποιητικού ιστού.
- Νεοπλάσματα νευρικού ιστού.
- Ειδικά νεοπλάσματα.

Τα καλοήθη συνήθως λήγουν στην κατάληξη –ωμα όπως ίνωμα, λίπωμα, αδένωμα κ.α. Τα κακοήθη νεοπλάσματα, ανάλογα με τους ιστούς απ' όπου προέρχονται διακρίνονται σε:

- Καρκινώματα που προέρχονται από επιθηλιακούς ιστού (π.χ. αδеноκαρκίνωμα).
- Σαρκώματα που προέρχονται από τον ερειστικό, μυϊκό, νευρικό ιστό.
- Λεμφώματα που προέρχονται από τον αιμοποιητικό ιστό.

Ένα καλοήθες νεόπλασμα αναπτύσσεται τοπικά, δε διηθεί γειτονικούς ιστούς και δεν κάνει μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Αν αυτός ο όγκος αναπτύσσεται και μεγαλώνει είναι πιθανό να δημιουργήσει πιεστικά προβλήματα σε όργανα της γύρω περιοχής. Αντίθετα ένα κακοήθες νεόπλασμα είναι διηθητικό και δίνει μεταστάσεις. Είναι ικανό να διηθεί καταστρέφοντας γειτονικούς ιστούς και όργανα.⁶

Τα χαρακτηριστικά των καλοηθών νεοπλασμάτων είναι:

- Τα νεοπλασματικά κύτταρα μοιάζουν με τον μητρικό ιστό.
- Είναι περιγεγραμμένα και έχουν κάψα.
- Δεν δίνουν μεταστάσεις (αιμοτογενείς- λεμφογενείς- δια εμφυτεύσεως).
- Δεν διηθούν τους γύρω ιστούς.
- Δεν προκαλούν θάνατο.
- Δεν υποτροπιάζουν.
- Κάνουν τοπική βλάβη (πίεση).

Τα χαρακτηριστικά των κακοηθών νεοπλασμάτων είναι:

- Τα νεοκύτταρα χάνουν την ομοιότητά τους.
- Δεν είναι περιγεγραμμένα και δεν έχουν κάψα.
- Δίνουν μεταστάσεις.
- Διηθούν τους γύρω ιστούς.
- Είναι θανατηφόρα στο πλείστο των περιπτώσεων.
- Υποτροπιάζουν συνήθως.
- Κάνουν καταστροφή των ιστών, διήθηση ιστών.

Στους άνδρες οι πιο συχνοί καρκίνοι είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως και ο καρκίνος του προστάτη. Ενώ στις γυναίκες οι πιο συχνοί καρκίνοι είναι ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος των γεννητικών οργάνων (μήτρας-ωοθήκης). Ανεξάρτητα από το φύλλο ο καρκίνος του δέρματος (μελάνωμα) και οι όγκοι του εγκεφάλου που

τελευταία έχουν αυξηθεί πολύ. Οι δέκα πιο συχνοί καρκίνοι είναι οι εξής: του πνεύμονα, του μαστού, της ουροδόχου κύστεως, του δέρματος, του προστάτη, του εντέρου, του λάρυγγα, του ήπατος, του οισοφάγου, του θυρεοειδούς, του εγκεφάλου, των νεφρών, της μήτρας, οι λευχαιμίες και τέλος τα λεμφώματα.⁶

1.4 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Αν ένας όγκος είναι καλοήθης, ο γιατρός μπορεί να συστήσει την αφαίρεσή του, για να αποφευχθεί η πιθανότητα να γίνει καρκινικός. Αν ο όγκος είναι καρκινικός, ο γιατρός θέλει να εξακριβώσει κατά πόσο έχει εξαπλωθεί, μια διαδικασία που ονομάζεται σταδιοποίηση. Για τη σταδιοποίηση ακολουθούνται συγκεκριμένα βήματα.¹⁰

Ξεκινάει με αναλυτική σωματική εξέταση και λήψη του ιστορικού και ακολουθούν διαγνωστικές εξετάσεις που μπορεί να περιλαμβάνουν αξονική ή μαγνητική τομογραφία, σπινθηρογράφημα οστών, ακτινογραφίες και εξετάσεις αίματος ή άλλες εργαστηριακές εξετάσεις. Η σταδιοποίηση είναι διαφορετική για κάθε τύπο καρκίνου. Οι πληροφορίες που συλλέγονται από αυτές τις εξετάσεις βοηθούν στην κατηγοριοποίηση του σταδίου του καρκίνου.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι κατάταξης των κατηγοριών κακοήθων όγκων. Η πιο συνηθισμένη μέθοδος είναι το σύστημα TMN. Αυτό το σύστημα συνεκτιμά τρεις παραμέτρους: τον κύριο όγκο (Τα από tumor), τους λεμφαδένες (Ν από nodes) και τις μεταστάσεις (Μ) – απατώντας στις ακόλουθες σημαντικές ερωτήσεις:¹⁰

- ▼ **T:** Πόσο μεγάλος είναι ο όγκος και αν έχει εξαπλωθεί τοπικά;
- ▼ **N:** Έχουν εξαπλωθεί τα καρκινικά κύτταρα στους γειτονικούς λεμφαδένες;

▼ **M:** Έχει κάνει ο καρκίνος μεταστάσεις σε άλλες απομακρυσμένες περιοχές του σώματος;

Για κάθε μία από αυτές τις κατηγορίες αντιστοιχούν νούμερα, που δηλώνουν το βαθμό που έχει μεγαλώσει ή εξαπλωθεί ο όγκος. Όταν καθοριστεί η κατάταξη με βάση το σύστημα TNM, ο γιατρός μπορεί να καθορίσει το στάδιο του καρκίνου. Όπως και με τους βαθμούς κακοήθειας, ένας μικρότερος αριθμός δείχνει ότι ο καρκίνος βρίσκεται ακόμα σε αρχικά στάδια, ενώ ένας μεγαλύτερος αριθμός δείχνει ότι είναι ένας πιο προχωρημένος καρκίνος.¹⁰

Αν τα καρκινικά κύτταρα εμφανίζονται σε κάποιο συγκεκριμένο σημείο, αλλά δεν έχουν ξεκινήσει να εισβάλλουν σε γειτονικούς ιστούς, το στάδιο μπορεί να περιγραφεί και ως *in situ*. Αυτό είναι ένα πολύ αρχικό στάδιο ανάπτυξης του καρκίνου και συνήθως έχει πολύ καλή πρόγνωση. Αν ο καρκίνος έχει εισβάλλει σε γειτονικό ιστό, τότε ονομάζεται επιθετικός. Αν ο καρκίνος έχει ταξιδέψει σε ένα διαφορετικό σημείο του σώματος, τότε ονομάζεται μεταστατικός.¹⁰

1.5 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο καρκίνος προκαλείται από διαταραχές των γονιδίων, που φυσιολογικά ελέγχουν την διαίρεση και τον θάνατο των κυττάρων. Ο τρόπος με τον οποίο ένα κύτταρο μετασχηματίζεται σε καρκινικό, δεν έχει απόλυτα διευκρινιστεί⁴

Πολλές φορές το κύτταρο έχει τη γενετική προδιάθεση και αρκεί η έκθεση σε επιβαρυντικούς παράγοντες, όπως είναι διάφορες χημικές ουσίες ή ακτινοβολία, για τη μετατροπή τους σε καρκινικό. Υπάρχουν, ακόμη, σπάνιες περιπτώσεις, κατά τις οποίες φαίνεται ότι πολλά κύτταρα, κάτω από την ισχυρή πίεση ενός επιβαρυντικού παράγοντα, χάνουν τον

έλεγχο της αύξησης τους, με αποτέλεσμα να προκαλούν την ταυτόχρονη γένεση πολλών διαφορετικών όγκων.

1.6 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Υπάρχουν διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες του τρόπου ζωής που μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές των φυσιολογικών γονιδίων και τη μετατροπή τους σε γονίδια που επιτρέπουν την ανάπτυξη του καρκίνου. Πολλές γονιδιακές διαταραχές, που οδηγούν στην εμφάνιση καρκίνου, είναι αποτέλεσμα του καπνίσματος, του λανθασμένου διαιτολογίου, της έκθεσης στην υπεριώδη ακτινοβολία του ήλιου ή της έκθεσης σε καρκινογόνους παράγοντες στους χώρους εργασίας και στο περιβάλλον.⁴

Η επιστήμη, έχει καταλήξει σε μια σειρά από παράγοντες που, αποδείχθηκε, έχουν την δυνατότητα να προκαλέσουν την έναρξη της διαδικασίας καρκινογένεσης στον άνθρωπο.⁵

Αυτοί είναι οι ατομικοί και οι εξωτερικοί παράγοντες:

- § Ατομικοί παράγοντες, είναι οι ατομικές συνήθειες και ο τρόπος ζωής του σύγχρονου ανθρώπου. Όπως για παράδειγμα το κάπνισμα, η χρήση καπνού είναι υπεύθυνη συνολικά για το 20% των θανάτων από καρκίνο, η υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος, η κακή διατροφή κ.α.
- § Εξωτερικοί παράγοντες είναι αυτοί που δεν εξαρτώνται από τη θέληση και τις συνήθειες του ατόμου. Όπως για παράδειγμα η γενετική προδιάθεση ή κληρονομικότητα, η ηλικία, οι χημικές ουσίες, η υπεριώδης ακτινοβολία, η ιονίζουσα ακτινοβολία ή ακτίνες X, η περιβαλλοντολογική ρύπανση, το βεβαρημένο εργασιακό περιβάλλον κ.α.

Συμπερασματικά ο καρκίνος είναι δυνατό να προσβάλλει κάθε άνθρωπο, ανεξάρτητα από το φύλο, την εθνικότητα ή την ηλικία του. Όσο νωρίτερα ανιχνεύεται ο καρκίνος και ξεκινήσει η θεραπεία του, τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν για την επιτυχή αντιμετώπισή του.

Εν κατακλείδι, ο καρκίνος δεν είναι μεταδοτικό νόσημα, δηλαδή δεν μεταδίδεται από ένα άτομο που πάσχει σε ένα υγιές άτομο. Επίσης δεν προκαλείται από τον οποιαδήποτε τραυματισμό.^{4,5}

1.7 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Πολλές φορές τα ίδια τα αντικαρκινικά φάρμακα ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη κακοηθειών (π.χ λευχαιμία). Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα ενοχοποιούνται για την δημιουργία λεμφωμάτων. Η χρήση της υδαντοίνης δυνατό να προκαλέσει το σύνδρομο ψευδολεμφώματος και Non-hodgkin λεμφωμάτων. Τα ανδρογόνα στεροειδή ενοχοποιούνται για τα ηπατώματα, ενώ η φαινυλατοίνη για το νευροβλάστωμα. Εξ' άλλου η κυκλοφωσφαμίδη ενοχοποιείται για τον καρκίνο του ουροποιητικού συστήματος. Τέλος διάφορα σπερματοκτόνα και αντισυλληπτικοί αφροί ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη εμβρυϊκών καρκινωμάτων στα παιδιά.⁴

1.8 ΦΥΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι φυσικοί παράγοντες επιπλέον που σχετίζονται με την ανάπτυξη κακοηθειών είναι η υπεριώδης ακτινοβολία και η ιονίζουσα ακτινοβολία. Ο ήλιος είναι πηγή ζωής και έχει μικροβιοκτόνες ιδιότητες, επίσης μετατρέπει την προβιταμίνη D σε βιταμίνη D, δυναμώνει την όραση, προκαλεί ευφορία και αισιοδοξία στα παιδιά αλλά και στους ενήλικες. Η αλόγιστη χρήση και έκθεση στον ήλιο (ηλιοθεραπεία ή επαγγελματική έκθεση) μπορεί να επιφέρει βλάβες στο ανθρώπινο δέρμα. Η ηλιακή

ακτινοβολία αποτελείται από υπέρυθρες ορατές και υπεριώδεις ακτίνες. Ανάλογα με το μήκος κύματος οι υπεριώδεις ακτίνες διακρίνονται σε Α ΚΑΙ Β (UVB, UVA).⁵

Η ακτινοβολία UVA είναι αυτή που κυρίως ευθύνεται για την ανάπτυξη δερματικών καρκίνων, όπως το μελάνωμα, το βασικότερο καρκίνωμα, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και άλλα. Ο κίνδυνος αυτός είναι πολύ μεγαλύτερος σε άνδρες που πάσχουν από μελαγχρωματική ξηροδερμία και μελαγχρωματικούς σπίλους. Τα τελευταία χρόνια η επίδραση της υπεριώδους ακτινοβολίας είναι πολύ μεγαλύτερη λόγω της ελλείψεως στην ατμόσφαιρα του όζοντος.⁵

Η ιονίζουσα ακτινοβολία, έχει πλέον τεκμηριωθεί ως αιτία της λευχαιμίας από μελέτες που έχουν γίνει σε επιζήσαντες του ατομικού βομβαρδισμού της Χιροσίμα και Ναγκασάκι από εργαζόμενους σε πυρηνικά εργοστάσια που εκτέθηκαν σε ακτινοβολία (ατυχήματα). Οι καρκίνοι που αναπτύσσονται είναι λευχαιμίες, τα λεμφώματα, ο καρκίνος του δέρματος, σαρκώματα μαλακών μορίων και οστών, ο όγκος εγκεφάλου, καρκίνος του πνεύμονα.

Ο λανθάνων χρόνος που απαιτείται για την εκδήλωση της νεοπλασίας είναι διαφορετικός για κάθε είδος καρκίνου. Έτσι λευχαιμία μπορεί να εμφανισθεί μετά από πολλά χρόνια κατόπιν εκθέσεως σε ακτινοβολία, ενώ ο καρκίνος του θυρεοειδούς ακόμα και μετά από 20 χρόνια. Από μελέτες σε παιδιά που επέζησαν του ατομικού βομβαρδισμού στην Ιαπωνία, η αιχμή της λευχαιμίας εμφανίσθηκε 5 χρόνια μετά την έκθεση στην ακτινοβολία, ενώ ακόμα και μετά από 15-20 χρόνια από την έκρηξη παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση του καρκίνου του θυρεοειδούς. Η ακτινοβολία δεν βλάπτει μόνο τα σωματικά κύτταρα αλλά και αρχέγονα

γεννητικά με αποτέλεσμα οι βλάβες στα χρωμοσώματα να εκδηλωθούν και στις επόμενες γενιές.⁵

Τέλος η τηλεόραση εκτός από την ιονίζουσα ακτινοβολία (σωμάτια) εκπέμπει και ηλεκτρομαγνητικά κύματα που δρουν αθροιστικά όπως οι άλλες ηλεκτρικές συσκευές (κομπιούτερ, φούρνοι μαγνητικών κυμάτων) και ηλεκτροφόρα καλώδια υψηλής τάσεως. Αμερικανοί ερευνητές απέδειξαν ότι σε παιδιά με λευχαιμία, το μεγαλύτερο ποσοστό κατοικούσαν κοντά σε μετασχηματιστές και καλώδια υψηλής τάσης. Πρέπει να αναφερθεί ότι η ραδιενέργεια σε ύψος 40.000 πόδια είναι 100 φορές μεγαλύτερη από ότι στο έδαφος. Τα αεροπλάνα που πετάνε σε μεγάλο ύψος επομένως δέχονται πολύ μεγαλύτερη από ότι τα αεροπλάνα που πετάνε σε χαμηλό ύψος.⁵

1.9 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στους προδιαθεσικούς παράγοντες συγκαταλέγονται και οι βιολογικοί παράγοντες. Οι λοιμώξεις από ιούς προδιαθέτουν την καρκινογένεση. Οι ιοί εισερχόμενοι στο γενετικό υλικό (DNA) του κυττάρου προκαλούν μέσω του αυξητικού παράγοντα διαφοροποίηση, μετάλλαξη, ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό και ανάπτυξη καρκίνου.⁴

Οι μηχανισμοί καρκινογένεσης διακρίνονται σε άμεσους και έμμεσους:

- § Άμεσος μηχανισμό γίνεται όταν τα κύτταρα μολύνονται από τον ιό.
- § Έμμεσος μηχανισμός όταν ο ιός προκαλεί καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος με συνέπεια τη διαίωνιση των κυττάρων και την ανάπτυξη της νεοπλασίας.

Στους ανωτέρου μηχανισμούς συμμετέχουν και άλλοι παράγοντες που δρουν υποβοηθητικά όπως το είδος του ιού, η ποσότητα, αντοχή στον ιό, η διατροφή, το κάπνισμα και η ανεπάρκεια της ενεργητικής και παθητικής ανοσίας.⁴

Οι ογκογόνοι ιοί διακρίνονται στους DNA και στους RNA ιούς. Από τους DNA ιούς, ο ιός του παπιλώματος προκαλεί καρκίνο του γενετικού συστήματος, ο ιός της ηπατίτιδας Β προκαλεί ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, ο αδενοϊκός προκαλεί καρκίνο αμυγδαλής, ο ιός Ε.Β προκαλεί ρινοφαρυγγικό καρκίνο. Ο ιός αυτός πολλαπλασιάζεται στα Β-λεμφοκύτταρα και στα επιθηλιακά κύτταρα του φαρυγγικού βλενογόνου.

Από τους RNA ιούς ογκογένεση προκαλεί ομάδα ρετροϊών ο HTLV ΙΙΙ ευθύνεται για το σάρκωμα Carosi και την ανάπτυξή του. Μεταξύ άλλων βιολογικών παραγόντων που σχετίζονται με τον καρκίνο είναι η λοίμωξη από το schistosoma haematobium προκαλεί καρκίνο της ουροδόχου κύστης, στην δεύτερη δεκαετία της ζωής.⁴

Λεμφώματα (Non-Hodgkin) παραιτήθηκαν σε αυξημένη συχνότητα σε παιδιά με επίκτητες ή συγγενείς ανοσοβιολογικές διαταραχές. Διάφοροι άλλοι παράγοντες επίσης ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη καρκινωμάτων όπως το stress, η παχυσαρκία, οι διάφοροι δυσπλαστικοί ιστοί και η κληρονομικότητα.⁵

Το κάπνισμα αποτελεί το σημαντικότερο γνωστό παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο. Η εξάρτηση από τον καπνό κατατάσσεται από τον Π.Ο.Υ στην κατηγορία «ICD-10», σαν μια χρόνια κατάσταση στον τομέα των ψυχικών διαταραχών.⁵

Σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις, υπολογίζεται ότι το 25% όλων των περιπτώσεων καρκίνου στην Ε.Ε μπορεί να αποδοθεί στο κάπνισμα

καθώς και το 80 με 90% των θανάτων από καρκίνο των πνευμόνων. Έχει υπολογιστεί ότι ο συνολικός αριθμός των θανάτων από τη χρήση καπνού το 2005 ανήλθε σε 5,4 εκατομμύρια ανθρώπους. Αν ο αριθμός αυτός συνεχίσει να αυξάνεται με τον ίδιο ρυθμό, θα οδηγηθούμε σε 6,4 και 8,3 εκατομμύρια θανάτους το 2015 και 2030 αντίστοιχα.

Η χρήση καπνού συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση πολλών τύπων καρκίνου όπως του πνεύμονα, της στοματικής κοιλότητας, του λάρυγγα, του οισοφάγου και της ουροδόχου κύστης.⁵

Η ανάπτυξη του καρκίνου σε συγκεκριμένα όργανα εξαρτάται από τα σημεία που έρχονται σε επαφή τα χημικά συστατικά του καπνού. Ο αυξανόμενος κίνδυνος που παρουσιάζουν τα υπόλοιπα όργανα προέρχονται πιθανότατα από τις καρκινογόνες ουσίες που απορροφώνται στο αίμα μέσω των πνευμόνων και μεταφέρονται στο κάθε όργανο. Αξίζει να σημειωθεί ότι το κάπνισμα πούρου και πίπας είναι το ίδιο επιβαρυντικά για την εμφάνιση του καρκίνου του πνεύμονα, όπως το κάπνισμα τσιγάρου.¹¹

Στις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος θα πρέπει να υπολογιστεί και ο κίνδυνος εμφάνισης του καρκίνου του πνεύμονα και πιθανόν άλλων μορφών καρκίνου σε μη καπνιστές, από την παθητική έκθεση στον καπνό (παθητικό κάπνισμα). Ο κίνδυνος αυξάνεται ανάλογα με το χρονικό διάστημα και την ποσότητα που καπνίζει κανείς κάθε μέρα.¹¹

Έχει παρατηρηθεί ότι ακόμα και μετά από δέκα χρόνια αποχής, ο κίνδυνος για τον πρώην καπνιστή δε φτάνει ούτε τον ελάχιστο κίνδυνο ενός ατόμου που δεν έχει καπνίσει ποτέ στη ζωή του.

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση πολλών τύπων καρκίνου,

συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου μαστού, του ήπατος, του οισοφάγου, του φάρυγγα, της στοματικής κοιλότητας, του λάρυγγα και του εντέρου. Ο συνδυασμός καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (συνεργική δράση). Το 22% των στοματικών καρκίνων και του φάρυγγα στους άνδρες αποδίδονται στο αλκοόλ, ενώ το ποσοστό πέφτει στο 9% για τις γυναίκες. Παρόμοια διαφορά εντοπίζεται και στους καρκίνους του οισοφάγου και του ήπατος. Έρευνες αναδεικνύουν τη μακροχρόνια βλάβη που προκαλείται στο νευρικό σύστημα, στο ήπαρ και σε άλλα όργανα μετά από χρόνια κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών.¹¹

Ενώ για τους περισσότερους τύπους καρκίνου ο κίνδυνος εμφάνισης αυξάνεται με την αύξηση της ποσότητας που καταναλώνει κάποιος, στη περίπτωση του καρκίνου μαστού έχει παρατηρηθεί ότι ακόμα και ένα ποτήρι αλκοόλ την ημέρα αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης κατά 10%.

Είναι γεγονός πλέον ότι οι ενδείξεις για τη σχέση της διατροφής και της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου δεν είναι τόσο ισχυρές, όσο οι ενδείξεις για τη σχέση μεταξύ καρκίνου και καπνίσματος ή αλκοόλ ή έκθεσης σε χημικές ουσίες. Παρόλα αυτά, θεωρείται ότι οι διατροφικές συνήθειες μπορεί να σχετίζονται με το 30% των καρκίνων στις ανεπτυγμένες χώρες και πιθανώς με το 20% των καρκίνων στις αναπτυσσόμενες χώρες. Για το λόγο αυτό, σοβαρή σημασία θα πρέπει να δοθεί στην υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών με στόχο την πρόληψη της νόσου.¹¹

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η υπερβολικά κατανάλωση κόκκινου κρέατος και τροφής πλούσιας σε λίπος συνδέεται με τον καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου. Διεθνείς μελέτες δείχνουν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ λίπους και πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου. Αντίθετα η υγιεινή

διατροφή, πλούσια σε φρούτα και λαχανικά φαίνεται πως έχει προστατευτική δράση.

Η έλλειψη σωματικής άσκησης και η παχυσαρκία αποτελούν παράγοντες, οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Η αύξηση της μάζας του σώματος σε συνδυασμό με την έλλειψη άσκησης ευθύνονται για το 19% των θανάτων από καρκίνο του μαστού και για το 26% των θανάτων από καρκίνο του εντέρου.¹¹

Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η φυσική άσκηση και η ισορροπημένη διατροφή είναι προστατευτικοί παράγοντες στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του εντέρου και του καρκίνου του μαστού.

1.10 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο καρκίνος όταν αποκτήσει ένα ορισμένο μέγεθος, προκαλεί διάφορες εκδηλώσεις καθώς πιέζει γειτονικούς ιστούς μπορεί να προκαλέσει πόνο, να διηθεί γειτονικά αιμοφόρα αγγεία οπότε μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία, να αποκτά τέτοιο μέγεθος που καθίσταται ψηλαφητή, να διαταράσσει την φυσιολογική λειτουργία των οργάνων με αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσκολίας στην κατάποση, μεταβολής στην χροιά της φωνής κ.α., ανάλογα με το όργανο που εντοπίζεται η βλάβη.¹²

Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρία έχει καταρτίσει έναν κατάλογο πρώιμων εκδηλώσεων, που θέτουν υποψίες για την ύπαρξη κακοήθειας:

- § Αλλαγές στην συμπεριφορά του εντέρου ή της κύστης όπως, η μεταβολή στις κενώσεις ή δυσπεπτικά φαινόμενα που επιμένουν.
- § Φλεγμονή του φάρυγγα που δεν υποχωρεί.
- § Ασυνήθεις αιμορραγίες που δεν επουλώνονται ή παθολογικό έκκριμα.

- § Ογκίδιο ή σκληρότητα οπουδήποτε στο δέρμα, όπως η σκλήρυνση ή διόγκωση στον μαστό ή σε άλλο σημείο του σώματος.
- § Δυσπεπτικά ενοχλήματα ή δυσκολία κατάποσης.
- § Εμφανής αλλαγή σε σπίλο ή κρεατοελιά, όπως όταν μεγαλώνει ξαφνικά και πολλαπλασιάζεται.
- § Βήχας που συνεχίζεται για μεγάλο διάστημα ή βράχνιασμα της φωνής.
- § Μεγάλη απώλεια βάρους σε μικρό διάστημα.

Βέβαια όλα αυτά τα σημεία δεν σημαίνουν πάντα την ύπαρξη κακοήθους ή καλοήθους νεοπλασίας. Ωστόσο είναι μερικές από τις εκδηλώσεις του, γι' αυτό και η εμφάνισή τους πρέπει να δημιουργήσει υποψίες. Όπως είναι σαφές κάθε τυχαία παρατήρηση ενός πέραν του συνηθισμένου και του φυσιολογικού όγκου ή γενικότερα μορφώματος, είναι σοβαρό κίνητρο για άμεση επίσκεψη στον αρμόδιο ιατρό, προκειμένου να διαγνωστεί, κατόπιν εξετάσεων φυσικών και εργαστηριακών, η επικινδυνότητα του ευρήματος.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΟΝΟΣ

Ο καρκίνος τελικού σταδίου αποτελεί το τελευταίο στάδιο της νόσου, κατά το οποίο η θεραπεία της νόσου δεν είναι δυνατή και στόχος της αγωγής που ακολουθείται είναι απλώς η καταπράυνση του πόνου και η διατήρηση της καλής ποιότητας ζωής του ασθενούς.¹²

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Τις περισσότερες φορές οι καρκινοπαθείς αλλά και οι συγγενείς τους φοβούνται την ταλαιπωρία από τον πόνο, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι οι καρκινοπαθείς δεν ταλαιπωρούνται και από άλλα συμπτώματα. Κατά συνέπεια, η αντιμετώπιση του πόνου είναι ένα μέρος μιας συνολικής αντιμετώπισης των συμπτωμάτων του καρκίνου.¹⁹

Ο πιο ευρέως αποδεκτός ορισμός του πόνου είναι εκείνος που δόθηκε από τη Διεθνή Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (IASP- International Association for the Study of Pain). Σύμφωνα με τον οποίο ο πόνος είναι μια αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστών ή περιγράφεται με ορολογία τέτοιας βλάβης. Άρα, ο πόνος είναι πάντα υποκειμενικό βίωμα.¹⁹

Η έμφαση στο ότι ο πόνος είναι πάντα υποκειμενικό βίωμα, υπογραμμίζει το γεγονός, ότι ο πόνος είναι μια ψυχο-σωματική εμπειρία. Ήδη από την αρχαιότητα ο Αριστοτέλης υπαινίχθηκε το γεγονός αυτό, όταν περιέγραψε τον πόνο ως «πάθος της ψυχής».

Ένας άλλος σημαντικός κλινικός ορισμός του πόνου είναι ο εξής: «πόνος είναι αυτό που δηλώνει και περιγράφει ο ασθενής και όχι αυτό που νομίζουν οι άλλοι ότι θα πρέπει να είναι». Η αποδοχή του ορισμού αυτού είναι προϋπόθεση για μια αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Πρέπει να γίνεται πιστευτός ο καρκινοπαθής όταν

δηλώνει ότι υποφέρει φρικτά από τον πόνο παρόλο που μπορεί να λαμβάνει υπερβολική δόση αναλγητικών φαρμάκων.¹⁹

2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΘΟΛΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ

Ο καρκινοπαθής μπορεί να υποφέρει φρικτά από καταστάσεις που οφείλονται σε διάφορους παράγοντες: σε πόνο, άλλα σωματικά συμπτώματα, ψυχολογικά προβλήματα, κοινωνικές δυσκολίες, πολιτιστικούς παράγοντες ακόμη και σε θρησκευτικές πεποιθήσεις. Η άθροιση των παραγόντων αυτών αναφέρεται ως καθολικός πόνος. Καθεμία από τις συνιστώσες του καθολικού πόνου μπορεί να προκαλέσει ή να ενισχύσει την αίσθηση του καρκινικού πόνου.²⁴

Γενικά, ο πόνος σχετίζεται συχνά με κάποιο βαθμό συναισθηματικής φόρτισης που μπορεί να μειώσει ή να επαυξήσει την αίσθησή του. Γι' αυτό και η λήψη αναλγητικών φαρμάκων μόνο δεν αρκεί για την αντιμετώπισή του. Αυτό σημαίνει πρακτικά, ότι η ενέργεια που αποβλέπει μόνο στην αναλγησία για την ανακούφιση του συγκεκριμένου πόνου του ασθενή, δεν ανακουφίζει απαραίτητα τον καθολικό πόνο αυτού.

Από την άλλη πλευρά, ο πόνος μπορεί να προκαλέσει έξαρση άλλων σωματικών συμπτωμάτων, να επιδεινώσει τα ψυχολογικά προβλήματα, να διαταράξει τις διαπροσωπικές σχέσεις ή να οξύνει τη θρησκευτική πεποίθηση το ασθενή. Σε τέτοιες περιπτώσεις η ανακούφιση του πόνου θα συμβάλλει καθοριστικά στην ανακούφιση καθεμίας από τις συνιστώσες του καθολικού πόνου.²⁴

2.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η ταξινόμηση του πόνου γίνεται συνήθως με βάση το χρόνο, την παθοφυσιολογία και την αιτιολογία του.²⁴

A) ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗ ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ

Με βάση τη χρονική διάρκειά του, ο πόνος διακρίνεται σε δυο μεγάλες κατηγορίες : σε οξύ και χρόνιο πόνο. Οξύς και χρόνιος πόνος διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους και έχουν διαφορετικά συμπτώματα και διαφορετική κλινική εικόνα. Γι' αυτό χρειάζονται και διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση.

• Οξύς πόνος

Ο οξύς πόνος προκαλείται από επώδυνο ερέθισμα που οφείλεται σε τραύμα, σε βλάβη, στην πορεία μιας νόσου ή στην ανώμαλη λειτουργία των μυών ή των σπλάχνων. Έχει καθορισμένο χρόνο έναρξης και η διάρκειά του είναι περιορισμένη και προβλέψιμη. Συνοδεύεται από ανησυχία και κλινικά συμπτώματα της συμπαθητικής διέγερσης ταχυκαρδία, ταχύπνοια, υπέρταση, εφίδρωση, διαστολή της κόρης του οφθαλμού και ωχρότητα. Στις περιπτώσεις που είναι ένδειξη της εξέλιξης του καρκίνου (ή γίνεται αντιληπτός από τον ασθενή ως τέτοια) μπορεί να συνοδεύεται από κατάθλιψη και συμπεριφορά απόσυρσης που συνήθως παρατηρείται στο χρόνιο πόνο. Ασθενείς, οι οποίοι ενημερώνονται ότι η νόσος και ο πόνος τους είναι παροδικά, επιδεικνύουν κατανόηση και θετική στάση. Η αντιμετώπιση του πόνου κατευθύνεται στη θεραπεία της οξείας νόσου ή της βλάβης που προκαλεί τον οξύ πόνο, με ή χωρίς βραχυπρόθεσμη χορήγηση αναλγητικών.²⁴

• Χρόνιος πόνος

Ο χρόνιος πόνος προκύπτει από χρόνιες παθολογικές διαδικασίες. Έχει βαθμιαία ή ασαφή καθορισμένη έναρξη, συνεχίζει αμείωτος και μπορεί προοδευτικά να γίνει πιο έντονος. Οι ασθενείς φέρονται καταθλιπτικά και παρουσιάζουν συμπεριφορά απόσυρσης. Επειδή λείπει η τυπική ένδειξη της υπερδιέγερσης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, ένας τέτοιος ασθενής περιγράφεται συχνά ως «κάποιος που δεν έχει πόνο». Ασθενείς με χρόνιους πόνους έχουν συμπτώματα κατάθλιψης, απάθειας, ανορεξίας και αϋπνίας. Αλλαγές στην προσωπικότητα των ασθενών μπορεί να λαμβάνουν χώρα εξαιτίας προοδευτικών μεταβολών του τρόπου ζωής και της λειτουργικής ικανότητας στην καθημερινότητάς τους. Ο καρκινικός πόνος κατατάσσεται εξ ορισμού στον χρόνια πόνο. Για τους καρκινοπαθείς, ο πόνος μπορεί να οδηγεί σε αρνητικά επαγωγικά συμπεράσματα σχετικά με την πρόγνωση και το προσδόκιμο ζωής.²⁵

Ο χρόνιος καρκινικός πόνος χρειάζεται τη θεραπεία της υποκείμενης νόσου, όπου αυτό είναι δυνατόν, την τακτική χορήγηση αναλγητικών για τον έλεγχο και για την πρόληψη του πόνου και ψυχικό-κοινωνική υποστήριξη των ασθενών.

Ασθενείς με χρόνια καρκινικό πόνο διαφέρουν από εκείνους τους ασθενείς με χρόνια μη καρκινικό πόνο σχετικά με τα συγκεκριμένα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που μπορούν να παρουσιαστούν. Οι μη καρκινοπαθείς ασθενείς παρουσιάζουν «συμπεριφορά πόνου» εξαιτίας της εξάρτησής τους από επώδυνες καταστάσεις καθώς επίσης και της ανταμοιβής ή κέρδους (έλκυση προσοχής, απαλλαγή από ενοχλητικές καταστάσεις, κλπ.) που αποκομίζουν από την ασθένεια. Γι' αυτό δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στην υποστηρικτική θεραπεία και στη θεραπεία με αναλγητικά φάρμακα, που συνήθως ωφελούν τους

περισσότερους καρκινοπαθείς. Οι εντατικές ψυχολογικές διαδικασίες που εφαρμόζονται στην αντιμετώπιση του χρόνιου μη καρκινικού πόνου και είναι αποτελεσματικές δεν έχουν ανάλογη αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.²⁵

• Σημείο διάκρισης μεταξύ οξέος και χρόνιου πόνου

Το σημείο διάκρισης μεταξύ οξέος και χρόνιου πόνου είναι δυσδιάκριτο. Ο χρόνιος πόνος ορίζεται ως ο πόνος που επιμένει πέρα από τη συνήθη διαδρομή μιας οξείας νόσου ή μετά από ένα εύλογο χρονικό διάστημα για την επούλωση κάποιας ιστικής βλάβης. Αυτή η περίοδος ποικίλει από 1 έως 6 μήνες στους περισσότερους ορισμούς. Για τους καρκινοπαθείς, ο πόνος που επιμένει πέρα από δυο εβδομάδες πρέπει να θεωρηθεί ως χρόνιος πόνος και να αντιμετωπισθεί ανάλογα, υποστηρίζεται ότι όσο νωρίτερα και αποτελεσματικά αντιμετωπίζεται ο πόνος, τόσο πιο εύκολη είναι η θεραπεία και ο έλεγχος του.^{24, 25}

• Παροξυσμικός πόνος

Ο παροξυσμικός πόνος των καρκινοπαθών ορίζεται ως μια παροδική έξαρση πόνου, ανεκτής έως πολύ σοβαρής έντασης, που εμφανίζεται σε έδαφος σταθερού πόνου σε ασθενείς που βρίσκονται σε χρόνια αγωγή με οπιοειδή. Θεωρείται ως χρόνιος πόνος, αλλά αντιμετωπίζεται ως οξύ επεισόδιο, εξαιτίας της ασυνεχούς φύσης του. Διακρίνεται στους εξής τύπους:²⁵

α) περιστασιακός παροξυσμικός πόνος (incident pain) που προκαλείται από συγκεκριμένες δραστηριότητες –περπάτημα, κατάπτωση, ορισμένες κινήσεις κλπ.

β) ιδιοπαθής ή αυτόματος παροξυσμικός πόνος (idiopathic ή spontaneous) που έχει άγνωστη αιτία πρόκλησης

γ) παροξυσμικός πόνος της αποτυχίας δράσης τελευταίας αναλγητικής δόσης (end-of-dose failure) που εμφανίζεται στα μεσοδιαστήματα της χορήγησης αναλγητικών για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.

B) ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟ

• Αλγαισθητικός σωματικός, σπλαχνικός ή χολικός πόνος

Ο αλγαισθητικός ή φυσιολογικός πόνος προκύπτει από τη διέγερση αλγοϋποδοχέων που βρίσκονται στα κύτταρα. Η εμπλεκόμενη νευρολογική οδός είναι φυσιολογική και ανέπαφη.

Σωματικός πόνος είναι το αποτέλεσμα της διέγερσης των αλγοϋποδοχέων από διήθηση, συμπίεση, διάταση ή διαστολή των θωρακικών ή κοιλιακών σπλαχνικών οργάνων. Έχει επίσης συνεχή και σταθερό χαρακτήρα, αλλά σε αντίθεση με τον σωματικό πόνο δεν εντοπίζεται καλά και συχνά προβάλλεται σε απομακρυσμένα σημεία του δέρματος. Η απόφραξη της κοιλότητας που περιέχει όργανο προκαλεί χολικό πόνο.²⁵

• Νευροπαθητικός πόνος

Ο νευροπαθητικός πόνος οφείλεται σε κάκωση ή βλάβη του περιφερικού ή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Εάν η κάκωση ή η βλάβη αφορά μόνο το κεντρικό νευρικό σύστημα, τότε γίνεται λόγος για κεντρικό πόνο και η διαταραχή της αισθητικότητας δεν είναι σύμφωνη με τα δερμοτόμια και την κατανομή των περιφερικών νεύρων. Αντιθέτως, εάν η κάκωση ή η βλάβη αφορά μόνο το περιφερικό νεύρο, τότε ο πόνος απομυελιτικός πόνος (deafferentation pain) και η διαταραχή της αισθητικότητας είναι σύμφωνη με τα δερμοτόμια και την κατανομή των περιφερικών νεύρων. Ο νευροπαθητικός πόνος περιγράφεται ως σοβαρός ή αμβλύς πόνος που συνδέεται συχνά με αίσθηση τέμνοντος άλγους ή

διόδου ηλεκτρικού ρεύματος σε ένα υπόβαθρο καυστικού και σταθερού πόνου.²⁵

Βλάβη του συμπαθητικού νεύρου προκαλεί τον συμπαθητικό τύπο πόνου, που χαρακτηρίζεται από αίσθηση καυστικού πόνου και αλλοδυνίας μαζί με ενδείξεις διαταραχής της συμπαθητικής λειτουργικότητας που περιλαμβάνουν αγγειοκινητική αστάθεια (ερυθρότητα, χλομάδα, οίδημα), απουσία ιδρώτα και δυστροφικές μεταβολές στο δέρμα και στα νύχια.

Ο νευροπαθητικός πόνος δεν ανταποκρίνεται καλά στην αντιμετώπιση με τα μη-οπιοειδή και οπιοειδή αναλγητικά φάρμακα, αλλά μπορεί να ανακουφισθεί με αποκλεισμό του συμπαθητικού νεύρου με τοπικό αναισθητικό και με άλλα επικουρικά αναλγητικά φάρμακα.

- Ψυχογενής πόνος

Ο ψυχογενής πόνος είναι ο πόνος, στον οποίο δεν υπάρχει φυσιολογική βάση εξήγησης και ο οποίος παρουσιάζεται σε ασθενείς με ενδείξεις για άλλη ψυχοπαθοφυσιολογία. Μολονότι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν πάρα πολύ την αίσθηση του πόνου, καθαρός ψυχογενής πόνος δεν υπάρχει στους καρκινοπαθείς.²⁵

Γ) ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία του καρκινικού πόνου μαζί με τη σχετική συχνότητα έχει ως εξής:

-πόνος σχετιζόμενος άμεσα με τον καρκίνο 70%

-πόνος σχετιζόμενος άμεσα με τη θεραπεία 20%

-πόνος σχετιζόμενος με εξασθενημένη κατάσταση των ασθενών <10%

-πόνος άσχετος με τον καρκίνο ή τη θεραπεία <10%

• Πόνος εξαιτίας του καρκίνου

Οι μεταστάσεις στα οστά είναι η πιο συχνή αιτία του καρκινικού πόνου. Οι μεταστάσεις προκαλούν πόνο μέσω τοπικής καταστροφής των οστών, πρόκλησης παθολογικών καταγμάτων, διήθησης ιστών, δευτερογενούς μυϊκής σύσπασης ή μέσω συμπίεσης των νευρικών δομών, περιλαμβανομένου του νωτιαίου μυελού και των περιφερικών νεύρων.²⁴

• Πόνος εξαιτίας της θεραπείας του καρκίνου

Η διάγνωση, η διαδικασία διαπίστωσης του σταδίου, η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία του καρκίνου μπορεί να προκαλέσουν καρκινικό πόνο.

Η ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει επώδυνη φλεγμονή της βλεννογόνου μεμβράνης στην περιοχή της θεραπείας. Επίσης, επώδυνη νευροπάθεια μπορεί να αναπτυχθεί μήνες ή χρόνια μετά από την ακτινοβολία του βραχιόνιου ή του οσφυοϊσχιακού νευρικού πλέγματος. Και τέλος, επώδυνη μυελοπάθεια μπορεί να παρουσιαστεί μετά από ακτινοβολία στο νωτιαίο μυελό.²⁴

• Πόνος εξαιτίας της εξασθένησης του οργανισμού των ασθενών

Ένα μικρό ποσοστό του πόνου που βιώνουν οι καρκινοπαθείς οφείλεται σε εξασθενημένη κατάσταση του οργανισμού τους.

Ο μυοπεριτονιακός πόνος πηγάζει από τους μύες και τον περιβάλλοντα συνεκτικό ιστό. Χαρακτηρίζεται από την παρουσία υπερευαίσθητων σημείων, που ονομάζονται σημεία πυροδότησης (Trigger Points), στα οποία η διέγερση προκαλεί τοπικό πόνο, που προβάλλει στο σώμα με έναν τρόπο μη-τυπικό για την κατανομή των περιφερικών νεύρων. Ο

μυοπεριτονιακός πόνος είναι συχνός στο γενικό πληθυσμό, αλλά παρουσιάζεται ακόμα πιο συχνά στους καρκινοπαθείς εξαιτίας εξασθένησης και καχεξίας.

• Πόνος άσχετος με τον καρκίνο, τη θεραπεία ή την εξασθένηση του οργανισμού των ασθενών

Άλλο ένα μικρό ποσοστό του πόνου που βιώνουν οι καρκινοπαθείς δε σχετίζεται ούτε με τον καρκίνο, ούτε με τη θεραπεία του, ούτε με την εξασθένηση του οργανισμού. Ο πιο συχνός πόνος της κατηγορίας αυτής είναι η αρθρίτιδα και ο πόνος που οφείλεται στην καρδιακή ισχαιμική νόσο και στη νόσο του αγγειακού συστήματος. Οι καρκινοπαθείς που πάσχουν και από άλλες ασθένειες είναι περισσότερο πιθανό να υστερούν σε ότι αφορά την κατάλληλη φροντίδα γι' αυτές τις ασθένειες σε σχέση με τους ασθενείς που πάσχουν από τις ίδιες παθήσεις αλλά δεν έχουν ιστορικό καρκίνου. Για το λόγω αυτό, ο συγκεκριμένος πόνος των καρκινοπαθών χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, έτσι ώστε να είναι αποτελεσματική η θεραπεία.¹⁹

2.4 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο καρκινικός πόνος ταλαιπωρεί περίπου 3,5 εκατομμύρια καρκινοπαθείς ημερησίως ανά τον κόσμο. Ωστόσο, η συχνότητα του ποικίλει ανάλογα με το στάδιο και με την περιοχή της πρωτοπαθούς εστίας του καρκίνου.¹⁹

Μέτριος ως έντονος πόνος παρουσιάζεται περίπου στο ένα τρίτο των ασθενών τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου και σε ποσοστό μεγαλύτερο από τα δύο τρίτα των ασθενών στο προχωρημένο στάδιο του καρκίνου. Η πλειονότητα των καρκινοπαθών παρουσιάζει περισσότερους από έναν τύπο καρκινικού πόνου. Σε προχωρημένη φάση του καρκίνου

υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι έχουν περισσότερους από έναν τύπο καρκινικού πόνου.¹⁹

2.5 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΝΟΥ

Ο σκοπός της αντιμετώπισης είναι η πλήρης απαλλαγή των ασθενών από κάθε είδους πόνο ή η ανακούφιση του πόνου σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μην παρεμβαίνει στην ικανότητα των ασθενών να λειτουργήσουν στην καθημερινότητά τους ή να διατηρήσουν την ποιότητα της ζωής τους.

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την κατάλληλη εφαρμογή φαρμακευτικής και άλλης αγωγής που είναι διαθέσιμες και που περιλαμβάνουν κατάλληλη προσοχή και αντιμετώπιση όλων των συνιστωσών του καθολικού καρκινικού πόνου.²⁶

2.5.1 Προϋποθέσεις για την σωστή αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου

Η σωστή λήψη του ιστορικού, η ενδελεχής γενική κλινική και νευρολογική εξέταση είναι απόλυτα αναγκαίες προϋποθέσεις για την αποτελεσματική αξιολόγηση και αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Στόχος της θεραπείας είναι η ταχεία ανακούφιση των ασθενών από τον πόνο και η εξάλειψη της αίσθησης αναμονής του πόνου, γιατί έτσι βελτιώνεται η όρεξη, η διάθεση, το επίπεδο δραστηριότητας, η φυσική κατάσταση και γενικά η ποιότητα ζωής των ασθενών. Αυτός ο στόχος είναι δυνατό να επιτευχθεί ικανοποιητικά με βάση τη γνώση και τα μέσα της σύγχρονης ιατρικής αντιμετώπισης του πόνου, εάν τηρηθούν ορισμένες προϋποθέσεις.³³

A) αποδοχή της περιγραφής πόνου του αρρώστου: ο πόνος είναι υποκειμενική εμπειρία του αρρώστου και όχι κάτι που νομίζουν οι άλλοι ότι θα πρέπει να είναι για τον άρρωστο. Η αποδοχή του πόνου, έτσι όπως

τον περιγράφει ο ασθενής είναι προϋπόθεση για τη διαμόρφωση καλύτερης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και νοσηλευτή με τον άρρωστο. Εάν λείπει η εμπιστοσύνη ο άρρωστος μπορεί να υποβαθμίζει ή να υπερβάλλει για τον πόνο του, δυσκολεύοντας έτσι οποιαδήποτε θεραπεία.³³

B) προσεκτική αξιολόγηση του πόνου με βάση το ιστορικό, τη διερευνητική διαδικασία και την εργαστηριακή και κλινική εξέταση: το ιστορικό πόνου του ασθενή πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής κύρια στοιχεία έναρξη, διάρκεια, εντοπισμό και προβολή του πόνου, ανακουφιστικούς ή επιβαρυντικούς παράγοντες, προηγούμενη θεραπεία καθώς και τα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής. Η νευρολογική εξέταση και η γνώση των δερμοτόμιων είναι απαραίτητα. Ήδη με τον εντοπισμό της περιοχής και του τρόπου προβολής του πόνου σε άλλα σημεία του σώματος και σε συνδυασμό με τη γνώση των δερμοτόμιων, μπορεί εν μέρει να γίνει κατανοητή η προέλευση του πόνου καθώς και η υποκείμενη παθοφυσιολογική κατάταξή του. Έτσι, ένας σαφώς εντοπισμένος πόνος σε μια συγκεκριμένη περιοχή του δέρματος είναι συνήθως πόνος που προέρχεται από επιφανειακά κύτταρα (δέρμα, υποδόρια) και η υποκείμενη παθοφυσιολογία του είναι η διέγερση των αλγοϋποδοχέων. Κατά συνέπεια, πρόκειται για σωματικό αλγαισθητικό πόνο.³³

Αντίθετα, ο πόνος με ασαφή εντοπισμό, που προβάλλει σε άλλο σημείο του σώματος από το σημείο προέλευσής του (προβαλλόμενος πόνος) είναι συνήθως πόνος που προέρχεται από τα εν τω βάθει κύτταρα και η υποκείμενη παθοφυσιολογία είναι επίσης η διέγερση των αλγοϋποδοχέων. Πρόκειται επομένως, για σπλαγχνικό αλγαισθητικό πόνο. Από την άλλη πλευρά, ο νευροπαθητικός πόνος εντοπίζεται στην

περιοχή δερμοτόμιων και της κατανομής των νεύρων και συνοδεύεται με διαταραχή της αισθητικότητας. Τα ευρήματα καταγράφονται συνήθως εικονικά και γραφικά σε τυποποιημένο φύλο ασθενών.³³

Γ) αξιολόγηση του κάθε πόνου ξεχωριστά (οι περισσότεροι καρκινοπαθείς ασθενείς έχουν ταυτόχρονα περισσότερους από έναν μόνο τύπο καρκινικού πόνου).

Δ) αξιολόγηση του σταδίου της νόσου. Ο άμεσα με τον καρκίνο σχετιζόμενος πόνος είναι ο πιο συχνός καρκινικός πόνος, κατά συνέπεια μια επιδείνωση της έντασης του πόνου ή ένας καινούργιος πόνος απαιτεί την επανεξέταση του αρρώστου για μια ενδεχόμενη επέκταση του καρκίνου. Αυτό θα εξασφαλίσει στον άρρωστο μια κατάλληλη αγωγή για το στάδιο του καρκίνου.

Ε) αξιολόγηση άλλων παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν το πόνο, δηλ. φυσικών, κοινωνικών, πολιτιστικών και πνευματικών παραγόντων.

2.5.2 Φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου

Η φαρμακευτική αγωγή είναι ο ακρογωνιαίος λίθος στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Έρευνα έδειξε ότι ο πόνος ανακουφίζεται σε ποσοστό άνω του 95% των περιπτώσεων, εάν εφαρμοζόταν απλά η πρόταση του Π.Ο.Υ (Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας) για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.²⁰

Ωστόσο στην πράξη διαπιστώνεται τις περισσότερες φορές ελλιπής αντιμετώπιση λόγω άγνοιας της συγκεκριμένης πρότασης. Οι προτεινόμενοι τρόποι για την αποτελεσματική φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου είναι:¹⁹

Ø Επιλογή φαρμάκων που είναι κατάλληλα για το

συγκεκριμένο είδος πόνου.

Ø Επιλογή φαρμάκων που είναι κατάλληλα για τη σοβαρότητα του πόνου.

Ø Αξιοποίηση του συνδυασμού διάφορων κατηγοριών φαρμάκων και όχι φαρμάκων της ίδιας κατηγορίας.

Ø Εφαρμογή της αναλγητικής κλίμακας του Π.Ο.Υ.

Ø Αξιοποίηση των επικουρικών αναλγητικών φαρμάκων.

Ø Απαγόρευση της χρήσης εικονικών φαρμάκων (placebo).

Η επιλογή φαρμάκων εξαρτάται από το είδος και τη σοβαρότητα του πόνου. Διαφορετικά είδη πόνου ανταποκρίνονται διαφορετικά στη χορήγηση διαφορετικών φαρμάκων. Επειδή είναι σημαντικό να ανακουφιστεί γρήγορα ο καρκινικός πόνος, γι' αυτό, είναι προτιμότερο να ξεκινήσει κανείς τη θεραπεία με δυνατά αναλγητικά φάρμακα και στη συνέχεια να μεταβεί σε ασθενέστερα φάρμακα.

A) Επικουρικά αναλγητικά φάρμακα.

Ως επικουρικά αναλγητικά φάρμακα ορίζονται φάρμακα εκείνης της ομάδας που μολονότι δεν κατατάσσονται φαρμακολογικά στα καθεαυτό αναλγητικά, μπορεί να συμβάλλουν ωστόσο σημαντικά στην ανακούφιση του πόνου, όταν χορηγούνται είτε μόνα ή σε συνδυασμό με άλλα αναλγητικά φάρμακα. Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται:^{19,20}

- Αντικαταθλιπτικά
- Αντιεπιληπτικά
- Αντιψυχωσικά
- Αντιισταμινικά
- Αγχολυτικά
- Κορτικοστεροειδή
- Μυοχαλαρωτικά

- Καλσιτονίνη
- Αντιβιοτικά

Αυτά τα επικουρικά αναλγητικά φάρμακα πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη στην αντιμετώπιση του κάθε είδους καρκινικού πόνου για να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

B) Μη οπιοειδή φάρμακα της πρώτης αναλγητικής κλίμακας.

Τα μη οπιοειδή αναλγητικά φάρμακα είναι τα φάρμακα της πρώτης αναλγητικής κλίμακας αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου σύμφωνα με την πρόταση του Π.Ο.Υ. Αποκαλούνται επίσης περιφερικά «δρόντα» φάρμακα, εξαιτίας του ότι επιτυγχάνουν την ενέργεια και παρενέργειά τους μέσω της αναστολής της περιφερικής σύνθεσης προσταγλανδίνης, αν και πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι έχουν και κεντρική αναλγητική ενέργεια. Διακρίνονται στις ομάδες του σαλικυλικού οξέος, της παρακεταμόλης και των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.

• Ομάδα σαλικυλικού οξέος

Η ασπιρίνη ήταν το φάρμακο αναφοράς της ομάδας του σαλικυλικού οξέος. Πρόκειται για ένα ημισυνθετικό παράγωγο των σαλικυλικών. Τα σαλικυλικά είναι μια φυσική ουσία. Η ασπιρίνη έχει ισχυρή αναλγητική, αντιφλεγμονώδη και αντιπυρετική δράση, αλλά παρουσιάζει αυξημένη συχνότητα παρενεργειών και ειδικότερα γαστρεντερικής αιμορραγίας. Γι' αυτό αποφεύγεται πλέον η χρόνια χορήγησή της στους καρκινοπαθείς. Επίσης, αποφεύγεται η χορήγηση ασπιρίνης στα παιδιά ή στους εφήβους, που πάσχουν από γρίπη ή από ανεμοβλογιά, γιατί υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να προσβληθούν από το σύνδρομο του Reye (οξεία ηπατική βλάβη).²⁵

• Παρακεταμόλη

Η παρακεταμόλη (π.χ. Depon, Lonarid, Panadol) έχει αναλγητική και αντιπυρετική δράση αλλά στερείται ουσιώδους αντιφλεγμονώδους ενέργειας. Η αναλγητική και αντιπυρετική της ισχύς είναι ισοδύναμη με εκείνη του ακετυλοσαλικυλικού οξέως, χωρίς να παρουσιάζει όμως τις ίδιες παρενέργειες. Γι' αυτό το λόγο, η παρακεταμόλη είναι το φάρμακο της πρώτης επιλογής για την αντιμετώπιση της απλής κατάστασης πόνου ή πυρετού των καρκινοπαθών, που δεν συνοδεύεται με φλεγμονή.

Ο μηχανισμός δράσης της παρακεταμόλης αποδίδεται κυρίως στην κεντρική αναστολή του ενζύμου κυκλοξυγενάσης και λιγότερο στον περιφερικό αποκλεισμό των «ώσεων πόνου» που προκαλούνται από χημειούποδοχείς ευαίσθητους στη βραδυκίνη.

• Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη αναλγητικά

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη αναλγητικά φάρμακα (ΜΣΑΦ) αποκαλούνται μια κατηγορία φαρμάκων με ποικίλη χημική δομή, που συμπεριφέρονται όπως η ασπιρίνη (έχουν αναλγητική, αντιφλεγμονώδη και αντιπυρετική δράση), αλλά παρουσιάζουν λιγότερες και ηπιότερες παρενέργειες. Μάλιστα, η πιο πρόσφατη ομάδα της κατηγορίας (οι κοξίμπες) δεν επηρεάζουν καθόλου το πεπτικό και το αιμοποιητικό σύστημα και χωρίζονται με βάση τη χημική τους δομή στις εξής ομάδες:

- Προπιονικά οξέα (π.χ. Φαινοπροφαίνη- Expron)
- Ανθρανιλικά οξέα (π.χ. Μεφαιναμικό οξύ- Ponstan)
- Οξικάμες (π.χ. Πιροξικάμη- Brexin)
- Οξεικά οξέα (π.χ. Νατριούχος δικλοφαινάκη- Voltaren)
- Κοξίμπες, νέα γενιά ΜΣΑΦ (π.χ. Celebrex, Arcoxia)

Ο μηχανισμός δράσης των ΜΣΑΦ θεωρείται ότι είναι κυρίως η αναστολή της σύνθεσης προσταγλανδινών, μέσω της μη εκλεκτικής αναστολής του ενζύμου (COX-1 και COX-2) κυκλοξυγενάση νέα γενιά των ΜΣΑΦ οι κοξίμπες, είναι εκλεκτικοί αναστολείς της κυκλοξυγενάσης (COX-2) και κατά συνέπεια προκαλούν λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες στο αιμοποιητικό και πεπτικό σύστημα. Τα ΜΣΑΦ επιδρούν επίσης στη διεργασία παραγωγής ελεύθερων ριζών οξυγόνου, αναστολής μετανάστευσης των λευκών αιμοσφαιρίων, σταθερότητας των κυτταρικών μεμβρανών και της αναστολής των λευκοτριενίων μέσω της αδρανοποίησης του κύκλου της λιποοξυγενάσης.²⁵

Μια ιδιαίτερη διαπίστωση σχετικά με τη χορήγηση των ΜΣΑΦ στον ασθενή είναι η απρόβλεπτη ατομική διαφορετική ανταπόκριση στη θεραπεία.

Αυτή η διαφορετική ανταπόκριση στη θεραπεία φαίνεται να έχει σχέση με την ατομική αντίδραση του οργανισμού σε συγκεκριμένη κατάσταση της νόσου. Η οδός μεταβολισμού που ενεργοποιήθηκε μπορεί να διαφέρει σημαντικά μεταξύ ασθενών με την ίδια διάγνωση νόσου. Η γνώση των ομάδων των ΜΣΑΦ είναι λοιπόν σημαντική γιατί, αν αποδειχθεί ότι ένα φάρμακο μιας συγκεκριμένης ομάδας δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία, μπορεί να δοκιμασθεί ένα άλλο φάρμακο διαφορετικής χημικής ομάδας.

Οι παρενέργειες των ΜΣΑΦ σχετίζονται άμεσα με το μηχανισμό δράσης καθώς και με τη φαρμακοδυναμική και φαρμακοκινητική του συγκεκριμένου φαρμάκου. Γενικά, η πιο σημαντική παρενέργεια όλων των ΜΣΑΦ (με εξαίρεση των κοξίμπων) είναι η γαστρεντερική βλάβη που προκαλούν. Αυτή οφείλεται στη μείωση της σύνθεσης των ειδικών

προσταγλανδινών, οι οποίες προστατεύουν το γαστρικό βλεννογόνο. Επίσης, η μείωση προσταγλανδίνης στα νεφρά μπορεί να επηρεάσει τη νεφρική λειτουργία. Η αναστολή της προσταγλανδίνης, που είναι απαραίτητη για τη βρογχοδιαστολή, μπορεί να αφήσει ανεμπόδιστη την παραγωγή λευκοτριένης και να οδηγήσει έτσι στο βρογχόσπασμο στα ευπαθή άτομα (π.χ. ασθενείς με άσθμα, πολύποδα στη ρίνα ή ρινίτιδα). Οι νεότερες γενιές ΜΣΑΦ θεωρείται ότι προκαλούν εκλεκτική αναστολή των προσταγλανδινών και κατά συνέπεια είναι πιο ανεκτές σχετικά με τις παρενέργειες των άλλων ΜΣΑΦ.²⁵

Όλα τα ΜΣΑΦ μπορούν να προκαλέσουν αύξηση των δεικτών ηπατικής λειτουργίας. Αν η αύξηση αυτή είναι σοβαρή ή συνοδεύεται από δυσλειτουργία του ήπατος, η αγωγή με τα ΜΣΑΦ πρέπει να διακοπεί.

Επίσης, διαταραχή των αιματολογικών δεικτών μπορεί να προκύψει με τη λήψη οποιωνδήποτε φαρμάκων και τα ΜΣΑΦ δεν αποτελούν εξαίρεση, αν και η συχνότητα εμφάνισης της λευκοπενίας ή αναιμίας είναι, με εξαίρεση τις φαινοβουταζόνες και οξυφαιβουταζόνες, πολύ ελάχιστη.

Γ) Ασθενή οπιοειδή αναλγητικά φάρμακα.

Οπιοειδή φάρμακα ονομάζονται η ομάδα των φυσικών ή συνθετικών φαρμάκων που έχουν όμοια φαρμακολογική δράση με τη μορφίνη. Η αναλγητική τους δράση οφείλεται στην ενέργεια που προκαλείται από τη σύνδεσή τους με τους οπιοειδείς υποδοχείς.²⁶

Τέτοιες συνδέσεις και ενέργειες λαμβάνουν χώρα στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού και στα ανώτερα κέντρα του νευρικού συστήματος.

Ο Π.Ο.Υ προτείνει την κωδεΐνη (π.χ. Dolcontin) και την δεξτροπροποξυφαΐνη (π.χ. Romidon) ως φάρμακα επιλογής του δεύτερου βήματος στην φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Η αναλγητική τους ικανότητα είναι 1/5 ως 1/20 της μορφίνης και γι' αυτό αποκαλούνται ασθενή οπιοειδή. Με εξαίρεση κάποιες συγκεκριμένες παρενέργειες, όλες οι άλλες παρενέργειές τους είναι όμοιες αλλά ηπιότερες από εκείνες της μορφίνης.

Η κωδεΐνη που είναι το φάρμακο αναφοράς της ομάδας, έχει ως σημαντική παρενέργεια την αυξημένη πιθανότητα πρόκλησης σπαστικής δυσκοιλιότητας.

Η δεξτροπροποξυφαΐνη έχει δομική ομοιότητα με τη μεθαδόνη και η αναλγητική της ικανότητα είναι έως 1/3 της κωδεΐνης. Σημαντική παρενέργειά της είναι η αυξημένη πιθανότητα πρόκλησης ηπατικής βλάβης. Εξαιτίας αυτού και σε συνδυασμό με την μικρότερη αναλγητική της ισχύ, συγκριτικά με την κωδεΐνη, πολλοί αμφιβάλλουν για την κλινική χρησιμότητα του φαρμάκου.²⁶

Δ) Ισχυρά οπιοειδή αναλγητικά φάρμακα.

Τα ισχυρά οπιοειδή αναλγητικά φάρμακα είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του εντονότατου καρκινικού πόνου. Εδώ η μορφίνη είναι το βασικό φάρμακο που χρησιμοποιείται πιο συχνά από όλα τα άλλα ισχυρά οπιοειδή. Και αυτό γιατί:

- Έχει το πλεονέκτημα να είναι το οπιοειδές αναλγητικό με τη μακρύτερη ιστορία χρήσης και έτσι υπάρχει πλούσια σχετική κλινική εμπειρία όσον αφορά το προφίλ της ασφάλειάς της.

- Μπορεί να χορηγηθεί με ποικίλους τρόπους και ιδίως από το στόμα και οι δόσεις μπορούν να τιτλοποιηθούν εύκολα στην ατομική ανάγκη του κάθε ασθενή.
- Όλα τα άλλα οπιοειδή συγκρίνονται και μετατρέπονται με βάση τη δοσολογία και την ισχύ της μορφίνης.²⁶

Ε) Διαδερμικά χορηγούμενα οπιοειδή.

Η διαδερμική χορήγηση φαιντανύλης (π.χ. Durogesic) αποτελεί εξαιρετική εναλλακτική λύση, ιδιαίτερα όταν η χορήγηση φαρμάκων από το στόμα δεν είναι δυνατή. Τα αυτοκόλλητα που είναι σήμερα διαθέσιμα κατασκευάζονται έτσι ώστε να φέρουν μια δεξαμενή φαρμάκου που διαχωρίζεται από το δέρμα με μια μεμβράνη με μικρούς πόρους για ελεγχόμενη ταχύτητα αποδέσμευσης. Μετά την εφαρμογή ενός τέτοιου αυτοκόλλητου της φαιντανύλης, η φαιντανύλη δεν ανιχνεύεται στο αίμα για 1 ως 2 ώρες, αλλά τα επίπεδα στα αίμα αυξάνουν μέσα σε 8 ως 16 ώρες και σταθερή κατάσταση επιτυγχάνεται σε 72 ώρες. Τα αυτοκόλλητα αυτά διατίθενται σε διάφορα μεγέθη, ανάλογα με το ρυθμό απελευθέρωσης του φαρμάκου (25, 50, 75 και 100 μg/ώρα) και παρέχει φάρμακο για 2 έως 3 ημέρες.

Το μεγαλύτερο μειονέκτημα αυτής της οδού χορήγησης είναι η βραδεία έναρξη της δράσης και η αδυναμία ταχείας αλλαγής της δοσολογίας, όταν μεταβάλλονται οι απαιτήσεις σε οπιοειδή.²⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

3.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

3.1.1 Ξηροστομία

Η ξηροστομία είναι ένα συχνό σύμπτωμα του καρκίνου που βασανίζει τους ασθενείς και επιδεινώνει τη γενική κλινική τους κατάσταση. Οφείλεται συνήθως κυρίως σε αφυδάτωση, αν και η λοίμωξη της στοματικής κοιλότητας (στοματίτιδα), ιδιαίτερα μετά από χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία καθώς και η λήψη ορισμένων φαρμάκων (αντικαταθλιπτικών) μπορούν να ευθύνονται γι' αυτή. Ελλιπής υγιεινή ή αποσύνθεση του όγκου μπορεί να προκαλέσει επιπλέον ενοχλητική στοματική οσμή.¹¹

Η γενική διαδικασία αντιμετώπισης του συμπτώματος περιλαμβάνει την ενυδάτωση και την τήρηση της στοματικής υγιεινής. Εάν ευθύνεται συγκεκριμένο φάρμακο, θα πρέπει ενδεχομένως να αλλαχθεί.¹¹

Η λοίμωξη της στοματικής κοιλότητας πρέπει να αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση κατάλληλων αντιβιοτικών και προτιμάται η τοπική και όχι η συστηματική χορήγηση, γιατί έτσι περιορίζεται σημαντικά η παρενέργεια των αντιβιοτικών. Μπορεί να εφαρμοσθεί τοπικό αναισθητικό φάρμακο σε περίπτωση που υπάρχει πόνος.¹¹

Για την αντιμετώπιση της ξηροστομίας θα πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να καθοδηγήσει τον ασθενή στη σωστή στοματική υγιεινή, να ξεπλένει το στόμα του ασθενούς συχνά με νερό ή αραιό στοματικό διάλυμα, να υγραίνει τα χείλη του ασθενούς συχνά με μαλακτικό λάδι, να ενθαρρύνει τον ασθενή να αναπνέει από τη μύτη παρά από το στόμα, να τον ενθαρρύνει να μην καπνίζει διότι το κάπνισμα ερεθίζει και ξηραίνει

το βλεννογόνο, να λαμβάνει μέτρα πρόληψης ή θεραπείας του ελλείμματος υγρών.

3.1.2 Ναυτία-Εμετός

Πάνω από 50% των καρκινοπαθών υποφέρουν από ναυτία και έμετο. Το σύμπτωμα αυτό μπορεί να προκληθεί από το γαστρεντερικό ή από το νευρικό σύστημα. Οι πιο σημαντικές αιτίες είναι:¹³

- Û Ακτινοβολία
- Û Υπερουριχαιμία
- Û Υπερασβεστιαμία
- Û Απόφραξη του εντέρου
- Û Δυσκοιλιότητα
- Û Αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση
- Û Φαρυγγικός ερεθισμός

Είναι προτιμότερο να διαπιστωθεί η υποκείμενη αιτία του συμπτώματος πριν από κάθε ενέργεια θεραπείας του. Στη συνέχεια, ξεχωρίζονται οι αιτίες ανάλογα με το αν οφείλονται στον όγκο, στη θεραπεία του όγκου ή είναι ανεξάρτητες από αυτά. Καταρχάς, πρέπει να εξακριβωθεί εάν ο ασθενής κάνει πραγματικά εμετό, γιατί συχνά συγχέει τα απεκκρίματα που φτύνει ως εμετό, εάν συνοδεύονται από το βήχα που προκαλεί αντανακλαστικό ερέθισμα πνιγμού. Πέρα από την εξέταση της κοιλίας και του ορθού, γίνονται συνοπτικές νευρολογικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Όλα τα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής πρέπει να ερευνηθούν για την ενδεχόμενη πρόκληση του συμπτώματος. Η συμπτωματική αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμετού πρέπει να ξεκινήσει, μόνο εφόσον δεν μπορεί να διαπιστωθεί γρήγορα ή αρκετά γρήγορα η αιτία.^{11, 13}

Όσον αφορά τον εμετό που οφείλεται στη λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η δυνατότητα διακοπής ή αλλαγής τους. Το μέτρο αυτό όμως δε θεωρείται αναγκαίο στην περίπτωση λήψης των οπιοειδών αναλγητικών φαρμάκων γιατί, ο προκαλούμενος εμετός αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με τη χορήγηση φαρμάκων, της ομάδας νευροληπτικών. Η καθυστέρηση της διάβασης του εντέρου που προκαλείται από τα οπιοειδή και από τα αντιχολινεργικά μπορεί να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά με την μετοκλοπραμίδη, που πέρα από τη κεντρική αντιεμετική της δράση ενισχύει την περισταλτικότητα της ανώτερης γαστρεντερικής οδού. Η χορήγηση ουσιών που διεγείρουν το έντερο, είτε μαζί με την τροφή είτε ως υπόθετα, μπορεί να είναι ωφέλιμη.

Η εξωτερική συμπίεση του στομάχου, από μεταστάσεις του ήπατος, καρκίνο του παγκρέατος ή από μεταστάσεις των λεμφαδένων, μπορεί να οδηγήσει σε στένωση της εξόδου του στομάχου και κατά συνέπεια να προκληθεί έντονος εμετός. Κατά κανόνα, το σύμπτωμα αυτό εμφανίζεται ιδίως κατά το μεσημέρι και το βράδυ. Οι θεραπευτικές δυνατότητες σε τέτοιες περιπτώσεις δεν είναι ικανοποιητικές. Μπορεί να δοκιμασθεί και η χορήγηση μετοκλοπραμίδης ή αντισταμινικών. Κατά καιρούς, η χορήγηση κορτικοστεροειδούς μπορεί να είναι ωφέλιμη, ίσως εξαιτίας της δράσης της κατά του οιδήματος.

Ο φαρυγγικός ερεθισμός από έλκος ή από μετάσταση του όγκου μπορεί να αντιμετωπισθεί με μια σειρά σύντομων ακτινοβολιών ή με επιφανειακή περιοχική αναισθησία με τοπικό αναισθητικό. Ωστόσο, η τελευταία διαδικασία επηρεάζει την κατάποση, μπορεί όμως να ωφελεί ειδικά άτομα που έχουν τοποθετημένο γαστρικό καθετήρα.^{11, 13}

Ο εμετός, που προκαλείται από την αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, αντιμετωπίζεται καλύτερα με τη χορήγηση της δεξαμεθαζονης και διουρητικών φαρμάκων. Μπορεί επίσης να προστεθεί και η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. Η δυνατότητα της ακτινοβολίας ή της νευροχειρουργικής επέμβασης για την αντιμετώπιση του εμετού πρέπει να εξετασθεί.¹¹

Τα αντιχολινεργικά, όπως είναι η υδροβρωμική σκοπολαμίνη, ενδείκνυται μόνο σε ασθενείς στην τελική φάση του καρκίνου, εξαιτίας των παρενεργειών τους.¹¹

Η φαρμακολογική θεραπεία του εμετού είναι πιο αποτελεσματική όταν εφαρμόζεται προφυλακτικά. Στην περίπτωση αυτή, η λήψη του αντιεμετικού φαρμάκου από το στόμα είναι, κατά κανόνα, ακόμη εφικτή, ενώ στην περίπτωση όπου ο ασθενής κάνει ήδη εμετό τα φάρμακα χορηγούνται παρεντερικώς ή δια του ορθού, γιατί η απορρόφηση τους, εάν λαμβάνονται από το στόμα, δεν μπορεί να είναι εγγυημένη.¹³

Καθήκον του νοσηλευτή είναι να λάβει μέτρα ελάττωσης του φόβου και του άγχους, να απομακρύνει τα δυσάρεστα θεάματα και τις οσμές του περιβάλλοντος από κοντά του, να τον ενθαρρύνει να παίρνει βαθιές αργές αναπνοές και να αλλάζει θέσεις αργά όταν αισθάνεται ναυτία. Σε περίπτωση που επιτρέπετε η πρόσληψη τροφής από το στόμα θα πρέπει να αποφεύγουμε την προσφορά φαγητών με έντονη οσμή, να χορηγούμε μικρά, συχνά γεύματα, να ενθαρρύνουμε τον ασθενή να τρώει ξηρές τροφές και να αποφεύγει να πίνει υγρά με τα γεύματα αν αισθάνεται ναυτία. Επίσης, θα πρέπει να αποφεύγει τροφές πλούσιες σε λιπαρά, τα οποία καθυστερούν την κένωση του στομάχου και να ξεκουράζεται μετά από κάθε γεύμα. Όλα αυτά θα έχουν σαν αποτέλεσμα την ανακούφιση του ασθενούς από τη ναυτία και τους εμέτους.¹³

3.1.3 Καχεξία, ανορεξία και δυσφαγία

Περίπου 30% των καρκινοπαθών εμφανίζουν καχεξία, συνήθως ως εκδήλωση του αυξημένου μεταβολισμού που συνδέεται με τη νόσο, αλλά και εξαιτίας άλλων συμπτωμάτων όπως είναι η δυσφαγία, η ναυτία, η μεγάλη απώλεια πρωτεΐνης από έλκος και αιμορραγία, η πλημμελής απορρόφηση ή και ως συνέπεια της θεραπείας. Κανείς πρέπει να επιδιώκει την αντιμετώπιση της υποκειμενικής αιτίας, ενώ η προσέγγιση της καχεξίας καθαυτή μέσω επιθετικής διατροφής με τοποθέτηση καθετήρα ή σωλήνα στο στομάχι δεν είναι γενικά αποδεκτή.²⁸

Είναι προτιμότερο η θεραπευτική προσπάθεια να κατευθύνεται στην ανακούφιση των σωματικών επιπλοκών και των κοινωνικών συνεπειών της καχεξίας. Σ' αυτές περιλαμβάνονται να διατίθενται π.χ. στον εξασθετισμένο ασθενή μέσα που διευκολύνουν τη μετακίνησή του, να προσαρμόζεται η ένδυσή του κλπ. Το συνεχές ζύγισμα των ασθενών δεν είναι, για ευνόητους ψυχολογικούς λόγους, σωστό.²⁸

Η δυσφαγία, που προκαλείται από στένωση του οισοφάγου ή του φάρυγγα καθώς και από νευρομυική δυσλειτουργία, μπορεί να είναι μια πιθανή αιτία της καχεξίας. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η δυσφαγία αντιμετωπίζεται καταρχάς με την εφαρμογή διαιτητικής διαδικασίας, που συνίσταται στη λήψη τροφίμων σε μορφή πουρέ. Μπορεί να γίνει προσπάθεια διατήρησης της διάβασης του οισοφάγου με τη χορήγηση στεροειδών, με επέμβαση ακτινοβολίας, με θεραπεία λέιζερ ή με επανειλημμένες μηχανικές διαστολές. Τελικά, πρέπει να ληφθεί υπόψη η δυνατότητα πραγματοποίησης μιας παρηγορητικής χειρουργικής επέμβασης, εάν αυτή θα είναι σε όφελος του ασθενή. Εάν αποτύχουν όλες αυτές τις διαδικασίες, τότε θα πρέπει να τοποθετηθεί ένας κεντρικός

φλεβικός καθετήρας, με τον οποίο θα είναι δυνατή η παρεντερική διατροφή του ασθενή.

Η ανορεξία είναι συχνά για τους καρκινοπαθείς μια ένδειξη απώλειας ενδιαφερόντων για τη ζωή ή ενδιαφερόντων για τη λήψη τροφίμων. Μια προσέγγιση του φόβου των συγγενών είναι συνήθως αποφασιστικό μέρος της θεραπείας. Το τελετουργικό της λήψης γεύματος, μπορεί να οργανωθεί με τρόπο που να είναι ελκυστικό. Σε αυτό περιλαμβάνονται π.χ. αλλαγή ένδυσης του ασθενή και γεύμα σε αλλιώτικο περιβάλλον.

Φάρμακα που διεγείρουν την όρεξη, όπως είναι η χορήγηση της κορτιζόνης, μπορούν να δοκιμασθούν. Επίσης, ορισμένα συνθετικά ανδρογόνα που χορηγούνται για τη θεραπεία του όγκου, εφαρμόζονται και για την αντιμετώπιση της καχεξίας, εξαιτίας της αναβολικής τους δράσης. Ανάλογα με τη δοσολογία, παρατηρείται μια αύξηση του βάρους του σώματος σε 50-75% των ασθενών και αύξηση της όρεξης σε παραπάνω από 80% των ασθενών. Η οικονομική επιβάρυνση αυτής της θεραπείας είναι σημαντική και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη.²⁸

Σε πάρα πολύ βαριές καταστάσεις η αφυδάτωση μπορεί να λειτουργήσει ανακουφιστικά, γιατί οδηγεί σε μείωση της παραγωγής ούρων, βρογχικών φλεγμάτων και γαστρικών υγρών.

3.1.4 Λύγγας

Η αιτία του λύγγα είναι συνήθως ο ερεθισμός του διαφράγματος από στένωση του στομίου εξόδου του στομάχου ή από μεταστάσεις του ήπατος. Άλλες πιθανές αιτίες αυτού του βασανιστικού συμπτώματος είναι ο ερεθισμός του πνευμονογαστρικού νεύρου, ο ενδοκρανιακός όγκος ή οι τοξίνες.¹⁴

Οι πιο σημαντικές θεραπευτικές διαδικασίες περιλαμβάνουν την ανακούφιση του στομάχου είτε μέσω χορήγησης κατάλληλων φαρμάκων είτε μέσω άλλων χειρισμών. Το στομάχι μπορεί να ανακουφισθεί με χορήγηση φαρμάκων που διευκολύνουν την κινητικότητά του ή που εμποδίζουν τον μετεωρισμό. Ο ερεθισμός του διαφράγματος και του πνευμονογαστρικού νεύρου από τον όγκο, αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση της κορτιζόνης. Εάν ο λύγγας έχει κεντρική αιτία, μπορεί να γίνει προσπάθεια αντιμετώπισής του με τη χορήγηση των αντιεπιληπτικών φαρμάκων.¹⁴

Ένας συμπτωματικός έλεγχος του λύγγα είναι ορισμένες φορές δυνατό να επιτευχθεί με φυσική διαδικασία, όπως είναι ο σκόπιμος ερεθισμός του φάρυγγα. Πολύ συχνά η χορήγηση των νευροληπτικών, όπως είναι η χλωροπρομαζίνη είναι τελικά απαραίτητη για να επιτευχθεί αποτέλεσμα.

Εκτός από τις παραπάνω θεραπευτικές παρεμβάσεις, υπάρχουν και κάποια μέτρα τα οποία λαμβάνει ο νοσηλευτής για να μπορέσει να ανακουφίσει τον ασθενή από αυτό το βασανιστικό σύμπτωμα. Καθοδηγεί τον ασθενή να αποφεύγει την λήψη πολύ ζεστών ή πολύ κρύων υγρών, έτσι ώστε να αποφεύγεται η αντανάκλαστική διέγερση του φρενικού νεύρου. Επίσης καθοδηγεί τον ασθενή σε τεχνικές όπως το κράτημα της αναπνοής ή οι αναπνοές σε χάρτινη σακούλα οι οποίες βοηθούν στην καταπολέμηση του λύγγα.¹⁴

3.1.5 Δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα ανήκει στα πιο συχνά συμπτώματα των καρκινοπαθών που βρίσκονται σε τελική φάση της νόσου και μπορεί να είναι σωματικά και ψυχολογικά πολύ ενοχλητική για τους ασθενείς. Οι πιο σημαντικές αιτίες της δυσκοιλιότητας είναι η ακινησία, μειωμένα και

συχνά φτωχά σε ίνες τρόφιμα, αφυδάτωση και γενική εξάντληση. Επίσης, τα φάρμακα ή μεταβολικές διαταραχές μπορούν να προκαλέσουν αδράνεια στην κινητικότητα του εντέρου. Λιγότερο συχνή αιτία της δυσκοιλιότητας είναι και ο αποκλεισμός του εντέρου είτε από τον όγκο ή από εξωτερική συμπίεση. Ως αποτέλεσμα της δυσκοιλιότητας μπορούν να προκύψουν και άλλα συμπτώματα, όπως είναι η φόρτωση του ορθού με αποξηραμένα κόπρανα, πρωκτική αιμορραγία, αίσθημα γεμάτου στομάχου, μετεωρισμός, ανορεξία, ενδεχομένως και ναυτίες, έμετος και επιγαστρικός πόνος. Πριν από την έναρξη της θεραπείας θα πρέπει να ληφθεί το ιατρικό ιστορικό της συχνότητας αφόδευσης και της χρήσης των καθαρτικών του κάθε ασθενή. Σ' αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι η συχνότητα αφόδευσης από 5 ως 7 φορές την εβδομάδα είναι φυσιολογική.¹³

Η θεραπεία της δυσκοιλιότητας περιλαμβάνει καταρχήν την εφαρμογή των γενικών διαδικασιών, όπως είναι η αποκατάσταση των ισοζυγίων υγρών και ηλεκτρολυτών καθώς και την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας των ασθενών.¹³

Η προληπτική χορήγηση των καθαρτικών, ειδικά στις περιπτώσεις όπου οι ασθενείς λαμβάνουν οποιοδήποτε θεραπεία, είναι προτιμότερη, γιατί μια ήδη εγκαταστημένη δυσκοιλιότητα είναι συνήθως πιο δύσκολο να ελεγχθεί.¹⁴

Τα καθαρτικά φάρμακα διακρίνονται σε:

- A. αυξάνοντα τον όγκο των κοπράνων: θεωρούνται ήπια καθαρτικά
- B. μαλακτικά των κοπράνων
- Γ. διεγείροντα την εντερική κινητικότητα
- E. αλατούχα και οσμωτικά δρώντα

Τα καθαρτικά που αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων με οσμωτική δράση δεν είναι κατάλληλα για ασθενείς σε τελική φάση της νόσου, γιατί η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται από τη λήψη επαρκών υγρών και από τη σωματική κινητικότητα των ασθενών. Σε αντίθετη περίπτωση, υπάρχει κίνδυνος να προκαλέσουν απόφραξη του εντέρου.

Είναι σημαντικό να υπάρχει μια συστηματική προσέγγιση στη χορήγηση των καθαρτικών. Η εφαρμογή ενός κλιμακούμενου σχεδίου έχει αποδειχθεί αποτελεσματική. Σ' αυτό περιλαμβάνεται αρχικά η χορήγηση ήπιων καθαρτικών και μόνο στη δεύτερη φάση, όταν τα ήπια καθαρτικά αποδειχθούν αναποτελεσματικά, χορηγούνται διεγερτικά καθαρτικά. Τελικά, στους περισσότερους ασθενείς χρειάζεται όμως να χορηγηθεί συνδυασμός διάφορων καθαρτικών για την επίτευξη αποτελέσματος. Η συνεργασία του ασθενή στη διάρκεια αναζήτησης της ιδανικής θεραπείας με καθαρτικά είναι απαραίτητη, έτσι ώστε να αποφευχθεί η συνεχής εναλλαγή του συμπτώματος από διάρροια σε δυσκοιλιότητα και αντίστροφα.¹⁴

Επίμονη δυσκοιλιότητα με τη συσσώρευση πυκνωμένων κοπράνων, ιδιαίτερα στο ορθό, πρέπει να αντιμετωπισθεί με κλύσμα ή δια χειρός μηχανική απομάκρυνση. Η απόφραξη του εντέρου από τα κόπρανα αντιμετωπίζεται συνήθως με χειρουργική επέμβαση. Για την καλύτερη αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας απαιτείται η συνεργασία του νοσηλευτή με τον ασθενή. Μαζί θα καθορίσουν μια συγκεκριμένη ώρα αφόδευσης σύμφωνα με τις συνήθειες του ασθενούς και θα καταπολεμήσουν τον φόβο και το άγχος που μπορεί να έχει ο ασθενής. Επίσης, ο νοσηλευτής θα προσφέρει τη βοήθεια του κάθε φορά που θα χρειάζεται να πάει τουαλέτα, θα τον τοποθετεί στη σωστή θέση και θα του εξασφαλίζει απομόνωση και επαρκή αερισμό.¹³

3.1.6 Διάρροια

Η διάρροια στους καρκινοπαθείς οφείλεται συχνά στην υπερχειλίση των συσσωρευμένων κοπράνων στο έντερο. Επίσης, μπορεί να οφείλεται σε μόλυνση ή εντερίτιδα από την ακτινοβολία. Άλλες αιτίες μπορεί να είναι η υπερασβεστιαμία, η πλημμελής απορρόφηση, η διήθηση του όγκου αλλά και ψυχογενείς αιτίες.¹³

Η θεραπεία του συμπτώματος πρέπει και εδώ να καθοδηγείται από την αιτία. Κορτικοειδή περιέχοντα κλύσμα έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της διάρροιας που οφείλεται στη διήθηση του όγκου στο ορθό και μπορεί επίσης να εφαρμοσθεί και στην αντιμετώπιση της πρωκτικής απόκρισης που παρατηρείται μετά από επέμβαση κολοστομίας. Τα ήπια περιστατικά μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη χορήγηση των αντιχολινεργικών φαρμάκων, όπως είναι η λοπεραμίδη, που αναστέλλουν την περισταλτική κίνηση του εντέρου. Στα πιο βαριά περιστατικά μπορεί να χορηγηθούν οπιοειδή φάρμακα λόγω της ιδιότητάς τους να προκαλούν δυσκοιλιότητα.¹³

Οι νοσηλευτικές πράξεις που θα φέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι οι εξής: αφού διαπιστώσουμε τις συνήθειες κένωσης του ασθενούς, εκτιμούμε και αναφέρουμε σημεία και συμπτώματα διάρροιας, εκτιμούμε τους εντερικούς ήχους σε τακτά χρονικά διαστήματα, λαμβάνουμε μέτρα για τον έλεγχο της διάρροιας αν εμφανιστεί, λαμβάνουμε μέτρα για την μείωση του φόβου και του άγχους, αποθαρρύνουμε το κάπνισμα διότι η νικοτίνη έχει διεγερτική δράση στο γαστρεντερικό σωλήνα, αν η διάρροια σχετίζεται με την αντιμικροβιακή θεραπεία, ενθαρρύνουμε την πρόσληψη τροφών που αποκαθιστούν τη χλωρίδα του εντέρου και σε

περίπτωση που η διάρροια επιμένει τότε θα πρέπει να συμβουλευτούμε τον γιατρό.¹⁶

3.1.7 Ασκίτης

Ο καρκίνος του μαστού, των ωοθηκών, του παχέως εντέρου, του παγκρέατος ή του βρογχικού συστήματος καθώς και οι μεταστάσεις τους προκαλούν συνήθως ασκίτη. Ως συνέπεια μπορούν να προκύψουν δύσπνοια και κοιλιακό άλγος εξαιτίας κυρίως της διάτασης του κοιλιακού τοιχώματος.

Η θεραπεία του ασκίτη γίνεται μόνο εάν παρουσιαστούν ενοχλήσεις. Τότε, μπορεί να δοκιμασθεί η φαρμακευτική αντιμετώπιση με διουρητικά. Η παρακέντηση για την απομάκρυνση του ενδοκοιλιακού υγρού ως μέσου ελέγχου του συμπτώματος είναι αμφιλεγόμενη εξαιτίας της ταχείας αναπαραγωγής του υγρού, επειδή όμως μπορεί να παρέχει σημαντική ανακούφιση στον ασθενή, πραγματοποιείται συχνά με τη μορφή της ελεγχόμενης εκροής μέσω τοποθέτησης ενδοκοιλιακού καθετήρα. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να διερευνηθεί ξεχωριστά εάν ενδείκνυται η ενστάλαξη κυτταροστατικών ή ραδιενεργών νουκλεϊδίων.¹⁶

3.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

3.2.1 Δύσπνοια

Η δύσπνοια είναι ένα υποκειμενικό αίσθημα έλλειψης αναπνοής που συνοδεύεται συνήθως με αντικειμενικά σημάδια της ταχύπνοιας και του υπεραερισμού. Πρόκειται για ένα συχνό και πολύ ενοχλητικό σύμπτωμα που ταλαιπωρεί ένα σημαντικό ποσοστό των καρκινοπαθών, οι οποίοι βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της νόσου.

Το αναπνευστικό κέντρο του εγκεφαλικού στελέχους επηρεάζει, διαμέσου των χημικών και νευρικών σημάτων, το έργο της αναπνοής. Αύξηση του έργου της αναπνοής προκαλούν οι ακόλουθες καταστάσεις:

- ✓ φόβος
- ✓ εγρήγορση
- ✓ υποξία
- ✓ αύξηση CO₂ του αίματος
- ✓ μείωση pH του αίματος
- ✓ διάταξη ή διέγερση των υποδοχέων των πνευμόνων.

Ασθενείς που έχουν δύσπνοια, αυξάνουν την κατανάλωση της ενέργειας αναπνοής κατά την προσπάθειά τους να βελτιώσουν τον αερισμό, όμως έτσι επιδεινώνεται ακόμη περισσότερο το αίσθημα έλλειψης αναπνοής. Τα επεισόδια δύσπνοιας προσλαμβάνονται ως πιο απειλητικά, όταν έχουν άμεση σχέση με έντονο φόβο και έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος. Οι ασθενείς φοβούνται τον πνιγμό.

Άλλες πιθανές αιτίες της δύσπνοιας είναι :

- ✓ πόνος
- ✓ διήθηση του όγκου στα πνευμονικά κύτταρα και στον θώρακα

- ✓ απόφραξη της αναπνευστικής οδού
- ✓ λεμφαγγείωμα καρκίνωμα
- ✓ ογκώδης ασκίτης
- ✓ παράλυση των μεσοπλεύριων νεύρων ή του γαστροπνευμονικού νεύρου.
- ✓ ινωμάτωση μετά από ακτινοβολία
- ✓ αναιμία
- ✓ πνευμονική εμβολή
- ✓ πνευμονία

Μεταβολικές διαταραχές, όπως είναι η υπερουριχαιμία και η διαβητική κετοξέωση ή αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, μπορούν να προκαλέσουν αλλοίωση της μορφής της αναπνοής, ωστόσο δεν προκαλούν δύσπνοια.

Κάθε καινούργιο επεισόδιο δύσπνοιας των ασθενών πρέπει να εξηγηθεί. Στα ελάχιστα διαγνωστικά μέσα περιλαμβάνονται απλές και λιγότερο επιβαρυντικές εξετάσεις, όπως είναι η ακτινογραφία θώρακος και η εξέταση αίματος. Δαπανηρές διαγνωστικές εξετάσεις πρέπει να γίνονται μόνο εφόσον είναι απαραίτητες για τη θεραπεία. Η θεραπεία της συγκεκριμένης αιτίας της δύσπνοιας μπορεί να είναι το επακόλουθο αυτών των διαγνωστικών ενεργειών. Ο φόβος του πνιγμού, αν και δεν γίνεται συνήθως ζήτημα, υπάρχει συχνά στους ασθενείς και στους συγγενείς. Εδώ προέχει η απαλλαγή των ασθενών από το φόβο με κατευναστική συζήτηση καθώς και με την τροποποίηση της σωματικής δραστηριότητας. Εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση του ασθενή, μπορεί επίσης να βοηθήσει η τεχνική χαλάρωσης και υπνωτισμού. Η λήψη γενικών μέτρων, όπως είναι φρέσκος αέρας, αναπνευστικές ασκήσεις και τα κρύα επιθέματα στο πρόσωπο δεν πρέπει να υποτιμηθούν ως προς την αποτελεσματικότητά τους.³⁶

Ογκώδης καρκίνος των πνευμόνων ή η μετάσταση των λεμφαδένων μπορεί να ελαττωθεί με ακτινοβολία βελτιώνοντας έτσι την αναπνοή. Πρέπει όμως να προηγηθεί η χορήγηση δεξαμεθαζόνης, έτσι ώστε να μειωθεί το αντιδραστικό οίδημα από την ακτινοβολία.²²

Στις περιπτώσεις του ενδοτράχιου ή ενδοβρογχικού όγκου μπορεί η ενδοβρογχική επέμβαση με λέιζερ να επιφέρει ταχεία ανακούφιση. Συγκριτικά με την ακτινοβολία η αποτελεσματικότητα της θεραπείας λέιζερ είναι σαφώς καλύτερη και είναι άμεση. Αντίθετα η επιτυχία της θεραπείας με ακτινοβολία έρχεται με καθυστέρηση μερικών εβδομάδων και ύστερα από μερικές εβδομάδες θεραπείας.²²

Η παροχέτευση υγρών σε περίπτωση υδροθώρακα ή ασκίτη μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση της αναπνοής. Όμως σπάνια η συλλογή υγρών αποτελεί την αιτία της δύσπνοιας και επειδή αναπαράγεται ήδη μετά από μερικές μέρες και η ενστάλαξη των κυτταροστατικών ή των ραδιενεργών νουκλεϊδίων δεν είναι σε θέση να την αναστείλει, η παροχέτευση δεν θεωρείται ιδανική λύση. Αντίθετα μπορεί να είναι πολύ ενοχλητική για τους ασθενείς στο τελικό στάδιο της νόσου.²⁷

Η δεξαμεθαζόνη μπορεί να ελαττώσει το οίδημα που προκαλείται από τους κακοήθεις όγκους των πνευμόνων και των ενδιάμεσων χώρων του θώρακα, μέσα από την μείωση της συμπίεσης που υφίστανται η τραχεία και οι βρόγχοι. Χορηγείται και για την αντιμετώπιση του βρογχόσπασμου και του λεμφαγγειώματος.²⁰

Συνήθως αποφεύγεται η χορήγηση οπιοειδών στους ασθενείς στο τελευταίο στάδιο του καρκίνου που παρουσιάζουν δύσπνοια, από τον φόβο, μήπως συντελέσει σε καταστολή της αναπνοής τους. Ωστόσο η

χορήγηση των οπιοειδών ειδικά στους ασθενείς αυτούς παρουσιάζει τα εξής πλεονεκτήματα:²⁶

- ✓ Μειώνει την ευαισθησία του αναπνευστικού κέντρου για υποξαιμία και υπερκαπνία.
- ✓ Επιδρά αγχολυτικά.
- ✓ Επιδρά ηρεμιστικά.
- ✓ Επιδρά αναλγητικά.

Τα οπιοειδή μπορούν να απαλείψουν, μέσω της αγχολυτικής και ηρεμιστικής επίδρασής τους, την ανησυχία που συνήθως συνοδεύει τη δύσπνοια και έτσι να περιορίσουν την ανάγκη κατανάλωσης ενέργειας και οξυγόνου του οργανισμού. Γι 'αυτό η γενική κλινική κατάσταση ορισμένων ασθενών βελτιώνεται μετά τη χορήγηση οπιοειδών, τόσο ώστε να παρατηρείται αύξηση της δραστηριότητας τους.²⁶

Η δοσολογία της μορφίνης που απαιτείται για τέτοια θεραπεία είναι κανονικά χαμηλότερη από εκείνη που χρειάζεται για μια αναλγησία. Επειδή η μορφίνη αποδείχθηκε πολύ αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της δύσπνοιας, πρέπει να αποτελέσει το φάρμακο της πρώτης επιλογής.

Η διαζεπάμη μπορεί να ανακουφίσει τη δύσπνοια εξαιτίας της αγχολυτικής και μυοχαλαρωτικής της ιδιότητας. Στην οξεία φάση της δύσπνοιας ενδείκνυται η βραδεία ενδοφλέβια χορήγηση διαζεπάμης 2 ως 10 mg.²⁶

Οι φαινοθειαζίνες, όπως είναι η τριφθοριοπεραζίνη ενεργούν επίσης αγχολυτικά και είναι, ειδικά σε συνδυασμό με τη μορφίνη, πολύ αποτελεσματικές στη συγκεκριμένη περίπτωση.

Η σκοπολαμίνη χορηγείται στους ασθενείς σε τελική φάση και έχει τις εξής δράσεις:

- καταστολή της έκκρισης
- χαλάρωση των λείων μυών
- ηρεμιστική

Στους ασθενείς με τελική φάση που, λόγω αδυναμίας, δεν μπορούν να βήχουν, γίνεται ταχεία συγκέντρωση βρογχικών εκκρίσεων. Αυτές μπορούν να οδηγήσουν σε δυνατούς αναπνευστικούς συριγμούς που δημιουργούν στους συγγενείς την εντύπωση ότι ο ασθενής πνίγεται. Εδώ μπορεί με την χορήγηση ουσίας που αναστέλλει την βρογχική έκκριση να αποφευχθεί η διενέργεια του πολύ ενοχλητικού βρογχικού καθαρισμού. Πρέπει όμως να λαμβάνεται υπόψη ότι η σκοπολαμίνη προκαλεί, σε σπάνιες περιπτώσεις και ειδικά στους ηλικιωμένους, ταχυπαλμία και σύγχυση. Γ' αυτό η συγχορήγησή της με τη μορφίνη είναι ευνοϊκή, γιατί η μορφίνη εμποδίζει την εκδήλωση των συγκεκριμένων παρενεργειών της σκοπολαμίνης.²⁷

Πολύ συχνά και με αντιφάσεις συζητείται το ερώτημα, εάν η πνευμονία στους ασθενείς σε τελική φάση του καρκίνου πρέπει να αντιμετωπισθεί ή όχι. Εδώ, πρέπει να αποφασισθεί εάν ενδείκνυται μια συστηματική αντιβιοτική θεραπεία. Σε ασθενείς με σημαντική μείωση της αναπνευστικής ικανότητας, που δεν μπορούν να βήξουν και που έχουν αποδυναμωμένο αμυντικό σύστημα τα αντιβιοτικά δεν μπορούν κατά πάσα πιθανότητα να βοηθήσουν πλέον. Εάν υπάρχει ήδη δύσπνοια εξαιτίας του όγκου δεν μπορεί η αντιβιοτική θεραπεία της πνευμονίας να βελτιώσει ουσιαστικά την κατάσταση. Παρόλα αυτά, η επιθυμία του ασθενή σχετικά με την αντιμετώπιση πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις, όπου οι ασθενείς και οι συγγενείς τους χρειάζονται χρόνο για να διευθετήσουν ορισμένα

επαγγελματικά ζητήματα. Σε τέτοιες περιπτώσεις μπορεί η απόφαση να είναι υπέρ της συστηματικής αντιβιοτικής θεραπείας της πνευμονίας.

Η παροχή οξυγόνου εφαρμόζεται πολλές φορές σε ασθενείς με δύσπνοια, περισσότερο λόγω του φόβου του πνιγμού που τους κατέχει παρά λόγω του πραγματικού οφέλους. Η αποτελεσματικότητα της μακροπρόθεσμης αυτής πρακτικής είναι αμφισβητούμενη.²⁷

Οι περισσότεροι καρκινοπαθείς σε προχωρημένη φάση της νόσου παρουσιάζουν αναιμία, η οποία είναι όμως συμπτωματική μόνο εάν είναι βαριά. Μια ελαφρά δύσπνοια είναι όμως συμπτωματική μόνο εάν είναι βαριά. Η μετάγγιση αίματος σπάνια βελτιώνει το σύμπτωμα αυτό. Γι' αυτό η μετάγγιση αίματος μπορεί να ληφθεί υπόψη μόνο εάν η πράξη αυτή αποσκοπεί σε κάτι συγκεκριμένο π.χ. μια συνάντηση με τους συγγενείς. Εάν η δύσπνοια είναι το αποτέλεσμα ερεθισμού των πνευμονικών διασταλτικών υποδοχέων, όπως είναι π.χ. σε λεμφαγγείωμα καρκίνωμα, μπορεί εισπνεόμενο διάλειμμα μουβιβακαΐνης να είναι αποτελεσματικό.²⁷

3.3 ΝΕΥΡΟΦΥΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

3.3.1 Αϋπνία

Οι περισσότεροι καρκινοπαθείς υποφέρουν από αϋπνία. Στην εκτίμηση μιας τέτοιας αϋπνίας λαμβάνονται πολλοί παράγοντες υπόψη, και ιδιαίτερα η ατομική, πολύ διαφορετική ανάγκη του κάθε ασθενή για ύπνο. Επιπρόσθετα, πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι ο ύπνος κατά τη διάρκεια της ημέρας βραχύνει τον βραδινό ύπνο. Επίσης, και η μεταβολή του πρότυπου του ύπνου στους υπερήλικες ή στα άτομα που εργάζονταν με βάρδιες μπορεί να γίνει αντιληπτή ως διαταραχή του ύπνου. Μερικές

φορές η αϋπνία των ασθενών αποτελεί περισσότερο ένα πρόβλημα των συγγενών.

Πολύ σημαντικό ρόλο για την αιτιολογία της αϋπνίας παίζουν σωματικές και ψυχολογικές αιτίες. Τέλος, πρέπει να επισημανθεί ότι η λήψη ορισμένων φαρμάκων, όπως είναι η κορτιζόνη, τα συμπαθητικομιμητικά, η καφεΐνη και τα διουρητικά, καθώς και η στέρηση άλλων μπορούν να είναι η αιτία της αϋπνίας.²²

Η θεραπεία της αϋπνίας στηρίζεται καταρχήν στη μη φαρμακευτική παρέμβαση και περιλαμβάνει συζήτηση και εξήγηση, αντιμετώπιση των σωματικών συμπτωμάτων και της βραδινής ενόχλησης από τον φωτισμό του υπνοδωματίου ή θορύβους καθώς και την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της ημέρας, όπου αυτή είναι δυνατή. Η τεχνική χαλάρωσης, ήπια ηρεμιστική μουσική ή ζεστό ή αλκοολούχο ποτό πριν τον ύπνο καθώς και αύξηση της βραδινής δόσης των αποιεδών είναι άλλες δυνατότητες αντιμετώπισης της αϋπνίας.²⁰

Στη φαρμακευτική παρέμβαση θα πρέπει να γίνει εκτίμηση μεταξύ της ενέργειας και παρενέργειας του φαρμάκου. Γενικά τα φάρμακα που χορηγούνται για τη θεραπεία της αϋπνίας δρουν ως αγχολυτικά, όταν χορηγούνται σε μικρές δόσεις στη διάρκεια της ημέρας και ως υπνωτικά σε μεγαλύτερη δόση το βράδυ. Αποφεύγονται συνήθως τα βαρβιτουρικά εξαιτίας του ότι αλληλεπιδρούν συχνά με άλλα φάρμακα.²⁰

Στη φαρμακευτική παρέμβαση θα πρέπει να γίνει εκτίμηση μεταξύ της ενέργειας και παρενέργειας του φαρμάκου. Γενικά τα φάρμακα που χορηγούνται για τη θεραπεία της αϋπνίας δρουν ως αγχολυτικά, όταν χορηγούνται σε μικρές δόσεις στη διάρκεια της ημέρας και ως υπνωτικά

σε μεγαλύτερη δόση το βράδυ. Αποφεύγονται συνήθως τα βαρβιτουρικά εξαιτίας του ότι αλληλεπιδρούν συχνά με άλλα φάρμακα.

3.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

3.4.1 Ακράτεια

Η ακράτεια οδηγεί σε έντονο ψυχολογικό άγχος τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Οι αιτίες είναι πολυάριθμες και περιλαμβάνουν την αυξημένη διούρηση, λοίμωξη της ουροφόρου οδού και νευρική διαταραχή. Στις περιπτώσεις των γνωστών αιτιών η θεραπεία κατευθύνεται σ' αυτές. Στη γενική συμπτωματική θεραπεία περιλαμβάνεται η ούρηση σε τακτό χρονοδιάγραμμα, η κοντινή απόσταση της τουαλέτας από τον ασθενή και η άμεση διαθεσιμότητα κατάλληλων βοηθητικών μέσων.^{22, 20}

Φαρμακευτικά, μπορεί να δοκιμασθεί η χορήγηση των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών αναλγητικών φαρμάκων π.χ. μεφαιναμικό οξύ, επειδή μέσα από την αναστολή της σύνθεσης προσταγλανδίνης εξασθενεί η μυϊκή συσπαστική δύναμη της κύστης. Παρόμοια δράση και με την επιπρόσθετη ενίσχυση του σφιγκτήρα της κύστης, εξαιτίας της αντιχολινεργικής τους ενέργειας, επιδρούν τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Επίσης, μπορεί να χορηγηθεί και φαινοθειαζίνη που έχει αντιχολινεργική δράση, ειδικά αν είναι επιθυμητή και μια αγχολυτική δράση.²²

Ο σκοπός του νοσηλευτή στην περίπτωση της ακράτειας είναι να λάβει μέτρα για τη διατήρηση ή την αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας της ούρησης, δηλαδή: προσφέρει σκωραμίδα ή ουροδοχείο ή βοηθάει τον ασθενή στην τουαλέτα ή σε σκεύος δίπλα στην κλίνη, κάθε

2-3 ώρες, επιτρέπει στον ασθενή να λάβει κανονική θέση ούρησης, εκτός αν υπάρχει αντένδειξη, έτσι ώστε να διευκολύνεται η πλήρης κένωση της κύστης, έχει μέσα προσπελάσιμο στον ασθενή ουροδοχείο, σκεύος κοντά στην κλίνη ή σκωραμίδα, έτσι ώστε να μειωθούν οι καθυστερήσεις στην ούρηση, καθοδηγεί τον ασθενή να κατανέμει τα υγρά που προσλαμβάνει σε ίσα διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας, παρά να πίνει την κάθε φορά μεγάλη ποσότητα, διότι η ταχεία πλήρωση της κύστης μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ακράτεια αν ο ασθενής έχει μειωμένο έλεγχο του σφιγκτήρα της κύστης. Επίσης, περιορίζει την πρόσληψη υγρών το απόγευμα, έτσι ώστε να ελαττωθεί η πιθανότητα νυχτερινής ακράτειας, καθοδηγεί τον ασθενή να αποφεύγει τη λήψη αναψυκτικών που περιέχουν καφεΐνη, διότι είναι ήπιο διουρητικό και μπορεί να κάνει δυσκολότερο τον έλεγχο της ούρησης.²²

Η ακράτεια που δεν μπορεί να ελεγχθεί με τους παραπάνω τρόπους, χρειάζεται τελικά την τοποθέτηση καθετήρα κύστης.

3.4.2 Επίσχεση ούρων

Η επίσχεση ούρων δεν είναι μόνο ενοχλητική εξαιτίας του κοιλιακού πόνου που προκαλεί, αλλά προξενεί και κίνδυνο ουρολοίμωξης και νεφρικής ανεπάρκειας. Τα αίτια βρίσκονται πολλές φορές στην απόφραξη της ουροφόρου οδού από τον όγκο και εν μέρει από τη διαταραχή της νεύρωσης της κύστης από τα νευροσυμπιεστικά φαινόμενα. Επίσης, ευθύνονται ορισμένα φάρμακα που λαμβάνουν οι ασθενείς, όπως είναι όπως είναι η μορφίνη και τα φάρμακα με αντιχολινεργική δράση, όπως είναι τα αντικαταθλιπτικά, νευροληπτικά και αντισταμινικά. Η δυνατότητα να μη οφείλεται η επίσχεση ούρων στον όγκο είτε στα φάρμακα, αλλά σε άλλη αιτία όπως είναι η υπερτροφία του προστάτου, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη.²⁷

Στη φαρμακευτική παρέμβαση χορηγούνται, σε αντίθεση με την ακράτεια, χολινεργικά φάρμακα, όπως είναι η διστιγμίνη. Ως δεύτερη επιλογή χορηγούνται οι αναστολείς του ενζύμου χολινεστεράσης. Τελικά εάν αποτύχει η παρακάτω ενέργεια, τότε η επίσχεση αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση καθετήρα.²⁷

3.5 ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

3.5.1 Κνησμός

Ο κνησμός δεν είναι μόνο ένα βασανιστικό σύμπτωμα που προκαλεί ανησυχία, αϋπνία και αίσθημα φόβου στους ασθενείς, αλλά μπορεί να οδηγήσει και σε μόλυνση του δέρματος.²⁹

Η διαταραχή του μεταβολισμού είναι συχνά η αιτία του κνησμού. Αλλά και η αλλεργική αντίδραση, ορισμένα φάρμακα και η διήθηση του όγκου στο δέρμα μπορούν να είναι επίσης αιτίες. Ο φόβος αλλά και το ξηρό δέρμα ή η θερμότητα ενισχύουν το σύμπτωμα αυτό. Πέρα από μια γενική προσέγγιση στη θεραπεία, όπως είναι η απομάκρυνση βλαβερών ερεθισμάτων, πρέπει να εφαρμοστούν και μέτρα περιποίησης του δέρματος, κομμένα νύχια, αποφυγή υπερθέρμανσης και ιδρώτα. Αντίθετα, η φαρμακευτική αντιμετώπιση του κνησμού δεν έχει πρωταρχική σημασία. Τα αντιισταμινικά είναι μεν ορισμένες φορές αποτελεσματικά, αλλά προκαλούν υπνηλία. Μπορεί να δοκιμασθεί και η βραχυπρόθεσμη χορήγηση στεροειδών. Εάν ο κνησμός οφείλεται σε υπερχολερυθριναιμία, συνίσταται η χορήγηση methyltestosteron.³⁶

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να αξιολογήσει τον κνησμό του ασθενούς συμπεριλαμβανομένου της έναρξης, των χαρακτηριστικών, της εντόπισης και των παραγόντων που τον επιδεινώνουν και τον μετριάζουν. Για να μπορέσει να ανακουφιστεί ο ασθενής, τοποθετούμε ψυχρά υγρά επιθέματα στις περιοχές που παρουσιάζουν κνησμό, διατηρούμε το περιβάλλον δροσερό, χρησιμοποιούμε για το λουτρό του ασθενούς χλιαρό νερό και ουδέτερα σαπούνια και επαλείφουμε το δέρμα με ελαιώδεις παράγοντες αμέσως μετά το μπάνιο, όταν το δέρμα είναι ακόμα υγρό. Επίσης, ενθαρρύνουμε τον ασθενή να φορά άνετα ρούχα και

χρησιμοποιούμε τεχνικές για τον ελαφρό ερεθισμό του δέρματος στις περιοχές του κνησμού.

3.5.2 Κατάκλιση

Η πρόληψη της κατάκλισης σε ασθενείς με κακοήθη νόσο, κακή κατάσταση διατροφής και ακινησία είναι πολύ σημαντική, επειδή η θεραπεία της κατάκλισης είναι δύσκολο να επιτευχθεί σε τέτοιους ασθενείς. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους καρκινοπαθείς καθώς συντελούν και πολλοί άλλοι αρνητικοί παράγοντες που παρουσιάζονται στην ομάδα αυτή, όπως είναι η αναιμία, η κακή περιφερειακή αιμάτωση, μεγάλη ηλικία, νευρολογική δυσλειτουργία, ακράτεια και λοιμώξεις.²⁹

Γι' αυτό, η τοποθέτηση των ασθενών χρήζει μεγάλης προσοχής, όπως είναι η περιποίηση καθώς και η αποφυγή υγρότητας του δέρματος. Εάν προκύπτει για πρώτη φορά επιφανειακή βλάβη του δέρματος, θα πρέπει η βλάβη αυτή να αντιμετωπισθεί με άμεση απελευθέρωση τυχόν προκλητικών συμπιεστικών παραγόντων και το σημείο του δέρματος να κρατηθεί ξηρό. Βαθύτερη βλάβη απαιτεί, πέρα από την αποσυμπίεση και συχνή αλλαγή επιδέσμου σε συνδυασμό με την εφαρμογή απολυμαντικής κρέμας. Καλό αποτέλεσμα μπορεί να επιτευχθεί με την εφαρμογή ουσιών που προωθούν την κοκκοποίηση όπως είναι π.χ. Dextranomer. Όμως πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη ότι η επούλωση λαμβάνει χώρα με πολύ αργό ρυθμό. Η χρήση των τοπικών αντιβιοτικών δεν ενδείκνυται εξαιτίας της αλλεργικής αντίδρασης και της ανάπτυξης ανθεκτικότητας των μικροβίων που μπορεί να προκαλεί. Σε πολύ δύσκολη περίπτωση πρέπει να ληφθεί υπόψη η δυνατότητα να γίνει χειρουργικός καθαρισμός. Εδώ, όμως, πρέπει να συνεκτιμηθεί καλά ο κίνδυνος και το όφελος μιας τέτοιας χειρουργικής επέμβασης, λαμβάνοντας υπόψη το προσδόκιμο ζωής του ασθενή.³⁶

Από την πλευρά του ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι πάρα πολύ προσεχτικός και να εξετάζει το δέρμα και ειδικά τις οστικές προεξοχές και τις περιοχές που παρουσιάζουν κνησμό και την περιπρωκτική περιοχή, για ωχρότητα, ερυθρότητα και λύση της συνέχειας του δέρματος. Σε περίπτωση έντονης διάρροιας ο νοσηλευτής θα πρέπει να βοηθάει τον ασθενή να σκουπίζεται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην υπάρχει καθόλου υγρασία. Θα πρέπει επίσης να λάβει μέτρα και για την πρόληψη ή θεραπεία του ελλείμματος υγρών, έτσι ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος διαβρώσεων λόγω της ξηροδερμίας.³⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

4.1 ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο ασθενής κατά τη τελική φάση του καρκίνου, έρχεται αντιμέτωπος με την ιδέα του θανάτου, αφού η θεραπεία που λαμβάνει είναι πλέον μόνο ανακουφιστική. Κατά τη φάση αυτή και καθόλη την διάρκειά της, ο ασθενής ταλαντεύεται ανάμεσα στην άρνηση και την αποδοχή αυτού του επερχόμενου γεγονότος. Δεν ξέρει αν πρέπει να αποδεχθεί ή να αρνηθεί το γεγονός ότι έρχεται το τέλος της ζωής του.³

Μαζί με τον φυσικό θάνατο, συνήθως σε αυτό το στάδιο, επέρχεται και ο ψυχολογικός θάνατος που είναι εξίσου σημαντικός, διότι ο ασθενής μετά την ταλαιπωρία που υπέστη με τις χημειοθεραπείες και τις ακτινοθεραπείες, θέλει να τα εγκαταλείψει όλα.¹⁵

Στην αντιμετώπιση του μοιραίου η Dr Kubler-Ross διαφοροποίησε τα ακόλουθα πέντε στάδια ψυχοσυναισθηματικών αντιδράσεων που είναι:

1. η άρνηση
2. ο θυμός
3. η διαπραγμάτευση
4. η κατάθλιψη
5. και η αποδοχή

Τα πέντε στάδια δεν έρχονται πάντοτε και σε όλους με την παραπάνω σειρά ενώ για πολλά άτομα το συναισθηματικό φάσμα έχει και άλλες αντιδράσεις όπως την απάθεια, τον φόβο, την αιφνίδια διαχυτικότητα και την έκφραση αγάπης προς τους γύρω αλλά και αποκάλυψη εντυπωσιακών και άγνωστων πτυχών της προσωπικότητας του ατόμου

όπου συχνά συμβαίνει να πρωτανεύουν και κάποιες ισχυρές δόσεις καλόγουστου χιούμορ.

Σύμφωνα με την Kubler-Ross στην πρώτη φάση, τη φάση της άρνησης, ο άρρωστος έχει τη τάση να αρνηθεί (ασυνείδητα και άρα ακούσια) το γεγονός της ασθένειας. Αρνείται να δεχθεί ότι θα αφήσει τους αγαπημένους του, τη δουλειά του και όλα αυτά που τόσο καιρό τον κρατούσαν στη ζωή. Η άρνηση είναι ένας μηχανισμός αυτοπροστασίας που επιτρέπει στον άρρωστο να περισυλλέγει και να κινητοποιήσει με τον καιρό άλλους μηχανισμούς άμυνας. Έτσι, σιγά σιγά, αυτή η άρνηση δίνει τη θέση της στην μερική αποδοχή του γεγονότος. Υπάρχουν μερικές περιπτώσεις όπου ο ασθενής παραμένει στο στάδιο της άρνησης αλλά αυτές είναι λίγες και σπάνιες.

Εκτός από τη λεκτική άρνηση, ο ασθενής μπορεί να εκφράζεται και με πράξεις που δείχνουν τη μη αποδοχή του γεγονότος, όπως για παράδειγμα επισκέψεις σε άλλους γιατρούς με την ελπίδα η διάγνωση του να είναι λάθος. Το κατά πόσο θα δεχθεί ο ασθενής την αρρώστια του εξαρτάται από το πόσο καλά προετοιμασμένος ήταν να ακούσει αυτή την είδηση και κατά πόσο έχει άτομα κοντά του που τον βοηθούν και τον υποστηρίζουν.³

Μετά τη φάση της άρνησης ακολουθεί η φάση του θυμού ή εξέγερσης, κατά την οποία ο ασθενής βρίσκει τη μοίρα του άδικη και αδικαιολόγητη. Ξεσπά σε όλα τα άτομα που θέλουν να τον φροντίσουν και να τον περιποιηθούν, από τους γιατρούς και τις νοσοκόμες μέχρι τα συγγενικά τους πρόσωπα.¹⁵

Αυτός ο θυμός οφείλεται στο γεγονός ότι ο άνθρωπος αυτός, μετά από χρόνια αδιάκοπης και κουραστικής δουλειάς, το μόνο που θέλει είναι να

ξεκουραστεί και να απολαύσει τα αγαθά για τα οποία μοχθούσε όλα αυτά τα χρόνια. Στο σημείο αυτό λοιπόν, έρχεται αντιμέτωπος με τον καρκίνο ο οποίος του στερεί όλα αυτά που ονειρευόταν. Το αποτέλεσμα αυτού, είναι να ζηλεύει όλους τους ανθρώπους που βρίσκονται γύρω του και οι οποίοι συνεχίζουν τη ζωή τους κανονικά.

Παρόλα αυτά, το μόνο που χρειάζονται αυτοί οι ασθενείς είναι η προσοχή μας, το ενδιαφέρον μας και τη κατανόηση μας, χωρίς ίχνος λύπησης και οίκτου, για να μπορέσουν να σταθούν στα πόδια τους και να περάσουν στη επόμενη φάση, τη φάση της διαπραγμάτευσης.

Η φάση αυτή, χαρακτηρίζεται από τη τάση για ικεσίες, που παίρνουν τη μορφή τάματος. Εδώ γίνεται ένα είδος συμφωνίας για να αναβληθεί το αναπόφευκτο. Ο άρρωστος πιστεύει ότι θα αμειφθεί για τη καλή του συμπεριφορά με τη μείωση του πόνου του, με προέκταση της ζωής του, θα κατορθώσει να ζήσει αρκετά για να παραστεί στο γάμο του παιδιού του, για να τακτοποιήσει υποθέσεις του. Το παζάρεμα είναι πραγματικά μια προσπάθεια αναβολής. Βέβαια και να του παραχωρηθεί η αναβολή ή να του γίνει μια ειδική χάρη, δεν πρέπει να περιμένουμε ότι θα κρατήσει την υπόσχεση για καλή συμπεριφορά ή μια ζωή αφιερωμένη σε κάποιο σκοπό στη ζωή ή στο θεό. Συχνά οι υποσχέσεις συνδέονται με μια ενοχή, φόβο ή τιμωρία για διάφορους λόγους και πρέπει να αναζητείται το βαθύτερο νόημα και κίνητρο τέτοιων συμπεριφορών.^{15, 3}

Ακολουθεί η καταθλιπτική φάση. Ο άρρωστος που βαδίζει προς τον θάνατο, νιώθοντας τα συμπτώματα να εντείνονται, να γίνεται πιο αδύναμος, οι πόνοι ισχυρότεροι, δεν μπορεί να κρύψει πια την απελπισία, τη θλίψη και την πίκρα του. Κλαίει και μιλάει για αυτοκτονία, εκδηλώνει αισθήματα ενοχής, αυτομομφής, αυτουποτίμησης. Η κατάθλιψη αυτής της φάσης είναι είτε αντιδραστική είτε προπαρασκευαστική, που

προετοιμάζει τον άρρωστο για το τελικό αποχωρισμό από αυτόν τον κόσμο.

Στη δεύτερη αυτή μορφή κατάθλιψης, οι ενθαρρύνσεις και οι διαβεβαιώσεις δεν έχουν νόημα. Ο άρρωστος βρίσκεται στην πορεία απώλειας του κάθε τι και όλων των αγαπημένων του προσώπων, ώστε δεν έχει σημασία να του πούμε ότι δεν πρέπει να λυπάται. Η φάση αυτή είναι συνήθως μια σιωπηλή περίοδος με ανάγκη για άγγιγμα του χεριού, μια ζεστή παρουσία χωρίς πολλά λόγια σε αντίθεση με την αντιδραστική μορφή στην οποία ο άρρωστος έχει πολλά να μοιραστεί με τους άλλους. Εδώ θα απαλλάξουμε τον άρρωστο από περιττό άγχος, ταλαιπωρία και ταραχή αν προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε αν ο άρρωστος είναι έτοιμος να αγωνιστεί για τη ζωή του ή είναι έτοιμος να προετοιμαστεί για να πεθάνει.¹⁵

Η τελευταία φάση, η φάση της αποδοχής, είναι το στάδιο που σαν να έχει φύγει ο πόνος, ο αγώνας να 'χει τελειώσει και έρχεται ο καιρός για την τελική ανάπαυση πριν από το μακρύ ταξίδι. Μερικοί ασθενείς πέρασαν την κατάθλιψη και την εξέγερση αλλά είναι περισσότερο απογοητευμένοι έχοντας αφεθεί σε μια μοιρολατρική εγκατάλειψη και απομόνωση παρά σε γαλήνη. Άλλοι ωστόσο ασθενείς είναι ήρεμοι.¹⁵

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

Οι φάσεις που περιγράψαμε σπάνια διαδέχονται κανονικά η μία την άλλη. Ορισμένοι άρρωστοι σταματούν πολύ καιρό σε ένα από τα στάδια και ύστερα επανέρχονται σε ένα από τα προηγούμενα, έστω και αν έχουν φτάσει στο στάδιο της αποδοχής. Για παράδειγμα, αν συμβεί υποτροπή της αρρώστιας, ο ασθενής θα επαναστατήσει και πάλι θα πέσει σε κατάθλιψη. Η μερική άρνηση χρησιμοποιείται σχεδόν απ' όλους τους αρρώστους όχι μόνο κατά τη διάρκεια των πρώτων σταδίων της αρρώστιας αλλά και αργότερα από καιρό σε καιρό.¹⁵

Πίσω απ' όλα αυτά τα στάδια και τις φάσεις κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλτης και όχι αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο για να αντέξει ακόμη λίγο καιρό. Αυτό δε σημαίνει ότι οι γιατροί πρέπει να πουν ψέματα στον ασθενή. Σημαίνει ότι μοιραζόμαστε μαζί του την ελπίδα πως κάτι απρόβλεπτο μπορεί να αλλάξει τη ροή των πραγμάτων. Θα πρέπει να προσέξουμε ώστε να μην απελπίσουμε τον άρρωστο, ενώ χρειάζεται ακόμη την ελπίδα. Αν εγκαταλείψουμε έναν τέτοιο άρρωστο και παραιτηθούμε, μπορεί να εγκαταλείψει και ο ίδιος τον εαυτό του και η περαιτέρω ιατρική βοήθεια θα μπορούσε να έρχεται πολύ αργά, βρίσκοντάς τον απροετοίμαστο για μια νέα μάχη.³⁷

Στον ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις υποστηρίζοντάς τον και δείχνοντάς του ότι δεν τον ξεχάσαμε. Ζητάμε από την οικογένεια, φίλους και συγγενείς του να μην τον εγκαταλείψουν. Συζητάμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με τον ίδιο τον άρρωστο και φροντίζουμε να έχει διευθετήσει όλες τις υποθέσεις του. Του δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, τις ανάγκες, τα συναισθήματά του και του δείχνουμε κατανόηση,

συμπαράσταση. Βεβαιώνουμε ότι εκτός του ελέγχου των σοβαρών συμπτωμάτων, στον άρρωστο χορηγείται αγωγή για τον έλεγχο του πόνου. Η κάποια ανακούφιση από τον αφόρητο πόνο είναι τόσο σημαντική για το πρόσωπο που πεθαίνει όσο και η συναισθηματική υποστήριξη.

Το να κρατηθεί ο άρρωστος με το λιγότερο δυνατό πόνο αλλά ωστόσο διατηρώντας συνείδηση, είναι ο στόχος πολλών φαρμακευτικών σχημάτων με τη χρήση ή μη ναρκωτικών. Έχει υποστηριχθεί πως το είδος αυτό της θεραπείας δεν ευνοεί την τόσο επίφοβη τοξικομανία, αλλά αντίθετα μετά από μια αγωγή μερικών ημερών τέτοια που ο άρρωστος να διαπιστώσει πως έπαψε να πονά ή ο πόνος μειώθηκε, είναι δυνατή η ελάττωση των δόσεων και η χορήγησή τους σε σταθερή δοσολογία. Αυτό είναι κατανοητό αν σκεφτούμε την εξάλειψη της αγχώδους αναμονής του πόνου, που ασκεί άμεση επίδραση στην έντασή του. Επίσης είναι σημαντικό να αφήνουμε τους αρρώστους, όσους είναι ικανοί για συνεργασία, να συναποφασίζουν με τους γιατρούς για τη στιγμή που θα πάρουν τα αναλγητικά τους.³⁷

4.2 ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

Στην ψυχολογία το άγχος και ο φόβος περιγράφονται συχνά σαν δύο διαφορετικές έννοιες. Άγχος θεωρείται το έντονο γενικευμένο διάχυτο συναίσθημα που δεν προκαλείται από κάποια συγκεκριμένη αιτία αλλά μια γενικότερη απροσδιόριστη κατάσταση, ενώ ο φόβος θεωρείται το συναίσθημα εκείνο που είναι άμεσα συνδεδεμένο με κάποια συγκεκριμένη απειλή ή κίνδυνο.³⁵

Ο «φόβος θανάτου» και το «άγχος θανάτου» χρησιμοποιούνται από μερικούς επιστήμονες σαν ταυτόσημες έννοιες ενώ άλλοι τις ξεχωρίζουν.

Η Rando και ο Pattison που τις διαφοροποιούν ισχυρίζονται ότι είναι φυσιολογικό κάθε άτομο που απειλείται η ζωή του από μια σοβαρή αρρώστια να βιώνει άγχος καθώς αντιμετωπίζει την πιθανότητα να πεθάνει. Το άγχος αυτό βασίζεται σε συγκεκριμένους φόβους που απασχολούν τον άρρωστο. Σκοπός λοιπόν κάθε ψυχολογικής παρέμβασης είναι να βοηθήσει το άτομο να εντοπίσει, να εκφράσει και να αποδεχθεί τους συγκεκριμένους φόβους που κρύβονται πίσω από το διάχυτο και αδιαφοροποίητο άγχος θανάτου.

Είναι σημαντικό να καταλάβει ο άρρωστος από πού πηγάζουν οι φόβοι του, σε τι αποσκοπούν και πως συνδέονται με τον τρόπο που αντιμετωπίζει γενικότερα τη ζωή. Ας μην ξεχνάμε ότι η ζωή και ο θάνατος αποτελούν «τις δύο διαφορετικές όψεις του ίδιου νομίσματος». Αυτό σημαίνει ότι ο τρόπος που κάθε άτομο ερμηνεύει και αντιμετωπίζει τις προκλήσεις, κάθε τι καινούργιο και άγνωστο μες τη ζωή του, είναι άμεσα συνδεδεμένος με τον τρόπο που προσεγγίζει και το άγνωστο μπρος στην ιδέα του θανάτου του.³⁵

Σύμφωνα με κάποιους επιστήμονες οι φόβοι θανάτου δεν είναι ενστικτώδεις. Υπάρχουν σαν αποτέλεσμα κάποιας μάθησης, μια και ο κοινωνικοπολιτιστικός μας χώρος δημιουργεί, καλλιεργεί και διαιώνίζει ερμηνείες και μηνύματα που συνδέουν το θάνατο με το φόβο.¹⁵

Μάθαμε μέσα από τη διαπαιδαγώγησή μας, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τον κινηματογράφο, τη λογοτεχνία, ίσως και μέσα από ενδεχόμενες τραυματικές προσωπικές εμπειρίες, να φοβόμαστε, να αποστρεφόμαστε, να αρνούμαστε το θάνατο. Αναμφισβήτητα ανατρέπεται την τάξη και το φυσιολογικό ρυθμό της καθημερινής ζωής. Όμως μια σειρά από ανθρωπολογικές μελέτες εντοπίζει τις σημαντικές διαφορές που υπάρχουν στον τρόπο που ερμηνεύεται και αντιμετωπίζεται ο

θάνατος στους διάφορους πολιτισμούς και θρησκείες. Ο θάνατος, δεν είναι «φοβερός» ή «μη φοβερός». Δεν είναι θετικός, αλλά ούτε και αρνητικός. Κάθε άτομο του αποδίδει τη δική του ερμηνεία και σημασία.¹⁵

Ο Leming περιγράφει 8 μορφές φόβων που αντιμετωπίζει οποιοδήποτε άτομο προβληματίζεται με το θάνατό του. Αυτούς τους διακρίνει σε δύο κυρίως κατηγορίες: στην μία συμπεριλαμβάνονται οι φόβοι που είναι άμεσα συνδεδεμένοι 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.

Οι φόβοι σχετικά με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο είναι:

A) Ο φόβος εξάρτησης

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

B) Ο φόβος του πόνου

Κάθε άρρωστος ανέχεται καλύτερα τον πόνο όταν μπορεί να τον αιτιολογήσει, ή όταν γνωρίζει ότι στη 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».

Γ) Ο φόβος της ταπείνωσης

Ο άρρωστος που πλησιάζει στον θάνατο μπορεί να φοβάται μήπως παραμορφωθεί ή μήπως υποστεί νέες αναπηρίες που δεν αποτελούν μονάχα απώλειες στο επίπεδο της λειτουργικότητάς του, αλλά κυρίως στο επίπεδο της αυτοεκτίμησης και ακεραιότητάς του. Κατά τον ίδιο τρόπο, όταν νιώθει αδύναμος κι ανήμπορος μπρος στην απειλή του θανάτου φοβάται κυρίως ότι θα χάσει την αξιοπρέπεια και τον αυτοσεβασμό του. Σαν συνέπεια αυτής της ταπείνωσης και υποτίμησης, νιώθει ντροπή, ενοχές και φοβάται ότι δεν θα είναι αποδεκτός ή αγαπητός από τα συγγενικά του πρόσωπα.¹⁵

Δ) Ο φόβος της απομόνωσης, απόρριψης και μοναξιάς

Από τους συνηθέστερους και εντονότερους φόβους του αρρώστου είναι ο φόβος της εγκατάλειψης από το περιβάλλον του. Συχνά συγγενείς που υποφέρουν να τον βλέπουν να πεθαίνει απομακρύνονται από αυτόν, ή τον «ξεγράφουν» πρόωρα.

Ε) Ο φόβος του αποχωρισμού

Κάθε άρρωστος που πεθαίνει είναι φυσικό να «θρηνεί» για τον αποχωρισμό που επίκειται από την οικογένεια και τους φίλους του. Τον προβληματίζει πώς θα αντιμετωπίσουν οι συγγενείς του το θάνατό του, τι θ' απογίνουν οι δικοί του χωρίς αυτόν, ιδιαίτερα μάλιστα αν αποτελούσε σημαντικό συναισθηματικό και οικονομικό στήριγμα για τα μέλη της οικογένειάς του.

Οι φόβοι σχετικά με το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού είναι:

Α) Ο φόβος μπρος σε κάποια μεταθανάτια ζωή ή κατάσταση

Για πολλούς αρρώστους το «άγνωστο» είναι εκείνο που τους απασχολεί και τους τρομάζει περισσότερο από κάθε τι άλλο, ενώ μερικοί

φοβούνται 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.¹⁵

B) Ο φόβος μπρος στην οριστικότητα του θανάτου

«Τι θα απογίνουν όλα τα ανεκπλήρωτα σχέδια και οι στόχοι που έχω στη ζωή μου;», «κι όλα τα αγαπημένα μου πρόσωπα δεν θα τα ξαναδώ ποτέ;». Αυτά είναι ερωτήματα που δημιουργούνται σε κάθε άρρωστο και ιδιαίτερα σ' εκείνον που φοβάται έντονα την οριστικότητα και το αμετάκλητο του θανάτου.

Γ) Ο φόβος για την τύχη του σώματος

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

Βέβαια κάθε άτομο μπορεί να βιώνει έναν ή περισσότερους από αυτούς τους φόβους σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό και ένταση Όπως δείχνουν τα αποτελέσματα της έρευνας στον τομέα αυτό, το άγχος που έχουν υγιή άτομα σχετικά με το θάνατό τους, είναι περισσότερο συνδεδεμένο με φόβους που αφορούν τη περίοδο που οδηγεί προς το θάνατο, παρά με το γεγονός του ίδιου του θανάτου.¹⁵

Μέσα από την προσωπική πείρα διαπιστώνεται ότι το ίδιο ισχύει συνήθως και για το άρρωστο άτομο που βρίσκεται κοντά στο τέλος της ζωής του, μια και συχνά το απασχολεί περισσότερο το «πώς» θα πεθάνει, παρά το ότι θα πεθάνει. Συνεπώς, είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος που μπορεί να παίζει το ευαισθητοποιημένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για

να μειώσει τους φόβους και το άγχος του αρρώστου σχετικά με την πορεία του προς το θάνατο.

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 την απαραίτητη συμπαράσταση και μια αίσθηση σιγουριάς και ασφάλειας ότι δεν έχουν απομείνει μόνοι σε αυτές τις σημαντικές στιγμές.

Η Kubler-Ross υπογραμμίζει ότι σε αυτήν την τελική φάση της ζωής όταν λέμε ότι «βοηθάμε» τους ασθενείς δεν εννοούμε ότι τους βοηθάμε να πεθάνουν, αλλά να «ζήσουν» μέχρι να πεθάνουν. Ακόμα και μπροστά στο θάνατο, κάθε άτομο διατηρεί τη δυνατότητα να εξελίσσεται. Δεν παύει να έχει συναισθήματα, σκέψεις και ανάγκες καθώς έρχεται σε επαφή και επικοινωνία με το προσωπικό, τους συγγενείς, και άλλους ασθενείς από τους οποίους επηρεάζεται και τους επηρεάζει. Μέσα από αυτήν την αμοιβαία επιρροή και τις συνθήκες που αντιμετωπίζει, το άτομο διαμορφώνει μια στάση και ορισμένες αντιλήψεις δίνοντας κάποιο «νόημα» στις εμπειρίες που ζει και στον επερχόμενο θάνατό του.

Πολλοί πιστεύουν λανθασμένα ότι ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι να καθοδηγήσει τον ασθενή σε μια αποδοχή και συμφιλίωση με την πραγματικότητα ότι πεθαίνει. Όμως αναρωτιέται κανείς αν ένας τέτοιος στόχος ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενή ή αν τελικά αποβλέπει να διευκολύνει το προσωπικό που συχνά δυσκολεύεται να συμπαρασταθεί σε εκείνον τον ασθενή που έχει έντονο άγχος μπροστά στο θάνατό του ή που αρνείται να δεχθεί την πραγματικότητα.³⁵

Στην τελική φάση της ζωής πρέπει να αφήνουμε τον ασθενή να μας καθοδηγεί και να είμαστε έτοιμοι να ανταποκριθούμε στις ανάγκες του, ενθαρρύνοντας έναν ανοιχτό διάλογο μαζί του. Αυτός ο διάλογος προϋποθέτει ότι είμαστε σε θέση να συζητήσουμε θέματα σχετικά με το θάνατό του όταν το άτομο αναζητήσει κάποιον που είναι πρόθυμος να ακούσει τις σκέψεις ή τους φόβους του, χωρίς να του προσφέρει συμβουλές και λύσεις, αλλά που με το ενδιαφέρον και την κατανόηση του, του παρέχει μια συναισθηματική στήριξη. Μέσα στα πλαίσια μιας ανοιχτής επικοινωνίας ο ασθενής διευκολύνεται στην ολοκλήρωση των στόχων του, στην τακτοποίηση εκκρεμών υποθέσεων και στην ανάπτυξη μιας βαθιάς συναισθηματικής και ουσιαστικής επαφής με αγαπημένα του πρόσωπα, ανάμεσα στα οποία συχνά συμπεριλαμβάνονται και μέλη του προσωπικού.³⁵

Η τελική φάση της ζωής του μπορεί να αποτελέσει μια εμπειρία ολοκλήρωσης και αποδοχής τόσο για τον ασθενή όσο και για το περιβάλλον του που παρόλο τον ψυχικό πόνο αποχωρίζονται σε ένα κλίμα σεβασμού και αξιοπρέπειας. Δυστυχώς όμως κάθε θάνατος δεν ολοκληρώνεται μέσα σε παρόμοιες συνθήκες. Μπορεί μάλιστα να είναι δύσκολος, επίπονος, άσχημος ο αποχωρισμός όταν ο ασθενής υποφέρει οργανικά και ψυχικά, ή όταν βρίσκεται φοβισμένος, εγκαταλειμμένος και συναισθηματικά απομονωμένος μέσα σε ένα εξίσου τρομαγμένο ή πανικόβλητο περιβάλλον.³⁵

Βασικά η σημαντικότερη προσφορά που μπορούμε να προσφέρουμε στον ασθενή στηρίζεται στην αποδοχή της κατάστασής του και στη συμφιλίωσή μας με την ιδέα του θανάτου. Η δική μας αποδοχή τον διευκολύνει να δεχθεί τον εαυτό του και το θάνατο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

5.1 ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Τόσο η αρρώστια, όσο και οι απώλειες που τη συνοδεύουν, συχνά δημιουργούν στον ασθενή την αίσθηση ότι δεν ελέγχει πλέον ούτε το σώμα ούτε τη ζωή του. Συχνά λοιπόν λειτουργεί, επιδιώκοντας να ασκήσει νέο έλεγχο και κυριαρχία στις καταστάσεις που πρόκειται να βιώσει.³⁷

Η πνευματική φροντίδα συχνά αγνοείται και παραμένει ένα υποτιμώμενο, αλλά κεντρικό, τμήμα της φροντίδας ατόμων με προχωρημένο καρκίνο. Η παροχή βοήθειας σε ένα άτομο να διαχειριστεί την πνευματική διάσταση της ζωής του προσφέρει τη δυνατότητα της αποδοχής της μοναδικότητάς του.³⁷

Καθώς ο άρρωστος προχωρεί προς το θάνατο συχνά βιώνει μια βαθιά υπαρξιακή κρίση. Βιώνει μια ψυχική διεργασία θρήνου. Θρηνεί γιατί χάνει τον ίδιο του τον εαυτό, το σκοπό και το νόημα της ζωής του. Προσπαθεί να ικανοποιήσει τρεις βασικές πνευματικές ανάγκες πριν φτάσει στο τέλος. Αυτές είναι:³⁷

- § Ανάγκη να δώσει νόημα στη ζωή του δηλαδή το άτομο κάνει ανασκόπηση στη ζωή που είχε ζήσει μέχρι τώρα για να νοιώσει ότι ήταν σημαντικός και ότι η ζωή του είχε αξία. Με τον τρόπο αυτό ο άρρωστος θα έχει την αίσθηση της πληρότητας και της εσωτερικής ηρεμίας εν όψει του θανάτου που επέρχεται.
- § Ανάγκη να έχει ένα καλό θάνατο σύμφωνα με το ίδιο το άτομο. Όταν ο ίδιος θα νοιώσει ότι έζησε τις τελευταίες μέρες τις ζωής του σύμφωνα με τις αρχές, τις αξίες και τις πεποιθήσεις που τον ακολουθούσαν μέχρι τη διάγνωση της νόσου του τότε θα έχει την αίσθηση ότι έχει ένα «καλό» θάνατο.

§ Ανάγκη για ελπίδα πέρα από το θάνατο. Κάθε άρρωστος που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του έχει την ανάγκη να βρει ή να διατηρήσει ζωντανή την ελπίδα ότι υπάρχει ζωή και μετά το θάνατο. Ακόμα και αν δεν πιστεύει στη μεταθανάτια ζωή έχει την ανάγκη να γνωρίζει ότι αφήνει πίσω του κάποιον.

Επίσης σημαντικό είναι για τους ανθρώπους που βρίσκονται στο τελικό στάδιο του καρκίνου η διατήρηση και η ενίσχυση της ελπίδας. Δηλαδή να ελπίζουν ότι θα έχουν μια καλή ποιότητα της ζωής που τους απομένει. Ο άρρωστος πλησιάζοντας όλο και πιο κοντά στην πραγματικότητα που τον περιμένει αρχίζει να παύει να ελπίζει και συνεπώς να χάνει το νόημα της ζωής. Επικεντρώνεται σε αυτό που πρόκειται να του συμβεί, γεγονός που τον καθιστά ακόμη πιο αδύναμο να ανταπεξέλθει σε αυτά που έρχονται.³⁴

Η διατήρηση της ελπίδας είναι ένα χαρακτηριστικό που διακρίνει τον κάθε άνθρωπο, ακόμα και στις πιο δύσκολες στιγμές της ζωής του. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλτης και όχι αλήθεια, ότι κάποιο πρωινό ο άρρωστος θα ξυπνήσει για να του πουν οι γιατροί ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο για να αντέξει ακόμη λίγο καιρό. Αυτό δε σημαίνει ότι οι γιατροί πρέπει να πουν ψέματα στον ασθενή. Σημαίνει ότι μοιραζόμαστε μαζί του την ελπίδα πως κάτι απρόβλεπτο θα αλλάξει τη ροή των πραγμάτων. Θα πρέπει να προσέξουμε ώστε να μην απελπίσουμε τον άρρωστο ενώ χρειάζεται ακόμα ελπίδα. Αν εγκαταλείψουμε ένα τέτοιο άρρωστο και παραιτηθούμε, μπορεί να εγκαταλείψει και ο ίδιος τον εαυτό του και η περαιτέρω ιατρική βοήθεια θα μπορούσε να έρχεται πολύ αργά, βρίσκοντάς τον απροετοίμαστο για μια νέα μάχη.³⁴

Έχει κοινώς αναγνωριστεί ότι η ελπίδα ενισχύεται όταν το άτομο αισθάνεται ικανό να πεθάνει έχοντας αποδεχθεί τον εαυτό του. Πολλοί ηλικιωμένοι πεθαίνουν με ηρεμία, γιατί αισθάνονται ότι έζησαν πλήρως τη ζωή τους, τακτοποίησαν όλες τις υποθέσεις τους και είναι έτοιμοι για τον τελευταίο αποχαιρετισμό. Αυτή η αποδοχή του θανάτου είναι μια θετική ενέργεια, η οποία παραδόξως διατηρεί την ελπίδα, ενώ η ύπαρξη «ανοικτών λογαριασμών» μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην ικανότητα του ατόμου να προχωρήσει.³⁴

Η σχέση νοσηλευτή-αρρώστου μπορεί να καταστεί ένα ισχυρό εργαλείο, διαμέσου του οποίου ο νοσηλευτής αποδίδει σεβασμό στην αξία του αρρώστου ως ανθρώπου, δείχνει προθυμία να μοιραστεί μαζί του αυτή τη δύσκολη εμπειρία και, γενικά, διατηρεί μια στάση συμπόνιας χωρίς επικριτική διάθεση. Πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις, υποστηρίζοντάς τον και δείχνοντάς του ότι δεν τον ξεχνάμε. Ζητάμε από την οικογένεια, φίλους και συγγενείς του να μην τον εγκαταλείψουν.³⁴

Το ενδιαφέρον-φροντίδα μπορεί να εκδηλωθεί με πολλούς και ποικίλους τρόπους. Πρώτα από όλα με το να «είσαι εκεί» για τον άρρωστο. Η ενεργητική ακρόαση μπορεί να αποδείξει την προθυμία του νοσηλευτή να γνωρίσει τον άρρωστο ως άτομο και να κατανοήσει την παρούσα κατάσταση της ζωής του. Επίσης με την ακρόαση δίνεται στο νοσηλευτή η ευκαιρία για συζήτηση σχετικά με όσα απασχολούν, φοβίζουν και ανησυχούν κάποιον, για τον οποίο δεν νοιώθει την ανάγκη να τον προστατεύσει. Μια τέτοια συζήτηση απαιτεί ένα θερμό και συναισθηματικά ασφαλές περιβάλλον, το οποίο να αναδίδει μια αίσθηση ενότητας και δεσίματος.²⁹

Το άτομο προσαρμόζεται στην πραγματικότητα της απώλειας της υγείας του και στο ότι ο θάνατος είναι μια επικείμενη πραγματικότητα

παρά ένα μελλοντικό γεγονός. Η βίωση αυτής της απώλειας έχει προφανή επίδραση στο επίπεδο και την ποιότητα της ελπίδας του ατόμου, καθώς αλλάζει η επικέντρωση της προσοχής του όχι μόνο στη ζωή αλλά και στην ελπίδα.

Η επιβεβαίωση της αυτοεκτίμησης του ατόμου συχνά μπορεί να επιτευχθεί με την «ανακεφαλαίωση» του ποιος υπήρξε (Lair 1996). Οι νοσηλευτές που φροντίζουν αρρώστους που πεθαίνουν, αναγνωρίζουν ότι συνήθως οι άρρωστοι νοιώθουν την ανάγκη να μιλήσουν για τη ζωή τους. Αυτή η ανασκόπηση της ζωής μπορεί να είναι πολύ ευεργετική για τον άρρωστο, επαναβεβαιώνοντας την αυτοεκτίμησή του και προσφέροντας του την ευκαιρία να εντάξει το θάνατο στην προοπτική της ζωής.²⁹

Η γενική ιδέα της παροχής υποστήριξης για τη διασφάλιση της ευκαιρίας να ζήσει κάποιος πλήρως τη ζωή του μέχρι να έρθει το τέλος, είναι θεμελιώδης στην ανακουφιστική φροντίδα (de Raeye 1996). Η πεποίθηση ότι ο άρρωστος μπορεί να ζήσει ευχάριστες στιγμές και σημαντικές εμπειρίες μπορεί να ενισχυθεί μόνο με την παροχή ολιστικής ανακουφιστικής φροντίδας, το χειρισμό των συμπτωμάτων, τη συναισθηματική υποστήριξη, την οικονομική και σωματική ενίσχυση και την οικογενειακή φροντίδα.²⁹

Μια άλλη οπτική στο θέμα της αξίας είναι η ανάγκη των ατόμων να νοιώθουν αυτονομία ως άνθρωποι και να διατηρούν ένα αίσθημα αξίας και σκοπού στη ζωή τους. Ένα από τα διλήμματα των νοσηλευτών είναι ότι, ορισμένες φορές, στην προσπάθεια για παροχή φροντίδας στον άρρωστο που πεθαίνει, ο νοσηλευτής κινδυνεύει να καταλήξει στην υπερβολή, «οργανώνοντας» τις ζωές των ανθρώπων στο όνομα της περιθάλψης. Πολλές αποφάσεις λαμβάνονται από τους επαγγελματίες

υγείας και στους συγγενείς που περιθάλλουν τον άρρωστο που πεθαίνει. Αυτή όμως η έλλειψη ατομικών αυτόνομων αποφάσεων μπορεί να έχει προφανείς επιπτώσεις στο αίσθημα αυτοεκτίμησης του αρρώστου με προχωρημένη καταληκτική νόσο, του οποίου άλλωστε το αίσθημα αυτοελέγχου απειλείται ήδη από την ίδια τη νόσο και την πορεία της.

Επιπρόσθετα, η πίστη ότι κάποιος, ως άτομο, μπορεί να συνεχίζει να ζει μέσα από τα παιδιά και τα εγγόνια του, μπορεί να λειτουργήσει ενισχυτικά στη διατήρηση της ελπίδας του αρρώστου, ανακαλώντας συνεχώς οικογενειακές αναμνήσεις. Ακόμη, ενίσχυση της ελπίδας είναι δυνατό να προκύψει μέσα από την προσφυγή στις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου, που μπορεί να συμπεριλαμβάνουν την πίστη στη μετά θάνατο ζωή. Και στην περίπτωση αυτή ο νοσηλευτής μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο, υποστηρίζοντας και ενισχύοντας τα θρησκευτικά πιστεύω του αρρώστου και των συγγενών του.²⁹

Η ολιστική φροντίδα που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνει την πνευματική φροντίδα μέσα στην οποία υπάρχει και ο όρος της πνευματικότητας.

Για πολλά άτομα, η έννοια της πνευματικότητας γίνεται κατανοητή ως θρησκευτικότητα. Ο Burnard υπογραμμίζει πόσο σημαντικό είναι οι ίδιοι οι νοσηλευτές να ανακαλύψουν την πνευματικότητά τους, ώστε να μπορούν να προσεγγίσουν τις αντιλήψεις των άλλων ατόμων. Είναι αυτονόητο ότι μόνο όταν οι νοσηλευτές γνωρίσουν σε ποιο επίπεδο βρίσκεται η δική τους πνευματική φύση, θα είναι ικανοί να βοηθήσουν τους άλλους να εκφράσουν το ζωτικό αυτό στοιχείο του εαυτού τους.³⁷

Ένα άτομο που πρέπει να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα του θανάτου θα βιώσει πολλές προκλήσεις και θα δοκιμαστεί η ικανότητά του στη διατήρηση των αποθεμάτων της ελπίδας του.

Η επιδείνωση της νόσου, η έκπτωση των φυσιολογικών λειτουργιών και οι κοινωνικές και συναισθηματικές επιπτώσεις μιας καταληκτικής νόσου μπορούν όλα μαζί να συμβάλλουν στην εμφάνιση μιας κατάστασης, όπου η ελπίδα φαίνεται να έχει χαθεί ή απλώς να έχει εγκαταλειφθεί.³⁷

5.2 Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ

Τα μέλη της οικογένειας περνούν μέσα από διάφορα στάδια προσαρμογής παρόμοια μ' εκείνα που περνούν οι άρρωστοι. Στην αρχή πολλοί από αυτούς δε μπορούν να πιστέψουν πως είναι αλήθεια. Αισθάνονται ένα « μούδιασμα » και μπορεί να αρνηθούν το γεγονός ότι υπάρχει μια τέτοια αρρώστια μέσα στην οικογένεια ή θα τριγυρνούν με τις εξετάσεις από γιατρό σε γιατρό με την ελπίδα πως αυτή ήταν μια λανθασμένη διάγνωση. Μπορεί να κανονίσουν ταξίδια σε « ακουστές » κλινικές και μόνο βαθμιαία αντικρίζουν την πραγματικότητα που θα άλλαζε τη ζωή τους τόσο δραματικά. Αν τα μέλη της οικογένειας προσπαθήσουν να κρατήσουν ένα φράγμα επικοινωνίας ανάμεσά τους, θα καταστεί δύσκολη οποιαδήποτε προπαρασκευαστική θλίψη για τον άρρωστο.¹⁸

Όπως ο άρρωστος περνά το στάδιο οργής, η οικογένειά του θα δοκιμάσει την ίδια συναισθηματική αντίδραση. Οι συγγενείς θα εξοργισθούν με το γιατρό που τους έθεσε αντιμετώπους με την θλιβερή

πραγματικότητα. Μπορεί να προβάλλουν την οργή τους στο προσωπικό του νοσοκομείου που δεν φροντίζει αρκετά τον άρρωστο.

Επίσης υπάρχει ζήλεια και επιθετικότητα, μια και δεν τους επιτρέπουν να φροντίζουν τον άρρωστο όσο για παράδειγμα οι νοσηλεύτριες. Υπάρχει επίσης ενοχή για παλιές συμπεριφορές τους απέναντι στον ασθενή και τύψεις, ακόμη και για χαμένες ευκαιρίες. Αν δεν βοηθήσουμε τους συγγενείς να εκφράσουν τις συγκινήσεις τους πριν από τον θάνατο του αρρώστου τους, τόσο θα νιώθουν την ένταση και νοσηρές ιδέες θα τους απασχολούν. Κατόπιν η οικογένεια θα περάσει από την φάση της προπαρασκευαστικής θλίψης. Πρέπει τα μέλη της οικογένειας να επικοινωνούν με τον ασθενή τις γνήσιες συγκινήσεις τους και όχι μέσα από μια μάσκα προσποίησης (π.χ ευθυμίας) που την μεταμφίεση αυτή ο άρρωστος μπορεί να διαβλέψει.¹⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

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

6 1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Για να προσεγγίσει τον ασθενή και το περιβάλλον του και να συμβάλλει θετικά στην αποκατάσταση του καρκινοπαθή απαιτείται από τη νοσηλεύτρια (-τη):

1. Τέχνη καλής επικοινωνίας, που να δημιουργεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και άνεσης.
2. Σωστή πληροφόρηση. Διάθεση χρόνου να ακούσει και να απαντήσει σε ερωτήσεις και απορίες του, στα πλαίσια της αρμοδιότητάς της (-του).
3. Καλή ψυχολογική προετοιμασία για την επέμβαση και τη μετεγχειρητική πορεία.
4. Διδασκαλία ανάλογα με την περίπτωση, για την αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών προβλημάτων και της θεραπείας.

5. Πρόθυμη αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή.
6. Συνεργασία με την οικογένεια, ενημέρωση και βοήθεια για μια καλή αποδοχή της δοκιμασίας του. Διδασκαλία σε θέματα συμπεριφοράς προς τον άρρωστο και παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή σε συνδυασμό με τη φυσική φροντίδα και τη λεπτομερή εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να προωθήσει την αυτοφροντίδα, να βοηθήσει στην ανεξαρτητοποίηση από τη πρώτη μετεγχειρητική ημέρα, να ενισχύσει τη θέληση και να διατηρήσει την ελπίδα για ζωή και δράση. Το προσωπικό είναι πρόχειρο πάντα σε ώρες κρίσης και κατάθλιψης, όταν οι άλλοι δεν είναι κοντά. Αυτό συμβαίνει κυρίως τις νύχτες ή σε νοσοκομεία που δεν έχουν οργανωμένη συμβουλευτική φροντίδα. Η νοσηλεύτρια (-της) αποκτούν μεγαλύτερη σημασία σε συμβουλευτικό ρόλο σε ασθενείς που δεν έχουν στενούς συγγενείς ή που η σχέση τους με το γιατρό είναι πενιχρή. Μπορούν να βοηθήσουν καλύτερα ακούγοντας τον ασθενή στα λεπτότερα του αισθήματα, προσπαθώντας κυρίως να προσαρμοστούν στη διάθεσή του και όχι να προγραμματίζουν από πριν το τι θα πουν στον ασθενή πριν μπουν στο δωμάτιό του για να του αναπτερώσουν το ηθικό.

6.2 ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Ο κάθε άρρωστος έχει ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας και επίβλεψης ανάλογα με την κατάστασή του. Όλοι οι άρρωστοι με καρκίνο, εκτός από μερικές ομάδες με ειδικά προβλήματα και ανάγκες για ειδική νοσηλευτική φροντίδα, έχουν ανάγκη από τη συνηθισμένη γενική νοσηλευτική φροντίδα με περισσότερη όμως έμφαση στα εξής:

Ο ασθενής διαισθάνεται τη στάση της νοσηλεύτριας (-τη). Το να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια (-της) έχει θετική στάση στη αρρώστια του είναι σημαντικό, σαν πρώτο βήμα στην εργασία της με τον άρρωστο. Γι' αυτό

- § Δείξτε κατανόηση στον άρρωστο και παρουσιάστε την ευχάριστη όψη της ζωής. Αυτό του δίνει ελπίδα.
- § Διατηρείστε την αξιοπρέπεια και την υπόληψη του άρρώστου. Ίσως σε καμία άλλη ασθένεια δεν υπάρχει τέτοια απειλή της οντότητας του ατόμου, όπως υπάρχει στον καρκίνο. Πολλοί άρρωστοι που γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο, λένε ότι δε φοβούνται τόσο πολύ τον πόνο ή τη δυσμορφία ή άλλη ειδική άποψη της ασθένειας, όσο φοβούνται μη χάσουν τον αυτοέλεγχο και την αξιοπρέπεια στα τελευταία στάδια της νόσου.
- § Προσπαθήστε να βοηθήσετε τον άρρωστο να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του.
- § Φροντίστε να μην εκτίθεται ο άρρωστός σας κατά τις νοσηλείες.
- § Προσέξτε πολύ την καθαριότητα, τη συμμετοχή του στον προγραμματισμό της φροντίδας του, εφόσον είναι ικανός γι' αυτό. Τα παραπάνω είναι μέτρα που θα τον βοηθήσουν να διατηρήσει την αξιοπρέπειά του παρά την προσβολή της ασθένειας.
- § Ευγένεια και θαλπωρή δίνει στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας.
- § Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να ενεργεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό του.
- § Βοηθήστε στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό του (όταν αυτό αποτελεί πραγματικότητα).

- § Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να σηκώνεται από το κρεβάτι, εφόσον αυτό επιτρέπεται.
- § Ενισχύστε την καλή διατροφή του αρρώστου. Η απώλεια σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο αναγκών του.
- § Χρησιμοποιήστε τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα για την πρόληψη επιπλοκών όπως πνευμονίας, κατακλίσεων, υποσιτισμού.
- § Πάρτε κάθε μέτρο για τη διατήρηση καλής ατομικής καθαρότητας του αρρώστου.
- § Στο σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας μη παραλείπετε, εφόσον η κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει, την εργασιοθεραπεία, επειδή η απασχόληση προλαμβάνει πολλά ψυχολογικά προβλήματά του.
- § Ακόμη μην παραλείψετε να διδάξετε, όποιον και αν έλθει σε επαφή μαζί σας, για τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης του όγκου στην πρόγνωση της νόσου.

Η ευθύνη μας, ως νοσηλευτριών (-των) στη φροντίδα καταδικασμένου σε θάνατο αρρώστου, περιλαμβάνει κάλυψη όσο το δυνατό περισσότερων φυσικών και ψυχολογικών αναγκών του. Η ενθάρρυνση και η μετάγγιση ελπίδας θα περιορίσουν την απαισιοδοξία και απογοήτευση του αρρώστου.

6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ:ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΜΕ ΑΘΕΡΑΠΕΥΤΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ

Αξιολόγηση: Άρρωστος με αθεράπευτο κακοήθες νεόπλασμα.

Σκοπός: Διατήρηση αρρώστου στην καλύτερη δυνατή φυσική και ψυχολογική κατάσταση.

Παρέμβαση:

- Û Ετοιμασία του αρρώστου για εφαρμογή της θεραπείας που πρόκειται να γίνει, βοήθειά του κατά τη διάρκειά της.
- Û Παρακολούθηση για εκδηλώσεις που δείχνουν μετάσταση του κακοήθους νεοπλάσματος σε άλλες περιοχές.
- Û Σχεδιασμός για συμμετοχή του αρρώστου σε κοινωνικές ή άλλες εκδηλώσεις, επίσκεψη άλλων αρρώστων κ.λπ.
- Û Συζήτηση με τον άρρωστο μέσα σε κλίμα κατανόησης, ενδιαφέροντος και αγάπης, με ευκαιρίες να εκφράσει τους φόβους, τις αγωνίες και γενικά τα αισθήματα και τις σκέψεις του.
- Û Κατανόησή της, σε πολλές περιπτώσεις, επίδειξης αντικοινωνικής συμπεριφοράς από μέρος του αρρώστου.
- Û Βοήθεια για ενίσχυση του αισθήματος αυτοεκτίμησης.
- Û Σχεδιασμός φροντίδας του αρρώστου τέτοιος, ώστε να συμμετέχει τόσο ο ίδιος (ανάλογα με τις δυνάμεις του), όσο και η οικογένειά του.
- Û Βοήθεια του αρρώστου στις καθημερινές του δραστηριότητες ατομικής υγιεινής.

- Εξασφάλιση ζεστού και άνετου φυσικού περιβάλλοντος.
- Βοήθεια του αρρώστου όταν σηκώνεται από το κρεβάτι ή αλλάζει θέση.
- Αντικειμενική αξιολόγηση του πόνου και της απόκρισης των αρρώστων σ' αυτών και λήψη μέτρων για την ανακούφισή του.
- Χορήγηση φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας.
- Ετοιμασία αρρώστου για χειρουργικές επεμβάσεις ή άλλες θεραπείες που γίνονται για μείωση του πόνου: διατομή νεύρων, νωτιαίου μυελού ή εγκεφάλου, διήθηση νευρών με αλκοόλ.
- Αντιμετώπιση παρενεργειών ακτινο- ή χημειοθεραπείας.
- Αντιμετώπιση τυχόν διαταραχών από κύστη και έντερο:
 - Εφαρμογή μόνιμου καθετήρα
 - Φροντίδα στομίου ουρήθρας και περινεϊκής χώρας
 - Χορήγηση υγρών και τροφών που βοηθούν στην κένωση του εντέρου
 - Υπόθετα γλυκερίνης ή άλλα υπακτικά με ιατρική οδηγία.
Προσοχή: οι υποκλυσμοί να αποφεύγονται
- Φροντίδα δέρματος, πρόληψη κατακλίσεων.
- Αντιμετώπιση δυσσομίας που οφείλεται στη νέκρωση νεοπλασμάτων ιστών.
- Αντιμετώπισης αιμορραγίας που οφείλεται στη διάβρωση αγγειακού τοιχώματος από το νεόπλασμα.

- Κάλυψη καρκίνου εντοπισμένου στο πρόσωπο και μείωση της έντασης φωτός του δωματίου.

6.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοήθων νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία, εμετούς, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, απ' τη στοματική κοιλότητα ως το κόλο.

Ορισμένα προκαλούν διάρροια ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα. Όπως νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Προβλήματα του αρρώστου

- ✓ Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγία (θρομβοπενία).
- ✓ Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ανοσοκαταστολή).
- ✓ Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, εμετοί, διάρροια).
- ✓ Διαταραχή υγρών – ηλεκτρολυτών, δυνητικοί (εμετοί, διάρροια).
- ✓ Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.

- ✓ Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα).

Παρέμβαση

- ✓ Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία μέσα σ' ένα κλίμα κατανόησης.
- ✓ Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
- ✓ Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων – αποβαλλόμενων υγρών.
- ✓ Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
- ✓ Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών, βιταμινών, ελαφρά συχνά γεύματα.
- ✓ Προσεκτική φροντίδα στόματος.
- ✓ Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
- ✓ Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ.
- ✓ Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
- ✓ Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό σύστημα.

- ✓ Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
- ✓ Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.

6.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προβλήματα του αρρώστου

- ✓ Κακή διακίνηση οξυγόνου.
- ✓ Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, εμετοί, ανορεξία, εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου στη στοματική κοιλότητα).
- ✓ Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας.
- ✓ Δυσχέρειες από την εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου.
- ✓ Κίνδυνοι λοίμωξης (λευκοπενία).
- ✓ Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρεμβοπενία).
- ✓ Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον άρρωστο και το περιβάλλον.
- ✓ Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση).

Παρέμβαση

- ✓ Ενημέρωση μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την

αποδεκτεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.

- ✓ Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά η διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρηση του ότι δε θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.
- ✓ Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.
- ✓ Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπισή τους όταν εκδηλωθούν.

Οι παρενέργειες αυτές αντιμετωπίζονται, σε γενικές γραμμές ως εξής:

1) Ναυτία και εμετοί:

- Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιισταμινικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά.
- Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας.
- Σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου.

2) Αντιδράσεις από το δέρμα:

- Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση.

- Û Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό (ηλιακή ακτινοβολία, υψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα.
- Û Παροχή συμβουλών στον άρρωστο ώστε ν' αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και με βάμμα ιωδίου. Ακόμα να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη.
- Û Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.
- Û Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης σπρέι και γαζών Lanettwax.

3) Διάρροια:

- Û Χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Û Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

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

Στατιστική έρευνα έχει δείξει ότι το σπίτι είναι το καλύτερο περιβάλλον για τη φροντίδα των αρρώστων με καρκίνο τελικού σταδίου. Εκεί, στο δικό τους περιβάλλον, μπορούν να βλέπουν τους φίλους τους και τα μέλη της οικογένειάς τους είναι συνεχώς κοντά τους. Εκεί μπορούν να ασχοληθούν με εργασίες του σπιτιού, πράγμα που τους κάνει να αισθάνονται χρήσιμοι.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αν ο ασθενής σκοπεύει να θεραπευτεί ή να ανακουφιστεί από τα συμπτώματα της νόσου ή απλώς να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του, πρέπει να υιοθετήσει μια μαχητική στάση απέναντι στη ζωή. Η πτυχιακή αυτή στοχεύει στο να γνωρίσουμε τι είναι καρκίνος, την ιστορία του καρκίνου, την ταξινόμηση των νεοπλασμάτων την σταδιοποίηση και στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι καρκινοπαθείς τελικού σταδίου.

Επίσης γίνεται ειδική αναφορά στην υποστηρικτική αγωγή που τους παρέχεται για να έχουν την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής ακόμα και στο τέλος της ζωής τους. Η υποστηρικτική αγωγή αφορά στα οργανικά συμπτώματα που προκύπτουν αλλά και την παρέμβαση σε ψυχολογικό και πνευματικό επίπεδο που είναι εξίσου σημαντική.

Τέλος στο τελευταίο κεφάλαιο δίνεται έμφαση στη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή σε τελικό στάδιο, στο ρόλο του νοσηλευτή, σε κάποιες γενικές νοσηλευτικές οδηγίες αλλά και στην νοσηλευτική φροντίδα κατά την χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σπηλιώτης Ι. Καρκίνος: Από την άγνοια στον φόβο. Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα 1999, 216-220.
2. Κούκουρας Δ. Ο χρόνιος πόνος του καρκινοπαθούς και η θεραπεία του. Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα 1990, 45-53.
3. Κοσμίδης Π. Επείγουσα θεραπευτική ογκολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989, 142-146.
4. Dollinger M, Rosenbaun E, Cable Cr. Ο καρκίνος, Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση: Ένας οδηγός για όλους. Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 2000, 149-159.
5. Παγκάλτος Α. Στοιχεία παθολογίας. Εκδόσεις Δημοπούλου, Αθήνα 2002, 165-186.
6. Sobin L, Wittekind C. Ταξινόμηση των κακοήθων όγκων. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2001, 62-95.
7. Μπακούνσλι Ι. Τι πρέπει να γνωρίζεται για τον καρκίνο. Εκδόσεις Αγγελάκη, Αθήνα 2000, 34-73.
8. Haslett C, Chilvers E, Hunter J, Boon N. Παθολογία: Γενικές αρχές και κλινική πράξη της ιατρικής. Εκδόσεις Παρισιάννου, Αθήνα 2003, 20-32.
9. <http://www.karkinos24.gr/index.php/ypostiriksi>: Υποστήριξη καρκινοπαθών και οικογενειών τους, 02/06/2011.
10. <http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/typesofcancer/>: Είδη καρκίνων, 02/06/2011.

11. <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/> : Ζώντας με τον καρκίνο, 02/06/2011.
12. http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cancer/index_el.htm: Καρκίνος, 05/06/2011.
13. <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/qualitylife/palliative/>: Παρηγορητική αγωγή, 05/06/2011.
14. <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/advancedcancer/>: Προχωρημένος καρκίνος τελικού σταδίου, 10/06/2011.
15. <http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=264&articleID=4865&la=1>: Μετά το σοκ, πέντε στάδια ως την αποδοχή, 10/06/2011.
16. <http://www.palliative.gr/uoa/pdf/002.pdf>: Ποιότητα ζωής σε ασθενείς τελικού σταδίου, 10/06/2011.
17. Corner J, Bailey CH. Νοσηλευτική ογκολογία. Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2006 Αθήνα,
18. Παπαδάτου Κ, Αναγνωστόπουλος Φ. Ο άρρωστος που πεθαίνει και το άμεσο περιβάλλον του. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999, 135-174.
19. Γκμπάντι Ρ. Ο πόνος των καρκινοπαθών και η αντιμετώπισή του. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2006, 17-79.
20. Γκμπάντι Ρ. Ανακούφιση άλλων συνοδών συμπτωμάτων του καρκίνου. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2006, 97-121.

21. <http://www.isth.gr/images/uploads/karkinopatheiis.pdf>: Καρκινοπαθείς τελικού σταδίου, Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις ενός τραγικού ρόλου, 12/06/2011.
22. http://www.agsavvas-hosp.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=207:therapia-paidi-anapotelesmatiki: Όταν η θεραπεία δεν έχει αποτελέσμα, 25/06/2011.
23. <http://www.anticancerath.gr/?nid=746>: Ο ογκολογικός ασθενής και η οικογένειά του, 05/07/2011.
24. <http://ygeia.tanea.gr/default.>: Πόνος ο μεγάλος αντίπαλος, 07/07/2011.
25. http://www.agsavvas-hosp.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=150:ponos:Πόνος, 10/07/2011.
26. <http://www.healthview.gr>: Η αντιμετώπιση του πόνου με χρόνια χρήση οπιοειδών και η δυσκοιλιότητα που προκαλείται από τα οπιοειδή, 11/06/2011.
27. <http://www.iatrotek.org>, 15/06/2011.
28. <http://oncologikoathens.gr/gr/diatrofi/1298970057>: Υποθερψία και καχεξία στον καρκίνο, 21/06/2011.
29. http://www.eoncology.gr/site/?page_id=875: Υποστήριξη των ασθενών, 21/06/2011.
30. Ρηγάτος Γ. Εγκόλπιο ογκολογίας. Έκδοση Τρίτη. Εκδόσεις Ascent, Αθήνα 2006, 28-30.

- 31.Μαλγαρινού Μ, Κωσταντινίδου Σ. Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική. Τόμος Β΄. Εκδόσεις Η Ταβιθά, Αθήνα 2005, 153-155.
- 32.Σαχίνη-Καρδάση Α, Πάνου Μ. Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Έκδοση Β΄ Τόμος Α. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997, 201-203.
- 33.Mori M, Elsayem A, Reddy SK, Bruera E, Fadul NA. Unrelieved Pain and Suffering in Patients With Advanced Cancer. Am J Hosp Palliat Care 2010.
- 34.Wittenberg-Lyles E, J Goldsmith, Ragan S. The shift to early palliative care: a typology of illness journeys and the role of nursing. Clin J Oncol Nurs 2010 15:304-10.
- 35.Kolva E, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W, Brescia R. Anxiety in Terminally Ill Cancer Patients. J Pain Symptom Manage 2009.
- 36.Haines IE. Managing patients with advanced cancer: the benefits of early referral for palliative care. Med J Aust 2009 194:107-8.
- 37.Toh HC. Providing hope in terminal cancer: when is it appropriate and when is it not? Ann Acad Med Singapore 2010 40:50-6.