

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ:**

**«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ»**



Εισηγητής  
Γιαννούλης Νικόλαος  
Καθηγητής

Σπουδάστριες  
Αγγελοπούλου Νικολέττα  
Αποστολοπούλου Αικατερίνη

ΠΑΤΡΑ 2011

*Ευχαριστούμε τις οικογένειές μας  
που μας στήριξαν καθ' όλη την πορεία των σπουδών μας,  
καθώς και τον καθηγητή μας,  
τον κύριο Γιαννούλη που μας βοήθησε να ολοκληρώσουμε αυτή  
την εργασία.*

*Ο καρκίνος του κάθε ασθενή είναι τόσο ξεχωριστός  
όσο ξεχωριστός είναι και ο ασθενής.  
Το σίγουρο όμως είναι πως με δύναμη, πυγμή και θάρρος  
τον καρκίνο μπορούμε όλοι μας  
να τον νικήσουμε και όχι να μας νικήσει αυτός.*

*Αφιερωμένο στα άτομα  
που πάσχουν από κάποιον  
Καρκίνο.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη .....	σελ.1
Πρόλογος .....	σελ.2

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1.Τι είναι όγκος .....	σελ.4
1.2.Προδιαθεστικοί Παράγοντες .....	σελ.5
1.3.Συμπτώματα .....	σελ.7
1.4.Πρόληψη .....	σελ.9

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1.Ταξινόμηση όγκων .....	σελ.14
2.1.1.Όγκοι Ήπατος .....	σελ.14
2.1.2.Όγκοι Πνεύμονα .....	σελ.17
2.1.3.Όγκοι Παχέως Εντέρου .....	σελ.19
2.1.4.Όγκοι Μαστού .....	σελ.21

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1.Νοσηλευτική Φροντίδα σε ασθενή με όγκο ήπατος .....	σελ.24
3.2.Νοσηλευτική Φροντίδα σε ασθενή με όγκο πνεύμονα .....	σελ.24
3.3.Νοσηλευτική Φροντίδα σε ασθενή με όγκο παχέως εντέρου .....	σελ.26
3.4.Νοσηλευτική Φροντίδα σε ασθενή με όγκο μαστού .....	σελ.28

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1.Διαγνωστικές Εξετάσεις .....	σελ.30
4.1.1.Διαγνωστικές Εξετάσεις όγκου ήπατος .....	σελ.30
4.1.2.Διαγνωστικές Εξετάσεις όγκου πνεύμονα.....	σελ.31
4.1.3.Διαγνωστικές Εξετάσεις όγκου παχέως εντέρου .....	σελ.32
4.1.4.Διαγνωστικές Εξετάσεις όγκου μαστού .....	σελ.33

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1.Θεραπεία .....	σελ.36
--------------------	--------

5.1.1.Χημειοθεραπεία .....	σελ.39
5.1.2.Ακτινοθεραπεία .....	σελ.44
5.1.3.Χειρουργικές επεμβάσεις .....	σελ.49
5.1.4. Ορμονοθεραπεία .....	σελ.63
5.2.Δράση Φαρμάκων .....	σελ.66
5.2.1.Νοσηλευτική Ευθύνη σε σχέση με τις παρενέργειες .....	σελ.68
5.3.Βραχυχρόνιες Παρενέργειες .....	σελ.70
5.3.1.Ανορεξία .....	σελ.70
5.3.2.Διάρροια .....	σελ.71
5.3.3.Στματίτιδα .....	σελ.72
5.3.4.Ναυτία – Εμετός .....	σελ.74
5.3.5.Κόπωση .....	σελ.76

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ**

6.1.Ο ρόλος της ψυχολογίας στον καρκίνο .....	σελ.79
6.2.Η επίδραση του καρκίνου στην οικογένεια .....	σελ.79
6.2.1.Η εμπειρία του να ζεις με ασθενή με καρκίνο μέσα στην οικογένεια .....	σελ.80
6.2.2.Παροχή φροντίδας στην οικογένεια .....	σελ.83
6.3. Η επίδραση του καρκίνου στους επαγγελματίες υγείας .....	σελ.87
6.3.1.Το θεωρητικό πλαίσιο της Νοσηλευτικής στη φροντίδα ασθενών με καρκίνο .....	σελ.89

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ**

7.1.Διατροφή ογκολογικού ασθενή .....	σελ.93
7.2.Προβλήματα διατροφής σε ογκολογικό ασθενή .....	σελ.97
7.2.1.Απώλεια Βάρους .....	σελ.97
7.2.2.Ανορεξία .....	σελ.98
7.2.3.Καρκινική Καχεξία .....	σελ.99
7.3.Διατροφικές Παρεμβάσεις .....	σελ.100
7.4.Χρήση Κατάλληλων μέσων διατροφικής υποστήριξης .....	σελ.102
7.4.1.Σίτιση από το στόμα .....	σελ.102
7.4.2.Ολική παρεντερική σίτιση .....	σελ.103

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ**

8.1.Μεταστάσεις .....	σελ.105
8.2.Φροντίδα στο τελικό στάδιο .....	σελ.108
Περιστατικό και Νοσηλευτική Διεργασία .....	σελ.110
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	σελ.114

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στα περισσότερα μέρη του κόσμου, ένα μεγάλο ποσοστό παρουσιάζει καρκίνο. Σύμφωνα με τους επιστήμονες κάθε χρόνο επτά με οχτώ εκατομμύρια άνθρωποι χάνουν την μάχη με τον θάνατο. Για τους καρκινοπαθείς η μόνη ρεαλιστική θεραπευτική επιλογή είναι η ανακούφιση από τον πόνο και η συμπτωματική αντιμετώπιση.

Σκοπός της δικής μας εργασίας είναι να μπορέσουμε να ενημερώσουμε με όσο πιο πολλά στοιχεία και πληροφορίες, έχουμε τόσο τους νοσηλευτές όσο και το κάθε καρκινοπαθή, αλλά και τον συνάνθρωπό μας, πως σημαντικό είναι να γνωρίζει κάποια βασικά πράγματα για αυτή την νόσο. Έτσι θα προσπαθήσουμε μέσα από αυτή την εργασία να ενημερώσουμε και το πιο σημαντικό, να λύσουμε κάθε απορία που ίσως να βασανίζει τον συνάνθρωπό μας.

Ο καρκίνος αποτελεί την μεγαλύτερη αιτία θανάτου, ένας στους δυο ανθρώπους θα αναπτύξουν κάποια στιγμή στη ζωή μας κάποιο καρκίνωμα.

Κάποιοι παράγοντες που βοηθούν στο να εμφανιστεί ο καρκίνος είναι: το φύλλο, η ηλικία, η κληρονομικότητα, οι συνθήκες ζωής που έχει ο καθένας, η έκθεση σε ουσίες που είναι καρκινογόνες για τον οργανισμό η χρήση τσιγάρου αλλά οι διατροφικές του συνήθειες.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος είναι μια πολύ παλιά αρρώστια. Μερικοί τύποι καρκίνου είναι γνωστό ότι υπάρχουν από τα προϊστορικά χρόνια. Τα τελευταία όμως χρόνια η αύξηση των ατόμων με καρκίνο είναι επικίνδυνη, και αυτό οφείλεται στον λανθασμένο τρόπο ζωής των ανθρώπων.

Είναι σχεδόν σίγουρο ότι πολλές αιτίες καρκίνου είναι πράγματι δημιουργήματα του σύγχρονου τρόπου ζωής του κάθε ανθρώπου.

Οι καρκινοπαθείς λοιπόν χρειάζονται σωστή ενημέρωση, να γνωρίζουν τι θα πει καρκίνος, το είδος του καρκίνου, πως μπορεί να γίνει η θεραπεία, πώς να προστατευθεί για τυχόν μεταστάσεις και πολλές άλλες πληροφορίες χρήσιμες και ουσιώδεις γι' αυτόν.

Σε αυτό λοιπόν που καταλήγουμε και αυτό που θα πρέπει να γνωρίζουμε καλά όλοι μας, ασχέτως αν νοσούμε ή όχι είναι πως σε κάθε περίπτωση *«Η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία για όλους μας και για κάθε ασθένεια»*.

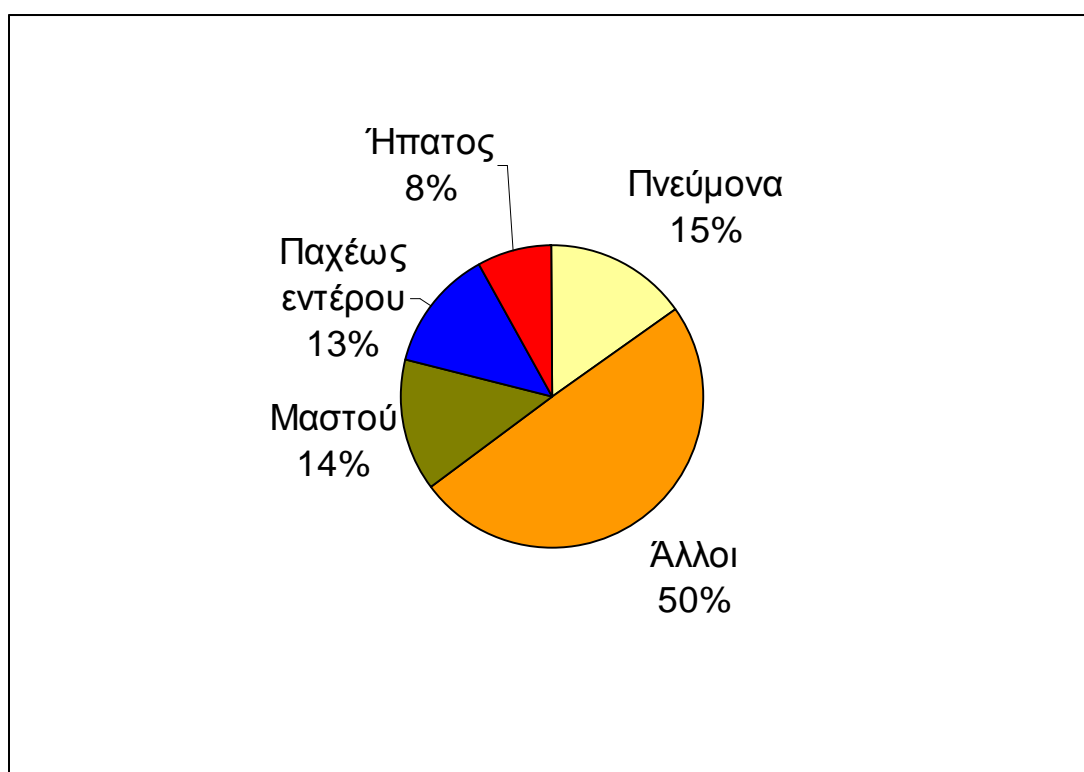


# ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ***

## 1.1.Τι είναι όγκος

Καρκίνος είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα σύνολο από νόσους με κοινά αλλά και διαφορετικά χαρακτηριστικά, ανάλογα με τη θέση εντόπισης. Οι μορφές του καρκίνου διαφέρουν σημαντικά ως προς τη φύση, το ρυθμό ανάπτυξης, εξέλιξης, θεραπείας και πρόγνωσης.

Η λέξη καρκίνος, λειτουργεί μόνο ως όρος «ομπρέλα» για να περιγράψει ταυτόχρονα μια μεγάλη ομάδα νόσων (πάνω από 200) με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Η δυσκολία με τον όρο «καρκίνος» είναι ότι αναπόφευκτα φορτίζει αρνητικά το άτομο. Έτσι η προσπάθεια κατανόησης του «τι είναι καρκίνος» καθίσταται ακόμα πολυπλοκότερη διαδικασία.



Πηγή: (Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006)

Ο καρκίνος διαφοροποιείται από τις άλλες νόσους στο ότι στην Ογκολογία η «επιβίωση» αποτελεί σημείο αναφοράς για την εκτίμηση της έκβασης και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

Τα τελευταία χρόνια, με την πρόοδο της μοριακής βιολογίας και της γενετικής, επιτεύχθη η πληρέστερη κατανόηση της βιολογικής συμπεριφοράς του καρκίνου. Η πρόοδος αυτή άνοιξε νέους θεραπευτικού δρόμους που στοχεύουν σε

συγκεκριμένες φάσεις της φυσικής ανάπτυξης του κυττάρου, κατά την διάρκεια των οποίων μπορεί να αναπτυχθεί ο καρκίνος.

Υπάρχει μια σειρά από μηχανισμούς που είτε μεμονωμένα, είτε σε συνδυασμό διαταράσσουν τη φυσιολογική κυτταρική ανάπτυξη και πολλαπλασιασμό. Για την ανάπτυξη του καρκίνου θα πρέπει πιθανά να συμβούν ταυτόχρονα πολλές αλλαγές. Στη διαταραχή της κυτταρικής ανάπτυξης συμβάλλουν και οι μεταβολές ή οι μεταλλάξεις στα γονίδια του ανθρώπινου γονιδιώματος.

Ο καρκίνος αποτελεί μέρος της σημερινής κουλτούρας, μια τρομακτική νόσος που φοβόμαστε περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη, η οποία αναπόφευκτα οδηγεί σε έναν οδυνηρό και επώδυνο θάνατο.

Στην πραγματικότητα ο καρκίνος ποτέ δεν εισβάλλει τόσο στο σώμα, αλλά μάλλον ο ίδιος αναπαράγεται από το ίδιο το σώμα (Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006).

## **1.2. Προδιαθεστικοί Παράγοντες**

Το 1991 αναφέρθηκε ότι υπήρχαν έξι εκατομμύρια νέα περιστατικά καρκίνου στον κόσμο ετησίως και ότι το ένα δέκατο όλων των θανάτων παγκοσμίως είναι συνέπεια του καρκίνου. Οι βασικές αιτίες θνησιμότητας από καρκίνο, ο καρκίνος του πνεύμονα, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, για τις γυναίκες ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος του πνεύμονα. Ενώ ο συνολικός αριθμός θανάτων από καρκίνο δεν φαίνεται να αυξάνεται, τα περιστατικά θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα στις γυναίκες έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια.

Οι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου είναι οι εξής:

### Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στην έναρξη και εξέλιξη του καρκίνου

1. Συμπεριφορικοί παράγοντες: Φαίνεται ότι οι συμπεριφορικοί παράγοντες παίζουν κάποιο ρόλο στην έναρξη και την εξέλιξη του καρκίνου. Ένα μεγάλο ποσοστό των καρκίνων σχετίζονται με το κάπνισμα, διατροφή και το αλκοόλ. Αυτές οι συμπεριφορές μπορούν να προβλεφθούν αν εξετάσουμε τις πεποιθήσεις του ατόμου για την υγεία.

2. Στρες. Έχει επίσης φανεί ότι το στρες παίζει ένα ρόλο στον καρκίνο. Ο στρεσογόνος παράγοντας δεν μπορεί να τεθεί υπό έλεγχο αυτό θα είχε ως συνέπεια

αύξηση στην εξέλιξη. Το στρες λοιπόν παίζει ρόλο στην έναρξη του καρκίνου. Η αύξηση στρες αυξάνει το ρυθμό εξέλιξης του καρκίνου, όχι την έναρξή του.

3.Γεγονότα ζωής. Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι τα γεγονότα ζωής παίζουν κάποιο ρόλο στον καρκίνο. Στις οικογένειες που υπήρχε κάποιο θύμα καρκίνου ήταν υψηλότερα τα ποσοστά όσων είχαν μετακομίσει, υψηλότερα τα ποσοστά όσων είχαν αλλάξει κάποιο τρόπο συμπεριφοράς τους, υψηλότερα τα ποσοστά όσων είχαν παρουσιάσει αλλαγή στην κατάσταση της υγείας τους εκτός από το άτομο που έπασχε από καρκίνο και υψηλότερα ποσοστά διαζυγίων, γεγονός που δείχνει ότι τα γεγονότα ζωής ίσως να αποτελούν έναν παράγοντα που συμβάλλει στην έναρξη καρκίνου.

4.Έλεγχος. Φαίνεται επίσης ότι ο έλεγχος παίζει κάποιο ρόλο στην έναρξη και την εξέλιξη του καρκίνου και έχει υποστηριχθεί ότι ο έλεγχος των στρεσογόνων παραγόντων και ο έλεγχος των περιβαλλοντικών παραγόντων ενδεχομένως να σχετίζεται με μια αύξηση στην έναρξη του καρκίνου.

5.Τρόποι Αντιμετώπισης. Σημαντικοί είναι και οι τρόποι αντιμετώπισης. Αν ένα άτομο έχει ευπάθεια στο στρες, τότε οι μέθοδοι που χρησιμοποιεί για να αντιμετωπίσει αυτό το στρες μπορούν κάλλιστα να σχετίζονται με την έναρξη του καρκίνου. Για παράδειγμα, δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές απεμπλοκής όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ ενδεχομένως να έχουν σχέση με την αύξηση του καρκίνου.

6.Κατάθλιψη. Η σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και τον καρκίνο υποστήριξε ότι το χρόνιο ήπιο στρες, αλλά όχι η κλινική κατάθλιψη, ενδεχομένως να σχετίζονται με τον καρκίνο.

7.Προσωπικότητα. Τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει ενδιαφέρον για τη σχέση ανάμεσα στην προσωπικότητα και τον καρκίνο. Η προσωπικότητα τύπου C περιγράφεται ως παθητική, ήρεμη, απελπισμένη, προσανατολισμένη στους άλλους και μη εξωτερικεύουσα συναισθήματα.

Έχει υποστηριχθεί ότι οι διάφοροι τύποι προσωπικότητας που έχει προβλεφθεί ότι σχετίζονται με την ασθένεια δεν διακρίνονται μεταξύ τους και επίσης ότι τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο δεν διαφέρουν σταθερά από τα υγιή άτομα ή ανθρώπους με καρδιοπάθεια στην προβλεπόμενη κατεύθυνση.

8.Ανθεκτικότητα. Έχει ένα τρόπο αντιμετώπισης που ονομάζεται αντοχή και αποτελείται από τρεις συνισταμένες: έλεγχος, δέσμευση και πρόκληση. Ο μικρός έλεγχος δείχνει μια τάση εξωτερίκευσης συναισθημάτων απόγνωσης απέναντι στο στρες. Η δέσμευση ορίζεται ως το αντίθετο της αλλοτρίωσης: τα άτομα που δεσμεύονται σε μέγιστο βαθμό βρίσκουν νόημα στη δουλειά τους, τις αξίες και τις

προσωπικές σχέσεις. Τα άτομα που τους αρέσει η πρόκληση θεωρούν τα εν δυνάμει στρεσογόνα γεγονότα ως μία πρόκληση που πρέπει να αντιμετωπίσουν αναμένοντας επιτυχία. Η αντοχή ενδεχομένως να λειτουργεί προστατευτικά στην ανάπτυξη καρκίνου.

Άλλοι παράγοντες γενικοί:

- 1) Ηλικία
- 2) Φύλλο
- 3) Κληρονομικότητα
- 4) Συνθήκες ζωής
- 5) Τοξικές Ουσίες
- 6) Άλλες Ουσίες
- 7) Κάπνισμα
- 8) Αλκοόλ (Αντωνίου Σ.Α. 2005, Αποστολίδης Ν . & Πανουσόπουλος Δ. 2004, Φουτζήλας Γ. & Μπαρμπούνης Β. 2000).

### **1.3.Συμπτώματα**

#### **1.Πόνος**

Ο πόνος αποτελεί το δυνητικό σύμπτωμα που γνωστοποιεί την ύπαρξη της νόσου ή την επιδείνωσή της. Ο καρκίνος, ο πόνος και ο θάνατος είναι συχνά συνυφασμένα στο μυαλό του ατόμου, με αποτέλεσμα η επιτυχημένη αντιμετώπιση του πόνου να είναι εφικτή μόνο όταν υπάρχει επικεντρωμένη προς τον ασθενή προσέγγιση από όλους τους επιστήμονες υγείας.

Ο πόνος είναι μια απόλυτα προσωπική και μοναχική εμπειρία, η οποία είναι αδύνατο να περιγραφεί μόνο με βιολογικά στοιχεία. Αναγνωρίζεται ως σύνθετη βιολογική και πολιτισμική κατάσταση.

#### **Είδη πόνου**

##### **α) Οστικός πόνος**

Οι οστικές μεταστάσεις είναι η πιο συχνή αιτία του καρκινικού πόνου. Αν και μπορεί να προσβληθεί οποιοδήποτε μέρος του σκελετού, η σπονδυλική στήλη και τα μακρά οστά των άκρων είναι τα πλέον ευπαθή στη μεταστατική νόσο.

## β) Νευροπαθητικός πόνος

Ο νευροπαθητικός πόνος δεν οφείλεται σε ερεθισμό αλγυποδοχέων από κάκωση (όπως ο σπλαχνικός, σωματικός ή μυϊκός που προκαλείται από τη διέγερση των νευρικών απολήξεων), αλλά σε διαταραχές της λειτουργικότητας ή τις παθολογικές αλλαγές στο περιφερικό ή κεντρικό νευρικό σύστημα.

## 2.Ναυτία και εμετός

Ο καρκίνος συνεχίζει να θεωρείται μια ανεξέλεγκτη, ιδιόμορφη ασθένεια, που συνήθως συνοδεύεται από αισθήματα φόβου, ντροπής και αποστροφής, αισθήματα τα οποία πολιτισμικά και κοινωνικά είναι συνδεδεμένα με σωματικές εκδηλώσεις της νόσου, όπως ο εμετός ή οι δύσοσμες πληγές.

Η ναυτία, ο εμετός και η τάση για εμετό αποτελούν διακριτές οντότητες.

## 3.Κόπωση

Η κόπωση είναι μια έντονα υποκειμενική ομιχλώδης έννοια, «μία εξουθενωτική, παρατεταμένη αίσθηση εξάντλησης και ελαττωμένη ικανότητα για σωματική και διανοητική εργασία». Οι ασθενείς μιλούν για κούραση, έλλειψη ενέργειας, λήθαργο, αδυναμία, εξάντληση, ανημποριά για συνέχεια της όποιας προσπάθειας, προβληματική κινητικότητα, απόσταση μεταξύ του θέλω και μπορώ, υπνηλία, νωθρότητα, αίσθηση ότι το σώμα είναι βαρύ, απάθεια, ανικανότητα να συνεχίσεις, καθώς και πολλές άλλες υποκειμενικές περιγραφές.

Τα μοντέλα περιγραφής της κόπωσης διακρίνονται σε έξι διακριτές διαστάσεις:

- χρονική
- αισθητηριακή
- γνωστική/ διανοητική
- συγκινησιακή/ συναισθηματική
- συμπεριφορική
- οργανική. (Βαδαλουκά Α. 2005, Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006, Χαροκόπος Ν. 2005)

#### **4.Δύσπνοια**

Δύσπνοια είναι «η αίσθηση δυσχέρειας στην αναπνοή» και «ένα συχνό και βασανιστικό σύμπτωμα που βιώνεται από τους ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια». Επίσης έχει περιγραφεί ως η «αίσθηση δύσκολης, κοπιώδους αναπνοής... το συχνότερα αναφερόμενο ως αποδυναμωτικό σύμπτωμα των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσο (ΧΑΠ)».

Η δύσπνοια ευθύνεται για ένα υψηλό ποσοστό της ανικανότητας, του κόστους σε ποιότητα ζωής και της τάλαιπωρίας που βιώνουν οι ασθενείς με αναπνευστική νόσο. Η δύσπνοια είναι κάτι περισσότερο από μια αίσθηση, κάτι περισσότερο από ένα δυσάρεστο συναίσθημα. Είναι δύσκολο να συλλάβει κανείς την πραγματική έννοια της δύσπνοιας και να περιορίσει σε κατηγορίες και ορισμούς, οι οποίοι παύουν να είναι χρήσιμοι όταν πρόκειται για αδιευθέτητες σκέψεις και ανοργάνωτα συναισθήματα, δηλαδή την ουσία και το μεγαλύτερο μέρος της ανθρώπινης εμπειρίας. Η δύσπνοια προκαλεί υπερβολική καταπόνηση. (Βαδαλουκά Α. 2005, Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006, Χαροκόπος Ν. 2005).

#### **1.4.Πρόληψη**

Οι προσπάθειες πρόληψης περιλαμβάνουν την αναγνώριση των σημαδιών του καρκίνου, την υποβολή των ατόμων σε διαγνωστική αξιολόγηση προκειμένου να ανιχνευθεί όσο γίνεται νωρίτερα ο καρκίνος, και τις εκπαιδευτικές προσπάθειες που έχουν ως στόχο την αλλαγή του τρόπου ζωής.

#### **Επιδημιολογία**

Επιδημιολογία είναι η μελέτη της κατανομής της συχνότητας των νοσημάτων και στοχεύει στην πρόληψη των νόσων.

Η κατανόηση των επιδημιολογικών τεχνικών και ευρημάτων επικουρεί στην αξιολόγηση του κινδύνου ενός ατόμου να πάθει καρκίνο (Αντωνίου Σ.Α. 2005, Ρηγάτος Γ.Α. 2006, Φουτζήλας Γ. & Μπαρμπούνης Β. 2000, Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006).

### **Κλινικές προσεγγίσεις του καρκίνου**

Στις κλινικές προσεγγίσεις διαχείρισης του καρκίνου περιλαμβάνονται η πρόληψη (διαλογή και έγκαιρη διάγνωση), η διάγνωση, η σταδιοποίηση, η θεραπεία και η αποκατάσταση της νόσου. Υπάρχουν τρία επίπεδα πρόληψης: πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής. (Αντωνίου Σ.Α. 2005, Ρηγάτος Γ.Α. 2006, Φουτζήλας Γ. & Μπαρμπούνης Β. 2000, Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006).

### **Γενετική διαλογή**

Χρησιμοποιείται για την εύρεση ατόμων υψηλού κινδύνου που έχουν κληρονομική προδιάθεση για καρκίνο. Γενετική συμβουλευτική είναι αναγκαίο να παρέχεται πριν από την διενέργεια οποιασδήποτε γενετικής δοκιμασίας. Γονίδια που έχουν ανακαλυφθεί και χρησιμοποιούνται επιτυχώς στην εύρεση ατόμων υψηλού κινδύνου είναι τα BRCA1 και BRCA2 γονίδια για τον καρκίνο του μαστού, τα HNPCC και FHP για τον καρκίνο παχέος εντέρου και το RET γονίδιο σε οικογένειες με σύνδρομο MEN 1 και 2 (πολλαπλή ενδοκρινική νεοπλασία) για το μυελώδες θυρεοειδικό καρκίνωμα. (Τα παιδιά ελέγχονται για την ύπαρξη του RET γονιδίου). (Αντωνίου Σ.Α. 2005, Ρηγάτος Γ.Α. 2006, Φουτζήλας Γ. & Μπαρμπούνης Β. 2000, Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006).

### **Πρωτογενής πρόληψη**

Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει την εμφάνιση της ασθένειας επικεντρώνεται στην αποφυγή έκθεσης σε συγκεκριμένους προσδιοριστές της συχνότητας της νόσου, ή στην ισχυροποίηση του οργανισμού με γενικά ή ειδικά μέτρα (π.χ. φυσική άσκηση, εμβολιασμοί). Υπολογίζεται ότι το ένα τρίτο των καρκίνων μπορεί να προληφθεί με αυτόν τον τρόπο. Οι εμβολιασμοί, η διατροφή, ο περιβαλλοντικός έλεγχος, ο έλεγχος των διαβιβαστών, η απολύμανση και η αποστείρωση, η χημειοπροφύλαξη και η απόκτηση υγιούς συμπεριφοράς είναι όλες μέθοδοι πρωτογενούς πρόληψης. Αποτελούν δυνητικά κοστο- αποτελεσματικές παρεμβάσεις.

Τόσο η ταμοξιφένη όσο και η ραλοξιφένη έχουν βρεθεί αποτελεσματικές στη μείωση του αριθμού των νέων περιπτώσεων καρκίνου στο δεύτερο μαστό σε ασθενείς με ετερόπλευρο καρκίνο μαστού. (Αντωνίου Σ.Α. 2005, Ρηγάτος Γ.Α. 2006, Φουτζήλας Γ. & Μπαρμπούνης Β. 2000, Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006).



### **Δευτερογενής πρόληψη**

Η δευτερογενής πρόληψη που βασίζεται στην προσυμπτωματική και στην κατά το δυνατόν πρωιμότερη διάγνωση της προκλινικής νόσου, περιλαμβάνει διαλογή (screening), αναζήτηση των στενών επαφών μολυσμένων ατόμων και επιδημιολογική επιτήρηση. Υπολογίζεται ότι το ένα τρίτο των καρκίνων θα είχαν θεραπευθεί εάν είχαν διαγνωσθεί σχετικά νωρίς. Παραδείγματα καρκίνων που μπορεί να εφαρμοστεί διαλογή είναι οι καρκίνοι του τραχήλου της μήτρας, του μαστού, του στόματος και του δέρματος. Η διαλογή δεν πρέπει να συγχέεται με την έγκαιρη διάγνωση. Η διαλογή ανακαλύπτει προσυμπτωματικές περιπτώσεις νόσου, ενώ η έγκαιρη διάγνωση ανακαλύπτει νόσους όταν πρωτοεμφανίζονται τα συμπτώματά τους. υπάρχει όμως αμφισβήτηση, εάν η διαλογή ανακαλύπτει μόνο είδη καρκίνου που εξελίσσονται τόσο αργά, ώστε ο ξενιστής είναι πιθανό να πεθάνει, λόγω γήρατος, προτού νοσήσει από τον καρκίνο. (Αντωνίου Σ.Α. 2005, Ρηγάτος Γ.Α. 2006, Φουτζήλας Γ. & Μπαρμπούνης Β. 2000, Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006).

### **Τριτογενής πρόληψη**

Η τριτογενής πρόληψη εφαρμόζεται μετά την έναρξη των συμπτωμάτων της νόσου και περιλαμβάνει αναγνώριση συμπτωμάτων, διάγνωση και θεραπεία με στόχο την πρόληψη του θανάτου από την ασθένεια. Τριτογενής πρόληψη αποτελεί κάθε παρέμβαση που περιορίζει τις επιπλοκές του καρκίνου στο συμπτωματικό στάδιο της νόσου. (Αντωνίου Σ.Α. 2005, Ρηγάτος Γ.Α. 2006, Φουτζήλας Γ. & Μπαρμπούνης Β. 2000, Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006).

### **Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου**

Ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του Καρκίνου αποτελεί εκστρατεία ενθάρρυνσης των ατόμων να αναλάβουν δράση, για να μειωθεί ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο κατά 15%. Ένας κώδικας 10 σημείων που συνοψίζει τις διαθέσιμες οδηγίες για τη μείωση του κινδύνου για καρκίνο δημοσιεύθηκε από ευρωπαϊκές χώρες, βασισμένος στη σύγχρονη γνώση για την πρόληψη (πρωτογενή και δευτερογενή) και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. (Αντωνίου Σ.Α. 2005, Ρηγάτος Γ.Α. 2006, Φουτζήλας Γ. & Μπαρμπούνης Β. 2000, Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006).

## **Πρόληψη**

1. Μην καπνίζετε.
2. Μετριάστε την κατανάλωση αλκοόλ.
3. Αποφύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.
4. Ακολουθείστε τις οδηγίες υγείας και ασφάλειας στην εργασίας σας.
5. Τρώτε φρέσκα φρούτα, λαχανικά και άλλα τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες.
6. Αποφύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε την κατανάλωση λιπαρών τροφών. (Αντωνίου Σ.Α. 2005, Ρηγάτος Γ.Α. 2006, Φουτζήλας Γ. & Μπαρμπούνης Β. 2000, Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006).

## **Έγκαιρη διάγνωση**

7. Επισκεφθείτε ιατρό αν παρατηρήσετε νέους όγκους, αλλαγές σε σημεία του σώματος ή ασυνήθιστη αιμορραγία.
8. Επισκεφθείτε ιατρό για συνεχιζόμενα προβλήματα υγείας, όπως βράγχος φωνής, αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου. (Αντωνίου Σ.Α. 2005, Ρηγάτος Γ.Α. 2006, Φουτζήλας Γ. & Μπαρμπούνης Β. 2000, Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006).

## **Για γυναίκες**

9. Κάνετε συχνά δοκιμασίες τραχήλου της μήτρας κατά Παπανικολάου.
10. Κάνετε μαστογραφίες σε τακτά διαστήματα πάνω από την ηλικία των 50 ετών.

Κάθε ένα από τα παραπάνω σημεία συνοδεύεται από την εξήγηση της σχέσης της συμπεριφοράς με το συγκεκριμένο είδος ή είδος καρκίνου. Επίσης παρέχονται, συστάσεις για την κατάλληλη τροποποίηση της συμπεριφοράς (π.χ. πόσο αλκοόλ επιτρέπεται την εβδομάδα, το περιεχόμενο μιας λογικής δίαιτας, οι προτεινόμενες μέθοδοι μαγειρέματος). (Αντωνίου Σ.Α. 2005, Ρηγάτος Γ.Α. 2006, Φουτζήλας Γ. & Μπαρμπούνης Β. 2000, Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006).

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ***

## **2.1. Ταξινόμηση Όγκων**

Υπάρχουν πολλά είδη καρκινωμάτων, ο κάθε καρκίνος έχει την δική του κλινική εικόνα και φυσικά προσβάλλει διαφορετικά όργανα και σημεία του σώματος. Στην προκειμένη φάση θα αναλύσουμε 4 είδη καρκίνων αυτά που βρίσκονται στο μεγαλύτερο ποσοστό, σύμφωνα με στατιστικές μελέτες.

Οι πιο συνηθισμένοι λοιπόν όγκοι είναι οι εξής:

### **2.1.1. Όγκος Ήπατος**

Ο πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος, πρόκειται για μια από τις συχνότερες κακοήθεις νεοπλασίες. Το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα είναι σύνηθες. Η επίπτωση του πρωτογενούς καρκίνου του ήπατος είναι μεγαλύτερη στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες και συνήθως αναπτύσσεται στην πέμπτη ή την έκτη δεκαετία της ζωής. Η πρόγνωση του είναι κακή, εν μέρει επειδή η νόσος συχνά είναι ήδη προχωρημένη όταν τίθεται η διάγνωση. Σχετικά συνήθεις είναι και οι μεταστάσεις στο ήπαρ από πρωτογενείς όγκους του πνεύμονα, του μαστού και του πεπτικού σωλήνα. (Δημητρουλόπουλος Δ. & Φιλόπουλος Ε. 2001, Κελέκης Α.Δ. 2003).

#### **Παθοφυσιολογία**

Ποσοστό περίπου 80 – 90% των πρωτογενών καρκίνων του ήπατος αναπτύσσονται από τα κύτταρα του ηπατικού παρεγχύματος (ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα). Το υπόλοιπο ποσοστό εξορμάται από το χοληφόρο δένδρο (χολαγγειοκαρκίνωμα). Ασχέτως προέλευσης, η εξέλιξη της νόσου είναι η ίδια. Έχουν αναγνωρισθεί αρκετοί αιτιολογικοί παράγοντες. Οι περισσότεροι πρωτογενείς καρκίνοι του ήπατος οφείλονται σε αλκοολική κίρρωση ή λοίμωξη από τον HBV ή HCV.

Η βλάβη του ηπατοκυτταρικού DNA αποτελεί τον υποκείμενο παθοφυσιολογικό μηχανισμό του πρωτογενούς καρκίνου του ήπατος. Η βλάβη αυτή μπορεί να προκληθεί από την ενσωμάτωση του γενετικού υλικού του HBV ή HCV στο DNA ή ως αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενων κύκλων κυτταρικής νέκρωσης και αναγέννησης, που προάγουν τις μεταλλάξεις του γενετικού υλικού. Ο HBV προκαλούν βλάβη σε ένα συγκεκριμένο ογκοκατασταλτικό γονίδιο, το p53. Οι όγκοι

μπορεί να περιορίζονται σε κάποια συγκεκριμένη περιοχή του ήπατος, να παίρνουν τη μορφή οζιδίων, διάσπαρτων σε όλη την έκταση του οργάνου ή να εμφανίζονται υπό τη μορφή νεοπλασματικών διηθήσεων στην επιφάνειά του. Ο όγκος προκαλεί διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας και απόφραξη των χοληφόρων (με αποτέλεσμα την εμφάνιση ίκτερου), πυλαία υπέρταση και μεταβολικές διαταραχές (υπολευκωματιναιμία, υπογλυκαιμία και αιμορραγική διάθεση). Είναι επίσης δυνατόν να παράγει συστατικά της χολής και ορμόνες, με αποτέλεσμα την εμφάνιση πολυκυτταραιμίας, υπογλυκαιμίας και υπερασβεστιαμίας. Οι όγκοι συνήθως αναπτύσσονται γρήγορα και δημιουργούν πρώιμα μεταστάσεις. (Δημητρουλόπουλος Δ. & Φιλόπουλος Ε. 2001, Κελέκης Α.Δ. 2003).

<b>Πιθανές Αιτίες πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος</b>	<b>Κλινικές εκδηλώσεις Πρωτοπαθούς Καρκίνου ήπατος</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χρόνια ηπατίτιδα C</li> <li>• Χρόνια ηπατίτιδα B</li> <li>• Κίρρωση, ασχέτως αιτίας</li> <li>• Χρόνια έκθεση σε αφλατοξίνη (τοξίνη που παράγεται από τον μύκητα <i>Aspergillus</i>)</li> <li>• Νερό μολυσμένο με αρσενικό</li> <li>• Καρκινογόνες ουσίες στις τροφές</li> <li>• Ενδεχομένως ορμονικοί παράγοντες (π.χ. μακρόχρονη χρήση ανδρογόνων)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κακουχία</li> <li>• Ανορεξία</li> <li>• Λήθαργος</li> <li>• Απώλεια βάρους</li> <li>• Πυρετός αγνώστου αιτιολογίας</li> <li>• Αίσθημα πληρότητας στην κοιλία</li> <li>• Επώδυνη μάζα στο δεξιό άνω κοιλιακό τεταρτημόριο</li> <li>• Εκδηλώσεις ηπατικής ανεπάρκειας</li> </ul>

Πηγή: Δημητρουλόπουλος Δ. & Φιλόπουλος Ε. 2001, Κελέκης Α.Δ. 2003.

### **Κλινικές εκδηλώσεις**

Οι αρχικές εκδηλώσεις του καρκίνου του ήπατος είναι ύπουλες και συχνά καλύπτονται από την ύπαρξη κίρρωσης ή χρόνιας ηπατίτιδας. Συνηθισμένες πρώιμες εκδηλώσεις είναι η αδυναμία, η ανορεξία, η απώλεια βάρους, η κόπωση και η κακουχία. Συχνά ο ασθενής προσέρχεται για φροντίδα υγείας λόγω κοιλιακού πόνου ή ψηλαφητής μάζας στο δεξιό άνω κοιλιακό τεταρτημόριο. Για τις κλινικές εκδηλώσεις του πρωτογενούς καρκίνου του ήπατος. Όταν τίθεται η διάγνωση, είναι δυνατόν να υπάρχουν ήδη ασκίτης και ίκτερος. Καθώς ο όγκος εξελίσσεται, μπορεί να παρατηρηθούν εκδηλώσεις ηπατικής ανεπάρκειας με πυλαία υπέρταση, σπληνομεγαλία και μεταβολικές διαταραχές. Οι περισσότεροι ασθενείς καταλήγουν μέσα σε 6 μήνες από τη στιγμή της διάγνωσης.

Στον καρκίνο Ήπατος έχουν περιγραφή 5 κλινικοί τύποι ΗΚΚ και είναι οι εξής:

**à Τύπος 1 ή γνήσιος καρκίνος (frank)**

Είναι ο πλέον συχνός τύπος ηπατώματος και αφορά το 63% του συνόλου των περιστατικών. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση συμπτωματολογίας ενδεικτική ηπατικής βλάβης σε άτομα με προηγούμενα καλή υγεία. Τα κλινικά ευρήματα είναι καταβολή, απώλεια βάρους, κοιλιακό άλγος, ευαισθησία στην πίεση και διόγκωση ήπατος. Λιγότερο συχνά κλινικά ευρήματα είναι αναιμία, ίκτερος, ασκητική συλλογή, περιφερικό οίδημα, διάταση των επιφανειακών κοιλιακών φλεβών και δύσπνοια. Το ηπατικό βάρος επί νεκροτομικού υλικού ποικίλει μεταξύ 2 και 7,1 kgr με μέσο όρο 4 kgr.

**à Τύπος 2 ή λανθάνων καρκίνος (occult)**

Είναι ο δεύτερος πιο συχνός κλινικός τύπος ΗΚΚ και αφορά περίπου το 16% του συνόλου των περιστατικών. Το ηπάτωμα αποκαλύπτεται τυχαία κατά τη διάρκεια ελέγχου για ενοχλήματα μη σχετιζόμενα με το ήπαρ, ενώ σ' ένα μικρότερο ποσοστό είναι ένα τυχαίο νεκροτομικό εύρημα.

**à Τύπος 3 ή οξύς κοιλιακός καρκίνος (acute abdominal cancer)**

Αφορά περίπου το 8% των περιπτώσεων ΗΚΚ. Πολλοί ασθενείς όντας σε καλή κατάσταση και χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα υγείας αιφνιδίως αναπτύσσουν σημεία και συμπτώματα ενδεικτικά οξείας ενδοκοιλιακής καταστροφής. Αφύσικη σύσφιξη των κοιλιακών μυών δυνατόν περιστατικά να είναι ενδεικτική ρήξης ενός λανθάνοντα καρκινικού όζου στην επιφάνεια του ήπατος.

Σε κάποιες περιπτώσεις πιθανά η ρήξη να είναι αποτέλεσμα εργώδους ιατρικής ψηλάφησης. Στις περιπτώσεις αυτές η κλινική εικόνα είναι συμβατή με οξεία εσωτερική αιμορραγία ή οξεία χειρουργική κοιλία. Παρακέντηση κοιλίας θα αποκαλύψει την ύπαρξη μεγάλης ποσότητας αιματηρού υγρού, ενώ ο υπερηχογραφικός έλεγχος πιθανόν να καταδείξει την εστία της αιμορραγίας. Η ηπατική αρτηριογραφία θα καταδείξει την αιμορραγούσα αρτηρία και ταυτόχρονα θα αντιμετωπίσει την αιμορραγία.

#### à Τύπος 4 ή εμπύρετος καρκίνος (febrile cancer)

Ο τύπος αυτός αφορά το 8% των περιστατικών. Οι ασθενείς παραπονούνται για έντονο άλγος και ευαισθησία κατά την ψηλάφηση στην περιοχή του ήπατος ενώ παρουσιάζουν υψηλό πυρετό και εικόνα σηψαιμίας. Η κλινική εικόνα είναι παρόμοια με αυτή του ηπατικού αποστήματος. Αυξημένη ΤΚΕ και έντονη λευκοκυττάρωση χαρακτηρίζουν τον αιματολογικό έλεγχο του ασθενούς ενώ απεικονιστικά αναδεικνύεται μια οζώδης ενδοκοιλιακή μάζα με στοιχεία κεντρικής νέκρωσης.

#### à Τύπος 5 ή μεταστατικός καρκίνος (metastatic cancer)

Ορισμένοι ασθενείς προσέρχονται στον ιατρό με κυριαρχούντα συμπτώματα όχι από τον πρωτοπαθή όγκο αλλά από τις απομακρυσμένες μεταστάσεις, έντονη οσφυαλγία από μετάσταση στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης ή δύσπνοια από μετάσταση στους πνεύμονες. Ο τύπος αυτός απαντάται στο 5% των περιστατικών (Δημητρουλόπουλος Δ. & Φιλόπουλος Ε. 2001, Κελέκης Α.Δ. 2003).

### **2.1.2. Όγκος Πνεύμονα**

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία θανάτου από καρκίνο. Αυξάνεται με την ηλικία και εκδηλώνεται συνήθως μετά το 50<sup>ο</sup> έτος. Το κάπνισμα του τσιγάρου, το οποίο περιέχει 43 γνωστές καρκινογόνες χημικές ενώσεις και ουσίες που προάγουν τον καρκίνο, αποτελεί σαφώς τη σημαντικότερη αιτία του καρκίνου του πνεύμονα.

Η σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του καρκίνου του πνεύμονα είναι δόσοεξαρτώμενη: όσο περισσότερο και επί μακρότερο χρονικό διάστημα καπνίζει κάποιος, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος. Η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία και η εισπνοή ερεθιστικών ουσιών, ιδιαιτέρως η εισπνοή ινών αμιάντου, έχει επίσης αναγνωριστεί ως παράγοντας κινδύνου.

#### **Παθοφυσιολογία**

Στη μεγάλη τους πλειονότητα οι πρωτοπαθείς βλάβες αφορούν το βρογχογενές καρκίνωμα, δηλαδή τον κακοήθη εξαλλαγή του αναπνευστικού επιθηλίου. Οι όγκοι αυτοί διαφοροποιούνται περαιτέρω αναλόγως του κυτταρικού τύπου: μικροκυτταρικό καρκίνωμα, αδενοκαρκίνωμα, καρκίνωμα εκ πλακωδών

κυττάρων και μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα. Από κλινική άποψη, οι τρεις τελευταίοι τύποι ταξινομούνται όλοι μαζί ως μη – μικροκυτταρικά καρκινώματα.

Οι όγκοι αυτοί έχουν παρα – νεοπλασματικές ιδιότητες, προκαλούν δηλαδή εκδηλώσεις σε σημεία τα οποία δεν έχουν προσβληθεί άμεσα από τον όγκο.

Το βρογχογενές καρκίνωμα, ανεξαρτήτως κυτταρικού τύπου, τείνει να είναι επιθετικό, διηθώντας τις παρακείμενες δομές και δίνοντας εκτεταμένες απομακρυσμένες μεταστάσεις. Τα καρκινώματα αυτά αρχίζουν ως βλάβες του βλεννογόνου, οι οποίες αναπτύσσονται και σχηματίζουν όγκους που αποφράσσουν τους βρόγχους ή επεκτείνονται στον παρακείμενο πνευμονικό ιστό. Το σύνδρομο της άνω κοίλης φλέβας, δηλαδή η μερική ή πλήρης απόφραξη της άνω κοίλης φλέβας, αποτελεί δυνητική επιπλοκή του καρκίνου του πνεύμονα, ιδιαίτερος όταν ο όγκος προσβάλλει το άνω μέρος του μεσοθωρακίου ή τους μεσοθωρακικούς λεμφαδένες.

### **Κλινικές εκδηλώσεις**

Οι εκδηλώσεις του καρκίνου του πνεύμονα εξαρτώνται από την εντόπιση και την επέκταση του όγκου. Οι ασθενείς ενδέχεται να εμφανίσουν συμπτώματα που σχετίζονται με τον αρχικό όγκο, εκδηλώσεις λόγω της μεταστατικής νόσου ή και συστηματικές εκδηλώσεις. Τα αρχικά συμπτώματα συχνά αποδίδονται στο κάπνισμα ή τη χρόνια βρογχίτιδα. Ο χρόνιος βήχας είναι σύνηθες σύμπτωμα, καθώς και η αιμόπτυση. Τυχόν απόφραξη της αεροφόρου οδού εκδηλώνεται με συρίττουσα αναπνοή και δύσπνοια. Αμβλύς θωρακικός πόνος εμφανίζεται όταν ο όγκος επεκτείνεται προς το μεσοθωράκιο και πλευριτιτικός πόνος όταν υπάρχει επινέμηση του υπεζωκότος. Το βράγχος της φωνής και η δυσφαγία υποδηλώνουν πίεση της τραχείας ή του οισοφάγου από τον όγκο.

Οι συστηματικές και οι παρανεοπλασματικές εκδηλώσεις του καρκίνου του πνεύμονα περιλαμβάνουν: απώλεια βάρους, ανορεξία, κόπωση και αδυναμία, πόνο, ευαισθησία και οίδημα των οστών, πληκτροδακτυλία των δακτύλων των χεριών και των ποδιών, καθώς και ποικίλα ενδοκρινικά, νευρομυϊκά, καρδιαγγειακά και αιματολογικά συμπτώματα.

Η σύγχυση, οι διαταραχές της βάδισης και της ισορροπίας, η κεφαλαλγία και οι μεταβολές της προσωπικότητας μπορεί να υποκρύπτουν εγκεφαλική μετάσταση (Χαροκόπος Ν. 2005, Σωτηρίου Α. 1999, Αποστολίδης Ν & Πανουσόπουλος Δ. 2004).



### 2.1.3.Όγκος Παχέως Εντέρου

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου/ ορθού είναι η Τρίτη συχνότερη μορφή καρκίνου. Η πρωιμότερη διάγνωση και η βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων έχουν επιτύχει πρόοδο όσον αφορά την επιβίωση των ασθενών με καρκίνο παχέως εντέρου/ ορθού. Η συχνότητα του καρκίνου αυτού είναι σχεδόν η ίδια στους άνδρες και στις γυναίκες. Παρατηρείται συνηθέστερα μετά την ηλικία των 50 ετών και η συχνότητά του αυξάνεται με την ηλικία.

Αν και η ακριβής αιτία του καρκίνου του παχέως εντέρου/ ορθού δεν είναι γνωστή, έχουν ωστόσο αναγνωρισθεί διάφοροι παράγοντες κινδύνου.

<b>Παράγοντες κινδύνου για την Ανάπτυξη Καρκίνου του Παχέως Εντέρου/ Ορθού</b>
--

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ηλικία άνω των 50 ετών</li><li>• Πολύποδες στο παχύ έντερο ή/ και το ορθό</li><li>• Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέως εντέρου – ορθού</li><li>• Ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου</li><li>• Έκθεση σε ακτινοβολία</li><li>• Δίαιτα: Υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά ζωικής προέλευσης και αυξημένη πρόσληψη θερμίδων</li></ul> |
|---|

Πηγή: Χριστοφορίδης Α.Ι. 2000, Φουτζήλας Γ. & Μπαρμπούνης Β. 2000

Ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέως εντέρου/ ορθού διαδραματίζει και η διαίτα. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του παχέως εντέρου/ ορθού είναι μικρότερος σε άτομα που περιλαμβάνουν στο διαιτολόγιό τους μεγάλες ποσότητες φρούτων και λαχανικών, φυλλικού οξέως και ασβεστίου. Οι ίνες των δημητριακών, που παλαιότερα θεωρούνταν ότι μειώνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέως εντέρου/ ορθού, σήμερα δεν φαίνεται ότι διαδραματίζουν κάποιο ρόλο, θετικό ή αρνητικό, στην παθογένεια της νόσου. Άλλοι παράγοντες που μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου είναι η χρήση ασπιρίνης και άλλων μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών (ΜΣΑΦ) και η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

## **Παθοφυσιολογία**

Σχεδόν όλες οι κακοήθεις νεοπλασματικές εξεργασίες του παχέως εντέρου και του ορθού είναι αδενοκαρκινώματα, που αναπτύσσονται πάνω σε προϋπάρχοντες αδενωματώδεις πολύποδες. Οι περισσότεροι πολύποδες παρατηρούνται στο ορθό και το σιγμοειδές, αν και οποιοδήποτε τμήμα του παχέως εντέρου είναι δυνατόν να προσβληθεί τμήμα του παχέως εντέρου είναι δυνατόν να προσβληθεί. Ο όγκος τυπικά αυξάνεται χωρίς να γίνεται κλινικά εμφανής, δημιουργώντας ελάχιστα μόνο συμπτώματα. Τη χρονική στιγμή που εμφανίζονται τελικά συμπτώματα, η νόσος έχει ήδη επεκταθεί σε βαθύτερα στρώματα του τοιχώματος του εντέρου και ενδεχομένως και στα παρακείμενα όργανα. Ο καρκίνος του παχέως εντέρου/ ορθού επεκτείνεται κατά συνέχεια ιστού, διηθώντας ολόκληρη την περίμετρο του παχέως εντέρου, τον υποβλεννογόνο και τις υπόλοιπες στιβάδες του τοιχώματος του εντέρου.

## **Κλινικές εκδηλώσεις**

Όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως, ο καρκίνος του παχέως εντέρου συχνά δεν προκαλεί συμπτώματα παρά μόνο αφού η νόσος έχει φθάσει σε προχωρημένο στάδιο. Επειδή η εξέλιξη της νόσου είναι αργή, είναι δυνατόν να μεσολάβησουν 5 – 15 έτη έως ότου εμφανισθούν συμπτώματα. Οι κλινικές εκδηλώσεις του όγκου εξαρτώνται από τη θέση, το είδος, το μέγεθός του και την τυχόν εμφάνιση επιπλοκών. Η αιμορραγία είναι συχνά η πρώτη κλινική εκδήλωση η οποία οδηγεί τους ασθενείς να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια. Άλλα συνηθισμένα πρώιμα συμπτώματα είναι οι αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου (διάρροια ή δυσκοιλιότητα). Πόνος, ανορεξία και απώλεια βάρους είναι χαρακτηριστικά προχωρημένης νόσου. Είναι επίσης δυνατόν να γίνει αντιληπτή μια μάζα κατά την ψηλάφηση της κοιλίας ή κατά τη δακτυλική εξέταση του ορθού. Μερικές φορές, ο ασθενής παρουσιάζει αναιμία λόγω λανθάνουσας απώλειας αίματος με τα κόπρανα (Χριστοφορίδης Α.Ι. 2000, Φουτζήλας Γ. & Μπαρμπούνης Β. 2000).

## **2.1.4. Όγκοι Μαστού**

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια ανεξέλεγκτη ανάπτυξη παθολογικών κυττάρων στον ιστό του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες.

Πιθανά αίτια του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνουν περιβαλλοντικούς, ορμονικούς, αναπαραγωγικούς και κληρονομικούς παράγοντες.

### **Παθοφυσιολογία**

Ο καρκίνος του μαστού ξεκινά από ένα απλό κύτταρο που μεταλλάσσεται και είναι ορμονοεξαρτώμενος. Οι καρκίνοι του μαστού κατατάσσονται σε μη διηθητικούς (in situ) ή σε διηθητικούς, ανάλογα με τη διήθηση των γύρων ιστών από τον όγκο. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να παραμείνει μη διηθητικός ή να γίνει διηθητικός χωρίς μεταστάσεις για μεγάλες χρονικές περιόδους. Δυο άτυπες μορφές του καρκίνου του μαστού είναι το φλεγμονώδες καρκίνωμα και η νόσος του Paget της θηλής του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να ταξινομηθεί ως καρκίνωμα των μαζικών πόρων, καρκίνωμα των μαζικών λοβίων ή σάρκωμα του μαστού. Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού είναι αδενοκαρκινώματα και αναπτύσσονται στο τελικό τμήμα των πόρων του μαστού. Το φλεγμονώδες καρκίνωμα του μαστού, μια συστηματική νόσος, είναι ο πιο κακοήθης από τους καρκίνους του μαστού. Συνήθως παρουσιάζεται οίδημα του δέρματος του μαστού που δίνει όψη φλοιού πορτοκαλιού.

### **Κλινικές εκδηλώσεις**

Οι εκδηλώσεις του καρκίνου του μαστού μπορεί να περιλαμβάνουν μια ανώδυνη μάζα στο στήθος, μη φυσιολογικό έκκριμα της θηλής, ένα εξάνθημα γύρω από την περιοχή της θηλής, συρρίκνωση της θηλής, εισολκή του δέρματος ή αλλαγή στη θέση της θηλής. Ο καρκίνος του μαστού είναι συνήθως ανώδυνος, αλλά μερικές γυναίκες αναφέρουν μια αίσθηση καύσου ή θερμότητας. Πολλές γυναίκες με καρκίνο του μαστού δεν παρουσιάζουν συμπτώματα και η νόσος τους διαγιγνώσκεται με μαστογραφία. Πάντως, οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες ή από τους συντρόφους τους κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας.

### Παράγοντες κινδύνου

- Ηλικία
- Γενετικοί παράγοντες κινδύνου
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού
- Ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού
- Προηγούμενη βιοψία του μαστού (Ρηγάτος Γ.Α. 2006, Φουτζήλας Γ. & Μπαρμπούνης Β 2000).

# ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ***

### **3.1.Νοσηλευτική Φροντίδα σε ασθενή με όγκο Ήπατος**

Ενθαρρύνετε τους ασθενείς που είναι εκτεθειμένοι σε παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος, να αποφεύγουν τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών που μπορεί να προκαλέσουν περαιτέρω βλάβη του ήπατος. Τονίστε στους ασθενείς ότι πρέπει να συζητούν με τον ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας το ενδεχόμενο να υποβάλλονται σε περιοδικό έλεγχο για τυχόν ανάπτυξη όγκου του ήπατος.

Τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένειά του χρειάζονται αρκετή νοσηλευτική υποστήριξη. Ο έλεγχος του πόνου αποτελεί πρώτη προτεραιότητα. Λόγω της πτωχής πρόγνωσης, μπορεί να ενδείκνυται η πρόωμη παραπομπή του ασθενούς σε υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας.

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις, καθώς και η εκπαίδευση του ασθενούς με καρκίνο του ήπατος είναι ανάλογες με αυτές που αφορούν τους ασθενείς με κίρρωση του ήπατος (Δημητρουλόπουλος Δ. & Φιλόπουλος Ε. 2001, Κελέκης Α.Δ. 2003, Αποστολίδης Ν. & Πανουσόπουλος Δ. 2004).

### **3.2.Νοσηλευτική Φροντίδα σε ασθενή με όγκο Πνεύμονα**

Η επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται παράλληλα με τη μείωση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού. Ενημερώστε τα άτομα κάθε ηλικίας, ιδιαιτέρως τα παιδιά, σχετικά με τη σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του καρκίνου του πνεύμονα. Η αποφυγή του ενεργητικού και του παθητικού καπνίσματος αποτελεί το κύριο μέτρο πρόληψης. Εξηγήστε επίσης τον κίνδυνο από την εισπνοή επικίνδυνων ουσιών στο εργασιακό περιβάλλον, και ιδιαιτέρως από την εισπνοή ινών αμιάντου.

#### **Προεγχειρητική Φροντίδα**

- Προσφέρετε τη συνήθη προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.
- Σημειώστε στο νοσηλευτικό ιστορικό τυχόν ιστορικό καπνίσματος, αναπνευστικών ή καρδιακών διαταραχών και άλλων χρόνιων καταστάσεων.
- Στηρίξτε ψυχολογικά και συναισθηματικά τον ασθενή και την οικογένειά του.

- Ενημερώστε λεπτομερώς τον ασθενή σχετικά με τις μετεγχειρητικές διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένης τη αναπνευστικής φυσικοθεραπείας, των ασκήσεων αναπνοής και της τεχνικών βήχα.
- Εάν ο ασθενής πρόκειται να επιστρέψει από το χειρουργείο με ενδοτραχειακό σωλήνα και μηχανικό αερισμό, καθορίστε τρόπο επικοινωνίας όπως τη χρήση σημάτων με τα χέρια και τα μάτια ή με τη βοήθεια πλάκας γραφής.
- Εάν ο ασθενής θα παραμείνει στη ΜΕΘ, φροντίστε να γνωρίσει αυτός και η οικογένειά του τη μονάδα και τα μηχανήματα που θα χρησιμοποιηθούν, όπως οι αναπνευστήρες και το μόνιτορ. (Φουτζήλας Γ. & Μπαρμπούνης Β. 2000, Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006).

### **Μετεγχειρητική Φροντίδα**

- Εκτιμήστε τον ασθενή και προσφέρετέ του τη συνήθη μετεγχειρητική φροντίδα.
- Φροντίστε για τον αποτελεσματικό έλεγχο του πόνου και χορηγείστε αναλγητικά σύμφωνα με τις ανάγκες.
- Εκτιμάτε συχνά την κατάσταση του αναπνευστικού, συμπεριλαμβανομένης της χροιάς του δέρματος, του κορεσμού σε οξυγόνο, της συχνότητας και του βάθους των αναπνοών, της έκπτυξης του θώρακα, του αναπνευστικού ψιθυρίσματος, των ευρημάτων της επίκρουσης και των αερίων του αρτηριακού αίματος.
- Παρακολουθήστε και φροντίστε για τη σωστή λειτουργία του μηχανικού αερισμού.
- Φροντίστε να παραμείνουν οι σωλήνες παροχέτευσης του θώρακα βατοί και το σύστημα παροχέτευσης κλειστό.
- Εκτιμήστε για τυχόν σημεία λοίμωξης της χειρουργικής τομής και των σημείων της παροχέτευσης.
- Βοηθήστε τον ασθενή να αλλάξει θέση και να κινητοποιηθεί το ταχύτερο δυνατόν.
- Εκτιμήστε και βοηθήστε στη διατήρηση της θρέψης του ασθενούς. Αρχίστε την εντερική ή την παρεντερική διατροφή πρώιμα εάν η

διασωλήνωση και ο μηχανικός αερισμός πρόκειται να παραταθούν για μακρό χρονικό διάστημα.

### **Νοσηλευτικές ευθύνες**

- Παρακολουθήστε για πιθανές επιπλοκές:
  - α) Πνευμονίτιδα από ακτινοβολία – δύσπνοια κατά την προσπάθεια, ξηρός βήχας, πυρετός.
  - β) Περικαρδίτιδα- πόνος στον θώρακα.
  - γ) Οισοφαγίτιδα – πόνος, κυνάγχη, δυσκατοποσία.
- Ενθαρρύνετε την άφθονη πρόσληψη υγρών ώστε τα εκκρίματα του αναπνευστικού να είναι λεπτότευστα.
- Χρησιμοποιήστε αναλγητικά και τοπικά αναισθητικά, όπως η ξυλοκαΐνη σε ιξώδη μορφή για την ανακούφιση της δυσφαγίας και της κυνάγχης.
- Φροντίστε να λαμβάνει ο ασθενής συχνά και μικρά γεύματα με μαλακές, δροσερές τροφές και υγρά για τη διατήρηση της θρέψης (Φουτζήλας Γ. & Μπαρμπούνης Β. 2000, Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006).

### **3.3.Νοσηλευτική Φροντίδα σε ασθενή με όγκο παχέως εντέρου**

Νοσηλευτική Φροντίδα σε ασθενή που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση στο έντερο:

#### **Προεγχειρητική φροντίδα**

- Εφαρμόστε τη συνήθη προεγχειρητική φροντίδα για τον χειρουργικό ασθενή.
- Κανονίστε μια συνάντηση του ασθενούς με έναν ειδικό για στομίες, εάν υπάρχει ένδειξη.
- Τοποθετήστε έναν ρινογαστρικό σωλήνα, εάν έχει δοθεί τέτοια οδηγία.
- Εκτελέστε τις διαδικασίες προετοιμασίας του εντέρου, σύμφωνα με τις οδηγίες.



### **Μετεγχειρητική φροντίδα**

- Παρακολουθήστε τους εντερικούς ήχους και το βαθμό διάτασης της κοιλίας.
- Αξιολογήστε τη θέση και τη βατότητα του ρινογαστρικού σωλήνα, συνδέοντάς τον με σύστημα χαμηλής αναρρόφησης.
- Ενημερώστε όλο το προσωπικό, που φροντίζει τον ασθενή που έχει υποβληθεί σε κοιλοπερινεϊκή εκτομή, να μην επιχειρεί να μετρήσει τη θερμοκρασία μέσω του ορθού, να μη χρησιμοποιεί υπόθετα ή να μην προβαίνει σε άλλες παρεμβάσεις μέσω του πρωκτού.
- Η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών θα πρέπει να συνεχίζεται για όσο χρονικό διάστημα διατηρείται η ρινογαστρική αναρρόφηση.
- Χορηγήστε τροφή και υγρά από το στόμα, σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Αρχίστε το σχεδιασμό εξόδου και την εκπαίδευση του ασθενούς.

Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή που υποβάλλεται σε Κολοστομία:

- Ελέγξτε το σημείο στο οποίο βρίσκεται η στομία και το είδος της κολοστομίας που έχει γίνει.
- Αξιολογήστε συχνά την εμφάνιση της στομίας και του δέρματος της περιοχής γύρω από αυτή.
- Τοποθετήστε ένα σάκο στομίας.
- Προβείτε σε πλύση, εάν έχει δοθεί οδηγία, μέσω της κολοστομίας, χορηγώντας νερό στο έντερο, όπως γίνεται στους υποκλυσμούς.
- Αδειάστε ή αντικαταστήστε το σάκο της στομίας ανάλογα με τις ανάγκες ή όταν έχει γεμίσει μέχρι το 1/3 της χωρητικότητάς του.
- Χρησιμοποιήστε προστατευτικές αλοιφές για την διατήρηση της ακεραιότητας του δέρματος, ανάλογα με τις ανάγκες, προκειμένου να διατηρηθεί η στεγανότητα της συσκευής της στομίας (Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006, Φουτζήλας Γ. και Μπαρμπούνης Β. 2000).

### 3.4.Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με όγκο μαστού

Νοσηλευτική φροντίδα γυναίκας με μαστεκτομή

- Αναπνευστικές ασκήσεις με βαθιές αναπνοές είναι σημαντικές, επειδή μετά από γενική αναισθησία υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης ατελεκτασιών.
- Μια παροχέτευση με αναρρόφηση θα είναι τοποθετημένη για να απομακρύνει τα υγρά που συγκεντρώνονται μετά την αφαίρεση των λεμφαδένων.
- Μετά το χειρουργείο θα παραμείνει μια φλεβική γραμμή για χορήγηση υγρών και αντιβιοτικών, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος λοίμωξης και έτσι θα πρέπει να ελέγχετε συχνά.
- Ελέγξτε τον πόνο με τη χρήση συσκευής ελεγχόμενης αναλγησίας από την ασθενή ή ζητώντας αναλγητικά πριν καταστεί ισχυρός ο πόνος.
- Σημειώστε και ενημερώστε για κάθε σημάδι αιμορραγίας στους επιδέσμους ή τα σεντόνια.
- Μούδιασμα ή αίσθημα νυγμών στην περιοχή της μασχάλης είναι συνηθισμένα.
- Η ύπτια θέση ή πλάγια στη μη χειρουργημένη πλευρά βοηθά στην παροχέτευση των υγρών από τη χειρουργημένη πλευρά.
- Μεγάλη προσοχή στην ανύψωση βαριών αντικειμένων με το χέρι της χειρουργημένης πλευράς.
- Προσέχετε για τραυματισμούς και λοιμώξεις στη χειρουργημένη πλευρά (Ρηγάτος Γ.Α. 2006, Αποστολίδης Ν. & Πανουσόπουλος Δ. 2004, Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. 2006).

# ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ***

## 4.1. Διαγνωστικές Εξετάσεις

### 4.1.1. Διαγνωστικές εξετάσεις Όγκου Ήπατος

Το Η.Κ.Κ. είναι ένας αγγειοβριθής όγκος, ο οποίος για την σωστή διάγνωσή του ακολουθούνται οι εξής εξετάσεις:

Η Υπολογιστική Τομογραφία, η οποία έχει ένα καθοριστικό ρόλο στη διάγνωση, διαφορική διάγνωση και στην εκτίμηση της ανταπόκρισης του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος και χωρίζεται και αυτή με τη σειρά της σε:

#### 1) Ελικοειδής Υπολογιστική Τομογραφία Διπλής φάσεως

Η λήψη εικόνων πριν τη χορήγηση σκιαγραφικού μέσου ενδοφλεβίως είναι απαραίτητη, δεδομένου ότι οι ασθενείς με αναμενόμενο Η.Κ.Κ. συνήθως πάσχουν από κίρρωση του ήπατος, στους οποίους μπορούν να ανευρεθούν ορατοί μακροσκοπικά αναγεννητικοί, ή δυσπλαστικοί όζοι.

#### 2) Συνδυασμός Υπολογιστικής Τομογραφίας με αγγειογραφία

Τρεις είναι οι δυνατοί συνδυασμοί Υπολογιστικής Τομογραφίας με αγγειογραφία:

α) Υπολογιστική Τομογραφία κατά τη διάρκεια εγχύσεως σκιαγραφικού στην ηπατική αρτηρία.

β) Υπολογιστική Τομογραφία κατά τη διάρκεια αρτηριακής πυλαιογραφίας.

γ) Υπολογιστική Τομογραφία μετά την ενδαρτηριακή έγχυση λιπιδόλης.

#### 3) Απεικονιστικά χαρακτηριστικά του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος με την υπολογιστική τομογραφία

Παράλληλα με την πρόοδο των τελευταίων ετών στην πρόωμη διάγνωση του Η.Κ.Κ., σημαντική εξέλιξη έχει γίνει και όσον αφορά στα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά και στην ανάπτυξη του πρώιμου Η.Κ.Κ.

Πιστεύεται ότι η ανάπτυξη του Η.Κ.Κ. ακολουθεί δυο κύριους δρόμους: Την εξ' αρχής καρκινογένεση και την σταδιακή καρκινογένεση. Σε δεύτερο στάδιο αυτοί οι δυσπλαστικοί όζοι μετατρέπονται σε πρόωμη Η.Κ.Κ. και τελικώς, σε ένα τρίτο

στάδιο, το πρώιμο Η.Κ.Κ. μετατρέπεται σε εμφανές Η.Κ.Κ. που έχει χαμηλό ρυθμό ανάπτυξης, σε εξελιγμένο Η.Κ.Κ., το οποίο πλέον αρχίζει να αναπτύσσεται ταχέως.

#### 4) Υπολογιστική Τομογραφία Αρτηριογραφία

Η μέθοδος στηρίζεται στο γεγονός ότι η πλειονότητα των Η.Κ.Κ. αρδεύονται από την ηπατική αρτηρία. Στις τυπικές περιπτώσεις, οι βλάβες εμφανίζουν μια χαρακτηριστικά έντονη σκιαγραφική ενίσχυση, συγκριτικά με το περιβάλλον υγιές ηπατικό παρέγχυμα.

#### 5) Υπολογιστική Τομογραφία Αρτηριακή Πυλαιογραφία

Η Υπολογιστική Τομογραφία Αρτηριακή πυλαιογραφία (Υ.Τ.Α.Π.) στηρίζεται επίσης στο γεγονός ότι τα πλείστα Η.Κ.Κ. δεν αρδεύονται από την πυλαία φλέβα. Έτσι, κατά την σκιαγραφική ενίσχυση της πυλαίας κυκλοφορίας, τα εμφανούς κακοήθειας Η.Κ.Κ. ανιχνεύονται ως χαμηλής πυκνότητας εστιακές αλλοιώσεις.

#### 6) Lipiodol Υπολογιστική Τομογραφία

Μετά την έγχυση της Lipiodol στην ηπατική αρτηρία, τα περισσότερα σταγονίδια συρρέουν εντός των Η.Κ.Κ., σαν συνέπεια της αυξημένης αιματικής ροής προς τον όγκο (Δημητρουλόπουλος Δ. και Φιλόπουλος Ε. 2001, Κελέκης Α.Δ. 2003).

### **4.1.2. Διαγνωστικές εξετάσεις Όγκου Πνεύμονα**

- Η ακτινογραφία θώρακα συνήθως παρέχει την πρώτη ένδειξη καρκίνου του πνεύμονα. Είναι ιδιαιτέρως αξιόπιστη ως διαγνωστικό εργαλείο όταν υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης με προηγούμενη εξέταση.
- Η κυτταρολογική εξέταση δείγματος πτυέλων χρησιμοποιείται για την επιβεβαίωση της διάγνωσης του καρκίνου του πνεύμονα. Το δείγμα των πτυέλων συλλέγεται αμέσως μετά την πρωινή αφύπνιση. Εάν ανευρεθούν κακοήθη κύτταρα στα πτύελα, μπορεί να μη χρειαστούν άλλες, πιο δαπανηρές και επεμβατικές εξετάσεις. Από την άλλη, ένα δείγμα πτυέλων αρνητικό για κακοήθεια δεν αποκλείει την ύπαρξη καρκίνου του πνεύμονα, μπορεί απλώς να σημαίνει ότι δεν αποπύπτουν κύτταρα του όγκου στα βλενώδη εκκρίματα.

- Βρογχοσκόπηση γίνεται συχνά για την άμεση απεικόνιση του όγκου και τη λήψη ιστού από αυτό για τη διενέργεια βιοψίας. Ένα εύκαμπτο βρογχοσκόπιο οπτικών ινών εισάγεται διαμέσου του στόματος στον βρόγχο. Όταν διαπιστωθεί οπτικά όγκος ή ύποπτος ιστός, χρησιμοποιείται ένα τηλεχειριζόμενο μέσω καλωδίου εργαλείο για τη λήψη δείγματος προς βιοψία.
- Η αξονική τομογραφία χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση και τον εντοπισμό των όγκων, ιδιαιτέρως εκείνων του πνευμονικού παρεγχύματος και του υπεζωκότος. Πραγματοποιείται επίσης πριν από τη βιοψία με βελόνη για τον προσδιορισμό της ακριβούς θέσης του όγκου. Η αξονική τομογραφία μπορεί επίσης να εντοπίσει τυχόν απομακρυσμένες μεταστάσεις και να βοηθήσει στην αξιολόγηση της απάντησης του όγκου στη θεραπεία.
- Με την αναρρόφηση υγρού από πλευριτική συλλογή, τη διαδερμική βιοψία με βελόνη και τη βιοψία λεμφαδένος λαμβάνονται κύτταρα ή δείγματα ιστού για κυτταρολογική εξέταση και βιοψία.
- Με τη γενική αίματος, τις εξετάσεις της ηπατικής λειτουργίας και τους ηλεκτρολύτες του ορού, συμπεριλαμβανομένου του ασβεστίου, αναζητώνται ενδείξεις μεταστάσεων ή παρανεοπλασματικών συνδρόμων (Σωτηρίου Α. 1999).

#### **4.1.3. Διαγνωστικές Εξετάσεις Όγκου Παχέως Εντέρου**

- Η γενική αίματος γίνεται για την ανίχνευση τυχόν αναιμίας που μπορεί να είναι αποτέλεσμα της χρόνιας απώλειας αίματος και της εξελικτικής πορείας του όγκου.
- Έλεγχος κοπράνων για λανθάνουσα απώλεια αίματος, η οποία γίνεται για την ανίχνευση αίματος στα κόπρανα, καθότι σχεδόν σε όλους τους καρκίνους του παχέως εντέρου/ ορθού παρατηρείται διαλείπουσα απώλεια αίματος.
- Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (*CEA, carcinoembryonic antigen*) είναι ένας νεοπλασματικός δείκτης που μπορεί να ανιχνευθεί στο αίμα των ασθενών με καρκίνο του παχέως εντέρου/ ορθού. Τα επίπεδα CEA

χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της πρόγνωσης της νόσου, την παρακολούθηση της θεραπείας και την ανίχνευση των υποτροπών της νόσου.

- Η σιγμοειδοσκόπηση και η κολονοσκόπηση είναι οι βασικές διαγνωστικές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση του καρκίνου του παχέως εντέρου/ ορθού. Με τις εξετάσεις αυτές είναι δυνατή η λήψη ιστοτεμαχίων για βιοψία.
- Ακτινογραφία θώρακα που γίνεται για την ανίχνευση τυχόν μεταστάσεων στους πνεύμονες.
- Αξονική τομογραφία (CT scan), μαγνητική τομογραφία (MRI) ή υπερηχογράφημα. Πρόκειται για εξετάσεις που έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν στην αξιολόγηση του βάθους διήθησης του τοιχώματος του εντέρου από τον όγκο, την ανίχνευση τυχόν διήθησης παρακείμενων οργάνων με άμεση επέκταση του όγκου και τη διάγνωση τυχόν μεταστάσεων.
- Βιοψία. Λαμβάνεται κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης, για την επιβεβαίωση της διάγνωσης του καρκίνου και την αξιολόγηση του βαθμού διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων (Βαδαλουκά Α. 2005, Χριστοφορίδης Α.Ι. 2000).

#### **4.1.4.Διαγνωστικές Εξετάσεις Όγκου Μαστού**

Για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού μπορεί να ζητηθούν οι παρακάτω εξετάσεις:

- Κλινική εξέταση του μαστού είναι η επισκόπηση και ψηλάφηση των μαστών και των μασχαλών από έναν έμπειρο ιατρό. Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει επισκόπηση, ψηλάφηση και έλεγχο για έκκριμα των θηλών.
- Μαστογραφία είναι η μελέτη μιας ακτινογραφίας του μαστού με χαμηλή δόση ακτινοβολίας, που μπορεί να εντοπίσει βλάβες του μαστού. Αν και η μαστογραφία μπορεί να εντοπίσει όγκους του μαστού ακόμα και 2 χρόνια πριν αυτοί γίνουν ψηλαφητοί, οι όγκοι αυτοί θεωρείται ότι ήδη υπάρχουν 8 με 10 χρόνια.

- Η διαδερμική βιοψία με βελόνα κατά την οποία διακρίνονται οι κυστικές μάζες από τις ινοκυστικές αλλοιώσεις και λαμβάνονται δείγματα για κυτταρολογική εξέταση. Κατά τη βιοψία με αναρρόφηση χρησιμοποιείται λεπτή βελόνα για να ληφθούν κύτταρα ή υγρό από τη βλάβη του μαστού.
- Στην στερεοτακτική βιοψία με βελόνα λαμβάνονται κύτταρα για ιστολογική εξέταση.
- Στη χειρουργική βιοψία αφαιρείται ολόκληρο το ογκίδιο.
- Με έκπλυση των πόρων και αναρρόφηση από τη θηλή λαμβάνεται υγρό προς ανάλυση για έλεγχο ύπαρξης παθολογικών κυττάρων (Φουτζήλας Γ. και Μπαρμπούνης Β. 2000).



# ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ***

## 5.1.Θεραπεία

Η θεραπεία εμφανίζεται με τη μορφή συμμετοχής σε κλινική δοκιμή, ενός συμβατικού θεραπευτικού σχεδιασμού ενός πρωτοποριακού θεραπευτικού προγράμματος έχει πρόσφατα δημοσιευθεί σε κάποιο αξιόπιστο περιοδικό, ή μιας περισσότερο εξατομικευμένης προσέγγισης που βασίζεται στην κρίση του κλινικού (με τη χρησιμοποίηση συνδυασμού της εμπειρίας και της εξειδίκευσα του). Οι προσεγγίσεις που περιλαμβάνουν συνδυασμοί θεραπειών είναι πιθανότερο να ελέγξουν τον καρκίνο. Για παράδειγμα η πρώτη γραμμής θεραπεία για το καρκίνο του μαστού περιλαμβάνει πρώτα τη χειρουργική επέμβαση που ακολουθείται από την επικουρική χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία. Τα τελευταία χρόνια οι συστηματικές θεραπείες χορηγούνται πριν από την χειρουργική επέμβαση και καλούνται προεγχειρητική θεραπεία. Οι θεραπείες αυτές χορηγούνται προκειμένου να μειώσουν την πιθανότητα μετάστασης πριν από την εξαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου.

Ταυτόχρονα με τον καθορισμό των θεραπευτικό στόχων και τον προγραμματισμό του σχεδιασμού της θεραπείας, άρχεται μια μακρά περίοδος αλληλεπίδραση μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας επαγγελματιών υγείας. Η σχέση αυτή περιλαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό διαφορετικών επαγγελματιών υγείας και μια μακρά πορεία θεραπείας, η οποία συχνά διαρκεί εβδομάδες ή και μήνες, μια εικονική κατάσταση, στην οποία οι ανεπιθύμητες ενέργειες πιθανά να είναι ελάχιστες ή συχνότερα σοβαρές. Το τεράστιο βάρος αυτής της εμπειρίας και η προσπάθεια ανοχής της θεραπείας εκφράζονται στη δεύτερη μαρτυρία της Jackie Stacey, η οποία αυτή τη φορά περιγράφει τη χημειοθεραπεία. (Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2006).

Είναι φανερό ότι η θεραπεία αν και είναι δύσκολη, θεωρείται αποδεκτή προσέγγιση. Μελέτες δείχνουν ότι η πλειοψηφία των ατόμων στην προοπτική να αντιμετωπίσουν τον καρκίνο, θα επέλεγαν την θεραπεία που θα προσέφερε και την ελάχιστη δυνατότητα ίασης και πρόθυμα θα αποδέχονταν τοξικές θεραπείες λόγω του φόβου του βέβαιου θανάτου που θα επέλθει εάν τις αρνηθούν. Πράγματι φαίνεται ότι κάποια άτομα που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία συσχετίζουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες με την περισσότερο αποτελεσματική θεραπεία, με κάποιο είδος «βλαβερής ιατρικής κατάλληλης για εσένα», ή της αντίληψης ότι το «υποφέρειν» κατά την διάρκεια της θεραπείας αποτελεί μέρος της μάχης κατά της νόσου και είναι απαραίτητο για την διασφάλιση της επιβίωσης. Ο Gamble, βρήκε σε μια μελέτη με συνεντεύξεις ασθενών που υποβάλλονταν σε θεραπεία για καρκίνους του πνεύμονα

και κεφαλής -τραχήλου, ότι εκείνο που επιδίωκαν στο τέλος της θεραπείας ήταν να αναγνωρίσει κάποιος όλα όσα βίωσαν κατά την διάρκεια της θεραπείας και να τους επιδοκιμάσει για «όλα όσα κατάφεραν».

Ωστόσο, η σταθερή επιδίωξη του επιστημονικού κλάδου της ογκολογίας είναι η ανάπτυξη περισσότερο αποτελεσματικών θεραπειών, προσπάθεια που σε πολλές περιπτώσεις έγινε εις βάρος των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων επιδράσεων στο ανθρώπινο σώμα. Επιπρόσθετα παραμελήθηκαν οι στρατηγικές του περιορισμού ή της μείωσης των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας. Για παράδειγμα, χρειάστηκαν 60 έτη για να διεξαχθεί το συμπέρασμα ότι η μαστεκτομή, μια ριζική επέμβαση που αφήνει μόνιμη αναπηρία, δεν είναι περισσότερο αποτελεσματική στα πρώιμα στάδια του καρκίνου του μαστού σε σχέση με μια πιο περιορισμένη χειρουργική επέμβαση, η οποία διατηρεί το μαστό και αποτελεί αποτελεσματική θεραπεία εκλογής για μεγάλο αριθμό γυναικών. Το ισχυρότερο κίνητρο για την «ανακάλυψη» αυτή δεν ήταν η ιατρική επιστήμη αλλά η πίεση των γυναικείων κινημάτων καθώς και το γεγονός ότι το μέγεθος παραμόρφωσης που προκαλούνταν από τη χειρουργική επέμβαση για τον καρκίνο του μαστού, δεν ήταν αποδεκτό. (Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2006).

Ελάχιστη προσοχή έχει δοθεί στις καθημερινές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν άτομα λόγω της ακτινοθεραπείας, οι οποίες συνεχίζονται για εβδομάδες, μήνες ή ακόμα και έτη έπειτα από την έναρξη της: Αδυναμία, ακράτεια, επώδυνη σεξουαλική επαφή, λεμφοίδημα, αναπνευστικές δυσκολίες, δυσκινησία των άκρων, κόπωση και ανορεξία μερικές μόνο από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν άτομα. Ακόμη λιγότερη έρευνα κατευθύνθηκε σε στρατηγικές πρόληψης ή περιορισμού αυτών των προβλημάτων, ή για την παροχή βοήθειας αντιμετώπισης εφόσον αυτά εμφανισθούν. Η επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας συχνά δεν περιλαμβάνει συζητήσεις σχετικά με τέτοια "τετριμμένα" και πιθανά ανομολόγητα προβλήματα, παράλληλα με τον ακόμη μεγαλύτερο προγραμματισμό μιας θεραπείας διάσωσης.

Η χημειοθεραπεία αποτελεί την κύρια αντινεοπλασματική θεραπεία. Η αλωπεκία, ο εμετός, η στειρότητα, η εμμηνόπαυση και η κόπωση είναι μερικά από τα βλήματα που θεωρούνται ως αποδεκτές συνέπειες χημειοθεραπείας. Κάποιες στιγμές, είναι τέτοια η γοητεία της "μάχης" που η απόφαση διακοπής της θεραπείας γίνεται πολύ δύσκολη, ακόμα και όταν χαθεί κάθε ελπίδα περιορισμού της νόσου για ένα άτομο με προχωρημένο καρκίνο. Αυτό συχνά αποτελεί απαίτηση του ατόμου έχει τον

καρκίνο και δεν αφορά τη δυσκολία των επαγγελματιών υγείας «να σταματήσουν κάθε προσπάθεια».

Οι δυσκολίες αυτές κατέχουν κεντρική θέση στο σύνολο των νοσηλευτών, στην παροχή φροντίδας στην ογκολογία, εφόσον σε πολλές περιπτώσεις οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που παρέχουν τη θεραπεία του καρκίνου (όπως για παράδειγμα η χορήγηση των χημειοθεραπευτικών σχημάτων), ελέγχουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες που βοηθούν τους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία για καρκίνο να προετοιμαστούν για τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες ή δυσκολίες και εργάζονται για ανακούφιση ή την ελαχιστοποίηση των επιδρώ τους. Η λεπτομερής γνώση των προβλημάτων που συνοδεύουν τη θεραπεία είναι απαραίτητη για τη μεγιστοποίηση της νοσηλευτικής συνεισφοράς.

Η νοσηλευτική ερευνητική προσπάθεια, κατευθύνεται ολοένα και περισσότερο προς τη συλλογή δεδομένων σχετικά με τη φύση των συμπτωμάτων του καρκίνου και των προβλημάτων που προέρχονται από θεραπεία καθώς και προς την αξιολόγηση των παραβάσεων αντιμετώπισής τους. Μεγάλο μέρος αυτής της προσπάθειας αναλύεται λεπτομερώς στο κεφάλαιο την διαχείριση των σχετιζόμενων προβλημάτων προέρχονται από τον καρκίνο. Οι νοσηλευτικοί ρόλοι στη θεραπευτική του καρκίνου μεταβάλλονται καθώς νοσηλευτές αναλαμβάνουν μεγαλύτερη υπευθυνότητα για τη χορήγηση συγκεκριμένων αντινεοπλασματικών θεραπειών, τη διαχείριση της υποστήριξης ατόμων κατά τη διάρκεια της θεραπείας καθώς και μετά την ολοκλήρωσή της. Η λεπτομερής αξιολόγηση των δυσκολιών που πρέπει να αντιμετωπιστούν κατά την διάρκεια θεραπείας του καρκίνου αποτελεί βασική διάσταση αποτελεσματικής παροχής φροντίδας. Τα θέματα αυτά αναλύονται λεπτομερώς σε αυτό το τμήμα της θεραπείας του καρκίνου.

### **Νοσηλευτικές επισημάνσεις**

1) Η νοσηλεύτρια πρέπει να θυμάται ότι η ψυχολογική και σεξουαλική ανάγκη ενός ασθενούς με καρκίνο είναι τόσο σημαντική όσο και οι σωματικές του ανάγκες και χρειάζονται επιδεξιότητα αλλά και προσοχή.

2) Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει τον κίνδυνο των επιπλοκών του καρκίνου και των εκτάκτων περιστατικών ογκολογικής προέλευσης, καθώς επίσης να γνωρίζει αλλά και να είναι εξειδικευμένη στην εκτίμηση των συμβάντων καθώς η πρόωγη διαπίστωση αυξάνει τις περιπτώσεις επιτυχούς θεραπείας.

3) Οι νοσηλεύτριες που βρίσκονται σε νοσοκομεία πρέπει να είναι ειδικευμένες στην αξιολόγηση και στο χειρισμό του πόνου, στη διατροφή και στις διαταραχές του εντέρου και στη διαταραχή του δέρματος. (Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2006).

### **5.1.1.Χημειοθεραπεία**

Ο όρος «χημειοθεραπεία» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στις αρχές του εικοστού αιώνα, για να περιγράψει την χρησιμοποίηση ουσιών με συγκεκριμένη τοξικότητα εναντίον μικροοργανισμών, όπως είναι τα βακτήρια. Η αντικαρκινική χημειοθεραπεία - η χορήγηση, αντινεοπλασματικών φαρμάκων είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμούς μεταξύ τους, αφορά τη χρήση φαρμάκων τα οποία παρακωλύουν την κυτταρική διαίρεση μέσω της αναστολής της σύνθεσης νέου γενετικού υλικού, ή με την πρόκληση ανεπανόρθωτων βλαβών στο DNA.

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο χρησιμοποιείται είτε με την προοπτική ίασης της νόσου, εφόσον καταστρέφονται όλα τα καρκινικά κύτταρα οπότε το προσδόκιμο επιβίωσης του ατόμου είναι ίδιο με εκείνου που δεν πάσχει από καρκίνο, είτε για τον έλεγχο της νόσου διαμέσου της επιβράδυνσης ή της διακοπής της εξέλιξης του κακοήθους όγκου με αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Επίσης μπορεί να είναι ανακουφιστική για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου, όπως ο πόνος και η δύσπνοια, οπότε τα αναμενόμενα αποτελέσματα δεν είναι η ίαση ή ο έλεγχος της νόσου.

Η *οριστική χημειοθεραπεία* είναι εκείνη που χορηγείται ως πρώτης γραμμής θεραπεία της νόσου. Ο όρος *χημειοθεραπεία "διασώσεως"* χρησιμοποιείται μερικές φορές για να περιγράψει τη χημειοθεραπεία που χορηγείται σε ασθενείς στους οποίους εμφανίζεται κάποια υποτροπή της νόσου μετά την αρχική επιτυχημένη αντιμετώπισή τους με άλλη μορφή θεραπείας (όπως τη χειρουργική ή την ακτινοθεραπεία). Πειραματική χημειοθεραπεία χορηγείται προκειμένου να ερευνηθεί η χρησιμότητα ενός νέου φαρμάκου του οποίου ο ρόλος δεν έχει ακόμη διευκρινισθεί πλήρως κατά τη χρονική περίοδο χορήγησης του. (Καραχάλιος, 1999).

Ο όρος *"προφυλακτική"* ή *"συμπληρωματική"* χημειοθεραπεία αναφέρεται στη χρήση αντινεοπλασματικών φαρμάκων μετά την αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου

(της κύριας εντόπισης της νόσου), για την καταστροφή όσο το δυνατόν περισσότερων καρκινικών κυττάρων ή μικρομεταστάσεων.

Η "προεγχειρητική" χημειοθεραπεία αναφέρεται στη χρησιμοποίηση της χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας πριν από τη χειρουργική επέμβαση, έτσι ώστε να ελαττωθεί το μέγεθος της κύριας αρχικής εντόπισης της νόσου και να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα της περαιτέρω θεραπευτικής αγωγής. Για παράδειγμα, στην αντιμετώπιση του καρκίνου του ορθού, η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί σε ασθενείς με εξαιρεσίμους όγκους για την καταστροφή μικρομεταστατικών εστιών, οι οποίες δεν θα ήταν δυνατόν να αφαιρεθούν χειρουργικά χωρίς τον κίνδυνο σοβαρών μετεγχειρητικών επιπλοκών. Αν ο όγκος δεν είναι χειρουργήσιμος όπως στην περίπτωση διήθησης παρακείμενων οργάνων π.χ. της ουροδόχου κύστεως, η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί για τη συρρίκνωση του όγκου και τη μείωση του σταδίου της νόσου.

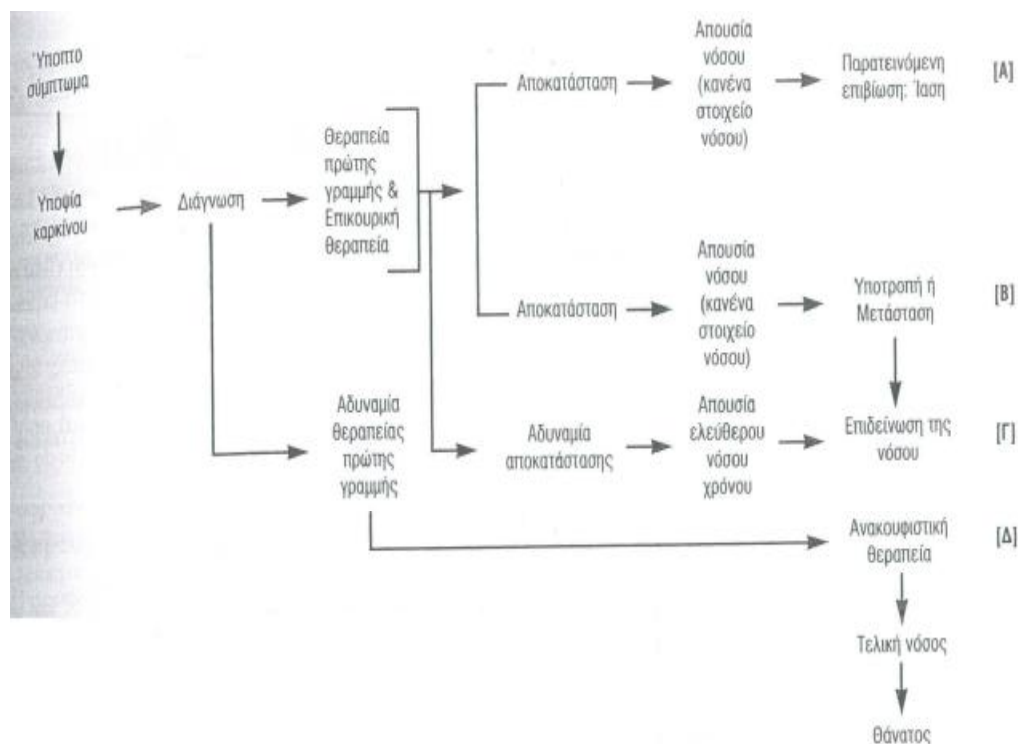
Κατά την αξιολόγηση της ανταπόκρισης στη χημειοθεραπεία, παραμένει εξαιρετικά δύσκολος ο καθορισμός εκείνου του σημείου που μπορούμε να συζητούμε με αξιοπιστία για «ίαση» του καρκίνου. Ένας ορισμός της "ίσης" θεωρείται η κατάσταση όπου το προσδόκιμο επιβίωσης ενός ατόμου που έπασχε από καρκίνο εξισώνεται με το προσδόκιμο επιβίωσης ενός ατόμου του ίδιου φύλου και ηλικίας που δεν έχει προσβληθεί από τη νόσο. Πολλές κλινικές δοκιμές χρησιμοποιούν τη διάρκεια επιβίωσης ως μέτρο εκτίμησης της επιτυχίας μιας θεραπείας. Γενικά, η επιβίωση τείνει να είναι μεγαλύτερη μετά τη χορήγηση θεραπείας από ό,τι θα ήταν αν δεν είχε δοθεί θεραπεία, αλλά οπωσδήποτε μικρότερη από εκείνη που θα είχε το άτομο εάν δεν είχε εμφανίσει καρκίνο. Για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας απαιτούνται αντικειμενικά κριτήρια, για την αξιολόγηση της άμεσης ανταπόκρισης του όγκου και της γενικής κατάστασης του ασθενή. Η υποχώρηση του όγκου συχνά εμφανίζεται έγκαιρα και μπορεί να εκτιμηθεί με το μέγεθος του όγκου. (Καραχάλιος, 1999).

Συνοψίζοντας ορισμένοι όροι - κλειδιά, οι οποίοι αναφέρονται στην ανταπόκριση του όγκου είναι:

- πλήρης ανταπόκριση - εξάλειψη του συνόλου της γνωστής νόσου
- μερική ανταπόκριση - ελάττωση του συνολικού όγκου σε ποσοστό 50% ή και περισσότερο

- σταθερή κατάσταση - ούτε κατά 50% ελάττωση του όγκου, αλλά ούτε και αύξηση της μάζας του πάνω του 25%
- επιδείνωση της νόσου - αύξηση του μεγέθους του όγκου σε ποσοστό πέραν του 25%.

Επίσης οι μαρτυρίες και οι ερμηνείες των ίδιων των ασθενών ενέχουν μεγάλη αξία για τους επαγγελματίες υγείας, ενώ συχνά βοηθούν και τους ίδιους να εξηγήσουν και να κατανοήσουν την ασθένεια και τη θεραπευτική αγωγή τους. Μερικές φορές για την εκτίμηση της ανταπόκρισης στη θεραπευτική αγωγή χρησιμοποιούνται, κλίμακες μέτρησης της λειτουργικής κατάστασης του ασθενή, όπως η κλίμακα Karnofsky, οι οπτικές αναλογικές κλίμακες, οι λεκτικές αναλογικές κλίμακες και τα ημερολόγια των ασθενών. Όμως αυτά τα εργαλεία συνήθως αντικατοπτρίζουν μόνο τη διάσταση της λειτουργικότητας του ατόμου και πιθανά δεν παρέχουν ολοκληρωμένη εικόνα των επιπτώσεων της ασθένειας ή της θεραπευτικής αγωγής στη ζωή τους.



Πηγή: (Καραχάλιος, 1999)

Οι αντιλήψεις για τη χημειοθεραπεία μπορεί να καλύπτονται από τα σύννεφα των αναμνήσεων των φίλων ή μελών της οικογένειας, που θεραπεύτηκαν πριν μερικά χρόνια με κυτταροστατικά φάρμακα και βίωσαν έντονη ναυτία και εμετούς. Σήμερα

τα αντιεμετικά είναι αποτελεσματικότερα και είναι δυνατό τα περισσότερα συμπτώματα να ελέγχονται ικανοποιητικά. Εξαιρετικά δύσκολη μπορεί να είναι η ιδέα των τοξικών φαρμάκων στο σώμα τα οποία μπορεί να εκλαμβάνονται κι ως δηλητήρια. Επιπλέον κοινές παρενέργειες της χημειοθεραπείας εκτός από την ναυτία και τον έμετο, είναι η αλωπεκία, η στειρότητα, η στοματίτιδα, η καταστροφή του μυελού των οστών, οι αλλαγές στα νύχια, η διάρροια και οι καταστροφικές επιδράσεις σε κάθε ζωτικό σύστημα του οργανισμού. Η αλωπεκία φαίνεται ότι είναι μια από τις πλέον ενοχλητικές παρενέργειες. Για τον Frank η εμπειρία της αλωπεκίας σήμαινε ταλαιπωρία και στίγμα. Για εκείνον η απώλεια των μαλλιών αντιπροσώπευε το άτομο με καρκίνο ως θύμα. Η αλωπεκία ήταν το ορατό σύμβολο της απώλειας, της θλίψης και του φόβου του καρκίνου. Επιπλέον λόγω της πρόκλησης των εμφανών παρενεργειών η χημειοθεραπεία απομακρύνει την ικανότητα της απόλαυσης της καθημερινής ζωής. Ο David Izod θυμάται, "Δεν αισθανόμουν τι έπινα, τι κάπνιζα, δεν έκανα έρωτα και έτρωγα μόνο για να σταματήσω να κάνω έμετο. Δεν γελούσα αρκετά και πήγαινα στο κρεβάτι μου στις 8:00 μ.μ. ακριβώς". (Καραχάλιος, 1999).

Πολλές έρευνες για την επίδραση της χημειοθεραπείας μελέτησαν συγκεκριμένες παρενέργειες, που είναι παρατηρήσιμες και μετρήσιμες, όπως η ναυτία και ο έμετος παρά τα περισσότερα υποκειμενικά συμπτώματα όπως η κόπωση. Ένας επιπλέον περιορισμός των μελετών αυτών είναι ότι επικεντρώνονται σε μια δεδομένη χρονική στιγμή και έτσι αγνοούν την καθημερινή και συνολική επίδραση της θεραπείας. Ακόμη σπάνια αξιολογείται η ακαταλληλότητα και οι σημαντικές διαταραχές της φυσιολογικής ζωής που προκαλούνται από τις επαναλαμβανόμενες επισκέψεις, ή τις εισαγωγές στο νοσοκομείο. Σε μια μακροχρόνια μελέτη 238 ασθενών με καρκίνο μαστού ή λέμφωμα ελήφθησαν πέντε συνεντεύξεις κατά την διάρκεια της εξάμηνης χημειοθεραπείας και συμπληρώθηκαν καθημερινά ημερολόγια, όπου διερευνήθηκε η βαρύτητα και ο χρόνος των παρενεργειών, το συναισθηματικό επίπεδο, οι διαταραχές σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο λόγω της χημειοθεραπείας. Οι διαταραχές της εργασιακής και κοινωνικής ζωής έτειναν να επιδεινώνονται με τη συμπλήρωση περισσότερων κύκλων χημειοθεραπείας. Η αθροιστική επίδραση των πολλαπλών παρενεργειών βρέθηκε ότι ήταν μεγαλύτερη από την κάθε επίδραση ξεχωριστά. Ανεξάρτητα από τη βιντεοσκοπημένη πληροφόρηση και τα προπαρασκευαστικά μαθήματα που είχαν προετοιμάσει οι νοσηλευτές, η επιβάρυνση των παρενεργειών, ιδιαίτερα της κόπωσης είχαν υποτιμηθεί πριν από την έναρξη της θεραπείας (ενώ 80% ανέμεναν δυσκολίες,



86% τις βίωσαν). Ένα ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι διαπιστώθηκε μεγαλύτερη ετοιμότητα στην αναφορά της έντασης ή των παρενεργειών στα ημερολόγια από ότι κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων.

### Είδη

α. Φάρμακα κυτταρικού κύκλου.

1. Αντιμεταβολίτες.
2. Φυτικά αλκαλοειδή.

β. Φάρμακα μη ειδικά του κυτταρικού κύκλου.

1. Αλκυλιωτικοί παράγοντες.
2. Αντιβιοτικά κατά των όγκων.
3. Ορμονικοί παράγοντες.
4. Νιτροζουρίες.

2.Χορήγηση.

α. Τρόπος χορήγησης: από το στόμα, τοπικά, ενδοφλέβια, ενδομυϊκά, υποδόρια, αρτηριακά, από την πυλαία και ενδοτραχειακά.

β. Δοσολογία: ανάλογα με τη σωματική επιφάνεια του ασθενούς, την προηγούμενη αντίδραση στη χημειοθεραπεία ή στην ακτινοβολία και τη φυσική του κατάσταση.

Σαφέστατα κατά τη διάρκεια της θεραπείας είναι απαραίτητη η διαρκής επικοινωνία ώστε να διασφαλίζεται ότι εκφράζονται οι ανησυχίες και ότι η επίδραση της χημειοθεραπείας στο άτομο αξιολογείται σε συνεχή βάση. Τόσο στους γιατρούς όσο και στους νοσηλευτές παρατηρείται η τάση να υποθέτουν ότι εφόσον ο πρώτος κύκλος χημειοθεραπείας ήταν καλά ανεκτός το ίδιο θα συμβεί και με τους επόμενους. Αυτό όμως δεν συμβαίνει πάντοτε και οι αθροιστικές επιπτώσεις μπορεί να είναι πολύ εξουθενωτικές. Όπως οι Love και συν. δηλώνουν «Ο υπολογισμός της επιβάρυνσης από τη θεραπεία ενός ασθενή με βάση μόνο στην αρχική αντίδραση στην θεραπεία είναι ανεπαρκής, γιατί η εμπειρία των παρενεργειών και του υποκειμενικού άγχους αλλάζει διαρκώς».

Η χημειοθεραπεία εκτός από την πρόκληση σημαντικών οργανικών και ψυχολογικών διαταραχών έχει συσχετισθεί και με την αύξηση της ψυχολογικής νοσηρότητας. Σε μελέτη βρέθηκε ότι η επίπτωση του άγχους, της κατάθλιψης και των σεξουαλικών δυσχερειών ήταν σημαντικά υψηλότερη σε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε επικουρική χημειοθεραπεία μετά τη μαστεκτομή και ότι σχετίζονταν

άμεσα με το βαθμό της τοξικότητας της αγωγής. Επίσης ένα ποσοστό ασθενών αναπτύσσουν αντιδράσεις φόβου στη χημειοθεραπεία και ιδιαίτερα αντανακλαστική ναυτία και έμετο. Το σύνδρομο αυτό συνδέεται με συγκεκριμένα γεγονότα ή ερεθίσματα που σχετίζονται με τη θεραπεία. Για παράδειγμα, η διαδρομή προς την χημειοθεραπευτική κλινική, η οσμή των αλκοολούχων σπόγγων, συνοδεύονται από δυσάρεστα αποτελέσματα μετά τη θεραπεία, όπως ναυτία και έμετο. Η συσχέτιση αυτή προκαλεί ναυτία και έμετο πριν τη χορήγηση της χημειοθεραπείας και είναι γνωστή ως αντανακλαστική ναυτία και έμετος. Μελέτες έχουν δείξει ότι η διδασκαλία της προοδευτικής χαλάρωσης και η εικονοποίηση μπορούν να μειώσουν το άγχος και τη ναυτία, με την απαραίτητη όμως παρουσία του θεραπευτή. (Καραχάλιος, 1999)

### **5.1.2.Ακτινοθεραπεία**

Η τεχνητή και αόρατη φύση της ακτινοθεραπείας προωθεί φόβους και λανθασμένες αντιλήψεις. Οι φόβοι για τους κινδύνους της ακτινοβολίας τροφοδοτούνται από προηγηθείσες μεγάλες καταστροφές όπως της Χιροσίμα και του Τσερνομπίλ. Παρά το γεγονός ότι περισσότεροι από 50% όλων των ασθενών υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία σε κάποιο στάδιο της νόσου, η ακτινοθεραπεία εκλαμβάνεται από πολλούς ως το ύστατο μέσο, ενώ πολλοί ασθενείς βιώνουν σημαντική τοξικότητα και καταπόνηση.

Ελάχιστες νοσηλευτικές μελέτες έχουν διερευνήσει την εμπειρία των ακτινοθεραπευμένων ασθενών προηγηθείσες μελέτες επικεντρώθηκαν στα συμπτώματα όπου μετρήθηκε η καταπόνηση που βιώνεται από τους ασθενείς σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους κατά την διάρκεια και μετά το πέρας της ακτινοθεραπείας. Μια εναλλακτική και ελκυστική προσέγγιση είναι η χρήση ημερολογίων, η οποία έχει τη δυνατότητα εκμάτευσης πληροφοριών για την ατομικότητα της εμπειρίας και συχνά αποκαλύπτει απόκρυφες λεπτομέρειες, που βοηθούν στην απεικόνιση της επίδρασης του καρκίνου και της θεραπείας στην καθημερινή ζωή των ατόμων. (Καραχάλιος, 1999).

Οι ερευνητικές προσπάθειες που έχουν γίνει αφορούν κυρίως την εκτίμηση της συναισθηματικής επίδρασης της ακτινοθεραπείας στους ασθενείς. Στις περισσότερες όμως μελέτες έχει "αξιολογηθεί το άγχος και η συναισθηματική

κατάσταση, η αβεβαιότητα και προσαρμογή του ασθενή, ή οι ανάγκες πληροφόρησης με τη χρήση κλιμάκων μέτρησης, οι οποίες αναπόφευκτα περιορίζουν την ερμηνεία της υφιστάμενης συναισθηματικής καταπόνησης. Οι ποιοτικές έρευνες διερεύνησης της επίδρασης της ακτινοθεραπείας αποκαλύπτουν την έκταση της σωματικής και ψυχικής καταπόνησης που βιώνονται στην ακτινοθεραπεία. Η καθημερινή διαταραχή για τη διεξαγωγή της θεραπείας για χρονικό διάστημα μέχρι και έξι εβδομάδων συνδέεται συχνά με μια ύπουλη συγκέντρωση συμπτωμάτων, τα οποία προκαλούν ένα σταδιακό αποπροσανατολισμό, δεν είναι πάντοτε αντιληπτά από τους επαγγελματίες υγείας, ή ακόμη και τα ίδια τα άτομα, που υποβάλλονται στη θεραπεία. Τα συμπτώματα από την ακτινοθεραπεία τείνουν να αναπτύσσονται προς το τέλος της θεραπείας, ή μπορεί να εμφανισθούν μετά την ολοκλήρωση της. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι να υπάρχει ανεπαρκής πρόσβαση σε εξειδικευμένη βοήθεια, οπότε πολλοί άνθρωποι προσπαθούν να αντιμετωπίσουν μόνοι τους τις εξουθενωτικές παρενέργειες.

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί σημαντική θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Ποσοστό μεγαλύτερο από 50% των ασθενών με καρκίνο υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία κάποια χρονική στιγμή κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της αντικαρκινικής θεραπείας, η αξία της ακτινοθεραπείας εντοπίζεται στη δυνατότητα τοπικού ελέγχου της νόσου. Η χορήγηση ακτινοθεραπείας στοχεύει είτε στην ίαση είτε στην παρηγορητική θεραπεία, ή τη συμπλήρωση της ήδη χορηγούμενης αγωγής. Η επιτυχία της εξαρτάται από το μέγεθος της καρκινικής μάζας, από την ευαισθησία του όγκου στην ακτινοβολία, καθώς και από την αντοχή των παρακειμένων ιστών. (Καραχάλιος, 1999).

Η ακτινοθεραπεία συνίσταται στη χρήση ιονιζουσών ακτινοβολιών. Η προσπίπτουσα ακτινοβολία δια του ιονισμού των ατόμων και των μορίων προξενεί βλάβες/ρήξεις στις έλικες του DNA και επιφέρει το θάνατο των κυττάρων, ιδιαίτερα εκείνων που βρίσκονται στη φάση διπλασιασμού τους. Η ακτινοβολία επηρεάζει τόσο τα υγιή, όσο και τα κακοήγη κύτταρα. Στόχος της είναι η καταστροφή του όγκου και η διατήρηση της λειτουργικότητας των φυσιολογικών ιστών, που επιτυγχάνεται εξαιτίας μιας σειράς παραγόντων. Για παράδειγμα, η μεγαλύτερη βλάβη προξενείτε στα καρκινικά κύτταρα από ό,τι στα φυσιολογικά. Η κινητική των κυττάρων συνήθως ευνοεί την ανάνηψη των υγιών κυττάρων σε αντίθεση με τα καρκινικά κύτταρα, γεγονός που αξιοποιείται με τη χορήγηση της ακτινοβολίας σε μικρές ημερήσιες

δόσεις (κλασματική ακτινοθεραπεία), σε διάρκεια πολλών εβδομάδων. Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας είναι το αποτέλεσμα των βλαβών των φυσιολογικών ιστών είναι δυνατόν να συνεχίζονται για μακρό χρονικό διάστημα μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Συχνά η ακτινοθεραπεία αντιμετωπίζεται σαν οξεία κατάσταση με ταχεία ανάνηψη. Όταν όμως οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας επιπροστίθενται σε προϋπάρχουσες λειτουργικές δυσχέρειες μπορεί να προκύψει ιδιαίτερα σημαντική νοσηρότητα.

Αρκετές φορές, οι νοσηλευτές δεν είναι ενήμεροι των αποτελεσμάτων της ακτινοθεραπείας ή του τρόπου δράσης της, ενώ υποτιμώνται η βαρύτητα των παρενεργειών καθώς και οι επιπτώσεις τους στην προσπάθεια επανένταξης στη φυσιολογική ζωή. Η ακτινοθεραπευτική αγωγή παρέχεται κυρίως σε εξωτερικούς ασθενείς, γεγονός που μειώνει τις ευκαιρίες παροχής νοσηλευτικής υποστηρικτικής φροντίδας ρουτίνας σε αυτούς τους ασθενείς.

Η αόρατη υψηλής τεχνοκρατικής φύσεως ακτινοθεραπεία χαρακτηρίζεται σαν "μια από τις ελάχιστες θεραπευτικές μεθόδους στην ιατρική πρακτική που συνοδεύονται από τόσο υψηλού βαθμού έλλειψη κατανόησης, σύγχυση και αγωνία για το αποτέλεσμα της". Η ακτινοθεραπεία αποτελεί μια πραγματικότητα από την αρχή του εικοστού αιώνα. Στο παρελθόν το βιολογικό θεωρητικό υπόβαθρο, καθώς και οι κίνδυνοι που περιέκλειε ήταν ελάχιστα κατανοητοί. Όμως πλέον σήμερα η ύπαρξη του συνεχώς αυξανόμενου σώματος γνώσης προσφέρει νέες και προκλητικές προοπτικές σχετικά με το τρόπο χρήσης της, καθώς και για τις μελλοντικές εφαρμογές της. (Καραχάλιος, 1999).

Η ακτινοβολία χορηγείται με τη μορφή ακτινών X, ακτινών γ ή ηλεκτρονίων, ενώ σωμάτια όπως τα νετρόνια και τα πρωτόνια χρησιμοποιούνται σπανιότερα. Η ιονίζουσα ακτινοβολία εξ ορισμού περιλαμβάνει εκείνους τους τύπους ακτινοβολίας που προκαλούν ιονισμό των ατόμων και των μορίων με τα οποία έρχονται σε επαφή. Η κατανόηση σε αδρές γραμμές της δομής του ατόμου συμβάλει στην ερμηνεία της φύσης αυτών των αλλαγών.

Η φύση των ατόμων είναι κατά βάση ηλεκτρική. Η ιονίζουσα ακτινοβολία διαθέτει επαρκή ενέργεια για την απώλεια ορισμένων ηλεκτρονίων από την τροχιά των ατόμων που βρίσκονται στη πορεία της. Όταν ένα ηλεκτρόνιο αποσπάται από τη τροχιά του, το εναπομείναν άτομο αποκτά ένα θετικό ηλεκτρικό φορτίο. Τα "ελεύθερα" αυτά ηλεκτρόνια αλληλεπιδρούν με τα γειτονικά άτομα, τα οποία με αυτό τον τρόπο αποκτούν ένα αρνητικό ηλεκτρικό φορτίο. Όταν τα ηλεκτρόνια

απελευθερώνονται από την τροχιά τους, απελευθερώνεται ενέργεια με μεγάλη ταχύτητα με τη μορφή των ελευθέρων ηλεκτρονίων η οποία προκαλεί την απόσπαση περισσότερων ηλεκτρονίων από τα γειτονικά άτομα, τα οποία τότε με τη σειρά τους απελευθερώνουν ενέργεια. Οι ιονισμοί συνεχίζονται με αυτό τον τρόπο μέχρι να διασκορπιστεί το σύνολο της ενέργειας.

Αν και είναι δύσκολο να αποδοθεί οπτικό ανάλογο, αυτή η διαδικασία, θα μπορούσαμε να φανταστούμε ότι μοιάζει με το παιχνίδι με βόλους, όπου ένας βόλος χτυπά άλλους που βρίσκονται στην πορεία του και τους σκορπίζει, παράγοντας έτσι περισσότερη κίνηση με τη μορφή μιας διαδικασίας καταρράκτη. Τα σωμάτια που είναι ηλεκτρικά φορτισμένα ονομάζονται ιόντα, και η διαδικασία δημιουργίας τους λέγεται ιονισμός. Είναι εμφανές λοιπόν ότι ο ιονισμός είναι υπεύθυνος για τις αλλαγές σε χημικό και βιολογικό επίπεδο που υφίστανται οι ιστοί κατά την ακτινοθεραπεία.

Οι ιονίζουσες ακτινοβολίες που χρησιμοποιούνται στην ακτινοθεραπεία ανήκουν σε δύο κατηγορίες: (1) οι ακτίνες X οι οποίες παράγονται με χορήγηση ηλεκτρικού ρεύματος σε ένα μεταλλικό νήμα, και (2) εκείνες που παράγονται από τη διάσπαση των ραδιενεργών ισotόπων, τα οποία είτε απαντούν στη φύση, είτε παρασκευάζονται από τον άνθρωπο μέσα σε πυρηνικούς αντιδραστήρες. (Καραχάλιος, 1999).

## **Ακτινοθεραπεία**

### Είδη.

α. Εξωτερική: παρέχεται για μια χρονική περίοδο αρκετών εβδομάδων σε εξωτερικούς ασθενείς.

β. Εσωτερική: παρέχεται μέσω εμφυτευμάτων που δίνουν υψηλή δόση ακτινοβολίας σε μια συγκεκριμένη περιοχή.

Δοσολογία: εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου και την ευαισθησία των οργάνων στόχων στην ακτινοβολία,

3) Τοξικότητα: εξαρτάται από την περιοχή που δέχεται την ακτινοβολία.

α. Γενικά: κόπωση, κακοδιαθεσία, αδιαθεσία, ναυτία, έμετος, πονοκέφαλος.

β. Γαστρεντερικό σύστημα: ανορεξία, ναυτία, έμετος, διάρροια.

γ. Μυελός των οστών: αναιμία, λευκοπενία, κυτταροπενία.

δ. Δέρμα: ερύθημα, αφυδάτωση, αλωπεκία.

4) Σημεία νοσηλευτικού ενδιαφέροντος.

α. Εκπαίδευση και υποστήριξη.

1. Εξηγήστε ολόκληρη τη διαδικασία ακτινοβολίας στον ασθενή και απαντήστε σε ερωτήσεις.

2. Συμβουλευάτε τον ασθενή να αναφέρει κάθε ανησυχία κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της ακτινοβολίας τόσο στην νοσηλεύτρια όσο και στον ακτινοθεραπευτή.

3. Συμβουλευάτε τον ασθενή να αποφύγει τη χρήση αλοιφών και κρεμών που δεν του έχουν χορηγηθεί με ιατρική συνταγή, να αποφύγει την υπερβολική έκθεση στη ζέστη και στο κρύο, να φορά ελαφρύ ρουχισμό πάνω από την περιοχή που ενδιαφέρει και να αποφεύγει το λούσιμο και την περμανάντ εάν η ακτινοβολία γίνεται στο τριχωτό της κεφαλής. (Καραχάλιος, 1999).

β. Φροντίδα του δέρματος:

1. Διατηρείτε το δέρμα πάνω από τη θεραπευόμενη περιοχή καθαρό και στεγνό. Αποφύγετε την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία. Ελέγχετε καθημερινά για σημεία ερυθρήματος, έλκους και μόλυνσης.

2. Χορηγήστε κρέμες και σπρέι στεροειδών για τον κνησμό σύμφωνα με τη συνταγή του γιατρού.

3. Συμβουλευάτε τον ασθενή να κάνει μπάνιο προσεκτικά και να αποφεύγει το σαπούνι και την τριβή πάνω από την θεραπευόμενη περιοχή. Υπενθυμίστε στον ασθενή να μην βγάζει με το πλύσιμο τις σημειώσεις που έκανε ο γιατρός πάνω στο δέρμα.

4. Βάλτε πούδρα στις ακτινοβολούμενες περιοχές στο σημείο όπου έρχονται σε επαφή δύο δερματικές επιφάνειες με την προϋπόθεση όμως ότι το δέρμα δεν παρουσιάζει αμυχές ή διασπάσεις.

5. Βοηθήστε τον ασθενή να κρύψει τις χρωστικές αλλαγές στις εκτεθειμένες περιοχές με μεϊκ-απ ή ρουχισμό μόλις ολοκληρωθεί η θεραπεία και έχει επούλωθεί το δέρμα.

γ)Στοματική υγιεινή και διατροφή.

1. Ελέγξτε το στόμα και τα χείλη για την περίπτωση στοματίτιδος σε καθημερινή βάση. Χορηγήστε αναισθητική αλοιφή για τον πόνο σύμφωνα με τη συνταγή του γιατρού.

2. Ενδιαφερθείτε για συχνές στοματικές πλύσεις με διάλυμα ζεστού νερού, αλάτι και σόδα. Χρησιμοποιήστε μαλακή οδοντόβουρτσα και οδοντόκρεμα.

3. Μη σερβίρετε φαγητό για τουλάχιστον 1 ώρα πριν ή μετά τη θεραπεία. Χορηγήστε αντιεμετικά σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. Ζυγίστε τον ασθενή τακτικά, ελέγξτε το γεύμα του για την ποσότητα τροφής που καταναλώνει και καταγράψτε την ποσότητα λήψης και εξαγωγής.

4. Συμβουλευτείτε το διαιτολόγο για ειδικά διατροφικά συμπληρώματα.

δ) Ειδική φροντίδα σε ασθενείς με ραδιενεργό εμφύτευμα.

1. Προετοιμάστε το δωμάτιο με τα απαραίτητα αντικείμενα πριν τη θεραπεία (σακούλες, χαρτομάντιλα, ποτήρια για νερό, περιοδικά για ανάγνωση).

2. Ακολουθήστε τους κανόνες του χρόνου, της απόστασης και της κάλυψης όταν φροντίζετε ασθενή. (Καραχάλιος, 1999)

### **5.1.3.Χειρουργική Θεραπεία**

Η χειρουργική είναι η παλαιότερη μορφή αντικαρκινικής θεραπείας αλλά και μια από τις σημαντικότερες σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές αντιμετώπισης των ατόμων με συμπαγείς όγκους. Με την πάροδο των ετών έχουν σημειωθεί πολλές αλλαγές στη θεραπεία του καρκίνου. Παρά το γεγονός ότι η χειρουργική παραμένει η θεραπεία εκλογής για πολλές κακοήθεις νεοπλασίες η κατανόηση της βιολογίας του καρκίνου σε συνδυασμό με τις εξελίξεις των άλλων θεραπευτικών επιλογών, καθώς και της ίδιας της χειρουργικής, καθιστούν αναγκαία την επαναξιολόγηση των χρησιμοποιούμενων μεθόδων και μορφών χειρουργικής προσέγγισης. Επιπλέον, οι αλλαγές των υπηρεσιών παροχής φροντίδας ατόμων με καρκίνο, όπως για παράδειγμα οι υπηρεσίες παροχής ημερήσιας φροντίδας, ή η ελάττωση του χρόνου νοσηλείας έχουν επηρεάσει τον τρόπο χορήγησης αυτής της αντινεοπλασματικής θεραπείας. (Καραχάλιος, 1999).

Το ευρύτερο φάσμα των προόδων της χειρουργικής που έχουν βελτιώσει την αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο περιλαμβάνει:

(α) την πρόοδο της τεχνικής ικανότητας των χειρουργών, η οποία έχει ως αποτέλεσμα περιπλοκότερες και ριζικότερες χειρουργικές επεμβάσεις,

(β) τη χρήση ραδιοσημασμένων αντισωμάτων για τη διευκόλυνση αφαίρεσης του συνόλου του όγκου,

(γ) την ελάττωση της νοσηρότητας από δευτερογενείς λοιμώξεις με τη χρήση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος,

(δ) την αύξηση του χρόνου επιβίωσης μετά τη ριζική αφαίρεση ενός όγκου, με τη βοήθεια της προηγμένης τεχνολογίας που σήμερα διατίθεται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και

(ε) τη χρήση προσθετικών υλικών, τα οποία συμβάλλουν στην άμβλυνση της ψυχολογικής καταπόνησης και της δυσφορίας των ριζικών χειρουργικών επεμβάσεων.

Η κατανόηση της βιολογικής βάσης του καρκίνου συνέβαλε στην ανάπτυξη διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων όπως η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και οι βιολογικές θεραπείες, καθώς και στον τρόπο χρησιμοποίησής τους είτε ανεξάρτητα, είτε σε συνδυασμό μεταξύ τους, γεγονός που οδήγησε στην επιμήκυνση των χρονικών διαστημάτων κατά τα οποία οι ασθενείς είναι ελεύθεροι νόσου καθώς και στην αύξηση των ποσοστών επιβίωσης. Επιπλέον, η έκταση των χειρουργικών επεμβάσεων έχει αλλάξει και ενώ στο παρελθόν διεξήγοντο εξαιρετικά ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις, σήμερα γίνονται περισσότερο συντηρητικές.

Για παράδειγμα στο παρελθόν μια γυναίκα με καρκίνο μαστού υποβαλλόταν σε ολική μαστεκτομή ενώ σήμερα η χειρουργική επέμβαση μπορεί να περιοριστεί στην εκτομή του όγκου και να ακολουθήσει ακτινοθεραπεία.

Εξαιρετικής σημασίας είναι το αρχικό θεραπευτικό πρόγραμμα για το άτομο με καρκίνο, ενώ η διεπιστημονική προσέγγιση κρίνεται απαραίτητη για την επιλογή των καλύτερων αποτελεσμάτων. Παρά το ότι η χειρουργική μπορεί να επιφέρει την ίαση σε περιπτώσεις περιορισμένης νόσου, περίπου το 70% των ασθενών με καρκίνο θα έχουν ήδη μικρομεταστάσεις τη χρονική μη της διάγνωσης της νόσου. Γι' αυτό η χειρουργική μορφή θεραπείας δεν εφαρμόζεται μόνη της αλλά συνδυασμό με άλλες μορφές θεραπείας, όπως η χημειοθεραπεία ή η ακτινοθεραπεία. Όγκοι με χαμηλό ρυθμό ανάπτυξης ανταποκρίνονται καλύτερα στη χειρουργική αντιμετώπιση. Επίσης η αρχική εφαρμογή της χειρουργικής για την αφαίρεση της καρκινικής μάζας είναι συχνότερα περισσότερο επιτυχής από τις επεμβάσεις που γίνονται σε δεύτερο χρόνο για την αντιμετώπιση των υποτροπιών. Τέλος, με την προϋπόθεση ότι η χειρουργική επέμβαση δεν οδηγεί σε σοβαρής μορφής δυσμορφία, η αφαίρεση της καρκινικής μάζας σε συνδυασμό με τους επιχωματικούς λεμφαδένες θεωρείται προτιμότερη από την αφαίρεση μόνο της καρκινικής μάζας. (Καραχάλιος, 1999).



Για την μελέτη του ρόλου της χειρουργικής στη φροντίδα ατόμων με καρκίνο, θα είχε μεγάλη χρήσιμη κατανόηση του ακριβούς ορισμού της "χειρουργικής πως τροποποιήθηκε με την πάροδο των ετών. Η χειρουργική έχει οριστεί ως "ο κλάδος εκείνος της ιατρικής ο οποίος αντιμετωπίζει τη νόσο με επεμβατικές τεχνικές ή ως "ο κλάδος της ιατρικής, ο οποίος αντιμετωπίζει νόσους, τραύματα και δυσμορφίες με τη χρήση χειρουργικών ή επεμβατικών μεθόδων". Αν και οι δύο ορισμοί περιέγραφαν τη χρήση της χειρουργικής στο παρελθόν τα τελευταία χρόνια είναι ανεπαρκείς γιατί τα όρια της χειρουργικής έχουν επεκταθεί, περικλείοντας τομείς, η πρόληψη, η διάγνωση, η ανακουφιστική αγωγή και φυσικά η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου. Ένας καλύτερος ορισμός για τη χειρουργική θα ήταν κλάδος εκείνος της ιατρικής που απευθύνεται σε νόσους και τραύματα τα οποία απαιτούν επεμβατικές τεχνικές, ο οποίος περιλαμβάνει εκτός της θεραπευτικής προσπάθειας και τις άλλες διαστάσεις της προσέγγισης του ασθενή.

Οι σύγχρονες χειρουργικές επεμβάσεις λοιπόν περιορίζονται στην αφαίρεση του όγκου, αλλά αφού και τομείς όπως η διάγνωση και η σταδιοποίηση της νόσου, η πρόληψη, η αποκατάσταση, η ανακουφιστική αγωγή και η υποστηρικτική χειρουργική. Σήμερα η χειρουργική κατέχει κεντρικό θεραπευτικό ρόλο στην αντιμετώπιση ασθενών με συμπαγή νεοπλάσματα, περισσότερα όμως άτομα με καρκίνο θα υποβληθούν σε κάποια επεμβατική διαδικασία κάποια χρονική στιγμή κατά την διάρκεια της αντιμετώπισης της νόσου, αυτή είναι η λήψη βιοψίας για τη διάγνωση, είτε η αγωγή κεντρικού φλεβικού καθετήρα για χορήγηση χημειοθεραπείας, είτε η δημιουργία μιας κολοστομίας για την αντιμετώπιση καρκίνου του παχέως εντέρου. (Καραχάλιος, 1999).

Κάθε χειρουργική διαδικασία δεν αποτελεί μια απομονωμένη εμπειρία για το άτομο. Το νόημα μιας επεμβατικής διαδικασίας ποικίλει αφού αυτή η επέμβαση ενσωματώνεται στο γενικότερο πλαίσιο των κοινωνικών και ψυχολογικών εμπειριών του ατόμου, καθώς και των συνολικών εμπειριών που σχετίζονται με τη νόσο. Η υποκειμενική νοηματοδότηση της εμπειρίας εξαρτάται από τη διαγνωστική ή τη θεραπευτική φύση της χειρουργικής επέμβασης, από το εάν ο όγκος επιδέχεται χειρουργική αντιμετώπιση ή όχι, καθώς και από τις λειτουργικές απώλειες ή αναπηρίες που επιφέρει. Το νόημα της χειρουργικής επέμβασης θα είναι εντελώς διαφορετικό εάν το άτομο που εξετάζουμε υποβάλλεται σε διαγνωστική βιοψία, σε μαστεκτομή ή σε ανακουφιστική επέμβαση για την αντιμετώπιση εντερικής απόφραξης επί προχωρημένου καρκίνου ωοθηκών.

Η χειρουργική έχει ένα περιορισμένο μεν, αλλά σημαντικό ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου και σε ορισμένες περιπτώσεις το όφελος αυτό δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί. Η προφυλακτική χειρουργική ενδείκνυται σε άτομα, τα οποία έχουν οικογενειακό ιστορικό μιας συγκεκριμένο μορφής καρκίνου, όπως για παράδειγμα καρκίνο του παχέως εντέρου και για τα οποία κάποια υποκείμενη κατάσταση ή συγγενής προδιάθεση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Η προληπτική χειρουργική αφαίρεση μη ζωτικών, ιστών ή οργάνων είναι δυνατόν να ελαττώσει αυτόν τον κίνδυνο και να αποτρέψει την ανάπτυξη καρκίνου. Ωστόσο, η γνώση ότι κάποιο άτομο έχει μια γενετική προδιάθεση η οποία είναι δυνατόν να κληρονομηθεί, σε συνδυασμό με την αφαίρεση τμημάτων του σώματος και την συνακόλουθη αλλαγή της σωματικής του εικόνας είναι δυνατόν να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα της ζωής του. Επομένως, τα οφέλη από την αποτροπή εμφάνισης της νόσου, πιθανόν τελικά να μην είναι τόσο σημαντικά όσο το ίδιο το άτομο αρχικά προσδοκούσε.

Υπάρχουν ποικίλες υποκείμενες καταστάσεις ή γενετικές προδιαθέσεις, όπου υπάρχει δυνατότητα εφαρμογής της προφυλακτικής χειρουργικής (Πίνακας 1). Τα οφέλη από την προφυλακτική χειρουργική έχουν γίνει αποδεκτά σε ορισμένες περιπτώσεις όπως για παράδειγμα σε άτομα με οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση, όπου η προφυλακτική χειρουργική είναι απαραίτητη προκειμένου να αποτραπεί η ανάπτυξη καρκίνου. Σε περιπτώσεις κληρονομικού μη-πολυποδικού καρκίνου του παχέως εντέρου συνιστάται γενικά προφυλακτική κολεκτομή, παρά το ότι πρέπει να συνυπολογίζονται παράγοντες όπως η νοσηρότητα, η ηλικία, η λειτουργικότητα του σφιγκτήρα του πρωκτού και η συμμόρφωση με την τακτική παρακολούθηση στο μέλλον. Εάν δεν ενδείκνυται χειρουργική επέμβαση επιβάλλεται συστηματική παρακολούθηση, που σημαίνει τακτικές κολονοσκοπήσεις. (Καραχάλιος, 1999).

Πίνακας 1. Παραδείγματα προφυλακτικής χειρουργικής στην ογκολογία

Προδιαθεσιακές καρκινικές καταστάσεις για καρκίνο	Τύπος επέμβασης	Είδος καρκίνου
Οικογενής καρκίνος μαστού	Μαστεκτομή	Μαστού
Οικογενής καρκίνος ωοθηκών	Ωοθηκεκτομή	Ωοθηκών
Οικογενής καρκίνος προστάτη	Προστατεκτομή (σπάνια)	Προστάτη
Οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση	Κολεκτομή	Παχέως εντέρου
Κληρονομικός μη πολυποδικός καρκίνος παχέως εντέρου	Κολεκτομή	Παχέως εντέρου
Ελκώδης κολίτιδα	Κολεκτομή	Παχέως εντέρου
Κρυσαρχία	Ορχεκτομή	Όρχεων
Πολλαπλή ενδοκρινική νεοπλασία τύποι II και III	Θυρεοειδεκτομή	Θυρεοειδούς

Πηγή: Καραχάλιος, 1999

Αλληλοσυγκρουόμενες είναι όμως οι απόψεις σε ορισμένες άλλες περιπτώσεις, όπως η χρήση προφυλακτικής μαστεκτομής σε γυναίκες που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Το μεταλλαγμένο γονίδιο που δημιουργεί την προδιάθεση για εμφάνιση καρκίνου του μαστού εντοπίστηκε για πρώτη φορά στην Utah των Η.Π.Α. το 1994 και παρά το ότι η έκφραση του επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες καθώς και από το περιβάλλον, οι μεταλλάξεις της σπερματικής σειράς των ανδρικών γαμετών ευθύνονται για το 5-10% όλων των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Μέχρι και 50% των περιπτώσεων οικογενούς καρκίνου του μαστού εμφανίζονται σε άτομα με μεταλλάξεις στο γονίδιο BRCA-1. Επομένως, τα άτομα που έχουν στο γονότυπο τους τα γονίδια BRCA-1 ή BRCA-2 εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, σε σχέση με άτομα που δεν έχουν αυτά τα γονίδια. Η ανίχνευση των γονιδίων που σχετίζονται με τον καρκίνο μαστού επέφερε ταχείες και σημαντικές κλινικές επιπτώσεις.

Έτσι, το ερώτημα που δημιουργείται είναι εκτός από την στενή παρακολούθηση των γυναικών στις οποίες έχει ανιχνευθεί η ύπαρξη του γονιδίου, τι θα μπορούσε να γίνει ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος της ανάπτυξης καρκίνου μαστού. Η αποτελεσματικότητα της εντατικής παρακολούθησης νέων γυναικών που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου δεν είναι γνωστή και υπάρχει πιθανότητα ορισμένες να καταπονούνται ψυχολογικά, ενώ άλλες να αναπτύσσουν αισθήματα σιγουριάς και ασφάλειας. Τα οφέλη από την προφυλακτική λήψη ταμοξιφαίνης είναι τέτοιας μορφής ώστε παρά το ότι η επίπτωση του καρκίνου του μαστού πιθανά ελαττώνεται, δεν αίρεται ο κίνδυνος εμφάνισης του. Επομένως η προφυλακτική μαστεκτομή, με ή χωρίς πλαστική αποκατάσταση είναι μια επιλογή η οποία θα πρέπει να διερευνάται παρά το ότι οι αναφορές σε σχέση με την αποτελεσματικότητα της είναι

αντικρουόμενες. Οι Burke και συνεργάτες, υποστηρίζουν ότι τα στοιχεία γενικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού μετά από προφυλακτική μαστεκτομή είναι ελλιπή, καθώς και το ότι μελέτες κλινικών περιπτώσεων έχουν φέρει στο φως περιστατικά εμφάνισης καρκίνου μετά από προφυλακτική χειρουργική επέμβαση. Ωστόσο, σε μελέτη τους οι Hartmann και συνεργάτες αποκάλυψαν μια στατιστικά σημαντική ελάττωση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του μαστού, καθώς και των θανάτων που σχετίζονται με αυτόν μετά από προφυλακτική μαστεκτομή, σε σχέση με την αναμενόμενη επίπτωση για γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του μαστού με βάση το οικογενειακό τους ιστορικό, οι οποίες δεν υποβλήθηκαν στην χειρουργική επέμβαση. (Καραχάλιος, 1999).

Πολλές από αυτές τις γυναίκες έχουν συγγενείς, οι οποίες έχουν διαγνωσθεί και έχουν ακολουθήσει αγωγή για καρκίνο του μαστού, ή και έχουν πεθάνει από τη νόσο. Οι γυναίκες αυτές, δε ζουν μόνο με το φόβο του "πότε θα έλθει η σειρά τους", αλλά και του αν θα χρειασθεί να υποβληθούν σε μαστεκτομή, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονική θεραπεία, εάν θα επιζήσουν ή όχι, καθώς και με ανησυχίες που σχετίζονται με τους συντρόφους τους, τους φίλους τους, ή για το πώς εκείνοι θα ανταπεξέλθουν. Για αυτές τις γυναίκες, ο φόβος που δοκιμάζουν ζώντας με την απειλή του καρκίνου είναι μεγαλύτερος από το φόβο της απώλειας των μαστών τους και για πολλές η επιλογή της προφυλακτικής μαστεκτομής γίνεται αντιληπτή ως η μόνη επιλογή.

Οι γυναίκες αυτής της ομάδας καλούνται να λάβουν μια δύσκολη απόφαση σε σχέση με την προφυλακτική χειρουργική επέμβαση, η οποία δεν είναι χωρίς κόστος, αφού υφίσταται η πιθανότητα χειρουργικών επιπλοκών και οι επιπτώσεις της στην εικόνα εαυτού και στην σεξουαλικότητα της κάθε γυναίκας. Προφανώς δεν πρόκειται για μια εύκολη απόφαση και οι νοσηλευτές έχουν ένα σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη των γυναικών αυτών για τη λήψη αυτής της απόφασης. Εξαιρετικής αξίας είναι η επαρκής πληροφόρηση για τα οφέλη και το κόστος της προτεινόμενης χειρουργικής επέμβασης, σε συνδυασμό με τη δυνατότητα της πλαστικής αποκατάστασης. Επίσης, η ασθενής θα χρειαστεί βοήθεια προκειμένου να συνειδητοποιήσει και να συμβιβαστεί με τις συνέπειες της απόφασης της, ανεξάρτητα αν αποδεχθεί τη χειρουργική επέμβαση ή όχι.

Οι Hartmann και συνεργάτες περιγράφουν τις ακόλουθες ενδείξεις για προφυλακτική μαστεκτομή σε γυναίκες που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου.

- προσωπική ή οικογενειακή εμπειρία καρκίνου μαστού

- πολλαπλές βιοψίες μαστού στο παρελθόν
- μη αξιόπιστα αποτελέσματα από τη φυσική εξέταση εξαιτίας οζιδίων στους μαστούς
- εμφάνιση πυκνού μαστικού ιστού στη μαστογραφία,
- καρκινοφοβία

Ωστόσο, οι ενδείξεις αυτές είναι ιατρικά προσανατολισμένες και δεν εξετάζουν απαραίτητα το ευρύτερο πλαίσιο μέσα στο οποίο βρίσκεται το ίδιο το άτομο, όπως οι ρόλοι και η ευθύνη του μέσα στην οικογένεια στην κοινωνία, η ηλικία, η απασχόληση, η κουλτούρας η θρησκεία, οι προσωπικές υποκειμενικές εκτιμήσεις τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου και οι προηγηθείς εμπειρίες με την ασθένεια, το θάνατο και το σύστημα υγείας. (Καραχάλιος, 1999).

Η απόφαση για την προφυλακτική μαστεκτομή δεν είναι μια απόφαση που θα πρέπει να ληφθεί βιαστικά. Τα άτομα θα πρέπει να ενθαρρύνονται να δαπανούν τον απαιτούμενο χρόνο στη λήψη της τελικής απόφασης ενώ είναι αναγκαίο να αναγνωρίζεται η αυτονομία τους στη λήψη των αποφάσεων. Μόλις ληφθεί η απόφαση για την επιτέλεση της προφυλακτικής μαστεκτομής με ή χωρίς αποκατάσταση θα πρέπει να εξηγηθεί πλήρως η διαδικασία της επέμβασης.

Ακολουθούν οι σκέψεις μιας γυναίκας σχετικά με το αν θα υποβληθεί σε προφυλακτική μαστεκτομή:

*Δεν ήταν τόσο δύσκολο να πάρω την απόφαση για να υποβληθώ στην επέμβαση (μαστεκτομή άμφω)... Τόσο η μητέρα μου όσο και η θεία μου πέθαναν από καρκίνο του μαστού, όταν ήμουν μικρή και η μεγαλύτερη μου αδερφή] έχει ήδη υποβληθεί σε μαστεκτομή για καρκίνο του μαστού... Έτσι... Φοβόμουν ότι και εγώ θα πάθαινα το ίδιο... Η επέμβαση αυτή σήμαινε για μένα ότι δεν θα ζούσα πια με το φόβο... το φόβο να προσβληθώ από καρκίνο που κυρίευε συνεχώς την ζωή μου... Δεν ζούσα με το "εάν" θα τον αποκτήσω, αλλά με το "πότε" θα συμβεί αυτό... Το δύσκολο ήταν... λοιπόν... ότι έπρεπε να συνηθίσω το νέο μου σώμα... Και αναρωτιόμουν αν θα μπορούσα ακόμη να βρω κάποιο σύντροφο... και ένιωθα ενοχές ότι ίσως περάσω το γονίδιο σε κάποιο από τα παιδιά που πιθανά αποκτήσω... αλλά... τουλάχιστον ελπίζω ότι θα είμαι στη ζωή έτσι ώστε να τα φροντίσω... σε αντίθεση με τη δική μου μητέρα.*

Ακόμη και εκείνες οι γυναίκες που επέλεξαν να υποβληθούν σε μαστεκτομή και η επέμβαση τους πρόσφερε ανακούφιση από το φόβο του καρκίνου, η συνειδητοποίηση και η αποδοχή του αποτελέσματος της επέμβασης, παραμένει

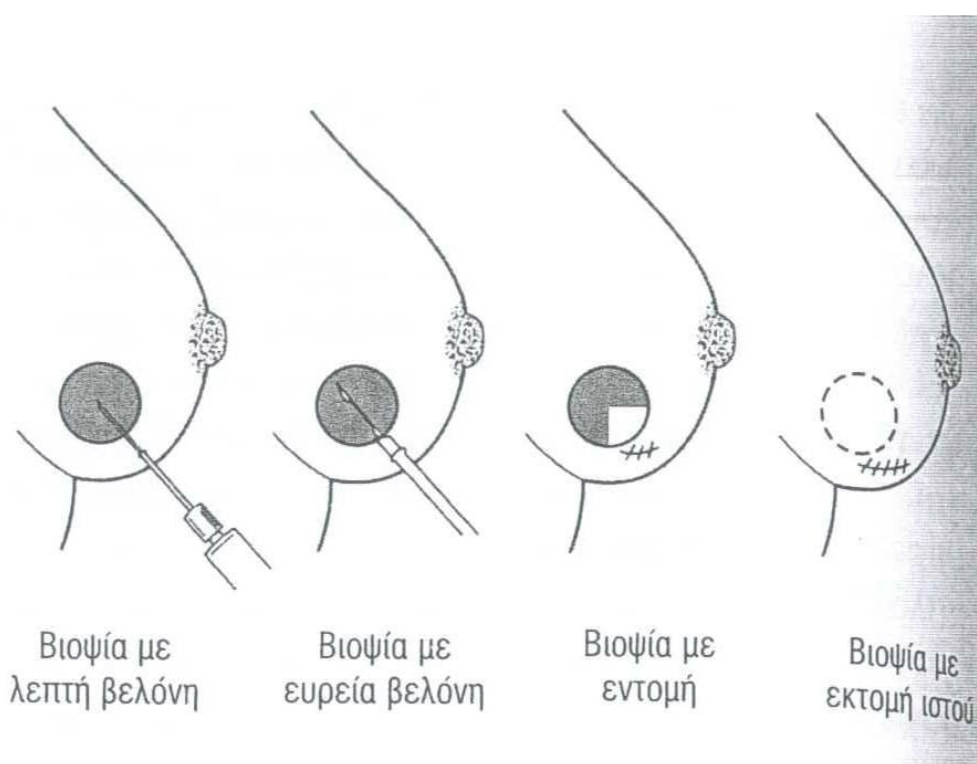
εξαιρετικά δύσκολη. Εκτός από τη δυσάρεστη εμπειρία της χειρουργικής επέμβασης, οι γυναίκες αυτές βιώνουν την αλλαγή της εικόνας σώματος και φοβούνται τι θα σκεφτούν οι αγαπημένοι τους ή ότι θα είναι πλέον δύσκολο να βρουν σύντροφο. Οι σεξουαλικές επιπτώσεις είναι τεράστιες, όχι μόνο όσον αφορά τη σεξουαλική λειτουργία, αλλά και την αντίληψη της θηλυκότητας, την ανικανότητα να θηλάσουν στο μέλλον και υπεράνω όλων τη συνειδητοποίηση ότι πιθανά ποτέ να μην εμφάνιζαν καρκίνο, οπότε η μαστεκτομή όλες τις επιπτώσεις της, ίσως και να μην ήταν απαραίτητη. (Καραχάλιος, 1999).

Η προφυλακτική χειρουργική επέμβαση λοιπόν, είναι μια επιλογή σε περιπτώσεις ατόμων τα οποία ανήκουν πραγματικά σε ομάδα υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου τύπου καρκίνου. Η προθυμία τους να υποβληθούν σε προληπτική χειρουργική επέμβαση, εξαρτάται από την ικανότητα των διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών για την ίαση του κληρονομικού καρκίνου και εάν οι θεραπευτικές εκβάσεις βελτιωθούν, ο ρόλος της προφυλακτικής χειρουργικής πιθανά θα μειωθεί.

Για τη λήψη ορθών θεραπευτικών αποφάσεων, είναι απαραίτητη η συγκέντρωση όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών γύρω από την δυνητική κακοήθεια. Επομένως, η ακρίβεια των πληροφοριών που συλλέγονται κατά την διαγνωστική διαδικασία είναι σημαντική. Η ανάγκη συγκέντρωσης όσο το δυνατόν περισσότερων δεδομένων γύρω από τη φύση μιας κακοήθους εξεργασίας σημαίνει ότι το άτομο θα χρειαστεί να υποβληθεί σε μεγάλο αριθμό εξετάσεων, τόσο χειρουργικής όσο και μη χειρουργικής φύσεως. Ο σημαντικότερος ρόλος της χειρουργικής σε αυτό το στάδιο εντοπίζεται στην αφαίρεση ιστών, ώστε να είναι εφικτή η ιστολογική διάγνωση. Στη διάγνωση και σταδιοποίηση του καρκίνου είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν πολυάριθμες χειρουργικές εξετάσεις, που εκτείνονται από τη βιοψία με λεπτή βελόνα μέχρι τη βρογχοσκόπηση ή ακόμη σε σπάνιες περιπτώσεις, τη διαγνωστική λαπαροτομία με στόχο τη σταδιοποίηση.

Για το ιατρικό προσωπικό μια βιοψία με χρήση βελόνας ή μια αιματηρή βιοψία, ίσως αποτελεί διεργασία ρουτίνας, η οποία απαιτεί ελάχιστη ή καθόλου χειρουργική προετοιμασία. Ωστόσο, για το άτομο που θα την υποστεί απέχει πολύ από γεγονός ρουτίνας. Ο χρόνος ο οποίος διαμεσολαβεί μεταξύ της λήψης βιοψίας και της διάγνωσης, αλλά και ο ίδιος ο χρόνος της διάγνωσης, συνδέονται από μεγάλη ανησυχία, άγχος και φόβο. Το φόβο του αγνώστου, το φόβο για τα πιθανά αποτελέσματα, καθώς και για τις συνέπειες που η διάγνωση θα μπορούσε να έχει στο

υπόλοιπο της ζωής τους. Η προθυμία του ατόμου να υποβληθεί σε διαγνωστικές δοκιμασίες αλλά ακόμη και η αρχική προθυμία του να αναζητήσει ιατρική φροντίδα, επηρεάζεται από τις ανησυχίες που σχετίζονται με την ανάγκη νοσηλείας, την επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό, και τις προηγηθείσες εμπειρίες του. Ο John Diamond, στο βιβλίο των προσωπικών εμπειριών του από τον καρκίνο κεφαλής και τραχήλου περιγράφει το πώς, όταν πίστευε ότι το εξόγκωμα που είχε ήταν καλοήθες, προτιμούσε να ξεχάσει την ύπαρξη του παρά να το αφαιρέσει, εξ αιτίας του φόβου του προς τα αναισθητικά φάρμακα:



**Πηγή:** Καραχάλιος, 1999

*«Το πρόβλημα ήταν ότι η αφαίρεση του (του ογκιδίου) θα σήμαινε ότι έπρεπε να υποβληθώ σε γενική αναισθησία και έχω έναν παράλογο φόβο για τα γενικά αναισθητικά. Και αλήθεια, ο φόβος μου αυτός, δεν είναι και τόσο παράλογος, αν σκεφτεί κανείς ότι κάποιοι άνθρωποι κυρίως μεσήλικες άνδρες, που λαμβάνουν γενική αναισθησία δεν συνέρχονται ποτέ. Έτσι, ξέχασα την ύπαρξη του ογκιδίου».*

Επίσης, ο χρόνος μέχρι και τη διάγνωση μπορεί να είναι γεμάτος αναμονή. Αναμονή στα εξωτερικά ιατρεία αναμονή για τις ακτινογραφίες και αναμονή για τα αποτελέσματα – αποτελέσματα που θα μπορούσαν να φέρουν ριζικές αλλαγές στη ζωή των ασθενών. Σε άλλες περιπτώσεις, όπως σε ιατρεία μαστού μια γυναίκα είναι δυνατόν να εξεταστεί, να υποβληθεί σε διάφορες ακτινογραφίες, μαστογραφία και βιοψία με βελόνη σε μια ημέρα και να παραλάβει τα αποτελέσματα λίγες ημέρες μετά. Έτσι τα πάντα εξελίσσονται με υπερβολική ταχύτητα. Και οι δυο περιπτώσεις μπορούν να επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντεπεξέρχεται και συμβιβάζεται με τη διάγνωση. Η υπερβολική αναμονή είναι και δυνατόν να προκαλέσει αύξηση της ανησυχίας και του φόβου, ενώ προκαλεί ερωτηματικά όπως "Γιατί όλα καθυστερούν τόσο; Και τι γίνεται εάν έχω καρκίνο; Δεν θα μεγάλωνε όλον αυτό τον καιρό; Δεν θα έπρεπε να ξεκινήσω θεραπεία σήμερα κιόλας;" Στην αντίθετη περίπτωση όπου τα πράγματα εξελίσσονται πολύ γρήγορα το άτομο θα κληθεί να λάβει αποφάσεις για τη θεραπεία του προτού ακόμα συνειδητοποιήσει τις συνέπειες της διάγνωσης και χωρίς να έχει τον απαραίτητο χρόνο για να σταθμίσει την κατάσταση και να σκεφτεί τι ακριβώς συμβαίνει. Το άτομο έχει μια θολή εικόνα των εξελίξεων και ούτε καν την αίσθηση ελέγχου της κατάστασης:

Έγινε λήψη μυελού των οστών και βιοψία, την οποία δεν περίμενα. Δεν ήξερα τίποτα για αυτήν και δεν μπορώ να θυμηθώ ούτε αν πράγματι όλα αυτά συνέβησαν. Την επόμενη ημέρα ο γιατρός επιβεβαίωσε τη διάγνωση. Και ακριβώς την επόμενη ημέρα βρισκόμουν σε μια τράπεζα αίματος και έκανα λευκαφαίρεση.

Μιάμιση εβδομάδα αργότερα, μια Δευτέρα, ο ουρολόγος μετά την φυσική εξέταση είπε πως πίστευε ότι μπορεί να πρόκειται για φλεγμονή. Αμέσως μετά μου έκανε υπερηχογράφημα και είπε ότι ίσως να ήταν και όγκος. Προγραμματίσει το χειρουργείο για την Τετάρτη και το αποτέλεσμα ήταν η αφαίρεση του όρχεως εξαιτίας των αποτελεσμάτων της βιοψίας. Μια εβδομάδα αργότερα αφαιρέθηκαν τα ράμματα και η πλήρης διάγνωση (μη σεμίνωμα, εμβρυονικό κυτταρικό καρκίνωμα) δόθηκε σε εμένα και τη σύζυγο μου...Αισθανόμουν συγκλονισμένος από την ταχύτητα με την οποία συνέβησαν όλα αυτά. (Καραχάλιος, 1999).

Ο ασθενής δεν διαβαίνει μόνος του μέσα από όλες αυτές τις διαγνωστικές δοκιμασίες, αλλά μαζί με το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Έτσι, κάθε άτομο είναι δυνατόν να ενδιαφέρεται όχι μόνο για τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα αποτελέσματά τους, αλλά και για τις συνέπειες που πιθανά έχουν στον οικογενειακό ή επαγγελματικό τους ρόλο. Επιπλέον οι φίλοι και οι συγγενείς



του αισθάνονται εξ ίσου ανήσυχοι αλλά και φοβισμένοι, αφού δεν ξέρουν ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος υποστήριξης του αγαπημένου τους. Ο φόβος του καρκίνου είναι ακόμα πολύ μεγάλος, ώστε τα άτομα να αντιλαμβάνονται τη λέξη "καρκίνος" ως συνώνυμη της ταλαιπωρίας και του θανάτου:

Προσπαθούσαμε μόνο να φανταστούμε τι θα έπρεπε να αισθανόταν η μαμά όλες αυτές τις ημέρες των ατελειώτων Εξετάσεων. Εμείς οι ίδιοι είμαστε εξαιρετικά ανήσυχοι και φοβισμένοι. Τελικά, αποδείχθηκε ότι ήταν... καρκίνος, αυτή η φοβερή αρρώστια που σήμαινε είτε ολόκληρες εβδομάδες απαίσιων θεραπειών, είτε θάνατο. Το πόσο είχε προχωρήσει ο καρκίνος δεν είχε διαπιστωθεί και έτσι συνεχίστηκαν οι εξετάσεις. Μετά αποφασίστηκε να αφαιρεθεί ο σπλήνας, ώστε να δοθεί και στους γιατρούς η ευκαιρία να ανακαλύψουν τι ακριβώς συνέβαινε. Η μαμά δέχθηκε καλά την επέμβαση και πέρασα πολλές ώρες μαζί της μετά... Ήθελα να αισθάνεται ότι ήμουν εκεί για να την ανακουφίζω όσο το δυνατόν περισσότερο... Η αφαίρεση του σπλήνα συνέβαλε πράγματι στην ανακούφιση της μαμάς, αλλά και έδειξε ότι ο καρκίνος είχε εξαπλωθεί, οπότε μου ανακοινώθηκε ότι η μαμά είχε περίπου δυο μήνες ζωής ακόμα.

Η χρονική στιγμή διατύπωσης της αρχικής διάγνωσης πιθανά δεν αποτελεί και τον τερματισμό των διαγνωστικών εξετάσεων, καθώς η ακριβής έκταση και το στάδιο της νόσου πρέπει να διευκρινιστούν προκειμένου να αποφασιστεί η πλέον κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Η ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων ότι το άτομο πάσχει από καρκίνο, ίσως στη συνέχεια επιδεινωθεί από το γεγονός ότι ο όγκος μπορεί να είναι ανεγχείρητος ή ότι η νόσος ήδη βρίσκεται σε τελικό στάδιο. Ο φόβος αυτός, ότι είναι ήδη «πολύ αργά» είναι δυνατό να βρίσκεται πάντοτε κάπου στις σκέψεις των ατόμων καθ' όλη τη διάρκεια της διαγνωστικής διαδικασίας. Ωστόσο εκείνοι των οποίων η κακοήθης νόσος υπήρξε τυχαίο εύρημα ενός προγράμματος εξετάσεων ρουτίνας, μπορεί να αισθάνονται ανακούφιση για το ότι η νόσος ανακαλύφθηκε έγκαιρα. (Καραχάλιος, 1999).

Οι χειρουργικές διαγνωστικές τεχνικές περιλαμβάνουν αναρροφήσεις μέσω βελόνας και βιοψίες, οσφυονωτιαίες παρακεντήσεις, βιοψίες του μυελού των οστών, ενδοσκοπήσεις, κυστεοσκοπήσεις και σπανιότερα διαγνωστική λαπαροτομία. Η επιλογή τους επηρεάζεται από τον τύπο του υπόπτου για κακοήθεια όγκου και τη "θέση" του στο σώμα, δηλαδή είτε στην επιφάνεια του σώματος είτε αν βρίσκεται κοντά σε κάποιο στόμιο ή σε κάποιον αυλό που είναι δυνατόν να ενδοσκοπηθεί, ή τέλος εάν εντοπίζεται εν τω βάθει ιστούς. Ορισμένες φορές, όταν η νόσος εντοπίζεται

σε κάποιον εν τω βάθει ιστό, η υποψία της διάγνωσης μπορεί να έχει τεθεί αλλά να μην επιβεβαιώνεται μέχρις ότου πραγματοποιηθεί η οριστική χειρουργική επέμβαση. Με εξαίρεση τη λαπαροτομία σταδιοποίησης, οι περισσότερες από τις υπόλοιπες διερευνητικές εξετάσεις θα διενεργηθούν σε κάποιο περιβάλλον εξωτερικών ιατρείων ή νοσοκομείου ημέρας, ώστε να αποτρέπονται μη απαραίτητες εισαγωγές στο νοσοκομείο. Ωστόσο αυτό σημαίνει ότι ο χρόνος που έχουν πλέον οι νοσηλευτές για να αφιερώσουν στον ασθενή είναι περιορισμένος και η ανησυχία του ατόμου μπορεί να αυξάνεται εξ αιτίας του φόβου ότι κάτι θα συμβεί όταν επιστρέψει στο σπίτι του. Είναι σημαντικό να δίνονται στα άτομα αυτά όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την κάθε εξέταση πριν διενεργηθεί, καθώς και η ευκαιρία να σκεφθούν και να θέσουν ερωτήσεις. Οι πληροφορίες που θα πρέπει να παρέχονται αφορούν τη φροντίδα της περιοχής της λήψης της βιοψίας, τα σημαντικότερα στοιχεία που θα παρακολουθούν και τα άτομα με τα οποία μπορούν να επικοινωνήσουν αν υπάρξουν επιπλοκές. Οι πιθανές επιπλοκές από την περιοχή της βιοψίας, οι οποίες εξαρτώνται από την εντόπιση της περιοχής, συνήθως είναι ο πόνος, η αιμορραγία, το αιμάτωμα και η λοίμωξη. Επίσης, το άτομο είναι ανάγκη να γνωρίζει πότε και πως θα λάβει τα αποτελέσματα των εξετάσεων του.

Για εκείνες τις διαγνωστικές εξετάσεις που απαιτείται γενική αναισθησία ή ύπνωση, τα άτομα εισάγονται στο νοσοκομείο ημέρας και απαιτείται εκτενέστερη προετοιμασία. Η χειρουργική επέμβαση στο περιβάλλον του νοσοκομείου ημέρας ορίζεται ως "η διαγνωστική εξέταση ή η χειρουργική επέμβαση η οποία δεν χρειάζεται εισαγωγή στο νοσοκομείο και χρησιμοποίηση νοσοκομειακής κλίνης, αλλά απαιτεί κάποια μορφή αναισθησίας καθώς και κατάλληλο περιβάλλον για ανάνηψη". Η εκπαίδευση τόσο του ατόμου όσο και της οικογένειας του για την επέμβαση, καθώς και ο προγραμματισμός της επέμβασης σε περιβάλλον νοσοκομείου ημέρας, αποτελεί μια σημαντική πρόκληση για τους νοσηλευτές και είναι δυνατόν να επηρεάσει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιμετωπίζει την όλη εμπειρία, καθώς και την πιθανότητα συνέχισης της αγωγής σε περιβάλλον νοσοκομείου ημέρας στο μέλλον. (Καραχάλιος, 1999).

Παρά το ότι η παροχή πληροφοριών σε σχέση με τις εξετάσεις καθώς και το τι θα πρέπει να περιμένει ο ασθενής ότι μπορεί να συμβεί είναι δυνατόν να μετριάσουν κάποιους από τους φόβους και τις ανησυχίες των ατόμων, οι νοσηλευτές αδυνατούν να ανακουφίζουν όλους αυτούς τους φόβους και τις ανησυχίες. Πάντοτε θα υφίσταται ο φόβος του αγνώστου κι ο φόβος ότι πιθανά πρόκειται για καρκίνο. Παρόλο όμως

που ορισμένοι προσπαθούν να στηρίξουν τον ασθενή ούτε οι νοσηλευτές, ούτε οποιοσδήποτε άλλος μπορούν να εξαλείψουν το φόβο του ασθενή ή της οικογένειας του, γιατί, τελικά, μπορεί πράγματι να πρόκειται για καρκίνο:

A. Χειρουργική επέμβαση.

α. Διαγνωστική.

1. Εκτελείται για να κάνουμε βιοψία.

2. Περιλαμβάνει τη μέθοδο της εκτομής, της αφαίρεσης και τη βιοψία με βελόνα.

β. Προφυλακτική.

1. Εκτελείται για να αφαιρέσουμε βλάβες που είναι πιθανόν να μετατραπούν σε καρκίνο.

2. Περιλαμβάνει προφυλακτική μαστεκτομή και κολοστομία για ασθενείς σε υψηλό κίνδυνο.

γ. Παρηγορητική.

1. Εκτελείται για να ανακουφίσει επιπλοκές του καρκίνου (έλκη, αποφράξεις, αιμορραγίες, πόνους ή μολύνσεις).

2. Περιλαμβάνει νευρικό αποκλεισμό, αφαίρεση όγκου, απλή μαστεκτομή σε ελκωτική νόσο του μαστού, χειρουργική αφαίρεση ορμονοπαραγωγικών αδένων που μπορεί να μεγεθύνουν τους όγκους.

δ. Αποκατάσταση.

1. Εκτελείται για να δώσει καλύτερη λειτουργία ή εμφάνιση μετά από θεραπευτική χειρουργική ή ακτινοχειρουργική.

2. Περιλαμβάνει αποκατάσταση του μαστού, εξέταση στομίας, προσθετική εμφυτευμάτων.

2. Σημεία νοσηλευτικού ενδιαφέροντος.

α. Βλέπε μέρος 3, 4 και 5 του πρώτου κεφαλαίου για ανάλυση στην προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική διαχείριση.

β. Εκπαίδευση και υποστήριξη: εκτιμήστε τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας του. Ερευνήστε τους φόβους και τους μηχανισμούς τους.

2. Ελέγξτε τα επίπεδα υγρών και ηλεκτρολυτών συχνά και ενθαρρύνετε την επαρκή λήψη υγρών.

δ. Πρόληψη μολύνσεων: μειώστε τον κίνδυνο της μόλυνσης χρησιμοποιώντας άσηπτες διαδικασίες με ομαλό χειρισμό του ασθενούς, έλεγχο των εργαστηριακών

εξετάσεων και αναφορά των σημαντικών μεταβολών στον κατάλληλο γιατρό. (Καραχάλιος, 1999).

Δ. Τρόπο ποιητές βιολογικής αντίδρασης.

1. Είδη.

α. Ιντερφερόνη: μπορεί να διαγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα ή να καταστείλει την ανάπτυξη των όγκων. Επίσης βελτιώνει την παραγωγή αντισωμάτων και λεμφοκυττάρων και καταστέλλει τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων.

β. Μονοκλωνικά αντισώματα: βοηθούν στην καταστροφή των όγκων όταν συνδυάζονται με ραδιενεργή ουσία, χημειοθεραπεία, ορμόνες, λεμφοκίνες και ιντερφερόνη.

γ. Λεμφοκίνες και κυτταροκίνες.

1. Ιντερλευκίνη-2 (IL-2): διεγείρει την παραγωγή και ενεργοποίηση αρκετών μορφών λεμφοκυττάρων τύπου T. Συνδυάζεται με null λεμφοκύτταρα ώστε να καταστεί φονεύς με ενεργοποίηση των λεμφοκινών και να μπορεί να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα.

2. Διεγερτικοί παράγοντες: διεγείρουν την παραγωγή όλων των κυττάρων του αίματος. Μπορούν να βοηθήσουν στην αναστροφή της καταστολής του μυελού των οστών.

3. Παράγοντας νέκρωσης των όγκων (TNF): Προξενεί κυτταρική λύση.

2. Χορήγηση.

α. Η θεραπεία λαμβάνει χώρα σε ερευνητικό στάδιο λόγω της πειραματικής φύσης βιολογικών τροποποιητών.

β. Η θεραπεία εστιάζεται στην αποκατάσταση, τη διέγερση και την ενίσχυση της φυσιολογικής ανοσοποιητικής άμυνας.

Ε. Νοσοκομειακή φροντίδα.

1. Ένα κατανοητό πρόγραμμα που αφορά πολλές ιατρικές ειδικότητες εστιάζεται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και του πόνου όταν η θεραπεία ή η υποχώρηση των συμπτωμάτων δεν είναι πλέον πιθανή.

2. Η νοσηλεύτρια δίνει ψυχοκοινωνική υποστήριξη, πνευματική υποστήριξη και φροντίδα στον ασθενή και στην οικογένεια του ενώ τους βοηθά να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές στο ρόλο, τις αλλαγές στην οικογενειακή δομή, τη λύπη και την απώλεια μέχρι και 1 χρόνο μετά τον θάνατο του ασθενούς. (Καραχάλιος, 1999)

#### 5.1.4.Ορμονικές θεραπείες

Η θετική ή αρνητική εμπειρία της ενδοκρινικής (ή ορμονικής) θεραπείας εξαρτάται από το γενικό πλαίσιο στο πλαίσιο λαμβάνει χώρα και δύναται να ασκεί μεγάλη ή καμία επίδραση στην ποιότητα ζωής. Ορισμένοι επειδή έχουν επιτύχει την ύφεση της νόσου τους πιστεύουν ότι «ποιότητα ζωής τους έχει βελτιωθεί σημαντικά, ενώ κάποιοι άλλοι θεωρούν ότι το όφελος που κερδίζουν από τη θεραπεία της νόσου, αντικρούεται από τόσο σημαντικές παρενέργειες, που καθιστούν τη θεραπεία μη αποδεκτή.

Η κοινωνική αντίληψη για τις ορμόνες, επικεντρώνεται στις σεξουαλικές ορμόνες και στη σχέση τους με τα προσδιοριστικά χαρακτηριστικά του φύλου. Η προσωπική ταυτότητα συνδέεται με το ανδρικό ή το θηλυκό γένος και οι σεξουαλικές ορμόνες καθορίζουν το βαθμό των γυναικείων και ανδρικών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων. Μέσα σε ένα πολιτισμικό πλαίσιο που εκτιμά και ανταμείβει αυτές τις ιδιότητες ελλοχεύει πάντα ο φόβος της αλλαγής τους από τη χορηγούμενη θεραπεία. Ένας άνδρας πιθανόν να μη θεωρεί τον εαυτό του ανδροπρεπή εάν δε διατηρεί ενεργή σεξουαλική ικανότητα, η οποία να του επιτρέπει να δημιουργεί σχέσεις και να τεκνοποιεί. Κατεξοχήν ανδρικά γνωρίσματα, όπως το θάρρος η μυϊκή δύναμη, το μαχητικό πνεύμα, η δικαιοσύνη, και τα τεχνολογικά επιτεύγματα μπορεί να απειληθούν μια ορμονική θεραπεία. Το χειρότερο όμως που μπορεί να προκαλέσει η θεραπεία είναι να τους προσδώσει γυναικεία χαρακτηριστικά, όπως την αύξηση των μαστών και τις εξάψεις.

Η θηλυκότητα σχετίζεται με την ικανότητα της τεκνοποίησης. Η ταυτότητα της γυναίκας συνδέεται άμεσα με τους ρόλους της ως σύζυγος και μητέρα. Όταν κάποια αντινεοπλασματική θεραπεία αλλάξει το ορμονικό προφίλ μιας γυναίκας όλα αυτά κινδυνεύουν να χαθούν. Η νεότητα, η ομορφιά, η ελκυστικότητα απέναντι στο άλλο φύλο καθώς και η μητρότητα μπορεί να απειληθούν.

Η ορμονοθεραπεία ενδεχομένως να έχει σαν αποτέλεσμα την απώλεια της αναπαραγωγικής ικανότητας καθώς και την έναρξη πρώιμων συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης.

Μολονότι ο καρκίνος προκαλεί φόβο, οι διάφορες θεραπείες μπορούν να προκαλέσουν αλλοίωση των ατομικών χαρακτηριστικών ενός ανθρώπου και να

γεννήσουν ερωτήματα σχετικά με τον προσδιορισμό της ταυτότητας ενός άνδρα και μιας γυναίκας, καθώς και τη θέση τους μέσα στην κοινωνία.

Οι ορμόνες είναι χημικές ενώσεις που παράγονται από τους ενδοκρινείς αδένες και κυκλοφορούν σε όλο το σώμα επιδρώντας σε άλλους ιστούς. Χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο πολλών και διαφορετικών λειτουργιών του οργανισμού. Οι πιο σημαντικές ορμόνες στη θεραπεία του καρκίνου είναι εκείνες που παράγονται στον υποθάλαμο, στον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης, στα επινεφρίδια και στις γονάδες. Ο υποθάλαμος επηρεάζει τη δραστηριότητα του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης μέσω μικρών πολυπεπτιδικών ορμονών, όπως είναι η TRH (εκλυτική ορμόνη της θυρεοειδοτρόπου) και η LHRH (εκλυτική ορμόνη της ωχρινοτρόπου). Ο πρόσθιος λοβός της υπόφυσης απαντά με την παραγωγή πιο σύνθετων ορμονών όπως η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη (TSH), η φλοιοεπινεφριδαιο-τρόπος ορμόνη (ACTH), η ωοθηλακιοτρόπος (FSH) και η ωχρινοτρόπος (LH). Στη συνέχεια οι ορμόνες αυτές ερεθίζουν τους αδένες στόχους να παράγουν τις δικές τους ορμόνες. Ο θυρεοειδής αδένας απελευθερώνει θυροξίνη, τα επινεφρίδια παράγουν κορτικοστεροειδή και οι γονάδες παράγουν οιστρογόνα ή ανδρογόνα. Υψηλό επίπεδο τελικών ορμονών στο αίμα όπως των οιστρογόνων δημιουργούν αρνητικό σύστημα παλίνδρομης ρύθμισης και εμποδίζουν τη δραστηριότητα του υποθαλάμου. Συνεπώς το ερεθισματοαγωγό σύστημα δε διεγείρεται και έτσι επιτυγχάνεται στην κυκλοφορία η ισορροπία των ορμονών. Η λειτουργία των ορμονών αυτών είναι ο έλεγχος της ανάπτυξης και ωρίμανσης των οργάνων όπως ο μαστός, η μήτρα και ο προστάτης. Επίσης διαδραματίζουν γενικότερο ρόλο στις λειτουργίες της ανάπτυξης και το μεταβολισμό ολόκληρου του οργανισμού.

Οι ορμόνες δρουν σε συγκεκριμένα κύτταρα του αδένα στόχου. Οι πρωτεϊνικές ορμόνες δεν εισέρχονται απευθείας στο κύτταρο αλλά δεσμεύονται με υποδοχείς στην επιφάνεια του κυττάρου και η δράση τους επιτυγχάνεται μέσω του υποδοχέα. Οι στεροειδείς ορμόνες δεν εισέρχονται απευθείας στο κύτταρο, αλλά συνδέονται με υποδοχείς του κυτταροπλάσματος με σκοπό να εισέλθουν στον πυρήνα του κυττάρου και να ασκήσουν τη δράση τους. Κάθε ορμόνη διαθέτει το δικό της υποδοχέα, ο οποίος δεν ενεργοποιείται από καμία άλλη ορμόνη και μόνο ιστοί που διαθέτουν τους ειδικούς ορμονικούς υποδοχείς μπορούν να επηρεαστούν από τη συγκεκριμένη ορμόνη. Όγκοι που διαθέτουν ορμονικούς υποδοχείς έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να ανταποκριθούν σε ορμονικούς χειρισμούς. Στον καρκίνο του μαστού, το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης στην ορμονοθεραπεία είναι 30%, ενώ από

εκείνους που διαθέτουν θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς (ER + ve)<sup>2</sup> η ανταπόκριση είναι 60%. Οι όγκοι ER + ve υποδοχείς απαντώνται περισσότερο στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και σχετίζονται με καλύτερη πρόγνωση, μεγαλύτερο ελεύθερο διάστημα νόσοι μεγαλύτερη επιβίωση. Οι όγκοι με αρνητικούς οιστρογονικούς υποδοχείς ανταποκρίνονται πολύ λιγότερο ο ορμονοθεραπεία, αλλά ένα ποσοστό περίπου 10% μπορεί να έχει κάποια ανταπόκριση.

Ο ιστός του προστάτη διαθέτει υποδοχείς ανδρογόνων, οιστρογόνων και προγεστερόνης και μαζί με τον καρκίνο του μαστού διαθέτουν το υψηλότερο ποσοστό ορμονικών υποδοχέων που ανταποκρίνονται σε ορμονική θεραπεία.

Η ορμονοθεραπεία αναπτύχθηκε κατά κύριο λόγο για τη θεραπεία της μεταστατικής νόσου και εξακολουθεί ακόμα να χρησιμοποιείται ευρύτατα σε αυτόν τον τομέα. Η θεραπεία δεν είναι εφικτή και έτσι το ζητούμενο είναι η καλύτερη ποιότητα ζωής. Για πολλούς η ορμονοθεραπεία επιφέρει ύφεση της νόσου και ανακούφιση από τα συμπτώματα. Ωστόσο για ορισμένους οι παρενέργειες από τη θεραπεία θεωρούνται ύψιστης σημασίας και γι' αυτό το λόγο μια εμπειριστατωμένη αξιολόγηση των ανεπιθύμητων ενεργειών είναι πολύ σημαντική όταν αποφασίζεται συνέχιση ή η αλλαγή της θεραπείας.

Η πιθανότητα θετικής ανταπόκρισης στην ορμονοθεραπεία ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου. Στον καρκίνο του μαστού κυμαίνεται σε ποσοστό 30 - 40% ενώ στον καρκίνο του προστάτη το ποσοστό μπορεί να αγγίζει και το 80%. Όταν επιτευχθεί ανταπόκριση σε ένα είδος ορμονοθεραπείας, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να υπάρξει ανταπόκριση και σε 2ης γραμμής ορμονοθεραπεία, μολονότι αυτή η πιθανότητα ελαττώνεται με κάθε επόμενη θεραπεία. Επειδή συχνά η εμφάνιση ανταπόκρισης στην ορμονοθεραπεία καθυστερεί μια ταχέως εξελισσόμενη νόσο πρέπει να αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία.

Επίσης η ορμονοθεραπεία χρησιμοποιείται σε επικουρική, εισαγωγική και προφυλακτική βάση. Ένα συνθετικό αντιοιστρογόνο, η ταμοξιφαίνη, χορηγείται σαν επικουρική θεραπεία παράλληλα μετά την αρχική χειρουργική επέμβαση στον καρκίνο του μαστού και αποδείχθηκε ότι επιβραδύνει την υποτροπή και αυξάνει το διάστημα επιβίωσης.

Έχει επίσης προταθεί η χρήση της ταμοξιφαίνης στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Στοιχεία από έρευνες σε πειραματόζωα δείχνουν ότι η ταμοξιφαίνη προστατεύει τα ποντίκια που έχουν εκτεθεί σε καρκινογενετικούς παράγοντες από την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Το ενδεχόμενο ανάπτυξης δευτεροπαθούς καρκίνου

του μαστού μειώνεται σε γυναίκες που έλαβαν ταμοξιφαίνη σαν επικουρική θεραπεία κατά την εμφάνιση του πρωτοπαθή καρκίνου. Το ενδιαφέρον των ερευνών εστιάζεται στην ανακάλυψη του ρόλου της ταμοξιφαίνης σε γυναίκες που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Πρώιμες αναφορές προτείνουν ότι η ταμοξιφαίνη μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες υψηλού κινδύνου σε ποσοστό 45%. (Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2006)

## **5.2.Δράση φαρμάκων**

### **Ανεπιθύμητες Ενέργειες Φαρμάκων**

#### **Ορισμός και μέγεθος του προβλήματος**

Ορίζουμε ως ανεπιθύμητη ενέργεια φαρμάκου κάθε "μη επιθυμητή ή ακούσια δράση ενός φαρμάκου". Αυτός ο ορισμός είναι σκοπίμως πολύ ευρύς και περιλαμβάνει δράσεις, όπως μια οξεία αλλεργική αντίδραση στην πενικιλίνη, μια σοβαρή υπογλυκαιμική αντίδραση μετά από υπερβολική χορήγηση ινσουλίνης, την οστεοπόρωση μετά από μακροχρόνια θεραπεία με κορτικοστεροειδή, την αντιδραστική υπέρταση μετά τη διακοπή χορηγήσεως κλονιδίνης και τη φωκομέλια στα παιδιά των μητέρων που εκτέθηκαν στη θαλιδομίδη κατά την κύηση.

Έχει εκτιμηθεί ότι ένας μέσος νοσοκομειακός ασθενής λαμβάνει κατά τη διάρκεια μιας 10ήμερης νοσηλείας στο νοσοκομείο πέντε ως δέκα διαφορετικά φάρμακα. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας αυτής περίπου το 25% των ασθενών είναι δέκτες μιας ή περισσότερων ανεπιθύμητων ενεργειών και 1% υφίσταται μια επικίνδυνη για τη ζωή δράση που οφείλεται σε φάρμακα. Σε αυτό το ποσοστό, η πλειοψηφία είναι ασθενείς με νεοπλασίες οι οποίοι αναπτύσσουν πανκυτοπενία ως αποτέλεσμα της αντικαρκινικής χημειοθεραπείας. Μόνο σε έναν από τους 1000 ασθενείς που υφίστανται μια ανεπιθύμητη ενέργεια εκ φαρμάκου επικίνδυνης για τη ζωή τους, αποδεικνύεται εκ των υστέρων ότι ο κίνδυνος από τη θεραπεία υπερτερούσε των πιθανών ωφελειών. Η πιθανότητα ανεπιθύμητων ενεργειών είναι μεγαλύτερη στην άσκηση της γενικής ιατρικής. Το 25% των επειγόντως εισαγόμενων περιστατικών στα νοσοκομεία μπορεί να αποδοθεί εξ ολοκλήρου ή εν μέρει στις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων. Οι μεγαλύτερες ηλικίες ασθενών λαμβάνουν ένα δυσανάλογα μεγάλο αριθμό συνταγών για φάρμακα και οι ανεπιθύμητες



ενέργειες είναι ιδιαίτερα συχνές σε αυτή την κατηγορία λόγω φαρμακοκινητικών, φαρμακοδυναμικών και κοινωνικών αιτίων.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων μπορούν να ταξινομηθούν με πολλούς τρόπους. Μια δόκιμη προσέγγιση του προβλήματος για παράδειγμα οι ανεπιθύμητες ενέργειες ταξινομούνται σε αυτές που είναι προβλέψιμες βάσει των γνωστών δράσεων ενός φαρμάκου και σε αυτές που δεν είναι προβλέψιμες. Ο πρώτος τύπος συνήθως λαμβάνει χώρα στην αρχή της θεραπευτικής αγωγής, είναι μια γνωστή εκδήλωση που είναι δοσοεξαρτώμενη και είτε αναγνωρίζεται ως πιθανότητα πριν από την έναρξη των κλινικών δοκιμών ή σύντομα μετά την έναρξη τους. Αντιθέτως ο δεύτερος τύπος ανεπιθύμητων ενεργειών είναι συνήθως σπάνιος, σπάνια αναγνωρίζεται πριν από την ευρεία χρησιμοποίηση ενός φαρμάκου και δεν είναι κατ' ανάγκη δοσοεξαρτώμενος.

Πολλά ισχυρά φάρμακα είναι πια διαθέσιμα, έτσι δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι εμφανίζονται νέες ανεπιθύμητες ενέργειες. Με την καλύτερη γνώση τόσο των φαρμακολογικών μηχανισμών, μέσω των οποίων τα φάρμακα ασκούν τη δράση τους και τις ανεπιθύμητες ενέργειες τους, όσο και της παθοφυσιολογίας των νόσων, είναι πιθανόν ότι στο μέλλον η φαρμακολογική αγωγή θα είναι ασφαλέστερη. Ο κίνδυνος ανάπτυξης ανεπιθύμητων ενεργειών μπορεί να μειωθεί με την υιοθέτηση ορισμένων απλών κανόνων.

1 Πρέπει να λαμβάνεται πάντα λεπτομερές ιστορικό κατανάλωσης φαρμάκων, μαζί με το υπόλοιπο κλινικό ιστορικό.

2 Χρήση φαρμάκων πρέπει να γίνεται μόνο όταν υπάρχει σαφής ένδειξη και όταν δεν υπάρχει άλλη μη φαρμακολογική εναλλακτική λύση.

3 Πρέπει να αποφεύγεται, εάν αυτό είναι δυνατόν, η χρήση πολλών φαρμάκων και οι συνδυασμοί φαρμάκων σε ένα σκεύασμα.

4 Είναι απαραίτητο να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στη δοσολογία στους νέους, στους ηλικιωμένους και σε αυτούς με συνυπάρχουσα νεφρική, ηπατική ή καρδιολογική νόσο.

5 Πρέπει να αξιολογείται συχνά η αναγκαιότητα συνέχισης μιας αγωγής με φάρμακα και να διακόπτεται όταν κρίνεται ως μη αναγκαία. (Reid, Rudoin, Whiting, 1999).

### 5.2.1. Νοσηλευτική ευθύνη σε σχέση με τις παρενέργειες

Η χημειοθεραπεία είναι συστηματική αγωγή η οποία μπορεί να προκαλέσει ποικίλες παρενέργειες σε όλο το σώμα, που εξαρτώνται από το είδος του φαρμάκου, ή το συνδυασμό των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται, τη δόση, το πρόγραμμα χορήγησης και την οδό χορήγησης. Πιθανόν, όμως, ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η αντίδραση του συγκεκριμένου κάθε φορά ασθενούς στη χημειοθεραπεία, η οποία επηρεάζεται από την οργανική και ψυχολογική του κατάσταση κατά τη χρονική περίοδο της χορήγησης της.

Η ιατρική και νοσηλευτική αξιολόγηση των ασθενών και οι εξετάσεις που διενεργούνται πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας, έχουν τρεις κυρίως σκοπούς:

1. Την αξιολόγηση της οργανικής κατάστασης του κάθε υποψήφιου για χημειοθεραπεία ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της κατάστασης θρέψης, της λειτουργικότητας των νεφρών, του ήπατος και της καρδιάς, των εφεδρειών του μυελού των οστών και της λειτουργικής του κατάστασης. Επίσης, όπου είναι δυνατόν, την επίλυση των σχετικών προβλημάτων, και την εντόπιση εκείνων των ατόμων που εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση συγκεκριμένων βραχυχρόνιων ή μακροχρόνιων τοξικοτήτων.

2. Τον καθορισμό του σταδίου του καρκίνου του συγκεκριμένου ασθενή. Με τον τρόπο αυτό προσφέρεται ένα μέτρο σύγκρισης με το οποίο θα μπορεί να μετρηθεί η θεραπευτική ανταπόκριση του οργανισμού του ασθενούς στη χημειοθεραπεία με τη χρησιμοποίηση, για παράδειγμα, ακτινών X, αξονικών τομογραφιών ή άλλων απεικονιστικών μεθόδων, ή τη μέτρηση των καρκινικών δεικτών.

3. Τον υπολογισμό της ορθής δόσης του φαρμάκου ή των φαρμάκων που απαιτούνται, προκειμένου να αποφεύγεται κάποιος μη-απαραίτητος κίνδυνος τοξικότητας. Η δόση, συχνά, βασίζεται στη μέτρηση της επιφάνειας σώματος σε τετραγωνικά μέτρα, η οποία υπολογίζεται από το ύψος και το βάρος του ασθενούς. Η αξιολόγηση και οι εξετάσεις μπορεί να επαναλαμβάνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα προκειμένου να εντοπίζονται σε αρχικό στάδιο οι τοξικότητες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε ανεπανόρθωτη βλάβη αν δεν αναστραφούν. Οι πληροφορίες που συλλέγονται, μαζί με τις περιγραφές του ασθενούς σχετικά με το συνηθισμένο επίπεδο δραστηριοτήτων και λειτουργικότητας που τον χαρακτηρίζει, θα βοηθήσουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να σχεδιάσουν ένα

ασφαλέστερο κύκλο χημειοθεραπειών, προλαμβάνοντας ή ελαχιστοποιώντας τη φυσική δυσφορία και το άγχος. Η πρόβλεψη κάποιων μορφών τοξικότητας καθιστά δυνατή την προσφορά αποτελεσματικής προφύλαξης σε ορισμένες περιπτώσεις. Είναι ουσιώδους σημασίας ο νοσηλευτής να είναι εξοικειωμένος με τα χρησιμοποιούμενα πρωτόκολλα, όταν αναλαμβάνει την ευθύνη ασθενών οι οποίοι λαμβάνουν χημειοθεραπεία, ή χορηγεί χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα πρωτόκολλα αυτά, εκτός του ότι προσφέρουν λεπτομέρειες σχετικά με τη χημειοθεραπεία, περιέχουν και ζωτικής σημασίας πληροφορίες σχετικά με φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία θα μπορούσαν να προσφέρουν προφύλαξη στον ασθενή από συγκεκριμένα συμπτώματα, όπως είναι π.χ. τα αντιεμετικά ή τα αντίδοτα που χορηγούνται σαν ένα μέρος συγκεκριμένων κύκλων της θεραπείας.

Η αξιολόγηση στην καθημερινή κλινική πρακτική των τοξικοτήτων της αντικαρκινικής χημειοθεραπείας προϋποθέτει γνώση γύρω από τις γενικές επιδράσεις των κυτταροτοξικών φαρμάκων στο σώμα του ασθενούς, καθώς και εξοικείωση με τη δράση συγκεκριμένων φαρμάκων ή συνδυασμών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται. Είναι σημαντική η παρακολούθηση της έναρξης, της βαρύτητας και της διάρκειας της τοξικότητας, για την έγκαιρη αναγνώριση της και την ορθή και έγκαιρη παρέμβαση ή παραπομπή των ασθενών σε ειδικούς. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναπτύξει ένα λεπτομερές σύστημα κοινών κριτηρίων τοξικότητας, ώστε, τόσο να διευκολύνει την αναφορά τοξικοτήτων στη κλινική πράξη και στις κλινικές δοκιμές, όσο και να προσφέρει ένα πλαίσιο αποδεκτής πρακτικής.

Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι δυνατόν σύμφωνα με το χρόνο έναρξης τους να κατανεμηθούν σε τρεις κατηγορίες. Οι άμεσες παρενέργειες συμβαίνουν εντός 30 λεπτών από την έναρξη της θεραπείας. Οι βραχυχρόνιες παρενέργειες εμφανίζονται μεταξύ 3 και 7 ημερών μετά την έναρξη της θεραπείας ενώ, οι μακροχρόνιες παρενέργειες, οι οποίες συχνά έχουν αθροιστικό χαρακτήρα, μπορεί να θεωρηθεί ότι προκύπτουν μετά τις επτά ημέρες. (Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2006).

## **5.3.Βραχυχρόνιες παρενέργειες**

### **5.3.1.Ανορεξία**

Η ανορεξία μπορεί να περιγραφεί σαν η ελάττωση του αισθήματος της όρεξης, η οποία συχνά βιώνεται από τους ανθρώπους με καρκίνο και όσους λαμβάνουν χημειοθεραπεία. Μπορεί να συμβάλλει στην ελλιπή πρόσληψη θερμίδων και στη συνακόλουθη απώλεια βάρους, με σημαντική επίδραση τόσο στην οργανική όσο και στη συναισθηματική ευεξία. Η ανορεξία μπορεί να οφείλεται σε μία ποικιλία παραγόντων, όπως η κόπωση, η ναυτία και ο εμετός, η ξηροστομία, η στοματίτιδα, η δυσκοιλιότητα και οι αλλαγές στις αισθήσεις της γεύσης και της όσφρησης. Οι μεταβολές στην αίσθηση της γεύσης, οι οποίες μπορεί να ποικίλουν σε βαθμό, τύπο, και διάρκεια, θεωρείται ότι προκαλούνται από άμεση δράση των χημειοθεραπευτικών παραγόντων στις γευστικές θηλές της γλώσσας, οι οποίες αντικαθίστανται κάθε 5-7 ημέρες. Οι ασθενείς είναι δυνατόν να αισθάνονται μια μεταλλική ή πικρή γεύση, και μπορεί να εμφανίζεται υψηλός ουδός ή αποστροφή προς τις γλυκές τροφές. Μέσα στο πλαίσιο της οικογενειακής ζωής, η αποφυγή συμμετοχής στα κοινά γεύματα μπορεί να θεωρηθεί σαν απόρριψη των αισθημάτων και των εκδηλώσεων φροντίδας, και να οδηγήσει σε ψυχολογική ένταση. Είναι σημαντικό οι ασθενείς και οι οικογένειες τους να κατανοούν αυτό το πρόβλημα και να λαμβάνουν την απαραίτητη βοήθεια, ώστε να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους για την ικανοποίηση των διατροφικών τους αναγκών.

Το πρώτο βήμα είναι συνήθως η αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης, η οποία περιλαμβάνει αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης, λήψη διαιτητικού ιστορικού, εντόπιση του παράγοντα ή των παραγόντων που προκαλούν την απώλεια της όρεξης και συγκεκριμένες μετρήσεις, βάρος, η πρόσληψη και η κατανάλωση θερμίδων, και το πάχος της δερματικής πτυχής. Πιθανόν να κριθεί απαραίτητη η παραπομπή του ασθενή σε διαιτολόγο ο οποίος θα δώσει συμβουλές για τη λήψη συμπληρωμάτων διατροφής ή για το εάν απαιτείται εντερική ή παρεντερική σίτιση. Οι ασθενείς και οι οικογένειες ή οι φίλοι τους πρέπει να ενισχύονται για τη διατήρηση του ενδιαφέροντος γύρω από τη σίτιση και τις διαιτητικές επιλογές που τους προσφέρονται και επιπρόσθετα συνειδητοποιήσουν το ρόλο μιας καλά σχεδιασμένης δίαιτας στη διατήρηση της ενέργειας καθώς και της οργανικής αλλά και της ψυχολογικής ευεξίας. Οι πειραματισμοί με τις γεύσεις μπορεί να αποδειχθούν

βοηθητικοί και τα έντονα αρωματισμένα γλυκά που έχουν την ιδιότητα να καλύπτουν άλλες γεύσεις και οσμές μπορεί να διευκολύνουν τον ασθενή να ανεχθεί καλύτερα τη χορήγηση ορισμένων φαρμάκων.

Παράγοντες που συντείνουν στην απόλαυση της τροφής, όπως ο τρόπος σερβιρίσματος, το άρωμα της, η υφή της, ο χρόνος χορήγησης της, το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο προσφέρεται κι η σύγχρονη λήψη αλκοολούχων ποτών, μπου να συζητούνται και να λαμβάνονται υπ' όψη κατά τον σχεδιασμό των γευμάτων του ασθενούς. Επιπλέον, είναι δυνατόν να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη ή ελαχιστοποίηση της επίδρασης κάποιων παραγόντων που παραβιάζουν την αίσθηση ή την αντίληψη της γεύσης επηρεάζουν την πρόσληψη τροφών και υγρών, όπως για παράδειγμα η επιμελής στοματική υγιεινή, η αντιμετώπιση του ξηρού στόματος, της στοματίτιδας, της ναυτίας, του εμετού, και της δυσκοιλιότητας. Οι αλλαγές στην γεύση μπορεί να έχουν παροδικό χαρακτήρα, και ίσως βοηθά η διαβεβαίωση των ασθενών ότι η επιθυμία τους για τις αγαπημένες τους τροφές θα επιστρέψει. Στο μεταξύ θα πρέπει να προσφέρονται μικρά γεύματα σε τακτά χρονικά διαστήματα, ή, εναλλακτικά, ένα καλό γεύμα να προσφέρεται στον χρόνο εκείνο που ο ασθενής νοιώθει ιδιαίτερη επιθυμία για φαγητό. (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., 2006).

### **5.3.2. Διάρροια**

Η διάρροια μπορεί να οριστεί σαν η αύξηση του όγκου και της υδαρότητας των κοπράνων, η οποία οδηγεί σε τρεις ή τέσσερις κενώσεις την ημέρα και μπορεί να συνοδεύεται από κοιλιακές κράμπες ή και αέρια. Με την αναστολή της φυσιολογικής κυτταρικής διαίρεσης και του πολλαπλασιασμού, η χημειοθεραπεία αποδιοργανώνει τη διαδικασία της αντικατάστασης των κυττάρων, έτσι διαταράσσει την ακεραιότητα του επιθηλιακού στρώματος του εντέρου, το οποίο φλεγμαίνει και γίνεται οίδηματώδες. Το ολικό μήκος της απορροφητικής επιφάνειας του εντέρου μειώνεται, καθώς οι λάχνες και οι μικρολάχνες επιπεδώνονται και ατροφούν. Το εντερικό περιεχόμενο διέρχεται με ταχύτητα μέσα από το κόλον, με τη συνακόλουθη ελάττωση της απορρόφησης των θρεπτικών στοιχείων. Ο βαθμός και η διάρκεια της διάρροιας εξαρτώνται από το χορηγούμενο χημειοθεραπευτικό παράγοντα, τη δόση, τον χρόνο ναδίρ (χρόνος όπου ο αιματοκρίτης μετά τη χημειοθεραπεία βρίσκεται στο χαμηλότερο σημείο), καθώς και τη συχνότητα χορήγησης. Είναι γνωστό ότι

προκαλούν διάρροια, η 5-FU, η ακτινομυκίνη-D, η δοξορουμπισίνη, η σισπλατίνη, η υδροξουρία και οι νιτροζουρίες. Ενώ στην περίπτωση της μεθοτρεξάτης η διάρροια αποτελεί σπανιότερη επιπλοκή, εάν εμφανισθεί η χορήγηση του φαρμάκου θα πρέπει να σταματήσει αμέσως, προκειμένου να αποφευχθούν σοβαρά προβλήματα από το γαστρεντερικό. Οι ασθενείς πρέπει να αξιολογούνται ώστε να γίνουν γνωστές οι φυσιολογικές συνήθειες κένωσης του εντέρου, οι τρόποι αντιμετώπισης της εντερικής απέκκρισης, και η κατάσταση θρέψης τους. Η κατάσταση θρέψης, το ισοζύγιο υγρών, η συχνότητα και τα χαρακτηριστικά της διάρροιας, καθώς και η αποτελεσματικότητα των αντι-διαρροϊκών φαρμάκων (π.χ. της λοπεραμίδης) στην ανακούφιση της διάρροιας ή και των κραμπών, θα πρέπει να παρακολουθούνται συστηματικά. Στους πάσχοντες θα πρέπει να προσφέρεται τροφή υψηλής θερμιδικής αξίας, υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες, μαλακή και ουδέτερη, εύπεπτη με όσο το δυνατόν λιγότερο υπόλειμμα (όπως για παράδειγμα: ψάρια, κοτόπουλο, ζυμαρικά, βρασμένα λαχανικά ή λαχανικά στον ατμό), ενώ θα πρέπει να αποφεύγονται το γάλα και τα προϊόντα του, οι τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες, καθώς και άλλες τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια. Είναι απαραίτητη η επαρκής αντικατάσταση των υγρών που χάνονται με τις διαρροϊκές κενώσεις καθώς επίσης και η επιμελής περιπρωκτική υγιεινή. (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., 2006).

### **5.3.3.Στοματίτιδα**

Η στοματίτιδα είναι η οξεία φλεγμονή του στοματικού και στοματοφαρυγγικού βλεννογόνου, συμπεριλαμβανομένων των χειλέων, της γλώσσας, των ουλών, του παρειακού βλεννογόνου, της υπερώας και της βάσης του στόματος. Πολλοί χημειοθεραπευτικοί παράγοντες είναι δυνατό να αποδιοργανώνουν ή και να καταστρέφουν τους ιστούς του στόματος, με άμεσους ή έμμεσους μηχανισμούς. Οι άμεσοι μηχανισμοί είναι εκείνοι που παρεμβάλλονται στις ενδοκυττάριας μεταβολικές διεργασίες και με αυτό τον τρόπο αποδιοργανώνουν την αύξηση, την ωρίμανση ή τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Οι έμμεσοι μηχανισμοί περιλαμβάνουν την καταστολή του μυελού των οστών, η οποία αυξάνει τον κίνδυνο αιμορραγίας και λοίμωξης σε περιοχές όπως το στόμα και ο γαστρεντερικός σωλήνας. Μελέτες έχουν δείξει ότι 40% των ενηλίκων και 90% των παιδιών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία υποφέρουν από κάποια μορφή στοματικών επιπλοκών. Είναι γνωστό ότι πολλά

φάρμακα, όπως η μεθοτρεξάτη, η δοξορουμπισίνη, η μπλεομυκίνη, η κυτοσίνη αραβινοσίδη, η δαυνορουμπισίνη και η μιτομυσίνη C προκαλούν στοματίτιδα. Ο βλεννογόνος του στόματος αποτελείται από μη-κερατινοποιημένο πλακώδες επιθήλιο το οποίο αναπαράγεται κάθε 10-14 ημέρες. Τα πρώτα συμπτώματα της στοματίτιδας, συμπεριλαμβανομένων των ωχρών και ξηρών βλεννογόνων μεμβρανών, μπορούν να παρατηρηθούν ήδη από την τρίτη ημέρα της χορήγησης του χημειοθεραπευτικού παράγοντα και είναι δυνατό να ακολουθούνται από μια αίσθηση καύσου. Η διάχυτη εξέλκωση μπορεί να μην εμφανισθεί πριν 7 ημέρες μετά από την έναρξη της θεραπείας. Ένας αριθμός παραγόντων είναι δυνατόν να επηρεάζει τη συχνότητα και τη βαρύτητα των στοματικών επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένου του τύπου του φαρμάκου, της δόσης, της κατάστασης θρέψης, της στοματικής υγείας πριν από την έναρξη της θεραπείας καθώς και της ποιότητας της φροντίδας του στόματος κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Οι νεότεροι ασθενείς υποφέρουν από στοματίτιδα συχνότερα από τους ηλικιωμένους. Η έπιπτα στοματικών επιπλοκών είναι δύο με τρεις φορές υψηλότερη στις περιπτώσεις αιματολογικών κακοήθων -ό,τι στους συμπαγείς όγκους, πιθανά λόγω της ανοσοκαταστολής που χαρακτηρίζει τους αιματολογικούς καρκίνους. Ασθενείς των οποίων η στοματική υγιεινή είναι ανεπαρκής, ή οι οποίοι έχουν κακή οδοντοφυΐα επίσης πιθανότερο να εμφανίσουν προβλήματα στόματος με τη χημειοθεραπεία. Ωστόσο, μία ελάττωση στοματικών επιπλοκών μπορεί να επιτευχθεί εάν τα οδοντιατρικά προβλήματα διορθώνονται και η φροντίδα του στόματος ακολουθείται επιμελώς. Τόσο οι μικρότερες επιπλοκές της χημειοθεραπείας στο στόμα (για παράδειγμα η αίσθηση καύσου, η μη ανοχή καυτών, πικάντικων ή όξινων τροφών, η φλεγμονή και οι αλλαγές στην παραγωγή σιέλου), όσο και οι σημαντικότερες επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένης της εσχαροποίησης, της εξέλκωσης, της αιμορραγίας και των βακτηριακών, μυκητιακών και ιογενών λοιμώξεων, έχουν σημαντικές επιδράσεις στην ποιότητα της ζωής και είναι δυνατόν να περιορίζουν την ικανότητα αλλά και τη θέληση ενός ατόμου να ανεχτεί περαιτέρω χημειοθεραπεία. Η στοματίτιδα μπορεί πράγματι να είναι τόσο βαριά και επώδυνη που η λήψη τροφής και υγρών να γίνεται εξαιρετικά δύσκολη, και ίσως να καθίσταται αναγκαία η ελάττωση των δόσεων της χημειοθεραπείας ή η καθυστέρηση επόμενων κύκλων.

Πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας συνιστάται μια αρχική αξιολόγηση του στόματος, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης των συνηθειών καθημερινής φροντίδας του στόματος του ασθενούς. Είναι απαραίτητη η αποτελεσματική

στοματική υγιεινή, με τη χρήση μιας μαλακής οδοντόβουρτσας ώστε να προληφθεί η βλάβη ευαίσθητων ιστών, και κατά συνέπεια η ελάττωση του κινδύνου της λοίμωξης.

Συγκεκριμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις εξαρτώνται από την έκταση της στοματίτιδας η οποία μπορεί να ποικίλει, από τη δυνητική εμφάνιση αιμορραγίας, μέχρι την εξέλκωση και την ανικανότητα λήψης τροφής και υγρών (η οποία μερικές φορές περιγράφεται σαν στοματίτιδα τέταρτου σταδίου). Τα μέτρα αντιμετώπισης περιλαμβάνουν τη χρήση αντιβακτηριακών στοματικών πλύσεων και την απομάκρυνση των πυκνών εκκριμάτων ή των υπολειμμάτων ιστών με διττανθρακικό νάτριο ή διάλυμα υπεροξειδίου του υδρογόνου (διάλυμα οξυζενέ). Το στόμα πρέπει να ξεπλένεται με νερό μετά τη χρήση υπεροξειδίου του υδρογόνου. Προτείνεται η λήψη μαλακών τροφών με απαλή σύσταση ενώ οι πικάντικες ή οι όξινες τροφές θα πρέπει να αποφεύγονται. Η εφαρμογή μαλακτικών ή άλλων σκευασμάτων συχνά είναι απαραίτητη για την πρόληψη της σχάσης του βλεννογόνου, της ξηρότητας των χειλέων, καθώς και την αντιμετώπιση των λοιμώξεων. Επίσης συχνά είναι απαραίτητα αντιβακτηριακά και αντιμηκυτιασικά στοματικά διαλύματα για την αντιμετώπιση των στοματικών λοιμώξεων. Στις βαρύτερες περιπτώσεις οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ενδοφλέβια ενυδάτωση, μέτρα ελέγχου του πόνου (τα οποία δυνατόν να περιλαμβάνουν έγχυση διαλυμάτων μορφίνης) και περιστασιακά, την εντερική ή την παρεντερική σίτιση.

Με ορισμένα φάρμακα (όπως η 5-FU) η κρυοθεραπεία μπορεί να αποδεικνύεται χρήσιμη στην πρόληψη της στοματίτιδας: οι ασθενείς αρχίζουν να γλείφουν μικρά κομμάτια πάγου 5 λεπτά πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας, και συνεχίζουν για 30 λεπτά μετά το πέρας της. (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., 2006).

#### **5.3.4.Ναυτία και εμετός**

Ενώ οι θεράποντες συχνά θεωρούν την καταστολή του μυελού των οστών ως την πλέον σημαντική τοξικότητα οδηγεί στην ελάττωση των δόσεων των χημειοθεραπευτικών παραγόντων, οι ασθενείς είναι πιθανόν να θεωρούν τη ναυτία και τον εμετό ως την πλέον βασανιστική παρενέργεια:

*"Μετά το δεύτερο κύκλο ανακάλυψα ότι και η σκέψη ακόμη ότι θα πάω εκεί μου προξενούσε εμετό, στην πραγματικότητα ήταν σχεδόν τόσο άσχημα όσο και αν*



*ελάμβανα στην πραγματικότητα τη χημειοθεραπεία. Ακόμη και τώρα (δύο χρόνια μετά) αρχίζω να αισθάνομαι ναυτία όταν περνά από το νοσοκομείο".*

Η ναυτία γίνεται συχνά αντιληπτή ως η ανάγκη να κάνει κάποιος εμετό, μια φοβερή αίσθηση επικείμενης αδιαθεσίας που εντοπίζεται στο στομάχι. Οι ασθενείς που υποφέρουν από ναυτία συχνά εμφανίζονται ωχροί και κίτρινοι. Είναι δυνατόν να έχουν ταχυπαλμία και το δέρμα τους να είναι ψυχρό και κολλώδες. Οι *ερυγές* είναι ρυθμικές, συχνά έντονες κινήσεις των αναπνευστικών μυών, οι οποίες κινούν το περιεχόμενο του στομάχου μέσα και έξω από τον οισοφάγο. Ο *εμετός* είναι η κατάσταση κατά την οποία το περιεχόμενο του στομάχου εξέρχεται βίαια από το στόμα και πραγματοποιείται με απότομες έντονες συσπάσεις των αναπνευστικών μυών *οι* συγχρονισμό με τη χαλάρωση του ανώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα. Ο εμετός συχνά ακολουθείται από λήθαργο και έντονη αδυναμία των μυών.

Η ναυτία και ο εμετός που προκαλούνται από τη χημειοθεραπεία εμφανίζονται σε διαφορετικές χρονικές στιγμές σε σχέση με το χρόνο χορήγησης της χημειοθεραπείας. Η ναυτία και ο εμετός που εμφανίζονται μέσα σε διάστημα δύο ωρών από την έναρξη της θεραπείας (και διαρκούν μέχρι 24 ώρες) θεωρούνται η οξεία μορφή συμπτώματος. Η καθυστερημένη ναυτία και ο εμετός είναι δυνατόν να διαρκούν 3-5 ημέρες ή και περισσότερο. Η αντανακλαστική ναυτία και ο εμετός συμβαίνουν πριν ή κατά τη διάρκεια της χορήγησης της χημειοθεραπείας, σε χρόνο που το σύμπτωμα δεν θα ήταν φυσιολογικά αναμενόμενο. Οι νεότεροι ασθενείς γίνουν να υποφέρουν από τη ναυτία και τον εμετό σοφότερα από ό,τι οι πιο ηλικιωμένοι ασθενείς. Οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες είναι δυνατό να περιγραφούν ως έχοντες ήπια, μέτρια ή έντονη εμετογενή δυνατότητα, σύμφωνα με την ένταση της ναυτίας και του εμετού με την οποία έχουν συνδυαστεί. Η ανεπαρκής πρόληψη ή ο έλεγχος της ναυτίας και του εμέτου είναι δυνατόν να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, με την πρόκληση ανεπιθύμητων συνεπακόλουθων, όπως η αντανακλαστική ναυτία και ο εμετός, η απροθυμία συνέχισης της θεραπείας, οι καθυστερήσεις στη θεραπεία, η ελάττωση της δόσης των φαρμάκων, η αφυδάτωση, η διαταραχή της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας, η ανορεξία και η αποστροφή προς τις τροφές, οι σχάσεις του οισοφάγου, η διάβρωση των οδόντων, η μυϊκή κόπωση και η γενικευμένη κόπωση. (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., 2006).

### 5.3.5.Κόπωση

Η αποτελεί πολυδιάστατη έννοια, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει το αίσθημα της κούρασης, την έλλειψη ενέργειας, την ανικανότητα συνέχισης των καθημερινών δραστηριοτήτων των ασθενών. Αποτελεί συχνό και βασανιστικό αποτέλεσμα τόσο του ίδιου του καρκίνου όσο και της χημειοθεραπείας. Σε διάφορες ερευνητικές εργασίες υποστηρίζεται ότι ένα ποσοστό μεταξύ του 60 και του 90% των ασθενών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία βιώνουν κόπωση:

*"Αισθάνομαι εξουθενωμένη συνέχεια, όλες τις ώρες, τόσο σωματικά όσο και πνευματικά. Πηγαίνω για ύπνο μετά το γεύμα ενώ η κόρη μου κοιμάται και πραγματικά δεν μπορώ να τα καταφέρω χωρίς αυτές τις λίγες ώρες ξεκούρασης, και έπειτα ξανακοιμάμαι το βράδυ, όταν κοιμάται και αυτή. Δεν κάνω τίποτε άλλο από το να υπάρχω."*

Η οξεία κόπωση μπορεί να θεωρηθεί ότι επιτελεί προστατευτικό ρόλο, εφόσον πρόκειται για προσωρινή αντίδραση του οργανισμού στην υπερβολική εργασία ή το άσκηση πρόγραμμα και παρέχει μια ευκαιρία ανάκτησης των επιπέδων ενέργειας και ετοιμότητας του οργανισμού. Αντίθετα η χρόνια κόπωση, περιγράφεται σαν γενικευμένη, συνοδευόμενη από εξαιρετικά μεγάλη κουτσή και πολύ χαμηλή ενέργεια και αντιμετωπίζεται σαν αφύσικη και υπερβολική. Επηρεάζει όλο τον οργανικό, είναι συνεχής, ενώ εμφανίζει δυσκολίες στην αντιμετώπιση της.

Αρκετές θεωρίες έχουν αναπτυχθεί στην προσπάθεια ερμηνείας της χρόνιας κόπωσης, αλλά δεν έχει δοθεί μέχρι σήμερα κάποια οριστική εξήγηση του φαινομένου. Συμφωνά με μια θεωρία η κόπωση του καρκίνου προκαλείται από τη συγκέντρωση άχρηστων προϊόντων και μεταβολιτών. Σύμφωνα με κάποια άλλη θεωρία, η μυϊκή δραστηριότητα παραβλάπτεται όταν δεν είναι διαθέσιμα τα απαραίτητα "υλικά". Ακόμη έχει προταθεί ότι η αυξημένη ενεργειακή δαπάνη και οι αλλαγές στην παραγωγή, στη χρήση και στη διάθεση των ορμονών είναι δυνατόν να προκαλέσουν αισθήματα κόπωσης, αλλά και αντίστοιχες λειτουργικές επιπτώσεις. Σύμφωνα με το νευροφυσιολογικό μοντέλο της κόπωσης, αυτή οφείλεται σε αλλαγές στο ΚΝΣ, ενώ έχει επίσης προταθεί ότι ο καθένας από εμάς διαθέτει συγκεκριμένα αποθέματα ενεργειών που θα μπορούσε να δαπανήσει στην προσπάθεια προσαρμογής

σε στρεσογόνες καταστάσεις, οπότε όταν τα αποθέματα αυτά εξαντληθούν, η κόπωση είναι πλέον αναπόφευκτη. Επίσης σαν αιτίες και εξηγήσεις του φαινομένου της κόπωσης έχουν προταθεί κι άλλοι παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του μεγέθους του καρκινικού φορτίου, των οργανικών συμπτωμάτων, της ψυχολογικής έντασης, των ψυχοκοινωνικών αλλαγών, όπως είναι η απομόνωση και η ανία, καθώς και φάρμακα όπως τα αντιεμετικά.

Ο χρόνος έναρξης, η διάρκεια, η μορφή και η βαρύτητα της σχετιζόμενης με την χημειοθεραπεία κόπωσης είναι δυνατό να ποικίλουν και φαίνεται να εξαρτώνται από τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα. Σε μελέτη, οι ασθενείς οι οποίοι ακολουθούσαν χημειοθεραπευτικούς κύκλους ανά 3-4 εβδομάδες αντιμετώπιζαν υψηλά επίπεδα κόπωσης την 4-5 ημέρα μετά τη θεραπεία. Στην συνέχεια η κόπωση ελαττωνόταν μέχρι του σημείου όπου παρατηρείται χαμηλότερος αιματοκρίτης (σημείο ναδίρ), περίπου την 15<sup>η</sup> ημέρα, από όπου άρχιζε και πάλι να αυξάνεται προσωρινά. Ωστόσο, οι ασθενείς που λάμβαναν εβδομαδιαίες ενέσεις χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, βρέθηκε ότι αντιμετώπιζαν μέτριου βαθμού κόπωση, κυκλικά κυμαινόμενη. Έχει προταθεί ότι η κόπωση ίσως να σχετίζεται με την παρεμβολή κάποιων παραγόντων στη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών. Συνεπώς φάρμακα που περνούν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό ή προκαλούν νευροτοξικότητα (για παράδειγμα, τα αλκαλοειδή της vincata, η 5-FU, ή η συμπληρωματική θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα δημιουργίας της.

Η Rhodes περιγράφει ότι οι ασθενείς είναι σε θέση να φροντίζουν τον εαυτό τους μετά τη χημειοθεραπεία, αλλά εξακολουθούν να θεωρούν ότι η κούραση και η αδυναμία είναι τα σημαντικά εμπόδια στην διεκπεραίωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων:

*"Δεν μπορούσα να σηκωθώ από το κρεβάτι και να πάω στο λουτρό, και τότε πάλι έπρεπε να καθίσω για λίγο και να ξεκουραστώ πριν μπω στο ντους... Έπρεπε να ξεκουράζομαι μεταξύ της κάθε δραστηριότητας... αφού δεν μου είχε απομείνει πια καθόλου ενέργεια"*

Η αντικειμενική αξιολόγηση της κόπωσης είναι δυνατή, αλλά στην πράξη πιθανά δεν έχει τόση αξία όσο η υποκειμενική αξιολόγηση του ίδιου του ασθενούς. (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., 2006).

# ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ***

## **6.1.Ο ρόλος της ψυχολογίας στο καρκίνο**

### ***Ψυχολογία και ανακούφιση συμπτωμάτων***

Η ψυχολογία παίζει επίσης κάποιο ρόλο στην καταπράυνση των συμπτωμάτων καρκίνου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής για μία συζήτηση για τη θεωρία για την ποιότητα ζωής και τη μέτρηση. Οι Cartwright και συν. (1973) περιέγραψαν τις εμπειρίες όσων έπασχαν από καρκίνο, στις οποίες περιλαμβάνονται βασανιστικός πόνος, δυσκολίες στην αναπνοή, εμετός, αϋπνία, απώλεια του ελέγχου των εντέρων και της ουροδόχου κύστης, απώλεια όρεξης και πνευματική σύγχυση. Κατά συνέπεια έχουν χρησιμοποιηθεί ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις με σκοπό να καταπραυνθούν ορισμένα από τα συμπτώματα όσων πάσχουν από καρκίνο και να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής τους. (Αντωνίου, 2005)

## **6.2.Η επίδραση του καρκίνου στην οικογένεια**

Ο καρκίνος, είναι αναμφίβολα μια σταθερά απόκρυφη εμπειρία που επιφέρει πολύπλευρες αλλαγές στη ζωή του ατόμου, οι οποίες συχνά παρατείνονται και μετά την ολοκλήρωση της αρχικής θεραπείας. Επιπρόσθετα, η επίδραση της νόσου στην οικογένεια και στο φιλικό περιβάλλον του ασθενή με καρκίνο είναι δυνατόν να έχουν εξίσου επιβαρυντικές και πιθανά δυσκολότερα αναγνωρίσιμες και αντιμετωπίσιμες επιπτώσεις.

Η έννοια της "οικογένειας" είναι δύσκολο να ορισθεί και λαμβάνει διαφορετικό νόημα ανάλογα με την προσωπική κατάσταση του ατόμου. Η έννοια της οικογένειας είναι συνυφασμένη με την "πυρηνική" της μορφή. Για τους σκοπούς αυτού του κεφαλαίου, ο όρος "οικογένεια", είναι ευρύς και περιεκτικός, με στόχο να καθορισθούν οι σχέσεις που αναπτύσσονται στη ζωή του ατόμου, με όλους εκείνους που έχει κάποιου συναισθηματικού βαθμού αλληλεπίδραση, όσο πολύπλοκη και αν είναι αυτή. Με βάση την αποδοχή αυτή οι όροι "οικογένεια" ή "συγγενείς", αναφέρονται σε όσους βρίσκονται κοντά σε κάποιον που έχει διαγνωσθεί με καρκίνο και περιλαμβάνουν συντρόφους, γονείς, απογόνους, αδέρφια και στενούς φίλους.

Οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια είναι δυναμικές και η διάγνωση του καρκίνου σε ένα μέλος της συνηχεί σε όλη την κοινωνική ομάδα, μεταβάλλοντας τις σχέσεις των μελών της με τον ασθενή με καρκίνο αλλά και μεταξύ τους. Η διεργασία

αυτή επηρεάζεται από το επίπεδο αναπτυξιακής εξέλιξης που κάθε άτομο έχει φτάσει. Επίσης η εμπειρία του καρκίνου επηρεάζεται κι από άλλους παραμέτρους όπως τη σχέση που έχει κάποιος με τον ασθενή με καρκίνο, τις αντιλήψεις και το βαθμό κατανόησης της νόσου και άλλων συμβάντων ή στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με την αρρώστια.

Τα κυριότερα στοιχεία που αφορούν την επίδραση του καρκίνου στην οικογένεια αλληλοσχετίζονται και αφορούν:

- Την εμπειρία του καρκίνου για την οικογένεια
- Την επικοινωνία μέσα στην οικογένεια
- Την εμπειρία του να ζεις με καρκίνο μέσα στην οικογένεια
- Την αλληλεπίδραση με τους επαγγελματίες παροχής φροντίδας υγείας
- Τις προσεγγίσεις παροχής φροντίδας της οικογένειας

Κάθε μια από τις παραπάνω παραμέτρους θα αναλυθεί με σχόλια ατόμων που έλαβαν μέρος σε μελέτη οικογενειών ασθενών με καρκίνο πνεύμονα ή εντέρου. Οι εμπειρίες αυτές διερευνήθηκαν διαμέσου συνεντεύξεων, οι οποίες διεξήχθησαν σε χρονική περίοδο μεγαλύτερη των 18 μηνών. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη προέρχονταν από διαφορετικά κοινωνικά στρώματα και είχαν επίσημες σχέσεις με τους ασθενείς με καρκίνο. Ο καρκίνος είναι μια κατεξοχήν νόσος της μέσης και τρίτης ηλικίας και το κεφάλαιο αυτό επικεντρώνεται στην επίδραση του στους ενήλικες. Επιπλέον συζητώνται και οι εμπειρίες παιδιών των οποίων οι γονείς έπασχαν από καρκίνο ή εκείνων που επηρεάστηκαν από τον ίδιο τον παιδιατρικό καρκίνο. (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., 2006).

### **6.2.1. Η εμπειρία του να ζεις με ασθενή με καρκίνο μέσα στην οικογένεια**

Η οικογένεια και οι στενοί φίλοι ασθενών με καρκίνο, θα βιώσουν καταπόνηση, η ένταση της οποίας είναι δύσκολο να μετρηθεί. Για πολλούς ανθρώπους λαμβάνει τη μορφή έντονου "υπαρξιακού" προβληματισμού, ο οποίος μπορεί να είναι δύσκολο να κατανοηθεί ή να συζητηθεί, αλλά που στην ουσία έχει την έννοια μιας βασικής απώλειας της αντοχής και την αίσθηση της αβεβαιότητας που δημιουργεί η απειλή της ζωής κάποιου κοντινού ατόμου. Αυτό συχνά

συνοδεύεται από μια συγκεκριμένη αλλαγή προσδοκιών όπως για παράδειγμα, των προτεραιοτήτων ή των προσανατολισμών της ζωής.

Η αναγγελία της διάγνωσης του καρκίνου σε ένα σύντροφο, φίλο ή συγγενή είναι δυνατόν να προκαλέσει έντονη συναισθηματική διαταραχή με τη μορφή της μελαγχολίας, της κατάθλιψης, του άγχους ή του θυμού. Επίσης είναι δυνατόν να μεταβληθεί ή να επηρεαστεί η καθημερινή δραστηριότητα, για παράδειγμα να προκληθεί απώλεια βάρους, κούραση ή αϋπνία. Όπως ακριβώς και για τον ασθενή με καρκίνο οι εμπειρίες της οικογένειας με την πάροδο του χρόνου μεταβάλλονται καθώς η νόσος εξελίσσεται και το κάθε μέλος της οικογένειας βιώνει τις επιπτώσεις του καρκίνου διαφορετικά.

Το μεγαλύτερο μέρος αυτής της ανασφάλειας πηγάζει από το γεγονός ότι η άμεση σκέψη των περισσότερων στο άκουσμα της διάγνωσης του καρκίνου, είναι ότι το άτομο που αγαπούν θα πεθάνει. Πράγματι οι σύντροφοι, μπορεί να εκφράσουν περισσότερο φόβο του θανάτου από ότι οι ίδιοι οι ασθενείς με καρκίνο, ένας σύζυγος, η γυναίκα του οποίου υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση για καρκίνο παχέος εντέρου περιγράφει ότι φοβόταν για εκείνη, αλλά περισσότερο φοβόταν για τη ζωή του χωρίς εκείνη. Πολλοί εκφράζουν την επιθυμία να ήταν εκείνοι ασθενείς με καρκίνο, γιατί αυτό τους κάνει να νιώθουν ότι ελέγχουν περισσότερο τα πράγματα, ή ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν την πιθανότητα να μείνουν μόνοι.

Η διάγνωση του καρκίνου είναι δυνατόν να μεταβάλλει ριζικά τη ζωή. Παραδείγματα είναι, όταν κάποιος εγκαταλείπει τη δουλειά του για να αναλάβει τη φροντίδα ενός ασθενή με καρκίνο, όταν μετακομίσει για να ζήσει κοντινότερα με αυτόν ή όταν αναλαμβάνει επιπρόσθετα οικογενειακά καθήκοντα. Ακόμα είναι πιθανό να χαθούν σημαντικές συνήθειες της οικογένειας, όπως για παράδειγμα δεν οργανώνονται πλέον οι διακοπές ή εμφανίζονται οικονομικές δυσκολίες και η πιθανότητα να χάσει κάποιος το σπίτι του, όταν υπάρχει σημαντική απώλεια οικονομικών πόρων. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, ίσως υπάρχουν λιγότερο εμφανείς αλλαγές στην καθημερινή ζωή της οικογένειας, παρατείνοντας ακόμα περισσότερο το κλίμα αβεβαιότητας και σύγχυσης σχετικά με τα μελλοντικά σχέδια και τις ελπίδες.

Οι γονείς ενός παιδιού με καρκίνο, θα επενδύσουν τα πάντα στο παιδί τους κατά την διάρκεια της νόσου του, με την ελπίδα της αποκατάστασης του και όλες οι άλλες Προτεραιότητες στη ζωή τους μπορεί να παραμεληθούν. Η σχέση του γονιού με το παιδί, αποτελεί μια σημαντική πηγή ασφάλειας για ολόκληρη τη ζωή και η

διαταραχή της σχέσης αυτής κατά την περίοδο της παιδικής ηλικίας προκαλεί πηγή δημιουργίας ψυχιατρικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή. Το επίπεδο άγχους του παιδιού του οποίου ο γονιός έχει καρκίνο, μειώνεται εάν έχει την ευκαιρία κατανόησης της νόσου και καλής επικοινωνίας με τους γονείς του.

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι η καταπόνηση που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας είναι μεγάλη ή μεγαλύτερη από εκείνη που βιώνουν οι ίδιοι οι ασθενείς. Μια μελέτη, που είχε σκοπό να ανιχνεύσει τη μορφή της κρίσης που προκαλούνταν μετά την έξοδο από το νοσοκομείο από μια χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης καρκίνου του εντέρου, βρήκε ελάχιστες διαφορές έντασης της καταπόνησης μεταξύ των ασθενών με καρκίνο και των συζύγων τους.

Έχουν γίνει προσπάθειες για την εκτίμηση του άγχους και της κατάθλιψης που βιώνουν οι οικογένειες, των οποίων κάποιο μέλος διαγιγνώσκεται με καρκίνο. Απελπισία, φόβος και θυμός περιγράφονται σαν τα πλέον στρεσογόνα συναισθήματα, από τα άτομα που κάποιο μέλος της οικογένειας τους ή φίλος τους υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία.

Πολλοί συγγενείς δυσκολεύονται να εκφράσουν τις συναισθηματικές τους ανησυχίες. Μερικές φορές είναι ευκολότερη η περιγραφή σωματικών εκδηλώσεων της συναισθηματικής καταπόνησης, παρά των ίδιων των συναισθημάτων τους. Όταν, για παράδειγμα ανακαλούν την αντίδραση τους κατά την αναγγελία της διάγνωσης, Χρησιμοποιούν τις εκφράσεις, "ζαλίστηκα", "στέγνωσε το στόμα μου", ή "ένιωσα να παγώνω" ή "δεν μπορούσα να μιλήσω για κάποιο διάστημα". Εάν αυτό συμπέσει με τη στιγμή όπου παρέχονται σημαντικές πληροφορίες για τη νόσο ή τη θεραπεία, ή όταν ερωτώνται εάν έχουν περαιτέρω ερωτήσεις, η αντίδραση αυτή λειτουργεί ως φραγμός για την πλήρη κατανόηση των νέων δεδομένων.

Οι οξείες αυτές οργανικές αντιδράσεις που βιώνονται σε περιόδους στρες, όπως η έκφραση της διάγνωσης της υποτροπής της νόσου, έχουν συνήθως μικρή διάρκεια, αλλά συμβάλλουν στη δημιουργία μακροχρόνιων δυσλειτουργιών προκαλώντας κόπωση, ανορεξία ή αϋπνία. Σύζυγοι γυναικών με καρκίνο στο στήθος, ανέφεραν συνεχώς αυξανόμενη κακή διάθεση, απώλεια δυνάμεων και φόβο για την προσωπική τους νόσηση και το θάνατο που αποδόθηκε στο γεγονός ότι αυτοί οι άνδρες αρνούσαν τα συναισθήματα τους θέτοντας μεγαλύτερη προτεραιότητα σε εκείνα των συζύγων τους, εντείνοντας τις βαθύτερες ανησυχίες τους.

Συνοψίζοντας, όσοι είναι πολύ κοντά σε κάποιον ασθενή που διαγιγνώσκεται με καρκίνο, θα βιώσουν μια μεγάλη ποικιλία αντιδράσεων στη νόσο. Τα



συναίσθημα τους θα είναι πολύπλοκα και συχνά εκφράζονται με δυσκολία. Οι ίδιοι δεν αισθάνονται καλά. Οι δυσκολίες αυτές, πιθανά να μην είναι άμεσα ορατές από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι αναγνωρίζουν την κατάσταση των συγγενών, ειδικά κατά την ώρα της διάγνωσης και πιθανά προσφέρουν υποστήριξη διευκολύνοντας τη διαχείριση των εντάσεων που ενδεχομένως δημιουργούνται μεταξύ ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας. (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., 2006).

### **6.2.2. Παροχή φροντίδας στην οικογένεια**

Η καταπόνηση της οικογένειας είναι ουσιώδης και πολύπλοκη. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην παροχή φροντίδας της οικογένειας είναι λιγότερο καθορισμένος από ότι ο ρόλος τους στην παροχή φροντίδας στον ασθενή με καρκίνο. Η μικρής διάρκειας παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο και η αυξανόμενη εφαρμογή προηγμένης τεχνολογίας θεραπειών στο σπίτι, αυξάνει το απαιτούμενο επίπεδο παροχής φροντίδας. Ανεξάρτητα της φροντίδας που η ίδια παρέχει, η οικογένεια χρειάζεται υποστήριξη. Ωστόσο τα μέλη της οικογένειας μπορεί να είναι δύσκολο να αναγνωρισθούν και πολλοί συγγενείς αδυνατούν να εκφράσουν τις δικές τους ανάγκες και απαιτήσεις από τους νοσηλευτές. Η παροχή φροντίδας στον ασθενή με καρκίνο συχνά αποτελεί σημαντική παράμετρο του βιώματος της νόσου για τις οικογένειες των ασθενών και κατά συνέπεια η αποδοχή της καλοπροαίρετης αλλά χωρίς ευαισθησία υποστήριξης από άτομα που δεν ανήκουν στο στενό περιβάλλον, δημιουργεί κίνδυνο κατάρρευσης των κυριότερων μηχανισμών ανταπόκρισης στη νόσο. Η δυσκολία για τους νοσηλευτές ή ακόμα και για τον ίδιο τον ασθενή με καρκίνο είναι να αξιολογήσει τις ανάγκες της οικογένειας.

Ένα επιπλέον ζήτημα είναι, μέχρι ποιο σημείο επεκτείνεται η υποστήριξη που παρέχεται στην οικογένεια, τα μέλη της οποίας συνήθως δεν είναι σωματικά ασθενείς. Οι επαγγελματίες υγείας στον χώρο του νοσοκομείου χρειάζεται να αντιλαμβάνονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι συγγενείς και στις περιπτώσεις σοβαρής διαταραχής να είναι προετοιμασμένοι να τους παραπέμπουν στον προσωπικό τους γιατρό ή σε κάποιον ειδικό σύμβουλο. Οι νοσηλευτές που γνωρίζουν τον ασθενή με καρκίνο και έρχονται σε επαφή με την οικογένεια του είναι

μάλλον κατάλληλοι στην παροχή υποστήριξης αν και δεν έχει αποσαφηνισθεί πλήρως ποια θα ήταν η καλύτερη μορφή αυτής της υποστήριξης.

### **Πολιτική Παροχής Φροντίδας**

- Έλλειψη προκατάληψης.
- Ανίχνευση ατόμων κλειδιά, που συνθέτουν "την οικογένεια".
- Παροχή ενός τηλεφωνικού νούμερου επικοινωνίας.
- Ακρόαση της προσωπικής ιστορίας των συγγενών και αναγνώριση των σημαντικών για αυτούς θεμάτων.
- Ευαισθησία στο επίπεδο προσαρμογής τους.
- Διασφάλιση υποστηρικτικού περιβάλλοντος για την έκφραση της καταπόνησης.
- Κατανόηση της πιθανής ανάγκης για διευκόλυνση της επικοινωνίας με την οικογένεια
- Ευαισθησία για τις εξατομικευμένες ανάγκες πληροφόρησης.
- Προετοιμασία για όσα πιθανά συμβούν κατά τη διάρκεια της νόσου.
- Παρακολούθηση σημαντικών συμβουλευτικών με την οικογένεια παραπομπών.
- Διευκόλυνση πρακτικής και οικονομικής υποστήριξης όταν απαιτείται.
- Παραπομπή στον κατάλληλο επαγγελματία όταν κριθεί απαραίτητο.
- Βοήθεια για την συμμετοχή σε ομάδα υποστήριξης όταν χρειασθεί.

Η παροχή δυνατότητας στην οικογένεια για συζήτηση της εμπειρίας της ασθένειας ενός μέλους της με καρκίνο και η αναγνώριση των βιωμάτων της είναι εξαιρετικά βοηθητική. Η περισσότερο συχνά αναφερόμενη ανησυχία των συγγενών είναι ο "έλεγχος των συμπτωμάτων". Μολονότι οι συγγενείς αναγνωρίζουν την ανάγκη για ενημέρωση, η ανάγκη να εκφράσουν τους φόβους τους και άλλα συναισθήματα τους συχνά θεωρούνται μικρότερης προτεραιότητας.

Οι συγγενείς χρειάζονται ήρεμη χωρίς βιασύνη νοσηλευτική προσέγγιση γιατί απαιτείται χρόνος για τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με άτομα που βιώνουν άγχος και φόβο.

Τα παιδιά ασθενών με καρκίνο επωφελούνται από την ανοικτή και ειλικρινή επικοινωνία σχετικά με τη νόσο. Οι γονείς θα χρειασθούν βοήθεια από την έναρξη της νόσου, σχετικά με τον τρόπο ανταπόκρισης στα συναισθήματα, τις αντιδράσεις

και τα ερωτήματα των παιδιών τους για τον καρκίνο. Η Judd περιγράφει το ρόλο του "εμπλεκόμενου μάρτυρα", σε ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις με έφηβους ασθενείς με καρκίνο, έναν ρόλο που οι νοσηλευτές μπορούν να εκπληρώσουν, ακόμα και σε εκείνες τις περιπτώσεις που δεν έχει προγραμματισθεί εντατική ψυχοθεραπεία.

Είναι εξίσου σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν και να διαθέτουν ευαισθησία για τα πολιτισμικά και εθνικά ζητήματα κάθε οικογένειας. Εφόσον έχει δοθεί ο απαιτούμενος χρόνος και η προσοχή για τη δημιουργία σχέσης επικοινωνίας με την οικογένεια και τον ασθενή με καρκίνο, η αντίληψη πολλών θεμάτων καθίσταται ευκολότερη και οι νοσηλευτές μπορούν να επικεντρώνονται στον κατάλληλο χρόνο και τρόπο επικοινωνίας με τη συγκεκριμένη οικογένεια.

Η εμπιστευτικότητα για τον ασθενή δημιουργεί διλήμματα, κατά την εργασία με την οικογένεια του. Οι συγγενείς ίσως επιδιώξουν να συζητήσουν με τους νοσηλευτές, απόντος του ασθενή με καρκίνο, προκειμένου να συλλέξουν περισσότερες πληροφορίες και να τον προστατέψουν από τα άσχημα νέα. Οι οικογένειες χρειάζονται το δικό τους χρόνο προκειμένου να επιτρέψουν την επικοινωνία. Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν θα πρέπει να τους δίδονται πληροφορίες που δεν γνωρίζει ο ίδιος ο ασθενής και εφόσον υπάρχουν τέτοιες πληροφορίες θα πρέπει να συζητούνται ταυτόχρονα με τον ασθενή και την οικογένεια του. Ορισμένοι, ίσως θέλουν να αποκρύψουν κάποιες πληροφορίες από τον ασθενή. Στις περιπτώσεις που συμβαίνει αυτό, είναι σημαντικό να δοθεί η δυνατότητα διερεύνησης των συναισθημάτων που σχετίζονται με την επιθυμία μη ανοικτής επικοινωνίας, όπως είναι η διευκόλυνση περισσότερο ανοικτής συζήτησης σχετικά με τη νόσο στην οικογένεια.

Τόσο ο ίδιος ο ασθενής, όσο και η οικογένεια του επιθυμούν να γνωρίζουν πως θα εξελιχθούν τα πράγματα στο μέλλον, γεγονός που θα μειώσει τους φόβους τους. "θεραπευτική απασχόληση", ονομάστηκε εκείνη η τεχνική που χρησιμοποιείται από τους γιατρούς ως προσπάθεια εξασφάλισης συνέχειας στη συζήτηση για την νόσο, η συμφωνία τους αναφορικά με την πιθανή πορεία της νόσου, μειώνει την αβεβαιότητα. Οι οικογένειες χρειάζονται ευκαιρίες όσο το δυνατόν καλύτερης προετοιμασίας για ότι πρόκειται να ακολουθήσει.

Τα τελευταία χρόνια η ανάγκη για ενημέρωση και συναισθηματική υποστήριξη αποτέλεσε την κινητήρια δύναμη για την δημιουργία εθελοντικών οργανισμών αυτοφροντίδας. Παρόλο που οι οργανισμοί αυτοί έχουν ένα ζωτικό ρόλο

στην υποστήριξη οικογενειών, δεν απαλλάσσουν τους επαγγελματίες υγείας από την παροχή πληροφόρησης με τον καταλληλότερο τρόπο.

Μια από τις συχνότερα αναφερόμενες ακάλυπτες ανάγκες των οικογενειών είναι η ύπαρξη ενός χώρου για να εκφράσουν τους φόβους τους. Μακροχρόνιες συνεδρίες εντατικής ψυχοθεραπείας είναι απίθανο να εφαρμοστούν σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν το τραύμα του καρκίνου.

Μια μελέτη η οποία συνέκρινε το θάνατο στο νοσοκομείο με το θάνατο σε ξενώνα, βρήκε ότι μετά το θάνατο στον ξενώνα διευκολύνεται η ανοιχτή επικοινωνία, τα μέλη της οικογένειας του θανόντα βίωναν λιγότερο: άγχος και κατάθλιψη, δραστηριοποιούνταν περισσότερο κοινωνικά και χρησιμοποιούν λιγότερο συχνά ηρεμιστικά σκευάσματα. Εκείνο που χαρακτηρίζεται ως ιδανικό περιβάλλον, επιτρέπει την ελεύθερη έκφραση του θρήνου της οικογένειας, που συμβάλλει στην επίλυση ανολοκλήρωτων υποθέσεων και παρέχει τον απαιτούμενο χρόνο στον ασθενή και στην οικογένεια του να συζητήσουν για την ζωή τους μετά τον επερχόμενο θάνατο.

Υποστηρικτικές ομάδες που αφορούν είτε αποκλειστικά την οικογένεια, είτε περιλαμβάνουν τον ασθενή με καρκίνο, αποτελούν τρόπο ενίσχυσης της διαθέσιμης παρεχόμενης υποστήριξης και σε κάποιες περιπτώσεις έχει βρεθεί να συμβάλλουν στη βελτίωση της επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια. Από μελέτη με υποστηρικτικές ομάδες συζύγων ασθενών γυναικών με καρκίνο μαστού που χρησιμοποιούσαν "θεραπεία ρόλων φύλου", βρέθηκε ότι οι σύζυγοι που συμμετείχαν στην ομάδα μελέτης αύξησαν σημαντικά την επικοινωνία τους με τις ασθενείς συζύγους για θέματα που σχετίζονταν με την μαστεκτομή σε σχέση με τους συζύγους της ομάδας ελέγχου. Οι Wellish και συνεργάτες περιγράφουν μια ομάδα αρχικά ειδικά σχεδιασμένη για οικογένειες ασθενών με καρκίνο. Ένας από τους στόχους της ήταν η ενίσχυση της επικοινωνίας μεταξύ του ασθενή με καρκίνο και της οικογένειας του και η βελτίωση της διαχείρισης των ενδοψυχικών συγκρούσεων που σχετίζονται με σοβαρή νόσο. Η ομάδα αυτή καθοδηγούνταν από κλινικό ψυχολόγο, αλλά μεταξύ των μελών της είχε και ένα νοσηλεύτη. Μερικούς μήνες μετά η ομάδα περιέλαβε και τον ίδιο τον ασθενή με καρκίνο, με συνέπεια να αυξηθεί σημαντικά η συμμετοχή της οικογένειας. Οι συγγραφείς χαρακτήρισαν την ομάδα, ως μια ασφαλή αρένα για την έκφραση έντονων συναισθημάτων, όπως ο φόβος, η οργή και η λύπη.

Οι υποστηρικτικές ομάδες δεν σημαίνει ότι ταιριάζουν τον καθένα και η διαθεσιμότητα μιας υποστηρικτικής ομάδας δεν σημαίνει απαραίτητα ότι όσοι

προσκαλούταν αυτομάτως συμμετέχουν και υποστηρίζονται. Η εκτίμηση μιας υποστηρικτικής ομάδας ασθενών με καρκίνο, των οικογενειών και φίλων τους σε ένα νοσοκομείο του Λονδίνου, έδειξε ότι μόνο ένας μικρός αριθμός εκείνων που προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν τελικά την παρακολούθησαν. (Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2006).

### **6.3. Η επίδραση του καρκίνου στους επαγγελματίες υγείας**

Η μελέτη της επίδρασης του καρκίνου και της παροχής φροντίδας υγείας σε ασθενείς με καρκίνο στους επαγγελματίες υγείας και η φύση των νοσηλευτικών στρατηγικών για την ενασχόληση με ασθενείς με καρκίνο μοιράζεται μια θεωρητική βιβλιογραφία με άλλες έρευνες στο θεραπευτικό έργο, την εξέλιξη του επαγγέλματος και το άγχος. Ωστόσο τα κείμενα αυτά που σχετίζονται με τον επαγγελματισμό, τους ρόλους και τις στρατηγικές, έχουν κοινή ιστορία σειράς περιορισμών. Τόσο οι ερευνητές, όσο και οι εργαζόμενοι, χρειάζεται να κατανοήσουν το θεραπευτικό έργο των νοσηλευτών στο πλαίσιο εργασίας τους, όχι μόνο δηλαδή το τι κάνει ένας νοσηλευτής (είδος ενεργειών), αλλά και γιατί το κάνει (επαγγελματικός και προσωπικός στόχος).

Η διερεύνηση των ρόλων και των λειτουργιών, των δεξιοτήτων επικοινωνίας και των ικανοτήτων τους παρέχει ένα χρήσιμο σημείο έναρξης για την κατανόηση του θεραπευτικού έργου των νοσηλευτών στη φροντίδα ασθενών με καρκίνο. Ωστόσο, χρειάζεται να αναπτυχθούν πρότυπα θεραπευτικών πρακτικών, όχι μόνο για να επιτραπεί η ενσωμάτωση διαφορετικών προσεγγίσεων από άλλες εμπλεκόμενες επαγγελματικές ομάδες, αλλά και για την παροχή δυνατότητας της ενσωμάτωσης της κοινωνικής και ψυχολογικής ανασυγκρότησης της φύσης των νοσηλευτικών θεραπευτικών πράξεων, που λαμβάνουν υπόψη τους συνειδητές και μη διεργασίες.

Η συζήτηση αυτή είναι, εν μέρει, αποτέλεσμα της έρευνας που ξεκίνησε το 1991. Οι αυτολεξεί ερμηνείες και τα σχόλια των στρατηγικών παροχής φροντίδας βασίζονται σε μεγάλο βαθμό σε ανάλυση ηχογραφημένων κασετών, που συλλέχθηκαν γι' αυτή την μελέτη, από συζητήσεις νοσηλευτών με ανθρώπους με καρκίνο στους οποίους παρείχαν φροντίδα σε μονάδες οξείας φροντίδας ή στο σπίτι και τους αναστοχασμούς των ίδιων των νοσηλευτών για τις συζητήσεις αυτές.

Η οργάνωση αυτού του κεφαλαίου οφείλει χρέος σε αυτήν την έρευνα, που αναγνωρίζει τις συνειδητές και ασυνειδητες διεργασίες της εργασίας των νοσηλευτικών σχέσεων στην ογκολογία και διερευνά θεμελιώδη θέματα σχετικά με την ογκολογική νοσηλευτική, όπως ποιες είναι οι διακριτές απόψεις για τη διαπροσωπική εργασία, πως οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν την προσωπικότητα τους προς όφελος των ανθρώπων που φροντίζουν, τι επιβάλλουν οι ρόλοι, τους τρόπους επικοινωνίας των νοσηλευτών με τους ασθενείς και τους συναδέλφους τους, τι ο νοσηλευτής και ο ασθενής αντιπροσωπεύει ο ένας για τον άλλο, καθώς και πως οι νοσηλευτές διαχειρίζονται το άγχος τους από την αντιμετώπιση του αδυσώπητου ψυχικού πόνου και της οδύνης.

Η εφαρμογή και η αποτελεσματικότητα των ποικίλων στρατηγικών νοσηλευτικής φροντίδας θεωρείται παράλληλη της εκτίμησης της επίδρασης που μπορεί να έχει η στρατηγική στο νοσηλευτή.

Το κεφάλαιο αυτό ασχολείται με το θεωρητικό, επαγγελματικό και οργανωτικό πλαίσιο της σχέσης νοσηλευτή -ασθενή με καρκίνο. Περιγράφοντας παραδείγματα από τη Μεγάλη Βρετανία και τις ΗΠΑ, αναφέρεται στο αμφιλεγόμενο θέμα του κατά πόσο θεωρείται χρήσιμη και κατάλληλη η έννοια της "θεραπευτικής νοσηλευτικής" για την περιγραφή του έργου των νοσηλευτών με τους ανθρώπους με καρκίνο και τις οικογένειες τους. Διερευνά τη σχέση μεταξύ της "νοσηλευτικής ως θεραπείας", της "συμβουλευτικής" και των περισσότερο καθορισμένων αντιλήψεων για την εργασία των νοσηλευτών στην ογκολογία, που απαντώνται σε συγκεκριμένους υποστηρικτικούς στόχους ή στόχους προαγωγής της υγείας. Οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας και οι άμυνες τους στον καρκίνο, αναγνωρίζονται σαν τρόπος κατανόησης των μορφών επικοινωνίας σε δομές παροχής φροντίδας του καρκίνου. Λαμβάνονται ακόμα υπόψη ζητήματα μεθοδολογίας της έρευνας και της εκτίμησης της φύσης και της επίδρασης της σχέσης νοσηλευτής -ασθενής στον τομέα της ογκολογίας. (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., 2006).

### **6.3.1. Το θεωρητικό πλαίσιο της Νοσηλευτικής στην φροντίδα ασθενών με καρκίνο**

Στην σύγχρονη Νοσηλευτική Ογκολογία, η σχέση μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή θεωρείται κεντρικής σημαντικότητας στις επικεντρωμένες στο συναίσθημα παρεμβάσεις και τη συνολική παροχή ποιοτικής φροντίδας.

Αυτό δεν συνέβαινε ανέκαθεν και γενικά είναι αποδεκτό ότι μέχρι πρόσφατα η δυναμική της σχέσης νοσηλευτή - ασθενή δεν ήταν αναγνωρισμένη. Η ιατρική διάγνωση και θεραπεία επικρατούσε στην ογκολογική νοσηλευτική ιδεολογία και το φυσικό σώμα του ατόμου αντιπροσώπευε το κύριο επίκεντρο της νοσηλευτικής εργασίας.

Η Perlau ήταν ίσως η πρώτη που έδωσε έμφαση στη δυναμική θεραπευτική αξία της σχέσης νοσηλευτή -ασθενή, ισχυριζόμενη συγκεκριμένα ότι η νοσηλευτική είναι "εκπαιδευτική και θεραπευτική, όταν ο νοσηλευτής και ο ασθενής γνωρίζουν και σέβονται ο ένας τον άλλο, ως άτομα που μοιάζουν αλλά και διαφέρουν, ως άτομα που μοιράζονται από κοινού τις λύσεις προβλημάτων".

Η ανάλυση της βασίζεται στην υπόθεση ότι οι νοσηλευτές αποδεσμεύονται από το άτομο στο οποίο παρέχουν τη φροντίδα και μολονότι θεωρεί ότι η επαγγελματική εγγύτητα μοιράζεται κοινά χαρακτηριστικά με τη σωματική προσέγγιση και τη διαπροσωπική στενή σχέση που ανευρίσκεται στις μη επαγγελματικές σχέσεις, επικεντρώνεται αποκλειστικά στα ενδιαφέροντα και στις ανάγκες του ασθενή. Διακρίνει με αποτελεσματικότητα την "επαγγελματική εγγύτητα" ως μη αμοιβαία, έτσι όπως αυτή φανερώνεται από τη νοσηλεύτρια που "διαχωρίζει τον εαυτό της και αξιοποιεί όλες τις ικανότητες και τα ταλέντα της για να επηρεάσει τη ζωή ενός άλλου ατόμου, το οποίο θα εξελιχθεί, θα μάθει περισσότερα και κατά συνέπεια θα ισχυροποιηθεί προς μια ευνοϊκή κατεύθυνση".

Όπως σχολιάζει η Savage, η εγγύτητα στην οποία αναφέρεται η Perlau "δεν είναι ζήτημα εγγύτητας προς το άτομο που ασθενεί, αλλά μάλλον ζήτημα «εγγύτητας προς την αλήθεια του πιθανού απειλητικού για τη ζωή αυτού του ατόμου διλήμματος». Η βάση του μοντέλου της Perlau αναφέρει ότι η ανάπτυξη μιας ειδικής μορφής αφοσίωσης, δηλώνει μέριμνα, ικανότητα και ενδιαφέρον, ενώ διατηρεί συναισθηματική απόσταση.

Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα έχουν λάβει ιδιαίτερης προσοχής από τους νοσηλευτές ως τμήμα της αποτελεσματικής ογκολογικής νοσηλευτικής και αναφέρονται στην εναλλακτική άποψη σχετικά με την γνώση του ασθενή που γνωρίζει το νοσηλευτή ως άτομο και συνεργάζεται μαζί του.

Το 1991 οι McMahon και Pearson εξέδωσαν το σημαντικό σύγγραμμα τους «Η Νοσηλευτική ως Θεραπεία». Το σύγγραμμα αυτό δεν προσφέρει καθοριστική ερμηνεία του τι είναι η νοσηλευτική ως θεραπεία, αφού ο ρόλος των νοσηλευτών εξαρτάται από πολλούς κοινούς παράγοντες και παράγοντες της φροντίδας υγεία οι οποίοι είναι κάθε άλλο παρά στατικοί. Αντίθετα οι συγγραφείς εκθέτουν τις καινούργιες ιδέες τους, οι οποίοι βασίζονται στην πεποίθηση ότι μια συγκεκριμένη μορφής νοσηλευτικής, η οποία εμπλέκει την προμελετημένη νοσηλευτική λήψη αποφάσεων, αποδίδει σημαντικό πλεονέκτημα στον ασθενή και προάγει την προσαρμογή, τη θεραπεία και την υγεία.

Περιοχές στις οποίες θεωρήθηκε ότι υφίσταται το θεραπευτικό δυναμικό της νοσηλευτικής ήταν:

- Η σχέση νοσηλευτή - ασθενή
- Το διαπροσωπικό περιβάλλον φροντίδας
- Η προαγωγή της άνεσης
- Οι συμβατικές και μη συμβατικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις
- Η εκπαίδευση του ασθενή

Αντικείμενο του κεφαλαίου αυτού αποτελούν οι πρώτες περιοχές.

Οι McMahon και Pearson πιστεύουν ότι η ιδανική σχέση νοσηλευτή - ασθενή στηρίζεται στην αμοιβαιότητα και τη συνεργατικότητα. Αναγνωρίζουν τις ιδέες του Muetzel, ο οποίος επικεντρώνεται στα τρία στοιχεία που συγχωνεύονται στην σχέση μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή: συνεργασία, οικειότητα και αμοιβαιότητα. Σαν βασικά στοιχεία της θεραπευτικής νοσηλευτικής διεργασίας, η αλληλεπίδραση μεταξύ κάθε ζευγαριού εννοιών παράγει τρεις επιπρόσθετες έννοιες, με συναφή χαρακτηριστικά, την ατμόσφαιρα, το πνεύμα και τη δυναμική.

Εκείνο που προσπαθεί να διευκρινίσει η Muetzel την περιγραφή της θεραπευτικής πρακτικής είναι η φύση της νοσηλευτικής χρήσης του "εαυτού" μέσα σε αυτή τη σχέση. Είναι σημαντικό για το νοσηλευτή και τον ασθενή να αποκαλύπτουν τα συναισθήματα τους και τα οφέλη τους από την σχέση αυτή και



συμφωνεί ότι ο νοσηλευτής με "αυτογνωσία", έχει μια ειδική σχέση στη σχέση και ότι αυτή η αυτογνωσία είναι απαραίτητη για την επίτευξη και την εκτίμηση μιας υποκειμενικής θεραπευτικής σχέσης.

Οι άνθρωποι με καρκίνο απαιτούν και συμβάλλουν στην επίκληση μιας ιδιαίτερα ευαίσθητης χρήσης του εαυτού από τους νοσηλευτές.

Η αξία του "να είσαι μαζί με τον ασθενή ή η αξία της παροχής "ενυπόστατης παρουσίας" έχει διερευνηθεί και από άλλους συγγραφείς. Ο Halldorsdottir θεωρεί ότι υπάρχουν πέντε τρόποι συνύπαρξης με τον άλλο, καθένα από τα οποία αντιπροσωπεύει έναν ποιοτικά διαφορετικό βαθμό παροχής φροντίδας. (Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., 2006).

# ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ***

## 7.1. Διατροφή ογκολογικού αρρώστου

Για τους περισσότερους ανθρώπους η διατροφή, που περιλαμβάνει τη διαδικασία της αγοράς προπαρασκευής καθώς και της λήψης τροφής, αποτελεί μια πολύπλοκη μακρά διαδικασία απόλαυσης. Η διατροφή είναι ένα σημαντικό και απόλυτα φυσιολογικό κομμάτι κάθε κουλτούρας. Οι διατροφικές συνήθειες σαφέστατα επιπλέκονται στην αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο, αλλά οι έρευνες εστιάζουν την προσοχή τους κυρίως στις ατάραχες διατροφής όπως στον πόνο, στην αδυναμία, και σε παρενέργειες όπως για παράδειγμα από την χημειοθεραπεία.

Ενώ η διατροφή είναι ένα φυσιολογικό κομμάτι της καθημερινής ζωής, οι επαγγελματίες υγείας επικεντρώνονται κυρίως στις οργανικές επιπτώσεις των προβλημάτων σίτισης, παρά στις ευρύτερες κοινωνικές και πολιτισμικές επιπτώσεις τους. Στη φροντίδα ασθενών με καρκίνο η εξασφάλιση υποκατάστατων των γευμάτων με την μορφή του γάλακτος ή ροφημάτων που έχουν σαν βάση το νερό, είναι ο συνηθέστερος τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων σίτισης ή της απώλειας βάρους λόγω της νόσου. Η δαπανηρή αυτή προσέγγιση όμως δεν αποτελεί πάντοτε την καταλληλότερη και αποδοτικότερη ανταπόκριση στις διατροφικές ανάγκες των ασθενών.

Η διατροφή περιγράφεται ως ένα δύσκολα διαχειριζόμενο πρόβλημα από τους νοσηλευτές στον τομέα της ανακουφιστικής φροντίδας και στην κοινότητα. Σε μια αναδρομική μελέτη που περιλάμβανε συνεντεύξεις από 207 φροντιστές που είχαν χάσει προσφιλή πρόσωπα πρόσφατα, περιεγράφησαν 144 περιπτώσεις προβλημάτων ανορεξίας ή απώλειας βάρους, εκ των οποίων οι 98 ανέφεραν ότι το πρόβλημα των ασθενών δεν είχε ουσιαστικά ανακουφισθεί και 46 ότι είχε μόνο κάποια μέτρια ανακούφιση. Τα προβλήματα διατροφής απασχολούσαν σοβαρά τους συγγενείς, γεγονός το οποίο δεν εκπλήσσει, καθώς η απώλεια βάρους είναι ένα πασιφανές σημάδι της ύπουλης εξέλιξης της νόσου που πραγματικά καταπονεί όχι μόνο τους ασθενείς με καρκίνο, αλλά και εκείνους που αναλαμβάνουν τη φροντίδα τους. Σε αντίθεση με τον πόνο, η απώλεια του βάρους ήταν ένα πρόβλημα που δεν ανακουφιζόταν ικανοποιητικά.

Τα ελλείμματα διατροφής επηρεάζουν όλους τους πάσχοντες από κακοήθεις νεοπλασίες σε κάποιο βαθμό στην πορεία της ασθένειας. Οι πιθανοί παράγοντες

δημιουργίας τους φαίνονται στον παρακάτω πίνακα. (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., 2006).

## **Πίνακας 2. Πιθανές αιτίες των διατροφικών ελλειμμάτων**

- Πτωχή όρεξη
- Απουσία όρεξης
- Ευαισθησία στο στόμα
- Μολυσμένο στόμα
- Ξηροστομία
- Κακή εφαρμογή οδοντοστοιχιών
- Αδυναμία τοποθέτησης οδοντοστοιχιών
- Αλλαγές στη γεύση
- Άστατη γεύση
- Απώλεια γεύσης
- Δυσφαγία
- Πόνος
- Ναυτία
- Δυσκοιλιότητα
- Έμετος
- Κόπωση
- Δύσπνοια
- Μεταβολικές διαταραχές
- Δυσαπορρόφηση
- Κατά τη διάρκεια της Ακτινοθεραπείας
- Κατά τη διάρκεια της Χημειοθεραπείας
- Μετά την ολοκλήρωση της Ακτινοθεραπείας

Τα θρεπτικά συστατικά και οι θερμίδες που απαιτούνται για τους καρκινοπαθείς είναι περισσότερα από αυτά που εχρειάζοντο πριν ασθενήσουν. Ο καρκίνος προκαλεί μια αύξηση στην ταχύτητα μεταβολισμού. Οι ιστοί πρέπει να αναπλάθονται και η απώλεια θρεπτικών συστατικών στον καρκίνο πρέπει να αντικαθίσταται. Οι ασθενείς που μπορούν να διατηρήσουν το βάρος τους ή να ελαττώσουν την απώλεια του, αυξάνουν τις ευκαιρίες θεραπείας, δηλαδή την

πιθανότητα να επιζήσουν. Οι ασθενείς με δίαιτες υψηλών πρωτεϊνών και kcal ανέχονται τις παρενέργειες της θεραπείας και έτσι μπορούν να πάρουν μεγαλύτερες δόσεις φαρμάκων απ' αυτούς τους ασθενείς του δεν μπορούν να φάγουν κανονικά. Και εκείνοι οι ασθενείς που μπορούν να τρώγουν θα αισθάνονται καλύτερα απ' αυτούς που δεν μπορούν να φάγουν.

Είναι φανερό ότι οι μελέτες για τη διαίτα των καρκινοπαθών απαιτούν ειδική προσοχή. Πρέπει να ληφθεί το ιστορικό της διατροφής του ασθενούς, όπως συνήθως, πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Οι ανάγκες του για θρεπτικά συστατικά και kcal πρέπει να προσδιοριστούν από το σύμβουλο διαίτας, και η μελέτη της διαίτας πρέπει να γίνει με συνεννόηση με τον ασθενή. Είναι ουσιαστικό ότι τα τρόφιμα που παρασκευάζονται στο σπίτι του ασθενούς πρέπει να συμπεριληφθούν και να σερβίρονται με τρόπο ελκυστικό, θρεπτικά φαγητά και ωραία σερβιρισμένα είναι άχρηστα αν δεν αρέσουν στον ασθενή.

Αν η μάσηση είναι πρόβλημα, μπορεί να προσφερθεί διαίτα μαλακή. Αν το πρόβλημα είναι η διάρροια θα βοηθήσει την κατάσταση η διαίτα χαμηλού υπολείμματος. Οι ασθενείς πρέπει να ελέγχονται συχνά για εκτίμηση της κατάστασης θρέψης τους, αλλά όχι κατασκοπευτικά.

Αν ο ασθενής έχει προγραμματιστεί για ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία, αυτοί οι συντελεστές πρέπει να περιληφθούν μέσα στο πρόγραμμα διαίτας.

Δίαιτες με υψηλή πρωτεΐνη και υψηλές kcal ίσως συστηθούν. Οι απαιτήσεις ενέργειας ας είναι υψηλές διότι η κατάσταση υπερβολικού μεταβολισμού συχνά οφείλεται στον καρκίνο. Οι kcal που χρειάζονται ποικίλλουν από ασθενή σε ασθενή, αλλά μπορεί να συστηθούν 45 - 50 kcal/ χιλιόγραμμο βάρους σώματος.

Οι υδατάνθρακες και τα λίπη χρειάζονται για να δίνουν αυτήν την ενέργεια αλλά και εφεδρική πρωτεΐνη για ανακατασκευή ιστών και διατήρηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι ασθενείς που ευρίσκονται σε καλή κατάσταση θρέψης θα χρειάζονται 80 -100 γραμμάρια πρωτεΐνης την ημέρα. Ασθενείς με κακή θρέψη μπορεί να χρειάζονται 100 - 200 γραμμάρια πρωτεΐνης την ημέρα. Οι βιταμίνες και τα άλατα είναι στοιχειώδη για τον μεταβολισμό τη συντήρηση των ιστών και την όρεξη και μπορούν να δοθούν συμπληρωματικά. Τα υγρά είναι απαραίτητα για να βοηθούν τη λειτουργία των νεφρών, ώστε να απεκκρίνουν τα άχρηστα υλικά και τις τοξίνες από τα φάρμακα. (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., 2006).

Οι συνήθειες διατροφής των ασθενών μπορεί να χρειάζονται αλλαγές, αν πριν την ασθένεια ο ασθενής σαν μετρημένος στο φαγητό του απέφευγε επιδόρπια και τρόφιμα υψηλών kcal για να διατηρεί το βάρος του.

Μερικές φορές οι ασθενείς θέλουν να τρώγουν φαγητά που τους έφεραν από το σπίτι. Μερικοί βρίσκουν καλύτερα τα κρύα φαγητά από τα ζεστά. Τα κρέατα μπορεί να τους φαίνονται πικρά ενώ το γάλα, το ψάρι, τα αυγά μπορεί να τους φαίνονται πιο ελκυστικά. Αν τα φαγητά τους φαίνονται λιγότερο γλυκά, μπορεί να προστεθεί ζάχαρη σε χυμούς και φρούτα για τους καρκινοπαθείς. Αυτό μπορεί να ευχαριστεί τους ασθενείς και προσθέτει kcal στη δίαιτα τους.

Η συμπληρωματική προσθήκη kcal, πρωτεΐνης και υγρών φαγητών μεταξύ των γευμάτων μπορεί να είναι χρήσιμη, αλλά δεν πρέπει να χρησιμοποιείται αν η κατανάλωση τους κόβει την όρεξη των I ασθενών κατά τα κύρια γεύματα.

Αν ο ασθενής πάσχει από ξηροστομία, θα είναι χρήσιμες οι σαλάτες, οι σάλτσες από κρέας, οι σάλτσες, τα σιρόπια κατάλληλα σεβηρισμένα με τα φαγητά. Μερικά μικρά γεύματα μπορεί να είναι καλύτερα ανεκτά αντί τριών μεγάλων γευμάτων. Είναι προτιμότερο να σεββίρονται τα πλούσια σε θρεπτικά συστατικά τρόφιμα νωρίς την ημέρα, διότι ο ασθενής είναι λιγότερο κουρασμένος και μπορεί να έχει καλύτερη όρεξη αυτήν την ώρα. Αν η ναυτία και ο πόνος είναι συνεχής, μπορεί να βοηθήσουν φάρμακα για τον έλεγχο τους. Ενώ η τροφοδοσία από το στόμα είναι προτιμότερη, μπορεί να είναι απαραίτητη η εντερική ή παρεντερική τροφοδοσία αν η καχεξία έχει προχωρήσει. Μερικές φορές μια δίαιτα από το στόμα μπορεί να συνδυαστεί με παρεντερική τροφοδοσία. Όπως ο ασθενής βελτιώνεται, μπορούν να αυξηθούν οι kcal και τα θρεπτικά συστατικά σταδιακά.

- Μετά την ολοκλήρωση της Χημειοθεραπείας
- Διόγκωση ήπατος
- Συμπίεση του στομάχου από παρακείμενα διογκωμένα όργανα ή τον όγκο
- Δύσοσμα έλκη
- Δυσοσμίες του σώματος του ασθενή
- Άγχος
- Κατάθλιψη

Όπως και για τα υπόλοιπα σχετιζόμενα με τον καρκίνο συμπτώματα και προβλήματα, η αναγνώριση της αιτίας ή των αιτιών είναι ένα σημαντικό κομμάτι για το σχεδιασμό της αποδοτικότερης θεραπευτικής στρατηγικής. Εάν οι διατροφικές δυσκολίες έχουν κυρίως συναισθηματική προέλευση, ή είναι αποτέλεσμα στοματίτιδας ή ναυτίας λόγω χημειοθεραπείας, η χορήγηση συμπληρωμάτων ή υποκατάστατων διατροφής δεν ανακουφίζει το πρόβλημα. Εάν μελετηθεί διεξοδικά το θέμα της διατροφής υπάρχει πιθανότητα να:

- βελτιωθεί ή να διατηρηθεί σε φυσιολογικά πλαίσια η ποιότητα ζωής
- βελτιωθεί η ανοχή της θεραπείας
- διατηρηθεί η ακεραιότητα του δέρματος, να αυξηθούν οι πιθανότητες επούλωσης των ελκών και να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης κατακλίσεων
- επιδειχθεί ο αναγκαίος σεβασμός για το άτομο πέρα από την ασθένεια του
- αναγνωρισθούν οι ανησυχίες που σχετίζονται με τη διατροφή. (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., 2006).

## **7.2. Προβλήματα διατροφής ογκολογικού αρρώστου**

### **Προβλήματα διατροφής ασθενών με καρκίνο**

Τα τρία συχνότερα σχετιζόμενα με τον καρκίνο προβλήματα διατροφής είναι η ανορεξία (απώλεια της όρεξης), η απώλεια βάρους και η καχεξία (κατάσταση που συμπεριλαμβάνει τα δύο προηγούμενα αίτια που σχετίζονται με την αποδυνάμωση του σώματος). (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., 2006).

#### **7.2.1. Απώλεια βάρους**

Η απώλεια βάρους συχνά συνοδεύει τον καρκίνο και σε ορισμένες εντοπίσεις (π.χ. καρκίνος πνεύμονα) ίσως είναι το πρώτο σημείο της εμφάνισης της νόσου. Στην πραγματικότητα η σημαντική απώλεια βάρους δεν είναι η πρώτη ένδειξη καρκίνου αλλά ένα σημείο κακής πρόγνωσης, ανεξάρτητα από τη λειτουργική κατάσταση (π.χ. ικανότητα λειτουργίας, επίπεδο ενεργητικότητας) ή το στάδιο της ασθένειας. Στον

καρκίνο του πνεύμονα, η απώλεια του βάρους πάνω από το 10% του συνολικού βάρους του σώματος σχετίζεται με την κακή πρόγνωση.

Η απώλεια βάρους μπορεί να οφείλεται στην επίδραση του καρκίνου αυτού καθ' αυτού, την απώλεια της όρεξης, την πρόσληψη τροφής, ή την αντικαρκινική θεραπεία. Η απώλεια βάρους εν μέρει σχετίζεται με την ισορροπία μεταξύ των προσλαμβανομένων θερμίδων και θερμιδικών αναγκών του σώματος και εν μέρει των βιοχημικών αναγκών του όγκου στο όργανο που έχει προσβάλει. Μελέτες σε ασθενείς με καρκίνο έχουν δείξει ότι η ενέργεια που δαπανάται είναι μεγαλύτερη από εκείνη που απαιτείται για συγκεκριμένες ενέργειες, ένδειξη επίδρασης του καρκίνου στην αύξηση της κατανάλωσης. Επίσης υφίσταται συσχέτιση και με το μέγεθος του όγκου. Εάν ο όγκος είναι μικρός είναι πιθανά ευκολότερη η επιστροφή της ενεργειακής ισορροπίας σε φυσιολογικό επίπεδο, ενώ σε μεγάλη μάζα όγκου, μπορεί να καταστεί αδύνατη λόγω της αύξησης της θερμιδικής κατανάλωσης από τον όγκο. Επιπλέον η απώλεια βάρους στον καρκίνο δεν οφείλεται μόνο στη μεγάλη κατανάλωση ενέργειας από το σώμα. Η κατάσταση δεν είναι η ίδια όπως σε περιπτώσεις υγιών ατόμων που προσπαθούν να χάσουν κιλά, όπου η απώλεια αφορά κυρίως το λιπώδη ιστό. Στον καρκίνο η απώλεια αφορά περισσότερο τη μυϊκή μάζα διότι τα καρκινικά κύτταρα είναι ανίκανα να καταναλώσουν γλυκόζη ως πηγή ενέργειας αλλά αντιθέτως τα προσλαμβανόμενα αμινοξέα από τους μύες μετατρέπονται σε γλυκόζη. Γι' αυτό η στρατηγική της απλής αντικατάστασης των θερμίδων, δεν έχει κανένα αποτέλεσμα στην αυξημένη ανάγκη αντικατάστασης του μυϊκού ιστού. (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., 2006).

### **7.2.2.Ανορεξία**

Η μειωμένη όρεξη μπορεί να είναι το αποτέλεσμα πολλών παραγόντων. Οι αισθήσεις της γεύσης ή της όσφρησης μπορεί να μεταβληθούν περισσότερο όταν το μέγεθος του όγκου είναι μεγάλο. Είναι δυνατό να παρατηρηθεί κορεσμός, ή αίσθημα πληρότητας. Η καθυστερημένη κένωση του στομάχου είναι χαρακτηριστικό σημείο του καρκίνου, λόγω της διαταραχής του μεταβολισμού της γλυκόζης, της απώλειας των μυών του τοιχώματος του στομάχου, ή της θεραπευτικής αγωγής όπως η χορήγηση μορφίνης. Η αλλαγή του μεταβολισμού της γλυκόζης μπορεί να οδηγήσει σε υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, τα οποία προκαλούν απώλεια όρεξης.



Η ασθένεια, ο τραυματισμός, η παραμονή στο νοσοκομείο και το χειρουργείο είναι γνωστοί παράγοντες που αυξάνουν τις θρεπτικές ανάγκες του σώματος. Η τοξικότητα της αντικαρκινικής θεραπείας συμβάλλει περαιτέρω στις διατροφικές απαιτήσεις και στα προβλήματα της όρεξης. Η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία μειώνουν την όρεξη λόγω της ναυτίας και του εμετού, αλλά είναι πιθανό να επηρεάζουν την όρεξη ανεξάρτητα από αυτά τα συμπτώματα. Συχνά είναι υπεύθυνες και για την ανάπτυξη αποστροφής προς συγκεκριμένες τροφές, λόγω της συσχέτισης συγκεκριμένων τροφών με την ανάμνηση της ναυτίας και του εμετού που προκλήθηκε κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ορισμένες θεραπείες, οι οποίες προκαλούν τοπικές δυσκολίες στη διατροφή, όπως η ακτινοθεραπεία και οι χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή της κεφαλής και τραχήλου, ιδιαίτερα όταν δημιουργούν αλλαγές στην γεύση στην κατάποση ή την παραγωγή σιέλου, συμβάλουν σημαντικά στην εμφάνιση της ανορεξίας και της απώλειας βάρους. Συγκεκριμένες επιπλέον χειρουργικές παρεμβάσεις, όπως η γαστρεκτομή, η κολεκτομή, ή η παγκρεατεκτομή μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στην απορρόφηση της τροφής.

Το άγχος, η κατάθλιψη, η κόπωση, ο πόνος, και τα δυσάρεστα συναισθήματα συμβάλουν στη μείωση της όρεξης και την απώλεια βάρους. Επίσης είναι γνωστό ότι το στρες επηρεάζει σοβαρά το μεταβολισμό και την όρεξη. (Πατηράκη- Κουρμπάνη E., 2006).

### **7.2.3.Καρκινική καχεξία**

Η καρκινική καχεξία είναι ένα σύνδρομο απώλειας που συνδέεται συχνά με τον προχωρημένο καρκίνο. Στην συνείδηση της κοινωνίας η εικόνα του αποδυναμωμένου ανθρώπου με τη μεγάλη απώλεια βάρους που πονά είναι συνυφασμένη με τον καρκίνο, ως η τελική εικόνα της ασθένειας. Είναι η εικόνα που μένει στη μνήμη της οικογένειας και των συντρόφων από τα αγαπημένα τους πρόσωπα που πέθαναν από καρκίνο. Αυτές οι εικόνες είναι πολύ έντονες και προκαλούν επώδυνες και μακρόχρονες αναμνήσεις που μπορεί να επιπλέξουν την διεργασία της απώλειας και να δυσκολέψουν τη διαδικασία του πένθους. Αν και η καχεξία δεν είναι αναπόφευκτη συνέπεια του καρκίνου οι μισοί από τους ασθενείς ίσως να επηρεασθούν από αυτή σε κάποιο βαθμό κατά την διάρκεια της εξέλιξης της

νόσου. Η διεργασία της καρκινικής καχεξίας συνήθως δεν είναι αναστρέψιμη, ιδιαίτερα σε προχωρημένη νόσο, όπου η καρκινική μάζα δεν μπορεί να μειωθεί ή να αφαιρεθεί και η στρατηγική της απλής διατροφικής αντικατάστασης επιφέρει πενιχρά αποτελέσματα. Είναι όμως πιθανό να βοηθήσει τους ανθρώπους, τις οικογένειες τους και εκείνους που τους φροντίζουν να αντιληφθούν τα αίτια που υπάρχουν πίσω από την καχεξία, να διευκολύνουν την έκφραση των συναισθημάτων που σχετίζονται με αυτήν και να βοηθήσουν στη διαχείριση της θλίψης και των συναισθημάτων που περιλαμβάνουν την προσαρμογή στην αλλαγή της εικόνας σώματος. Τα συμπτώματα της καχεξίας αναφέρονται παρακάτω.

### **Πίνακας 3. Συμπτώματα καρκινικής καχεξίας**

- Απώλεια μυών
- Απώλεια βάρους
- Ανορεξία
- Οίδημα λόγω υπονατριαιμίας
- Ταχεία εγκατάσταση κόπωσης
- Ανοσοκαταστολή
- Αδυναμία συγκέντρωσης προσοχής
- Μείωση της κινητικότητας και των πνευματικών ικανοτήτων

Η καρκινική καχεξία προέρχεται από τη διεργασία της απώλειας του βάρους και της όρεξης όπως έχει ήδη περιγραφεί. Η διεργασία της καχεξίας είναι αμείλικτη. Η αύξηση των αναγκών σε ενέργεια από τον όγκο και οι αλλαγές στον μεταβολισμό αυξάνουν την παραγωγή διοξειδίου του άνθρακα και την κατανάλωση οξυγόνου. Η απώλεια του βάρους και η απώλεια της μυϊκής μάζας δημιουργούν ανοσοκαταστολή, μειώνουν την αντοχή στις λοιμώξεις, προκαλούν αδυναμία και κόπωση. Όλα αυτά οδηγούν σε μεγαλύτερου βαθμού ανορεξία, απώλεια βάρους και τελικά στο θάνατο. (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., 2006).

### **7.3. Διατροφικές παρεμβάσεις**

Ο στόχος των διατροφικών παρεμβάσεων είναι η διατήρηση ή η διόρθωση του διατροφικού επιπέδου, ιδιαίτερα όταν αυτό διευκολύνει την καλύτερη οριστική

θεραπεία, ή βελτιώνει την ποιότητα της ζωής. Αυτό συνήθως επιτυγχάνεται με τη χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής από του στόματος. Όπου είναι εφικτή η μείωση ή η ανατροπή των επιδράσεων της καχεξίας, επιτυγχάνεται μείωση της κόπωσης και των θεραπευτικών επιπλοκών, βελτίωση της ανοσίας και του αισθήματος της ευεξίας. Οι διατροφικές παρεμβάσεις θα πρέπει να καθορίζονται στο πλαίσιο του συγκεκριμένου στόχου της θεραπείας, της φροντίδας και του σταδίου της ασθένειας. Έχει προταθεί μια σημαντική ερώτηση που συμβάλλει στη λήψη της απόφασης της διατροφικής παρέμβασης «Πόσο από την προσλαμβανόμενη διατροφή πηγαίνει στον ασθενή και πόση στον όγκο;». Σε περιπτώσεις όπου η μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων είναι η κυριότερη αιτία απώλειας βάρους, τα συμπληρώματα διατροφής κρίνονται κατάλληλα. Αντίθετα όταν υπάρχει αυξημένη δαπάνη ενέργειας, η αύξηση της προσλαμβανόμενης ενέργειας πιθανά να οδηγήσει σε μεγαλύτερη δαπάνη ενέργειας από τον όγκο και να διατηρήσει την αρνητική ενεργειακή ισορροπία.

Η διατροφική υποστήριξη σε περιβάλλον μειωμένης πρόσληψης θερμίδων και σύγχρονης χορήγησης αντικαρκινικής θεραπείας, μπορεί να αποδώσει. Στο πλαίσιο όμως της ανακουφιστικής αγωγής θα πρέπει να δίδεται με μεγαλύτερη προσοχή διότι η ενίσχυση της διατροφής μπορεί να αυξήσει τον μεταβολισμό του όγκου. Στη στρατηγική φροντίδας περιγράφονται οι προτεινόμενες διατροφικές παρεμβάσεις. Η εντερική διατροφή μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν είναι αδύνατη η από του στόματος πρόσληψη τροφής. Η διατροφή αυτή εξασφαλίζεται διαμέσου ρινογαστρικού καθετήρα, ή από γαστροστομία ή νηστιδοστομία με την τοποθέτηση του ειδικού καθετήρα στο χειρουργείο, ή διαμέσου του υποδορίου στο στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο. Η παρεντερική διατροφή (σίτιση διαμέσου ενδοφλέβιας οδού) είναι αμφιλεγόμενη και μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές (θρόμβωση φλέβας, εμβολή αέρα, λοιμώξεις, υπογλυκαιμία και υπεργλυκαιμία). Ενώ η παρεντερική διατροφή αποτελεί ένδειξη σε χειρουργικές επεμβάσεις με τη συνοδό μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και της θνησιμότητας, ή όπου υπάρχει σημαντικού βαθμού απόφραξη ή συρίγγιο, σε εξασθενημένα άτομα, υπάρχει κίνδυνος υπερφόρτωσης με υγρά.

Σε περιπτώσεις που χρησιμοποιείται σε ασθενείς υπό ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία δύναται να συμβάλλει στην πρόληψη της απώλειας του βάρους και την επιτάχυνση της ανάρρωσης. Ωστόσο παραμένει μια δαπανηρή παρέμβαση με πολύπλοκα ερωτήματα αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της. Σε μελέτη

ασθενών που έπασχαν από μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα, σε εκείνους που χορηγήθηκε η παρεντερική διατροφή κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, πήραν βάρος το οποίο έχασαν αμέσως με την διακοπή της χωρίς τελικά αντικειμενικό όφελος. (Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε., 2006).

#### **7.4.Χρήση καταλλήλων μέτρων διατροφικής υποστήριξης**

Η ναυτία και οι εμετοί είναι συνηθισμένα προβλήματα κατά τη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία. Τα φάρμακα που αναστέλλουν τη ναυτία και τους εμετούς, όταν λαμβάνονται σε τακτικά διαστήματα ή πριν από το φαγητό, ανακουφίζουν τον ασθενή και κάνουν ευκολότερη την πρόσληψη των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών.

Υπάρχει πιθανότητα να παρουσιαστούν τροφικές αποστροφές, ως αντίδραση του ασθενούς που υποφέρει από ναυτία ή εμετούς λόγω ακτινοβολιών ή χημειοθεραπείας. Για παράδειγμα, αποστροφές στον κόκκινο ζελέ έχουν παρουσιαστεί σε άτομα που λαμβάνουν δοξορουβικίνη (ανδριαμυκίνη), που είναι ένα κόκκινο φάρμακο. Η εξατομίκευση της διαίτας, μέσω μια διαδικασίας δοκιμής και επιλογής, φαίνεται να είναι ο πιο επιτυχημένος τρόπος για να αντιμετωπίσει κανείς τις τροφικές αποστροφές. (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., 2006).

##### **7.4.1.Σίτιση από το στόμα**

- Ενδείξεις: Αποτελεί τη μέθοδο επιλογής, όταν είναι εφικτή. Απαιτεί καλή κινητικότητα του εντέρου (παρουσία εντερικών ήχων) και ικανότητα πρόσληψης της τροφής από το στόμα.
- Παράδειγμα χρήσης: Ελαφρά έως μέτρια ανορεξία, σχετιζόμενη με οποιοδήποτε τύπο καρκίνου.
- Σχόλια: Μπορούν να χρησιμοποιηθούν συμπληρώματα (ξεχωριστά συστατικά ή ολοκληρωμένες συνθέσεις) στις περιπτώσεις που η τροφή είναι ανεπαρκής. (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., 2006).

#### **7.4.2.Ολική παρεντερική σίτιση (TPN)**

- *Ενδείξεις:* Απόφραξη του γαστρεντερικού σωλήνα που παρεμποδίζει τη σίτιση με καθετήρα. Σοβαρά επηρεασμένη πέψη ή απορρόφηση, που εμποδίζει την απαραίτητη εντερική πρόσληψη ή προκαλεί αφυδάτωση, ανεξέλεγκτοι έμετοι. Ανάγκη για «ανάπαυση του εντέρου»για να επιτευχθεί epούλωση ή επαναδημιουργία αυτού.
- *Παράδειγμα χρήσης:* Σοβαρή περίπτωση συνδρόμου εντέρου μικρού μήκους απόφραξη νήστιδας ή ειλεού, εντεροεπιθηλιακό συρίγγιο, περιπτώσεις όπου η ανάπαυση του εντέρου βοηθάει στην epούλωση.
- *Σχόλια:* Η TPN συνήθως απευθύνεται σε άτομα με πλημμελή διατροφή ή άτομα που πρόκειται ν' ακολουθήσουν πλημμελή διατροφή λόγω της θεραπείας, για τα οποία υπάρχει μια αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση για τον καρκίνο. Οι τελικοί ασθενείς, για τους οποίους δεν προβλέπεται πλέον άλλη θεραπεία, δεν ωφελούνται πολύ από την TPN. (Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., 2006).

# ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ***

## 8.1.Μεταστάσεις

- **Οστικές μεταστάσεις**

Οι συχνότεροι όγκοι που προκαλούν μεταστάσεις είναι: Ca πνεύμονα, Ca μαστού και Ca προστάτη.

Οι ενδείξεις της παρηγορικής α/θ στις οστικές μεταστάσεις είναι: 1) άλγος, 2) ο κίνδυνος κατάγματος, όταν >50% των μακρών οστών έχουν καταστροφή του φλοιού, 3) σε παθολογικά κατάγματα στα μακρά οστά μετά από χειρουργική ορθοπεδική ακινητοποίηση ενδομυελικά, ώστε να ανασταλεί η εξέλιξη του όγκου.

Τα πλεονεκτήματα της χειρουργικής ακινητοποίησης στα μακρά οστά περιλαμβάνουν: α) ταχεία ανακούφιση από άλγος, β) πρόληψη παθολογικού κατάγματος, αν δεν υπάρχει, γ) ταχεία κινητοποίηση και λειτουργία του μέλους, δ) ελάττωση εμφάνισης υπερασβεστιαϊμίας και ελκών από κατάκλιση.

**Ημισωματική ακτινοβολία** του άνω ή κάτω μισού του σώματος εφαρμόζεται στα περισσότερα ακτινοθεραπευτικά κέντρα. Χορηγείται σε ασθενείς με πολλαπλές επώδυνες οστικές μεταστάσεις στο άνω ή κάτω μισό του σώματος.

Τα αναλγητικά αποτελέσματα είναι θεαματικά σε >70% των ασθενών εντός 48 ωρών.

- **Εγκεφαλικές μεταστάσεις**

Οι περισσότερες εγκεφαλικές μεταστάσεις είναι πολλαπλές, ενώ 20% μόνο μονήρεις και συνήθως προέρχονται από Ca πνεύμονα, μαστού, νεφρού, μελάνωμα, Ca ουροποιογεννητικού. Η θεραπεία τους περιλαμβάνει χορήγηση στεροειδών και α/θ εγκεφάλου. Σε ραγδαία κλινική επιδείνωση, πρέπει να υπάρξει ταχεία ελάττωση της ενδοκρανιακής πίεσης μέσω μανιτόλης ή γλυκερόλης. Σε επιληπτικές κρίσεις χορηγείται φαινυτοΐνη 300-400 gr/24ωρο. Η προληπτική χορήγηση της δεν είναι ευρέως αποδεκτή.

Η χειρουργική αφαίρεση των εγκεφαλικών μεταστάσεων και στη συνέχεια α/θ ενδείκνυται σε: α) ασθενείς με μονήρη μετάσταση και ελεύθερο νόσου διάστημα >1 έτος, β) αβέβαιη διάγνωση και γ) ακτινοανθεκτικότητα του όγκου.

Σύμφωνα με μελέτη της RTOG, η μέση επιβίωση αποδείχθηκε: σε μη επιλεγέντες ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν μόνο με στεροειδή 2 μήνες, σε ασθενείς με μονήρεις μεταστάσεις που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση και α/θ 5-6 μήνες (25% των

ασθενών έχουν επιβίωση  $\approx$  1έτους) και σε ασθενείς που υποβλήθηκαν μόνο σε α/θ 4-6 μήνες με 60% βελτίωση των νευρολογικών διαταραχών.

- **Ηπατικές μεταστάσεις**

Η ακτινοβολία του ήπατος: 1) ανακουφίζει από το ηπατικό άλγος, 2) ελαττώνει τη διόγκωσή του, 3) βελτιώνει τα επίπεδα των ηπατικών δοκιμασιών σε 55-95% των ασθενών.

Η α/θ ενδείκνυται: α) σε άλγος, β) διόγκωση ήπατος, γ) σε μη ύπαρξη ασκτικού υγρού.

Πιλοτικές μελέτες σχετικά με συνδυασμό εξωτερικής α/θ και ακτινοευαισθητοποιών ουσιών (misonidazole) ή εξωτερικής α/θ και ενδοαρτηριακής χημειοθεραπείας έδειξαν ενθαρρυντικά αποτελέσματα, ωστόσο μια τέτοια θεραπευτική προσέγγιση χρειάζεται ενίσχυση από τυχαιοποιημένες μελέτες. (Παπαδόπουλος, Πιστεύου – Γομπάκη, Πλατανιώτης, 1998).

- **Μηνιγγικές μεταστάσεις**

Σε εγκεφαλικές μεταστάσεις όλος ο νευράξονας κινδυνεύει, ωστόσο η α/θ χορηγείται μόνο στον εγκέφαλο, εκτός αν αποδειχθεί νόσος και στο νωτιαίο σωλήνα με κυτταρολογική εξέταση ENY, μυελογραφία, αξονική ή μαγνητική τομογραφία.

Στις περιπτώσεις αυτές η παρηγορική α/θ μπορεί να δώσει αποτελέσματα μόνη της ή σε συνδυασμό (ταυτόχρονα ή διαδοχικά) με συστηματική ή 7 ενδορραχιαία χημειοθεραπεία.

Αναλόγως της ηλικίας του ασθενούς το ποσοστό μυελού των οστών, που περιλαμβάνεται στην κρανιοσπονδυλική ακτινοβολία, κυμαίνεται από 20-40%. Η δόση της ακτινοβολίας και η κλασματοποίησή της εξαρτώνται από τον ιστολογικό τύπο του νεοπλάσματος.

Ασθενείς με λευχαιμία ή λεμφώματα τόσο σαν πρωτοπαθείς εστίες όσο και σαν υποτροπή στις μήνιγγες μετά από κρανιοσπονδυλική ακτινοβολία παρουσιάζουν ικανοποιητική βελτίωση των νευρολογικών συμπτωμάτων και η νόσος από το ΚΝΣ ελέγχεται, εκτός αν ο ασθενής αποβιώσει από γενίκευση της νόσου.

Ασθενείς με συμπαγείς όγκους, όπως μαστού και πνεύμονα, έχουν λιγότερο ικανοποιητική απάντηση ως προς τον έλεγχο της νόσου, αν και 50% μπορεί να εμφανίσουν βελτίωση νευρολογικών συμπτωμάτων.



Οι επιπλοκές, μετά α/θ μηνίγγων και χημειοθεραπεία, οφείλονται είτε στην τοξικότητα των φαρμάκων είτε σε συνδυασμένη συνεργεία α/θ + χ/θ.

Αυτές είναι: 1) Συχνότερη η νεκρωτική εγκεφαλοπάθεια όταν η α/θ χορηγείται σε συνδυασμό με συστηματική ενδορραχιαία χ/θ μεθοτρεξάτης. 2) Άσηπτη μηνιγγίτιδα. 3) Δευτεροπαθής λοίμωξη λόγω επιμόλυνσης της κοιλιοπεριναϊκής παροχέτευσης (Shunt).

- **Μεταστάσεις άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας**

Ως μεταστάσεις άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας (ΜΑΠ) ορίζεται η νοσολογική οντότητα, κατά την οποία εμφανίζονται μεταστατικές εστίες από συμπαγή όγκο του οποίου η θέση προέλευσης δεν είναι δυνατό να ταυτοποιηθεί μετά από: λήψη ιστορικού, φυσική εξέταση, ακτινογραφία θώρακα, γενική αίματος, βιοχημικό έλεγχο, γενική ούρων και ιστολογική εξέταση.

Από πλευράς πρόγνωσης και θεραπευτικών χειρισμών διακρίνονται δύο κατηγορίες ΜΑΠ: α) Μεταστάσεις μόνο σε λεμφαδένες, που είναι δυνατό σε αρκετές περιπτώσεις να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά, και β) Μεταστάσεις σε οποιοδήποτε άλλο όργανο, που έχουν κακή πρόγνωση ανεξάρτητα από τη θεραπεία που θα εφαρμοστεί.

Η ταυτοποίηση της προέλευσης των ΜΑΠ εμποδίζεται συνήθως λόγω της κακής πρόγνωσης τους (βραχεία επιβίωση) και λόγω της άτυπης συμπεριφοράς πολλών νεοπλασμάτων, που εμφανίζονται ως ΜΑΠ. Ακόμη και μετά από λεπτομερή εργαστηριακό και παρακλινικό έλεγχο η πρωτοπαθής εστία ανακαλύπτεται στο 15% των ασθενών. Παρόλα αυτά η πρόγνωση των ασθενών με ΜΑΠ δεν επηρεάζεται από το αν θα αποκαλυφθεί ή όχι η πρωτοπαθής εστία. Την καλύτερη 5ετή επιβίωση (40-50%) εμφανίζουν οι ασθενείς που πάσχουν από ΜΑΠ στους ανώτερους και μέσους τραχηλικούς λεμφαδένες. Η μέση επιβίωση των ασθενών με μεταστάσεις σε θέσεις άλλες, εκτός περιφερικών λεμφαδένων, είναι 1 -5 μήνες. Ασθενείς νεότεροι με καλή γενική κατάσταση έχουν ελαφρά καλύτερη πρόγνωση (Παπαδόπουλος, Πιστεύου – Γομπάκη, Πλατανιώτης, 1998).

## 8.2.Φροντίδα στο τελικό στάδιο

Όσοι ανήκουμε στα επαγγέλματα υγείας έχουμε στενή σχέση με το θάνατο. Και αυτό διότι υπηρετούμε τον φύσει θνητόν άνθρωπο.

Όταν ο άρρωστος πλησιάζει στο τέλος της επίγειας ζωής του και αρχίζει η αγωνία του θανάτου, οι νοσηλευτές συνήθως είναι οι μόνοι, οι οποίοι παρευρίσκονται κοντά του για να τον βοηθήσουν, εφόσον η νοσηλευτική φροντίδα προσφέρεται 24 ώρες το 24ωρο.

Εκεί όπου και η πλέον περίπλοκος και υπερσύγχρονος θεραπεία σταματάει, η νοσηλεία συνεχίζει να πραγματοποιεί τους σκοπούς της, προσφέροντας στον άρρωστο που πεθαίνει την ανακούφιση, την υποστήριξη, την προστασία των δικαιωμάτων του, την εκπλήρωση των αναγκών του, την ελπίδα για την αιωνιότητα. Τότε η αποστολή των νοσηλευτών είναι μοναδική και ανεπανάληπτη, όπως μοναδική και ανεπανάληπτη είναι και η ζωή ενός ανθρώπου που τελειώνει τον επίγειο κύκλο του και βαδίζει προς το «γλυκοχάραμα της αυγής... μιας αβράδιαστης μέρας», όπως λέει ο Δροσίνης.

Η θέση των νοσηλευτών είναι κεντρική, η ευθύνη τους μεγάλη και το έργο τους σημαντικό στη βοήθεια του αρρώστου που πεθαίνει, αλλά συγχρόνως ζει.

Οι νοσηλευτές περισσότερο από κάθε άλλη φορά έχουν την ευκαιρία να δουν τον άνθρωπο, σαν ανεπανάληπτη προσωπικότητα και εικόνα του Θεού. Πρέπει να είναι έτοιμοι να χρησιμοποιήσουν όλη την νοσηλευτική τέχνη και επιστήμη για να βοηθήσουν τον άρρωστο να ζήσει κάθε μέρα και ώρα, μέχρι τη στιγμή του θανάτου του όσο το δυνατόν με μεγαλύτερη ψυχική και σωματική άνεση, αξιοπρέπεια και ανακούφιση. Να ζήσει «ανώδυνα, ανεπαίσχυντα και ειρηνικά» τα τέλη της ζωής του.

Νοσηλεύοντας τον ετοιμοθάνατο οι νοσηλευτές περιποιούνται με σεβασμό και επιμέλεια το πονεμένο σώμα του και το διατηρούν καθαρό. Του αλλάζουν θέση. Τον υποβοηθούν στην αναπνοή και στην τόνωση της κυκλοφορίας του αίματος. Μερμινούν για τη διατροφή του από το στόμα ή παρεντερικά, δροσίζουν τα φρυγμένα χείλη από τον πυρετό και σπογγίζουν τον ιδρώτα της επιθανάτιας αγωνίας του. Προσπαθούν με το νοσηλευτικό διάλογο ή την ενσυνείδητη σιωπή τους να μεταβιβάσουν στον ασθενή ενδιαφέρον, αγάπη, κατανόηση και συμμερισμό στην αγωνία του μπροστά στο μυστήριο του θανάτου.

Τον βεβαιώνουν ότι είναι κοντά του και επανέρχονται συχνά στο θάλαμο έτοιμοι και διαθέσιμοι για βοήθεια. Αποδέχονται τον άρρωστο που πεθαίνει όπως κι αν συμπεριφέρεται, δηλαδή δέχονται τη σιωπή του, την απόσυρση, τη λύπη, την οποιαδήποτε αντίδραση, την πλήρη εξάρτηση ή απόρριψη της φροντίδας τους, τη συναισθηματική αποσύνδεση από τους ανθρώπους και το περιβάλλον του.

Οι νοσηλευτές συχνά διαπιστώνουν τις πνευματικές ανησυχίες και τα ενδιαφέροντα του αρρώστου που πεθαίνει, διότι προβληματίζεται στα βάθη της συνειδήσεώς του. Στην περίπτωση αυτή αναλαμβάνει ο Ιερέας του νοσοκομείου την εκπλήρωση των αιτημάτων του αρρώστου για πνευματική επικοινωνία, ιερή Εξομολόγηση και Θ. Κοινωνία εφόσον είναι Ορθόδοξος. Αν ανήκει σε άλλο δόγμα, αναλαμβάνουν την ευθύνη οι συγγενείς του αρρώστου.

Η οικογένεια του αρρώστου που πεθαίνει εκδηλώνει την αγωνία της, τη θλίψη και τον πόνο με διάφορους τρόπους. Η κατανόηση και η παρηγοριά καθώς και η καθοδήγησή της πως να συμπεριφέρεται στον άρρωστο αυτές τις στιγμές, θεωρούνται νοσηλευτική ευθύνη.

Πως όμως αισθάνονται οι νοσηλευτές όταν ο άρρωστος πεθαίνει; Η λύπη και η υπερένταση είναι τα συνηθέστερα συναισθήματα που τους διακατέχουν. Ίσως δοκιμάζουν αισθήματα ενοχής, αν δεν έκαναν ό,τι έπρεπε όταν τον νοσήλευαν ή δοκιμάζουν αίσθημα αποτυχίας των νοσηλευτικών και θεραπευτικών προσπαθειών τους ή ακόμα κάποια πικρία, διότι ο ασθενής έφθασε αργά παραμελημένος οπότε δεν έγινε δυνατή η διάσωσή του. Δεν είναι λίγες οι φορές όμως που νοιώθουν μια βαθιά ικανοποίηση και μυστική εσωτερική επιβράβευση για την ευσυνείδητη και αμέριστη προσφορά τους.

Ο άρρωστος που πεθαίνει γίνεται πολλές φορές αφορμή να εγερθούν στην ψυχή των νοσηλευτών μερικά καίρια ερωτήματα: Ποια η αξία της ζωής; Γιατί ο πόνος; Ποιο το νόημα του θανάτου; Τι υπάρχει μετά θάνατο; Ευκαιρία να φιλοσοφήσουν οι νοσηλευτές πάνω στο μυστήριο του θανάτου.

Όταν επέλθει ο θάνατος, οι νοσηλευτές κάνουν αρχικά εξακρίβωση και στη συνέχεια καλούν το γιατρό να διαπιστώσει κλινικά το θάνατο. Ακολουθεί η φροντίδα του σώματος του νεκρού, μια πράξη πραγματικά ιερή, που είναι δικαίωμα του αρρώστου να γίνει σεβαστή η ιερότητα του σώματος του μετά θάνατον. (Αθανάτου Ε., 2004).

## Περιστατικό και Νοσηλευτική Διεργασία

### Ιστορικό Ασθενούς

**Όνοματεπώνυμο:** Π.Μ.

**Ηλικία:** 63

**Επάγγελμα:** Οικιακά

**Καταγωγή:** Αθήνα

**Ημερομηνία εισόδου:** 14-2-2011

**Ημερομηνία Εξόδου:** 16-2-2011

**Αιτία Εισόδου:** προγραμματισμένη ογκεκτομή ΑΡ μαστού και λεμφαδενικός καθαρισμός.

**Παρούσα Κατάσταση:** η κυρία Π. Μ. είναι 53 ετών, έγγαμη και έχει 2 παιδιά (ένα αγόρι 25 ετών και ένα κορίτσι 31 ετών αντίστοιχα). Έχει πραγματοποιήσει το προεγχειρητικό έλεγχο για την ημέρα της επέμβασης και βρίσκεται υπό ΧΜΘ με Laratinip και Xeloda tabl. 150gr 1 x 1. Πριν το χειρουργείο τα ζωτικά σημεία ήταν:

**Θερμοκρασία:** 36,6° C      **Σφίξεις:** 75/min      **Α.Π.:** 110/75 mmHg

**Αναπνοές:** 18/ min      **SpO<sub>2</sub>:** 98%

**Ιατρικό Ιστορικό:** η κυρία Π.Μ. πραγματοποίησε:

- στις 29-01-2007 στο νοσοκομείο «ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ» έκανε FNA ΑΡ μαστού για κακοήθη κύτταρα ενώ στις 02-02-2007 πραγματοποίησε και ένα Τρθ – ψθτ από την οποία επέμβαση ο καρκίνος ήταν προγενές διηθητικό αδένωμα τύπου II
- στις 22-06-2009 scanning οστών, στο οποίο δεν παρατηρήθηκαν οστικές μεταστάσεις.
- στις 16-12-2010 έκανε CT κοιλίας και πυέλου, κατά την οποία παρατηρήθηκε συμπαγής μόρφωμα στο ΑΡ μαστό.
- στις 16-12-2010 έγινε CT θώρακος και CT εγκεφάλου στην οποία πάλι δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά ευρήματα.

Οι συγγενείς της αναφέρουν ότι την περίοδο Απριλίου – Αυγούστου του 2010 έγινε αναφορά για εμβολή, ενώ παρουσιάστηκε κοιλιακή μαρμαρυγή και δυσλιπιδαιμία. Επίσης, προ ενός χρόνου προκλήθηκε Α.Ε.Ε. με αποτέλεσμα να περάσει σε μία περίοδο αφασίας, να παρατηρηθούν διαταραχές στην ομιλία και μείωση της όρασης αφήνοντας και μικροαγγειοπάθεια ισχαιμικού τύπου. Επίσης

ανέφεραν ότι προ 30ετίας πραγματοποίησε σκωλικοειδεκτομή με καλή μετεγχειρητική πορεία. Όταν ερωτήθηκε για το αν ακολουθεί κάποια φαρμακευτική αγωγή συστηματικά στο σπίτι της, η κόρη της που την συνόδευε ανέφερε τα εξής φάρμακα:

- Losec caps. 20 mg 1 x 2 προ φαγητού
- Sintrom tabl. 4 mg ¼ x 1 (το μεσημέρι μετά φαγητού)
- Salospir tabl. 100 mg 1 x 1 (το μεσημέρι μετά φαγητού)
- Lipitor tabl. 10 mg 1 x 1 (το βράδυ)
- Cipralex tabl. 10 mg 1 x 1 (το βράδυ)
- Lamictal tabl. 200 mg 1 x 1 (το βράδυ)
- Dogmatul tabl. 50 mg 1 x 1 (το βράδυ).

Τα φάρμακα θα συνεχίσει να τα λαμβάνει κατά την διάρκεια της νοσηλείας της μετά από ενημέρωση του γιατρού.

Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε στις 14-2-2011 στις 08:45 και διήρκησε 2 ώρες. Η ασθενής ανέβηκε στον όροφο, όπου νοσηλευόταν στις 10:45 φέροντας 2 παροχετεύσεις Redon (1 μασχαλιαία και 1 μαστού). Ο γιατρός έδωσε τις εξής οδηγίες μετά την χειρουργική επέμβαση:

- να ξεκινήσει D/W 5% 1000 ml + 2 amp KCL + 2 amp NaCL με ρυθμό έγχυσης 125 ml/h. Μετά το τέλος: ηπαρινισμός και διατήρης φλέβας.
- Amp. Xefo 4 mg/ 1 ml IV 2 x 2
- Amp Apotel 1 gr/8 ml IV 1 x 2
- Fl Mefoxil 1 gr IV 1 x 3
- Fl Lordin 40 mg IV 1 x 1
- Amp Zofron 4 mg/ml επί τάσης προς έμετο.
- φυσιοθεραπεία και κινητοποίηση από το απόγευμα (να τεθεί στηθόδεσμος πριν την κινητοποίηση) και να τεθεί ρ/κ στα 3 lt.

Στις 15-02-2011 ο γιατρός σταμάτησε την IV φαρμακευτική αγωγή και ξεκίνησε tabl. Depon 500 gr 1 x 3, tabl. Procef 500mg 1 x 2, amp Pulomicort 0,25 mge 1 x 3 amp. Atrovent 250mg 1 x 3 και Clexane inj. 4000 anti-xa IU/0,4 ml (να χορηγηθεί το πρωί άπαξ) και από το απόγευμα άπαξ Clexane inj. 6000 anti – xa IU/0,6 ml. Στις 16-02-2011 το πρωί έλαβε την πρωινή δόση των φαρμάκων της και

έγινε μία Clexane inj. 6000 anti – xa IU/0,6 ml άπαξ, αφαιρέθηκαν οι παροχετεύσεις Redon και της δόθηκε εξιτήριο.

Ακολουθεί νοσηλευτική διεργασία του περιστατικού.

Αξιολόγηση αρρώστου ή Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Πόνος	-Ανακούφιση από τον πόνο	-Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	-Χορηγήθηκαν amp Apotel 1gr IV -Χορηγήθηκαν amp Xefo 4mg IV	-Ο πόνος σιγά – σιγά πέρασε και η ασθενής αρχίζει να ανακουφίζεται
Ναυτία – έμετοι	-Να σταματήσουν οι εμετοί -Να σταματήσει ο ασθενής να ζαλίζεται	-Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων -Όχι άσκοπες μετακινήσεις της ασθενούς -Ηρεμία μέσα στο δωμάτιο	-Χορηγήθηκαν amp Zofron 4 mg -Σταμάτησαν οι μετακινήσεις μετά το χ/ο -Κανένα άτομο μέσα στο δωμάτιο μόνο ο νοσηλευτής που την φροντίζει	-Οι εμετοί σταμάτησαν μετά από 1 ώρα της χορήγησης του φαρμάκου στην ασθενή -Σταμάτησε η ασθενής να ζαλίζεται διότι κοιμήθηκε.
Δίψα	-Να σταματήσει η ασθενής να διψάει	-Χορήγηση ορών με ηλεκτρολύτες και γλυκόζη -Να έχει το αίσθημα της δροσιάς στα χείλη της	-Χορηγήθηκαν D/W 5% 1000ml με 2 amp NaCl και 2 amp KCL -σπάτουλα με γάζες και νερό για να βρέχει λίγο τα χείλια της	-Μειώθηκε το αίσθημα της δίψας και η ασθενής αισθάνεται δροσισμένη
Πυρετός έως 38,5° C	-Μείωση του πυρετού -Ανίχνευση αιτίας πυρετού	-Λήψη καλλιέργειών -Χορήγηση αντιπυρετικών βάσει ιατρικών οδηγιών	-έγινε λήψη καλλιέργειας αίματος και αποστολή στο εργαστήριο -χορήγηση tabl Depon 500mg	-Ο πυρετός έπεσε βαθμιαία μέσα σε 2 ώρες στο 36,7° C -Αναμένονται τα αποτελέσματα της καλλιέργειας
Κίνδυνος λοίμωξης στο αριστερό άνω άκρο όπου έχει γίνει η επέμβαση	-Μείωση λοίμωξης στο σημείο της επέμβασης -Διατήρηση καθαριότητας στο σημείο της επέμβασης	-Χορήγηση αντιβιοτικών με ιατρική οδηγία -Να τεθούν γάζες και να παραμείνει το σημείο της επέμβασης κλειστό μέχρι να επουλωθεί η πληγή -Κατά τον καθαρισμό του σημείου να γίνονται όλες οι κινήσεις με αποστειρωμένα εργαλεία αυστηρά -Κατά την αφαίρεση των ραμμάτων επίσης να υπάρχει σοβαρή αντισηψία σε όλο το πεδίο της ασθενούς	-Χορήγηση fl Mefoxol 1 gr IV -Τοποθέτηση γαζών στο σημείο της επέμβασης -Πολύ προσοχή στην αλλαγή και αφαίρεση των γαζών με άσηπτη τεχνική και σωστούς χειρισμούς -Κατά την κοπή των ραμμάτων πολύ προσοχή στα εργαλεία που είναι αποστειρωμένα	-Η αποφυγή κάποιας λοίμωξης ήταν επιτυχής και η ασθενής δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα λοίμωξης

Αξιολόγηση αρρώστου ή Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Άγχος που σχετίζεται με την κατάσταση της υγείας της	-Μείωση άγχους	-Να αντιμετωπιστεί το άγχος με την κατάλληλη συζήτηση γιατρών, Νοσηλευτών και οικογενειακού περιβάλλοντος της ασθενούς	-Ενθάρρυνση της ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά της -Απαντάμε με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις του αρρώστου, μέσα στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων μας	-Η ασθενής έχει αναστατωθεί πολύ και είναι πιο πολύ αγχωμένη από πριν.
Λεμφοίδημα αριστερού άνω άκρου μετά την επέμβαση	-Να απαλλαγεί ο ασθενής από την παρουσία του λεμφοιδήματος -Να γίνει πρόληψη περαιτέρω επιπλοκών -Να επανέλθει σε φυσιολογική λειτουργία το πάσχον χέρι	-Να τεθεί το πάσχον χέρι σε κατάλληλη θέση (μερική ανύψωση) -Να τοποθετηθεί ελαστικός επίδεσμος -Η ασθενής να ξεκινήσει ασκήσεις φυσιοθεραπείας -Να μην γίνονται νοσηλείες από το πάσχον χέρι π.χ. αιμοληψία -Να δοθεί ενημερωτικό υλικό για την ενημέρωση της ασθενούς. -Να δοθεί ευκαιρία στην ασθενή να εξωτερικεύσει τυχόν ανησυχίες που έχει για την παρούσα κατάσταση.	-Το ΑΡ άνω άκρο τοποθετήθηκε σε υψηλότερο σημείο από το σώμα της ασθενούς -Τοποθετήθηκε ελαστικός επίδεσμος στην πάσχουσα περιοχή -Ενημερώθηκε η λογοδοσία να απαγορευτεί κάθε νοσηλευτική παρέμβαση από το πάσχον χέρι -Η ασθενής ξεκίνησε ασκήσεις με την βοήθεια φυσιοθεραπευτή -Δόθηκε ενημερωτικό υλικό στην ασθενή και έγινε συζήτηση πάνω στο θέμα.	-Ο ασθενής παρέμεινε ήρεμος για την έκβαση του προβλήματος -Το λεμφοίδημα μετά την κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση και τις ασκήσεις με τον φυσιοθεραπευτή άρχισε να υποχωρεί. -Δεν παρατηρήθηκαν περαιτέρω επιπλοκές στην πάσχουσα περιοχή.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Αθανάτου Κ. Ελευθερία (2004) *Κλινική Νοσηλευτική: Βασικές ειδικές νοσηλείες* εκδόσεις Παπανικολάου Αθήνα.
- 2) Αντωνίου Σ. Αλέξανδρος (2005) *Ψυχολογία της Υγείας* εκδόσεις ΕΛΛΗΝ Αθήνα.
- 3) Αποστολίδης Ν. και Πανουσόπουλος Δ. (2004) *Ο Καρκίνος σήμερα* εκδόσεις Επτάλοφος Αθήνα.
- 4) Βαδαλουκά Α. (2005) *Ανακουφιστική και Συμπτωματική Αγωγή Ασθενών Τελικού Σταδίου* εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα.
- 5) Βορώνου Δ. Σμηνάκη Α. Μπατρινού Μ. (1976) *Ιατρική Φαρμακολογία* εκδόσεις Παρισιάνος Αθήνα.
- 6) Δημητρουλόπουλος Δ. και Φιλόπουλος Ε. (2001) *Ηπατοκυτταρικός Καρκίνος* εκδότες Παρασκευάς Ε. Ξυνόπουλος Δ. Ντουράκης Σ. Αθήνα.
- 7) Θρουβάλας Ν. Δόκτορας και Τσακίρης Γ. Δόκτορας (2000) *Στοιχεία Ακτινοβιολογίας και Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας* εκδόσεις Λίτσας Αθήνα.
- 8) Καραχάλιος Γ.Ν. (1999) *Γενική Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική* Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ Αθήνα.
- 9) Κατσίλάμπρος Ν. (2006) *Κλινική Διατροφή* εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα.
- 10) Παπαδόπουλος Λ.Σ. Πλατανιώτης Γ.Α. (1998) *Μαθήματα Ακτινοθεραπείας* εκδόσεις University studio press, Θεσσαλονίκη.
- 11) Κελέκης Α.Δ. (2003) *Νεοπλάσματα του Ήπατος* εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Αθήνα.
- 12) *Νοσηλευτική Παθολογική – Χειρουργική* (2006) Τόμος Β έκδοση 3 Αθήνα.
- 13) *Νοσηλευτική Παθολογική – Χειρουργική* (2006) Τόμος Γ έκδοση 3 Αθήνα.
- 14) *Νοσηλευτική Παθολογική – Χειρουργική* (2006) Τόμος Δ έκδοση 3 Αθήνα.
- 15) Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. (2006) *Νοσηλευτική Ογκολογία: Το πλαίσιο φροντίδας* Εκδόσεις Πασχαλίδης Αθήνα.



- 16) Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. (2006) *Νοσηλευτική Ογκολογία* Ιατρικές εκδόσεις Αθήνα.
- 17) Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. (2006) *Οδηγός Ανάπτυξης Σχεδίου Νοσηλευτικής Φροντίδας* εκδ. Π.Χ. Πασχαλίδης Αθήνα.
- 18) Reid L. John Rujoin C. Peter, Whiting Brian (1999) *Κλινική Φαρμακολογία* εκδόσεις Παιρσιάνος Αθήνα.
- 19) Ρηγάτος Γ.Α. (2006) *Η ανακούφιση του καρκινικού πόνου* Έκδοση 2<sup>η</sup> Εκδόσεις Βήτα Αθήνα.
- 20) Σωτηρίου Α. (1999) *Εσωτερική Παθολογία Τόμος Α* εκδόσεις Παρσιάνος Αθήνα.
- 21) Φουτζήλας Γ. και Μπαρμπούνης Β. (2000) *Βασικές Αρχές Θεραπείας του Καρκίνου* εκδόσεις University studio press Θεσσαλονίκη.
- 22) Χαροκόπος Ν. (2005) *Στοιχεία Νοσολογίας* εκδόσεις Φιλομάθεια Πάτρα.
- 23) Χατήρης Γ. (1996) *Υγιεινή Διατροφή και Θεραπεία* εκδόσεις ΕΛΛΗΝ Αθήνα.
- 24) Χριστοφορίδης Α.Ι. (2000) *Ακτινολογία* εκδόσεις University studio press Θεσσαλονίκη.