



Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η Νοσηλευτική συμβολή στον ογκολογικό ασθενή

Εισηγήτρια:
Δρ. Παπαδημητρίου Μ.
Καθηγήτρια

Επιμέλεια:
Κυριακοπούλου Βασιλική
Σπουδάστρια

ΠΑΤΡΑ 2014

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	6
Πρόλογος.....	7
Εισαγωγή.....	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εισαγωγή στον καρκίνο-Επιδημιολογικά στοιχεία

1.1 Ορισμός του Καρκίνου (Ca)	11
1.2 Ιστορική Αναδρομή του καρκίνου	13
1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	16
1.4 Ταξινόμηση των όγκων	16
1.5 Σταδιοποίηση	18
1.6 Προδιαθεσικοί παράγοντεςCa	19
1.6.1 Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	19
1.6.2 Φαρμακευτικοί παράγοντες	20
1.6.3 Φυσικοί παράγοντες.....	20
1.6.4 Βιολογικοί παράγοντες.....	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:Κλινική Συμπεριφορά - Διαγνωστική προσέγγιση

2.1 Κλινική εικόνα	24
2.2 Συμπτώματα του καρκίνου.....	24
2.3 Διάγνωση καρκίνου.....	25
2.3.1 Εξετάσεις αίματος	26
2.3.2 Έλεγχος υγρών και κοπράνων.....	27
2.3.3 Απεικονιστικές τεχνικές	27
2.3.4 Ενδοσκόπηση	29
2.3.5 Κυτταρολογικές εξετάσεις	29
2.3.6 Ανάλυση μυελού των οστών	30

2.3.7 Βιοψία	30
--------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Πρόληψη - Θεραπεία

33.1 Πρωτογενής πρόληψη καρκίνου	33
3.1.1 Δευτερογενής πρόληψη καρκίνου	33
3.2 Η θεραπεία του καρκίνου	34
3.2.1 Χειρουργική θεραπεία.....	34
3.2.2 Ακτινοθεραπεία.....	35
3.2.3 Χημειοθεραπεία.....	36
3.2.4 Ανοσοθεραπεία.....	37
3.2.5 Ορμονοθεραπεία.....	38
3.3 Μεταμόσχευση μυελού των οστών	39
3.4 Θεραπεία με υπερθερμία	40
3.4.1 Θεραπεία με Κρυοπληξία.....	40
3.4.2 Θεραπεία μέσω των Αναστολέων αγγειογένεσης	40
3.5 Παρενέργειες θεραπειών	41
3.5.1 Παρενέργειες Ακτινοβολίας.....	42
3.5.2 Παρενέργειες Χημειοθεραπείας	42
3.5.3 Παρενέργειες Ανοσοθεραπείας	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Καρκίνος-Επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό

4.1 Πόνος.....	46
4.1.1 Τα αίτια του καρκινικού πόνου	46
4.1.2 Αντιμετώπιση	47
4.2 Ναυτία και Έμετος	48
4.2.1 Είδη εμέτου	48
4.2.2 Αντιμετώπιση και πρόληψη	49
4.3 Κόπωση -Κούραση.....	50
4.3.1 Αντιμετώπιση κόπωσης.....	50
4.4 Λεμφοίδημα.....	51

4.4.1	Οξύ και χρόνια λεμφοίδημα	51
4.4.2	Θεραπεία	52
4.5	Λοιμώξεις.....	52
4.5.1	Τύποι λοιμώξεων.....	53
4.5.2	Θεραπεία	53
4.6	Διατροφικές Διαταραχές	54
4.6.1	Αντιμετώπιση	55
4.7	Τριχόπτωση- Αλωπεκία.....	55
4.7.1	Αντιμετώπιση	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Καρκίνος- Ψυχολογική υποστήριξη

5.1	Ανάγκη για υποστήριξη.....	58
5.2	Ψυχολογικές Επιπτώσεις του Καρκίνου.....	58
5.3	Ο ρόλος της οικογένειας.....	59
5.4	Ψυχολογική υποστήριξη.....	60
5.4.1	Αποδοχή της νόσου και ψυχοθεραπεία	61
5.4.2	Συναισθηματική Υποστήριξη.....	62
5.5	Εναλλακτικές μορφές υποστήριξης (Ομάδα υποστήριξης).....	62
5.5.1	Τηλεπικοινωνιακή υποστήριξη	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η Συμβολή της νοσηλευτικής στον ογκολογικό ασθενή

6.1	Εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες στην ογκολογική νοσηλευτική	66
6.2	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ογκολογία	66
6.2.1	Ο νοσηλευτής στην φροντίδα του καρκίνου	68
6.2.2	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη	70
6.2.3	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση ασθενή με καρκίνο.....	71
6.3	Η συμβολή της νοσηλευτικής σε καρκινοπαθή τελικού σταδίου.....	72
6.4	Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε συγκεκριμένους ασθενείς με καρκίνο με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.	73
6.4.1	Νοσηλευτική Διεργασία – Ορισμός.....	73

6.4.1.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α.....	76
6.4.1.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β.....	81
Συμπεράσματα- Προτάσεις	94
Συμπεράσματα- Προτάσεις	95
Περίληψη.....	96
Summary.	97
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	98
Παράρτημα.....	103

Ευχαριστίες

Μέσα από αυτή την εργασία θα ήθελα να ευχαριστήσω τους δικούς μου ανθρώπους που δεν παύουν να με στηρίζουν σε κάθε μου βήμα. Καθώς επίσης και την καθηγήτρια μου κα Παπαδημητρίου Μαρία η οποία με την υπομονή και την αγάπη της με βοήθησε να φέρω εις πέρας την εργασία μου.

Πρόλογος

Στις αρχές της τρίτης χιλιετίας ο καρκίνος παραμένει ένα τεράστιο πρόβλημα υγείας που φαίνεται ότι θα συνεχίσει να προβάλλει σημαντικές προκλήσεις για τους επιστήμονες υγείας, τους χρηματοδότες υγείας αλλά και ολόκληρη την κοινωνία. Η έκρηξη της νέας γνώσης μέσα σε μια κοινωνία που γηράσκει σ' ένα κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον συνεχούς αλλαγής, επιβράβευσης της ταχύτητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας δημιουργεί αντιφάσεις, διλήμματα και νέες προκλήσεις.

Στον τομέα της Ογκολογίας η μόνη βεβαιότητα είναι η συνεχής αλλαγή. Η ανανέωση της γνώσης ανανεώνει την ελπίδα για την προστασία περισσότερων ανθρώπων με τις νέες μεθόδους πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου, παρέχει τη βάση για τις νέες μορφές θεραπείας που θα σώσουν ή θα παρατείνουν ζωές και θα προτείνει τρόπους βελτίωσης της ποιότητας ζωής των διαγνωσθέντων ασθενών με καρκίνο.¹

Οι κυριότεροι σκοποί της φροντίδας στην Ογκολογία είναι η θεραπεία και η διάγνωση των ανθρώπων, η διαβεβαίωση ότι ο ασθενής θα έχει πρόσβαση και θα λάβει κάθε δυνατή θεραπευτική παρέμβαση, υποστήριξη και ενημέρωση σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Επιπλέον ότι θα εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή υποστήριξη του στην τελευταία φάση της ζωής με στόχο την ποιότητα και όχι απλά την επιμήκυνση της ζωής χωρίς νόημα.²

Στο παρόν σύγγραμμα θα ασχοληθώ με τον καρκίνο γενικότερα, ο οποίος αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση των παραγόντων που οδηγούν στην δημιουργία του καρκίνου και η νοσηλευτική προσέγγιση της σοβαρής αυτής ασθένειας με στόχο την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση αλλά και την αντιμετώπιση του ίδιου του καρκίνου και των επιπλοκών του.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος, ογκολογία, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, πρόγνωση, αποκατάσταση

Key words: cancer, oncology, prevention, diagnosis, treatment, prognosis, rehabilitation.

Εισαγωγή

Οι πληροφορίες περί καρκίνου υπάρχουν από τότε που έχουμε ιατρικά κείμενα, από τη εποχή του Ιπποκράτους και μετά, οι αρχαίοι Έλληνες ιατροί κατέφευγαν στη χειρουργική θεραπεία του καρκίνου. Βέβαια για τους «κρυπτούς», τους εν τω βάθη καρκίνους ακολουθούσαν την προτροπή του Ιπποκράτους ο οποίος τόνιζε ότι είναι καλύτερο να μην θεραπεύονται διότι με την αρχή της θεραπείας οι άρρωστοι πεθαίνουν γρήγορα. Ο Γαληνός συνιστούσε την χειρουργική θεραπεία μόνον για τους επιπολής καρκίνους και μάλιστα κατορθώνοντας να τους εκτέμνει με τις ρίζες τους μέχρι τους υγιείς ιστούς, «πάσης μεν χειρουργίας εκκοπτούσης όγκον παρά φύσιν ο σκοπός εστίν εν κύκλω πάντα όγκον περικόψαι, καθ'ά τω κατά φύσιν έχοντι πλησιάζει»³

Συμπερασματικά μπορούμε να ισχυρισθούμε ότι οι αρχαίοι Έλληνες Ιατροί όχι μόνο έδωσαν το όνομα «καρκίνος» στη νοσολογική αυτή οντότητα της νεοπλασματικής κακοήθειας, αλλά επί πλέον διέκριναν την αιτιολογία και καθόρισαν την συμπτωματολογία, τον εντοπισμό, τη μορφολογία, τις εκδηλώσεις, την πρόγνωση και τη θεραπευτική αγωγή, φαρμακευτική και χειρουργική του καρκίνου.⁴

Η τεράστια επιστημονική πρόοδος του 21^{ου} αιώνα, η πρόοδος της αναισθησιολογίας, οι νέες χειρουργικές τεχνικές, η ακτινοθεραπεία και τα νέα φάρμακα με εκλεκτική δράση, συνέβαλαν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου.

Αγγίζοντας γνωστικά και συναισθηματικά τον καρκίνο ο πρωταρχικός μου στόχος και σκοπός της εργασίας μου είναι η κατανόηση εννοιών και νοσηλευτικών ενεργειών που προστατεύουν τα άτομα που έχουν προσβληθεί από καρκίνο και χρήζουν νοσηλευτική φροντίδα. Οι νοσηλευτές είναι οι πρωταγωνιστές της ομάδας υγείας, αφού περνούν τις περισσότερες ώρες με τον ασθενή. Μέσα από την εργασία μας έγινε προσπάθεια να προσεγγιστεί το θέμα με την βοήθεια ιατρικών, ψυχολογικών και νοσηλευτικών γνώσεων.²

Σκοπός μου είναι, η ενημέρωση των νοσηλευτών οι οποίοι όταν θα συμμετέχουν στην φροντίδα ασθενών με καρκίνο να διαθέτουν επιστημονικές γνώσεις, κλινική εμπειρία και ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τα ειδικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι ασθενείς αυτοί, παρέχοντας καλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας, εξασφαλίζοντας καλύτερη ποιότητα ζωής στον πάσχοντα. Ο νοσηλευτής έχει χρέος να καθοδηγήσει, να ενημερώσει, να συμβουλευσει και να βοηθήσει τον ασθενή να επιστρέψει στην καθημερινότητά του και να επανενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Τέλος, η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο έχει γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής

διεθνώς, χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδίκευσης. Η ανάγκη της ειδίκευσης αυτής του νοσηλευτικού προσωπικού δημιουργήθηκε από το γεγονός ότι όλοι αντιλαμβάνονται πως το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει εξειδικευμένες γνώσεις και ανάλογη πείρα στην νοσηλεία του αρρώστου με καρκίνο, ικανοποιεί πολύ μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών του αρρώστου με καρκίνο.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

***Εισαγωγή στον καρκίνο-
Επιδημιολογικά στοιχεία***

1.1 Ορισμός του Καρκίνου (Ca)

Ο Καρκίνος είναι μια άτυπη, άσκοπη, ανώμαλη και απρογραμματίστη ανάπτυξη νέων κυττάρων. Η ανάπτυξη αυτή μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε όργανο ή σύστημα του οργανισμού του ανθρώπου από την γέννηση του μέχρι το βαθύ γήρας. Είναι ο γενικός όρος που περιγράφει την ανώμαλη ανάπτυξη και πολλαπλασιασμό των κυττάρων ενός οργανικού συστήματος του ανθρώπινου σώματος. Δηλαδή μια λανθασμένη φυσιολογική διαδικασία.³

Ο οργανισμός μας αποτελείται από τεράστια ποικιλία κυττάρων που το καθένα περιέχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων. Ανάμεσα σε κάθε ζεύγος τυλίγεται η διπλή έλικα του DNA που αποτελεί τον γενετικό κώδικα της ζωής. Το DNA ρυθμίζει και μεταβιβάζει τα γενετικά χαρακτηριστικά των χρωμοσωμάτων τα οποία κληρονομούνται από τους γονείς μας και τα μεταβιβάζουμε στα παιδιά μας.^{4,5}

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

Εάν αναλογιστεί κανείς από την βιολογία ότι ο οργανισμός μας αποτελείται από χιλιάδες κύτταρα και κάθε κύτταρο έχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων που μέσω των γονιδίων κωδικοποιούν τα διάφορα μηνύματα, τότε είναι φανερό πόσο πολύπλοκο είναι το φαινόμενο της καρκινογένεσης.³

Πως ξεκινάει όμως; Υπάρχουν πολλές θεωρίες για μια σειρά γεγονότα που μπορούν να επιδράσουν. Σε κυτταρικό επίπεδο κάθε φορά που το κύτταρο διαιρείται, αυτοαναπαράγονται και τα χρωμοσώματα. Στην πορεία της κυτταρικής διαίρεσης κάτι μπορεί να λειτουργήσει λάθος και να αλλάξει τον δρόμο. Μια τέτοια μετάλλαξη αλλάζει και τα γονίδια ένα ή περισσότερα. Τα αλλαγμένα γονίδια δίνουν λάθος μηνύματα. Έτσι σε ένα φυσιολογικό κυτταρικό πληθυσμό υπάρχει 'ένα' κύτταρο 'φυσιολογικό μεν' με λανθασμένες πληροφορίες για το σκοπό που πρέπει να επιτελεί. Το κύτταρο αυτό θρέφεται και συντηρείτε όπως και τα άλλα, άλλα επειδή δεν κάνει σωστή λειτουργία

γίνεται ‘αντιπαθές’ από την κοινωνία των φυσιολογικών κυττάρων. Αρχίζει λοιπόν να αναπτύσσεται με μεγάλη ταχύτητα και δημιουργεί έτσι μια ομάδα ‘περιθωριακών κυττάρων’. Αυτή η ομάδα σιγά-σιγά αφαιρεί λειτουργικό και ενεργειακό ζωτικό χώρο στην ομοιοστάση του οργάνου που βρίσκεται. Τα φυσιολογικά ειδοποιούν μέσω μηνύματος τα κατασταλτικά κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος ότι υπάρχει ‘εισβολέας’ ή ‘αναρχικός’ μέσα στην ομάδα τους και ζητούν προστασία.⁴

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

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

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

Το φαινόμενο της μετάστασης είναι αρκετέ πολύπλοκο και σχετίζεται με μηχανικές και αιμοδυναμικές παραμέτρους με την αγγειοβρίθεια των οργάνων, με τις ιδιότητες του ξενιστή, όπως του ανοσοποιητικού συστήματος, χημικών παραγόντων και του ΕΣΔ. Τα μεταναστευτικά νεοπλασματικά κύτταρα είναι επιλεγμένος κυτταρικός πληθυσμός προερχομένης από τον ετερογενή πρωτοπαθή όγκο, ο οποίος περιέχει πολλούς κλώνους φαινοτυπικώς διαφόρους.⁵

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

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

Όπως διαπιστώνει κανείς η μετανάστευση δεν είναι τυχαίο γεγονός.

1.2 Ιστορική Αναδρομή του καρκίνου

Το 3000π.χ Σημεία του καρκίνου: Σε οστά από μούμιες της αρχαίας Αιγύπτου βρέθηκαν σημάδια του καρκίνου που χρονολογούνται τόσο παλιά όσο το 3000π.χ. Σε πάπυρο του EdwinSmith ο οποίος αποτελεί την παλαιότερη γραπτή περιγραφή του καρκίνου που υπάρχει, έχουν περιγραφεί 8 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού ή ελκών στην Αίγυπτο που θεραπεύτηκαν με καυτηριασμό. Ωστόσο το κείμενο υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει θεραπεία για τον καρκίνο. Το 400π.χ. ο Ιπποκράτης: Γνωστός σήμερα ως «ο πατέρας της ιατρικής» πρότεινε την χυμική θεωρία, η οποία υποστηρίζει ότι το ανθρώπινο σώμα είναι φτιαγμένο από 4 υγρά ή χυμούς: αίμα, φλέγμα, κίτρινη χολή και μαύρη χολή. Οποιαδήποτε διαταραχή ισορροπίας των παραπάνω υγρών οδηγούσε σε ασθένεια. Είχε συσχετίσει τον καρκίνο με μια υπέρβαση της μαύρης χολής. Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τους όρους «καρκίνος» και «καρκίνωμα» για να περιγράψει όγκους και από τότε επινοήθηκε ο όρος καρκίνος. Το 168 π.χ. Γαληνός: Ρωμαϊκός γιατρός, που ήταν επίσης υποστηρικτής της χυμικής θεωρίας της ιατρικής, πίστευε ότι ο καρκίνος ήταν θεραπεύσιμος στα αρχικά του στάδια και ότι οι προχωρημένοι καρκίνοι πρέπει να χειρουργούνται είτε αφαιρώντας και την γύρω προσβεβλημένη περιοχή είτε με καυτηριασμό. Επιπλέον πίστευε ότι ο μη υγιεινός τρόπος ζωής και ότι οι κακοί περιβαλλοντικοί παράγοντες συνδέονται άμεσα με τον καρκίνο. Το 657 μ.χ. ο Παύλος της Αίγινας: Ένας από τους σημαντικότερους Βυζαντινούς ιατρούς, έγραψε την επτάτομη «Επιτομή της Ιατρικής». Σύμφωνα με αυτόν οι πιο συχνοί καρκίνοι είναι του μαστού και της μήτρας.^{3,4}

Το 1190 ο Μωυσής Μαίμονίδης: υποστηρίζει ότι η θεραπεία για τους μεγάλους καρκίνους περιλαμβάνει διανοίξεις του καρκίνου και εκτομή από την ρίζα (ξερίζωμα) ολόκληρου του καρκίνου και του περιβάλλοντος του μέχρι το σημείο υγιούς οστού εκτός και αν ο καρκίνος αποτελείται από μεγάλα αγγεία ή ο καρκίνος τυχαίνει να εντοπίζεται

κοντά σε μεγάλο όργανο τότε η εκτομή είναι επικίνδυνη. Το 1713 Bernardino Ramazzini: παρατήρησε την εικονική απουσία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε μοναχές και την υψηλή επίπτωση του καρκίνου του μαστού στον ίδιο πληθυσμό. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η διαφορά αυτή πρέπει να οφείλεται στον διαφορετικό τρόπο ζωής. Αυτή η παρατήρηση άνοιξε τον δρόμο για την ανακάλυψη της σημασίας των ορμονικών παραγόντων στον καρκίνο. Το 1750 ο John Hunter: ήταν υποστηρικτής του Stahl και της λεμφικής θεωρίας του Hofmann για τον καρκίνο: ο καρκίνος αποτελείται από «ζυμωμένη» λέμφο σε διαφορετικό pH και πυκνότητα. Πίστευε ότι οι καρκίνοι μπορούν να αφαιρούνται, εάν δεν έχουν ήδη επεκταθεί σε γειτονικούς ιστούς. Το 1761 Giovanni Morgagni: ξεκίνησε την εκτέλεση αυτοψιών για να συσχετίσει την ασθένεια με τα παθολογικά ευρήματα. Αυτό βοήθησε για να ανοίξει ένα ίδρυμα για την μελέτη του καρκίνου. Ο John Hill: ήταν ο πρώτος που αναγνώρισε τους κινδύνους της χρήσης του καπνού.^{3,4}

Το 1775 Percival Pott: υποστήριξε ότι οι καπνοκαθαριστές έχουν ένα αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο, σχετιζόμενο με το επάγγελμά τους. Η αιθάλη που είχε αθροιστεί κάτω από το όσχεο είχε συσχετιστεί με καρκίνο του όσχεου. Αυτή η ανακάλυψη οδήγησε σε επιπρόσθετες μελέτες σχετικά με επαγγελματικούς παράγοντες κινδύνου. Το 1779 το πρώτο ογκολογικό νοσοκομείο: ιδρύθηκε στο Ρέιμς, στην Γαλλία. Το νοσοκομείο εγκαταστάθηκε μακριά από την πόλη εξαιτίας του διαδεδομένου φόβου την δεδομένη χρονική στιγμή ότι ο καρκίνος ήταν μεταδοτικός. Το 1829 Joseph Claude Anthelm Recamier: Ήταν ο πρώτος που αναγνώρισε καρκινική μετάσταση. Το 1838 Johannes Muller: Ένας Γερμανός γιατρός δημοσίευσε ένα έργο με το οποίο απέδειξε ότι ο καρκίνος αποτελείται από κύτταρα, αν και πίστευε ότι τα καρκινικά κύτταρα προκύπτουν από μη φυσιολογικά-παθολογικά κύτταρα. Πίστευε ότι τα καρκινικά κύτταρα προέκυπταν από το «blastema» (μη διαφοροποιημένος ιστός από τον οποίο πίστευαν ότι προέκυπταν τα κύτταρα) μεταξύ των φυσιολογικών ιστών. Το 1863 ένας μαθητής του Muller: έγραψε πολλά κείμενα και μια εργασία 3 τόμων σχετικά με τους κακοήθεις όγκους. Θεώρησε ότι οι όγκοι είναι το αποτέλεσμα της χρόνιας ενόχλησης και ότι ο καρκίνος εξαπλώνεται με έναν τρόπο παρόμοιο με το υγρό.^{3,6}

Το 1878 ένας γερμανός χειρουργός: πραγματοποίησε την πρώτη πυλωρική εκτομή για καρκίνωμα. Ήταν επίσης ο πρώτος το 1872 που πραγματοποίησε οισοφαγική εκτομή για καρκίνωμα. Το 1889 Steven Paget: Πρότεινε την θεωρία του «σπόρος και έδαφος» για τον καρκίνο. Πρότεινε ότι τα καρκινικά κύτταρα (οι σπόροι) έχουν μια συγκεκριμένη συγγένεια προς συγκεκριμένα όργανα (το έδαφος) και ότι η μετάσταση θα προκύψει μόνο

όταν ο σπόρος και το έδαφος είναι συμβατά. Το 1890 William Stewart Halsted: Ήταν ο πρώτος καθηγητής χειρουργικής, ο οποίος εκτέλεσε την ριζική μαστεκτομή (αφαίρεση ολόκληρου του μαστού, των μυών μπροστά στο θώρακα, και του λεμφαδενικού συστήματος του μαστού) για την θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Το 1899: Έγινε η πρώτη επιτυχημένη θεραπεία καρκίνου με ακτίνες χ. Το 1910 Francis Peyton Rous: παρείχε επιστημονική υποστήριξη στην ιογενή θεωρία του καρκίνου, ενίοντας κοτόπουλα με ελεύθερα καρκινικά υγρά και παρατηρώντας το σχηματισμό σαρκωμάτων στα κοτόπουλα που τους είχε κάνει ένεση. Το 1914 Theodor Boveri: Πρότεινε την θεωρία της «Σωματικής Μετάλλαξης» του καρκίνου. Πίστευε ότι ο καρκίνος προκαλείται από ανώμαλα-παθογόνα (μη φυσιολογικά) χρωμοσώματα. Το 1915: Ο καρκίνος εισήχθη και παρατηρήθηκε για πρώτη φορά σε ζώα εργαστηρίων, ανοίγοντας το δρόμο για μεθόδους ανάλυσης του τωρινού καρκίνου.³

Το 1976: ανακαλύφθηκε το πρώτο καρκινικό ογκογονίδιο, αυτό είναι το ίδιο γονίδιο που μεταφέρεται από τον ιό, ο οποίος πρωταρχικά περιγράφηκε από τον Peyton Rous. Το 1986: απομονώθηκε το πρώτο όγκο-κατασταλτικό γονίδιο, Rb (για το ρετινοβλάστωμα). Το 1995- η πρώτη μικροσυστοιχία DNA: χρησιμοποιείται για την μελέτη του καρκίνου στους ανθρώπους. Πρόσφατα οι γονιδιακές μικροαλληλουχίες έχουν διερευνηθεί ως εργαλεία στην ανάπτυξη ατομικευμένων θεραπευτικών σχεδίων. Το 1999: ανθρώπινα επιθηλιακά κύτταρα και ινοβλάστες μετατράπηκαν για πρώτη φορά σε καρκινικά κύτταρα στο εργαστήριο.^{3,7}

Πιο πρόσφατα, η κοινωνική θεωρία υποστηρίζει ότι αρχικά συμβαίνει μια μετάλλαξη σε ένα μοναδικό κύτταρο, το οποίο πολλαπλασιάζεται και δίνει έναν «κλώνο» πανομοιότητων κυττάρων, τα όποια σχηματίζουν την καρκινική μάζα. Είναι μια θεωρία που υποστηρίζεται από μεγάλο μέρος των επιστημόνων που ασχολούνται με την έρευνα του καρκίνου. Η σύγχρονη έρευνα για τον καρκίνο έχει επηρεαστεί πολύ από τις προσθήκες στην γνώση, τις προόδους στην πρακτική και την τεχνολογία. Στον 21^ο αιώνα, αυτές οι προκαταρκτικές πρόοδοι προχώρησαν ακόμα περισσότερο με την ικανότητα να βλέπουμε πίσω από το κύτταρο και μέσα στο γονιδίωμα. Έτσι λοιπόν, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι σύγχρονες θεωρίες για τον καρκίνο και οι πρόσφατες κατανοήσεις για την ασθένεια έχουν επωφεληθεί σημαντικά από τις παλαιότερες θεωρίες, χτίζοντας πάνω στην γνώση που εισήγαγαν και χρησιμοποιώντας αυτές ως αξιώσεις για τις σύγχρονες αντιλήψεις του καρκίνου.³

1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία

Στις περισσότερες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα.⁸ Οι πιο συχνές αιτίες θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως είναι κατά φθίνουσα σειρά(WHO 2006): Ο καρκίνος του πνεύμονα, ο καρκίνος του στομάχου, ο καρκίνος του ήπατος, ο καρκίνος του παχέος εντέρου και ο καρκίνος του μαστού.⁸

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α, η θνησιμότητα από καρκίνο παραμένει γενικά χαμηλότερη απ' ό τι στις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες.⁹ Μεταξύ των 34 χώρων μελών του Ο.Ο.Σ.Α, η Ελλάδα κατατάσσεται το 2004 στην 19^η θέση ως προς την θνησιμότητα στους άνδρες και στην 23^η στις γυναίκες. Όμως, η ευνοϊκή θέση της χώρας είναι σε κάποιο βαθμό πλασματική λόγω ελλείψεων στην διάγνωση, σφαλμάτων στην ταξινόμηση και κυρίως λόγω έλλειψης εθνικού αρχείου νεοπλασιών.^{11,12}

Ωστόσο στη χώρα μας, σε αντίθεση με τις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, παρατηρείται μεταξύ των ετών 1980-2004 σταθερή αυξητική τάση στους θανάτους από καρκίνο τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.¹⁰ Στους άνδρες (αλλά τώρα πια και στις γυναίκες) πρώτη αιτία θανάτου είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, και ακολούθου του προστάτη και του παχέος εντέρου. Στις γυναίκες πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, και ακολουθούν του μαστού και του παχέος εντέρου.¹²

Από αρκετές μελέτες φαίνεται ότι η θνησιμότητα από καρκίνο διαφοροποιείται μεταξύ των γεωγραφικών διαμερισμάτων της χώρας, στοιχείο που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Μια πρόσφατη, τέλος, μελέτη έδειξε ότι η αποφεύξιμη θνησιμότητα μειώθηκε κατά 30,5% μετά από σύγκριση που έγινε μεταξύ των περιόδων 1980-1984 και 2000-2007, γεγονός που εν μέρει αποδίδεται στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.^{13,14,15}

1.4 Ταξινόμηση των όγκων

Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε δυο βασικές κατηγορίες, στα καλοήθη και στα κακοήθη.^{15,16} Ανάλογα με την βιολογική τους συμπεριφορά και τον ιστολογικό τύπο καθορίζεται αντίστοιχα η κατηγορία στην οποία ανήκουν.¹⁵ Η διάγνωση για να γίνει από τον γιατρό, πρέπει πρώτα να στείλει το δείγμα του όγκου στον παθολογοανατόμο. Αυτός με την σειρά του θα κάνει τον έλεγχο των κυττάρων κάτω από το μικροσκόπιο. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται βιοψία. Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με το είδος του ιστού από τον οποίο προέρχονται και τον οποίο προσβάλλουν. Είναι οι εξής:^{16,17}

- Νεοπλάσματα επιθηλιακού ιστού

- Νεοπλάσματα ερειστικού και συνδετικού ιστού εκτός από αιμοποιητικού ιστού
- Νεοπλάσματα αιμοποιητικού ιστού
- Νεοπλάσματα νευρικού ιστού
- Ειδικά νεοπλάσματα

Τα καλοήγη συνήθως λήγουν στην κατάληξη –ωμα όπως ίνωμα, λίπωμα, αδένωμα κ.α. Τα κακοήγη νεοπλάσματα, ανάλογα με τους ιστούς απ' όπου προέρχονται διακρίνονται σε:¹⁶

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

Ένα καλοήγη νεόπλασμα αναπτύσσεται τοπικά, σε διηθεί γειτονικούς ιστούς και δεν κάνει μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Αν αυτός ο όγκος αναπτύσσεται και μεγαλώνει είναι πιθανό να δημιουργήσει πιεστικά προβλήματα σε όργανα της γύρω περιοχής. Αντίθετα ένα κακοήγη νεόπλασμα είναι διηθητικό και δίνει μεταστάσεις. Είναι ικανό να διηθεί καταστρέφοντας γειτονικούς ιστούς και όργανα.¹⁶

Τα χαρακτηριστικά των καλοηθών νεοπλασμάτων είναι:

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

Τα χαρακτηριστικά των κακοηθών νεοπλασμάτων είναι:

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

Στους άνδρες οι πιο συχνοί καρκίνοι είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως και ο καρκίνος του προστάτη. Ενώ στις γυναίκες οι πιο συχνοί

καρκίνοι είναι ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος της μήτρας – ωοθήκης. Ανεξάρτητα από το φύλο ο καρκίνος του δέρματος (μελάνωμα) και οι όγκοι του εγκεφάλου που τελευταία έχουν αυξηθεί πολύ. Οι δέκα πιο συχνοί καρκίνοι είναι οι εξής: του πνεύμονα, του μαστού, της ουροδόχου κύστεως, του δέρματος, του προστάτη, του εντέρου, του λάρυγγα, του ήπατος, του οισοφάγου, του θυρεοειδούς, του εγκεφάλου, των νεφρών, της μήτρας, οι λευχαιμίες και τέλος τα λεμφώματα.¹⁶

1.5 Σταδιοποίηση

Αν ένας όγκος είναι καλοήθης, ο γιατρός μπορεί να συστήσει την αφαίρεση του, για να αποφευχθεί η πιθανότητα να γίνει καρκινικός. Αν ο όγκος είναι καρκινικός, ο γιατρός θέλει να εξακριβώσει κατά πόσο έχει εξαπλωθεί, μια διαδικασία που ονομάζεται σταδιοποίηση. Για τη σταδιοποίηση ακολουθούνται συγκεκριμένα βήματα.¹⁶

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

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

- T: Πόσο μεγάλος είναι ο όγκος και αν έχει εξαπλωθεί τοπικά
- N: Έχουν εξαπλωθεί τα καρκινικά κύτταρα στους γειτονικούς λεμφαδένες
- M: Έχει κάνει ο καρκίνος μεταστάσεις σε άλλες απομακρυσμένες περιοχές του σώματος

Για κάθε μια από αυτές τις κατηγορίες αντιστοιχούν νούμερα, που δηλώνουν το βαθμό που έχει μεγαλώσει ή εξαπλωθεί ο όγκος. Όταν καθοριστεί η κατάταξη με βάση το σύστημα TNM, ο γιατρός μπορεί να καθορίσει το στάδιο του καρκίνου. Όπως και με τους βαθμούς κακοήθειας, ένας μικρότερος αριθμός δείχνει ότι ο καρκίνος βρίσκεται ακόμα σε αρχικά στάδια, ενώ ένας μεγαλύτερος αριθμός δείχνει ότι είναι ένας πιο προχωρημένος καρκίνος.⁵

Αν τα καρκινικά κύτταρα εμφανίζονται σε κάποιο συγκεκριμένο σημείο, άλλα δεν έχουν ξεκινήσει να εισβάλλουν σε γειτονικούς ιστούς, το στάδιο μπορεί να περιγράφει και ως in situ. Αυτό είναι ένα πολύ αρχικό στάδιο ανάπτυξης του καρκίνου και συνήθως έχει

πολύ καλή πρόγνωση. Αν ο καρκίνος έχει εισβάλλει σε γειτονικό ιστό, τότε ονομάζεται επιθετικός. Αν ο καρκίνος έχει ταξιδέψει σε ένα διαφορετικό σημείο του σώματος, τότε ονομάζεται μεταστατικός.¹⁷

1.6 Προδιαθεσικοί παράγοντες Ca

Ο καρκίνος προκαλείται από διαταραχές των γονιδίων, που φυσιολογικά ελέγχουν την διαίρεση και τον θάνατο των κυττάρων. Ο τρόπος με τον οποίο ένα κύτταρο μετασχηματίζεται σε καρκινικό, δεν έχει απόλυτα διευκρινιστεί.⁵

Πολλές φορές το κύτταρο έχει τη γενετική προδιάθεση και αρκεί η έκθεση σε επιβαρυντικούς παράγοντες, όπως είναι διάφορες χημικές ουσίες ή ακτινοβολία, για τη μετατροπή τους σε καρκινικό. Υπάρχουν, ακόμη, σπάνιες περιπτώσεις, κατά τις οποίες φαίνεται ότι πολλά κύτταρα, κάτω από την ισχυρή πίεση ενός επιβαρυντικού παράγοντα, χάνουν τον έλεγχο της αύξησης τους, με αποτέλεσμα να προκαλούν την ταυτόχρονη γένεση πολλών διαφορετικών όγκων.⁵

1.6.1 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Υπάρχουν διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες του τρόπου ζωής που μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές των φυσιολογικών γονιδίων και τη μετατροπή τους σε γονίδια που επιτρέπουν τη ανάπτυξη του καρκίνου. Πολλές γονιδιακές διαταραχές, που οδηγούν στην εμφάνιση καρκίνου, είναι το αποτέλεσμα του καπνίσματος, του λανθασμένου διαιτολογίου, της έκθεσης στην υπεριώδη ακτινοβολία του ηλίου ή της έκθεσης σε καρκινογόνους παράγοντες στους χώρους εργασίας και στο περιβάλλον.¹⁸

Η επιστήμη, έχει καταλήξει σε μια σειρά από παράγοντες που αποδεδείχθηκε, έχουν την δυνατότητα να προκαλέσουν την έναρξη της διαδικασίας καρκινογένεσης στον άνθρωπο.^{18,19}

Αυτοί είναι οι ατομικοί και οι εξωτερικοί παράγοντες:

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

Συμπερασματικά, ο καρκίνος είναι δυνατό να προσβάλλει κάθε άνθρωπο, ανεξάρτητα από το φύλο, την εθνικότητα ή την ηλικία του, όσο νωρίτερα ανιχνευτεί ο καρκίνος και ξεκινήσει η θεραπεία του, τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν για την επιτυχή αντιμετώπιση του.¹⁸

Εν κατακλείδι, ο καρκίνος δεν είναι μεταδοτικό νόσημα, δηλαδή δεν μεταδίδεται από ένα άτομο που πάσχει σε ένα υγιές άτομο. Επίσης δεν προκαλείται από τον οποιοδήποτε τραυματισμό.

1.6.2 Φαρμακευτικοί παράγοντες

Πολλές φορές τα ίδια τα αντικαρκινικά φάρμακα ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη κακοηθειών (π.χ λευχαιμία). Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα ενοχοποιούνται για την δημιουργία λεμφωμάτων. Η χρήση της υδαντοίνης δυνατό να προκαλέσει το σύνδρομο ψευδολεμφώματος και Non-Hodgkin λεμφωμάτων. Τα ανδρογόνα στεροειδή ενοχοποιούνται για τα ηπατώματα, ενώ η φαινυλατοίνη για το νευροβλάστωμα. Εξ' άλλου η κυκλοφωσφαμίδη ενοχοποιείται για τον καρκίνο του ουροποιητικού συστήματος. Τέλος διάφορα σπερματοκτόνα και αντισυλληπτικοί αφροί ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη εμβρυϊκών καρκινωμάτων στα παιδιά.⁵

1.6.3 Φυσικοί παράγοντες

Οι φυσικοί παράγοντες επιπλέον που σχετίζονται με την ανάπτυξη κακοηθειών είναι η υπεριώδης ακτινοβολία και η ιονίζουσα ακτινοβολία. Ο ήλιος είναι η πηγή ζωής και έχει μικροβιοκτόνες ιδιότητες, επίσης μετατρέπει την προβιταμίνη D σε βιταμίνη D, δυναμώνει την όραση, προκαλεί ευφορία και αισιοδοξία στα παιδιά αλλά και στους ενήλικες. Η αλόγιστη χρήση και έκθεση στον ήλιο (ηλιοθεραπεία ή επαγγελματική έκθεση) μπορεί να επιφέρει βλάβες στο ανθρώπινο δέρμα. Η ηλιακή ακτινοβολία αποτελείται από υπέρυθρες ορατές και υπεριώδεις ακτίνες. Ανάλογα με το μήκος κύματος οι υπεριώδεις ακτίνες διακρίνονται σε Α και Β (UVA, UVB).¹⁹

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

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

Ο λανθάνων χρόνος που απαιτείται για την εκδήλωση της νεοπλασίας είναι διαφορετικός για κάθε είδος καρκίνου. Έτσι λευχαιμία μπορεί να εμφανισθεί μετά από πολλά χρόνια κατόπιν εκθέσεως σε ακτινοβολία, ενώ ο καρκίνος του θυρεοειδούς ακόμα μετά από 20 χρόνια. Από μελέτες σε παιδιά που επέζησαν του ατομικού βομβαρδισμού στην Ιαπωνία, η αιχμή της λευχαιμίας εμφανίστηκε 5 χρόνια μετά την έκθεση στην ακτινοβολία, ενώ ακόμα και μετά από 15-29 χρόνια από την έκρηξη παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση του καρκίνου του θυρεοειδούς. Η ακτινοβολία δεν βλάπτει μόνο τα σωματικά κύτταρα άλλα και αρχέγονα γεννητικά με αποτέλεσμα οι βλάβες στα χρωμοσώματα να εκδηλωθούν και στις επόμενες γενιές.¹⁹

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

1.6.4Βιολογικοί παράγοντες

Στους προδιαθεσικούς παράγοντες συγκαταλέγονται και οι βιολογικοί παράγοντες. Οι λοιμώξεις από ιούς προδιαθέτουν την καρκινογένεση. Οι ιοί εισερχόμενοι στο γενετικό υλικό(DNA) του κυττάρου προκαλούν μέσω του αυξητικού παράγοντα διαφοροποίηση, μετάλλαξη, ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό και ανάπτυξη καρκίνου.⁵

Οι μηχανισμοί καρκινογένεσης διακρίνονται σε άμεσους και έμμεσους:

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

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

Οι ογκογόνοι ιοί διακρίνονται στους DNA και στους RNA ιούς. Από τους DNA ιούς, ο ιός του παπιλλώματος προκαλεί καρκίνο του γενετικού συστήματος, ο ιός της ηπατίτιδας Β προκαλεί ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, ο αδενοϊκός προκαλεί καρκίνο αμυγδαλής, ο ιός Ε.Β προκαλεί ρινοφαρυγγικό καρκίνο. Ο ιός αυτός πολλαπλασιάζεται στα Β-λεμφοκύτταρα και στα επιθηλιακά κύτταρα του φαρυγγικού βλεννογόνου.⁵

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

Λεμφώματα Non –Hodgkin παρατηρήθηκαν σε αυξημένη συχνότητα σε παιδιά με επίκτητες ή συγγενείς ανοσοβιολογικές διαταραχές. Διάφοροι άλλοι παράγοντες επίσης ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη καρκινωμάτων όπως το stress, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, το αλκοόλ, κακή διατροφή, έλλειψη σωματικής άσκησης, οι διάφοροι διαπλαστικοί ιστοί και η κληρονομικότητα.⁵



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

**Κλινική Συμπεριφορά -
Διαγνωστική προσέγγιση**

2.1 Κλινική εικόνα

Η υποψία ότι αναπτύσσεται καρκίνος δημιουργείται συχνά κατά τη συνηθισμένη κλινική(φυσική) εξέταση, η οποία αποτελεί το κυριότερο τμήμα του ετήσιου ελέγχου υγείας. Η κλινική εξέταση είναι η πλήρης, συστηματική, κατά στάδια έρευνα ολόκληρου του οργανισμού με στόχο να επισημανθούν ενδείξεις νόσου ή κάποιας μη φυσιολογικής λειτουργίας. Κάθε γιατρός ακολουθεί το δικό του τρόπο και μέθοδο εξέτασης ώστε να είναι βέβαιος ότι δεν θα παραλείψει κάποια σημαντική περιοχή. Μερικοί αρχίζουν από το κεφάλι και προχωρούν προς τα κάτω, ενώ άλλοι εξετάζουν κάθε οργανικό σύστημα ως ξεχωριστή μονάδα.^{5,19}

Οποιαδήποτε μέθοδος κι αν ακολουθείται, η καλή κλινική εξέταση που αποσκοπεί στην ανακάλυψη ενός καρκίνου πρέπει να περιλαμβάνει την έρευνα ολόκληρου του σώματος, με ιδιαίτερη έμφαση στις ευπαθέστερες περιοχές.

- Εξετάζεται η μύτη και ο λαιμός. Η εξέταση του λάρυγγα με καθρέπτη είναι γρήγορη και ανώδυνη
- Εξετάζονται οι περιοχές των λεμφαδένων, όπως ο τράχηλος πάνω από την κλείδα, η περιοχή κάτω από τους βραχίονες και οι βουβωνικές περιοχές
- Μεγάλη προσοχή δίνεται στους μαστούς των γυναικών και στον προστατικό αδένα των ανδρών
- Το επιγάστριο ψηλαφείται προσεκτικά και εξετάζεται για διόγκωση κάποιου κοιλιακού οργάνου, ιδιαίτερα του ήπατος ή του σπληνός
- Η εξέταση της πυελικής χώρας της γυναίκας, συμπεριλαμβανόμενου του τεστ Παπανικολάου(Paptest), αποτελεί τη βάση για να ανακαλυφθεί καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και των ωοθηκών.
- Η δακτυλική εξέταση του πρωκτού με γάντι αποτελεί βασική παράμετρο της κλινικής εξέτασης και των ανδρών και των γυναικών

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης σημαντικό ρόλο παίζει και το ιστορικό του ασθενούς. Ύποπτα ευρήματα σε οποιοδήποτε σύστημα κατά την κλινική εξέταση θα οδηγήσουν σε περαιτέρω εξετάσεις.

2.2 Συμπτώματα του καρκίνου

Όταν μια μάζα αναπτυχθεί σε ορισμένο μέγεθος γίνεται αντιληπτή με πολλούς τρόπους.⁵

- Πιέζει τους γειτονικούς ιστούς και μερικές φορές προκαλεί πόνο.
- Αναπτύσσεται στα γειτονικά αιμοφόρα αγγεία και μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία.

- Ο όγκος γίνεται τόσο μεγάλος ώστε να καθίσταται εμφανής και ψηλαφητός
- Ενδεχομένως μεταβάλλεται η φυσιολογική λειτουργία των οργάνων. Για παράδειγμα η δυσκολία στην κατάποση(δυσφαγία) ίσως αποτελεί ένδειξη καρκινικής διήθησης του οισοφάγου. Το βράχνιασμα ή η μεταβολή της φωνής μπορεί να σημαίνει καρκίνο του λάρυγγα ή των φωνητικών χορδών.

Τα συμπτώματα αυτά – πειστικά φαινόμενα, αιμορραγίες, ψηλαφητές μάζες ή ανωμαλίες στην λειτουργία των οργάνων- περιλαμβάνονται, σύμφωνα με την Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρεία, στον κατάλογο των Επτά Πρώιμων Προειδοποιητικών Σημείων:

1. Αλλαγή στη συμπεριφορά του έντερου ή της κύστης.
2. Δυσίατη φλεγμονή του φάρυγγα
3. Ασυνήθεις αιμορραγίες ή παθολογικό έκκριμα
4. Σκλήρυνση ή διόγκωση στο μαστού ή σε άλλο σημείο
5. Δυσπεπτικά ενοχλήματα ή δυσκολίες κατάποσης
6. Εμφανής αλλαγή σε σπίλο ή σε κρεατοελιά
7. Ενοχλητικός βήχας ή βράγχος φωνής

Η αναγνώριση ενός συμπτώματος αποτελεί το πρώτο σημαντικό βήμα για την ανακάλυψη του καρκίνου. Δυστυχώς, πολλά άτομα δεν δίνουν σημασία σε αυτά τα προειδοποιητικά σημάδια .πολλές φορές καθυστερούν ακόμη και μήνες πριν καταφύγουν στην ιατρική περίθαλψη που θα μπορούσε να τους σώσει τη ζωή.⁵

Οι περισσότερες πιθανότητες πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου εξαρτώνται από την επίγνωση του ασθενούς ότι κάτι νέο συμβαίνει στον οργανισμό του, ιδιαίτερα όταν εκδηλώνεται κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα.

2.3 Διάγνωση καρκίνου

Ο καρκίνος μπορεί να θεραπευτεί. Για να θεραπευτεί όμως με κάποιο ποσοστό επιτυχίας πρέπει να ανακαλυφθεί σε πρώιμα στάδια και η διάγνωση να γίνει γρήγορα. Αυτό δεν είναι πάντοτε εύκολο, επειδή η αθόρυβη ή ασυμπτωματική περίοδος ανάπτυξης του όγκου μπορεί να διαρκέσει μήνες ή και χρόνια ακόμη, με αποτέλεσμα τα καρκινικά κύτταρα να έχουν διπλασιαστεί αθόρυβα ξανά και ξανά. Τη συγκεκριμένη περίοδο μπορεί να μην υπάρχει καμία απολύτως ένδειξη ότι αναπτύσσεται αυτή η κακοήθης επεξεργασία.^{5,19}

Πως, λοιπόν, θα ανακαλύψουμε ότι υπάρχει καρκίνος; Κάποιο ενόχλημα ίσως κινήσει τις υποψίες. Ο γιατρός μπορεί να αντιληφθεί κάποια ένδειξη στη διάρκεια της

εξετάσης. Από οπουδήποτε κι αν ξεκινήσει η έρευνα ενός καρκίνου, η ερευνητική διαδικασία που θα οδηγήσει ως οριστική διάγνωση ακολουθεί τυποποιημένη σειρά. Γεννιούνται υποψίες. Υποβάλλονται ερωτήσεις. Οι γιατροί προσπαθούν να βρουν απαντήσεις από τις εξετάσεις, τις εργαστηριακές αναλύσεις, τον ακτινολογικό έλεγχο των οργάνων του σώματος και τις μικροσκοπικές αναλύσεις των ιστών. Όλα αυτά αποτελούν τα μέσα διάγνωσης.⁵

2.3.1 Εξετάσεις αίματος

Το επόμενο στάδιο των διαγνωστικών μεθόδων περιλαμβάνει την εργαστηριακή ανάλυση δείγματος αίματος. Χρησιμοποιούνται δυο κατηγορίες εξετάσεων που βοηθούν να γίνει διάγνωση του καρκίνου.⁵

Μη ειδικές εξετάσεις: οι περισσότερες από τις εξετάσεις αίματος είναι μη ειδικές, δηλαδή μπορεί να δείξουν πως υπάρχει κάποια πάθηση, όχι όμως και ποια είναι. Η μέτρηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων, για παράδειγμα, μπορεί να δείξει αναιμία, η οποία σε συνδυασμό με άλλες εξετάσεις τύπου ακτινολογικός έλεγχος, μπορεί να οδηγήσει σε κακοήγη όγκο. Υπάρχουν τόσο πολλές εξετάσεις για να εντοπισθούν διαταραχές των διαφόρων οργανικών συστημάτων, ώστε οι γιατροί ζητούν συνήθως να γίνει πλήρης έλεγχος: γενική αίματος, μεταβολικός έλεγχος, ηπατικές δοκιμασίες, εξετάσεις νεφρών και θυρεοειδούς. Τα αποτελέσματα τους ίσως υποδηλώνουν ότι υπάρχει κάποιος όγκος, όμως δεν μπορεί να γίνει ειδική διάγνωση με βάση τις εξετάσεις αυτές και μόνο.

Ειδικές εξετάσεις: για ορισμένα είδη καρκίνου υπάρχουν αιματολογικές εξετάσεις μάλλον ειδικές που συχνά επαρκούν για τη διάγνωση του. Οι πιο ενδιαφέρουσες από τις ειδικές εξετάσεις είναι εκείνες κατά τις οποίες αναζητούνται οι χημικές ουσίες που ονομάζονται νεοπλασματικοί δείκτες. Οι εν λόγω ουσίες παράγονται από διάφορα είδη καρκίνου. Για παράδειγμα, ο καρκίνος του μαστού, του πνεύμονα και του έντερου παράγει την πρωτεΐνη που ονομάζεται καρκινοεμβρυικό αντιγόνο(CEA). Ορισμένα φλεγμονώδη νοσήματα μπορεί να παράγουν χαμηλά επίπεδα των χημικών αυτών ουσιών.⁵

Αντίθετα, μερικοί όγκοι στις ίδιες περιοχές παράγουν πολύ υψηλά επίπεδα. Αν ανευρεθεί καρκινοεμβρυικό αντιγόνο σε υψηλά επίπεδα, υπάρχει υποψία όγκου, εκτός αν αποδειχθεί το αντίθετο. Οι καρκίνοι του προστάτη και αρκετοί καρκίνοι των όρχεων, όπως και των ωοθηκών, παράγουν γνώστες χημικές ουσίες.

Αν ο καρκίνος εντοπίζεται στα ίδια τα κύτταρα του αίματος, για τη διάγνωση τους χρειάζονται εξετάσεις του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων, ο καρκίνος των λευκών αιμοσφαιρίων(λευχαιμία) συχνά διαγιγνώσκεται με την ανάλυση δείγματος

αίματος το οποίο λαμβάνεται από το δάκτυλο ή το βραχίονα. Η διάγνωση τεκμηριώνεται αν εξεταστούν τα κύτταρα του μυελού των οστών, δηλαδή εκεί όπου δημιουργούνται τα κύτταρα. Από την ανάλυση του μυελού των οστών γίνεται επίσης η διάγνωση του πολλαπλού μυελώματος μιας κακοήθειας των πλασματοκυττάρων του μυελού.¹⁹

2.3.2 Έλεγχος υγρών και κοπράνων

Ο οργανισμός παράγει απόβλητα με τη μορφή ούρων και κοπράνων, τα οποία μπορεί να αποκαλύψουν σημάδια κάποιας ασθένειας. Υπάρχουν όμως και άλλα υγρά που η ανάλυση τους αποκαλύπτει τα καρκινικά κύτταρα.⁵

- Η γνωστότερη ανάλυση σωματικών υγρών αφορά τα ούρα και αποτελεί τμήμα του συνηθισμένου τσεκ απ. Η ανάλυση της σύνθεσης των ούρων είναι δυνατό να αποκαλύψει ποικίλες διαταραχές. Η παρουσία πρωτεΐνης μπορεί να υποδηλώνει νεφρική πάθηση. Υψηλό επίπεδο σακχάρου μπορεί να υποδηλώνει διαβήτη, ενώ υπερβολικός αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων μπορεί να υποδηλώνει ουρολοίμωξη. Τα πολλά ερυθρά αιμοσφαίρια μπορεί να σημαίνουν αιμορραγία, ίσως λόγω όγκου ή άλλης αιτίας. Αν ανιχνευθούν καρκινικά κύτταρα, πρέπει να γίνουν και άλλες εξετάσεις.
- Η κλινική εξέταση ή η ακτινογραφία ίσως αποκαλύψουν ότι υπάρχει υγρό στη θωρακική κοιλότητα, την κοιλιά ή τις αρθρώσεις. Με την παρακέντηση των περιοχών αυτών απορροφάται υγρό για εξέταση.
- Η οσφυονωτιαία παρακέντηση είναι μια ειδική εξέταση κατά την οποία αφαιρείται υγρό από το νωτιαίο σωλήνα. Γίνεται με την εισαγωγή βελόνας ανάμεσα στους σπονδύλους, έπειτα από τοπική αναισθησία. Από τις σχετικές αναλύσεις διαπιστώνεται λοίμωξη, φλεγμονή ή καρκίνος.
- Η παρουσία αίματος στα κόπρανα αποτελεί πάντοτε ένδειξη ότι κάτι δεν λειτουργεί σωστά στο πεπτικό σύστημα. Μια απλή εξέταση για να εξακριβωθεί αν υπάρχει αίμα στα κόπρανα, η λεγόμενη ανάλυση για λανθάνουσα παρουσία αίματος (Mayer κοπράνων), γίνεται με την εναπόθεση μικρής ποσότητας κοπράνων σε ειδικά επεξεργασμένο χαρτί, όπου προστίθενται χημικές ουσίες οι οποίες αποκαλύπτουν το αίμα. Αν βρεθεί αίμα, ενδοσκοπείται το λεπτό ή το παχύ έντερο, ή γίνεται ακτινολογικός έλεγχος έπειτα από λήψη βαρίου.

2.3.3 Απεικονιστικές τεχνικές

Η μελέτη των εικόνων παρέχει τη δυνατότητα να εντοπιστεί ένας όγκος σε κάποιο συγκεκριμένο όργανο και βοηθά το γιατρό να εκτιμήσει το μέγεθος του και να διαπιστώσει αν έχει επεκταθεί στους γύρω ιστούς.⁵

Ακτινογραφία: κατά τη διάρκεια αυτής της γνωστής τεχνικής λήψεως εικόνας, διοχετεύεται μικρή δόση ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας διαμέσου μιας συγκεκριμένης περιοχής του σώματος, η οποία αποτυπώνεται σε φιλμ. Έτσι απεικονίζεται δισδιάστατες οι εσωτερικές δομές του σώματος.

Πυρηνικά σπινθηρογραφήματα: τα ραδιοϊσότοπα που παρέχουν ακτίνες γ μπορούν να δημιουργήσουν εικόνα σε φωτογραφικό φιλμ ή σε σπινθηρογράφο. Μερικά ισότοπα, τα οποία συνήθως εγχέονται δια ενέσεων, κατευθύνονται σε συγκεκριμένα όργανα, συγκεντρώνονται δηλαδή στο σημείο του σώματος για το οποίο υπάρχει υποψία ή ένδειξη καρκίνου.

Αγγειογραφία: αποτελεί έναν πολύ χρήσιμο τρόπο μελέτης των αιμοφόρων αγγείων σε ορισμένες περιοχές του σώματος. Η αγγειογραφία χρησιμοποιείται πολλές φορές για να διαγνωστούν και να εντοπιστούν επακριβώς οι όγκοι του παγκρέατος, του ήπατος και του εγκεφάλου, ιδίως προεγχειρητικά. Χρησιμοποιείται επίσης σε ορισμένες μορφές χημειοθεραπείας, όταν ο καθετήρας εισάγεται σε κάποια αρτηρία για να διοχετεύσει αντικαρκινικά φάρμακα στον όγκο.

Αξονικές τομογραφίες(CT): τα τελευταία χρόνια χάρη στις αξονικές τομογραφίες και με τη βοήθεια του ηλεκτρονικού υπολογιστή, μπορούμε να μελετούμε ανατομικές περιοχές του σώματος οι οποίες ήταν δύσκολο ή και αδύνατο να απεικονιστούν διαφορετικά. Οι παραγόμενες εικόνες είναι κατά πολύ ανώτερες εκείνων που δίνουν οι ακτινογραφίες, είναι δε ακόμη πιο καθαρές, αν πριν από την εξέταση χορηγηθεί από το στόμα ή με ένεση κάποια ακτινοσκιερή ουσία.

Μαγνητική τομογραφία(MRI): σε πολλές περιπτώσεις η εξέταση αυτή συμπληρώνει ή και υποκαθιστά την αξονική τομογραφία. Οι εικόνες μοιάζουν με της αξονικής τομογραφίας, αλλά δεν χρησιμοποιούνται ακτίνες X. Η συσκευή μαγνητικής τομογραφίας χρησιμοποιεί ισχυρό μαγνητικό πεδίο που προξενεί παλμικές δονήσεις σε ορισμένα σωματίδια του σώματος. Ένα εξαιρετικά πολύπλοκος ηλεκτρονικός υπολογιστής μέτρα την αντίδραση και παράγει εικόνες.

Υπερηχογράφημα: αποτελεί μια τελείως αβλαβή και ανώδυνη τεχνική, η οποία δεν είναι διεισδυτική. Κατά την εν λόγω τεχνική, ορισμένες περιοχές της επιδερμίδας επαλείφονται με λεπτό στρώμα πηκτής-ζελέ- και κατόπιν διαμέσου του δέρματος εκπέμπονται υψίσυχνα ηχητικά κύματα προς τα εσωτερικά όργανα. Η περίπλοκη συσκευή υπερήχων σχηματίζει την εικόνα του όργανο στο οποίο ανακυκλώνονται τα ηχητικά κύματα.

2.3.4 Ενδοσκόπηση

Μερικές φορές οι εικόνες δεν είναι αρκετές. Τα τελευταία χρόνια αποκτά συνεχώς μεγαλύτερη αξία η χρήση της απευθείας οπτικής επαφής όχι μόνο για να διαγνωστούν κακοήθεις όγκοι αλλά, σε μερικές περιπτώσεις, και για να υποβοηθηθεί η θεραπευτική αγωγή. Σκληρά και λεπτά ενδοσκοπία χρησιμοποιούνται για την επισκόπηση του εσωτερικού των κοιλιοτήτων του σώματος οι οποίες έχουν φυσικά ανοίγματα. Για να επισκοπηθεί το εσωτερικό των πνευμόνων χρησιμοποιείται ένα βρογχοσκόπιο εισαγόμενο από το στόμα ή τη μύτη, διαμέσου της τραχείας. Ένα κυστεοσκόπιο, εισαγόμενο από την ουρήθρα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εξεταστεί η κύστη. Μερικές φορές χρησιμοποιούνται καθρέπτες μαζί με τα σκληρά ενδοσκόπια για να εξεταστούν οι ρινικές οδοί του πίσω μέρους του στόματος (ρινοφαρυγγοσκόπιο) και του λάρυγγα (λαρυγγοσκόπιο). Εκτός από αυτά, τα εύκαμπτα ενδοσκοπία οπτικών ινών χρησιμοποιούνται πλέον ευρέως. Λειτουργούν με δέσμες από ίνες γυαλιού, οι οποίες λυγίζουν όταν συναντούν γωνίες και παρέχουν τέλειες εικόνες των ιστών στην άλλη τους άκρη. Με τη μέθοδο αυτή εξετάζεται εύκολα και γρήγορα το εσωτερικό των πνευμόνων χωρίς να χρειάζεται να προσφύγουμε σε χειρουργική επέμβαση, η οποία παλαιότερα ήταν απαραίτητη.^{5,19}

Μερικές φορές εφαρμόζονται ευφυείς προσαρμογές των μεθόδων και των εργαλείων της ενδοσκόπησης για να γίνουν εξειδικευμένες διαγνώσεις. Για παράδειγμα, κατά τη λεγόμενη ενδοσκοπική παλινδρόμηση χολαγγειοπαγκρεατογραφία(ERCP), ο γιατρός εισάγει ένα εύκαμπτο ενδοσκόπιο οπτικών ινών στο στομάχι, βλέπει τους πόρους των αγωγών που διοχετεύουν χολή από το ήπαρ, εισάγει ένα σωλήνα διαμέσου των αγωγών αυτών, φωτογραφίζει την ακριβή θέση των όγκων των χοληφόρων οδών και διαπιστώνει αν έχουν προσβληθεί οι εν λόγω αγωγοί.

2.3.5 Κυτταρολογικές εξετάσεις

Η κυτταρολογία είναι απλώς η μελέτη των κυττάρων. Στη διάγνωση του καρκίνου, ο όρος κυτταρολογική εξέταση σημαίνει την εξέταση του κυτταρολογικού υλικού που αφαιρείται από το σώμα. Τα κύτταρα αυτά μπορούν να βγουν με φυσικό τρόπο, λόγω χάρη με απόχρεμψη όταν βήχουμε. Βγαίνουν επίσης με πλύση μιας σωματικής κοιλότητας με διάλυμα χλωριούχου νατρίου(αλάτι)- λόγω χάρη του εσωτερικού της κοιλίας έπειτα από εγχείρηση της κοιλιακής χώρας- ή με απόξεση της επιφάνειας του οργάνου που υποπτευόμαστε ότι έχει προσβληθεί από καρκίνο. Τα κύτταρα που εξάγονται τοποθετούνται σε αντικειμενοφόρες πλάκες στις οποίες προστίθενται μερικές σταγόνες

χρωστικής ουσίας. Ο κυτταρολόγος αναζητεί τη χαρακτηριστική εικόνα των κακοηθών ή προκακοηθών κυττάρων. Ο παθολογοανατόμος επίσης εξετάζει τα πλακίδια για να διαγνώσει καρκίνο ή να αποφανθεί ότι υπάρχει σοβαρή υποψία για καρκίνο. Σε πολλές περιπτώσεις γίνεται μια συνηθισμένη χειρουργική βιοψία για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση.⁵

2.3.6 Ανάλυση μυελού των οστών

Ο μυελός των οστών υποβάλλεται σε ανάλυση για να διαγνωστεί αν πάσχει ο ίδιος από καρκίνο ή αν έχει σημειωθεί μετάσταση από άλλη περιοχή του σώματος. Η διαδικασία είναι απλή και σύντομη. Μπορεί να γίνει στο ιατρείο με τοπική αναισθησία, όμοια μ' εκείνη που χρησιμοποιεί ο οδοντίατρος. Η διαδικασία μοιάζει με την αιμοληψία στο χέρι. Εισάγεται μια βελόνα στο στέρνο ή στο οστόν της λεκάνης που βρίσκονται και τα δυο υποδερμικά και τρυπιούνται εύκολα. Με τη σύριγγα αναρροφάται μικρή ποσότητα υγρού του μυελού η οποία τοποθετείται σε αντικειμενοφόρες πλάκες και εξετάζεται μικροσκοπικά για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν στοιχεία λευχαιμίας, λεμφώματος ή άλλου είδους καρκινικά κύτταρα.^{1,5}

Μερικές φορές απαιτείται βιοψία του μυελού των οστών. Μια ειδική τέμνουσα βελόνα εισάγεται σε αναισθητοποιημένη περιοχή του οστού της λεκάνης, απ' όπου αφαιρούνται λεπτά τμήματα οστού. Έτσι τίθεται η διάγνωση ορισμένων τύπων καρκίνου του αίματος και του μυελού των οστών ή διαπιστώνεται αν άλλοι καρκίνοι έχουν προσβάλει το μυελό. Η ίδια διαδικασία χρησιμοποιείται και για τη σταδιοποίηση του καρκίνου.

Ο μυελός των οστών εξετάζεται επίσης για να ελεγχτούν τυχόν μολύνσεις, να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής και, τέλος. Για να διαπιστωθεί αν ο μυελός θα ήταν ικανός να παραγάγει αιμοσφαίρια υπό την επίδραση μιας έντονης χημικοθεραπευτικής αγωγής.

2.3.7 Βιοψία

Ως τελευταίο μέσο για τη διάγνωση του καρκίνου χρησιμοποιείται η εξέταση μικρού τμήματος ιστού για να διαπιστωθεί αν αυτό έχει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και περιέχει τους τύπους των κυττάρων που καθορίζουν έναν καρκίνο. Αναμφισβήτητα, ο αποτελεσματικότερος τρόπος διάγνωσης για μια ύποπτη περιοχή είναι η βιοψία πριν από κάθε εργαστηριακή εξέταση. Υπάρχουν δυο είδη βιοψίας:⁵

- Με τομή του όγκου και αφαίρεση ενός τμήματος του και στην συνέχεια συρραφή της περιοχής.

- Με ολική αφαίρεση του όγκου.

Η δεύτερη μέθοδος χρησιμοποιείται για όγκους που βρίσκονται σε προσιτά σημεία, όπως το δέρμα, το στόμιο, η ρινική κοιλότητα, οι λεμφαδένες ή τα γεννητικά όργανα της γυναίκας.

Στους ευπρόσιτους όγκους άλλα και σε άλλους που βρίσκονται στο εσωτερικό του σώματος- νεφρά, πάγκρεας κ.α.- εφαρμόζεται η βιοψία δια βελόνης. Αναισθητοποιείται η επιδερμίδα και οι υποκείμενοι ιστοί της εξεταζόμενης περιοχής. Κατόπιν εισάγεται μια πολύ λεπτή βελόνα με κατεύθυνση προς τον όγκο και ανασύρεται μικρό κομμάτι του ιστού για εξέταση. Η μέθοδος ονομάζεται αναρρόφηση δια λεπτής βελόνης (FNA). Καταβάλλεται ιδιαίτερη προσοχή να εισαχθεί η βελόνα κατευθείαν μέσα στον όγκο. Γι' αυτό ακριβώς οι εν λόγω βιοψίες, ιδίως των εσωτερικών περιοχών, διεξάγονται κατά προτίμηση στο ακτινολογικό τμήμα, όπου με τη βοήθεια ακτινολογικού μηχανήματος ή αξονικού τομογράφου, απεικονίζεται επακριβώς η θέση και η πορεία της βελόνας. Μόλις γίνει η βιοψία και επιβεβαιωθεί η διάγνωση, πρέπει να ολοκληρωθεί σύντομα η ιατρική αξιολόγηση. Στο σημείο αυτό ξεκινά ο προγραμματισμός της θεραπευτικής αγωγής.⁵



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο
Πρόληψη - Θεραπεία

3.1 Πρωτογενής πρόληψη καρκίνου

Πρωτογενής πρόληψη είναι ο έλεγχος όλων των παραγόντων που είναι γνωστό ότι προκαλούν τον καρκίνο στον άνθρωπο, συνιστάται δηλαδή στην παρεμπόδιση της έκθεσης του ανθρώπου στις επιδράσεις τέτοιων παραγόντων. Αν η έκθεση δεν είναι δυνατό να προληφθεί τελείως, θα πρέπει να μειώνεται σε βαθμό ώστε να επιτυγχάνεται ο μικρότερος δυνατός κίνδυνος. Αν σκεφτούμε ότι το 70% - 80% όλων των καρκίνων προκαλούνται από περιβαλλοντικούς παράγοντες, η αποφυγή αυτών των παραγόντων θα πρέπει να οδηγήσει σε τεράστια ελάττωση της συχνότητας του καρκίνου. Στην αποφυγή πολλών καρκινογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος εμπλέκεται σε μεγάλο βαθμό η προσωπική επιλογή ή «διαμόρφωση του τρόπου ζωής» του ατόμου. Η διαμόρφωση, πάλι, της «ατομικής επιλογής» και του «προσωπικού τρόπου ζωής» σχετίζεται άμεσα και έμμεσα με ένα πλήθος από ιατρικούς, κοινωνικούς, πολιτικούς, οικονομικούς, μορφωτικούς και άλλους παράγοντες. Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αίτια του καρκίνου μπορεί να θεωρηθούν: ο καπνός και τα προϊόντα καπνού, το οινόπνευμα, επαγγελματικοί και ιατρογενείς παράγοντες, ηλιακό φως, δίαιτα και παχυσαρκία.^{19,20}

3.1.1 Δευτερογενής πρόληψη καρκίνου

Οι μαζικές εξετάσεις (screening) ασυμπτωματικών ατόμων μπορούν να οδηγήσουν σε διάγνωση μέχρι 2 χρόνια νωρίτερα από την εποχή κατά την οποία θα οδηγούσαν στην διάγνωση τα συμπτώματα. Η διαπίστωση της παρουσίας καρκίνου με το πρωιμότερο δυνατό σημείο ή σύμπτωμα θα πρέπει να έχει ως αποτέλεσμα τη διαπίστωση του καρκίνου στα αρχικά στάδια, πριν δηλαδή αυξηθούν πολύ οι πιθανότητες εξάπλωσης και κατάληξης στο θάνατο. Καθώς οι μαζικές εξετάσεις και η έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου γίνονται ολοένα και περισσότερο περιεκτικές και αποτελεσματικές σε σύγκριση με το κόστος τους, η χρησιμοποίησή τους θα πρέπει να οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση των ποσοστών ίασης του καρκίνου.²¹

Οι παράγοντες που εμπλέκονται στην ανάπτυξη προγραμμάτων μαζικών εξετάσεων αποκλεισμού και η τρέχουσα χρησιμότητα αυτών των προγραμμάτων συζητούνται στα κεφάλαια «Μαζικές εξετάσεις» και «Έγκαιρη διάγνωση». Είναι σαφές ότι η σωστή χρήση του επιχρίσματος κατά Παπανικολάου για την διάγνωση του τραχήλου της μήτρας θα μπορούσε σχεδόν να τον εξαφανίσει ως αίτια θανάτου (υπ' όψη τα αποτελέσματα του στην Ιρλανδία). Είναι επίσης σαφές ότι και οι θάνατοι από καρκίνο του μαστού θα μπορούσαν να μειωθούν ίσως και κατά 30% με τη σωστή εφαρμογή μαζικών εξετάσεων

που συνιστάται σε κλινική εξέταση και μαστογραφία. Τέλος, είναι σαφές ότι η δημόσια και επαγγελματική εκπαίδευση στα θέματα της διάγνωσης του μελανώματος μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση των ποσοστών ίασης του νεοπλάσματος.^{19,20}

3.2 Η θεραπεία του καρκίνου

Η θεραπεία βρίσκεται σε άμεση σχέση με την διάγνωση και σταδιοποίηση του όγκου αλλά και την γενική κατάσταση του ασθενούς και με σεβασμό στην επιθυμία του ίδιου ή των οικείων του σε περίπτωση ανικανότητας δικαιοπραξίας. Η θεραπεία μπορεί να διαχωριστεί περαιτέρω σε θεραπευτική, παρηγορική και επικουρική. Με την έννοια θεραπευτική εννοούμε την θεραπεία που στόχο έχει να θεραπεύσει τον όγκο αυξάνοντας κατά το μέγιστο το προσδόκιμο επιβίωσης αλλά και την ποιότητα ζωής. Με τον όρο παρηγορική θεραπεία ορίζεται η φροντίδα των ασθενών που δεν ανταποκρίνεται πλέον στην θεραπευτική αγωγή ή δεν επιδέχονται θεραπείας. Στόχος η καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής, συμπτωματική αντιμετώπιση των προβλημάτων που ανακύπτουν (πόνος, ναυτία κτλ) καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους. Επικουρική ορίζεται η θεραπεία που χορηγείται σε απουσία μακροσκοπικών ενδείξεων μεταστάσεων σε ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο υποτροπής από μικρομεταστάσεις.²²

3.2.1 Χειρουργική θεραπεία

Η εγχείρηση είναι εδώ και καιρό ο θεμελιώδης λίθος της θεραπείας του καρκίνου. Ο σκοπός κάθε εγχείρησης μπορεί να ποικίλλει. Μπορεί να γίνει, για να εξακριβωθεί αν κάποιος όγκος είναι κακοήθης, για να αφαιρεθεί ένας καρκινικός όγκος ή για να εξακριβωθεί η εξάπλωση των καρκινικών κυττάρων σε άλλα μέρη του σώματος. Μερικές φορές η εγχείρηση σκοπεύει κυρίως στην αντιμετώπιση μιας απόφραξης, για παράδειγμα, αφαιρείται ένας όγκος που αποφράσσει το χοληδόχο πόρο. Άλλες φορές, όταν δεν είναι δυνατό να αφαιρεθεί όλος ο καρκινικός όγκος, ο χειρουργός μπορεί να αφαιρέσει όσον το δυνατό περισσότερο (διαδικασία μείωσης του όγκου), για να κάνει τη χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία πιο αποτελεσματική. Η εγχείρηση είναι πιο αποτελεσματική, αν ο καρκίνος αντιμετωπίζεται σε μια τοποθεσία (τοπικός). Μερικές φορές, ωστόσο, τα καρκινικά κύτταρα εξαπλώνονται από το μέρος που εμφανίζονται αρχικά (πρωτογενής όγκος) και ταξιδεύουν μέσα στο αίμα ή το λεμφικό σύστημα, για να σχηματίσουν δευτερογενείς όγκους (μεταστάσεις). Αν τα κύτταρα εξαπλωθούν, πριν αφαιρεθεί ο πρωτογενής όγκος, ο καρκίνος μπορεί να εμφανισθεί και σε άλλα μέρη, ακόμα και αφού έχει αφαιρεθεί ο πρωτογενής όγκος.^{1,21}

Οι μεταστατικοί καρκίνοι εξακολουθούν να ονομάζονται ανάλογα με την πρωτογενή τοποθεσία του καρκίνου. Για παράδειγμα, ο καρκίνος του μαστού που έχει εξαπλωθεί στους πνεύμονες, ονομάζεται μετάσταση του καρκίνου του μαστού και όχι καρκίνος των πνευμόνων. Αν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί πολύ, τότε η εγχείρηση σπανίως μπορεί να τον θεραπεύσει. Κάποιες φορές εμφανίζεται μόνο ένας μεταστατικός όγκος μετά την αφαίρεση του πρωτογενούς καρκίνου και σε κάποιες περιπτώσεις η χειρουργική αφαίρεση αυτής της μονηρούς βλάβης μπορεί να οδηγήσει σε ολοκληρωτική ίαση. Αυτή η κατάσταση μπορεί να συμβεί μεταξύ άλλων σε άτομα με καρκίνο του παχέος εντέρου ή των όρχεων. Οι μεταστατικοί όγκοι στις περισσότερες από αυτές τις περιπτώσεις βρίσκονται στον πνεύμονα, στο ήπαρ ή τον εγκέφαλο.^{22,23,24}

3.2.2 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοβολία είναι άλλη μια επιλογή για την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Ακτινοθεραπεία ή ακτινοβολία (ακτίνες X ράδιο), καλείται η χρήση ιοντίζουσας ακτινοβολίας για την θανάτωση των καρκινικών κυττάρων και την μείωση του μεγέθους του όγκου. Προκαλεί καταστροφή των κυττάρων στο πεδίο ακτινοβόλησης, μέσω βλάβης του γενετικού υλικού ώστε να καταστεί αδύνατη η περαιτέρω ανάπτυξη και κυτταρική διαίρεση. Εφαρμόζεται σε περιοχές του σώματος ή εισάγεται στον καρκινικό όγκο με μορφή βελόνων ή προσλαμβάνεται εκλεκτικά το ραδιενεργό ισότοπο στο πάσχον όργανο. Η συνήθης ακτινοθεραπεία χορηγείται μια φορά την ημέρα και διαρκεί συνολικά 4-8 εβδομάδες. Η ακτινοθεραπεία είναι η πρώτη μη χειρουργική θεραπευτική μέθοδος κατά του καρκίνου. Η χρησιμοποίηση της μετά την ανακάλυψη των ακτίνων X και του ραδίου (1896-1898 αντίστοιχα), διεύρυνε το θεραπευτικό οπλοστάσιο της ιατρικής, χαρίζοντας μεγαλύτερες επιβιώσεις ή ιάσεις αλλά και καλύτερη ποιότητα ζωής.²⁵

Η ακτινοθεραπεία ονομάζεται επίσης ραδιοθεραπεία, θεραπεία με ακτίνες X, θεραπεία με κοβάλτιο ή ακτινοβόληση, μπορεί να αποτελεί ένα μέρος της θεραπευτικής αγωγής ή να είναι η μοναδική μορφή θεραπείας. Η ακτινοβολία επηρεάζει μόνο τα καρκινικά κύτταρα που βρίσκονται στην περιοχή του σώματος (πεδίο) που δέχεται την ακτινοβολία. Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται μερικές φορές για να συρρικνώσει έναν καρκινικό όγκο πριν την εγχείρηση ή για να καταστρέψει τα εναπομείναντα καρκινικά κύτταρα μετά την εγχείρηση σε συνδυασμό με αντικαρκινικά φάρμακα ή μόνη της. Η ακτινοθεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε συγκεκριμένους τύπους τοπικών καρκίνων, όπως είναι οι κακοήθεις όγκοι των λεμφαδένων ή των φωνητικών χορδών. Όπως και με την εγχείρηση, η ακτινοθεραπεία δεν είναι συνήθως θεραπευτική αν τα καρκινικά κύτταρα

έχουν εξαπλωθεί σε ολόκληρο το σώμα ή εκτός του πεδίου της ακτινοβολίας. Μπορεί να συνεχιστεί, ακόμα κι αν δεν είναι πιθανή η πλήρης ίαση, για να μειώσει τα σημεία και τα συμπτώματα που προκαλεί ο καρκίνος, όπως είναι η πίεση, ο πόνος και η αιμορραγία.

Σε γενικές γραμμές η ακτινοβολία προκαλεί λιγότερες σωματικές παραμορφώσεις σε σχέση με τη ριζική εγχείρηση, αλλά μπορεί να έχει έντονες παρενέργειες, όπως ερεθισμό ή σκλήρυνση του δέρματος, δυσκολία στην κατάποση, ξηροστομία, ναυτία, διάρροια, τριχόπτωση και καταβολή. Η σοβαρότητα και η έκταση αυτών των παρενεργειών εξαρτάται από το μέρος που γίνεται και την ποσότητα της ακτινοβολίας που χρησιμοποιείται.²⁴

3.2.3 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι μία αντικαρκινική θεραπεία με φάρμακα που μπορούν να καταστρέψουν τα καρκινικά κύτταρα. Χημειοθεραπεία είναι η συστηματική χρήση φαρμάκων για την θεραπεία του καρκίνου. Αυτά τα φάρμακα συχνά αποκαλούνται "αντικαρκινικά" φάρμακα. Χρησιμοποιούνται διάφορες κατηγορίες φαρμάκων που δρουν στα καρκινικά κύτταρα αλλά επηρεάζουν και τα υγιή (απόπτωση τριχών κεφαλής). Ιάσιμες θεωρούνται με την χημειοθεραπεία ορισμένες μορφές καρκίνου όπως το χοριοκαρκίνωμα, σεμίνωμα, λέμφωμα Burkitt, λεμφοβλαστική λευχαιμία κλπ. Το φάρμακο χορηγείται γενικά με ένεση ή ενδοφλεβίως. Σε μερικούς τύπους κακοήθειας, όπως στη νόσο του Hodgkin, στη λευχαιμία και στον καρκίνο των όρχεων, η χημειοθεραπεία μπορεί να πετύχει πλήρη ανάρρωση, ακόμα κι αν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί. Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο υποβάλλονται σήμερα σε χημειοθεραπεία σε αρχικό ή σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, με σκοπό είτε την ίαση ή την ανακούφιση. Οι περισσότερες επιτυχίες της χημειοθεραπείας οφείλονται στην χορήγηση πολλών και όχι ενός φαρμάκου. Σήμερα υπάρχουν τουλάχιστον 80 είδη διαφορετικών χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.^{25,26}

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται πιο συχνά μετά από μια επέμβαση για αφαίρεση του καρκίνου, ακόμα κι αν δεν υπάρχουν σημεία ότι ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί. Αυτό ονομάζεται επικουρική χημειοθεραπεία. Σε μερικούς καρκίνους, ιδιαίτερα του μαστού και του παχέος εντέρου, η επικουρική χημειοθεραπεία έχει δείξει ότι μειώνει τις πιθανότητες επανεμφάνισης του καρκίνου. Και τα άτομα με καρκίνο που κάνουν αυτή τη θεραπεία ζουν γενικά περισσότερο σε σχέση με αυτούς που δεν την κάνουν. Η χημειοθεραπεία μπορεί να γίνει και πριν από μια επέμβαση, για να συρρικνώσει τον καρκίνο και να κάνει την επέμβαση πιο εύκολη ή πιο αποτελεσματική.²⁷ Αυτή ονομάζεται προεγχειρητική

χημειοθεραπεία και χρησιμοποιείται για καρκίνους στο κεφάλι, στο λάρυγγα και στο στήθος. Σε περιπτώσεις που ο καρκίνος δεν μπορεί να θεραπευτεί η χημειοθεραπεία μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής. Αυτή ονομάζεται παρηγορητική χημειοθεραπεία. Η χημειοθεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση περισσότερων από ένα φαρμάκων. Η συνδυαστική χημειοθεραπεία αφορά τη χορήγηση μιας ομάδας φαρμάκων που δρουν ταυτόχρονα, για να σκοτώσουν τα καρκινικά κύτταρα. Το μειονέκτημα των αντικαρκινικών φαρμάκων είναι ότι συχνά επηρεάζουν και τα φυσιολογικά κύτταρα εκτός από τα καρκινικά.^{27,28}

Τα φυσιολογικά κύτταρα που είναι πιθανότερο να επηρεαστούν είναι αυτά που διαιρούνται γρήγορα, όπως αυτά που βρίσκονται στο μυελό των οστών, στο βλεννογόνο της γαστρεντερικής οδού, στο αναπαραγωγικό σύστημα και στους θύλακες των τριχών. Αφού ολοκληρωθεί η θεραπεία, αυτά τα κύτταρα συνήθως αναρρώνουν. Τα φάρμακα της χημειοθεραπείας μπορούν να χωριστούν σε διάφορες κατηγορίες, ανάλογα με τον τρόπο δράσης τους, τη χημική δομή τους και τη σχέση τους με άλλα φάρμακα. Η γνώση του τρόπου δράσης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είναι σημαντική για τον καθορισμό των πιθανών παρενεργειών, αλλά και για να ξέρουν οι ογκολόγοι ποια φάρμακα είναι πιθανότερο να δράσουν καλύτερα σε συνδυασμό μεταξύ τους. Επιπλέον, η πληροφορία αυτή τους βοηθά να καθορίσουν με ποια σειρά και πόσο συχνά θα πρέπει να χορηγείται κάθε φάρμακο του χημειοθεραπευτικού σχήματος που τυχόν θα επιλέξουν.²⁹

3.2.4 Ανοσοθεραπεία

Το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού μας λειτουργεί σαν σύστημα παρακολούθησης για την προστασία από αυτά που αντιλαμβάνεται ως ξένες ουσίες. Για παράδειγμα, όταν το ανοσοποιητικό μας σύστημα εντοπίζει βλαβερά βακτήρια ή έναν ιό μέσα στο σώμα μας, αντιδρά παράγοντας συγκεκριμένες πρωτεΐνες (αντισώματα) που επιτίθενται και καταστρέφουν τους εισβολείς. Το ανοσοποιητικό μας σύστημα αντιμετωπίζει επίσης τα καρκινικά κύτταρα ως ξένους εισβολείς, αλλά εξαιτίας κάποιας αποτυχίας του συστήματος συχνά δεν αναγνωρίζει τα καρκινικά κύτταρα. Για χρόνια οι ερευνητές αναζητούν τρόπους, για να βελτιώσουν την αντίδραση της φυσικής άμυνας του οργανισμού στα καρκινικά κύτταρα.¹ Η χρήση του ανοσοποιητικού συστήματος για την επίθεση και την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων ονομάζεται ανοσοθεραπεία.¹ Η ανοσοθεραπεία αποτελεί τύπο θεραπείας που έχει στόχο, την τροποποίηση της δραστηριότητας του ανοσοποιητικού συστήματος και την πρόκληση αλλαγών στην ανοσολογική απάντηση απέναντι στο νεόπλασμα. Ενεργοποιεί και κατευθύνει το

ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού, να καταπολεμήσει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Άλλα ονόματα για αυτή τη μέθοδο είναι βιολογική θεραπεία, βιοθεραπεία ή θεραπεία μετατροπής βιολογικής αντίδρασης. Η ανοσοθεραπεία μπορεί να γίνει μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες για τον καρκίνο.³⁰

Οι βιολογικές θεραπείες ως «έξυπνες βόμβες» κατευθύνονται σε ειδικούς στόχους στα καρκινικά κύτταρα, αφήνοντας ανεπηρέαστα τα φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού. Κατ' αυτόν τον τρόπο η θεραπεία γίνεται περισσότερο συγκεκριμένη, πιο ειδική και λιγότερο τοξική. Μια παραλλαγή της ανοσοθεραπείας είναι η χορήγηση ουσιών που διεγείρουν το ανοσοποιητικό σύστημα με ειδικές ανοσορρυθμιστικές ουσίες. Δυο τέτοιες ουσίες χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με την εγχείρηση για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστεως και για προχωρημένο καρκίνο του παχέος εντέρου. Μια άλλη παραλλαγή είναι η παραγωγή στο εργαστήριο συγκεκριμένων πρωτεϊνών του ανοσοποιητικού συστήματος (κυτταροκίνες) και στη συνέχεια η χρήση τους στη θεραπεία. Αυτές οι πρωτεΐνες που ονομάζονται μετατροπείς βιολογικής αντίδρασης (BRM) αποτελούν την πλειονότητα των ανοσοθεραπευτικών ουσιών που χρησιμοποιούνται ή μελετώνται σήμερα. Αυτές είναι: ιντερφερόνες, ιντερλευκίνες, αυξητικοί παράγοντες, μονοκλωνικά αντισώματα και εμβόλια.^{1,5}

3.2.5 Ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία χρησιμοποιείται για τους ορμονοευαίσθητους όγκους όπως καρκίνος του προστάτη, καρκίνος του μαστού, καρκίνος του ενδομητρίου. Η ορμονοθεραπεία είναι μια αντικαρκινική θεραπεία που αναστέλλει την έκκριση ορμονών ή εμποδίζει τη δράση τους δυσχεραίνοντας έτσι την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Οι ορμόνες είναι χημικές ουσίες που παράγονται από τους ενδοκρινείς αδένες του σώματος, εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος και από εκεί φτάνουν σε κάθε όργανο και ιστό για να επιτελέσουν το έργο τους. Η ορμόνη τεστοστερόνη, λ.χ., παράγεται από τους όρχεις και είναι υπεύθυνη για τα ανδρικά χαρακτηριστικά όπως η μεγέθυνση των γεννητικών οργάνων, η βαθιά φωνή και η αυξημένη τριχοφυΐα. Η χρήση ορμονοθεραπείας για την αντιμετώπιση του καρκίνου βασίζεται στην παρατήρηση ότι στην επιφάνεια ορισμένων καρκινικών κυττάρων υπάρχουν υποδοχείς συγκεκριμένων ορμονών, οι οποίες είναι απαραίτητες για την ανάπτυξή τους. Οί όγκοι που εξαρτώνται από ορμόνες για να αναπτυχθούν λέγονται ορμονοεξαρτώμενοι.^{1,5}

Η αντικαρκινική ορμονοθεραπεία μπορεί να δράσει εμποδίζοντας την παραγωγή συγκεκριμένων ορμονών στον οργανισμό, δεσμεύοντας τους ορμονικούς υποδοχείς στην

επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων ή υποκαθιστώντας τις φυσικές ορμόνες με χημικώς όμοιές τους, τις οποίες όμως δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα καρκινικά κύτταρα. Ουδιαφορετικές ομάδες ορμονοθεραπείας ταξινομούνται ανάλογα με τη δράση και/ή τον τύπο της ορμόνης που επηρεάζουν. Ας σημειωθεί ότι άλλα από τα ορμονικά φάρμακα είναι ειδικά παρασκευασμένα για τον καρκίνο και άλλα έχουν πολλές άλλες, μη ογκολογικές χρήσεις. Οι ορμόνες που χορηγούνται για την καταπολέμηση του καρκίνου είναι πολλές και ποικίλες: Αναστολείς επινεφριδικών στεροειδών, Ανδρογόνα, Αντιανδρογόνα, Ρυθμιστές του SERM - Selective Estrogen Response Modulators (Εκλεκτικοί τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων), Οιστρογόνα, Ανταγωνιστές της LHRH και Προγεστερινοειδή ή προγεσταγόνα⁵

3.3 Μεταμόσχευση μυελού των οστών

Η μεταμόσχευση μυελού των οστών χρησιμοποιείται για την αντικατάσταση των κυττάρων του μυελού των οστών που έχει καταστραφεί από την ακτινοβολία ή τη χημειοθεραπεία. Σε περίπτωση που ο μυελός των οστών ανεπαρκεί, έχει καταστραφεί ή διηθηθεί από κακοήθη κύτταρα, εκδηλώνονται σοβαρότατα αιματολογικά νοσήματα, όπως λευχαιμία, μυελική απλασία κ.ά. Κατά την επέμβαση λαμβάνεται μια ποσότητα αρχέγονων κυττάρων ανώριμα κύτταρα που δεν έχουν ακόμα διαφοροποιηθεί στα διάφορα είδη των κυττάρων του αίματος. Η αντιμετώπιση των νοσημάτων αυτών επιχειρείται με διάφορα φαρμακευτικά σχήματα, αλλά πολλές φορές η μόνη θεραπεία είναι η μεταμόσχευση, δηλαδή η αντικατάσταση του πάσχοντος μυελού με μυελό που θα του δημιουργηθεί αν του μεταμοσχευθούν αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα από έναν συμβατό με αυτόν, υγιή δότη.³⁰

Μπορεί να λάβουμε τα δικά μας αρχέγονα κύτταρα (αυτόλογη μεταμόσχευση), αρχέγονα κύτταρα από ένα μονωογενή δίδυμο, αν έχουμε (συγγενής μεταμόσχευση) ή αρχέγονα κύτταρα από ένα αδελφό ή γονέα ή ακόμα και από κάποιο δότη που δεν έχει συγγένεια (αλλογενής μεταμόσχευση). Για τη μεταμόσχευση μπορεί να χρησιμοποιηθούν είτε μυελός των οστών του δότη είτε κύτταρα από το περιφερικό του αίμα. Το προϊόν της συλλογής υφίσταται επεξεργασία και τελικά το μόσχευμα των αιμοποιητικών κυττάρων χορηγείται στον ασθενή με ενδοφλέβια έγχυση (σαν μετάγγιση αίματος).¹

Στη περίπτωση χρησιμοποίησης μονάδων ομφαλοπλακουντιακού αίματος, αυτές έχουν σύλλεγει από τον ομφάλιο λώρο νεογέννητων και μετά την επεξεργασία που έχουν υποστεί, φυλάσσονται καταψυγμένες στις ειδικές "Τράπεζες", ώστε να χορηγηθούν και πάλι με ενδοφλέβια έγχυση στους ασθενείς για τους οποίους είναι κατάλληλες. Η γνώση

ότι μπορούμε να έχουμε μια πηγή υγιών αρχέγονων κυττάρων επιτρέπει στον γιατρό τη χρήση μεγαλύτερων δόσεων χημειοθεραπείας ή ακτινοβολίας. Η μεταμόσχευση μυελού των οστών χρησιμοποιείται συχνά στη θεραπεία της λευχαιμίας και του λεμφώματος.⁵

3.4 Θεραπεία με υπερθερμία

Η θεραπεία του καρκίνου αποτελεί για αιώνες μια από τις σημαντικότερες επιδιώξεις στην ιατρική επιστήμη. Η Υπερθερμία αποτελεί μια μέθοδο για τη θεραπεία του καρκίνου, η χρήση της οποίας έχει αναφερθεί εδώ και χιλιάδες χρόνια. Κλινικά η υπερθερμία ορίζεται ως η ανύψωση της θερμοκρασίας τοπικά – περιοχικά πέρα από το φυσιολογικό σε εύρος 42°C ως 45°C, ή συστηματικά σε όλο το σώμα σε εύρος 41.5°C – 41.8°C χωρίς να προκαλεί σοβαρά τοξικά φαινόμενα. Σαν μέθοδο διαφέρει από το θερμοκαυτηριασμό και τη χειρουργική διαθερμία όσον αφορά τον τρόπο δράσης: οι δύο αυτές μέθοδοι χρησιμοποιούν θερμοκρασίες άνω των 45°C και βασίζονται στην άμεση καταστροφή των κυττάρων, ενώ η υπερθερμία έχει βιολογικό τρόπο δράσης που βασίζεται στην autólυση των κυττάρων και στην αδυναμία πολλαπλασιασμού τους.^{1,5}

3.4.1 Θεραπεία με Κρυοπηξία

Η κρυοπηξία είναι το αντίθετο από τη θεραπεία της υπερθερμίας. Χρησιμοποιεί υπερβολικό ψύχος, για να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα. Η κρυοπηξία είναι η εφαρμογή υγρού αζώτου σε έναν όγκο. Χρησιμοποιείται συνήθως για την αντιμετώπιση καρκίνου του δέρματος αρχικού σταδίου και προκαρκινικών παθήσεων του δέρματος αλλά και στον καρκίνου του αμφιβληστροειδή (ρετινοβλάστωμα). Οι ερευνητές μελετούν την κρυοπηξία ως πιθανή θεραπεία για κάποιους εσωτερικούς καρκίνους, όπως αυτούς που προσβάλλουν τον προστάτη και το ήπαρ. Γι' αυτούς τους καρκίνους το υγρό άζωτο φτάνει στον όγκο μέσω μιας συσκευής που ονομάζεται κρυόδιο.⁵

3.4.2 Θεραπεία μέσω των Αναστολέων αγγειογένεσης

Όλοι οι όγκοι απαιτούν την ανάπτυξη νέων αιμοφόρων αγγείων, για να παρέχουν οξυγόνο θρεπτικά συστατικά στα κύτταρά τους, έτσι ώστε να μπορέσουν να μεγαλώσουν. Ο σχηματισμός νέων αιμοφόρων αγγείων ονομάζεται αγγειογένεση. Οι επιστήμονες μελετούν τη χρήση φυσικών και συνθετικών αναστολέων της αγγειογένεσης με σκοπό τη συρρίκνωση των όγκων ή για να τους εμποδίσουν να μεγαλώσουν σταματώντας το σχηματισμό νέων αιμοφόρων αγγείων.⁵

3.5 Παρενέργειες Θεραπειών

Οι θεραπείες που γίνονται σε ασθενείς με καρκίνο, μπορούν να δημιουργήσουν κάποιες παρενέργειες. Με τις θεραπείες αυτές μπορεί να είναι στόχος τα καρκινικά κύτταρα, αλλά δυστυχώς καταστρέφονται προσωρινά και πολλά υγιή. Έτσι εξηγούνται και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των θεραπειών αυτών. Στην θεραπεία του καρκίνου περιλαμβάνονται η εγχείρηση, η ακτινοβολία, η χημειοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία και η μεταμόσχευση μυελού των οστών. Ανάλογα με το είδος και τη θέση του καρκίνου, το στάδιο το οποίο βρίσκεται η νόσος, την ηλικία και τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς, επιλέγεται και η κατάλληλη θεραπεία. Συχνά γίνεται και συνδυασμός των προαναφερόμενων ειδών θεραπείας. Αυτές οι θεραπείες στοχεύουν στην καταστροφή των γρήγορα διαιρούμενων καρκινικών κύτταρων, αλλά παράλληλα μπορεί να επηρεάσουν και τα υγιή κύτταρα του οργανισμού. Υγιή κύτταρα που φυσιολογικά αναπτύσσονται και διαιρούνται είναι αυτά του στόματος, του γαστρεντερικού σωλήνα και των μαλλιών. Αυτά είναι που επηρεάζονται συχνότερα από τις καρκινικές θεραπείες. Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειώσουμε ότι: οι παρενέργειες των θεραπειών διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Αυτό έχει να κάνει με πολλούς παράγοντες όπως για παράδειγμα από την δόση της ακτινοβολίας ή από τον συνδυασμό των φαρμάκων κατά την χημειοθεραπεία. Δεν εμφανίζουν όλοι οι ασθενείς παρενέργειες κατά την διάρκεια των θεραπειών και όταν εμφανιστούν, συνήθως σταματούν με το πέρας της θεραπείας.⁵

Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς έχει μεγάλη σημασία. Πολλές από τις παρενέργειες, είναι πιθανό να οφείλονται όχι στην θεραπεία αυτή καθεαυτή, αλλά στο άγχος, την ανησυχία και το φόβο που αισθάνεται ο ασθενής. Η ψυχολογική υποστήριξη από το συγγενικό περιβάλλον και τον ειδικό παίζει μεγάλο ρόλο στη διαδικασία. Υπάρχουν τρόποι και προφυλάξεις που βοηθούν σημαντικά στην μείωση των παρενεργειών. Όλα αυτά βέβαια υπό την καθοδήγηση και επίβλεψη του προσωπικού γιατρού του ασθενούς. Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να ενημερώσει τον ασθενή για όλες τις παρενέργειες που τυχόν προκύψουν από τις θεραπείες. Τις απορίες τους οι ασθενείς θα πρέπει να τις θέτουν υπόψη του θεράποντος ιατρού και όχι σε άλλους ασθενείς ή φίλους, ή ακόμη σε άλλους ιατρούς. Μόνο ο θεράπων ιατρός μπορεί να δώσει τις κατάλληλες πληροφορίες. Όλα τα συμπτώματα υποχωρούν σταδιακά μετά το πέρας των θεραπειών³⁰

3.5.1 Παρενέργειες Ακτινοβολίας

Ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν θεραπεία ακτινοβολίας για τον καρκίνο θα υποστούν κάποιες παρενέργειες, αλλά υπάρχουν τρόποι ελαχιστοποίησης του αντίκτυπου. Οι παρενέργειες της ακτινοβολίας διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή και η διαφορά αυτή εξαρτάται από τη δόση της θεραπείας και από την περιοχή που θεραπεύεται. Υπάρχουν επίσης και άλλοι παράγοντες, όπως η τυχόν χημειοθεραπεία που προηγήθηκε η οποία μπορεί να συμβάλλει στο βαθμό της αντίδρασης του οργανισμού. Από την άλλη πλευρά, μερικές προφυλάξεις βοηθούν στη μείωση του αριθμού των παρενεργειών. Με την ακτινοθεραπεία, παράλληλα με τα καρκινικά καταστρέφονται προσωρινά και αρκετά υγιή κύτταρα. Έτσι εξηγούνται και οι ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοβολίας. Οι παρενέργειες συνήθως είναι ήπιες, αλλά ορισμένες φορές μπορεί να είναι πιο έντονες, κάτι που εξαρτάται από την ένταση και τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας. Ναυτία, εμετός, κούραση, καταβολή, πόνος στο στήθος, συμπτώματα γρίπης, δυσκολία στη κατάποση είναι οι πιο συχνά παρατηρούμενες παρενέργειες. Ο ιατρός θα χορηγήσει, όταν απαιτείται, φάρμακα για την καταπολέμηση τους και θα δώσει οδηγίες για τη λήψη υγρών και στερεών τροφών. Το δέρμα μπορεί να κοκκινίσει ή και να ξεφλουδίσει, αλλά αν το φροντίσουμε κατάλληλα η αντίδραση αυτή μπορεί να μειωθεί. Αν το δέρμα ερεθίζεται, ο ιατρός θα δώσει μια ειδική κρέμα.²⁴

Περιστασιακά στα σημεία εισόδου της ακτινοβολίας παρατηρείται απώλεια μικρού ποσοστού της τρίχας (αλωπεκία). Αυτό όμως αποκαθιστάται μετά το τέλος των θεραπειών. Υπάρχουν και άλλες παρενέργειες τις οποίες όμως μπορεί να μην αισθάνεται ο ασθενής αλλά που είναι και αυτές σημαντικές, όπως η μείωση των ερυθρών και των λευκών αιμοσφαιρίων. Ο ιατρός παρακολουθεί τον ασθενή και αντιμετωπίζει την κατάσταση. Υπάρχουν παρενέργειες οι οποίες μπορεί να εμφανιστούν ύστερα από μήνες ή ακόμα και χρόνια. Γι' αυτές ενημερώνει ο ιατρός στο τέλος της θεραπείας. Μερικές φορές, όταν η αντίδραση είναι σοβαρή, ο ιατρός μπορεί να αποφασίσει τη διακοπή της αγωγής μέχρις ότου αποκατασταθεί η ανωμαλία. Αυτό είναι καλύτερο από τη συνέχιση της αγωγής, παρουσία μιας σοβαρής αντίδρασης, η οποία μπορεί να προκαλέσει περισσότερο κακό παρά καλό. Όταν η ακτινοβολία χορηγείται εξωτερικά, ο ασθενής δεν εκτέμπει ακτινοβολία και δεν κινδυνεύουν τα οικεία πρόσωπα και τα παιδιά.²⁴

3.5.2 Παρενέργειες Χημειοθεραπείας

Η χημειοθεραπεία επηρεάζει και τα φυσιολογικά κύτταρα παράλληλα με τα καρκινικά. Η τοξικότητα των φαρμάκων αυτών, δηλαδή της χημειοθεραπείας είναι μεγαλύτερη στα

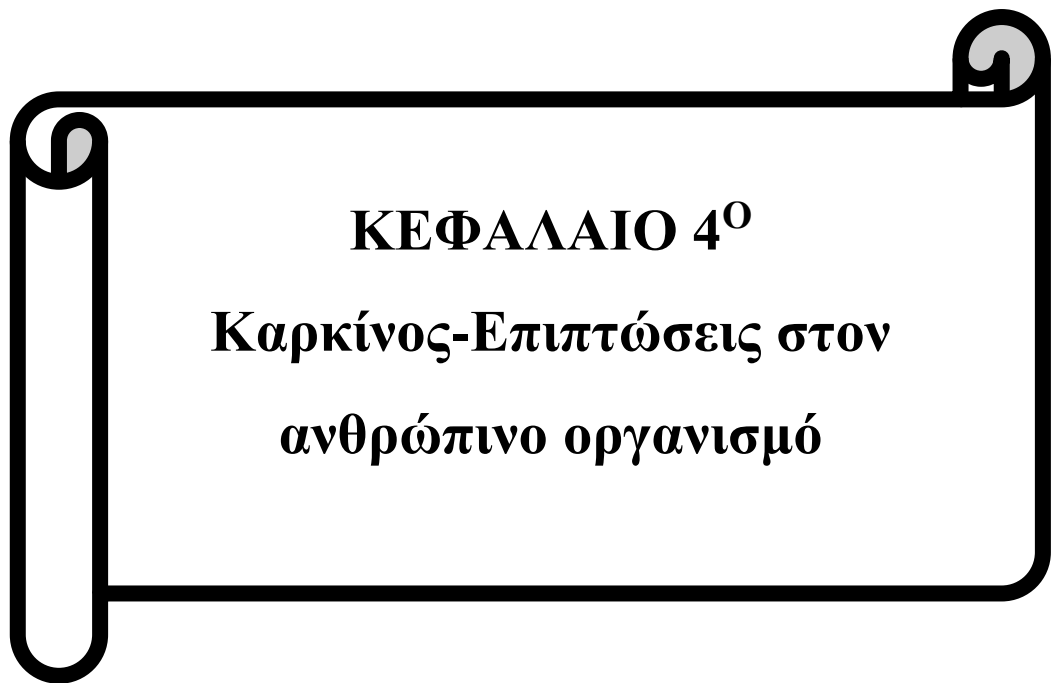
κακοήθη παρά στα φυσιολογικά κύτταρα. Ενώ τα καρκινικά κύτταρα δεν ανακάμπτουν μετά την έκθεση τους στην χημειοθεραπεία, τα υγιή κύτταρα έχουν μηχανισμούς επιδιόρθωσης που τους επιτρέπουν να λειτουργήσουν ξανά φυσιολογικά.²⁶ Από τους φυσιολογικούς ιστούς, εκείνοι που πολλαπλασιάζονται με ρυθμό ίσο ή και μεγαλύτερο από τους καρκινικούς, δηλαδή ο μυελός των οστών, το επιθήλιο του γαστρεντερικού σωλήνα και οι θύλακες των τριχών, παρουσιάζουν τις πιο συχνές και πιο επικίνδυνες παρενέργειες. Η αιματολογική τοξικότητα είναι η πιο σημαντική παρενέργεια των αντικαρκινικών φαρμάκων. Η λευκοπενία μπορεί να οδηγήσει σε βαριά λοίμωξη και στο θάνατο. Η δε θρομβοπενία σε αιμορραγία και στον θάνατο. Η αναιμία αποτελεί μικρότερο πρόβλημα και αντιμετωπίζεται σχετικά εύκολα. Η εισαγωγή τα τελευταία χρόνια στην κλινική πράξη των αυξητικών αιμοποιητικών παραγόντων έχει βοηθήσει σημαντικά την πρόληψη και αντιμετώπιση της λευκοπενίας, ενώ η θρομβοποιητίνη παραμένει σε ερευνητικά πλαίσια.

Η γαστρεντερική τοξικότητα εκδηλώνεται συνήθως με ανορεξία, ναυτία και εμετούς. Αποτέλεσε για χρόνια τον εφιάλτη των χημειοθεραπειών. Η εισαγωγή τα τελευταία χρόνια ανταγωνιστών φάρμακων (αντιεμετικά κ.α.), έχει περιορίσει σε πολύ μεγάλο βαθμό την ταλαιπωρία των ασθενών από την ναυτία και τους εμετούς. Τέλος η χημειοθεραπεία προκαλεί επίσης στοματίτιδα, οισοφαγίτιδα, έλκος και διάρροια. Η αλωπεκία είναι ένα συχνό επακόλουθο της χημειοθεραπείας. Δημιουργεί πολλά ψυχολογικά προβλήματα αλλά είναι σχεδόν πάντα αναστρέψιμη. Άλλες παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι η ανοσοκαταστολή, οι δερματικές εκδηλώσεις, η ηπατοτοξικότητα, η πνευμονική τοξικότητα, η καρδιοτοξικότητα, η νεφροτοξικότητα, η στείρωση, οι συγγενείς ανωμαλίες και η καρκινογένεση.²⁶

3.5.3 Παρενέργειες Ανοσοθεραπείας

Οι παρενέργειες των μετατροπέων βιολογικής αντίδρασης μπορεί να είναι εξάνθημα ή πρήξιμο στο σημείο της ένεσης, συμπτώματα γρίπης και κόπωση. Οι αυξητικοί παράγοντες μπορεί να προκαλούν πόνο στα οστά, κόπωση, πυρετό και απώλεια όρεξης. Μυϊκοί πόνοι και πυρετός μπορεί να εμφανιστούν μετά από ένα εμβόλιο καρκίνου. Μερικοί μετατροπείς μπορεί να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις. Οι παρενέργειες μπορεί να είναι κάποιες φορές σοβαρές και γι' αυτό είναι σημαντικό ο ασθενής να συζητάει με το γιατρό του τις πιθανές παρενέργειες της συγκεκριμένης θεραπείας για τον καρκίνο.²⁸ Καθώς οι ερευνητές μαθαίνουν περισσότερα για τον τρόπο που το ανοσοποιητικό σύστημα αναγνωρίζει και επιτίθεται στα κακοήθη κύτταρα, οι μελέτες

τους μπορεί να οδηγήσουν σε αποτελεσματικές τεχνικές ανοσοθεραπείας ενάντια πολλών ειδών καρκίνου.³⁰



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

**Καρκίνος-Επιπτώσεις στον
ανθρώπινο οργανισμό**

4.1 Πόνος

Ο πόνος (άλγος) μπορεί να προέρχεται είτε από την ίδια τη νόσο, είτε από τις παρενέργειες της θεραπείας της. Ωστόσο, δεν αισθάνονται πόνο όλοι οι καρκινοπαθείς, αλλά το 30-50% με τοπικά προχωρημένη νόσο και το 70-90% των ασθενών τελικού σταδίου. Παρά το γεγονός, όμως, ότι δεν αποτελεί πρόβλημα όλων των ασθενών, ο πόνος είναι μια κατάσταση που θα πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα, αφού η παραμέλησή του μπορεί να προκαλέσει ένα πλέγμα σοβαρών προβλημάτων που συνοδεύουν την εξέλιξη της νόσου. Συγκεκριμένα, το άλγος μπορεί να επιβαρύνει την ποιότητα ζωής του ασθενή και προκαλεί συχνά ευερεθιστότητα, απώλεια όρεξης, κατάθλιψη, θυμό ή αιϋπνία. Η κατάσταση αυτή μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο μετά από συνεργασία γιατρού-ασθενή, η οποία είναι απαραίτητη όχι μόνο για να κατανοηθούν τα αίτια και ο τύπος του, αλλά και για να βρεθεί ευκολότερα η κατάλληλη θεραπεία.^{29,30}

4.1.1 Τα αίτια του καρκινικού πόνου

Ο πόνος είναι ένα σύνθετο φαινόμενο που δεν έχει μόνο σωματικές, αλλά και ψυχολογικές παραμέτρους. Άλλοι άνθρωποι δυσανασχετούν ακόμη και σε μικρής έντασης ερεθίσματα άλγους, ενώ άλλοι υπομένουν αδιαμαρτύρητα καταστάσεις ιδιαίτερα επώδυνες. Αν και στις κακοήθεις νόσους ως πηγή του πλέον έντονου πόνου θεωρούνται οι οστικές μεταστάσεις, δεν είναι, εντούτοις, η μοναδική.^{30,31}

A. Ο πόνος που σχετίζεται άμεσα με τον όγκο

Ο πόνος που οφείλεται στον ίδιο τον καρκίνο ενδέχεται να προκύπτει από καταστάσεις, όπως: ένα νεύρο που έχει υποστεί βλάβη από τη νόσο, τη χημειοθεραπεία, τις ακτινοβολίες, ή τη χειρουργική θεραπεία, ένα αυτόματο κάταγμα σε κάποιο σημείο του σώματος, μία απόφραξη (κάποιου αγγείου, του γαστρεντερικού σωλήνα, ή του ουροποιητικού συστήματος), επίδραση της ακτινοθεραπείας στο δέρμα και τους βλεννογόνους, παρουσία ερεθιστικού βήχα, κάποια λοίμωξη, οίδημα ή εξάνθημα, παρουσία κατακλίσεων στο σώμα

B. Ο πόνος από τις αντικαρκινικές θεραπείες

Οι αντικαρκινικές θεραπείες συνήθως δεν προκαλούν πόνο. Ανάλογα με το είδος της θεραπείας, ενδέχεται να προκαλείται άλγος:

- ❖ από τη χημειοθεραπεία: μερικές από τις ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να προκαλέσουν πόνο και αδιαθεσία, είναι έλκη και βλάβες στη στοματική κοιλότητα, περιφερική νευροπάθεια, καθώς και διαταραχές της κινητικότητας του γαστρεντερικού

συστήματος (δυσκοιλιότητα, διάρροια, έμετος, κοιλιακές κράμπες). Δεν είναι σπάνιοι, επίσης, και οι πόνοι στα οστά και τις αρθρώσεις

- ❖ από τη χειρουργική θεραπεία: οι χειρουργικές επεμβάσεις για την απομάκρυνση κάποιου όγκου ή για την αποκατάσταση κάποιου προβλήματος, είναι πιθανό να προκαλέσουν πόνο, ιδιαίτερα κατά τη μετεγχειρητική περίοδο. Η συνεργασία του χειρουργού με τον θεράποντα ιατρό του ασθενή, μπορεί να προσφέρει τις κατάλληλες λύσεις για την αντιμετώπιση του αυτών των επώδυνων καταστάσεων
- ❖ από την ακτινοθεραπεία: μετά την συμπλήρωσή τους, ενδέχεται να παραμείνει στην περιοχή έγκαυμα, ξηροδερμία, αίσθηση καύσους ή ερεθισμού (δερματίτιδα)
- ❖ από άλλες ιατρικές πράξεις ή διαδικασίες, όπως είναι οι βιοψίες, οι αιμοληψίες, οι παρακεντήσεις και οι θεραπείες με λέιζερ.^{29,31}

4.1.2 Αντιμετώπιση

Για την αντιμετώπιση του πόνου των καρκινοπαθών χορηγούνται οπιοειδή αναλγητικά (για σοβαρό πόνο), μη οπιοειδή αναλγητικά (για ήπιο ή μέτριο πόνο) και ορισμένα φάρμακα που ονομάζονται συνοδά, τα οποία αν και δεν σχεδιάστηκαν ως παυσίπονα, αυξάνουν σε σημαντικό βαθμό την αναλγητική δράση των ειδικών φαρμάκων.

Ο πρωταρχικός στόχος χορήγησης των φαρμάκων δεν είναι μόνο να αντιμετωπιστούν τα διάφορα είδη πόνου, αλλά και να διατηρούνται οι δόσεις σε επίπεδα που δεν προκαλούν σοβαρές παρενέργειες. Επιπλέον, σε συνδυασμό με την φαρμακευτική αγωγή και σε ασθενείς που ο πόνος δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά μόνο με αυτή, εφαρμόζονται και άλλες τεχνικές όπως η ακτινοθεραπεία, ο αποκλεισμός νεύρου με τοπική έγχυση αναλγητικών και νευροχειρουργικές επεμβάσεις στον εγκέφαλο ή στο νωτιαίο μυελό.²⁹

Όταν ο πόνος αντιμετωπίζεται σωστά, ο ασθενής μπορεί να ασκεί ευκολότερα τις καθημερινές του δραστηριότητες, να κοιμάται καλύτερα και να περνά ευτυχισμένες στιγμές με τους ανθρώπους που τον αγαπούν και τον φροντίζουν. Αντίθετα, η ελλιπής αντιμετώπισή του προκαλεί ψυχική κατάπτωση, σωματική κούραση, ανησυχία, θυμό και αυξημένο άγχος.³⁰

Σε κάθε περίπτωση, πάντως, οι ασθενείς βοηθούνται σημαντικά από την ψυχολογική υποστήριξη του στενού οικογενειακού και φιλικού τους περιβάλλοντος, ενώ ορισμένοι έχουν ανάγκη από ψυχολογική παρέμβαση ειδικού επιστήμονα. Οι καρκινοπαθείς με τη βοήθεια των ειδικών, είναι δυνατό να αναπτύξουν τεχνικές προσαρμογής στον πόνο, αλλά και να τροποποιήσουν προς το καλύτερο τόσο τη συμπεριφορά τους, καθώς και τον συναισθηματικό τους κόσμο. Πρέπει να σημειωθεί ότι

στα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας (όπως και στο Νοσοκομείο Χανίων) δραστηριοποιούνται ειδικά Ιατρεία Πόνου, όπου μπορούν να απευθύνονται οι ασθενείς και οι συγγενείς τους για την καλύτερη αντιμετώπιση του πόνου που σχετίζεται με τον καρκίνο.²⁹

4.2 Ναυτία και Έμετος

Η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία προκαλούν μια σειρά παρενεργειών, λόγω της δράσης τους στα ταχέως αναπτυσσόμενα κύτταρα του οργανισμού, όπως στη γαστρεντερική οδό. Οι περισσότερες από τις παρενέργειες είναι προσωρινές, καθώς τα υγιή κύτταρα έχουν την αξιοσημείωτη δυνατότητα να ανανεώνονται. Η ναυτία και ο έμετος είναι οι πιο συνηθισμένες παρενέργειες της θεραπείας του καρκίνου και προκαλούν μεγάλη δυσφορία. Λόγω του ότι ο αριθμός των ασθενών που χρειάζονται τη χημειοθεραπεία αυξάνεται ολοένα και περισσότερο, γίνεται αντιληπτό ότι το πρόβλημα του εμέτου και της ναυτίας καθίσταται εκ των πλέον σοβαρών μορφών τοξικότητας. Υπολογίζεται ότι 7 έως 8 στους 10 ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία για τον καρκίνο εκδηλώνουν ναυτία και έμετο.

Ο έμετος είναι αντανακλαστικός μηχανισμός. Είναι η βίαια αποβολή του περιεχομένου του στομάχου (ή και μέρους του εντέρου) από το στόμα. Η αποβολή αυτή του γαστρεντερικού περιεχομένου ολοκληρώνεται σε τρεις φάσεις που διαδέχονται η μία στην άλλη: α) τη ναυτία, β) την τάση για έμετο, γ) τον κυρίως έμετο. Ως ναυτία ορίζεται η αίσθηση της ανάγκης για εμετό. Η τοξικότητα που συνδέεται με την χημειοθεραπεία προκαλεί παρενέργειες στο γαστρεντερικό σύστημα, που εμφανίζονται μετά τη θεραπεία και μπορεί να επιμένουν ως 24 ώρες μετά. Ο μηχανισμός με τον οποίο προκαλούν εμετό τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα και η ακτινοθεραπεία δεν είναι πλήρως γνωστός. Ως φαίνεται όμως, τα φάρμακα επηρεάζουν την έκκριση ορισμένων ουσιών από το λεπτό έντερο, ενεργοποιώντας έτσι μια αλληλουχία μηχανισμών που οδηγούν στη ναυτία και στον εμετό.²⁹

4.2.1 Είδη εμέτου

Υπάρχουν τρία είδη εμέτου που μπορεί να προκληθούν από τη χημειοθεραπεία: 1)Ο άμεσος ή οξύς έμετος, ο οποίος επέρχεται τις πρώτες 24 ώρες μετά τη χορήγηση του φαρμάκου (συνήθως μεταξύ 90 λεπτών και 3 ωρών). Η κορύφωση συμβαίνει 2 έως 6 ώρες μετά το τέλος της χημειοθεραπείας. Διαρκεί 12-16 ώρες και εξαρτάται από τη δόση των φαρμάκων που έχει λάβει ο ασθενής (δοσοεξαρτώμενος). 2)Ο όψιμος ή καθυστερημένος έμετος, ο οποίος επέρχεται συνήθως μετά τις πρώτες 24 ώρες, διαρκεί 7

ημέρες, ενώ το μέγιστο της έντασής του παρουσιάζεται τη 2η και την 3η ημέρα. Καθυστερημένη έμεση παρουσιάζουν συνήθως οι ασθενείς που παίρνουν χημειοθεραπευτικά φάρμακα με ισχυρή εμετογόνο δράση (όπως η σισπλατίνη). Υστερεί σε ένταση από τον οξύ εμετό, αλλά υπερέχει σε διάρκεια, ενώ οι συνέπειές του είναι σοβαρότερες από του οξέος. 3)Ο αναμνηστικός ή εξαρτώμενος ή προ-χημειοθεραπευτικός έμετος, ο οποίος συμβαίνει συνήθως πριν από την έναρξη της θεραπείας με τη σκέψη του νοσοκομείου ή κάποιο άλλο ερέθισμα που συνδέεται με τη θεραπεία ή τον χώρο όπου αυτή γίνεται. Σχετίζεται με ανεπαρκή έλεγχο της έμεσης σε προηγούμενες θεραπείες και πρόκειται για εξαρτώμενο αντανακλαστικό. Διαρκεί μέρες έως και μήνες και η αντιμετώπισή του είναι δύσκολη όταν αναπτυχθεί. Η πρόληψή του είναι πολύ πιο σημαντική από την καταστολή.^{29,30}

4.2.2 Αντιμετώπιση και πρόληψη

Για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμετού των αντικαρκινικών θεραπειών χρησιμοποιούνται πολλά φάρμακα. Κανένα από αυτά δεν μπορεί να είναι αποτελεσματικό στο 100% των περιπτώσεων, αφ' ενός διότι κάθε χημειοθεραπευτικό φάρμακο δρα με διαφορετικό τρόπο στο σώμα, αφ' ετέρου διότι κάθε οργανισμός αντιδρά διαφορετικά στη χημειοθεραπεία. Επειδή ο κύριος στόχος της αγωγής που συνιστά ο γιατρός είναι να προλάβει τη ναυτία και τον έμετο, η χορήγηση των αντιεμετικών φαρμάκων συχνά αρχίζει πριν γίνει η χημειοθεραπεία και συνεχίζεται για όσο καιρό υπάρχει κίνδυνος ναυτίας - εμέτου. Τα φάρμακα που επιλέγονται για κάθε ασθενή εξαρτώνται από το είδος του χημειοθεραπευτικού σχήματος που κάνει.²⁹

Για την αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου χρησιμοποιούνται πολλές ομάδες φαρμάκων: 1)Παράγωγα των βενταμιδών. Στην κατηγορία αυτή ανήκει η μειοκλοπραμίδα. 2)Βενζοδιαζεπίνες. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η λαραζεπάμη και η διαζεπάμη. Ασκούν ηρεμιστική και αντιεμετική δράση. 3)Αντιισταμινικά. Στην κατηγορία αυτή ανήκει η διφαινυδραμίνη. 4)Κορτικοστεροειδή. Εδώ ανήκουν η μεθυλπρεδνιζολόνη και η δεξαμεθαζόνη. 5)Ανταγωνιστές 5-HT-3 υποδοχέων (υποδοχείς σεροτονίνης). Είναι τα κυριότερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα. Στην 1η γενιά ανταγωνιστών συμπεριλαμβάνονται η ονδανσετρόνη, η γρανισετρόνη, η τροτισετρόνη και η δολασετρόνη που μπορεί να χορηγηθούν από το στόμα ή ενδοφλέβια, ενώ στη 2η γενιά ανταγωνιστών ανήκει η παλονοσετρόνη που χορηγείται ενδοφλέβια. Οί παρενέργειες των ανταγωνιστών των 5-HT-3 υποδοχέων είναι κεφαλαλγία, ζάλη, εξάψεις, δυσκοιλιότητα, ίλιγγος, διάρροια, μεταβολές στο ηλεκτροκαρδιογράφημα και διαταραχές όρασης.

6) Ανταγωνιστές των υποδοχέων της νευροκινίνης-1 (NK1). Στην κατηγορία αυτή ανήκει η απρεπιτάντη. Χορηγείται για την οξεία και την όψιμη έμεση από χημειοθεραπεία. Ας σημειωθεί ότι μολονότι τα φάρμακα αποτελούν την κύρια θεραπεία για την αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμετού της χημειοθεραπείας, οι κατάλληλες διατροφικές τροποποιήσεις επίσης μπορεί να βοηθήσουν, γι' αυτό και στους ασθενείς παρέχονται σχετικές οδηγίες.^{29,30,31}

Πριν την έναρξη της θεραπείας, περίπου μισή ώρα, έχει προβλεφθεί η χορήγηση αντιεμετικού, με σκοπό τη μείωση στο ελάχιστο αυτών των παρενεργειών. Ο θεράπων ιατρός θα χορηγήσει με ιατρική συνταγή αντιεμετικά-κατευναστικά φάρμακα για τον περιορισμό των συμπτωμάτων και εκτός του νοσοκομείου.³²

4.3 Κόπωση -Κούραση

Κούραση, ένα συνεχές αίσθημα κόπωσης και εξάντλησης, συχνό και γνωστό σε πολλούς ασθενείς. Το αίσθημα αυτό μπορεί να διαρκέσει για βραχύ χρονικό διάστημα ή για μεγάλο χρονικό διάστημα, οπότε και αναφερόμαστε στο χρόνιο αίσθημα της κούρασης, το οποίο δεν ανακουφίζεται και απλά παρουσιάζει αυξομειώσεις. Πολλοί ασθενείς με καρκίνο που έκαναν θεραπεία ή βρίσκονται κατά τη διάρκεια αυτής καλούνται να ζήσουν με το χρόνιο αίσθημα της εξάντλησης, το οποίο είναι αποτέλεσμα αυτής, αλλά και αποτέλεσμα των ψυχολογικών μεταπτώσεων εξαιτίας της ασθένειας. Όταν κάποιος είναι ασθενής, είναι λογικό να επιθυμεί να γίνει γρήγορα καλά και να επιστρέψει στην ενεργό δραστηριότητα. Προς αυτόν τον σκοπό, κάθε πτυχή του προγράμματος αποκατάστασης είναι σημαντική (ψυχολογική - κοινωνική διάσταση, διατροφή, έλεγχος του πόνου κ.α.). Οι παρενέργειες της θεραπείας περιορίζουν την ενεργητικότητα του ασθενούς και αναστέλλουν την επιθυμία του για επιστροφή στην καθημερινή ζωή. Με την υποστήριξη της ομάδας υγείας, της οικογένειας και των φίλων του, ο ασθενής μπορεί να αντιμετωπίσει τις παρενέργειες και τελικά να τις ξεπεράσει.²⁹

4.3.1 Αντιμετώπιση κόπωσης

Το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση της κόπωσης είναι να ενημερωθεί γι' αυτήν ο γιατρός, ώστε σε συνεργασία με τον ασθενή να προσπαθήσει να εντοπίσει την αιτία της. Ακόμα κι αν δεν εντοπιστεί κάποια συγκεκριμένη αιτία, οι ασθενείς μπορούν να λάβουν κάποια μέτρα για να καταπραΰνουν την κούραση τους.^{29,30}

Εάν ένας ασθενής έχει αναιμία, μπορεί να χρειασθεί ειδική φαρμακευτική αγωγή ή ακόμα και μετάγγιση αίματος. Υπολογίζεται πως ο ένας στους τρεις ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία χρειάζονται μετάγγιση αίματος. Μία άλλη θεραπεία για την αναιμία

είναι η χορήγηση ερυθροποιητίνης – ενός φαρμάκου που διεγείρει την παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η άσκηση επίσης μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή. Μελέτες έχουν δείξει ότι λίγο περπάτημα κάθε μέρα μπορεί να βοηθήσει τους πάσχοντες από καρκίνο να αισθανθούν καλύτερα, να τους παράσχει λίγη ενέργεια και να τους «ανοίξει» την όρεξη. Ακόμα και μια μικρή βόλτα να κατορθώσει να κάνει ο ασθενής, θα βοηθηθεί σημαντικά – κι αν κάθε μέρα που περνάει κατορθώνει να περπατήσει λίγο περισσότερο, θα αποκομίσει ακόμα σημαντικότερο όφελος. Σε καμία περίπτωση, ωστόσο, ο ασθενής δεν πρέπει να το παρακάνει – ούτε να παρακούσει τον γιατρό του, εάν του έχει συστήσει ακινησία.³³ Η ακολούθηση μιας θρεπτικής διατροφής επίσης μπορεί να βοηθήσει. Το διαιτολόγιο του πάσχοντος πρέπει να καθοριστεί από τον γιατρό σε συνεργασία με τον διαιτολόγο, ώστε να ρυθμιστούν ταυτοχρόνως και τυχόν άλλες παρενέργειες που έχει ο ασθενής στις θεραπείες του. Ο ασθενής πρέπει, τέλος, να μάθει να χειρίζεται την κούραση του, προσπαθώντας να προγραμματίζει καλά τις δραστηριότητές του ώστε ποτέ να μην βιάζεται και προνοώντας να έχει στη διάθεσή του διάσπαρτες ελεύθερες ώρες μέσα στην ημέρα, ώστε να ξεκουράζεται.^{29,30,31}

4.4 Λεμφοίδημα

Το λεμφοίδημα οφείλεται σε κατακράτηση λέμφου (υγρού) στους μαλακούς ιστούς. Αποτελεί συνέπεια απόφραξης του λεμφικού συστήματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις, το λεμφοίδημα στους καρκινοπαθείς οφείλεται στις ουλές μετά την χειρουργική αφαίρεση των λεμφαδένων ή μετά την εφαρμογή ακτινοθεραπείας. Συνήθως, εμφανίζεται σε περιοχές του σώματος με μεγάλο αριθμό λεμφαδένων (π.χ. μασχάλη, πύελος, βουβωνικές χώρες). Όταν αποφράσσονται τα λεμφαγγεία, εμφανίζεται οίδημα στα άνω και κάτω άκρα. Στο πάσχον άκρο αφήνεται εντύπωμα όταν πιεστεί η περιοχή με το δάχτυλο. Εάν το χέρι ή η κνήμη τοποθετείται ψηλά ή χρησιμοποιούνται ελαστικές περιχειρίδες ή κάλτσες, μειώνεται το οίδημα και βελτιώνεται η λεμφική ροή.^{29,30}

4.4.1 Οξύ και χρόνια λεμφοίδημα

Το οξύ λεμφοίδημα μπορεί να αποτελεί παροδική κατάσταση. Εμφανίζεται μετά από ριζική χειρουργική επέμβαση με αφαίρεση λεμφαδένων ή οξεία φλεγμονή (λοίμωξη του άκρου). Στους καρκινοπαθείς είναι συχνότερο το χρόνια λεμφοίδημα. Μερικές φορές, η νόσος προκαλεί μικρό οίδημα, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε βαριά αναπηρία και παραμόρφωση. Το χρόνια λεμφοίδημα υποχωρεί δυσκολότερα από το οξύ, καθώς όσο περισσότερο διογκώνεται το σκέλος τόσο δυσχεραίνεται η επαρκή παροχέτευση του υγρού. Οι ασθενείς, που εμφανίζουν χρόνια λεμφοίδημα, είναι πιο

επιρρεπείς σε λοιμώξεις ή τοπικές βλάβες, με αποτέλεσμα το λεμφοίδημα να γίνεται εντονότερο. Η λοίμωξη των άκρων (κυτταρίτιδα) συχνά εμφανίζεται μετά από ένα μικρό κόψιμο ή γδάρσιμο και απαιτεί μακροχρόνια αντιμικροβιακή θεραπεία. Μερικές φορές, το λεμφοίδημα παρατείνεται και επιδεινώνεται. Η επιδείνωση προκαλείται από ελλιπή πρόσληψη πρωτεϊνών, λόγω ανορεξίας ή ναυτίας και εμέτων σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Επίσης, μπορεί να οφείλεται σε μείωση των αλβουμινών (πρωτεΐνες του αίματος), η οποία προκαλεί διαφυγή νερού στους ιστούς με αποτέλεσμα πρόσθετο οίδημα των άκρων.²⁹

4.4.2 Θεραπεία

Παρόλο που δεν υπάρχει μόνιμη θεραπεία για την αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος, οι ασθενείς με τη νόσο ενθαρρύνονται να αναζητούν θεραπεία ήδη από τα πρώτα συμπτώματα, ακριβώς διότι η πρόωμη διάγνωση και θεραπεία θα βελτιώσει τόσο την πρόγνωση για την πορεία της νόσου όσο και τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Συνήθως, οι ασθενείς, αμέσως μετά τη διάγνωση από ιατρό ενδεδειγμένης ειδικότητας, θα πρέπει να αποταθούν σε εξειδικευμένο φυσιοθεραπευτή. Η θεραπευτική αγωγή εξαρτάται από την αιτία που προκάλεσε το λεμφοίδημα, και περιλαμβάνει τεχνικές αποσυμφόρησης της λέμφου για τη διαχείριση του οιδήματος και τη βελτιστοποίηση της υγείας των ιστών. Οι πολλαπλές συνεδρίες με το φυσιοθεραπευτή περιλαμβάνουν λεμφικό μασάζ που κινητοποιεί το υγρό και το βοηθά να «επανενταχθεί» στην κυκλοφορία. Στα πλαίσια της συμμετοχής του ασθενούς στην αντιμετώπιση του οιδήματος, προτείνονται οι άρσεις των χεριών, ενώ στην οξεία φάση της θεραπείας επιτελείται και η επίδεση του άκρου που πάσχει σε πολλά επίπεδα, τεχνική που μπορεί να βοηθήσει τη μείωση της αύξησης του μεγέθους του άκρου.^{1,29}

4.5 Λοιμώξεις

Οι καρκινοπαθείς βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης λοιμώξεων, επειδή η νόσος και η αντικαρκινική θεραπεία επηρεάζουν αρνητικά το αμυντικό-ανοσοποιητικό σύστημα, που προστατεύει τον οργανισμό από τις λοιμώξεις. Η πρώτη γραμμή άμυνας έναντι των λοιμώξεων είναι το δέρμα και οι βλεννογόνοι. Η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία προκαλούν βλάβες στους βλεννογόνους. Οι βελόνες, οι καθετήρες και οι αντλίες έγχυσης φαρμάκων αποτελούν δυνητικές πύλες εισόδου για τους παθογόνους οργανισμούς. Εφόσον ένα παθογόνο εισέλθει στον οργανισμό, δραστηριοποιούνται τα λευκοκύτταρα του αίματος για την αντιμετώπισή του. Ο αριθμός των λευκοκυττάρων μπορεί να είναι σημαντικά μικρότερος του φυσιολογικού εξαιτίας της χημειοθεραπείας, της

ακτινοθεραπείας, της νόσου ή της ανοσοκαταστολής (που προκαλείται πριν από την μεταμόσχευση μυελού των οστών).^{1,29}

Γενικά, τα χαμηλά επίπεδα λευκοκυττάρων αποτελούν συχνό φαινόμενο στους καρκινοπαθείς. Όσο μικρότερες είναι ο αριθμός των λευκοκυττάρων, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης λοιμώξεων. Λοιμώξεις εμφανίζονται σε διαταραχές της λειτουργίας των Τ-λευκοκυττάρων (διαταραχές της κυτταρικής ανοσίας) ή των Β-λευκοκυττάρων (διαταραχές χημικής ανοσίας). Ασθενείς με νόσο του Hodgkin και ασθενείς, που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή σε χορήγηση ανοσοκατασταλτικών, εμφανίζουν διαταραχές της κυτταρικής ανοσίας. Διαταραχές εμφανίζονται επίσης σε πολλαπλό μυέλωμα, χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία ή μετά από σπληνεκτομή. Τέλος, λοιμώξεις εμφανίζονται στους καρκινοπαθείς εξαιτίας της υπερανάπτυξης παθογόνων, που φυσιολογικά υπάρχουν στο ανθρώπινο σώμα (φυσιολογική χλωρίδα).

4.5.1 Τύποι λοιμώξεων

Οι λοιμώξεις καθορίζονται από τον τύπο του μικροοργανισμού και την περιοχή του σώματος (που προσβάλλεται).^{1,29} 1) Βακτηριακές λοιμώξεις. Προκαλούνται από μικροοργανισμούς, που συνήθως βρίσκονται στο γαστρεντερικό σύστημα. Εάν εκδηλωθεί σήψη, οι μικροοργανισμοί εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος και «διασπείρονται» σε διάφορα όργανα. Τα βακτηρίδια του δέρματος μπορούν να εισέλθουν στην κυκλοφορία του αίματος εάν ο ενδοφλέβιος καθετήρας προκαλέσει σήψη ή τοπική λοίμωξη (κυτταρίτιδα). Η τοποθέτηση ενός ουροκαθετήρα μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη του ουροποιητικού. Επίσης, υπάρχει κίνδυνος πνευμονίας ή άλλης πνευμονικής λοίμωξης, λόγω παραμονής με πολλά άτομα σε κλειστό χώρο. Ο οργανισμός θα μπορούσε να καταπολεμήσει αυτές τις λοιμώξεις εάν το ανοσοποιητικό σύστημα λειτουργούσε φυσιολογικά. 2) Ιογενείς λοιμώξεις. Εάν ελαττωθεί η κυτταρική ανοσία, είναι πιθανό να εγκατασταθούν στον οργανισμό νέοι ιοί ή να επαναδραστηριοποιηθούν παλαιές ιογενείς λοιμώξεις. 3) Μυκητιασικές λοιμώξεις. Μυκητιασικές λοιμώξεις παρατηρούνται όταν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων είναι ιδιαίτερα χαμηλός και συγχρόνως υπάρχουν ενδοφλέβιοι καθετήρες.^{30,31}

4.5.2 Θεραπεία

Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από τον υπεύθυνο μικροοργανισμό και την περιοχή της λοίμωξης. Για παράδειγμα, ένας ασθενής με πολλαπλό μυέλωμα θα υποβληθεί σε ενδοφλέβια χορήγηση ανοσοσφαιρίνης για την ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος. Σε ερπητικές λοιμώξεις χορηγούνται αντικά φάρμακα (π.χ.

acyclovir) και σε μυκητιασικές λοιμώξεις αντιμυκητιασικά φάρμακα (π.χ. αμφοτερικίνη Β). Σε ιδανικές περιπτώσεις, το παθογόνο μικρόβιο αναγνωρίζεται ταχύτατα και χορηγείται αμέσως στον ασθενή το αποτελεσματικότερο φάρμακο. Στην πραγματικότητα για να ολοκληρωθούν οι εργαστηριακές εξετάσεις και οι καλλιέργειες απαιτούνται 24 - 48 ώρες. Μέχρι να ταυτοποιηθεί ο υπεύθυνος μικροοργανισμός, ο ασθενής υποβάλλεται σε θεραπεία με αντιβιοτικά ευρέος φάσματος (που καλύπτουν τα πιο συνηθισμένα μικρόβια). Μόλις ταυτοποιηθεί ο παθογόνος οργανισμός, η θεραπεία μπορεί να τροποποιηθεί. Τα ευρέος φάσματος αντιβιοτικά είτε αντικαθίστανται από ειδικά αντιβιοτικά (δραστικότερα έναντι του συγκεκριμένου παθογόνου) είτε συνεχίζονται εφόσον τα τεστ ευαισθησίας δείξουν ότι είναι δραστικά. Η διάρκεια της θεραπείας καθορίζεται από τον ιατρό και εξαρτάται από την κατάσταση του ασθενούς (πυρετός, αριθμός λευκοκυττάρων αίματος, εντόπιση λοίμωξης, τύπος παθογόνου κ.α.).²⁹

4.6 Διατροφικές Διαταραχές

Η διατροφή κατέχει σημαντικό ρόλο στην ημερήσια φροντίδα ενός καρκινοπαθούς ασθενούς, ο οποίος ακολουθεί μια αγωγή ή ακόμη και αν έχει περάσει πρόσφατα μέσα από αυτή. Το ημερήσιο διατροφικό πλάνο μπορεί να χρησιμοποιείται στα πλαίσια μιας υγιεινής διατροφής του ασθενή, καθώς μπορεί επίσης να καλύπτει και τεχνητά θρεπτική διατροφική υποστήριξη του ατόμου. Σκοπός της δημιουργίας ενός ισορροπημένου θρεπτικού πλάνου είναι η τρέχουσα κάλυψη σε θρεπτικά στοιχεία, η αντιμετώπιση θρεπτικών προβλημάτων καθώς και η μείωση πιθανών μελλοντικών προβλημάτων στη διατροφή. Η διαδικασία της θεραπείας, στην οποία υποβάλλονται οι ασθενείς (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) συχνά προκαλεί: 1) Διαταραχές στην πρόσληψη θρεπτικών στοιχείων από τις τροφές. 2) Διαταραχές στους ηλεκτρολύτες. 3) Απώλεια της όρεξης. 4) Ναυτία. 5) Έμετο. 6) Διάρροια. Όλες αυτές οι επιπτώσεις οδηγούν σε διατροφικές διαταραχές, που οδηγούν στην κακή διατροφή άρα κατά συνέπεια, στην κακή ποιότητα ζωής.^{33,34}

Σε έρευνα που έγινε από τα τμήματα Διατροφής και Ογκολογίας του Πανεπιστημίου της Alberta το 2006, εξετάστηκαν 66 άτομα ασθενείς οι οποίοι ακολουθούσαν θεραπεία χημειοθεραπείας, σε θέματα διατροφής κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 86% των ασθενών παρουσίασαν δυσλειτουργία στην οσμή και τη γεύση. Αυτή η κατάσταση που ονομάζεται χημειο-αισθητηριακή δυσλειτουργία, διαρκεί και μετά το τέλος της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας. Τα άτομα που έχουν καρκίνο μπορεί να χάσουν την όρεξή τους λόγω της ασθένειας, της θεραπείας, της

κόπωσης, της αλλαγής στην γεύση, του πόνου, της θλίψης, της ναυτίας ή του εμέτου. Η απώλεια κιλών είναι συνέπεια αυτών των διαταραχών.

4.6.1 Αντιμετώπιση

Για την αντιμετώπιση της ενδεχόμενης απώλειας βάρους, οι καρκινοπαθείς θα μπορούσαν να τηρήσουν έναν οδηγό διατροφής, δηλαδή να: Προτιμούν τρόφιμα που περιέχουν πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας όπως ασπράδια αυγών, γαλακτοκομικά προϊόντα, όσπρια, στήθος πουλερικών, ψάρια πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα., να καταναλώνουν τουλάχιστον 5 μερίδες φρούτων και λαχανικών την ημέρα, να περιορίσουν την κατανάλωση κόκκινου κρέατος σε 1 με 2 φορές την εβδομάδα, να αποφύγουν την κατανάλωση τηγανιτών, πικάντικων, αλλαντικών και γαλακτοκομικών προϊόντων με υψηλά λιπαρά, να αποφύγουν την κατανάλωση λιπαρών και αλκοόλ, να καταναλώνουν προϊόντα ολικής αλέσεως, να βάλουν την άσκηση στο πρόγραμμά τους.³⁵

4.7 Τριχόπτωση- Αλωπεκία

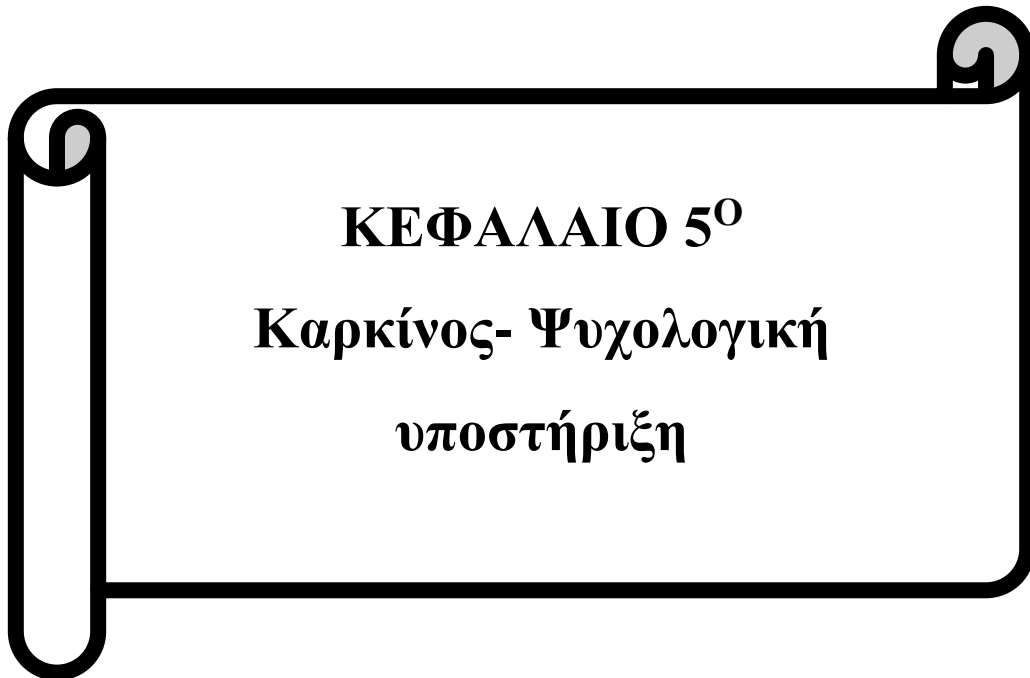
Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα έχουν δράση όχι μόνο στα καρκινικά κύτταρα αλλά και στα υγιή. Η αλωπεκία είναι μια συχνή παρενέργεια της χημειοθεραπείας, ειδικά μετά από χορήγηση ορισμένων φαρμάκων (cytoxan, adriamycin, vincristine), αλλά και της ακτινοθεραπείας στο κεφάλι, που φαίνεται να αποτελεί μια αρκετά τραυματική εμπειρία για τους ασθενείς μετά την διάγνωση. Η πιθανότητα εμφάνισης αλωπεκίας αυξάνεται σε συνδυαστική θεραπεία (συγχορήγηση περισσότερων φαρμάκων). Οι τρίχες πέφτουν συνήθως κατά συστάδες, κυρίως κατά το πλύσιμο ή το βούρτσισμα. Η αλωπεκία μπορεί να μην είναι πλήρης. Τα μαλλιά πιθανώς να γίνουν απλώς λεπτά ή να αραιώσουν. Μπορεί η απώλεια να είναι απότομη ή σταδιακή. Συνήθως παρατηρείται κατά τον πρώτο κύκλο της χημειοθεραπείας (περί την 3η εβδομάδα), αλλά μπορεί να εμφανιστεί και έως τον δεύτερο κύκλο. Ενδεχομένως να εκδηλωθούν επίσης - ερεθισμός του δέρματος της κεφαλής, δερματίτιδα ή ουλές (που απαιτούν την συμβουλή ιατρού). Σχεδόν πάντα τα μαλλιά επανέρχονται, είτε σε 3 - 6 εβδομάδες είτε ενώ ο ασθενής βρίσκεται υπό χημειοθεραπεία. Τα νέα μαλλιά μπορεί να διαφέρουν στην υφή, το χρώμα ή το σχήμα τους (κατσαρά - ίσια). Ο γιατρός μπορεί να σας ενημερώσει από πριν, αν η τριχόπτωση είναι πιθανή παρενέργεια της θεραπείας σας.²⁹

Παρόλο που οι ασθενείς ενημερώνονται, ότι αυτή η απώλεια των μαλλιών είναι αναστρέψιμη μετά το τέλος των θεραπειών, πολλές φορές αρνούνται την χημειοθεραπεία για να μην χάσουν τα μαλλιά τους. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που φαίνεται να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και να καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο με τον οποίο

επουλώνουν οι ασθενείς το τραύμα της αλωπεκίας. Οι παράγοντες αυτοί είναι το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό-οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο των ασθενών. Η απώλεια των μαλλιών (αλωπεκία) δημιουργεί σημαντικό ψυχολογικό πρόβλημα στον ασθενή, καθώς αποτελεί την εμφανέστερη παρενέργεια της αντικαρκινικής θεραπείας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η κατάσταση αυτή είναι αναστρέψιμη. Η συμβολή των γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων και άλλων φορέων υγείας κρίνεται πολύτιμη, στην προσπάθεια που κάνει ο ασθενής. Προσπάθεια που έχει να κάνει με την αποδοχή της νέας εικόνας του εαυτού του που του επιβάλλει η αλωπεκία. Η ψυχολογική παρέμβαση που καλούνται οι λειτουργοί υγείας να προσφέρουν πρέπει να είναι συμβουλευτική και υποστηρικτική.^{29,32,34}

4.7.1 Αντιμετώπιση

Αν γνωρίζετε ότι η τριχόπτωση είναι πιθανή, μπορεί να θέλετε να αγοράσετε μια περούκα, πριν ξεκινήσει η θεραπεία, έτσι ώστε να την ταιριάξετε με το χρώμα και την υφή των μαλλιών σας. Μερικοί άνθρωποι επιλέγουν να φορούν τουρμπάνια ή μαντίλια. Άλλοι κόβουν τα μαλλιά τους κοντά, πριν ξεκινήσουν να πέφτουν, έτσι ώστε η διαδικασία της τριχόπτωσης να μην προκαλεί εντύπωση. Να περιποιείστε τα μαλλιά σας με ήπια σαμπουάν και μαλακές βούρτσες. Να αποφεύγετε τις υψηλές θερμοκρασίες, όταν τα στεγνώνετε. Χρησιμοποιήστε αντηλιακό για την προστασία του κρανίου σας από τον ήλιο.²⁹



5.1 Ανάγκη για υποστήριξη

Ο καρκίνος είναι μία ασθένεια που χαράζει βαθιά τη ζωή και το συναισθηματικό κόσμο του ασθενή και της οικογένειάς του, ανεξάρτητα από την έκβαση της νόσου. Το άγχος και η θλίψη της διάγνωσης, οι παρενέργειες των θεραπευτικών αγωγών - μερικές από τις οποίες μπορεί να αποκτήσουν μόνιμο χαρακτήρα - σε συνδυασμό με τα οποιοδήποτε άλλα προσωπικά, οικογενειακά, οικονομικά ή άλλης φύσης προβλήματα συχνά αποτελούν βάρος δυσβάσταχτο τόσο για τον ασθενή όσο και για τον οικογενειακό και κοινωνικό του περίγυρο.^{35,37}

5.2 Ψυχολογικές Επιπτώσεις του Καρκίνου

Κάθε ασθενής αντιδρά με τον δικό του προσωπικό τρόπο στη διάγνωση της νόσου, την εφαρμογή της αντικαρκινικής θεραπείας και την περίοδο μετά την ολοκλήρωση αυτής. Γενικά, οι ογκολογικοί ασθενείς βιώνουν πολλά αντικρουόμενα συναισθήματα και ο τρόπος, που κάθε ασθενής αντιμετωπίζει τη νόσο και τη θεραπεία, είναι αυστηρά προσωπικός. Ενδεικτικά αναφέρονται τα εξής:³⁸

1. Αίσθημα μειωμένης αυτοεκτίμησης. Το αίσθημα μειωμένης αυτοεκτίμησης συσχετίζεται με την αντίληψη ορισμένων ασθενών ότι η εμφάνιση της νόσου είναι συνέπεια δικού τους λάθους, την εξάρτηση των ασθενών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τα άτομα που τους φροντίζουν (ακόμα και για τις βασικότερες ανάγκες - π.χ. σίτιση, καθαριότητα) και άλλους παράγοντες.

2. Υιοθέτηση μίας αισιόδοξης στάσης σε σχέση με την έκβαση της θεραπείας, αν και οι περισσότεροι ασθενείς βρίσκονται σε δυσμενή ψυχολογική κατάσταση κατά την έναρξη της αγωγής

3. Απογοήτευση, ιδιαίτερα εάν ο ασθενής πιστεύει ότι δεν έχει την απαιτούμενη υποστήριξη από τα συγγενικά και φιλικά του πρόσωπα.

4. Σύγχυση στην οποία συμβάλλει και η συμμετοχή ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων στη θεραπεία (παθολόγος, γυναικολόγος, παθολόγος – ογκολόγος, χειρουργός, ακτινοθεραπευτήςκ.α.) στο πλαίσιο του άγνωστου νοσοκομειακού περιβάλλοντος.

5. Φόβος του θανάτου. Ορισμένοι ασθενείς εκδίδουν θυμό έναντι του προσωπικού υγείας και άλλοι αναπτύσσουν πνευματικές αναζητήσεις. Βασικό υπόστρωμα αυτών των συμπεριφορών αποτελεί ο φόβος του θανάτου

6. Παραίτηση ή πανικός. Όταν δεν υπάρχουν-πλέον-δυνατότητες αντιμετώπισης της νόσου, ορισμένοι ασθενείς αναζητούν βοήθεια από μη επιστημονικές ομάδες ή άτομα,

κατάσταση που συχνά οδηγεί στην οικονομική εκμετάλλευσή τους (αμφισβητούμενες θεραπείες). Άλλοι ασθενείς επιθυμούν να σταματήσει κάθε προσπάθεια.³⁷

5.3 Ο ρόλος της οικογένειας

Η συμβολή της οικογένειας είναι απαραίτητη και μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο υποστηρικτικό σύστημα στη συνολική αντιμετώπιση του ασθενούς. Όταν η οικογένεια επιτελεί το ψυχολογικό υποστηρικτικό ρόλο της, δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως ξεκομμένη κοινωνική ομάδα. Δεκάδες μελέτες έχουν αποδείξει ότι τόσο η κατάσταση του ασθενούς όσο και η ανταπόκριση της οικογένειας στο έργο της βελτιώνονται όταν πλαισιώνονται από τη γνώμη και καθοδήγηση των ειδικών. Χωρίς αυτή, προβλήματα μπορούν εύκολα να προκύψουν, όταν τα μέλη που έχουν αναλάβει την υποστήριξη του ασθενούς μένουν μετέωρα και ανίσχυρα.³⁸

Η επιτυχία της οικογένειας να υποστηρίζει ψυχολογικά και αποτελεσματικά τον καρκινοπαθή, εξαρτάται από την ικανότητα που έχει η οικογένεια να κρατά τον ασθενή στους σωστούς προσωπικούς του στόχους. Με αυτή την προϋπόθεση, η οικογένεια θα πρέπει να επικεντρώσει τα αποθέματα γνώσεων και δύναμης που διαθέτει στα εξής σημεία:

- **Συναισθηματική υποστήριξη:** το χαρακτηριστικό αυτό αφορά τη συμπεριφορά εκείνη της οικογένειας, η οποία σκοπό έχει να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι εξακολουθούν οι αγαπημένοι του να τρέφουν αγάπη και εκτίμηση, ανεξάρτητα από την κατάστασή του. Εύκολα γίνεται αντιληπτή η σημασία του χαρακτηριστικού αυτού για τον ασθενή που βρίσκεται κάτω από συναισθηματική πίεση.
- **Κοινωνική σύνδεση:** αναφέρεται στην ανάγκη του ασθενούς για επαφή και επικοινωνία με άλλους ανθρώπους και είναι μέλημα της οικογένειας να τον ενθαρρύνει σε αυτό. Η υποστήριξη από άλλους ανθρώπους (φίλοι, συγγενείς, και γείτονες) είναι η καλύτερη πηγή δύναμης για αυτόν.
- **Διατήρηση της κοινωνικής ταυτότητας του ασθενούς:** αναφέρεται στο βαθμό κοινωνικής ένταξης του ασθενούς. Η οικογένειά του θα πρέπει με θυσίες, προσωπικές συχνά, να διατηρήσει τους ήδη υπάρχοντες κοινωνικούς δεσμούς ή να αποκαταστήσει τους ήδη χαλαρούς.
- **Πληροφόρηση του ασθενούς:** η πληροφόρηση σαν είδος υποστήριξης του ασθενούς με κακοήγη νεοπλασία του πνεύμονα είναι σημαντική και αποτελεί το θέμα της οικογένειας

του ασθενή. Η υπερπροστασία και η απόκρυψη της ασθένειας είναι ο συνηθέστερος τρόπος αντίδρασης της οικογένειας, αν και τα τελευταία χρόνια μοιάζει να κερδίζει έδαφος η ανοιχτή επικοινωνία, αφού οι ειδικοί έχουν προχωρήσει σε αυτόν τον τομέα και φάνηκαν θετικά αποτελέσματα.^{38,39}

Τα μέλη της οικογένειας έχουν ανάγκη από πλήρη ενημέρωση και εκπαίδευση, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις αυξημένες ανάγκες του ασθενή με καρκίνο του πνεύμονα, να δώσουν και να πάρουν υποστήριξη έτσι ώστε να βοηθηθεί η οικογένεια σε αυτό το ψυχοθεραπευτικό ρόλο που τη ζητούμε να παίξει.⁴⁰

5.4 Ψυχολογική υποστήριξη

Η εμπειρία μιας δυναμικά μοιραίας νόσου δεν μπορεί παρά να ασκεί τρομερή ψυχολογική πίεση στον ασθενή και τους οικείους του. Οι πιθανόν επώδυνες θεραπευτικές προσεγγίσεις, οι εκάστοτε παρενέργειες - ιδιαίτερα εκείνες που επηρεάζουν την εμφάνιση του ασθενή - ο φόβος της εξέλιξης και της κατάληξης της νόσου επιδρούν επιβαρυντικά στον ψυχικό και συναισθηματικό κόσμο όλων των εμπλεκομένων. Για τους λόγους αυτούς, η υποβοήθηση μέσω ενός ειδικού σε θέματα ψυχική υγείας μπορεί να αποδειχτεί εξαιρετικά πολύτιμη.^{40,41}

Η υποστήριξη από έναν ειδικό είναι σημαντική, όχι γιατί ο ασθενής έχει χάσει εξαιτίας της νόσου την ικανότητα για λογική σκέψη, αλλά επειδή αντιμετωπίζει έξαφνα μία κατάσταση που δικαιολογημένα του προξενεί ιδιαίτερη θλίψη, σύγχυση, οργή, πόνο και άγχος. Δυστυχώς, σπάνια οι ασθενείς και οι θεράποντες ιατροί αναγνωρίζουν την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη, παρ' ότι είναι αποδεδειγμένο πως το ψυχικό σθένος και η θετική διάθεση μπορούν να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της νόσου, καθώς διατηρούν τον ασθενή αποφασισμένο να ολοκληρώσει την αγωγή και να μην παραιτηθεί από τον αγώνα για τη ζωή του. Έχει τεκμηριωθεί από δεκάδες σχετικές έρευνες πως η διάθεση του ασθενή βελτιώνει τη γενικότερη λειτουργία του οργανισμού και την ανταπόκρισή του στην εκάστοτε θεραπεία.⁴²

Συνεπώς, ανεξάρτητα από τις δηλώσεις του ίδιου του ασθενή, ο οποίος πιθανόν αρνείται πως έχει επηρεαστεί ψυχολογικά εξαιτίας της νόσου ή των παρενεργειών της αγωγής, ο θεράπων ιατρός και οι οικείοι του ασθενή θα πρέπει να είναι ευαίσθητοι όσον αφορά τις ψυχολογικές και συναισθηματικές του ανάγκες.

Ένας ειδικός είναι σε θέση να βοηθήσει ένα καρκινοπαθή να αποδεχτεί και να αφομοιώσει με υγιή τρόπο τις όποιες αλλαγές - σωματικές, σεξουαλικές, οικογενειακές, εργασιακές - επιφέρει στη ζωή του η νόσος. Ας σημειωθεί πως η «υγιής αποδοχή»

περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, αισθήματα θλίψης και πένθους, τα οποία είναι απολύτως φυσιολογικά. Μπορεί, επίσης, να τον βοηθήσει να αποσυμπιέσει αισθήματα οργής, ενοχών ή φόβου που ελλοχεύουν μέσα του, με αποτέλεσμα να δηλητηριάσουν τη διάθεση και τον ψυχισμό του. Η έκφραση των συναισθημάτων αυτών θα τον ανακουφίσει και θα του δώσει την ευκαιρία να μειώσει την όποια ένταση μπορεί να προκύψει στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Ας υπογραμμιστεί πως, για τους ίδιους λόγους, εξίσου υποβοηθητική μπορεί να είναι η ψυχολογική υποστήριξη και για κάποιους συγγενείς του ασθενή.⁴³

Η ψυχολογική υποστήριξη είναι μία παράμετρος που, πρώτα και πάνω απ' όλα, είναι σε θέση να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ασθενή, και είναι σχετικά εύκολο να βρεθεί: παρέχεται από πληθώρα εθελοντών ειδικών που εργάζονται υπό την αιγίδα αντικαρκινικών ενώσεων, συλλόγων και οργανισμών. Συνεπώς, δεν υπάρχει λόγος να αισθάνεται κάποιος ασθενής ή συγγενής του προσβεβλημένος ή ενοχλημένος σε περίπτωση που προταθεί η προσφυγή σε μία τέτοια πηγή βοήθειας. Αντίθετα, η επιζήτηση υποστήριξης είναι ένδειξη ισορροπημένης και φυσιολογικής αντιμετώπισης του προβλήματος⁴⁴

5.4.1 Αποδοχή της νόσου και ψυχοθεραπεία

Το πιο δύσκολο για έναν καρκινοπαθή είναι η διατήρηση των ισορροπιών στη ζωή του όπως και η αποδοχή των νέων συνθηκών. Το πρώτο εξαρτάται από το δεύτερο καθώς η αποδοχή της κατάστασης θα ισορροπήσει τη ζωή του. Η αποδοχή αυτή είναι δύσκολο να επιτευχθεί και για να γίνει πρέπει ο ίδιος ο καρκινοπαθής να περάσει από κάποια στάδια. Η ολοκληρωτική αποδοχή της ύπαρξης του καρκίνου πιθανόν και να μην επιτευχθεί αλλά βήματα προς αυτήν μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του καθώς μαθαίνει να διαχειρίζεται το άγχος του μέλλοντος, τον φόβο του θανάτου και τη συναισθηματική παραίτηση.⁴²

Η ψυχολογική υποστήριξη ενός καρκινοπαθή από έναν ειδικό είναι σημαντική όχι γιατί ο ίδιος έχει χάσει εξ' αιτίας της νόσου την ικανότητα για λογική σκέψη, αλλά επειδή αυτό που αντιμετωπίζει είναι μια σοβαρή και απρόσμενη αλλαγή και τον κατακλύζουν πολύ έντονα συναισθήματα στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, όπως η θλίψη, η σύγχυση, η οργή, ο πόνος, το άγχος κ.λπ.⁴⁴

Παράλληλα με τον ίδιο τον ασθενή και η οικογένεια πλήττεται από την είδηση ότι κάποιος αγαπημένο οικογενειακό πρόσωπο πάσχει από καρκίνο, κυρίως, σε συναισθηματικό, αλλά και σε κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Η ψυχολογική υποστήριξη είναι απαραίτητη για το

οικογενειακό περιβάλλον του καρκινοπαθή που επωμίζεται την φροντίδα του και τη διεκπεραίωση διαδικαστικών θεμάτων. Σκοπός της παρέμβασης από έναν ειδικό είναι η δημιουργία ενός υποστηρικτικού πλαισίου κατάλληλου να βοηθήσει τους συγγενείς να είναι δυνατοί ώστε να αντιμετωπίσουν τις δύσκολες καταστάσεις που βιώνουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα που νιώθουν. Μέσα από αυτήν την ψυχοθεραπευτική διαδικασία οι συγγενείς θα μπορέσουν να εκτονώσουν την ένταση, τις σκέψεις και τα συναισθήματα που κρατούσαν μέσα τους από φόβο ή ενοχές.^{46,47}

5.4.2 Συναισθηματική Υποστήριξη

Ως «συναισθηματική υποστήριξη» ορίζεται η βοήθεια που λαμβάνει ο ασθενής και η οικογένειά του για την αντιμετώπιση του φόβου, της μοναξιάς, της οργής και της θλίψης. Δε στοχεύει στην απεμπλοκή συναισθημάτων και σκέψεων, όσο στην πρόσληψη από τον ασθενή της στοργής και της φροντίδας που είναι αναγκαία για τη διατήρηση μίας θετικής στάσης έναντι της νόσου.

Συνήθως, οι συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών καλύπτονται από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του ασθενή. Σε περίπτωση ανεπάρκειας ή και έλλειψης τέτοιας υποστήριξης, υπάρχουν φορείς και οργανισμοί που μπορούν να τον ασθενή και τους οικείους του.⁴⁸

5.5 Εναλλακτικές μορφές υποστήριξης (Ομάδα υποστήριξης)

Οι ομάδες υποστήριξης είναι μια μορφή ψυχολογικής υποστήριξης που χαρακτηρίζεται από τη συμμετοχή πολλών ατόμων (συνήθως δεν υπερβαίνουν τα 10), σε αντίθεση με τη συνήθη παροχή ψυχολογικής υποστήριξης σε ατομική βάση. Στις ομάδες υποστήριξης συμμετέχουν άτομα με κοινές εμπειρίες και προβλήματα, που έχουν τη διάθεση να μοιραστούν τις εμπειρίες τους με άλλους, να εμπλουτίσουν τις γνώσεις τους γύρω από την αντιμετώπιση διαφόρων προβλημάτων που επιφέρει η νόσος και να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους σε ανθρώπους που είναι βέβαιο πως τις κατανοούν.⁴⁸

Μολονότι δεν λειτουργούν όλες οι ομάδες υποστήριξης με τον ίδιο τρόπο, η συμμετοχή σε μια από αυτές μπορεί να είναι πολύ ενθαρρυντική και ευχάριστη εμπειρία. Τα αισθήματα εμπιστοσύνης, αποδοχής και αλληλεγγύης σε συνδυασμό με δημιουργικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες διευκολύνουν την προσωπική έκφραση και ευεργετούν τη διάθεση των συμμετεχόντων. Ας σημειωθεί πως η κάθε ομάδα έχει το δικό της «χαρακτήρα». Ένα άτομο είναι σε θέση να συμμετάσχει σε διάφορες ομάδες ωσότου βρει εκείνη που τον κάνει να αισθάνεται πιο άνετα. Ανεξάρτητα από τη συμμετοχή σε μια

ομάδα υποστήριξης, οι ειδικοί επισημαίνουν πως η γνωριμία ενός καρκινοπαθή με άτομα που πέρασαν ή περνούν την ίδια δυσάρεστη εμπειρία μπορεί να αποδειχτεί εξαιρετικά χρήσιμη και ευεργετική. Η γνωριμία και η συζήτηση με ένα άτομο που έχει βιώσει τις ίδιες δυσάρεστες εμπειρίες εξαιτίας του καρκίνου μπορεί να ενισχύσει ψυχολογικά έναν καρκινοπαθή, καθώς θα τον βοηθήσει να κατανοήσει ακόμη καλύτερα πως δεν είναι ο μόνος που αντιμετωπίζει παρόμοιο πρόβλημα, φόβο και ανησυχία. Οι ανταλλαγές εμπειριών μπορούν να τον διαφωτίσουν για το πώς να διαχειρίζεται καλύτερα τις διάφορες παραμέτρους της νόσου, όπως την αγωγή και τις παρενέργειές της. Μπορεί να βρει νέους τρόπους προσαρμογής στις όποιες αλλαγές έχει επιφέρει ο καρκίνος στη ζωή, την εργασία και τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Η συνάντηση με έναν επιζώντα μπορεί, επίσης, να χαλυβδώσει την αποφασιστικότητά του να συνεχίσει τον αγώνα.^{48,49}

Παρ' όλα αυτά, πιθανόν κάποιον ασθενής να μη θέλει να συναντήσει, τουλάχιστον προς το παρόν, άλλους πρώην ή και νυν καρκινοπαθείς. Ίσως φοβάται πως μπορεί να αποθαρρυνθεί από τις εμπειρίες των άλλων, ή τρομάζει με την ιδέα των όσων μπορεί να ακούσει. Μολονότι τέτοιοι φόβοι συνήθως αποδεικνύονται αβάσιμοι, δεν είναι κατάλληλο να πιέζεται ένας ασθενής από τους οικείους του να κάνει τέτοιου είδους συναντήσεις παρά τη θέλησή του. Άλλωστε, το κλειδί για μια για ευεργετική γνωριμία είναι η άνετη και ειλικρινής επικοινωνία.⁵⁰

5.5.1 Τηλεπικοινωνιακή υποστήριξη

Ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να ληφθεί και με άλλους τρόπους. Άτομα τα οποία για διάφορους λόγους δεν επιθυμούν ή δεν έχουν την ευκαιρία μιας ενόπιον προσωπικής επαφής με ψυχολόγο έχουν τη δυνατότητα να βοηθηθούν μέσω τηλεφώνου. Η υπηρεσία αυτή τους παράσχει τη δυνατότητα να λάβουν βοήθεια όπου και αν βρίσκονται σε χώρο και χρόνο που τους εξυπηρετεί. Αντίστοιχα πλεονεκτήματα εξασφαλίζει η ψυχολογική υποστήριξη μέσω διαδικτύου. Το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο παράσχει τη δυνατότητα άνετης επικοινωνίας και έκφρασης, η οποία, ωστόσο, πιθανόν να μην είναι τόσο άμεση χρονικά όσο θα επιθυμούσε ο ασθενής. Διατηρεί, όμως, τη δυνατότητα αναδρομής σε παρελθούσες επικοινωνίες και την παρακολούθηση της προόδου του ασθενή.⁴⁹

Το μειονέκτημα της χρονικής καθυστέρησης του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου μπορεί να υπερκεραστεί μέσω των διαδικτυακών χώρων συνομιλίας, οι οποίοι διατηρούν την αμεσότητα της συνομιλίας. Αντίστοιχες δυνατότητες διαδικτυακής ψυχολογικής υποστήριξης παρέχονται μέσω των εκάστοτε ειδικών Forum και blogs που έχουν δημιουργηθεί για την επικοινωνία ειδικών και καρκινοπαθών.

Η δυνατότητα διατήρησης ανωνυμίας, η γραπτή έκφραση δίχως το άγχος παρατηρητών και η επικοινωνία με ανθρώπους σε όλο τον κόσμο είναι μερικά μόνο από τα πλεονεκτήματα της διαδικτυακής ψυχολογικής υποστήριξης. Παράλληλα, τα ίδια αυτά χαρακτηριστικά ενέχουν ορισμένα μειονεκτήματα ή κινδύνους. Ζητήστε πληροφορίες για έγκυρες και σοβαρές ιστοσελίδες επικοινωνίας και δίνετε προσωπικές πληροφορίες με εξαιρετική φειδωλία. Επιλέξτε τη διαδικτυακή σας παρέα με τα ίδια κριτήρια που θα επιλέγατε και μια ομάδα υποστήριξης.^{50,51}



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

**Η Συμβολή της νοσηλευτικής στον
ογκολογικό ασθενή**

6.1 Εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες στην ογκολογική νοσηλευτική

Στην ογκολογία και την ογκολογική νοσηλευτική παρατηρείται τεράστια ανάπτυξη στην επιστημονική γνώση και τις τεχνολογικές εφαρμογές, που απαιτούν συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού. Η ασφαλής χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, η φροντίδα της ακτινοδερματίτιδας και η εκτέλεση ασκήσεων σε γυναίκες μετά από μαστεκτομή αποτελούν μερικές ενδεικτικές περιπτώσεις. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να ακολουθούν κατευθυντήριες οδηγίες και πρακτικές βασισμένες σε ενδείξεις και να στοχεύουν στην παροχή ολιστικής φροντίδας. Επιπλέον, η άσκηση καλής κλινικής πρακτικής οφείλει να καλύπτει τις ιδιαιτερότητες της φροντίδας των ασθενών με προχωρημένη νόσο, όπως μπορεί να είναι η ταυτόχρονη παρουσία και ανάγκη φροντίδας πολλών συμπτωμάτων εντός ή εκτός νοσοκομείου, η επιθυμία ορισμένων ασθενών για χρήση εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπειών, η διαχείριση καταστάσεων που εγείρουν ηθικούς προβληματισμούς, όπως η συγκατάθεση σε νέες θεραπείες, η άρνηση θεραπείας, η φροντίδα τελικού σταδίου, η ευθανασία, καθώς και θέματα διαπολιτισμικής νοσηλευτικής που μπορεί να προκύψουν. Γενικά, η παροχή ποιοτικής φροντίδας προϋποθέτει ογκολογικούς νοσηλευτές με καλή προπτυχιακή εκπαίδευση και εξειδίκευση μέσω προγραμμάτων συνεχιζόμενης μεταπτυχιακής εκπαίδευσης. Επίσης απαιτείται μεγαλύτερη αυτονομία, ακριβής προσδιορισμός των αρμοδιοτήτων, δυνατότητα συνταγογράφησης, γραμματειακή υποστήριξη, ενώ τέλος η διάθεση οικονομικών πόρων για την υλοποίηση ερευνητικών προτάσεων, εκπαιδευτικών προγραμμάτων και διάθεση έντυπου πληροφοριακού υλικού θα μεγιστοποιήσει το αποτέλεσμα^{52,53}

6.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ογκολογία

Η νοσηλευτική φροντίδα ορίζεται ως η σκόπιμη ανθρωπινή δραστηριότητα που χαρακτηρίζεται από τη δέσμευση του νοσηλευτή ο οποίος κατέχοντας ένα επαρκές επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων δύναται να υποστηρίξει την ακεραιότητα του φροντιζόμενου ατόμου που είναι στην ευθύνη του.⁵³

Τον Ιούνιο του 1985 πάρθηκε η πολιτική απόφαση στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα για λήψη μέτρων ώστε να αντιμετωπιστεί η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα από τον καρκίνο. Η επιτροπή Ογκολόγων της Κοινότητας το 1986 σχεδίασε το πρόγραμμα «Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου» με το οποίο εκτός των άλλων πρότεινε την κατάρτιση σε ζητήματα των επαγγελματιών υγείας. Στα πλαίσια αυτών των οδηγιών η Ευρωπαϊκή Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρία το 1989 κατάρτισε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για

εξειδίκευση στη νοσηλευτική ογκολογία το οποίο έτυχε ευρείας αποδοχής από πολλές χώρες της Ευρώπης. Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλευτής/τρια είναι πλέον αναγκαιότητα και για να αντεπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται:^{53,54}

- Δεξιότητες
- Επιστημονική κατάρτιση
- Αγάπη για τους ασθενείς
- Αίσθημα ευθύνης
- Προσωπική προσπάθεια και χρόνο
- Ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη.

Η ευθύνη παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας στον χώρο της Ογκολογίας εντάσσεται στο πλαίσιο λειτουργίας διεπιστημονικών ομάδων που στηρίζονται στη διαθέσιμη επιστημονική πληροφορία (evidence based), την κλινική εμπειρία των εργαζομένων και τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη των αποφάσεων.

Οι νοσηλευτές αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι των διεπιστημονικών ομάδων αντιμετώπισης των ογκολογικών ασθενών. Τη μοναδικότητα του νοσηλευτή μέσα στη διεπιστημονική ομάδα υγείας συνθέτουν η δυνατότητα ανάπτυξης θεραπευτικής διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή και την οικογένειά του, που καλλιεργείται από τη διαφορετικότητα στην αντίληψη καθώς και τη συνεχή 24ωρη παρουσία και επικοινωνία του με τον ασθενή, την οικογένειά και τους άλλους επιστήμονες υγείας. Το αυτόνομο νοσηλευτικό επιστημονικό έργο στην ομάδα υγείας συνιστά την δυνατότητα του νοσηλευτή να εκτιμά, να διαισθάνεται, να προτείνει, να προγραμματίζει και να συντονίζει την παρεχόμενη φροντίδα για την αξιολόγηση και αποτελεσματική αντιμετώπιση των πολύπλευρων προβλημάτων που δημιουργούν η νόσος και οι διαφορές θεραπευτικές προσεγγίσεις στη ζωή των ασθενών και των οικογενειών τους με τον εξατομικευμένο σχεδιασμό φροντίδας.^{54,55}

Οι ευρείες νοσηλευτικές αρμοδιότητες ποικίλλουν ανάλογα με το είδος και το στάδιο της νόσου και περιλαμβάνουν την υποστήριξη στη φάση της διερεύνησης και διάγνωσης, την εκπαίδευση του ασθενούς, την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του, τη χορήγηση χημειοθεραπείας, την αντιμετώπιση παρενεργειών και επιπλοκών της θεραπευτικής αγωγής, τη διατροφική υποστήριξη, την υποστήριξη του ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, τη συνεχή ολοκληρωμένη αξιολόγηση και την αρμονική συνεργασία με

άλλους επιστήμονες υγείας και υπηρεσίες υγείας στην κοινότητα, για την εξασφάλιση συνέχειας της φροντίδας υγείας.^{53,54,55}

Εκτός από τις ειδικές ευθύνες που πηγάζουν από το εφαρμοσμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, τη δομή της υπηρεσίας υγείας και την εξειδίκευση τους, οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διευκόλυνση της πρόσβασης των ασθενών στα κατάλληλα μέλη της ομάδας και τις κατάλληλες υπηρεσίες φροντίδας υγείας και υποστήριξης.

Η ακτίνα δράσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος έχει επεκταθεί σε όλους τους τομείς της ογκολογίας(πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση). Ένα σχέδιο φροντίδας εξατομικευμένο για κάθε ασθενή δημιουργείται αμέσως μετά τη διάγνωση. Σε αυτό περιλαμβάνονται λεπτομέρειες για τα διαγνωστικά τεστ, τις χειρουργικές επεμβάσεις, τη θεραπεία και πως ο ασθενής αρχίζει τη μετάβαση στη ζωή μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Οι επιβιώσαντες και οι οικογένειες τους υποστηρίζονται για τα οργανικά άλλα και τα συναισθηματικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η επιβίωση αφορά όχι το εάν και πόσο θα ζήσει ο ασθενής αλλά και το πόσο καλά θα επιζήσει.⁵⁵

Οι νοσηλευτές αλλά και οι επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στην φροντίδα των ασθενών μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας είναι χρήσιμο να λάβουν υπόψιν τους τα παρακάτω προκειμένου να παρέχουν ποιοτική φροντίδα υγείας:

- Πρόληψη του ήδη υπάρχοντος και εμφάνισης καρκίνου σε άλλο σημείο του σώματος καθώς και των μακροχρόνιων παρενεργειών της θεραπείας.
- Παρακολούθηση για μετάσταση του καρκίνου και της θεραπείας του π.χ. οργανικά προβλήματα όπως λεμφοίδημα, η σεξουαλική δυσλειτουργία, συμπτώματα όπως ο πόνος, η κόπωση και η ψυχολογική δυσφορία που βιώνεται από τους ασθενείς αλλά και τους φροντιστές τους.
- Συνεργασία μεταξύ των ειδικών και αυτών που παρέχουν τη φροντίδα ώστε να ικανοποιούνται όλες οι ανάγκες για την υγεία.

6.2.10 νοσηλευτής στην φροντίδα του καρκίνου

Η πλέον σύγχρονη προσέγγιση του ασθενούς με καρκίνο είναι η Θεραπευτική – Διεπιστημονική Ομάδα, μια ομάδα Λειτουργών Υγείας διαφορετικών ρόλων και ειδικοτήτων που σχεδιάζει μια ευρεία κλίμακα υπηρεσιών για την καταπολέμηση του καρκίνου και βοήθα τον ασθενή και την οικογένεια του.^{56,57}

Τη Θεραπευτική Ομάδα αποτελούν:

- Ο ιατρός

- Ο Νοσηλευτής
- Ο Κοινωνικός λειτουργός
- Ο Ψυχολόγος ή ο Θεραπευτής
- Ακόμα και ο εφημέριος του νοσοκομείου

Όλοι αυτοί που αποτελούν την ομάδα μάχονται για την καλύτερη ποιότητα νοσηλείας και την αναγνώριση των ασθενών ως ανθρωπίνων όντων με μοναδικές ανάγκες. Οι νοσηλευτές λόγω εκπαιδευτικής κατάρτισης και θέσης μπορούν να αναλάβουν το συντονισμό της θεραπευτικής ομάδας και να συνεργαστούν με Υπηρεσίες υποστήριξης – εστιαζόμενες στο πρόβλημα των ασθενών και των οικογενειών τους που υπόκεινται σε αλλαγές της ζωής τους.

Για να καταστήσουν αυτές τις υπηρεσίες διαθέσιμες σε συνεχή βάση, οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να συνεργαστούν μεταξύ τους και να έχουν διαρκή πρόσβαση σ' ένα κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα ανθρωπίνων σχέσεων. Ο Carlan πιστεύει ότι τα άτομα που ζουν κοντά στον ασθενή με καρκίνο αντιμετωπίζουν συχνά συναισθηματική κρίση και ένταση που μπορούν να λειτουργήσουν πιο αποτελεσματικά όταν έχουν τακτική επαφή με ένα κοινωνικό δίκτυο το οποίο παρέχει συνεχή επικοινωνία. Ενόψει αυτής της πεποίθησης, η αμοιβαία υποστήριξη και παροχή συμβουλών ανάμεσα στους νοσηλευτές είναι ουσιαστικά στοιχεία στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς και στις οικογένειες τους.

Οι πολλές διαφορετικές φάσεις στην φροντίδα του καρκίνου παρέχουν στους νοσηλευτές ευκαιρίες να αναλάβουν την ευθύνη και την έναρξη δραστηριοτήτων για τη φροντίδα του ασθενούς, περισσότερο απ' ό,τι με άλλες ασθένειες. Για την πλειοψηφία των ασθενών που έχουν εισαχθεί στο νοσοκομείο, οι νοσηλευτές βλέπουν ότι χρειάζεται διαρκείς στρατηγική παρακολούθησης και χειρισμού. Είναι αυτές οι στιγμές που οι νοσηλευτές μπορούν να κάνουν εσκεμμένες μεταβολές στις προσεγγίσεις τους προς τους ασθενείς για να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους για φροντίδα κατά προτεραιότητα.⁵⁷

Οι νοσηλευτές πρέπει ν' αναλάβουν πραγματικά αρχηγικό ρόλο όσον αφορά την ευθύνη για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας του καρκίνου. Πρέπει τώρα να προχωρήσουν στην ανάπτυξη μιας προσέγγισης έλεγχου που εστιάζεται στις πραγματικές πρακτικές των νοσηλευτών και όχι σε ό,τι καταγράφεται στα αρχεία της φροντίδας του ασθενούς με καρκίνο.⁵⁶

Γράφοντας για την ανάγκη νοσηλευτικής δράσης στη δημόσια αρένα, ο Aydelotte προσδιόρισε πέντε ουσιαστικές στάσεις που πρέπει να αναπτύξουν οι Νοσηλευτές :^{56,57}

- 1) Σεβασμό, εμπιστοσύνη και ευρύτητα πνεύματος στη συνεργασία με άλλα άτομα.

- 2) Αναγνώριση της πραγματικότητας σύγκρουσης και αντιπαράθεσης κατά τη διαδικασία διαπραγμάτευσης αντικρουόμενων αιτημάτων.
- 3) Προθυμία να μάθουν καινούργια γλωσσικά σύμβολα και αξίες στον ταχέως μεταβαλλόμενο κόσμο.
- 4) Ικανότητα αλλαγής από το είδος αρχηγίας σε άλλο και ικανότητα ανταπόκρισης σε διαφορετικές καταστάσεις.
- 5) Ενεργητική συνειδητοποίηση του ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη υποστήριξης και αποδοχής.

Οι νοσηλευτές έχουν την δυνατότητα να επηρεάσουν την ανακατανομή των κυβερνητικών πόρων για την Υγεία, έτσι ώστε η φροντίδα και η θεραπεία να έχουν μια πιο ισοδύναμη ισορροπία ανάμεσα τους απ' ότι σήμερα.

Καθώς η εμπειρία δομείται σε διαφορετικά συστήματα παροχής φροντίδας για τον καρκίνο, οι νοσηλευτές είναι σε θέση να μοιραστούν αυτές τις εμπειρίες και να συγκρίνουν τη φροντίδα σε διαφορετικά πλαίσια. Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι προσαρμογές πολιτικής, τροποποιήσεις διαδικασίας, μελέτες κόστους και συνεργασία ανάμεσα σε διαφορετικά πλαίσια.^{57,58}

6.2.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη

Σ' όλα τα πλαίσια φροντίδας υγείας, οι νοσηλευτές έχουν να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο σ' όλα τα στάδια πρόληψης κακοηθών όγκων. Οι κλινικοί και οι ερευνητές, ωστόσο, δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη. Η σωστή πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τη θνητότητα από καρκίνο.

Η Ιπποκράτειος ρύση « κάλλιον το προλαμβάνειν παρά το θεραπεύειν» αποδεικνύεται διαχρονική με βάση τα αποτελεσμάτων σύγχρονων μελετών. Η προληπτική νοσηλευτική ασχολείται περισσότερο με την πρόληψη των επιπλοκών και με την αποκατάσταση των αρρώστων (σωματική και ψυχική).⁵⁹

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου είναι κυρίως να επισημάνει τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του με τέτοιον τρόπο ώστε όχι μόνο να αυξάνει τις γνώσεις του κοινού αλλά επίσης να αλλάξει ορισμένες βλαβερές για την υγεία απόψεις και συμπεριφορές. Οι γενικές συστάσεις πρωτογενούς πρόληψης είναι:^{59,60}

- Μείωση της κατανάλωσης του ζωικού λίπους(κάτω του 20% της συνολικής διατροφής)

- Πρόσληψη αυξημένης ποσότητας φρούτων, λαχανικών, ψωμιού ολικής άλεσης, οσπρίων, ελαιόλαδου και ασβεστίου.
- Αιματολογικός έλεγχος δύο φορές τον χρόνο
- Ένταξη σωματικής άσκησης σε καθημερινή βάση
- Αποφυγή υπερβολικής πρόσληψης θερμίδων
- Αποφυγή καθιστικής ζωής, καπνίσματος και κατάχρησης αλκοόλ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην δευτερογενή πρόληψη είναι τριπλός:

- Να συμβάλλει άμεσα στην πρόωπη διάγνωση του καρκίνου σε ιάσιμο στάδιο
- Να αναγνωρίσει άτομα με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου με τη λήψη νοσηλευτικού ιστορικού.

Να αυξήσει τη συμμετοχή του κοινού σε προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης.

6.2.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση ασθενή με καρκίνο.

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση και στον τομέα αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλάσματος κατάσταση σωματικής – ψυχικής- κοινωνικής υγείας. Μια αναγκαιότητα που πρόέκυψε μετά την επίτευξη υψηλών ποσοστών υφέσεων και μεγάλων μεσοδιαστημάτων ελεύθερα νόσου.⁶¹

Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή/τρια είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου. Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου. Τα επιμέρους προβλήματα που πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν για να επιτευχτεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής είναι:⁶¹

- Χειρισμός/ διαχείριση καρκινικού πόνου
- Αντιμετώπιση- κοινωνικών ηθικών προβλημάτων
- Αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων
- Διατροφική υποστήριξη, αντιμετώπιση καχεξίας
- Φροντίδα τελικού σταδίου

Οι νοσηλευτές/τριες οφείλουν να είναι ικανοί να συμβάλλουν στην ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο με το:

- Να εκτιμούν και να αξιολογούν την ένταση του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου
- Να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράσης, παρενέργειες και αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή
- Να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης- ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του. Η φιλοσοφία αυτή απέναντι στον άρρωστο τελικού σταδίου εκφράζεται με τον όρο “palliative care”- «ανακουφιστική φροντίδα», έχει δε καθιερωθεί το 1987 ειδικότητα ιατρικής και νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας.^{61,62}

Σε κάθε άτομο με καρκίνο θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα απόκτησης γνώσεων αναφορικά με το πρόβλημα του ώστε να το αποδεχτεί πιο εύκολα, να το χειριστεί πιο καλά και να διατηρήσει υψηλό το ποιοτικό επίπεδο της ζωής του. Μετά την αρχική εκπαίδευση στο νοσοκομείο απαιτείται συνεχή εκπαίδευση και της οικογενείας του ασθενούς ανάλογα με το πρόβλημα του.⁶²

6.3 Η συμβολή της νοσηλευτικής σε καρκινοπαθή τελικού σταδίου

Στο τελευταίο τέταρτο του αιώνα έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στο θέμα της κατανόησης και γνώσης των αιτιών του καρκίνου και της θεραπευτικής του αντιμετώπισης. Ταυτόχρονα , μεγάλη πρόοδος έχει σημειωθεί και στο πεδίο της κλινικής φροντίδας του αρρώστου με καρκίνο στο τελικό στάδιο.⁶³

Σαν «καρκίνο τελικού σταδίου» ορίζουμε την κατάσταση εκείνη του ασθενούς κατά την οποία κανένας χειρισμός δεν μπορεί πλέον να εφαρμοστεί. Ως προς την επιλογή των σωστών θεραπευτικών ενεργειών στο τελικό στάδιο του καρκίνου οι παρακάτω αρχές είναι ίσως χρήσιμες:⁶³

- Ο στόχος του γιατρού για την αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου τελικού σταδίου έρχεται όπως είναι ευνόητο σε κατώτερη μοίρα απ’ αυτόν της ανακούφισης των συμπτωμάτων. Η ανακούφιση αυτή πρέπει να απευθύνεται και στα σωματικά και στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα.
- Η θέληση του αρρώστου πρέπει να οδηγεί τα βήματα των γιατρών και των άλλων νοσηλευτών. Αυτός είναι ο σημαντικότερος κανόνας. Οι κλινικοί θεραπευτικοί χειρισμοί πρέπει να αντανακλούνται προσωπικές επιλογές του αρρώστου. Οι θεραπείες που

επιμηκύνουν τη ζωή του αρρώστου επιμηκύνοντας ταυτόχρονα και τα διάφορα προβλήματα από την αρρώστια μπορεί να διακοπούν αν αυτό είναι επιθυμία του αρρώστου.⁶⁴

6.4 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε συγκεκριμένους ασθενείς με καρκίνο με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.

6.4.1 Νοσηλευτική Διεργασία – Ορισμός

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, καθώς και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν.⁶⁵

Η νοσηλευτική διεργασία επομένως αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση της υγείας του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων.

Ο επιστημονικός αυτός τρόπος εργασίας δεν χρησιμοποιείται μόνον για τους νοσηλευτές αλλά και από άλλους επιστήμονες στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα τους γιατρούς, με την διάφορα ότι τα προβλήματα(ανάγκες) που διαπιστώνονται είναι διαφορετικά. Βασικά ο γιατρός ερευνά μόνο προβλήματα που έχουν σχέση με την αρρώστια, με σκοπό την διάγνωση και την θεραπεία.

Ο νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στην αρρώστια, αλλά κυρίως στην σημασία και τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια αυτή, η εισαγάγει στο νοσοκομείο, ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στην κοινότητα, μελετά τις ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις.⁶⁵

Η νοσηλευτική διεργασία είναι:

Συστηματική: όπως η μέθοδος επίλυσης προβλημάτων, αποτελείται από πέντε στάδια, κατά την διάρκεια των οποίων προχωράμε με προσεκτικά βήματα για τη μεγιστοποίηση

της αποτελεσματικότητας κι για την αποκόμιση μακροπροθέσμων ωφέλιμων αποτελεσμάτων.

Δυναμική: καθώς αποκτάται με τον καιρό όλο και μεγαλύτερη εμπειρία ανατρέχει σε προηγούμενα σε ενδιάμεσα αλλά και σε επόμενα στάδια, συνδυάζοντας πολλές φορές δραστηριότητες και από τα τρία στάδια και καταλήγοντας στο ίδιο πάντα αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, οι νέοι νοσηλευτές χρειάζονται συνήθως να εκτιμήσουν με μεθοδικό τρόπο έναν ασθενή για αρκετό χρόνο, ώσπου να καταλήξουν σε μια διάγνωση, ενώ οι έμπειροι νοσηλευτές συχνά υποπτεύονται αμέσως μια διάγνωση και μετά εκτιμούν τον άρρωστο πιο προσωπικά για να επιβεβαιώσουν την διάγνωση που έθεσαν στην αρχή.⁶⁶

Ανθρωπιστική: βασίζεται στην πεποίθηση ότι κατά την διάρκεια του προγραμματισμού και της παροχής φροντίδας, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα μοναδικά ενδιαφέροντα, τις αξίες και τις επιθυμίες του ασθενή(άτομο, οικογένεια, κοινότητα). Ως νοσηλευτές, ασχολούμαστε με το σώμα και το πνεύμα. Προσπαθούμε να καταλάβουμε τα προβλήματα υγείας του κάθε ατόμου και την αντίστοιχη επίδραση που έχουν στην αίσθηση της ευεξίας και στην ικανότητα του ατόμου να πραγματοποιήσει τις καθημερινές δραστηριότητες.

Επικεντρωμένη στα αποτελέσματα: τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να στοχεύουν στον υπολογισμό του κατά πόσο οι άνθρωποι που αναζήτησαν υγειονομική φροντίδα είχαν τα καλύτερα αποτελέσματα με τον πιο αποδοτικό τρόπο. Οι απαιτήσεις για σαφή καταγραφή παρέχουν τις βασικές πληροφορίες, οι οποίες μπορούν να μελετηθούν για την βελτίωση των αποτελεσμάτων σε άλλους ασθενείς με παρόμοιες καταστάσεις.⁶⁵

Στάδια νοσηλευτικής διεργασίας:

1. Εκτίμηση: Συλλογή και έλεγχος πληροφοριών για την κατάσταση υγείας, ψάχνοντας για στοιχεία μη φυσιολογικής λειτουργίας ή παραγόντων επικινδυνότητας που μπορούν να συμβάλλουν σε προβλήματα υγείας(πχ κάπνισμα)
2. Διάγνωση: Σε αυτό το στάδιο οι νοσηλευτές αναλύουν τα στοιχεία και αναγνωρίζουν υπάρχοντα ή πιθανά προβλήματα, τα οποία αποτελούν βάση για το σχέδιο φροντίδας.
3. Προγραμματισμός: Καθορισμός προτεραιοτήτων: καθορισμός αναμενόμενων αποτελεσμάτων, καθορισμός παρεμβάσεων, καταγραφή ή εξατομίκευση σχεδίου φροντίδας.
4. Εφαρμογή: Εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του ατόμου πριν από κάθε ενέργεια, εκτέλεση παρεμβάσεων και επανεκτίμηση των αρχικών αντιδράσεων, αναφορά και καταγραφή των παρεμβάσεων.

5. Αξιολόγηση: Σύγκριση της κατάστασης της υγείας του ατόμου και της λειτουργικότητας σε σχέση με τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Αν ο ασθενής έφτασε στα αναμενόμενα αποτελέσματα αξιολογείται και εάν μπορεί να αναλάβει μόνος του την φροντίδα του.⁶⁶

Οφέλη από την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας

Η νοσηλευτική διεργασία συμπληρώνει άλλες επιστήμες επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον όχι μόνο στα ιατρικά προβλήματα, αλλά επίσης και στην ανθρώπινη αντίδραση, πως δηλαδή αντιδρά το άτομο στα ιατρικά προβλήματα, στις θεραπευτικές αγωγές και στις αλλαγές της καθημερινότητας του. Η ολιστική επικέντρωση βοηθά να διασφαλιστεί ότι οι παρεμβάσεις έχουν εξατομικευτεί για το άτομο, όχι μόνο για την αρρώστια.^{65,66}

6.4.1.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α

Ιστορικό ασθενούς:

Όνοματεπώνυμο: Γ.Κ

Ηλικία : 52

Επάγγελμα: Κομμώτρια

Καταγωγή: Κόρινθος

Ημερομηνία εισόδου: 05/03/2014

Ημερομηνία εξόδου: 07/03/2014

Αιτία εισόδου: Ca Μαστού – προγραμματισμένη ογκεκτομή ΑΡ μαστού και λεμφαδενικός καθαρισμός.

Παρούσα κατάσταση: η ασθενής Γ.Κ είναι 52 ετών, παντρεμένη με 2 παιδιά. Έχει προγραμματίσει το προεγχειρητικό έλεγχο και βρίσκεται υπό ΧΜΘ με Lapatinip και Xelodatab.150mg 1x1. Πριν το χειρουργείο τα ζωτικά σημεία ήταν:

Θερμοκρασία: 36,4°C

Α.Π.: 115/ 74mmHg

Σφύξεις: 74/min

Αναπνοές: 17/min

SpO2: 97%

ΙΑτρικό ιστορικό: η ασθενής Γ.Κ υποβλήθηκε στις 25/03/2012 στο νοσοκομείο « Άγιος Σάββας» σε FNAAP μαστού για κακοήθη κύτταρα ενώ στις 29/01/2013 υποβλήθηκε σε True- Cut επέμβαση, από την επέμβαση αυτή προέκυψε ότι ο καρκίνος ήταν πορογενές διηθητικό αδενοκαρκίνωμα grade II. Στις 17/07/2013 υποβλήθηκε σε scanning οστών, στο οποίο δεν παρατηρηθήκαν οστικές μεταστάσεις. Στις 10/01/2014 έκανε CT εγκεφάλου και θώρακος χωρίς παθολογικά ευρήματα, CT κοιλίας και πυέλου χωρίς παθολογικά ευρήματα επίσης.

Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε στις 05/03/14 στις 9:00 π.μ. και διήρκεσε 2 ώρες. Η ασθενής, μετεγχειρητικά έφερε 2 παροχετεύσεις Redon(1 μασχαλαία και 1 μαστού). Ο γιατρός έδωσε τις εξής μετεγχειρητικές οδηγίες:

Χορήγηση D/W 5% 1000ml + 2 ampKCL +2 AMPNaCL με ρυθμό έγχυσης 125ml/h. Μετά το τέλος ηπαρινισμός και διατήρηση φλέβας. AmpXefo 4mg/1mlIV 2x2, ampApoTel 1gr/8mlIV 1x2, FlMefoxil 1grIV 1x3, FlLordin 40mgIV 1x1, ampZofron 4mg/ml επί τάσης προς έμετο. Φυσιοθεραπεία και κινητοποίηση από το απόγευμα(να τεθεί στηθόδεσμος πριν την κινητοποίηση) και να τεθεί ρ/κ στα 3lt.

Στις 06/03/14, η ασθενής σταμάτησε την IV φαρμακευτική αγωγή και ξεκίνησε tabDepon 500mg 1x3, tabProcef 500mg 1x2, ampPylmicort 0,25mg 1x3, ampAtrovent 250mg 1x3 και Clexaneinj 4000 anti-xaIU/0,4ml(να χορηγηθεί το πρωί άπαξ) και το απόγευμα άπαξ Clexaneinj 6000 anti-xaIU/0,6ml. Στις 07/03/14 το πρωί έλαβε την πρωινή δόση των φαρμάκων της και έγινε μια Clexaneinj 6000 anti-xaIU/0,6ml άπαξ, αφαιρέθηκαν οι παροχετεύσεις Redon και της δόθηκε εξιτήριο.

Ακολουθεί νοσηλευτική διεργασία του περιστατικού:

<p align="center">Νοσηλευτική Αξιολόγηση(ανάγκες και προβλήματα του ασθρνούς)</p>	<p align="center">Αντικειμενικός Σκοπός</p>	<p align="center">Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</p>	<p align="center">Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</p>	<p align="center">Εκτίμηση Αποτελέσματος</p>
<p>Παρουσία λεμφοιδήματος στο αριστερό άνω άκρο μετά την ογκεκτομή και τον λεμφαδενικό καθαρισμό.</p>	<p>-Ελαχιστοποίηση του λεμφοιδήματος. -Βελτίωση της λειτουργίας του AP άνω άκρου. -Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>-Το πάσχον χέρι να τεθεί σε κατάλληλη θέση για την καλύτερη κυκλοφορία του αίματος και της λέμφου. -Η ασθενής να ξεκινήσει ασκήσεις φυσιοθεραπείας. -Να μην γίνονται νοσηλείες στο πάσχον χέρι π.χ. μέτρηση ΑΠ, αιμοληψία. -Να δοθεί στην ασθενή η ευκαιρία να εξωτερικεύσει τις ανησυχίες της. -Η ασθενής να εκπαιδευτεί έτσι ώστε να καταλάβει τους λόγους για τους οποίους πρέπει να προστατευτεί το AP χέρι. -Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p>	<p>-Το πάσχον χέρι τοποθετήθηκε πάνω σε μαξιλάρι, πάνω από το επίπεδο του υπόλοιπου σώματος. -Η ασθενής ξεκίνησε ασκήσεις(2 φορές την ημέρα) για την βελτίωση της λειτουργίας του AP χεριού. -Έγινε καταγραφή στη λογοδοσία να μην γίνονται νοσηλείες στο AP χέρι. -Η ασθενής ενημερώθηκε σχετικά με το τι πρέπει να προστατεύσει το AP χέρι και ενθαρρύνθηκε να κάνει και μόνη της τις ασκήσεις. -Δόθηκε νάρθηκας για το πάσχον χέρι.</p>	<p>-Η ασθενής παρουσιάζει μείωση του λεμφοιδήματος μετά τη θέση που τέθηκε το πάσχον χέρι και των ασκήσεων φυσιοθεραπείας(η βελτίωση αξιολογήθηκε με τη χρήση μεζούρας)και παρατηρήθηκε βελτίωση της λειτουργίας και της κινητικότητας του AP άνω άκρου. -Ο γιατρός συνέστησε επανάληψη της χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής[ampLasix 20mg/2ml(φουροσεμίδα- διουρητική δράση) και inj. Clexane 4000iu/0,4ml 1x1(ενοξαπαρίνηνατριούχος)]</p>

Νοσηλευτική Αξιολόγηση(ανάγκες και προβλήματα του ασθενούς)	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Παρουσία λεμφοιδήματος στο αριστερό άνω άκρο μετά την ογκεκτομή και τον λεμφαδενικό καθαρισμό. (συνέχεια)			-Χορηγήθηκε διουρητική και αντιπηκτική αγωγή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.	για τη μείωση του λεμφοιδήματος και της αντιπηκτικής αγωγής για πρόληψη θρόμβωσης έως ότου η ασθενής πάρει εξιτήριο. -Η ασθενής δεν εμφάνισε κάποια επιπλοκή έως την έξοδο της από το νοσοκομείο

Νοσηλευτική Αξιολόγηση(ανάγκες και προβλήματα του ασθενούς)	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Φόβος και Άγχος λόγω της παρουσίας του λεμφοιδήματος.	<ul style="list-style-type: none"> -Η ασθενής να απαλλαγεί από τον φόβο και το άγχος και να ηρεμήσει. -Μείωση ή απαλλαγή του λεμφοιδήματος. 	<ul style="list-style-type: none"> -Να δοθεί η ευκαιρία στην ασθενή να εξωτερικεύσει τις ανησυχίες της και τα συναισθήματα της όσον αφορά την παρουσία του λεμφοιδήματος. -Να ενημερωθεί η ασθενής για το λεμφοίδημα-μετεγχειρητική επιπλοκή και να απαντηθούν οι απορίες της. -Εκπαίδευση της οικογένειας της ασθενούς για παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. -Ενθάρρυνση της ασθενής να πραγματοποιεί και να συνεχίζει τις ασκήσεις. -Η ασθενής να παραμείνει αισιόδοξη και να συνεργαστεί για την αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος. 	<ul style="list-style-type: none"> -Η ασθενής μιλά ανοιχτά για τα συναισθήματα της περί παρουσίας λεμφοιδήματος. -Η ασθενής έχει πλήρη ενημέρωση για το λεμφοίδημα-ενθαρρυντικά σχόλια για την πορεία της. -Η οικογένεια της ασθενούς εκπαιδεύεται ως προς την ενθάρρυνση της και της δίνουν δύναμη και κουράγιο για να συνεχίσει. -Η ασθενής πραγματοποιεί μόνη της ένα μέρος των ασκήσεων για τη μείωση του λεμφοιδήματος. 	<ul style="list-style-type: none"> -Η ασθενής φαίνεται να είναι αισιόδοξη για την πορεία του λεμφοιδήματος χάρη στη υποστήριξη της οικογένειας της και στο προσωπικό υγείας και παίρνει δύναμη επαναλαμβάνοντας μόνη της τις ασκήσεις.

Νοσηλευτική Αξιολόγηση(ανάγκες και προβλήματα του ασθενούς).	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Ψυχολογική πτώση της ασθενούς λόγω της αλλαγής της εικόνας της.	-Η ασθενής να αποδεχτεί την εικόνα του σώματος της μετά την επέμβαση και να απαλλαγεί από τα απαισιόδοξα συναισθήματα.	-Αναζήτηση βοήθειας από ψυχολόγο, ψυχίατρο κτλ. -Να ερωτηθεί αν η ασθενής θα ήθελε να την επισκεφτεί μια εθελόντρια από την ομάδα στήριξης ασθενών με καρκίνο του μαστού. -Να ενθαρρύνεται τόσο η ασθενής όσο και ο σύντροφος της και να εκφράσουν τα συναισθήματα τους. -Να δοθεί η δυνατότητα να μιλήσει ανοιχτά με την οικογένεια της. -Να έλθει σε επικοινωνία- συνάντηση με ομοιοπαθούσα που ανέκτησε τις ψυχολογικές και φυσικές δυνάμεις της και εντάχθηκε ομαλά στο κοινωνικό σύνολο.	-Έγινε εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης της ασθενούς από ψυχολόγο. -Η ασθενής θέλησε να μιλήσει με μια εθελόντρια από την ομάδα στήριξης για την δύσκολη περίοδο που περνάει η ίδια αλλά και να την συμβουλευτεί για το πώς να αντιμετωπίσει την αντίδραση των παιδιών της. -Η ασθενής ζήτησε να μείνει μόνη της μαζί με τον άνδρα της για να μιλήσουν. -Η ασθενής ήρθε σε επικοινωνία- συνάντηση με ομοιοπαθούσα που ανέκτησε τις ψυχολογικές και φυσικές δυνάμεις της και εντάχθηκε ομαλά στο κοινωνικό σύνολο.	-Η ασθενής δείχνει να αποδέχεται την εικόνα του χειρουργηθέντος μαστού μετά την συζήτηση που έγινε με την εθελόντρια από την ομάδα στήριξης και με τον άνδρα της και σκέφτεται να πραγματοποιήσει μία πλαστική αποκατάσταση του μαστού της.

Νοσηλευτική Αξιολόγηση(ανάγκες και προβλήματα του ασθενούς).	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Ψυχολογική πτώση της ασθενούς λόγω της αλλαγής της εικόνας της.(συνέχεια)		-Να ενημερωθεί η ασθενής για ειδήμονα στον οποίο μπορεί να απευθυνθεί για πλαστική της τομής.	-Η ασθενής ήρθε σε επικοινωνία με τον Π.Α., ο οποίος είναι πλαστικός χειρουργός, για τις επιλογές που υπάρχουν για πλαστική αποκατάσταση της τομής.	

6.4.1.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β

Ιστορικό ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Δ.Μ

Ηλικία : 64

Επάγγελμα: Συνταξιούχος

Καταγωγή: Πάτρα

Ημερομηνία εισόδου: 12/02//2014

Ημερομηνία εξόδου: 19/02/2014

Αιτία εισόδου: καρκίνος αριστερής κοιλικής καμπής και προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση

Παρούσα κατάσταση: ο ασθενής Γ.Κ είναι 64 ετών, παντρεμένος με 3 παιδιά. Κατά την εισαγωγή του στη χειρουργική κλινική του ΠΓΝΠ τα ζωτικά σημεία ήταν: Θερμοκρασία: 36°C, Α.Π.: 125/ 72mmHg, Σφύξεις: 80/min. Οι διαγνωστικές εξετάσεις που του έγιναν έδειξαν: Γενική αίματος:HGB 14.8g/dl, HCT 48.0 %, WBC 7.82 10e3/μl, RBC 4,96 10e6/μl, INR 1.08.βιοχημικές εξετάσεις: Γλυκόζη 87mg/dl, Ουρία 32mg/dl, Κρεατινίνη 0,9mg/dl, Κάλιο 4,8mmol/l, Νάτριο 143mmol/l, SGOT 29U/L, SGPT 41U/L, γ-GT 21U/L.ακτινογραφία θώρακος – Γενική ούρων= φυσιολογική.

Ατομικό ιστορικό: αρτηριακή υπέρταση, κολπική μαρμαρυγή, ιστορικό καρκίνου προστάτη. Ο ασθενής λαμβάνει την εξής φαρμακευτική αγωγή: ρυθρονόρμ 150mg(1-2-1), Vastarel 150mg(1-0-1), Aprovel 150mg(0-1-0), Sindrom(διακοπή λόγω του προγραμματισμένου χειρουργείου), Pariet 20mg(1-0-0).

Την ίδια ημέρα άρχισε η προετοιμασία του εντέρου για την επικείμενη χειρουργική επέμβαση με kleen- prep και ετέθη ουροκαθετήραςFolleyNo 18. Ο ασθενής υποβλήθηκε στις 13/02/14 σε χειρουργική επέμβαση(αφαίρεση αριστερής κοιλικής καμπής). Κατά την επιστροφή του από το χειρουργείο τα ζωτικά του σημεία ήταν: ΑΠ 122/79mmHg, Θ:35,8°C, Σφύξεις: 74/min. Ο ασθενής φέρει ορό L/R 1000cc σε περιφερική φλέβα, παροχέτευση Jackson-Prett στο αριστερό υποχόνδριο και ουροκαθετήραFolley. Συνολικά ο ασθενής θα λάβει 3lit ενδοφλέβιων υγρών ανά 24ωρο: D/W 5% 1000cc 1x2, N/S 0,9% 1000cc 1x1. Η φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς είναι η εξής: Thrombarine 0,6 1x1 S.C, Tazepenfl 1x3 IV, Penrazolfl 1x1 IV, ampApotel 1x3 IV, Paraffinoil 10ccx3 P.O

ΠΡΟΕΡΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Νοσηλευτική Αξιολόγηση(ανάγκες και προβλήματα του ασθενούς)	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Χειρουργική επέμβαση στις 20/5/2014(αριστερή ημικολεκτομή με εγκαρσιοσιγμο ειδική αναστόμωση).</p>	<p>-Ο ασθενής να είναι καθ' όλα έτοιμος για την χειρουργική επέμβαση. -Να ολοκληρωθεί η χειρουργική επέμβαση χωρίς προβλήματα. -Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.</p>	<p>-Προγραμματισμός προεγχειρητικού ελέγχου(γενική αίματος, βιοχημικός έλεγχος, γενική ούρων, καρδιολογική εκτίμηση κτλ.). -Να γίνει προσαρμογή της διαίτας. -Να γίνει πλήρης κάθαρση του εντερικού σωλήνα για την απρόσκοπτη κένωση κατά την επέμβαση. -Προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου. -Εναρξη αντιπηκτικής αγωγής και αντιβιοτικής αγωγής 1 ημέρα πριν την επέμβαση σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. -Ετοιμασία του ασθενούς(αφαίρεση ξένων αντικειμένων, χειρουργική ενδυμασία, χορήγηση προνάρκωσης).</p>	<p>-Έγινε λήψη αίματος και ενημερώθηκε ο φάκελος του ασθενούς:HGB 14,8g/dl, HCT 48.0%, WBC 7.82 10e3/μl, RBC 4,96 10e6/μl, INR 1.08, Γλυκόζη 87mg/dl, Ουρία 32mg/dl, Κρεατινίνη 0,9mg/dl, Κάλιο 4,8mmol/l, Νάτριο 143mmol/l, SGOT 29U/L, SGPT 41U/L, γ-GT 21U/L. -Έγινε καρδιολογική εκτίμηση. -Ετέθη σε υδρική διαίτα την προηγούμενη μέρα της επέμβασης και από τα μεσάνυχτα δεν πήρε τίποτα από το στόμα. -Έγινε ο καθαρισμός του εντέρου στις 19:00 τις 19/5/2014 με kleen-prep</p>	<p>-Ολοκληρώθηκε επιτυχώς η προεγχειρητική προετοιμασία. -Το kleen-prep συνέβαλε στην κένωση του εντέρου, η υψηλή συγκέντρωση ηλεκτρολυτών καθώς και η οσμωτική δράση της πολυ-αιθυλενο-γλυκόζης στο διάλυμα εξασφαλίζουν μη σημαντικές μεταβολές της ομοιόστασης του οργανισμού σε ύδωρ και ηλεκτρολύτες. -Thromoboparin ανήκει στην κατηγορία των αντιπηκτικών- ηπαρίνες- χαμηλού μοριακού βάρους. Ενδείκνυται στην πρόληψη και θεραπεία των εν τω βάθει θρομβώσεων και στην αντιμετώπιση των θρομβοεμβολικών επιπλοκών.</p>

ΠΡΟΕΡΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Νοσηλευτική Αξιολόγηση(ανάγκες και προβλήματα του ασθενούς)	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Χειρουργική επέμβαση στις 20/5/2014(αριστερή ημικολεκτομή με εγκαρσιοσιγμο ειδική αναστόμωση). (συνέχεια)</p>		<p>-Συμπλήρωση του δελτίου που θα συνοδεύσει τον ασθενή στο χειρουργείο. -Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή των ενεργειών στο νοσηλευτικό διάγραμμα. -Εκτίμηση- επανεκτίμηση της όλης προεγχειρητικής κατάστασης του ασθενούς.</p>	<p>και έγινε η προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου. ΕδόθηThromboparine 6000IU/0.6ml 1x1 SC καιTazepen fl.1x3 IV. -Χορηγήθηκεπρονάρκωση 30min πριντοχειρουργείο(1/2 amp pethidine 100mg + 1 amp atropine IM). -Συμπληρώθηκε το δελτίο που θα τον συνοδεύσει στο χειρουργείο. Έγινε λήψη ΖΣ και καταγραφή των ενεργειών στο νοσηλευτικό διάγραμμα. -Έγινε εκτίμηση- επανεκτίμηση της όλης προεγχειρητικής κατάστασης.</p>	<p>-Tazepen είναι μια ευρέως φάσματος ημισυνθετικήπενικιλίνη δραστική εναντίον πολλών Gram(+) και Gram(-) αερόβιων και αναερόβιων μικροοργανισμών. -Πεθιδίνη, προαναισθητικά για να ηρεμήσει ο ασθενής και να μειωθεί η δόση του αναισθητικού, η ατροπίνη έχει μυοχαλαρωτική δράση και μειώνει την υπερπαραγωγή βλέννης και σιέλου.</p>

ΠΡΟΕΡΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Νοσηλευτική Αξιολόγηση(ανάγκες και προβλήματα του ασθενούς)	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Φόβος και ανησυχία του ασθενούς για την επέμβαση που θα ακολουθήσει.</p>	<p>-Ο ασθενής να είναι ήρεμος πριν την χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>-Ενημέρωση του ασθενή για το είδος, τον τρόπο και το σκοπό της επέμβασης. -Διδασκαλία του ασθενή για την μετεγχειρητική του συμπεριφορά ώστε να αποφευχθούν οι επιπλοκές. -Να δοθεί φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. -Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή τους στο φύλλο νοσηλείας. -Βοήθεια από ειδικό ψυχολόγο- ψυχίατρο αν χρειαστεί. -Να γίνει καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Έγινε ενημέρωση του ασθενή σχετικά με την επέμβαση και δόθηκαν απαντήσεις στις απορίες του. -Ενημερώθηκε για τον τρόπο που θα πρέπει να βήχει, να κινείται και να κάνει ασκήσεις ώστε να αποφευχθούν οι μετεγχειρητικές επιπλοκές. -Χορηγήθηκε 1tb.Lexotanil 1.5mg(το βράδυ πριν την επέμβαση). -Έγινε λήψη ζωτικών σημείων: Θ:36,4 C, ΑΠ:127/74mmHg, σφύξεις:86/min. -Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή απέδωσε θετικά και εξωτερίκευσε τις αγωνίες και το φόβο του. -Η διδασκαλία του σχετικά με τις ενέργειες για την αποφυγή των μετεγχειρητικών επιπλοκών του έδωσαν αυτοπεποίθηση. -Το Lexotanil(βρωμοζεπάμη) ανήκει στην ομάδα φαρμάκων γνωστή ως βενζοδιαζεπίνες, η οποία ελαττώνει το άγχος και χαλαρώνει τους μύες. -Ο ασθενής ήταν ήρεμος έως την μεταφορά του στο χειρουργείο.</p>

ΠΡΟΕΡΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Νοσηλευτική Αξιολόγηση(ανάγκες και προβλήματα του ασθενούς)	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως.</p>	<p>-Να επιτευχθεί η διαδικασία του καθετηριασμού με επιτυχία. -Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>-Τοποθέτηση καθετήρα κύστεωςFolley με άσηπτη τεχνική. -Μέτρηση ούρων 24ώρου και ισοζύγιο υγρών-ηλεκτρολυτών. -Τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή του συλλέκτη. -Έλεγχος ούρων για την ύπαρξη μεταβολής χρώματος. -Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Τοποθετήθηκε καθετήρας κύστεωςNo 18 με άσηπτη τεχνική. -Έγινε μέτρηση ούρων 24ώρου:2750ml και προσλαμβανόμενων υγρών:3000ml. -Η αλλαγή του συλλέκτη έγινε με άσηπτη τεχνική. -Έγινε έλεγχος του χρώματος των ούρων. -Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Δεν εμφανίστηκαν δυσχέρειες ή επιπλοκές κατά την παροχέτευση των ούρων. -Το χρώμα των ούρων ήταν φυσιολογικό. -Δεν παρατηρήθηκε διαταραχή στο ισοζύγιο των υγρών: προσλαμβανόμενα 3000mlαποβαλλόμενα 2950ml(αρνητικό ισοζύγιο).</p>

ΜΕΤΕΡΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Νοσηλευτική Αξιολόγηση(ανάγκες και προβλήματα του ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών(IVχορήγηση ορών και ηλεκτρολυτών).</p>	<p>-Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. -Πρόληψη επιπλοκών(shock, κτλ.)</p>	<p>-Να εμπλουτιστούν και να χορηγηθούν οι οροί και οι ηλεκτρολύτες σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. -Μέτρηση προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών. -Λήψη αίματος(περιφερικού-φλεβικού) για γενική αίματος και βιοχημικός έλεγχος και ανάλογη αντιμετώπιση- παρέμβαση σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. -Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή τους στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Έγινε εμπλουτισμός του σχήματος ορών με KCLamp 2x2 για 2 ημέρες. -Ο ασθενής λαμβάνει τους εξής ορούς: D/W 5% 1000cc 1x2, N/S 0,9% 1000cc 1x1. -Έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων(3000ml) και αποβαλλόμενων υγρών(2750ml).Jacson-Prett:200ml. Σύνολο αποβαλλόμενων:2950ml. -Έγινε λήψη αίματος(περιφερικού-φλεβικού, βιοχημικός έλεγχος κτλ.)σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Οι νέες τιμές στην βιοχημική εξέταση αίματος είναι:K+=4,3mmol/lκαι NA+=137mmol/l.</p>	<p>-Το χορηγούμενο σχήμα ορών συνέβαλε στην αποφυγή της αφυδάτωσης. -Δεν παρατηρήθηκε διαταραχή στο ισοζύγιο των υγρών: προσλαμβανόμενα 3000mlαποβαλλόμενα 2950ml(αρνητικό ισοζύγιο). -Ο ασθενής δεν εμφάνισε κάποια επιπλοκή έως την έξοδο του από το νοσοκομείο.</p>

ΜΕΤΕΡΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Νοσηλευτική Αξιολόγηση(ανάγκες και προβλήματα του ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών(IVχορήγηση ορών και ηλεκτρολυτών). (συνέχεια)		-Εκτίμηση- επανεκτίμηση όσον αφορά την IV χορήγηση των υγρών και των ηλεκτρολυτών. -Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.	-Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία: Θ:36.7°C, ΑΠ:131/76mmHg, σφύξεις:71/min	

ΜΕΤΕΡΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Νοσηλευτική Αξιολόγηση(ανάγκες και προβλήματα του ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Ξηρότητα της στοματικής κοιλότητας λόγω της γενικής αναισθησίας	<ul style="list-style-type: none"> -Ανακούφιση ασθενούς από την ξηρότητα. -Απαλλαγή από την ξηρότητα της στοματικής κοιλότητας. -Πρόληψη στοματίτιδας και άλλων επιπλοκών. 	<ul style="list-style-type: none"> -Εφύγρανση της στοματικής κοιλότητας. -Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. -Επάλειψη των χειλιών με λιπαντική αλοιφή. -Ασηψία και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. -Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα 	<ul style="list-style-type: none"> -Έγινε χρήση portcotton για την εφύγρανση της στοματικής κοιλότητας. -Έγινε επάλειψη των χειλιών με γλυκερίνη. -Έγινε φροντίδα της στοματικής κοιλότητας με Hexalen 10ccx2 για την πρόληψη της στοματίτιδας και άλλων επιπλοκών. -Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία και είναι: Θ:36,4°C, ΑΠ:125/75mmHg, Σφύξεις: 72/min. 	<ul style="list-style-type: none"> -Η ξηρότητα υποχώρησε και ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα. -Η στοματίτιδα αποφεύχθη λόγω της φροντίδας της στοματικής κοιλότητας. - Ο ασθενής δεν εμφάνισε κάποια άλλη επιπλοκή.

ΜΕΤΕΡΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Νοσηλευτική Αξιολόγηση(ανάγκες και προβλήματα του ασθενούς)	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Ναυτία – έμετος που οφείλεται στη γενική νάρκωση</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ανακούφιση του ασθενή από ναυτία και έμετο. -Απαλλαγή του ασθενή από τον έμετο. -Πρόληψη επιπλοκών. 	<ul style="list-style-type: none"> -Τοποθέτηση του ασθενή σε κατάλληλη θέση. -Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. -Λήψη περιφερικού φλεβικού αίματος, βιοχημικός έλεγχος και γενική αίματος, έλεγχος ηλεκτρολυτών. -Ασηψία και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. -Ενυδάτωση ασθενούς με ορούς, IVυγρά ή peros 	<ul style="list-style-type: none"> -Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημί-Fowler θέση με το κεφάλι στο πλάι. -Χορηγήθηκε amprgimperan 1x2 στους ορούς σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. -Έγινε λήψη αίματος για έλεγχο ηλεκτρολυτών: K=4,0mmol/l, Na= 135 mmol/l -Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με Hexalen 5cc. -Έγινε η ενυδάτωση του ασθενούς με N/S 0,9% 500cc. -Καταγράφησαν οι έμετοι(2) στο φύλλο νοσηλείας. 	<ul style="list-style-type: none"> -Αποφεύχθηκε η εισρόφιση με τη σωστή θέση του σώματος του ασθενούς. -Η χορηγούμενη αγωγή είχε θετικά αποτελέσματα. Το primgperan(μετοκλοπραμίδη) ασκεί ισχυρή αντιεμετική δράση. Επιταχύνει την κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο. -Η φροντίδα της στοματικής κοιλότητας με Hexalen συνέβαλε στην πρόληψη της στοματίτιδας καθώς και άλλων επιπλοκών -Ο ασθενής φαίνεται να αισθάνεται καλύτερα ύστερα από την ενυδάτωση με ορούς, IV υγρά ή peros.

ΜΕΤΕΡΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Νοσηλευτική Αξιολόγηση(ανάγκες και προβλήματα του ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Ναυτία – έμετος που οφείλεται στη γενική νάρκωση</p>		<p>.-Μέτρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. -Εκτίμηση- επανεκτίμηση του χαρακτήρα των εμέτων και γενικότερα της όλης κλινικής πορείας του ασθενούς. -Καταγραφή της ποσότητας και της σύστασης των εμέτων στο φύλλο νοσηλείας. -Διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων.</p>	<p>-Έγινε εκτίμηση- επανεκτίμηση του χαρακτήρα των εμέτων και γενικότερα της όλης κλινικής πορείας του ασθενούς από το θεράποντα ιατρό. -Το περιβάλλον και ο χώρος της κλίνης του ασθενούς διατηρήθηκαν καθαρά.</p>	



Συμπεράσματα

Προτάσεις

Συμπεράσματα- Προτάσεις

- ✓ Ο Καρκίνος μπορεί να θεραπευτεί πλήρως.
- ✓ Η σωστή πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τη θνησιμότητα στη χώρα μας.
- ✓ Η στήριξη της οικογένειας του ασθενούς παίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχολογία του ασθενούς.
- ✓ Για τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών απαιτείται συνεχιζόμενη και εξειδικευμένη νοσηλευτική εκπαίδευση από εκπαιδευτές με γνώση και εμπειρία στην ογκολογική νοσηλευτική.
- ✓ Καθήκον των νοσηλευτών δεν είναι μόνο να παρέχουν βασική νοσηλεία στον ασθενή αλλά και να τον εκπαιδεύουν και να τον προετοιμάζουν να ζήσει με μια καλή ποιότητα ζωής εξωνοσοκομειακά.
- ✓ Να εφαρμοστούν προγράμματα αγωγής υγείας εκ μέρους της πολιτείας με θέμα την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.
- ✓ Τα ΜΜΕ να ενταχθούν στην υπηρεσία διαφώτισης του κοινού για την πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου.
- ✓ Κατάλληλος εξοπλισμός στα νοσοκομεία με μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας ώστε να γίνονται γρήγορα όλες οι εργαστηριακές εξετάσεις κι έτσι να επιτυγχάνεται γρήγορη πρόληψη.
- ✓ Επάνδρωση των νοσοκομείων με επαρκή αριθμό και κυρίως εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό όπως επίσης ψυχολόγου και κοινωνικού λειτουργού.
- ✓ Ανάπτυξη ενός προγράμματος ανάπτυξης, στήριξης και ενδυνάμωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται με ογκολογικούς ασθενείς.
- ✓ Ειδικοί ψυχολόγοι να βρίσκονται δίπλα στους ογκολογικούς ασθενείς.
- ✓ Η έρευνα της ογκολογικής νοσηλευτικής να εστιάζει όχι μόνο στη νόσο και τη θεραπεία αλλά και στην επίδραση της νόσου στον ασθενή και την οικογένεια.

Περίληψη

Εισαγωγή: « 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.

Σκοπός: Της εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που οδηγούν στην δημιουργία του καρκίνου και η νοσηλευτική προσέγγιση όλων των ειδών καρκίνου γενικότερα, με στόχο κυρίως την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση αλλά και την αντιμετώπιση του καρκίνου και των επιπλοκών του καθώς επίσης και την συμβολή της Νοσηλευτικής στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς που υποφέρει από καρκίνο.

Ο καρκίνος είναι μια νόσος που μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο βαθμό σε μεγάλο βαθμό. Από έρευνες προκύπτει ότι πάνω από 50% των νέων κρουσμάτων καρκίνου στις ανεπτυγμένες χώρες θα μπορούσαν να προληφθούν εάν εφαρμοζόταν σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες στοχευμένα προγράμματα πρόληψης που να προάγουν κυρίως τον προληπτικό έλεγχο (screening). Επιπροσθέτως έρευνες και μελέτες που αφορούν την θεραπεία του καρκίνου αφήνουν ελπίδες σχετικά με την πλήρη ίαση του. Επιπλέον η νοσηλευτική επιστήμη συμβάλλει σημαντικά τόσο στην πρόληψη όσο και στην θεραπεία ατόμων καθιστώντας απαραίτητη την κατάλληλη εκπαίδευση και την συνεχιζόμενη μάθηση των εργαζομένων ώστε να συμβάλουν αποτελεσματικά στην φροντίδα των ασθενών.

Συμπέρασμα: η νοσηλευτική σαν επιστήμη συμβάλλει σημαντικά όχι μόνο στην πρόληψη και θεραπεία του καρκίνου αλλά και στην ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς. Οι νοσηλευτές συμβάλλουν θεραπευτικά και ολιστικά σε όλα τα στάδια πορείας των ογκολογικών ασθενών.

Summary

Introduction: "Cancer" is the term used to describe a group of diseases with common and different features, depending on the position localization. The types of cancer vary considerably in nature, growth, development, treatment and prognosis.

Purpose: this labor is to investigate the factors that lead to the creation of cancer and the nursing approach of all cancers in general, particularly with a view to prevention, early diagnosis and treatment of cancer and its complications as well as the contribution of Nursing on improving the quality of life of patients suffering from cancer.

Cancer is a disease that can be prevented to a large extent largely. Research has shown that over 50% of new cancers in developed countries could be prevented if applied in large population groups targeted prevention programs that promote particular screening (screening). In addition to surveys and studies relating to cancer treatment leave hopes on the full healing. In addition to nursing science contributes significantly both in the prevention and treatment of individuals necessitating appropriate training and continuing education of employees to contribute effectively to patient care.

Conclusion: nursing as a science contributes significantly not only in the prevention and treatment of cancer and psychological support of cancer patients. Nurses contribute therapeutic and holistic at all stages of the course oncological patients.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Corner J. Bailey C., Νοσηλευτική Ογκολογία- Το πλαίσιο φροντίδας, Επιμέλεια: Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε., Τόμος Ι, Εκδόσεις Πασχαλίδης (Αθήνα 2009), σ.3-10, 63-70, 145-336, 351-445
2. Κάρλου Χ., Πατηράκη Ε., Η έννοια της φροντίδας στην Ογκολογική Νοσηλευτική. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Νοσηλευτική 2011, 50(1): 35-48
3. Ρηγάτος Γ. Η ιστορία του Καρκίνου και της Ογκολογίας. Επίτομος Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Ascent. Αθήνα 2007. σ.171-195
4. Καρκίνος: Από την άγνοια στο φόβο. Αχαϊκές εκδόσεις, Πάτρα 1999, 216-220
5. Dollinger M., M.D., Rosenbaum E., Caple G., Ο καρκίνος- Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους. Τόμος Ι, Έκδοση 1^η Andrews and McMeel, 1991
6. Μπακούνσλι Ι. Τι πρέπει να γνωρίζεται για τον καρκίνο. Εκδόσεις Αγγελάκη, Αθήνα 2000, 34-73
7. Olsezewski M. Concepts of cancer from Antiquity to the Nineteenth Century. History of Medicine May 2010, vol 87, Number 3
8. International Agency for research on cancer (IARC 2008) Cancer Mondial (Internet-France) Available at <http://www-dep.iarc.fr>
9. World Health Organization Cancer Fact sheet No 297. World Health Organization. Available at <http://who.int/features/factfiles/cancer/en/index/html>, (WHO 2006)
10. Development for economic co-operation and development (OECD 2007) Health at a glance 2007 chapter 2: Health status. Franch. available at <http://www.oecd.org/document>
11. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ 2008) «Εθνικό σχέδιο δράσης για τον καρκίνο 2008-2012 (available at <http://yyka.gov.gr/future/anakoinwseis-egkyklia/ethniko-s3a7edio-drasis-gia-tin-dimosia-ygeia/ethniko-schedio-drasis-gia-ton-karkino-2008-2012/view>)
12. Τούντας Ι. Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Έκθεση του εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, (2001)
13. Tzala E. (2004) Multivariate analysis of spatial and temporal variation in cancer mortality in Greece. PhD thesis Department of Epidemiology and Public Health, Imperial College London
14. Tzala E. & Best N. (2007) Bayesian latent variable modeling of multivariate spatio-temporal variation in cancer mortality statistical methods in Medical Research (to appear)

15. Παγκάλτος Α. στοιχεία Παθολογίας. Εκδόσεις Δημοπούλου, Αθήνα 2002,165-186
16. SobinL., WittekindC. Ταξινόμηση των κακοηθών όγκων. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2001,62-65
17. http://www.bestrong.org.gr/el/learn_cancer/typesofcancer/Είδηκαρκίνων,23/6/2014
18. Σινιάκος Ζ., Περιβάλλον και καρκίνος. Ελληνική ιατρική 2006,66,1:86-90
19. ΒαλανίδηςΑθ. Περιβάλλον και κακοήθειες νεοπλασίες, Εκδόσεις Βήτα (Αθήνα 2000), σ.184-196
20. Μπεσμπέας Σ. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και αποκάτασταση του καρκινοπαθούς- Σεμινάρια Νοσηλευτών . εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1991, σ 35,43-45
21. Βούρτση Α. Οδηγός Πρόληψης“Καρκίνος. Επίτομος. Εκδόσεις Νίκη Εκδοτική Α.Ε, Αθήνα 2003, σ. 34-49
22. Φουντζήλας Γ. μπαρπμούνης Β.βασικές αρχές θεραπείας του καρκίνου. Τόμος 1^{ος} . εκδόσεις universitystudiopress, επιστημονικά βιβλία και περιοδικά. Έκδοση 2^η . Θεσσαλονίκη 2006 σ 269-270
23. Σμπαρούνης Χαράλαμπος, Γενική Χειρουργική, Τόμος Γ, έκδοση 1^η, Εκδόσεις universitystudiopress, Θεσσαλονίκη 1991, σ 886-887
24. WhasL. Σύγχρονη Χειρουργική – Διαγνωστική Θεραπεία- Μετάφραση –ν Επιμέλεια: Μαρκόπουλος Χ. 2^{ος} τόμος, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2006, σ 411-438
25. Barkham A (2003). Radiotherapy skin reactions and treatments Professional Nurse 8, 732-736
26. Perry M.C. (ed) (1998). The Chemotherapy source book. Baltimore, CT: Williams & Wilkins
27. Κωνσταντάκου Μ. Χημειοθεραπεία. Επίτομος 3^η έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004, σ.4-11,58-87
28. Clamon H.G.In Perry M.C. (ed 1998) The chemotherapy source book. Baltimore, MD: Williams & Wilkins
29. Cavalli F. Hunsen H. and Kaye S.B. (1997).Textbook of Medical Oncology. London: MartieDunitz
30. Nora Kearney and Alison Richardson. Νοσηλεύοντας ασθενείς με καρκίνο. Αρχές και Πρακτική Επιμέλεια Δρ. Ανδρέας Χαραλάμπος 1^η έκδοση, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2011
31. Γκμπάντι Ρ. Ο πόνος των καρκινοπαθών και η αντιμετώπιση του. Εκδόσεις University studio press. Θεσσαλονίκη 2006,17-79

32. Γαρδίκια Κ, Ειδική Νοσολογία, Τόμος 1^{ος} Δ' έκδοση , Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ , Αθήνα 2000, σ 406-407
33. Παυλίδης Ν., Εισαγωγή στην κλινική Ογκολογία. Επίτομος πρώτη έκδοση, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 2004 σ.45-46,56-57
34. <http://www.bestrong.org.gr/el/health/healthydiet/dietandcancer/> Διατροφικές διαταραχές καρκινοπαθών,23/6/2014
35. Παπαδάκου Μ Κλινική ογκολογία Τόμος Α 1^η έκδοση Αθήνα: Μάρτιος 2007
36. [http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport\(25/07/2014\)](http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport(25/07/2014)) Οργανικέςκαι σωματικές επιπτώσεις του καρκίνου
37. Κωνσταντινίδης Θ. Φιλαλήθης Α. Ο ρόλος των νοσηλευτών ογκολογίας στη Νοσηλευτική Φροντίδα ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο. Γενικό άρθρο. Νοσηλευτική 2013 52(2): 117-130
38. Ο ογκολογικός ασθενής και η οικογένεια του <http://www.anticancerath.gr/?nid=746>
39. <http://karkinos24.gr/index.php/ypostiriksi,Mορφές> υποστήριξης καρκινοπαθών ,23/6/2014
40. Πλάτη Χ Γεροντολογική Νοσηλευτική. Επίτομος. Εκδόσεις Παπανικολάου. Έκδοση Ζ αναθεωρημένη. Πάτρα 2006. Σ 134-136
41. Μόσχου – Κάκου Α. ογκολογική Νοσηλευτική ,Πάτρα 1999 σ.58-65
42. HoganM., Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας – Ανασκοπήσεις και αιτιολογήσεις, Επιμέλεια – πρόλογος: Καρανικόλα Μ, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2012
43. Γεωργάρας Α., Συνοπτική Ψυχιατρική, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Αθήνα 2005
44. Τάκης Χ www.iatronet.gr 5/8/14
45. Τοίκος Ν. Καραγεωργοπούλου –Γραβάνη., Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ Έκδοση 2^η, Επιστημονικές ΕκδόσειςΕλλην, Αθήνα 1999 σ 22-31
46. <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/qualitylife/palliative>, Η ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών, 29/8/2014
47. Taylor, Lilli, Lemone. Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής. Τόμος Ι, Επιμέλεια: Λεμονίδου - Πατηράκη, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2002
48. www.cancer.gr, Συναισθηματική υποστήριξη καρκινοπαθών, 28/8/2014
49. Αναγνωστόπουλος Φ. – Παπαδάτου Δ. (2002). Ψυχολογική προσέγγιση Ατόμων με καρκίνο. Εκδόσεις Φλόγα, Αθήνα
50. Ρηγάτος Γ. Ψυχοκοινωνική ογκολογία. Έκδοση δεύτερη. Εκδόσεις Ascent. Αθήνα 2000. σ 75-85
51. Πολυκανδριώτη Μ. και συνεργάτες , Ανάγκες ασθενών με καρκίνο, Νοσηλευτική 2010, 49(3):236-245

52. Κυριακίδου Θ.Ε Κοινωνική Νοσηλευτική παρέμβαση 6^η , Επιστημονικές εκδόσεις Ταβίθα, Αθήνα 2005, σ 45-48
53. Καλογεράτος Κ. www.enet.gr, Ογκολογία- Ογκολογική νοσηλευτική, 29/8/2014
54. Μαλγαρινού Μ Κωνσταντινίδου Σ Ογκολογική Νοσηλευτική από Νοσηλευτική Παθολογική – Χειρουργική. Τόμος Β Έκδοσεις Η Ταβίθα. Έκδοση 21^η . Αθήνα 2005 σ 15,21-23
55. Σαχίνη –Καρδάση Α, Πάνου Μ Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με νεοπλάσματα από Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος 1^{ος}. Εκδόσεις ΒΗΤΑ Έκδοση Β Αθήνα 2006 σ 180-192
56. Kinghorn S., Gamlin R., Ανακουφιστική Νοσηλευτική – Εξασφαλίζοντας Ελπίδα και Ποιότητα Ζωής, Γενική Επιμέλεια Θεοδοσοπούλου Ε., Έκδοση 1^η, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα 2004
57. Dewitt C., Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας, Τόμος ΙΙ, Επιστημονική Επιμέλεια Κοτρωτίου Ε., Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα 2001.
58. Dewitt C., Παθολογική χειρουργική Νοσηλευτική – Έννοιες και πρακτική. Τόμος ΙΙ, Γενική επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης: Λαμπρινού Α. – Λεμονίδου Χ., Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009.
59. Ρηγάτος Γ εγκόλπιο ογκολογίας. Έκδοση 3^η Έκδοσεις Ascent Αθήνα 2006, 28-30
60. Κεραμόπουλος Α Νεοπλασίες Τόμος 2^{ος} Έκδοση 2^η Έκδοσεις Πασχαλίδης Αθήνα 2009 σ 404-405
61. Λαβδανίτη Μ., Αβραμικά Μ. Η επιβίωση του ασθενούς με καρκίνο μετά το τέλος της θεραπείας- Ο ρόλος του νοσηλευτή. Το βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 10^{ος} , τεύχος 4^ο , Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2011, σελ.492-500
62. Ξάνθης Β.Α., Χατζητόλιος Ι.Α. Συμβολή της πρόληψης, προαγωγής και αγωγής υγείας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Ιατρικό Βήμα 2006, 102:54-58
63. Βασλαματζής Μ., Βαδαλά Χ., Βρυώνης Ε., Εκπαιδευτικό σύμπόσιο. Η ανακουφιστική αντιμετώπιση ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24 (1):131-141
64. Παϊκοπούλου Δ., Γεράλη Μ. Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς στο τελικό στάδιο της ζωής του. Πρωτόκολλο Μεταθανάτιας Φροντίδας. Νοσηλευτική 2009, 48(1):19-29
65. Pamela Lynn. Κλινικές Νοσηλευτικές Δεξιότητες και Νοσηλευτική Διεργασία. Γενική Επιμέλεια Λεμονίδου Χ, Τόμος Ι Έκδοσεις Πασχαλίδης ΠΧ, Αθήνα 2012 σ.1019-105465.

66. .RosalindaAlfaro- LeFerre. Εφαρμόζοντας τη Νοσηλευτική Διεργασία, προάγοντας τη συνεργατική φροντίδα, Μετάφραση Ζαβερδίνου Ρ, Επίτομος, Έκδοση 1^η , Εκδόσεις Παρισιάνου , Αθήνα 2005, σ 4-6,12



ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ**Κλινικές σε Δημόσια Νοσοκομεία εντός Αττικής**

<u>Νοσοκομείο</u>	<u>Κλινική / Τμήμα / Μονάδα</u>	<u>Τηλέφωνο</u>
251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας (ΓΝΑ)	Ογκολογική Κλινική	210 7463399
Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι»	A' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική	210 2388789 - 778-777
	B' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική	210 2388789 - 779-777
	Γ' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική	210 2388789 - 779-777
Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας»	A' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική	210 6409000
	B' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική	210 6409000
Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά»	A' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική	210 4284444
Νοσοκομείο Ευαγγελισμός	Ογκολογικό Τμήμα	210 7201824 210 7201823
Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία»	Τμήμα Παιδιατρικής Αιματολογίας-Ογκολογίας	210 7467144
	Τμήμα Παιδιατρικής Αιματολογίας-Ογκολογίας	210 7467303
Γ.Ν. Παίδων «Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού	Ογκολογικό Τμήμα	213 2009233 213 2009191 210 7707775
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών	Ογκολογική Μονάδα	210 7789536, 213 2088000
Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία»	Ογκολογική Μονάδα	210 7763176

<u>Νοσοκομείο</u>	<u>Κλινική / Τμήμα / Μονάδα</u>	<u>Τηλέφωνο</u>
Νοσοκομείο Αφροδισίων & Δερματικών Παθήσεων Αθηνών «Ανδρέας Συγγρός»	Ογκολογικό Τμήμα	210 7265212
	Μονάδα Σπίλων και Μελανώματος	210 7265100
Γ.Ν.Α. «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός	Ογκολογική-Χειρουργική Κλινική	210 5831679
	Ογκολογική Κλινική	210 5831679
Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών	Ογκολογική Μονάδα – Τμήμα Παθολογικής Φυσιολογίας	210 7456361
	Ογκολογική Μονάδα – Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Ειδική Ανοσολογία	210 7456276
Ογκολογικό Νοσοκομείο ΙΚΑ – ΕΣΑΜ Αθήνας «Γεώργιος Γεννηματάς»	Ογκολογική Κλινική	210 6495100

Κλινικές σε Δημόσια Νοσοκομεία εκτός Αττικής

<u>Νοσοκομείο</u>	<u>Κλινική / Τμήμα / Μονάδα</u>	<u>Τηλέφωνο</u>
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	Παιδοογκολογικό Τμήμα	2310 892430, 2310 892000
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Α.Φ.Ε.Π.Α.	Ογκολογική Κλινική Β' Παιδιατρικής	2310 993505, 2310 993111
	Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας Α' Παθολογική Κλινική (Χημειοθεραπείες)	2310 993598
Γ.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης	Ογκολογική Κλινική	2310 991547, 2310 693143, 2310 693000
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης (ΠΑ.Γ.Ν.Η.)	Παθολογική-Ογκολογική Κλινική	2810 392747 2810 392750 2810 392823
Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια»	Ογκολογικό Τμήμα	2710 371890
Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας	Ογκολογικό Τμήμα Παθολογικού Τομέα	2610 227312, 2610 227000
	Μονάδα Χημειοθεραπείας	2610 227312 2610 227000
Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Πατρών (Ρίο)	Ογκολογικό Τμήμα Παθολογικού Τομέα	2610 999791 2610 999111
Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας	Ογκολογικό Τμήμα	2510 292058, 2510 292000

<i><u>Νοσοκομείο</u></i>	<i><u>Κλινική / Τμήμα / Μονάδα</u></i>	<i><u>Τηλέφωνο</u></i>
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων	Ογκολογική Κλινική	26510 99640
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»	Ογκολογικό Τμήμα	28210 22611 28210 22837
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης	Ογκολογική Κλινική Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική	25510 74053 25510 74063 25510 74000
«BENIZEΛΕΙΟ- ΠΑΝΑΝΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου	Ογκολογική Μονάδα Παθολογικού Τομέα	2810 36000
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας	Ογκολογική Κλινική	2413 501640 2410 617000

ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ**Κατ' οίκον Νοσηλεία σε Δημόσια Νοσοκομεία**

<u>Νοσοκομείο</u>	<u>Διεύθυνση</u>	<u>Τηλέφωνο</u>
Ομάδα κατ' οίκον Νοσηλείας Αρεταίειου Νοσοκομείου	Κορινθίας 27, Αμπελόκηποι	210 7707669
Υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι του Νοσοκομείου Μεταξά	Μπόταση 51, Πειραιάς	210 4512648 210 428444 εσωτ. 9452
Υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας Νοσοκομείου Πατησίων	Χαλκίδος 15-17, Άνω Πατήσια, 11143	210 2502228 210 2502317-300
Υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας Νοσοκομείου Άγιοι Ανάργυροι	Συστεγάζεται με το Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων, 2η στάση Λ. Χασιάς, Αγ. Ανάργυροι	210 2388790 τηλ. νοσοκομείου

**ΚΕΝΤΡΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

- **Κέντρο ημέρας για ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με καρκίνο**
Στοιχεία επικοινωνίας: Λεωσθένους 21-23, 18536 Πειραιάς,
τηλ: 210-4181641, email: oekk@otenet.gr, ιστοσελίδα: www.oekk.gr

- **Κέντρο ημέρας για ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με καρκίνο**
Στοιχεία επικοινωνίας: Λεωφ. Αμαλίας 32, Ζάππειο, Αθήνα,
τηλ: 210 3233401, email: kiriak@otenet.gr, ιστοσελίδα: www.psychooncology.gr