




Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εισηγητής :
Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία
Καθηγήτρια

Επιμέλεια :
Τσάτη Ελευθερία
Φοιτήτρια

Πάτρα 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την διεκπεραίωση της πτυχιακής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου κ. Παπαδημητρίου Μαρία για την καθοδήγηση της με τις πολύτιμες συμβουλές της και την ψυχολογική υποστήριξη καθώς και την οικογένεια μου που ήταν δίπλα μου και με στήριξε σε κάθε βήμα μου....

Την εργασία μου αυτήν θα ήθελα να την αφιερώσω στην γιαγιά μου που έφυγε από την ζωή από την νόσο αυτήν, που ήταν και ο λόγος να ασχοληθώ με αυτό το θέμα και να διερευνήσω την ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρκίνο...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Πρόλογος.....	7
Εισαγωγή	8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο : Εισαγωγή στην ογκολογία-Επιδημιολογικά στοιχεία

1.1	Ορισμός	12
1.2	Ιστορική αναδρομή.....	12
1.3	Επιδημιολογικά στοιχεία.....	12
1.4	Παθοφυσιολογία κυττάρων.....	16
1.4.1	Βιολογία των φυσιολογικών κυττάρων.....	17
1.4.1.1	Χαρακτηριστικά των φυσιολογικών κυττάρων.....	17
1.4.1.2	Χαρακτηριστικά των πρώιμων εμβρυονικών κυττάρων.....	18
1.4.2	Βιολογία των παθολογικών κυττάρων	19
1.4.2.1	Χαρακτηριστικά καλοηθών νεοπλασματικών κυττάρων	19
1.4.2.2	Χαρακτηριστικά καρκινικών κυττάρων	20

Κεφάλαιο 2^ο : Καρκινογένεση

2.1	Έναρξη του καρκίνου.....	23
2.2	Μετάσταση.....	23
2.3	Ταξινόμηση των όγκων.....	25
2.4	Αιτιολογία του καρκίνου.....	25
2.5	Διάγνωση του καρκίνου.....	26
2.5.1	Εργαστηριακές εξετάσεις.....	28

2.5.2	Νεοπλασματικοί δείκτες.....	29
-------	-----------------------------	----

Κεφάλαιο 3^ο : Θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου

3.1	Θεραπεία του καρκίνου.....	33
3.2	Χειρουργική θεραπεία.....	34
3.2.1	Αρχές χειρουργικής ογκολογίας.....	35
3.3	Χημειοθεραπεία	36
3.3.1	Δράση-χορήγηση-συχνότητα χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.....	37
3.3.2	Συμμετοχή στη χορήγηση της χημειοθεραπείας	39
3.3.3	Μέτρα ασφαλείας κατά τη χρήση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων	41
3.3.3.1	Μέτρα ασφαλείας για το υγειονομικό προσωπικό	41
3.3.3.2	Μέτρα ασφάλειας για τον άρρωστο	42
3.3.4	Παρενέργειες χημειοθεραπείας	43
3.3.4.1	Πρόληψη παρενεργειών με φάρμακα	44
3.3.4.2	Σύγχρονη τεχνολογία για την αντιμετώπιση παρενεργειών.....	44
3.4	Ακτινοθεραπεία	45
3.4.1	Μορφές ακτινοθεραπείας	46
3.4.1.1	Εξωτερική ακτινοθεραπεία	46
3.4.1.2	Εσωτερική ακτινοθεραπεία	47
3.4.2	Χρήση-χορήγηση-διάρκεια ακτινοθεραπείας	48
3.4.3	Παρενέργειες ακτινοθεραπείας	48
3.5	Βιολογική θεραπεία-Ανοσοθεραπεία.....	49
3.6	Μεταμόσχευση μυελού των οστών.....	51
3.6.1	Συμβατός δότης με τον ασθενή.....	52
3.6.2	Διαδικασία μεταμόσχευσης μυελού των οστών.....	53
3.6.3	Επιπλοκές μεταμόσχευσης μυελού των οστών.....	54
3.6.4	Η κατάσταση της μεταμόσχευσης μυελού των οστών στην Ελλάδα	54
3.7	Μεταμόσχευση ομφαλοπλακουντιακού αίματος.....	54

3.8	Ορμονοθεραπεία.....	55
3.8.1	Επιπλοκές ορμονοθεραπείας.....	57
3.9	Θεραπεία με λέιζερ	58
3.10	Θεραπεία με υπερθερμία	58
3.11	Θεραπεία με Κρυοπηξία.....	60
3.12	Θεραπεία μέσω των Αναστολέων αγγειογένεσης.....	61

Κεφάλαιο 4^ο : Η συμβολή του νοσηλευτή στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο

4.1	Ιστορική αναδρομή.....	63
4.2	Ρόλοι των Ογκολογικών Νοσηλευτών.....	65
4.3	Εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες.....	65
4.3.1	Δεξιότητες αποτελεσματικής επικοινωνίας.....	66
4.4	Διεπιστημονική συνεργασία.....	67
4.5	Στρεσογόνοι παράγοντες και προσαρμογή	67
4.6	Διαχείριση θεμάτων υγιεινής και ασφάλειας.....	68
4.7	Εκπαιδευτικές δράσεις ογκολογικών νοσηλευτών.....	69
4.8	Ορισμός ποιότητας ζωής	69
4.9	Εργαλεία εκτίμησης και μέτρησης της ποιότητας ζωής.....	71
4.10	Ψυχοκοινωνική υποστήριξη.....	72
4.11	Ανακουφιστική φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου.....	73

Κεφάλαιο 5ο : Η νοσηλευτική παρέμβαση στις ανεπιθύμητες παρενέργειες των θεραπειών

5.1	Νοσηλευτική αντιμετώπιση παρενεργειών	76
5.1.1	Νοσηλευτική αντιμετώπιση ανορεξίας	76
5.1.2	Νοσηλευτική αντιμετώπιση ναυτίας – εμέτου.....	76
5.1.3	Νοσηλευτική αντιμετώπιση διάρροιας- δυσκιλιότητας.....	77
5.1.4	Νοσηλευτική αντιμετώπιση στοματίτιδας.....	78

5.1.5	Νοσηλευτική αντιμετώπιση λευκοπενίας-αναιμίας-θρομβοπενίας.....	78
5.1.6	Νοσηλευτική αντιμετώπιση αλωπεκίας.....	80
5.1.7	Νοσηλευτική αντιμετώπιση προβλημάτων ουροποιητικού-νευροφυτικού-γενετικού συστήματος- δέρματος	80
5.2	Νοσηλευτική παρέμβαση στη χειρουργική θεραπεία.....	81
5.3	Νοσηλευτική παρέμβαση στην ακτινοθεραπεία.....	82
5.4	Νοσηλευτική παρέμβαση στην χημειοθεραπεία.....	84
5.5	Νοσηλευτική παρέμβαση στην μεταμόσχευση μυελού των οστών.....	84

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Υλικό και μέθοδος.....	87
Αποτελέσματα.....	89
Συζήτηση.....	153
Συμπεράσματα.....	157
Προτάσεις.....	158
Περίληψη.....	159
Summary.....	161
Βιβλιογραφία.....	163
Παράρτημα.....	168

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Πολλοί άνθρωποι εμφανίζουν κάποιου είδους διαταραχές την κυτταρική ανάπτυξη, όπως κάποια δερματική αλλοίωση. Οι περισσότερες μορφές παθολογικής κυτταρικής ανάπτυξης είναι ακίνδυνες (καλοήθειες) και δεν απαιτούν καμία παρέμβαση. Αντίθετα, η κακοήθης κυτταρική ανάπτυξη ή καρκίνος είναι πολύ σοβαρή και χωρίς παρέμβαση, οδηγεί σε θάνατο. Ο καρκίνος αποτελεί ένα πολύ διαδεδομένο πρόβλημα στις μέρες μας. Περίπου 1,5 εκατομμύριο νέοι καρκινοπαθείς ανακαλύπτονται ετησίως παγκοσμίως. Κάποιοι τύποι καρκίνου μπορούν να προληφθούν, ενώ άλλοι έχουν περισσότερες πιθανότητες θεραπείας εάν διαγνωστούν εγκαίρως. Χάρη στην πρόοδο της ιατρικής, σήμερα σχεδόν οι μισοί διαγνωσθέντες καρκίνοι θεραπεύονται. Για αρκετούς μάλιστα τύπους και περιπτώσεις μπορεί να μιλάμε πλέον για οριστική θεραπεία χωρίς την πιθανότητα υποτροπών. Με την πάροδο του χρόνου και την πρόοδο της επιστήμης, είναι διαρκώς μεγαλύτερη η μερίδα αυτών των τύπων, κάτι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό για το μέλλον. Υπάρχουν ασφαλώς προϋποθέσεις, όπως θα αναφερθεί εκτενέστερα στη συνέχεια. Ακόμη όμως και σε καρκίνους, που στην παρούσα φάση, χαρακτηρίζονται μη θεραπεύσιμοι, η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή συχνά προσφέρει τεράστια πλεονεκτήματα όπως το ότι προσθέτει μήνες ή και χρόνια φυσιολογικής ζωής και βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα της, ελαττώνοντας ή και εξαφανίζοντας τα συμπτώματα όπως ο πόνος και εξασφαλίζοντας μια όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική λειτουργία των δραστηριοτήτων του σώματος. Για πολλά χρόνια οι τρεις βασικές μέθοδοι που υπάρχουν στην θεραπευτική φαρέτρα για την αντιμετώπιση του καρκίνου είναι η χειρουργική θεραπεία, οι ακτινοβολίες και η χημειοθεραπεία. Πιο πρόσφατες μέθοδοι είναι η βιολογική θεραπεία, η ορμονοθεραπεία και η μεταμόσχευση μυελού των οστών. Η αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο απαιτεί συχνά συνδυασμό χειρουργικής επεμβάσεως, ακτινοθεραπείας και / ή συστηματικής θεραπείας. Η συστηματική θεραπεία του καρκίνου περιλαμβάνει την χημειοθεραπεία, την ορμονοθεραπεία, την ανοσοθεραπεία και τις νεώτερες θεραπευτικές μεθόδους. Οι δυνατότητες της συστηματικής θεραπείας αυξάνονται διαρκώς καθώς νέα φάρμακα και νέες θεραπευτικές μέθοδοι έρχονται να προστεθούν στο οπλοστάσιο της. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο, ορίζεται σαν η υποκειμενική αξιολογείται σαν η υποκειμενική αξιολόγηση της επίπτωσης του νοσήματος και της θεραπείας του σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο λειτουργικότητας και ευεξίας. Ο νοσηλευτής μπορεί να εκπληρώσει σημαντικό ρόλο όσον αφορά την εκπαίδευση του κοινού σχετικά με τους τρόπους πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου. Επίσης πολύ σημαντική είναι η συμμετοχή του στην θεραπεία που υποβάλλεται ο κάθε ασθενής και στην έγκαιρη αντιμετώπιση των αντίστοιχων επιπλοκών της.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Χάρη στην πρόοδο της ιατρικής, σήμερα σχεδόν οι μισοί διαγνωσθέντες καρκίνοι θεραπεύονται. Για αρκετούς μάλιστα τύπους και περιπτώσεις μπορεί να μιλάμε πλέον για οριστική θεραπεία χωρίς την πιθανότητα υποτροπών. Με την πάροδο του χρόνου και την πρόοδο της επιστήμης, είναι διαρκώς μεγαλύτερη η μερίδα αυτών των τύπων, κάτι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό για το μέλλον.

Ακόμη όμως και σε καρκίνους, που στην παρούσα φάση, χαρακτηρίζονται μη θεραπεύσιμοι, η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή συχνά προσφέρει τεράστια πλεονεκτήματα: προσθέτει μήνες ή και χρόνια φυσιολογικής ζωής, βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα της ελαττώνοντας ή και εξαφανίζοντας τα συμπτώματα όπως ο πόνος και εξασφαλίζει μια όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική λειτουργία των δραστηριοτήτων του σώματος. Πολλοί χρόνιοι καρκινοπαθείς ζουν κανονική ζωή χωρίς υπολείμματα από την νόσο τους!

Είναι αλήθεια, ότι σε αρκετές περιπτώσεις, ο καρκίνος μπορεί να μην είναι πλήρως ιάσιμος. Εντούτοις δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι υπάρχουν και άλλα χρόνια νοσήματα, όπως ο διαβήτης ή τα καρδιακά νοσήματα, για τα οποία δεν υπάρχει πλήρης ίαση, ωστόσο εφαρμόζεται θεραπευτική αγωγή σε μόνιμη βάση.

Οι ασθενείς βρίσκονται υπό θεραπεία δια βίου και ζουν μία κατά τα άλλα φυσιολογική ζωή, ακόμα και αν υπάρχουν οι τυχόν περιορισμοί που μπορεί να προκύπτουν από τα νοσήματα αυτά. Και όλα αυτά, διότι γνωρίζουν πως μπορούν να αντιμετωπίσουν την πάθησή τους μέρα μη τη μέρα και να παραμείνουν δραστήριοι και παραγωγικοί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Την ίδια ακριβώς στάση οφείλουν να τηρήσουν και οι καρκινοπαθείς.

Για να κερδηθεί η ευκαιρία της πλήρους αποθεραπείας ή κάποιας επιτυχούς αντιμετώπισης είναι ν' αρχίσει η θεραπεία το συντομότερο δυνατό μετά τη διάγνωση. Επιτυχής θεωρείται η θεραπεία όταν ο ασθενής επιβιώσει πάνω από 5 χρόνια, από την διάγνωση στους ενήλικες και πάνω από 2 χρόνια στα παιδιά. Σε ορισμένες περιπτώσεις (1 στις 100.000) συμβαίνει αυτόματη ίαση χωρίς την μεσολάβηση οιαδήποτε θεραπευτικού μέσου (όπως στα νευροβλαστώματα).

Για πολλά χρόνια οι τρεις βασικές μέθοδοι που υπάρχουν στην θεραπευτική φαρέτρα για την αντιμετώπιση του καρκίνου είναι η χειρουργική θεραπεία, οι ακτινοβολίες και η χημειοθεραπεία. Πιο πρόσφατες μέθοδοι είναι η βιολογική θεραπεία και η ορμονοθεραπεία. Η αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο απαιτεί συχνά συνδυασμό χειρουργικής επεμβάσεως, ακτινοθεραπείας και / ή συστηματικής θεραπείας.

Η συστηματική θεραπεία του καρκίνου περιλαμβάνει την χημειοθεραπεία, την ορμονοθεραπεία, την ανοσοθεραπεία και τις νεώτερες θεραπευτικές μεθόδους. Οι δυνατότητες της συστηματικής θεραπείας αυξάνονται διαρκώς καθώς νέα φάρμακα και νέες θεραπευτικές μέθοδοι έρχονται να προστεθούν στο οπλοστάσιο της.

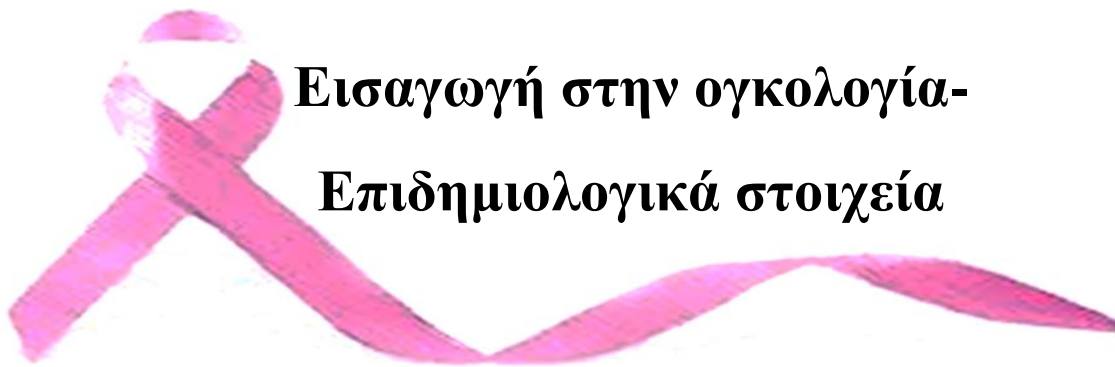
Η ποιότητα ζωής επιζώντων από τον καρκίνο μπορεί να ποικίλλει ευρέως βάσει του είδους του καρκίνου και της θεραπευτικής αγωγής που λαμβάνει ο κάθε ασθενής. Γι' αυτό τον λόγο η ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον της ιατρικής κοινότητας και άλλων ειδικοτήτων στο χώρο της υγείας. Ως όρος έχει δεχτεί πολλαπλές σημασιολογικές προσεγγίσεις, κυρίως όμως περικλείει παραμέτρους της καλής ψυχικής, κοινωνικής και σωματικής κατάστασης του ατόμου, εστιάζοντας στην υποκειμενική του εκτίμηση.

Σε όλα τα παραπάνω πολύ σημαντικό ρόλο παίζει ο νοσηλευτής καθώς καλείται να ανιχνεύσει και να εκτιμήσει τις ανάγκες του ασθενή και των οικείων του και στην πορεία να προσπαθήσει να τις αντιμετωπίσει έτσι ώστε ο καρκινοπαθής ασθενής να έχει όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο



Εισαγωγή στην ογκολογία-

Επιδημιολογικά στοιχεία



1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο καρκίνος είναι μια ομάδα ασθενειών ή διαταραχών που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη διαίρεση κυττάρων και την δυνατότητα αυτών των κυττάρων να εισβάλουν σε άλλους ιστούς, είτε από την άμεση αύξηση στον παρακείμενο ιστό μέσω εισβολής είτε από την εμφύτευση σε απόμακρες περιοχές μέσω μετάστασης.

Αυτή η ανεξέλεγκτη αύξηση προκαλείται από μεταλλάξεις στα γονίδια που ελέγχουν την κυτταροδιαίρεση. Διάφορες μεταλλάξεις μπορούν να απαιτηθούν για να μετασχηματίσουν ένα κανονικό κύτταρο σε ένα κακοήθες κύτταρο.

Η ονομασία του δόθηκε από τον Ιπποκράτη ο οποίος παρατήρησε ότι η μορφή των όγκων έμοιαζε με καβούρι (καρκίνο)¹.

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Αν και ο καρκίνος είναι πολύ διαδεδομένος σήμερα, δεν αποτελεί μια καινούργια παθολογική οντότητα. Ακόμα και οι προϊστορικοί άνθρωποι παρουσίαζαν καρκίνο. Μερικοί τύποι καρκίνου είναι πιο διαδεδομένοι στις μέρες μας, ιδιαίτερα ανάμεσα σε πιο ανεπτυγμένες κοινωνίες, σε σχέση με το παρελθόν. Δύο λόγοι για την αύξηση αυτή είναι η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες και η μεγαλύτερη έκθεση σε καρκινογόνες ουσίες².

Καρκίνος θα εκδηλωθεί σε ένα περίπου ανά τρία άτομα σήμερα στη Βόρεια Αμερική, αν και ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου διαφέρει από άτομο σε άτομο. Η πρόληψη του καρκίνου αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους υγείας. Περισσότερα από 10 εκατομμύρια άτομα με καρκίνο είναι στην ζωή σήμερα, ενώ σχεδόν 5 εκατομμύρια από αυτά θεωρούνται θεραπευμένα^{2,3}.

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Για το 2007 σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου στην ετήσια έκθεση που παρουσίασε, ανακοίνωσε ότι κάθε μέρα πέθαιναν από καρκίνο σε όλο τον κόσμο 20.000 άνθρωποι δηλ. 7,6 εκατομμύρια περίπου θάνατοι.

Επίσης, κατά το ίδιο έτος, τουλάχιστον 12,3 εκατομμύρια νέα κρούσματα καρκίνου έχουν διαγνωστεί. Η πλειονότητα των νέων κρουσμάτων, 6,7 εκατ. και 4,7 εκατ. των θανάτων έχουν σημειωθεί στις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ 5,4 εκατ. κρούσματα και 2,9 εκατ. θάνατοι έχουν σημειωθεί στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο αναμένεται να ξεπεράσει τα 10 εκατομμύρια το 2020 και οι νέες περιπτώσεις της νόσου να αυξηθούν στα 16 εκατομμύρια^{2,4}.

Το 15% όλων των καρκίνων συνδέονται με τη μόλυνση σύμφωνα με την έκθεση Global Cancer Facts & Figures για το 2007. Η έκθεση αποκαλύπτει επίσης, ότι στις ανεπτυγμένες χώρες οι τρεις πιο κοινός τύποι καρκίνου στους άντρες είναι του προστάτη, των πνευμόνων και του παχέος εντέρου, ενώ στις γυναίκες του μαστού, του παχέος εντέρου και του πνεύμονα.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες όμως, οι πιο κοινές μορφές καρκίνου είναι των πνευμόνων, του στομάχου, του ήπατος για τους άνδρες και του μαστού, του τράχηλου της μήτρας, του στόμαχου για τις γυναίκες⁵.

Η έκθεση περιέχει επίσης ένα τμήμα αφιερωμένο στα προϊόντα καπνού, η οποία εκτιμάται ότι προκάλεσε το θάνατο πέντε εκατομμυρίων ατόμων το 2000. Σχεδόν το 1/3 από αυτούς

πέθαναν από καρκίνο και περίπου 100 εκατομμύρια άνθρωποι στη διάρκεια του 20ου αιώνα ως σύνολο. Προβλέψεις δείχνουν ότι περισσότερο από ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι θα πεθάνουν ως αποτέλεσμα της χρήσης του καπνού, τον 21ου αιώνα!

Ο καρκίνος είναι από τις πρώτες αιτίες θανάτου παγκοσμίως και το 70% αυτών συμβαίνουν στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ο καρκίνος ευθύνεται για το 13% των θανάτων στο σύνολο των 58 εκατομμυρίων το 2005. Στις περισσότερες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα ⁶.

Οι πιο γνωστές αιτίες θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως είναι:

- Ο καρκίνος του πνεύμονα με 1,3 εκατ. θανάτους το χρόνο.
- Ο καρκίνος του στομάχου με σχεδόν 1 εκατ. θανάτους το χρόνο.
- Ο καρκίνος του ήπατος με 662.000 θανάτους το χρόνο.
- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 665.000 θανάτους το χρόνο.
- Ο καρκίνος του μαστού με 502.000 θανάτους το χρόνο.

Όσον αφορά στους άνδρες οι πιο συχνές αιτίες θανάτου, με βάση τον αριθμό των θανάτων παγκοσμίως είναι:

- ο καρκίνος του πνεύμονα,
- του στομάχου,
- του ήπατος,
- του παχέος εντέρου,
- του οισοφάγου,
- του προστάτη ^{3,5}

Οι πιο συχνές αιτίες θανάτου στις γυναίκες είναι:

- ο καρκίνος του μαστού,
- του πνεύμονα,
- του στομάχου,
- του παχέος εντέρου,
- της μήτρας.

Τα τελευταία χρόνια το ποσοστό επιβίωσης έχει αυξηθεί σημαντικά για όλα τα είδη καρκίνου εκτός από τους καρκίνους του πνεύμονα, του παγκρέατος και του ήπατος. Παρ' όλα αυτά, το ποσοστό επιβίωσης διαφέρει σημαντικά όχι μόνο από χώρα σε χώρα και από πόλη σε πόλη, αλλά και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο μέσα στην ίδια πόλη. Συνολικά η 5ετής επιβίωση υπολογίζεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 30 και 60%.

Στην Ευρώπη, εκτιμάται ότι γύρω στα 3,2 εκατ. νέες περιπτώσεις καρκίνου διαγνώστηκαν το 2006, δηλαδή 300.000 περισσότερες από τις αντίστοιχες εκτιμήσεις του 2004, εκ των οποίων το 53% είναι άνδρες και 47% γυναίκες ⁷.

- Ο καρκίνος του μαστού με 429.900 περιπτώσεις (13.5%).
- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 412.900 περιπτώσεις (12.9%).
- Ο καρκίνος του πνεύμονα με 386.300 περιπτώσεις (12.1%).

Από στοιχεία της ίδιας μελέτης φαίνεται ότι ο αριθμός των θανάτων έφτασε τα 1,7 εκατ. (56% άνδρες και 44% γυναίκες) το 2006. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο με 334.800 θανάτους, κατέχοντας το 1/5 των συνολικών θανάτων, ενώ υπο-

λογίζεται ότι αριθμός των νέων περιπτώσεων θα διπλασιαστεί, ιδιαίτερα στην Νότια και Ανατολική Ευρώπη μέχρι το 2020, κυρίως εξαιτίας της χρήσης του καπνού.

- Ο καρκίνος του πνεύμονα με 334.800 θανάτους.
- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 207.400 θανάτους.
- Ο καρκίνος του μαστού με 131.900 θανάτους.
- Ο καρκίνος του στομάχου με 118.200 θανάτους.^{7,8}

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ), η θνησιμότητα από καρκίνο παραμένει γενικά χαμηλότερη απ' ό,τι στις αναπτυγμένες χώρες της Δυτικής και Κεντρικής Ευρώπης, του Καναδά και της Ν.Ζηλανδίας.

Μεταξύ 27 χωρών η Ελλάδα κατατάσσεται το 2004 στην 19η θέση ως προς τη θνησιμότητα στους άνδρες με προτυποποιημένο για την ηλικία δείκτη θνησιμότητας ίσο με 209/100.000 πληθυσμό. Τέλος, βρισκόμαστε στην 23η θέση ως προς τη θνησιμότητα στις γυναίκες με 108/100.000 πληθυσμό.¹

Η ευνοϊκή θέση της χώρας μας είναι σε κάποιο βαθμό πραγματική και σε κάποιο βαθμό πλασματική. Οι διαγνωστικές ελλείψεις και τα σφάλματα ταξινόμησης καθώς και οι δυσκολίες στη διαπίστωση και στην πιστοποίηση της αιτίας του θανάτου, οδηγούν κατά κανόνα σε υποεκτίμηση της ειδικής κατά αιτία θνησιμότητας. Για το λόγο αυτό ο καταλληλότερος τρόπος παρακολούθησης της διαχρονικής εξέλιξης της νόσου είναι η καταγραφή των περιπτώσεων καρκίνου μέσα από τα αρχεία νεοπλασιών σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο. Δυστυχώς, όμως στη χώρα μας δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για την επίπτωση του καρκίνου και ως εκ τούτου η επιδημιολογική παρακολούθηση γίνεται έμμεσα μέσω των στοιχείων θνησιμότητας.^{2,5}

Μια από τις πηγές πληροφόρησης για την κατάσταση στην Ελλάδα λοιπόν είναι τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας. Βλέποντας λοιπόν κάποιος τα σχετικά στοιχεία ανακαλύπτει αυτό που ισχύει στις περισσότερες χώρες του κόσμου, ότι ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Η αυξητική τάση στους θανάτους από καρκίνο τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες την 20ετία από το 1980 έως και το 2006 είναι φαινόμενο το οποίο είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό εάν λάβουμε υπόψη μας ότι οι δείκτες θνησιμότητας από καρκίνο ακολουθούν πτωτικές τάσεις στις περισσότερες κοινωνικοοικονομικά αναπτυγμένες χώρες από τα μέσα του 1980.^{4,7}

Η προτυπωμένη θνησιμότητα από κακοήγη νεοπλάσματα στην Ελλάδα είναι μικρότερη από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ανερχόταν, το 2004, σε 161,9 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, έναντι 182,43 στην Ε.Ε. Ωστόσο, ο ρυθμός με τον οποίο μειώνεται η θνησιμότητα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι μεγαλύτερος απ' ό,τι στον ελληνικό χώρο, όπου η θνησιμότητα από κακοήγη νεοπλάσματα παραμένει στα ίδια περίπου επίπεδα τα τελευταία 20 χρόνια, με μικρές διακυμάνσεις (161,14 το 1985 και 161,9 ανά 100.000, το 2004).

Μελετώντας τα στοιχεία κατά ηλικιακή ομάδα, παρατηρείται μείωση της θνησιμότητας στις ηλικίες ως 75 ετών και μια αξιοσημείωτη αύξηση από τα 75 έτη και μετά. Οι άνδρες, τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη, εμφανίζουν πολύ υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας από κακοήγη νεοπλάσματα, σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Στην Ελλάδα, οι άνδρες έχουν δείκτη θνησιμότητας 218,84 ανά 100.000 και οι γυναίκες 114,7, διαφορά συγκρίσιμη με αυτή που παρατηρείται συνολικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αξίζει να τονιστεί ότι στην ηλικιακή ομάδα 30-44 ετών, η θνησιμότητα των γυναικών είναι υψηλότερη απ' ό,τι των ανδρών, εξαιτίας της αυξημένης επίπτωσης του καρκίνου του μαστού.^{5,6,7}

Μελέτη της κατά ηλικία θνησιμότητας από κακοήγη νεοπλάσματα, δείχνει ότι στις ηλικίες από 0-29 ετών, κυριότερη αιτία θανάτου είναι τα νεοπλάσματα του λεμφικού και αιμοποιητικού ιστού. Από την ηλικία των 30 ετών και μετά, κυρίαρχη θέση καταλαμβάνουν οι νεοπλασίες του αναπνευστικού συστήματος.

Μεταξύ 30 και 59 ετών, σημαντική είναι η θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες, ενώ από τα 75 έτη και μετά, σε σημαντικές αιτίες θνησιμότητας εξελίσσονται τα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου και του προστάτη, για τον ανδρικό πληθυσμό.

Η Ελλάδα δεν μείωσε την επίπτωση των νεοπλασμάτων του αναπνευστικού συστήματος στους άνδρες, καθώς τα τελευταία 15 χρόνια, η ελάττωση της θνησιμότητας από νεοπλάσματα του αναπνευστικού ήταν μόλις 3,2%. Στο ίδιο χρονικό διάστημα, η αντίστοιχη μείωση στην Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν 15,7%. Στον ελληνικό ανδρικό πληθυσμό, η θνησιμότητα παρουσίασε μικρή αύξηση 1,1% την περίοδο 1990-1996 και πτώση 2,4% την περίοδο 1996-2004.⁹

Στις γυναίκες, τα κακοήγη νεοπλάσματα που προκαλούν συχνότερα το θάνατο είναι τα νεοπλάσματα του μαστού και ακολουθούν τα νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος, του παχέος εντέρου και του λεμφικού και αιμοποιητικού ιστού. Στα νεοπλάσματα της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα, η θνησιμότητα στο γυναικείο φύλο είναι μικρότερη απ' ό,τι στο ανδρικό.

Κατά τα τελευταία 15 χρόνια, η θνησιμότητα στις γυναίκες από αυτά, όχι μόνο δεν μειώθηκε, αλλά αυξήθηκε κατά 10,7%. Συγκρινόμενη, ωστόσο, με την αύξηση κατά 27,9% που σημειώθηκε στην Ε.Ε., η αύξηση χαρακτηρίζεται ως σχετικά περιορισμένη, αν και είναι ανησυχητικό το ότι αποτελεί σταθερό φαινόμενο από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 και μετά.

Για τις κακοήθεις νεοπλασίες του μαστού, αξίζει να σημειωθεί η αύξηση της θνησιμότητας στις γυναίκες άνω των 75 ετών (από 87,47 το 1990 σε 120,38 το 1996 και σε 179,87 το 2004), η οποία και αναχαιτίζει την πτωτική τάση που παρατηρείται στις νεότερες ηλικίες.^{7,9}

Με εξαίρεση τα κακοήγη νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος και της ουροδόχου κύστης, η Ελλάδα εμφανίζει χαμηλότερη θνησιμότητα από την Ευρωπαϊκή Ένωση στις επιμέρους κατηγορίες κακοήθων νεοπλασιών. Εντούτοις, η πορεία της θνησιμότητας από κακοήγη νεοπλάσματα στην Ελλάδα δεν ακολουθεί την πτωτική πορεία που εδραιώνεται στην Ευρώπη, για τις περισσότερες από τις κατηγορίες κακοηθειών.

Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση των ατόμων με ηλικία μεγαλύτερη από 75 έτη, όπου μόνο η θνησιμότητα από καρκίνο του στομάχου δεν παρουσιάζει αύξηση. Η μεγάλη θνησιμότητα της ομάδας αυτής παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της συνολικής εικόνας του ελληνικού πληθυσμού. Μόνο την πενταετία 2000-2005 πέθαναν στην Ελλάδα από καρκίνο 148.712 άνθρωποι!¹⁰

- Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θανάτου στους άντρες με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες εντοπίσεις.

- Ακολουθούν ο καρκίνος του προστάτη και του παχέος εντέρου, οι οποίοι παρουσιάζουν σταθερά αυξητικές τάσεις σε όλο το διάστημα των 25 ετών.
- Στις γυναίκες η πιο συχνή αιτία θανάτου είναι ο καρκίνος του μαστού ο οποίος παρουσιάζει αυξητική τάση το 2003 μετά από μια μικρή μείωση που σημείωσε από το 1996 και μετά.
- Ακολουθούν ο καρκίνος του πνεύμονα και του παχέος εντέρου με σταθερά αυξητικές τάσεις.
- Τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, ο καρκίνος του στομάχου παρουσιάζει πτωτική τάση ακολουθώντας τις τάσεις που παρατηρούνται στην Ευρώπη αντίθετα με τα νεοπλάσματα που αναφέρθηκαν παραπάνω.
- Στα παιδιά ο καρκίνος είναι σχετικά σπάνιος (εκτιμάται ότι προσβάλλει 1 στα 600 παιδιά) και τα πιο συχνά νεοπλάσματα είναι του εγκεφάλου, Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) και οι λευχαιμίες.
- Η θνησιμότητα από καρκίνο διαφοροποιείται ανά περιοχή στην Ελλάδα. Για τα πιο συχνά νεοπλάσματα παρατηρείται υψηλότερη συχνότητα στο Βορρά σε σχέση με το Νότο, εύρημα το οποίο επιβεβαιώνεται με αρκετές μελέτες.

1.4 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Η ανάπτυξη των κυττάρων και των ιστών είναι αναμενόμενη κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία, ενώ αρκετά σωματικά κύτταρα του ανθρώπου συνεχίζουν να <<αναπτύσσονται>> με κυτταρική διαίρεση (μίτωση) για μεγάλο διάστημα μετά την ολοκλήρωση της ωρίμανσης. Τα κύτταρα αυτά εντοπίζονται σε ιστούς όπου είναι πιθανή συνεχής φθορά ή καταστροφή και η συνεχής κυτταρική ανάπτυξη είναι απαραίτητη για την αντικατάσταση των νεκρών ιστών. Τα κύτταρα του δέρματος, των μαλλιών, των βλεννογόνων, του μυελού των οστών και των ενδοθηλίων οργάνων όπως οι πνεύμονες, το στομάχι, τα έντερα και η μήτρα μεταξύ άλλων, έχουν την ικανότητα να πολλαπλασιάζονται σε όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. Η ανάπτυξη αυτών των κυττάρων ελέγχεται ικανοποιητικά, εξασφαλίζοντας έτσι ότι υπάρχει ο σωστός αριθμός κυττάρων σε κάθε ιστό ή όργανο.^{1,9}

Κάποιοι ιστοί και όργανα σταματούν να αυξάνονται με κυτταρικές διαιρέσεις μετά την ολοκλήρωση της ανάπτυξης. Για παράδειγμα, τα κύτταρα του μυοκαρδίου σταματούν να διαιρούνται μετά την εμβρυϊκή περίοδο της ζωής και έτσι ο αριθμός τους είναι καθορισμένος κατά τη στιγμή της γέννησης. Το μέγεθος της καρδιάς αυξάνεται καθώς το άτομο μεγαλώνει, γιατί κάθε κύτταρο γίνεται μεγαλύτερο χωρίς να αυξάνεται ο αριθμός τους. Η ανάπτυξη που έχει ως αποτέλεσμα κάποιος ιστός να μεγαλώνει σε μέγεθος λόγω της μεγέθυνσης του κάθε κυττάρου του λέγεται **υπερτροφία**, ενώ ανάπτυξη που προκαλείται από την αύξηση του αριθμού των κυττάρων αποκαλείται **υπερπλασία**.^{1,8}

Οποιαδήποτε νέα ή συνεχιζόμενη κυτταρική αύξηση που δεν απαιτείται για τη φυσιολογική ανάπτυξη ή για την αντικατάσταση νεκρών ή κατεστραμμένων ιστών λέγεται **νεοπλασία**. Αυτή η κυτταρική αύξηση είναι πάντοτε παθολογική, ακόμα κι αν δεν προκαλεί κάποιο πρόβλημα. Ανεξάρτητα με το αν τα νέα κύτταρα είναι καλοήθη ή κακοήθη, όλα τα νεοπλασματικά κύτταρα προέρχονται από φυσιολογικούς προγόνους (πατρική κυτταρική γενιά). Αυτό σημαίνει ότι τα καρκινικά κύτταρα ήταν κάποτε φυσιολογικά αλλά τροποποιήθηκαν έτσι ώστε δεν εμφανίζονται ούτε αυξάνονται, αλλά ούτε και λειτουργούν πλέον φυσιολογικά. Οι αυστηρές διαδικασίες ελέγχου και λειτουργίες των κυττάρων έχουν χαθεί. Για να γίνει αντι-

ληπτός ο τρόπος λειτουργίας των καρκινικών κυττάρων πρέπει πρώτα να γίνει γνωστή η λειτουργία των φυσιολογικών κυττάρων.^{1,6}

1.4.1 Βιολογία των φυσιολογικών κυττάρων

Πολλά διαφορετικά φυσιολογικά κύτταρα λειτουργούν συντονισμένα έτσι ώστε να μπορεί το σώμα να εκπληρώνει το σκοπό του. Για την επίτευξη του βέλτιστου λειτουργικού επιπέδου το κάθε κύτταρο πρέπει να πραγματοποιεί τις λειτουργίες του με έναν προβλέψιμο τρόπο.

1.4.1.1 Χαρακτηριστικά των φυσιολογικών κυττάρων

1. **ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟ ΑΡΙΘΜΟ ΔΙΑΙΡΕΣΕΩΝ.** Τα φυσιολογικά κύτταρα διαιρούνται (μίτωση) για έναν από τους εξής δυο λόγους : (1) για να σχηματίσουν φυσιολογικούς ιστούς ή (2) για να αντικαταστήσουν απολεσθέντους ή κατεστραμμένους φυσιολογικούς ιστούς. Ακόμα και όταν είναι ικανά για μίτωση , τα φυσιολογικά κύτταρα διαιρούνται μόνο όταν οι συνθήκες και η ενεργειακή κατάσταση είναι κατάλληλες. ^{1,11}
2. **ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΟΥΝ ΑΠΟΠΤΩΣΗ.** Τα φυσιολογικά κύτταρα έχουν πεπερασμένο χρόνο ζωής . Με κάθε κύκλο κυτταρικής διαίρεσης τα τελομερή στα άκρα των χρωμοσωμάτων βραχύνονται. Όταν αυτό το τμήμα του DNA έχει τελείως χαθεί, το κύτταρο δέχεται μηνύματα για προγραμματισμένο θάνατο, **απόπτωση**. Ο σκοπός της απόπτωσης είναι να επιβεβαιώνει ότι κάθε όργανο διαθέτει τον απαραίτητο αριθμό κυττάρων τα οποία είναι πλήρως λειτουργικά.
3. **ΔΙΑΘΕΤΟΥΝ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.** Κάθε ένας φυσιολογικός τύπος κυττάρων διαθέτει ξεχωριστή και ευδιάκριτη εμφάνιση, μέγεθος και σχήμα.
4. **ΕΚΤΕΛΟΥΝ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ.** Κάθε φυσιολογικό κύτταρο εκτελεί τουλάχιστον μια εξειδικευμένη λειτουργία συνεισφέροντας έτσι στην ομοιόσταση του σώματος. Για παράδειγμα, τα κύτταρα του δέρματος παράγουν κερατίνη, τα ηπατικά κύτταρα παράγουν χολή, τα κύτταρα του μυοκαρδίου συσπώνται, τα νευρικά κύτταρα μεταδίδουν ερεθίσματα και τα ερυθροκύτταρα παράγουν αιμοσφαιρίνη για την μεταφορά οξυγόνου. ^{1,12}
5. **ΠΡΟΣΚΟΛΛΩΝΤΑΙ ΣΤΑΘΕΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ.** Τα φυσιολογικά κύτταρα παράγουν πρωτεΐνες , οι οποίες προβάλλουν από την επιφάνειά τους και τους επιτρέπουν να συνδέονται στενά μεταξύ τους. Μια τέτοια πρωτεΐνη είναι η φιμπρονεκτίνη (ινωδονεκτίνη) , η οποία συγκρατεί τους περισσότερους φυσιολογικούς ιστούς σε στενή επαφή μεταξύ τους, με εξαίρεση τα ερυθρά και τα λευκά αιμοσφαίρια, τα οποία δεν παράγουν φιμπρονεκτίνη και συνήθως δεν συνδέονται μεταξύ τους.
6. **ΔΕΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΟΥΝ.** Τα φυσιολογικά κύτταρα καθώς συνδέονται στενά μεταξύ τους , δεν μεταναστεύουν από τον έναν ιστό στον άλλο (με εξαίρεση τα αιμοσφαίρια).
7. **ΑΥΞΑΝΟΝΤΑΙ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΠΟΛΥ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟ ΤΡΟΠΟ.** Τα φυσιολογικά κύτταρα δεν διαιρούνται παρά μόνο αν οι συνθήκες είναι ιδανικές για αύξηση. Στις συνθήκες αυτές περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων η ανάγκη για περισσότερα κύτταρα, η επάρκεια χώρου και θρεπτικών συστατικών. Η κυτταρική διαίρεση πραγματοποιείται με πολύ συγκεκριμένο τρόπο και τα στάδια της ως μέρη του κυτταρικού κύκλου ^{1,2,12}

8. ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΕΞ ΕΠΑΦΗΣ. Τα φυσιολογικά κύτταρα που διαθέτουν τη δυνατότητα διαίρεσης, διαιρούνται μόνο όταν κάποια από τις επιφάνειές τους βρίσκεται σε άμεση επαφή με άλλα κύτταρα. Όταν ένα φυσιολογικό κύτταρο βρίσκεται σε άμεση επαφή με άλλα κύτταρα σε όλο το μήκος της επιφάνειάς του , τότε δεν μπορεί να διαιρεθεί. Αυτό σημαίνει ότι η κυτταρική διαίρεση **αναστέλλεται εξ επαφής**, ένα είδος αναστολής που αποκαλείται επίσης και **αναστολή της κυτταρικής αύξησης λόγω πυκνότητας**.¹
9. ΕΙΝΑΙ ΕΥΠΛΟΕΙΔΙΚΑ. Τα περισσότερα κύτταρα του ανθρώπινου οργανισμού διαθέτουν 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων, που είναι ο φυσιολογικός αριθμός για τα ανθρώπινα σωματικά κύτταρα.
Κάθε φυσιολογικό, ώριμο κύτταρο διαθέτει συγκεκριμένη δομή και λειτουργία. Το γεγονός ότι τα διάφορα φυσιολογικά ώριμα κύτταρα έχουν διαφορετική μορφολογία και λειτουργίες έχει μεγάλο ενδιαφέρον, δεδομένου ότι όλοι οι άνθρωποι προέρχονται από ένα μοναδικό κύτταρο. Η λειτουργία και η συμπεριφορά αυτού του πρώτου κυττάρου, καθώς και των θυγατρικών του κυττάρων, είναι πολύ διαφορετικές από εκείνη των φυσιολογικών ώριμων ανθρώπινων κυττάρων. Η γνώση σχετικά με αυτές τις διαφορές έχει βοηθήσει πολύ στην κατανόηση των μηχανισμών του καρκίνου.

1.4.1.2 Χαρακτηριστικά των πρώιμων εμβρυονικών κυττάρων

1. ΔΙΑΘΕΤΟΥΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΚΥΤΤΑΡΟΔΙΑΙΡΕΣΗΣ. Τα πρώιμα εμβρυονικά κύτταρα (από τη σύλληψη έως την όγδοη ημέρα) βρίσκονται στο μεγαλύτερο διάστημα της ζωής τους μέσα στον κυτταρικό κύκλο, διαιρούμενα ενεργητικά. Ο χρόνος που χρειάζεται ένα κύτταρο για να διαιρεθεί (χρόνος διπλασιασμού) κυμαίνεται μεταξύ 2-8 ωρών.
2. ΔΕΝ ΑΝΤΙΔΡΟΥΝ ΣΕ ΣΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΑΠΟΠΤΩΣΗ. Τα πρώιμα εμβρυονικά κύτταρα διαθέτουν τελομερή τα οποία δεν βραχύνονται με κάθε κυτταρική διαίρεση. Αν και κάποια κύτταρα κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής υπόκεινται σε απόπτωση για τη δημιουργία συγκεκριμένων δομών, κάτι τέτοιο δεν αποτελεί χαρακτηριστικό των εμβρυονικών κυττάρων.^{1,3,6}
3. ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΑΝΑΠΛΑΣΤΙΚΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ. Ανάπλαση σημαίνει «χωρίς συγκεκριμένη μορφολογία ή διαφοροποίηση». Τα πρώιμα εμβρυονικά κύτταρα δεν μοιάζουν καθόλου με τα ώριμα κύτταρα στα οποία θα καταλήξουν τελικά. Όλα τα εμβρυονικά κύτταρα διαθέτουν αναπλαστική εμφάνιση- μικρά και σφαιρικά.
4. ΔΙΑΘΕΤΟΥΝ ΜΕΓΑΛΗ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΠΥΡΗΝΑ ΠΡΟΣ ΚΥΤΤΑΡΟΠΛΑΣΜΑ. Ο πυρήνας των κυττάρων αυτών είναι μεγάλος και καταλαμβάνει τον περισσότερο χώρο του κυττάρου. Η αναλογία του πυρηνικού προς το κυτταροπλασματικό μέγεθος είναι πολύ μεγαλύτερη από εκείνη των ώριμων κυττάρων.^{1,4}
5. ΔΕΝ ΕΚΤΕΛΟΥΝ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ. Αυτά τα πρώιμα εμβρυονικά κύτταρα δεν εκτελούν συγκεκριμένες ή διαφοροποιημένες λειτουργίες, ενώ δεν είναι ακόμα δεσμευμένα προς οποιαδήποτε κυτταρική σειρά. Κάθε πρώιμο εμβρυονικό κύτταρο είναι απολύτως ευέλικτο και μπορεί να ωριμάσει και να διαφοροποιηθεί προς οποιοδήποτε σωματικό κύτταρο. Η ευελιξία αυτή λέγεται **πολυδυναμία** ή **ολιδυναμία**, καθώς κάθε κύτταρο διαθέτει απεριόριστη δυνατότητα ωρίμανσης.

6. ΠΡΟΣΚΟΛΛΩΝΤΑΙ ΧΑΛΑΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ. Τα πρώιμα εμβρυονικά κύτταρα δεν παράγουν φιμπρονεκτίνη και έτσι δεν προσκολλώνται ισχυρά μεταξύ τους.
7. ΕΧΟΥΝ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ. Λόγω του ότι τα πρώιμα εμβρυονικά κύτταρα δεν είναι στενά συνδεδεμένα μεταξύ τους, δεν παραμένουν σε κάποιο συγκεκριμένο σημείο στο έμβρυο, αλλά μεταναστεύουν παντού στο εσωτερικό του.^{1,13}
8. ΔΕΝ ΑΝΑΣΤΕΛΛΕΤΑΙ Η ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥΣ ΕΞ ΕΠΑΦΗΣ. Αν και βρίσκονται όλες οι πλευρές των εμβρυονικών κυττάρων σε επαφή με άλλα κύτταρα, δεν αναστέλλεται η διαίρεση τους.
9. ΕΙΝΑΙ ΕΥΠΛΟΕΙΔΙΚΑ. Αν και τα πρώιμα εμβρυονικά κύτταρα διαφέρουν σε πολλά από τα ώριμα διαφοροποιημένα κύτταρα, εντούτοις διαθέτουν 23 ζευγάρια χρωμοσωμάτων.
10. ΔΕΣΜΕΥΣΗ. Περίπου την όγδοη ημέρα, τα πρώιμα εμβρυονικά κύτταρα αρχίζουν να ωριμάζουν. Αντιδρώντας σε κάποια άγνωστα μηνύματα, το κάθε εμβρυονικό κύτταρο δεσμεύεται σε κάποιο συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Τα κύτταρα αυτά δεν είναι ακόμα διαφοροποιημένα, απλά ανήκουν σε μία ομάδα κυττάρων η οποία θα αποτελέσει τελικά μόνο ένα εξειδικευμένο όργανο ή ιστό.¹

1.4.2 Βιολογία των παθολογικών κυττάρων

Τα σωματικά κύτταρα είναι εκτεθειμένα σε διάφορες ατομικές και περιβαλλοντικές συνθήκες που μπορεί να τροποποιήσουν την ανάπτυξη και την λειτουργία τους. Όταν είτε η ανάπτυξη ή η λειτουργία των κυττάρων μεταβάλλεται, τότε τα κύτταρα θεωρούνται παθολογικά.

1.4.2.1 Χαρακτηριστικά καλοηθών νεοπλασματικών κυττάρων

Τα καλοήθη νεοπλασματικά κύτταρα είναι φυσιολογικά κύτταρα τα οποία αναπτύσσονται σε λάθος μέρος ή σε λάθος χρόνο. Παράδειγματα περιλαμβάνουν τους σπίλους, ινωματώδεις όγκους της μήτρας, τα σημάδια στο δέρμα, την ενδομητρίωση και τους ρινικούς πολύποδες.

Τα καλοήθη νεοπλάσματα:

1. ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΣΥΝΕΧΗ Ή ΑΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ. Οι καλοήθεις όγκοι είναι ιστοί οι οποίοι δεν χρειάζονται για κάποια φυσιολογική λειτουργία και αναπτύσσονται πάρα πολύ ή σε λάθος μέρος του σώματος.
2. ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ. Οι καλοήθεις όγκοι εμφανίζουν τα χαρακτηριστικά των ιστών από τους οποίους προέρχονται, διατηρώντας πάντοτε την ειδική μορφολογία των πατρικών κυττάρων.^{1,14}
3. ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΜΙΚΡΗ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΠΥΡΗΝΑ ΠΡΟΣ ΚΥΤΤΑΡΟΠΛΑΣΜΑ. Όπως και στα φυσιολογικά, τα κύτταρα των καλοηθών όγκων παρουσιάζουν μικρό μέγεθος πυρήνα σε σχέση με το υπόλοιπο κύτταρο.
4. ΕΚΤΕΛΟΥΝ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ. Για παράδειγμα, στην ενδομητρίωση, ένα είδος καλοήθους νεοπλάσματος, το φυσιολογικό ενδοθήλιο της μήτρας (ενδομήτριο) αναπτύσσεται σε κάποιο ακατάλληλο μέρος (όπως οι ωοθήκες, το περοτόναιο ή η θωρακική κοιλότητα). Αυτό το έκτοπο ενδομήτριο λειτουργεί ακριβώς όπως το φυσιολογικό και τροποποιείται κάθε μήνα υπό την επίδραση των οιστρογόνων.

Όταν το επίπεδο των ορμονών ελαττώνεται και το φυσιολογικό ενδομήτριο αποκολλάται από την μήτρα, το έκτατο ενδομήτριο, οπουδήποτε κι αν βρίσκεται , επίσης αποβάλλεται.

5. ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΣΤΕΝΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ. Τα καλοήγη νεοπλασματικά κύτταρα παράγουν φιμπρονεκτίνη και έτσι προσκολλώνται ισχυρά μεταξύ τους.
6. ΔΕΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΟΥΝ. Οι καλοήθεις όγκοι δεν μετακινούνται αλλά παραμένουν στενά εντοπισμένοι και δεν εισβάλλουν σε άλλους ιστούς του σώματος.¹
7. ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΝΤΑΙ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΤΡΟΠΟ. Τα καλοήθων όγκων αναπτύσσονται με συστηματικό τρόπο , αν και δεν χρειάζονται στο σώμα. Η ανάπτυξη μπορεί να συνεχίζεται σε ακατάλληλο χρόνο αλλά ο ρυθμός της είναι φυσιολογικός. Τα κυτταρα αυτά αναπτύσσονται με υπερπλαστική επέκταση. *Δεν διηθούν άλλους ιστούς.*
8. ΕΙΝΑΙ ΕΥΠΛΟΕΙΔΙΚΑ. Τα κύτταρα αυτά έχουν 23 ζευγάρια χρωμοσωμάτων , που είναι ο σωστός αριθμός για τα ανθρώπινα σωματικά κύτταρα.

1.4.2.2 Χαρακτηριστικά καρκινικών κυττάρων

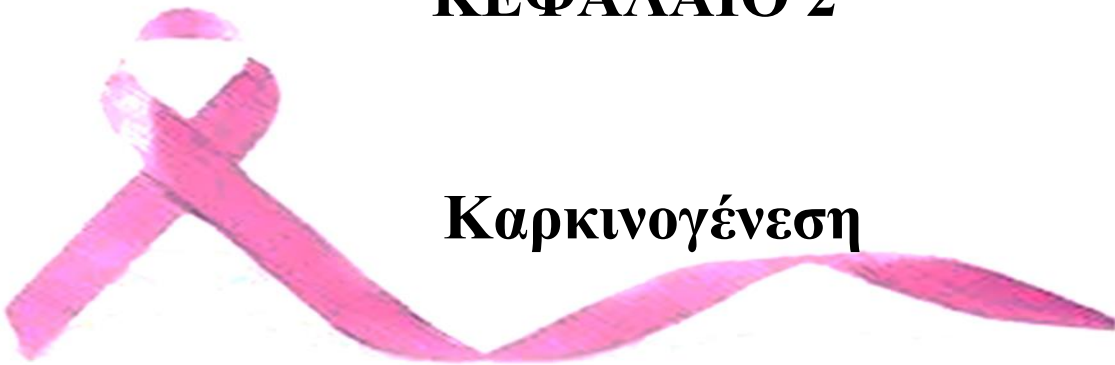
Τα καρκινικά (κακοήγη) κύτταρα είναι παθολογικά, δεν εξυπηρετούν κάποια χρήσιμη λειτουργία και είναι επικίνδυνα για τους φυσιολογικούς ιστούς του σώματος. Τα κακοήγη καρκινικά κύτταρα συνήθως:

1. ΔΙΑΙΡΟΥΝΤΑΙ ΤΑΧΥΤΑΤΑ Ή ΣΥΝΕΧΩΣ. Μερικά καρκινικά κύτταρα έχουν πολύ μικρό χρόνο διπλασιασμού (2-4 ώρες), αλλά τα περισσότερα διατηρούν τον χρόνο σιπλασιασμού των πατρικών κυττάρων. Τα καρκινικά κύτταρα διαιρούνται συνεχώς. Αμέσως μόλις ολοκληρωθεί ένας μιτωτικός κύκλος, τα θυγατρικά κύτταρα ξεκινούν νέο κύκλο διαίρεσης.^{13,14}
2. ΔΕΝ ΑΝΤΙΔΡΟΥΝ ΣΕ ΜΥΝΗΜΑΤΑ ΑΠΟΠΤΩΣΗΣ. Τα περισσότερα καρκινικά κύτταρα έχουν μεγάλα τελομερή και ποσότητα από ένα ένζυμο, την τελομέραση, που αποκαθιστά το DNA των τελομερών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα καρκινικά κύτταρα να μην αντιδρούν σε μνηματα αποπτωσης και έτσι να ζουν απεριόριστα (είναι «αθάνατα»).
3. ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝΑΝΑΠΛΑΣΤΙΚΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ. Τα καρκινικά κύτταρα αποβάλλουν τα μορφολογικά χαρακτηριστικά των πατρικών τους κυττάρων και γίνονται έτσι αναπλαστικά. Καθώς ένα καρκινικό κύτταρο γίνεται ολοένα και πιο κακόηθες, εμφανίζεται μικρότερο και σφαιρικό. Αυτή η απώλεια της συγκεκριμένης μορφολογίας κάνει τη διάγνωση του κυτταρικού τύπου δύσκολη , καθώς τα περισσότερα είδη καρκινικών κυττάρων μοιάζουν μεταξύ τους.
4. ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΜΕΓΑΛΗ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΠΥΡΗΝΑ ΠΡΟΣ ΚΥΤΤΑΡΟΠΛΑΣΜΑ. Ο πυρήνας ενός καρκινικού κυττάρου είναι μεγαλύτερος από τον πυρήνα ενός φυσιολογικού, ενώ γενικά το καρκινικό κύτταρο είναι μικρότερο. Ο πυρήνας καταλαμβάνει το μεγαλύτερο χώρο μέσα στο κύτταρο , αυξάνοντας σημαντικά την αναλογία πυρήνα/ κυτταρόπλασμα.^{1,13,14}
5. ΑΠΩΛΕΙΑ ΚΑΠΟΙΩΝ Ή ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΕΛΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ. Παράλληλα με την αλλαγή της εμφάνισης από εκείνη των πατρικών κυττάρων, τα καρκινικά κύτταρα χάνουν και κάποιες από τις λειτουργίες που επιτελούσαν. *Τα καρκινικά κύτταρα δεν εξυπηρετούν κάποιο χρήσιμο σκοπό.*

6. ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΧΑΛΑΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ. Τα καρκινικά κύτταρα δεν παράγουν φιμπρονεκτίνη και έτσι συνδέονται χαλαρά μεταξύ τους και απομακρύνονται εύκολα από τον κύριο όγκο.
7. ΕΧΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ. Επειδή τα καρκινικά κύτταρα δεν συνδέονται στενά μεταξύ τους και διαθέτουν πληθώρα ενζύμων στην επιφάνειά τους, έχουν την ικανότητα να διαφεύγουν διαμέσου των αγγείων και των ιστών και να απλώνονται από την κύρια περιοχή του όγκου σε πολλά άλλα σημεία του σώματος. Η ικανότητα αυτή να επεκτείνονται (**μετάσταση**) αποτελεί ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό των καρκινικών κυττάρων, καθώς και μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου των καρκινοπαθών.^{14,15,16}
8. ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΝΤΑΙ ΜΕ ΕΙΣΒΟΛΗ. Τα καρκινικά κύτταρα επεκτείνονται και εξαπλώνονται σε άλλους ιστούς είτε κοντά ή μακριά από την πρωτοπαθή εστία μέσω εισβολής ή διήθησης. Η ικανότητα τους αυτή, καθώς και η συνεχιζόμενη αύξηση, κάνουν τον καρκίνο θανατηφόρο χωρίς θεραπεία.
9. ΔΕΝ ΑΝΑΣΤΕΛΛΟΝΤΑΙ ΕΞ ΕΠΑΦΗΣ. Τα καρκινικά κύτταρα συνεχίζουν να διαιρούνται ακόμα και αν βρίσκονται σε πλήρη επαφή με άλλα γειτονικά κύτταρα, που σημαίνει ότι η ανάπτυξή τους δεν αναστέλλεται εξ επαφής. Η επίμονη αυτή κυτταρική διαίρεση του καρκίνου αποτελεί έναν παράγοντα που δυσχεραίνει τον έλεγχο της νόσου.
10. ΕΙΝΑΙ ΑΝΕΥΠΛΟΕΙΔΙΚΑ. Καθώς τα καρκινικά κύτταρα γίνονται ολοένα και πιο κακοήθη, χάνουν ή κερδίζουν χρωμοσώματα, με αποτέλεσμα να διαθέτουν περισσότερα ή λιγότερα από 23 ζεύγη.¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Καρκινογένεση



2.1 ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Οι σύγχρονες αντιλήψεις συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι η καρκινογένεση στον οργανισμό του ανθρώπου , είναι ένα πολύπλοκο γεγονός και μια μακροχρόνια διαδικασία που διακρίνεται σε τέσσερις επιμέρους φάσεις : τη φάση έναρξης ,την τοπική φάση , τη φάση εξέλιξης και τη φάση διασποράς .

Φάση έναρξης

Μετά από πολύχρονες μελέτες , κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η φάση έναρξης του καρκίνου διαρκεί 15-30 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι απαιτείται μακροχρόνια έκθεση σε καρκινογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες , ώστε να ξεκινήσει η διαδικασία της καρκινογένεσης .

Η φάση έναρξης μπορεί να είναι , όμως , συντομότερη σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως είναι η προσβολή από ακτινογενή λευχαιμία (περίπου 2 χρόνια) ή οι γενετικά καθορισμένοι όγκοι της βρεφικής ηλικίας, οι οποίοι υπάρχουν αφανώς από τη στιγμή της γέννησης και εξελίσσονται μετά από μικρό διάστημα.¹⁴

Τοπική φάση (in situ)

Τα περισσότερα γνωστά στοιχεία για την τοπική φάση , προέρχονται από μελέτες στον καρκίνο τραχήλου της μήτρας . Σήμερα πιστεύεται ότι η προοδευτική βαριά δυσπλασία μετατρέπεται , στις περισσότερες περιπτώσεις , σε in situ καρκίνωμα , ενώ το τελευταίο , μετά από μια πολύπλοκη διαδικασία που διαρκεί δέκα ή περισσότερα χρόνια , καταλήγει σε διηθητικό καρκίνο

Φάση διήθησης - διασποράς

Στη φάση διήθησης , τα κύτταρα έχουν κακοήθη χαρακτηριστικά , πολλαπλασιάζονται με γρήγορους ρυθμούς και έχουν τη δυνατότητα να διασπάσουν τη βασική μεμβράνη , να εισέλθουν στους γειτονικούς ιστούς και να φτάσουν μέχρι τα αγγεία του αίματος ή της λέμφου .¹⁵

Φάση διασποράς

Στη φάση διασποράς τα καρκινικά κύτταρα διηθούν όλο και περισσότερους ιστούς γύρω από την περιοχή της αρχικής ανάπτυξης , αυξάνοντας κατακόρυφα την πιθανότητα μεταστάσεων . Τα νεοπλασματικά κύτταρα μεμονωμένα ή κατά ομάδες μεταφέρονται , με τη βοήθεια του αίματος και του λεμφικού συστήματος , σε απομακρυσμένα σημεία του οργανισμού , δημιουργώντας διάσπαρτες μεταστάσεις .^{13,15}

2.2 ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ

Η εξάπλωση του καρκίνου, πέρα από το σημείο της αρχικής εμφάνισης, ονομάζεται μετάσταση. Όταν μερικά νεοπλασματικά κύτταρα μετακινούνται από το σημείο δημιουργίας τους, με τη βοήθεια του αιμοποιητικού ή λεμφικού συστήματος, σε άλλα σημεία του σώματος, λέμε ότι μεταστάθηκαν. Όλοι οι κακοήθεις καρκίνοι έχουν δυνατότητα μετάστασης.

Πρωταρχική εστία είναι το μέρος όπου ξεκινά ο καρκίνος, όπου το πρώτο κύτταρο χάνει τον έλεγχο του. Ο καρκίνος παίρνει το όνομα της περιοχής που πρωτοεμφανίστηκε. Μερικές φορές ο καρκίνος στην πρωταρχική εστία είναι πολύ μικρός, ή και μη ανιχνεύσιμος. Η εξακρίβωση της πρωταρχικής εστίας γίνεται από τον τύπο των κυττάρων, άσχετα από το σημείο του σώματος που βρίσκεται ο όγκος. Το μέγεθος της πρωταρχικής εστίας είναι μερικές φορές παράγοντας που βοηθά στον προσδιορισμό της πρόγνωσης, στο επείγον της θεραπείας και τις θεραπευτικές επιλογές.

Οι μεταστάσεις των όγκων άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας εντοπίζονται συνήθως στους πνεύμονες, τους λεμφαδένες, το ήπαρ και τα οστά. Όταν ο όγκος εντοπίζεται στο άνω μέρος του σώματος, συνήθως προέρχεται από τους πνεύμονες, ενώ όταν ανευρίσκεται στο ήπαρ, συνήθως προέρχεται από το γαστρεντερικό σύστημα.¹⁶

Οι μεταστάσεις δημιουργούνται σε τρία στάδια:

1. Διήθηση αγγείων αίματος ή λεμφαγγείων από κακοήθη κύτταρα

2. Μηχανική μεταφορά κακοήθων κυττάρων
3. Εγκατάσταση και ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος.

Οι μεταστάσεις μπορούνε να γίνουν αντιληπτές, ανάλογα με το σημείο που εντοπίζονται, από διάφορα τοπικά συμπτώματα. Έτσι, οι μεταστάσεις στον εγκέφαλο μπορούν να προκαλέσουν ζαλάδες, πονοκέφαλους, ναυτία ή παράλυση, οι οστικές μεταστάσεις συνήθως προκαλούν πόνο στα οστά και τις αρθρώσεις, ενώ οι μεταστάσεις στον πνεύμονα μπορούν να προκαλέσουν πόνο στο στήθος, δύσπνοια ή βήχα με αιματηρά πτύελα.

Υπάρχουν συγκεκριμένες εξετάσεις για να διαπιστωθεί εάν ο καρκίνος έχει μετασταθεί. Εφόσον μια εξέταση δείξει μια ασυνήθιστη κηλίδα σε κάποιο σημείο, είναι πολύ πιθανό ότι ο καρκίνος έχει επεκταθεί στην περιοχή αυτή. Ο μόνος τρόπος να αποδειχθεί ότι κάποιος όγκος είναι καρκίνος, είναι να πάρουμε ένα μικρό δείγμα από αυτόν και να τον μελετήσουμε κάτω από το μικροσκόπιο ή με άλλες τεχνικές.

Οι γιατροί υπολογίζουν πόσο γρήγορα αναπτύσσεται ο καρκίνος με βάση τα εξής:

- Πώς φαίνονται τα κύτταρα κάτω από το μικροσκόπιο
- Τις στατιστικές μελέτες παρόμοιων καρκίνων
- Το ιστορικό του ασθενή ^{16,17}

Η ταυτόχρονη ανάπτυξη καρκίνου σε διάφορα σημεία του σώματος είναι πολύ σπάνια. Συνήθως, ο καρκίνος εντοπίζεται σε κάποιο συγκεκριμένο σημείο, από το οποίο μερικά κύτταρα μεταναστεύουν σε γειτονικά ή απομακρυσμένα σημεία, δημιουργώντας νέες εστίες νόσου.

Βασικοί μηχανισμοί μετάστασης, θεωρείται σήμερα, η απευθείας εξάπλωση των καρκινικών κυττάρων, η μεταφορά τους με τη βοήθεια του αίματος και της λέμφου και η διασπορά τους με εμφύτευση. Στην απευθείας εξάπλωση ο καρκίνος πολλαπλασιάζεται και επεκτείνεται εισβάλλοντας σε γειτονικούς ιστούς και όργανα, όπως οι ρίζες των φυτών αναπτύσσονται στο χώμα. Στην αιματογενή διασπορά οι όγκοι τροφοδοτούνται με αίμα, όπως οι κανονικοί ιστοί. Μερικές φορές κάποια κύτταρα αποσπώνται από την καρκινική μάζα και εξαπλώνονται, με τη βοήθεια του αίματος, σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος. Η πιθανότητα, πάντως, δημιουργίας νέας εστίας με τον τρόπο αυτόν, είναι εξαιρετικά μικρή. ^{14,17}

Στη λεμφική διασπορά εκτός από το αιματοποιητικό σύστημα με τις φλέβες τις αρτηρίες και τα τριχοειδή αγγεία, υπάρχει στον οργανισμό και ένα δεύτερο αγγειακό σύστημα, το λεμφικό. Αυτό αποτελείται από τριχοειδή αιμοφόρα αγγεία, που λέγονται λεμφαγγεία και μεταφέρουν τη λέμφο. Σκοπός του συστήματος είναι η απομάκρυνση των τοξικών και άχρηστων ουσιών από τον οργανισμό, οι οποίες παγιδεύονται σε συγκεκριμένους σταθμούς, τους λεμφαδένες. Τα καρκινικά κύτταρα επεκτείνονται ταχύτατα δια μέσου του λεμφικού συστήματος. Συνήθως, μάλιστα, οι λεμφαδένες συγκροτούν κάποιο αριθμό κυττάρων, στην προσπάθειά τους να σταματήσουν την εξάπλωσή τους, με αποτέλεσμα να διογκώνονται και έτσι να είναι εύκολα ψηλαφητοί από τους ειδικούς γιατρούς, κυρίως στην περιοχή της μασχάλης.

Η διασπορά με εμφύτευση πραγματοποιείται με μηχανική απόσπαση κακοήθων κυττάρων από την επιφάνεια του όγκου. Αυτός ο τρόπος μετάστασης εμφανίζεται συχνά σε κοιλότητες του σώματος, όπου και καταλήγουν τα κύτταρα που αποσπώνται, όπως είναι η περιτοναϊκή κοιλότητα και η ουροδόχος κύστη. Μεταστάσεις με το μηχανισμό της εμφύτευσης μπορούν να γίνουν και κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης απομάκρυνσης όγκου. ^{15,16,17}

Μικρομεταστάσεις έχουμε όταν παρατηρείται πολύ μικρή και εντοπισμένη διασπορά των καρκινικών κυττάρων, τα οποία, όμως, έχουν τη δυνατότητα δημιουργίας μετάστασης σε απομακρυσμένα σημεία. Το μέγεθος τους είναι μικροσκοπικό, γι' αυτό και είναι δύσκολη η διαπίστωση και η κλινική τους αξιολόγηση. ¹⁷

2.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΟΓΚΩΝ

Οι όγκοι , όσον αφορά στην κατάταξη τους , μπορούν να ταξινομηθούν σε μια από τις βασικές κατηγορίες , οι οποίες είναι τα καρκινώματα , τα σαρκώματα , τα λεμφώματα, οι λευχαιμίες και το πολλαπλό μυέλωμα.¹⁸

Καρκινώματα

Είναι συμπαγείς όγκοι του επιθηλιακού ιστού , του ιστού δηλαδή που καλύπτει τις εξωτερικές επιφάνειες , όπως είναι τα στρώματα του δέρματος ή τις εσωτερικές κοιλότητες του σώματος , όπως είναι το στομάχι και η μήτρα.

Σαρκώματα

Είναι συμπαγείς όγκοι που αναπτύσσονται στους ιστούς που δομούν, υποστηρίζουν ή συνδέουν τα όργανα μεταξύ τους , όπως είναι ο σκελετός , οι μυς , οι τένοντες , τα νεύρα , οι χορδές , οι χόνδροι , οι σύνδεσμοι , ο λιπώδης ιστός , ο συνδετικός ιστός , και τα αιμοφόρα ή λεμφικά αγγεία του σώματος . Ένα όργανο που έχει προσβληθεί από καρκίνωμα είναι δυνατόν να προσβληθεί και από σάρκωμα , εφόσον υπάρχει συνδετικός ιστός , όπως είναι το σάρκωμα που αναπτύσσεται στα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων του παγκρέατος.¹⁹

Λεμφώματα

Είναι όγκοι που αναπτύσσονται στους λεμφαδένες , οι οποίοι είναι μικροί αδένες που αποτελούν τη λεμφική κυκλοφορία , ένα σύστημα αγγείων που διακινεί τη λέμφο σε όλα τα σημεία του σώματος , σε στενή σύνδεση και συνεργασία με την κυκλοφορία του αίματος . Η λέμφος είναι ένα υποκίτρινο υγρό , που περιέχει τα T και τα B λεμφοκύτταρα , τα οποία σχετίζονται με την άμυνα του οργανισμού .

Λευχαιμίες

Είναι όγκοι διαφόρων τύπων , που προσβάλλουν τα κύτταρα του αίματος στο σημείο δημιουργίας τους , στο μυελό των οστών . Όλοι οι καρκίνοι του αίματος διαχέονται και δε σχηματίζουν συμπαγές μάζες . Οι περισσότερες λευχαιμίες αναφέρονται στα λευκά αιμοσφαίρια του αίματος ενώ σπανιότερα σχετίζονται με ερυθρά αιμοσφαίρια ή τα αιμοπετάλια .^{7,19}

Πολλαπλό μυέλωμα

Είναι καρκίνος που αναπτύσσεται στα πλασματοκύτταρα , τα οποία είναι B λεμφοκύτταρα που παράγουν ανοσοσφαιρίνες .¹⁸

2.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Παρά το γεγονός ότι ο όρος καρκίνος περιλαμβάνει περισσότερες από 200 διαφορετικούς τύπου νόσου και απασχολεί εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο τα αίτια του παραμένουν άγνωστα και μυστηριώδη για μεγάλη μερίδα ανθρώπων. Η επιστήμη, όμως , έχει καταλήξει σήμερα σε μια σειρά από παράγοντες που , όπως αποδείχθηκε , έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν την έναρξη της διαδικασίας καρκινογένεσης στον άνθρωπο .

Οι κυριότεροι παράγοντες που αφορούν στις ατομικές συνήθειες και στον τρόπο ζωής του ατόμου είναι:

- *Κάπνισμα* : ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν σπάνια μορφή νόσου πριν την εξάπλωση των παραγώγων του καπνού , τα οποία βρέθηκαν ότι περιέχουν 4.000 τοξικές και 43 αποδεδειγμένα καρκινογόνες ουσίες.
- *Σεξουαλική ζωή* : υπάρχουν ορισμένοι σεξουαλικά μεταδιδόμενοι ιοί που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου , ενώ συσχετίσεις έχουν βρεθεί και με την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής .
- *Υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος* : αποτελεί παράγοντα που μπορεί να προκαλέσει όγκους κυρίως της κεφαλής , του ήπατος και του παγκρέατος

- *Διατροφικοί παράγοντες – παχυσαρκία* : υπερβολική κατανάλωση τροφών πλούσιων σε λίπος και φτωχών σε φυτικές ίνες , αποτελούν παράγοντα κινδύνου για καρκίνο του παχέος εντέρου , αλλά και του μαστού και του ενδομητρίου.
- *Λήψη ορισμένων ορμονών* : η λήψη ορμονών για ιατρικούς λόγους με σκοπό τη θεραπεία διαφόρων καταστάσεων , αυξάνουν τον κίνδυνο προσβολής από συγκεκριμένες μορφές καρκίνου , όπως αυτός του ενδομητρίου .²⁰

Οι κυριότεροι παράγοντες που αναφέρονται σε επιδράσεις εξωγενών συνθηκών, που δεν εξαρτώνται από τη θέληση και τις συνήθειες του ατόμου είναι:

- *Γενετικοί παράγοντες-κληρονομικότητα*: οι τυχαίες ή οι προκαλούμενες μεταλλάξεις ορισμένων γονιδίων μπορούν να προκαλέσουν έναρξη της διαδικασίας καρκινογένεσης , ενώ έχει παρατηρηθεί ότι μερικοί τύποι καρκίνου εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα σε μέλη οικογενειών.
- *Ηλικία*: άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 55 ετών παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο καρκινογένεσης.
- *Χημικές ουσίες*: καρκινογενετικές ιδιότητες παρουσιάζουν προϊόντα της πίσσας και του άνθρακα , αμιάντος , βενζόλιο , κάδμιο , νικέλιο , ουράνιο κ.α.
- *Υπεριώδης ακτινοβολία* : η υπερβολική έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη καρκίνων του δέρματος.
- *Ιονίζουσα ακτινοβολία – ακτίνες X*: οι ιονίζουσες ακτινοβολίες είναι στις περισσότερες περιπτώσεις ιδιαίτερα επικίνδυνες , ενώ οι μεγάλες δόσεις ακτινών X μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες στο γενετικό υλικό των κυττάρων .
- *Ιατρογενείς χημικοί παράγοντες* : είναι διάφοροι διαγνωστικοί ή θεραπευτικοί παράγοντες ή ουσίες , που αυξάνουν τον κίνδυνο προσβολής από ορισμένες μορφές καρκίνου .
- *Επαγγελματική έκθεση* : διάφοροι παράγοντες που απαντώνται στους εργασιακούς χώρους , μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο των εκτεθειμένων τμημάτων του σώματος , όπως είναι το δέρμα και το αναπνευστικό σύστημα .
- *Περιβαλλοντική ρύπανση* : οι περιβαλλοντικοί ρύποι μπορούν να προκαλέσουν καρκινικές βλάβες κυρίως στο αναπνευστικό σύστημα .
- *Ανοσολογικές συνθήκες* : έχει παρατηρηθεί ότι οι ανεπάρκειες του ανοσοποιητικού συστήματος σχετίζονται με τη δημιουργία ορισμένων καρκίνων.
- *Παράσιτα –ιοί* : η μόλυνση από τροπικά παράσιτα ή ορισμένους ιούς , είναι δυνατό να προκαλέσουν , σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, ενεργοποίηση της διαδικασίας καρκινογένεσης .^{1,20}

2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η διάγνωση προσδιορίζει τον τύπο του καρκίνου από τον οποίο έχει προσβληθεί ο ασθενής. Ο καλύτερος τρόπος για να γίνει οριστική διάγνωση του καρκίνου, είναι η μελέτη στο μικροσκόπιο κυττάρων από το συγκεκριμένο ιστό, από ειδικούς γιατρούς, τους παθολογοανατόμους ή τους κυτταρολόγους, οι οποίοι και θα προσδιορίσουν τον τύπο της νόσου. Στις περισσότερες περιπτώσεις η διάγνωση συμπληρώνεται και από άλλες ειδικές εργαστηριακές ή κλινικές εξετάσεις.

Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρία έχει καταλήξει σε μια λίστα με επτά πρώιμα σημεία, τα οποία πρέπει να γνωρίζουν όλοι και να αναφέρουν στο γιατρό τους μόλις εμφανιστούν:²¹

1. σκλήρυνση ή διόγκωση στο μαστό ή άλλο όργανο
2. εμφανείς αλλαγή μιας ελιάς στο μέγεθος, την όψη ή το σχήμα
3. βήχας που επιμένει ή βραχνάδα στη φωνή

4. δυσκολία στην κατάποση ή δυσπεψία
5. φλεγμονή του φάρυγγα που δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία, δυσκολία στην κατάποση ή δυσπεψία
6. αναίτιες αιμορραγίες, παρουσία ασυνήθιστων εκκριμάτων και πληγών που δεν επουλώνονται
7. εμφανείς αλλαγές στην κένωση του εντέρου ή την ούρηση

Πρέπει να διευκρινιστεί ότι η παρουσία αυτών των καταστάσεων δε σημαίνει ότι υπάρχει απαραίτητα η ανάπτυξη καρκίνου, αφού απαντώνται και σε πολλές άλλες παθολογικές καταστάσεις, αλλά ότι θα πρέπει να «χτυπήσει το καμπανάκι» της εγρήγορσης, για άμεση επίσκεψη στο γιατρό και διενέργεια των απαραίτητων εξετάσεων. Η απόφαση αυτή, ενδέχεται να προλάβει ή και να σταματήσει την ανάπτυξη κάποιου όγκου, ο οποίος μπορεί να λάβει ανεξέλεγκτες διαστάσεις σε σύντομο χρονικό διάστημα.²²

Η δημιουργία και η ανάπτυξη κάποιου όγκου στον οργανισμό του ανθρώπου συνοδεύεται από ορισμένες καταστάσεις οι οποίες συμβαίνουν όταν:

- ο όγκος μπορεί να πιέζει τους γειτονικούς ιστούς και τα όργανα με αποτέλεσμα ο ασθενής να αισθάνεται πίεση ή και πόνο.
- ο όγκος μπορεί να έχει μεγάλο μέγεθος και να είναι διακριτός ή ψηλαφητός με τα χέρια, όπως ο καρκίνος του μαστού.
- ο όγκος πιέζει και προκαλεί ρήξη των γειτονικών αγγείων με αποτέλεσμα να προκαλείται αιμορραγία .
- ο όγκος μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργίες σε ορισμένα όργανα, όπως είναι ο βήχας και η δυσκολία στην αναπνοή σε περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα.^{21,22}

Σύμφωνα με τα παραπάνω μπορεί κανείς να καταλάβει ότι προσβλήθηκε από καρκίνο.

Η αρχική διάγνωση είναι πολύ σημαντική. Παρά το γεγονός ότι κάθε τύπος καρκίνου αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα, η διάγνωση πρέπει να είναι όσο το δυνατόν ακριβέστερη, ώστε να αντιμετωπιστεί και να θεραπευτεί με το σωστό τρόπο ο ασθενής. Η διάγνωση είναι το κλειδί για τον προσδιορισμό της μελλοντικής πορείας και των θεραπευτικών επιλογών που είναι διαθέσιμες στην κάθε περίπτωση ασθενή.

Μετά την οριστικοποίηση της διάγνωσης είναι χρήσιμο ο ασθενής να κατανοήσει:

- ότι αφορά τη νόσο του χωρίς να πιέζει τον εαυτό του. Δεν είναι απαραίτητο να κατανοηθούν όλα από τις πρώτες μέρες της διάγνωσης .
 - κάθε καρκίνος είναι μοναδικός, όπως κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός
 - εάν δεν καταλαβαίνει κάποια πράγματα, υπάρχουν πολλοί τρόποι να βρει τις απαντήσεις και πολλοί άνθρωποι να τον βοηθήσουν .
 - οι θεραπείες του καρκίνου βελτιώνονται καθημερινά και γίνονται ασφαλέστερες και αποτελεσματικότερες. Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να ελαχιστοποιηθούν οι παρενέργειες και τα προβλήματα που προκύπτουν από τη νόσο ή τη θεραπεία της.
- Ο τρόπος αντιμετώπισης του καρκίνου είναι και υπόθεση του κάθε ασθενή ξεχωριστά, εφόσον αφορά το μέλλον και τη ζωή του.^{14,22}

2.5.1 Εργαστηριακές εξετάσεις

Οι εξετάσεις του αίματος, στις περισσότερες περιπτώσεις, δίνουν αποτελέσματα που απαντώνται σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις και δεν χαρακτηρίζουν κάποιο συγκεκριμένο τύπο καρκίνου. Η αύξηση για παράδειγμα των λευκών αιμοσφαιρίων του αίματος, μπορεί να δείχνει όχι μόνο μια απλή λοίμωξη, αλλά και την αρχή μιας λευχαιμίας. Εκτός, όμως, από τις μη ειδικές εξετάσεις, υπάρχει και μια μεγάλη ομάδα ειδικών εξετάσεων, οι οποίες είναι πολύτιμες για την ακριβή διάγνωση συγκεκριμένων μορφών καρκίνου.

Οι βασικές εξετάσεις που γίνονται στο αίμα είναι εξετάσεις μη ειδικές, τις οποίες ζητούν οι γιατροί μετά την πρώτη επίσκεψη του ασθενή, για να διαπιστώσουν την πιθανή ύπαρξη κάποιας οργανικής ανωμαλίας.²³ Συνηθέστερες είναι:

1. γενική αίματος
2. μεταβολικός έλεγχος
3. νεφρική λειτουργία
4. υπατικές δοκιμασίες
5. εξετάσεις θυρεοειδούς

Στην συνέχεια άλλες εξετάσεις που βοηθούν στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου είναι:^{13,23}

- **Εξέταση πήκτικότητας αίματος**

Η κυριότερες εξετάσεις για τον έλεγχο του μηχανισμού πήξης του αίματος, είναι ο υπολογισμός του χρόνου προθρομβίνης (PT) και του χρόνου μερικής θρομβοπλαστικής (PTT).

- **Ανάλυση ούρων**

Η ανάλυση των ούρων μπορεί να δώσει ενδείξεις για πολλές διαταραχές στον οργανισμό, που ενδέχεται να οφείλονται σε κάποιο όγκο, όπως είναι η παρουσία αίματος ή ακόμη και καρκινικών κυττάρων.

- **Εξέταση μυελού των οστών**

Στην εξέταση αυτή γίνεται λήψη μυελού των οστών από το στέρνο ή το λαγόνιο οστό στη λεκάνη, με σκοπό να εξεταστούν, μετά από χρώση, στο μικροσκόπιο. Στο επίχρισμα ελέγχεται η πιθανή ύπαρξη καρκινικών κυττάρων, η παρουσία λοίμωξης αλλά και η αναγεννητική ικανότητα του μυελού των οστών μετά από την εφαρμογή χημειοθεραπευτικών σχημάτων.

- **Εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού**

Πραγματοποιείται με λήψη εγκεφαλονωτιαίου υγρού, το οποίο περικλείει τον εγκέφαλο και την σπονδυλική στήλη, με σφουονωτιαία παρακέντηση, από το τελευταίο τμήμα της σπονδυλικής στήλης, το οποίο δεν περιέχει νεύρα του νωτιαίου μυελού. Εφαρμόζεται για την ανίχνευση παθολογικών ουσιών ή κυττάρων στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

- **Ανοσοϊστοχημεία**

Οι συνηθισμένες χρωστικές εφαρμόζονται για την μελέτη και το χαρακτηρισμό διαφόρων κυττάρων στο μικροσκόπιο. Στην ανοσοϊστοχημεία χρησιμοποιούνται ειδικές χρωστικές και μονοκλωνικά ή πολυκλωνικά αντισώματα για την ανίχνευση παραγόντων της επιφάνειας των καρκινικών κυττάρων με στόχο την ταυτοποίηση τους. Με την συγκεκριμένη τεχνική γίνεται ευκολότερος ο εντοπισμός της πρωταρχικής εστίας του όγκου.

- **Ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών**
Ανιχνεύει τη πιθανή αύξηση των γ-σφερινών στο αίμα, κατάσταση που παρατηρείτε στο πολλαπλό μυαίλωμα.
- **Έλεγχος ύπαρξης ορμονικών υποδοχέων**
Είναι εξειδικευμένη εξέταση. Προσδιορίζει αν τα κύτταρα του καρκίνου του μαστού διεγείρονται από τις οιστρογόνες ορμόνες.
- **Ανίχνευση ιού Epstein-Barr**
Πρόκειται για το ιό που ευθύνεται για τη λοιμώδη μονοκυρήνωση. Η παρουσία στο αίμα του ασθενή αντισωμάτων έναντι του ιού Epstein-Barr, υποδηλώνει ύπαρξη λοίμωξης και σχετίζεται με δυσμενέστερη πρόγνωση, σε ορισμένες περιπτώσεις όπως είναι ο καρκίνος του ρινοφάρυγγα.
- **Ανίχνευση ιού των θηλωμάτων του ανθρώπου**
Πρόκειται για σεξουαλικά μεταδιδόμενο ιό, ο οποίος προκαλεί συνήθως κονδυλώματα και τοπικές δυσπλασίες. Ο ιός ανιχνεύεται στο 90-95% των επιθηλιακών καρκινωμάτων του τραχήλου της μήτρας.
- **Κάθαρση κρεατινίνης**
Είναι ευαίσθητη μέθοδος εξέτασης της νευρικής λειτουργίας η οποία πραγματοποιείται σε δείγμα αίματος και ούρων 24ώρου. Όσον αφορά στους καρκινοπαθείς, η εξέταση εφαρμόζεται για να ελεγχθεί η νεφροτοξικότητα των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.
- **Mayer κοπράνων**
Είναι εξέταση που ελέγχει τη παρουσία αίματος στα κόπρανα, η οποία μπορεί να οφείλεται σε αιμορραγία λόγω ύπαρξης όγκου στο πεπτικό σύστημα.
- **Κερατίνη**
Είναι πρωτεΐνη των επιθηλιακών ιστών. Όταν ανιχνευθεί προδιαθέτει για την ανάπτυξη καρκινώματος.
- **Ασβέστιο ορού**
Αυξάνεται σε ασθενείς με οστική καταστροφή λόγω μεταστάσεων ή σε άλλους όγκους, οι οποίοι εκκρίνουν ουσίες που μοιάζουν με την παραθορμόνη.
- **Αλκαλική φωσφατάση**
Αυξάνεται σε ηπατικές νόσους, αλλά και σε μεταστάσεις καρκινικών κυττάρων στο ήπαρ, τα χοληφόρα αγγεία ή τα οστά
- **Όξινη φωσφατάση**
Είναι ουσία της οποίας η συγκέντρωση αυξάνεται σε μεταστατικούς καρκίνους του προστάτη.

2.5.2 Νεοπλασματικοί (καρκινικοί) δείκτες

Είναι ουσίες που είτε βρίσκονται στα καρκινικά κύτταρα, παράγονται από αυτά και εκκρίνονται στα βιολογικά υγρά, είτε παράγονται από τον οργανισμό σε απάντηση στην παρουσία και την εξάπλωση κάποιου όγκου. Η σημασία τους είναι μεγάλη, αφού βοηθούν όχι μόνο στη διάγνωση συγκεκριμένων τύπων καρκίνου, αλλά είναι χρήσιμοι και στην παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία και της εμφάνισης υποτροπής της νόσου.⁸

Οι νεοπλασματικοί δείκτες μετρούνται στο εργαστήριο με σκοπό:

- τη διαφορική διάγνωση του καρκίνου από άλλα νοσήματα ή καλοήθεις κατάστασεις
- την πρόγνωση της νόσου
- την εκτίμηση της πορείας της θεραπείας
- τον έλεγχο των μεταστάσεων²⁴

Αν και ο προσδιορισμός των νεοπλασματικών δεικτών δεν οριστικοποιεί τη διάγνωση του καρκίνου, σε ορισμένες περιπτώσεις η ανίχνευση τους είναι αρκετή για να δημιουργήσει υποψίες στον κλινικό γιατρό για την πιθανή παρουσίαση κάποιας κακοήθειας στον οργανισμό του ασθενή.

Οι κυριότερες κατηγορίες ουσιών που χρησιμοποιούνται ως καρκινικοί δείκτες είναι:

- πρωτεΐνες
- ορμόνες
- ένζυμα
- καρκινοεμβρυικά αντιγόνα
- αντιγόνα που συνδέονται με τον όγκο
- υποδοχείς στους ιστούς
- ογκογονίδια και τα προϊόντα τους
- νευροδιαβιβαστές

Τα βιολογικά υγρά στα οποία αναζητούνται οι βιολογικοί δείκτες είναι: το αίμα (ορός ή πλάσμα), τα ούρα, το ΕΝΥ, το πλευριτικό υγρό, τα πτύελα, τα κόπρανα, ο μυελός των οστών, διάφοροι ιστοί κ.α

Με τις σύγχρονες ευαίσθητες μεθόδους ανίχνευσης θεωρείται ότι με τη βοήθεια των καρκινικών δεικτών μπορούν να εντοπιστούν όγκοι που περιέχουν τουλάχιστον 100.000 κύτταρα. Αντίθετα, οι απεικονιστικές τεχνικές μπορούν να ανιχνεύσουν όγκους που περιέχουν πολύ περισσότερα κύτταρα.

Μερικοί από τους δείκτες αυτούς εκκρίνονται μόνο από τα καρκινικά κύτταρα, ενώ άλλοι ανιχνεύονται σε φυσιολογικά άτομα, αλλά σε πολύ μικρότερες συγκεντρώσεις από τις παθολογικές.

Τα αρνητικά στοιχεία είναι τα εξής:

- ❖ πολλές φορές ανιχνεύονται σε καλοήθεις όγκους
- ❖ δεν αυξάνονται σε όλους τους ασθενείς με καρκίνο, όταν η νόσος βρίσκεται στα πρώτα της στάδια
- ❖ μερικοί δείκτες δεν είναι ειδικοί για συγκεκριμένο τύπο καρκίνου

Οι συνηθέστεροι δείκτες που χρησιμοποιούνται πιο συχνά είναι:^{8,24}

▪ **CEA (Carcino Embryonic Antigen, Καρκινοεμβρυονικό αντιγόνο)**

Αυξάνεται κυρίως σε καρκίνους πνευμόνων, παγκρέατος, μαστού, παχέος εντέρου, ήπατος, στομάχου και του θυρεοειδούς. Απαντάται, επίσης και σε καλοήθεις καταστάσεις, όπως φλεγμονές, κίρρωση του ήπατος και σε άτομα που καπνίζουν. Χρησιμοποιείται στη διάγνωση και στη παρακολούθηση των παραπάνω μορφών καρκίνου.

▪ **AFP (alpha fetoprotein, α-εμβρυική σφαιρίνη)**

Είναι πρωτεΐνη που απαντάται φυσιολογικά σε εμβρυικούς ιστούς. Ανιχνεύεται κυρίως σε καρκίνους όρχεων, ήπατος, παχέος εντέρου, παγκρέατος, λευχαιμίες και σε όγκους από αρχέγονα κύτταρα και αποτελεί πολύτιμο στοιχείο για τη διάγνωση τους και τη μέτρηση της ανταπόκρισης του ασθενή στη θεραπεία.

▪ **CA 19-9 (Cancer Antigen 19-9)**

Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για τη διάγνωση και παρακολούθηση καρκίνων ήπατος, παγκρέατος, χοληφόρων οδών, στομάχου, παχέος εντέρου και ωοθηκών.

▪ **CA 15-3 (Cancer Antigen 15-3)**

Ανιχνεύεται κυρίως σε καρκίνους του μαστού, των ωοθηκών, στο αδеноκαρκίνωμα του πνεύμονα και στο μεταστατικό αδеноκαρκίνωμα.

- **CA-125 (Cancer Antigen 125)**

Ανιχνεύεται κυρίως στους καρκίνους μήτρας, ωοθηκών, μαστού, παγκρέατος και των πνευμόνων, στους οποίους χρησιμοποιείται για τη διάγνωση, τη σταδιοποίηση, την πρόγνωση αλλά και την ανταπόκριση στη θεραπεία.

- **CA 50 (Cancer Antigen 50)**

Ανιχνεύεται κυρίως στους καρκίνους του γαστρεντερικού σωλήνα και του παγκρέατος.

- **CA 549 (Cancer Antigen 549)**

Ανιχνεύεται κυρίως στους καρκίνους του μαστού και των ωοθηκών.

- **CA 27.29 (Cancer Antigen 27.29)**

Ανιχνεύεται κυρίως σε περιπτώσεις προσβολής από καρκίνο του μαστού.

- **CA 19-5 (Cancer Antigen 19-5)**

Ανιχνεύεται κυρίως σε καρκίνους παγκρέατος, ωοθηκών, στομάχου και παχέος εντέρου.

- **CA 72-4 (Cancer Antigen 72-4)**

Ανιχνεύεται κυρίως σε καρκίνους ωοθηκών, μαστού, στομάχου, παχέος εντέρου και παγκρέατος.

- **CA 242 (Cancer Antigen 242)**

Ανιχνεύεται κυρίως σε καρκίνους του παγκρέατος και του γαστρεντερικού συστήματος.

- **PSA (Prostatic Specific Phosphatase, όξινη προστατική φωσφατάση)**

Ανιχνεύεται σε μεγάλα ποσά σε κακοήθεις εξαλλαγές του προστάτη και σπανιότερα σε καλοήθεις. Η μέτρηση του PSA συνδυάζεται πάντα με ψηφιακή εξέταση του ορθού, υπερηχογράφημα και βιοψία της περιοχής.

- **PAP (Prostatic Acid Phosphatase, όξινη προστατική φωσφατάση)**

Ανιχνεύεται τόσο σε καλοήθεις όσο και σε κακοήθεις εξαλλαγές του προστάτη και αξιολογείται σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες αφορούν στη συγκεκριμένη μορφή καρκίνου.

- **hCG (human Chorionic Gonadotropin, ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη)**

Ανιχνεύεται κυρίως σε καρκίνους όρχεων, ωοθηκών, πλακούντα, χοριοκαρκινώματα και όγκους των πνευμόνων, ενώ απαντάται και φυσιολογικά στην εγκυμοσύνη. Η μέτρηση των επιπέδων της χοριακής γοναδοτροπίνης χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση της δραστηριότητας του όγκου.

- **Πρωτεΐνη Bence-Jones**

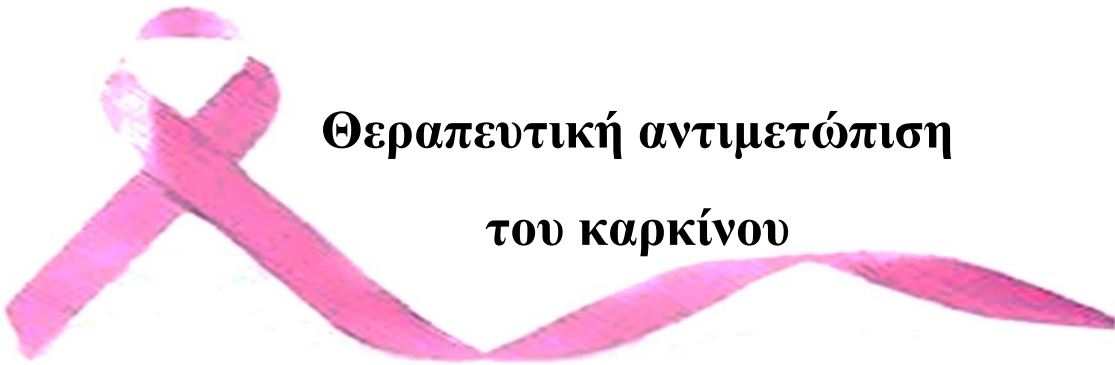
Είναι ο πρώτος νεοπλασματικός δείκτης, γνωστός από το 1847. ανιχνεύεται στα ούρα και χρησιμοποιείται για τη διάγνωση του πολλαπλού μυελώματος.

- **NSE (Neuron Specific Enolase, ειδική ενολάση των νεύρων)**

Ανιχνεύεται σε σημαντικές ποσότητες σε όγκους που προέρχονται από νευροεκκριτικά κύτταρα. Είναι χρήσιμος δείκτης στη διάγνωση και παρακολούθηση κυρίως των: κακοήθους μελανώματος, καρκίνου θυρεοειδούς, μοκροκυτταρικού καρκινώματος πνεύμονα, νευροβλαστώματος, καρκίνου βρόγχων και του φαιοχρωμοκυτώματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου



3.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Οι θεραπείες για την αντιμετώπιση του καρκίνου παρουσιάζουν τεράστια ανάπτυξη τις τελευταίες δεκαετίες και έχουν μετατρέψει τον καρκίνο, από μια νόσο χωρίς ελπίδα, σε μια χρόνια νόσο η οποία μπορεί πλέον να αντιμετωπιστεί ή και να θεραπευτεί στις περισσότερες μορφές της. Όταν μιλάμε για θεραπεία του καρκίνου συνήθως εννοούμε ότι δεν υπάρχει ανιχνεύσιμο σημάδι καρκίνου και το άτομο ζει με τον ίδιο τρόπο που ζουν οι άνθρωποι που ποτέ δεν είχαν καρκίνο.

Σήμερα, η επιστήμη, εκτός από τις κλασικές θεραπευτικές τεχνικές, που είναι η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική θεραπεία, διαθέτει και μια σειρά από νέες και ελπιδοφόρες θεραπευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες ανοίγουν νέους δρόμους στον αγώνα για την καταπολέμηση του καρκίνου.²⁵

Ο καρκίνος είναι μια νόσος συνυφασμένη με τη γονιδιακή, σωματική αλλά και ψυχική υπόσταση του ατόμου, γι' αυτό κάθε περίπτωση θα πρέπει να αντιμετωπίζεται μέσα στα γενικότερα ιατρικά πλαίσια, αλλά με εξατομίκευση του θεραπευτικού προγράμματος. Οι εξειδικευμένες επιλογές για την θεραπεία σας εξαρτώνται από τη διάγνωση της νόσου σας, το στάδιο που βρίσκεται και τη γενική ιατρική σας κατάσταση, άσχετα από τον καρκίνο.

Η θεραπεία μπορεί να δοθεί παντού όπου υπάρχουν γιατροί για τον καρκίνο. Η θεραπεία ενδέχεται να διαρκέσει ακόμη και μήνες ή χρόνια και έτσι όσο πιο κοντά στο θεραπευτικό κέντρο κατοικείτε, τόσο καλύτερα θα είναι για σας. Μερικοί ασθενείς προτιμούν να κάνουν θεραπεία σε μεγάλες πόλεις, ενώ άλλοι προτιμούν την επαρχία. Μερικές, όμως, θεραπείες εφαρμόζονται μόνο σε μεγάλα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Το χρονικό διάστημα που διαρκεί η θεραπεία ποικίλει ανάλογα με το θεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθείται, σε συνάρτηση με τις ιδιαιτερότητες της κατάστασης κάθε ασθενή. Μερικές θεραπείες διαρκούν μερικές εβδομάδες ή μήνες, ενώ άλλες συνεχίζονται για μεγαλύτερο διάστημα ή επαναλαμβάνονται περιοδικά, όπως για παράδειγμα σε περιπτώσεις εμφάνισης υποτροπής του καρκίνου.²⁶

Μόνιμη ίαση είναι η πλήρης εξάλειψη των καρκινικών κυττάρων ή των μεταστάσεων τους από τον οργανισμό του ασθενή, για ολόκληρη την υπόλοιπη ζωή του. Αν κάποιος ασθενής δεν εμφανίσει υποτροπή μετά την πάροδο πέντε ή δέκα ετών από την έναρξη της θεραπείας, τότε αναφερόμαστε σε πενταετή ή δεκαετή ίαση.

Εσωτερικοί ονομάζονται οι ασθενείς οι οποίοι εισάγονται και λαμβάνουν θεραπεία στο νοσοκομείο για πάνω από μία ημέρες. Εξωτερικοί ονομάζονται οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία, με τις οδηγίες των γιατρών τους, στο μέρος που ζούν ή εργάζονται. Ο γιατρός του ασθενή, είναι ο μόνος αρμόδιος για να υποδείξει το κατάλληλο μέρος, στο οποίο θα γίνεται η θεραπεία.

Εμβολισμός είναι μια θεραπευτική προσέγγιση κατά την οποία επιδιώκεται η διακοπή της τροφοδοσίας του όγκου με αίμα και θρεπτικά συστατικά, με σκοπό τη συρρίκνωση του. Ο εμβολισμός εφαρμόζεται με εισαγωγή λεπτού καθετήρα και έγχυση μικρών σφαιριδίων ή άλλων υλικών στην κύρια αρτηρία που τροφοδοτεί τον όγκο, με σκοπό την απόφραξη της τροφοδοσίας του.

Παρηγορητική θεραπεία είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση που εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει ουσιαστική πιθανότητα ίασης. Ο σκοπός της θεραπείας αυτής δεν είναι η απομάκρυνση των καρκινικών κυττάρων από τον οργανισμό, αλλά κυρίως η ανακούφιση ορισμένων συμπτωμάτων, όπως είναι ο πόνος ή οι αποφράξεις ζωτικών οδών. Επίσης, η παρηγορητική θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προληφθεί η εμφάνιση συμπτωμάτων από τη διακοπή της κύριας θεραπείας στα τελικά στάδια της νόσου.

Προφυλακτική είναι η θεραπεία που αποσκοπεί στην πρόληψη, είτε του ίδιου του καρκίνου είτε κάποιας επιπλοκής του, πριν ακόμη παρουσιαστούν κλινικά σημάδια εκδήλωσης της νόσου.^{25,27}

3.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο καρκίνος είναι μια πολυσύνθετη διαδικασία, που εξελίσσεται σε κυτταρικό επίπεδο. Τα καρκινικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα και δημιουργούν τον όγκο. Ακόμη και σήμερα δεν γνωρίζουμε επακριβώς τους μηχανισμούς εκείνους, που μετατρέπουν ένα φυσιολογικό κύτταρο σε κακότηες. Τελευταία η μοριακή βιολογία προσπαθεί να δώσει απαντήσεις σε μοριακό επίπεδο με την ανεύρεση μεταλλάξεων στα γονίδια. Είναι γνωστό, ότι η κλασική χειρουργική ανέκαθεν αποτελούσε τον ακρογωνιαίο λίθο στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Οι χειρουργοί που εξειδικεύονται και ασχολούνται με τη χειρουργική θεραπεία του καρκίνου, αναγνωρίζονται ως Χειρουργοί – Ογκολόγοι. Ο πρωτεύοντας στοχος είναι η ριζική αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου επί υγιών ορίων μαζί με τους γειτονικούς ιστούς, που προσκολλούνται στον πρωτοπαθή όγκο, δευτερευόντως δε στην αφαίρεση δευτεροπαθών εντοπίσεων – μεταστάσεων.²⁸

Ο σκοπός της χειρουργικής αντιμετώπισης είναι είτε η διάγνωση και θεραπεία της νόσου είτε μια ιστολογική διάγνωση (βιοψία) η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την οριστική διάγνωση του καρκίνου καθώς και τη σταδιοποίηση του όγκου, που προσδιορίζει την έκταση και τον τύπο του καρκίνου.

Οι καρκινικοί όγκοι στην αρχή είναι εντοπισμένοι και αργότερα διηθούν τους γειτονικούς ιστούς και συνάμα δημιουργούν απομακρυσμένες μεταστάσεις. Όταν ο όγκος είναι ακόμα εντοπισμένος, μπορεί να γίνει ριζική χειρουργική αφαίρεση, με μεγάλη πιθανότητα πλήρους ίασης του ασθενούς. Η ριζική χειρουργική επέμβαση είναι η πιο αποτελεσματική θεραπεία και η πιο καθοριστική για την πορεία του ασθενή. Πέρα από τη ριζική χειρουργική θεραπεία του καρκίνου, στον ογκολογικό ασθενή εφαρμόζονται και άλλα είδη χειρουργικών επεμβάσεων.²⁹

Η χειρουργική αντιμετώπιση χρησιμοποιείται ως :

ΚΥΡΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για την απομάκρυνση της κακοήθειας και ενός μέρους του περικείμενου φυσιολογικού ιστού. Βασικός στόχος, είναι η μείωση της ποσότητας του συνολικού οργανικού φορτίου του όγκου και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Επίσης για την απομάκρυνση του πρωτοπαθούς όγκου παράλληλα με τους τοπικούς λεμφαδένες χρησιμοποιούνται προσεγγίσεις ευρείας εκτομής . π.χ. ριζική αφαίρεση τραχήλου, ριζική μαστεκτομή, αφαίρεση κοιλιάς-περινέου. Για δερματικούς καρκίνους χρησιμοποιείται τοπική εκτομή (απλή εκτομή ενός όγκου και μιας μικρής ποσότητας περικείμενου ιστού).³⁰

ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στόχος είναι η βελτίωση των αποτελεσμάτων μέσω παροχής συμπληρωματικής θεραπείας για τον καρκίνο. Η θεραπεία μείωσης των κυττάρων (αποσυμφόρηση του όγκου) είναι η χειρουργική θεραπεία που χρησιμοποιείται για την αφαίρεση ενός μεγάλου τμήματος του όγκου, που θα μειώσει την ποσότητα καρκινικών κυττάρων. Για το εναπομείναν τμήμα χρησιμοποιούνται άλλες θεραπείες.^{30,31}

ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε ασθενούντα όργανα που έχουν υψηλή επίπτωση στην ανάπτυξη ενός μεταγενέστερου καρκίνου, π.χ. η κολεκτομή σε έναν ασθενή με ελκώδη κολίτιδα

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΣΩΣΗΣ

Χρησιμοποιείται εκτεταμένη χειρουργική προσέγγιση όταν υπάρχει τοπική υποτροπή από την πρώτη επέμβαση, π.χ. η μαστεκτομή που συνοδεύεται με λεμφαδενεκτομή και ακτινοθεραπεία, ύστερα από την πρώτη μερική μαστεκτομή.²⁹

ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στόχος είναι η βελτίωση της λειτουργικότητας ή η επίτευξη ενός πιο αποδεκτού αισθητικού αποτελέσματος. Συζητήσεις για αυτήν την επέμβαση θα πρέπει να γίνουν πριν από την κύρια θεραπεία, έτσι ώστε ο ασθενής να αποφασίσει ύστερα από πληροφορημένη συναίνεση αν θα γίνει η επέμβαση. Οι πιο ενδεδειγμένοι για επανορθωτική χειρουργική επέμβαση καρκίνοι είναι του μαστού, του δέρματος, της κεφαλής και του τραχήλου.

Οι σπουδαιότερες ογκολογικές επεμβάσεις είναι:³¹

1. Ριζική χειρουργική θεραπεία πρωτοπαθούς καρκίνου
2. Εγχείρηση με στόχο να μειωθεί ο καρκινικός κυτταρικός πληθυσμός (ογκομειωτική επέμβαση).
3. Χειρουργική αφαίρεση μεταστάσεων (π.χ. ήπαρ)
4. Χειρουργική αντιμετώπιση επειγουσών ογκολογικών καταστάσεων (π.χ. ειλεός)
5. Ανακουφιστικές χειρουργικές επεμβάσεις (π.χ. παρακάμψεις)
6. Επανορθωτικές επεμβάσεις (αποκατάσταση)
7. Προληπτικές επεμβάσεις (π.χ. αφαίρεση μαστού σε ασθενείς υψηλού κινδύνου)

Η ριζική αφαίρεση του όγκου και η συναφαίρεση των συστοίχων λεμφαδένων είναι τα δύο πιο σπουδαία αξιώματα της χειρουργικής ογκολογίας. Η συναφαίρεση των λεμφαδένων είναι απαραίτητη διότι:

- Δύσκολα αντιμετωπίζονται με άλλη μέθοδο πλην της χειρουργικής
- Χρησιμεύουν για τη σταδιοποίηση της νόσου και για τη λήψη της απόφασης για συμπληρωματική θεραπεία.

3.2.1 Αργές χειρουργικής ογκολογίας

- *Ριζικότητα.* Με τον όρο αυτό εννοούμε, ότι ο όγκος θα πρέπει πάντοτε να αφαιρείται με πολύ μεγάλο εύρος υγιών (φυσιολογικών) ιστών γύρω από αυτόν. Αυτό ισχύει, διότι τα καρκινικά κύτταρα μπορεί να έχουν μεταναστεύσει πιο μακριά από τον ίδιο τον όγκο και φυσικά, επειδή είναι αόρατα και δεν αποτελούν “μάζα”, δεν είναι δυνατόν να φανούν ούτε σε αξονική ή μαγνητική τομογραφία, αλλά ούτε και κατά τη διάρκεια της εγχείρησης. Άρα ο χειρουργός πρέπει να κάνει την εγχείρηση θεωρώντας δεδομένο, ότι πράγματι υπάρχουν καρκινικά κύτταρα γύρω από τον κυρίως όγκο και να προβλέψει να αφαιρέσει περισσότερους ιστούς απ’ότι περιγράφει και προβλέπει η απεικόνιση. Για παράδειγμα, για έναν όγκο 3-4 εκ. στο παχύ έντερο, δεν μπορεί να θεωρηθεί η εγχείρηση θεραπευτική εάν δεν συμπεριλαμβάνει οπωσδήποτε τουλάχιστον 5 εκ. μετά τον όγκο και 10-15 εκ. πριν τον όγκο.³²

- *Αριθμός λεμφαδένων.* Για να είναι μια εγχείρηση αφαίρεσης όγκου πραγματικά θεραπευτική, επιβάλλεται να αφαιρούνται τουλάχιστον 15 γειτονικοί λεμφαδένες (ιδιαίτερα για όγκους του πεπτικού συστήματος). Έχει απανειλημμένως αποδειχθεί σε πολλές επιστημονικές δημοσιεύσεις, ότι ασθενείς με καρκινικούς όγκους, οι οποίοι αφαιρέθηκαν μαζί με τουλάχιστον 15 γειτονικούς λεμφαδένες, είχαν ασύγκριτα καλύτερη πρόγνωση, απ'ότι εκείνοι στους οποίους είχαν αφαιρεθεί λιγότεροι από 15 λεμφαδένες. Για να γίνει βέβαια κάτι τέτοιο, δηλαδή επαρκής λεμφαδενικός καθαρισμός, χρειάζεται εξειδικευμένη εμπειρία του χειρουργού, η οποία ξεφεύγει από εκείνη του απλού γενικού χειρουργού.³¹
- *Απουσία αιμορραγίας.* Εδώ και αρκετά χρόνια, έχει αποδειχθεί, ότι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση για αφαίρεση καρκινικών όγκων, κατά την οποία δεν υπήρξε αιμορραγία, για την οποία απαιτήθηκε μετάγγιση, είχαν καλύτερη μακροπρόθεσμη εξέλιξη. Το ζητούμενο λοιπόν είναι οι κατά το δυνατόν λιγότερες μεταγγίσεις αίματος κατά την εγχείρηση. Είναι ευνόητο, ότι αυτό προϋποθέτει εντελώς ειδική κι εκτενή εμπειρία, όπως και πολύ λεπτή χειρουργική τεχνική.
- *Στρατηγική.* Μετά την ανεύρεση ενός όγκου, είναι απαραίτητη η λεγόμενη προεγχειρητική σταδιοποίηση, ο υπολογισμός δηλαδή του σταδίου του όγκου πριν την εγχείρηση. Αυτό επιτυγχάνεται με ειδικά στοχευμένες εξετάσεις, π.χ. τομογραφία τριών φάσεων με πολύ λεπτές τομές, ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα, κ.α. Εάν τα στάδια υπερβαίνει κάποιο επίπεδο κι ανάλογα και με την εντόπιση του όγκου, μπορεί να είναι προτιμότερο ο ασθενής να υποβληθεί σε μια άλλη θεραπεία πριν την εγχείρηση, ώστε αυτή κατόπιν να καταστεί πραγματικά αρχικά εφικτή κι ύστερα ριζική και θεραπευτική, αντί να χειρουργηθεί σε πρώτο χρόνο.³²
- *Υποσταδιοποίηση.* Πολλές φορές δυστυχώς ένας όγκος μπορεί να είναι τόσο εκτεταμένος τη στιγμή της ανεύρεσής του, ώστε να θεωρείται μη εξαιρέσιμος. Σε μερικές τέτοιες περιπτώσεις, υπάρχουν τεχνικές με τις οποίες επιτυγχάνεται μερική συρρίκνωση του όγκου, ώστε αυτός να καταστεί εγχειρήσιμος – εξαιρέσιμος. Για το λόγο αυτό, πρέπει οι ασθενείς να απευθύνονται σε ογκολόγο χειρουργό, ο οποίος να μπορεί να διακρίνει τις ενδείξεις, το είδος, τη διάρκεια και το αποτέλεσμα τέτοιων θεραπειών, που καθιστούν εξαιρέσιμους αρχικά ανεγχείρητους όγκους.³³

Η “ολική” θεραπεία ενός ασθενή με όγκο δεν επιτυγχάνεται με μόνη την απλή αφαίρεση του όγκου. Δυστυχώς όταν αυτό είναι αυτοσκοπός, παρατηρούνται τα υψηλότερα ποσοστά τοπικής υποτροπής ή απομακρυσμένης μετάστασης του όγκου και τελικά ο ασθενής υποθεραπεύεται. Το πιο σημαντικό στοιχείο για τη σωστή, σύγχρονη αντιμετώπιση και θεραπεία τέτοιων όγκων είναι, ότι η πρώτη εγχείρηση είναι η πιο σημαντική για τη μακροπρόθεσμη έκβαση της νόσου.

Οι καταγιστικές εξελίξεις της χειρουργικής άλλαξαν ριζικά την αντίληψη για την χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου. Σύγχρονες διαγνωστικές μεθοδολογίες, ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές, μέθοδοι μοριακής βιολογίας, γενετικής, ανοσολογίας, καινοτόμα φάρμακα και νέες θεραπευτικές στρατηγικές, συνθέτουν πλέον το τοπίο της σύγχρονης ογκολογικής χειρουργικής σκέψης και πράξης. Το ζητούμενο είναι η ίαση ή η παράταση του χρόνου επιβίωσης με τις λιγότερες υποτροπές της νόσου και την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών.^{34,35}

3.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χημειοθεραπεία είναι η προσπάθεια να αντιμετωπίσουμε και κατά συνέπεια να θεραπεύσουμε διάφορα νοσήματα χορηγώντας ενώσεις φυσικώς ή τεχνικώς παρασκευασμένες.

Ο όρος χημειοθεραπεία προέρχεται από το συνδυασμό δύο λέξεων: «χημικός» και «θεραπεία».

Πολλοί άνθρωποι έχουν κάνει κάποιο σχήμα χημειοθεραπείας για ασθένεια στη ζωή τους, π.χ. πήραν penicilline για κάποια μόλυνση. Σήμερα, η λέξη «χημειοθεραπεία» χρησιμοποιείται πιο συχνά για να περιγράψει μια μέθοδο θεραπείας του καρκίνου. Η εποχή της άρχισε το 1940, κατά τη διάρκεια του Β Παγκοσμίου Πολέμου, με την ανακάλυψη της Νιτρογένης Μουστάρδας (Nitrogen Mustard), που οι ιδιοκτήτες της χρησιμοποιήθηκαν αργότερα στο αιμοποιητικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού.³⁶

Στόχοι Χημειοθεραπείας

Η κάθε θεραπεία που λαμβάνει ο κάθε ασθενής θέτει κάποιους στόχους. Η χημειοθεραπεία στοχεύει στην επίτευξη της θεραπείας ή ανακούφιση συμπτωμάτων του καρκίνου όπως είναι ο πόνος, η δύσπνοια κ.α. Επίσης ως συστηματική θεραπεία, δεδομένου ότι θεραπεύει ολόκληρο το σώμα για να αποτρέψει τα κύτταρα του καρκίνου να πολλαπλασιαστούν, να εισβάλλουν σε παρακείμενους ιστούς ή να αναπτυχθούν μεταστάσεις. Για να επιτευχθούν οι στόχοι αυτή γίνεται χορήγηση ενός μόνο φαρμάκου ή συνδυασμός περισσότερων φαρμάκων.^{13,36}

Υπάρχουν δύο κατηγορίες χημειοθεραπείας η εισαγωγική χημειοθεραπεία και η συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Στην εισαγωγική χημειοθεραπεία γίνεται η χρήση χημειοθεραπείας για τη μείωση του μεγέθους του όγκου πριν από τη χειρουργική επέμβαση ή την ακτινοθεραπεία. Ενώ στην συμπληρωματική χημειοθεραπεία χορηγείται χημειοθεραπεία μετά την αφαίρεση του αρχικού καρκίνου ύστερα από χειρουργική επέμβαση.

Κατηγορίες αντινεοπλασματικών φαρμάκων :³⁷

- 1)αλκυλιούντες παράγοντες (αναστέλλουν την κυτταρική διαίρεση)
- 2)αντιμεταβολίτες (εμποδίζουν την αντιγραφή)
- 3)κυτταροτοξικά αντιβιοτικά (παρεμβαίνουν στη σύνθεση του DNA ή RNA)
- 4)αλκαλοειδή της vīnca (αναστολή της κυτταρικής διαίρεσης)

Η επιλογή των κυτταροστατικών φαρμάκων για κάθε άρρωστο εξαρτάται από τον τύπο, το σημείο εμφάνισης και το στάδιο της εξελίξεως της νόσου. Και επίσης από το πώς επηρεάζει τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού και τη γενική κατάσταση της υγείας του αρρώστου.

3.3.1 Δράση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Τα χημειοθεραπευτικά παρασκευάσματα δρουν στο παθολογικό κύτταρο με το να εμποδίζουν την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό του και με το να επιφέρουν την καταστροφή του. Το κάθε φάρμακο δρα με το δικό του τρόπο, π.χ. με άλλο τρόπο δρα η κυκλοφωσφαμίδη (cyclophosphamide) και με άλλο η πλατίνη (cisplatin). Όλα τα κυτταροστατικά φάρμακα σκοτώνουν τα παθολογικά αλλά μερικά από τα φυσιολογικά κύτταρα.³⁷

Τα φυσιολογικά, όμως, κύτταρα έχουν τη δυνατότητα της αναγεννήσεως. Έτσι, σε μικρά διαστήματα μερικών μόνο ημερών, αναγεννώνται και επανέρχονται στον αρχικό αριθμό τους. Μερικές φορές τα φάρμακα χρησιμοποιούνται για να επιτύχουν ένα τοπικό αποτέλεσμα και άλλες φορές ένα γενικό.

Χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Τα περισσότερα φάρμακα δίνονται με έναν από τους εξής τρόπους: από το στόμα, ενδομυκώς, ενδοφλεβίως, ενδαρτηριακώς, υποδορίως, τοπικώς, ενδοκρανιακώς, ενδοπλαχνικώς και σε κοιλότητες.^{36,37}

- Από το στόμα (PO): Όταν τα φάρμακα χορηγούνται από το στόμα, μπαίνουν στην κυκλοφορία από το βλεννογόνο του στομάχου ή του εντέρου. Μερικά φάρμακα δεν μπορούν να δοθούν σε δόσεις από το στόμα, γιατί δεν απορροφώνται γρήγορα ή μπορεί να βλάψουν το βλεννογόνο του στομάχου.
- Ενδομυϊκώς (IM): π.χ. Bleo. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που χορηγούνται ενδομυϊκώς, είναι εκείνα που δίνουν καλύτερα αποτελέσματα όταν απορροφώνται αργά από την κυκλοφορία.
- Ενδοφλεβίως (IV): Όταν τα φάρμακα χορηγούνται από τη φλέβα αρχίζουν να ενεργούν στο αίμα πολύ γρήγορα. Φάρμακα που μπορεί να ερεθίσουν υγιείς ιστούς, μπορεί καλύτερα να χορηγηθούν σε δόσεις ενδοφλεβίως, γιατί η ροή του αίματος βοηθά στο να διαλύει τα χημικά των φαρμάκων.
- Υποδορίως (SC): π.χ. Bleomycin, Aracytin.
- Τοπικώς: Μερικές φορές τα φάρμακα χρησιμοποιούνται για τοπική χρήση π.χ. σε θεραπεία Ca δέρματος.
- Ενδαρτηριακώς (IA)
- Ενδοκρανιακώς (προληπτικά σε λευχαιμίες).
- Ενδοσπλαχνικώς: (στο ήπαρ).
- Με έγχυση σε κοιλότητες (ενδορραχιαία, περιτοναϊκή, υπεζωκοτική, ενδαρθρική και ενδοκυστική).

Συχνότητα της χημειοθεραπείας

Η διάρκεια και η συχνότητα της χημειοθεραπείας εξαρτώνται από ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων:³⁸

- ❖ Από τον τύπο της νεοπλασίας.
- ❖ Από το χρόνο που χρειάζεται ο οργανισμός να απαντήσει θετικά στη θεραπεία.
- ❖ Από τις συνυπάρχουσες παθήσεις (ηπατική βλάβη, καρδιακή, αναπνευστική και νεφρική ανεπάρκεια).
- ❖ Από το χρόνο αναπλάσεως των υγιών κυττάρων.

Γενικά για κάθε θεραπεία θα ακολουθήσει μία περίοδος αναπαύσεως. Η περίοδος αναπαύσεως είναι συνήθως μεγαλύτερη της θεραπείας. Αυτές οι περίοδοι βοηθούν τον οργανισμό να συνέλθει από ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να δίνεται καθημερινά (για λίγες μέρες), εβδομαδιαίως ή μηνιαίως. Ο γιατρός θα εκτιμήσει για πόσο χρονικό διάστημα θα γίνεται η θεραπεία. Το προσχεδιασμένο πρόγραμμα θεραπείας μπορεί να προσαρμοστεί στην προσωπική αντίδραση του αρρώστου καθώς περνάει ο καιρός ώστε να ανταποκριθεί και στις ανάγκες τις θεραπείας.

Χρήση άλλων φαρμάκων

Μερικά άλλα φάρμακα ίσως επιδρούν στα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που παίρνει ο άρρωστος. Δηλαδή, η χρήση ενός είδους φαρμάκου, μπορεί να αλλάξει το αποτέλεσμα ενός άλλου.

Πριν αρχίσει ο άρρωστος τη χημειοθεραπεία, θα πρέπει να ενημερώσει το γιατρό ή το νοσηλεύτη για τα φάρμακα που παίρνει. Επίσης, να δείξει και όσα φάρμακα χρησιμοποιεί εκτός συνταγής γιατρού, π.χ. φάρμακα για δυσκοιλιότητα, φάρμακα για γρίπη όπως ασπιρίνη, βιταμίνες κλπ., έτσι ώστε ο γιατρός να μπορεί να εκτιμήσει αν αυτά τα φάρμακα μπορούν να επηρεάσουν την διαδικασία της χημειοθεραπείας στην οποία θα υποβληθεί ο ασθενής.³⁷

Συνδυασμένη χημειοθεραπεία

Στα περισσότερα κακοήθη νεοπλάσματα σήμερα, χρησιμοποιείται η συνδυασμένη χημειοθεραπεία (πολλά φάρμακα μαζί), η οποία προκαλεί υφέσεις σε ένα μεγάλο ποσοστό νεοπλα-

σιών, ενώ ένα μέρος αυτών θεραπεύεται (π.χ. η νόσος του Hodgkin θεραπεύεται κατά 50 – 80 %, το Ca ωοθήκης 10%). Ο τρόπος που δίδεται η εκάστοτε ομάδα κυτταροστατικών φαρμάκων ονομάζεται σχήμα. Το σχήμα ορίζεται από το γιατρό και η δόση του εξαρτάται από την τοξικότητα των φαρμάκων και την περίπτωση του αρρώστου. Η χορήγηση των σχημάτων μπορεί να γίνει ανά 21ήμερο, 28ήμερο ή 40ήμερο θεραπείας και ονομάζεται κύκλος.

3.3.2 Συμμετογή στη χορήγηση της γημειοθεραπείας

Τα κυτταροστατικά φάρμακα συνήθως προετοιμάζονται και χορηγούνται στον άρρωστο από πεπειραμένο και ειδικευμένο γιατρό (παθολόγο, ογκολόγο), φαρμακοποιό και πεπειραμένο και αν είναι δυνατό ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Ο γιατρός ορίζει το είδος του φαρμάκου και ελαττώνει ή αυξάνει τη δόση, ανάλογα με την περίπτωση του κάθε ασθενή.

Φάση προετοιμασίας³⁹

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι από το ιστορικό του εάν ο άρρωστος:

- Είναι αλλεργικός
- Είναι έγκυος
- Θηλάζει
- Παίρνει άλλα φάρμακα την συγκεκριμένη χρονική περίοδο
- Έπαιρνε φάρμακα κατά το παρελθόν και τι είδους φάρμακα ήταν αυτά

Πριν την έναρξη και κατά την διάρκεια της θεραπείας, απαιτείται να ελεγχθούν ορισμένα φάρμακα, ώστε να γίνουν στον άρρωστο εκτός από τις εξετάσεις ρουτίνας και άλλες εξετάσεις όπως:

- Καθημερινή εξέταση ούρων (ΚΟΠ) για έλεγχο τυχόν φλεγμονής της ουροδόχου κύστεως όταν κάνει θεραπεία με Ifostamide (Holoxan).
- Τεστ ούρων για pH σε θεραπεία με Methotrexate, δηλαδή αφού αλκαλοποιηθούν τα ούρα με διττανθρακικό νάτριο, ελέγχεται η αποβολή του φαρμάκου
- Παρακολούθηση των επιπέδων Methotrexate στο αίμα του αρρώστου σε θεραπεία με αυτό το φάρμακο
- Πριν από κάθε θεραπεία με νεφροτοξικά φάρμακα, πχ σε θεραπεία με cisplatin να εξετάζεται η κάθαρση (clearance) κρεατινίνης των ούρων του αρρώστου (ούρα 24ώρου) και η κρεατινίνη αίματος για να ελεγχθεί η λειτουργία των νεφρών. Δώδεκα (12) ώρες πριν από τη χορήγηση του νεφροτοξικού φαρμάκου να αρχίζει ενυδάτωση του αρρώστου με ορούς και να συνεχίζεται δώδεκα ώρες (12) ώρες μετά.
- Ακουόγραμμα πριν την θεραπεία με cisplatin
- Σπειρομέτρηση και ακτινογραφία θώρακος πριν τη θεραπεία με Bleomycin
- Ηλεκτρομυογράφημα πριν από τη χορήγηση αλκαλοειδών της Vinca όπως είναι τα Vincristine και Vinblastine (Veble)

Ακόμα κατά την φάση της προετοιμασίας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω :

- Εάν ένα φάρμακο έχει αποδειχθεί ότι είναι τοξικό, μπορεί να το αλλάξει ο γιατρός με ένα άλλο φάρμακο λιγότερο τοξικό, όπως πχ Vincristine με Vinblastine (νευροτοξικά)³⁸
- Απαιτείται η παρακολούθηση για σημάδια αφυδατώσεως και ηλεκτρολυτικής ανισοροπίας (σε διάρροια, εμετούς και απώλεια ούρων) του αρρώστου, γι' αυτό γίνεται μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών του
- Προσοχή στην ενδοφλέβια (IV) χορήγηση ορισμένων φαρμάκων, τα οποία πρέπει να προφυλάσσονται από το φως (καλυμμένοι οροί) πχ Oncovin
- Να υπάρχει κοντά στον άρρωστο συσκευή οξυγόνου (O2) για τυχόν αλλεργικό shock

- Να ευρίσκονται έγκαιρα στον όροφο και τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο (ψυγείο αν χρειάζεται) τα φάρμακα που θα χρειαστούν για την θεραπεία.
- Προσοχή να μην βγαίνουν τελευταία στιγμή από το ψυγείο(όχι παγωμένα), πχ Oncovin
- Να υπάρχουν τα αντίδοτα των φαρμάκων όπως πχ για Methotrexate, το Leucovorine. Για Ifosfamide(Holoxan) το Uromitexan, για προστασία της ουροδόχου κύστεως. Φάρμακα για αντιμετώπιση παρενεργειών, όπως αντιεμετικά, αντιδιαρροϊκά. Γλυκογονικό ασβέστιο (Calcium Gluconate) και χλωριούχο μαγνήσιο (Magnesium Chloride), για αντιμετώπιση των σπασμών(εντολή γιατρού). Ακόμα, αντίδοτα για νέκρωση φλεβών, πχ θειικό νάτριο (sodium Sulfate).³⁷

Ενδοφλέβια χορήγηση των φαρμάκων

Όλα τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται με προσοχή ώστε να αποφεύγονται οι παρενέργειες κατά την ενδοφλέβια χορήγηση.^{14,36,39}

Αυστηρή αντισηπτική φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται στο στάδιο προετοιμασίας και χορηγήσεως του φαρμάκου

- Καινούργια αποστειρωμένη βελόνα πρέπει να χρησιμοποιείται κάθε φορά που προστίθεται ένα φάρμακο στον ορό ή στο λαστιχάκι του ορού
- Εάν ένα φάρμακο είναι γνωστό ότι προκαλεί εκδορές, πρέπει να χορηγείται πρώτο, γιατί στην αρχή η φλέβα είναι υγιής και ο κίνδυνος για έγχυση έξω από την φλέβα είναι μικρότερος
- Η φλέβα πρέπει να είναι σταθερή και ελαστική και κατά το δυνατόν να μην έχει τρυπηθεί πριν
- Εξελκωμένες και ερεθισμένες περιοχές πρέπει να αποφεύγονται
- Σε μέρος που δυσκολεύεται η κυκλοφορία του αίματος, η θεραπεία πρέπει να αποφεύγεται, πχ θρομβοφλεβίτις, τραύμα, ακινητοποιημένο μέλος λόγω κατάγματος, όπως και στο χέρι από την πλευρά που έχει προηγηθεί μαστεκτομή, γιατί δημιουργείται λεμφοίδημα
- Να μην γίνεται απόπειρα φλεβοκεντήσεως από το ίδιο πρόσωπο περισσότερες από τρεις φορές. Να συνεχίσει άλλο άτομο
- Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων πρέπει να χρησιμοποιείται βελόνα Νο 21 ή 23, διότι αφήνοντας το φάρμακο να περάσει από λεπτή βελόνα, προστατεύεται το επιθήλιο της φλέβας
- Κάθε φλέβα πρέπει να δοκιμάζεται με φυσιολογικό ορό (NS) μεταξύ χορηγήσεως κάθε φαρμάκου, για να αποφεύγεται η αντίδραση του φαρμάκου
- Η εφάπαξ ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου πρέπει να γίνεται βραδέως
- Φάρμακα που φυλάσσονται στο ψυγείο μπορεί να είναι κρύα για τη φλέβα και είναι σημαντικό ο θεράπων να μπορεί να ξεχωρίσει μεταξύ αυτού και της αισθήσεως του καψίματος που προκαλείται από έγχυση
- Εάν αμφισβητείται η καταλληλότητα της φλέβας, η έγχυση έξω από την φλέβα πρέπει να γραφούν στο βιβλίο του αρρώστου και να υπογραφούν από τον γιατρό πριν αρχίσει η θεραπεία
- Να δοθούν οδηγίες στον άρρωστο ή στην οικογένεια του για συμπτώματα που πρέπει αμέσως να αναφερθούν στ νοσηλεύτη, όπως κάψιμο ή πρήξιμο στο σημείο της φλεβοκεντήσεως¹²
- Ο γιατρός ή ο νοσηλεύτης πρέπει να διακόψει τη θεραπεία, εάν υποψιαστεί έγχυση έξω από την φλέβα. Αυτό θα γίνει αντιληπτό:
 - α) εάν δημιουργηθεί πρήξιμο στο σημείο της φλεβοκεντήσεως
 - β) εάν ο ασθενής παραπονεθεί για αίσθηση καψίματος γύρω από την φλέβα
 - γ) όταν έλκοντας το έμβολο της σύριγγας το αίμα δεν έρχεται μέσα στην σύριγγα

Όταν υπάρχει υποψία εγχύσεως φαρμάκου έξω από τη φλέβα πρέπει:

-Να βγει αμέσως η βελόνα

-Να σκεπαστεί με κρύο επίθεμα η περιοχή

-Να γίνει ένεση Hydrocortizone 100mg ή Dexamethazone 4mg στην αρχή του εξαγγειώματος, ενδομυϊκώς και υποδοριώς, με βελόνα Νο25

-Να απλωθεί σ' όλη την περιοχή κρέμα Hydrocortizone 1%. Να συνεχιστεί να τοποθετείται κρέμα 2 φορές την μέρα, μέχρι να υποχωρήσει ο ερεθισμός. 37

-Συνιστάται προσοχή στη χρήση διττανθρακικού νατρίου (Sodium Bicarbonate) γιατί μπορεί να προκληθεί νέκρωση ιστών

3.3.3 Μέτρα ασφαλείας κατά τη χρήση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

(Υγειονομικού Προσωπικού και αρρώστου)

Τα μέτρα ασφαλείας μπορούμε να τα χωρίσουμε σε 2 φάσεις:

1. Τη **φάση της παραγωγής**, η οποία αφορά το υγειονομικό προσωπικό κυρίως δια των φαρμακευτικών εταιρειών. Δηλαδή, η κάθε παραγωγός εταιρεία, βάσει στατιστικών και ερευνητικών στοιχείων, πρέπει να ξέρει τα κυτταροστατικά φάρμακα που παράγει πόσο ασφαλή είναι και ποια μέτρα προφυλάξεως πρέπει να παίρνει για το υγειονομικό προσωπικό που τα χειρίζεται.⁴⁰

Οι οδοί μόλυνσεως είναι:

α) Το δέρμα, δηλαδή η άμεση επαφή του φαρμάκου με το δέρμα

β) Η αναπνευστική οδός, δηλαδή η εισπνοή και η λήψη αεροδιασκορπισμένων σωματιδίων των φαρμάκων. Σ' αυτή τη φάση, κάθε εταιρεία θα πρέπει να περιορίσει τον αεροδιασκορπισμό σωματιδίων των φαρμάκων κατά την διάλυσή τους (αυτά δηλαδή που συσκευάζονται υπό τη μορφή σκόνης): (α) με μια ειδική συσκευή εξαερισμού στη σύριγγα, (β) με την χρησιμοποίηση φιαλιδίων με έτοιμο διάλυμα προς χρήση, πχ το Platinol. Με έτοιμα προς χρήση διαλύματα φαρμάκων απαιτούν λιγότερο εξοπλισμό, λιγότερους χειρισμούς, αποτρέπεται ο κίνδυνος διασποράς και κυρίως το ενδεχόμενο να χρησιμοποιηθεί λάθος διαλύτης.^{13,41}

2. Τη **φάση προετοιμασίας** και χορηγήσεως των φαρμάκων η οποία αφορά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και το φαρμακοποιό.

3.3.3.1 Μέτρα ασφαλείας για το υγειονομικό προσωπικό

Στη δεύτερη φάση της προετοιμασίας υπάγονται και τα μέτρα ασφαλείας που πρέπει να λαμβάνει το υγειονομικό προσωπικό που χειρίζεται τα κυτταροστατικά φάρμακα, για να απαλλαγεί από τις μεταλλαξιογόνες και καρκινογόνες επιδράσεις που ασκούν πάνω του. Στις περιπτώσεις που τα κυτταροστατικά φάρμακα προετοιμάζονται στα νοσοκομεία, στους ορόφους ή στα εξωτερικά ιατρεία, θα πρέπει να υπάρχει διαφανές διάφραγμα μεταξύ εργαζομένων και χώρου προετοιμασίας τους.⁴¹

Ο ιδεώδης τρόπος είναι θα είναι αυτά τα φάρμακα να ετοιμάζονται σε ειδικό χώρο με απαγωγό εστία. Με νηματική ροή αέρος, και ακόμα η διαδικασία αυτή να γίνεται σε ειδικό χώρο που το προσωπικό χειρίζεται μόνο χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Κατά την διάλυση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στους ορόφους ή τα εξωτερικά ιατρεία, και ειδικά για φάρμακα που πρέπει να χορηγούνται αμέσως μετά την διάλυσή τους, όπως πχ Nitrogen Mustard(Mustin), απαιτούνται τα εξής εφόδια για το προσωπικό ώστε να αποφεύγονται τα ατυχήματα:^{40,41}

- Πλαστική ποδιά ή φόρμα με μακριά μανίκια που να κλείνουν καλά(το ίδιο και κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα)
- Μάσκα προσώπου καλής ποιότητας(ειδικά όταν διαλύονται φάρμακα υπό μορφή σκόνης)
- Προστατευτικά γυαλιά (σε ειδικές περιπτώσεις)

- Γάντια καλής ποιότητας (και να αλλάζονται κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα)
- Ρολό απορροφητικού χαρτιού (για τα χέρια και το πάγκο)
- Νερό
- Διάλυμα φυσιολογικού ορού (Sodium Chloride 0,9%) για ξέπλυμα ματιών
- Μεταλλικό δοχείο με καλό πάμα για τις βελόνες και τα αιχμηρά αντικείμενα
- Πλαστική σακούλα για τα άχρηστα
- Τα χέρια πρέπει να πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια, καθώς και μετά την αφαίρεση των γαντιών
- Σε περίπτωση οποιασδήποτε μολύνσεως του δέρματος, πρέπει να πλένεται καλά η περιοχή μη σαπώνει και νερό και να σκουπίζεται καλά με απορροφητικό χαρτί. Σε περίπτωση μολύνσεως ματιών, ξέπλυμα με φυσιολογικό ορό και αμέσως πηγαίνουμε στον οφθαλμίατρο
- Να αναφερθεί στην προϊσταμένη του τμήματος οποιοδήποτε ατύχημα κι εκείνη να το αναφέρει στο τμήμα Εργατικών Ατυχημάτων του ασφαλιστικού φορέα του εργαζομένου

Όταν τελειώσει η διαδικασία της διαλύσεως των φαρμάκων, όλα τα μολυσμένα υλικά, όπως μπλούζες, γάντια, κενά φιαλίδια φαρμάκων, χρησιμοποιημένα φάρμακα κλπ πρέπει να μαζεύονται σε δοχεία ή πλαστικές σακούλες που να δένονται καλά και να τοποθετείται επάνω κόκκινη ετικέτα με τη επιγραφή «Επικίνδυνα Υλικά». Επίσης το δοχείο με τις βελόνες πρέπει να ασφαλιζεται καλά.^{26,41}

Προσοχή στην απόρριψη απεκκριμάτων των ασθενών που μπορεί να περιέχουν αναλλοίωτα φάρμακα ή κυτταροστατικούς μεταβολίτες. Τα κυτταροστατικά φάρμακα απεκκρίνονται από τα ούρα ή τα κόπρανα ή και από τα δύο πχ η Adriblastina της οποίας η απέκκριση από τα κόπρανα αντιστοιχεί στο 40-50% της χορηγηθείσης δόσεως σε 7 ημέρες, ενώ η απέκκρισή της από τα ούρα αντιστοιχεί στο 5% της χορηγηθείσης δόσεως σε 5 ημέρες. Η Cisplatin απεκκρίνεται από τα ούρα στο 27-43% της χορηγηθείσης δόσεως τις πρώτες 5 ημέρες μετά τη χορήγησή της. Επίσης, έχει αναφερθεί φάρμακο στο μητρικό γάλα πχ σε θεραπεία με Carmustine.

Καλό είναι οι επίτοκες (νοσηλεύτριες, γιατροί, φαρμακοποιοί) να αποφεύγουν όλες τις φάσεις χρήσεως των κυταροστατικών φαρμάκων, ειδικά τους τρεις πρώτους της κύησης για αποφυγή τερατογενέσεως.

Το τμήμα του φαρμακείου είναι ο πιο κατάλληλος χώρος για τη διάλυση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Εδώ τοποθετείται μια εστία η οποία φιλτράρει τον αέρα (Luminal air flow hood), νηματικής ροής αέρος, όπου γίνονται οι διαλύσεις των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων και ειδικά για τα φάρμακα που μεσολαβεί ένα χρονικό διάστημα από τη διάλυση μέχρι τη χορήγησή τους. Η εστία αυτή χρησιμεύει για να προστατεύει το φαρμακοποιό ο οποίος ασχολείται με τη διάλυση των φαρμάκων. Ο φαρμακοποιός θα πρέπει να φορά γάντια και ποδιά τα οποία πρέπει να αλλάζονται συχνά.^{40,41}

Προκειμένου να γίνει μια θεραπεία στέλνονται οι ιατρικές οδηγίες από το νοσηλευτικό τμήμα στο φαρμακείο. Όταν γίνουν οι διαλύσεις των φαρμάκων και ετοιμαστεί το σχήμα, επιστρέφεται στο τμήμα συσκευασμένο, με γραμμένα τα στοιχεία του αρρώστου το είδος και τη δόση του φαρμάκου και υπογεγραμμένο από τον φαρμακοποιό.

3.3.3.2 Μέτρα ασφάλειας για τον άρρωστο

Εκπαίδευση του αρρώστου από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Θα πρέπει εδώ να τονιστεί ο ρόλος του νοσηλευτή τόσο στη σωστή διεκπεραίωση της νοσηλείας, όσο και στην ενημέρωση και την εκπαίδευση του αρρώστου γύρω από τις παρενέργειες και την αντιμετώπισή τους, όσο το δυνατό πιο ανώδυνα. Κατά την εκπαίδευση λοιπόν, θα πρέπει:⁴⁰

- ❖ Να δίνονται πληροφορίες και οδηγίες από το νοσηλευτή σχετικά με την χημειοθεραπεία και εάν είναι ανάγκη, να επαναλαμβάνονται. Θα είναι δε όφελος για τον άρρωστο, οι πληροφορίες και οδηγίες να είναι γραπτές.
- ❖ Να συνιστάται η συμμετοχή συγγενών ή φίλων η οποία μπορεί να αποτελεί ιδιαίτερη υποστήριξη για τον άρρωστο .
- ❖ Να έχει επαφή, ο άρρωστος, με το νοσοκομείο όταν τελειώσει την θεραπεία του έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν έγκαιρα τυχόν επιπλοκές.

3.3.4 Παρενέργειες από την θεραπεία

Ο γιατρός και ο νοσηλευτής ενημερώνει τον άρρωστο για τα συμπτώματα που πρέπει να προσέχει εκτός νοσοκομείου, τα οποία πρέπει να αναφέρει επικοινωνώντας με τη θεραπευτική ομάδα. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι: ⁴²

- Ασυνήθιστες αιμορραγίες (αίμα στα ούρα, στα εμέσματα, στα ούλα, στα κόπρανα, ρινική επίσταξη, μητρορραγίες)
- Εξάνθημα και πετέχιες στο δέρμα
- Υπερπυρεξία
- Κόπωση, δύσπνοια
- Στοματαλγία ή δυσκαταποσία, στοματίτις
- Μούδιασμα ή υπαισθησία των δακτύλων χειρών ή ποδιών
- Αλλαγή στις συνήθειες αφοδεύσεως
- Δυσκολία στην ούρηση
- Απότομη αύξηση ή μείωση του σωματικού βάρους
- Πόνοι ασυνήθιστης εντάσεως
- Κεφαλαλγίες
- Διόγκωση αδένων

Οι παρενέργειες ωστόσο μπορούν να χωριστούν σε ομάδες ανάλογα με την στιγμή της εμφάνισής τους. Έτσι έχουμε τις άμεσες, μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες πιθανές παρενέργειες. ^{12,42}

<i>ΑΜΕΣΕΣ (εντός ωρών μετά τη χημειοθεραπεία)</i>	<i>ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ (μέρες μέχρι εβδομάδες μετά τη χημειοθεραπεία)</i>	<i>ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ (μήνες με χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία)</i>
<ul style="list-style-type: none"> - ναυτία -έμετος -ουδετεροπενία -αλωπεκία -πυρετός -αγγειακός πόνος -σύνδρομο αναφυλαξίας -αιμορραγική κυστίτιδα 	<ul style="list-style-type: none"> -κούραση -πνευμονική φλεγμονή -πρώρη εμμηνόπαυση -εμβοές -στοματίτιδα -διάρροια -δυσκοιλιότητα -θρομβοπενία -αναιμία -νευροτοξικότητα 	<ul style="list-style-type: none"> -καρδιοτοξικότητα -πνευμονική ίνωση -χροιά του δέρματος -φωτοευαισθησία -στείρωση -απώλεια ακοής -δευτεροπαθής καρκίνος

3.3.4.1 Πρόληψη παρενεργειών με φάρμακα

Με την έναρξη της χημειοθεραπείας πολλές φορές γίνεται μια φαρμακευτική αγωγή στον άρρωστο για πρόληψη παρενεργειών, όπως πχ στο σχήμα VAD χορηγείται αντιβίωση (Septin), αντιοξίνα (Riopan), και για το ουρικό οξύ (Ziloric) και διουρητικά (Lasix). Για πρόληψη και αντιμετώπιση των εμετών κατά την θεραπεία χορηγείται στον άρρωστο αντιεμετικό σχήμα, όπως πχ 125mg solu-cortef + 1 amp Primpelan*, 2 ώρες πριν την θεραπεία και 2 ώρες μετά. Σε σχήμα με cisplatin η δόση αυξάνεται σε 250 mg (εντολή γιατρού).³⁷

3.3.4.2 Σύγχρονη τεχνολογία στη χημειοθεραπεία για αντιμετώπιση παρενεργειών

Σήμερα η σύγχρονη τεχνολογία με τα μέσα που διαθέτει μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο, ώστε η θεραπεία να γίνει άνετη, ανώδυνη, ασφαλής γι' αυτόν τον ίδιο και για το προσωπικό.

Οι διευκολύνσεις της σύγχρονης τεχνολογίας είναι από της πιο απλές ως τις πιο τέλειες και εκσυγχρονισμένες. Εκσυγχρονισμένο υλικό και άφθονο, με δικαίωμα επιλογής, όπως: Γάντια, ποδιές, μάσκες μιας χρήσεως και καλής ποιότητας, σύριγγες, βελόνες, υποκλείδιοι και υποδόριοι καθετήρες, ηλεκτρονικές αντλίες κ.α

Με επανειλημμένες ενέσεις και με ορισμένα φάρμακα, οι φλέβες μπορεί να γίνουν ευαίσθητες ή να καταστραφούν, με αποτέλεσμα να έχουμε την **εξαγγείωση** και εν συνεχεία τη νέκρωση των ιστών γύρω από τη φλέβα.

Η καλύτερη θεραπεία, λοιπόν, είναι η πρόληψη. Ένας τρόπος πρόληψης νεκρώσεως είναι η χρήση υποδόριου καθετήρα .

Το σύστημα ιντραπορτ (intraport system) υποδόριου καθετήρα είναι ιδιαίτερα πρακτικό και κατάλληλο για διακοπτόμενη αλλά και συνεχιζόμενη χημειοθεραπεία.

Το σύστημα αυτό τοποθετείται με την έναρξη της θεραπείας στους ασθενείς των οποίων η φλεβική προσπέλαση είναι δύσκολη. Έχει διάρκεια ζωής μέχρι 5 χρόνια και απαλλάσσει τον άρρωστο από συνεχείς φλεβοκεντήσεις, οι δε λοιμώξεις είναι περιορισμένες.^{36,39}

Άλλος υποδόριος καθετήρας είναι ο port-A-cath , όπου εκτός από την χρήση του για παρεντερική θρέψη, αιμοληψίες, θεραπεία πόνου, χρησιμοποιείται και αυτός στη χημειοθεραπεία για προστασία των φλεβών και μάλιστα προληπτικά σε μακροχρόνια χημειοθεραπεία όπου τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι περισσότερο τοξικά. Οι καθετήρες port-A-cath τοποθετούνται και σε εξωτερικούς ασθενείς, και μπορεί να συνοδεύονται από μικρή ηλεκτρονική αντλία τσέπης η οποία ελέγχει τη χορήγηση του φαρμάκου. Υπάρχουν port-A-cath καθετήρες ενδοφλεβικής, ενδαρτηριακής και ενδοπεριτοναϊκής χορηγήσεως. Οι πλέον εύχρηστοι είναι οι ενδοφλεβικής χορηγήσεως. Χρησιμοποιούνται και κατά την μεταμόσχευση μυελού.

Άλλος καθετήρας είναι ο υποκλείδιος καθετήρας σιλικόνης Hickman (Hemo – Cath), ο οποίος εκτός των άλλων χρήσεων, πχ παρεντερική θρέψη, αιμοληψία, χρησιμοποιείται και για χημειοθεραπεία (με τρεις αυλούς), ηπαρινίζεται στο τέλος κάθε θεραπείας για αποφυγή θρομβώσεως και έχει μικρότερη διάρκεια ζωής. Τελευταία χρησιμοποιείται και στις μεταμοσχεύσεις μυελού για τη χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.^{9,22,38}

Απλοί στην καθημερινή τους χρήση είναι οι μικροί φλεβοκαθετήρες που χρησιμοποιούνται συνήθως μόνο σε 5ήμερα οχήματα και έτσι η φλεβοκέντηση δεν είναι καθημερινή, με αποτέλεσμα οι φλέβες να προφυλάσσονται και οι ασθενείς να μην ταλαιπωρούνται.

Στο τέλος κάθε θεραπείας ο καθετήρας ηπαρινίζεται με ηπαρίνη (heparin) 0,5 – 1 ml (1000 U/ml) σε διάλυμα φυσιολογικού ορού (σε αναλογία 1:10).

Ένας άλλος τρόπος πρόληψης της νεκρώσεως είναι η χρησιμοποίηση της ηλεκτρονικής αντλίας (Life Care Pump Mode No3), η οποία ελέγχει το χρόνο της ροής και της εγχύσεως του φαρμάκου στη φλέβα και η οποία προειδοποιεί με χαρακτηριστικό ήχο (alarm) σε περίπτωση κωλύματος, όπως και η αντλία του port-A-cath.

Η ηλεκτρονική αντλία (Life Care Pump Mode No4) έχει τα ίδια πλεονεκτήματα με τη διαφορά ότι μπορεί να ελέγχει τη ροή 2 φαρμάκων συγχρόνως.

Ένας ρυθμιστής της ροής του φαρμάκου είναι το dial-a-flow μιας χρήσεως, που χρησιμοποιείται στον άρρωστο κάνοντας θεραπεία διαρκείας, όπως σε 24ωρο σχήμα.

Άλλο σύγχρονο μέσο αντιμετώπισης παρενεργειών από το μυελό των οστών (αναιμία, θρομβοπενία, λευκοπενία) είναι η χρήση μηχανήματος αιμαφαιρέσεως. Αυτό διαχωρίζει τα συστατικά του αίματος. Στη λευκοπενία γίνεται μετάγγιση λευκών αιμοσφαιρίων, στη θρομβοπενία γίνεται μετάγγιση αιμοπεταλίων, όταν το πλάσμα έχει παθολογικά στοιχεία σε παθήσεις όπως θρομβοπενική πορφύρα γίνεται μετάγγιση πλάσματος(πλασμαφαίρεση).⁴²

Τα πλεονεκτήματα της αιμαφαιρέσεως είναι:

-Τα συστατικά του αίματος είναι φρέσκα (αιμοπετάλια, λευκά, ερυθρά αιμοσφαίρια, πλάσμα)

-Οι αντιδράσεις και οι λοιμώξεις στον ευαίσθητο άρρωστο που πρόκειται να μεταγγιστεί είναι περιορισμένες, λόγω του ότι ο δότης είναι ένας και όχι πολλοί και διάφοροι.

Τα συστατικά είναι πλούσια και παίρνουμε αυτά που θέλουμε πχ μόνο αιμοπετάλια ή μόνο λευκά. Τα υπόλοιπα συστατικά του αίματος επιστρέφονται με το σύστημα της αιμαφαιρέσεως στο δότη. Οι μεταγγίσεις είναι πλούσιες σε περιεκτικότητα συστατικών διότι 1 μονάδα αίματος από αιμαφαίρεση αντιστοιχεί σε 6-8 μονάδες αιμοπεταλίων από απλούς δότες.⁴²

Τέλος θα πρέπει να τονιστεί ότι αυτά τα σύγχρονα μέσα βοηθούν τον άρρωστο και το προσωπικό για μια νοσηλεία σύγχρονη και άνετη, για μια θεραπεία με καλά αποτελέσματα που προφυλάσσει τον άρρωστο από παρενέργειες της χημειοθεραπείας.

3.4 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τι είναι η ακτινοθεραπεία

Η αντικαρκινική δράση της ακτινοβόλας διαπιστώθηκε αμέσως μετά την ανακάλυψη του Ραδίου το 1898. Η πρώτη επιτυχής θεραπεία ασθενούς με ακτινοβολία ανακοινώθηκε το 1899, με αποτέλεσμα έκτοτε η ακτινοθεραπεία να αναπτύσσεται συνεχώς.⁴³

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί ακτίνες X για να καταστρέψει ή να βλάψει τα καρκινικά κύτταρα ώστε να μην μπορούν να πολλαπλασιαστούν. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπευτική αγωγή του πρωτοπαθούς ή προχωρημένου καρκίνου.

Μερικές φορές, η ακτινοθεραπεία είναι η μόνη θεραπευτική αγωγή που χρησιμοποιείται, άλλες φορές χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση ή/και χημειοθεραπεία. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιείται για μείωση του μεγέθους του καρκίνου και για ανακούφιση πόνου, δυσφορίας ή άλλων συμπτωμάτων

Τα είδη της ακτινοθεραπείας είναι η θεραπευτική ή ριζική, η επικουρική, η συμπληρωματική και η παρηγορητική ή ανακουφιστική.

α) Θεραπευτική ή ριζική.

Σε πολλές περιπτώσεις η ακτινοθεραπεία αναλαμβάνει το κύριο θεραπευτικό βάρος στους ανεγχείρητους συμπαγείς όγκους, είτε λόγω προχωρημένου σταδίου είτε λόγω ιατρικών αντενδείξεων π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια. Οι δόσεις που απαιτούνται είναι υψηλές, υπό την προϋπόθεση ότι το επιτρέπει η φυσική κατάσταση του ασθενούς.

Η θεραπευτική ριζική ακτινοθεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματική με την χειρουργική θεραπεία σε ορισμένες εντοπίσεις καρκίνου και για το ίδιο στάδιο π.χ. στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.^{43,44}

β) Επικουρική.

Θεωρείται εκείνη που υποβοηθά το θεραπευτικό αποτέλεσμα της χειρουργικής, μειώνοντας σημαντικά τη πιθανότητα υποτροπής. Εφαρμόζεται επί ενδείξεων που προκύπτουν από τα παθολογοανατομικά ευρήματα.⁴⁴

γ) Συμπληρωματική.

Είναι το ίδιο σημαντική με την χειρουργική επέμβαση όσον αφορά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Εφαρμόζεται στις περιπτώσεις ατελούς εξαιρέσεως του όγκου. Η δόση της ακτινοβολίας που απαιτείται είναι παραπλήσια της ριζικής ακτινοθεραπείας. Πρέπει να τονίσουμε ότι όταν η ακτινοθεραπεία συνδυάζεται με τη χειρουργική, δε θα πρέπει να είναι και οι δύο ριζικές διότι επισείουν σοβαρές επιπλοκές. Η απόφαση λοιπόν για χειρουργείο ή η επιλογή της έκτασής του πρέπει να γίνεται με πολύ σφροσύνη, όπως βεβαίως και από πλευράς ακτινοθεραπείας η έκταση των πεδίων, η προστασία των υγιών ιστών και η επιλογή της δόσης.⁴⁵

δ) Παρηγορητική ή ανακουφιστική.

Σκοπός της είναι η άρση των ενοχλητικών συμπτωμάτων όπως π.χ. της μητρορραγίας της αιμόπτυσης, του μεταστατικού οστικού άλγους, της δυσκαταποσίας λόγω στενώσεως του οισοφάγου ή δύσπνοια λόγω στενώσεως ή αποφράξεως βρόγχου κλπ. Εφαρμόζεται ακόμα και αν το προσδόκιμο επιβίωσης είναι μικρό διότι εκτός από την ανακούφιση στοχεύει και στην επίτευξη μακράς ασυμπτωματικής περιόδου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.⁴³

Οι **στόχοι** της ακτινοθεραπείας είναι οι εξής:

- Ίαση (πλήρης θεραπεία)

Ορισμένες μορφές καρκίνου μπορούν να θεραπευτούν πλήρως με ακτινοθεραπεία από μόνη της, ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες.

- Έλεγχος

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να θέσει υπό έλεγχο ορισμένους καρκίνους, μειώνοντας το μέγεθός τους ή σταματώντας την εξάπλωσή τους.

- Ανακούφιση συμπτωμάτων

Αν δεν είναι δυνατή η ίαση του καρκίνου, τότε η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μείωση των συμπτωμάτων του καρκίνου και για παράταση μιας καλής ποιότητας ζωής.⁴⁵

3.4.1 Μορφές ακτινοθεραπείας

Ανάλογα με τη απόσταση της πηγής της ακτινοβολίας από τον όγκο διακρίνουμε δύο μορφές ακτινοθεραπείας ή τρόπους χορήγησής της: α) την εξωτερικής δέσμης ακτινοθεραπεία ή τηλεθεραπεία, και β) την εσωτερική ακτινοθεραπεία.

3.4.1.1 Εξωτερική ακτινοθεραπεία ή Τηλεθεραπεία ή Ακτινοθεραπεία εξω-τερικής δέσμης⁴⁶

Στη μορφή αυτή η πηγή βρίσκεται μακριά από το σώμα του ασθενούς. Εδώ ανήκει η ακτινοθεραπεία με γραμμικούς επιταχυντές και κοβάλτια. Σκοπός της είναι να ακτινοβοληθεί η πρωτοπαθής κακοήθεια, η μικροσκοπική υποκλινική νόσος γύρω από αυτή ή γύρω από την κοίτη της, σε περίπτωση χειρουργικής εξαίρεσης, αλλά και η αντιμετώπιση της περιφερικής περιοχικής νόσου, π.χ. των λεμφαδενικών μεταστάσεων.

Στην ΕΞΑΚΘ επιδιώκουμε το θεραπευτικό αποτέλεσμα μέσω της δέσμης και των πεδίων της ακτινοβολίας. Ο χρόνος ακτινοβολήσεως σε συνδυασμό με το πεδίο και την ενέργεια καθορίζει τη δόση που θα πάρει ο όγκος.

Η δέσμη της ακτινοβολίας όταν εξέρχεται από το μηχάνημα έχει δύο μεταβλητές

α) τις διαστάσεις και β) την έντασή της. Αυτές οι δύο καθορίζουν τον χρόνο έκθεσης στην ακτινοβολία. Ως προς τις διαστάσεις της η δέσμη διαμορφώνεται στη μεν ακτινοβολία φωτο-

νίων από το ίδιο το μηχάνημα, ενώ στην ακτινοβολία με ηλεκτρόνια από πρόσθετους κώνους στρογγυλούς ή τετράγωνους, διαφόρων διαστάσεων. Η προβολή της διαμόρφωσης αυτής στο σώμα του ασθενούς αλλά και στο βάθος του όγκου, καλείται πεδίο της ακτινοθεραπείας και εκφράζεται σε cm^2 , δηλαδή αποτελεί ένα εμβαδόν. Στη διαδρομή της όμως από την είσοδό της στο σώ-

μα του ασθενούς μέχρι και την έξοδό της διαμορφώνει έναν όγκο ακτινοβολούμενης περιοχής.⁴⁷

Το πεδίο ως ακτινοβολούμενη περιοχή δεν είναι ορατό, ενδεικτικά όμως μπορεί να φανεί επί του δέρματος του ασθενούς ως φωτεινή περιοχή. Η δέσμη όμως μπορεί να διαμορφωθεί περαιτέρω ως προς το σχήμα μέσα στα όρια του αρχικά καθορισμένου πεδίου.

Αυτό επιτυγχάνεται με την παρεμβολή μεταλλικών φίλτρων απορρόφησης-φραγμού της ακτινοβολίας. Αυτά ή κατασκευάζονται στο μηχανουργικό τμήμα του ακτινοθεραπευτικού ή εμπεριέχονται ως μετακινούμενα μεταλλικά φύλλα στον επιταχυντή.

Το σύστημα αυτό, τελευταίας τεχνολογίας, καλείται MLC- ακρωνύμια του multi Leaf collimator. Η μεταβολή της έντασης γίνεται με την παρεμβολή είτε φίλτρων μερικής απορρόφησης είτε σφηνοειδών φίλτρων γωνίας $15^\circ, 30^\circ, 45^\circ$ και 60° , ή με το συνδυασμό των δύο.⁴⁶

3.4.1.1 Εσωτερική ακτινοβολία.

Σε αυτή τη μορφή εντάσσεται α) η ακτινοθεραπεία των κλειστών πηγών, στην οποία ανήκει η βραχυθεραπεία, β) η ακτινοθεραπεία ανοιχτών πηγών, που αφορά τη θεραπευτική χορήγηση ραδιοϊσοτόπων και γ) η ραδιοανοσολογία.⁴⁸

α) Ακτινοθεραπεία κλειστών πηγών- Βραχυθεραπεία

Η μέθοδος είναι πολύ παλαιά. Η πρώτη εμφύτευση ραδίου (Ra-226) σε καρκίνο έγινε τρία χρόνια μετά την ανακάλυψή του από την Μαρία Κιουρί το 1898, ενώ η πρώτη αποδεδειγμένη ιστολογικά ίαση σε βασικοκυτταρικό καρκίνο του δέρματος, έγινε το 1903.

Σκοπός της ΒΡΘ είναι η ενίσχυση της δόσης στον όγκο και συγχρόνως ο περιορισμός της στους περιβάλλοντες υγιείς ιστούς. Η κατασκευή ραδιενεργών πηγών μικρών διαστάσεων βελτίωσε τις κατανομές της δόσης και διεύρυνε τις εφαρμογές της. Παλαιότερα περιοριζόταν σχεδόν μόνο στους γυναικολογικούς όγκους και η μόνη διαθέσιμη πηγή ήταν το ράδιο.^{48,49}

Τα πλεονεκτήματα της βραχυθεραπείας έναντι της τηλεθεραπείας είναι τα εξής:

α) η υψηλή δόση ακτινοβολίας στον όγκο, και η μειωμένη στους γειτονικούς υγιείς ιστούς, κάτι που δεν επιτυγχάνεται με την τηλεθεραπεία.

β) η συνεχής ακτινοβολήση του όγκου, με σκοπό τον περιορισμό του επαναποικισμού και της ανάνηψης των καρκινικών κυττάρων, τα οποία βρίσκονται σε κατάσταση υποθανατηφόρου βλάβης.

γ) η αποτελεσματική δράση της στο υποξικό κέντρο του όγκου, ενώ αντίθετα η εξωτερική ακτινοθεραπεία είναι αποτελεσματικότερη στην περιφέρειά του.⁴⁹

Υποδιαιρέσεις της βραχυθεραπείας

Η βραχυθεραπεία υποδιαιρείται σε κατηγορίες ανάλογα της θέσης των πηγών ως προς τον όγκο, της διάρκειας μιας εφαρμογής ή διαφορετικά του ρυθμού δόσης της ακτινοβολίας στην ώρα, και τέλος του τρόπου μεταφοράς των πηγών στον όγκο. Όταν η ραδιενεργός πηγή τοποθετείται απευθείας μέσα στον όγκο έχουμε την ενδοϊστική βραχυθεραπεία. Όταν η πηγή τοποθετηθεί κοντά στον όγκο χωρίς να τον διαπερνά, έχουμε την πλησιοθεραπεία.⁵⁰

Ακτινοθεραπεία ανοιχτών πηγών.

Οι ανοιχτές πηγές ραδιενεργών υλικών μπορεί να χορηγηθούν ενδοφλεβίως ή να εγχυθούν σε κοιλότητα (π.χ. περιτοναϊκή). Τα χρησιμοποιούμενα για θεραπευτικούς ή και διαγνωστικούς σκοπούς ραδιενεργά ισότοπα είναι το ^{99m}Tc (τεχνήτιο), τα ^{125}I και ^{131}I (ιώδιο), το ^{226}Ra (ράδιο), ο ^{32}P (φώσφορος), τα ^{186}Re και ^{188}Re (ρήνιο), το ^{89}Sr (στρόντιο), το ^{153}Sm (σαμάριο) κ.α. Μερικά από τα ισότοπα όπως το ^{131}I εκπέμπουν ακτινοβολία β και γ και είναι κατάλληλα για απεικόνιση αλλά και θεραπεία όπως π.χ. του θυρεοειδή.⁴⁸

Ραδιοανοσοθεραπεία (RIT: Radioimmuno-therapy).

Στον τύπο αυτό της θεραπείας εναποτίθεται ποσό ακτινοβολίας απευθείας στους όγκους, μέσω ραδιοσημασμένων αντισωμάτων. Θεωρείται ότι ανήκει στην εσωτερική ακτινοθεραπεία.

3.4.2 Χρήση ακτινοθεραπείας

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να είναι η κύρια θεραπευτική αγωγή. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιείται για να βοηθήσει μια άλλη θεραπεία. Αυτό ονομάζεται συμπληρωματική θεραπεία (adjuvant therapy).

Η συμπληρωματική ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί πριν από την κύρια θεραπεία σας για να μειώσει το μέγεθος του καρκίνου. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να συρρικνωθεί ο καρκίνος πριν από τη χειρουργική επέμβαση ή, μετά τη χειρουργική επέμβαση, για να σταματήσει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων που ίσως απέμειναν. Σε ορισμένες περιπτώσεις χρησιμοποιείται επίσης σε συνδυασμό με τη χημειοθεραπεία.^{44,46,48}

Χορήγηση ακτινοθεραπείας

Ο ογκολόγος-ακτινοθεραπευτής (radiation oncologist) είναι ειδικός στη θεραπευτική αγωγή του καρκίνου με ακτινοθεραπεία. Αυτός θα οργανώνει και θα εποπτεύει την ακτινοθεραπεία. Ο ακτινοθεραπευτής (radiation therapist) χειρίζεται τα μηχανήματα ακτινοθεραπείας υπό τις οδηγίες του ογκολόγου-ακτινοθεραπευτή.

Η ακτινοθεραπεία χορηγείται από έξω (εξωτερική δέσμη ακτινοβολίας) ή μέσα στο σώμα (βραχυθεραπεία). Στην ακτινοθεραπεία εξωτερικής δέσμης (external beam radiation therapy), η μηχανή κατευθύνει την ακτινοβολία προς τους καρκινικούς και τους γύρω ιστούς. Στην εσωτερική ακτινοθεραπεία, το ραδιενεργό υλικό μπαίνει σε λεπτές σωλήνες και τοποθετείται στο σώμα σας κοντά στον καρκίνο.⁴⁵

Διάρκεια μιας σειράς θεραπευτικής αγωγής

Διαφορετικοί άνθρωποι χρειάζονται διαφορετικό αριθμό αγωγών ακτινοθεραπείας. Ορισμένοι άνθρωποι χρειάζονται μία μόνο θεραπεία, ενώ άλλοι θα χρειάζονται ακτινοθεραπεία πέντε ημέρες την εβδομάδα για αρκετές εβδομάδες. Στην εσωτερική ακτινοθεραπεία, τα εμφυτεύματα μπορεί να παραμείνουν στη θέση τους για λίγα λεπτά, μία έως έξι ημέρες ή μόνιμως. Η θεραπευτική αγωγή θα εξαρτηθεί από το είδος καρκίνου, πού βρίσκεται, το μέγεθός του, τη γενική κατάσταση της υγείας και άλλες αντικαρκινικές θεραπείες που ίσως έχουν γίνει.⁵¹

3.4.3 Πιθανές παρενέργειες

Οι παρενέργειες μπορεί να διαφέρουν κατά πολύ και θα εξαρτηθούν από την περιοχή του σώματός που υποβάλλεται σε θεραπεία. Πολλές από αυτές τις παρενέργειες μπορούν να αντιμετωπιστούν και θα εξαφανιστούν σταδιακά μετά το πέρας της θεραπείας. Στις πιθανές παρενέργειες συμπεριλαμβάνονται.^{52,53}

Εξωτερική ακτινοβολία

-κεφαλή και τράχηλος :

1)ερεθισμός των βλεννογόνων του στόματος με στοματικό άλγος και κίνδυνο λοίμωξης

2)απώλεια γεύσης

3)ερεθισμός φάρυγγα

4)αυξημένη ενδοκράνια πίεση

-θώρακας : φλεγμονή του ιστού των πνευμόνων με αυξημένη επιρρέπεια στη λοίμωξη

-κοιλιά : ναυτία, έμετοι, διάρροιας, ανορεξία

-πύελος : κυστίτιδα, σεξουαλική δυσλειτουργία, ουρηθρική και ορθική στένωση

-δέρμα : αλλαγή στην υφή και στο χρώμα, υγρή απολέπιση, αλωπεκία

-αίμα : καταστολή μυελού των οστών με λευκοπενία, αναιμία και θρομβοπενία

-γενικές παρενέργειες : κατεσταλμένη ανοσολογική λειτουργία, κόπωση⁵³

Εσωτερική ακτινοβολία

-αυξημένη θερμοκρασία

-συχνουρία, διάρροια, ναυτία, ανορεξία (σε τραχηλικό εμφύτευμα)

-βλεννογονίτιδα, στοματικό άλγος και κίνδυνος λοίμωξης, ανορεξία (σε εμφύτευμα κεφαλής και τραχήλου)⁵²

3.5 ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού λειτουργεί σαν σύστημα παρακολούθησης για την προστασία από αυτά που αντιλαμβάνεται ως ξένες ουσίες. Για παράδειγμα, όταν το ανοσοποιητικό σύστημα εντοπίζει βλαβερά βακτήρια ή έναν ιό μέσα στο σώμα, αντιδρά παράγοντας συγκεκριμένες πρωτεΐνες (αντισώματα) που επιτίθενται και καταστρέφουν τους εισβολείς.^{22,30}

Το ανοσοποιητικό 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 ενάντια στα καρκινικά κύτταρα.

Έτσι η κατανόηση της βιολογίας των καρκινικών κυττάρων οδήγησε στην παρασκευή βιολογικών παραγόντων, οι οποίοι αντιγράφουν τη δράση ουσιών που χρησιμοποιεί ο οργανισμός για τη ρύθμιση της ανάπτυξης του. Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση, ονομάστηκε βιολογική θεραπεία, βιοθεραπεία ή ανοσοθεραπεία, και έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε πειραματικές μελέτες αντιμετώπισης ορισμένων μορφών καρκίνου.³⁹

Η βιολογική θεραπεία πρόκειται, για μια νέα, ερευνητική προσέγγιση στη θεραπεία του καρκίνου. Περιλαμβάνει φάρμακα που δίδονται για να ενεργοποιήσουν το ανοσοποιητικό σύστημα του ίδιου του ασθενή, ώστε να πολεμήσει αποτελεσματικότερα τον καρκίνο. Η Βιολογική θεραπεία περιλαμβάνει διάφορες ουσίες, με αποδεδειγμένη βιολογική δράση, όπως:

Ιντερφερόνες

Οι ιντερφερόνες είναι κυτταροκίνες που υπάρχουν φυσιολογικά μέσα στο σώμα μας. Υπάρχουν διάφορα είδη ιντερφερονών. Το είδος που χρησιμοποιείται συνήθως στη θεραπεία του καρκίνου ονομάζεται *ιντερφερόνη άλφα*. Οι ιντερφερόνες μπορεί να εμποδίζουν απευθείας τα καρκινικά κύτταρα ή μπορεί να διαγείρουν άλλα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος,

για να βοηθήσουν στη μάχη. Οι ιντερφερόνες χρησιμοποιούνται σε μια σειρά παθήσεων, όπως η λευχαιμία τριχωτών κυττάρων, τα μελανώματα, η χρόνια μυελογενής λευχαιμία και το σάρκωμα Kaposi που σχετίζεται με το Έιτς. Μελετώνται επίσης για πιθανή χρήση στη θεραπεία μεταστατικού καρκίνου των νεφρών και στο μη Hodgkin λέμφωμα.²²

Ιντερλευκίνες

Όπως και οι ιντερφερόνες, οι ιντερλευκίνες είναι ένας τύπος κυτταροκίνης. Η ιντερλευκίνη 2, η πιο ευρέως μελετημένη ιντερλευκίνη, δουλεύει διεγείροντας άλλα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος που μπορούν να καταστρέψουν καρκινικά κύτταρα. Έχει εγκριθεί για τη θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου των νεφρών και του μεταστατικού μελανώματος και μελετάται ως θεραπεία για διάφορους άλλους καρκίνους.

Παράγοντες διέγερσης αποικιών (CSFs-Colony Stimulating Factors)-Αυξητικοί παράγοντες³⁰

Αντί να δουν απευθείας στα καρκινικά κύτταρα, οι αυξητικοί παράγοντες, (CSFs) διευκολύνουν την παραγωγή λευκών αιμοσφαιρίων. Η χημειοθεραπεία συνήθως δυσχεραίνει τις λειτουργίες του μυελού των οστών, συμπεριλαμβανομένης και της παραγωγής λευκών αιμοσφαιρίων, αιμοπεταλίων και ερυθρών αιμοσφαιρίων. Ο μειωμένος αριθμός αυτών των κυττάρων κάνει πιο ευάλωτο σε μολύνσεις τον ασθενή. Οι αυξητικοί παράγοντες μπορεί να επιτρέψουν την καλύτερη ανοχή της χημειοθεραπείας με μικρότερες πιθανότητες ανάπτυξης μόλυνσης ή με λιγότερη κόπωση που οφείλεται στην αναιμία που προέρχεται από την χημειοθεραπεία.

Μονοκλωνικά αντισώματα (MoAbs)^{22,25}

Τα μονοκλωνικά αντισώματα σχεδιάζονται και παράγονται στο εργαστήριο και στοχεύουν σε συγκεκριμένους τύπους καρκίνου. Ενώνονται με τα κύτταρα του όγκου και μπορούν είτε να αντιδράσουν με αυτά τα καρκινικά κύτταρα ή να χρησιμοποιηθούν, για να μεταφέρουν αντικαρκινικά φάρμακα ή ακτινοβολία. Η Επιτροπή Τροφών και Φαρμάκων των Η.Π.Α. έχει εγκρίνει δύο μονοκλωνικά αντισώματα, τη ριτουξιμάμπη (Rituxan) για τη θεραπεία του υποτροπιάζοντος μη Hodgkin λεμφώματος Β κυττάρων και τη τραστουζουμάμπη (Herceptin) για χρήση ενάντια στο μεταστατικό καρκίνο του μαστού που παράγει μεγάλη ποσότητα πρωτεΐνης που ονομάζεται HER-2. Επιπλέον, μονοκλωνικά αντισώματα αναπτύσσονται και μελετώνται για χρήση σε άλλα είδη καρκίνου. Αυτά είναι λεμφώματα, λευχαιμίες, όγκοι στον εγκέφαλο αλλά και καρκίνος των πνευμόνων, του παχέος εντέρου, του ορθού και του προστάτη.

Τα φυσιολογικά αντισώματα παράγονται από τα Β-λεμφοκύτταρα και ανήκουν στην κατηγορία των πρωτεϊνών (γ-σφαιρινών). Τα μονοκλωνικά αντισώματα παράγονται στο εργαστήριο από το ίδιο μητρικό Β-λεμφοκύτταρο (τον ίδιο 'κλώνο') και σκοπός τους είναι να προσκολληθούν στα αντιγόνα της επιφάνειας των καρκινικών κυττάρων, ώστε να τα εξουδετερώσουν. Η δράση τους σε ορισμένες περιπτώσεις μυελού των οστών είναι πολύ σημαντική. Το μειονέκτημα τους είναι ότι οι καρκίνοι δεν είναι αμιγείς, αλλά περιέχουν πολλές κυτταρικές πρωτεΐνες, και έτσι το αποτέλεσμα είναι φτωχό, αφού τα μονοκλωνικά αντισώματα στοχεύουν σε ένα μόνο τύπο κυττάρου που περιέχει συγκεκριμένο αντιγόνο. Επιπλέον, μπορεί να δημιουργηθούν αλλεργικές αντιδράσεις υπερευαισθησία στους ασθενείς που λαμβάνουν αυτού του είδους τη θεραπεία.²⁵

Εμβόλια αντικαρκινικά

Οι ερευνητές εργάζονται για την παρασκευή εμβολίων που μπορούν να βοηθήσουν το ανοσοποιητικό σύστημα να αναγνωρίσει τα καρκινικά κύτταρα. Σε αντίθεση με τα εμβόλια για τις λοιμώδεις ασθένειες, τα οποία γίνονται για την πρόληψή τους, τα εμβόλια κατά του καρ-

κίνου χορηγούνται, μόνο αφού αναπτυχθεί κάποιος όγκος. Το εμβόλιο στοχεύει να βοηθήσει το σώμα να απορρίψει τον καρκίνο και να τον εμποδίσει να εμφανιστεί ξανά.

Ένα εμβόλιο είναι το BCG. Το εμβόλιο BCG είναι γνωστό κατά της φυματίωσης, το οποίο χορηγείται σε περιπτώσεις όπως είναι ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης, για την ενίσχυση του ανοσιακού συστήματος. Στα θετικά στοιχεία του εμβολίου κατατάσσονται η μείωση των υποτροπών και των μεταστάσεων της νόσου, καθώς και η μακρύτερη επιβίωση, ενώ στα αρνητικά ο πυρετός, ο τοπικός ερεθισμός και σπανιότερα η ανάπτυξη ήπιας φυματιώδους λοίμωξης.^{22,30}

Οι βιολογικοί παράγοντες δρουν με τρεις συνήθως μηχανισμούς:

- με τη ρύθμιση και τη βελτίωση των ανοσολογικών μηχανισμών του οργανισμού του ασθενή
- με απευθείας αντικαρκινική δράση
- με ειδικές βιολογικές δράσεις, όπως είναι η αλληλεπίδραση με την ικανότητα των καρκινικών κυττάρων να επιβιώνουν μετά τη μετάσταση

Η βιολογική θεραπεία εφαρμόζεται συνήθως με τα βιολογικά φάρμακα που εισάγονται στο σώμα με τη μορφή ενέσεων, αφού λόγω της πρωτεϊνικής τους σύστασης αποδομούνται στο στομάχι και επομένως δεν μπορούν να ληφθούν από το στόμα.³⁰

Οι ασθενείς που λαμβάνουν Βιολογική θεραπεία ενδέχεται να παρουσιάσουν:

- πυρετό, αίσθημα κόπωσης, εξάνθημα, ρίγη ή γενική κακουχία
- ειδικά η IL-2 μπορεί να προκαλέσει ένα επικίνδυνο σύνδρομο που λέγεται ‘σύνδρομο διαρροής των τριχοειδών αγγείων’
- ελαφρά ή σοβαρότερη αλλεργική αντίδραση
- συμπτώματα στο όργανο που στοχεύετε, όπως είναι η δύσπνοια σε περιπτώσεις αντιγόνων των πνευμόνων.

Ο στόχος της Βιολογικής θεραπείας είναι η ενίσχυση και τροποποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος του ασθενή, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τα καρκινικά κύτταρα με τις δικές του δυνάμεις. Διαπιστώνεται, όμως, από τις μέχρι σήμερα έρευνες, ότι ο καρκίνος δεν έχει μόνο ανοσολογική βάση, αλλά είναι μία πολύπλοκη οντότητα, που αν και σχετίζεται σε ορισμένες περιπτώσεις με το ανοσιακό σύστημα, δεν παύει να επηρεάζεται και από άλλους ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες.

3.6 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Μυελός των Οστών

Ο μυελός των οστών είναι ο ρευστός ιστός που βρίσκεται μέσα στα οστά και περιέχει αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα, δηλαδή τις πρόδρομες μορφές των λευκών αιμοσφαιρίων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων που κυκλοφορούν στο αίμα. Αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα υπάρχουν σε μικρό ποσοστό και στο αίμα, ενώ αρκετά μεγάλος αριθμός τους ανευρίσκεται και στο αίμα του ομφαλίου λώρου. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι ο μυελός των οστών δεν έχει σχέση με τον νωτιαίο μυελό, ο οποίος βρίσκεται στο νωτιαίο σπλήνα της σπονδυλικής στήλης και αποτελεί ιστό του νευρικού συστήματος που σχετίζεται με νευρικές λειτουργίες και όχι με αιμοποίηση.

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. Η ιδέα της αντικατάστασης του πάσχοντα μυελού με μυελό υγιούς ατόμου είναι πολύ παλιά, αλλά μόλις τα τελευταία χρόνια έγινε εφικτή η πραγματοποίησή τους.²²

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.

Οι τύποι μεταμόσχευσης μυελού των οστών είναι:

- Αυτόλογη (αυτομεταμόσχευση): επανεισάγεται ο μυελός των οστών του ίδιου του ασθενή, ο οποίος είχε αφαιρεθεί και φυλαχτεί σε χαμηλή θερμοκρασία, πριν τη θεραπεία
- Αλλογενής: γίνεται μεταμόσχευση στον ασθενή από διαφορετικό άτομο
- Υπάρχει και η μεταμόσχευση από στενά συγγενικά πρόσωπα που παρουσιάζουν συμβατότητα με τον ασθενή, ιδανική περίπτωση από δίδυμα αδέρφια.

3.6.1 Συμβατός δότης με τον ασθενή

Επειδή τα αντιγόνα HLA κληρονομούνται από τους γονείς, η πρώτη αναζήτηση κατάλληλου δότη για έναν ασθενή γίνεται μέσα στην οικογένειά του. Η αναζήτηση αυτή θα δώσει το ποθητό αποτέλεσμα για το 1/3 μόνον των ασθενών. Για τους υπόλοιπους, θα πρέπει να αναζητηθεί μη συγγενής δότης ανάμεσα σε εθελοντές που έχουν εκφράσει την επιθυμία να δωρίσουν αιμοποιητικά κύτταρα για οποιονδήποτε ασθενή έχει ανάγκη. Για τον εντοπισμό κατάλληλων (αν όχι όμοιων, που είναι απίθανο, τουλάχιστον αποδεκτά συμβατών) μη συγγενών δοτών, απαιτείται η ύπαρξη μεγάλου αριθμού εθελοντών.²⁸

Η καταγραφή εθελοντών δοτών ξεκίνησε τη δεκαετία του '70 στην Ολλανδία, τις ΗΠΑ και την Μεγάλη Βρετανία. Σε κάθε κράτος, οι καταγραφόμενοι εθελοντές συγκεντρώνονται σε ένα κεντρικό αρχείο που αποτελεί την Εθνική «Δεξαμενή» της χώρας. Σήμερα, υπάρχουν 58 «Δεξαμενές» δοτών σε 43 χώρες και 39 «Τράπεζες» φύλαξης μονάδων ομφαλοπλακουντιακού αίματος σε 21 χώρες.

Τα στοιχεία δοτών και μονάδων συγκεντρώνονται σε ένα Διεθνές Αρχείο, το οποίο έχει, σήμερα, καταγεγραμμένους περισσότερους από 11.000.000 εθελοντές (συμπεριλαμβανομένων 250.000 περίπου μονάδων ομφαλοπλακουντιακού αίματος). Όλες οι συνεργαζόμενες εθνικές «Δεξαμενές» έχουν πρόσβαση στο Διεθνές Αρχείο.

Η πραγματοποίηση των μεταμοσχεύσεων είναι αποτέλεσμα μιας πολύπλοκης διαδικασίας, η οποία διεκπεραιώνεται μέσα σε ένα διεθνώς οργανωμένο σύστημα. Στο σύστημα αυτό συνεργάζονται τα Αιματολογικά-Μεταμοσχευτικά Κέντρα που πραγματοποιούν τις μεταμοσχεύσεις, τα «Κέντρα Δοτών» που στρατολογούν τους εθελοντές, ελέγχουν τον ιστικό τύπο τους και διατηρούν εμπιστευτικά αρχεία γι' αυτούς και οι «Δεξαμενές Εθελοντών Δοτών Αιμοποιητικών Κυττάρων» που συντονίζουν τη διαδικασία αναζήτησης, διατηρώντας αρχεία με

τους ιστικούς τύπους των εθελοντών, προκειμένου να συγκρίνονται με τους ιστικούς τύπους των ασθενών για τους οποίους αναζητείται δότης. Στην όλη προσπάθεια ακολουθούνται κανόνες που καθορίζονται από Διεθνή Ένωση, την WMDA.²⁵

3.6.2 Διαδικασία μεταμόσχευσης μυελού των οστών

Στην περίπτωση του μυελού των οστών απαιτείται μεγάλη συμβατότητα, συνήθως πάνω από 90%, ώστε η μεταμόσχευση να έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Ο μυελός των οστών λαμβάνεται με αναρρόφηση μυελού από τα λαγόνια οστά της λεκάνης, συνήθως υπό γενική αναισθησία. Η διαδικασία είναι ανώδυνη για το λήπτη και οι παρενέργειες περιορίζονται σε αυτές της αναισθησίας.

Η μεταμόσχευση είναι μια πολύπλοκη διαδικασία με πολλούς κινδύνους, που σχετίζονται τόσο με τις κλασικές επιπλοκές της χειρουργικής επέμβασης, όσο και με τη δυσκολία αποδοχής του ξένου μοσχεύματος από τον οργανισμό του ασθενή.

Η απόρριψη του μοσχεύματος είναι η σοβαρότερη επιπλοκή που παρουσιάζεται κυρίως όταν η συμβατότητα δότη-λήπτη δεν είναι μεγάλη. Η απόρριψη μπορεί να διορθωθεί με δεύτερη μεταμόσχευση.²²

Επειδή ο μυελός των οστών για δύο έως έξι εβδομάδες δεν μπορεί να δημιουργήσει νέα κύτταρα του αίματος και η μετάγχιση δεν συνιστάται σε αυτό το στάδιο, ελλοχεύει ο κίνδυνος των λοιμώξεων, οι οποίες μπορούν να αποβούν πολύ επικίνδυνες ακόμη και για τη ζωή του ασθενή.

Οι αιμορραγίες παρατηρούνται σε περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η μετάγχιση επαρκών ποσοτήτων αιμοπεταλίων.

Οι τοξικές αντιδράσεις είναι αποτέλεσμα των υψηλών δόσεων χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας που λαμβάνει ο ασθενής πριν τη μεταμόσχευση.

Η μεταμόσχευση μυελού των οστών συνιστάται και έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα σε αρκετές καταστάσεις όπως είναι:

- η οξεία λευχαιμία
- οι χρόνιες λευχαιμίες (ιδίως η κοκκιοκυτταρική μορφή)
- το πολλαπλούν μύελωμα
- τα Hodgkin λεμφώματα
- τα μη-Hodgkin λεμφώματα
- οι συμπαγείς όγκοι παιδιών²²

Λήψη του μοσχεύματος

Η λήψη του μοσχεύματος από τον δότη γίνεται στο πλησιέστερο Μεταμοσχευτικό Κέντρο της περιοχής του και μεταφέρεται στο κέντρο που θα μεταμοσχευθεί ο λήπτης.

Αν η πηγή των προγονικών αιμοποιητικών κυττάρων που θα χρησιμοποιηθούν για έναν ασθενή είναι ο μυελός των οστών, τότε η λήψη τους γίνεται στο χειρουργείο από ειδικούς Αιματολόγους με παρακέντηση στα οστά της λεκάνης κάτω από γενική ή ραχιαία αναισθησία. Το ποσό του μυελού που συλλέγεται, αποτελεί το 5% περίπου του συνόλου του μυελού του δότη και αναγεννάται γρήγορα, χωρίς να επηρεάζεται τη γενική κατάστασή του. Ο δότης επιστρέφει στο σπίτι του την επομένη της λήψης και το μόνο σύμπτωμα που παρουσιάζει είναι ένας ελαφρός πόνος στο σημείο της παρακέντησης.²⁵

Εάν χρησιμοποιηθούν κύτταρα περιφερικού αίματος, τότε στο δότη χορηγούνται ειδικοί «αυξητικοί» παράγοντες που έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση των προγονικών αιμοποιητι-

κών κυττάρων και λίγες ημέρες αργότερα γίνεται η λήψη των κυττάρων με τρόπο παρόμοιο όπως της αιμοδοσίας (κυτταραφαίρεση).

Λίγους μήνες μετά την δωρεά του, ο δότης μπορεί, αν το επιθυμεί, να επανέλθει στο αρχείο των εθελοντών. Σε σπάνιες περιπτώσεις (ανεπαρκής εμφύτευση του μοσχεύματος), μπορεί να του ζητηθεί η λήψη επιπλέον ποσότητας κυττάρων (μυελού ή περιφερικού αίματος) για τον ίδιο ασθενή.

3.6.3 Επιπλοκές μεταμόσχευσης μυελού των οστών

Βραχυπρόθεσμες επιπλοκές

- καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος
- διαταραχές θρομβοκυτταροπενίας και αιμορραγίας
- αναιμία
- νόσος "μόσχευμα εναντίον του ξενιστή"
- ανισοζύγιο ηλεκτρολυτών/ νεφρική ανεπάρκεια
- ηπατική τοξικότητα/ φλεβοαποφρακτική νόσος
- μυκητίαση/ γαστροεντερική τοξικότητα
- ψυχολογικά και πνευματικά ζητήματα

Μακροπρόθεσμες επιπλοκές

- φυσικά συμπτώματα και περιορισμοί (κούραση, απώλεια δύναμης)
- γονιμότητα
- καταρράκτης
- δευτεροπαθείς κακοήθειες ^{22,25}

3.6.4 Η κατάσταση της μεταμόσχευσης μυελού των οστών στην Ελλάδα

Ελληνικά μεταμοσχευτικά κέντρα που έχουν διεθνή άδεια λειτουργίας για πραγματοποίηση μη συγγενικών μεταμοσχεύσεων μυελού των οστών λειτουργούν στα Νοσοκομεία «Ο Ευαγγελισμός» και «Η Αγία Σοφία» στην Αθήνα, στο Νοσοκομείο «Παπανικολάου» στη Θεσσαλονίκη και στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών στο Ρίο. Από τη δεκαετία του '80, λειτούργησαν δύο «Δεξαμενές» δοτών, μία στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη, στις οποίες αναφέρονταν οι εθελοντές που στρατολογούνται και τυποποιούνται σε 5 Κέντρα Δοτών. Από το τέλος του 2002, λειτουργεί μια κεντρική «Δεξαμενή» στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (EOM), ο οποίος συντονίζει όλες τις μεταμοσχεύσεις στη χώρα μας.

Οι καταχωρημένοι Έλληνες εθελοντές, στις 31/12/2006, ήταν 19.533, αριθμός που είναι εξαιρετικά μικρός αν αναλογιστεί κανείς τον συνεχώς αυξανόμενο αριθμό των ασθενών που χρειάζονται μεταμόσχευση. Μέχρι σήμερα, για το 95% των ασθενών που έχουν μεταμοσχευθεί, οι δότες προέρχονταν από «Δεξαμενές» του Εξωτερικού. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η αναζήτηση δοτών ανάμεσα σε άτομα με κοινή καταγωγή είναι αποτελεσματικότερη λόγω γενετικών ομοιοτήτων. Επομένως είναι επιτακτική η ανάγκη αύξησης των Ελλήνων δοτών προς όφελος των Ελλήνων ασθενών, αλλά και για την ουσιαστικότερη συμμετοχή της χώρας μας στη διεθνή προσπάθεια. ^{22,30}

3.7 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΜΦΑΛΟΠΛΑΚΟΥΝΤΙΑΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

Ομφαλοπλακουντιακό ονομάζεται το αίμα που παραμένει στον ομφάλιο λώρο και τον πλακούντα, αμέσως μετά τη γέννηση ενός παιδιού. Το ομφαλοπλακουντιακό αίμα, όπως ο μυελός των οστών, είναι πλούσιο σε πολυδύναμα προγονικά κύτταρα.

Τα πολυδύναμα προγονικά κύτταρα είναι τα δομικά στοιχεία των κυττάρων του αίματος και του ανοσιακού συστήματος, τα οποία ανευρίσκονται κυρίως στο μυελό των οστών, στο ομφαλοπλακουντιακό αίμα και σπανιότερα στην κυκλοφορία του αίματος. Τα πολυδύναμα προγονικά κύτταρα παράγουν όλες τις σειρές των κυττάρων του αίματος, δηλαδή των ερυθρών αιμοσφαιρίων, τα οποία μεταφέρουν το οξυγόνο στους ιστούς, των λευκών αιμοσφαιρίων, τα οποία καταπολεμούν τις λοιμώξεις και των αιμοπεταλίων, τα οποία βοηθούν στην πήξη του αίματος. Τελευταίες έρευνες καταδεικνύουν τη συμμετοχή τους στη δημιουργία και των άλλων κυτταρικών σειρών, όπως είναι αυτές του νευρικού συστήματος.^{22,30}

Τα πολυδύναμα προγονικά κύτταρα χρησιμοποιούνται κυρίως για μεταμοσχεύσεις σε ασθενείς με σοβαρά νοσήματα του αίματος, με σκοπό την επαναλειτουργία και αναγέννηση των κυττάρων του αίματος και του ανοσιακού συστήματος. Η μεταμόσχευση εφαρμόζεται μετά τη χορήγηση χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας στον ασθενή, ώστε να θανατωθούν τα καρκινικά κύτταρα και να ξεκινήσει η ανάπτυξη των νέων υγιών κυτταρικών σειρών.

Στην κλινική πράξη οι ασθένειες που αντιμετωπίζονται είναι κακοήθεις νόσοι, όπως λευχαιμίες, όγκοι του εγκεφάλου, των νεφρών, των όρχεων, ανωμαλίες του αίματος και αιμοσφαιρινοπάθειες, συγγενείς ανωμαλίες του μεταβολισμού αλλά και ανοσοανεπάρκειες.

Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα των πολυδύναμων προγονικών κυττάρων του ομφαλοπλακουντιακού αίματος, είναι ότι δεν απαιτούν μεγάλη συμβατότητα δότη-λήπτη, όπως συμβαίνει με τα αντίστοιχα κύτταρα του μυελού των οστών. Αυτό συμβαίνει διότι το ανοσιακό σύστημα των νεογέννητων είναι ανώριμο και έτσι οι επιπλοκές της μεταμόσχευσης είναι λιγότερες και η ανοχή του μοσχεύματος (δηλαδή των κυττάρων) μεγαλύτερη.³⁰

Η συμβατότητα δότη-λήπτη σε μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών θα πρέπει να είναι πολύ μεγάλη. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σε μια τυχαία οικογένεια η συμβατότητα μεταξύ των μελών είναι 25%, ενώ όσον αφορά στο ομφαλοπλακουντιακό αίμα μπορεί να είναι ακόμη και 50%. Επιπλέον, η λήψη μυελού των οστών είναι μια ακριβή διαδικασία, που απαιτεί χειρουργική επέμβαση με γενική αναισθησία, που μπορεί να είναι ιδιαίτερα επώδυνη. Οι ασθενείς, αντίθετα, που λαμβάνουν ομφαλοπλακουντιακό αίμα έχουν υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης, μικρότερη συχνότητα εμφάνισης επιπλοκών και καλύτερη ποιότητα ζωής. Τα στοιχεία αυτά κάνουν μικρότερο το συνολικό κόστος αυτής της μορφής μεταμόσχευσης, σε σχέση με τη συμβατική μεταμόσχευση μυελού οστών.²²

3.8 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι βάσεις της ορμονικής θεραπείας τέθηκαν στα τέλη του 19ου αιώνα, όπου ο Άγγλος γιατρός Thomas Beatson μελέτησε τη συσχέτιση των επιπέδων των οιστρογόνων ορμονών με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Οι μελέτες αυτές οδήγησαν στην παρασκευή ειδικών ορμονικών φαρμάκων, όπως η ταμοξιφένη, που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Σήμερα χρησιμοποιείται για τους ορμονοευαίσθητους όγκους όπως καρκίνος του προστάτη, καρκίνος του μαστού, καρκίνος του ενδομητρίου. Η ορμονοθεραπεία εφαρμόζεται συμπληρωματικά, σε συνδυασμό με άλλες συμβατικές μορφές θεραπείας.²⁵

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. Οι ορμόνες που χρησιμοποιούνται συνήθως στην ορμονική θεραπεία είναι τα οιστρογόνα στον καρκίνο του προστάτη, τα αντιοιστρογόνα και οι αναστολείς των αρωματασών στον καρκίνο του μαστού και τα ανδρογόνα στον καρκίνο του μαστού και της μήτρας.

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. Οι όγκοι που εξαρτώνται από ορμόνες για να αναπτυχθούν λέγονται ορμονοεξαρτώμενοι.

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.

Οι διαφορετικές 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.^{25,26}

Αναστολείς επινεφριδικών στεροειδών

Τα επινεφρίδια είναι μικροί αδένες που βρίσκονται πάνω από τους νεφρούς και παράγουν τις ορμόνες που λέγονται κορτικοστεροειδή. Όταν εμποδίζεται η παραγωγή των κορτικοστεροειδών, ο οργανισμός δεν δέχεται το σήμα που χρειάζεται για την παραγωγή άλλων ορμονών όπως τα οιστρογόνα, τα ανδρογόνα κ.ά. Στην κατηγορία αυτή ανήκει η μιτοτάνη (καρκίνος επινεφριδίων).

Ανδρογόνα

Είναι ορμόνες όπως η τεστοστερόνη και η ανδροστερόνη που παράγουν ή διεγείρουν την ανάπτυξη των χαρακτηριστικών του ανδρικού φύλου. Στις γυναίκες μπορεί να μετατραπούν σε οιστρογόνα. Στη θεραπεία του καρκίνου χορηγούνται για να αντισταθούν τη δράση των οιστρογόνων και έτσι να επιβραδύνουν την ανάπτυξή του. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η φλουοξυμεστερόνη (καρκίνος του μαστού), η τεστολακτόνη (καρκίνος του μαστού) και η τεστοστερόνη. Σήμερα, αυτή η ομάδα των φαρμάκων δεν χρησιμοποιείται ευρέως, κυρίως λόγω τοξικότητας.

Αντιανδρογόνα

Είναι ουσίες που εμποδίζουν τη δράση της τεστοστερόνης. Επειδή ο καρκίνος του προστάτη εξαρτάται από την τεστοστερόνη για να αναπτυχθεί, χορηγούνται για να τον καταπολεμήσουν. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η βικαλουταμίδη, η φλουταμίδη, η νιλουταμίδη και η κυπροτερόνη. Αντι-οιστρογόνα Τα φάρμακα αυτά εμποδίζουν την ορμόνη του γυναικείου φύλου, τα οιστρογόνα, να εισέλθουν στα καρκινικά κύτταρα, με συνέπεια αυτά να μην μπορούν να αναπτυχθούν και να πεθαίνουν. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η ταμοξιφαίνη (καρκίνος του μαστού), η τορεμιφαίνη (καρκίνος του μαστού και του προστάτη) και η φουλβεστράντη (καρκίνος του μαστού).

Ρυθμιστές του SERM - Selective Estrogen Response Modulators (Εκλεκτικοί τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων)

Ο όρος SERM περιγράφει φάρμακα που δρουν ως οιστρογόνα σε ορισμένα όργανα και ως αντι-οιστρογόνα σε ορισμένα άλλα. Στην κατηγορία αυτή ανήκει η ραλοξιφαίνη (καρκίνος του μαστού, καρκίνος της μήτρας). Αναστολείς της αρωματάσης Τα φάρμακα αυτά δεσμεύ-

ουν ένα ένζυμο που λέγεται αρωματάση (υπάρχει στους μυς, το δέρμα, τους μαστούς και στο σωματικό λίπος) και χρησιμοποιείται για να μετατρέψει τα ανδρογόνα σε οιστρογόνα. Όταν δεν υπάρχουν στο σώμα οιστρογόνα, οι καρκινικοί όγκοι του μαστού εξαρτώνται από την αρωματάση για να αναπτυχθούν. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η αναστραζόλη, η εξεμεστάνη, η λετροζόλη και η φορμεστάνη.

Οιστρογόνα

Η γυναικεία ορμόνη του φύλου. Χρησιμοποιείται για να αντικρούσει τη δράση των ανδρογόνων σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η διαιθυλστυλβεστρόλη, η εστραδιόλη, η πρεμαρίνη, η φωσφεστρόλη και η εστραμουστίνη.

Ανταγωνιστές της LHRH

Δρουν επηρεάζοντας την παραγωγή τεστοστερόνης στους άνδρες και την παραγωγή οιστρογόνων στις γυναίκες, με επακόλουθο να εμποδίζεται η ανάπτυξη ορμονοεξαρτώμενων καρκίνων. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η βουσερελίνη (καρκίνος του προστάτη), η γοσερελίνη (καρκίνος του προστάτη και του μαστού), η λευπρορελίνη (καρκίνος του προστάτη) και η τριπτορελίνη (καρκίνος του προστάτη).

Προγεστερινοειδή ή προγεσταγόνα

Αποτελούν χημική μορφή της γυναικείας ορμόνης, της προγεστερόνης, και δρουν εναντίον των οιστρογόνων. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η μεδροξυπρογεστερόνη (καρκίνος ενδομητρίου, καρκίνος μαστού, καρκίνος νεφρού), η μεγεστρόλη (καρκίνος μαστού, καρκίνος ενδομητρίου) και η υδροξυπρογεστερόνη (καρκίνος ενδομητρίου).

3.8.1 Επιπλοκές ορμονοθεραπείας^{22,25}

<i>Στις γυναίκες</i>	<i>Στους άνδρες</i>	<i>Κοινά</i>
αλλαγή στην ψυχική διάθεση -αύξηση βάρους -κολπική αιμορραγία - φαινόμενα ανδροποίησης (τρίχες στο στήθος και στο πρόσωπο, διακοπή της εμμήνου ρύσεως, συρρίκνωση μαστών)	εξάψεις -στεριότητα -αλλαγές στη σεξουαλικότητα - φαινόμενα θηλεοποίησης 1. αδυνάτισμα τριχών προσώπου 2. δέρμα προσώπου πιο απαλό 3. ανακατανομή λίπους στο σώμα 4. γυναικομαστία 5. ατροφία στους όρχεις και στο πέος	κατακράτηση υγρών - ακμή - υπερκαλιαιμία - ηπατικές διαταραχές - αυξημένος κίνδυνος για εμφάνιση εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης

3.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΛΕΙΖΕΡ

Το λέιζερ είναι μια ενισχυμένη δέσμη φωτός υψηλής ενέργειας, οι οποία μπορεί να εστιάσει με μεγάλη ακρίβεια σε πολύ μικρές περιοχές του σώματος, προκαλώντας εξάερωση και επομένως καταστροφή των καρκινικών ιστών. Η χρησιμότητα των ακτινών λέιζερ, είναι μεγάλη στη θεραπεία ορισμένων συμπτωμάτων του καρκίνου που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με τις κλασικές θεραπευτικές τεχνικές, όπως είναι οι αποφράξεις και οι αιμορραγίες.

Οι ακτίνες λέιζερ εφαρμόζονται με τη βοήθεια ενός εύκαμπτου σωλήνα, του ενδοσκοπίου, ο οποίος διέρχεται μέσα από κάποιο φυσικό άνοιγμα του σώματος ή μέσα από μικρή χειρουργική τομή. Το ενδοσκόπιο περιέχει σύστημα κατόπτρων ή ειδική κάμερα για τη μελέτη της προσβεβλημένης περιοχής, καθώς και συσκευή διοχέτευσης των ακτινών στους ιστούς.

Η θεραπεία με λέιζερ εφαρμόζεται κυρίως σε καρκίνους του δέρματος, του αναπνευστικού συστήματος, της γαστρεντερικής οδού και του τραχήλου της μήτρας. Τις περισσότερες φορές, όμως, χρησιμοποιούνται για να διατηρηθούν ανοιχτοί σημαντικοί οδοί του σώματος, όπως είναι ο οισοφάγος για την κατάποση, η τραχεία για την αναπνοή ή το παχύ έντερο για την αποβολή των κοπράνων. Η θεραπεία με λέιζερ δεν αντικαθιστά τις κλασικές θεραπευτικές τεχνικές αλλά τις συμπληρώνει σε σημεία που δεν έχουν θετικό αποτέλεσμα, όπως είναι περιπτώσεις προχωρημένης ηλικίας του ασθενή ή συνύπαρξης του καρκίνου με σοβαρά καρδιακά ή αναπνευστικά προβλήματα.²⁵

Τα μειονεκτήματα των καρκίνων λέιζερ είναι :

- είναι αποτελεσματικές σε λίγες μόνο περιπτώσεις καρκίνου
- τα αποτελέσματα τους έχουν συνήθως μικρή διάρκεια
- υπάρχουν τεχνικοί περιορισμοί στην εφαρμογή τους σε εσωτερικά σημεία του οργανισμού
- εφαρμόζονται μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα, από ειδικούς ενδοσκόπους
- η αφαίρεση του όγκου με λέιζερ μπορεί, σε αντίθεση με τη συμβατική χειρουργική, να μην είναι πλήρης, με αποτέλεσμα την παραμονή καρκινικών κυττάρων στο προσβεβλημένο σημείο.

3.10 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΠΕΡΘΕΡΜΙΑ

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. Οι πρώτες παρατηρήσεις για την αποτελεσματικότητα της υπερθερμίας ανάγονται γύρω στο 1800.

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 μέθοδος διαφέρει από το θερμοκαυτηριασμό και τη χειρουργική διαθερμία όσον αφορά τον τρόπο δράσης:^{2,22}

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 αυτόλυση των κυττάρων και στην αδυναμία πολλαπλασιασμού τους. Υπάρχουν αρκετές διαφορετικές κλινικές μέθοδοι εφαρμογής της Υπερθερμίας, οι οποίες είναι οι εξής:

- **Επιφανειακή:** Τοπική υπερθερμία όπου επιτυγχάνεται εξωτερική θέρμανση όγκων σε βάθος ως και 4 cm από την επιφάνεια του δέρματος. Οι επιφανειακοί όγκοι θερμαίνονται από 42°C – 45°C με ελάχιστη βλάβη στους υγιείς ιστούς. Έχουν αναπτυχθεί διάφορες τεχνολογίες, όπως ηλεκτρομαγνητική και υπερηχητική, οι οποίες εναποθέτουν θερμότητα στην περιοχή προς θεραπεία.
- **Ενδοκοιλιακή:** εκμετάλλευση των φυσιολογικών κοιλιοτήτων του ανθρώπινου σώματος (ορθό, οισοφάγος, κόλπος/τράχηλος μήτρας) για θέρμανση παρακείμενων όγκων.

- Εν τω βάθει: Εξωτερική θέρμανση όγκων σε βάθος άνω των 4 cm από την επιφάνεια του δέρματος.
- Ενδοϊστική: Μέθοδος για θέρμανση όγκων με τη χρήση ειδικών κεραιών-εφαρμογών που εισέρχονται μέσω καθετήρων στον υπό θέρμανση όγκο.
- Ολόσωμη: Επειδή αντιμετωπίζει τον καρκίνο ως μια συστηματική ασθένεια, έχει την μεγαλύτερη δυνατότητα να θεραπεύσει με επιτυχία την ασθένεια όταν συνδυαστεί με άλλες θεραπευτικές μεθόδους. Για την ολόσωμη υπερθερμία έχουν χρησιμοποιηθεί αρκετές μέθοδοι. Το κοινό χαρακτηριστικό τους είναι ότι προσφέρεται ενέργεια στο σώμα ενώ ταυτόχρονα ελαχιστοποιούνται οι απώλειες ενέργειας. Η αύξηση της θερμοκρασίας συνήθως περιορίζεται στους 41.8°C - 42°C. Η τοξικότητα της θεραπείας εξαρτάται από τη διαδικασία που πραγματοποιείται.²⁷
- Διεγχειρητική: Κατά τη διάρκεια χειρουργείου σε άμεση επαφή με τον καρκινικό ιστό τοποθετείται ο υπερθερμικός ακτινοβολητής ο οποίος και επάγει θέρμανση για 1 ώρα διεγχειρητικά.
- Υπερθερμική διάχυση (perfusion): Πρόκειται για θέρμανση αίματος με εξωσωματική κυκλοφορία κυρίως για μελανώματα και σαρκώματα άκρων, σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία συνήθως με TNF.

Οι δύο τελευταίες μέθοδοι αποτελούν χειρουργικές τεχνικές και γίνονται σε εξειδικευμένα κέντρα, η ολοσωματική αφορά πολλές ειδικότητες (παθολόγους ογκολόγους, χειρουργούς, εντατικολόγους, αναισθησιολόγους, ακτινοθεραπευτές) ενώ οι υπόλοιπες μέθοδοι αποτελούν αμιγώς γνωστικό αντικείμενο της ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας.

Είναι αναγνωρισμένο ότι η υπερθερμία έχει μεγαλύτερο όφελος όταν συνδυάζεται με κάποια άλλη θεραπευτική μέθοδο όπως η χημειοθεραπεία ή η ακτινοθεραπεία. Έχει αποδειχτεί τόσο σε μελέτες *in vitro* αλλά και *in vivo* ότι η θερμότητα ευνοεί τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας σε όλους τους κυτταρικούς τύπους και ιστούς. Αυτή η αλληλεπίδραση της ακτινοβολίας με τη θερμότητα στηρίζεται σε μεγάλο αριθμό παραγόντων και συμπληρωματικών μηχανισμών δράσης όπως επιδιόρθωση των βλαβών του DNA, ευαισθησία ανάλογα με τη φάση του κυτταρικού κύκλου και υποξία.

Επιπρόσθετα η υπερθερμία επηρεάζει την αιματική ροή του όγκου με αποτέλεσμα την οξυγόνωσή του ευνοώντας με αυτό τον τρόπο την ανταπόκρισή του στην ακτινοθεραπεία.

Διαφορές της ακτινοθεραπείας και υπερθερμίας οι οποίες καθιστούν τις δυο θεραπείες συμπληρωματικές:

- Τα καρκινικά υποξικά και ατελώς διατρεφόμενα ακτινοάντοχα κύτταρα είναι πιο θερμοευαίσθητα.
- Το χαμηλό εξωκυττάριο pH στο μικροπεριβάλλον του όγκου μέσω των ελευθέρων ριζών δεν ευνοεί την τοξικότητα της ακτινοθεραπείας ενώ ευνοεί την τοξικότητα της υπερθερμίας.
- Η ακτινοθεραπεία δρα στις φάσεις G/M που είναι οι πιο θερμοάντοχες ενώ η υπερθερμία δρα στη φάση S που είναι η πιο ακτινοάντοχη.
- Το υποξικό κέντρο του όγκου, που είναι η πιο ακτινοάντοχος περιοχή, αποτελεί λόγω της χαμηλής αιμάτωσης άριστο στόχο της υπερθερμίας με την αύξηση της θερμοκρασίας σε τοξικά επίπεδα.
- Με την ιονίζουσα ακτινοβολία δεν παρατηρείται καμία μεταβολή αιματικής ροής στους ιστούς. Με την υπερθερμία η αιματική ροή στα αγγεία του όγκου δεν αυξάνεται όταν αυτός θερμαίνεται σε αντίθεση με τους γύρω φυσιολογικούς ιστούς. Έτσι θερμαίνεται εκλεκτικά ο καρκινικός ιστός, ενώ η αύξηση της ροής αίματος στους φυσιολογικούς ιστούς απάγει τη θερμότητα.^{22,27,28}

Η υπερθερμία πραγματοποιείται με τη χρήση μικροκυμάτων, ραδιοσυχνοτήτων, υπερήχων, υπέρυθρης ακτινοβολίας και γίνεται ως εξής:

α) κατά τη διάρκεια ακτινοθεραπείας 2 φορές την εβδομάδα με μεσοδιάστημα 2-3 ημερών, για 1 ώρα, 1-3 ώρες μετά την συνεδρία ακτινοβολήσης. Έτσι σε σχήμα 6 εβδομάδων ακτινοβολήσης, η υπερθερμία μπορεί να γίνει σε 12 συνεδρίες.

β) κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας 12-15 ώρες μετά τη συνεδρία χημειοθεραπείας. Έτσι σε σχήμα με 6 κύκλους 20 ημερών, η υπερθερμία μπορεί να γίνει σε 6 κύκλους.

Εφαρμόζεται με βάση κατευθυντήριες γραμμές σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία η/και χημειοθεραπεία στις εξής περιπτώσεις:

- Επιφανειακοί όγκοι μέχρι 4 cm βάθος,
- υποτροπές σε επιφανειακούς λεμφαδένες και στο δέρμα,
- μελανώματα δερματικά,
- σαρκώματα μαλακών μορίων,
- εκτεταμένοι καρκίνοι πυέλου (ουροδόχος κύστη, γυναικολογικός καρκίνος),
- μεταστατικοί καρκίνοι στο ήπαρ η στο περιτόναιο,
- πρωτοπαθείς όγκοι εγκεφάλου,
- περιοχές με υποτροπή σε επανακτινοβολήση

Στη μεγάλη πλειονότητα των μελετών φαίνεται ότι η υπερθερμία έχει σημαντική επαύξηση στο θεραπευτικό κέρδος της ακτινοθεραπείας η/και της χημειοθεραπείας. Οι παρενέργειες της υπερθερμίας με τα μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας είναι ελάχιστες και αφορούν συνήθως ερύθημα δέρματος ή αίσθημα καύσου εσωτερικά ή σε κάποιες περιπτώσεις ήπιο άλγος.

Το ερύθημα αντιμετωπίζεται με ειδικές δερματικές κρέμες ενώ το άλγος με απλή χορήγηση παυσίπονου (συνήθως παρακεταμόλη). Ο ασθενής πρέπει να προσέχει την έκθεση στον ήλιο, και την περίπτωση εμπύρετου. Επίσης είναι σημαντικό να αναφερθεί η πιθανή αλληλεπίδραση της μη-ιοντίζουσας ακτινοβολίας με σιδηρομαγνητικά ή παραμαγνητικά υλικά στο ανθρώπινο σώματα ενώ η έκθεση απευθείας στα μάτια πρέπει να αποφεύγεται. Η έκθεση σε μη-ιοντίζουσα ακτινοβολία δεν έχει επίπτωση σε εγκυμονούσα. Συνδυάζεται με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Δεν δίνεται σαν μονοθεραπεία.^{9,28,29}

Η επιφανειακή, η εν τω βάθει, η περιοχική και η ενδοκοιλιακή υπερθερμία αφορούν αμιγώς γνωστικά αντικείμενα ακτινοθεραπευτή ογκολόγου. Η ολοσωματική εμπλέκει και άλλες ειδικότητες όπως παθολόγους ογκολόγους, αναισθησιολόγους κ.λ.π.

Η διεγχειρητική καθώς και η διάχυσης (perfusion) αφορά περισσότερο χειρουργικές ειδικότητες. Συνεπώς η επιφανειακή, η εν τω βάθει, η περιοχική και η ενδοκοιλιακή μπορούν να γίνουν και σε απλά Ιατρεία με το δεδομένο ότι δεν χρειάζεται και ειδική υποδομή ή ειδική θωράκιση όπως η κλασική ακτινοθεραπεία που χρησιμοποιεί ιοντίζουσα δέσμη. Αντιθέτως η ολοσωματική, η διεγχειρητική και η διάχυση απαιτούν υποδομή κλινικής η Νοσοκομείου.

3.11 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΚΡΥΟΠΗΞΙΑ

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*.²²

3.12 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΑΓΓΕΙΟΓΕΝΕΣΗΣ

Αγγειογένεση ονομάζεται η διαδικασία δημιουργίας νέων αγγείων για την τροφοδοσία ιστών ή οργάνων. Στην περίπτωση των καρκινικών ιστών, η αγγειογένεση εξασφαλίζει την αυτονομία των καρκινικών κυττάρων και επομένως την περαιτέρω ανάπτυξη και εξάπλωσή τους.

Η θεραπεία αντιαγγειογένεσης χρησιμοποιεί φάρμακα ή άλλες ουσίες με στόχο να εμποδίσει την ανάπτυξη νέων αγγείων στους καρκινικούς ιστούς. Με τον τρόπο αυτό ο όγκος είναι δυνατόν να συρρικνωθεί και να εμποδιστεί η επέκτασή του σε γειτονικά ή σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος.²²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο



**Η συμβολή του νοσηλευτή στην
ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο**

4.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

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 ογκολογικά ζητήματα των επαγγελματιών υγείας. Στα πλαίσια αυτών των οδηγιών η Ευρωπαϊκή Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία το 1989 κατάρτισε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για εξειδίκευση στη νοσηλευτική ογκολογία το οποίο έτυχε ευρείας αποδοχής από πολλές χώρες της Ευρώπης. Στην χώρα μας λειτούργησε τέτοιο πρόγραμμα στο τμήμα νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλευτής/τρια είναι πλέον αναγκαιότητα και για να αντεπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται.⁵⁴

- Δεξιοτεχνία.
- 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.

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: **Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους.**^{54,55}

Οι νοσηλευτές σε όλο το φάσμα διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση - τελικό στάδιο είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό - θεραπευτική ομάδα και ασθενή οφείλει όμως να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να ανταπεξέλθει στο ρόλο του κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα.

Πιο αναλυτικά, το κοινωνικό έργο που καλούνται να επιτελέσουν οι νοσηλευτές στο δύσκολο δρόμο που καλείται να διανύσει κάθε άνθρωπος αντιμέτωπος με τον καρκίνο σε όλα τα βήματα της πορείας του:

Εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Η εκπαίδευση του καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο.

Από αυτούς απαιτείται δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης, ειλικρινούς επαφής. Ανεξάρτητα με αυτό σκοπός του νοσηλευτή είναι η δημιουργία κλίματος τέτοιου ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει την μάχη του με τον καρκίνο.

Απαιτείται μια πρώτη ξενάγηση στο χώρο, μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για τη διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου. Βέβαια η πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται από τον γιατρό και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά.⁵⁶

Θεραπεία

Η αντιμετώπιση της νόσου γίνεται με χημειοθεραπεία μόνη ή σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία.^{54,57}

- Ενημέρωση, για την αναγκαιότητα της θεραπείας, για τα φάρμακα και τον τρόπο δράσης τους, για τις παρενέργειες, για την διάρκεια χημειοθεραπείας και κάθε πόσο πρέπει να επαναλαμβάνεται.
- Ασφαλής χορήγηση των χημειοθεραπευτικών προφύλαξη από την εξαγγελίωση των φαρμάκων.
- Παρακολούθηση για έγκαιρη ανακάλυψη των πιθανών επιπτώσεων της θεραπείας.
- Παρότρυνση για καλή συνεργασία στην εφαρμογή δύσκολα αποδεκτών αντικαρκινικών θεραπειών.
- Ενημέρωση για εισαγωγή ασθενών σε κλινικές μελέτες.
- Υποστήριξη των ασθενών και συγγενών με συνομιλία για καθημερινά θέματα.
- Παρότρυνση συγγενών και άλλων ατόμων του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ασθενούς για συμμετοχή σε προγράμματα πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης.
- Ενημέρωση για το τι πρόκειται να συμβεί προεγχειρητικά - διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά έτσι ώστε να έχει ο ασθενής υψηλό ηθικό και να προληφθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να αναγνωρίζει και να αξιολογεί διάφορα συμπτώματα π.χ. τάση προς έμετο, δυσκολία κίνησης κάποιου μέλους.
- Εκμάθηση για χρησιμότητα και αναγκαιότητα καθετήρων όπως Levin Folley, παροχετεύσεων, κολοστομίας, κ.ά.
- Τη σημασία της σωστής θέσης του ασθενή στην θεραπευτική κλίνη κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας.
- Την παραμονή στο χώρο εκπομπής ακτινοβολίας μόνο του ασθενή αλλά την ύπαρξη συστήματος παρακολούθησης.
- Την παραμονή του στο περιβάλλον του. Οι θεραπευτικές δόσεις που δέχεται δεν είναι επικίνδυνες για τους γύρω.
- Το σχεδιασμένο πεδίο στο δέρμα του με μελάνι (είναι σημαντικό να μη σβηστούν τα σημεία κατά τη Rx) ^{57,58}

Ψυχολογική στήριξη προ και μετά της θεραπείας

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση και στον τομέα: αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλασματος κατάσταση σωματικής - ψυχικής - κοινωνικής υγείας. Μια αναγκαιότητα που προέκυψε μετά την επίτευξη υψηλών ποσοστών υφέσεων και μεγάλων μεσοδιαστημάτων ελεύθερα νόσου. Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή/τριας 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 επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής είναι: ⁵⁹

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

Οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι ικανοί να συμβάλουν στην ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο με το: ^{59,60}

- Να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου.

- Να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράση, 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

60

4.2 ΡΟΛΟΙ ΤΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Η αποτελεσματική ανταπόκριση στις αυξημένες απαιτήσεις διαχείρισης των ασθενών με προχωρημένη νόσο και η παροχή ποιοτικής φροντίδας, προϋποθέτουν νοσηλευτές με εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες στην ογκολογική νοσηλευτική, δεξιότητες αποτελεσματικής επικοινωνίας, συνεργατικότητα με άλλους επαγγελματίες υγείας, ικανότητα προσαρμογής στο στρεσογόνο ογκολογικό περιβάλλον και διαχείρισης θεμάτων υγιεινής και ασφάλειας. Επίσης απαιτούνται εκπαιδευτικές και ερευνητικές δεξιότητες.

Οι νοσηλευτές αξιολογούν ολιστικά τον ασθενή και την οικογένεια του, τους εκπαιδεύουν και τους υποστηρίζουν ψυχολογικά, παρέχουν σωματική φροντίδα και διαχειρίζονται ικανοποιητικά τα συμπτώματα τους. Λειτουργούν ως συνήγοροι των ασθενών, είναι σύμβουλοι, συντονιστές φροντίδας, μάνατζερ, μέντορες νέων νοσηλευτών. Εργάζονται ομαδικά ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας και έχουν διοικητικές αρμοδιότητες. Ο πολυδιάστατος ρόλος τους επηρεάζεται από τον τύπο και τη βαρύτητα του καρκίνου, την ηλικία των ογκολογικών ασθενών, τον χώρο εργασίας και τη βασική θεραπευτική αγωγή που παρέχεται.^{54,60}

Επίσης ποικίλει ανάλογα με την εξειδίκευση τους στο χώρο εργασίας. Σύμφωνα με αυτή, οι νοσηλευτές ταξινομούνται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- Κλινικοί νοσηλευτές, η πλειοψηφία των οποίων εργάζεται στα νοσηλευτικά τμήματα σε 24ωρη βάση, προσφέροντας βασική ογκολογική φροντίδα, χωρίς να έχουν λάβει απαραίτητα εξειδικευμένη ογκολογική εκπαίδευση
- Εξειδικευμένοι κλινικοί ογκολογικοί νοσηλευτές, η εργασία των οποίων είναι συνήθως συνδυασμός τεσσάρων στοιχείων: κλινικής πρακτικής, συμβουλευτικής, εκπαίδευσης και έρευνας. Μπορεί να είναι εξειδικευμένοι στη φροντίδα και την υποστήριξη ασθενών με συχνά συμπτώματα, όπως ο πόνος και η ναυτία -έμετος, σε ειδικές καταστάσεις, όπως είναι η φροντίδα κολοστομιών και η χορήγηση φαρμάκων με φορητές αντλίες ή σε συγκεκριμένους καρκίνους, όπως είναι ο καρκίνος μαστού και προστάτη.⁵⁶
- Νοσηλευτές-ερευνητές που ασχολούνται με τη διεξαγωγή κλινικών ερευνών και τη βελτίωση της φροντίδας μέσω της έρευνας.

4.3 ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

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 ακολου-

θούν 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,^{57,58} 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.⁵⁷

4.3.1 ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Για να διαχειριστούν τη νόσο και τα συνοδά προβλήματα που προκαλεί, οι ασθενείς με προχωρημένη νόσο απαιτείται να έχουν ακριβείς πληροφορίες που σχετίζονται με την κατάσταση τους και τις οποίες κρίνουν ως σημαντικές κατά το χρόνο αναφοράς. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία επιθυμούν να γνωρίζουν όλη την αλήθεια για τη νόσο, αλλά οι νοσηλευτές πρέπει να αναγνωρίζουν και να σέβονται τυχόν επιθυμία τους να διατηρηθεί κάποια ασάφεια σχετικά με το μέλλον, ειδικά για λεπτομέρειες που αφορούν την τελική πρόγνωση. Στη διαδικασία αυτή, το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει κεντρικό ρόλο, λόγω της συνεχούς και άμεσης επαφής με τους ασθενείς σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας. Δημιουργεί την κατάλληλη υποδομή για την ανάπτυξη συναισθηματικής επαφής και θεραπευτικής σχέσης και εστιάζει καλύτερα σε ανάγκες και επιθυμίες, στα ογκολογικά τμήματα.⁶⁰

Οι ασθενείς συνήθως αναζητούν πληροφορίες μέσω της συζήτησης και οι νοσηλευτές κατά την εξατομικευμένη αξιολόγηση και πριν την ενημέρωσή τους, πρέπει να εκτιμούν τους παράγοντες που μπορεί να την επηρεάζουν. Τέτοιοι παράγοντες είναι η ένταση της θεραπείας, η ηλικία του ατόμου, οι προηγούμενες εμπειρίες του, το είδος του καρκίνου, ο βαθμός της ανικανότητας που προκαλεί, η παρουσία φροντιστών, η κοινωνική τους υποστήριξη, κ.ά. Η αποτελεσματική αλληλεπίδραση και η πληροφόρηση που πραγματοποιείται με άμεση επαφή ή και μέσω τηλεφώνου για τους εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, απαιτεί δεξιότητες λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, συχνά αφορά σε θέματα αυτοφροντίδας, διαχείρισης της καθημερινότητας, ερωτήσεις για τις πιθανότητες εξέλιξης της νόσου ή τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, ενώ εκτιμά και το ποσοστό συμμετοχής τους στη λήψη αποφάσεων.^{56,58} Συμβάλλει στη δημιουργία ρεαλιστικών προσδοκιών, στη συμμόρφωση στη θεραπεία, στη διεύθυνση κοινωνικοοικονομικών θεμάτων, στην έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση συμπτωμάτων και παρενεργειών, διευκολύνει τη συμμετοχή τους σε κλινικές μελέτες και ελαττώνει τις άσκοπες εισαγωγές στα νοσοκομεία και ειδικά σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Παρατηρείται μείωση του άγχους και του φόβου για το θάνατο, αναπτύσσεται αίσθημα ελέγχου στην ασθένεια και ενισχύεται η ελπίδα, η οποία αποτελεί το πιο σημαντικό στοιχείο της προσαρμογής τους στη νόσο. Διαπιστώνεται επίσης καλύτερη ανταπόκριση στο θρήνο, στο πένθος καθώς και βελτίωση στην ποιότητα ζωής της οικογένειας του ασθενή.^{61,63}

Οι επαγγελματίες υγείας αρκετές φορές αναφέρουν δυσκολία στην ανακοίνωση δυσάρεστων νέων, ειδικά όταν η συζήτηση αφορά σε θέματα του τέλους της ζωής. Θεωρούν ότι δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι, εμφανίζουν έντονο στρες, δέχονται πιέσεις από την οικογένεια να μην πουν όλη την αλήθεια ή δεν θέλουν να εμπλακούν με τις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών και την αρνητική επίδραση που θα είχε η ενημέρωσή τους.⁶⁴ Έρευνα των Zhang et al., διαπίστωσε ότι μόνο το 31% των ασθενών είχε συζητήσει με τον ιατρό τους για θέματα που σχετίζονταν με τη φροντίδα που αφορούσε στο τέλος της ζωής του ατόμου, παρά το γεγονός ότι τέτοιες συζητήσεις συνέβαλλαν στη μείωση του κόστους νοσηλείας τις τελευταίες ημέρες της ζωής τους. Επίσης υψηλότερα έξοδα συσχετίστηκαν με χειρότερες συνθήκες θανάτου.

4.4 ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

Η διεπιστημονική ομάδα αποτελείται από ένα σύνολο επαγγελματιών υγείας διαφορετικών επιστημονικών πεδίων, που ο καθένας παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες στους ασθενείς, με σκοπό την εξασφάλιση ποιοτικής φροντίδας και υποστήριξης για την ικανοποίηση των αναγκών υγείας τους. Απαιτεί συνεργασία, συντονισμένη προσπάθεια, αμοιβαία εμπιστοσύνη, αναγνώριση και σεβασμό μεταξύ των μελών της ομάδας, λήψη συλλογικών αποφάσεων και ανοικτό διάλογο με όλους τους συμμετέχοντες στην ομάδα. Η δυνατότητα των νοσηλευτών να παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα σε ασθενείς με καρκίνο συναντά συχνά δυσκολίες που σχετίζεται με την αποδοχή τους από το ιατρικό προσωπικό. Η οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης και η θέσπιση ορίων στο ρόλο κάθε επαγγελματία υγείας, μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να ξεπεραστούν αρκετά εμπόδια.⁶⁵

Η αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας υγείας έχει σημαντικά οφέλη για τους ασθενείς, τους νοσηλευτές αλλά και τους υπόλοιπους συμμετέχοντες στην ομάδα. Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα αυτής της συνεργασίας είναι:

- Αυξάνεται το αίσθημα ασφαλείας των νοσηλευτών, επειδή η ομάδα δημιουργεί επιπρόσθετους μηχανισμούς για την αποφυγή λαθών με την παρακολούθηση και συχνό επανέλεγχο μιας απόφασης.
- Ελαττώνεται, τις περισσότερες φορές, το άγχος των ασθενών επειδή αντιλαμβάνονται ότι η θεραπεία τους βασίζεται στη γνώμη πολλών ειδικών.
- Εξασφαλίζεται η συνέχεια στη φροντίδα και ενισχύεται η συμμετοχή στην εφαρμογή των πρωτοκόλλων.
- Βελτιώνεται η επικοινωνία της ομάδας μέσα από τις τακτικές συναντήσεις, όπου όλοι έχουν ευκαιρίες να μιλήσουν.
- Βελτιώνεται η λήψη αποτελεσματικών μέτρων προστασίας από την ομάδα, όταν το στρες και η συναισθηματική φόρτιση από τις οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στην καθημερινή τους κλινική πρακτική, υπερβαίνουν τα ψυχικά αποθέματα ενός μέλους.⁶⁵

4.5 ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ

Οι νοσηλευτές που εργάζονται στα ογκολογικά τμήματα δέχονται μεγάλη επιβάρυνση εξαιτίας της μακροχρόνιας έκθεσης σε στρεσογόνους παράγοντες, φροντίζοντας μεγάλο αριθμό χρονίων ασθενών με ποικίλα και επιδεινούμενα προβλήματα υγείας. Η κατάσταση επιβαρύνεται από το μειωμένο προσωπικό, τις επαναλαμβανόμενες νοσηλείες των ασθενών, το συναισθηματικό δεσμό που μπορεί να αναπτυχθεί μεταξύ νοσηλευτών -ασθενών, τις μη ρεαλιστικές προσδοκίες των ασθενών, τη χρήση νέων τεχνολογιών, την ανεπαρκή εκπαίδευση των νοσηλευτών, τα προβλήματα με την υπηρεσία, τις έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις των

συγγενών που συμπάσχουν ή θρηγούν και του αυξημένου αριθμού θανάτων που παρατηρείται στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών.⁶⁶

Αρκετοί νοσηλευτές βιώνουν αίσθημα ανημποριάς και στενοχώριας λόγω αδυναμίας να βοηθήσουν τους ασθενείς και να διαπραγματευτούν αποτελεσματικά την αντίφαση μεταξύ του να κάνουν ό,τι είναι νοσηλευτικά δυνατό για να αντιμετωπίσουν τη νόσο και παράλληλα να τους προετοιμάσουν για το τελικό στάδιο της ζωής τους και ένα ήρεμο θάνατο. Η συναισθηματική φόρτιση είναι ιδιαίτερα έντονη όταν αφορά νοσηλεία παιδιών με καρκίνο, με τους νοσηλευτές να βιώνουν αντιληπτική ανεπάρκεια στη διαχείριση τέτοιων καταστάσεων και αδυναμία υποστήριξης και ανακούφισης των ατόμων αυτών, με αποτέλεσμα αισθήματα ενοχής, θυμού και φόβου. Οι αντιδράσεις τους και η φροντίδα στους ασθενείς, συχνά φαίνεται να επηρεάζεται από τα προσωπικά τους βιώματα και τις πεποιθήσεις τους για τον καρκίνο. Έτσι, στην προσπάθειά τους να ισορροπήσουν ανάμεσα στην «προστασία» του εαυτού τους και σ' ένα προσωπο-κεντρικό μοντέλο φροντίδας, οδηγούνται μερικές φορές στη σωματική και συναισθηματική εξάντληση ή/και στην αποπροσωποποίηση. Αυτή είναι πιο έντονη σε νέους και μεγάλους σε ηλικία νοσηλευτές και εκδηλώνεται με σωματικά ενοχλήματα, μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία, χαμηλή παραγωγικότητα, αύξηση των λαθών, κακή κρίση, επιβράδυνση έναρξης της αγωγής, προβλήματα συνεργασίας με ιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό και ασθενείς, ενώ παράλληλα μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.^{57,66}

Προκειμένου να ανταποκριθούν στο ρόλο αυτό, απαιτείται ανάπτυξη ατομικών στρατηγικών προσαρμογής και η βοήθεια ομάδων υποστήριξης. Η υποστήριξη από συναδέλφους, προϊστάμενους και άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, η εποπτεία από ψυχολόγο, η εξασφάλιση του απαραίτητου προσωπικού και η βελτίωση της λειτουργίας του οργανισμού αποτελούν σημαντικούς παράγοντες προς αυτήν την κατεύθυνση.

4.6 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΘΕΜΑΤΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Οι ογκολογικοί νοσηλευτές εκτίθενται σε περισσότερους επικίνδυνους παράγοντες για την υγεία τους σε σχέση με νοσηλευτές άλλων τμημάτων. Οι χημικές ουσίες, κυρίως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα (ΧΜΘ), η ακτινοβολία, η καταπόνηση από την εργασία, καθώς και ο αυξημένος κίνδυνος ατυχημάτων απαιτούν τη λήψη αποτελεσματικών μέτρων προστασίας. Τέτοια μέτρα μπορεί να σχετίζονται με:

- τον ασφαλή σχεδιασμό, την εφαρμογή και την παρακολούθηση υπηρεσιών που αφορούν στη χορήγηση των ΧΜΘ φαρμάκων για τη μείωση του κινδύνου έκθεσης του προσωπικού και των ασθενών. Σε αυτά περιλαμβάνονται η προετοιμασία των φαρμάκων σε χώρους με συγκεκριμένες προδιαγραφές, η χρήση ειδικού εξοπλισμού και ενδυμασίας, η αντιμετώπιση τυχαίας διασποράς τους στο χώρο, η εφαρμογή καθορισμένης διαδικασίας, η υιοθέτηση πρωτοκόλλων αντιμετώπισης επιπλοκών κατά τη χορήγηση τους στους ασθενείς, όπως οι αλλεργικές αντιδράσεις και η εξαγγείωση και τέλος, η ασφαλής απομάκρυνση τους από το νοσηλευτικό τμήμα.^{24,38,57} Ανησυχία για τα προβλήματα της ασφαλούς χορήγησης της χημειοθεραπείας ανέδειξε έρευνα στην Αγγλία που διερεύνησε τη φροντίδα ασθενών που πέθαναν σε διάστημα τριάντα ημερών μετά από χημειοθεραπεία. Διαπιστώθηκε ότι η φροντίδα θεωρήθηκε ικανοποιητική μόνο στο 35% των περιπτώσεων, με δυνατότητα βελτίωσης στο 49% και μη ικανοποιητική στο 8% των περιπτώσεων, ενώ σε ποσοστό 8% δεν υπήρχαν διαθέσιμα επαρκή στοιχεία.^{56,66}
- την ασφάλεια του προσωπικού και των ασθενών κατά την ακτινοθεραπεία.

- την πρόληψη εμφάνισης σωματικών προβλημάτων (μυοσκελετική καταπόνηση, προβλήματα με εγκυμοσύνη, γαστρεντερικές διαταραχές) συναισθηματικής εξάντλησης (αίσθημα ανεπάρκειας, κλάμα, έντονο άγχος κ.ά) και ατυχημάτων (π.χ. πτώσεις) στο χώρο εργασίας.

4.7 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Ο σχεδιασμός των εκπαιδευτικών προγραμμάτων προϋποθέτει καθορισμό των εκπαιδευτικών αναγκών ασθενών, φροντιστών, νοσηλευτών, υποστηρικτικών ομάδων, καθώς και του βοηθητικού προσωπικού της κλινικής (τι ξέρουν; τι θέλουν να μάθουν; σε τι χρόνο, ποια έκταση και από ποιον θα λάβουν τις πληροφορίες;). Ακολουθείται από την εφαρμογή γραπτών και προφορικών προγραμμάτων, που εστιάζονται στις ανάγκες των επιμορφούμενων και προέρχονται από αξιόπιστες πηγές, στοχεύοντας στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.^{54,57,60}

Η εκπαίδευση των ασθενών βοηθάει κυρίως στην κατανόηση των επιστημονικών όρων, στην επιλογή αποφάσεων μετά από σωστή ενημέρωση, στην αποτελεσματικότερη διαχείριση των συμπτωμάτων και έχει ως αποτέλεσμα καλύτερα ποσοστά επιβίωσης και μεγαλύτερη ικανοποίηση. Οι ασθενείς με προχωρημένη νόσο μετά την παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων παρουσιάζουν επίσης καλύτερη προσαρμογή στη νόσο, μειωμένο άγχος και κατάθλιψη, καλύτερα αποτελέσματα μετά από χειρουργική επέμβαση, μικρότερη κοινωνική απομόνωση και συμμόρφωση σε μια θεραπευτική αγωγή παρά τις πιθανές παρενέργειες. Αυτά τα προγράμματα πρέπει να διαμορφώνονται, όχι μόνο σύμφωνα με την άποψη των ειδικών, αλλά και σε συνεργασία με τους ασθενείς, καθώς συχνά οι απόψεις τους δεν συμφωνούν πάντοτε με αυτές του προσωπικού.^{59,61}

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για νοσηλευτές εστιάζονται κυρίως σε νέους συναδέλφους που εργάζονται για πρώτη φορά σε ογκολογικό τμήμα και σε κλινικούς νοσηλευτές για την απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων. Έχουν θετική επίδραση στη στάση τους απέναντι στον καρκίνο, στην κλινική πρακτική, στις δεξιότητες επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς, στη διαχείριση συμπτωμάτων της νόσου και παρενεργειών, στη συνεργασία με την υπόλοιπη ομάδα υγείας, στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και στη συναισθηματική τους στήριξη.

4.8 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, αναπτύχθηκε ιδιαίτερα έντονο ενδιαφέρον μεταξύ των πολιτικών, διοικητικών και κοινωνικών επιστημών για την έρευνα των ζητημάτων που αφορούν την ποιότητα ζωής (ΠΖ) και για την ανάπτυξη μεθοδολογιών, οι οποίες θα στοχεύουν στη μέτρησή της. Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος, ο οποίος έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από όλους τους κλάδους των επιστημών. Επιστήμονες σε διαφορετικά πεδία εφαρμοσμένων ερευνών έχουν μετρήσει και καταγράψει τις επιπτώσεις της. Είναι πολύ δύσκολο να διατυπώσουμε έναν κοινώς αποδεκτό ορισμό της ΠΖ. Οι κλινικοί γιατροί εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας.⁷⁸ *Ποιότητα ζωής* (Quality of life) ή *Ευημερία* (Well being) ή *Καλή Ζωή* (Good Life) είναι όροι που βρίσκονται στο επίκεντρο του διεθνούς ενδιαφέροντος. Η ποιότητα ζωής αποτελεί αδιαμφισβήτητα μία πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια. Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί, ανάλογα με την οπτική γωνία υπό την οποία κάθε στοχαστής ή μελετητής αντιμετωπίζει το θέμα.

Κατά τον Freud, η ευτυχία πηγάζει από τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου.

Σύμφωνα με άλλους μελετητές, η ποιότητα ζωής αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό μίας κοινωνίας και αφορά τις προϋποθέσεις, τις οποίες πρέπει να πληροί κάποιο άτομο για να είναι ευτυχισμένο.^{78,79}

Για τον ΠΟΥ, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας, στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους.

Άλλοι συγγραφείς τονίζουν την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου αναφορικά με την ΠΖ και το ευ ζην. Σύμφωνα με αυτούς, θα μπορούσε να οριστεί ως το σύνολο των εσωτερικών διεργασιών του ατόμου, οι οποίες σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησής του από τις διάφορες εκφάνσεις της ζωής του. Περιλαμβάνει τις απαραίτητες συνθήκες και καταστάσεις που προωθούν τη «σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου», που είναι η προσωπική υγεία, εργασία, εκπαίδευση, οικογένεια, κοινωνικές συναναστροφές, οικονομική κατάσταση κ.ά.⁷⁸

Όπως είναι εμφανές, στους παραπάνω ορισμούς της ποιότητας ζωής παρατηρείται ένας διαχωρισμός μεταξύ των «αντικειμενικών» και «υποκειμενικών» παραμέτρων. Εντούτοις, η αναγκαιότητα του συνδυασμού των δύο αυτών παραμέτρων οδηγεί κάποιους στη διατύπωση ότι «η ποιότητα ζωής ορίζεται ως το να είναι η ζωή καλή και αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών»

Η ποιότητα ζωής αναφέρεται στο βαθμό ευεξίας και ικανοποίησης που βιώνει ο ασθενής μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή σε τομείς της ζωής του που αυτός θεωρεί σημαντικούς και που επηρεάζονται από την ασθένεια ή τη θεραπεία της.

Ο ορισμός όπως αναφέρθηκε και παραπάνω τονίζει την υποκειμενικότητα και μεταβλητότητα της έννοιας, η οποία πρέπει ιδανικά να καλύπτει πέντε ευρείες παραμέτρους:^{78,81}

- Φυσική κατάσταση – λειτουργική ικανότητα, που αποδεικνύονται από την παρουσία ή απουσία συμπτωμάτων κινητικότητας, καθημερινών δραστηριοτήτων, εργασιακής ικανότητας και αυτοφροντίδας.
- Ψυχολογική λειτουργικότητα, που αποδεικνύεται από την παρουσία ή απουσία άγχους, κατάθλιψης, θυμού, απελπισίας, προσωπικού ελέγχου, αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης με τη ζωή.
- Γνωστική λειτουργικότητα, που αποδεικνύεται από την παρουσία ή απουσία αντιληπτικής ικανότητας, έκπτωσης της μνήμης και ικανότητας εστίασης ή διατήρησης της προσοχής.
- Κοινωνική λειτουργικότητα, που αποδεικνύεται με την παρουσία ή απουσία κοινωνικής υποστήριξης, οικογενειακής ζωής, σεξουαλικής δραστηριότητας, κοινωνικών ή διαπροσωπικών σχέσεων και οικονομικών επιπτώσεων από τη νόσο και τη θεραπεία.
- Πνευματικότητα, που αποδεικνύεται από την απόδοση νοήματος στην ασθένεια, αίσθηση ψυχικής ειρήνης, προσωπικής ανάπτυξης και θρησκευτικότητας.

Η πνευματικότητα είναι ένα στοιχείο της ποιότητας ζωής που σπάνια λαμβάνεται υπόψη. Φαίνεται όμως να έχει ιδιαίτερη σημασία, γιατί σύμφωνα με τους Donocan et al, όσο η σωματική κατάσταση χειροτερεύει, τόσο η πνευματικότητα κερδίζει έδαφος και επηρεάζει τη συνολική ποιότητα ζωής. Για παράδειγμα, αρκετοί ασθενείς δηλώνουν ότι απολαμβάνουν κάθε ημέρα που περνά περισσότερο από ότι στο παρελθόν, ενώ άλλοι αναφέρουν βελτίωση στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και μεγαλύτερη προσωπική ολοκλήρωση μετά την εμφάνιση της νόσου.⁸²

4.9 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, των οποίων η συνοπτική παρουσίαση ακολουθεί, δεν εκφράζουν υποχρεωτικά την άποψη ότι αποτελούν τα πλέον αξιόλογα μεταξύ όσων αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Αντιθέτως, εκφράζουν ένα μικρό, αντιπροσωπευτικό ίσως δείγμα των οργάνων μέτρησης που έχουν χρησιμοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής διαφόρων κατηγοριών ασθενών.^{78,83}

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (The Karnofski Performance Index -KPI)

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (1969) επικεντρώνεται περισσότερο στον προσδιορισμό της σωματικής λειτουργίας. Η εκτίμηση γίνεται από τον ιατρό ή άλλους επαγγελματίες υγείας. Σε μία ποσοστιαία κλίμακα από το 0 έως το 100 έχουν κατηγοριοποιηθεί 10 επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας με ιεραρχική σχέση μεταξύ τους. Η βαθμολογία τίθεται από τον ιατρό, όπου το 100% αντιπροσωπεύει τη φυσική σωματική λειτουργία χωρίς περιορισμούς ή χωρίς την εμφάνιση κάποιας νόσου και το 0% το θάνατο.^{78,80}

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας του ΠΟΥ (The WHO Performance Status)

Παρόμοιο δείκτη λειτουργικότητας με το Δείκτη Karnofski δημιούργησε ο WHO (1979). Σε μία 5βαθμη κλίμακα, από 0 έως 4, κατατάσσονται 5 κατηγορίες σωματικής λειτουργίας και ικανότητας, όπου η βαθμίδα 0 αντιπροσωπεύει την κατάσταση του αρρώστου που είναι ικανός να κάνει όλες τις δραστηριότητες χωρίς περιορισμούς ενώ στη βαθμίδα 4 ο άρρωστος είναι εντελώς ανίκανος να κάνει ο,τιδήποτε ή να φροντίσει τον εαυτό του.

Ο Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Katz Index of Activities of Daily Living)

Ο Δείκτης Katz (1963) δημιουργήθηκε αρχικά για να εκτιμήσει τη λειτουργική κατάσταση ηλικιωμένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Η εκτίμηση γίνεται από ιατρούς ή νοσηλευτές σύμφωνα με έξι ερωτήσεις που αφορούν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας τους. Οι άρρωστοι βαθμολογούνται ανάλογα με την εξάρτηση ή τη μη εξάρτησή τους σε συγκεκριμένα θέματα καθημερινής φροντίδας. Οι ερωτήσεις είναι διατεταγμένες κατά βαθμίδα δυσκολίας. Ο Δείκτης αυτός θεωρείται ότι έχει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία για τους συγκεκριμένους αρρώστους.⁸⁰

Ο Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής (The Spitzer Quality of Life Index)

Ο Δείκτης Spitzer (1981) σχεδιάστηκε αρχικά για να χρησιμοποιηθεί ως όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής καρκινοπαθών αλλά εφαρμόστηκε και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. Η εκτίμηση προσανατολίζεται σε πέντε βασικούς τομείς: α) δραστηριότητες, β) καθημερινή ζωή, γ) αντίληψη της υγείας, δ) κοινωνική υποστήριξη και ε) άποψη για τη ζωή. Σε καθέναν από τους παραπάνω τομείς, ο άρρωστος, είτε αυτο-βαθμολογείται, είτε βαθμολογείται από τον ιατρό σε μία κλίμακα 3 βαθμίδων, από το 0 μέχρι το 2. Ο δείκτης αυτός παρουσιάζει καλή διάκριση μεταξύ διαφορετικών ομάδων αρρώστων, όπως και μεταξύ διαφόρων επιπέδων μίας αρρώστιας.⁸¹

Το Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο (The McGill Pain Questionnaire)

Οι Melzack και Torgerson κατασκεύασαν το 1971 ένα όργανο μέτρησης με υψηλή

αξιοπιστία και εγκυρότητα για τη μέτρηση του πόνου. Ο πόνος, ως γνωστόν, επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής ενός αρρώστου και χωρίς αμφιβολία η μέτρησή του αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο για την εκτίμησή της. Το ερωτηματολόγιο για τον πόνο συνίσταται σε κατηγορίες καταστάσεων που περιγράφουν πώς ένας άρρωστος αισθάνεται τον πόνο. Το Ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο χρησιμοποιείται ευρέως στην κλινική έρευνα σε διάφορες κατηγορίες ασθενών.⁸²

Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 (The SF-36 Health Survey)

Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware προκειμένου να επιτύχει τις ψυχομετρικές εκείνες προδιαγραφές που απαιτούνται για τη σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μίας κατηγορίας ασθενών. Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας που δεν προσδιορίζονται ως ειδικές κάποιας αρρώστιας ή θεραπείας. Οι 36 ερωτήσεις συνθέτουν 8 κλίμακες από 2 μέχρι 10 ερωτήσεις η καθεμία: α) Σωματική Λειτουργικότητα, β) Ρόλος-Σωματικός, γ) Σωματικός Πόνος, δ) Γενική Υγεία, ε) Ζωτικότητα, στ) Κοινωνική Λειτουργικότητα, ζ) Ρόλος-Συναισθηματικός και η) Ψυχική Υγεία. Οι 8 αυτές επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικές κλίμακες, στις κλίμακες της Σωματικής και Ψυχικής Υγείας. Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 είναι κατάλληλη για αυτο-συμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά, για άτομα ηλικίας 14 και άνω ετών. Το SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την Ποιότητα Ζωής του γενικού πληθυσμού των Η.Π.Α και της Ε.Ε. Ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από 5 έως 10 λεπτά ενώ διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η ευρεία χρήση του SF-36 σε μελέτες γενικού πληθυσμού ή σε ομάδες ασθενών το καθιστά ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης που προσεγγίζει τις βασικές διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής και μπορεί να εκτιμήσει το αποτέλεσμα διαφόρων ιατρικών θεραπευτικών πράξεων.^{78,79,83}

4.10 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Συνήθως την περίοδο μετά το τέλος της θεραπείας, οι επιβίωσαντες ασθενείς βιώνουν αισθήματα ανησυχίας για τυχόν επανεμφάνιση της νόσου, άγχους όπως επίσης και αισθήματα αβεβαιότητας, απομόνωσης, απογοήτευσης. Αντίθετα κάποιοι άλλοι ασθενείς είναι δυνατόν να αναπτύξουν θετικά αισθήματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου τα οποία συνεχίζουν να υπάρχουν και μετά το τέλος αυτής. Τέτοια αισθήματα είναι η αυξημένη αυτοεκτίμηση, η απόδοση μεγαλύτερου νοήματος στη ζωή, η αυξημένη πνευματικότητα και αυξημένα αισθήματα ειρήνης και καλής πρόθεσης. Αυτές οι θετικές μακροχρόνιες θετικές επιδράσεις μπορεί να θεωρηθούν σαν πλεονεκτήματα της διάγνωσης και της θεραπείας του και συχνά χαρακτηρίζονται σαν μετατραυματική ανάπτυξη. Η επαφή μεταξύ των ασθενών που βιώνουν αυτά τα δύο είδη διαφορετικών ψυχολογικών αντιδράσεων έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι έχει βοηθήσει ασθενείς με καρκίνο μαστού που βίωναν αρνητικά συναισθήματα και ήρθαν σε επαφή με επιβίωσαντες που βίωναν τη μετατραυματική ανάπτυξη.^{59,60}

Η παροχή υποστηρικτικής νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να γίνεται με τρόπο που οι επιβίωσαντες να προσαρμοστούν στην περίοδο μετά το τέλος της θεραπείας όσο γίνεται καλύτερα, να την αποδεχτούν με ηρεμία και να αποκτήσουν αισθήματα εκτίμησης της ζωής και απόλαυσης μικρών διασκεδαστικών πραγμάτων .

Η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης εξαρτάται κυρίως από την επιλογή των παρεμβάσεων και την αποδοχή αυτών εκ μέρους των ασθενών. Οι τρόποι ψυχοκοινωνικής υποστήρι-

ξης στις οποίες μπορεί να συμμετάσχουν και οι νοσηλευτές σε συνεργασία με τους κατάλληλους επιστήμονες είναι :

- Παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων ώστε να ελαττωθεί η αβεβαιότητα και να αυξηθούν οι ικανότητες προσαρμογής κατά τη διάρκεια της επιβίωσης. Αυτή η παροχή είναι πιθανό να περιλαμβάνει ατομικά μαθήματα, εργαστήρια, και διδασκαλία μικρών ομάδων επιβιωσάντων και των οικογενειών τους. Επιπλέον, οποιοδήποτε γραπτό υλικό και υλικό που προέρχεται από το Διαδίκτυο από αξιόπιστες πηγές και το οποίο αναφέρεται στην επιβίωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί.⁶⁰
- Η παροχή συμβουλών μπορεί να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να βοηθήσει συναισθηματικά τους επιβιώσαντες. Οι ατομικές συναντήσεις ή η ομαδικές, η οικογενειακή συμβουλευτική, η υποστήριξη από το σύντροφο και την οικογένεια είναι απαραίτητη. Η αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων κάθε ασθενή θα πρέπει να πραγματοποιείται (π.χ. ανησυχία για επανεμφάνιση της νόσου, γονιμότητα, αλλαγές στη σχέσεις). Επίσης θα πρέπει να δίνεται έμφαση στις προσωπικές δυνάμεις των ατόμων καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.⁵⁹

4.11 ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Η ανακουφιστική φροντίδα ξεκινά με τη διάγνωση της νόσου και την έναρξη της θεραπευτικής αγωγής. Όταν η νόσος επιδεινώνεται και οι βασικές θεραπευτικές επιλογές μειώνονται, η ανακουφιστική φροντίδα αυξάνεται και σταδιακά επικεντρώνεται στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και στην ομαλή πορεία προς το τέλος της ζωής τους. Η αντίδραση στην ασθένεια είναι μια δυναμική εξελισσόμενη διεργασία και απαιτεί συνεχιζόμενη υποστήριξη των ασθενών, προκειμένου να αναπτύξουν ατομικές στρατηγικές προσαρμογής, αν και τα ζητήματα που αντιμετωπίζουν κοντά στο τέλος της ζωής τους είναι παρόμοια, ανεξάρτητα από τον αρχικό τύπο του καρκίνου. Παρά την πρόοδο στη θεραπεία του καρκίνου, ένα μεγάλο ποσοστό τελικά πεθαίνουν και η γνώση ότι δεν υπάρχει θεραπεία αποτελεί δυσβάστακτο φορτίο, που επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της ζωής των ογκολογικών ασθενών και των συγγενών τους.⁶⁷

Η διάθεση ικανοποιητικού χρόνου και ο εποικοδομητικός διάλογος συμβάλλουν στην κάλυψη των πληροφοριακών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους, κατευθύνει την ενέργεια τους σε ρεαλιστικούς στόχους επαναπροσδιορίζοντας τις προτεραιότητες τους και αποτελεί τη βάση για τη λήψη σημαντικών αποφάσεων. Δίδεται επίσης ο αναγκαίος χρόνος να εκφράσουν συναισθήματα όπως θυμό, λύπη, ενοχή, αίσθημα αδυναμίας να κάνουν κάτι για να σωθούν και φόβο για τον επικείμενο θάνατο.

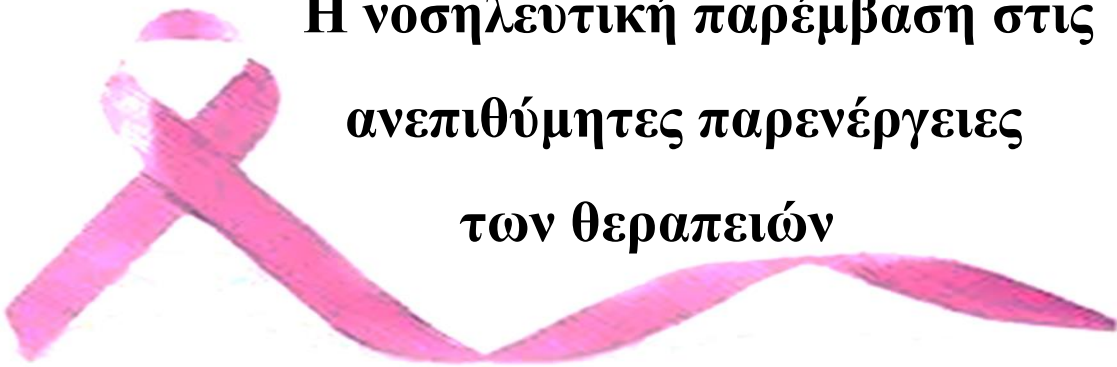
Η συζήτηση θεμάτων τελικού σταδίου πρέπει να πραγματοποιείται από εκπαιδευμένο προσωπικό και να είναι προσαρμοσμένη στις ιδιαιτερότητες κάθε ασθενή, ειδικά όταν αφορά στην ανακοίνωση δυσάρεστων νέων. Επιπλέον στους ασθενών πρέπει να δίνεται η δυνατότητα να μιλήσουν και για θέματα πνευματικότητας και να προσευχηθούν εφόσον το επιθυμούν. Η αξιολόγηση των θρησκευτικών αντιλήψεων τους μπορεί να συμβάλει σε μια πιο εσωτερική ματιά στην επίδραση του βιώματος του καρκίνου, στην ικανότητα τους να βρίσκουν νόημα και να αναγνωρίζουν πηγές δύναμης, που να αποτελούν αποτελεσματικές στρατηγικές προσαρμογής στη νόσο. Τα πιστεύω των ασθενών σε ανώτερη δύναμη φαίνεται ότι προκαλούν αντικρουόμενα αποτελέσματα στη λήψη αποφάσεων που αφορούν θεραπευτικές επιλογές. Κυρίως όμως οδηγούν στην αναζήτηση πιο επιθετικών χημειοθεραπειών και άλλων παρεμβάσεων, παρά στη βίωση ήρεμου θανάτου χωρίς σημαντικά προβλήματα που να τους ταλαιπωρούν.⁶⁸

Γενικά, η ποιοτική φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου και η προαγωγή της αυτοφροντίδας και του αισθήματος ελέγχου, βελτιώνει την ποιότητα ζωής, τη διαχείριση των συ-

μπτωμάτων και την ικανοποίηση του ασθενή, ενώ μειώνει την κατάθλιψη, το συνολικό κόστος φροντίδας και πιθανότατα το αυξημένο ποσοστό αυτοκτονιών που παρατηρείται σε ηλικιωμένους με μεταστατική νόσο ασθενείς. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής με τη χρήση προτυπωμένων εργαλείων ή με την καθημερινή επαφή βοηθάει στην εξειδίκευση των μέτρων που μπορεί να ληφθούν, ώστε οι ασθενείς να νιώθουν καλύτερα. Οι νοσηλευτές αξιολογούν το επίπεδο γνώσεων και την επίδραση της νόσου στην καθημερινότητα των ασθενών και παράλληλα με την εκπαίδευση για την άμεση αναγνώριση και διαχείριση σοβαρών συμπτωμάτων, τους ενημερώνουν για τις διαθέσιμες κοινοτικές πηγές, τις δυνατότητες κοινωνικής υποστήριξης, για τη χρήση εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπειών κ.ά. Η νοσηλευτική φροντίδα είναι αποτελεσματικότερη όταν υπάρχει αρραγής συνεργασία του ασθενή και της οικογένειας του, με τους κλινικούς και κοινοτικούς νοσηλευτές καθώς και την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα.^{67,69}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

**Η νοσηλευτική παρέμβαση στις
ανεπιθύμητες παρενέργειες
των θεραπειών**



5.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

Οι παρενέργειες που εμφανίζονται συνήθως είναι ναυτία, εμετός, κούραση και απώλεια μαλλιών. Το αν θα έχει κι άλλες παρενέργειες ο άρρωστος, εξαρτάται από τα φάρμακα που χρησιμοποιεί και από την αντίδραση του οργανισμού του.

Υπάρχουν πάνω από 50 φάρμακα που χρησιμοποιούνται στις θεραπείες, μόνα τους ή σε διάφορους συνδυασμούς, για να θεραπεύσουν πάνω από 50 τύπους καρκίνου. Συνεπώς είναι δύσκολο να ξέρουμε εκ των προτέρων εάν ένας συγκεκριμένος ασθενής θα έχει μια συγκεκριμένη παρενέργεια.⁷⁰

Μερικές παρενέργειες, πχ κούραση, απώλεια μαλλιών, μπορεί να αρχίσουν από τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας για να συνεχιστούν μέχρι το τέλος. Άλλες, όπως η ναυτία και ο εμετός μπορεί να συμβούν για λίγες μόνο ώρες κατά ή μετά την θεραπεία. Οι περισσότερες παρενέργειες θα εξαφανιστούν βαθμιαίως μόλις σταματήσει η θεραπεία.

Οι άνθρωποι που κάνουν θεραπεία ίσως αποθαρρυνθούν εξαιτίας του μήκους της θεραπείας ή των παρενεργειών. Γι' αυτό οφείλουν να μιλήσουν στο γιατρό τους, ώστε τα φάρμακα ή ο προγραμματισμός της θεραπείας μπορεί να αλλάξει. Να ξέρει ότι ο άρρωστος ότι ο γιατρός δε θα ζητήσει να συνεχιστεί η θεραπεία, εκτός αν τα αναμενόμενα καλά αποτελέσματα υπερκαλύπτουν τα προβλήματα που έχει. Μερικές παρενέργειες μπορεί να μειώνονται κατά την διάρκεια της θεραπείας. Πάντως θα πρέπει να ξέρει ο άρρωστος, ότι ο χρόνος που χρειάζεται να ξεπεράσει μερικές ενοχλητικές παρενέργειες και να αποκτήσει δυνάμεις ποικίλλει από πρόσωπο σε πρόσωπο και από θεραπεία σε θεραπεία. Το πόσο γρήγορα θα αισθανθεί καλύτερα ένας άρρωστος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένης της ανοσοκαταστάσεώς του και του είδους του φαρμάκου που παίρνει.^{65,71}

Είναι εύλογο να αναφερθούν μερικές από τις πιο κύριες παρενέργειες των θεραπειών καθώς και η αντιμετώπισή τους.

5.1.1 Ανορεξία:

Η θεραπεία μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στις συνήθειες διατροφής. Άνθρωποι που πάντα έτρωγαν λίγο μπορούν να δουν πως η όρεξή τους αυξήθηκε. Το αντίθετο είναι που δημιουργεί πρόβλημα. Άνθρωποι που πάντα είχαν όρεξη, μπορεί να δουν ότι δε θέλουν να φάνε. Ακόμα και εάν γνωρίζουν ότι η καλή διατροφή είναι σημαντική, μπορεί να υπάρχουν ημέρες που δεν μπορούν να φάνε όσο πρέπει. Εάν ο άρρωστος δεν έχει όρεξη ή βλέπει ότι χάνει βάρος, θα προσπαθήσει να τρώει μικρά γεύματα κατά την διάρκεια της ημέρας. Μπορεί ακόμα να δοκιμάσει να κάνει ένα περίπατο πριν τα γεύματα, πράγμα που βοηθάει να αυξηθεί η όρεξή του.

Να τρώει περισσότερο τις ημέρες που έχει όρεξη ώστε να ισοβαθμίσει τη λήψη της τροφής. Γενικά, είναι καλύτερα να μην προσπαθήσει να χάσει βάρος κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας. Πολλοί χάνουν την όρεξή τους για το κόκκινο κρέας, γιατί οι αλλαγές στους γευστικούς κάλυκες της στοματικής κοιλότητας μπορεί να κάνουν το κρέας να έχει πικρή γεύση. Εάν αυτό είναι το πρόβλημα του, να προσπαθήσει να μαρινάρει ή να μαγειρεύει το κρέας με σάλτσα, με χυμούς φρούτων ή κρασί. Μερικοί ασθενείς βρίσκουν ότι εάν χρησιμοποιούν πλαστικά μαχαιροπήρουνα αντί για μεταλλικά, μειώνεται η πικρή γεύση του κρέατος.⁷²

5.1.2 Ναυτία – εμετός:

Ναυτία και εμετός είναι γενικά συνέπειες της επιδράσεως της θεραπείας στο κεντρικό σύστημα, γι' αυτό ωφέλιμα αντιεμετικά φάρμακα είναι αυτά με καταπραϊντική δράση. Προλη-

πτικά, πριν την θεραπεία πρέπει να δίνονται αντιεμετικά και ειδικά σε ορισμένα φάρμακα 1-2 ώρες πριν την θεραπεία, κατά την διάρκεια, και αργότερα και σε κανονικά διαστήματα για 24 ώρες μετά την θεραπεία. Οι εξωτερικοί ασθενείς πρέπει να προειδοποιούνται να μην οδηγούν αυτοκίνητο ή να χειρίζονται μηχανήματα κατά το διάστημα που παίρνουν αντιεμετικά φάρμακα.^{71,72,73}

Εκτός από τα φάρμακα υπάρχουν πολλοί τρόποι που μπορούν να προσαρμοστούν με την θεραπεία του άρρωστου, ώστε να μειωθεί η ναυτία και ο εμετός όπως:⁷³

- Ο άρρωστος να τρώει σε μικρά γεύματα κατά την διάρκεια της ημέρας, ώστε να μην αισθάνεται βάρος στο στομάχι.
- Να αποφεύγει τα γλυκά, τα τηγανιτά, ή τα λιπαρά φαγητά.
- Να τρώει τροφές σε θερμοκρασία περιβάλλοντος, μάλλον κρύες παρά ζεστές ή παγωμένες και μαλακές
- Να τρώει αργά, ώστε μόνο μικρές ποσότητες να μπαίνουν στο στομάχι του κάθε φορά
- Να μασάει την τροφή του καλά, ώστε να τη χωνεύει πιο εύκολα .
- Να τρώει ξηρές τροφές όπως τوست, ξηρά δημητριακά ή κράκερ. Αυτά συχνά βοηθούν το στομάχι να ηρεμήσει ένα αναστατωμένο στομάχι.
- Να αποφεύγει να τρώει βαριά γεύματα αμέσως μετά την θεραπεία. Την ημέρα της θεραπείας να παίρνει τα ελαφρά του γεύματα νωρίς και καλύτερη χώνευση.
- Να πίνει δροσερά αλλά άγλυκα ποτά, όπως χυμό μήλου, ανθρακούχα ποτά αφού φύγει το αέριο.
- Να αποφεύγει μυρωδιές που ενοχλούν (πχ μυρωδιές φαγητού, καπνό, αρώματα). Εάν η μυρωδιά του φαγητού του προκαλεί ναυτία, να προσπαθήσει να είναι μακριά από την κουζίνα (όταν βρίσκεται στο σπίτι του) όση ώρα ετοιμάζονται τα γεύματα.
- Να αποφεύγει να κουράζεται για 2 ώρες τουλάχιστο μετά τα γεύματα .
- Να βγάλει τις μασέλες τις μέρες που παίρνει τα φάρμακα της θεραπείας, διότι τα διάφορα αντικείμενα μέσα στο στόμα του αυξάνουν την τάση για εμετό .
 - Να προσπαθήσει να αναπνέει με το στόμα ανοικτό όταν έχει ναυτία.
 - Μερικοί άνθρωποι έχουν ναυτία όταν σκέπτονται ότι θα κάνουν χημειοθεραπεία. Και ακόμα με την είσοδό τους στο νοσοκομείο.

5.1.3 Διάρροια:

Σε έντονες καταστάσεις δίνεται στον άρρωστο αντιδιαρροϊκό φάρμακο.

Γενικές κατευθυντήριες οδηγίες.^{71,74}

- Να δοκιμάσει μια δίαιτα υγρών για επιτρέψει στο έντερό του να ξεκουραστεί .
- Να πίνει πολλά υγρά για να αντικαταστήσει αυτά που χάνει. Ιδιαίτερα ήπια υγρά όπως χυμό μήλου, νερό, ελαφρό τσάι ή ζωμό. Τα υγρά πρέπει να πίνονται χλιαρά ή σε θερμοκρασία δωματίου. Δεν πρέπει να είναι πολύ ζεστά ή παγωμένα.
- Να αφήσει ο άρρωστος να φύγει το αέριο από τα ανθρακούχα ποτά πριν τα πει
- Να τρώει μικρές ποσότητες φαγητού, αλλά πιο συχνά. Να μην παραλείπει γεύματα κατά την διάρκεια της ημέρας
- Να αποφεύγει τροφές που προκαλούν αέρια (πχ πουρέ, φασόλια, ξηρούς καρπούς, λάχανο, μπρόκολο, κουνουπίδι, καρκεύματα).
- Όταν αισθάνεται καλύτερα, να προσθέτει σταδιακά τροφές χαμηλές σε ίνες πχ ρύζι, μπανάνες, μαρμελάδες μήλου, πουρέ πατάτας, τوست και κράκερ. Ο άρρωστος σε διάρροια χάνει κάλλιο, που είναι πολύ σημαντικό για την λειτουργία του οργανισμού. Γι' αυτό θα προσπαθήσει να αυξήσει την ποσότητα των τροφών με μεγάλη περιεκτικότητα σε κάλλιο (KCl). Οι πατάτες, οι μπανάνες και τα πορτοκάλια είναι πολύ καλές πηγές.

Δυσκοιλιότητα:

Γενικές κατευθυντήριες οδηγίες.^{72,74}

- Να πίνει πολλά υγρά που διευκολύνουν το έντερο
- Να συμπεριλαμβάνει στην δίαιτα τροφές που με πολλές ίνες (πχ ωμά φρούτα και λαχανικά, ψωμί ολικής αλέσεως και ξηρούς καρπούς).
- Εκτός νοσοκομείου να έχει κάποια δραστηριότητα και να ασκείται εάν μπορεί.. Γενικά: Δίαιτα πλούσια σε κυταρρίνη και υγρά.

5.1.4 Στοματίτιδα:

Κυρίως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα προκαλούν ξηρότητα και ερεθισμό στο στόμα και στο λαιμό. Ας ακολουθήσει ο άρρωστος τις ακόλουθες συμβουλές για να αυξηθεί η υγρασία του στόματος και να διευκολυνθεί η κατάποση:⁷⁵

- Να πίνει πολλά υγρά
- Να πιπιλίζει κομματάκια πάγου
- Να τρώει άγλυκα μαλακά ζαχαρωτά ή τσίχλα χωρίς ζάχαρη που αυξάνουν την υγρασία
- Να τρώει υγρές τροφές, όπως φρούτα, παγωτό
- Να μαλακώνει τις τροφές με βούτυρο, μαργαρίνη, σάλτσες και χυμό.
- Να βουτάει τις ξηρές και σκληρές τροφές μέσα σε καφέ, τσάι και γάλα
- Να βάλει μαγειρευμένες τροφές στο μπλέντερ ώστε να γίνουν μαλακές και πιο εύκολες στην κατάποση
- Να προσπαθήσει να τρώει μαλακές τροφές, όπως παγωτό πουτίγκα, γρανίτες, πεπόνι, παιδικές τροφές ή ζελέ
- Να αποφεύγει τροφές με οξύ περιεχόμενο όπως ντομάτες, πορτοκάλια και γκρέιπ-φρουτ
- Να παίρνει τροφές που δεν ερεθίζουν το στόμα, όπως πεπόνι, χυμό ροδάκινου, αχλάδι, κολοκύθια κλπ
- Να αποφεύγει αλμυρές και πικάντικες τροφές
- Οι σκληρές και πικάντικες τροφές καταστρέφουν τα ούλα, γι' αυτό να βουρτσίζει τα ούλα του με μαλακή βούρτσα αμέσως μετά το φαγητό.
- Να διατηρεί το στόμα και τα ούλα του καθαρά για να αποφύγει τη μόλυνση. Η καλή φροντίδα του στόματος κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι πολύ σπουδαία, γιατί οι ιστοί του στόματος γίνονται πιο επιρρεπείς στις μολύνσεις
- Καταπραυντικό και θεραπευτικό για το στόμα είναι η διάλυση σόδας σε χαμομήλι(γαργάρες)
- Μπορεί επίσης να πάρει φάρμακο(με εντολή γιατρού) που καταπραύνει τους πόνοους(xylocain viscus)
- Να χρησιμοποιεί αντισηπτικά υγρά
- Επίσης σταγόνες Mycostatin (με εντολή γιατρού)
- Να χρησιμοποιεί κρέμα χειλιών, εάν τα χείλη του ξεραίνονται
- Να συμβουλευτεί τον οδοντογιατρό του για να του δείξει τις καλύτερες τεχνικές για το βούρτσισμα και τον καθαρισμό των δοντιών με κλωστή κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας.
- Επειδή η χημειοθεραπεία κάνει πιο επιρρεπή την καταστροφή των δοντιών, ο οδοντίατρος θα μπορούσε να συστήσει τη χρησιμοποίηση φθορίου, για καθημερινή χρήση
- Να ρωτήσει τον οδοντίατρο εάν χρειάζεται κάποιες οδοντιατρικές εργασίες πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας.

5.1.5 Λευκοπενία: (έλλειψη λευκών αιμοσφαιρίων):^{33,64,75}

- Να ενημερωθεί ο άρρωστος ότι είναι προσωρινή.
- Να ζει σε καθαρό και υγιεινό περιβάλλον

- Όταν νοσηλεύεται σε νοσοκομείο να λαμβάνονται προστατευτικά μέτρα για τις λοιμώξεις (πχ μονόκλινο δωμάτιο, και αν είναι δυνατόν να έχει απολυμανθεί πριν). Το προσωπικό του νοσοκομείου και οι συγγενείς να φορούν μάσκα προσώπου, γάντια και ποδιά όταν βρίσκονται στο θάλαμό του
- Ο άρρωστος να κυκλοφορεί στους διαδρόμους του νοσοκομείου με μάσκα
- Να αποφεύγει τα ωμά φαγητά και φρούτα
- Να ενισχυθεί με αντιβιοτικά (με εντολή γιατρού)
- Να φροντίσει να πλένει τα χέρια του συχνά για, αποφυγή μολύνσεων
- Να αποφεύγει τον συνωστισμό, καθώς και όσους πάσχουν από μεταδοτικές αρρώστιες, όπως ανεμοβλογιά, γρίπη κλπ
- Να μην κόβει τα πετσάκια των νυχιών του. Να χρησιμοποιεί κρέμα που τα αφαιρεί
- Να αποφεύγει σκληρή οδοντόβουρτσα
- Να χρησιμοποιεί ηλεκτρική ξυριστική μηχανή
- Να μην ξύνει τα σπυράκια του
- Να κάνει ένα ζεστό μπάνιο με αντισηπτικό υγρό, όπως betadine scrub καθημερινά, και να σκουπίζεται απαλά αντί να τρίβει δυνατά το δέρμα του
- Εάν το δέρμα του γίνει σκληρό και σκάει, να χρησιμοποιεί losion ή λάδι για να τα μαλακώσει
- Εάν κοπεί ή γδαρθεί, να καθαρίσει αμέσως την περιοχή με νερό και σαπούνι
- Μετά από κάθε κένωση να καθαρίζει την περιοχή του πρωκτού, απαλά και πολύ καλά. Εάν υπάρχει ερεθισμός ή πρόβλημα αιμορροϊδων, ας συμβουλευτεί το γιατρό ή την νοσηλεύτρια-τη (για την αποφυγή περιπρωκτικού συριγγίου)
- Μετάγγιση λευκών αιμοσφαιρίων (μόνο σε ειδικευμένα ογκολογικά κέντρα)

Αναιμία (μείωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων): ^{71,74,75}

- Ο άρρωστος πρέπει να ξεκουράζεται και να μην ξοδεύει την ενέργειά του άσκοπα
- Στο διαιτολόγιό του να προστεθούν πράσινα λαχανικά, συκώτι και κόκκινο κρέας
- Να κινείται αργά για να αποφεύγει την ζαλάδα. Για παράδειγμα, όταν ξυπνήσει αντί να κατέβει από το κρεβάτι του γρήγορα, να καθίσει στην άκρη του κρεβατιού για λίγο.
- Η μετάγγιση αίματος είναι ένας τρόπος γρήγορης αντιμετώπισης

Θρομβοπενία (μείωση αιμοπεταλίων): ⁷⁵

- Να αποφεύγει αθλοπαιδιές και ασπρίνη
- Να καθαρίζει την μύτη του φυσώντας απαλά. Να μην χρησιμοποιεί το δάχτυλο του
- Να προσέχει όταν χρησιμοποιεί μαχαίρια ή εργαλεία (να μην κοπεί)
- Να προσέχει να μην κόβεται όταν είναι στο σπίτι(μαγείρεμα, σιδέρωμα). Να φορά γάντι με βάτα όταν βάζει το χέρι του μέσα στον φούρνο
- Να φροντίζει το στόμα του πρωί βράδυ μετά το φαγητό. Το ίδιο ισχύει και για τις οδοντοστοιχίες
- Να πλένει το στόμα του με σόδα. Να χρησιμοποιεί ειδικά ξυλαράκια με βαμβάκι αντί για οδοντόβουρτσα
- Να χρησιμοποιεί ηλεκτρική ξυριστική μηχανή
- Να μην κάνει ενδομυϊκές ενέσεις
- Να αποφεύγει τροφές που τραυματίζουν
- Να αποφεύγει ξινά, καρυκεύματα, οινόπνευμα, κάπνισμα
- Σε δυσκοιλιότητα να αποφεύγει τον υποκλυσμό ή τα υπόθετα, καθώς και την θερμομέτρηση από τον πρωκτό

- Εάν τα αιμοπετάλια του πέσουν πολύ χαμηλά θα κάνει μετάγγιση αιμοπεταλίων (αιμοπεταλιοαφαίρεση).

5.1.6 Τριχόπτωση (αλωπεκία): ^{43,70}

Ο άρρωστος δεν είναι εύκολο να δεχθεί την τριχόπτωση στο κεφάλι, το πρόσωπο ή το σώμα του, γι' αυτό θα χρειαστεί κάποια ψυχολογική προσαρμογή.

Ο γιατρός και η νοσηλεύτρια-της θα βοηθήσουν τον άρρωστο να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου. Να μάθει ότι τα μαλλιά του θα ξαναμεγαλώσουν, όταν τελειώσει η θεραπεία ή κατά την διάρκεια της θεραπείας και ότι τα νέα μαλλιά θα έχουν διαφορετικό χρώμα, υφή και θα είναι καλύτερα σε ποιότητα.

- Ο άρρωστος, λοιπόν, να είναι ενημερωμένος σχετικά με την τριχόπτωση και καλό θα είναι να υπογράψει προηγουμένως ότι ενημερώθηκε
- Εάν αισθάνεται καλύτερα με καλυμμένο το κεφάλι, μπορεί να φορέει καπέλο, μαντήλι ή τυρμπάν
- Μπορεί αν θέλει να χρησιμοποιήσει περούκα και μάλιστα εάν είναι δυνατόν εγκαίρως από τα ίδια τα μαλλιά του. Ο γιατρός θα συστήσει υποθερμία του κρανίου στον άρρωστο (δηλαδή να χρησιμοποιήσει κάσκα ψύξεως)
- Σε όγκους εγκεφάλου ή εγκεφαλικές μεταστάσεις να μην τη χρησιμοποιεί, γιατί εμποδίζει τα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας αν και τελευταία αποφεύγεται η χρήση της διεθνώς
- Να μην λούζεται συχνά και να μη χρησιμοποιεί βούρτσα με σκληρές τρίχες
- Να αποφεύγει την περμαναντ και τις βαφές κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας

5.1.7 Προβλήματα του ουροποιητικού συστήματος: ^{76,77}

Μερικά θεραπευτικά φάρμακα αλλάζουν το χρώμα και την οσμή των ούρων.

- Να μην φοβηθεί ο άρρωστος εάν τα ούρα του είναι κόκκινα (doxorubicin, epirubicin, adriamycin), εάν γίνουν έντονα κίτρινα (methotrexate), ή εάν έχουν έντονη μυρωδιά.
- Να πίνει πολλά υγρά, για να έχει πολλά ούρα και να αποφεύγει τα προβλήματα, από το ουροποιητικό σύστημα
- Ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια-της θα συστήσει στον άρρωστο τα σημάδια που πρέπει να προσέχει Σε νεφροτοξικά φάρμακα, όπως πχ cisplatin ή τοξικά της ουροδόχου κύστεως, όπως Ifostamide (Holoxan)

Προβλήματα νευροφυτικού συστήματος:

Η αναιμία και η επίδραση μερικών θεραπευτικών φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει μούδιασμα δακτύλων, καθώς επίσης μυρμηγκιασμα ή κάψιμο.

- Σε περίπτωση μούδιασματος δακτύλων, θα πρέπει ο άρρωστος να προσέχει όταν πιάνει κοφτερά αντικείμενα ή ζεστά, για να μην τραυματιστεί ή καεί
- Εάν χάνει την ισορροπία του, να κινείται αργά και να χρησιμοποιεί τα κάγκελα για να πιάνεται όταν ανεβοκατεβαίνει σκάλες.

Σε μερικά φάρμακα οι παρενέργειες αυτές μπορεί να είναι προσωρινές, ίσως όμως να χρειαστούν ιατρική παρακολούθηση, γι' αυτό θα πρέπει να αναφερθούν στο γιατρό

Προβλήματα δέρματος: (Κνησμός, ερυθρότητα, ξηρότητα, εγκαύματα)

- Σε ξηρές επιφάνειες να χρησιμοποιείται λοσιόν (losion). Εάν τα ενοχλήματα δεν υποχωρούν, να συμβουλευτείται γιατρό
- Προστατευτική κρέμα με δείκτη προστασίας 15 για αποφυγή ηλιακών εγκαυμάτων (πχ episol)
- Ταλκ σε κνησμό, και σε αρνητικό αποτέλεσμα, συμβουλή γιατρού

- Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων μερικές φλέβες παρουσιάζουν σκούρο χρώμα. Αυτό το φαινόμενο είναι προσωρινό.

Προβλήματα από το γεννητικό σύστημα: ⁷⁷

Οι παρενέργειες που μπορεί να συμβούν στη γεννητική σφαίρα κατά τη θεραπεία, εξαρτώνται από τα θεραπευτικά φάρμακα, από την ηλικία του αρρώστου και από τη γενική του κατάσταση.

Για τις γυναίκες: Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία μπορεί να παρατηρήσουν αλλαγές στην περίοδό τους. Οι κύκλοι περιόδου μπορεί να είναι ανώμαλοι ή να σταματήσουν εντελώς κατά την διάρκεια της θεραπείας. Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν στειρότητα, που μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη. Μπορεί να έχουν εξάψεις και άλλα συμπτώματα εμμηνόπαυσης. Επίσης κνησμό, κάψιμο ή ξηρότητα του κόλπου. Ο γυναικολόγος θα τους προτείνει μια κρέμα για να βοηθούν το πρόβλημά τους. Η περίπτωση εγκυμοσύνης να συζητηθεί με τον γιατρό. Αν και όλα τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αντεδεικνύονται στην εγκυμοσύνη.

Για τους άνδρες: Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να μειώσουν τον αριθμό των σπερματοζωαρίων, να ελαττώσουν την κινητικότητά τους, ή να νεκρώσουν τα ίδια τα σπερματοζωάρια (αζωοσπερμία) πχ σε chlorambucil (Leukeran), cyclophosphamide (Epxodan).

Επειδή η μόνιμη στειρότητα είναι η πιο πιθανή, θα πρέπει ο άρρωστος να συζητήσει με το γιατρό αυτή την παρενέργεια, πριν αρχίσει η θεραπεία. Να πάρει εάν θέλει πληροφορίες για την αποταμίευση σπέρματος (δηλαδή να διατηρήσει το σπέρμα του κατεψυγμένο και να το χρησιμοποιήσει για τεχνητή γονιμοποίηση μελλοντικά)

Και τα δυο φύλλα, πρέπει να λαμβάνουν οπωσδήποτε αντισυλληπτικά, και πολλές φορές και μετά την θεραπεία, για να αποφευχθεί πιθανή γέννηση μη υγιών παιδιών, όπως πχ σε θεραπεία με cyclophosphamide (Endoxan) όπου τα αντισυλληπτικά μέτρα συνεχίζονται για 3 μήνες μετά τη θεραπεία

5.2 Νοσηλευτική παρέμβαση στην χειρουργική θεραπεία

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ^{29,30,32}

1.προεγχειρητική αξιολόγηση του ασθενούς

- λειτουργική αξιολόγηση
- ψυχοκοινωνική αξιολόγηση
- συν-νοσηρότητα
- γνωστική και ψυχική αξιολόγηση της κατάστασης
- αξιολόγηση δέρματος
- φαρμακευτική αγωγή
- διατροφική αξιολόγηση
- ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών

2.αξιολόγηση πόνου

3.ενημέρωση και εκπαίδευση

- συζήτηση των θεραπευτικών επιλογών
- προφορικές και γραπτές πληροφορίες
- πληροφορημένη συναίνεση
- αναπνευστικές ασκήσεις
- φυσιοθεραπεία
- κινητοποίηση
- εκπαίδευση φροντίδας τραύματος

4. συζήτηση όλων των θεμάτων της εικόνας του σώματος και των δυνατικών λειτουργικών αλλαγών

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ^{33,35}

- επικοινωνία μεταξύ χειρουργού και ομάδας χειρουργείου ,μεταξύ νοσηλευτών και μεταξύ χειρουργικών και αναισθησιολογικών ομάδων
- επιλογή αναισθησίας -τοπική ,περιφερική ,γενική
- εστία επέμβασης
- υποθερμία
- απώλεια υγρών
- φροντίδα δέρματος, αρθρώσεων, περιφερικών νεύρων, ανάρρωση

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ^{30,34}

Άμεσα μετεγχειρητικά ζητήματα

- αναλγησία
- αποκατάσταση της θερμοκρασίας του σώματος
- αναπνευστική λειτουργία
- καρδιαγγειακή λειτουργία
- αιμάτωση ιστών
- υδατο-ηλεκτρολυτική ισορροπία
- γνωστική λειτουργία- μετεγχειρητική σύγχυση

Μακροπροθεσμία ζητήματα ³⁵

- έγκαιρη κινητοποίηση /βάδιση
- εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση
- πνευμονική εμβολή
- επούλωση πληγών
- επιμόλυνση πληγών
- διατροφή
- εικόνα σώματος
- σχεδιασμός εξιτηρίου

5.3 Νοσηλευτική παρέμβαση στη Ακτινοθεραπεία

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

-σκοποί: α)βοήθεια του ασθενούς και της οικογένειας να αντιμετωπίσουν τη διάγνωση του καρκίνου και τη θεραπεία του με ακτινοθεραπεία και β)διδασκαλία του ασθενούς και της οικογένειας πώς να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται τις αναμενόμενες παρενέργειες της ακτινοβολίας ⁷⁸

-ενημέρωση ασθενούς για τα αναμενόμενα θεραπευτικά αποτελέσματα, τι είναι πιθανό να θεραπευτεί και τι αναμένεται κατά τη διάρκεια της συνεδρίας

-ενθάρρυνση του ασθενούς να διατηρεί τα προγραμματισμένα ραντεβού , αν η θεραπεία παρέχεται σε εξωτερική βάση

- διαβεβαίωση του ασθενούς ότι η πηγή ραδιενέργειας είναι στο μηχάνημα μόνο και ότι δεν μπορεί να "μολύνει" τους άλλους με ραδιενέργεια
- ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή και παροχή συναισθηματικής υποστήριξης
- ενημέρωση ότι πιθανές βλάβες στο δέρμα θα είναι παροδικές
- κατά την προετοιμασία για ακτινοθεραπεία, ο γιατρός θα περιχαρακώσει την περιοχή που θα εκτεθεί στην ακτινοβολία με ανεξίτηλο μαρκαδόρο ⁷⁹
- πλύσιμο περιοχής με ζεστό νερό και ελαφρύ σαπούνι με το χέρι. Όχι με υφασματινό τρίφτη
- η περιοχή στεγνώνεται ταμποναριστά με καθαρή, απαλή πετσέτα. Ποτέ δεν τρίβεται
- χωρίς ιατρική οδηγία, απαγορεύεται η χρήση οινόπνευματος, λοσιόν, αλοιφών, σκόνης και μείκ απ γιατί είτε στεγνώνουν το δέρμα είτε μεγεθύνουν οποιαδήποτε βλάβη από την ακτινοβολία
- ενημέρωση του ασθενούς να μην αφαιρέσει το περίγραμμα της περιοχής
- σύσταση στον ασθενή να αποφεύγει να ξαπλώνει στην περιοχή και να μην φοράει στενά ενδύματα. Μόνο 100% βαμβακερά ενδύματα να έρχονται σε επαφή με την περιοχή ^{50,51}
- αποφυγή έκθεσης περιοχής στον ήλιο, σε υπερβολικό ψύχος ή ζέστη, συμπεριλαμβανομένου του ντους με ζεστό νερό
- αποφυγή ξυρίσματος περιοχής
- αξιολόγηση του δέρματος καθημερινά

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

- ενημέρωση ατόμων που βρίσκονται σε στενή επαφή με τον ασθενή να πάρουν ειδικές προφυλάξεις για να προστατευθούν από την μη αναγκαία ακτινοβολία
- ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει αν το ραδιενεργό στοιχείο είναι στεγανοποιημένο και τοποθετείται μέσα στο σώμα για να παραμείνει για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, ή είναι μη στεγανοποιημένη πηγή που μπορεί να αποβληθεί από τις εκκρίσεις του σώματος και τα κόπρανα. (οι μη στεγανοποιημένες πηγές είναι ραδιενεργές για μικρότερο διάστημα από τις στεγανοποιημένες) ^{43,78}

ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΟΤΑΝ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΣΤΕΓΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΠΗΓΗ

- τοποθέτηση ασθενούς σε μονόκλινο δωμάτιο
- τοποθέτηση στην πόρτα του ασθενούς προειδοποιητική πινακίδα
- περιορισμός του χρόνου παραμονής του νοσηλευτή στο δωμάτιο
- ο νοσηλευτής πρέπει να αποφεύγει να στέκεται δίπλα στο μέρος του σώματος του ασθενή όπου εντοπίζεται το ραδιενεργό στοιχείο
- τακτικός έλεγχος σεντονιών, σκωραμίδας και νεφροειδούς του εμετού για διαπίστωση εάν η πηγή έχει τυχαία αφαιρεθεί από τους ιστούς ^{46,79}
- εάν η πηγή έχει μετατοπιστεί αλλά δεν έχει βγει από το σώμα του ασθενούς--> άμεση ενημέρωση ακτινολογικού τμήματος
- εάν η πηγή έχει πέσει, τοποθέτηση σε μολύβδινο δοχείο με τη χρήση λαβίδας και όχι με γυμνά χέρια
- οδηγία στον ασθενή να μείνει σε συγκεκριμένη θέση ώστε οι εκπομπές από το στοιχείο να φθάνουν στη σωστή περιοχή

- περιορισμένη χρονική διάρκεια παραμονής επισκεπτών στο δωμάτιο
- απαγόρευση επίσκεψης σε παιδιά ή εγγύους ⁵¹

ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟ ΜΗ ΣΤΕΓΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΠΗΓΗ^{49,78,79}

- τήρηση περιορισμένου χρόνου και απόστασης
- χρήση γαντιών στον χειρισμό των σεντονιών, της σκωραμίδας και των ενδυμάτων του ασθενή
- απομάκρυνση ούρων, κοπράνων και εμεσμάτων σύμφωνα με το πρωτόκολλο

5.4 Νοσηλευτική παρέμβαση στη Χημειοθεραπεία

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

-πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας θα πρέπει : ^{38,39}

- 1)να εξεταστεί η επίδραση που θα έχει στη φυσιολογική και συναισθηματική κατάσταση του ασθενή
- 2)να ληφθεί υπόψη ο τρόπος ζωής του ασθενή, το δίκτυο στήριξης, η ικανότητα αντιμετώπισης εξοπλισμού και πιθανή συμμόρφωση
- 3)ενημέρωση του ασθενή για τις ενδεχόμενες παρενέργειες και τον χαρακτήρα τους
 - ύπαρξη εξειδικευμένου προσωπικού
 - λήψη μέτρων ασφάλειας, προστατευτικός ιματισμός
 - σωστός χειρισμός και απόρριψη ^{40,70}
 - διάπιστωση και γρήγορη αντιμετώπιση σε περίπτωση εξαγγελίωσης του φαρμάκου
 - παροχή πληροφοριών στον ασθενή ώστε να νιώσει ότι έχει τον έλεγχο της κατάστασης
 - αντιμετώπιση παρενεργειών

5.5 Νοσηλευτική παρέμβαση στη Μεταμόσχευση μυελού των οστών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΠΡΙΝ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ^{22,30,71}

- προσεκτική αξιολόγηση του ασθενή, της ασθένειας και της διαθεσιμότητας των δοτών του
- θα πρέπει να εξεταστούν :
 - 1)η καταλληλότητα μεταμόσχευσης για το άτομο, σύμφωνα με τον τύπο και το στάδιο της ασθένειας
 - 2)η ηλικία (προχωρημένη ηλικία συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά τοξικότητας και τη λιγότερο μακροπρόθεσμη επιβίωση μετά από μεταμόσχευση)
 - 3)κατάσταση λειτουργικότητας (χαμηλή κατάσταση λειτουργικότητας στην αρχή της διαδικασίας της μεταμόσχευσης αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας)
 - 4)ψυχολογική αξιολόγηση, επίπεδο και πηγή υποστήριξης διαθέσιμης στον ασθενή
 - 5)θρεπτική αξιολόγηση (σημαντική η βελτίωση της θρεπτικής κατάστασης ενός ασθενή πριν τη μεταμόσχευση)
 - 6)πιθανές πηγές μόλυνσης και πλήρης οδοντική εξέταση ώστε να εξεταστούν οποιεσδήποτε πιθανές επιπλοκές
 - 7)φυσική εξέταση (ακτινογραφία θώρακος, ηχοκαρδιογράφημα, πνευμονική λειτουργία, κάθαρση κρεατινίνης, γενική αίματος, βιοχημεία, λειτουργικές δοκιμασίες ήπατος, ιολογικός

έλεγχος, γενετική, επίπεδο ασθένειας)

8)γονιμότητα και σεξουαλικά ζητήματα

-προετοιμασία της οικογένειας και εκπαίδευση ώστε να βοηθούν τον ασθενή ψυχολογικά

-παροχή γραπτών και λεκτικών πληροφοριών σχετικά με τη μεταμόσχευση ⁷²

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

-η έγχυση του μυελού των οστών ή των περιφερικών αρχέγονων κυττάρων είναι μια απλή διαδικασία που μοιάζει με την έγχυση άλλων προϊόντων αίματος

-η χορήγηση γίνεται ενδοφλεβίως

-ο νοσηλευτής πρέπει να παραμείνει δίπλα στον ασθενή σε όλη τη διαδικασία για να ελεγξει τα ζωτικά σημεία και να παρατηρήσει για οποιαδήποτε αντίδραση

-φαρμακευτική αγωγή διφαινυδραμίνης ή υδροκορτιζόνης για την ελαχιστοποίηση αντιδράσεων στα κύτταρα που χορηγούνται ^{22,75}

-η μεταμόσχευση περιλαμβάνει και τη διαδικασία που τα αρχέγονα κύτταρα μεταναστεύουν στο χώρο του μυελού των οστών του δέκτη και αρχίζουν να αναπαράγονται

-καθημερινές εξετάσεις αίματος για ενδείξεις των σχετικών δεικτών που μειώνονται μετά από θεραπεία προετοιμασίας και έπειτα για τα αισιόδοξα σημάδια της μεταμόσχευσης

-αποτυχία σε 5-15% των μεταμοσχεύσεων

-διάρκεια περιόδου μεταμόσχευσης 2-4 εβδομάδες, ανάλογα με το χρησιμοποιούμενο τύπο μεταμόσχευσης και την ανταπόκριση του ασθενή στη θεραπεία

-πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1) Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

2) Πληθυσμός -Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθύνθηκε σε 146 άτομα ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε θεραπεία. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 27 ερωτήσεις εκ των οποίων 2 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές 5 ήταν διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων.

3) Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από ασθενείς που μένουν στην Πάτρα και στην Αθήνα, από τον Νοέμβριο του 2014 έως και το Φεβρουάριο του 2015.

4) Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

5) Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

-ο ερωτώμενος ασθενής με καρκίνο που υποβάλλεται σε θεραπεία

και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

-μη συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν 146 ερωτηματολόγια.

6) Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώσαμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας -σχολή της φοίτησής μας.

Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

7) Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS.

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

Έτσι, οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με το μέσο όρο (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov-Smirnov.

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων (πίνακες διπλής εισόδου) που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων ήταν το χ^2 -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates).

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του

Spearman(r) (Spearman rank order correlation coefficient). Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ανήκουν στο διάστημα $[-1, +1]$. Οι τιμές $+1, -1$ αντιστοιχούν σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ η τιμή 0 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μία μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0,05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS για Windows.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 146 ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε θεραπεία. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

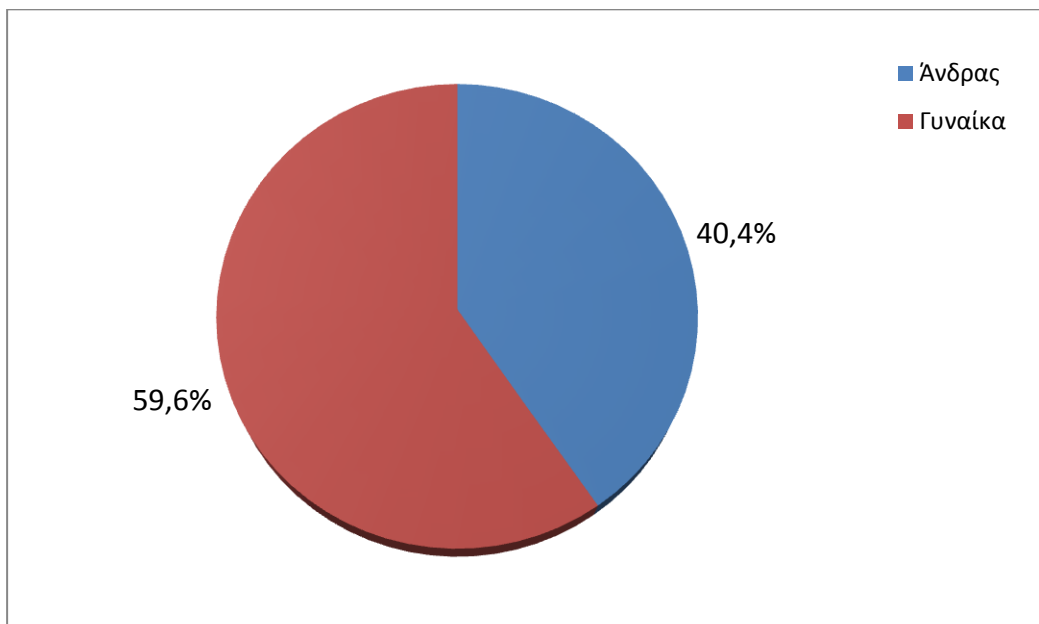
Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο

Φύλο	N=146	Percent (%)
Άνδρας	59	40,4
Γυναίκα	87	59,6
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (87 άτομα- ποσοστό 59,6%) ήταν γυναίκες ενώ το υπόλοιπο 40,4%(59 άτομα) ήταν άνδρες (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Σχήμα 1 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο



Πίνακας 1: Ηλικία ερωτηθέντων

Ηλικία	N=146
Μέσος όρος	58,6
Τυπική απόκλιση	12,2
Ελάχιστο	20
Μέγιστο	85

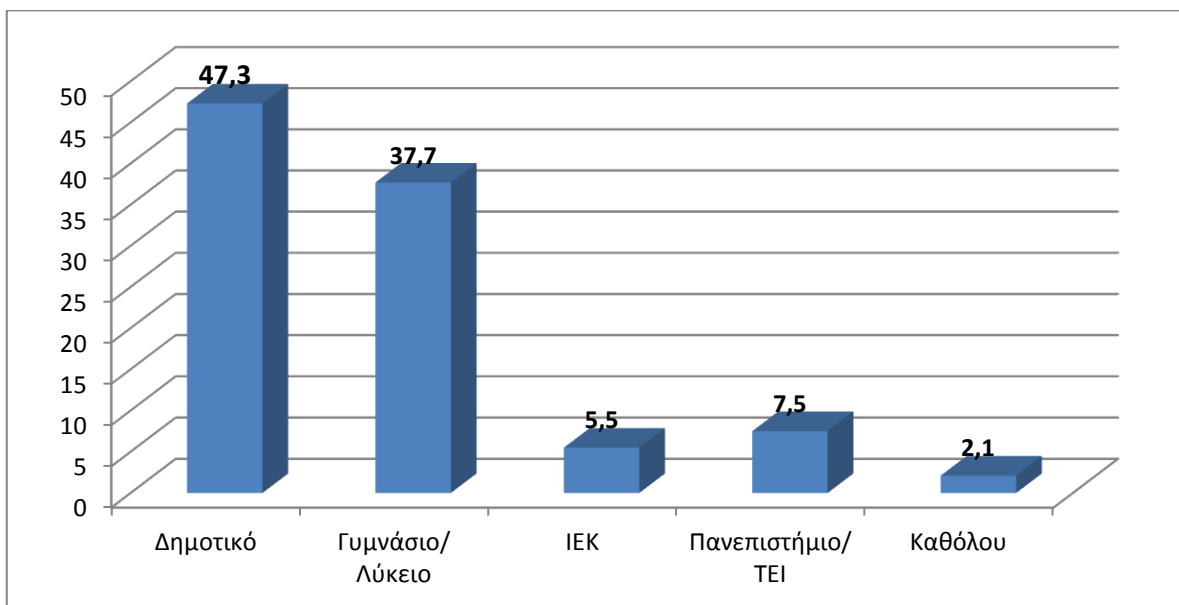
Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 20 έτη και 85 έτη, με μέσο όρο τα 58,6 έτη και τυπική απόκλιση τα 12,2 έτη (Πίνακας 2).

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

Επίπεδο εκπαίδευσης	N=146	Percent (%)
Δημοτικό	69	47,3
Γυμνάσιο/ Λύκειο	55	37,7
ΙΕΚ	8	5,5
Πανεπιστήμιο/ ΤΕΙ	11	7,5
Καθόλου	3	2,1
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (69 άτομα- ποσοστό 47,3%) δήλωσαν ότι το επίπεδο εκπαίδευσής τους είναι το δημοτικό ενώ 55 άτομα (ποσοστό 37,7 %) το γυμνάσιο/Λύκειο. Το 7,5% (11 άτομα) δήλωσαν ότι τελείωσαν κάποιο ανώτατο εκπαιδευτικό ίδρυμα (Πανεπιστήμιο/ ΤΕΙ) ενώ 8 άτομα (ποσοστό 5,5%) τελείωσαν κάποιο ΙΕΚ. Τέλος 3 άτομα (ποσοστό 2,1%) δήλωσαν ότι δεν είχαν καθόλου εκπαίδευση. (Πίνακας 3, Σχήμα 2).

Σχήμα 2 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

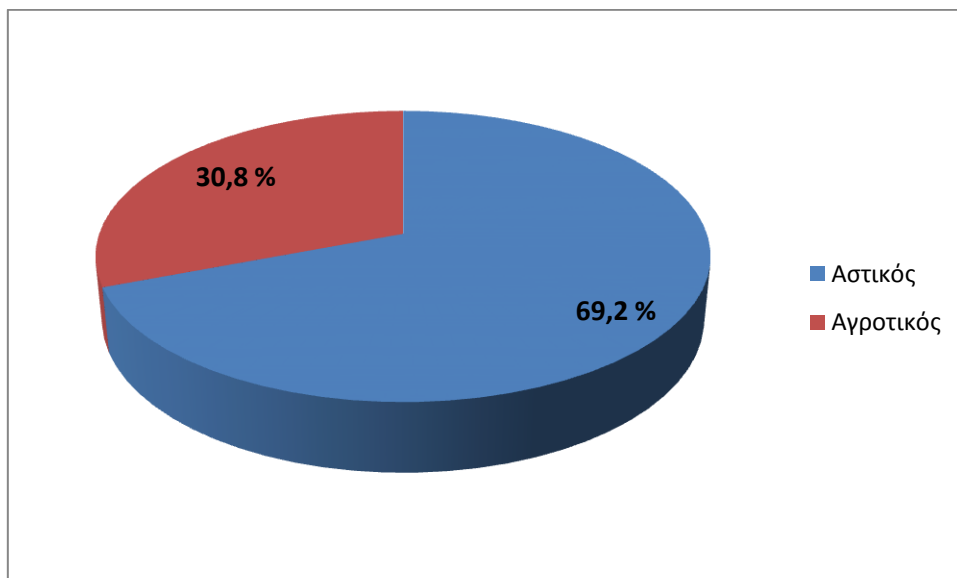


Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον οικισμό

Οικισμός	N=146	Percent (%)
Αστικός	101	69,2
Αγροτικός	45	30,8
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (101 άτομα- ποσοστό 69,2%) δήλωσαν ότι η μόνιμη κατοικία τους βρίσκεται σε αστική περιοχή ενώ 45 άτομα (ποσοστό 30,8 %) σε αγροτική περιοχή. (Πίνακας 4, Σχήμα 3).

Σχήμα 3 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον οικισμό

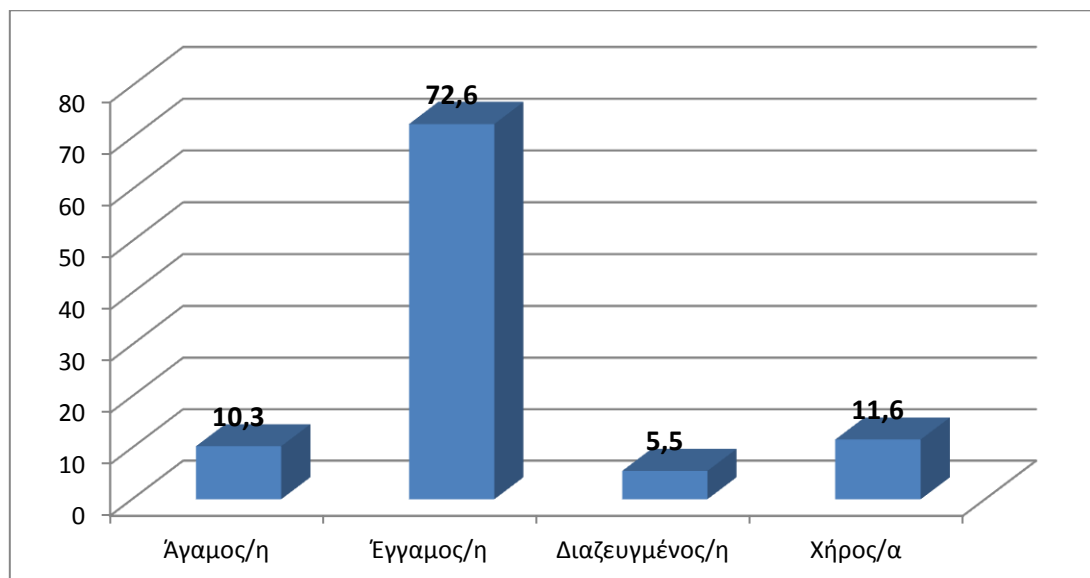


Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	N=146	Percent (%)
Άγαμος/η	15	10,3
Έγγαμος/η	106	72,6
Διαζευγμένος/η	8	5,5
Χήρος/α	17	11,6
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (106 άτομα -ποσοστό 72,6%) δήλωσαν ότι είναι έγγαμοι, 17 άτομα (ποσοστό 11,6%) δήλωσαν χήροι και 15 άτομα (ποσοστό 10,3) δήλωσαν άγαμοι. Τέλος, τα υπόλοιπα 8 άτομα (ποσοστό 5,5%) δήλωσαν ότι είναι διαζευγμένοι. (Πίνακας 5, Σχήμα 4).

Σχήμα 4 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση

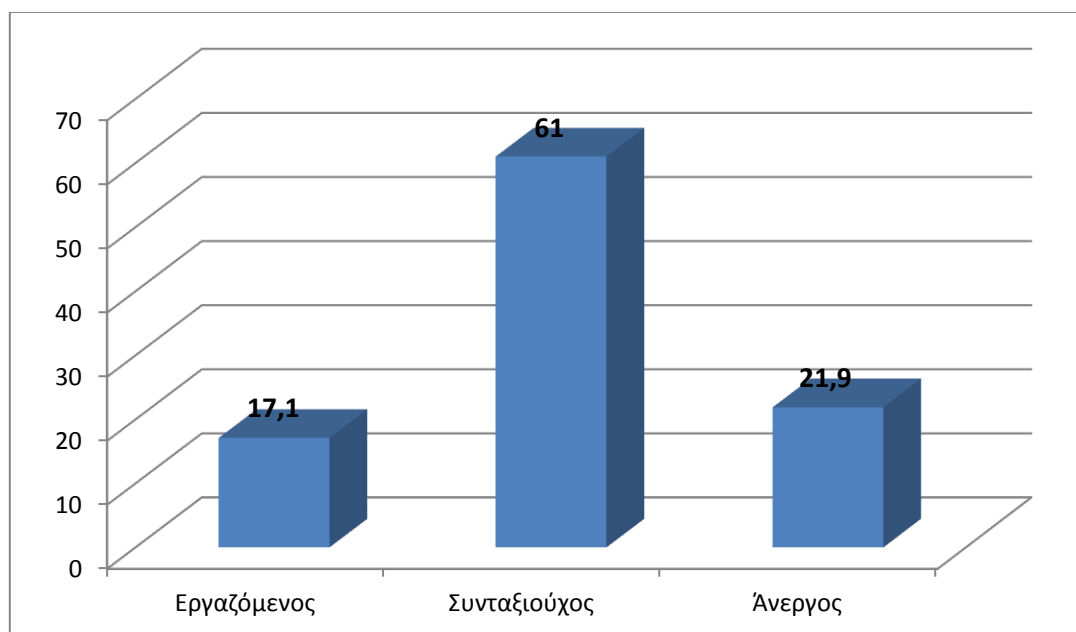


Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εργασιακή κατάσταση

Εργασιακή κατάσταση	N=146	Percent (%)
Εργαζόμενος	25	17,1
Συνταξιούχος	89	61
Άνεργος	32	21,9
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (89 άτομα -ποσοστό 61%) δήλωσαν ότι είναι συνταξιούχοι, 32 άτομα (ποσοστό 21,9%) δήλωσαν άνεργοι και 25 άτομα (ποσοστό 17,1%) δήλωσαν εργαζόμενοι. (Πίνακας 6, Σχήμα 5).

Σχήμα 5 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εργασιακή κατάσταση



Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επάγγελμα

Επάγγελμα	N=146	Percent (%)
Αγρότης	27	18,5
Αστυνομικός	6	4,1
Δημόσιος Υπάλληλος	5	3,4
Ελαιοχρωματιστής	2	1,4
Έμπορος	7	4,8
Εργάτης	13	8,9
Εργάτης Μηχανουργείου	3	2,1
Ηλεκτολόγος	2	1,4
Ιδιοτικός Υπάλληλος	10	6,8
Καθαρίστρια	3	2,1
Καθηγήτρια	2	1,4
Κομμώτρια	1	0,7
Μηχανολόγος	2	1,4
Νοσηλεύτρια	1	0,7
Οικιακά	44	30,2
Οικοδόμος	10	6,8
Πλοίαρχος	1	0,7
Πολιτικός μηχανικός	2	1,4
Πυροσβέστης	2	1,4
Πωλήτρια	1	0,7
Τραπεζικός Υπάλληλος	1	0,7
Φοιτήτρια	1	0,7
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ασχολιόταν με τα οικιακά (44 άτομο – ποσοστό 30,2%) , 27 άτομα (ποσοστό 18,5 %) δήλωσαν ότι ήταν αγρότες και 13 άτομο (ποσοστό 8,9%) δήλωσε ότι ήταν εργάτες. Το υπόλοιπο 42,4% δήλωσε ότι έκανε διάφορες εργασίες (αναλυτικά παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα). (Πίνακας 7)

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αρχικό μέρος του σώματος που προσβλήθηκε από τον καρκίνο.

Σε ποιο μέρος του σώματος προσβλήθηκε αρχικά από τον καρκίνο;	N=146	Percent (%)
Βουβωνική χώρα	1	0,7
Εγκέφαλος	5	3,4
Κάτω γνάθο	1	0,7
Κοιλιακός χώρος	5	3,4
Κύστη	3	2,1
Λαγόνιο οστό	1	0,7
Λάρυγγα	2	1,4
Λεμφαδένες	1	0,7
Μαστός	53	36,3
Μήτρα	2	1,4
Όρχεις	1	0,7
Πάγκρεας	2	1,4
Παχύ έντερο	16	11
Πνεύμονας	31	21,2
Προστάτης	14	9,6
Στομάχι	6	4,1
Ωοθήκες	2	1,4
Total	146	100

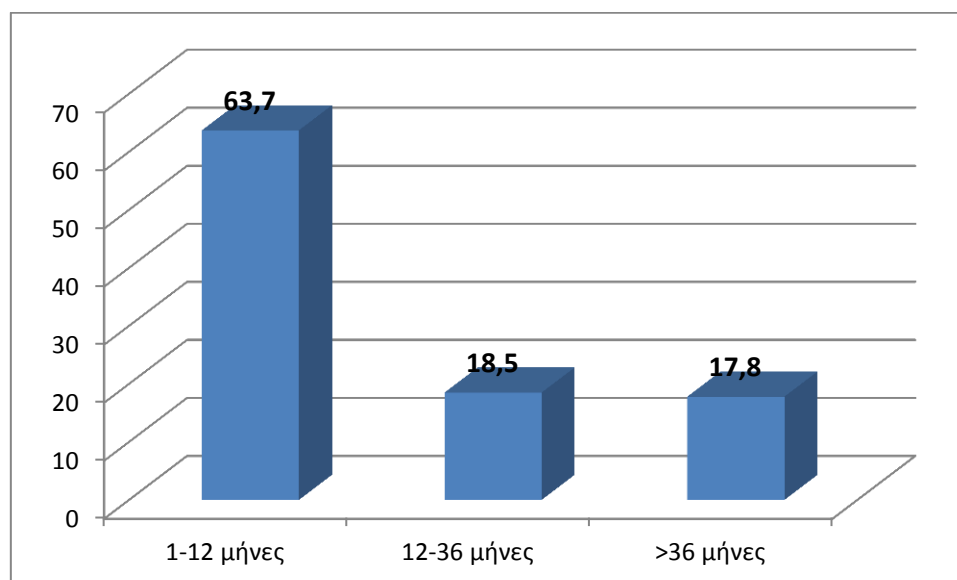
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (53 άτομα- ποσοστό 36,3%) δήλωσε ότι αρχικά προσβλήθηκε από τον καρκίνο στην περιοχή του μαστού, 31 άτομο (ποσοστό 21,2%) στην περιοχή των πνευμόνων, 16 άτομο (ποσοστό 11%) στην περιοχή του παχέως εντέρου και 14 άτομα (ποσοστό 9,6 %) στην περιοχή του προστάτη. Το υπόλοιπο 21,9% δήλωσε ότι αρχικά προσβλήθηκε από τον καρκίνο σε διάφορα μέρη του σώματος (αναλυτικά παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα). (Πίνακας 8)

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το χρονικό διάστημα παρακολούθησης

Πόσο καιρό παρακολουθήσατε;	N=146	Percent (%)
1-12 μήνες	93	63,7
12-36 μήνες	27	18,5
>36 μήνες	26	17,8
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (93 άτομα- ποσοστό 63,7%) δήλωσαν ότι παρακολουθείτε από 1-12 μήνες ,27 άτομα (ποσοστό 18,5%) από 12-36 μήνες και 26 άτομα (ποσοστό 17,8%) περισσότερο από 36 μήνες (Πίνακας 9,Σχήμα 6).

Σχήμα 6 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το χρονικό διάστημα παρακολούθησης

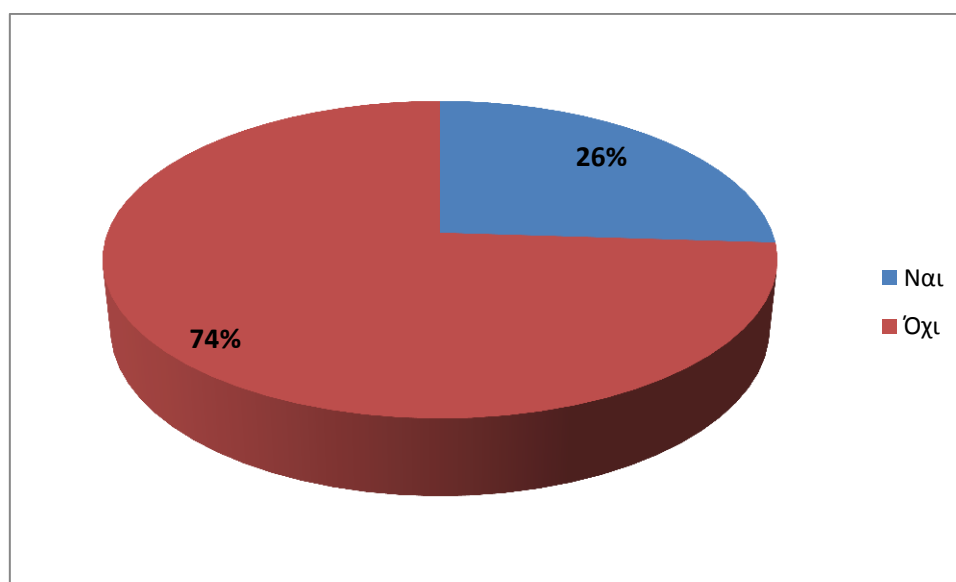


Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πάσχουν από άλλα νοσήματα

Πάσχετε από άλλα νοσήματα;	N=146	Percent (%)
Ναι	38	26
Όχι	108	74
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (108 άτομα- ποσοστό 74%) δήλωσαν ότι δεν πάσχουν από άλλα νοσήματα ενώ το υπόλοιπο 26% (38 άτομα) ότι πάσχουν και από άλλα νοσήματα (Πίνακας 10, Σχήμα 7).

Σχήμα 7 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πάσχουν από άλλα νοσήματα

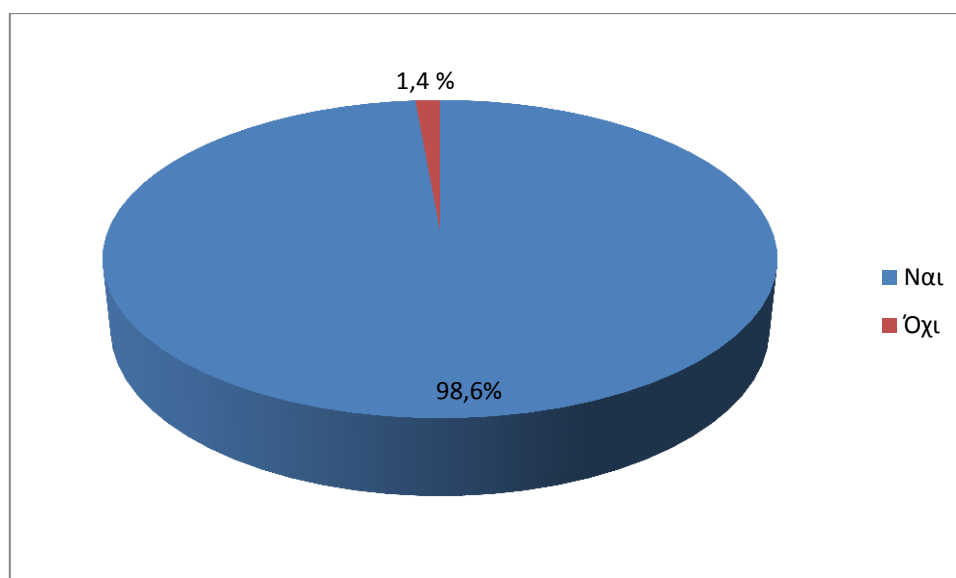


Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν λαμβάνουν θεραπεία αυτήν την περίοδο

Λαμβάνετε θεραπεία αυτήν την περίοδο;	N=146	Percent (%)
Ναι	144	98,6
Όχι	2	1,4
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (144 άτομα- ποσοστό 98,6%) δήλωσαν ότι λαμβάνουν θεραπεία αυτήν την περίοδο ενώ το υπόλοιπο 1,4% (2 άτομα) ότι δεν λαμβάνουν θεραπεία αυτήν την περίοδο (Πίνακας 11, Σχήμα 8).

Σχήμα 8 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν λαμβάνουν θεραπεία αυτήν την περίοδο

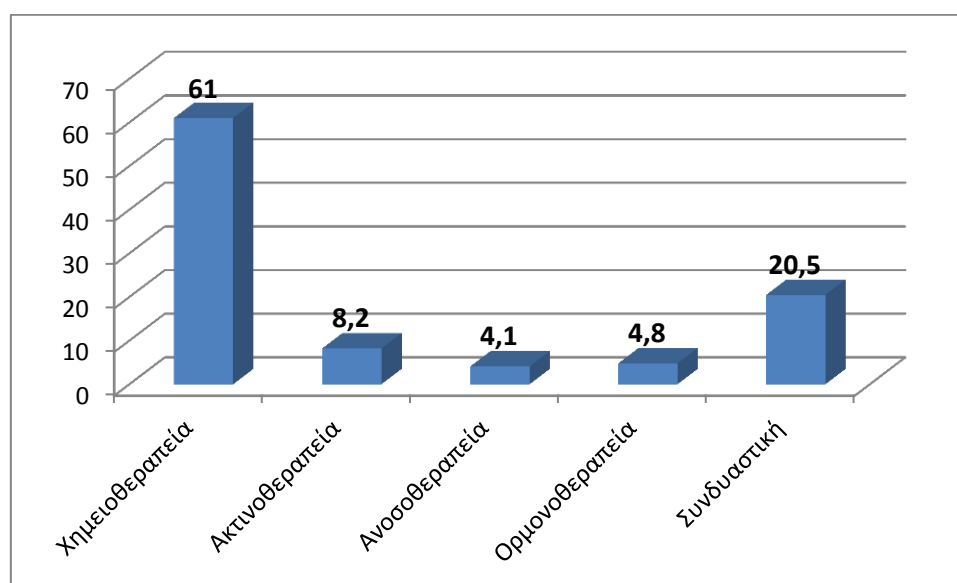


Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το είδος της θεραπείας που λαμβάνουν

Αν ναι, τι είδους θεραπεία λαμβάνετε?	N=146	Percent (%)
Χημειοθεραπεία	89	61
Ακτινοθεραπεία	12	8,2
Ανοσοθεραπεία	6	4,1
Ορμονοθεραπεία	7	4,8
Συνδυαστική	30	20,5
Total	144	98,6
Missing	2	1,4
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (89 άτομα- ποσοστό 61%) δήλωσαν ότι το είδος της θεραπείας που λαμβάνουν ήταν χημειοθεραπεία , τα 30 άτομα (ποσοστό 20,5%) δήλωσαν ότι λαμβάνουν συνδυαστική θεραπεία , 12 άτομα (ποσοστό 8,2%) δήλωσαν ότι λαμβάνουν ακτινοθεραπεία, 7 άτομα (ποσοστό 4,8%) δήλωσαν ότι λαμβάνουν ορμονοθεραπεία και τέλος 6 άτομα (ποσοστό 4,1%) δήλωσαν ότι λαμβάνουν ανοσοθεραπεία. Το 1,4% (2 άτομα) δεν απάντησαν σε αυτήν την ερώτηση εφόσον δήλωσαν ότι δεν λαμβάνουν θεραπεία αυτήν την περίοδο (Πίνακας 12,Σχήμα 9).

Σχήμα 9 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το είδος της θεραπείας που λαμβάνουν

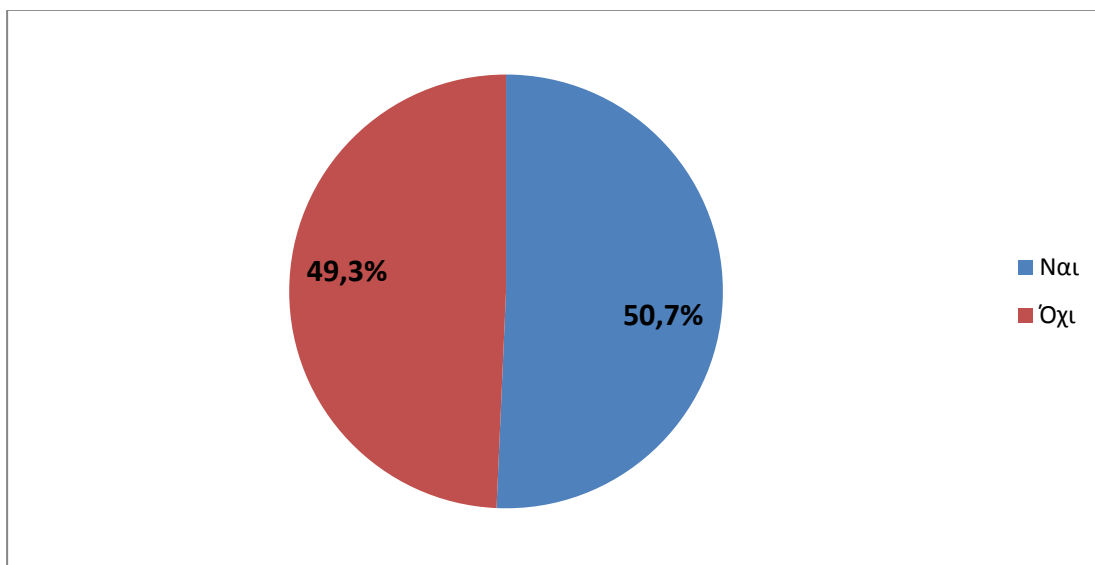


Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους εκδηλώθηκε ναυτία ως παρενέργεια από την θεραπεία

Ποιές ήταν οι παρενέργειες που σας εκδηλώθηκαν από την θεραπεία πού υποβλήθήκατε : Ναυτία	N=146	Percent (%)
Ναι	74	50,7
Όχι	72	49,3
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (74 άτομα- ποσοστό 50,7%) δήλωσαν ότι τους εκδηλώθηκε ναυτία ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 49,3% (72άτομα) ότι δεν τους εκδηλώθηκε ναυτία (Πίνακας 13,Σχήμα 10).

Σχήμα 10 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν τους εκδηλώθηκε ναυτία ως παρενέργεια από την θεραπεία

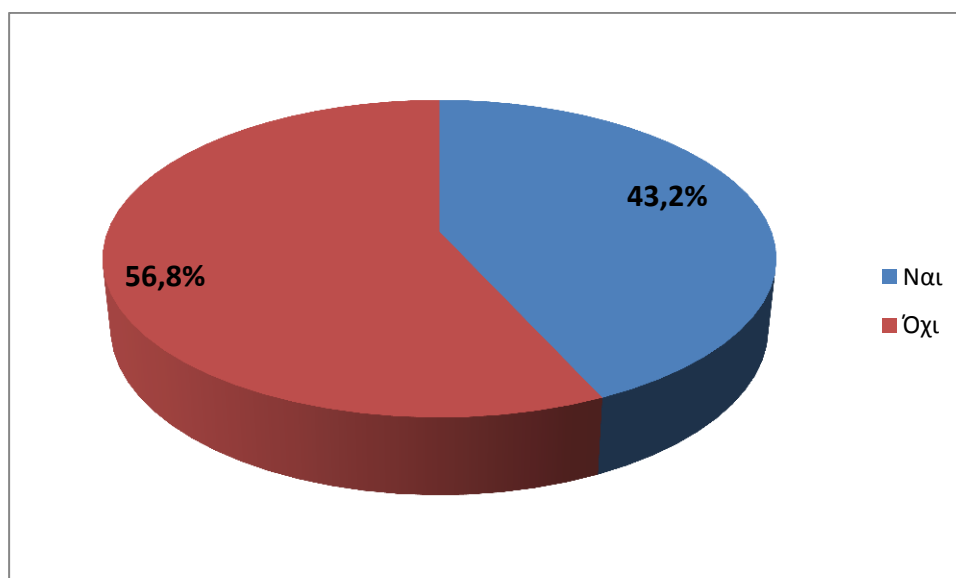


Πίνακας 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους εκδηλώθηκε έμετος ως παρενέργεια από την θεραπεία

Ποιές ήταν οι παρενέργειες που σας εκδηλώθηκαν από την θεραπεία πού υποβλήθηκατε : Έμετος	N=146	Percent (%)
Ναι	63	43,2
Όχι	83	56,8
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (83 άτομα- ποσοστό 56,8%) δήλωσαν ότι δεν τους εκδηλώθηκε έμετος ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 43,2% (63 άτομα) ότι τους εκδηλώθηκε έμετος (Πίνακας 14,Σχήμα 11).

Σχήμα 11 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν τους εκδηλώθηκε έμετος ως παρενέργεια από την θεραπεία

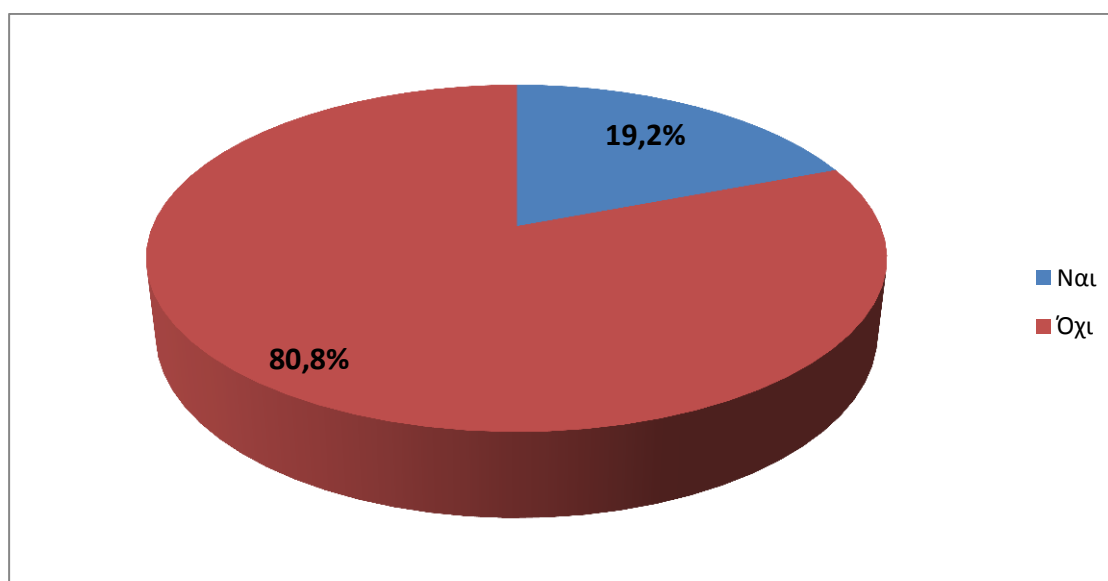


Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους εκδηλώθηκε διάρροια ως παρενέργεια από την θεραπεία

Ποιές ήταν οι παρενέργειες που σας εκδηλώθηκαν από την θεραπεία πού υποβλήθηκατε : Διάρροια	N=146	Percent (%)
Ναι	28	19,2
Όχι	118	80,8
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (118 άτομα- ποσοστό 80,8%) δήλωσαν ότι δεν τους εκδηλώθηκε διάρροια ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 19,2% (28 άτομα) ότι τους εκδηλώθηκε διάρροια (Πίνακας 15,Σχήμα 12).

Σχήμα 12 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν τους εκδηλώθηκε διάρροια ως παρενέργεια από την θεραπεία

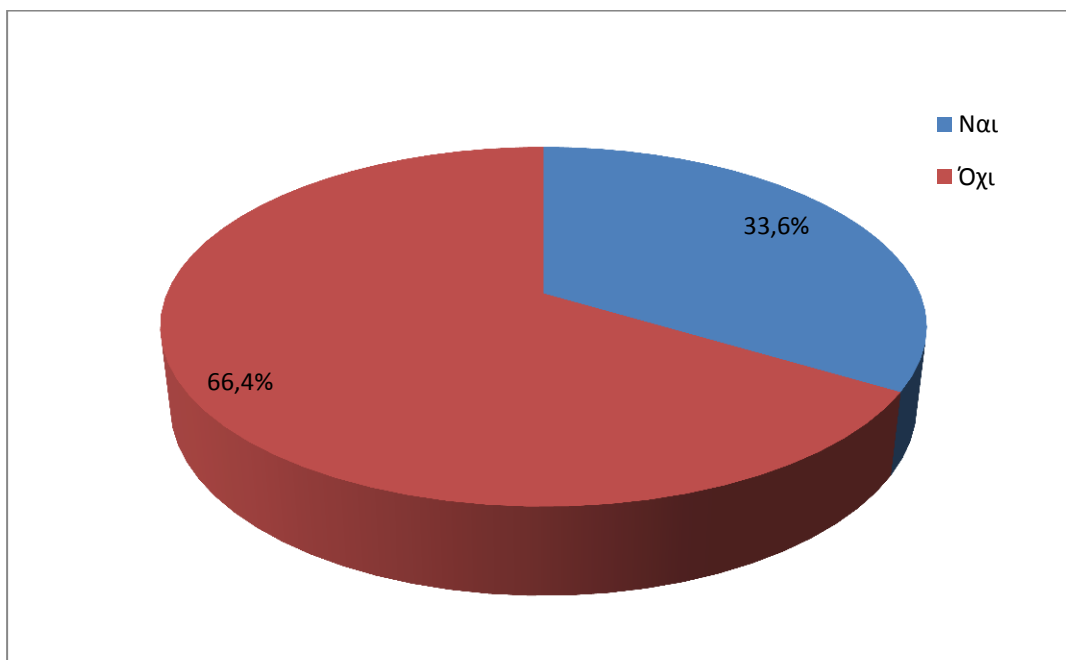


Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους εκδηλώθηκε δυσκοιλιότητα ως παρενέργεια από την θεραπεία

Ποιές ήταν οι παρενέργειες που σας εκδηλώθηκαν από την θεραπεία πού υποβλήθήκατε : Δυσκοιλιότητα	N=146	Percent (%)
Ναι	49	33,6
Όχι	97	66,4
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (97 άτομα- ποσοστό 66,4%) δήλωσαν ότι δεν τους εκδηλώθηκε δυσκοιλιότητα ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 33,6% (49 άτομα) ότι τους εκδηλώθηκε δυσκοιλιότητα (Πίνακας 16, Σχήμα 13).

Σχήμα 13 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν τους εκδηλώθηκε δυσκοιλιότητα ως παρενέργεια από την θεραπεία

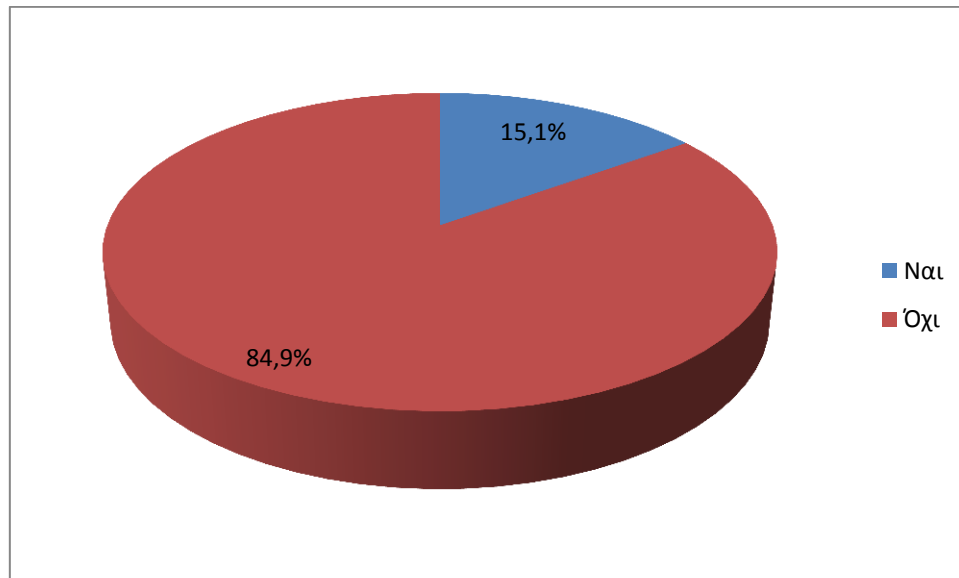


Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους εκδηλώθηκε δύσπνοια ως παρενέργεια από την θεραπεία

Ποιές ήταν οι παρενέργειες που σας εκδηλώθηκαν από την θεραπεία πού υποβλήθηκατε : Δύσπνοια	N=146	Percent (%)
Ναι	22	15,1
Όχι	124	84,9
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (124 άτομα- ποσοστό 84,9%) δήλωσαν ότι δεν τους εκδηλώθηκε δύσπνοια ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 15,1% (22 άτομα) ότι τους εκδηλώθηκε δύσπνοια (Πίνακας 17,Σχήμα 14).

Σχήμα 14 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν τους εκδηλώθηκε δύσπνοια ως παρενέργεια από την θεραπεία

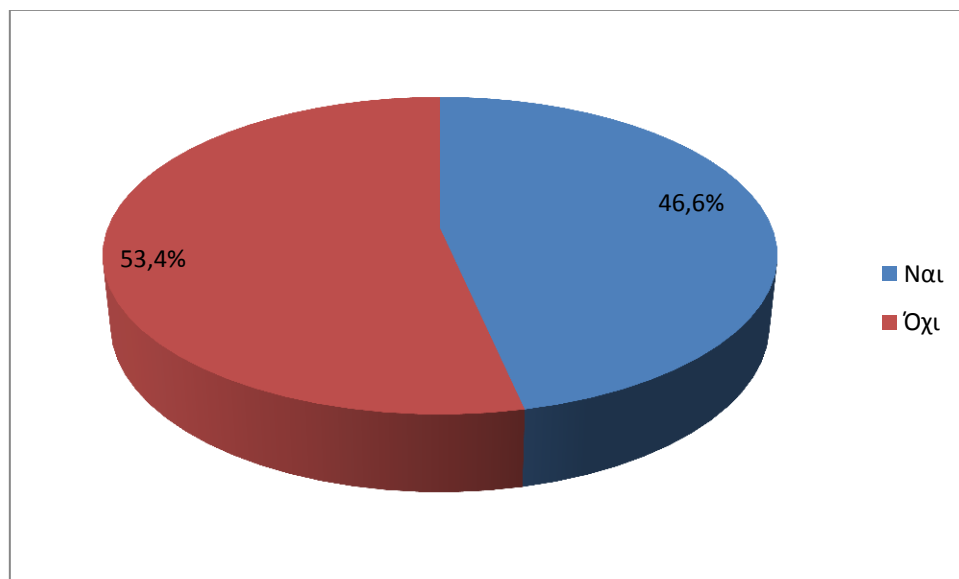


Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους εκδηλώθηκαν αϋπνίες ως παρενέργεια από την θεραπεία

Ποιές ήταν οι παρενέργειες που σας εκδηλώθηκαν από την θεραπεία πού υποβληθήκατε : Αϋπνίες	N=146	Percent (%)
Ναι	68	46,6
Όχι	78	53,4
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (78 άτομα- ποσοστό 53,4%) δήλωσαν ότι δεν τους εκδηλώθηκαν αϋπνίες ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 46,6% (68 άτομα) ότι τους εκδηλώθηκαν αϋπνίες (Πίνακας 18,Σχήμα 15).

Σχήμα 15 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν τους εκδηλώθηκαν αϋπνίες ως παρενέργεια από την θεραπεία

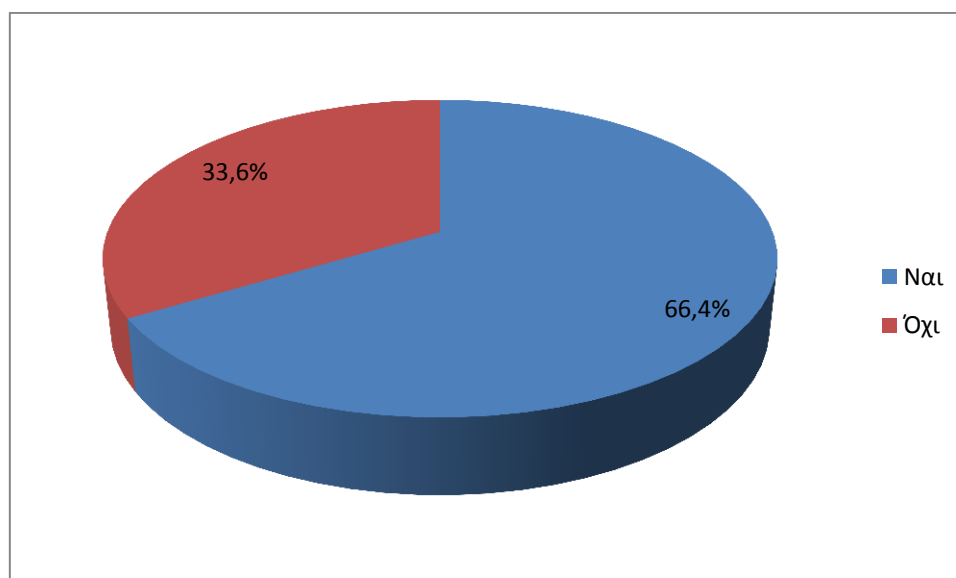


Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους εκδηλώθηκε κόπωση ως παρενέργεια από την θεραπεία

Ποιές ήταν οι παρενέργειες που σας εκδηλώθηκαν από την θεραπεία πού υποβλήθηκατε : Κόπωση	N=146	Percent (%)
Ναι	97	66,4
Όχι	49	33,6
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (97 άτομα- ποσοστό 66,4%) δήλωσαν ότι τους εκδηλώθηκε κόπωση ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 33,6% (49 άτομα) ότι δεν τους εκδηλώθηκε κόπωση (Πίνακας 19,Σχήμα 16).

Σχήμα 16 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν τους εκδηλώθηκε κόπωση ως παρενέργεια από την θεραπεία

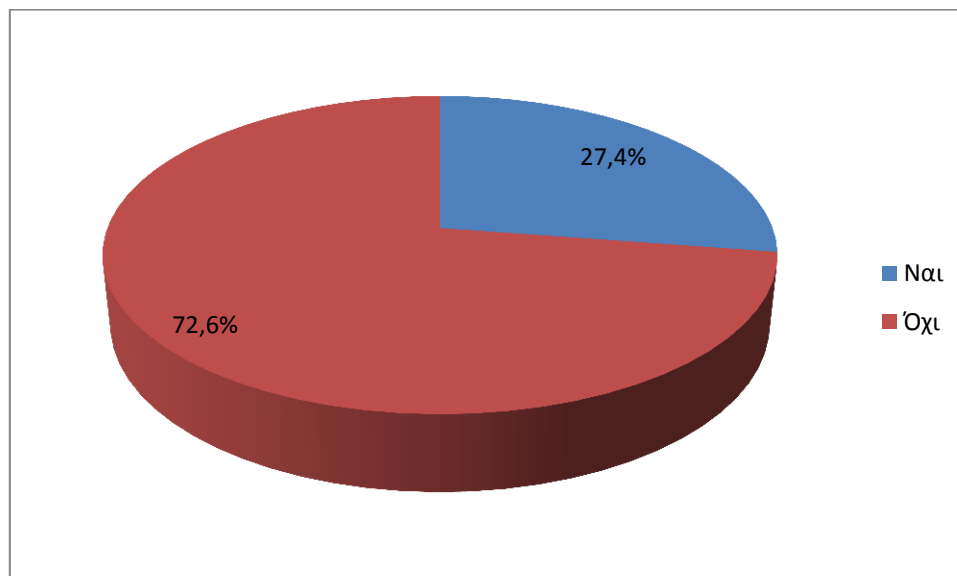


Πίνακας 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους εκδηλώθηκε ανορεξία ως παρενέργεια από την θεραπεία

Ποιές ήταν οι παρενέργειες που σας εκδηλώθηκαν από την θεραπεία πού υποβληθήκατε : Ανορεξία	N=146	Percent (%)
Ναι	40	27,4
Όχι	106	72,6
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (106 άτομα- ποσοστό 72,6%) δήλωσαν ότι δεν τους εκδηλώθηκε ανορεξία ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 27,4% (40 άτομα) ότι τους εκδηλώθηκε ανορεξία (Πίνακας 20, Σχήμα 17).

Σχήμα 17 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν τους εκδηλώθηκε ανορεξία ως παρενέργεια από την θεραπεία

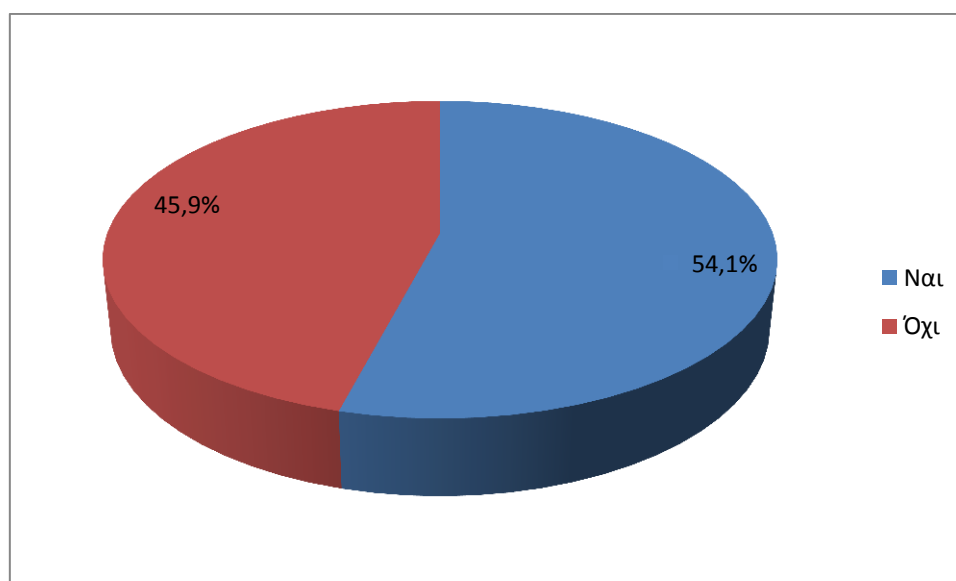


Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους εκδηλώθηκαν μελαγχολικές τάσεις ως παρενέργεια από την θεραπεία

Ποιές ήταν οι παρενέργειες που σας εκδηλώθηκαν από την θεραπεία πού υποβλήθηκατε : Μελαγχολικές τάσεις	N=146	Percent (%)
Ναι	79	54,1
Όχι	67	45,9
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (79 άτομα- ποσοστό 54,1%) δήλωσαν ότι τους εκδηλώθηκαν μελαγχολικές τάσεις ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 45,9% (67 άτομα) ότι δεν τους εκδηλώθηκαν μελαγχολικές τάσεις (Πίνακας 21, Σχήμα 18).

Σχήμα 18 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν τους εκδηλώθηκαν μελαγχολικές τάσεις ως παρενέργεια από την θεραπεία

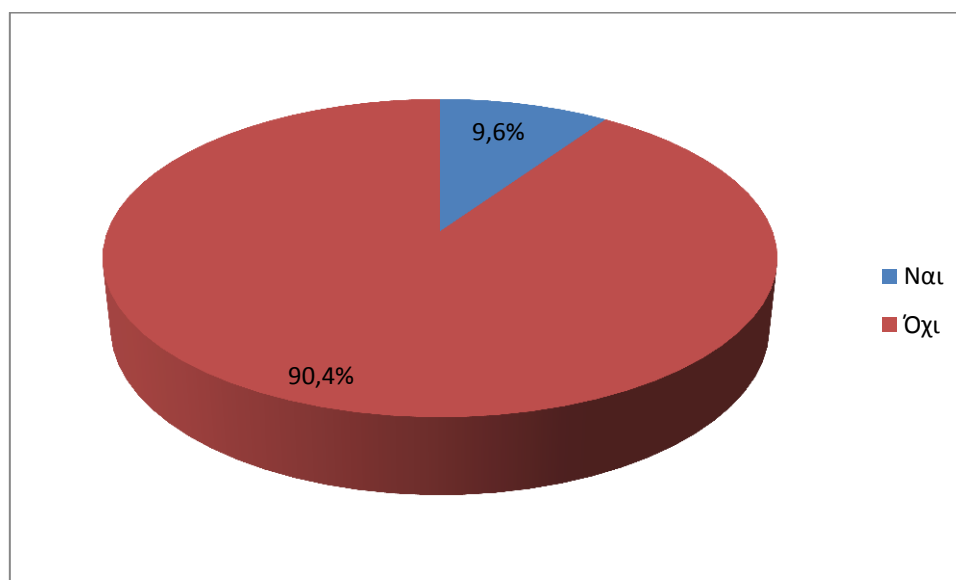


Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους εκδηλώθηκε κατάθλιψη ως παρενέργεια από την θεραπεία

Ποιές ήταν οι παρενέργειες που σας εκδηλώθηκαν από την θεραπεία πού υποβλήθηκατε : Κατάθλιψη	N=146	Percent (%)
Ναι	14	9,6
Όχι	132	90,4
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (132 άτομα- ποσοστό 90,4%) δήλωσαν ότι δεν τους εκδηλώθηκε κατάθλιψη ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 9,6% (14 άτομα) ότι τους εκδηλώθηκε κατάθλιψη (Πίνακας 22,Σχήμα 19).

Σχήμα 19 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν τους εκδηλώθηκε κατάθλιψη ως παρενέργεια από την θεραπεία

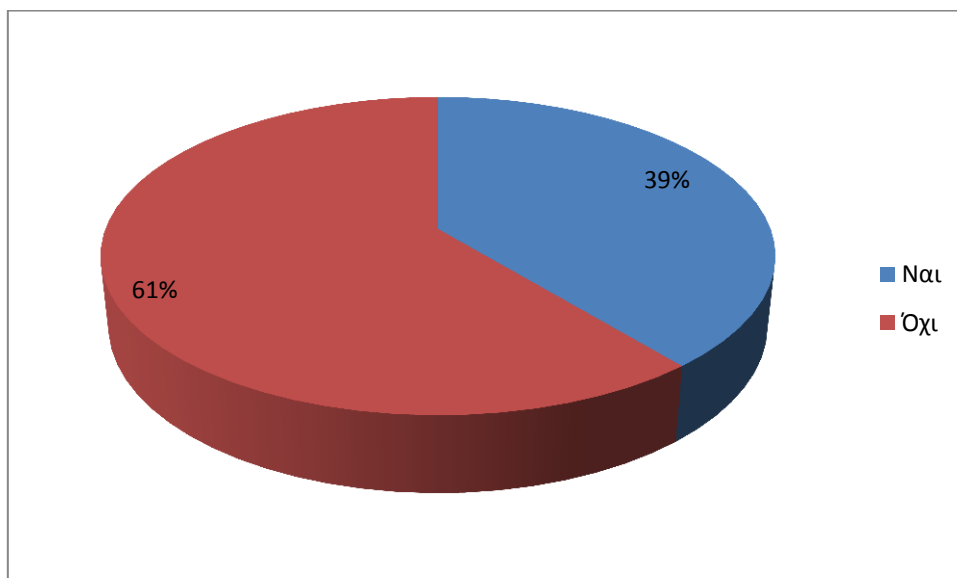


Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους εκδηλώθηκε αλωπεκία ως παρενέργεια από την θεραπεία

Ποιές ήταν οι παρενέργειες που σας εκδηλώθηκαν από την θεραπεία πού υποβλήθήκατε : Αλωπεκία	N=146	Percent (%)
Ναι	57	39
Όχι	89	61
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (89 άτομα- ποσοστό 61%) δήλωσαν ότι δεν τους εκδηλώθηκε αλωπεκία ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 39% (57 άτομα) ότι τους εκδηλώθηκε αλωπεκία (Πίνακας 23,Σχήμα 20).

Σχήμα 20 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν τους εκδηλώθηκε αλωπεκία ως παρενέργεια από την θεραπεία



Πίνακας 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους εκδηλώθηκε κάποια άλλη παρενέργεια από την θεραπεία

Ποιές ήταν οι παρενέργειες που σας εκδηλώθηκαν από την θεραπεία πού υποβλήθήκατε : Άλλη παρενέργεια	N=146	Percent (%)
	109	74,7
Εξάντληση	13	8,9
Εξάντληση	2	1,4
Ζαλάδες	5	3,4
Κρυάδες	2	1,4
Λιποθυμίες	2	1,4
Λόξυγκας	3	2,1
Μούδιασμα	2	1,4
Μυοσκελετικός πόνος	3	2,1
Πονοκέφαλος	3	2,1
Πόνος στα πόδια	2	1,4
Total	146	100

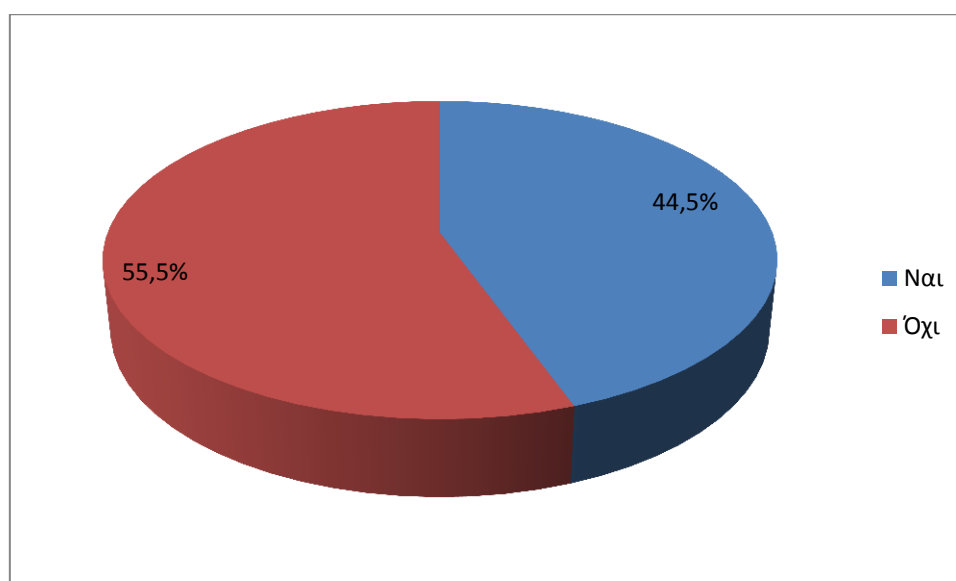
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (109 άτομα- ποσοστό 74,7%) δήλωσαν ότι δεν τους εκδηλώθηκε κάποια άλλη παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 25,3% (37 άτομα) ότι τους εκδηλώθηκε και κάποια άλλη παρενέργεια (αναλυτικά παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα). (Πίνακας 24).

Πίνακας 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν νιώσανε πόνο κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας

Κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας είχατε πόνο;	N=146	Percent (%)
Ναι	65	44,5
Όχι	81	55,5
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (81 άτομα- ποσοστό 55,5%) δήλωσαν ότι δεν νιώσανε πόνο κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας ενώ το υπόλοιπο 44,5% (65 άτομα) ότι νιώσανε πόνο (Πίνακας 25, Σχήμα 21).

Σχήμα 21 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν νιώσανε πόνο κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας

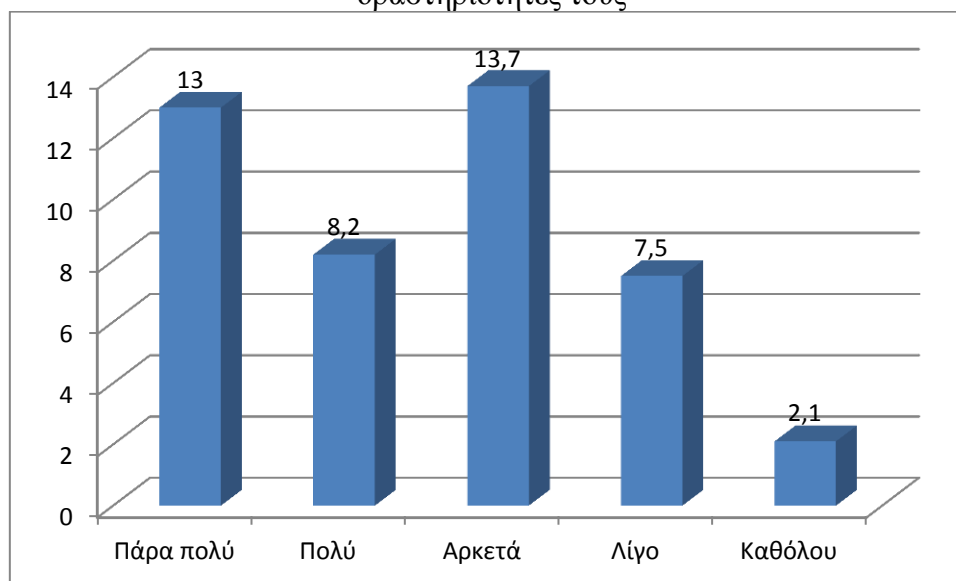


Πίνακας 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την παρέμβαση του πόνου στις καθημερινές δραστηριότητες τους

Αν ναι, ο πόνος παρενέβη στις καθημερινές σας δραστηριότητες;	N=146	Percent (%)
Πάρα πολύ	19	13
Πολύ	12	8,2
Αρκετά	20	13,7
Λίγο	11	7,5
Καθόλου	3	2,1
Total	65	44,5
Missing	81	55,5
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (81 άτομα- ποσοστό 55,5%) δεν απάντησαν σε αυτήν την ερώτηση εφόσον είχαν αναφέρει ότι δεν ένιωσαν πόνο. Το 13,7% (20 άτομο) δήλωσαν ότι ο πόνος παρενέβη στις καθημερινές τους δραστηριότητες αρκετά, το 13% (19 άτομα) δήλωσαν ότι παρενέβη πάρα πολύ, 12 άτομα (ποσοστό 8,2%) δήλωσαν ότι παρενέβη πολύ, 11 άτομα (ποσοστό 7,5%) απάντησαν ότι παρενέβη λίγο και 3 άτομα (ποσοστό 2,1%) δήλωσαν ότι δεν παρενέβη ο πόνος στις δραστηριότητες τους (Πίνακας 26, Σχήμα 22).

Σχήμα 22 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την παρέμβαση του πόνου στις καθημερινές δραστηριότητες τους

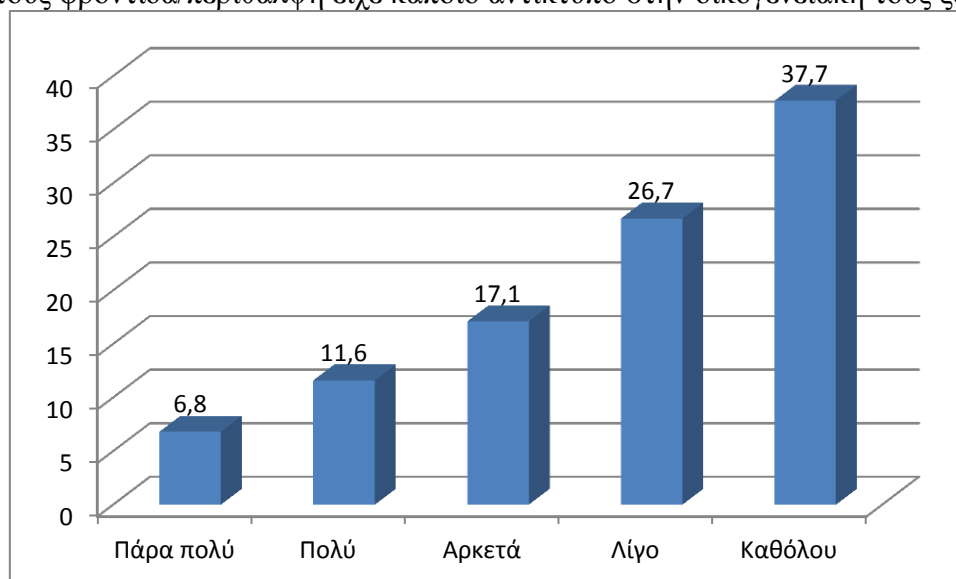


Πίνακας 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη είχε κάποιο αντίκτυπο στην οικογενειακή τους ζωή

Η φυσική σας κατάσταση ή η ιατρική σας φροντίδα/περίθαλψη είχε κάποιο αντίκτυπο στην οικογενειακή σας ζωή;	N=146	Percent (%)
Πάρα πολύ	10	6,8
Πολύ	17	11,6
Αρκετά	25	17,1
Λίγο	39	26,7
Καθόλου	55	37,7
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (55 άτομα- ποσοστό 37,7%) δήλωσαν ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη δεν είχε κάποιο αντίκτυπο στην οικογενειακή τους ζωή, το 26,7% (39 άτομα) δήλωσε ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη είχε μικρό αντίκτυπο στην οικογενειακή τους ζωή, το 17,1% (25 άτομα) δήλωσε ότι τους επηρέασε αρκετά στην οικογενειακή τους ζωή και το 11,6% (17 άτομα) ότι τους επηρέασε πολύ. Τέλος το 6,8% (10 άτομα) δήλωσε ότι τους επηρέασε πάρα πολύ. (Πίνακας 27, Σχήμα 23).

Σχήμα 23 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη είχε κάποιο αντίκτυπο στην οικογενειακή τους ζωή

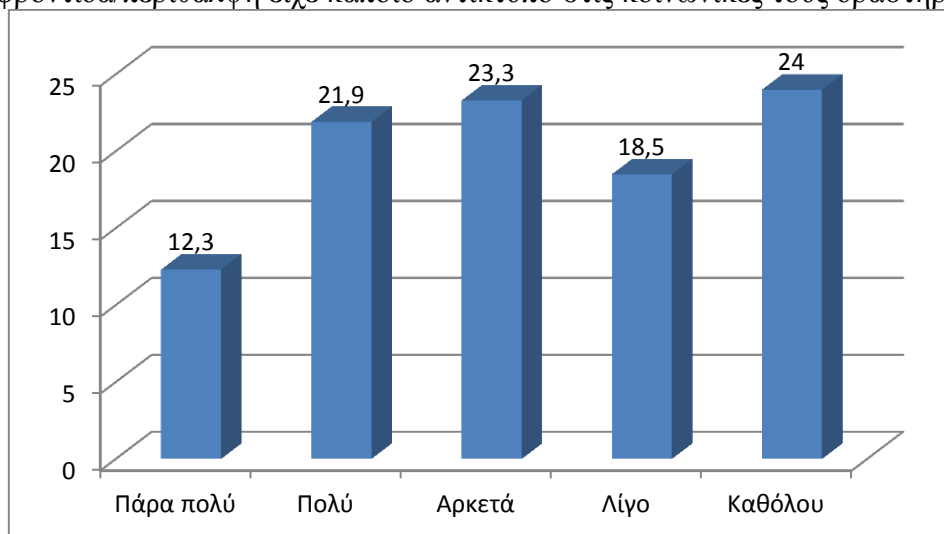


Πίνακας 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη είχε κάποιο αντίκτυπο στις κοινωνικές τους δραστηριότητες

Η φυσική σας κατάσταση ή η ιατρική σας φροντίδα/περίθαλψη είχε κάποιο αντίκτυπο στις κοινωνικές σας δραστηριότητες;	N=146	Percent (%)
Πάρα πολύ	18	12,3
Πολύ	32	21,9
Αρκετά	34	23,3
Λίγο	27	18,5
Καθόλου	35	24
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (35 άτομα- ποσοστό 24%) δήλωσαν ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη δεν είχε κάποιο αντίκτυπο στις κοινωνικές τους δραστηριότητες, το 23,3% (34 άτομα) δήλωσε ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη τους επηρέασε αρκετά, το 21,9% (32 άτομα) δήλωσε ότι τους επηρέασε πολύ στις κοινωνικές τους δραστηριότητες και το 18,5% (27 άτομα) ότι τους επηρέασε λίγο. Τέλος το 12,3% (18 άτομα) δήλωσε ότι τους επηρέασε πάρα πολύ. (Πίνακας 28, Σχήμα 24).

Σχήμα 24 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη είχε κάποιο αντίκτυπο στις κοινωνικές τους δραστηριότητες

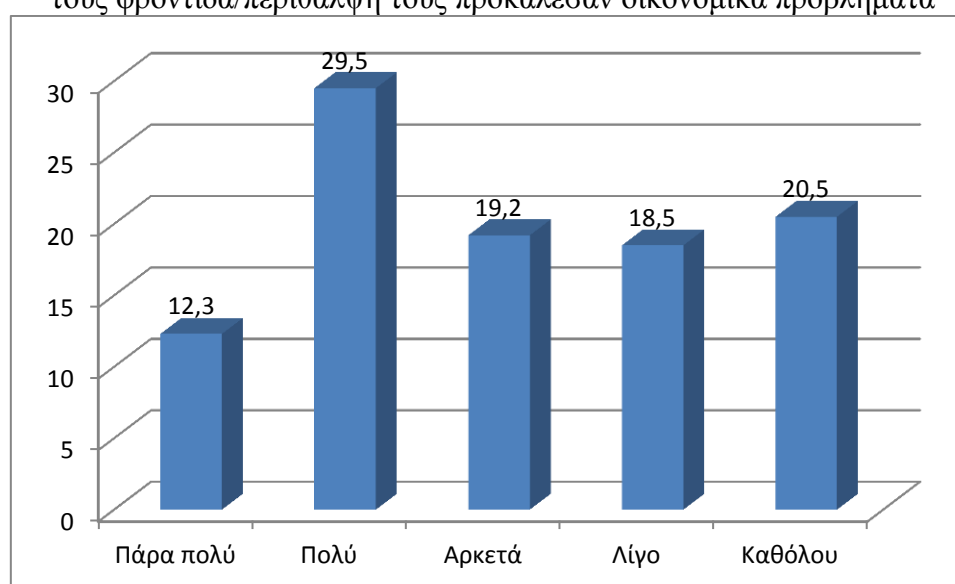


Πίνακας 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/ περίθαλψη τους προκάλεσαν οικονομικά προβλήματα

Η φυσική σας κατάσταση ή η ιατρική σας φροντίδα/περίθαλψη σας προκάλεσαν οικονομικά προβλήματα;	N=146	Percent (%)
Πάρα πολύ	18	12,3
Πολύ	43	29,5
Αρκετά	28	19,2
Λίγο	27	18,5
Καθόλου	30	20,5
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (43 άτομα- ποσοστό 29,5%) δήλωσαν ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη τους προκάλεσαν κατά πολύ οικονομικά προβλήματα, το 20,5% (30 άτομα) δήλωσε ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη δεν τους προκάλεσαν οικονομικά προβλήματα, το 19,2% (28 άτομα) δήλωσε ότι τους προκάλεσαν αρκετά οικονομικά προβλήματα και το 18,5% (27 άτομα) ότι τους επηρέασε λίγο. Τέλος το 12,3% (18 άτομα) δήλωσε ότι τους προκάλεσαν πάρα πολλά οικονομικά προβλήματα. (Πίνακας 29, Σχήμα 25).

Σχήμα 25 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη τους προκάλεσαν οικονομικά προβλήματα

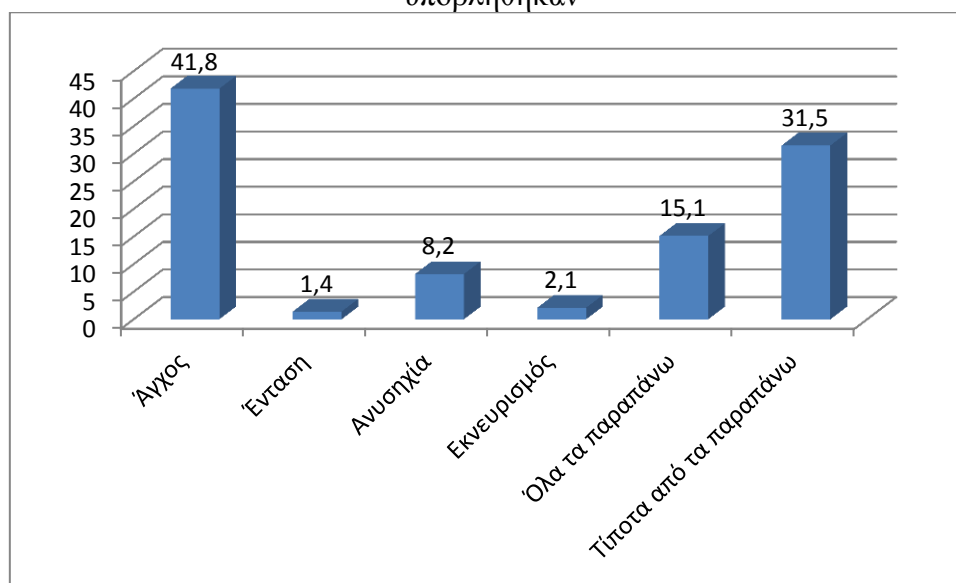


Πίνακας 30: Κατανομή 146 ερωτηθέντων ως προς το κύριο αίσθημα πριν την θεραπεία στην οποία υποβλήθηκαν

Ποιο από τα παρακάτω είναι το κύριο αίσθημα πριν την θεραπεία στην οποία υποβλήθήκατε;	N=146	Percent (%)
Άγχος	61	41,8
Ένταση	2	1,4
Ανησυχία	12	8,2
Εκνευρισμός	3	2,1
Όλα τα παραπάνω	22	15,1
Τίποτα από τα παραπάνω	46	31,5
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (61 άτομα- 41,8%) δήλωσε ότι το κύριο αίσθημα πριν την θεραπεία στην οποία υποβλήθηκε ήταν άγχος, το 31,5% (46 άτομα) δεν είχε κάποιο αίσθημα, το 15,1% (22 άτομα) δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν άγχος, ένταση, ανησυχία και εκνευρισμό (απάντηση «όλα τα παραπάνω»), το 8,2% (12 άτομα) δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν ανησυχία, το 2,1 % (3 άτομα) εκνευρισμό και το 1,4% (2 άτομα) ένταση. (Πίνακας 30, Σχήμα 26).

Σχήμα 26 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κύριο αίσθημα πριν την θεραπεία στην οποία υποβλήθηκαν

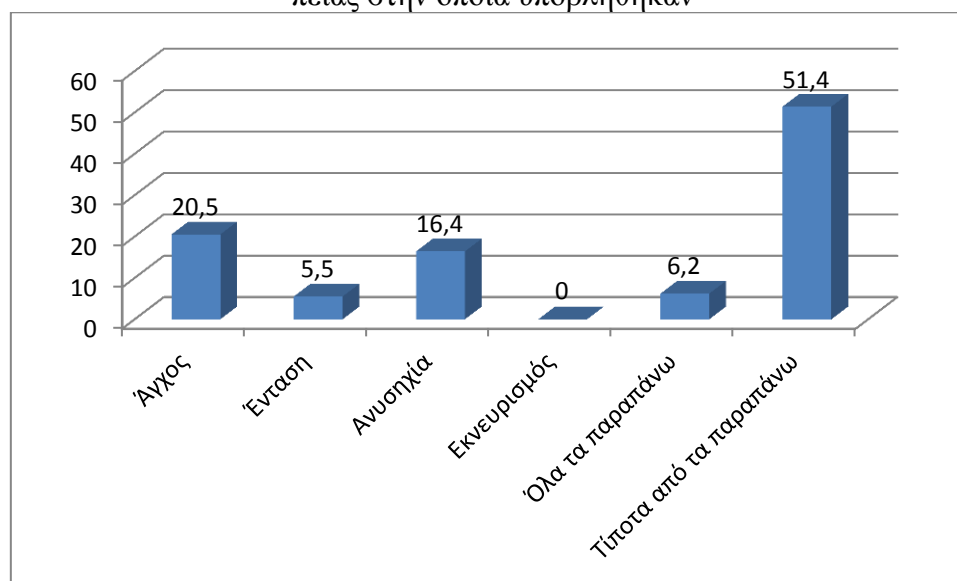


Πίνακας 31: Κατανομή 146 ερωτηθέντων ως προς το κύριο αίσθημα κατά την διάρκεια της
θεραπείας στην οποία υποβλήθηκαν

Ποιο από τα παρακάτω είναι το κύριο αίσθημα κατά την διάρκεια της θεραπείας στην οποία υποβλήθηκατε;	N=146	Percent (%)
Άγχος	30	20,5
Ένταση	8	5,5
Ανησυχία	24	16,4
Εκνευρισμός	0	0
Όλα τα παραπάνω	9	6,2
Τίποτα από τα παραπάνω	75	51,4
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (75 άτομα- 51,4%) δήλωσαν ότι δεν αισθάνονται ούτε άγχος, ούτε ένταση, ούτε ανησυχία ,ούτε εκνευρισμό κατά την διάρκεια της θεραπείας, το 20,5% (30 άτομα) δήλωσε ότι αισθάνεται άγχος, το 16,4% (24 άτομα) δήλωσε ότι αισθάνονται ανησυχία, το 6,2% (9 άτομα) δήλωσε ότι αισθάνεται αγχος, ένταση, ανησυχία και εκνευρισμό, το 5,5% (8 άτομα) δήλωσε ότι αισθάνεται ένταση. Τέλος κανείς δεν απάντησε ότι αισθάνεται εκνευρισμό κατά την διάρκεια της θεραπείας. . (Πίνακας 31, Σχήμα 27).

Σχήμα 27 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κύριο αίσθημα κατά την διάρκεια της
θεραπείας στην οποία υποβλήθηκαν

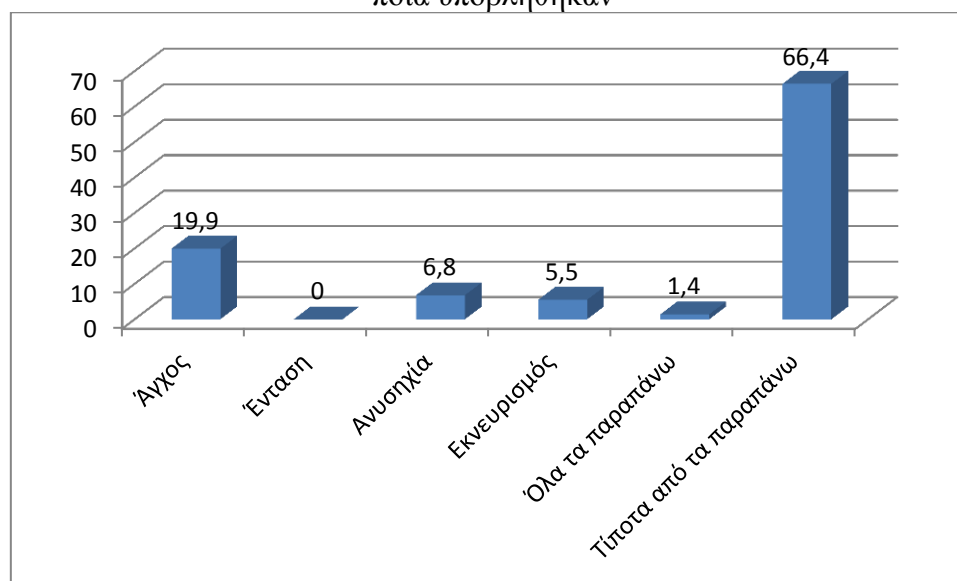


Πίνακας 32: Κατανομή 146 ερωτηθέντων ως προς το κύριο αίσθημα μετά την θεραπεία στην οποία υποβλήθηκαν

Ποιό από τα παρακάτω είναι το κύριο αίσθημα μετά την θεραπεία στην οποία υποβλήθηκατε ;	N=146	Percent (%)
Άγχος	29	19,9
Ένταση	0	0
Ανησυχία	10	6,8
Εκνευρισμός	8	5,5
Όλα τα παραπάνω	2	1,4
Τίποτα από τα παραπάνω	97	66,4
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (97 άτομα- 66,4%) δήλωσαν ότι δεν αισθάνονται ούτε άγχος, ούτε ένταση, ούτε ανησυχία ,ούτε εκνευρισμό μετά την θεραπεία, το 19,9% (29 άτομα) δήλωσε ότι αισθάνεται άγχος, το 6,8% (10 άτομα) δήλωσε ότι αισθάνονται ανησυχία, το 5,5% (8 άτομα) δήλωσε ότι αισθάνεται εκνευρισμό, το 1,4% (2 άτομα) δήλωσε ότι αισθάνεται άγχος, ένταση, ανησυχία και εκνευρισμό. Τέλος κανείς δεν απάντησε ότι αισθάνεται ένταση μετά την θεραπεία (Πίνακας 32, Σχήμα 28).

Σχήμα 28 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κύριο αίσθημα μετά την θεραπεία στην οποία υποβλήθηκαν

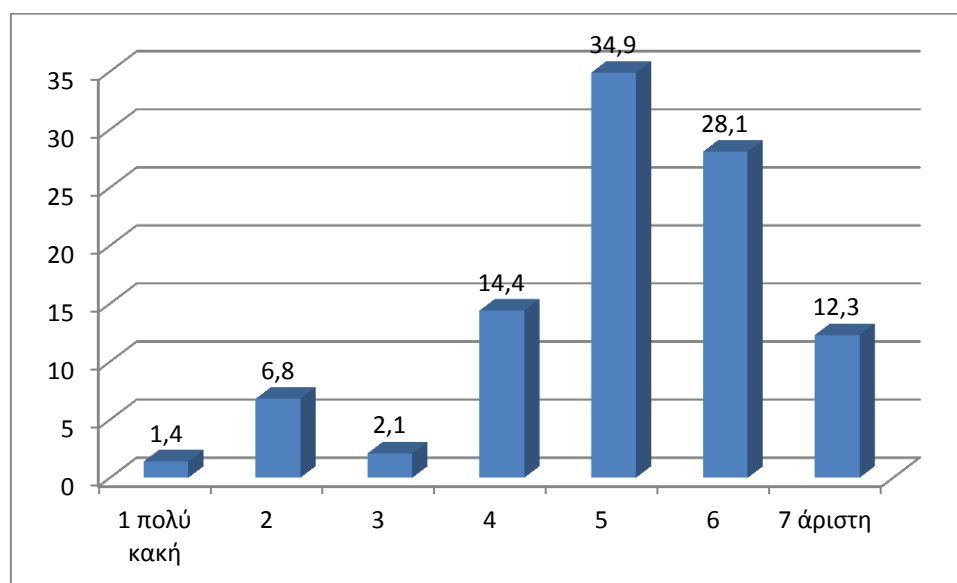


Πίνακας 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αξιολόγηση της συνολικής υγείας τους κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας

Πώς θα αξιολογούσατε τη συνολική υγεία σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;	N=146	Percent (%)
1 πολύ κακή	2	1,4
2	10	6,8
3	3	2,1
4	21	14,4
5	51	34,9
6	41	28,1
7 άριστη	18	12,3
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (51 άτομα-ποσοστό 34,9%) αξιολόγησε την συνολική του υγεία με 5, το 28,1% (41 άτομα) αξιολόγησε την υγεία του με 6, το 14,4 (21 άτομα) με 4, το 12,3% (18 άτομα) με 7, το 6,8% αξιολόγησε την συνολική του υγεία με 2, το 2,1% (3 άτομα) με 3 και το 1,4 (2 άτομα) αξιολόγησε την συνολική του υγεία με 1. (Πίνακας 33, Σχήμα 29).

Σχήμα 29 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αξιολόγηση της συνολικής υγείας τους κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας

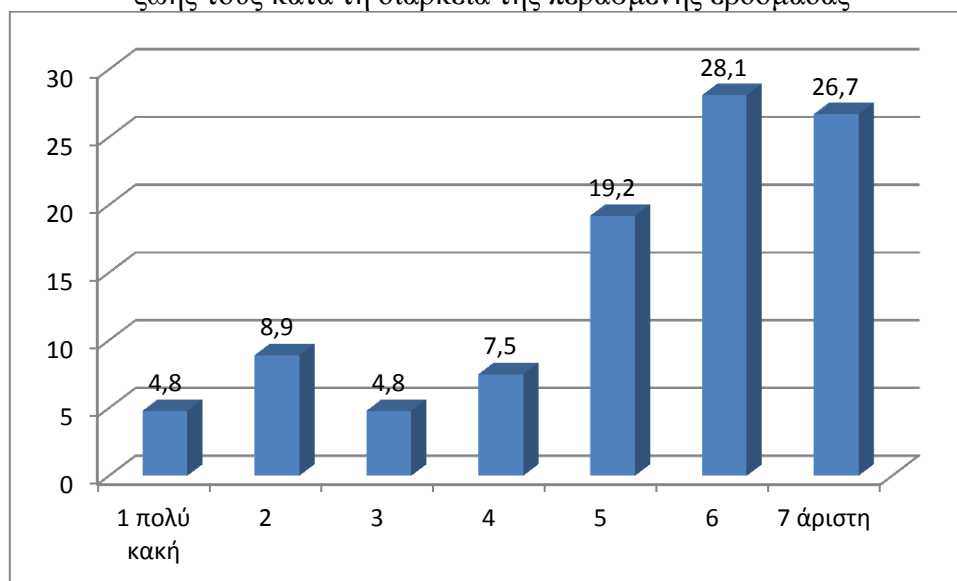


Πίνακας 34: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αξιολόγηση της συνολικής ποιότητας της ζωής τους κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας

Πώς θα αξιολογούσατε τη συνολική ποιότητα της ζωής σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;	N=146	Percent (%)
1 πολύ κακή	7	4,8
2	13	8,9
3	7	4,8
4	11	7,5
5	28	19,2
6	41	28,1
7 άριστη	39	26,7
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (41 άτομα-ποσοστό 28,1%) αξιολόγησε την συνολική ποιότητα της ζωής του με 6, το 26,7% (39 άτομα) αξιολόγησε την υγεία του με 7, το 19,2 (28 άτομα) με 5, το 8,9% (13 άτομα) με 2, το 7,5% (11 άτομα) αξιολόγησε την συνολική ποιότητα της ζωής του με 4, το 4,8% (7 άτομα) με 3 και το 4,8 (7 άτομα) αξιολόγησε την συνολική ποιότητα της ζωής με 1. (Πίνακας 34, Σχήμα 30).

Σχήμα 30 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αξιολόγηση της συνολικής ποιότητας της ζωής τους κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας

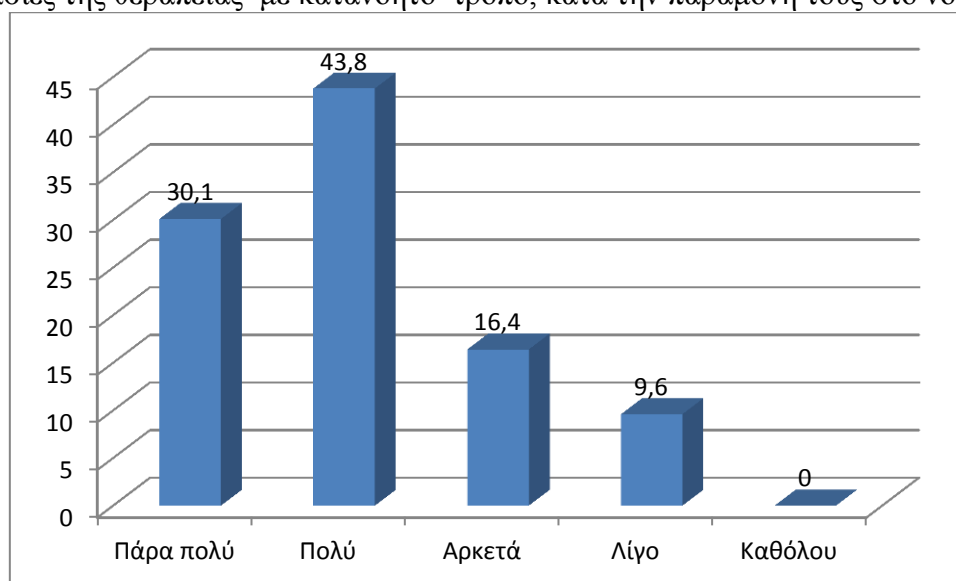


Πίνακας 35: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά οι νοσηλευτές τους εξήγησαν τις διαδικασίες της θεραπείας με κατανοητό τρόπο, κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο

Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλευτές σας εξήγησαν τις διαδικασίες της θεραπείας με κατανοητό τρόπο;	N=146	Percent (%)
Πάρα πολύ	44	30,1
Πολύ	64	43,8
Αρκετά	24	16,4
Λίγο	14	9,6
Καθόλου	0	0
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (108 άτομα- ποσοστό 73,9%) δήλωσε «πολύ» και «πάρα πολύ» ότι οι νοσηλευτές του εξήγησαν τις διαδικασίες της θεραπείας με κατανοητό τρόπο, ενώ το 26% (38 άτομα) δήλωσε «αρκετά» και «λίγο». (Πίνακας 35, Σχήμα 31)

Σχήμα 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά οι νοσηλευτές τους εξήγησαν τις διαδικασίες της θεραπείας με κατανοητό τρόπο, κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο

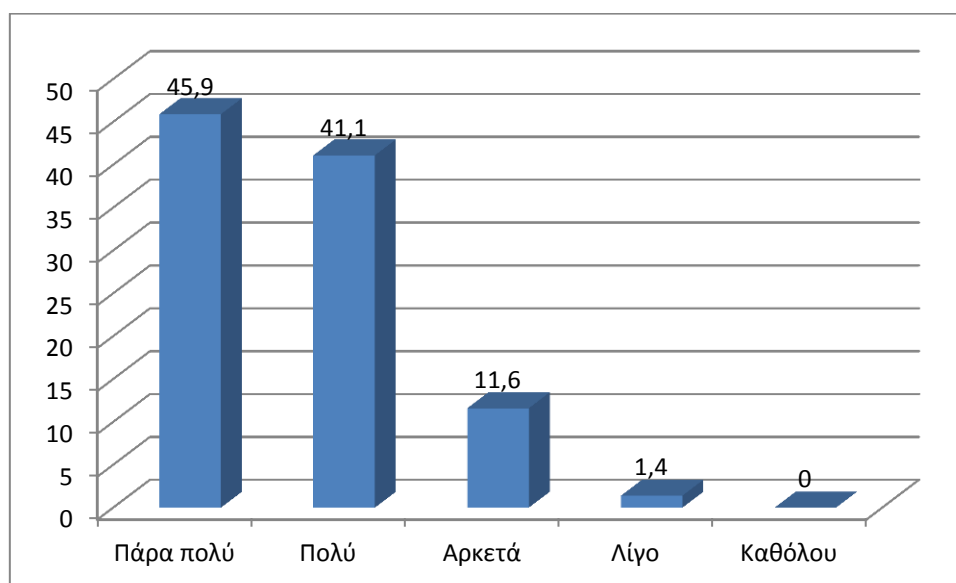


Πίνακας 36: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά οι νοσηλευτές τους φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό

Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλευτές σας φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό;	N=146	Percent (%)
Πάρα πολύ	67	45,9
Πολύ	60	41,1
Αρκετά	17	11,6
Λίγο	2	1,4
Καθόλου	0	0
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (127 άτομα- ποσοστό 87%) δήλωσε «πάρα πολύ» και «πολύ» ότι οι νοσηλευτές τους φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό, ενώ το 13% (19 άτομα) δήλωσε «αρκετά» και «λίγο». (Πίνακας 36, Σχήμα 32)

Σχήμα 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά οι νοσηλευτές τους φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό

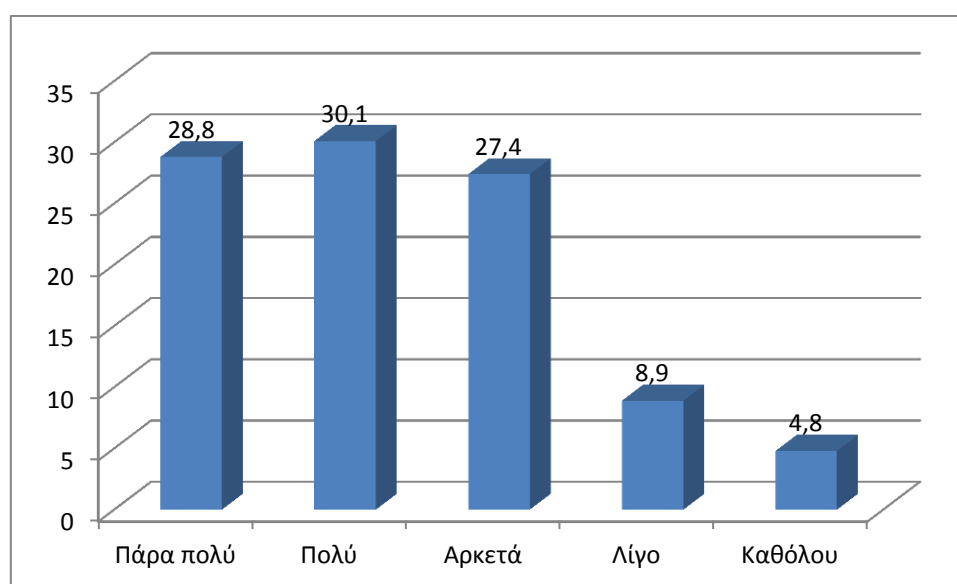


Πίνακας 37: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά οι νοσηλευτές αντιμετώπισαν έγκαιρα τυχόν επιπλοκές

Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλευτές αντιμετώπισαν έγκαιρα τυχόν επιπλοκές;	N=146	Percent (%)
Πάρα πολύ	42	28,8
Πολύ	44	30,1
Αρκετά	40	27,4
Λίγο	13	8,9
Καθόλου	7	4,8
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (86 άτομα- ποσοστό 58,9%) δήλωσε «πολύ» και «πάρα πολύ» ότι οι νοσηλευτές αντιμετώπισαν έγκαιρα τυχόν επιπλοκές, το 27,4% (40 άτομα) δήλωσε «αρκετά», ενώ το 13,7% (20 άτομα) δήλωσε «λίγο» και «καθόλου» (Πίνακας 37, Σχήμα 33)

Σχήμα 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά οι νοσηλευτές αντιμετώπισαν έγκαιρα τυχόν επιπλοκές

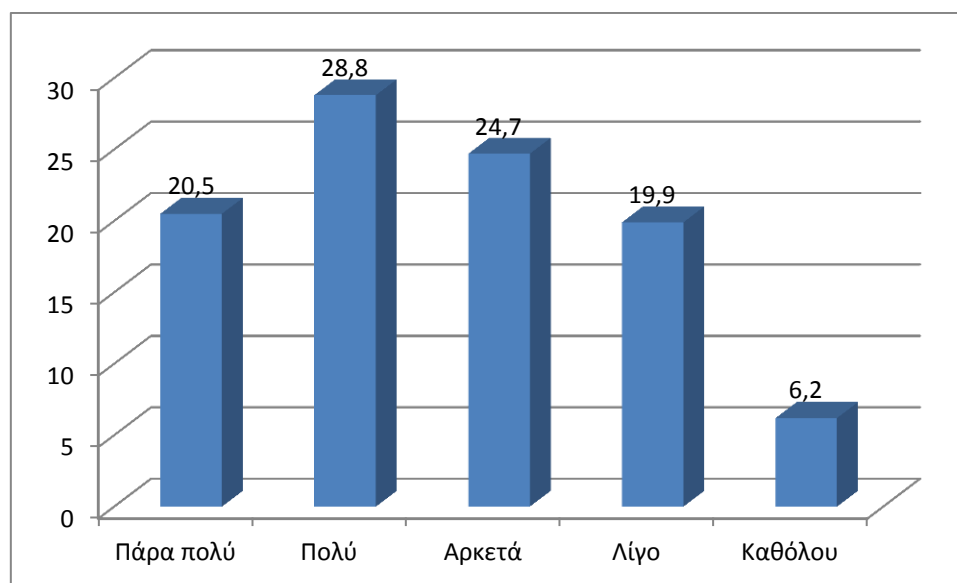


Πίνακας 38: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά οι νοσηλευτές τους παρείχαν ψυχολογική υποστήριξη

Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλευτές σας παρείχαν ψυχολογική υποστήριξη;	N=146	Percent (%)
Πάρα πολύ	30	20,5
Πολύ	42	28,8
Αρκετά	36	24,7
Λίγο	29	19,9
Καθόλου	9	6,2
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (72 άτομα- ποσοστό 49,3%) δήλωσε «πολύ» και «πάρα πολύ» ότι οι νοσηλευτές τους παρείχαν ψυχολογική υποστήριξη, το 24,7% (36 άτομα) δήλωσε «αρκετά» , ενώ το 26,1% (38 άτομα) δήλωσε «λίγο» και «καθόλου» (Πίνακας 38, Σχήμα 34)

Πίνακας 34: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά οι νοσηλευτές τους παρείχαν ψυχολογική υποστήριξη

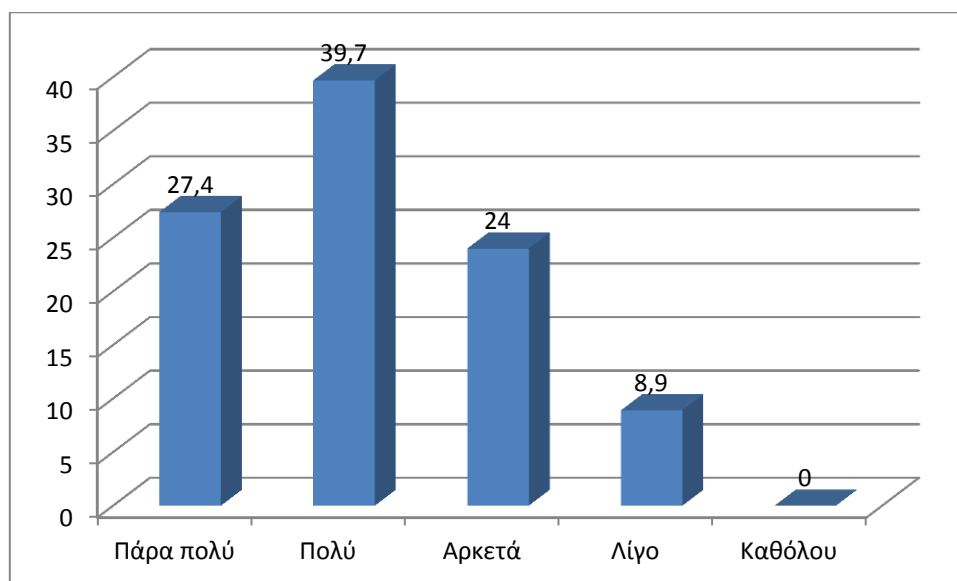


Πίνακας 39: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν νιώθουν εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές

Νιώθετε εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές;	N=146	Percent (%)
Πάρα πολύ	40	27,4
Πολύ	58	39,7
Αρκετά	35	24
Λίγο	13	8,9
Καθόλου	0	0
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (98 άτομα- ποσοστό 67,1%) δήλωσε «πολύ» και «πάρα πολύ» ότι νιώθουν εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές ενώ το 32,9% (48 άτομα) δήλωσε «αρκετά» και «λίγο». (Πίνακας 39, Σχήμα 35)

Σχήμα 35: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν νιώθουν εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές

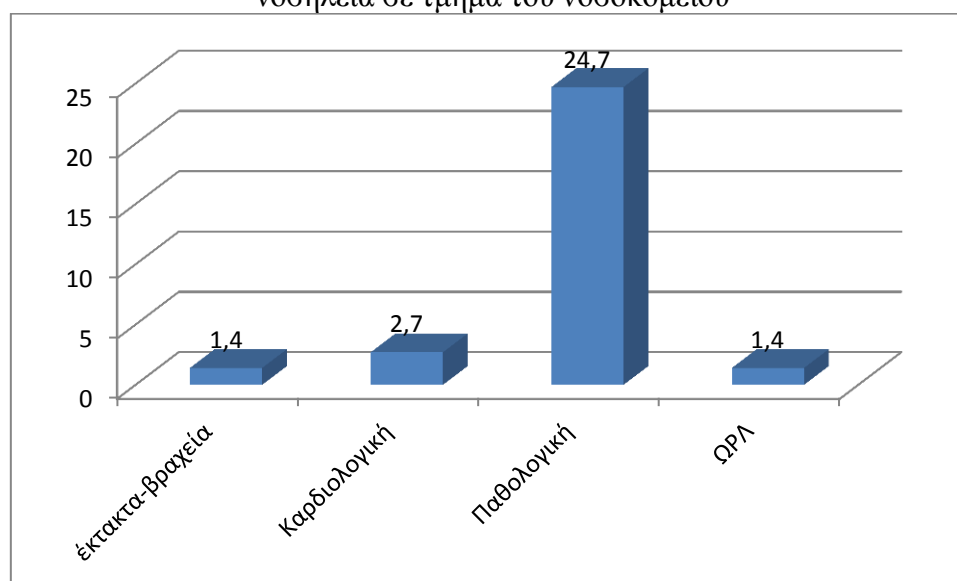


Πίνακας 40: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εμφάνιση παρενεργιών που απαιτούσαν νοσηλεία σε τμήμα του νοσοκομείου

Σε περίπτωση εμφάνισης παρενεργιών που απαιτούσαν νοσηλεία σε ποιο τμήμα του νοσοκομείου νοσηλευτήκατε ;	N=146	Percent (%)
	102	69,9
έκτακτα-βραχεία	2	1,4
Καρδιολογική	4	2,7
Παθολογική	36	24,7
ΩΡΛ	2	1,4
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (102 άτομα- ποσοστό 69,9%) δεν εμφάνισε παρενέργειες που απαιτούσαν νοσηλεία σε τμήμα του νοσοκομείου. Το 24,7% (36 άτομα) εμφάνισε παρενέργειες που απαιτούσαν νοσηλεία στο νοσοκομείο και έτσι νοσηλεύτηκε στην παθολογική κλινική, το 2,7% (4 άτομα) στην καρδιολογική κλινική, το 1,4% (2 άτομα) στην ΩΡΛ και το 1,4 % (2 άτομα) στα έκτακτα-βραχεία νοσηλεία. .(Πίνακας 40, Σχήμα 36)

Σχήμα 36: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εμφάνιση παρενεργιών που απαιτούσαν νοσηλεία σε τμήμα του νοσοκομείου

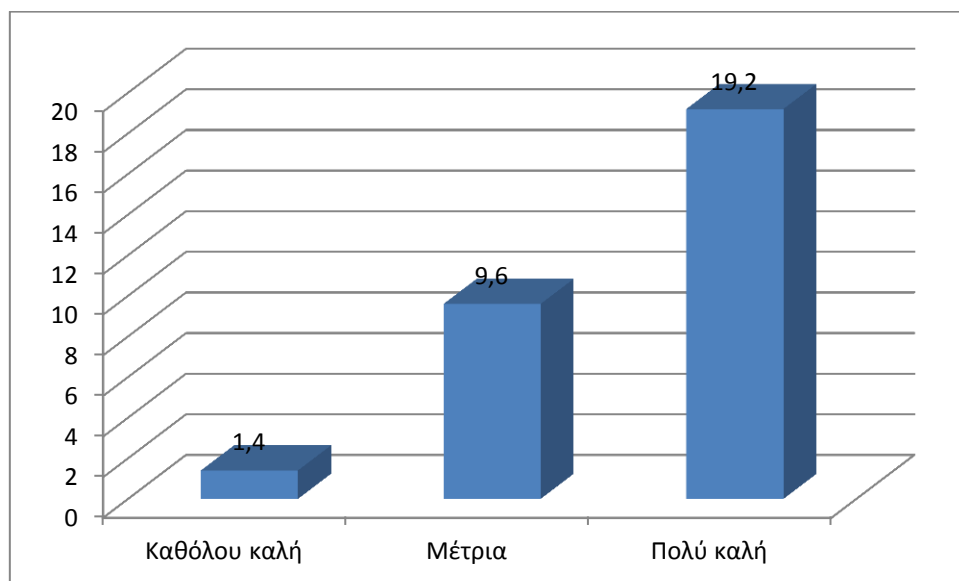


Πίνακας 41: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αξιολόγηση του τμήματος που νοσηλεύτηκε

Στο τμήμα νοσηλείας που νοσηλευτήκατε πως θα αξιολογούσατε :το τεχνητό υλικό ,την νοσηλευτική φροντίδα, την ιατρική φροντίδα	N=146	Percent (%)
Καθόλου καλή	2	1,4
Μέτρια	14	9,6
Πολύ καλή	28	19,2
Total	44	30,1
Missing	102	69,9
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (102 άτομα- ποσοστό 69,9%) δεν εμφάνισε παρενέργειες που απαιτούσαν νοσηλεία σε τμήμα του νοσοκομείου. Το 19,2% (28 άτομα) αξιολόγησε «4-πολύ καλη» τη νοσηλεία του στο ανάλογο τμήμα, το 9,6% (14 άτομα) «3-μέτρια» και το 1,4 (2 άτομα) «1-καθόλου καλή». .(Πίνακας 41, Σχήμα 37)

Σχήμα 37: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αξιολόγηση του τμήματος που νοσηλεύτηκε

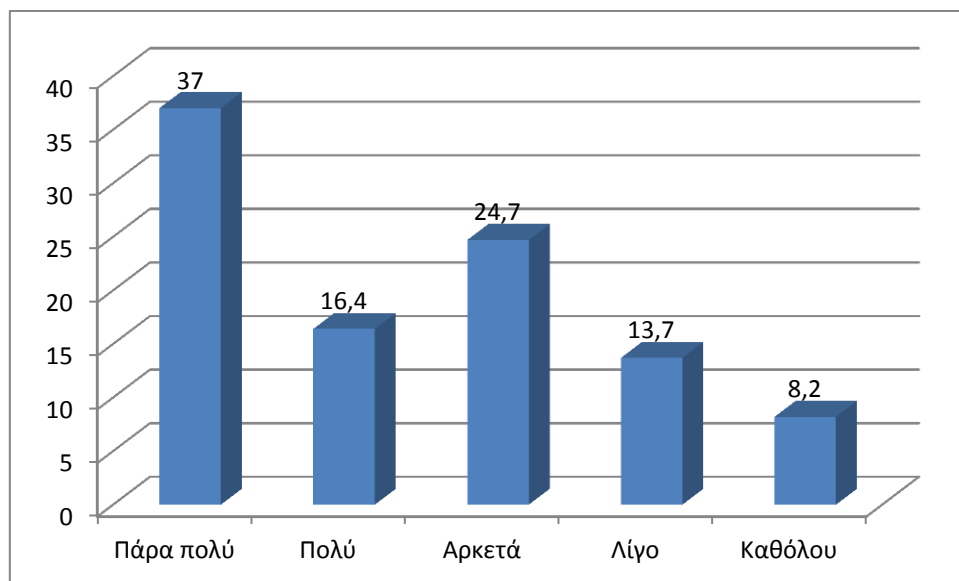


Πίνακας 42: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν οι νοσηλευτές τους ενημέρωσαν σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες

Πριν την έξοδό σας από το νοσοκομείο, οι νοσηλευτές σας ενημέρωσαν σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες (λήψη φαρμάκων, διατροφή, γενικότερες συμβουλές) που πρέπει να ακολουθήσετε στο σπίτι;	N=146	Percent (%)
Πάρα πολύ	54	37
Πολύ	24	16,4
Αρκετά	36	24,7
Λίγο	20	13,7
Καθόλου	12	8,2
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (78 άτομα- ποσοστό 53,4%) δήλωσε «πολύ» και «πάρα πολύ» ότι οι νοσηλευτές τους ενημέρωσαν σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες, το 24,7% (36 άτομα) δήλωσε «αρκετά» ενώ το 21,9% (32 άτομα) δήλωσε «λίγο» και «καθόλου» .(Πίνακας 42, Σχήμα 38)

Σχήμα 38: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν οι νοσηλευτές τους ενημέρωσαν σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες

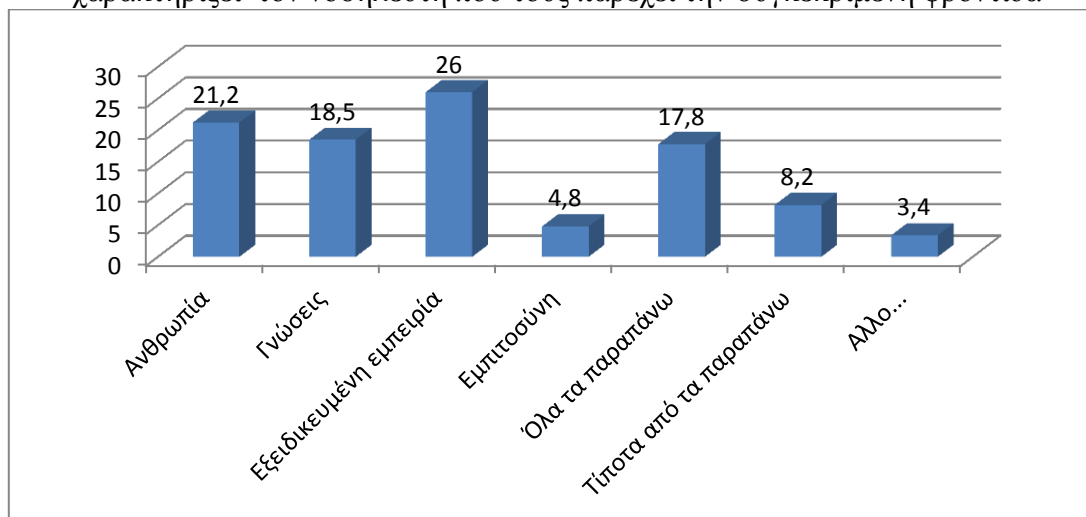


Πίνακας 43: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα χαρακτηριστικά που πιστεύουν ότι πρέπει να χαρακτηρίζει τον νοσηλευτή που τους παρέχει την συγκεκριμένη φροντίδα

Ποιο από τα παρακάτω χαρακτηριστικά πιστεύετε ότι πρέπει να χαρακτηρίζει τον νοσηλευτή που σας παρέχει την συγκεκριμένη φροντίδα ;	N=146	Percent (%)
Ανθρωπιά	31	21,2
Γνώσεις	27	18,5
Εξειδικευμένη εμπειρία	38	26
Εμπιστοσύνη	7	4,8
Όλα τα παραπάνω	26	17,8
Τίποτα από τα παραπάνω	12	8,2
Άλλο...	5	3,4
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό (38 άτομα- 26%) δήλωσε ότι το χαρακτηριστικό που πρέπει να χαρακτηρίζει τον νοσηλευτή που τους παρέχει την συγκεκριμένη φροντίδα είναι «εξειδικευμένη εμπειρία», το 21,2% (31 άτομα) δήλωσαν «ανθρωπιά», το 18,5 (27 άτομα) δήλωσαν «γνώσεις», το 17,8% (26 άτομα) δήλωσαν «όλα τα παραπάνω», το 8,2% (12 άτομα) δήλωσαν «τίποτα από τα παραπάνω», το 4,8% (7 άτομα) δήλωσαν «εμπιστοσύνη» και το 3,4% (5 άτομα) δήλωσαν την επιλογή «άλλο» στην οποία ανέφεραν «κοινή αντιμετώπιση» σε όλους και «επικοινωνία» (Πίνακας 43, Σχήμα 39)

Σχήμα 39: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα χαρακτηριστικά που πιστεύουν ότι πρέπει να χαρακτηρίζει τον νοσηλευτή που τους παρέχει την συγκεκριμένη φροντίδα

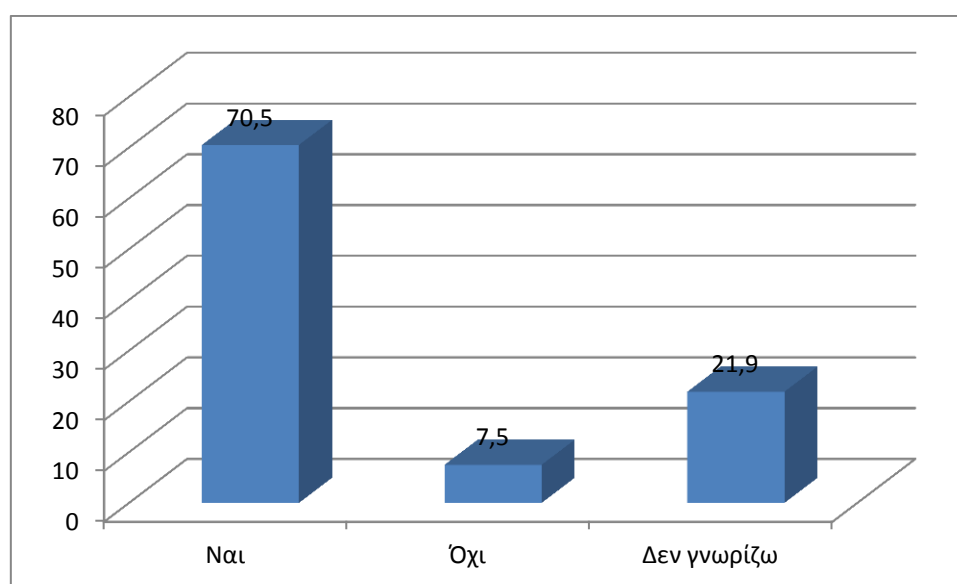


Πίνακας 44: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν θεωρούν ότι ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει κάποια εξειδίκευση στην ογκολογία με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας παροχής φροντίδας

Θεωρείτε ότι ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει κάποια εξειδίκευση στην ογκολογία με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας παροχής φροντίδας ;	N=146	Percent (%)
Ναι	103	70,5
Όχι	11	7,5
Δεν γνωρίζω	32	21,9
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (103 άτομα- ποσοστό 70,5%) δήλωσαν «Ναι» ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει κάποια εξειδίκευση στην ογκολογία με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας παροχής φροντίδας, το 21,9% (32 άτομα) δήλωσε «Δεν γνωρίζω» ενώ το 7,5% (11 άτομα) δήλωσε «Όχι» . (Πίνακας 44, Σχήμα 40)

Σχήμα 40: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν θεωρούν ότι ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει κάποια εξειδίκευση στην ογκολογία με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας παροχής φροντίδας

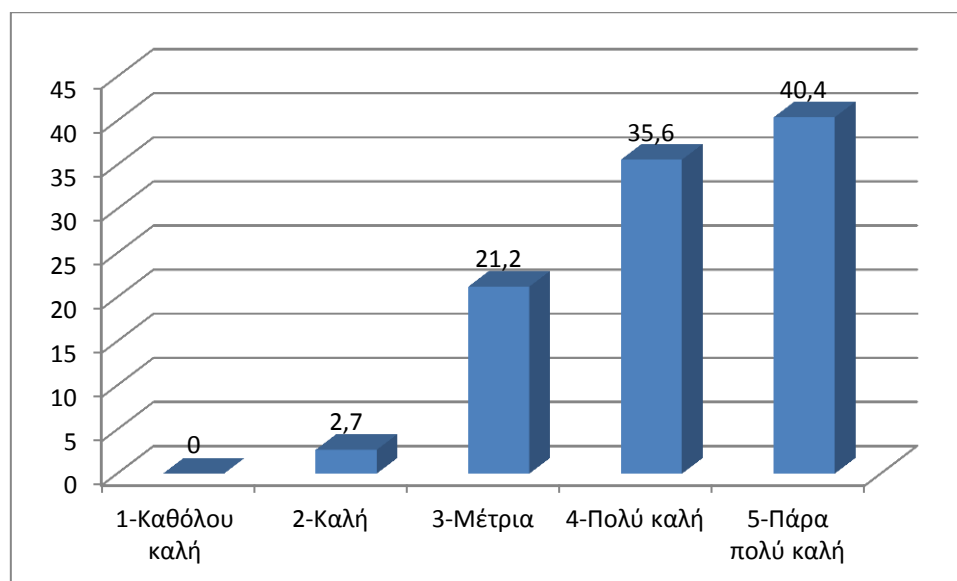


Πίνακας 45: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αξιολόγηση της επικοινωνίας στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν

Πώς θα αξιολογούσατε τη νοσηλευτική φροντίδα στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν ; Επικοινωνία	N=146	Percent (%)
1-Καθόλου καλή	0	0
2-Καλή	4	2,7
3-Μέτρια	31	21,2
4-Πολύ καλή	52	35,6
5-Πάρα πολύ καλή	59	40,4
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (111 άτομα – ποσοστό 76%) αξιολόγησαν ως «πολύ καλή» και «παρα πολύ καλή» την επικοινωνία στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν, το 23,9% (35 άτομα) αξιολόγησαν ως «μέτρια» και «καλή» την επικοινωνία. (Πίνακας 45, Σχήμα 41)

Σχήμα 41: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αξιολόγηση της επικοινωνίας στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν

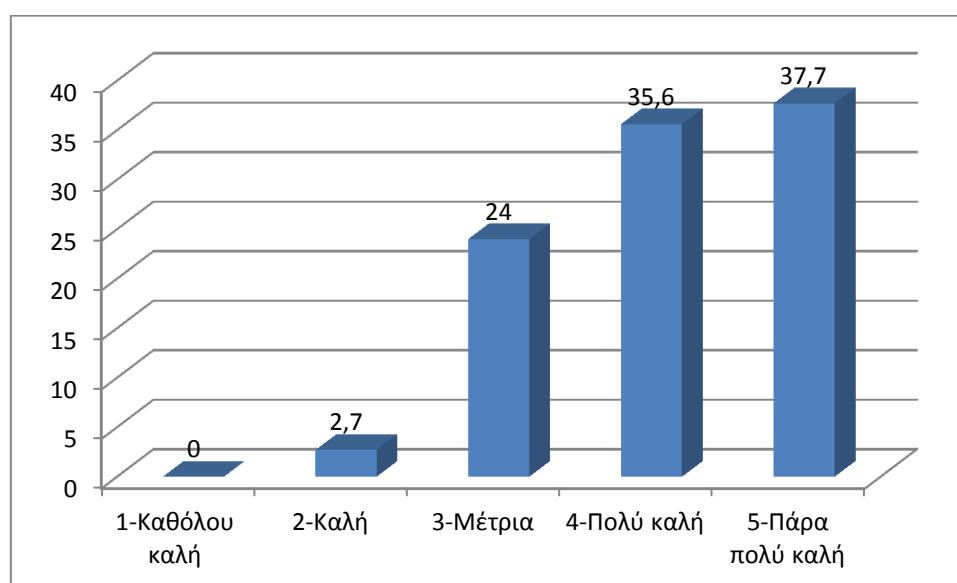


Πίνακας 46: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αξιολόγηση της συνεργασίας στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν

Πώς θα αξιολογούσατε τη νοσηλευτική φροντίδα στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν ; Συνεργασία	N=146	Percent (%)
1-Καθόλου καλή	0	0
2-Καλή	4	2,7
3-Μέτρια	35	24
4-Πολύ καλή	52	35,6
5-Πάρα πολύ καλή	55	37,7
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (107 άτομα – ποσοστό 73,3%) αξιολόγησαν ως «πολύ καλή» και «παρά πολύ καλή» την συνεργασία στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν, το 26,7% (39 άτομα) αξιολόγησαν ως «μέτρια» και «καλή» την συνεργασία. (Πίνακας 46, Σχήμα 42)

Σχήμα 42: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αξιολόγηση της συνεργασίας στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν

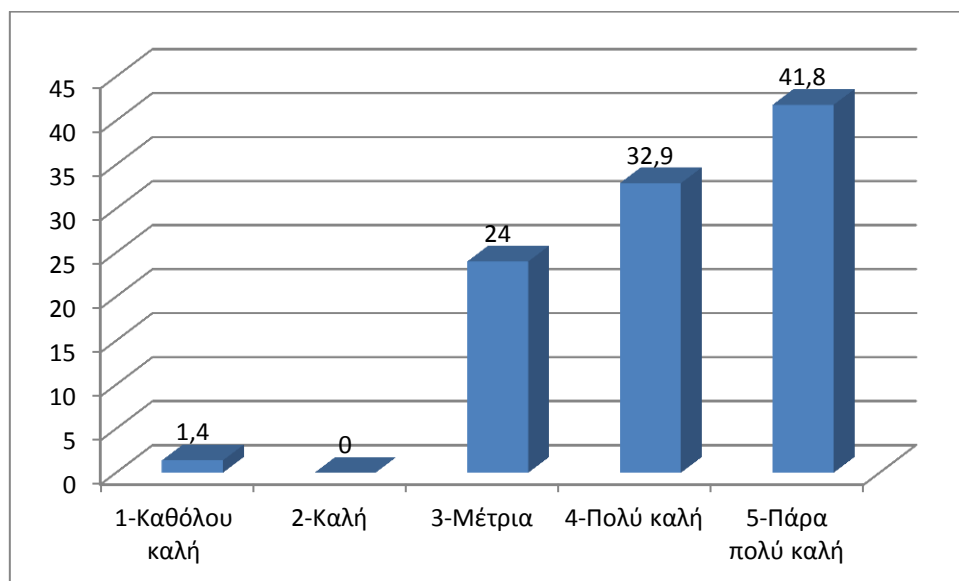


Πίνακας 47: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αξιολόγηση της σωστής ενημέρωσης στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν

Πώς θα αξιολογούσατε τη νοσηλευτική φροντίδα στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν ; Σωστή ενημέρωση	N=146	Percent (%)
1-Καθόλου καλή	2	1,4
2-Καλή	0	0
3-Μέτρια	35	24
4-Πολύ καλή	48	32,9
5-Πάρα πολύ καλή	61	41,8
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (109 άτομα – ποσοστό 74,7%) αξιολόγησαν ως «πολύ καλή» και «παρά πολύ καλή» την σωστή ενημέρωση στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν, το 25,4% (37 άτομα) αξιολόγησαν ως «μέτρια» και «καθόλου καλή» την σωστή ενημέρωση. (Πίνακας 47, Σχήμα 43)

Σχήμα 43: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αξιολόγηση της σωστής ενημέρωσης στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν

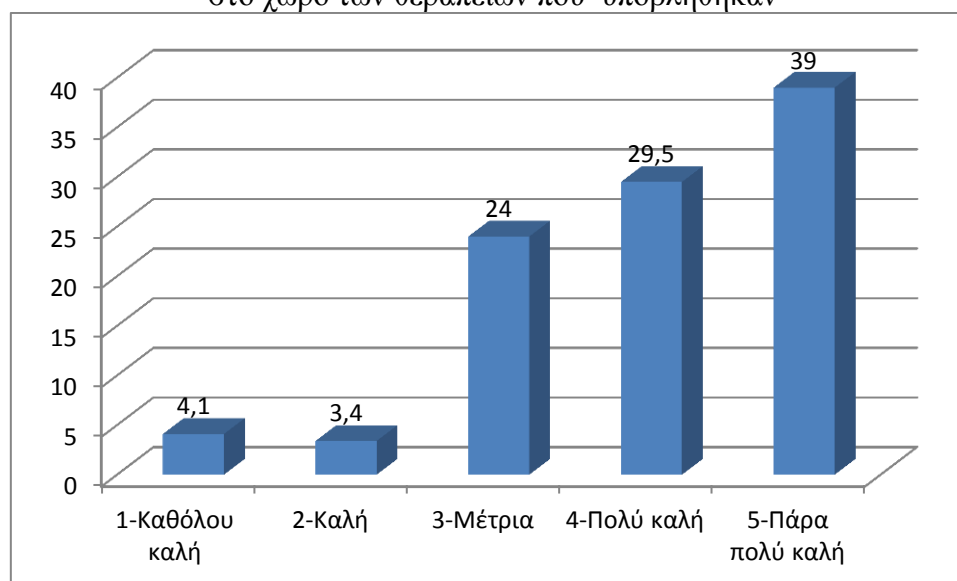


Πίνακας 48: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αξιολόγηση της ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν

Πώς θα αξιολογούσατε τη νοσηλευτική φροντίδα στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκατε ; Ψυχολογική υποστήριξη	N=146	Percent (%)
1-Καθόλου καλή	6	4,1
2-Καλή	5	3,4
3-Μέτρια	35	24
4-Πολύ καλή	43	29,5
5-Πάρα πολύ καλή	57	39
Total	146	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (100 άτομα – ποσοστό 68,5%) αξιολόγησαν ως «πολύ καλή» και «παρά πολύ καλή» την ψυχολογική υποστήριξη στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν, το 24% (35 άτομα) αξιολόγησαν ως «μέτρια» και το 7,5% (11 άτομα) αξιολόγησαν ως «καλή» και «καθόλου καλή» την ψυχολογική υποστήριξη. (Πίνακας 48, Σχήμα 44)

Σχήμα 44: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αξιολόγηση της ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 146 ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε θεραπεία. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (87 άτομα- ποσοστό 59,6%) ήταν γυναίκες ενώ το υπόλοιπο 40,4%(59 άτομα) ήταν άνδρες.

Σε υψηλότερο ποσοστό οι γυναίκες ερωτηθέντες (60,9%) δήλωσαν ότι προσβλήθηκαν αρχικά από τον καρκίνο στο στήθος έναντι των ανδρών που προσβλήθηκαν από τον καρκίνο σε ποσοστό 35,9% στον πνεύμονα (Πίνακας 49).

Πίνακας 49: Συσχέτιση του φύλου και του σημείου προσβολής από τον καρκίνο.

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	Total
Σε ποιά μέρος του σώματος προσβλήθηκε αρχικά από τον καρκίνο;	Βουβωνική χώρα	0	1	1
		0,0%	1,1%	,7%
	Εγκέφαλος	3	2	5
		5,1%	2,3%	3,4%
	Κάτω γνάθο	0	1	1
		0,0%	1,1%	,7%
	Κοιλιακός χώρος	0	5	5
		0,0%	5,7%	3,4%
	Κύστη	3	0	3
		5,1%	0,0%	2,1%
	Λαγόνιο οστό	0	1	1
		0,0%	1,1%	,7%
	Λάρυγγα	0	2	2
		0,0%	2,3%	1,4%
	Λεμφαδένες	1	0	1
		1,7%	0,0%	,7%
	Μαστός	0	53	53
		0,0%	60,9%	36,3%
	Μήτρα	0	2	2
		0,0%	2,3%	1,4%
Όρχεις	1	0	1	
	1,7%	0,0%	,7%	
Πάγκρεας	2	0	2	
	3,4%	0,0%	1,4%	
Παχύ έντερο	10	6	16	
	16,9%	6,9%	11,0%	
Πνεύμονας	21	10	31	
	35,6%	11,5%	21,2%	
Προστάτης	14	0	14	
	23,7%	0,0%	9,6%	
Στομάχι	4	2	6	
	6,8%	2,3%	4,1%	
Ωοθήκες	0	2	2	
	0,0%	2,3%	1,4%	
Total		59	87	146
		100,0%	100,0%	100,0%

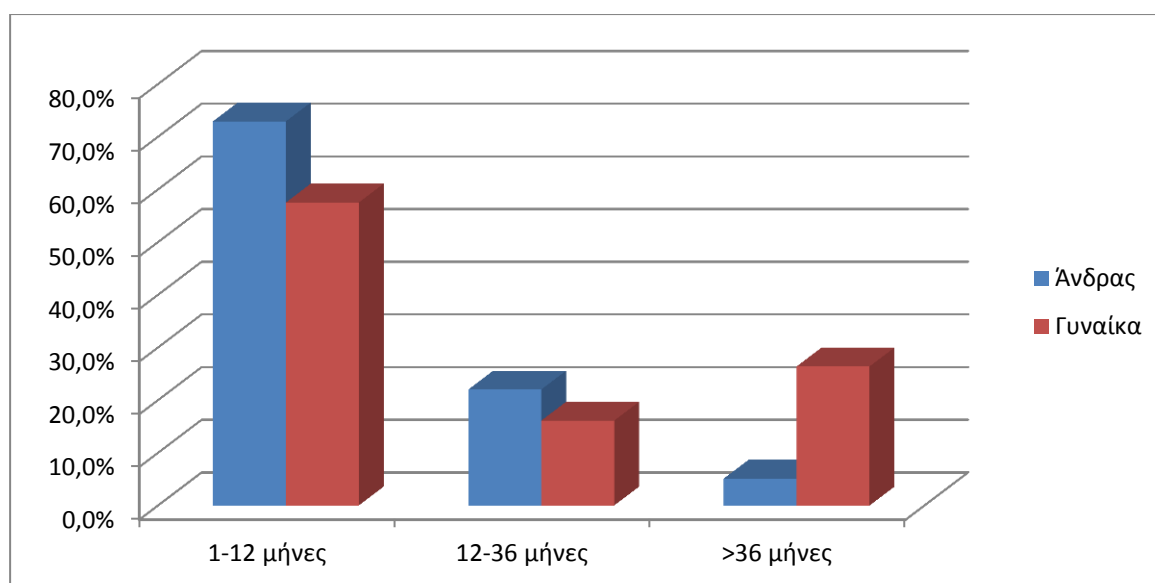
Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (72,9%) δήλωσαν ότι παρακολουθούνται 1-12 μήνες έναντι των γυναικών που παρακολουθούνται 1-12 μήνες σε ποσοστό 57,5% (Πίνακας 50, Σχήμα 45). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 10,983$; $df=2$; $P<0,04$).

Πίνακας 50: Συσχέτιση του φύλου και το πόσο καιρό παρακολουθούνται.

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	Total
Πόσο καιρό παρακολουθήστε;	1-12 μήνες	43	50	93
		72,9%	57,5%	63,7%
	12-36 μήνες	13	14	27
		22,0%	16,1%	18,5%
	>36 μήνες	3	23	26
		5,1%	26,4%	17,8%
Total		59	87	146
		100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 10,983; df=2; P<0,04$$

Σχήμα 45 : Συσχέτιση του φύλου και το πόσο καιρό παρακολουθούνται



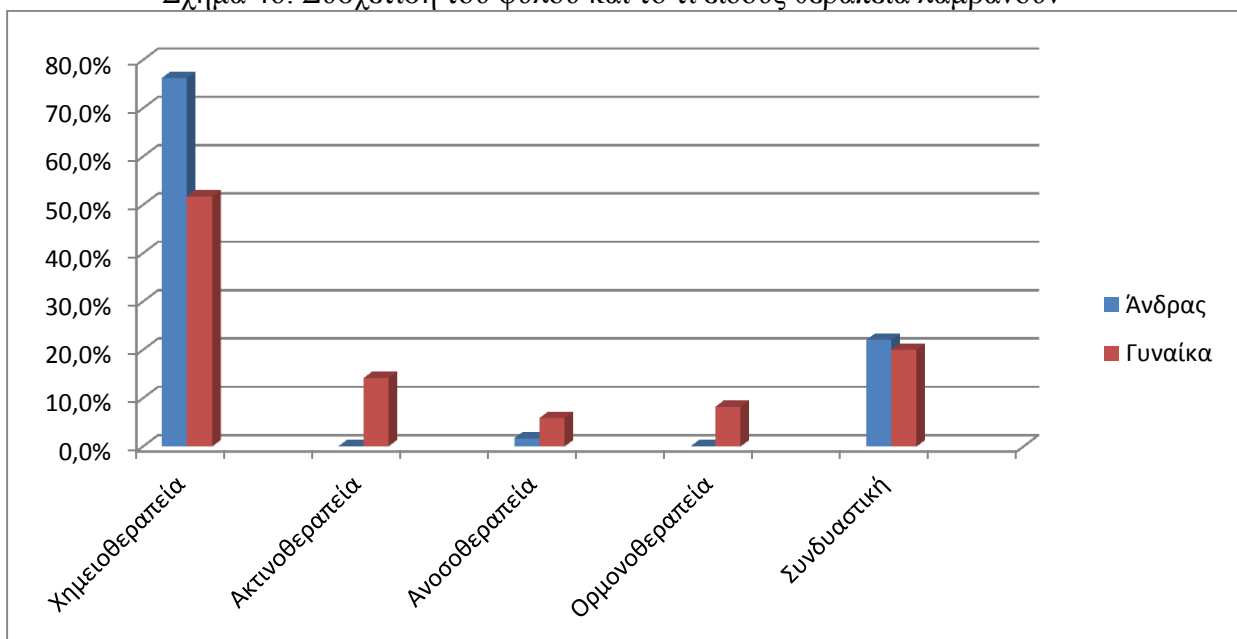
Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (76,3%) δήλωσαν ότι λαμβάνουν χημειοθεραπεία έναντι των γυναικών δήλωσαν ότι λαμβάνουν χημειοθεραπεία σε ποσοστό 51,8% (Πίνακας 51, Σχήμα 46). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 18,107$; $df=4$; $P<0,01$).

Πίνακας 51: Συσχέτιση του φύλου και το τι είδους θεραπεία λαμβάνουν

		Φύλο		Total
		Άνδρας	Γυναίκα	
Αν ναι, τι είδους θεραπεία λαμβά- νετε;	Χημειοθεραπεία	45	44	89
		76,3%	51,8%	61,8%
	Ακτινοθεραπεία	0	12	12
		0,0%	14,1%	8,3%
	Ανοσοθεραπεία	1	5	6
		1,7%	5,9%	4,2%
	Ορμονοθεραπεία	0	7	7
		0,0%	8,2%	4,9%
	Συνδυαστική	13	17	30
		22,0%	20,0%	20,8%
	Total	59	85	144
		100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 18,107; df=4 ; P<0,01$$

Σχήμα 46: Συσχέτιση του φύλου και το τι είδους θεραπεία λαμβάνουν



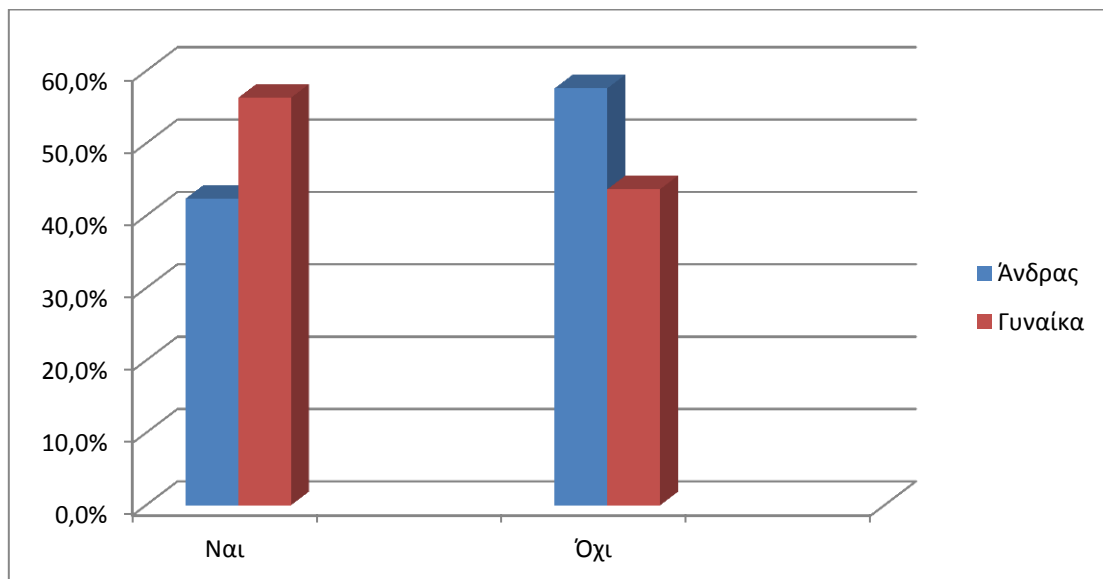
Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (57,6%) δήλωσαν ότι δεν τους εκδηλώθηκε ναυτία ως παρενέργεια από την θεραπεία έναντι των γυναικών που δήλωσαν ότι δεν τους εκδηλώθηκε ναυτία σε ποσοστό 43,7% (Πίνακας 52, Σχήμα 47). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2= 2,737$; $df=1$; NS).

Πίνακας 52: Συσχέτιση του φύλου και της εκδήλωσης ναυτίας ως παρενέργεια από την θεραπεία

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	Total
Ποιές ήταν οι παρενέργειες που σας εκδηλώθηκαν από την θεραπεία πού υποβλήθηκατε : Ναυτία	Ναι	25	49	74
		42,4%	56,3%	50,7%
	Όχι	34	38	72
		57,6%	43,7%	49,3%
	Total	59	87	146
		100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2= 2,737$; $df=1$; NS

Σχήμα 47: Συσχέτιση του φύλου και της εκδήλωσης ναυτίας ως παρενέργεια από την θεραπεία



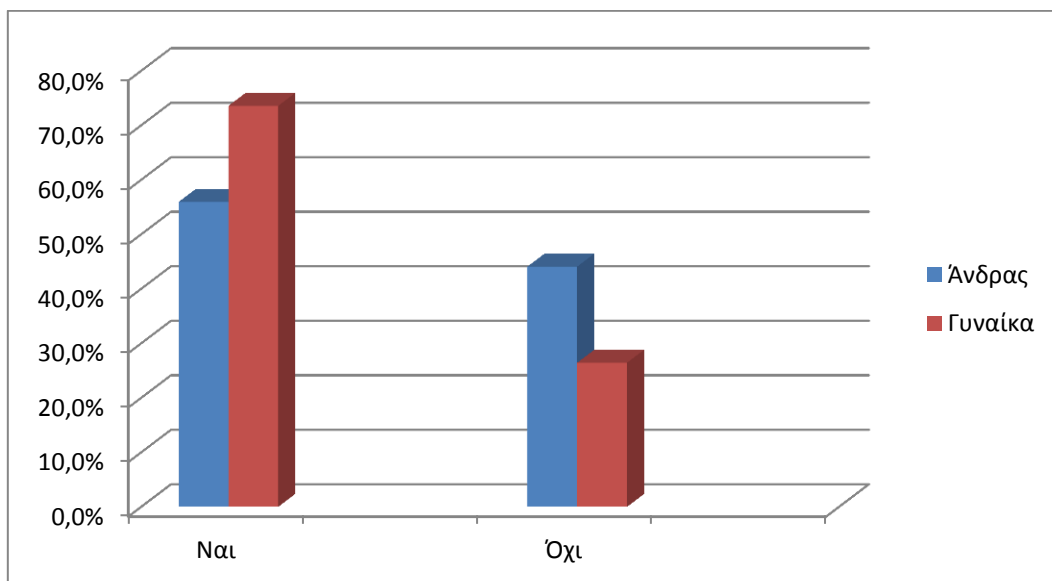
Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (55,9%) δήλωσαν ότι τους εκδηλώθηκε κόπωση ως παρενέργεια από την θεραπεία έναντι των γυναικών που δήλωσαν ότι τους εκδηλώθηκε κόπωση σε ποσοστό 73,6% (Πίνακας 53, Σχήμα 48). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2= 4,901$; $df=1$; $P<0,02$).

Πίνακας 53: Συσχέτιση του φύλου και της εκδήλωσης κόπωσης ως παρενέργεια από την θεραπεία

		Φύλο		Total
		Άνδρας	Γυναίκα	
Ποιές ήταν οι παρενέργειες που σας εκδηλώθηκαν από την θεραπεία πού υποβλήθήκατε : Κόπωση	Ναι	33	64	97
		55,9%	73,6%	66,4%
	Όχι	26	23	49
		44,1%	26,4%	33,6%
	Total	59	87	146
		100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 4,901; df=1 ; P<0,02$$

Σχήμα 48: Συσχέτιση του φύλου και της εκδήλωσης κόπωσης ως παρενέργεια από την θεραπεία



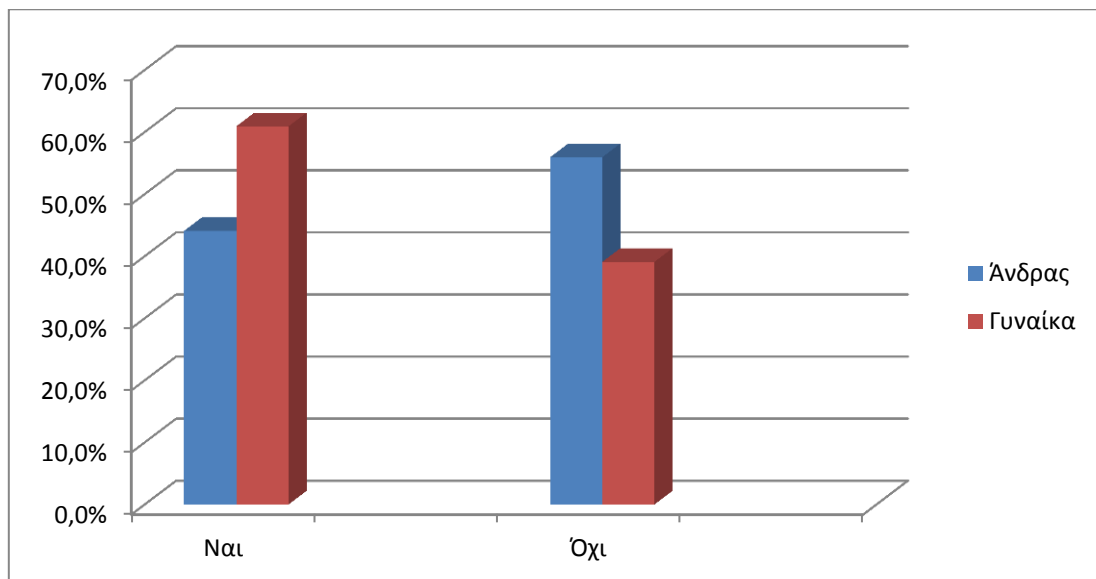
Σε υψηλότερο ποσοστό οι γυναίκες ερωτηθέντες (60,9%) δήλωσαν ότι τους εκδηλώθηκαν μελαγχολικές τάσεις ως παρενέργεια από την θεραπεία έναντι των ανδρών που δήλωσαν ότι τους εκδηλώθηκαν μελαγχολικές τάσεις σε ποσοστό 44,1% (Πίνακας 54, Σχήμα 49). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 4,021$; $df=1$; $P<0,05$).

Πίνακας 54: Συσχέτιση του φύλου και της εκδήλωσης μελαγχολικών τάσεων ως παρενέργεια από την θεραπεία

		Φύλο		Total
		Άνδρας	Γυναίκα	
Ποιές ήταν οι παρενέργειες που σας εκδηλώθηκαν από την θεραπεία που υποβλήθηκατε : Μελαγχολικές τάσεις	Ναι	26	53	79
		44,1%	60,9%	54,1%
	Όχι	33	34	67
		55,9%	39,1%	45,9%
	Total	59	87	146
		100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 4,021; df=1 ; P<0,05$$

Σχήμα 49: Συσχέτιση του φύλου και της εκδήλωσης μελαγχολικών τάσεων ως παρενέργεια από την θεραπεία



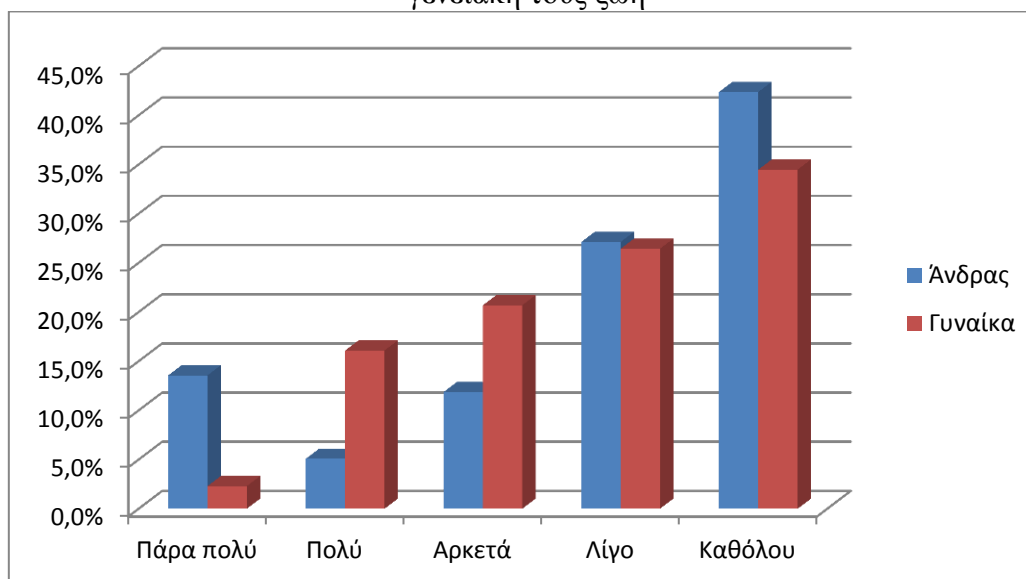
Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (42,4%) δήλωσαν ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη δεν είχε κάποιο αντίκτυπο στην οικογενειακή τους ζωή έναντι των γυναικών που δήλωσαν ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη δεν είχε κάποιο αντίκτυπο στην οικογενειακή τους ζωή σε ποσοστό 34,5% (Πίνακας 55, Σχήμα 50). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=12,353$; $df=4$; $P<0,01$).

Πίνακας 55: Συσχέτιση του φύλου και της επιρροής της φυσικής τους κατάστασης στην οικογενειακή τους ζωή

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	Total
Η φυσική σας κατάσταση ή η ιατρική σας φροντίδα/περίθαλψη είχε κάποιο αντίκτυπο στην οικογενειακή σας ζωή;	Πάρα πολύ	8	2	10
		13,6%	2,3%	6,8%
	Πολύ	3	14	17
		5,1%	16,1%	11,6%
	Αρκετά	7	18	25
		11,9%	20,7%	17,1%
	Λίγο	16	23	39
		27,1%	26,4%	26,7%
	Καθόλου	25	30	55
		42,4%	34,5%	37,7%
Total	59	87	146	
	100,0%	100,0%	100,0%	

$\chi^2=12,353$; $df=4$; $P<0,01$

Σχήμα 50: Συσχέτιση του φύλου και της επιρροής της φυσικής τους κατάστασης στην οικογενειακή τους ζωή



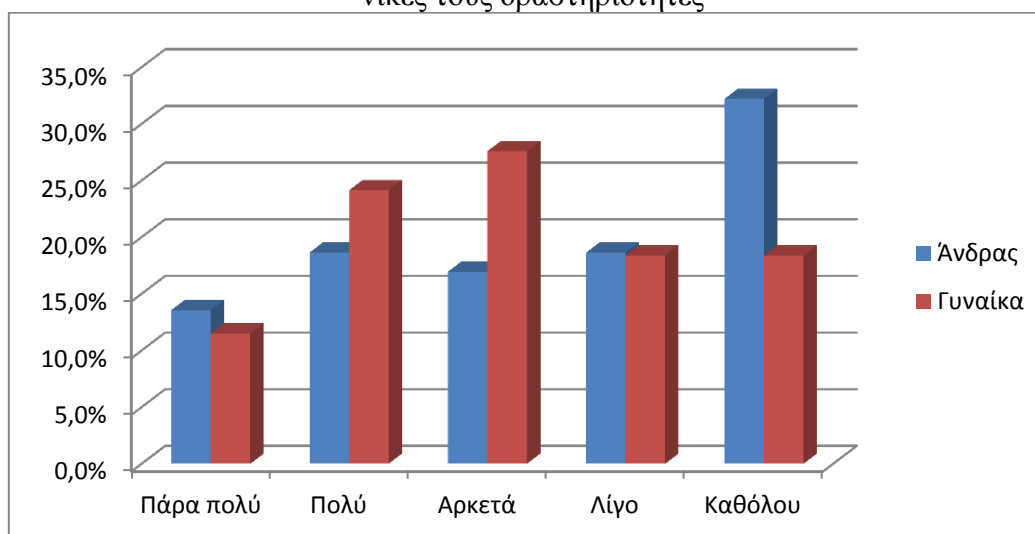
Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (32,2%) δήλωσαν ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη δεν είχε κάποιο αντίκτυπο στις κοινωνικές τους δραστηριότητες έναντι των γυναικών που δήλωσαν ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη δεν είχε κάποιο αντίκτυπο στις κοινωνικές τους δραστηριότητες σε ποσοστό 18,4% (Πίνακας 56, Σχήμα 51). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 5,113$; $df=4$; NS).

Πίνακας 56: Συσχέτιση του φύλου και της επιρροής της φυσικής τους κατάστασης στις κοινωνικές τους δραστηριότητες

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	Total
Η φυσική σας κατάσταση ή η ιατρική σας φροντίδα/περίθαλψη είχε κάποιο αντίκτυπο στις κοινωνικές σας δραστηριότητες;	Πάρα πολύ	8	10	18
		13,6%	11,5%	12,3%
	Πολύ	11	21	32
		18,6%	24,1%	21,9%
	Αρκετά	10	24	34
		16,9%	27,6%	23,3%
	Λίγο	11	16	27
		18,6%	18,4%	18,5%
	Καθόλου	19	16	35
		32,2%	18,4%	24,0%
Total	59	87	146	
	100,0%	100,0%	100,0%	

$\chi^2 = 5,113$; $df=4$; NS

Σχήμα 51: Συσχέτιση του φύλου και της επιρροής της φυσικής τους κατάστασης στις κοινωνικές τους δραστηριότητες



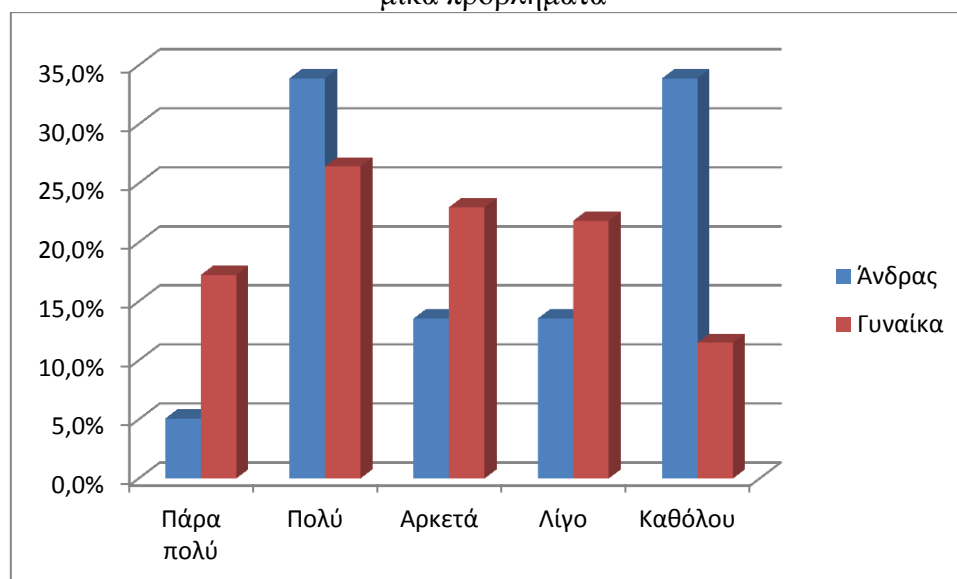
Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (33,9%) δήλωσαν «πολύ» ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη τους προκάλεσαν οικονομικά προβλήματα έναντι των γυναικών που δήλωσαν «πολύ» ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη τους προκάλεσαν οικονομικά προβλήματα σε ποσοστό 26,4% (Πίνακας 57, Σχήμα 52). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 16,403$; $df=4$; $P<0,001$).

Πίνακας 57: Συσχέτιση του φύλου και της επιρροής της φυσικής τους κατάστασης στα οικονομικά προβλήματα

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	Total
Η φυσική σας κατάσταση ή η ιατρική σας φροντίδα/περίθαλψη σας προκάλεσαν οικονομικά προβλήματα;	Πάρα πολύ	3	15	18
		5,1%	17,2%	12,3%
	Πολύ	20	23	43
		33,9%	26,4%	29,5%
	Αρκετά	8	20	28
		13,6%	23,0%	19,2%
	Λίγο	8	19	27
		13,6%	21,8%	18,5%
	Καθόλου	20	10	30
		33,9%	11,5%	20,5%
	Total	59	87	146
		100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 16,403; df=4; P<0,001$$

Σχήμα 52: Συσχέτιση του φύλου και της επιρροής της φυσικής τους κατάστασης στα οικονομικά προβλήματα



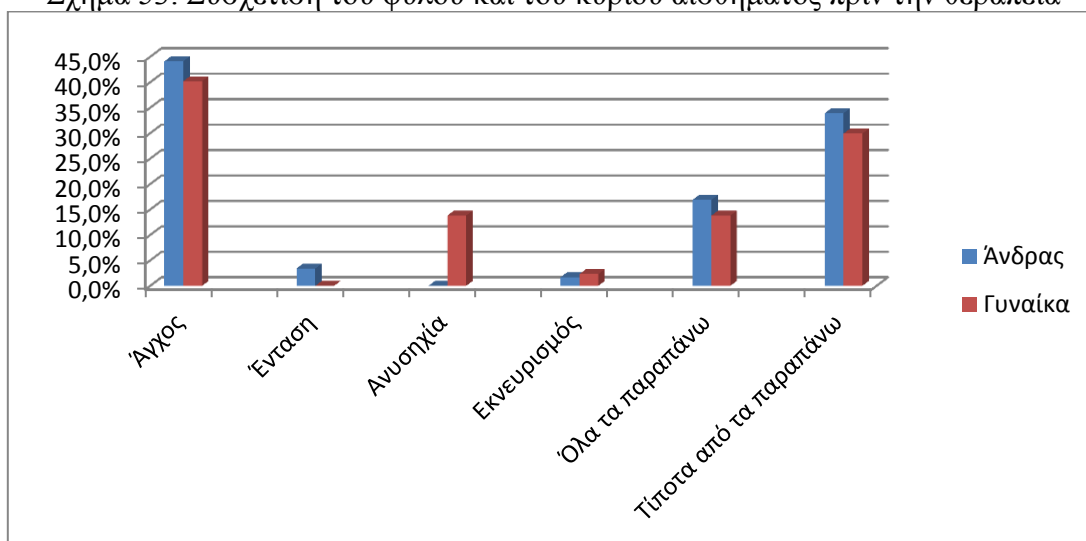
Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (44,1%) δήλωσαν ότι το κύριο αίσθημα πριν την θεραπεία είναι το άγχος έναντι των γυναικών που δήλωσαν ότι το κύριο αίσθημα πριν την θεραπεία είναι το άγχος σε ποσοστό 40,2% (Πίνακας 58, Σχήμα 53). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2= 11,686$; $df=5$; $P<0,03$).

Πίνακας 58: Συσχέτιση του φύλου και του κύριου αισθήματος πριν την θεραπεία

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	Total
Ποιο από τα παρακάτω είναι το κύριο αίσθημα πριν την θεραπεία στην οποία υποβλήθηκατε;	Άγχος	26	35	61
		44,1%	40,2%	41,8%
	Ένταση	2	0	2
		3,4%	0,0%	1,4%
	Ανησυχία	0	12	12
		0,0%	13,8%	8,2%
	Εκνευρισμός	1	2	3
		1,7%	2,3%	2,1%
Όλα τα παραπάνω	10	12	22	
	16,9%	13,8%	15,1%	
Τίποτα από τα παραπάνω	20	26	46	
	33,9%	29,9%	31,5%	
Total	59	87	146	
	100,0%	100,0%	100,0%	

$$\chi^2 = 11,686; df=5 ; P<0,03$$

Σχήμα 53: Συσχέτιση του φύλου και του κύριου αισθήματος πριν την θεραπεία



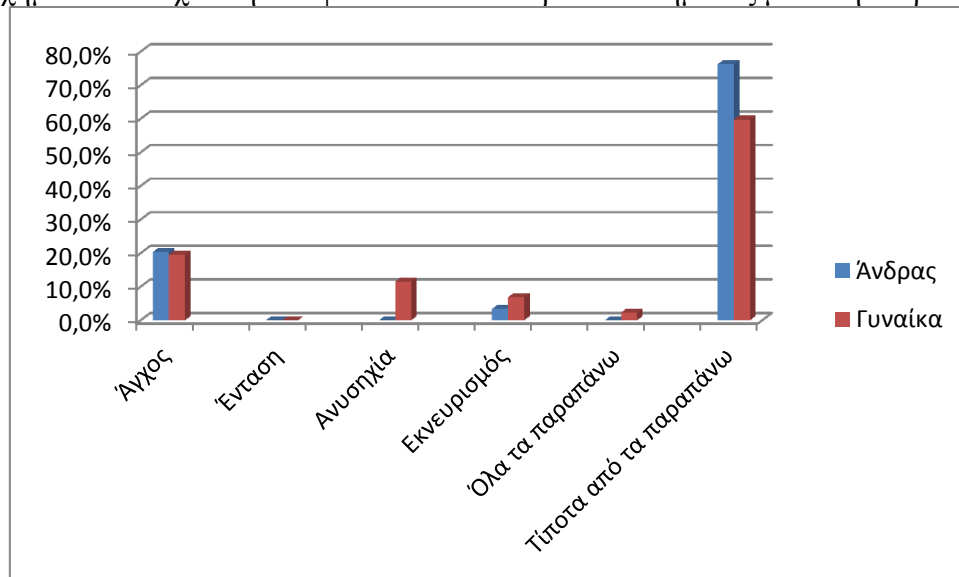
Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (76,3%) δήλωσαν ότι δεν αισθάνονται κάτι μετά την θεραπεία έναντι των γυναικών σε ποσοστό 59,8% (Πίνακας 59, Σχήμα 54). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 10,379$; $df=4$; $P<0,03$).

Πίνακας 59: Συσχέτιση του φύλου και του κύριου αισθήματος μετά την θεραπεία

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	Total
Ποιά από τα παρακάτω είναι το κύριο αίσθημα μετά την θεραπεία στην οποία υποβλήθήκατε ;	Άγχος	12	17	29
		20,3%	19,5%	19,9%
	Ανυσηγία	0	10	10
		0,0%	11,5%	6,8%
	Εκνευρισμός	2	6	8
		3,4%	6,9%	5,5%
	Όλα τα παραπάνω	0	2	2
		0,0%	2,3%	1,4%
	Τίποτα από τα παραπάνω	45	52	97
		76,3%	59,8%	66,4%
	Total	59	87	146
		100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 10,379; df=4; P<0,03$$

Σχήμα 54: Συσχέτιση του φύλου και του κύριου αισθήματος μετά την θεραπεία



Σε παρόμοια ποσοστά αξιολόγησαν με «5» και «6» οι άνδρες ερωτηθέντες την συνολική υγεία τους (39,0% είτε 28,8%) έναντι των γυναικών σε ποσοστό (32,2% είτε 27,6%) . (Πίνακας 60). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 12,423$; $df = 6$; NS)

Πίνακας 60: Συσχέτιση του φύλου και της αξιολόγησης της συνολικής τους υγείας

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	Total
Πώς θα αξιολογούσατε τη συνολική υγεία σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;	1 πολύ κακή	0	2	2
		0,0%	2,3%	1,4%
	2	0	10	10
		0,0%	11,5%	6,8%
	3	0	3	3
		0,0%	3,4%	2,1%
	4	9	12	21
		15,3%	13,8%	14,4%
	5	23	28	51
		39,0%	32,2%	34,9%
	6	17	24	41
		28,8%	27,6%	28,1%
	7 άριστη	10	8	18
		16,9%	9,2%	12,3%
	Total	59	87	146
		100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 12,423$; $df = 6$; NS

Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (33,9 αξιολόγησαν με «6» την ποιότητα της ζωής τους έναντι των γυναικών σε ποσοστό 24,1% (Πίνακας 61). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2= 16,512$; $df=6$; $P<0,01$).

Πίνακας 61: Συσχέτιση του φύλου και της αξιολόγησης της ποιότητας της ζωής των ασθενών

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	Total
Πώς θα αξιολογούσατε τη συνολική ποιότητα της ζωής σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;	1 πολύ κακή	0	7	7
		0,0%	8,0%	4,8%
	2	5	8	13
		8,5%	9,2%	8,9%
	3	1	6	7
		1,7%	6,9%	4,8%
	4	7	4	11
		11,9%	4,6%	7,5%
	5	6	22	28
		10,2%	25,3%	19,2%
	6	20	21	41
		33,9%	24,1%	28,1%
	7 άριστη	20	19	39
		33,9%	21,8%	26,7%
	Total	59	87	146
		100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2= 16,512; df=6 ;P<0,01$$

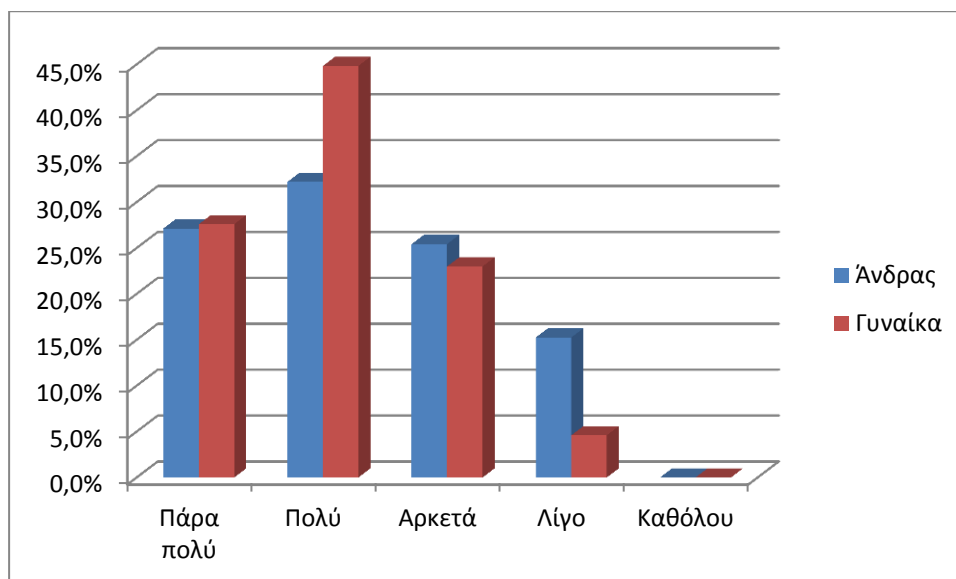
Σε παρόμοια ποσοστά οι άνδρες ερωτηθέντες δήλωσαν ότι νιώθουν εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές «πάρα πολύ- πολύ» (27,1% - 32,2%) έναντι των γυναικών (27,6% -44,8%) (Πίνακας 62, Σχήμα 55). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=5,989$; $df = 3$; NS)

Πίνακας 62: Συσχέτιση του φύλου και το αίσθημα της εμπιστοσύνης προς τους νοσηλευτές

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	Total
Νιώθετε εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές;	Πάρα πολύ	16	24	40
		27,1%	27,6%	27,4%
	Πολύ	19	39	58
		32,2%	44,8%	39,7%
	Αρκετά	15	20	35
		25,4%	23,0%	24,0%
	Λίγο	9	4	13
		15,3%	4,6%	8,9%
	Total	59	87	146
		100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2=5,989$; $df = 3$; NS

Σχήμα 55: Συσχέτιση του φύλου και το αίσθημα της εμπιστοσύνης προς τους νοσηλευτές



Στατιστικά σημαντική (θετική) συσχέτιση προκύπτει μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει κάποια εξειδίκευση στην ογκολογία με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας παροχής φροντίδας ($R= 0,157$, $df = 146$, $p<0,05$), που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο περισσότερο θεωρούν ότι ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει κάποια εξειδίκευση στην ογκολογία (Πίνακας 63)

Πίνακας 61: Συσχέτιση της ηλικίας με το αν θεωρούν ότι πρέπει να κάνει εξειδίκευση ο νοσηλευτής στην ογκολογία

Spearman rank order correlation coefficient	R	Df	p-level
Θεωρείτε ότι ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει κάποια εξειδίκευση στην ογκολογία με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας παροχής φροντίδας ;			
Ηλικία	0,157	146	P<0,05

Συζήτηση

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με σκοπό να διερευνηθεί η ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε θεραπεία, μέσα από διάφορες ερωτήσεις που μας δείχνουν τις συνήθειες, τις παρενέργειες καθώς και τις αλλαγές, τόσο στις σωματικές όσο και στις συναισθηματικές, που έχουν γίνει στη ζωή των ασθενών. Επίσης η έρευνα είχε ως σκοπό και την διερεύνηση της συμβολής του νοσηλευτή σε αυτό το τμήμα μέσα από τις απόψεις των ασθενών.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 146 άτομα. Το 59,6%(87 άτομα) ήταν γυναίκες και το 40,4%(59 άτομα) άνδρες. Οι ηλικίες κυμαίνονταν από 20 έως 85 έτη. Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσής τους το 47,3% ήταν το δημοτικό, το 37,7% το γυμνάσιο-λύκειο, το 5,5% το ΙΕΚ, το 7,5% Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ και το 2,1% δεν είχε καθόλου εκπαίδευση. Οι περισσότεροι από αυτούς διαμένουν σε αστική περιοχή (69,2%) ενώ το υπόλοιπο 30,8% σε αγροτική περιοχή. Σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση το 72,6% ήταν έγγαμοι, το 11,6% χήροι, το 10,3% άγαμοι και το 5,5% διαζευγμένοι. Όσον αφορά την εργασιακή τους κατάσταση το 61% ήταν συνταξιούχοι, το 17,1% εργαζόμενοι ενώ το 21,9% άνεργοι. Το κύριο επάγγελμα ήταν αγρότης με ποσοστό 18,5%.

Το 36,3% δήλωσε ότι αρχικά προσβλήθηκε από τον καρκίνο στην περιοχή του μαστού, το 21,2% στην περιοχή των πνευμόνων, το 11% στην περιοχή του παχέως εντέρου και το 9,6% στην περιοχή του προστάτη. Το υπόλοιπο 21,9% δήλωσε ότι αρχικά προσβλήθηκε από τον καρκίνο σε διάφορα μέρη του σώματος (παρατίθενται αναλυτικά στα αποτελέσματα). Σε υψηλότερο ποσοστό οι γυναίκες ερωτηθέντες (60,9%) δήλωσαν ότι προσβλήθηκαν αρχικά από τον καρκίνο στο στήθος έναντι των ανδρών που προσβλήθηκαν από τον καρκίνο σε ποσοστό 35,9% στον πνεύμονα ($P<0,05$). Τα αποτελέσματα αυτά είναι ανάλογα των επιδημιολογικών στοιχείων που προκύπτουν τα τελευταία χρόνια.^{5,6,7} Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (72,9%) δήλωσαν ότι παρακολουθούνται 1-12 μήνες έναντι των γυναικών που παρακολουθούνται 1-12 μήνες σε ποσοστό 57,5%. Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2= 10,983$; $df=2$; $P<0,04$).

Το 74% δήλωσε ότι δεν πάσχουν από άλλα νοσήματα ενώ το υπόλοιπο 26% ότι πάσχουν και από άλλα νοσήματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (61%) δήλωσε ότι το είδος της θεραπείας που λαμβάνουν ήταν χημειοθεραπεία, το 20,5% συνδυαστική θεραπεία (ανέφεραν κυρίως συνδυασμό χειρουργικής θεραπείας με χημειοθεραπεία καθώς και χημειοθεραπεία με ακτινοθεραπεία), το 8,2% δήλωσε ότι λαμβάνει ακτινοθεραπεία, το 4,8% δήλωσε ότι λαμβάνει ορμονοθεραπεία και το 4,1% δήλωσε ότι λαμβάνει ανοσοθεραπεία. Το 1,4% δεν απάντησαν σε αυτήν την ερώτηση εφόσον δήλωσαν ότι δεν λαμβάνουν θεραπεία αυτήν την περίοδο. Όσον αφορά την συσχέτιση του φύλου και του είδους θεραπείας που λαμβάνουν σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (76,3%) δήλωσαν ότι λαμβάνουν χημειοθεραπεία έναντι των γυναικών που δήλωσαν ότι λαμβάνουν χημειοθεραπεία σε ποσοστό 51,8%. Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2= 18,107$; $df=4$; $P<0,01$).

Στην συνέχεια όσον αφορά τις παρενέργειες το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (50,7%) δήλωσε ότι τους εκδηλώθηκε ναυτία ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 49,3% ότι δεν τους εκδηλώθηκε ναυτία. Το 56,8% δήλωσε ότι δεν τους εκδηλώθηκε έμετος ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 43,2% ότι τους εκδηλώθηκε έμετος. Το 80,8% δήλωσε ότι δεν τους εκδηλώθηκε διάρροια ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 19,2% ότι τους εκδηλώθηκε διάρροια. Το 66,4% δήλωσε ότι δεν τους εκδηλώθηκε δυσκοιλιότητα ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 33,6% ότι τους εκδηλώθηκε δυσκοιλιότητα. Το 84,9% δήλωσε ότι δεν τους εκδηλώθηκε δύσπνοια ως παρε-

νέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 15,1% ότι τους εκδηλώθηκε δύσπνοια. Το 53,4% δήλωσε ότι δεν τους εκδηλώθηκαν αϋπνίες ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 46,6% ότι τους εκδηλώθηκαν αϋπνίες. Το 66,4% δήλωσε ότι τους εκδηλώθηκε κόπωση ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 33,6% ότι δεν τους εκδηλώθηκε κόπωση. Το 72,6% δήλωσε ότι δεν τους εκδηλώθηκε ανορεξία ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 27,4% ότι τους εκδηλώθηκε ανορεξία. Το 54,1% δήλωσε ότι τους εκδηλώθηκαν μελαγχολικές τάσεις ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 45,9% ότι δεν τους εκδηλώθηκαν μελαγχολικές τάσεις. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (90,4%) δήλωσε ότι δεν τους εκδηλώθηκε κατάθλιψη ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 9,6% ότι τους εκδηλώθηκε κατάθλιψη. Τέλος το 61% δήλωσε ότι δεν τους εκδηλώθηκε αλωπεκία ως παρενέργεια από την θεραπεία ενώ το υπόλοιπο 39% ότι τους εκδηλώθηκε αλωπεκία. Αυτές οι παρενέργειες είναι οι πιο συχνές που εμφανίζονται από σχεδόν όλα τα είδη θεραπειών.^{48,52,53,55}

Οι παρενέργειες που εκδηλώθηκαν περισσότερο στους ερωτηθέντες ήταν η ναυτία, η κόπωση και οι μελαγχολικές τάσεις. Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (57,6%) δήλωσαν ότι δεν τους εκδηλώθηκε ναυτία ως παρενέργεια από την θεραπεία έναντι των γυναικών που δήλωσαν ότι δεν τους εκδηλώθηκε ναυτία σε ποσοστό 43,7%. Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=2,737$; $df=1$; NS). Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (55,9%) δήλωσαν ότι τους εκδηλώθηκε κόπωση ως παρενέργεια από την θεραπεία έναντι των γυναικών που δήλωσαν ότι τους εκδηλώθηκε κόπωση σε ποσοστό 73,6%. Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=4,901$; $df=1$; $P<0,02$). Σε υψηλότερο ποσοστό οι γυναίκες ερωτηθέντες (60,9%) δήλωσαν ότι τους εκδηλώθηκαν μελαγχολικές τάσεις ως παρενέργεια από την θεραπεία έναντι των ανδρών που δήλωσαν ότι τους εκδηλώθηκαν μελαγχολικές τάσεις σε ποσοστό 44,1%. Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=4,021$; $df=1$; $P<0,05$).

Το 55,5% δήλωσε ότι δεν ένιωσε πόνο κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας ενώ το υπόλοιπο 44,5% ότι ένιωσε πόνο. Από το ποσοστό που απάντησαν θετικά το 13,7% δήλωσε ότι ο πόνος παρενέβη στις καθημερινές τους δραστηριότητες αρκετά, το 13% δήλωσε ότι παρενέβη πάρα πολύ, το 8,2% δήλωσε ότι παρενέβη πολύ, το 7,5% απάντησε ότι παρενέβη λίγο και μόνο το 2,1% δήλωσε ότι δεν παρενέβη ο πόνος στις δραστηριότητες τους.

Το 37,7% δήλωσε ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη δεν είχε κάποιο αντίκτυπο στην οικογενειακή τους ζωή, το 26,7% δήλωσε ότι είχε μικρό αντίκτυπο στην οικογενειακή τους ζωή, το 17,1% δήλωσε ότι τους επηρέασε αρκετά στην οικογενειακή τους ζωή, το 11,6% ότι τους επηρέασε πολύ και το 6,8% δήλωσε ότι τους επηρέασε πάρα πολύ. Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (42,4%) δήλωσαν ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη δεν είχε κάποιο αντίκτυπο στην οικογενειακή τους ζωή έναντι των γυναικών που δήλωσαν ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη δεν είχε κάποιο αντίκτυπο στην οικογενειακή τους ζωή σε ποσοστό 34,5%. Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=12,353$; $df=4$; $P<0,01$).

Το 24% δήλωσε ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη δεν είχε κάποιο αντίκτυπο στις κοινωνικές τους δραστηριότητες, το 23,3% δήλωσε ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη τους επηρέασε αρκετά, το 21,9% δήλωσε ότι τους επηρέασε πολύ, το 18,5% (27 άτομα) ότι τους επηρέασε λίγο και το 12,3% δήλωσε ότι τους επηρέασε πάρα πολύ. Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (32,2%) δήλωσαν ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη δεν είχε κάποιο αντίκτυπο στις κοινωνικές τους δραστηριότητες έναντι των γυναικών που δήλωσαν ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη δεν είχε κάποιο αντίκτυπο στις κοινωνικές τους δραστηριότητες σε ποσοστό 18,4%. Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=5,113$; $df=4$; NS).

Το 29,5% δήλωσε ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη τους προκάλεσαν κατά πολύ οικονομικά προβλήματα, το 20,5% δήλωσε ότι δεν τους προκάλεσαν οικονομικά προβλήματα, το 19,2% δήλωσε ότι τους προκάλεσαν αρκετά οικονομικά προβλήματα, το 18,5% ότι τους επηρέασε λίγο και το 12,3% δήλωσε ότι τους προκάλεσαν πάρα πολλά οικονομικά προβλήματα. Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (33,9%) δήλωσαν «πολύ» ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη τους προκάλεσαν οικονομικά προβλήματα έναντι των γυναικών που δήλωσαν «πολύ» ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη τους προκάλεσαν οικονομικά προβλήματα σε ποσοστό 26,4% . Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=16,403$; $df=4$; $P<0,001$).

Το 41,8% δήλωσε ότι το κύριο αίσθημα πριν την θεραπεία στην οποία υποβλήθηκε ήταν άγχος, το 31,5% δεν είχε κάποιο αίσθημα πριν την θεραπεία, το 15,1% δήλωσε ότι αισθάνθηκε άγχος, ένταση, ανησυχία και εκνευρισμό (απάντηση «όλα τα παραπάνω»), το 8,2% δήλωσε ότι αισθάνθηκαν ανησυχία, το 2,1 % εκνευρισμό και το 1,4% ένταση. Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (44,1%) δήλωσαν ότι το κύριο αίσθημα πριν την θεραπεία είναι το άγχος έναντι των γυναικών που δήλωσαν ότι το κύριο αίσθημα πριν την θεραπεία είναι το άγχος σε ποσοστό 40,2% . Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=11,686$; $df=5$; $P<0,03$).

Το 51,4% δήλωσαν ότι δεν αισθάνονται ούτε άγχος, ούτε ένταση, ούτε ανησυχία ,ούτε εκνευρισμό κατά την διάρκεια της θεραπείας, το 20,5% δήλωσε ότι αισθάνεται άγχος, το 16,4% δήλωσε ότι αισθάνονται ανησυχία, το 6,2% δήλωσε ότι αισθάνεται άγχος, ένταση, ανησυχία και εκνευρισμό, το 5,5% δήλωσε ότι αισθάνεται ένταση. Τέλος κανείς δεν απάντησε ότι αισθάνεται εκνευρισμό κατά την διάρκεια της θεραπείας.

Το 66,4% δήλωσε ότι δεν αισθάνονται ούτε άγχος, ούτε ένταση, ούτε ανησυχία ,ούτε εκνευρισμό μετά την θεραπεία, το 19,9% δήλωσε ότι αισθάνεται άγχος, το 6,8% δήλωσε ότι αισθάνονται ανησυχία, το 5,5% δήλωσε ότι αισθάνεται εκνευρισμό, το 1,4% δήλωσε ότι αισθάνεται άγχος, ένταση, ανησυχία και εκνευρισμό. Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (76,3%) δήλωσαν ότι δεν αισθάνονται κάτι μετά την θεραπεία έναντι των γυναικών σε ποσοστό 59,8% . Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=10,379$; $df=4$; $P<0,03$).

Το 34,9% αξιολόγησε την συνολική του υγεία με 5, το 28,1% αξιολόγησε την υγεία του με 6, το 14,4% με 4, το 12,3% με 7-άριστη, το 6,8% αξιολόγησε την συνολική του υγεία με 2, το 2,1% με 3 και το 1,4 αξιολόγησε την συνολική του υγεία με 1-καθόλου καλή. Σε παρόμοια ποσοστά αξιολόγησαν με «5» και «6» οι άνδρες ερωτηθέντες (39,0% είτε 28,8%) έναντι των γυναικών σε ποσοστό (32,2% είτε 27,6%) . Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=12,423$; $df=6$; NS)

Το 28,1% αξιολόγησε την συνολική ποιότητα της ζωής του με 6, το 26,7% αξιολόγησε την υγεία του με 7-άριστη, το 19,2 με 5, το 8,9% με 2, το 7,5% αξιολόγησε την συνολική ποιότητα της ζωής του με 4, το 4,8% με 3 και το 4,8 αξιολόγησε την συνολική ποιότητα της ζωής με 1-καθόλου καλή. Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (33,9%) αξιολόγησαν με «6» την ποιότητα της ζωής τους έναντι των γυναικών σε ποσοστό 24,1% . Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=16,512$; $df=6$; $P<0,01$).

Στην συνέχεια σχετικά με την συμβολή του νοσηλευτή, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (73,9%) δήλωσε «πολύ» και «πάρα πολύ» ότι οι νοσηλευτές του εξήγησαν τις διαδικασίες της θεραπείας με κατανοητό τρόπο, ενώ το 26% δήλωσε «αρκετά» και «λίγο». Το 87% δήλωσε «πάρα πολύ» και «πολύ» ότι οι νοσηλευτές τους φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό, ενώ το 13% δήλωσε «αρκετά» και «λίγο». Το 58,9% δήλωσε «πολύ» και «πάρα πολύ» ότι οι νοσηλευτές αντιμετώπισαν έγκαιρα τυχόν επιπλοκές, το 27,4% δήλωσε «αρκετά» , ενώ το 13,7% δήλωσε «λίγο» και «καθόλου». Το 49,3% δήλωσε «πολύ» και «πάρα πολύ» ότι οι νοσηλευτές τους παρείχαν ψυχολογική υποστήριξη, το 24,7% δήλωσε «αρκετά» ,

ενώ το 26,1% δήλωσε «λίγο» και «καθόλου». Εδώ φαίνεται ο σημαντικός ρόλος του νοσηλευτή που δουλεύει στο ογκολογικό τμήμα.^{54,59,60} Το 67,1% δήλωσε «πολύ» και «πάρα πολύ» ότι νιώθουν εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές ενώ το 32,9% δήλωσε «αρκετά» και «λίγο». Σε παρόμοια ποσοστά οι άνδρες ερωτηθέντες δήλωσαν ότι νιώθουν εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές «πάρα πολύ- πολύ» (27,1% - 32,2%) έναντι των γυναικών (27,6% -44,8%) .Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2= 5,989$; $df = 3$; NS)

Το 69,9% δεν εμφάνισε παρενέργειες που απαιτούσαν νοσηλεία σε τμήμα του νοσοκομείου. Το 24,7% εμφάνισε παρενέργειες που απαιτούσαν νοσηλεία στο νοσοκομείο και έτσι νοσηλεύτηκε στην παθολογική κλινική, το 2,7% στην καρδιολογική κλινική, το 1,4% στην ΩΡΛ και το 1,4 % (2 άτομα) στα έκτατα-βραχεία νοσηλεία. Όσον αφορά την αξιολόγηση του τμήματος το 19,2% αξιολόγησε «4-πολύ καλή» τη νοσηλεία του στο ανάλογο τμήμα, το 9,6% «3-μέτρια» και το 1,4 «1-καθόλου καλή».

Το 53,4% δήλωσε «πολύ» και «πάρα πολύ» ότι οι νοσηλευτές τους ενημέρωσαν σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες, το 24,7% δήλωσε «αρκετά» ενώ το 21,9% δήλωσε «λίγο» και «καθόλου». Το 26% δήλωσε ότι το χαρακτηριστικό που πρέπει να χαρακτηρίζει τον νοσηλευτή που τους παρέχει την συγκεκριμένη φροντίδα είναι «εξειδικευμένη εμπειρία», το 21,2% δήλωσε «ανθρωπιά», το 18,5 δήλωσε «γνώσεις», το 17,8% «όλα τα παραπάνω», το 8,2% «τίποτα από τα παραπάνω», το 4,8% «εμπιστοσύνη» και το 3,4% δήλωσε την επιλογή «άλλο» στην οποία ανέφεραν «κοινή αντιμετώπιση σε όλους» και «περισσότερη επικοινωνία».

Το 70,5% δήλωσε «Ναι» ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει κάποια εξειδίκευση στην ογκολογία με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας παροχής φροντίδας, το 21,9% δήλωσε «Δεν γνωρίζω» ενώ το 7,5% δήλωσε «Όχι». Στατιστικά σημαντική (θετική) συσχέτιση προκύπτει μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει κάποια εξειδίκευση στην ογκολογία με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας παροχής φροντίδας ($R= 0,157$, $df = 146$, $p<0,05$), που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο περισσότερο θεωρούν ότι ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει κάποια εξειδίκευση στην ογκολογία.

Το 76% αξιολόγησε ως «πολύ καλή» και «παρά πολύ καλή» την επικοινωνία στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν ενώ το 23,9% αξιολόγησε ως «μέτρια» και «καλή» την επικοινωνία. Το 73,3% αξιολόγησε ως «πολύ καλή» και «παρά πολύ καλή» την συνεργασία στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν ενώ το 26,7% αξιολόγησε ως «μέτρια» και «καλή» την συνεργασία. Το 74,7% αξιολόγησε ως «πολύ καλή» και «παρά πολύ καλή» την σωστή ενημέρωση στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν, το 25,4% αξιολόγησε ως «μέτρια» και «καθόλου καλή» την σωστή ενημέρωση. Τέλος το 68,5% αξιολόγησε ως «πολύ καλή» και «παρά πολύ καλή» την ψυχολογική υποστήριξη στο χώρο των θεραπειών που υποβλήθηκαν, το 24% αξιολόγησε ως «μέτρια» και το 7,5% αξιολόγησε ως «καλή» και «καθόλου καλή» την ψυχολογική υποστήριξη. Και σε αυτό το σημείο φαίνεται ο δύσκολος και σημαντικός ρόλος που έχει να εκπληρώσει ο νοσηλευτής που δουλεύει στο ογκολογικό τμήμα.^{54,59,60}

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Το υψηλότερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες και δήλωσαν ότι προσβλήθηκαν αρχικά από τον καρκίνο στο στήθος ενώ οι άνδρες ότι προσβλήθηκαν από τον καρκίνο στον πνεύμονα.
- Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσε ότι το είδος της θεραπείας που λαμβάνουν είναι χημειοθεραπεία . Η αμέσως επόμενη πιο συχνή ήταν η συνδυαστική θεραπεία (ανέφεραν κυρίως συνδυασμό χειρουργικής θεραπείας με χημειοθεραπεία καθώς και χημειοθεραπεία με ακτινοθεραπεία).
- Οι παρενέργειες που εκδηλώθηκαν περισσότερο στους ερωτηθέντες ήταν η ναυτία, η κόπωση και οι μελαγχολικές τάσεις.
- Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν ένιωσε πόνο κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας
- Η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη δεν είχε σημαντικό αντίκτυπο στην οικογενειακή τους ζωή, τους επηρέασε όμως τόσο στις κοινωνικές τους δραστηριότητες όσο και στα οικονομικά τους.
- Το κύριο αίσθημα πριν την θεραπεία στην οποία υποβλήθηκαν ήταν άγχος ενώ κατά την διάρκεια της θεραπείας και μετά το πέρας της ηρεμούν.
- Η αξιολόγηση που έδωσαν στην συνολική τους υγεία ήταν μέτρια προς καλή ενώ στην ποιότητα της ζωής τους καλή έως πολύ καλή.
- Η πλειοψηφία δεν εμφάνισε παρενέργειες που απαιτούσαν νοσηλεία σε τμήμα του νοσοκομείου.
- Ήταν αρκετά ικανοποιημένοι από την συμβολή του νοσηλευτή. Χαμηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στην ψυχολογική υποστήριξη που παρέχει ο νοσηλευτής καθώς και στην εκπαίδευση του ασθενούς.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Να αντιμετωπίζονται άμεσα τυχόν επιπλοκές του ασθενή που υποβάλλεται σε θεραπεία από το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Οι νοσηλευτές να στηρίζουν ψυχολογικά περισσότερο τους ασθενείς ώστε να νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια και έτσι να μειωθεί το άγχος που νιώθουν.
- Να γίνεται εκπαίδευση των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό για φροντίδα στο σπίτι.
- Οικονομική υποστήριξη των ασθενών από την πολιτεία.
- Παροχή φαρμάκων στους ογκολογικούς ασθενείς από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Ενέργειες για «Βοήθεια στο σπίτι» από τους αρμόδιους φορείς στους ασθενείς που το έχουν ανάγκη.
- Οι νοσηλευτές να ενθαρρύνουν τους ασθενείς ώστε να τους εμπιστεύονται και να τους εκφράζουν τις ανησυχίες τους.
- Ενημέρωση, διδασκαλία οικογενειών ή ομάδων στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής για την προαγωγή της υγείας.
- Οι νοσηλευτές να φέρονται με ευγένεια και σεβασμό στους ασθενείς.
- Να ενημερώνουν συχνά τους πολίτες για τις εξελίξεις της επιστήμης και για τα εμβόλια που προλαμβάνουν διάφορες μορφές καρκίνου.
- Να έχουν αντίστοιχη αντιμετώπιση σε όλους τους ασθενείς χωρίς διαχωρίσεις και να αντιμετωπίζουν τον καθένα ξεχωριστά και εξατομικευμένα.
- Να δίνουν κατευθυντήριες οδηγίες στους ασθενείς και να εξηγούν τον τρόπο λήψης των φαρμάκων, την διατροφή που πρέπει να ακολουθούν και τι είδους προφυλακτικά μέτρα να λαμβάνουν.
- Να γίνονται όλες οι απαραίτητες ενέργειες και λαμβάνονται προφυλάξεις πριν την χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος αποτελεί ένα πολύ διαδεδομένο πρόβλημα στις μέρες μας. Κάποιοι τύποι καρκίνου μπορούν να προληφθούν, ενώ άλλοι έχουν περισσότερες πιθανότητες θεραπείας εάν διαγνωστούν εγκαίρως. Η ποιότητα ζωής επιζώντων από τον καρκίνο μπορεί να ποικίλλει ευρέως βάσει του είδους του καρκίνου και της θεραπευτικής αγωγής που λαμβάνει ο κάθε ασθενής. Σε όλα τα παραπάνω πολύ σημαντικό ρόλο παίζει ο νοσηλευτής καθώς καλείται να ανιχνεύσει και να εκτιμήσει τις ανάγκες του ασθενή και των οικείων του και στην πορεία να προσπαθήσει να τις αντιμετωπίσει έτσι ώστε ο καρκινοπαθής ασθενής να έχει όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Σκοπός: Η διερεύνηση της ποιότητας της ζωής των ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε θεραπεία και η συμβολή του νοσηλευτή.

Υλικό-Μέθοδος: Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 146 άτομα ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε θεραπεία. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 27 ερωτήσεις εκ των οποίων 2 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές 5 ήταν διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων. Η έρευνα διεξήχθη από τον Νοέμβριο του 2014 έως και το Φεβρουάριο του 2015.

Αποτελέσματα: Το 59,6% των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες και το 40,4% ήταν άνδρες. Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 20 έτη και 85 έτη, με μέσο όρο τα 58,6 έτη και τυπική απόκλιση τα 12,2 έτη. Σε υψηλότερο ποσοστό οι γυναίκες ερωτηθέντες (60,9%) δήλωσαν ότι προσβλήθηκαν αρχικά από τον καρκίνο στο στήθος έναντι των ανδρών που προσβλήθηκαν από τον καρκίνο σε ποσοστό 35,9% στον πνεύμονα ($P<0,05$). Το 61% δήλωσε ότι το είδος της θεραπείας που λαμβάνει ήταν χημειοθεραπεία και το 20,5% συνδυαστική θεραπεία (ανέφεραν κυρίως συνδυασμό χειρουργικής θεραπείας με χημειοθεραπεία καθώς και χημειοθεραπεία με ακτινοθεραπεία). Οι παρενέργειες που εκδηλώθηκαν περισσότερο στους ερωτηθέντες ήταν η ναυτία, η κόπωση και οι μελαγχολικές τάσεις. Σε χαμηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (55,9%) δήλωσαν ότι τους εκδηλώθηκε κόπωση ως παρενέργεια από την θεραπεία έναντι των γυναικών που δήλωσαν ότι τους εκδηλώθηκε κόπωση σε ποσοστό 73,6%. Επίσης σε υψηλότερο ποσοστό οι γυναίκες ερωτηθέντες (60,9%) δήλωσαν ότι τους εκδηλώθηκαν μελαγχολικές τάσεις ως παρενέργεια από την θεραπεία έναντι των ανδρών που δήλωσαν ότι τους εκδηλώθηκαν μελαγχολικές τάσεις σε ποσοστό 44,1%. Η διαφορά που παρατηρήθηκε είναι στατιστικά σημαντικές ($P<0,05$). Το 55,5% δήλωσε ότι δεν ένιωσε πόνο κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας. Η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη στα μεγαλύτερα ποσοστά δεν είχε κάποιο αντίκτυπο στην οικογενειακή τους ζωή και στις κοινωνικές δραστηριότητες τους ενώ το 29,5% δήλωσε ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους φροντίδα/περίθαλψη τους προκάλεσαν κατά πολύ οικονομικά προβλήματα. Το 41,8% δήλωσε ότι το κύριο αίσθημα πριν την θεραπεία στην οποία υποβλήθηκε ήταν άγχος. Σε παρόμοια ποσοστά αξιολόγησαν «καλή-πολύ καλή» οι άνδρες ερωτηθέντες (39,0% - 28,8%) έναντι των γυναικών σε ποσοστό (32,2%- 27,6%). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές (NS). Σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (33,9%) αξιολόγησαν «πολύ καλή» την ποιότητα της ζωής τους έναντι των γυναικών σε ποσοστό 24,1%. Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($P<0,05$). Το 58,9% δήλωσε ότι οι νοσηλευτές αντιμετώπισαν έγκαιρα τυχόν επιπλοκές. Το 49,3% δήλωσε ότι οι νοσηλευτές τους παρείχαν ψυχολογική υποστήριξη. Τέλος το 70,5% δήλωσε ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει κάποια εξειδίκευση στην ογκολογία με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας παροχής φροντίδας.

Συμπεράσματα: Η αξιολόγηση που έδωσαν οι ασθενείς στην συνολική τους υγεία ήταν μέτρια προς καλή ενώ στην ποιότητα της ζωής τους καλή έως πολύ καλή. Οι ασθενείς ήταν αρ-

κετά ικανοποιημένοι από την συμβολή του νοσηλευτή. Χαμηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στην ψυχολογική υποστήριξη που παρέχει ο νοσηλευτής καθώς και στην εκπαίδευση του ασθενούς.

SUMMARY

Cancer is a widespread problem in our days. Some types of cancer can be prevented, whereas others are more possible to be cured, on an early diagnosis. The quality of life of a cancer survivor may vary widely based on the kind of the cancer disease and the remedial practice given to each patient. Moreover, the nurse plays a significant role since he is called to detect and value the patient and his relatives' needs and during the cure process the nurse tries to face these needs so as to provide the best quality of life to the cancer patient.

Purpose: To detect the quality of life of cancer patients submitted to a remedy practice, and how the nurse contributes to improve it.

Material- Method: The sample of the current study consisted of 146 cancer patients submitted to a treatment. The choice of the sample was made regardless of origin, family and socio-financial status. A structured questionnaire was used to measure the sample's answers, which consists of 27 questions; two of them being open type questions and the rest being closed type ones. Of the 25 questions 5 of them were "yes/no questions", and the rest were multiple choice questions. The survey took place from November 2014 until February 2015.

Results: 59.6 % of the people questioned were females , 40.4 % were males. The age of the sample was ranged from 20 years old to 85 years old. The average number of age was 58.6 years old and the deviation number between ages was 12.2 years. In a higher percentage, females stated that they were infected by cancer in their chest (60.9 %) whereas men stated that they were infected in their lungs (35.9%) ($P<0,05$). 61 per cent of the people asked stated that the kind of treatment followed was a chemotherapy, and the 20.5 per cent a combination therapy (they mainly stated a combination of a operative therapy with a chemotherapy, as well as an x-ray chemotherapy). The side- effects mainly stated in the questionnaires were nausea, fatigue and melancholic mood. In a lower percentage males questioned (55,9 %) stated that fatigue was presented as a remedial side-effect whereas women more women stated the same thing (73.6%). In addition, a higher percentage of women patients (60,9%) stated that there were tends of melancholic mood created as a side effect of the remedial practice, more than men (44,1%). The differences noticed in the survey are statistically important ($P<0,05$). 55,5% of the patients stated that no pain was felt at all during the previous week. Their stamina or their medical cure and treatment in the majority of the people asked did not have any impact in their family life or their social activities, whereas 29.5 percent stated that their stamina or their medical cure and treatment had created important financial problems. 41.8 percent stated that the main feeling they faced before their treatment was stress. In similar percentages the male questioned evaluated their feelings as " good- very good" (39.0% 28.8%). Similarly, women's percentages in the same evaluation were 32.2% and 27.6%. The differences stated are not statistically significant (NS). Male questioned in a percentage of 33.9 % regarded as " very good" the quality of their life, whereas women's percentage in the same evaluation was 24.1 %. The statistical difference is stated is significant ($P<0.05$). 58.9% stated that the nurses faced on time and effectively any complications that were created. 49.3 % stated that nurses supported them psychologically. As a final remark, 70.5 % declared that the nurses should attend a specialization course in oncology with the aim to upgrade the quality of treatment given to the patients.

Conclusions: The evaluation of the patients in their total health condition was average to good whereas it was from good to very good level as far as their quality of life is concerned. Patients were quite satisfied with the contribution of the nurse. Lowest rates were observed in the psychological support provided by the nurse and the patient education.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Bunkusi Isam** : Πρακτική Προσέγγιση στην κλινική ογκολογία, επιμέλεια-μετάφραση Ζωγράφος Γεώργιος, επίτομος, 1^η έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2008, σ. 16-20, 54-72
2. **Donna D. Ingatavicius, M. Linda Workman** : Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική : κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα, επιμέλεια Ασπασία Βασιλειάδου, τόμος 1^{ος}, έκδοση 5^η, εκδόσεις Βήτα, σ. 310-364, 522-532, 543-568
3. **Ανθούλη-Αναγνωστοπούλου Φραγκίστη** : Ιστοπαθολογία με στοιχεία Ογκολογίας: Βασικές Γνώσεις, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, σ. 264-265
4. **Priscilla Lemone, Karen Burke**: Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη κατά την φροντίδα του Ασθενούς, επιμέλεια Ηρώ Παναουδάκη-Μπουκαλάκη, τόμος 1^{ος}, έκδοση 3^η, εκδόσεις Λαγός, Αθήνα 2006, σ. 377-392
5. **Ernest Rosenbaum, Greg Cable, Malin Dollinger**: Ο καρκίνος: Διάγνωση και Πρόληψη, Θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση: Ένας οδηγός για όλους, επιμέλεια-μετάφραση Μαδάς Χρήστος, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1992, σ. 62-105, 118-126
6. **Nora Kearney, Alison Richardson** : Νοσηλευοντας ασθενεις με καρκινο: αρχές και πρακτική, επιμέλεια Ανδρέας Χαραλάμπους, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2011, σ. 317-328, 361-511
7. **Οικονομόπουλος Θεοφάνης**: Κακοήθη αιματολογικά νοσήματα, τόμος 1^{ος}, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, σ. 13
8. **Κοσμίδης Πάρης, Τριανταφυλλίδης Γιάννης**: Ογκολογία του πεπτικού συστήματος, τόμος 1^{ος}, έκδοση 1^η, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000, σ. 15-27, 57-77
9. **Ardle, Orla, Mahony, Deirdre** : Ογκολογία: εικονογραφημένο εγχειρίδιο, επιμέλεια Ζωγράφος Γεώργιος, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Παρισιανου, Αθήνα 2010, σ. 8-14
10. **Garet T.T.G. Ris**, Οικογενειακός ιατρικός οδηγός: Καρκίνος, επιμέλεια Κατσανοπούλου Μαίρη, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Βρετανική ιατρική εταιρεία, Αθήνα 2000, σ. 37-38, 52-84
11. **Lee Goldman, Claude Bennett**: Cecil Νοσολογία, επιμέλεια Ρούσσοσ Χαράλαμπος, τόμος 2^{ος}, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2002, σ. 1534-1536
12. **B.A. Chabner, T.J. Lynch, D.L. Longo**: Harrison Εγχειρίδιο Ογκολογίας, επιμέλεια Δ. Μαυρουδής, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Παρισιανου, Αθήνα 2011, σ. 154-204
13. **Orla Mc Ardle, Deirdre O Mahony**, Ογκολογία, επιμέλεια Ζωγράφος Γεώργιος, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2010, σ. 8-15
14. **Ian Tannock, Richard Hill, Robert Bristow, Lea Harrington**: Η Βασική Επιστήμη της Ογκολογίας, επίτομος, έκδοση 4^η, εκδόσεις Παρισιανου, Αθήνα 2007, σ. 112-149
15. **Φερτάκης Αριστομένης**: Παθολογική φυσιολογία, τόμος 2^{ος}, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2001, σ. 115-129
16. **Ιωαννίδης Χ.Α.**: Τραχηλικές Λεμφαδενικές Μεταστάσεις (Διάγνωση και Θεραπεία), επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Παρισιανου, Αθήνα 2008, σ. 22-45, 69-109

17. **Ρήγα Αναστασία:** Ο καρκίνος: από την μητέρα στην κόρη, η δυναμική της επανάληψης, τόμος 1^{ος}, έκδοση 1^η, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σ. 35-49
18. **L. Sobin - C. Wittekind :** Ταξινόμηση Κακοήθων Όγκων, επιμέλεια Γ. Αντωνακόπουλος, επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Παρισιανου, Αθήνα 2001, σ. 9-11
19. **Καβαντζάς Ν. :** Ιστοπαθολογική Ταξινόμηση των Όγκων, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2000, σ. 23-58
20. **Clark M., Kumar P. :** Παθολογία, τόμος 1^{ος}, έκδοση 1^η, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2007, σ. 473-510
21. **Andreoli A. :** Cecil Βασική παθολογία, επιμέλεια Μουτσόπουλος Χ., τόμος 1^{ος}, έκδοση 5^η, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2010, σ. 595-620, 624-630
22. **Dollinger Malin:** Ο καρκίνος, επιμέλεια Μάνθας Χρ, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 2002, σ. 33-41, 62-68, 71-118
23. **Κωνσταντινίδου Σ.Φ, Μαλγαρινού Μ.Α:** Νοσηλευτική, γενική παθολογική- χειρουργική, τόμος 1^{ος}, έκδοση 24^η, εκδόσεις Παρισιανου, Αθήνα 2005, σ. 241-286
24. **Marschall S. Runge, M. Andrew Greganti , Frank H. :** Netter Παθολογία: Βασικές αρχές, επιμέλεια Χαράλαμπος Ρούσσος, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2012, , σ.462-468
25. **Παπαβασιλείου Κ., Γεννατάς Κ., Βωρος Δ., Κουβαρης Ι. :** Ογκολογία: Θεραπευτική Καρκίνου, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Παρισιανου, Αθήνα 1999, σ. 49-67, 134-188
26. **Χατζηγιαννάκης Σ.Ι. :** Θεραπεία Νεοπλασμάτων, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πασχαλίδης , Αθήνα 1996, σ. 44-67
27. **Lee Goldman :** Νοσολογία- φυσιολογία: διάγνωση- θεραπεία, επιμέλεια Ρούσσος Χαρίλαος, τόμος 2^{ος}, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πασχαλίδης , Αθήνα 2003, σ. 1488-1560
28. **Bland K.I. ,Daly J.M. ,Karakousis C.P. :** Χειρουργική Ογκολογία, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Παρισιανου, Αθήνα 2009, σ. 709-843
29. **Πολύζος Α. :** Προεγχειρητική - Μετεγχειρητική και Υποστηρικτική Θεραπεία σε Ασθενείς με Συμπαγείς Όγκους, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πασχαλίδης , Αθήνα 2007, σ. 102-187
30. **Φωτίου Στέλιος:** Γυναικολογική ογκολογία, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, σ. 17-46, 93-118
31. **Αποστολίδης Ν. ,Πανουσόπουλος Δ. :** Ο Καρκίνος Σήμερα - Χειρουργική Ογκολογική Θεώρηση, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Επτάλοφος, Αθήνα 2004, σ. 63-89
32. **Κωστάκης Αλκιβιάδης,** Σύγχρονη χειρουργική διαγνωστική και θεραπευτική, τόμος 1^{ος}, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2005, σ. 1-5
33. **Παπαλάμπρος Ευστάθιος:** Χειρουργική από το διδακτικό και ερευνητικό προσωπικό του χειρουργικού τομέα, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2012, σ. 117-122, 155-162, 599-617
34. **Ανδρουλάκης Γεώργιος:** Περιεγχειρητική φροντίδα , επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2001,σ. 244-252
35. **Woodhead Kate, Wicler Paul :** Περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, επιμέλεια Παυλάτου Νίκη, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Λαγός, Αθήνα 2005, σ. 43-58, 151-162, 171-200
36. **Chu Edward:** Πρωτόκολλα Χημειοθεραπείας : Οδηγός Τσέπης, επιμέλεια: Κ. Συρίγος , τόμος 1^{ος}, έκδοση 7^η, εκδόσεις Παρισιανου, Αθήνα 2014, σ. 12-14

- 37. Terje Simonsen, Jarle Aarbakke, Ian Kay, Iain Coleman, Paul Sinnott, Roy Lysa:** Νοσηλευτική φαρμακολογία, επιμέλεια Μαρία Τσιρώνη, επίτομος, έκδοση 1^η, , εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, σ. 405-413
- 38. Μπαρμπούνη - Κωνσταντάκου Ε. :** Χημειοθεραπεία, , επίτομος, έκδοση 3^η, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004, σ. 4-6, 43-100
- 39. Σακοράφα Γεωργία :** Ο καρκίνος του μαστού, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Λαγός, Αθήνα 2005, σ. 12
- 40. Χρ. Κάρλος, Παναγιώτα Σουρτζή:** Υγιεινή και ασφάλεια στη χημειοθεραπεία, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006, σ. 12-67
- 41. Σουρτζή Π, Βελονάκης Ε:** Η χημειοθεραπεία ως επαγγελματικός κίνδυνος για τους νοσηλευτές, τόμος 43, Νοσηλευτική, Αθήνα 2004, σ. 435-441.
- 42. Πολυκανδριώτη Μαρία :** Ελένη Γερασίμου, Γρηγόρης Κοτρονούλας, Αθανασία Τσάμη, Ελένη Ευαγγέλου, Κυρίτση Ελένη, Διερεύνηση των Ανεπιθύμητων Ενεργειών της Χημειοθεραπείας σε Ασθενείς με Καρκίνο, Τόμος 49, Τεύχος 4, Νοσηλευτική, Αθήνα 2010, σ. 24-27
- 43. Μιχαηλίδης Γ. :** Θεραπευτικές Κατευθύνσεις στην Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Παρισιανου, Αθήνα 1999, σ. 103-168
- 44. Κυπαρισσιάδης Παναγιώτης Β. :** Βασικές Αρχές Ακτινοβιολογίας, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Παρισιανου, Αθήνα 2008, σ. 15-48, 59-102
- 45. Πιστεύου - Γομπάκη Ι. ,Τζιτζίκας Ι.Φ :** Αρχές Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα 2008, σ. 153-198
- 46. Χριστοφορίδης Άνθιμος:** Διαγνωστική ακτινολογία, τόμος 4^{ος}, έκδοση 1^η, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2000, σ. 13-27
- 47. Χριστοφορίδης Άνθιμος:** Επίτομη ακτινολογία, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2000, σ. 55-69
- 48. Πιστεύου - Γομπάκη Κυριακή Π. :** Αρχές ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα 2013, σ. 33-67
- 49. Fitch MI:** Supportive care needs of patients with advanced disease undergoing radiotherapy for symptom control., τόμος 22^{ος}, Can Oncol Nurs J, 2012, σ. 84-100.
- 50. Πλατανιώτης Γ.Α:** Κλινική Ραδιοβιολογία Η βιολογική βάση της ακτινοθεραπείας των κακοήθων νεοπλασμάτων, επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2000, σ. 14-39
- 51. Gosselin TK:** Schneider SM, Plambeck MA, Rowe K A prospective randomized, placebo-controlled skin care study in women diagnosed with breast cancer undergoing radiation therapy. Oncol Nurs Forum 2010; 37(5):619-626.
- 52. Gollins S, Gaffney C, Slade S, Swindell R:** RCT on gentian violet versus a hydrogel dressing for radiotherapy-induced moist skin desquamation. J Wound Care 2008; 17(6):268-270, 272
- 53. Kim E, Jahan T, Aouizerat Be, Dodd Mj, Cooper Ba, Paul Sm, et al:** Changes in symptom clusters in patients undergoing radiation therapy. Support Care Cancer 2009; 17(11):1383-1391
- 54. Τσούσκας Λάζαρος:** Κλινική ογκολογία-Αρχές ογκολογικής νοσηλευτικής φροντίδας, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα 2014, σ. 33-59, 102-165
- 55. Μπανκουσλι Ι. :** Πρακτική Προσέγγιση στην Κλινική Ογκολογία, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Παρισιανου, Αθήνα 2008, σ. 16-34, 59- 112
- 56. Γουλια Ειρήνη:** Εφαρμοσμένη νοσηλευτική, επίτομος, έκδοση 2^η, εκδόσεις «Η. ΤΑ-ΒΙΘΑ», Αθήνα 1998, σ. 76-110

- 57. Μπαλτόπουλος Γ:** Βασικές, Ανώτερες και εξειδικευμένες νοσηλευτικές δεξιότητες, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2013, σ.674-733
- 58. Cohen MZ, Ferrell BR, Vrabel M, Visovsky C, Schaefer B. :** What does it mean to be an oncology nurse? Reexamining the life cycle concepts, τόμος 37^{ος}, τεύχος 5^ο, Oncol Nurs Forum, 2010, σ. 561-570.
- 59. Ρηγάτος Γεράσιμος:** Ψυχοκοινωνική ογκολογία, , τόμος 1^{ος} , έκδοση 1^η , εκδόσεις ascent, Αθήνα 2000, σ. 57, 75-134
- 60. Kayser Karen, Scott Jennifer L. :** Ψυχολογική υποστήριξη του ζευγαριού με καρκίνο, επιμέλεια Αναγνωστόπουλος Φώτιος, τόμος 1^{ος} , έκδοση 1^η , εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα 2010, σ. 51-82
- 61. Zhou G, Stoltzfus JC, Houldin AD, Parks SM, Swan BA. Knowledge:** attitudes, and practice behaviors of oncology advanced practice nurses regarding advanced care planning for patients with cancer., τόμος 37^{ος}, Oncol Nurs Forum , 2010, σ. 400-410.
- 62. Dendon Sylvia:** Cancer Nursing, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Chapman, London 2002, σ. 54-66
- 63. Jessica Corner, Christopher Bailey:** Νοσηλευτική ογκολογία: το πλαίσιο Φροντίδας, επιμέλεια Πατράκη –Κουρμπάνη Ελισάβετ, επίτομος, έκδοση 1^η ,εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, σ. 159-180,184-224,247-286
- 64. Σαχίνη-Καρδάκη Άννα, Πάνου Μαρία:** Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική: Νοσηλευτικές διαδικασίες, τόμος 1^{ος} , έκδοση 2^η ,εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006, σ. 179-203
- 65. Ignatavicius-Workman:** Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη για συνεργατική Φροντίδα, επιμέλεια Βασιλειάδου Ασπασία, τόμος 1^{ος} ,έκδοση 5^η , εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2008, σ.545-569
- 66. Ρούπα Ζ, Ραφτόπουλος Β, Τζαβέλας Γ, Σαπουντζή, Κρέπια Δ, Κοτρώτσιου Ε. :** Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα.,τόμος 47, Νοσηλευτική , Αθήνα 2008, σ. 247–255
- 67. Δημήτρης Παπαγόρας , Χριστίνα Κοντογεώργου , Παναγιώτα Φιλίππου , Γεώργιος Ιωάννης Τσιάνος , Μαρία Καναρά:** Μελέτη Καταγραφής της Συχνότητας Χορήγησης Μορφίνης σε Ασθενείς με Κακοήθη Νόσο Τελικού Σταδίου στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία, τόμος 52, Τεύχος 2, Νοσηλευτική , Αθήνα 2013, σ. 14-16
- 68. Ρηγάτος Γ.Α:** Η ανακούφιση του καρκινικού πόνου, , επίτομος, έκδοση 2^η, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000, σ. 16-18
- 69. Γκμπάντι Ρ.Ο :** Αντιμετώπιση του Πόνου και άλλων Συνοδών Συμπτωμάτων του Καρκίνου, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις University Studio Press , Αθήνα 2006, σ. 25-53
- 70. Susan C. Dewit:** Βασικές αρχές και δεξιότητες της Νοσηλευτικής φροντίδας, επιμέλεια Λαμπρινού Αικατερίνη, τόμος 2ος, έκδοση 1η, εκδόσεις Λαγός, Αθήνα 2005, σ. 416-427
- 71. Marilyn E Doenges :** Οδηγός ανάπτυξης νοσηλευτικής φροντίδας, επιμέλεια Πατράκη- Κουρμπάνη Ελισάβετ, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, σ. 9-45
- 72. Σαχίνη-Καρδάκη Άννα, Πάνου Μαρία:** Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική: νοσηλευτικές διαδικασίες, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2007, σ. 173-201

- 73. Μαρκόπουλος Χρήστος:** Καλοήθεις παθήσεις και καρκίνος του μαστού, παρουσίαση και ανάλυση κλινικών περιστατικών, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, σ. 36
- 74. Osborn, Wraa, Watson :** ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ: Προετοιμασία για τη νοσηλευτική πρακτική, επιμέλεια Λαμπρινή Κουρκούτα, Στέφανος Μαντζούκας, Μαρία Μπατσολάκη, Μαρία Παπαδημητρίου, τόμος 2^{ος} , έκδοση 1^η , , εκδόσεις Πασχαλίδης, Λευκωσία 2013, σ. 1751-1783
- 75. Susan C. Dewit, :** Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική - Έννοιες και πρακτική ,επιμέλεια Αικατερίνη Λαμπρινού, Χρυσούλα Λεμονίδου, τόμος 1^{ος} , έκδοση 1^η , εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, σ.218, 237-253
- 76. Λαβδανίτη. Μ. ,Ζυγά Σ. :** Νεότερα δεδομένα για το ρόλο του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, Τόμος 4, Τεύχος 1, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Αθήνα 2012, σ. 13-17
- 77. Shepard N, Kelvin JF. :** The nursing role in radiation oncology. Semin Oncol Nurs 1999; 15(4):237-249
- 78. Fayers Peter, Machin David :** Ποιότητα ζωής (Αξιολόγηση, ανάλυση και ερμηνεία), επιμέλεια Λέκκας Φάνης, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα 2006, σ. 7-19
- 79. Cheng KK, Lee DT. :** Effects of pain, fatigue, insomnia, and mood disturbance on functional status and quality of life of elderly patients with cancer. Crit Rev Oncol Hematol 2011; 78(2):127-137
- 80. Lev EL, Eller LS, Gejerman G, Kolassa J, Colella J, Pezzino J et al:** Quality of life of men treated for localized prostate cancer: outcomes at 6 and 12 months. Support Care Cancer 2009; 17(5):509-517
- 81. Lee H, Lim Y, Yoo MS, Kim Y. :** Effects of a Nurse-Led Cognitive-Behavior Therapy on Fatigue and Quality of Life of Patients With Breast Cancer Undergoing Radiotherapy: An Exploratory Study. Cancer Nurs 2011 Mar
- 82. Howlett K, Koettters T, Edrington J, West C, Paul S, Lee K et al:** Changes in sexual function on mood and quality of life in patients undergoing radiation therapy for prostate cancer. Oncol Nurs Forum 2010; 37(1):E58-66
- 83. Βλαχιώτη Ευφροσύνη , Μάτζιου Βασιλική:** Ποιότητα Ζωής σε Παιδιά και Εφήβους με Κακοήθεια κατά τη Διάρκεια της Θεραπευτικής Αγωγής, τόμος 51^{ος}, τεύχος 4^ο, Νοσηλευτική, Αθήνα 2012, σ. 16-19

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδος

ΣΕΥΠ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Σας ενημερώνουμε ότι το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και θα χρησιμοποιηθεί για την διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα «Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε θεραπεία και η συμβολή του νοσηλευτή». Τα προσωπικά σας δεδομένα θα παραμείνουν απόρρητα. Ελπίζουμε να στηρίζετε την προσπάθεια αυτήν, αφιερώνοντας λίγο χρόνο.

Σας παρακαλούμε κυκλώστε τον αριθμό στον οποίο αντιστοιχεί η απάντηση σας ή συμπληρώστε τα κενά δίνοντας μία απάντηση. Σωστές ή λάθος απαντήσεις δεν υπάρχουν.

Για οποιαδήποτε πληροφορία, μπορείτε να απευθυνθείτε στην σπουδάστρια Τσάτη Ελευθερία.

Σας ευχαριστώ για την ευγενή συνεργασία σας.

Η σπουδάστρια : Τσάτη Ελευθερία

Δημογραφικά στοιχεία

- Φύλο : Άνδρας Γυναίκα
- Ηλικία :
- Επίπεδο εκπαίδευσης : Δημοτικό Γυμνάσιο/Λύκειο ΙΕΚ
Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ Μεταπτυχιακό Καθόλου
- Οικισμός : Αστικός Αγροτικός
- Οικογενειακή κατάσταση : Άγαμος/η Έγγαμος/η
Διαζευγμένος/η Χήρος/α
- Εργασιακή Κατάσταση : Εργαζόμενος Συνταξιούχος Άνεργος
- Επάγγελμα :

Μέρος 1^ο

1. Σε ποιο μέρος του σώματος προσβλήθηκαν αρχικά από τον καρκίνο;
2. Πόσο καιρό παρακολούθηστε ; 1-12 μήνες 12-36 μήνες >36 μήνες
3. Πάσχετε από άλλα νοσήματα; Ναι Όχι
4. Λαμβάνετε θεραπεία αυτήν την περίοδο ; Ναι Όχι
5. Αν ναι, τι είδους θεραπεία λαμβάνετε ;
Χημειοθεραπεία Ακτινοθεραπεία Χειρουργική θεραπεία
Ανοσοθεραπεία Ορμονοθεραπεία Συνδυαστική
6. Ποιες ήταν οι παρενέργειες που σας εκδηλώθηκαν από την θεραπεία που υποβλήθηκατε :
 1. Ναυτία Ναι Όχι
 2. Έμετος Ναι Όχι
 3. Διάρροια Ναι Όχι
 4. Δυσκοιλιότητα Ναι Όχι

- | | | | | | |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------|------------------------------|------------------------------|
| 5. Δύσπνοια | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | 6. Αϋπνίες | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| 7. Κόπωση | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | 8. Ανορεξία | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| 9. Μελαγχολικές τάσεις | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | 10. Κατάθλιψη | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| 11. Αλωπεκία | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> | 12. Άλλο..... | | |

7. Κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας είχατε πόνο ; Ναι Όχι
8. Αν ναι, ο πόνος παρενέβη στις καθημερινές σας δραστηριότητες;
Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου
9. Η φυσική σας κατάσταση ή η ιατρική σας φροντίδα/περίθαλψη είχε κάποιο αντίκτυπο στην οικογενειακή σας ζωή;
Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου
10. Η φυσική σας κατάσταση ή η ιατρική σας φροντίδα/περίθαλψη είχε κάποιο αντίκτυπο στις κοινωνικές σας δραστηριότητες;
Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου
11. Η φυσική σας κατάσταση ή η ιατρική σας φροντίδα/περίθαλψη σας προκάλεσαν οικονομικά προβλήματα;
Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου
12. Ποιό από τα παρακάτω είναι το κύριο αίσθημα **πριν** την θεραπεία στην οποία υποβληθήκατε ;
Άγχος Ένταση Ανησυχία Εκνευρισμός
Όλα τα παραπάνω Τίποτα από τα παραπάνω
13. Ποιό από τα παρακάτω είναι το κύριο αίσθημα **κατά την διάρκεια** της θεραπείας στην οποία υποβληθήκατε ;
Άγχος Ένταση Ανησυχία Εκνευρισμός
Όλα τα παραπάνω Τίποτα από τα παραπάνω
14. Ποιό από τα παρακάτω είναι το κύριο αίσθημα **μετά** την θεραπεία στην οποία υποβληθήκατε ;
Άγχος Ένταση Ανησυχία Εκνευρισμός
Όλα τα παραπάνω Τίποτα από τα παραπάνω

Για τις ακόλουθες ερωτήσεις παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό ανάμεσα στο 1 και το 7 ο οποίος αντιστοιχεί σε εσάς.

15. Πώς θα αξιολογούσατε τη **συνολική υγεία** σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;
- | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| πολύ κακή | | | | | | άριστη |
16. Πώς θα αξιολογούσατε τη **συνολική ποιότητα της ζωής** σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;
- | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| πολύ κακή | | | | | | άριστη |

Μέρος 2^ο

17. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλευτές σας εξήγησαν τις διαδικασίες της θεραπείας με κατανοητό τρόπο;
Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου
18. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλευτές σας φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό;
Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου
19. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλευτές αντιμετώπισαν έγκαιρα τυχόν επιπλοκές;
Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου
20. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλευτές σας παρείχαν ψυχολογική υποστήριξη;
Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου
21. Νιώθετε εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές;
Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου
22. Σε περίπτωση εμφάνισης παρενεργειών που απαιτούσαν νοσηλεία σε ποιο τμήμα του νοσοκομείου νοσηλευτήκατε ;
23. Στο τμήμα νοσηλείας που νοσηλευτήκατε πως θα αξιολογούσατε :
(βαθμολογήστε από το 1-καθόλου καλή έως το 5-πάρα πολύ καλή)
α. την ιατρική φροντίδα 1 2 3 4 5
β. την νοσηλευτική φροντίδα 1 2 3 4 5
γ. το τεχνητό υλικό 1 2 3 4 5
24. Πριν την έξοδό σας από το νοσοκομείο, οι νοσηλεύτριες/τες σας ενημέρωσαν σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες (λήψη φαρμάκων, διατροφή, γενικό-τερες συμβουλές) που πρέπει να ακολουθήσετε στο σπίτι;
Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου
25. Ποιο από τα παρακάτω χαρακτηριστικά πιστεύετε ότι πρέπει να χαρακτηρίζει τον νοσηλευτή που σας παρέχει την συγκεκριμένη φροντίδα ;
Ανθρωπιά Γνώσεις Εξειδικευμένη Εμπειρία Εμπιστοσύνη
Όλα τα παραπάνω Τίποτα από τα παραπάνω Άλλο.....
26. Θεωρείτε ότι ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει κάποια εξειδίκευση στην ογκολογία με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας παροχής φροντίδας ;
Ναι Όχι Δεν γνωρίζω
27. Πώς θα αξιολογούσατε τη νοσηλευτική φροντίδα στο χώρο των θεραπειών που υποβληθήκατε ; (βαθμολογήστε από το 1-καθόλου καλή έως το 5-πάρα πολύ καλή)
Επικοινωνία 1 2 3 4 5
Συνεργασία 1 2 3 4 5
Σωστή ενημέρωση 1 2 3 4 5
Ψυχολογική υποστήριξη 1 2 3 4 5