

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος παχέος εντέρου αποτελεί τον τρίτο σε συχνότητα καρκίνο, με τα υψηλότερα ποσοστά να εμφανίζονται στις ανεπτυγμένες χώρες. Δημιουργείται από αδενωματικούς πολύποδες που μεταλλάσσονται σε καρκινώματα, ως αποτέλεσμα πολλών εξωγενών και ενδογενών παραγόντων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της νοσηλευτικής παρέμβασης σε ασθενείς τελικού σταδίου και η ανάδειξη της σημασίας της παρηγορητικής φροντίδας.

Αρχικά η εργασία μας αναφέρεται στη νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή με όγκο παχέος εντέρου τελικού σταδίου (παρηγορητική χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία για ανακουφιστικούς λόγους, πιθανή κολοστομία), στη διαχείριση επειγουσών καταστάσεων και την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου με φαρμακολογικές ή μη παρεμβάσεις. Άλλα θέματα που αφορούν στη νοσηλεία του καρκινοπαθούς τελικού σταδίου είναι τα προβλήματα διατροφής, η κόπωση, η «ποιότητα ζωής», οι ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας και τα πρόσθετα προβλήματα που δημιουργούνται στους ηλικιωμένους ασθενείς από την αυξημένη συννοσηρότητα.

Ακολούθως, γίνεται εκτενής αναφορά στη νέα προοπτική που δίνει στη νοσηλευτική παρέμβαση τελικού σταδίου ασθενών η ανακουφιστική φροντίδα, μια πρακτική που ξεκίνησε στο Λονδίνο το 1967, στοχεύοντας στην ανακούφιση του «ολικού πόνου» και στην ποιότητα ζωής. Η φροντίδα προσφέρεται από διεπιστημονική ομάδα περιλαμβάνοντας από την προετοιμασία του ασθενούς στην προσαρμογή για τον επερχόμενο θάνατο έως την απόσυρση από τα θεραπευτικά μέτρα που παρατείνουν την έλευση του θανάτου (παρεντερική σίτιση, ΚΑΡΠΑ), την απόφαση για μεταφορά στο νοσοκομείο ή παραμονή στο σπίτι, την βελτίωση της ποιότητας ζωής, την αποφυγή περιττής βλάβης ή πόνου, την στήριξη των συγγενών.

Η ανακουφιστική φροντίδα προϋποθέτει την δημιουργία θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς, απλώνεται και στην ψυχολογική στήριξη εκείνου και των οικείων του στη βίωση του πένθους, καθώς και στην ανακούφιση και στήριξη των φροντιστών κατά την διάρκεια της ασθένειας αλλά και μετά το θάνατο,

καθιστώντας αναγκαία τη στήριξη των ίδιων των νοσηλευτών που αναλαμβάνουν αυτό το επίπονο ψυχικά έργο.

Για την παρούσα εργασία, πέρα από την τρέχουσα βιβλιογραφία, έγινε αναζήτηση σχετικών επιστημονικών άρθρων δεκαετίας στις μηχανές αναζήτησης Pubmed, Google Scholar, EKT, καθώς και στο περιοδικό «Το Βήμα του Ασκληπιού», με τις λέξεις-κλειδιά: καρκίνος παχέος εντέρου, ασθενείς τελικού σταδίου προβλήματα - νοσηλευτική παρέμβαση, ανακουφιστική φροντίδα

ABSTRACT

Colorectal cancer is the third most commonly diagnosed type of cancer with the highest rates in the developed countries. It is caused by adenoma polypods, that mutate to carcinomas due to various exogenous and endogenous factors. The current study is a review of the nursing intervention in the last stage colorectal cancer patients and an effort to pinpoint the significance of palliative care.

At first, our study refers to the nursing intervention in a last stage colon cancer patient (palliative surgery and chemotherapy, possible colostomy) to the management of urgent situations and to the treatment of cancer pain using pharmacological or other-type interventions.. Other subjects that refer to cancer patient care are the nutritional problems, fatigue, quality of life, psychological consequences and additional problems that are caused to old patients due to increased comorbidity.

In addition, there is an extensive reference to the new prospect for the last stage nursing intervention, given by palliative care, a practice that began in London in 1967 and aims to relieve the “total pain” and life quality. This care is provided by an inter-science team, including all stages from the preparation of the patient for the adjustment to the forthcoming death till the withdrawal from medical intervention that extends the time of the forthcoming death (parenterally alimentation, CRP), the decision for transfer to the hospital or staying at home, life-enhancing and unnecessary damage or pain avoidance and relatives support.

Palliative care presupposes the creation of therapeutic relationship between the nurse and the patient, expands to the psychological support of the patient and his/her family to mourning experience as well as the relief and support of the caregivers during the disease and also after death, rendering necessary the support of nurses themselves, who undertake such mentally painful work.

For the current study, besides the current bibliography, search has been conducted of relevant science articles of the decade in the search engines: Pubmed, Google scholar, EKT, and in the Journal «Το Βήμα του Ασκληπιού» using the key-words: colon cancer, last stage patients: troubles-nursing intervention, palliative care

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	2
Abstract.....	4
Περιεχόμενα.....	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο πρώτο: Ανατομία - Φυσιολογία εντέρου	
1.1 Ανατομία Φυσιολογία γαστρεντερικού σωλήνα	8
1.2 Ανατομία Εντέρου	9
1.3. Φυσιολογία Εντέρου	
1.3.α. Φυσιολογία και λειτουργίες λεπτού εντέρου.....	11
1.3.β. Φυσιολογία και λειτουργίες του παχέος εντέρου	12
Κεφάλαιο Δεύτερο: Γενικά περί καρκίνου παχέος εντέρου	
2.1. Ορισμός καρκίνου	14
2.2. Επιδημιολογία	14
2.3. Ιστορική αναδρομή	16
Κεφάλαιο Τρίτο: Βλάβες εντέρου	
3.1. Φλεγμονώδεις παθήσεις εντέρου	
3.1.α. Νόσος Crohn	17
3.1.β. Ελκώδης κολίτιδα	18
3.2. Πολύποδες εντέρου.....	19
Κεφάλαιο Τέταρτο: Καρκίνος παχέος εντέρου	
4.1. Αίτια εμφάνισης	20
4.2. Ανασταλτικοί παράγοντες	26
4.3. Παθοφυσιολογία – Παθολογοανατομία.....	28
4.4. Είδη Ca εντέρου	30
Κεφάλαιο πέμπτο: Η ασθένεια	
5.1. Κλινική εικόνα.....	31
5. 2. Διάγνωση	33
5.3. Σταδιοποίηση	36
5.4. Μεταστάσεις	38

Κεφάλαιο έκτο: Θεραπεία

6. Θεραπεία	41
6.1. Χειρουργική θεραπεία	41
6.2. Επικουρική Θεραπεία	44
6.2.1. Χημειοθεραπεία	45
6.2.2. Ακτινοθεραπεία	46
6.3. Κολοστομία	47

Κεφάλαιο έβδομο: Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς τελικού σταδίου

7. Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς τελικού σταδίου	48
7.1.1. Παρηγορητική εγχείρηση	48
7.1.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή	49
7.1.2.A. Προεγχειρητική Φροντίδα	50
α. Νοσηλευτική αξιολόγηση	50
β. Κλινική και λειτουργική εκτίμηση.....	51
γ. Ενημέρωση ασθενούς	51
δ. Διδασκαλία	52
ε. Νοσηλευτική παρέμβαση	53
7.1.2.B. Διεγχειρητική Φροντίδα	53
7.1.2. Γ. Μετεγχειρητική Φροντίδα	53
7.2. Χημειοθεραπεία	54
7.3. Κολοστομία	56
7.4. Καρκινικός πόνος	58
7.6. Προβλήματα Διατροφής	61
7.7. Κόπωση.....	62
7.8 Ποιότητα ζωής.....	64
7.9. Ψυχολογικές επιπτώσεις	65
7.10. Ηλικιωμένοι ασθενείς	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ: ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

8.1.Γενικά	71
8.1.1. Ιστορική αναδρομή	71
8.1.2. Προσέγγιση της ανακουφιστικής φροντίδας.....	73

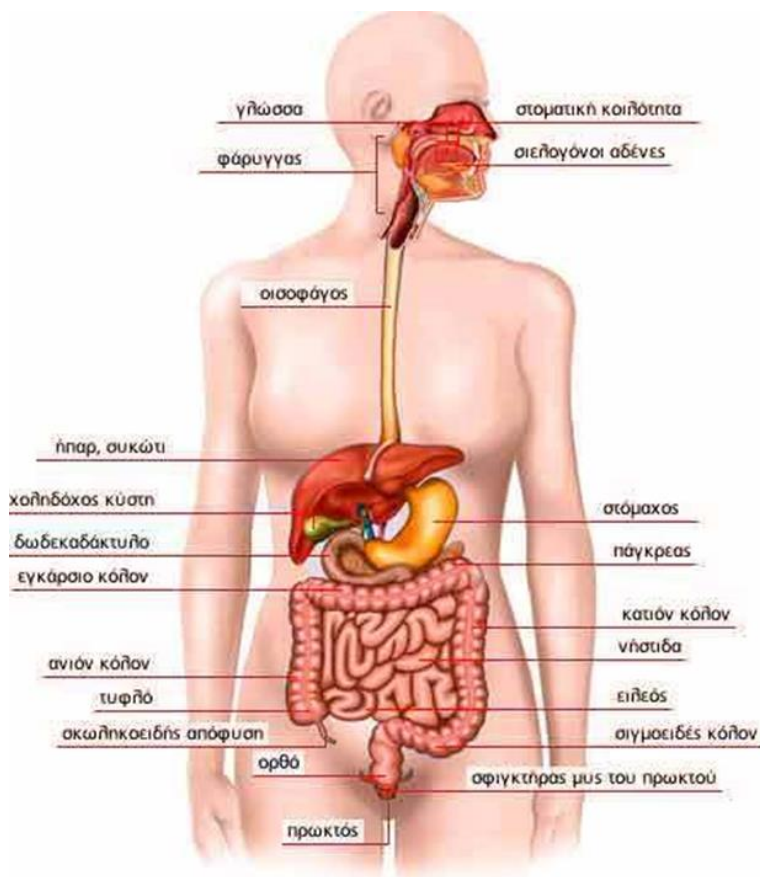
8.1.3. Επίπεδα ανακουφιστικής φροντίδας.....	74
8.1.4. Αξία ανακουφιστικής φροντίδας.....	75
8.1.5. Στόχοι ανακουφιστικής φροντίδας	77
8.1.6. Κριτική ανακουφιστικής φροντίδας	77
Κεφάλαιο ένατο: Ασθενείς τελικού σταδίου	
9.1. Ασθενείς τελικού σταδίου.....	78
9.2. Προετοιμασία για τον επερχόμενο θάνατο	78
9.3. Πρόγνωση του θανάτου.....	80
9.4. Προβλήματα – Ηθικοί περιορισμοί	81
Κεφάλαιο δέκατο: Νοσηλευτική ανακουφιστική φροντίδα	
10.1. Αξιολόγηση.....	82
10.2. Συνήθη προβλήματα ασθενών και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	82
10.3. Φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου στο σπίτι.....	88
Κεφάλαιο ενδέκατο: Λίγο πριν το θάνατο	
11.1. Πνευματικές ανάγκες ασθενών.....	92
11.2. Προβλήματα του ασθενούς λίγο πριν το θάνατο.....	96
11.3. Το πένθος.....	97
11.4. Διακοπή μηχανισμών διατήρησης της ζωής.....	98
Κεφάλαιο δωδέκατο: Φροντίδα φροντιστών	
12.1. Προπαρασκευαστικός θρήνος.....	99
12.2. Το φορτίο των φροντιστών.....	101
12.3. Το φορτίο των νοσηλευτών.....	102
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. 1η Κλινική Περίπτωση.....	105
2. 2η κλινική περίπτωση.....	118
Συμπεράσματα.....	136
Βιβλιογραφία.....	134

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΝΤΕΡΟΥ

1.1. Ανατομία – Φυσιολογία γαστρεντερικού σωλήνα

Ο γαστρεντερικός σωλήνας αποτελείται από τον οισοφάγο, το στομάχι, το λεπτό έντερο και το παχύ έντερο, καθώς και επικουρικά όργανα ήπαρ, πάγκρεας, σπλήνα. Ο βλωμός της τροφής μεταφέρεται μέσω του οισοφάγου στο στομάχι, όπου ξεκινά η ενζυματική διάσπαση της τροφής σε θρεπτικά συστατικά. Στο λεπτό έντερο η τροφή διασπάται περαιτέρω και απορροφώνται τα θρεπτικά συστατικά. Στο παχύ έντερο γίνεται επαναρρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών από το περιεχόμενο του εντερικού σωλήνα και στη συνέχεια, μέσω της ζύμωσης και αποσύνθεσης, μετατρέπονται σε κόπρανα που αποβάλλονται μέσω του πρωκτού.



Εικόνα 1: Ο πεπτικός σωλήνας, πηγή: <https://eclass.teicrete.gr/modules/document/file.php-2017.pdf>

Επομένως, σκοπός του γαστρεντερικού σωλήνα είναι η διάσπαση των θρεπτικών συστατικών της τροφής και η χρήση τους. Για να επιτελέσει το σκοπό αυτό, ο ίδιος αποτελεί ένα μυϊκό σωλήνα επενδυμένο με επιθήλιο, το οποίο διαφοροποιείται ανάλογα με τις λειτουργίες που επιτελεί το κάθε όργανο που τον αποτελεί. Τα βασικά όργανά του συμμετέχουν στην επαναρρόφηση κι έτσι τα τοιχώματά τους έχουν παρόμοια δομή: βλεννογόνια, υποβλεννογόνια, μυϊκή και ορογόνια με υπορογόνια στιβάδα. ⁽¹⁾

Η βλεννογόνια αποτελείται από: α) μία επιθηλιακή επένδυση με διαφορετικά εξειδικευμένα κύτταρα ανάλογα με την λειτουργία που επιτελούν (έκκριση, απορρόφηση ή παραγωγή ορμονών) β) το χόριο που αποτελεί τον συνδετικό ιστό από λεία μυϊκά κύτταρα, αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία και γ) την βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα από λείες μυϊκές ίνες που επιτρέπουν στον βλεννογόνο δυναμικές κινήσεις και πτυχώσεις και οριοθετούν από την υποβλεννογόνια στιβάδα.

Βασικές λειτουργίες του επιθήλιου του βλεννογόνου που καλύπτει τον πεπτικό σωλήνα είναι να αποτελεί τον φραγμό ανάμεσα στο περιεχόμενο του σωλήνα και τους ιστούς του σώματος, να διευκολύνει την πέψη και μεταφορά της τροφής και να βοηθά στην απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών της. Το χόριο (με μακροφάγα και λεμφοκύτταρα), η υποβλεννογόνια στιβάδα και το επιθήλιο προστατεύουν τον οργανισμό από επιβλαβή βακτηρίδια ⁽²⁾. Η βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα, επωμίζεται την ανάμειξη και μετακίνηση του εντερικού περιεχομένου περιφερικά.

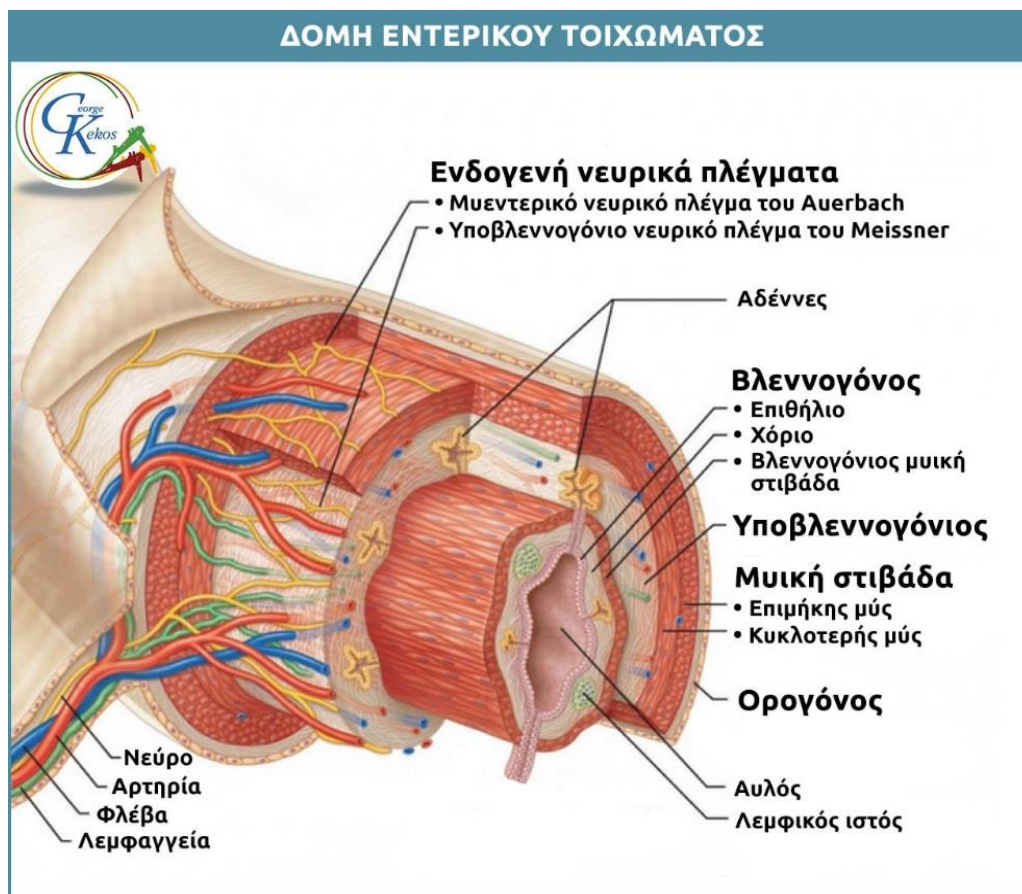
Η υποβλεννογόνια στιβάδα αποτελείται από συνδετικό ιστό και η μυϊκή από δύο στιβάδες λείες μυϊκές ίνες. Ο εντερικός σωλήνας καλύπτεται εξωτερικά από μία περιτοναϊκή ορογόνια στιβάδα με λεπτό στρώμα συνδετικού ιστού και ένα πλακώδες επιθήλιο, ενώ συνδέεται με τους παρακείμενους ιστούς με ένα εξωτερικό στρώμα συνδετικού ιστού (tunica adventitia). Η νεύρωση όλου του εντερικού σωλήνα γίνεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. ⁽¹⁾

1.2. Ανατομία Εντέρου

Το έντερο αποτελεί μέρος του πεπτικού σωλήνα και χωρίζεται στο λεπτό και στο παχύ έντερο. Το λεπτό έντερο αποτελείται από δωδεκαδάκτυλο, νηστίδα και ειλεό,

ο οποίος ενώνεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο με το παχύ έντερο. Το παχύ έντερο υποδιαιρείται σε τυφλό, σκωληκοειδή απόφυση, κόλον (ανιόν, εγκάρσιο και κατιόν κόλον), το ορθό και τον πρωκτικό σωλήνα.

Τα μέρη αυτά διαφοροποιούνται ως προς την επιφάνεια του βλεννογόνου και επιτελούν διαφορετικές λειτουργίες. Στο λεπτό έντερο γίνεται η πέψη των τροφών με τη βοήθεια των παγκρεατικών εκκρίσεων και των χολικών οξέων που εκκρίνονται στο δωδεκαδάκτυλο. Επίσης, στο βλεννογόνο του λεπτού εντέρου υπάρχουν απορροφητικά κύτταρα για την απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών και ενδοκρινικά κύτταρα που, μεταξύ άλλων, ρυθμίζουν την κινητικότητα του εντέρου, απαραίτητη λειτουργία για την προώθηση του εντερικού χυμού που δημιουργείται. Στο παχύ έντερο γίνεται κυρίως απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών από τα άπεπτα υπολείμματα των τροφών, τα οποία και μετατρέπονται σε στερεά. Η σκωληκοειδής απόφυση εξυπηρετεί το ανοσοποιητικό σύστημα του πεπτικού σωλήνα ⁽¹⁾.



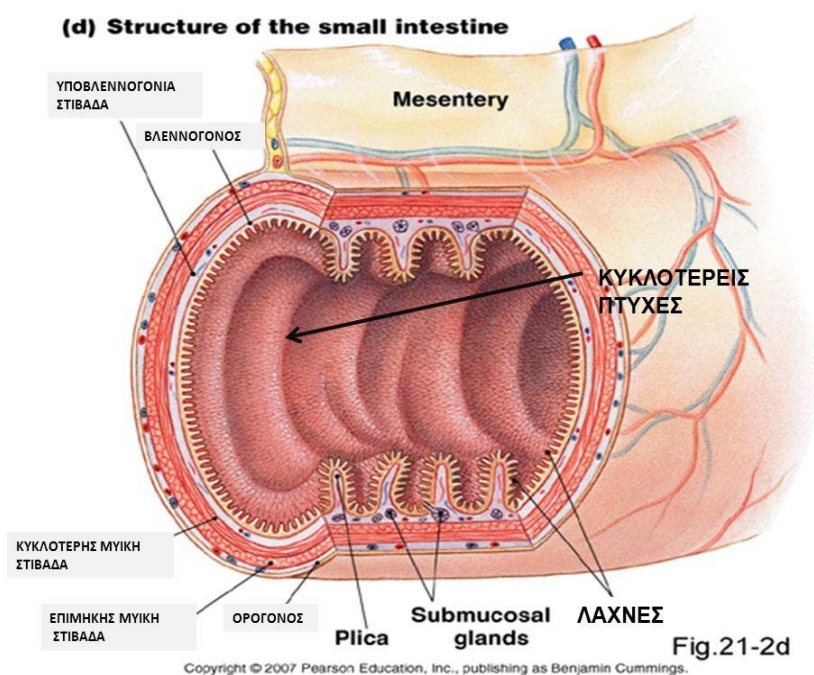
Εικόνα 2, <https://www.kekos.gr/2014/05/31/polypodes/>

1.3. Φυσιολογία εντέρου

1.3. α. Φυσιολογία και λειτουργίες λεπτού εντέρου

Το λεπτό έντερο έχει μήκος 270-290 εκ. και χωρίζεται σε τρία τμήματα: το δωδεκαδάκτυλο, τη νησίδα και τον ειλεό. Σε όλο το μήκος του παρουσιάζει αναδιπλώσεις που περιγράφονται ως κυκλοτερείς (σε σχήμα κυκλικό, σπειροειδές, μισοφέγγαρο) σε απόσταση 1 εκ. μεταξύ τους, οι οποίες γίνονται αραιότερες και τελικά εξαφανίζονται όσο προχωράμε προς τον ειλεό. Οι πτυχές αυτές αυξάνουν την επιφάνεια του βλεννογόνου κατά 50%. Ο βλεννογόνος του εντέρου αποτελείται από πέντε διαφορετικούς τύπους κυττάρων, που το καθένα επιτελεί διαφορετική λειτουργία.

Οι εντερικές λάχνες είναι βλεννογονικές προεκβολές που μοιάζουν με φύλλα ή δάχτυλα και δίνουν μια βελούδινη επιφάνεια στο βλεννογόνο. Αυτές καλύπτονται από απορροφητικά επιθηλιακά κύτταρα που δημιουργούν μια πολύ μεγάλη επιφάνεια (εξαιτίας της παράλληλης κατανομής μικρολαχνών στην ελεύθερη επιφάνειά τους). Υπάρχουν ως 40 λάχνες ανά mm² και αυξάνουν την εντερική επιφάνεια κατά 6-8 φορές. Το εντερικό επιθήλιο ανανεώνεται κάθε περίπου 4-7 μέρες.



Εικόνα 3: Κατασκευή λεπτού εντέρου Πηγή: <https://slideplayer.gr/slide/11201404/>

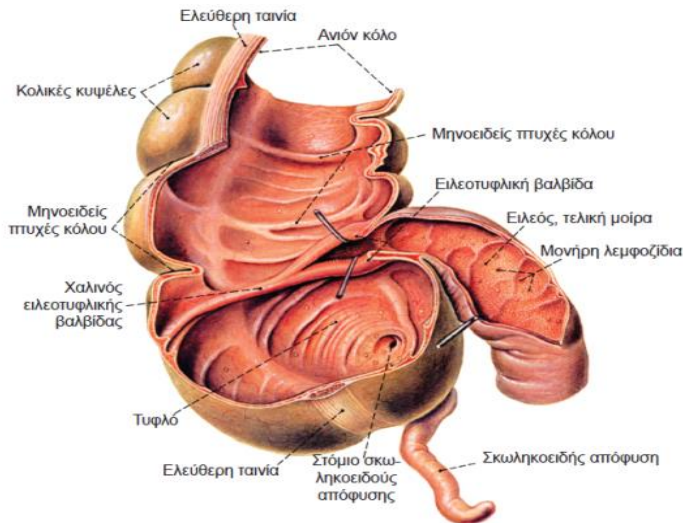
Κύρια λειτουργία του λεπτού εντέρου είναι η πέψη και η απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών των τροφών, μέσω της διάσπασής τους σε απορροφώμενα στοιχεία: οι υδατάνθρακες σε μονοσακχαρίτες, οι πρωτεΐνες σε αμινοξέα και τα λίπη σε λιπαρά οξέα και γλυκερίνη. Στο δωδεκαδάκτυλο εκκρίνονται τα παγκρεατικά ένζυμα και χολικά οξέα για τη διάσπαση των τροφών. Τα ενδοκρινικά κύτταρα του βλεννογόνου του εντέρου ρυθμίζουν τις παγκρεατικές και χολοκυστικές εκκρίσεις, καθώς και την κινητικότητα του εντέρου.

Τα σωματίδια της τροφής προωθούνται μέσα στο λεπτό έντερο με τις μυϊκές συσπάσεις λείων μυϊκών ινών, που ενεργοποιούνται από μηχανικά και χημικά ερεθίσματα. Οι κινήσεις αυτές διακρίνονται σε περισταλτικές, μεταβολές μυϊκού τόνου, συσπάσεις κατατμήσεως και κινήσεις λαχνών. Κατά τη διάρκεια της πέψης οι λάχνες κινούνται ρυθμικά (βράχυνση – επιμήκυνση).

Τα εξωγενή νεύρα του λεπτού εντέρου έχουν παρασυμπαθητικές ίνες, που διεγείρουν την κινητική λειτουργία, και συμπαθητικές που την αναστέλλουν. Η ειλεοκολική βαλβίδα είναι συνήθως κλειστή και ανοίγει αντανακλαστικά κατά την δίοδο της τροφής από το στομάχι στο λεπτό έντερο, επιτρέποντας έτσι να περάσει μικρή ποσότητα του περιεχομένου του εντέρου στο τυφλό ^{(1) (2)}.

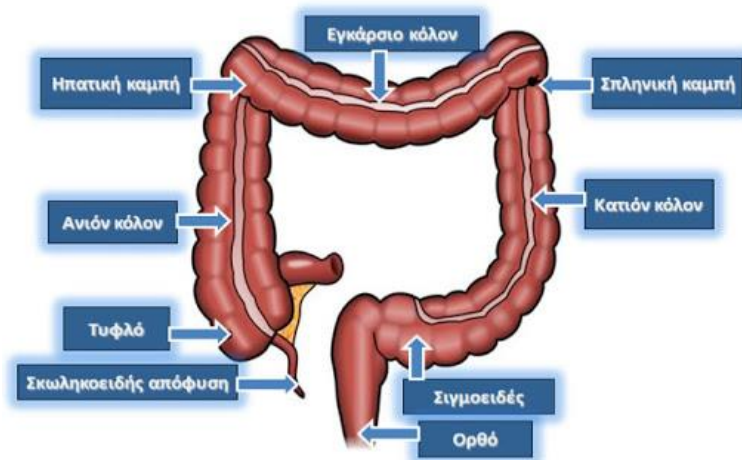
1.3.β. Φυσιολογία και λειτουργίες του παχέος εντέρου

Το παχύ έντερο έχει μήκος 1,5-1,8 μέτρα και περιβάλλει το λεπτό έντερο σαν κάδρο. Ξεκινά από την ειλεοτυφλική βαλβίδα και χωρίζεται σε τέσσερις μοίρες: το τυφλό (με τη σκωληκοειδή απόφυση), το κόλον (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν), σιγμοειδές, ορθό και πρωκτικό σωλήνα. Το παχύ έντερο (τυφλό και κόλον) διακρίνονται εύκολα εξωτερικά απ'το λεπτό από τις κολικές τανίες πλάτους περίπου 1 εκ. που σχηματίζουν την εξωτερική μυϊκή στιβάδα. Ο βλεννογόνος του δεν περιέχει λάχνες και το επιθήλιό του είναι κυλινδρικό μονόστοιβο.



Εικ.4:Τυφλό & ειλεοτυφλική βαλβίδα Πηγή: <https://surgery.gr/ti-einai-to-paxy-entero-to-ortho-kai-o-proktos/>

Κύρια λειτουργία του παχέος εντέρου είναι η απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών (κυρίως Na^+ , Cl^-), η παραγωγή βλέννας, η ολοκλήρωση της πέψης, απορρόφηση μικρομοριακών ενώσεων, σιτητικές (παραγωγή βιταμινών $\text{B}_1, \text{B}_2, \text{B}_{12}$, K) και ζυμωτικές εξεργασίες (παράγονται λιπαρά οξέα, βουτυρικό, γαλακτικό οξύ). Τα κόπρανα που σχηματίζονται παραμένουν στο σιγμοειδές και, όταν φτάσουν στο ορθό, το άτομο αισθάνεται την ανάγκη αφόδευσης⁽¹⁾ ⁽²⁾. Όταν η πίεση φτάσει τα 55 mmHg, ο έσω και ο έξω σφιγκτήρας χαλαρώνουν και γίνεται αντανακλαστική εξώθηση του περιεχομένου. Πολλές φορές με την πλήρωση του στομάχου με τροφή ξεκινούν συσπάσεις στο ορθό και επέρχεται η ανάγκη αφόδευσης⁽³⁾



Εικόνα 5:Το παχύ έντερο, Πηγή: <http://www.theodoropoulos-surgery.gr>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

2.1. Ορισμός καρκίνου

Καρκίνος είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα σύνολο από νόσους με διαφορετικά αλλά και κοινά χαρακτηριστικά, ανάλογα με τη θέση εντόπισης ⁽⁴⁾. Η γένεση του καρκίνου σχετίζεται με τις μεταλλάξεις που προκαλούνται στην αλληλουχία του DNA, το οποίο κατά τη διάρκεια της ζωής του εκτίθεται σε μεταλλαξιγόνα. Τα κύτταρα διαθέτουν αμυντικούς μηχανισμούς για να αποτρέψουν ή να διορθώσουν τις μεταλλάξεις. Όταν, όμως, συσσωρεύεται μεγάλος αριθμός μεταλλάξεων δημιουργείται ο καρκίνος.

Παρά τις διαφορές μεταξύ των διαφόρων καρκίνων (καρκινώματα, σαρκώματα, λευχαιμίες και λεμφώματα, νευροβλαστώματα και γλοιοβλαστώματα), όλοι οι καρκίνοι παρουσιάζουν κοινές ιδιότητες:

- Ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός των κυττάρων
- Αγγειογένεση
- Επαγωγή απόπτωσης
- Διήθηση ιστών
- Μετάσταση ⁽⁵⁾

2.2. Επιδημιολογία

Ο ορθοκολικός καρκίνος θεωρείται ο τρίτος σε συχνότητα καρκίνος και η τέταρτη σε συχνότητα αιτία καρκινικού θανάτου. Σύμφωνα με δεδομένα του ΠΟΥ, ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο κώλου και ορθού πρόκειται να αυξηθεί ως το 2035, κατά 60% και 71,5% αντίστοιχα ⁽⁶⁾.

Μολονότι παγκοσμίως η γεωγραφική επίπτωση διαφέρει, φαίνεται να είναι μεγαλύτερη στις αναπτυγμένες χώρες. Τα υψηλότερα ποσοστά είναι στην Αυστραλία 44,8 ανά 100.000 ανθρώπους και τα χαμηλότερα στη Δ. Αφρική 4,5-3,8 ανά 100.000 ⁽⁷⁾. Η επίπτωση και η θνητότητα της ασθένειας εξαρτώνται από παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα, η φυλή, η κοινωνικοοικονομική

κατάσταση και αφορά ιδιαίτερα σε άνδρες άνω των 50 ετών και κατοίκους βιομηχανικών περιοχών. Μελέτες έδειξαν ότι άτομα χαμηλού ρίσκου που κατοικούσαν σε περιοχές χαμηλού ρίσκου μετέπεσαν στην κατηγορία υψηλού ρίσκου όταν μετανάστευσαν σε υψηλού ρίσκου περιοχές⁽⁸⁾.

Body part	Estimated new cases	
	Male	Female
Digestive system		
Colon	47,700	47,820
Rectum	23,720	16,190

Πίνακας 1: Νέα περιστατικά ορθοκολικού καρκίνου στις ΗΠΑ ανά φύλο το 2017 (προσαρμοσμένο & τροποποιημένο από Siegel et al) στο Yahaya MAF, Lila MAM, Ismail S, Zainol M, et al, „*Tumour-Associated Macrophages (TAMs) in Colon Cancer and How to Reeducate Them*, Journal of Immunology Research, 2019, V2019 Article ID 2368249 | 9

Επίσης, αν και τα περιστατικά καρκίνου ορθού μειώθηκαν κατά 3% ανά έτος από την περασμένη δεκαετία και η μεγαλύτερη συχνότητα αφορά σε άτομα άνω των 65 ετών, το ποσοστό αυξάνεται κατά 1,8% το χρόνο για άτομα κάτω των 50 ετών. Διαφοροποίηση υπάρχει, ακόμα, με βάση το φύλο και την ηλικία σύμφωνα με τον πίνακα⁽⁷⁾:

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΝΑΛΟΓΙΑ	ΑΝΔΡΩΝ	-
			ΓΥΝΑΙΚΩΝ
0-49	1:10		
50-64	1: 19		
50-79	1:27		
>80	1:29		

Πίνακας 2: Διαμορφώθηκε με βάση το Fazeli M. S., Keramati M.R., *Rectal cancer: a review*, Medical Journal of The Islamic Republic of Iran, 2015, 29: 171

Σε επιδημιολογική μελέτη που διεξήχθη στη Β. Ελλάδα από την ιατρική σχολή του ΑΠΘ επιβεβαιώνονται τα στοιχεία για μεγαλύτερη επίπτωση σε ηλικιωμένους άνω των 60 (82,49%) και σε άνδρες (58,57% έναντι 41,43%) ⁽⁹⁾.

Στην Ελλάδα γενικά, σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ, το 2018 ο καρκίνος παχέος εντέρου είναι τρίτος σε συχνότητα εμφάνισης καρκίνος, μετά τον καρκίνο πνευμόνων και μαστού, με ποσοστό 10,9% και η τέταρτη αιτία θανάτου από καρκίνο. Τα ποσοστά στους άνδρες είναι μεγαλύτερα από των γυναικών (15% έναντι 11,2%), ενώ βρίσκεται στην τρίτη θέση από πλευράς θνητότητας από καρκίνο ⁽¹⁰⁾.

2.3. Ιστορική αναδρομή

Ο καρκίνος δεν είναι νεοεμφανιζόμενη ασθένεια. Αντίθετα, έχουν διαπιστωθεί όγκοι σε αιγυπτιακές μούμιες, ενώ υπάρχουν περιγραφές της σε κείμενα της αρχαίας Ελλάδας, Ρώμης, Περσίας και Ινδίας. Η ονομασία του αποδίδεται στον αρχαίο Ιπποκράτη (460-377 π.Χ.), ο οποίος του έδωσε το όνομα «καρκίνωμα» από τη λέξη «καρκίνος» δηλαδή κάβουρας, η οποία και υιοθετήθηκε από τον Γαληνό (131-200 μ.Χ.) λόγω της ομοιότητας των αποφύσεων του όγκου του μαστού με τα πόδια του κάβουρα ⁽¹¹⁾.

Η πρώτη γραπτή μαρτυρία βρίσκεται στον πάπυρο Edwin Smith του 3.000 π.Χ., όπου περιγράφεται ο καρκίνος του μαστού ως μία ασθένεια μη ιάσιμη. Ο Έλληνας γιατρός Ιπποκράτης με τους μαθητές του προχώρησε ακόμη περισσότερο, προσπαθώντας να ανιχνεύσει τα αίτια της ασθένειας σε φυσικούς παράγοντες, συνδέοντάς τα με την ποσότητα του κυκλοφορούντος αίματος, της βλέννας, της χολής και άλλες εκκρίσεις, ιδιαίτερα σε μεγάλες ηλικίες.

Κατά την Ρωμαϊκή και την μεσαιωνική εποχή, συνεχίστηκαν οι προσπάθειες εξεύρεσης θεραπευτικών μέσων για τον καρκίνο και ειδικότερα από τον 6^ο αιώνα χρησιμοποιήθηκε η χειρουργική αφαίρεση του όγκου, κυρίως για τον καρκίνο του μαστού και του εντέρου ⁽¹²⁾.

Στα χρόνια που ακολούθησαν ως τις αρχές του 19ου αιώνα, η πρόοδος στην παθολογία και την χειρουργική ήταν αισθητή ⁽¹³⁾, ενώ από τα τέλη του αιώνα και

κυρίως από τα μέσα του 20ου ανακαλύπτεται το ράδιο που χρησιμοποιήθηκε στη ραδιοθεραπεία και από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα η χημιοθεραπεία ⁽¹⁴⁾.

Κατά τις δεκαετίες 1910-1940 υπήρξε σημαντική πρόοδος στην έρευνα, διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου, με την χειρουργική θεραπεία να παραμένει η κύρια θεραπευτική μέθοδος (15). Τις επόμενες τρεις δεκαετίες (1940-1970) νέα αντικαρκινικά φάρμακα ανακαλύφθηκαν και το κυριότερο νέο πρωτοποριακό στοιχείο είναι η αναμφισβήτητη αξία της ακτινοθεραπείας και της χημιοθεραπείας στην θεραπεία και πρόληψη υποτροπής της νόσου, σε σημείο μάλιστα που να χρησιμοποιείται πια λιγότερο η απλή χειρουργική επέμβαση και περισσότερο οι συνδυαστικές μέθοδοι. Επίσης αναπτύχθηκαν νέες διαγνωστικές μέθοδοι (μαστογραφία, αξονική τομογραφία, τεστ Παπανικολάου κ.α.) που βοήθησαν στην έγκαιρη και ακριβή διάγνωση, ενώ συσχετίστηκαν παράγοντες με διάφορα είδη καρκίνων. Ωστόσο το ποσοστό θανάτων από καρκίνο παρέμεινε υψηλό και αμετάβλητο.

Τα τελευταία χρόνια η ανοσοθεραπεία, παράλληλα με τις άλλες θεραπευτικές μεθόδους, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στη θεραπεία του καρκίνου. Πρέπει, ωστόσο, να συνεχιστούν οι προσπάθειες της έρευνας με τελικό στόχο όσοι πλήττονται από την ασθένεια να θεραπεύονται ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁷⁾.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΒΛΑΒΕΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

3.1. Φλεγμονώδεις παθήσεις εντέρου

3.1.α. Νόσος Crohn

Πρόκειται για υποτροπιάζουσα φλεγμονώδη νόσο με αυξανόμενη επίπτωση τα τελευταία χρόνια σε όλο τον κόσμο και ιδιαίτερα σε βιομηχανικές αναπτυγμένες χώρες ΒΔ. Ευρώπη, Αμερική, Αυστραλία. Πλήττει εστιακά κυρίως το λεπτό έντερο αλλά και το παχύ ⁽¹⁸⁾ ⁽¹⁹⁾. Εμφανίζει συμπτώματα φλεγμονώδη (κοιλιακό άλγος, πυρετό, διάρροια με ροή αίματος ή βλέννας) αποφρακτικά (ναυτία, εμετός μετά το

γεύμα) ή συριγγώδη (ενδοδερματικά ή εσωτερικά συρίγγια και αποστήματα). Η ασθένεια συνδέεται με αυτοάνοσα νοσήματα, γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες αλλά και τον τρόπο ζωής ⁽²⁰⁾.

Η θεραπευτική αγωγή για την ασθένεια στοχεύει κυρίως στην ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα και κατά δεύτερο στην επαναφορά των εργαστηριακών εξετάσεων στο φυσιολογικό και την διατήρηση της ύφεσης. Το χειρουργείο δεν θεραπεύει. Αποτελεί μόνο λύση ανάγκης για να περιοριστεί η περιοχή φλεγμονής ή όταν υπάρχουν αποστήματα και συρίγγια που δεν ανταποκρίνονται σε φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, αποτελεί τρόπο αντιμετώπισης της πλήρους απόφραξης, υψηλού βαθμού δυσπλασίας ή καρκίνου ⁽¹⁸⁾. Οι ασθενείς με νόσο Crohn διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο, οστεοπόρωση, αναιμία, διατροφικές ελλείψεις, λοίμωξη, θρομβωτικά επεισόδια και κατάθλιψη ⁽²¹⁾.

3.1.β. Ελκώδης κολίτιδα

Είναι ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει κυρίως το ορθό και επεκτείνεται και στο κόλον. Η ενδοσκοπική εξέταση μπορεί να εμφανίσει οίδημα ή ερυθρότητα του βλεννογόνου, αλλά και έλκη που εκτείνονται βαθιά ή επεκτείνονται κατά μήκος των κολικών ταινιών. Η επίπτωση ανά τον κόσμο ακολουθεί αυτή της νόσου του Crohn ⁽¹⁹⁾. Η εμφάνισή της σχετίζεται με πολλούς παράγοντες, όπως γενετική προδιάθεση, προβλήματα στο επιθήλιο του εντέρου, ανοσολογικούς και περιβαλλοντικούς ⁽²²⁾.

Τα συμπτώματα της ασθένειας αιματηρές και βλενώδεις διάρροιες, περιστασιακός τεινισμός, κοιλιακό άλγος, αφυδάτωση. Η σοβαρότητά της κατατάσσεται ανάλογα με τον αριθμό των διαρροϊκών κενώσεων ανά εικοσιτετράωρο. Η σοβαρότερη επιπλοκή είναι ο καρκίνος παχέος εντέρου και ορθού, ύστερα από 8-15 έτη ασθένειας.

Η θεραπεία προσαρμόζεται ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Στη σοβαρή της μορφή, με πάνω από 6 αιμορραγικές κενώσεις, πυρετό, ταχυκαρδία, αναιμία, συνίσταται η εισαγωγή στο νοσοκομείο για παρακολούθηση και

χειρουργική εκτίμηση, καθώς υπάρχει κίνδυνος διάτρησης εντέρου δηλαδή απειλητικής για τη ζωή κατάστασης. Η χειρουργική λύση είναι επιλεκτική κολεκτομή (23).

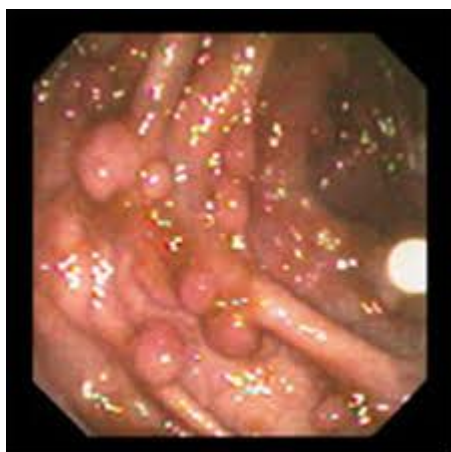
3.2. Πολύποδες εντέρου

Ως πολύποδας ορίζεται ένα μόρφωμα (μάζα βλεννογόνου) που προβάλλει στον αυλό του εντέρου. Διαφέρουν από το μέγεθος, την παρουσία ή όχι πλατύ ή λεπτού μίσχου και τον αριθμό τους. Με βάση τα ιστολογικά ευρήματα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: μη νεοπλασματικοί (υπερπλαστικοί, αρματωματώδεις, σύνδρομο Peutz-Jeghers, φλεγμονώδεις, λεμφοειδείς, νεανικοί) και νεοπλασματικοί. Οι περισσότεροι πολύποδες είναι καλοήθεις, μπορεί όμως καλοήθεις πολύποδες να εξαλλαγούν σε κακοήθεις. Πρόκειται για προκαρκινικές καταστάσεις που ονομάζονται αδενώματα. Ο βασικότερος παράγοντας για αυτή την εξαλλαγή είναι το μέγεθος του πολύποδα (24).

Ιστοπαθολογικά και επιδημιολογικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι η ακολουθία αδενώματος-αδενοκαρκινώματος είναι η κύρια παθογενετική οδός στην ακρκινογένεση του παχέος εντέρου. Η εξέλιξη ενός πολύποδα σε καρκίνο είναι μια διαδικασία πολλών βημάτων και απαιτεί ένα χρονικό διάστημα 5-10 χρόνων. Οι πολύποδες που εξελίσσονται σε μελανώματα είναι διαφόρων σχημάτων και μεγεθών και εμφανίζονται σε όλο το μήκος του παχέος εντέρου, όσο αυξάνει η ηλικία του ατόμου, κυρίως μετά τα 60. Γενικά, όσο πιο μεγάλο μέγεθος έχει το αδένωμα και όσο πιο μεγάλος ο βαθμός δυσπλασίας του, τόσο πιο πολύ πιθανή είναι η εξαλλαγή του σε καρκίνο. Ενώ ο καρκίνος παχέος εντέρου σε προχωρημένο, αλλά συχνά ανίατο στάδιο, εμφανίζει συμπτώματα, όταν βρίσκεται στο στάδιο του προκακοήθη αδενωματικού πολύποδα (που είναι ιάσιμο) δεν εμφανίζει συμπτώματα. Γι αυτό και είναι απαραίτητος ο ασυμπτωματικός έλεγχος σε άτομα άνω των 50 ετών, ώστε να υπάρχει έγκαιρη ανίχνευση και πρόληψη του καρκίνου (24) (25).

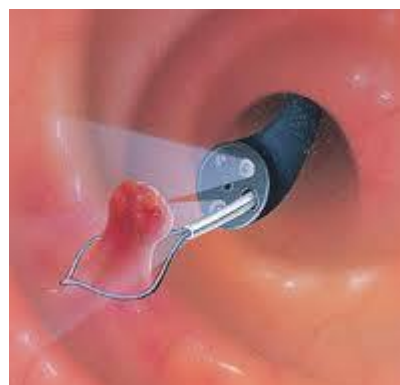
Οι πολύποδες αφαιρούνται κατά τη διάρκεια της κολonosκόπησης με εκτομή βλεννογόνου για τους διεισδυτικούς, μη καρκινικούς πολύποδες. Η κολonosκόπηση

πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 10 χρόνια, εάν τα δείγματα δεν παρουσιάζουν βλάβες, ενώ πρέπει να επαναλαμβάνεται συχνότερα, εάν εμφανιστεί αδενωματικός πολύποδας. Κατά τη διάρκεια της κολonosκόπησης, θα πρέπει να αξιολογούνται τα κακοήθη στοιχεία (σκλήρυνση, εξέλκωση, μέγεθος, δυσπλασία κ.α.). Για τους πολύποδες που δεν επιδέχονται ενδοσκοπική αφαίρεση γίνεται χειρουργική επέμβαση με λαπαροσκοπική εκτομή του παχέος εντέρου ⁽²⁶⁾.



Εικ.6. Πολύποδας παχέος εντέρου

<https://dr-delis.gr/%CF%80%CE%BF%CE%BB%CF%85%CF%80%CE%B4%CE%B5%CF%83-%CF%80%CE%B1%CF%87%CE%B5%CE%BF%CF%83-%CE%B5%CE%BD%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%BF%CF%85.html>



Εικ.7. Εξαγωγή πολύποδα

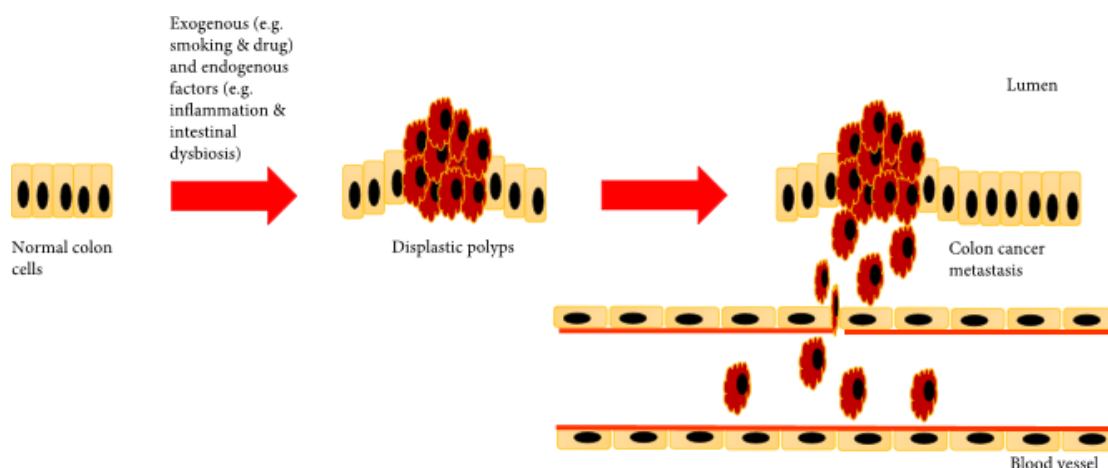
<https://www.healthyliving.gr/2013/08/26/polypodes-paxeos-enterou/>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

4.1. Αίτια εμφάνισης

Πολλοί είναι οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου, εξωγενείς και ενδογενείς. Στους εξωγενείς περιλαμβάνονται η παχυσαρκία, η έλλειψη φυσικής άσκησης, το κάπνισμα, ο αλκοολισμός, η υπέρταση, μη φυσιολογικά λιπίδια και ο στρεπτόκοκκος *gallolyticus* (*S. gallolyticus*). Στους ενδογενείς περιλαμβάνονται ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ορθοκολικών πολύποδων, διάφορα κληρονομικά ορθοκολικά σύνδρομα (όπως μη πολυποδικός

ορθοκολικός καρκίνος), φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου και διαβήτης τύπου 2. Αυτοί οι παράγοντες λειτουργούν συνδυαστικά, όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα⁽²⁷⁾.



Εικ.8. Η μετάσταση των καρκινικών κυττάρων λόγω εξωγενών ή/και ενδογενών παραγόντων, Yahaya M.A.F, Lila M.A.M., Ismail S et al, Tumour Associated Macrophages (TAMs) in Colon Cancer and how to Reeducate them, 2019, Vol. V2019, p. 9

Ο ορθοκολικός καρκίνος αποτελεί συνέπεια της μετάλλαξης του φυσιολογικού επιθηλίου σε αδενοκαρκίνωμα. Η κυριότερη αιτία γενετικών μεταλλάξεων που προκαλεί καρκίνο του εντέρου είναι η χρωμοσωματική αστάθεια. Ο μηχανισμός ανταπόκρισης σε βλάβες του DNA προστατεύει τα κύτταρα από γονοτοξική καταπόνηση και παρέχει το χρόνο ώστε να επιδιορθωθεί η βλάβη ή να γίνει απόπτωση. Ορισμένες πρωτεΐνες που διορθώνουν τις βλάβες εμπλέκονται στην δημιουργία καρκίνου⁽²⁸⁾. Επίσης, οι πρωτεΐνες Ras ελέγχουν την διαδικασία πολλαπλασιασμού και διαίρεσης των κυττάρων. Η απώλεια της πρωτεΐνης RASSF σε RAS συνδέεται με το 90% των παγκρεατικών, πνευμονικών και ορθοκολικών καρκίνων⁽²⁹⁾. Σύμφωνα με άλλη μελέτη, που προσπαθεί να διερευνήσει τους μηχανισμούς ανάπτυξης του ορθοκολικού καρκίνου, τα μη κωδικοποιημένα RNA διαδραματίζουν ρυθμιστικό ρόλο σε διάφορες βιολογικές διεργασίες, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης καρκίνου. Κάποια από αυτά (LncRNAs) συνδέονται ειδικότερα με την ογκογένεση και την κακή πρόγνωση του καρκίνου παχέος εντέρου⁽³⁰⁾.

Το βακτήριο *Fusobacterium*, που είναι από τους κυρίαρχους μικροοργανισμούς της στοματικής κοιλότητας και εμπλέκεται σε περιοδοντικές παθήσεις και

εξωστοματικές λοιμώξεις μπορεί να διεγείρει την ανάπτυξη φλεγμονωδών γονιδίων. Έρευνες απέδειξαν ότι η ύπαρξη αυτών των βακτηριδίων στο έντερο σηματοδοτεί πάνω από πέντε φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ορθοκολικού καρκίνου ⁽²⁷⁾.

Για την εξέλιξη και μετάσταση του ορθοκολικού καρκίνου ευθύνονται, σύμφωνα με έρευνες, και τα μακροφάγα κύτταρα. Οι βλάβες του DNA δημιουργούν ένα μικρο-περιβάλλον πρώιμης νεοπλασίας του κόλου και σ' αυτό δημιουργούνται όγκοι, διεισδύοντας σε φλεγμονώδη κύτταρα, όπως ηωσινόφιλα, μαστοκύτταρα, ουδετερόφιλα και μακροφάγα, που μαζί με τις κυτοκίνες τους προκαλούν αλλαγές και σε γειτονικούς ιστούς. Τα μακροφάγα που σχετίζονται με καρκίνο είναι τα φαινοτύπου M2 μακροφάγα και αναστέλλουν την αντίδραση στον καρκίνο, προωθώντας την ανάπτυξή του με διάφορους μηχανισμούς. Υποστηρίζεται, λοιπόν, πως η καταστολή της δραστηριότητας των μακροφάγων θα μπορούσε να αποτελέσει στόχο της αντικαρκινικής θεραπείας ⁽³¹⁾.

Άλλος παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει καρκινογένεση είναι η αλλαγή στη γλυκοζυλίωση των πρωτεϊνών. Συγκεκριμένα οι αλλαγές στη γλυκοζυλίωση βλεννίνης τύπου O έχουν συσχετιστεί με την ανάπτυξη και κακή πρόγνωση του καρκίνου, αλλά οι λόγοι για την O-γλυκανική περικοπή παραμένουν άγνωστοι ⁽³²⁾. Επιβαρυντικό ρόλο παίζει και η γαστρίνη, ορμόνη του γαστρεντερικού, καθώς θεωρείται ογκογόνος αυξητικός παράγοντας που σχετίζεται με τον καρκίνο ανώτερου πεπτικού και παχέος εντέρου και κακή πρόγνωση. Επίσης αποτελεί ειδικό αυξητικό παράγοντα στο ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, που, σύμφωνα με ενδείξεις, προκαλεί καρκινογένεση και στο παχύ έντερο, εκτός απ' το ανώτερο πεπτικό ⁽³³⁾.

Στους οικογενείς παράγοντες ανήκει η οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση, ένα γενετικό σύνδρομο που αιτιολογεί το 1% των καρκίνων παχέος εντέρου. Πρόκειται για την γενετική μετάλλαξη του APC ογκοκατασταλτικού γονιδίου, το οποίο κληρονομείται από ένα προσβεβλημένο γονέα και οδηγεί σε πιθανότητα εμφάνισης αδενωκαρκινώματος και στη συνέχεια νεοπλασίας του κόλου σε ποσοστό σχεδόν 100% για όσους πάσχουν από αυτό.

Άλλος οικογενής παράγοντας είναι ο κληρονομικός, μη πολυποδιακός καρκίνος του παχέος εντέρου ή σύνδρομο Lynch. Πιθανότητες να αναπτύξουν τη νόσο έχουν όσοι έχουν τρεις συγγενείς εξ αίματος με καρκίνο του παχέος εντέρου, ένας εκ των οποίων διαγνώστηκε σε ηλικία μικρότερη των 40 ετών ⁽²⁴⁾.

Επίσης, οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου (ελκώδης κολίτιδα και νόσος του Crohn), σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, παίζουν σημαντικό ρόλο στην καρκινογένεση, επηρεάζοντάς την σε κάθε βήμα, από την αρχή μέχρι την ανάπτυξη και το μεταστατικό στάδιο. Η ελκώδης κολίτιδα αναπτύσσεται κυρίως στο βλεννογόνο του κόλου και, μέσω της εισόδου κυτοκινών και χημειοκινών που προκαλούν μεταβολές στον πολλαπλασιασμό, την επιβίωση και την μετανάστευση των κυττάρων του επιθήλιου του βλεννογόνου, οδηγεί σε απορρύθμιση του ανοσοποιητικού που στρέφεται κατά του φυσιολογικού βλεννογόνου. Η νόσος του Crohn επηρεάζει κυρίως τον τελικό ειλεό σχετίζεται γενετικά με μεταλλάξεις. Τα χαρακτηριστικά αυτά και των δύο φλεγμονωδών νόσων προκαλούν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, ανάλογα με την έκταση και διάρκεια της κολίτιδας, την σοβαρότητα της φλεγμονής, την νεαρή ηλικία της διάγνωσης, την συνύπαρξη άλλων φλεγμονωδών νόσων, το οικογενειακό ιστορικό. Ο ορθοκολικός καρκίνος που συνδέεται με την ελκώδη κολίτιδα αποτελεί το 2% του συνόλου ορθοκολικών καρκίνων, είναι δύσκολο να θεραπευτεί και έχει υψηλή θνησιμότητα ⁽³⁴⁾ ⁽³⁵⁾.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΑ



Εικ. 9. Από το Παπαγεωργίου Μ., Μελέτη της ανοσοϊστοχημικής έκφρασης των γονιδίων επιδιόρθωσης και διατήρησης του DNA (MMR) σε καλοήθη και κακοήθη νεοπλασμάτα του παχέος εντέρου: συσχέτιση με άλλους προγνωστικούς δείκτες, 26

Στους εξωγενείς παράγοντες που ευθύνονται για ανάπτυξη όγκου στο παχύ έντερο ανήκει και η παχυσαρκία. Ειδικότερα, η υψηλή σε λιπαρά δίαιτα (και ιδίως ζωικά), η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών αποτελούν παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο ορθοκολικού καρκίνου ⁽³⁶⁾. Επιδημιολογική μελέτη απέδειξε ότι τα υψηλά επίπεδα ινσουλίνης που αντιστοιχούν σε παχυσαρκία και μεγάλη περιφέρεια μέσης αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου παχέος εντέρου. Επίσης, η αυξημένη λεπτίνη (ορμόνη που καθορίζει την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών) σχετίζεται με την κυτταρική ανάπτυξη, τον πολλαπλασιασμό τους, την αναστολή της απόπτωσής τους και προκαλεί προφλεγμονώδεις αντιδράσεις στο λεπτό και στο παχύ έντερο. Δρώντας ως αντι-αποπτοϊκή κυτοκίνη, προωθεί την διασπορά των αδενωμάτων και έτσι συμμετέχει στην καρκινογένεση. Ο γονότυπος της λιπώδους μάζας επίσης επηρεάζει το Δείκτη Μάζας Σώματος και τα επίπεδα λεπτίνης στο αίμα, άρα συμμετέχει στην πρόκληση παχυσαρκίας και στον καρκίνο παχέος εντέρου ⁽³⁷⁾. Αυξημένο κίνδυνο παρουσιάζουν και οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με αυξημένο ΔΜΣ, κάτι που δεν αλλάζει ούτε μετά την χορήγηση οιστρογόνων. Γενικότερα, η μεγάλη περιφέρεια μέσης και η κεντρικού τύπου παχυσαρκία αποτελούν σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου από τον αυξημένο ΔΜΣ ⁽⁸⁾.

Επειδή ο σακχαρώδης διαβήτης και ο καρκίνος παχέος εντέρου ευνοούνται από κοινούς παράγοντες (έλλειψη φυσικής άσκησης, λιπαρή δίαιτα, παχυσαρκία), πολύ πιθανόν η δράση της ινσουλίνης και του παράγοντα IGF-I (Insulin-like growth factor I) να εμπλέκονται στην καρκινογένεση. Σύμφωνα με μία εξήγηση, η παχυσαρκία οδηγεί σε υπερινσουλιναιμία, που προκαλεί αύξηση του IGF-I παράγοντα, ο οποίος με τη σειρά του μαζί με την ινσουλίνη προάγει τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και μειώνει την απόπτωση των καρκινικών κυττάρων ⁽⁸⁾.

Σύμφωνα με άλλη μελέτη, οι υψηλές σε λιπαρά δίαιτες αυξάνουν οξέα (όπως το δισοξυχολικό οξύ, λιθοχολικό οξύ) που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για φλεγμονή παχέος εντέρου και καρκίνο. Αντίθετα, οι διαιτητικές ίνες ενεργούν ως

αντιφλεγμονώδεις και αντικαρκινικές ⁽³⁸⁾. Στους επικίνδυνους παράγοντες εντάσσεται και η κατανάλωση πλούσιου σε αίμη, επεξεργασμένου και κόκκινου κρέατος, καθώς νιτρώδεις ενώσεις (νιτρωζυλιωμένη αίμη και άλλες νιτρωδο-ενώσεις) μπορούν να δημιουργηθούν στο αλκαλικό περιβάλλον του λεπτού και του παχέος εντέρου. Έρευνες σε ποντίκια έδειξαν ότι η αιμοσφαιρίνη και η αιμίνη συντελούν στη δημιουργία προ-νεοπλασματικών βλαβών, συμπεραίνοντας ότι η αίμη προάγει την καρκινογένεση στο παχύ έντερο ⁽⁸⁾. Νεότερες έρευνες και επιδημιολογικές μελέτες ενοχοποιούν την κατανάλωση κόκκινου κρέατος για αυξημένο κίνδυνο ορθοκολικού Ca σε ποσοστό 17% για κατανάλωση 100 γραμμαρίων κόκκινου κρέατος την ημέρα και σε ποσοστό 18% για κατανάλωση επεξεργασμένου κρέατος 50 γραμμαρίων την ημέρα. Αν συγκριθεί ο παράγοντας του κόκκινου κρέατος με άλλους παράγοντες που προκαλούν την ασθένεια (κληρονομικότητα, φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, παχυσαρκία, έλλειψη άσκησης) διαπιστώνεται ότι βρίσκεται σε χαμηλότερη κλίμακα σχετικά με αυτούς, αλλά εξακολουθεί να παραμένει ένας σημαντικός κίνδυνος (όταν συγκρίνεται η κατανάλωση 560 γραμμ. την εβδομάδα με την μηδενική κατανάλωση) ⁽³⁹⁾.

Σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου θεωρείται και το αλκοόλ, σύμφωνα με μελέτες σε ανθρώπινους ιστούς και ζώα. Η αιθανόλη και η ακεταλδεΐδη μεταλλάσσουν τις μεταβολικές οδούς και τις κυτταρικές δομές και προκαλούν βλάβες στο έντερο (η ακεταλδεΐδη διαταράσσει τις επιθηλιακές ενώσεις και η αιθανόλη προκαλεί βλάβες στο βλεννογόνο), ωστόσο δεν έχουν ακόμα αποδειχθεί οι μηχανισμοί που τις προκαλούν ⁽⁴⁰⁾.

Αλλά και το κάπνισμα, που ενέχεται για πολλά είδη καρκίνου, έχει αποδειχθεί ενοχοποιητικός παράγοντας. Ο καπνός περιέχει πάνω από 80 γνωστά μεταλλαξιγόνα καρκινογόνα (αρσενικό, κάδμιο, αμμωνία, φορμαλδεΐδη κλπ), ενώ παράλληλα προκαλεί οξειδωτικό στρες. Επίσης, οι γενοτοξικές καρκινογόνες ουσίες (πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες και ετεροκυκλικές αρωματικές αμίνες), που παράγονται τόσο από το κάπνισμα όσο και από το μαγείρεμα κρέατος σε ανοιχτή φωτιά, ενοχοποιούνται για την πρόκληση καρκίνου παχέος εντέρου. Σε πρόσφατη μετα-ανάλυση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και το κάπνισμα καταδείχτηκε ότι από τους συμμετέχοντες όσοι κάπνιζαν σε κάποια στιγμή της ζωής

τους διέτρεχαν 18% περισσότερο κίνδυνο εμφάνισης της ασθένειας από τους μη καπνιστές και ο κίνδυνος μεγάλωνε ανάλογα με τα χρόνια του καπνίσματος και τον αριθμό των τσιγάρων ⁽⁴¹⁾.

Εκτεταμένες μελέτες, σε γυναίκες και άνδρες στην Αμερική απέδειξαν και τη συσχέτιση νυχτερινής εργασίας και καρκίνου παχέος εντέρου. Η νυχτερινή εργασία και η συνακόλουθη έλλειψη έκθεσης σε φυσικό φως καταστέλλουν την φυσιολογική παραγωγή μελανοτονίνης από τον εγκέφαλο με αντίστοιχη αύξηση άλλων ορμονών, όπως τα οιστρογόνα ⁽²⁴⁾.

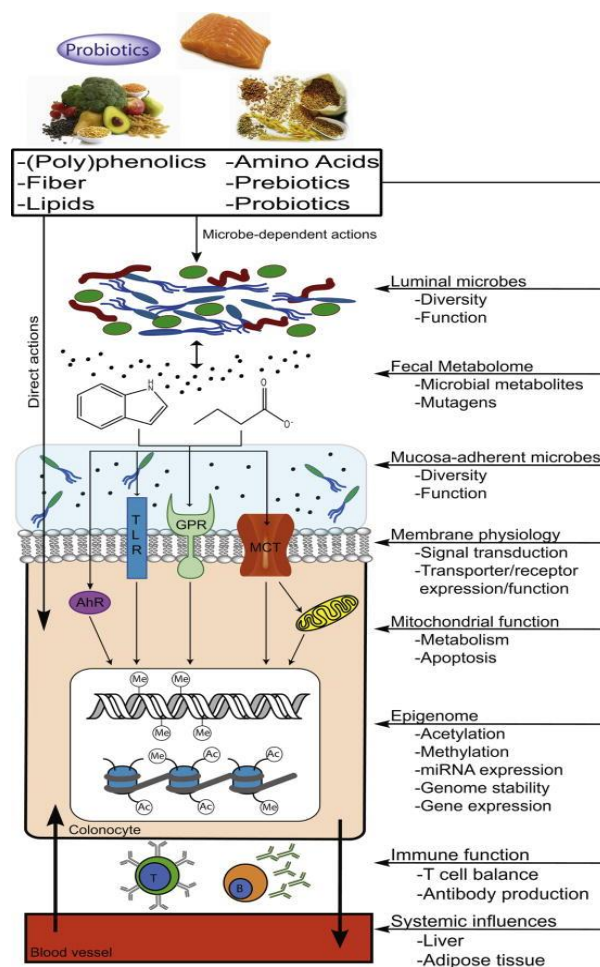
Στους παράγοντες που προκαλούν καρκίνο έχει περιληφθεί, ήδη από τον Γαληνό, τον 2^ο μ.Χ αιώνα, η κατάθλιψη και η σκληρή εργασία. Η αντίληψη αυτή έμεινε ενεργή ως τον περασμένο αιώνα, κατά τον οποίο έρευνες έδειξαν ότι η κατάθλιψη για πάνω από 6 χρόνια συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Το ίδιο έδειξε και μεγάλη επιδημιολογική μελέτη του 2010 ⁽⁴²⁾.

4.2. Ανασταλτικοί παράγοντες

Πέρα από τους παράγοντες επικινδυνότητας που αναφέρθηκαν, υπάρχουν και αρκετοί άλλοι που δρουν ανασταλτικά στην καρκινογένεση ή μπορούν να την περιορίσουν. Οι σχετικές μελέτες δεν αποδίδουν με βεβαιότητα την επίδραση αυτών των παραγόντων, αλλά επισημαίνουν αρκετές ενδείξεις, ανιχνεύουν τα μονοπάτια της δράσης τους και προτρέπουν για περαιτέρω έρευνα.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια πολυπαραγοντική ασθένεια. Η διατροφή αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της υγείας του εντέρου και τροποποιητή του μικροβιόκοσμου και του μεταβολισμού του, που παίζει σημαντικό ρόλο στην ογκογένεση. Επομένως, η κατάλληλη δίαιτα μπορεί να επηρεάσει την εμφάνιση και την εξέλιξη της ασθένειας. Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν πως συγκεκριμένες κατηγορίες διαιτητικών βιοδραστικών, προβιοτικών ή πρεβιοτικών επηρεάζουν αρνητικά την καρκινογένεση. Αυτά δρουν στο εντερικό επιθήλιο και μεταβάλλουν τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού του μικροβιόκοσμου του παχέος εντέρου ή προκαλούν αλλαγές στην παραγωγή μικροβιακών μεταβολιτών. Τέτοια στοιχεία

είναι οι φυτικές ίνες, τα Ω3 λιπαρά οξέα και βιοδραστικές ουσίες που περιέχονται σε φρούτα και λαχανικά ⁽⁴³⁾. Έχουν τονιστεί ιδιαίτερα οι χημειοπροφυλακτικές ικανότητες των χυμών μήλου και μούρων, καθώς κόβουν τα μονοπάτια της καρκινογένεσης ⁽⁴⁴⁾. Ευεργετική επίδραση φαίνεται να έχει και η πρόσληψη φυλλικού οξέως, καθώς η μειωμένη πρόσληψή του συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της ασθένειας, όπως και του ασβεστίου, το οποίο δεσμεύει τα χολικά οξέα στον εντερικό σωλήνα και εμποδίζει την κυτταροτοξική δράση της διαιτητικής αίμης ⁽⁴⁵⁾.



Graphical depiction of the diet-host-microbe interaction

Εκφ. 10. Από το Seidel DV, Azcarate-Peril MA, Chapkin RS et al, *Shaping functional gut microbiota using dietary bioactives to reduce colon cancer risk*, 2017, 46:191-204.

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν καταδείξει την χημειοπροφυλακτική ικανότητα ορισμένων αντιοξεινών συστατικών που εμπεριέχονται σε τροφές και συνδέονται με χαμηλό κίνδυνο καρκίνου. Η κατανάλωση φλαβονοειδών, που

υπάρχουν κυρίως σε φρούτα και λαχανικά, θεωρείται ότι θα μπορούσε δυνητικά να μειώσει την συχνότητα εμφάνισης και υποτροπής του καρκίνου παχέος εντέρου, λόγω των αντιοξειδωτικών και αντιφλεγμονωδών επιδράσεών τους. Επίσης, συνδέονται με την ρύθμιση της μιτοχονδριακής λειτουργίας, την εξισορρόπηση της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου και την προώθηση της διαδικασίας απόπτωσης των κυττάρων. Τέτοια τρόφιμα είναι ντομάτες (λυκοπένιο), σόγια (γενιστεΐνη), σταφύλια (ρεσβερατρόλη), σκόρδο, λάχανο, καρότα, μπρόκολο, λινάρι, κρεμμύδια, τζίντζερ, πιπεριές, καστανό ρύζι, σιτάρι, μέλι κ.α. Επίσης, το πράσινο τσάι έχει ισχυρή αντιοξειδωτική δράση χάρη στην κατεχίνη epigallocatechin gallate που περιέχει. Το Piper Betle, ο κουρκουμάς, η κερσετίνη που υπάρχει σε διάφορα μούρα και φρούτα έχουν επίσης αντιοξειδωτική δράση ⁽⁴⁶⁾ ⁽³⁶⁾.

Αντικαρκινική δράση θεωρείται ότι έχει και η ασπιρίνη. Κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι η ασπιρίνη, που χρησιμοποιείται ως αντιφλεγμονώδες, αναστέλλει την cyclooxygenase-1 and -2 (COX1, COX2) και προσφέρει ουσιαστική προστασία από τον θάνατο από καρκίνο παχέος εντέρου. Επίσης, ο κύριος μεταβολίτης που περιέχει, το σαλικυλικό οξύ, υπάρχει και σε πολλά φρούτα και λαχανικά και εμποδίζει την COX2. Έτσι, ο συνδυασμός τέτοιων τροφών με ασπιρίνη (σε μικρές ποσότητες) μπορεί να αποτελέσει μία χαμηλού κόστους και τοξικότητας μέθοδο πρόληψης του καρκίνου παχέος εντέρου, ειδικά σε άτομα υψηλού κινδύνου ⁽⁴⁷⁾.

Ενάντια στον καρκίνο ενεργεί και η σωματική άσκηση (αερόβια ή με βάρη), όπως έχουν δείξει πολλές μελέτες. Συντελεί, ακόμη, σε συνδυασμό με τις σωστές διατροφικές παρεμβάσεις, σε μειωμένο κίνδυνο υποτροπής και θνησιμότητας από επιζώντες καρκινοπαθείς από καρκίνο μαστού, εντέρου. Η σωματική δραστηριότητα βελτίωσε τη φυσική κατάσταση, τη δύναμη, την κατανομή του σώματος, την μειωμένη κόπωση, το άγχος, την κατάθλιψη, την αυτοεκτίμηση, την φυσική λειτουργία, την υγεία των οστών και την ποιότητα ζωής ⁽⁴⁸⁾ ⁽⁴⁹⁾.

4.3. Παθοφυσιολογία - Παθολογοανατομία

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο (2.3.3.), ορισμένοι πολύποδες αποτελούν προστάδιο του καρκίνου παχέος εντέρου. Η μικροσκοπική τους εξέταση

μπορεί να δείξει διάφορες ιστολογικές μορφές, ανάλογα με την αρχιτεκτονική τους δομή (σωληνώδες, λαχνωτό ή θηλώδες και σωληνολαχνωτό). Οι περισσότεροι έχουν καλοήγη ιστολογία, μερικοί όμως μπορούν να εξελιχθούν σε καρκίνο. Οι προκαρκινικές αυτές μορφές πολυπόδων ονομάζονται αδενώματα. Καθοριστικός παράγοντας για την ανάπτυξη καρκινώματος είναι το μέγεθος του πολύποδα. Επίσης κατατάσσονται ιστολογικά και ανάλογα με το βαθμό δυσπλασίας που παρουσιάζουν τα κύτταρά τους. Γενικότερα, όσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος των αδενωμάτων, ο βαθμός δυσπλασίας τους και ο αριθμός τους, τόσο πιο εύκολη είναι η εξαλλαγή σε κακοήθεια ⁽²⁴⁾.

Η διαδικασία γέννησης του αδενώματος είναι η σταδιακή μεταβολή ενός άωρου αδενικού επιθήλιου του βλεννογόνου του εντέρου, που πολλαπλασιαζόμενο εξαπλώνεται και αντικαθιστά το φυσιολογικό επιθήλιο. Στο υπόβαθρο της μεταβολής αυτής βρίσκονται αλλαγές που αφορούν στη μετάλλαξη και απώλεια χρωμοσωμάτων. Το αδένωμα αποτελεί τον μονοκλωνικό πολλαπλασιασμό των βλεννογονικών επιθηλιακών κυττάρων. Εξελίσσεται σταδιακά από το φυσιολογικό επιθήλιο στην επιθηλιακή υπερπλασία, τον σχηματισμό αδενώματος που βαθμιαία μεγαλώνει και τελικά παθαίνει κακοήγη εξαλλαγή. Το αδένωμα χαρακτηρίζεται ως κακοήθες μόνο όταν τα κακοήγη κύτταρα έχουν διηθήσει την βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα. Εκτός από το αδενοκαρκίνωμα, που αποτελεί το 98% των περιπτώσεων, υπάρχει και ο κολλοειδής ή βλενώδης καρκίνος και τέλος ο αμετάπλαστος καρκίνος (σε ποσοστό 5%), που συνδέεται με υψηλού βαθμού κακοήθεια και πολύ κακή πρόγνωση ⁽²⁴⁾.

Σε επίπεδο κυττάρου, τα καρκινικά βλαστοκύτταρα είναι ένα μικρό κλάσμα των καρκινικών κυττάρων που προκαλούν την ετερογένεια και τον σχηματισμό του αρχικού όγκου και δείχνουν ανθεκτικότητα σε διάφορους κυτταροτοξικούς παράγοντες. Πιστεύεται ότι παράγουν ιστούς, όπως κάνουν και τα φυσιολογικά βλαστοκύτταρα, με ικανότητα αυτοανανέωσης (πολλαπλασιασμού και διαφοροποίησης). Τα ίδια είναι υπεύθυνα και για μεταστάσεις, τελικό βήμα στην κακοήγη διαδικασία και κύρια αιτία της θνησιμότητας από καρκίνο. Η απόκτηση μεταστατικής ικανότητας εξαρτάται και από το συγκεκριμένο μικροπεριβάλλον, εκτός από την εσωτερική παρεκκλίνουσα κυτταρική σηματοδότηση ⁽⁵⁰⁾.

Η επέκταση του καρκίνου παχέος εντέρου γίνεται:

- κατά συνέχεια του ιστού (είτε εγκαρσίως, είτε κατά μήκος)
- λεμφογενώς (ο συνηθέστερος τρόπος)
- αιματογενώς (όταν διηθήσει τις φλέβες του μεσόκολου κατευθύνεται κυρίως προς το ήπαρ και λιγότερο σε πνεύμονες και οστά)
- περιτοναϊκώς
- εμφύτευση (κατά τη διάρκεια χειρουργικών χειρισμών συχνότερα με τη λαπαροσκοπική μέθοδο) ⁽⁵¹⁾

4.4. Είδη Ca εντέρου

Μακροσκοπικά ο καρκίνος παχέος εντέρου διακρίνεται σε:

- Πολυποειδή ή ανθοκραμβοειδή: χαρακτηρίζεται από ανώμαλη επιφάνεια που προβάλλει μέσα στον αυλό του εντέρου, αιμορραγία, ταχεία αύξηση μεγέθους, πιθανή εξέγκωση
- Ελκωτικό: κακοήθες έλκος καταλαμβάνει τμήμα ή ολόκληρο τον αυλό του εντέρου
- Δακτυλοειδή ή στενωτικό: εντοπίζεται κυρίως στο σιγμοειδές και το κατιόν και θεωρείται προχωρημένη μορφή ελκωτικού καρκίνου με διήθηση
- Διηθητικό: συχνότερη μορφή σε προϋπάρχουσα ελκώδη κολίτιδα, προκαλεί πάχυνση του εντερικού τοιχώματος (σε έκταση 5-8 εκ) και συνήθως παρουσιάζει εξέγκωση σε κάποιο σημείο
- Κολλοειδή: Μεγάλη μάζα με ζελατινοειδή εμφάνιση, εξέγκωση και διήθηση

Καθεμία από αυτές οι μορφές προτιμούν να εμφανίζονται με περισσότερη συχνότητα σε διαφορετικά μέρη του εντέρου ⁽²⁴⁾.

Μικροσκοπικά, η κύρια μορφή του καρκίνου παχέος εντέρου, τα αδενοκαρκινώματα, χωρίζονται σε: καλής διαφοροποίησης (Grade I) που αποτελούν

το 20%, μέτριας διαφοροποίησης (Grade II) που αποτελούν το 60% και χαμηλής διαφοροποίησης (Grade III), που αποτελούν το 20%.

Στην πρώτη κατηγορία της καλής διαφοροποίησης ανήκουν αδενοκαρκινώματα σχεδόν όμοια με τα φυσιολογικά, που σχηματίζουν αδένες όμοιους με του φυσιολογικού βλεννογόνου. Αυτά έχουν και την καλύτερη πρόγνωση. Αντίθετα, τα χαμηλής διαφοροποίησης δεν μοιάζουν καθόλου με τα φυσιολογικά, παρουσιάζονται κατασπαρμένα, χωρίς να σχηματίζουν αδένες και έχουν κακή πρόγνωση. Δείκτη πρόγνωσης αποτελεί και η πλοειδικότητα του DNA του όγκου: οι ανευπλοειδικοί όγκοι (δηλαδή αυτοί που έχουν ποσό DNA που δεν είναι ακέραιο πολλαπλάσιο του κανονικού ποσού) έχουν χειρότερη πρόγνωση από τους ευπλοειδικούς (που έχουν κανονικό ποσό DNA ή ακέραιο πολλαπλάσιο του φυσιολογικού) ⁽⁵¹⁾.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ

5.1. Κλινική εικόνα

Τα ορθοκολικά νεοπλάσματα είναι συχνά ασυμπτωματικά μέχρι τα προχωρημένα στάδια. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί νόσο με σχετικά αργή ανάπτυξη. Ο μέσος όρος διπλασιασμού του πρωτοπαθούς όγκου είναι περίπου 130 μέρες. Επομένως μπορεί να περάσουν 5 έως 15 χρόνια μέχρι να δώσει φανερά συμπτώματα. Ιδιαίτερα στο δεξιό κόλο μπορεί να καθυστερήσει η διάγνωση, λόγω της μεγαλύτερης διαμέτρου του, του λεπτότερου και πιο εύκολα διατεινόμενου τοιχώματος, της πιο υδαρούς σύστασης των κοπράνων. Συνήθως μεσολαβούν 7-9 μήνες από την έναρξη των συμπτωμάτων ως την διάγνωση ⁽⁵²⁾.

Συνηθέστερο σύμπτωμα είναι η γαστρεντερική απώλεια αίματος που μπορεί να εκδηλωθεί με λανθάνουσα παρουσία αίματος στα κόπρανα, αποβολή αίματος από το ορθό (αιματοχεσία) ή ανεξήγητη σιδηροπενική αναιμία. Η απώλεια αίματος δεν σχετίζεται με το στάδιο της νόσου αλλά με την εντόπισή της. Όγκοι του τυφλού και του ανιόντος έχουν τετραπλάσια ημερήσια απώλεια αίματος (έως 9ml) από ό,τι σε άλλες περιοχές. Άλλα συμπτώματα είναι ο κοιλιακός πόνος λόγω απόφραξης ή

διήθησης, η αλλαγή των εντερικών συνηθειών (δυσκοιλιότητα ή διάρροια) ή ανεξήγητη ανορεξία ή απώλεια βάρους. Σπανιότερα συμπτώματα είναι συρίγγια, πυρετός, βακτηραιμία από streptococcus bovis και η σήψη από clostridium septicum. Επίσης ένα ποσοστό 6% των καρκίνων άγνωστης πρωτοπαθούς αιτιολογίας οφείλονται σε καρκίνο παχέος εντέρου. Συχνότερες επιπλοκές (πάνω από 20%) είναι η απόφραξη (εκφράζει επιθετικότητα του όγκου) και η διάτρηση εντέρου (γίνεται διασπορά του όγκου και σε άλλα σημεία) και σχετίζονται και οι δύο με κακή πρόγνωση ⁽⁵¹⁾. Ειδικά στην τελευταία περίπτωση, η επικινδυνότητα αυξάνει όταν έχουμε περιτονίτιδα κοντά στο σημείο του όγκου και απαιτείται χειρουργική εκτομή ⁽⁵³⁾.

Τα συμπτώματα που προκαλεί ο καρκίνος παχέος εντέρου είναι ανάλογα με τη θέση του στο έντερο, το μέγεθός του και τον βαθμό διήθησης. Ειδικότερα, τα νεοπλάσματα δεξιού κόλου είναι συνήθως ευμεγέθη και αναπτύσσονται μέσα στον αυλό του εντέρου. Ωστόσο, δίνουν σπάνια συμπτώματα απόφραξης, λόγω της μεγάλης διαμέτρου του αυλού του δεξιού κόλου. Το κύριο σύμπτωμα, με το οποίο γίνονται αντιληπτά, είναι η αδυναμία και καταβολή λόγω της μικροσκοπικής απώλειας αίματος και της συνακόλουθης αναιμίας. Μπορεί να εμφανιστεί ακόμα δυσπεψία, πόνος στη δεξιά κοιλία με επέκταση στον ομφαλό ή και ψηλαφητή μάζα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο (10% των ασθενών)

Αντίθετα, τα νεοπλάσματα αριστερού κόλου δίνουν συχνότερα συμπτώματα απόφραξης λόγω του στενότερου αυλού αλλά και των σχηματισμένων κοπράνων. Τα συμπτώματα με τα οποία γίνονται αντιληπτά είναι επίμονη δυσκοιλιότητα ή εναλλαγές διάρροιας/δυσκοιλιότητας, αίσθημα διάτασης κοιλιάς και εντερικοί κολικοί.

Τα νεοπλάσματα του ορθού εμφανίζονται συνήθως με αποβολή ζωηρού ερυθρού αίματος και βλέννης στις κενώσεις. Μπορεί επίσης σπανιότερα, να δημιουργήσουν εσωτερικά συρίγγια. Όταν ο όγκος αποκτήσει σημαντικό μέγεθος, προκαλεί τεινισμό, επείγουσα, επιτακτική ανάγκη αφόδευσης και αίσθημα ατελούς κένωσης ⁽⁵⁴⁾ ⁽²⁴⁾.

5.2. Διάγνωση

Οι ασυμπτωματικοί ασθενείς διαγιγνώσκονται συνηθέστερα στον προληπτικό έλεγχο, με γενική σύσταση να προσέρχονται για εξετάσεις τα άτομα και των δύο φύλων άνω των 50 ετών. Στους συμπτωματικούς η διάγνωση γίνεται με βάση το ιστορικό, την κλινική εικόνα, την κλινική εξέταση, τις απεικονιστικές μεθόδους και την ενδοσκόπηση με βιοψία.

Μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την διάγνωση είναι:

- Δακτυλική εξέταση: ανιχνεύει το 75% των περιπτώσεων των καρκίνων ορθού όταν βρίσκονται σε απόσταση 12 cm από τον πρωκτό.
- Ενδοσκόπηση: γίνεται με διάφορα είδη ενδοσκοπίου, ανάλογα με την περιοχή που θα εξεταστεί, ορθοσκόπιο(φτάνει μέχρι 18 εκ από τον πρωκτό), εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο (φτάνει μέχρι 20 εκ πέραν του σιγμοειδούς), εύκαμπτο κολonosκόπιο (επισκοπεί όλο το παχύ έντερο) ⁽⁵¹⁾.
- Κολonosκόπηση: θεωρείται μέθοδος εκλογής, λόγω της άριστης εικόνας του εντέρου που μπορεί να προσφέρει και της δυνατότητας λήψης βιοψιών. Έχει ευαισθησία ως 95%, αφού μπορεί να ανιχνεύσει και βλάβες <1 εκ. και επιφανειακές αλλοιώσεις του βλεννογόνου. Η διαγνωστική κολonosκόπηση παρουσιάζει επιπλοκές 0,3-0,35% και θνητότητας 0,006% (από φάρμακα, καρδιοπνευμονικές, σηπτικές, διάτρηση, αιμορραγία), η θεραπευτική του 2% ή και μικρότερη, με σημαντικότερη επιπλοκή την διάτρηση του εντέρου και το θάνατο του ασθενούς, που προκαλείται από την βίαιη εισαγωγή του οργάνου. ^{(51) (24) (55)}.



Εικ. 11: Το εσωτερικό του παχέος εντέρου κατά τη διάρκεια κολonosκόπησης στο Αυγερινός Δ., Αντιμετώπιση ιατρογενών διατρήσεων του παχέος εντέρου μετά από κολonosκόπηση, ΕΚΠΑ, (2014), σ.45

- **Εικονική κολonosκόπηση:** Σύγχρονη μέθοδος που με ελάχιστη επεμβατικότητα απεικονίζει το σύνολο του παχέος εντέρου και επιτρέπει τον εντοπισμό παθολογικών καταστάσεων, όπως πολύποδες, εκκολπώματα, καρκινώματα. Η ευαισθησία της μεθόδου είναι εφάμιλλη της συμβατικής κολonosκόπησης και βρίσκει εφαρμογή σε άτομα που δεν θέλουν ή δεν μπορούν να υποβληθούν σε κολonosκόπηση. Πλεονεκτεί στο ότι δίνει τη δυνατότητα εντοπισμού ευρημάτων και εκτός παχέος εντέρου, δεν χρήζει αναισθησίας, γιατί είναι ανώδυνη, και μπορεί να εξετάσει και περιοχές όπου δεν μπορεί να φτάσει το ενδοσκόπιο, λόγω ανατομίας, κακής συνεργασίας του ασθενή ή εμποδίων του αυλού του εντέρου. Επίσης, προσφέρει τη δυνατότητα διαφοροδιάγνωσης μεταξύ των ευρημάτων (κοπράνων, όγκων, πολυπόδων, εκκολπωμάτων), χωρίς ωστόσο να υπάρχει δυνατότητα βιοψίας. Τα μειονεκτήματά της είναι η σχετικά υψηλή δόση ακτινοβολίας και η αδυναμία λήψης δείγματος για βιοψία ή εκτέλεσης θεραπευτικών επεμβάσεων ⁽²⁴⁾.

Στην κατηγορία της εικονικής κολonosκόπησης ανήκει και η μαγνητική απεικονιστική κολονογραφία (MRC) που έχει ακρίβεια εφάμιλλη της συμβατικής κολonosκόπησης και μπορεί να ανιχνεύει ορθοκολικούς πολύποδες >5 mm. Η υπεροχή της έγκειται στο ότι είναι ελάχιστα επεμβατική μέθοδος που δεν απαιτεί αναλγησία και περιορίζει τον κίνδυνο των επιπλοκών (αιμορραγία, διάτρηση, θάνατος) της συμβατικής μεθόδου, δίνοντας τρισδιάστατη απεικόνιση που βοηθά στην προεγχειρητική αξιολόγηση, ενώ παράλληλα είναι φιλική προς τον ασθενή ⁽⁵⁶⁾.

- **Βαριούχος υποκλυσμός:** Μετά την εισαγωγή βαρίου και επάλειψη του εντέρου με αυτό, λαμβάνονται μια σειρά από ακτινογραφίες σε διάφορες θέσεις για την πλήρη απεικόνιση του εντέρου. Για βλάβες παχέος εντέρου η ευαισθησία της μεθόδου φτάνει το 90%, όμως για πολύποδες <1 εκ η ευαισθησία περιορίζεται στο 50-80%. Ωστόσο, η εξέταση αυτή δεν δίνει τη δυνατότητα να ληφθεί τεμαχίδιο από τον όγκο και να γίνει βιοψία.



Εικ. 12. Καρκίνος εγκάρσιου κόλου όπως απεικονίζεται σε βαριούχο υποκλυσμό, στο <https://surgery.gr/karkinos-paxeos-enterou-kai-orthou/>

- Ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία: Τα τελευταία χρόνια η μέθοδος θεωρείται ότι υπερέχει της αξονικής και της μαγνητικής τομογραφίας στην εκτίμηση του καρκίνου του ορθού και της διήθησης των γύρω ιστών και λεμφαδένων
- Αξονική και μαγνητική τομογραφία: Μπορούν να βοηθήσουν στην αξιολόγηση της διήθησης εντέρου, παρακείμενων οργάνων και μετάστασης, αλλά δεν εντοπίζονται με αυτές τις εξετάσεις μικροί όγκοι, γι αυτό και δεν συνίστανται ως εξετάσεις εκλογής για έγκαιρη διάγνωση
- Positron Emission Tomography: Χρησιμοποιείται ιδιαίτερα για την μελέτη υποτροπών μετά το χειρουργείο και μεταστάσεων, αλλά υστερεί στη διάγνωση διηθημένων λεμφαδένων
- Haemoccult Test: ανιχνεύει τη μικροσκοπική αιμορραγία του παχέος εντέρου στα κόπρανα

Παρότι, όπως αναφέρθηκε, η κολονοσκόπηση αποτελεί μέθοδο εκλογής για την διάγνωση του καρκίνου παχέος εντέρου, έρευνες έχουν αναδείξει βελτιώσεις και άλλες μεθόδους, που η καθεμία παρουσιάζει τα δικά της πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Τέτοιες είναι:

- η ανοσοϊστοχημική μέθοδος ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα (FIT), που ανιχνεύει τη σφαιρίνη της ανθρώπινης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα και μπορεί να αντικαταστήσει την κολονοσκόπηση στον έλεγχο ατόμων υψηλού κινδύνου ⁽⁵⁷⁾. Ωστόσο, κατ'άλλους, διαγνωστική του ακρίβεια θεωρείται

μικρή, καθώς 50% των καρκίνων και η συντριπτική πλειοψηφία των πολυπόδων μπορούν να διαλάθουν της διάγνωσης. Αλλά και πολλά από τα θετικά αποτελέσματα αυτής της εξέτασης αποδεικνύονται ψευδώς θετικά⁽⁵⁶⁾

- Η Linked color imaging (LCI), μια νέα τεχνολογία που ενισχύει τις διαφορές χρώματος μεταξύ της βλάβης του παχέος εντέρου και περιβάλλοντος βλεννογόνου, κατά την κολonosκόπηση, βοηθώντας στον εντοπισμό πολύποδων που δεν γίνονταν αντιληπτοί με την απεικόνιση λευκού αχνού φωτός (LCI)⁽⁵⁸⁾
- Συμπληρωματικά προς την ανοσοϊστοχημική μέθοδο ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα (FIT) λειτουργεί το πολλαπλού στόχου τεστ κοπράνων DNA, που αποτελεί έναν ιδιαίτερα ευαίσθητο δείκτη και μία εξέταση ρουτίνας ανά τρία χρόνια για ασυμπτωματικούς ασθενείς⁽⁵⁹⁾
- Καρκινικοί δείκτες – καρκινο-εμβρυϊκό αντίγονο: πρόκειται για γλυκοπρωτεΐνη που παράγεται από τα κύτταρα, απεκκρίνεται και ανιχνεύεται στο αίμα και σε άλλα υγρά του σώματος. Αυξημένες τιμές σημαίνουν κακή πρόγνωση και περισσότερες πιθανότητες υποτροπής. Μετεγχειρητικά δείχνουν κατά πόσο έχει γίνει ολική εκτομή του όγκου και σε μετέπειτα παρακολούθηση μπορούν να ανιχνεύσουν υποτροπή της νόσου⁽⁵¹⁾.

5.3. Σταδιοποίηση

Η σταδιοποίηση του όγκου αποτελεί διαδικασία απαραίτητη για την πρόγνωση της επιβίωσης και της θεραπευτικής απόκρισης του ασθενούς, ώστε να γίνουν οι κατάλληλες θεραπευτικές επιλογές. Οι αρχικοί δείκτες σταδιοποίησης του C. Dukes επεκτάθηκαν από τον P. Deoix που έθεσε τις βάσεις του συστήματος TNM, το οποίο ανανεώνεται κάθε 6-8 χρόνια. Στοιχεία για την σταδιοποίηση παίρνουμε από το υπερηχογράφημα, την αξονική και μαγνητική τομογραφία, αλλά κυρίως την ιστολογική εξέταση και τις ανοσοϊστοχημικές εξετάσεις⁽⁶⁰⁾⁽⁵¹⁾.

Τα βασικά στοιχεία για την σταδιοποίηση είναι η έκταση του όγκου, η διήθηση λεμφαδένων και οι απομακρυσμένες μεταστάσεις. Πέρα από αυτά, όμως, η 7^η έκδοση του TNM περιλαμβάνει και άλλα στοιχεία όπως: διαφοροποίηση του όγκου,

ανίχνευση καρκινικών δεικτών στο περιφερικό αίμα, τα όρια της εκτομής, η διήθηση των λεμφαγγείων, η διήθηση των φλεβών και η αξιοπιστία των ανωτέρω. Επιπλέον περιλαμβάνει την κλινική και παθολογοανατομική εξέταση, την έκταση του όγκου μετά την προεγχειρητική χημειο-ακτινο θεραπεία, την υποτροπή του όγκου, τα νεκροτομικά ευρήματα και τα ευρήματα απεικόνισης.

Σύμφωνα με την 6^η έκδοση του TNM, η συσχέτιση 5ετούς επιβίωσης και σταδίου του καρκίνου παχέος εντέρου απεικονίζεται στον πίνακα:

TNM στάδιο	5ετής επιβίωση %
Στάδιο 0, I (Tis, T1, N0, M0)	>90%
Στάδιο I (T2, N0, M0)	80-85%
Στάδιο II (T3,T4, N0, M0)	70-75%
Στάδιο III (T2, N1-3, M0)	70-75%
Στάδιο III (T3, N1-3, M0)	50-65%
Στάδιο III (T4, N1-3, M0)	25-45%
Στάδιο IV (M1)	<3%

N=παρουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων

M=απομακρυσμένες μεταστάσεις

Tis=καρκίνωμα in situ, δηλ. ενδοεπιθηλιακός όγκος ή όγκος που διηθεί το χόριο

T1=όγκος που διηθεί την υποβλεννογόνο μυϊκή στιβάδα

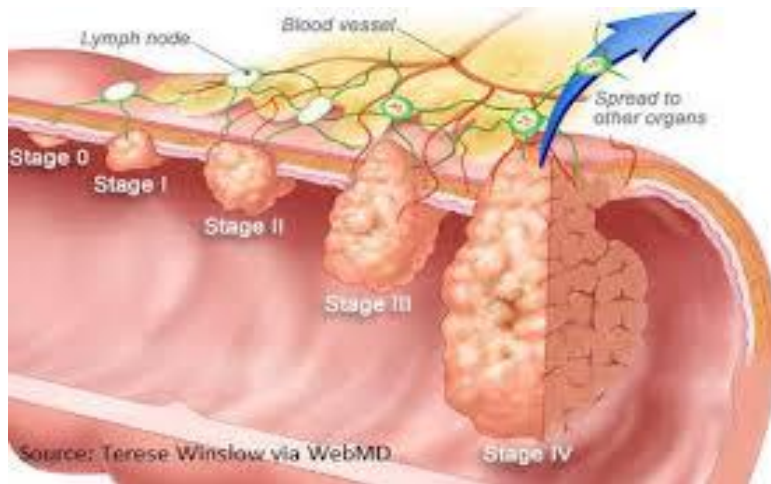
T2= όγκος που διηθεί την μυϊκή στιβάδα

T3= όγκος που διηθεί όλο το πάχος της μυϊκής στιβάδας και τους περικολικούς ιστούς

T4a= όγκος που διηθεί το σπλαχνικό περιτόναιο

T4b= όγκος που διηθεί κατά συνέχεια ιστού παρακείμενα όργανα ⁽⁶⁰⁾

Πίνακας 3: Συσχέτιση TNM (6th edition) σταδίου & 5ετούς επιβίωσης σε Ca παχέος εντέρου, από το **Αγγελή Χ. Η κλινική σημασία της μοριακής σταδιοποίησης στον καρκίνο του παχέος εντέρου**. Αθήνα : ΕΚΠΑ, 2014, σ. 89



Εικ. 13: Σταδιοποίηση καρκίνου παχέος εντέρου στο <https://kkeram1441.wordpress.com/2013/07/23/>

Γενικά, η σημαντικότερη παράμετρος για την επιβίωση του ασθενή είναι η διήθηση των λεμφαδένων, γιατί δηλώνει την ανοσολογική απόκριση του οργανισμού στη νόσο. Ωστόσο, και ασθενείς του πρώτου (κατά 15%) και του δεύτερου σταδίου (κατά 25%) μπορούν να εμφανίσουν κάποια στιγμή απομακρυσμένες μεταστάσεις, λόγω αποτυχίας της θεραπευτικής αγωγής. Από την άλλη, ακόμα και σε ασθενείς τρίτου σταδίου, μετά την χειρουργική αφαίρεση του όγκου και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που εφαρμόζονται, έχουν μειωθεί τα ποσοστά υποτροπής και θνησιμότητας κατά 30-40% ⁽⁶¹⁾ ⁽⁶⁰⁾.

Σημαντική θεωρείται η προληπτική κολονοσκόπηση και η σταδιοποίηση στο πολύ πρώιμο στάδιο, μετά την εξαγωγή των πολυπόδων, κάτι που δεν μπορεί να γίνει χωρίς την ανάπτυξη νέων ενδομικροσκοπικών μεθόδων. Η έγκαιρη ανίχνευση του όγκου, μετά την εξαγωγή πολύποδα, είναι σημαντική ειδικά για την αναγνώριση παραγόντων κινδύνου λεμφικής διήθησης ⁽⁶²⁾.

5.4. Μεταστάσεις

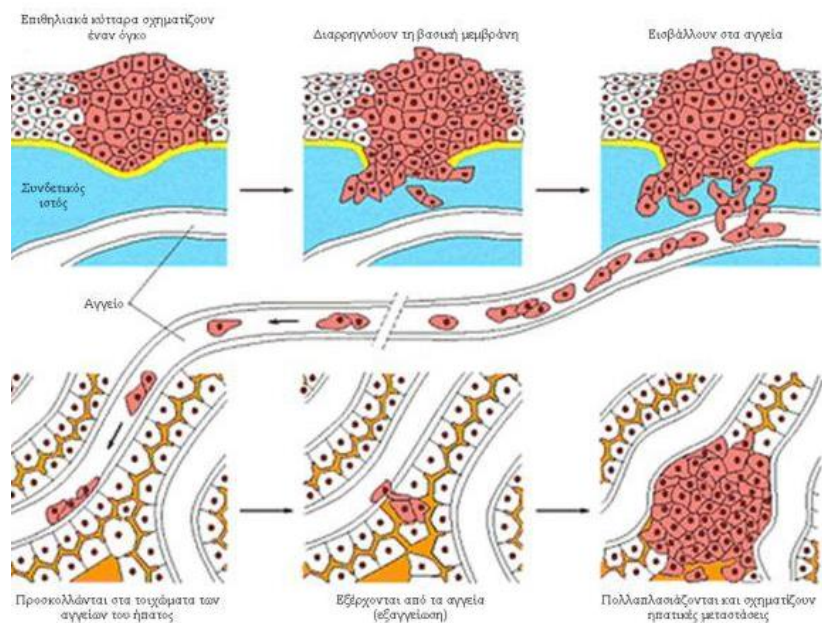
Μετάσταση είναι η διασπορά του καρκίνου σε διαφορετική από την πρωτοπαθή εστία και αποτελεί την βασική αιτία θανάτου όσων πάσχουν από ορθοκολικό καρκίνο. Ο μεταστατικός όγκος δημιουργείται όταν καρκινικά κύτταρα εγκατασταθούν και πολλαπλασιάζονται με γοργό ρυθμό σε μία νέα θέση. Η μεταφορά των καρκινικών κυττάρων γίνεται με διάφορους τρόπους:

- Λεμφογενώς: Ο συνηθέστερος τρόπος διασποράς. Αρχικά διηθούν τους λεμφαδένες γύρω από τον όγκο (επιχώριοι λεμφαδένες). Η διήθηση των

λεμφαδένων είναι ανεξάρτητη του μεγέθους του όγκου και πολλές φορές παρεμβάλλονται μεταξύ του όγκου και των διηθημένων λεμφαδένων και υγιείς αδένες.

- Κατά συνέχεια ιστού: Οι νεοπλασίες του εντέρου συνήθως επεκτείνονται κυκλοτερώς και μπορεί να περιλαμβάνουν όλη την περίμετρο του εντέρου.
- Αιματογενώς: Ο καρκίνος παχέος εντέρου, μέσω της πυλαίας φλέβας, δίνει μεταστάσεις στο ήπαρ και, μέσω σπονδυλικών και οσφυϊκών φλεβών, στον πνεύμονα και τα οστά
- Μέσω της περιτοναϊκής κοιλότητας: μετά την διήθηση του τοιχώματος του εντέρου καρκινικά κύτταρα μπορεί να πέσουν στην περιτοναϊκή κοιλότητα και οι μεταστατικές μάζες εμφανίζονται μέσα στην πύελο και κυρίως στην ορθοκυστική και ορθομητρική περιοχή.
- Περινευρικός: Διηθείται ο περινευρικός χώρος και εξαπλώνεται κατά μήκος των νεύρων του παχέος εντέρου. Παρουσιάζει πολύ κακή πρόγνωση
- Ενδοαυλικά: Καρκινικά κύτταρα μεταφέρονται στην τραυματική επιφάνεια της αναστόμωσης ⁽²⁴⁾

Η πορεία της μετάστασης ξεκινά από την υποξία που δημιουργείται, καθώς τα καρκινικά κύτταρα καταναλώνουν τα αποθέματα των ιστών σε θρεπτικές ουσίες και οξυγόνο. Η υποξία συντελεί στην αύξηση του όγκου, την απόπτωση των κυττάρων και την εισβολή τους στην κυκλοφορία. Παράλληλα, με διάφορους τρόπους, προωθείται και η αγγειογένεση και την παράλληλη απελευθέρωση νιτρικού οξέος που έχει μεταλλαξιγόνο και κυτταροτοξική δράση. Επιδρούν, ακόμα, παράγοντες που ρυθμίζουν την επιβίωση και απόπτωση των καρκινικών κυττάρων, αποδυναμώνουν την σύνδεση των κυττάρων μεταξύ τους και αυξάνουν την ικανότητα των καρκινικών κυττάρων να εισβάλλουν στην κυκλοφορία ⁽⁶⁰⁾.



Εικόνα 1.2: Σύνοψη της μεταστατικής διαδικασίας: Αρχικά τα κύτταρα αναπτύσσονται σχηματίζοντας έναν όγκο. Στη συνέχεια διαρρηγνύουν τη βασική μεμβράνη, διεισδύουν στα αγγεία και εισέρχονται στην κυκλοφορία. Καθώς φτάνουν στα όργανα-στόχους, προσκολλώνται στο αγγειακό τοίχωμα, εξαγγειώνονται και πολλαπλασιάζονται προκειμένου να σχηματίσουν μεταστάσεις. Τροποποίηση από *Molecular Biology of the Cell, 4th edition* (Alberts 2002).

Εικ. 14: Από το Τσούμα Α., *Μοριακή σταδιοποίηση στον καρκίνο παχέος εντέρου*, Διδακτορική διατριβή ΕΚΠΑ, 2010,28

Ορισμένοι όγκοι έχουν κάποιους συγκεκριμένους ιστούς-στόχους όπου κάνουν μεταστάσεις. Για παράδειγμα, το παχύ έντερο δίνει κυρίως μεταστάσεις σε ήπαρ και πνεύμονες. Ωστόσο, σε ορισμένους όγκους ο χρόνος εγκατάστασης της μετάστασης (από τη στιγμή που εισχωρεί στο απομακρυσμένο όργανο) είναι εντελώς διαφορετικός απ'ό,τι σε άλλους που έχουν τους ίδιους στόχους και κυμαίνεται από μερικούς μήνες έως δεκαετίες ⁽⁶¹⁾. Μία σπανιότερη μορφή μετάστασης για τον καρκίνο παχέος εντέρου (10%) είναι η ακρομετάσταση, που συντελείται μέσω της κυκλοφορίας του αίματος και όχι των λεμφαδένων και έχει πολύ κακή πρόγνωση ⁽⁶³⁾.

Όσον αφορά στον καρκίνο του παχέος εντέρου, ο όγκος από το επιθήλιο περνά στον αυλό του εντέρου και η περαιτέρω ανάπτυξη γίνεται περιμετρικά, κατά μήκος του. Όταν ο όγκος περνά τον μυϊκό χιτώνα γίνεται διηθητικός και ακολουθεί και περινευρική διήθηση, ως 10 εκ μακριά από την αρχική εστία. Η μηχανική πίεση που

ασκεί ο όγκος ή η αυξημένη κινητικότητα των κυττάρων πιθανόν ωθούν τα καρκινικά κύτταρα προς τους παρακείμενους ιστούς. Διάφοροι παράγοντες (μερικοί από τους οποίους ήδη αναφέρθηκαν στα αίτια γένεσης του καρκίνου) συντελούν στην κυτταρική πρόσδεση στο απομακρυσμένο όργανο και την αποδόμηση των συστατικών του συνδετικού ιστού, της εξωκυττάριας ουσίας και της βασικής μεμβράνης ⁽⁶¹⁾.

Στα καρκινικά κύτταρα που βρίσκονται στην κυκλοφορία ευθύνονται οι μεταστάσεις και οι περισσότεροι θάνατοι από τη νόσο. Οι μεταστάσεις, που συμβαίνουν σε μεγάλο αριθμό χειρουργημένων ασθενών, οφείλονται στη διασπορά του πρωτοπαθούς όγκου πριν ή κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Πρόκειται για τα κακοήθη κατάλοιπα, γνωστά ως «ελάχιστη υπολειμματική νόσος». Η μετάσταση, ωστόσο, θα προκύψει από τα καρκινικά κύτταρα που θα καταφέρουν να περατώσουν επιτυχώς την μεταστατική διαδικασία σε όλα της τα στάδια. Μετάσταση μπορεί να προκύψει και από ένα μόνο καρκινικό κύτταρο και η επιλογή του οργάνου της μετάστασης καθορίζεται από αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα καρκινικά κύτταρα και το μικροπεριβάλλον του οργάνου ⁽⁶¹⁾.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ : ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία εκλογής του καρκίνου παχέος εντέρου είναι η χειρουργική εξαίρεση του νεοπλασματος. Οι εξαιρέσεις του κανόνα αυτού είναι ελάχιστες και αφορούν ειδικές περιπτώσεις. Στα αρχικά στάδια της νόσου κυρίως, όταν ο όγκος είναι τοπικά περιορισμένος, η χειρουργική αντιμετώπιση οδηγεί σε πλήρη ίαση. Ακόμα και σε μεταστατικό στάδιο, όμως, σε ορισμένους καρκίνους επιτυγχάνεται ικανοποιητική επιβίωση. Ωστόσο, συχνότερα χρησιμοποιούνται και η χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία ως συμπλήρωμα της θεραπευτικής προσέγγισης. Αναλόγως του σταδίου του νεοπλασματος κατά την διάγνωση, επιλέγεται η βέλτιστη θεραπεία, ως μονοθεραπεία ή συνδυασμός θεραπειών ⁽⁵¹⁾ ⁽⁵⁴⁾ ⁽⁶⁴⁾.

6.1. Χειρουργική θεραπεία

Βασικό βήμα πριν το χειρουργείο είναι η ακρίβεια της σταδιοποίηση του καρκίνου που επιτυγχάνεται, πέραν των άλλων τεχνικών που αναφέρθηκαν, και με την αύξηση του αριθμού των λεμφαδένων που εκτιμώνται μικροσκοπικά (60). Ο ίδιος σκοπός εξυπηρετείται σε ορισμένες περιπτώσεις, και από την διαγνωστική λαπαροσκόπηση, που μπορεί να αποκαλύψει μικρές περιτοναϊκές ή ηπατικές μεταστάσεις. Η προεγχειρητική σταδιοποίηση είναι απαραίτητη ώστε το θεραπευτικό πρωτόκολλο να σχεδιαστεί όσο το δυνατόν πιο κατάλληλα, κάτι πολύ σημαντικό ειδικά σε περιπτώσεις με μεγάλη πιθανότητα θνησιμότητας, λόγω συνοδών προβλημάτων ⁽⁶⁴⁾.

Ο χειρουργός, κατά την εξαίρεση του καρκίνου παχέος εντέρου, οφείλει να ακολουθήσει την αρχή της διαδοχικής, κατά συνέχεια ιστού επέκτασης του όγκου. Έτσι, θα αφαιρέσει το τμήμα εντέρου που έχει την αρχική βλάβη σε έκταση, ώστε να περιλάβει και τις ενδεχόμενες ενδοτοιχωματικές επεκτάσεις, και ακόμα τους σύστοιχους λεμφαδένες του μεσεντερίου, φροντίζοντας ταυτόχρονα να εξασφαλίζεται επαρκής αιμάτωση στο εναπομείναν τμήμα. Ως ασφαλές περιφερικό όριο εκτομής θεωρείται το όριο 5 εκ για το κόλον (που στην ουσία αντιστοιχεί σε 2 εκ αν εφαρμοστεί έλξη) και 2 εκ για το ορθό ⁽⁶⁴⁾ ⁽⁵⁴⁾.

Η αφαίρεση των επικολικών και παρακολικών (κατά μήκος της επιχειλίου αρτηρίας) λεμφαδένων πρέπει να γίνεται en block με το προς εκτομή τμήμα του εντέρου. Όπως αναφέρθηκε, πρέπει να εξετάζονται όσο το δυνατόν περισσότεροι λεμφαδένες (με όριο περισσότερους από 12), γιατί έχει συσχετιστεί με την αύξηση της επιβίωσης των ασθενών, είτε έχουν θετικό, είτε αρνητικό αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, ασθενείς σταδίου N0 με λιγότερους από 12 εξετασθέντες λεμφαδένες δεν είναι ιδανικά σταδιοποιημένοι και θεωρούνται υψηλού κινδύνου ⁽⁵¹⁾.

Οι χειρουργικές εκτομές μπορεί να είναι:

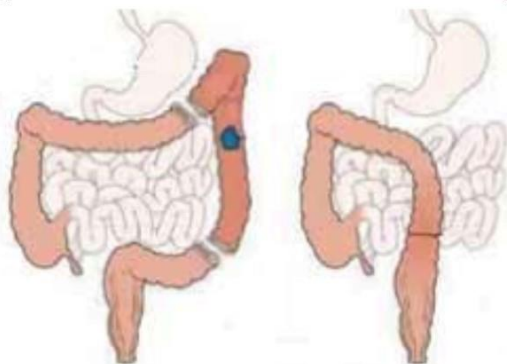
- Δεξιά ημικολεκτομή: όταν ο όγκος απλώνεται στα πρώτα 8εκ. του παχέος εντέρου και περιλαμβάνει την αφαίρεση των τελευταίων 20 εκ του λεπτού και επιπλέον το τυφλό, ανιόν και δεξιό τρίτημόριο του εγκάρσιου μαζί με αντίστοιχους λεμφαδένες. Ακολουθεί ειλεοεγκάρσια αναστόμωση

- Δεξιά κολεκτομή: όταν ο όγκος εντοπίζεται στο ανιόν και περιλαμβάνει ό,τι και στο προηγούμενο, μόνο που προχωρεί στα 2/3 του εγκάρσιου και γίνεται αναστόμωση στο υπόλοιπο τμήμα του εντέρου



Εικ. 15: από το <https://www.sambalis.gr/epemvaseis/colon/dejia-kolectomi/>

- Αριστερή κολεκτομή: όταν ο όγκος εντοπίζεται στο αριστερό κόλον και περιλαμβάνει το σιγμοειδές με τμήμα του ορθού, το κατίον και όλο το εγκάρσιο, ενώ ακολουθεί και πάλι αναστόμωση



Αριστερή κολεκτομή

Εικ. 16: από το <https://www.ant1news.gr/eidiseis/article/569289/o-karkinos-toy-paxeos-enteroy-kai-i-therapeytiki-toy-antimetopisi>

- Σιγμοειδεκτομή: περιλαμβάνει την εκτομή είτε μόνο του σιγμοειδούς, είτε αυτού και τμήματος του κατίοντος, είτε αυτού και τμήματος του ορθού, ανάλογα με την έκταση του όγκου και ανάλογη αναστόμωση.
- Ολική κολεκτομή: είναι η αφαίρεση όλου του παχέος εντέρου μαζί με το ορθό και συμβαίνει όταν έχουμε σύγχρονο καρκίνο σε δυο διαφορετικά σημεία του εντέρου, σε αποφρακτικούς καρκίνους αριστερού κόλου για την αντιμετώπιση ή

την πρόληψη ρήξης του τυφλού και όταν συνδυάζεται με οικογενείς ή φλεγμονώδεις παθήσεις εντέρου.

Εκτός από την συμβατική χειρουργική, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και η λαπαροσκοπική τεχνική, που απαιτεί, όμως, εξειδικευμένους χειρουργούς και αντενδείκνυται σε ασθενείς με ενδεχόμενη εμφάνιση μετεγχειρητικών συμφύσεων. Και οι δύο τεχνικές έχουν παρόμοια ποσοστά επιβίωσης και συχνότητας υποτροπών.

Σε όλες τις περιπτώσεις απαιτείται η μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών με κολονοσκόπηση σε ένα χρόνο και σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος μετά από 3 και μετά από 5 χρόνια. Ταυτόχρονα συνίσταται αξονική τομογραφία θώρακος και άνω- κάτω κοιλίας σε ασθενείς σταδίου I και II και έλεγχος CEA σε συγκεκριμένα κατά περίπτωση χρονικά διαστήματα ⁽⁵¹⁾.

Στις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες προτείνεται προφυλακτική ωθηκεκτομή. Οι αναστομώσεις γίνονται είτε με το χέρι, είτε με συρραπτικά εργαλεία μιας χρήσης με κάποια μεγαλύτερη πιθανότητα στομώσεων στην δεύτερη περίπτωση ⁽⁵⁴⁾.

Ένα άλλο θέμα που τίθεται είναι η αδυναμία της συμβατικής ιστοπαθολογικής σταδιοποίησης να εντοπίσει μεμονωμένους ασθενείς στους οποίους υπάρχει κίνδυνος αποτυχίας της θεραπείας. Αυτό πιθανώς οφείλεται στην ύπαρξη «μικροσκοπικής» ή «κρυφής» νόσου, η οποία δεν εντοπίστηκε με τις κοινές μεθόδους, και γι αυτό έχει ενδιαφέρον η προσφυγή και σε διαδικασίες μοριακής σταδιοποίησης που μπορούν να ανιχνεύουν και τα «μικροσκοπικά» κατάλοιπα της νόσου. Με διάφορες μεθόδους γίνεται προσπάθεια ανίχνευσης κυκλοφορούντων καρκινικών κυττάρων στο περιφερικό αίμα που θα βοηθήσει στον εντοπισμό της υπολειπόμενης νόσου και την εξατομίκευση της πρόγνωσης ⁽⁶⁰⁾.

6.2. Επικουρική Θεραπεία

Μετά τη ριζική χειρουργική εξαίρεση του όγκου, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών (25% του σταδίου I και 50-60% σταδίου II) θα εμφανίσουν απομακρυσμένες μεταστάσεις εντός της πενταετίας, ενώ το 50% των ασθενών σταδίου III θα πεθάνουν από απομακρυσμένη μετάσταση μέσα σε 5 χρόνια μετά την επέμβαση.

Στόχος, λοιπόν, της επικουρικής θεραπείας είναι η εκρίζωση μικρομεταστατικών υπολειμμάτων που δεν ήταν δυνατόν να διαγνωστούν κατά την χειρουργική αντιμετώπιση. Πολλοί παράγοντες και κυρίως η διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων αποτελούν αρνητικό προγνωστικό δείκτη. Χάρη στην πρόωμη διάγνωση των υποτροπών και την επικουρική θεραπεία, τα τελευταία 3 χρόνια, έχει αυξηθεί η πενταετής επιβίωση από 50% σε 71%⁽⁶⁴⁾ ⁽⁵¹⁾ ⁽⁶⁰⁾.

6.2.1. Χημειοθεραπεία

Σκοπός της χημειοθεραπείας είναι η εκρίζωση των τοπικών μεταστάσεων που δεν εντοπίστηκαν προεγχειρητικά και η αύξηση της ευαισθησίας στην ακτινοβολία. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται προκαλούν την διαταραχή του κυτταρικού κύκλου, αναστέλλοντας τον κυτταρικό μεταβολισμό και διαίρεση του κυττάρου. Όλα τα πρωτόκολλα συνιστούν ως απαραίτητη την παρακολούθηση ασθενών καρκίνου παχέος εντέρου σταδίου II και III, μετά την χειρουργική εκτομή, με ή χωρίς επικουρική χημειοθεραπεία, κάθε 3 ως 6 μήνες για τα πρώτα δύο χρόνια και δύο φορές το χρόνο για τα επόμενα πέντε.

Για το στάδιο I δεν υπάρχουν σαφείς οδηγίες παρακολούθησης, εκτός της κολονοσκόπησης. Για ασθενείς του σταδίου IIA (χωρίς λεμφαδενική διήθηση) έρευνες έχουν δείξει ότι η επικουρική χημειοθεραπεία δεν συμβάλλει στην αύξηση της επιβίωσης και ίσως υπάρχουν και κάποιες αρνητικές επιπτώσεις. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις τέτοιων ασθενών με διασπορά καρκινικών κυττάρων στο περιτόναιο ή προσκόλλησή τους σε άλλα όργανα που έχουν χειρότερη πρόγνωση από ασθενείς T3N1 σταδίου. Έτσι, για τους ασθενείς υψηλού κινδύνου II σταδίου (δηλαδή με βλάβες T4, απόφραξη ή διάτρηση εντέρου, έλεγχο σε λιγότερους από 12 λεμφαδένες και χαμηλή ιστολογική διαφοροποίηση) συνίσταται η επικουρική χημειοθεραπεία, συνεκτιμώντας βέβαια και την ηλικία, συννοσηρότητα και επιθυμία τους⁽⁶⁵⁾.

Γενικότερα, εκτεταμένη έρευνα σε ασθενείς II και III σταδίου έδειξε ότι η εξάμηνη χημειοθεραπεία συνδέεται με αυξημένη επιβίωση. Ωστόσο, η διάρκεια της θεραπείας, σύμφωνα με αρκετές ενδείξεις, μπορεί να περιοριστεί στο μισό για

ασθενείς χαμηλού κινδύνου σταδίου III (T1-3 and N1) που παίρνουν συγκεκριμένη αγωγή (με FOLFOX ή CAPOX)⁽⁶⁶⁾.

Τα σχήματα που χρησιμοποιούνταν παλαιότερα (Mayo Clinic και Roswell Park) προκαλούσαν αιματολογική και γαστρεντερική τοξικότητα αντίστοιχα. Αργότερα αναπτύχθηκαν εναλλακτικές θεραπείες με per os φάρμακα και λιγότερες γαστρεντερικές παρενέργειες. Τα τελευταία χρόνια το πρωτόκολλο της θεραπευτικής στρατηγικής περιλαμβάνει δόκιμους συνδυασμούς όλων των θεραπευτικών φαρμάκων και χημειοθεραπεία που περιλαμβάνει εναλλαγή περιόδων εντατικής αγωγής με περιόδους συντήρησης⁽⁶⁷⁾.

6.2.2. Ακτινοθεραπεία

Σκοπός της ακτινοθεραπείας είναι η μείωση των τοπικών υποτροπών και η εξαίρεση μη εξαιρέσιμων όγκων. Είναι χαρακτηριστικό ότι χωρίς τοπική υποτροπή η πενταετής επιβίωση είναι 85%, ενώ με τοπική υποτροπή είναι 23%. Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται συνδυαστικά μαζί με την χημειοθεραπεία στον καρκίνο του ορθού.

Κατά την ακτινοθεραπεία γίνεται ακτινοβόληση της πάσχουσας περιοχής από μία απόσταση 70-110 εκ. από τον ασθενή με πηγές κοβαλτίου που εκπέμπουν ακτίνες γ ή με επιταχυντή που εκπέμπει ακτίνες Χ. Επίσης, σε ασθενείς που δεν μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική εκτομή, λόγω συνοδών νοσημάτων, θέσης των μεταστατικών εστιών ή ανεπαρκούς ηπατικής μάζας, μετά την αφαίρεση των μεταστάσεων, μπορεί να εφαρμοστεί εξάχνωση με τη χρήση ραδιοσυχνοτήτων⁽⁵¹⁾.

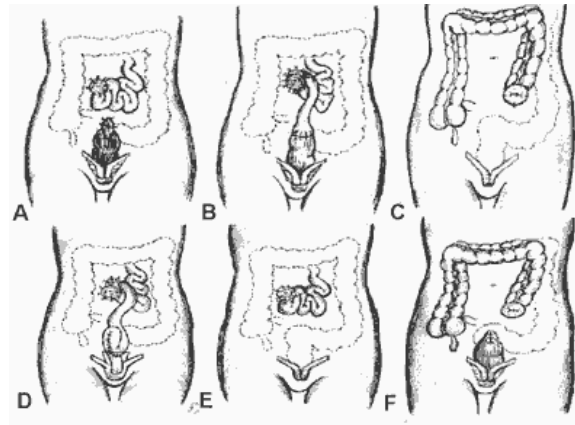
Ωστόσο, οι επιπτώσεις της ακτινοβολίας δεν αφορούν μόνο τα καρκινικά κύτταρα αλλά και τα υγιή, που έχουν διαφορετική βιολογική συμπεριφορά σε κάθε πεδίο ακτινοθεραπείας. Η ακτινοβολία παράγει σειρά βιοχημικών αλλαγών στο κύτταρο, παρεμβαίνοντας στο DNA (αντιγραφή, μεταγραφή, πρωτεϊνική σύνθεση) και το κύτταρο πεθαίνει στη διαδικασία διαίρεσης. Επομένως η βλάβη που προκαλείται σε ένα ιστό σχετίζεται, εν μέρει, με τον ρυθμό πολλαπλασιασμού των κυττάρων που τον αποτελούν. Ιστοί, όπως του γαστρεντερικού συστήματος, που αποτελούνται από ταχέως αναπτυσσόμενα κύτταρα, παθαίνουν πρώιμες (οξείες) βλάβες. Σε ακτινοβόληση της περιοχής της πυέλου εμφανίζονται στο έντερο παρενέργειες

(κυστίτιδα, αιματουρία, διάρροιες). Οι υγιείς ιστοί καθίστανται περισσότερο ευάλωτοι όταν η ακτινοβολία συνδυάζεται με χημειοθεραπεία.

Τα γαστρεντερικά προβλήματα που εμφανίζονται μετά την ακτινοθεραπεία οφείλονται στον ταχύ πολλαπλασιασμό του επιθηλίου του εντέρου που καθιστά το γενετικό υλικό πιο ευάλωτο στην ακτινοβολία. Σε πάνω από 70% των ασθενών δημιουργούνται οξείες φλεγμονώδεις αντιδράσεις, λόγω του ότι, εκτός από τον καρκινικό, ακτινοβολείται και ο υγιής εντερικός ιστός. Ο χρόνος εμφάνισης των βλαβών ξεκινά από λίγες ώρες μετά την ακτινοθεραπεία, ενώ στη συνέχεια οι προσβεβλημένοι ιστοί μπορεί να διηθηθούν από λευκοκύτταρα και να δημιουργηθούν εξελκώσεις, αγγειίτιδα, να παχυνθούν τα τοιχώματα των αγγείων, να γίνει εναπόθεση κολλαγόνου με τελικό αποτέλεσμα την πάχυνση του τοιχώματος του εντέρου, ατροφία και οίδημα του βλεννογόνου και διάχυτη φλεγμονή. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι οξέα (διάρροια, πόνος, τεινισμός, ναυτία), σοβαρά (απόφραξη, συρίγγια, ανεξέλεγκτη αιμορραγία, επανεμφάνιση του καρκίνου) και αφορούν στο 5-10% των ασθενών, ενώ το 6-78% των ασθενών αναπτύσσουν λιγότερο σοβαρά συμπτώματα (ακράτεια, διάρροια, στεατόρροια, τεινισμό, πόνο, δυσκοιλιότητα, απώλεια βάρους). Η σοβαρότητα των οξέων συμπτωμάτων προκαθορίζει και τον βαθμό των χρόνιων εντερικών μεταβολών ⁽⁶⁸⁾.

6.3. Κολοστομία

Κολοστομία είναι η εκτροπή κοπράνων ως θεραπευτική επιλογή κυρίως για ασθενείς παχέος εντέρου (αλλά και εκκολπωματίτιδα). Όλα τα τμήματα του παχέος εντέρου μπορούν να χρησιμοποιηθούν, όπως και τμήμα του ειλεού (69). Συνηθέστερα είναι προσωρινή (οπότε σε δεύτερο χρόνο γίνεται επέμβαση για αναστόμωση του εναπομείναντος εντέρου) και σπανιότερα μόνιμη. Απαραίτητη πάντα είναι η καλή ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς και ο ενδεδειγμένος προεγχειρητικός καθαρισμός του παχέος εντέρου. Η θέση της κολοστομίας πρέπει να εξυπηρετεί όχι μόνο τις ανάγκες της εγχείρησης αλλά και τον ίδιο τον ασθενή και την μετέπειτα μετεγχειρητική φροντίδα. Η κάθε στομία είναι μοναδική και μπορεί να έχει διαφορετική στο κάθε άτομο, όσον αφορά στην εξωτερική εμφάνιση.



Εικ.17. Τύποι εντερικής στομίας λόγω θέσης στο Bazalinski D, Baranska B, Cipora E, Enteric stoma doesn't have to be a cause of impairment, CzytelniaMedyczna 3/2006

Εκτός από τις σωματικές, η κολοστομία έχει και ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Οι επιπλοκές μπορεί να είναι αιμορραγία, φλεγμονή στην περιοχή του τραύματος, νέκρωση, αιμάτωμα, κήλη, δερματικές και διατροφικές αλλαγές, διαρροές κοπράνων, οσμές, αλλά και αλλαγή του σωματικού ειδώλου, κόπωση, κατάθλιψη, μοναξιά, αυτοκτονικός ιδεασμός, σεξουαλική ανικανότητα, άγχος στιγματισμού, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή ^(70; 71).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

7. Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς τελικού σταδίου

Σχεδόν όλοι οι ασθενείς σταδίου IV (μεταστατικοί) και αρκετοί σταδίου III ανήκουν στην κατηγορία ασθενών με προχωρημένη νόσο. Στις περιπτώσεις αυτές ο όγκος έχει εξαπλωθεί πέρα από την αρχική θέση εντόπισης και δεν μπορεί να θεραπευτεί ή να περιοριστεί με θεραπεία. Στα άτομα αυτά παρατηρείται σταδιακή επιδείνωση της υγείας τους και ανάγκη συνεχούς φροντίδας. Πέρα από τα προβλήματα υγείας που προκαλεί η νόσος, οι επιπλοκές της και οι παρενέργειες των θεραπειών, μπορεί να υπάρχει συνοσηρότητα, ειδικά σε άτομα μεγάλης ηλικίας. Επομένως, οι ασθενείς αυτοί χρήζουν διεπιστημονικής προσέγγισης, αυξημένου κόστους πολλαπλής

φροντίδας, επίλυσης προβλημάτων αυτοεξυπηρέτησης, διαχείρισης του πόνου και ψυχολογικής καταπόνησης ⁽⁷²⁾.

7.1.1. Παρηγορητική εγχείρηση

Αφορά στους ασθενείς τελικού σταδίου και αποβλέπει στον έλεγχο των συμπτωμάτων παρά στη θεραπεία. Ο καρκίνος παχέος εντέρου, που έχει κάνει μετάσταση ήδη σε άλλα σημεία, μπορεί να προκαλεί απόφραξη στο σημείο εμφάνισής του. Στην περίπτωση αυτή, η εγχείρηση μπορεί να περιλαμβάνει παράκαμψη του σημείου αυτού, προκειμένου να ανακουφιστεί ο ασθενής από τους εμετούς, τον πόνο και την διάταση κοιλίας. Η παρηγορητική εγχείρηση στοχεύει στο να βοηθήσει τον ασθενή να ζήσει μια πιο γεμάτη, δραστήρια και χωρίς πόνους ζωή. Πάντα, βέβαια, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι κίνδυνοι της εγχείρησης σε σχέση με τα αναμενόμενα οφέλη (ποιότητα ζωής, προσδοκώμενη επιβίωση, ισχυρή νοσηρότητα επέμβασης, εναλλακτικές μέθοδοι παρηγορητικής θεραπείας) ^(73; 74). Μία εκτίμηση του προσδόκιμου επιβίωσης και της ποιότητας εναπομένουσας ζωής πρέπει να συνδυάζεται με την εκτίμηση του εφικτού της χειρουργικής επέμβασης ⁽⁷⁵⁾.

Πάντως οι περισσότεροι ασθενείς IV σταδίου ακόμα και ηλικιωμένοι άνω των 80 ετών, που υποβάλλονται σε εκτομή του πρωτοπαθούς όγκου, έχουν καλύτερη πρόγνωση από όσους δεν εγχειρίζονται. Ωστόσο, τα περιεγχειρητικά προβλήματα που σχετίζονται με αυτή την ηλικιακή ομάδα και η συνακόλουθη ποιότητα ζωής παίζουν βαρύνοντα ρόλο στην τελική απόφαση για την διαχείριση ενός ανιάτου καρκίνου ⁽⁷⁶⁾, ενώ, σύμφωνα με νεότερα δεδομένα, η εγχείρηση σχετίζεται με θετικούς δείκτες επιβίωσης σε ασθενείς έως 85 ετών ⁽⁷⁷⁾. Εξάλλου, και η μικρή παράταση της ζωής ή κάποια προσωρινή ανακούφιση μπορεί να είναι σημαντική για κάποιους ασθενείς που θα επιλέξουν την χειρουργική επέμβαση προκειμένου να κερδίσουν κάποια σημαντική οικογενειακή στιγμή ή άλλο ευχάριστο γεγονός πριν έρθει το τέλος ⁽⁷⁸⁾.

7.1.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την παροχή εξειδικευμένης και εξατομικευμένης προεγχειρητικής, διεγχειρητικής και μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας.

7.1.2. Α. Προεγχειρητική Φροντίδα

Χωρίς να υπεισέλθουμε σε λεπτομέρειες της προεγχειρητικής νοσηλευτικής παρέμβασης, που ισχύουν για κάθε χειρουργική επέμβαση, θα επικεντρωθούμε κυρίως στα στοιχεία που αφορούν στον ασθενή με καρκίνο παχέος εντέρου τελικού σταδίου.

α. Νοσηλευτική αξιολόγηση

Αποτελεί βασική ενέργεια για την καταγραφή δεδομένων αναφοράς που θα χρησιμεύσουν για μελλοντικές συγκρίσεις απαραίτητες για την παρακολούθηση του ασθενούς κατά την περιεγχειρητική φάση. Επίσης, είναι απαραίτητη για την πρόγνωση του πόσο καλά θα ανεχτεί ο ασθενής την επέμβαση και την αναρρωτική περίοδο. Το λειτουργικό επίπεδο του ασθενούς μπορεί να εκτιμηθεί με διάφορες κλίμακες, με σημαντικότερη, για την περίπτωση του καρκίνου, την κλίμακα ικανότητας Karnofsky, ώστε να αναπτυχθεί ένα σχέδιο φροντίδας που θα μεγιστοποιήσει την ικανότητα ανάρρωσης του ασθενούς.

Η περιεγχειρητική αξιολόγηση περιλαμβάνει αξιολόγηση της βασικής σωματικής και ψυχολογικής κατάστασης, ηλικία, οικογενειακό ιστορικό, χειρουργικό ιστορικό, γνωστές αλλεργίες και ευαισθησίες, ιστορικό φαρμάκων και αναισθησίας, αποτελέσματα προεγχειρητικών εξετάσεων, τρέχον πρόβλημα υγείας, είδος χειρουργείου, τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή ή διατροφικά συμπληρώματα, χρήση αλκοόλ, τσιγάρου, ουσιών, ολιστική αξιολόγηση του πόνου, πολιτισμικούς, συναισθηματικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, αναγνώριση πιθανών κινδύνων του χειρουργείου, σχεδιασμός αυτόλογης δωρεάς αίματος. Ειδικότερα η ψυχολογία και η συμπεριφορά του ογκολογικού ασθενούς διαφέρουν αν πρόκειται για πρόσφατα διαγνωσθείσα νόσο ή για μεταστατική νόσο, όπου το χειρουργείο στοχεύει στην ανακούφιση από τα συμπτωτικά συμπτώματα. Μετά την αξιολόγηση όλων αυτών των παραμέτρων και των κινδύνων, ο νοσηλευτής σχεδιάζει τις παρεμβάσεις που θα διορθώσουν ή θα ελαχιστοποιήσουν τα πιθανά προβλήματα (79) (80) (81).

β. Κλινική και λειτουργική εκτίμηση

Περιλαμβάνει κλινική εξέταση και λειτουργική αξιολόγηση (Ζ.Σ., νοητική κατάσταση, λειτουργική ικανότητα). Από την εξέταση των συστημάτων του οργανισμού (καρδιαγγειακού, αναπνευστικού, μυοσκελετικού, ουροποιητικού, ενδοκρινικού κλπ), το χειρουργείο του γαστρεντερικού θα χρειαστεί λεπτομερέστερη κοιλιακή και διατροφική αξιολόγηση. Ο ογκολογικός ασθενής, και ειδικότερα με καρκίνο παχέος εντέρου, χαρακτηρίζεται από υποθρεψία, λόγω ανορεξίας, ναυτίας, εμετών, επίδρασης προηγούμενων θεραπειών (ακτινοχημειοθεραπείας), που πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα. Η κατάσταση θρέψης έχει βαρύνοντα ρόλο στην έκβαση του χειρουργείου, καθώς αυτό αυξάνει τον μεταβολικό ρυθμό και την ανάγκη για πρωτεΐνες. Ιδιαίτερη σημασία έχει και το ισοζύγιο υγρών και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, καθώς οι ασθενείς με όγκο παχέος εντέρου παρουσιάζουν συχνά διάρροιες, εμετούς, είτε ως αποτέλεσμα θεραπείας, είτε ως αποτέλεσμα της απόφραξης από τον όγκο και απώλεια βλέννας πλούσιας σε κάλιο ^{(80) (81) (82)}

γ. Ενημέρωση ασθενούς

Η παροχή πληροφοριών παρέχει σημαντική βοήθεια προς τον ασθενή, ο οποίος μπορεί έτσι να συμμετέχει στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Αποτελεί, επίσης, μέρος της προεγχειρητικής φροντίδας και συνιστά θεμελιώδους σημασίας νοσηλευτική παρέμβαση. Οι πληροφορίες πρέπει να είναι σαφείς, συνοπτικές, κατανοητές, με τη μικρότερη δυνατή χρήση ιατρικής ορολογίας και να περιλαμβάνουν την παροχή λεκτικών και οπτικών πληροφοριών σχετικά με τις πιθανές σωματικές αλλαγές, ακόμα και το πως μπορεί να μοιάζουν παροχετεύσεις κλπ. Καλό θα είναι οι πληροφορίες να επαναλαμβάνονται και να γίνεται έλεγχος κατά πόσο έγιναν κατανοητές. Οι ασθενείς χρειάζεται να σταθμίσουν τις συνέπειες που θα έχει για αυτούς η χειρουργική επέμβαση, τα οφέλη και τους κινδύνους. Ωστόσο, θα πρέπει να γνωρίζουν ότι ο νοσηλευτής θα τους στηρίξει ακόμα κι αν πάρουν απόφαση με την οποία εκείνος δεν συμφωνεί. Στις αποφάσεις που παίρνονται προεγχειρητικά ανήκει και η σχετιζόμενη με τη θέση της τυχόν κολοστομίας που θα προκύψει από την εγχείρηση, μία απόφαση που λαμβάνεται στην προεγχειρητική συνάντηση του ασθενούς με τον εξειδικευμένο στη φροντίδα

στομιών νοσηλευτή. Θα πρέπει να γίνεται σήμανση και να επιβεβαιωθεί ότι ο ασθενής έχει συναινέσει και ότι έχει επισημανθεί η σωστή πλευρά ⁽⁸³⁾.

Ειδικά για τους ασθενείς τελικού σταδίου, η εμπειρία της χειρουργικής επέμβασης είναι διαφορετική για κάθε άτομο, καθώς η ίαση δεν είναι εφικτή. Γι αυτό και, αν δεν υπάρχει πιθανότητα βελτίωσης της ποιότητας ζωής ή αν υπάρχει κίνδυνος νοσηρότητας ή θνησιμότητας, δεν θα πρέπει να γίνεται. Αντίστοιχα, οι ασθενείς θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι και να έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες πριν πάρουν κάποια απόφαση. Για ορισμένους ασθενείς και η σκέψη μιας ακόμα επέμβασης, με την συνακόλουθη παραμονή στο νοσοκομείο, φαίνεται μη ανεκτή και γι αυτό επιλέγουν να απολαύσουν τον χρόνο ζωής που τους έχει απομείνει. Άλλοι πάλι επιμένουν να ακολουθήσουν όποια θεραπευτική αγωγή μπορεί να τους παρασχεθεί μέχρι το τελευταίο λεπτό της ζωής τους, με την ελπίδα της ίασης ή της παράτασης της ζωής ⁽⁸³⁾.

Στην περίπτωση της παρηγορητικής εγχείρησης, η οδηγία «μη αναζωογόνησης» δεν πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην αναισθησία ή το χειρουργείο. Το θέμα της διακοπής ή μη της αναζωογόνησης και τους όρους της (δυσνητικές προσπάθειες ανάνηψης ή μη κατά την επέμβαση και τα αποτελέσματα σε κάθε περίπτωση) είναι αντικείμενα συζήτησης του υπεύθυνου γιατρού με τον ασθενή και την οικογένειά του και θα πρέπει να υπάρχει σαφής τεκμηρίωση στον ιατρικό φάκελο ⁽⁷⁹⁾.

δ. Διδασκαλία

- Οδηγίες για ναρθηκοποίηση της τομής, με τοποθέτηση μικρού μαξιλαριού που εφαρμόζει σταθερή πίεση στο σημείο της τομής, ώστε να μειώνεται ο πόνος κατά την έγερση ή το βήχα
- Οδηγίες για ασκήσεις κάτω άκρων για την πρόληψη φλεβικής θρόμβωσης μετά το χειρουργείο, λόγω της ελλιπούς κινητοποίησης. Μπορούν να γίνονται σε συνδυασμό με τη χορήγηση αντιπηκτικών και τη χρήση άλλων αντιθρομβωτικών συσκευών και μέσων
- Διαιτητικές συμβουλές για την μετεγχειρητική περίοδο. Η παλαιότερη οδηγία αποφυγής λήψης τροφής από το στόμα μέχρι την λειτουργία του εντέρου για την αποφυγή επιπλοκών (ατελεκτασία, λοιμώξεις, διαρροή μέσω αναστόμωσης

ή και θάνατο) έχει αναιρεθεί και επιτρέπεται η λήψη τροφής από το στόμα, όσο είναι ανεκτή από τον ασθενή

- Σημαντική είναι και η προεγχειρητική διδασκαλία του ασθενούς σε ασκήσεις αναπνοής και βήχα για την προαγωγή της μετεγχειρητικής αναπνευστικής λειτουργίας την πρόληψη ατελεκτασίας και πνευμονίας (ειδικά για όσους έχουν ιστορικό αναπνευστικών ασθενειών) και οδηγίες για να επιτευχθεί γρήγορη κινητοποίηση μετεγχειρητικά ⁽⁸⁴⁾ ⁽⁸¹⁾.

ε. Νοσηλευτική παρέμβαση

Η ενημέρωση του νοσηλευτή για το είδος του χειρουργείου, την εντόπιση και το μέγεθος της εκτομής, την μόνιμη συσκευή που πιθανόν θα χρειαστεί είναι απαραίτητη ώστε να σχεδιάσει την κατάλληλη προεγχειρητική προετοιμασία και να προσαρμόσει ανάλογα την εκπαίδευση του ασθενούς. Από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που γίνονται μία ημέρα πριν το χειρουργείο επισημαίνουμε την προετοιμασία εντέρου, σύμφωνα με τις οδηγίες, και αξιολόγηση των κοπράνων (υγρά και σχηματισμένα) για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της προετοιμασίας, ώστε να καθαρίσει το έντερο και να μειωθεί ο κίνδυνος μόλυνσης μετεγχειρητικά ⁽⁸⁰⁾ ⁽⁸²⁾.

7.1.2.B. Διεγχειρητική Φροντίδα

Η καλή συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας του χειρουργείου αποτελεί σημαντικό στοιχείο. Ο νοσηλευτής, πέραν των άλλων καθηκόντων κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, χρειάζεται να πάρει μέτρα για την μείωση και αντικατάσταση των υγρών, του αίματος και τη διατήρηση της θερμότητας, την κατάλληλη τοποθέτηση του ασθενούς για να προστατευτούν το δέρμα, οι αρθρώσεις, τα περιφερειακά νεύρα, ειδικά σε περιπτώσεις ασθενών με μειωμένη μυϊκή μάζα και υπερήλικες ⁽⁸²⁾ ⁽⁸⁵⁾.

7.1.2. Γ. Μετεγχειρητική Φροντίδα

Το πιο σημαντικό ζήτημα στην μετεγχειρητική φροντίδα είναι η οξυγόνωση των ιστών, γιατί θα επιτρέψει την επούλωση των τραυμάτων, συμπεριλαμβανομένων και των αγγειακών και γαστρεντερικών αναστομώσεων. Η δυσλειτουργία αναπνευστικού και καρδιαγγειακού, λόγω φαρμάκων, ηλεκτρολυτικών διαταραχών

και ανεπαρκούς ελέγχου του πόνου, οδηγεί σε υποξία που επηρεάζει αρνητικά την επούλωση των τραυμάτων. Ειδικά για μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις εκτομής καρκίνου, όπως του γαστρεντερικού, χρειάζεται ενισχυμένη και εντατική ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα κατά την μετεγχειρητική περίοδο. Πέρα από τον τακτικό έλεγχο αναπνευστικού, καρδιαγγειακού, των αιματολογικών και ηλεκτρολυτικών διαταραχών, συχνά χρειάζονται παράλληλα περιφερειακή αναισθησία (π.χ. επισκληρίδιος) και τακτική φυσιοθεραπεία στήθους.

Οι ασθενείς με καρκίνο, που έχουν κατά κανόνα μειωμένα αποθέματα και πιθανή συννοσηρότητα (κυρίως καρδιοαναπνευστική) έχουν πιο αργή διαδικασία επούλωσης, κάτι που συνεπάγεται επιπλοκές που μπορεί να φτάσουν μέχρι και την διάσπαση της πληγής. Ειδικά όταν η εγχείρηση γίνεται σε περιοχές με σημαντικό βακτηριακό φορτίο, όπως είναι το κόλον, μπορεί να δημιουργηθούν μολυσμένα ή ακάθαρτα τραύματα. Γι αυτό μεγάλη σημασία πρέπει να δώσει ο νοσηλευτής στην διατροφική υποστήριξη του ασθενούς. Σημαντική επίσης είναι η έγκαιρη κινητοποίηση των ασθενών και η πρόληψη της εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης και της πνευμονικής εμβολής.

Ο ρόλος του νοσηλευτή επεκτείνεται και στην υποστηρικτική φροντίδα για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών στα νέα δεδομένα που δημιουργήσε η εγχείρηση (κολοστομία) αλλά και την επιστροφή στην, κατά το δυνατό, κανονικότητα. Η παροχή συμβουλών και η υποστήριξη συνεχίζεται και μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο με κατ' οίκον επισκέψεις και τηλεφωνική επικοινωνία, ώστε, πέραν της αξιολόγησης της πορείας του, να βοηθήσει στην προσαρμογή του στις αλλαγές της σωματικής λειτουργίας και της εικόνας του σώματος, όπως έχουν διαμορφωθεί μετά το χειρουργείο. Σημαντική, στο σημείο αυτό, είναι η συμβολή διεπιστημονικής ομάδας εξειδικευμένης στην αποκατάσταση (82).

7.2. Χημειοθεραπεία

Πριν ο ασθενής αρχίσει την χημειοθεραπεία είναι σημαντικό να εξεταστεί η επίδραση που θα έχει στην φυσιολογική και συναισθηματική κατάστασή του, ο τρόπος ζωής, το δίκτυο υποστήριξης, η ικανότητα αντιμετώπισης του εξοπλισμού

(π.χ. ημιμόνιμο κεντρικού φλεβικού καθετήρα), η δυνατότητα αντιμετώπισης και αναφοράς των παρενεργειών. Η αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης είναι αναγκαία ειδικά για ηλικιωμένους ή τελικού σταδίου ασθενείς για τον προσδιορισμό πιθανών κινδύνων προερχόμενων από την χημειοθεραπεία, καθώς υπάρχουσες συννοσηρότητες μπορεί να επηρεάσουν τις αντιδράσεις του σώματος στα φάρμακα. Επίσης, στους ηλικιωμένους η πιο αργή γαστρεντερική κινητικότητα επηρεάζει την απορρόφηση των φαρμάκων από το στόμα, την ακεραιότητα του βλεννογόνου και την δύναμη των μυών, ενώ, λόγω της μειωμένης πειραματικής διήθησης, υπάρχει μειωμένη δυνατότητα αποβολής των φαρμάκων και αυξημένος κίνδυνος νεφροτοξικότητας ⁽⁸⁶⁾. Για τους ασθενείς σταδίου III με καρκίνο παχέος εντέρου η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται κυρίως για ηλικίες κάτω των 75 ετών, παρέχοντας ένα σημαντικό όφελος στην επιβίωσή τους ⁽⁸⁷⁾, ενώ άλλες μελέτες αναφέρουν θετικά αποτελέσματα και για ηλικίες κάτω των 90 ⁽⁸⁸⁾. Ωστόσο, οι συνηθέστεροι λόγοι για τους οποίους δεν ενδείκνυται η επικουρική χημειοθεραπεία σε ηλικιωμένους ασθενείς είναι η πολύ μεγάλη ηλικία, συννοσηρότητα, μειωμένη σωματική αντοχή και άρνηση του ασθενούς ή της οικογένειας ⁽⁸⁹⁾, κάτι που σημαίνει ότι πρέπει να προηγηθεί τεκμηριωμένη ενημέρωση, ώστε να λάβουν σωστή απόφαση για το αν θα προχωρήσουν στη θεραπεία.

Οι επιπλοκές (άμεσες, βραχυχρόνιες και μακροχρόνιες) επηρεάζουν όλα σχεδόν τα συστήματα του οργανισμού (καρδιοπνευμονικό, γαστρεντερικό, ουροποιητικό, αιμοποιητικό, αναπαραγωγικό, νευρολογικό, δέρμα) και ο νοσηλευτής καλείται να τις αντιμετωπίζει κάθε φορά με τον προσφορότερο τρόπο (προφυλακτικά φάρμακα, εκπαίδευση κλπ) ^{(86) (81)}.

Μία παρενέργεια που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών είναι η περιφερική νευροπάθεια, δηλαδή καταστροφή ή βλάβη του περιφερικού νευρικού συστήματος, που εκφράζεται ως δυσκολία επιτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων που απαιτούν κινήσεις και συνεργασία μικρών μυών. Στα άνω άκρα εκφράζεται ως δυσκολία να κουμπώσουν κουμπί, να ανοίξουν ένα καπάκι – στα κάτω άκρα ως απώλεια της αίσθησης της θέσης στο πάτωμα με αποτέλεσμα συχνές πτώσεις και ατυχήματα. Επίσης, ως απώλεια ακριβούς αντίληψης της θερμοκρασίας με αποτέλεσμα εγκαύματα και κρυοπαγήματα. Επηρεάζει ακόμα τον

ύπνο, λόγω των έντονων πόνων τη νύχτα, με αποτέλεσμα κόπωση και επιβάρυνση της ψυχικής διάθεσης ⁽⁹⁰⁾.

Επίσης, σε έρευνα για τους παράγοντες που ευθύνονται για την μη έναρξη ή την μη ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας σε ασθενείς του ίδιου σταδίου, περιλαμβάνονται, εκτός από την ηλικία, σωματική αδυναμία και της επιπλοκές της θεραπείας, και η οικογενειακή κατάσταση του ασθενούς, και η συνακόλουθη κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη, κάτι που αναδεικνύει την ανάγκη ανάλογων παρεμβάσεων ⁽⁹¹⁾.

Διαπιστώνουμε, λοιπόν, τον σημαντικό ρόλο του νοσηλευτή στην χημειοθεραπευτική αγωγή ασθενών τελικού σταδίου, τόσο στην αξιολόγηση της σωματικής κατάστασης, την ενημέρωση, όσο και στην ψυχολογική και κοινωνική στήριξη. Ο έλεγχος της σωματικής κατάστασης μέσω των κατάλληλων εξετάσεων, η ενημέρωση και εκπαίδευση του ασθενή (που βοηθά στην διαχείριση του άγχους, την θετική οπτική τις ενημερωμένες επιλογές, την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων και την αντιμετώπισή τους), όπως και η διευκόλυνση σε πρακτικά ζητήματα (π.χ. μεταφορά στο κέντρο θεραπείας) μπορούν να βοηθήσουν όσο και η πληροφόρηση για τις παρενέργειες των φαρμάκων. Η τελευταία εξυπηρετεί την λύση παρεξηγήσεων σχετικά με την επίδραση των φαρμάκων στον οργανισμό (π.χ. όλα προκαλούν αλωπεκία) που ορισμένες φορές συμβάλλουν στην άρνηση της θεραπείας. Εξάλλου, η επέμβαση για τα ψυχολογικά προβλήματα της χημειοθεραπείας (που αποτελούν το 54% των συμπτωμάτων, σύμφωνα με έρευνα ⁽⁹²⁾) εστιάζεται στην παροχή πληροφοριών, την επικοινωνία, την περιορισμένη συμβουλευτική και την γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, την ανίχνευση δεξιοτήτων του ατόμου να ανταπεξέρχεται, τεχνικές χαλάρωσης και απόσπασης προσοχής. Παράλληλα ενθαρρύνεται η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενούς και υπάρχει συνεχής υποστήριξη σε ανακύπτοντα προβλήματα ⁽⁸⁶⁾ ⁽⁹²⁾.

7.3. Κολοστομία

Η κολοστομία είναι επακόλουθο ενός χειρουργείου, συχνότερα χειρουργείου για καρκίνο του ορθού (ακόμα και στην περίπτωση προχωρημένου σταδίου), που δημιουργεί όμως προβλήματα στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η διαχείριση και η

φροντίδα της στομίας είναι πολύ σημαντική για να επανακτήσουν οι ασθενείς την ποιότητα ζωής που είχαν προεγχειρητικά. Η εξειδίκευση των νοσηλευτών στην περιποίηση της στομίας και η εξέλιξη των επιθεμάτων έχουν μειώσει τα προβλήματα διαφυγής και ερεθισμού του δέρματος. Η θέση της κολοστομίας, έχει επιλεγεί σε συνεργασία με τον ασθενή, όπως αναφέρθηκε ⁽⁷⁵⁾.

Παρόλα αυτά, έρευνα σε άνδρες ασθενείς κατέδειξε ότι η αρχική αντίδρασή τους (σε ποσοστό 100%) στην ιατρική απόφαση ήταν έκπληξη και δισταγμός. Μετεγχειρητικά, το 70% παρουσιάζει προβλήματα σχετικά με την διαχείριση της κολοστομίας (ερεθισμός δέρματος, ήχοι αερίων, υδαρή κόπρανα, διάρροιες) και δυσκολία αποδοχής της ίδιας της στομίας το πρώτο διάστημα. Επίσης το 80% παρουσίασε ψυχολογικά προβλήματα, έντονο στρες ακόμα και άρνηση να βγουν απ' το σπίτι ή να ακολουθήσουν το καθημερινό πρόγραμμα. Παρατηρούνται επίσης και διαταραχές στη σεξουαλική δραστηριότητα. Ωστόσο, οι περισσότερες από αυτές τις επιδράσεις στην ποιότητα ζωής υποστρέφουν μετά από ένα έτος ⁽⁹³⁾.

Έχοντας όλα αυτά υπ' όψη, ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά τον ασθενή στην αντιμετώπιση τόσο των σωματικών, όσο και των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της κολοστομίας. Έρευνα κατέδειξε ότι οι διατροφικές επιλογές των ασθενών επηρεάζονται από τα δεδομένα της κολοστομίας: αυξημένη οσμή ή αέρια, αυξημένη παραγωγή ή δυσκοιλιότητα, διαρροή συσκευών και συναισθήματα σχετικά με την έξοδο απ' το σπίτι. Τα λαχανικά και τα φρούτα αναφέρθηκαν ως τα πιο προβληματικά τρόφιμα. Η δίαιτα αυτή μπορεί να οδηγήσει σε διατροφικές ελλείψεις. Γι αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να παρακολουθεί τη διατροφική κατάσταση των ασθενών και να παρεμβαίνει με ανάλογες διατροφικές συστάσεις ⁽⁹⁴⁾. Η κολοστομία επιφέρει δυσκολίες στην καθημερινή δραστηριότητα του ασθενούς, πλήττει την αυτοεικόνα του και επηρεάζει την ψυχολογία του, την οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική του ζωή ⁽⁷⁰⁾.

Επίσης, πέρα από την ακριβή τήρηση του πρωτοκόλλου στην περιποίηση και την πλήση της κολοστομίας, ο νοσηλευτής πρέπει να συζητήσει με τον ασθενή το πως αισθάνεται με τη μεταβολή στο σώμα του, καθώς και τις αντιδράσεις του περιβάλλοντός του (το οποίο αναπόφευκτα θα τον επηρεάσει με τη στάση του). Πρέπει να δείξει κατανόηση στην αρχική άρνηση του να αποδεχτεί τις αλλαγές στο

σώμα του, χωρίς όμως να συμμετέχει σ' αυτήν. Είναι σημαντικό να ενθαρρύνει τον ασθενή και τα πρόσωπα του περιβάλλοντός του να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, να απαντήσει ρεαλιστικά στις ερωτήσεις και τις ανησυχίες τους, να τους υποδείξει στρατηγικές αντιμετώπισης των συναισθηματικών αντιδράσεών τους, να βοηθήσει να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό περιβάλλον σεβασμού και αυτοεκτίμησης. Αλλά και η εκπαίδευση του ασθενούς και των οικείων του στην φροντίδα της στομίας, μπορεί να βοηθήσει, πέρα απ' την ικανοποίηση μιας πρακτικής ανάγκης, στην αποευαισθητοποίησή τους όσον αφορά στη μεταβολή της εικόνας του σώματος, αλλά ταυτόχρονα δίνει και μια αίσθηση δύναμης και διευκολύνει την προσέγγιση ασθενούς – περιβάλλοντος. Η θετική ενίσχυση του νοσηλευτή ενθαρρύνει την συνέχιση αυτών των συμπεριφορών ⁽⁹⁵⁾.

7.4. Καρκινικός πόνος

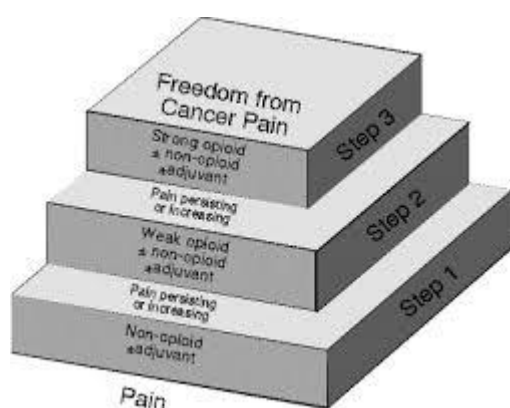
Ο πόνος αποτελεί μία σημαντική αρνητική παράμετρο που επιδρά στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο. Μπορεί να προέρχεται από τις διαγνωστικές διεργασίες, τον ίδιο τον όγκο (πίεση των γύρω ιστών και ερεθισμό των νευρικών απολήξεων ή διήθηση νεύρων αιμοφόρων αγγείων, περιόστεου), από την χημειοθεραπεία ή να είναι χρόνιος πόνος από την χειρουργική επέμβαση ή τον ακρωτηριασμό. Όπου υπάρχει οστική συμμετοχή ή διήθηση νεύρων ο πόνος εντείνεται. Ο προχωρημένος καρκίνος, περιλαμβανομένων των μεταστάσεων, προκαλεί πόνο στο 90% των ασθενών ^{(96) (97) (81)}.

Η μοναδικότητα του καρκινικού πόνου είναι ότι ο ασθενής θα βιώσει πόνο από περισσότερες από μία αιτιολογίες, σε περισσότερα από ένα σύνδρομα πόνου, σε διαφορετική ένταση και διάρκεια. Ο όρος «ολικός πόνος» περιγράφει το πολυδιάστατο και πολύπλοκο του καρκινικού πόνου και της ανάγκης να αντιμετωπιστούν όλα τα συστατικά του: φυσικο-ψυχολογικά, διαπροσωπικά, οικονομικά, πνευματικά. Ο χρόνιος πόνος δημιουργεί μια σειρά από αντιδράσεις (αυξημένη Α.Π., καρδιακή συχνότητα, μειωμένη γαστρική-εντερική κινητικότητα, διαταραχές ύπνου, αύξηση των μεταβολικών αναγκών, μειωμένη επούλωση, καταστολή του ανοσοποιητικού, κατάθλιψη) που έχουν αρνητική επίδραση στην υγεία του ασθενή. Επομένως το κόστος του πόνου είναι φυσιολογικό, ψυχολογικό και οικονομικό ^(98; 95)

Πάνω από το 50% των ασθενών δεν αισθάνονται επαρκή ανακούφιση με τα μέτρα που εφαρμόζονται κατά του πόνου, ενώ η παρουσία του πόνου σε συνδυασμό με την κόπωση κάνουν την αντιμετώπιση άλλων συμπτωμάτων πιο δύσκολη. Ο νοσηλευτής θεωρείται υπεύθυνος για τον έλεγχο του πόνου, ακολουθώντας κατευθυντήριες οδηγίες, που εξατομικεύονται, όμως, σε κάθε ασθενή. Πρέπει να γίνεται συχνή αξιολόγηση του πόνου και να εκπαιδεύονται ο ασθενής και η οικογένειά του στην επανεκτίμηση και τον έλεγχο του πόνου ⁽⁸¹⁾.

Η αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου περνά από πολλά στάδια:

- Η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία και για τον πόνο και χρησιμοποιείται για να προλάβει να μην εκδηλωθεί το επιβλαβές ερέθισμα.
- Αιτιώδης θεραπεία: Το χειρουργείο αφαίρεσης του όγκου και η ακτινοθεραπεία στοχεύουν συχνά στη μείωση του πόνου που δεν καταστέλλεται ούτε με οπιούχα. Στους ασθενείς με φτωχή πρόγνωση η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία χρησιμοποιούνται ανακουφιστικά.
- Φαρμακολογική: Βασική αρχή είναι η εξατομίκευση της θεραπείας, χρησιμοποιώντας την αρχή της αναλγητικής σκάλας του WHO. Η ένταση του πόνου είναι το κριτήριο για να κινηθεί πάνω ή κάτω στη σκάλα. Το πρώτο βήμα είναι η χρήση μη οπιοειδών αναλγητικών (παρακεταμόλης ασπιρίνης) ή μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών. Ο πόνος που επιμένει και αυξάνεται αντιμετωπίζεται με οπιοειδή ή οπιούχα σε αυξανόμενες δόσεις ανάλογα με την ένταση του πόνου.



Εικ.18. Η αναλγητική κλίμακα του καρκινικού πόνου του WHO στο Κιαγιά Μ, Αντιμετώπιση του χρόνιου καρκινικού πόνου

Η βέλτιστη χρήση της σκάλας του WHO έχει αποδειχτεί ότι ανακουφίζει το 90% των ασθενών με καρκίνο και το 75% των καρκινοπαθών τελικού σταδίου.

Ωστόσο, η οπιοφοβία είναι ένας απ' τους συχνά αναφερόμενους λόγους για τη φτωχή διαχείριση του πόνου, αν και σπάνια (1:10.000) παρατηρείται ψυχολογική εξάρτηση ή εθισμός σε καρκινικούς ασθενείς. Ο κύριος λόγος αύξησης της δόσης δεν είναι η φαρμακολογικά ανοχή αλλά η πρόοδος της ασθένειας και η σωματική εξάρτηση συμβαίνει όταν γίνεται απότομη διακοπή του φαρμάκου ή χρησιμοποιείται ναλοξόνη ⁽⁹⁸⁾. Γενικά, για την αντιμετώπιση του πόνου πρέπει να έχουμε υπόψη ότι προτιμούμε τη χρήση per os αναλγητικών και τα χορηγούμε σε τακτά χρονικά διαστήματα και όχι με την επανεμφάνιση του πόνου, εξατομικεύουμε την δόση των οπιοειδών και την αυξάνουμε βαθμιαία, όταν χρειάζεται, με ρυθμό 30-50% ημερησίως, γίνεται συχνή επανεκτίμηση και τα διακόπτουμε πάντα σταδιακά, λαμβάνοντας μέτρα για τις ανεπιθύμητες ενέργειες ⁽⁹⁹⁾.

- Επεμβατική: Χρησιμοποιείται κυρίως σε ασθενείς προχωρημένου σταδίου, όταν η από του στόματος θεραπεία δεν αποδίδει και περιλαμβάνει επισκληρίδια ή ενδορραχιαία αναλγησία, μπλοκ νεύρου, νευρολυτικό μπλοκ, χορδοτομή.
- Διαπροσωπικές/πνευματικές μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις: Βασίζεται στην δημιουργία θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή-ασθενή. Το θεραπευτικό άγγιγμα μπορεί να προκαλέσει βαθιά χαλάρωση και το άγχος και ο πόνος να ανακουφιστούν. Οι πνευματικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν προσευχή με μέλη της οικογένειας ή ιερέα, παρηγοριά, ενθάρρυνση, συνομιλία, χαμόγελο, παροχή θρησκευτικής μουσικής (98). Θρησκευτικές αναφορές στον πόνο του Θεανθρώπου Χριστού και των αγίων, η θεώρηση του πόνου ως παιδαγωγικό μέσο, η ταπείνωση και η ελπίδα της Αναστάσεως και της μεταθανάτιας ζωής μπορούν να βοηθήσουν τον πάσχοντα να αντιμετωπίσει με άλλα ψυχικά εφόδια τον πόνο και ίσως να νιώσει και ανακούφιση ^{(97) (95)}.
- Γνωστικές παρεμβάσεις: εκπαίδευση των ασθενών (χαλάρωση μυών, καθοδηγούμενο οραματισμό), εκτροπή της προσοχής (εστίαση στην αναπνοή, τον καρδιακό ρυθμό, αντί του ερεθίσματος πόνου, σε θετικό συναίσθημα από τη μνήμη, οπτική απόσπαση, μουσική) (98). Η μουσική, πέρα από τη διαχείριση του πόνου, βοηθά στην αύξηση των θετικών συναισθημάτων έναντι των αρνητικών ⁽¹⁰⁰⁾.

- Συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις: Συνίσταται σε διάφορες παρεμβάσεις (παροχή συμβουλών και υποστήριξη των ατόμων και της οικογένειάς τους, ύπνωση)
- Φυσικές παρεμβάσεις: Μπορεί να ασκηθεί ως χαλάρωση, δερματικές παρεμβάσεις, μασάζ (χάιδεμα, τριβή, μαλάξεις), TENS (παροχή ηλεκτρικής ενέργειας σε όλη την επιφάνεια του δέρματος και τόνωση του περιφερικού νευρικού συστήματος), βελονισμός ⁽⁹⁸⁾. Στις εναλλακτικές πρακτικές συγκαταλέγεται και η αρωματοθεραπεία σε συνδυασμό με το μασάζ, μια πανάρχαια πρακτική που ενεργεί ηρεμιστικά, θεραπευτικά, απαλύνει τον πόνο, διευκολύνει τον ύπνο, επηρεάζει θετικά την διάθεση ⁽¹⁰¹⁾. Περιβαλλοντικοί χειρισμοί: περιλαμβάνουν την ρύθμιση παραγόντων του περιβάλλοντος, όπως θερμοκρασία, φως, θόρυβος, ατμόσφαιρα ⁽⁹⁸⁾.

7.6. Προβλήματα Διατροφής

Οι μεταβολικές απαιτήσεις του καρκίνου, οι παρενέργειες της θεραπείας, το συναισθηματικό στρες αλλάζουν την διατροφική κατάσταση των ασθενών. Το σύνδρομο καχεξίας χαρακτηρίζει το 80% όσων πεθαίνουν από καρκίνο και γίνεται αντιληπτό από την ανορεξία, την απώλεια βάρους, την ατροφία των μυών (τα καρκινικά κύτταρα καταναλώνουν αμινοξέα από τους μύες αντί γλυκόζης) και του λιπώδους ιστού, υπερλιπιδαιμία, ταχεία κόπωση κ.α. Η καχεξία είναι αποτέλεσμα της διαταραγμένης απορρόφησης και των αλλαγών στο μεταβολισμό, γι αυτό και ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει ότι συναντάται και σε ασθενείς με επαρκή θερμιδική και πρωτεϊνική πρόσληψη. Επιπλέον παράγοντες που συντελούν στην καχεξία είναι η ναυτία και ο εμετός (ως παρενέργειες της χημειοθεραπείας), οι αυξημένες θρεπτικές ανάγκες λόγω των χειρουργικών επεμβάσεων, προβλήματα στην απορρόφηση της τροφής που προκαλούνται από το χειρουργείο (κολεκτομή). Αλλά και η απώλεια της γεύσης και της όσφρησης, η καθυστερημένη κένωση του στομάχου (λόγω μεταβολικών διαταραχών), τα δυσάρεστα συναισθήματα, το άγχος, ο πόνος, η κόπωση συντελούν στην μείωση της όρεξης.

Η παρακολούθηση της διατροφής των ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο υποσιτισμού αποτελεί καθήκον του νοσηλευτή, ο οποίος σε συνεργασία με

διαιτολόγο θα εκτιμήσει την διατροφική κατάστασή τους και θα ενεργήσει για την πρόληψη και πρώιμη θεραπεία δημιουργώντας ένα εξατομικευμένο διατροφικό πλάνο φροντίδας (ενθάρρυνση για μικρά και συχνά γεύματα, για αγαπημένα φαγητά, φαγητά με υψηλή πρωτεϊνική αξία, χορήγηση αντιεμετικών, αναλγητικών, χρήση διεγερτών όρεξης κλπ). Σε ασθενείς με σοβαρή ανορεξία – καχεξία μπορεί να απαιτείται παρεντερική διατροφική υποστήριξη, όταν υπάρχει μηχανική ανικανότητα λήψης τροφής απ' στόμα.

Ωστόσο, μόνο σε περιπτώσεις όπου η μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων είναι η αιτία απώλειας βάρους μπορούν να αποδώσουν τα συμπληρώματα διατροφής. Αν, όμως, υπάρχει αυξημένη δαπάνη ενέργειας, η επιπλέον ενέργεια θα οδηγήσει πιθανά σε μεγαλύτερη δαπάνη της απ' τον όγκο, διατηρώντας παράλληλα την αρνητική ενεργειακή ισορροπία. Γι αυτό, στο πλαίσιο της ανακουφιστικής αγωγής η διατροφική υποστήριξη θα πρέπει να γίνεται με προσοχή. Η τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση στο τέλος της ζωής δεν έχουν αποδειχτεί ωφέλιμες, ενώ μπορεί να προκαλέσουν επιπλοκές και δυσφορία. Εξάλλου, η καρκινική καχεξία δεν είναι αναστρέψιμη σε προχωρημένο στάδιο της νόσου. Οι επιλογές του ασθενή σχετικά με το πως επιθυμεί τις τελευταίες μέρες της ζωής του θα πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο διαλόγου με την ομάδα φροντίδας υγείας που τον παρακολουθεί⁽⁸¹⁾⁽¹⁰²⁾.

7.7. Κόπωση

Η κόπωση είναι το πιο συχνό σύμπτωμα των ασθενών με καρκίνο, επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους και σχετίζεται τόσο με την ίδια την ασθένεια, όσο και με την θεραπεία της. Από τα πολλαπλά συμπλέγματα συμπτωμάτων που βιώνει ένας καρκινοπαθής (πόνος, δυσκολία ύπνου, κόπωση, κατάθλιψη), η κόπωση είναι το σημαντικότερο όλων και η γενεσιουργός αιτία άλλων συμπτωμάτων.

Το άτομο βιώνει μια συντριπτική και συνεχή αίσθηση εξουθένωσης και έχει μειωμένη ικανότητα για φυσική και πνευματική εργασία. Οι εκδηλώσεις της κόπωσης γίνονται αντιληπτές από τα μέλη της οικογένειας και τους επαγγελματίες υγείας και εκφράζονται ως κούραση, ωχρότητα, επιπόλαιη αναπνοή, περιορισμένη κινητικότητα, χαμηλόφωνη ομιλία, μειωμένη διάθεση λόγου, μειωμένη

συγκέντρωση και δραστηριότητα. Από τις εμπειρίες των ασθενών συνάγεται ότι σε άλλους η συναισθηματική και ψυχολογική κόπωση είναι εντονότερη από την σωματική και σε άλλους το αντίστροφο.

Ως επακόλουθο της κόπωσης εμφανίζεται η απόσυρση από τις οικογενειακές, εργασιακές, κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες και η ανάπτυξη έντονων συναισθημάτων απομόνωσης και έλλειψης κινήτρων για επανέναρξη μιας φυσιολογικής ζωής. Τα αισθήματα αυτά εκφράζονται ακόμα κι όταν ο ασθενής έχει ένα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον.

Η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και το χειρουργείο επιτείνουν την κόπωση, και ειδικά η ανακουφιστική χειρουργική επέμβαση, που ακολουθεί μετά από μήνες ή χρόνια αντινεοπλασματικής αγωγής, επιδεινώνει την κόπωση του ασθενούς τελικού σταδίου. Στους ασθενείς αυτούς η κόπωση φτάνει στο υψηλό ποσοστό 50-75%, χωρίς να μπορεί να διαχωριστεί η φυσική αδυναμία από την συναισθηματική κόπωση. Συχνά συνδυάζεται με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης και επιδεινώνεται με την υποτροπή της νόσου ή την έναρξη νέας θεραπείας. Επίσης, το πένθος, η απώλεια αλλά και οι ουσίες που εκκρίνονται από τον όγκο, οι ηλεκτρολυτικές και ενδοκρινικές διαταραχές, η αναιμία, οι κιτοκίνες και οι λεμφοκίνες σχετίζονται με την κόπωση στα προχωρημένα στάδια.

Πριν τη νοσηλευτική παρέμβαση πρέπει να προηγηθεί σωστή αξιολόγηση της κόπωσης, γιατί έχει σημασία η χρονική στιγμή της αξιολόγησης (π.χ. άλλο το αποτέλεσμα της αξιολόγησης πριν και άλλο μετά την χημειοθεραπεία). Επίσης, θα πρέπει να προσδιοριστεί η αιτία του συμπτώματος και να γίνει προσπάθεια να αποκατασταθεί. Ωστόσο, δεν είναι εύκολο να εντοπιστούν τα αίτια· οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της κόπωσης δεν έχουν μελετηθεί αρκετά, και μάλιστα παρεμβάσεις, όπως η σύσταση ανάπαυσης, μπορεί να είναι και επιζήμιες, καθώς η παρατεταμένη ακινησία συχνά επιτείνει την κόπωση και προκαλεί μη αναστρέψιμες απώλειες σε ενέργεια και λειτουργικότητα. Άλλες παρεμβάσεις που αφορούν στη σωματική άσκηση έχουν αμφιλεγόμενα αποτελέσματα. Η επικρατούσα παρέμβαση, που στηρίζεται σε περιορισμένα στοιχεία, αναφέρεται στην αντιμετώπιση του στρες (μέσω συμβουλευτικής, εκπαίδευσης, διαλογισμού, ύπνου, μυϊκής χαλάρωσης, σωματικής άσκησης, ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων) και την διατήρηση ενέργειας

(με την αναγνώριση της αξίας της ανάπαυσης και προτεραιοτήτων σε ρόλους ή δραστηριότητες, την ανάθεση εργασιών σε άλλους), ενώ φαρμακολογικά ενδείκνυται η θεραπεία με ερυθροποιητίνη-άλφα για την αντιμετώπιση της αναιμίας και της συνακόλουθης κόπωσης. Ωστόσο, από μαρτυρίες, φαίνεται ότι αυτές οι στρατηγικές έχουν μικρή αξία στους ασθενείς τελικού σταδίου, στους οποίους η μη προβλεψιμότητα (δεν υπάρχει συγκεκριμένη περίοδος εκδήλωσης όπως π.χ., μετά την χημειοθεραπεία) και η βαρύτητα της κόπωσης δεν επιτρέπουν τέτοιους σχεδιασμούς^{(103) (104) (105) (81)}.

7.8. Ποιότητα ζωής

Η ποιότητα ζωής (παρότι ο όρος εμπεριέχει το ευμετάβλητο και υποκειμενικό στοιχείο) περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά και τους περιορισμούς που επηρεάζουν την ικανότητα κάποιου να είναι λειτουργικός, να ικανοποιείται από αυτό που κάνει και, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, συνίσταται στην σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία.

Μελέτες έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής του ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου μεταβάλλεται δυσμενώς μετά την κολοστομία, τους πρώτους τρεις μήνες μετά το χειρουργείο, ενώ παράγοντες που επιδεινώνουν την ποιότητα ζωής είναι ο πόνος, η χρόνια κόπωση, η δύσπνοια, η αϋπνία, ελλείψεις στη συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα, οικονομικές δυσκολίες, Το άγχος και η κατάθλιψη τους ακολουθούν και δύο χρόνια μετά το τέλος της θεραπείας. Βελτίωση στο κομμάτι της ψυχικής ποιότητας ζωής υπάρχει μετά τα 3 χρόνια. Το πως αντιλαμβάνονται οι ασθενείς την ποιότητα ζωής εξαρτάται από το στάδιο της ασθένειας, το φύλο, την ηλικία, τη φάση της διάγνωσης της ασθένειας, το όργανο που προσβάλλει, την ύπαρξη οικογένειας, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, το είδος θεραπείας (η εγχείρηση με χημειοθεραπεία καταβάλλει περισσότερο από την χειρουργική θεραπεία μόνο), την διάρκεια της νόσου, την ύπαρξη μετάστασης, τον τόπο διαμονής (πόλη-επαρχία). Η ψυχική καταπόνηση υπάρχει σε όλους τους ασθενείς και εκφράζεται με άγχος, διαταραχές του ύπνου και κατάθλιψη, ενώ ο μηχανισμός της άμυνας της άρνησης και η αίσθηση συνοχής επηρεάζουν θετικά την ποιότητα ζωής^{(104) (81) (106)}.

Η ποιότητα ζωής των ασθενών σχετίζεται άμεσα με την ικανότητα των νοσηλευτών να τους βοηθούν να διαχειριστούν τις αλλαγές που επιφέρει ο καρκίνος στη ζωή τους. Αυτοί θα βοηθήσουν τους ίδιους και το περιβάλλον τους να προσαρμοστούν σε κάθε φάση της αρρώστιας, από την διάγνωση, τη θεραπεία, την υποτροπή ως το τελικό στάδιο, την απώλεια και το θρήνο της οικογένειας), ώστε να δώσει νόημα στη ζωή τους μέσα από την εμπειρία της ασθένειας ⁽¹⁰⁷⁾.

Η στήριξη του νοσηλευτή προς τον ασθενή και την οικογένειά του αρχίζει από τη φάση της διάγνωσης και το ισχυρό σοκ που την ακολουθεί. Η στήριξη συνίσταται στην προσεκτική ακρόαση, την ενσυναίσθηση το αυθεντικό ενδιαφέρον. Ο φόβος που αισθάνεται ο καρκινοπαθής εκφράζεται συχνά με συμπεριφορές ασυνήθιστες για την προσωπικότητά του: θυμός, άρνηση, αδυναμία, κατάθλιψη, απελπισία, σκεπτικισμό, αποδοχή και εκλογίκευση. Ο νοσηλευτής μπορεί να καθησυχάσει τον ασθενή λέγοντάς του ότι οι αντιδράσεις του είναι φυσιολογικές. Επίσης, είναι αναγκαία η έγκαιρη αντιμετώπιση, με τα κατάλληλα ανακουφιστικά μέτρα, των συμπτωμάτων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ασθενή. Η ικανότητα του νοσηλευτή να ανιχνεύει τη βαθύτερη αιτία ενός συμπτώματος και να την αντιμετωπίζει θα αυξήσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς προς αυτόν.

Βασικό κλειδί για την βελτίωση στάσης του ασθενή απέναντι στην ασθένεια είναι η εμφύσηση από τον νοσηλευτή μιας πνοής ελπίδας σε αυτόν και τα αγαπημένα του πρόσωπα. Ελπίδα ότι τα συμπτώματα δεν είναι σοβαρά και η θεραπεία θα είναι αποτελεσματική, ότι θα ανακουφιστεί από τον πόνο και θα ζήσει, ότι θα έχει έναν ειρηνικό και αξιοπρεπή θάνατο. Ένα άλλο μέσο είναι η χρησιμοποίηση της τέχνης, όπως η διήγηση όπου ο ασθενής αφηγείται την πορεία της νόσου από την διάγνωση εκφράζοντας ταυτόχρονα τα συναισθήματά του και αποκτώντας μια αίσθηση ελέγχου ^{(81) (106)}

7.9. Ψυχολογικές επιπτώσεις

Όπως έχει αναφερθεί ήδη (κεφ. 3.1) και επιβεβαιώνεται και από πολλές έρευνες η έναρξη του καρκίνου συσχετίζεται με ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής, ενώ η ίδια η ασθένεια οδηγεί σε ψυχικό φόρτο.

Από την διάγνωση της ασθένειας εμφανίζονται πολλές ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις: φόβος πόνου, θεραπείας, επικείμενου θανάτου, ενοχή, θυμός. Στον ασθενή με καρκίνο εμφανίζονται συμπτώματα συνδεόμενα μεταξύ τους, ενώ ταυτόχρονα επηρεάζονται και προϋπάρχοντα συμπτώματα. Η αντίδραση του κάθε ασθενή στα συμπτώματα εξαρτάται από το φυσιολογικό, ψυχολογικό, κοινωνικο-οικονομικό του υπόβαθρο και την προσωπικότητά του. Κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές που αυξομειώνονται ανάλογα με την πορεία της νόσου, διαταραχές προσαρμογής, δυσφορία, θλίψη, ανησυχία για το μέλλον, ανησυχίες για οικογενειακής φύσεως προβλήματα είναι οι συχνότερες διαταραχές.

Ο πόνος, η καταπόνηση, ο πυρετός, η ναυτία ασκούν μεγάλη επίδραση στην ψυχολογία των ασθενών και τους οδηγούν συχνά στην κατάθλιψη, αναλογικά με την βαρύτητα των συμπτωμάτων. Επίσης, το στάδιο της ασθένειας, η ύπαρξη κολοστομίας, η αναμονή των αποτελεσμάτων των εξετάσεων, η παρουσία συμπτωμάτων της νόσου, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης αλλά και η προγενέστερη ψυχική καταπόνηση αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες κατάθλιψης^{(95) (106) (104) (108)}. Ειδικότερα, η ψυχική καταπόνηση αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου και επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Σε έρευνα που έγινε αναδείχτηκε ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας καθορίζουν σημαντικά την εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχικής καταπόνησης, λόγω της ασθένειας⁽¹⁰⁶⁾.

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βελτιώσει την προσαρμογή, την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών, να μειώσει το στρες, την κόπωση, την αϋπνία. Η εφαρμογή της, την τελευταία δεκαπενταετία, σε επιβιώσαντες αλλά και σε τελικού σταδίου ασθενείς έδωσε ενθαρρυντικά αποτελέσματα⁽¹⁰⁹⁾. Γενικά θα πρέπει αν εκτιμάται η ψυχική καταπόνηση σε όλη τη διάρκεια της νόσου, αφού πολλά συμπτώματα επιδεινώνονται βαθμιαία και οι παρεμβάσεις θα πρέπει να πραγματοποιούνται αμέσως μετά την διάγνωση της νόσου. Για την ομαλή ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ασθενούς θα πρέπει να γίνεται σωστή ενημέρωση για την φύση και την πορεία της ασθένειας, κάτι που θα τον βοηθήσει στην κατανόησή της. Θα πρέπει να στηρίζεται στο να δεχτεί τις όποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις και να του γνωστοποιούνται οι πιθανές παρενέργειες και επιπλοκές. Είναι αναγκαίο να ενθαρρύνεται να αντιμετωπίζει το μέλλον με αισιοδοξία, να συμμετέχει προσωπικά

στη διαχείριση της νόσου, να ενεργοποιούνται έγκαιρα ψυχοθεραπευτικοί χειρισμοί, ώστε να αντιμετωπίζονται τα όποια ψυχολογικά προβλήματα παρουσιάζει ο ασθενής, να βιώνει τη νόσο του λιγότερο ψυχοτραυματικά και να αναπτύσσει μηχανισμούς και στρατηγικές που θα οδηγήσουν σε μη κοινωνική απόσυρση. Έχει αποδειχθεί ότι με τη συμβουλευτική και την ψυχοθεραπεία το άγχος των ασθενών μειώνεται, διευκολύνεται η επικοινωνία με τους γιατρούς και επιβραδύνεται η εξέλιξη της νόσου ⁽¹⁰⁶⁾

Στα καθήκοντα του νοσηλευτή ανήκει, μετά την αξιολόγηση των συμπτωμάτων, και η διαχείρισή τους σε κάθε θεραπευτικό στάδιο από την πρώτη ημέρα της διάγνωσης. Πριν τον σχεδιασμό της παρέμβασης πρέπει να ληφθεί υπόψη η επικάλυψη σε θεραπείες συμπτωμάτων πόνου, εξάντλησης, κατάθλιψης. Επιλέγονται παρεμβάσεις, ακόμα και από τις λιγότερο αποδεκτές, με πιο ευνοϊκά αποτελέσματα ή λιγότερη τοξικότητα.

- Βασικό βήμα η προώθηση μιας **θεραπευτικής σχέσης** με τον ασθενή και την οικογένειά του (βοηθά η ζεστασιά, το ενδιαφέρον, ο σεβασμός, η θετική άποψη, αίσθηση χιούμορ) και επιδέξιες στρατηγικές επικοινωνίας
- **Ανθρωπιστική προσέγγιση:** περιλαμβάνει ενσυναίσθηση, γνησιότητα του θεραπευτή (πίστη ότι οι ασθενείς θα βρουν τις καλύτερες λύσεις για τον εαυτό τους), θετική σχέση (τα άτομα γίνονται αποδεκτά ανεξάρτητα από την συμπεριφορά τους)
- **Συμπεριφοριστική προσέγγιση:** μέσω συσχέτισης (προλαμβάνει καταστάσεις που συσχετίζονται με αρνητικά αποτελέσματα και δημιουργούν άγχος), ενδυνάμωσης (ενίσχυση στο τι μπορούν να επιτύχουν οι ασθενείς και όχι στο τι δεν μπορούν) αντιπροσωπευτική μάθηση (με την παρακολούθηση άλλων ασθενών ή των επαγγελματιών υγείας).
- **Γνωστική προσέγγιση:** Βοηθά στην τροποποίηση της σκέψης και την αντικατάσταση από πιο θετικούς και ρεαλιστικούς τρόπους σκέψης
- **Ψυχαναλυτική προσέγγιση:** Αν και απαιτεί εξειδικευμένο νοσηλευτή, η γνώση της είναι σημαντική για την κατανόηση της συμπεριφοράς. Δεν είναι καλό να αμφισβητήσει ο νοσηλευτής τις άμυνες που χρησιμοποιεί ο ασθενής για να μειώσει την ένταση που του προκαλεί η ασθένεια αλλά να αποφύγει την

αθέμιτη σύμπραξη με παροχή πραγματικών στοιχείων, μη επικριτική προσέγγιση, κατανόηση

- **Διατροφική προσέγγιση:** πολυβιταμινούχα σκευάσματα διεγείρουν τους νευροδιαβιβαστές για την αντιμετώπιση του πόνου, τα «έξυπνα» φαγητά βελτιώνουν την εγκεφαλική λειτουργία και την απόδοση του ΚΝΣ.
- **Άσκηση:** προγράμματα ασκήσεων ειδικά για τα συμπτώματα του καρκίνου βελτιώνουν την φυσική δραστηριότητα, μειώνουν την κόπωση και το στρες
- **Φαρμακευτική αγωγή:** ερυθροποιητίνη-άλφα για την αναιμία, αμφεταμίνες για την κατάθλιψη ⁽¹⁰⁴⁾ ⁽¹¹⁰⁾.

7.10. Ηλικιωμένοι ασθενείς

Η διαχείριση της φροντίδας των ηλικιωμένων με καρκίνο είναι ένα θέμα που πρέπει να απασχολήσει περισσότερο τους νοσηλευτές καθώς αυξάνεται, με την πάροδο του χρόνου, και ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων και ο αριθμός όσων πάσχουν από καρκίνο. Οι γεροντολογικές ιδιαιτερότητες περιλαμβάνουν μειωμένη οργανική λειτουργία, μειωμένο ανοσοποιητικό, μειωμένη σκελετική και μυϊκή μάζα καθώς και ελαστικότητα δέρματος, αλλαγές στην κατανομή, τον μεταβολισμό, την απέκκριση του φαρμάκου. Κατά την χορήγηση της θεραπείας, ο νοσηλευτής πρέπει να βρίσκεται σε επαγρύπνηση για πιθανή δυσανεξία, λόγω των φυσιολογικών αλλαγών που επέρχονται με την ηλικία αλλά και της επίδρασης με την θεραπεία για συνυπάρχοντα νοσήματα ⁽⁸¹⁾.

Υπάρχει η τάση τα ηλικιωμένα άτομα να διαγιγνώσκονται με περισσότερο προχωρημένη νόσο, επειδή δεν ζητούν εγκαίρως βοήθεια, λόγω του φόβου τους για την ασθένεια και τη θεραπεία της, αλλά και λόγω του ότι θεωρούν τον θάνατο αναπόφευκτο ή, λόγω οργανικών και κοινωνικών παραγόντων, έχουν δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες έγκαιρης διάγνωσης.

Σύμφωνα με την διακήρυξη της Oncology Nursing Society (ΗΠΑ, 1992), τονίζεται μεταξύ άλλων, η περιορισμένη κατανόηση της σχέσης καρκίνου-γήρανσης και η έλλειψη γνώσης για την ανάγκη πρόληψης, έγκαιρης ανίχνευσης, θεραπείας και αποκατάστασης των ηλικιωμένων αρρώστων. Παρότι δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση τελευταία στην δευτερογενή (ασυμπτωματική) πρόληψη του καρκίνου στους

ηλικιωμένους, υπάρχουν δυσκολίες λόγω της συμπεριφοράς της αρρώστιας στους ηλικιωμένους (περισσότερο γενικά συμπτώματα παρά ειδικά), της συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας (προκατάληψη για ηλικιωμένους) και ζητήματα που αφορούν στο σύστημα φροντίδας (προσανατολισμός σε συμπτωματική νόσο και θεραπεία)^{(111) (112)}.

Όσον αφορά στην αντένδειξη της αντικαρκινικής θεραπείας με υψηλότερη τοξικότητα στους ηλικιωμένους, οι απόψεις δίστανται, καθώς άλλοι ερευνητές θεωρούν ότι έχουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης παρενεργειών και άλλοι θεωρούν ότι η ηλικία δεν σχετίζεται με τις επιπλοκές της θεραπείας. Δεν είναι σίγουρο αν σχετίζεται η επικουρική χημειοθεραπεία με υψηλότερη επιβίωση στους ασθενείς άνω των 80 ετών^{(112) (113)}.

Ένα άλλο θέμα που απασχολεί όσους ασχολούνται με την αντιμετώπιση του καρκίνου στους ηλικιωμένους είναι ο υψηλός επιπολασμός της συνύπαρξης όγκου παχέος εντέρου και άνοιας. Οι ασθενείς αυτοί έχουν χαμηλότερη ανοχή στη θεραπεία και με αποτέλεσμα να λαμβάνουν λιγότερη θεραπεία και έτσι να έχουν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας από 20-50%, όπως προκύπτει και από έρευνα. Για τους ασθενείς με άνοια που δεν έλαβαν χημειοθεραπεία μειώθηκε πάνω από το μισό ο χρόνος επιβίωσης σε σχέση με τους άλλους ασθενείς που δεν είχαν άνοια. Η εντολή του γιατρού για χημειοθεραπεία δεν ακολουθείται, ενώ ο κίνδυνος τοξικότητας από τη χημειοθεραπεία αυξάνεται και επιδεινώνει την άνοια. Εξάλλου τα οφέλη της επιβίωσης για αυτούς τους ασθενείς σε σχέση με τους κινδύνους που εγκυμονεί η χημειοθεραπεία αποτρέπουν αυτούς και τις οικογένειές τους να δεχτούν την θεραπεία και η χρησιμότητα της θεραπείας αποτελεί αντικείμενο μελέτης⁽¹¹⁴⁾.

Το σχέδιο φροντίδας θα πρέπει να εξειδικεύεται ανάλογα με τον ασθενή, συνεργατικά και με βάση τους στόχους που θέτονται. Υπάρχουν ηλικιωμένοι που είναι σε καλή κατάσταση, χωρίς λειτουργικά ελλείμματα και μπορούν να επωφεληθούν από την τυπική θεραπεία, σε αντίθεση με όσους έχουν χρόνιες παθήσεις και γηριατρικά σύνδρομα, στους οποίους η θεραπεία μπορεί να ενέχει κινδύνους νοσηρότητας ή θνησιμότητας. Ειδικά για τους ασθενείς με καρκίνο η εξειδίκευση της φροντίδας έχει σημασία λόγω του ότι εμπλέκονται πολλές ιατρικές

ειδικότητες και μπορεί να χορηγηθεί δυνητικά τοξική θεραπεία. Επομένως, προέχει η αξιολόγηση του ασθενούς με επίκεντρο τον ίδιο, ώστε να αποφεύγεται η υπερ- ή υπο-θεραπεία, ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς.

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ανιχνεύσουν προβλήματα των ασθενών που δεν έχουν αντιμετωπιστεί και να εισαγάγουν παρεμβάσεις για την αύξηση της λειτουργικής ικανότητας και τη βελτίωση της επιβίωσής τους. Η προεγχειρητική γηριατρική εκτίμηση είναι απαραίτητη για τον εντοπισμό υψηλού κινδύνου ασθενών (καρδιαγγειακές, πνευμονολογικές αρρώστιες), των ανεπιθύμητων περιεγχειρητικών εκβάσεων (επιπλοκές, θνησιμότητα) και την επίτευξη της βέλτιστης φροντίδας. Οι πιθανοί κίνδυνοι συζητώνται με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Μετεγχειρητικοί κίνδυνοι των ηλικιωμένων, όπως νελίριο, υποσιτισμός, έλκη πίεσης, πτώσεις, λειτουργική παρακμή, δυσμενής επίδραση φαρμάκων και θάνατος, ο κίνδυνος ιδρυματισμού, μπορεί αν μειώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Πρέπει, επίσης, να εκπαιδευτούν ο ασθενής και οι συγγενείς τους στην αντιμετώπιση του πόνου με ελεγχόμενη από τον ίδιο αναλγησία, την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας ως παρενέργειας των οπιοειδών αναλγητικών, τη σωστή και συχνή σπειρομέτρηση, την έγκαιρη κινητοποίηση και παρεμβάσεις για την μείωση του κινδύνου παραληρήματος.

Στη συνέχεια, θα πρέπει αν συζητηθεί το ζήτημα της χημειοθεραπείας (υπέρ-κατά) και, σε περίπτωση θετικής απόφασης, να δεχτεί συμβουλές σχετικά με την διαχείριση των συμπτωμάτων και την υποστηρικτική φροντίδα. Επίσης, πολύ πιθανόν να χρειαστεί παραπομπή σε διατροφολόγο, φυσιοθεραπευτή.

Άλλες παράμετροι της φροντίδας είναι αντιμετώπιση της κόπωσης, που έχει μεγαλύτερη επίδραση στους ηλικιωμένους, της βλενογονίτιδας που σχετίζεται με 20% ποσοστό θνησιμότητας σ'αυτή την ηλικία και πρέπει αν αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά αλλά και με αποκατάσταση των υγρών, όταν προκαλεί διάρροια.

Γενικά το πλαίσιο φροντίδας θα περιλαμβάνει εκπαίδευση, πρόληψη, υποστήριξη και διαχείριση συμπτωμάτων. Χρειάζεται μια συνεργασία ογκολόγων και γηριάτρων για την αντιμετώπιση όλων των παραμέτρων της ασθένειας, αλλά και συμμετοχή

του ίδιου του ασθενούς, στοχευμένες παρεμβάσεις με στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους κατά τη διάρκεια της ασθένειας⁽¹¹⁵⁾ ⁽¹¹²⁾.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ: ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

8.1.Γενικά

Η ανακουφιστική φροντίδα είναι «η μελέτη και αντιμετώπιση ασθενών με οξεία, προοδευτική και πολύ προχωρημένη νόσο δυσμενούς πρόγνωσης, κατά την οποία η παροχή φροντίδας επικεντρώνεται στην ποιότητα ζωής. Δεν στοχεύει στην θεραπεία αλλά στο να περιορίσει την ταλαιπωρία του ασθενούς. Στα πλαίσια αυτά, η παρηγορητική φροντίδα περιλαμβάνει την πρόληψη και θεραπεία οποιουδήποτε αιτίου μπορεί να κάνει τον ασθενή και την οικογένειά του να υποφέρουν, μέσω της εκτίμησης του πόνου, σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών συμπτωμάτων. Πρόκειται για αλλαγή προοπτικής «από το θάνατο από μία καταληκτική ασθένεια, στη διαβίωση με μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια»⁽¹¹⁶⁾ ⁽¹¹⁷⁾ ⁽¹¹⁸⁾.

8.1.1. Ιστορική αναδρομή

Τον 18^ο αιώνα, λόγω της αδυναμίας των γιατρών να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τον καρκίνο, θεωρούνταν ότι η ανακουφιστική φροντίδα θα μπορούσε να θεραπεύσει «θαυματουργικά». Η παλαιότερη γνώση για την θεραπεία καρκινικών ελκών με την παρατεταμένη πίεση των ιστών, διατυπώθηκε από τον John Hunter, ο οποίος υποστήριξε ότι η πίεση μπορεί να εμποδίσει την ανάπτυξη του όγκου και σε ορισμένες περιπτώσεις να οδηγήσει στην απορρόφησή του, καθώς εμπόδιζε την τροφοδότηση του όγκου με αίμα. Ο Γάλλος Desault χρησιμοποίησε την μέθοδο αυτή για την θεραπεία ορθικών στενώσεων στο πρωκτικό καρκίνωμα. Σύντομα, όμως, αμφισβητήθηκε η θεραπεία γιατί απλώς προκαλούσε περιορισμό της συμφόρησης, χωρίς να εξαφανίζει την ασθένεια. Παρόλα αυτά, συνεχίστηκε η χρήση της μεθόδου και γράφτηκαν βιβλία σχετικά με αυτήν με μεγάλη απήχηση στον ιατρικό κόσμο. Η αρχή της συμπίεσης βασίστηκε στην πεποίθηση ότι ο καρκίνος ήταν τοπική ασθένεια.

Και ενώ η μέθοδος εφαρμόστηκε και τον 19^ο αι, αντικαταστάθηκε από την “Cura famis”, τη θεραπεία που στοχεύει στην λιμοκτονία του καρκίνου μέσω της πείνας του ασθενούς. Γρήγορα, όμως, και αυτή η μέθοδος αποδείχτηκε αναποτελεσματική και εφαρμόστηκε η «απολίνωση», που με τη σειρά της αντικαταστάθηκε από την προσπάθεια να καταστραφεί ο καρκίνος με τη χρήση του κρύου, με την ιδέα ότι θα σταματούσε η φλεγμονή, θα καταστρέφονταν τα καρκινικά κύτταρα, θα επιμηκυνόταν η επιβίωση ή θα μπορούσε να θεραπευτεί η ασθένεια στα αρχικά στάδια. Οι γιατροί του 18^{ου} και 19^{ου} αι, χρησιμοποιούσαν αλοιφές, καταπλάσματα, χάπια αλλά και δίαιτα, ξεκούραση και αποφυγή στεναχώριας για να ανακουφίσουν τους ασθενείς και, παρά την αποτυχία των θεραπειών, το σημαντικό είναι ότι άνοιξαν το δρόμο για την ανοσοθεραπεία, ενώ κάποιες από αυτές χρησιμοποιούνται από ογκολόγους ακόμα και σήμερα ⁽¹¹⁹⁾.

Ως πεδίο δράσης, η ανακουφιστική φροντίδα βασίζεται στο κίνημα των ξενώνων, που έχει τις ρίζες του στον μεσαίωνα αλλά η σύγχρονη δομή του οφείλεται στην γιατρό Dame Cicely Saunders. Η δράση της, που έφερε επανάσταση στην αποτελεσματικότητα της ανακούφισης του πόνου, σχετίζεται με την χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών ανά τακτά χρονικά διαστήματα αλλά και στην έννοια του «ολικού πόνου» (συναισθηματική, οργανική και ψυχολογική διάσταση του πόνου). Η ίδια ίδρυσε τον ξενώνα ST Christopher (στο Λονδίνο το 1967), εξειδικευμένη μονάδα, αφιερωμένη στην παροχή φροντίδας και υποστήριξη ασθενών τελικού σταδίου. Από τότε η έννοια του ξενώνα και της ανακουφιστικής φροντίδας εξελίχθηκε σε παγκόσμιο κίνημα και ο έλεγχος του πόνου των καρκινοπαθών βρίσκεται πια στο επίκεντρο των στόχων του ΠΟΥ.

Κατά την διάρκεια του 20^{ου} αι., τα όρια μεταξύ της ζωής και του θανάτου χάθηκαν, καθώς η ιατρική τεχνολογία έδινε την δυνατότητα υποστήριξης της ζωής ακόμη και όταν το σώμα δεν ήταν ικανό να επιβιώσει από μόνο του. Ενώ στο παρελθόν ο θάνατος συνέβαινε κυρίως στο σπίτι, από την δεκαετία του '60 και μετά το 70% των θανάτων συμβαίνει στα νοσοκομεία. Ο θάνατος θεωρήθηκε ταμπού και αντιμετωπιζόταν σαν ιατρικό συμβάν και όχι γεγονός που αφορούσε την οικογένεια. Η ανακουφιστική φροντίδα επιδιώκει την αναίρεση τέτοιων

αντιλήψεων, την ειλικρινή αντιμετώπιση του θανάτου και την σημαντικά ποιοτική φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου.

Σήμερα τα νοσοκομεία έχουν γίνει δομές ιδρυματικού θανάτου, όπου δεν ελέγχεται ο πόνος και τα άλλα συμπτώματα, όπου οι επαγγελματίες υγείας δεν συμπεριφέρονται με ειλικρίνεια στον ασθενή σχετικά με την πρόγνωση και το θάνατο, όπου υπάρχει απρόσωπη φροντίδα προς εκείνους που πεθαίνουν και τα μέλη της οικογένειάς τους ή παρεμπόδιση της ενημέρωσης των ασθενών για τον επικείμενο θάνατό τους. Η πρωτοπόρα ενέργεια της Kuber-Ross να πάρει συνεντεύξεις από 200 άτομα σχετικά με τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους για τον επικείμενο θάνατό τους βοήθησε στην ανεύρεση τρόπων ανοιχτής επικοινωνίας και αποκάλυψης της αλήθειας στα άτομα που πεθαίνουν ⁽¹¹⁶⁾.

Στην Ελλάδα λειτουργούν τρεις μονάδες που προσφέρουν δωρεάν ανακουφιστική φροντίδα: α) Στο Εργαστήριο Ακτινολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών λειτουργεί μονάδα ανακούφισης πόνου και παρηγορητικής αγωγής «Τζένη Καρέζη» β) Η μονάδα παροχής κατ'οίκον ΑΦ της ΜΕΡΙΜΝΑΣ παρέχει φροντίδα από διεπιστημονική ομάδα στο σπίτι σε παιδιά και εφήβους της Αττικής γ) Η μονάδα ΑΦ ΓΑΛΙΛΑΙΑ της Ιεράς Μητρόπολης Μεσογαίας και Λαυρεωτικής παρέχει ΑΦ στο σπίτι, καθώς και δυο φορές την εβδομάδα στη μονάδα ημερήσιας απασχόλησης και φροντίδας σε ενήλικες ασθενείς με καρκίνο που ζουν στη γεωγραφική περιοχή της Ιεράς Μητρόπολης ⁽¹²⁰⁾.

8.1.2. Προσέγγιση της ανακουφιστικής φροντίδας

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η ανακουφιστική φροντίδα, με βάση το στόχο της να παρέχει καλύτερη ποιότητα ζωής σε ασθενείς τελικού σταδίου και τις οικογένειές τους, συνίσταται:

- Στο σεβασμό στην αυτονομία του ασθενή
- Στην εξασφάλιση της αξιοπρέπειας του ασθενή (ανακούφιση από πόνο)
- Στην συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του
- Στην ενίσχυση και διατήρηση της καλύτερης ποιότητας ζωής για τον ασθενή (να ζουν, κατά το δυνατό ενεργητικά και δημιουργικά ως το θάνατο)

- Στον σεβασμό στη ζωή και την αντιμετώπιση του θανάτου ως φυσιολογικής κατάληξης (ούτε επίσπευση, ούτε αναβολή)
- Στην επικοινωνία με τον ασθενή, την οικογένεια και τις άλλες υπηρεσίες
- Στην εκπαίδευση του κοινού ώστε να αποδέχεται την παρηγορητική φροντίδα
- Στην πολυδύναμη και διεπιστημονική προσέγγιση (ψυχολογική και πνευματική φροντίδα παράλληλα με τις άλλες θεραπείες που παρατείνουν τη ζωή)
- Στην αναγνώριση και υποστήριξη της θλίψης και του πένθους (αποδοχή του θανάτου από τους ίδιους όσο καλύτερα και εποικοδομητικότερα γίνεται, υποστήριξη οικογένειας)

Στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας συμμετέχει διεπιστημονική ομάδα: γιατροί, νοσηλευτές, ομάδες παροχής παρηγορητικής φροντίδας. Οι εξειδικευμένες ομάδες Π.Φ. στελεχώνονται με βάση τις ανάγκες των ασθενών και το επίπεδο παρηγορητικής φροντίδας που παρέχεται. Η έρευνα απέδειξε την αποτελεσματικότητά τους: αύξηση ικανοποίησης, καλύτερη αναγνώριση και αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή και της οικογένειάς του, μείωση συνολικού κόστους φροντίδας, αποτελεσματικότερος έλεγχος του πόνου και των λοιπών συμπτωμάτων.

Οι υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας δεν παρέχονται πλέον μόνο σε ξενώνες ή σε ειδικά κέντρα, αλλά μπορούν να εφαρμοστούν και σε νοσοκομεία και άλλα ιδρύματα και μπορούν να αποτελέσουν τμήμα του κύριου συστήματος υγείας ⁽¹¹⁶⁾ (117).

8.1.3. Επίπεδα ανακουφιστικής φροντίδας

Θα μπορούσε η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας να χωριστεί σε τρία επίπεδα;

- Φροντίδα παρηγορητικής προσέγγισης: σε χώρους υγείας, όπου περιστασιακά εξυπηρετούνται ασθενείς που ανήκουν στον τύπο αυτό της φροντίδας. Εκτός από τον έλεγχο των συμπτωμάτων περιλαμβάνει και την επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένειά του των γενικών γιατρών και του προσωπικού των γενικών νοσοκομείων, οι οποίοι θα πρέπει να έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα ώστε να γνωρίζουν και να μπορούν να εφαρμόσουν τις αρχές παρηγορητικής φροντίδας.

- Γενική παρηγορητική φροντίδα: Παρέχεται από επαγγελματίες υγείας (εξειδικευμένους στην παροχή αυτής της φροντίδας γενικούς γιατρούς, ογκολόγους, γηριάτρους, νοσηλευτές) και ειδικούς που διαχειρίζονται ασθενείς με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι ή εθελοντές).
- Εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα: όλοι οι ασθενείς με προοδευτικά επιδεινούμενα ανίατα νοσήματα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες εξειδικευμένης παρηγορητικής φροντίδας, οι οποίες αντιμετωπίζουν προληπτικά όλα τα συμπτώματα και τις επιδράσεις τους στους ίδιους, την οικογένεια και τους φροντιστές τους. Τα μέλη της ομάδας φροντίδας είναι εξειδικευμένοι γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, ιερείς κ.α. που έχουν λάβει αναγνωρισμένη εκπαίδευση και έχουν ως κύρια απασχόληση την παροχή Α.Φ. με επικεφαλής έναν εξειδικευμένο επαγγελματία (117).

8.1.4. Αξία ανακουφιστικής φροντίδας

Τα άτομα που υποφέρουν από κακοήθεις ασθένειες διακατέχονται από ψυχικό στρες, όχι μόνο στο τελικό στάδιο αλλά και κατά τη διάρκεια της νόσου. Έτσι, η ανάγκη για έγκαιρη ενσωμάτωση της παρηγορητικής φροντίδας στη θεραπεία του ανίατου καρκίνου είναι σήμερα αδιαμφισβήτητη, καθώς παρέχει πολλαπλά οφέλη. Η έγκαιρη παροχή αυτής της φροντίδας μειώνει τα φυσικά και διανοητικά συμπτώματα, επιφέρει λιγότερες εισαγωγές στα νοσοκομεία και μικρότερη περίοδο παραμονής σε αυτά, βελτιωμένη πρόγνωση, λιγότερο επιθετικές παρεμβάσεις στο τέλος της ζωής, καλύτερη ποιότητα ζωής για τον ασθενή και την οικογένειά του και πιθανόν μειωμένο κόστος περίθαλψης.

Σε έρευνες για την αξιολόγηση της ανακουφιστικής φροντίδας καταδείχτηκε ότι με τις παρεμβάσεις της ελέγχθηκε ο πόνος ικανοποιητικά και οι ασθενείς, παρότι τα προβλήματα παρέμεναν, δεν βίωναν επιδείνωση των συμπτωμάτων τους. Αν και οι πρακτικές της για την αντιμετώπιση των οργανικών συμπτωμάτων εφαρμόζονται πλέον και στα νοσοκομεία, στα κέντρα ανακουφιστικής φροντίδας η φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης ήταν πιο αποτελεσματική, οι ασθενείς είχαν

περισσότερες πιθανότητες να γνωρίζουν ότι πέθαιναν, μικρότερες πιθανότητες επείγουσας εισαγωγής, , ένιωθαν ότι υπήρχε ειλικρίνεια στην επικοινωνία τους με τους επιστήμονες υγείας, ότι το περιβάλλον ήταν πιο άνετο, το επισκεπτήριο ευκολότερο και τα μέλη της οικογένειας μπορούσαν να συμμετέχουν στην παροχή φροντίδας ^(121; 116). Ιαπωνική έρευνα, συγκρίνοντας τον θάνατο ασθενών σε αντικαρκινικά νοσοκομεία και σε κέντρα ανακουφιστικής φροντίδας και άσυλα φροντίδας, διαπιστώνει ότι στα τελευταία επιτυγχάνονται καλύτερες συνθήκες θανάτου ⁽¹²²⁾.

Ωστόσο, η συσχέτιση της ανακουφιστικής με την τελική φροντίδα και η δυσκολία αποδοχής αυτής της πρόγνωσης την καθιστά ανεπιθύμητη για κάποια άτομα. Επίσης, κάποιοι επιστήμονες υγείας αγνοούν την ανάγκη ανακουφιστικής φροντίδας και δυσκολεύονται να αντιληφθούν πότε το άτομο και οι συγγενείς του αποδέχονται την πρόγνωση, ώστε να τους παραπέμψουν ανάλογα. Όσον αφορά το υψηλότερο κόστος της φροντίδας αυτής, αντισταθμίζεται πιθανόν από τη μείωση των εισαγωγών στο νοσοκομείο και των κατ'οίκον επισκέψεων για λόγους επιδείνωσης ^{(116) (121)}.

8.1.5. Στόχοι ανακουφιστικής φροντίδας

Οι στόχοι της ανακουφιστικής φροντίδας θέτονται από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και από τον ίδιο τον ασθενή. Στους στόχους των θεραπευτικών παρεμβάσεων ανήκουν η αποφυγή του πρόωρου θανάτου, η διατήρηση ή βελτίωση των λειτουργιών του ασθενή, την ανακούφισή του, την βελτίωση της ποιότητας ζωής, τη διατήρηση του ελέγχου, την αποφυγή της ταλαιπωρίας κατά το θάνατο και την υποστήριξη των οικείων του ασθενή. Όπως διαπιστώνουμε, μερικοί στόχοι τίθενται ταυτόχρονα, ενώ άλλοι είναι αντιφατικοί. Οι κλινικές αποφάσεις θα πρέπει να λύνουν πρωταρχικά το πρόβλημα των αντικρουόμενων στόχων. Οι στόχοι του ασθενούς θα πρέπει να τίθενται ύστερα από συζήτηση με τον γιατρό του, ο οποίος αναλύει την κλινική του κατάσταση και του θέτει ανοιχτές ερωτήσεις σχετικά με το πως σκέπτεται το παρόν και το μέλλον. Μετά από τη συζήτηση, ο γιατρός θα μπορεί να προτείνει ρεαλιστικούς στόχους και το πως θα πραγματοποιηθούν, θα

απομακρύνει ανέφικτους στόχους και ψεύτικες ελπίδες, που εμποδίζουν τον ασθενή και την οικογένειά του να συμφιλιωθούν με την κατάσταση, να ωριμάσουν συναισθηματικά, να αξιοποιήσουν τον χρόνο που τους απομένει, να διευθετήσουν εκκρεμότητες. Μία φράση του γιατρού που συνοψίζει αυτή την ρεαλιστική στάση είναι: «μπορούμε να ελπίζουμε για το καλύτερο, αλλά θα πρέπει ταυτόχρονα να μπορούμε να προετοιμαστούμε ώστε να αντιμετωπίσουμε το χειρότερο».

Στη συζήτηση των στόχων θα πρέπει να περιληφθεί και ο τρόπος διαχείρισης των προχωρημένων σταδίων της νόσου, ενώ η όποια συμφωνία θα πρέπει να επαληθεύεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα ώστε να διευκρινίζεται αν παραμένει ίδια. Η συμφωνία αυτή θα πρέπει να καθορίζει τον τρόπο ελέγχου των συμπτωμάτων, την θέληση του ασθενή να μην υποβληθεί σε ΚΑΡΠΑ, αν χρειαστεί, ή να μην του χορηγηθεί θεραπεία, αν ο ίδιος δεν είναι σε θέση να αποφασίσει, καθώς και τον τόπο που θέλει να πεθάνει (νοσοκομείο ή σπίτι) ⁽¹¹⁷⁾.

8.1.6. Κριτική ανακουφιστικής φροντίδας

Η απήχηση του κινήματος της ανακουφιστικής φροντίδας οδήγησε στην ενσωμάτωσή της στην φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου στα νοσοκομεία. Ωστόσο, αυτή η ενσωμάτωση εμπόδισε τις μονάδες ανακουφιστικής να δημιουργήσουν δικά τους συστήματα παροχής φροντίδας στα νοσοκομεία και οι κλινικές εφάρμοζαν παρεμβατικές τεχνικές που αφορούσαν περισσότερο την σωματική φροντίδα και τον έλεγχο των συμπτωμάτων, παρά τις συναισθηματικές ανάγκες και την ειλικρινή επικοινωνία σχετικά με τον θάνατο.

Παράλληλα «το ιδεώδες του καλού θανάτου» προβλήθηκε τόσο πολύ ώστε οι νοσηλευτές έφτασαν σε υπερβολές (οι θάνατοι αυτοί είναι κοινωνικά αποδεκτοί και βοηθούν στην ομαλή λειτουργία του οργανισμού) και θεωρούσαν προβληματικούς όσους ασθενείς δεν αποδέχονταν τον θάνατό τους.

Στον αντίποδα, η ανακουφιστική φροντίδα κατέληξε σε ιατροποίηση. Η φροντίδα των τελευταίων ημερών της ζωής περιθωριοποιήθηκε και η ανακουφιστική φροντίδα μετατράπηκε σε ιατρική πράξη, όπου κυριάρχησε η φαρμακολογική

αντιμετώπιση και η παρέμβαση των γιατρών σε βάρος αυτής των άλλων επιστημόνων υγείας ⁽¹¹⁶⁾.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ: ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

9.1. Ασθενείς τελικού σταδίου

Ένα θέμα που τίθεται σχετικά με την ανακουφιστική φροντίδα είναι το πότε αυτή μπορεί να συστηθεί στον ασθενή, πότε δηλαδή η ενεργητική φροντίδα θα μετατραπεί σε ανακουφιστική. Σε έρευνα που έγινε (Cawley) οι περισσότεροι ασθενείς δεν συμμετείχαν στην απόφαση για τερματισμό της ενεργητικής θεραπείας και παραπομπή στην ανακουφιστική φροντίδα, που λειτουργούσε συνήθως στο ίδιο ογκολογικό νοσοκομείο και όχι σε χωριστή μονάδα. Το γεγονός της παραπομπής προκάλεσε έντονο στρες στους ασθενείς, που συνειδητοποίησαν ξαφνικά από μόνοι τους ότι είχε τερματιστεί η θεραπεία χωρίς ελπίδα ίασης. Οι περισσότεροι συνειδητοποίησαν την σοβαρότητα της κατάστασής τους από την επιδείνωση των συμπτωμάτων και της φυσικής τους κατάστασης και όχι ύστερα από συζήτηση με κάποιον επαγγελματία υγείας ⁽¹¹⁶⁾.

9.2. Προετοιμασία για τον επερχόμενο θάνατο

Τίθεται, λοιπόν, το θέμα της επικοινωνίας και της παροχής βοήθειας στον ασθενή να προσαρμοστεί στη γνώση του δικού του επερχόμενου θανάτου (Kluber-Ross). Πρόκειται για διαδοχικά στάδια συναισθηματικών αντιδράσεων, από την αρχική αντίδραση της άρνησης και δυσπιστίας μέχρι τον θυμό, τη διαπραγμάτευση και την αποδοχή. Σημαντικό θεωρείται το προτεινόμενο μοντέλο τριών σταδίων, με ποικιλία συναισθημάτων: α) αρχικό στάδιο (αντιμετώπιση απειλής) β) χρόνιο στάδιο (ασθενής) γ) τελικό στάδιο αποδοχής (δεν συμβαίνει πάντα).

Όταν η κατάσταση του ασθενή, παρά τις προσπάθειες ανάκαμψης, συνεχίζει να επιδεινώνεται, πρέπει να ξεκινήσουν συζητήσεις σχετικά με το τέλος της ζωής. Οι επαγγελματίες υγείας και η οικογένεια πρέπει να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον ανοιχτής ή κλειστής συζήτησης για τον θάνατο, που ακολουθεί τέσσερις

διαφορετικές πορείες (ανάλογα με τη φύση της ασθένειας). Σε έρευνα (Copp) διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς επαναπροσδιορίζονταν στο θέμα του θανάτου με κάθε απώλεια της λειτουργικότητας και οργανική έκπτωση, κάτι που δείχνει ότι και οι οργανικές διαστάσεις συντελούν στην προσαρμογή στην ιδέα του επικείμενου θανάτου. Στόχος των νοσηλευτών ήταν να εμβαθύνουν στα συναισθήματα και τις ενέργειες των ασθενών, ώστε να ανταποκριθούν με τον καλύτερο τρόπο. Οι συνεχείς οργανικές απώλειες οδηγούσαν και τους δύο σε βαθμιαία προσαρμογή στην διαδικασία του θανάτου και, όσο αυτός πλησίαζε, οι συζητήσεις μεταξύ τους αφορούσαν στον διαχωρισμό πνεύματος- σώματος⁽¹¹⁶⁾.

Στο προχωρημένο στάδιο θα πρέπει να δοθούν και οι κατευθύνσεις της φροντίδας του ασθενή όταν δεν θα είναι σε θέση να αποφασίσει ο ίδιος. Όταν ο γιατρός κρίνει ότι ο ασθενής είναι έτοιμος να συζητήσει κάτι τέτοιο, ο δεύτερος ορίζει ένα πρόσωπο του περιβάλλοντός του ή ένα νομικό υπεύθυνο, το οποίο και θα πρέπει να παρίσταται στις συζητήσεις.

Ένα από τα βασικά θέματα που πρέπει να τεθούν είναι η απόσυρση ή άρνηση θεραπευτικών μέτρων (παρεντερική σίτιση, ενυδάτωση, εφαρμογή ΚΑΡΠΑ). Πριν πάρουν, όμως, οι συγγενείς απόφαση για την παρεντερική σίτιση και ενυδάτωση, πρέπει να τους εξηγήσει ο γιατρός ότι δεν θα βοηθήσουν στην επίτευξη των στόχων της φροντίδας (όπως ίσως πιστεύουν), αλλά αντίθετα θα δημιουργήσει άλλα προβλήματα (οίδημα, ασκίτη, περαιτέρω δύσπνοια), αφού η διατροφή δεν θα αυξήσει το σωματικό βάρος και την μυϊκή δύναμη, ενώ μια μερική αφυδάτωση σε κατακεκλιμένο ασθενή που πεθαίνει μπορεί να ελαττώσει τις πνευμονικές εκκρίσεις, τους εμετούς και να διεγείρει την έκκριση αναισθητικών ουσιών που θα συμβάλλουν σε ήρεμο θάνατο. Για την ΚΑΡΠΑ, επίσης, θα πρέπει να εξηγήσει ότι στοχεύει στην ανάνηψη, κατά τα άλλα υγιών, ατόμων που κινδυνεύουν από μη αναμενόμενα συμβάντα (καρδιακή ανακοπή κλπ) και όχι τελικού σταδίου ασθενών ενός μη αναστρέψιμου νοσήματος. Επομένως, με την σωστή ενημέρωση και την καθοδήγηση των επαγγελματιών υγείας προς τους στόχους της φροντίδας, πολύ πιθανόν ο ασθενής και η οικογένειά του να αρνηθούν αυτά τα θεραπευτικά μέτρα. Τέλος, στα θέματα που τίθενται στον ασθενή και την οικογένεια, εκτός από τον τρόπο αντιμετώπισης των τελικών, πριν το θάνατο, συμπτωμάτων, είναι και η

επιθυμία να μεταφερθεί σε νοσοκομείο ή να παραμείνει και να πεθάνει στο σπίτι (117).

9.3. Πρόγνωση του θανάτου

Η προσαρμογή των στόχων της παρεχόμενης φροντίδας καθορίζονται με βάση την εκτίμηση της πιθανής πρόγνωσης, της προσωπικής κρίσης του ασθενούς και της αποδοχής της κατάστασής του. Όμως, η πρόγνωση συχνά δεν είναι σωστή, υπερεκτιμώντας τον χρόνο που απομένει μέχρι το θάνατο. Συχνά ιατρικές και νοσηλευτικές απόψεις δίστανται σχετικά με την πρόγνωση και την σκοπιμότητα της συνεχιζόμενης αντινεοπλασματικής θεραπείας.

Ωστόσο, η κατάλληλη ιατρική θεραπεία, η διευκόλυνση της αποδοχής, η τακτοποίηση νομικών θεμάτων και ανολοκλήρωτων υποθέσεων, η οργάνωση της κοινωνικής και κοινοτικής υποστήριξης του ασθενούς εξαρτώνται από την πρόγνωση του χρόνου ζωής που του απομένει και την ετοιμότητά του να αντιμετωπίσει το θάνατο. Συνήθως, ο νοσηλευτής που παρέχει άμεση φροντίδα στον ασθενή προσφέρει ακριβέστερη πρόγνωση, ακόμα κι από τους πιο έμπειρους προϊσταμένους του. Η αδυναμία καθορισμού της πρόγνωσης εμποδίζει την παραπομπή του ασθενούς στην ανακουφιστική φροντίδα στο σωστό χρόνο (εβδομάδες ή μήνες πριν το θάνατο) και την παροχή σε αυτόν υψηλής ποιότητας φροντίδας.

Η είσοδος του καρκινοπαθή ασθενή στη φάση του θανάτου, συνήθως, σηματοδοτείται από μια προοδευτική επιδείνωση της λειτουργικής του κατάστασης. Η αναγνώριση των βασικών σημείων και συμπτωμάτων του θανάτου (απίσχυση, υπνηλία, αποπροσανατολισμός, δυσκολία κατάποσης, ανώμαλη αναπνοή, αδυναμία συγκέντρωσης, αλλαγές στο χρώμα του δέρματος και την θερμοκρασία λόγω μείωσης της περιφερικής κυκλοφορίας) αποτελεί σημαντική κλινική δεξιότητα και οι νοσηλευτές που έρχονται σε συνεχή επαφή με τον ασθενή μπορούν να τα αναγνωρίσουν πρώτοι ⁽¹¹⁶⁾ ⁽¹¹⁸⁾.

9.4. Προβλήματα – Ηθικοί περιορισμοί

Προβλήματα συχνά υπάρχουν στην επικοινωνία γιατρών και νοσηλευτών, καθώς έρευνα έχει δείξει ότι οι πρώτοι έτειναν να μην εμπλέκουν τους νοσηλευτές στη διαδικασία λήψης αποφάσεων στο τέλος της ζωής του ασθενούς. Η έλλειψη ομοφωνίας για την φροντίδα στο τέλος της ζωής απογοητεύει τους νοσηλευτές των ΜΕΘ, οι οποίοι αισθάνονται την ανάγκη να αναπτυχθούν κατευθυντήριες οδηγίες και ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας υγείας.

Σύμφωνα με έρευνα Γερμανικού πανεπιστημιακού νοσοκομείου, η απόφαση για την παραπομπή του ασθενή σε παρηγορητική φροντίδα ανήκει στον γιατρό και συχνά οι ογκολόγοι δεν την θεωρούν σκόπιμη, επειδή την θεωρούν συνώνυμη της τελικής φροντίδας ή ότι θα στερήσει από τον ασθενή την ελπίδα και θα του δώσει το στίγμα του μελλοθάνατου ή ότι θα αποτελέσει ένα πρόσθετο βάρος γι αυτόν. Υπάρχει, επίσης, πρόβλημα σχετικά με το ποιες μετρήσεις τεκμηριώνουν την αναγκαιότητα παραπομπής στην παρηγορητική φροντίδα.

Αντίστοιχα, πρόβλημα αποτελεί και η τάση των ασθενών και των συγγενών τους να αναζητούν νέες θεραπείες (ακόμα και μέσα από τα ΜΜΕ και το διαδίκτυο), μη θέλοντας να ακούσουν καν για ανακουφιστική φροντίδα και να συμβιβαστούν με την ιδέα του θανάτου. Συχνά, επίσης, οι ασθενείς ζητούν να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία, ακόμα κι όταν η πιθανότητα επιτυχίας είναι 1% και υπάρχει αρνητική αναλογία μεταξύ κινδύνου-οφέλους.

Αλλά και η αργοπορημένη παραπομπή στην Α.Φ. αποτελεί πρόβλημα, καθώς δεν είναι εφικτός ο καλύτερος έλεγχος των συμπτωμάτων, η ανάπτυξη εμπιστοσύνης με τον ασθενή και την οικογένεια, η ολοκληρωμένη ψυχολογική και πνευματική στήριξη και η προετοιμασία του θρήνου.

Επίσης, προκειμένου να ληφθεί απόφαση για αλλαγή εστίασης της φροντίδας από την ίαση στην ανακούφιση, εκτός από τη συστηματική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ηθικοί κανόνες, όπως ο σεβασμός στα άτομα και το δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού τους, η ειλικρίνεια στην πληροφόρηση, η αποφυγή άσκοπων ή μη επιθυμητών θεραπειών που απλά παρατείνουν την έλευση του θανάτου, η αποφυγή πρόκλησης περιττής βλάβης ή πόνου. Σύμφωνα με

την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών, οι νοσηλευτές μπορούν να εφαρμόζουν παρεμβάσεις για την ανακούφιση των συμπτωμάτων του ετοιμοθάνατου ασθενή, ακόμα κι όταν αυτές συνεπάγονται επιτάχυνση του θανάτου του. Βασική προϋπόθεση για όλα αυτά το ειδικευμένο πάνω στην ανακουφιστική φροντίδα νοσηλευτικό προσωπικό ⁽¹²³⁾ ⁽¹¹⁸⁾ ⁽¹²¹⁾.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

10.1. Αξιολόγηση.

Αποτελεί τη βάση του σχεδίου περίθαλψης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ασθενή. Με την αξιολόγηση δημιουργείται σχέση εμπιστοσύνης (προσεκτική ενεργητική ακρόαση), προσδιορίζονται οι ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας, ιεραρχούνται τα προβλήματα, γίνεται πολύπλευρη προσέγγιση και παράγεται η νοσηλευτική διάγνωση. Περιλαμβάνει:

- Προσεκτική ανασκόπηση των ιατρικών παρατηρήσεων
- Συνέντευξη του ασθενούς και αξιολόγηση της κλινικής του κατάστασης
- Γενική περιεκτική αξιολόγηση

Η ανεπαρκής αξιολόγηση είναι αποτέλεσμα φτωχής επικοινωνίας με τον ασθενή και φτωχής ενημέρωσης. Κάποιες φορές ο ασθενής αποκρύπτει συμπτώματα από το φόβο νοσοκομειακής νοσηλείας, φαρμακευτικής αγωγής ή επειδή δεν θέλει να συζητήσει ψυχολογικά προβλήματα. Επικυρωμένο εργαλείο αξιολόγησης για ογκολογικά συμπτώματα είναι το The Symptoms and Concerns checklist ⁽¹¹⁸⁾.

10.2. Συνήθη προβλήματα ασθενών και ο ρόλος του νοσηλευτή

Συμπτώματα των περισσότερων ασθενών με καρκίνο στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους, που συνυπάρχουν και στον καρκίνο παχέος εντέρου, είναι:

- Πόνος: Αποτελεί το πιο συχνό βίωμα των ασθενών τελικού σταδίου, οφειλόμενο σε σωματικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Ο καρκίνος σχετίζεται με σοβαρό και συνεχή πόνο και το 75% όσων προσέρχονται στην ανακουφιστική θεραπεία

αναφέρει πόνο. Η διαχείριση του πόνου αποτελεί κεντρικό στόχο της ανακουφιστικής φροντίδας.

Όπως πάντα, προηγείται η αξιολόγηση του πόνου και, όταν ο ασθενής δεν επικοινωνεί, η εκτίμηση βασίζεται σε σωματικές ενδείξεις (Α/Π, τύπος αναπνοής, καρδιακός ρυθμός κλπ). Πέρα από την φαρμακολογική αντιμετώπιση είναι απαραίτητη και η ψυχολογική προσέγγιση.

Η ψυχολογική προσέγγιση περιλαμβάνει κατανόηση και συντροφικότητα, γνωστικές και συμπεριφορικές θεραπείες, μέσα από ερωτήσεις που εμβαθύνουν στις συναισθηματικές επιδράσεις του πόνου. Τέτοιες ερωτήσεις μπορεί να είναι:

- Ποιο ήταν για εσάς το νόημα του πόνου πριν την ασθένειά σας; ποιο είναι τώρα;
- Ποια τα συναισθήματά σας για τον πόνο, για τον εαυτό σας καθώς υποφέρετε;
- Υπάρχει κάτι θετικό που αναγνωρίζετε σχετικά με τον πόνο σας;

Συχνά δεν χρειάζεται κάτι παραπάνω από την έκφραση των συναισθημάτων και κάποιον που θα αφουγκραστεί χωρίς κριτική, καθώς θεωρείται ότι ο ασθενής δεν πρέπει να ενοχλήσει τους άλλους, ότι η επιθυμία του να εκφράσει τον φόβο που του προκαλεί ο πόνος ή ο θρήνος είναι υπερβολικά.

Το περιβάλλον αποτελεί, επίσης, σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στην άνεση του ασθενούς. Το νοσοκομείο, ακόμα κι αν λαμβάνει μέτρα, όπως μείωση φωτισμού και θορύβου, άρση περιορισμών κλπ., δεν μπορεί να θεωρηθεί κατάλληλο περιβάλλον για την ηρεμία του ασθενή. Επίσης, πολιτισμικοί και θρησκευτικοί παράγοντες (προσευχή, τελετουργίες, μουσική) μπορούν να αυξήσουν την άνεση του ασθενούς^{(116) (123)}.

Δεν μπορεί να παραθεωρηθεί, βέβαια, και η φαρμακολογική προσέγγιση. Η αντιμετώπιση αυτή στα πλαίσια της ανακουφιστικής φροντίδας, πρέπει να εξατομικεύεται, να σταθμίζονται οι κίνδυνοι και τα οφέλη καθώς και ενδεχόμενη συννοσηρότητα, με συχνή επαναξιολόγηση⁽¹²⁴⁾.

Κατά την αντιμετώπιση του πόνου στο τέλος της ζωής έχει σημασία να αρχίζουμε από τις απλούστερες προσεγγίσεις, πριν τα εξειδικευμένα φάρμακα. Ο συνδυασμός παρεντερικών και από του στόματος αναλγητικών ελέγχει τον πόνο σε διάφορα

σημεία. Αντίθετα, η χρήση ναρκωτικών και κατασταλτικών μπορεί να επιφέρει σοβαρή δυσκοιλιότητα, που θα πρέπει να αντιμετωπιστεί. Σημαντικό είναι ακόμα να δίνεται προσοχή στη φαρμακοκινητική και φαρμακοδυναμική των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται και μπορούν να ανακουφίσουν διάφορα συμπτώματα του τελικού σταδίου ⁽¹²³⁾.

Για τα βήματα στη χρήση των αναλγητικών – οπιούχων φαρμάκων μιλήσαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Δεν υπάρχει συγκεκριμένη δόση αναλγητικών για το τέλος της ζωής. Στα αναλγητικά που χορηγούνται στάγδην θα πρέπει να γίνεται τιτλοποίηση των επιδράσεών τους. Επίσης σημαντικό είναι να χρησιμοποιείται και η προληπτική δοσολογία, προτού δηλαδή εμφανιστούν αναμενόμενα συμπτώματα μετά από μία ιατρική παρέμβαση. Οι βενζοδιαζεπίνες σε συνδυασμό με τα οπιούχα έχουν κατασταλτική και αντισπασμωδική δράση. Τα νευροληπτικά (αλλοπεριδόλη) βοηθούν στον έλεγχο του παραληρήματος. Η χρήση αντιβιοτικών για τον έλεγχο του πόνου πρέπει να σταθμίζεται, γιατί μπορεί να παρατείνουν τη ζωή ενός βαρέως πάσχοντος.

Αν και τα οπιοειδή αποτελούν θεραπεία πρώτης εκλογής για τον καρκινικό πόνο, πολλές φορές οι νοσηλευτές έχουν αναστολές στη χρήση τους, φοβούμενοι την πρόκληση εθισμού και την επίσπευση του θανάτου. Ωστόσο, η σωστή χρήση τους σε αποτελεσματική δόση και η εκτίμηση του αποτελέσματος, η αποφυγή αλληλεπιδράσεων, ο έλεγχος του επιπέδου νάρκωσης μπορούν να διασφαλίσουν τη χρήση του και το αποτέλεσμα. Επίσης, όταν η χρήση τους γίνεται για ανακούφιση του πόνου, έστω κι αν είναι γνωστό ότι μπορούν ακούσια να επισπεύσουν τον θάνατο, δεν θεωρείται ανήθικη πράξη, καθώς έχει σκοπό την θετική επίδραση.

Όπως αναφέρθηκε, και η χειρουργική επέμβαση, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία μπορούν να λειτουργήσουν ανακουφιστικά στον πόνο. Της επέμβασης προηγείται η πληροφορημένη συναίνεση του ατόμου, που ενημερώθηκε για τις πιθανές επιπλοκές. Με την ακτινοθεραπεία αντιμετωπίζονται συμπίεστικά φαινόμενα, αλλά και θεραπεύονται οστικές μεταστάσεις και αιμορραγικές εστίες. Για την χημειοθεραπεία ως ανακουφιστικό μέσο υπάρχουν διιστάμενες απόψεις. Υπάρχει διαφορά μεταξύ της χημειοθεραπείας τελικού σταδίου, που έχει σκοπό να επιμηκύνει τη ζωή αλλά σε βάρος της ποιότητάς της,

και της ανακουφιστικής που συμβάλλει στην ποιότητα ζωής. Όταν δεν προσφέρει οργανική, συναισθηματική, πνευματική βελτίωση, θα πρέπει να διακόπτεται, καθώς στην ανακουφιστική φροντίδα προέχει το άτομο και όχι ο όγκος. Θα πρέπει να υπάρχει ειλικρίνεια στην ενημέρωση του ασθενή για τις προοπτικές της θεραπείας και να λαμβάνονται υπόψη οι δραστηριότητες του ατόμου κατά τον χρονικό προσδιορισμό της (π.χ. μια οικογενειακή εκδήλωση όπου θα ήθελε να παρίσταται και ίσως εμποδιστεί από τις παρενέργειες της θεραπείας).

- Δερματικά έλκη: Εμφανίζονται λόγω πίεσης στους κατακεκλιμένους ασθενείς και επιδεινώνονται από την συνύπαρξη ακράτειας. Πρόληψη-αποκατάσταση βλαβών
- Δυσκοιλιότητα: Μπορεί να οφείλεται στα οπιοειδή, που μειώνουν τον περισταλισμό του εντέρου και την αίσθηση ανάγκης αφόδευσης. Αποτελεί συχνή αιτία επανεισαγωγής των καρκινοπαθών τελικού σταδίου. Άλλα αίτια δυσκοιλιότητας των ασθενών αυτών είναι αδυναμία, μειωμένη κινητικότητα, μειωμένη λήψη τροφής και υγρών, ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υπερασβεσταιμία), απόφραξη εντέρου, ίνωση από ακτινοθεραπεία, αφυδάτωση κ.α. Αντιμετωπίζεται με προληπτική χρήση υπακτικών, σε συνδυασμό δύο τύπων: μαλακτικού κοπράνων και μυϊκού διεγέρτη, προσαρμογή δίαιτας και ενυδάτωση. Όταν η φαρμακευτική αγωγή από το στόμα δεν είναι αποτελεσματική εφαρμόζονται μέτρα από το ορθό (υπόθετα, υποκλισμός), με ύστατη επιλογή την εξαγωγή των κοπράνων δια χειρός, όταν έχει σχηματιστεί κοπρόλιθος ή είναι ανύπαρκτος ο μυϊκός τόνος ⁽¹¹⁶⁾.
- Διάρροια: Μπορεί να προκαλέσει σημαντικό πρόβλημα στους ασθενείς, ειδικά όταν συνυπάρχει με ακράτεια κοπράνων. Αρχικά πρέπει να διευκρινιστεί το αίτιο (αντιβιοτικά, φάρμακα που προκαλούν διάρροια, υπερχείλιση λόγω δυσκοιλιότητας). Βασικά βήματα η αποκατάσταση των υγρών και ο αποκλεισμός της λοίμωξης. Αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά και με παραπομπή σε ειδικό ογκολόγο
- Ανορεξία: Μπορεί να προκαλείται από πόνο, άγχος, κατάθλιψη, ναυτία, στοματικά προβλήματα. Ο ασθενής παροτρύνεται να τρώει μικρά και συχνά γεύματα και όποια φαγητά επιθυμεί.

- Ξηροστομία – στοματικά έλκη: Απαιτείται κατάλληλος καθαρισμός δοντιών και γλώσσας και χρήση στοματικού διαλύματος. Εκπαίδευση ασθενούς για καθημερινό έλεγχο στοματικής κοιλότητας για εξελκώσεις, λευκωπό επίχρισμα
- Βήχας και δύσπνοια: Αίτια του βήχα μπορεί να είναι λοίμωξη, εισρρόφηση, φάρμακα κ.α. Η δύσπνοια ταλαιπωρεί το 70% των ασθενών τελικού σταδίου με πολλαπλά αίτια παθολογικά, μηχανικά, ψυχολογικά. Όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να το αναφέρει παρακολουθούμε τα σωματικά συμπτώματα-ενδείξεις δύσπνοιας (ταχύπνοια, ανησυχία, χρήση επικουρικών μυών κ.α). Αντιμετωπίζεται ανάλογα με το αίτιο που την προκαλεί και πρακτικές συμβουλές (μη κατακεκλιμένη θέση, αναπνευστικές ασκήσεις με τη βοήθεια φυσιοθεραπευτή, εισπνοή ατμού ή φυσιολογικού ορού σε νεφελοποιητή, αερισμός στο πρόσωπο ή ανοιχτό παράθυρο και οπιοειδή, που προκαλούν καταστολή στο κέντρο της αναπνοής και εφορία. Ο έντονος αναπνευστικός συριγμός ως τελικό σύμπτωμα πριν τον θάνατο μπορεί αν καταπραυνθεί με κατασταλτικά φάρμακα.
- Αδυναμία, κόπωση, λήθαργος: Συχνό σύμπτωμα στο τελικό στάδιο οφειλόμενο στα φάρμακα (οπιούχα, στεροειδή, διουρητικά κλπ.), συναισθηματικές διαταραχές (άγχος, κατάθλιψη), μεταβολικές διαταραχές (ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ουραιμία κ.α.), αναιμία, κακή θρέψη, αυξημένη ενδοκράνια πίεση, λοίμωξη, κλινοστατισμός. Προηγείται η αντιμετώπιση των αιτιών που προκαλούν το σύμπτωμα και ακολουθούν ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και των φροντιστών, φυσιοθεραπεία, αλλαγές στο χώρο διαβίωσης⁽¹¹⁷⁾. Κλινικές μελέτες απέδειξαν ότι η παρεντερική διατροφή στο σπίτι μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία και υποφέρουν από υποσιτισμό να αυξήσουν σημαντικά το βάρος τους (θερμίδες και πρωτεΐνες), την γενική τους κατάσταση και να βελτιώσουν το προσδόκιμο ζωής⁽¹²⁵⁾.
- Διαταραχές ύπνου: Αφορά στο 50% των καρκινοπαθών τελικού σταδίου αλλά και των ατόμων της οικογένειάς τους, οι οποίοι στερούνται των ευεργετικών επιδράσεών του. Αίτια μπορεί να είναι το άγχος, η κατάθλιψη, ψυχικός ή σωματικός πόνος, φάρμακα, μεταβολές στις συνήθειες του ύπνου, οργανικά αίτια κ.α. Αντιμετωπίζουμε αρχικά την πρωτοπαθή αιτία, όπου είναι δυνατόν, και τον πόνο, εξασφαλίζουμε άνετο περιβάλλον, αύξηση της άνεσης με προσαρμογή του

στρώματος και της κλίνης, αποφυγή καφεϊνούχων, ζεστά αφεψήματα, συνήθειες προετοιμασίες ύπνου παρακολούθηση τηλεόρασης, διάβασμα

- Ασκίτης: Εμφανίζεται με διάταση της κοιλιάς που προκαλεί αίσθημα δυσφορίας. Χορηγούνται αναλγητικά (για την δυσφορία), διουρητικά (αφού προηγηθεί μέτρηση αλβουμίνης), προκινητικά φάρμακα (για πίεση στο επιγάστριο), Σε συχνή επανεμφάνιση γίνεται παρακέντηση ⁽¹¹⁷⁾.
- Ναυτία και έμετος: Η ναυτία ταλαιπωρεί το 60% των καρκινοπαθών τελικού σταδίου και ο εμετός στο 30%. Επηρεάζουν αρνητικά τη ζωή των ασθενών αυτών, τους δημιουργούν άγχος, ενώ μπορεί να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν επιπλοκές υδατοηλεκτρολυτικής και θρεπτικής ισορροπίας.

Μπορεί να οφείλεται στα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, σε μηχανικά αίτια (ασκίτης, μερική ή ολική απόφραξη εντέρου λόγω όγκου ή συμφύσεων), γαστροπάρεση, υπονατρίαζία ή υποκαλιαιμία, ανορεξία ή ψυχολογικά αίτια.

Η λήψη ιστορικού και η φυσική και νευρολογική εξέταση θα βοηθήσουν να εντοπιστούν τα αίτια και ο βαθμός του προβλήματος. Ο εμετός μπορεί να αντιμετωπιστεί φαρμακολογικά με σεροτονίνη και η ναυτία με την προσθήκη Ολανζαπίνης στο προηγούμενο. Ωστόσο, σε ασθενείς με εκτεταμένο όγκο που δεν λαμβάνουν πια χημειοθεραπεία ή τους παρέχεται παρηγορητική φροντίδα, δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία στο πρόβλημα της ναυτίας και η αντιμετώπιση βασίζεται στην εμπειρία και την μελέτη περίπτωσης ⁽¹²⁶⁾.

Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι το σύμπτωμα είναι πολυπαραγοντικό και πρέπει να εξεταστούν όλες οι πιθανότητες και να μην επιλεγούν παρεμβάσεις που θα επηρεάσουν την έκβαση της νόσου και θα αυξήσουν τον πόνο. Χρειάζεται ανασκόπηση της φαρμακευτικής αγωγής, ώστε να διαπιστωθεί αν κάποιο φάρμακο προκαλεί το σύμπτωμα και επαναξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των αντιεμετικών φαρμάκων που λάμβανε. Εάν με την per os χορήγηση αντιεμετικών συνεχίζονται οι εμετοί, αντικαθίστανται με αντιεμετικά που χορηγούνται παρεντερικά. Στην περίπτωση που οι εμετοί οφείλονται στη χορήγηση οπιοειδών, δεν ωφελεί η αντικατάστασή τους από κάποιο άλλο, αφού δεν παρουσιάζουν διαφορές ως προς την πρόκληση του συμπτώματος. Ωστόσο, ειδικά η μορφίνη ενοχοποιείται για πρόκληση χρόνιας ναυτίας σε ασθενείς με καρκίνο.

Παράλληλα συστήνονται και μη φαρμακευτικά μέτρα: μικρά και συχνά γεύματα, αποφυγή ομιλίας κατά το φαγητό, απόσπαση προσοχής, αποφυγή έντονων οσμών, λιπαρών, γλυκών, ανθρακούχων, σύσταση δραστηριότητας μετά το φαγητό, άνετα ρούχα, χαλάρωση, βαθιές αναπνοές όταν νιώθει ναυτία, διαχείριση του άγχους ⁽¹¹⁷⁾.

- Η επιδείνωση των συμπτωμάτων εμφανίζεται έντονα δύο μήνες πριν το θάνατο, καθώς η τυπική πορεία του καρκίνου και η εντατική φροντίδα οδηγούν σε ραγδαία επιδείνωση των συμπτωμάτων (πόνος, κούραση, ανορεξία) μόλις τις τελευταίες εβδομάδες της ζωής ⁽¹²⁷⁾. Σημαντικό, επίσης, είναι να γίνονται αντιληπτά τα συμπτώματα που δηλώνουν ότι ο ασθενής βρίσκεται κοντά στο τέλος. Η χαμηλή Α/Π και ταχυπαλμία, το αρσενικό φύλο, ο χαμηλός δείκτης KPS, η ανορεξία, η δύσπνοια συνοδεύουν την σύντομη επιβίωση, λιγότερο από 10 μέρες ⁽¹²⁸⁾

10.3. Φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου στο σπίτι

Η ανάγκη ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι ξεκίνησε στις ΗΠΑ και δημιουργήθηκε από την ανάγκη επιστροφής των ασθενών στο σπίτι, όταν τα συμπτώματά τους είναι υπό έλεγχο. Καθώς οι περισσότεροι ασθενείς αποφασίζουν να πεθάνουν στο σπίτι, όπως καταδεικνύουν μελέτες σε όλο τον κόσμο, έγινε εναλλακτική λύση και προωθείται από τις πολιτικές υγείας παγκοσμίως. Η ομάδα νοσηλείας στο σπίτι μπορεί να αποτελείται από ειδικευμένο γιατρό και νοσηλευτές ανακουφιστικής φροντίδας ή μόνο τους τελευταίους που υποστηρίζονται από διεπιστημονική ομάδα. Εθελοντές και οικογένεια παίρνουν μέρος στην φροντίδα όταν χρειάζεται ⁽¹²⁰⁾.

Η ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι προτείνεται και για το αρχικό στάδιο της νόσου, ενώ ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο μπορεί να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που έχουν σε καθημερινές δραστηριότητες και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους. Ταυτόχρονα μπορεί να παρέχει ιατρικές υπηρεσίες, όπως αποκατάσταση και παρηγορητική φροντίδα ^{(129) (130)}.

Ένα σημαντικό ζήτημα στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου είναι το κατά πόσο ο τόπος του θανάτου συμβαδίζει με τις ελπίδες τους. Έρευνα κατέδειξε ότι και οι

γιατροί, πέρα από ιατρικές, μπορούν να δώσουν ψυχολογικές και υποστηρικτικές συμβουλές στους φροντιστές των ασθενών αυτών, βοηθώντας ταυτόχρονα μειωθεί το φορτίο της φροντίδας, όπως και συμβουλές σχετικά με την χρήση της κοινωνικής ασφάλισης και τις διαδικασίες αμέσως μετά το θάνατο ⁽¹³¹⁾.

Παράγοντες που επηρεάζουν τον ασθενή και την οικογένειά του στην απόφαση να πεθάνει στο σπίτι είναι το υποστηρικτικό περιβάλλον στην οικογένεια, η έγκαιρη ενημέρωση από νοσηλευτές των νοσοκομείων, η υποστήριξη της υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι και από τον οικογενειακό γιατρό ⁽¹³²⁾. Συχνότερα πεθαίνουν στο σπίτι υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης ασθενείς, γυναικείου φύλου, που δεν διαμένουν σε μεγαλοαστική περιοχή. Έρευνα σε επτά ευρωπαϊκές χώρες κατέδειξε ότι περισσότεροι από τους μισούς τελικού σταδίου ασθενείς προτιμούν να πεθάνουν στο σπίτι τους. Ωστόσο, οι περισσότεροι από αυτούς εξυπηρετούνται από μη ειδικευμένο φροντιστή και η πρόσβαση σε υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας συνδέεται άμεσα με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ασθενών. Ο έγκαιρος και ειδικός σχεδιασμός της παρηγορητικής φροντίδας με ενεργοποίηση ομάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η αλλαγή της εν γένει πολιτικής της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να συμβάλλουν στην βελτίωση της κατάστασης ⁽¹³³⁾. Παράγοντες που συνδέονται με τον θάνατο στο σπίτι: η ενημέρωση, η χαμηλή λειτουργική κατάσταση του ασθενή, οι προτιμήσεις του, η δυνατότητα και πρόθεση φροντίδας στο σπίτι, η συμβίωση με ασθενείς και η εκτεταμένη οικογενειακή υποστήριξη. Η απόφαση εξαρτάται κυρίως από τους φροντιστές και την στήριξη που θα έχουν στο φορτίο που αναλαμβάνουν. Αν και το τελευταίο διάστημα της ζωής η κατάσταση του ασθενούς απαιτεί συχνότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο, στην ανακουφιστική φροντίδα το ποσοστό αυτό είναι ελάχιστο (προς όφελος του συστήματος υγείας), αλλά οι αυξημένες απαιτήσεις της φροντίδας αυξάνουν το κόστος της. Καθώς πολλοί από τους παράγοντες που ευνοούν την φροντίδα στο σπίτι από την οικογένεια περιορίζονται (εργαζόμενοι και οι δύο ενήλικες, άγαμοι, διαζευγμένοι, μοναχικά άτομα, μετακινήσεις μελών οικογένειας) η φροντίδα συρρικνώνεται. Το σημαντικό είναι να στηριχθούν οι φροντιστές και να αναγνωριστεί ο σημαντικός ρόλος του νοσηλευτή-ογκολόγου φροντιστή από την πολιτεία.

Ωστόσο, εκτός από τον ασθενή και την οικογένεια και οι επαγγελματίες υγείας παίρνουν μέρος στην απόφαση, ενώ συνεκτιμώνται και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Σύμφωνα με ιταλική έρευνα το 93,5% των ασθενών προτιμούν να πεθάνουν στο σπίτι. Η ανακουφιστική φροντίδα ενθαρρύνει τον θάνατο στο σπίτι, ανταποκρινόμενη στις ανάγκες των φροντιστών και διαβεβαιώνοντάς τους για το ανώφελο της διακομιδής στο νοσοκομείο για επείγουσες παρεμβάσεις λίγο πριν τον θάνατο. Η διαφορά που κατέδειξε η έρευνα είναι ότι οι ασθενείς που πέθαναν στο σπίτι είχαν ένα ειρηνικό θάνατο, περιβαλλόμενοι από τα μέλη της οικογένειάς τους, ακόμα κι όταν ο θάνατος συνέβαινε τη νύχτα, ενώ οι ασθενείς που μεταφέρθηκαν σε νοσοκομείο πέθαναν μόνοι ή με την παρουσία μη ειδικευμένου φροντιστή, χωρίς την σημαντική παρουσία της οικογένειάς τους. Σημαντική επίσης είναι η σύνδεση της ομάδας ανακουφιστικής φροντίδας και φροντιστών ακόμα και μετά το θάνατο του ασθενούς^{(134) (135) (136)}.

Ένα σημαντικό θέμα που απασχολεί συνήθως τους φροντιστές στο σπίτι είναι η αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών. Η αποτελεσματική διαχείριση του πόνου θα πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο εκπαίδευσης των νοσηλευτών, οι οποίοι, εφοδιασμένοι με δεξιότητες και γνώσεις, θα προσπαθήσουν να μεταφέρουν τις καλές πρακτικές στους φροντιστές, δίνοντας ξεχωριστή σημασία στις ανάγκες και τα πιστεύω τους, που συνήθως αφορούν τις παρενέργειες της αναλγησίας (στο ανοσοποιητικό) και την εξάρτηση από αυτήν⁽¹³⁷⁾. Ο ενεργός φροντιστής συμμετέχει στις αποφάσεις για την περίθαλψη, ζητά καθοδήγηση για την φροντίδα του ασθενούς και οι νοσηλευτές ανταποκρίνονται ενημερώνοντας και αναθεωρώντας την περίθαλψη, διασαφηνίζοντας θέματα φροντίδας, κάνοντας συστάσεις για μελλοντική φροντίδα⁽¹³⁸⁾.

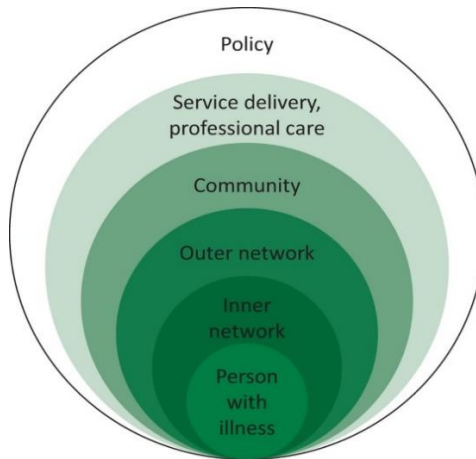
Έρευνα έδειξε ότι η έγκαιρη εφαρμογή της ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι με εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής, την ικανοποίηση του ασθενούς και την επιβίωση, να καθυστερήσει την επανεισαγωγή στο νοσοκομείο, να μειώσει τη χρήση χημειοθεραπείας, την εντατική ιατρική φροντίδα και το κόστος της, να μειώσει το στρες και το φορτίο των φροντιστών⁽¹³⁹⁾.

Βέβαια, η νοσηλεία στο σπίτι πρέπει να βασίζεται σε κάποιες προϋποθέσεις. Μία από τις βασικές είναι η ύπαρξη οικογένειας ικανής να φροντίσει τον ασθενή. Οι

φροντιστές – μέλη της οικογένειας αναλαμβάνουν την τυπική και ιατρική φροντίδα του ασθενή, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη, αναλώνοντας πολύ χρόνο, ο οποίος γίνεται ακόμη περισσότερος τις τελευταίες εβδομάδες ή μέρες πριν τον θάνατο. Πέρα από τις εργατώρες που αναλώνουν, συνεισφέρουν χρηματικά στα έξοδα νοσηλείας και απαλλάσσουν το σύστημα υγείας από έξοδα. Αυτή η προσφορά τους θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, ώστε η κοινωνία να ενισχύει με τη σειρά της αυτή την ευάλωτη ομάδα. Επίσης, η διαχείριση του πόνου, το φορτίο της φροντίδας, η δυσκολία συνδυασμού εργασίας και φροντίδας βαρύνουν τους φροντιστές, κάτι που καθιστά απαραίτητη τη στήριξη και την ενημέρωσή τους από ειδικές υπηρεσίες^{(140) (141)}.

Η φροντίδα ανάπαυλας πρωτοεμφανίστηκε το 1984 ως υπηρεσία υποστήριξης των συγγενών που δεν επιθυμούν την παρουσία ενός επιστήμονα υγείας όλο το 24ωρο, αλλά ζητούσαν την συνεχή παρουσία του 4-7 ώρες την ημέρα για να ενδυναμώνει τη φροντίδα τους χωρίς να διεισδύει στην ιδιωτική τους ζωή. Αντίστοιχα οι ειδικές ομάδες ΑΦ ημέρας συνδέονται με ιδρύματα ή λειτουργούν ανεξάρτητες και προσφέρουν πλήθος υπηρεσιών (φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, διαιτολόγους κ.α.)⁽¹²⁰⁾.

Πρόσφατα παρουσιάστηκε η πρόταση για δημιουργία δικτύου υποστήριξης των φροντιστών, οι οποίοι θα πρέπει να ενθαρρυνθούν ώστε να απευθύνονται για βοήθεια και καθοδήγηση, από επαγγελματίες υγείας, χρησιμοποιώντας τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Ταυτόχρονα, ένα μέρος του έργου που επιτελείται από επαγγελματίες μπορεί να γίνει μέσω κοινωνικής υποστήριξης. Η φροντίδα στο τέλος της ζωής είναι δουλειά του καθενός μας, καθώς όλοι σε κάποια στιγμή της ζωής μας θα πρέπει να φροντίσουμε τους δικούς μας που θα πεθάνουν⁽¹⁴²⁾



Εικ.19. Κύκλοι φροντίδας από το **Abel J.** Compassionate communities and end-of-life care. *Clinical Medicine Journal*. 2018, Vol. 18, 1, pp. 6-8.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΔΕΚΑΤΟ: ΛΙΓΟ ΠΡΙΝ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

11.1. Πνευματικές ανάγκες ασθενών

Η πνευματική φροντίδα, αν και συχνά αγνοείται, βοηθά το άτομο να διαχειριστεί την πνευματική διάσταση της ζωής και να αποδεχτεί την μοναδικότητά του. Παρότι οι νοσηλευτές υποτίθεται προσφέρουν ολιστική φροντίδα, έρευνα απέδειξε ότι παραμελείται και η πνευματική φροντίδα δεν παρέχεται, παρά μόνο αν το ζητήσει ο ασθενής, ενώ αρκετοί πιστεύουν ότι δεν αφορά στο ρόλο τους. Η παραμέληση της πνευματικής φροντίδας, στα πλαίσια της ανακουφιστικής, συχνά συνδυάζεται με καταπόνηση των νοσηλευτών.

Η έννοια της πνευματικότητας δεν ταυτίζεται με την θρησκευτικότητα, αλλά αναφέρεται σε δύο επίπεδα: α) το άτομο ανακαλύπτει τις αξίες που αποτελούν το λόγο ύπαρξης και οργανώνεται γύρω από αυτές η ζωή και β) ανάπτυξη της σχέσης με ένα ανώτερο όν, ανεξάρτητα από τη μορφή που αυτό εκλαμβάνει για το άτομο. Έτσι, η πνευματικότητα πιθανώς εμφανίζεται μέσα από την θρησκευτικότητα, αλλά όχι πάντοτε. Ειδικά στη σημερινή κοσμική κοινωνία, που η θρησκευτικότητα έχει περιοριστεί, η πνευματική συζήτηση δεν πρέπει να σχετίζεται με ένα Θεό ή με θρησκευτικές δραστηριότητες, γιατί αυτόματα αποκλείει κάποια άτομα να συζητήσουν βαθύτερα υπαρξιακά ζητήματα. Άρα η πνευματική γλώσσα σχετίζεται

με σύμβολα και διάφορα επίπεδα γλώσσας, ώστε να μπορέσουν να εκφραστούν (116).

Οι περισσότεροι ασθενείς με σοβαρή ασθένεια αναζητούν απαντήσεις σε υπαρξιακά ερωτήματα σχετικά με το νόημα της ζωής, του πόνου, με τα συστήματα αξιών (πλούτος, κοινωνική θέση), με ενοχές, με τη ζωή μετά το θάνατο. Αυτά τα ερωτήματα βιώνονται κατά διαφορετικό τρόπο, βαθμό και χρόνο από κάθε ασθενή, συνήθως αποκρύπτονται και δεν αναγνωρίζονται εύκολα. Οι ασθενείς τα μοιράζονται με συγγενείς, φίλους, νοσηλευτές και σπάνια με γιατρούς, αποζητώντας το νόημα της ασθένειας, την εξασφάλιση ενός «καλού θανάτου», την διατήρηση της ελπίδας. Οι πνευματικές αυτές ανάγκες σχετίζονται περισσότερο με το τι είσαι παρά με το τι κάνεις και συνοψίζονται σε ζωή σχετικά με το προσωπικό σύστημα αξιών, θρησκευτικές εκδηλώσεις, συναισθήματα αγάπης και συγχώρησης σε σχέση με το Θεό και τους ανθρώπους, προσανατολισμός προς τον εσωτερικό άνθρωπο κ.α. (120)

Υπάρχουν συχνά αντικειμενικές δυσκολίες που εμποδίζουν την αξιολόγηση της πνευματικής καταπόνησης από τον ασθενή: το περιβάλλον της κλινικής, έλλειψη ιδιωτικότητας και ησυχίας, αλλά και η παραμέληση της προσωπικής αίσθησης της πνευματικότητας, απογοήτευση από τη ζωή και έλλειψη νοήματος. Ωστόσο, με κατάλληλες ερωτήσεις (τι είναι σημαντικό για σένα, τι κληρονομιά αφήνεις πίσω σου κλπ) ο νοσηλευτής μπορεί να διερευνήσει την πνευματική καταπόνηση, που συνήθως εκφράζεται με αμφισβήτηση του νοήματος της ύπαρξης και της έννοιας του υποφέρειν, των θεραπειών, θυμό για τον Θεό και τους εκπροσώπους της θρησκείας, αμφισβήτηση των θεραπειών, της ζωής.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διερευνήσει τρόπους για να καλλιεργήσει την ελπίδα στον ασθενή που πεθαίνει: διαπροσωπική σχέση, εγκαρδιότητα, προσωπικά χαρακτηριστικά (αποφασιστικότητα, κουράγιο, ηρεμία), εφικτοί στόχοι, πνευματική βάση (πνευματικές αντιλήψεις και πρακτικές), αναμνήσεις εμπύχωσης (θετικών στιγμών), επιβεβαίωση της αξίας. Αποθάρρυνση δημιουργεί η εγκατάλειψη και απομόνωση, ο μη ελεγχόμενος πόνος και η έλλειψη άνεσης, η υποτίμηση της προσωπικότητας (116).

Η θετική επίδραση της ελπίδας, ειδικά όταν συνυπάρχει το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας, μπορεί να βοηθήσει το άτομο να αντέξει ένα δυσάρεστο γεγονός της ζωής. Όμως, για να μπορεί να έχει το συναισθηματικό σθένος να διαχειριστεί ψυχοκοινωνικά προβλήματα και πνευματικές ανησυχίες, πρέπει πρώτα να αντιμετωπιστούν τα ενοχλητικά οργανικά συμπτώματα. Άλλη απαραίτητη προϋπόθεση είναι η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης του νοσηλευτή με τον ασθενή, που διακρίνεται από την εμπιστοσύνη και ειλικρίνεια του τελευταίου προς τον εαυτό του και τον ασθενή. Η αποτελεσματική φροντίδα απαιτεί άτομα με δεξιότητες αξιολόγησης, βαθιά γνώση της διεργασίας της νόσου, αποδοχή του ρόλου του συνηγόρου του ασθενή, υψηλού επιπέδου επάρκεια γνώσεων, δεξιοτήτων επικοινωνίας, πεποιθήσεων και αξιών ζωής. Τα θεμελιώδη πιστεύω του επιστήμονα για τις αξίες «άνθρωπος» και «φροντίδα» επηρεάζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την ανταπόκριση του ασθενούς σε αυτήν.

Είναι σημαντικό για τον ασθενή να αντιμετωπίζεται ως άτομο που ζει μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του. Το διάστημα πριν το θάνατο είναι για πολλούς η τελευταία ευκαιρία να γίνουν ό,τι πραγματικά είναι (και όχι ό,τι προσποιούνταν), να συμφιλιωθούν με το Θεό, τον εαυτό τους και τους ανθρώπους. Για αρκετούς ανθρώπους αυτά δεν είναι εύκολα και κάποιιοι δεν θα πετύχουν ποτέ αυτή την συμφιλίωση.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσφέρει την ελπίδα στον ασθενή. Όχι απαραίτητα ότι δεν θα πεθάνει (αν και δεν πρέπει να επιμένει να το αναιρέσει όταν βλέπει ότι ο ασθενής έχει προσκολληθεί σε αυτή την ελπίδα), αλλά ότι ο πόνος θα μειωθεί, η συμφιλίωση θα επιτευχθεί, ο στόχος θα καλυφθεί, το νόημα θα βρεθεί ⁽¹²⁰⁾. Για κάποιους ασθενείς ο πόνος, ως μέσο πνευματικής ωρίμανσης, αλλά και η ελπίδα που γεννιέται από την Ανάσταση του Χριστού μπορεί να είναι η ερμηνεία όσων βιώνει και η ελπίδα μέσα απ' το θάνατο ⁽⁹⁷⁾.

Ο νοσηλευτής συμπορεύεται με τον ασθενή και την οικογένειά του στην ανάληψη δυναμικής ευθύνης για ό,τι προκύψει στην πορεία προς το θάνατο. Ενεργεί έτσι ώστε να λαμβάνουν πληροφορημένες αποφάσεις για ό,τι συμβαίνει ή ό,τι πρόκειται αν συμβεί.

Απαιτείται αρμονική συνεργασία του νοσηλευτή με πλήθος άλλων που συμμετέχουν στην φροντίδα του ασθενή: οικογένεια, γιατροί, νοσηλευτές, εθελοντές βοηθοί, γείτονες, συνάδελφοι και άλλα άτομα του κοινωνικού περιγύρου. Πολλοί από αυτούς μπορεί να μην γνωρίζουν τι κάνουν ή τι πρέπει να κάνουν και να διατηρούν αισθήματα ανεπάρκειας και ματαίωσης. Χρειάζεται καλή επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς, της οικογένειας και όλης της θεραπευτικής ομάδας. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα και την κλινική πράξη, ο νοσηλευτής είναι το άτομο που, λόγω της ολιστικής φιλοσοφίας και εκπαίδευσης που έχει και του περισσότερου χρόνου που αναλώνει με τον άρρωστο μπορεί να προσεγγίσει ολιστικά τις βιολογικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες εκείνου και της οικογένειας, να συντονίσει τις προσπάθειες όλης της ομάδας.

Είναι απαραίτητη, όμως, και η συναισθηματική επάρκεια του νοσηλευτή, ο οποίος, για να προσφέρει αποτελεσματική φροντίδα, θα πρέπει να έχει επεξεργαστεί και αντιμετωπίσει την προοπτική του δικού του θανάτου. Χρειάζεται αυτοπεποίθηση αλλά και προθυμία και ικανότητα να παραμερίσεις τη δική σου ιστορία, τη βεβαιότητα για την ορθότητα της δικής σου άποψης και της επαγγελματικής δύναμης. Έχει αποδειχτεί ότι νοσηλευτές με έντονη πνευματικότητα μπορούν να ανταποκριθούν πιο αποτελεσματικά στις ανάγκες των ασθενών. Έτσι, κατά την εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης, γίνεσαι κομμάτι της ιστορίας, ένα μέρος του τελευταίου κεφαλαίου του βιβλίου που γράφεται. Γίνεται ο ασθενής ένα μέρος της δικής μας βιογραφίας και εμείς της δικής του ⁽¹²⁰⁾.

Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί μια σημαντική διαφορά όταν πρόκειται για εφήβους ή νεαρούς ενήλικες καρκινοπαθείς πριν το θάνατο. Η ηλικιακή αυτή κατηγορία είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιεί υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ωστόσο, η παροχή ψυχοκοινωνικής πνευματικής φροντίδας σε νεαρούς ενήλικες μπορεί να τους βοηθήσει να αισθανθούν ότι κάποιος τους βλέπει και τους ακούει και χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για το αν βιώνουν πνευματική/υπαρξιακή δυσφορία και μπορούν να δεχτούν υπαρξιακές θεραπείες, που έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές στην ανακούφιση της ψυχοπαθολογίας ⁽¹⁴³⁾.

11.2. Προβλήματα του ασθενούς λίγο πριν το θάνατο

Καθώς ο ασθενής πλησιάζει προς το θάνατο ανακύπτουν κρίσιμα ζητήματα:

- Η συνέχιση των φαρμάκων: Λόγω της αδυναμίας των ασθενών και των προβλημάτων στην κατάποση, τα δευτερεύοντα φάρμακα θα πρέπει να σταματήσουν και να συνεχιστούν τα οπιούχα και αγχολυτικά. Προτιμάται η συνεχής υποδόρια έγχυση
- Τα συνεχιζόμενα τεχνητά υγρά μπορούν να σταματήσουν, καθώς δεν προσφέρουν σημαντικό όφελος
- Εκκρίσεις αναπνευστικών οδών: Η αναρρόφηση δεν βοηθά και προκαλεί δυσφορία. Χορηγούμε υποδόρια αντιμυοκαρμικό παράγοντα και αλλάζουμε θέση στον ασθενή
- Σύγχυση – τελική ανησυχία: Ως αποτέλεσμα ψυχολογικών και πνευματικών ανησυχιών, υπότασης, υποξίας, βιοχημικών διαταραχών. Αποκλείουμε προφανείς αιτίες δυσφορίας (υγρό κρεβάτι, πλήρη κύστη), καθησυχάζουμε τον ασθενή και δημιουργούμε ήρεμο περιβάλλον. Όταν τα συμπτώματα δεν υποχωρούν χορηγούμε βενζοδιαζεπίνη ή αντιψυχωσικά (αλοπεριδόλη). Χρήσιμη είναι και η ήρεμη, ενθαρρυντική νοσηλευτική παρουσία
- Νοσηλευτική φροντίδα: Τουλάχιστον κάθε δύο ώρες συνεχής συναισθηματική υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειας. Έλεγχος πόνου, αναπνευστικών εκκρίσεων, αναγκών ακράτειας, στοματική φροντίδα.
- Βαθιά γνώση της κατάστασης: Διερευνάται με λεπτότητα η κατανόηση της κατάστασης. Η οικογένεια οφείλει να πληροφορηθεί ότι ο ασθενής πεθαίνει ή θα πεθάνει, ώστε να προετοιμαστεί, να αποχαιρετήσει τον ασθενή, να έρθει σε επαφή με σχετικά άτομα. Ενθαρρύνεται η ανάμειξη της οικογένειας στη φροντίδα.
- Πνευματική/πολιτιστική φροντίδα: Ο νοσηλευτής, γνωρίζοντας τις κοινές πολιτισμικές και θρησκευτικές πρακτικές για το τέλος της ζωής, συζητά με τον ασθενή και την οικογένειά του και τις συγκρίνει. Κάποιες παραδόσεις θέλουν την παραμονή των συγγενών ή και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος στο προσκέφαλο του ασθενούς κατά τον θάνατο ή και μέχρι την ταφή. Η νοσηλεύτρια πρέπει να μεσολαβήσει για την διευκόλυνση αυτών των πρακτικών. Οι

θρησκευτικές και πολιτισμικές πρακτικές υποδεικνύουν, επίσης, πως θα πραγματοποιηθεί η φροντίδα του σώματος μετά το θάνατο.

Η πλειονότητα των έκτακτων αναγκών (πόνος, αιμορραγία, σύγχυση, κατάσχεση) το τελευταίο 48ωρο της ζωής είναι ανεπανόρθωτες και η παρέμβαση συνίσταται στην ανακούφιση της δυσφορίας. Η έγκαιρη πρόβλεψη βοηθά να υπάρχει ετοιμότητα τη στιγμή εκείνη. Χορηγούμε τα αναλγητικά, σκούρες ή πράσινες πετσέτες μειώνουν τον οπτικό αντίκτυπο της απώλειας αίματος, προετοιμάζουμε τον ασθενή και την οικογένεια, μένουμε κοντά στον ασθενή (συνήθως με αυτά τα συμπτώματα ο θάνατος επέρχεται εντός λεπτών)^{(118) (144)}.

11.3. Το πένθος

Την ανακοίνωση της ανίατης νόσου πυροδοτεί μια σειρά αντιδράσεων του ασθενούς που ακολουθεί πέντε στάδια: άρνηση, θυμός, διαπραγμάτευση, κατάθλιψη, αποδοχή. Το άτομο θρηνεί την απώλεια της σωματικής του υγείας, του γνωστού μέλλοντος, του εισοδήματός του, του ελέγχου, των κοινωνικών του ρόλων, της οικονομικής ασφάλειας της οικογένειας, της εικόνας του σώματος.

Πολλές φορές το άτομο στην τελική αυτή φάση αναζητά μια προστατευτική σχέση και ίσως γίνεται και φορτικό. Αν ο νοσηλευτής απαντήσει με επιθετικότητα ή απόρριψη, ίσως νιώσει τύψεις μετά το θάνατό του γι αυτό. Ο ίδιος, επίσης, μπορεί να χρειαστεί να δώσει διαγνωστικές ή θεραπευτικές πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή, να γίνει μάρτυρας σε σκηνές ψυχικής έντασης των μελών της οικογένειας ή να επωμιστεί το βάρος ενός εγκαταλειμμένου από τους συγγενείς ετοιμοθάνατου.

Η προσαρμογή των νοσηλευτών στο ψυχικό τραύμα που δημιουργεί η φροντίδα ανίατων ασθενών ακολουθεί στάδια και ο συναισθηματικός αυτοέλεγχος θεωρείται προϋπόθεση της νοσηλευτικής παρέμβασης. Οι αρνητικές συμπεριφορές μεταξύ ασθενούς-νοσηλευτή κλονίζουν την μεταξύ τους εμπιστοσύνη ανεπανόρθωτα.

Ο ασθενής από τον θυμό (2^ο στάδιο μετά την άρνηση), που τον οδηγεί συχνά σε σύγκρουση με το περιβάλλον του και το επιστημονικό προσωπικό, περνά στη θλίψη και την κατάθλιψη που εκφράζεται στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία. Ο νοσηλευτής πρέπει να διακρίνει αυτά τα μηνύματα και να τον βοηθήσει να ανακαλύψει πτυχές που δίνουν νόημα σε ό,τι του έχει απομείνει να ζήσει⁽¹⁴⁵⁾.

Πέρα από την οργανική φροντίδα ο νοσηλευτής πρέπει να παράσχει και ψυχολογική στήριξη ώστε ο ασθενής να αποκτήσει αυτοεκτίμηση (μετά την διαταραγμένη σωματική του εικόνα) και αυτοέλεγχο. Χρειάζεται ακόμα κοινωνική στήριξη, καθώς αισθάνεται απομονωμένος από το περιβάλλον του που δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει ειλικρινά μαζί του ή προσποιείται για το θέμα της υγείας του. Ο νοσηλευτής

- με ενεργητική ακρόαση, μη λεκτική υποστήριξη και εμπάθунση, μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να εκφράσει και να αποδεχθεί τους φόβους και τις αγωνίες του, να εκφράσει το θυμό ή άλλα συναισθήματα, ώστε να τα ελέγξει αποτελεσματικότερα.
- Απαντά σε ερωτήσεις για την ασθένεια και την πρόγνωση με ειλικρίνεια, αφήνοντας, όμως, χώρο για την ελπίδα
- Ενθαρρύνει τον ασθενή που πεθαίνει να προγραμματίσει τα θέματα της διαθήκης και της κηδείας του. Έχει διαθέσιμους όλους τους αναγκαίους αριθμούς τηλεφώνου ώστε να απαλλάξει τους συγγενείς, που βρίσκονται σε έντονο στρες, από αυτά τα βάρη
- Ενθαρρύνει τον ασθενή να συνεχίσει να παίρνει μέρος στις δραστηριότητες που τον ευχαριστούν, συμπεριλαμβανομένης και της εργασιακής απασχόλησης. Αυτό του δημιουργεί την αίσθηση της συνέχειας της ζωής⁽⁹⁵⁾.

11.4. Διακοπή μηχανισμών διατήρησης της ζωής

Όπως αναφέρθηκε ήδη, ο ασθενής και η οικογένειά του, ύστερα από ειλικρινή ενημέρωση με στατιστικά στοιχεία, μπορεί να αποφασίσουν να παραιτηθούν ή να διακόψουν θεραπείες για τη διατήρηση της ζωής. Διακοπή συνέχισης της μηχανικής υποστήριξης συνήθως συμβαίνει όταν τα μειονεκτήματα των συνεχών παρεμβάσεων για την διατήρηση της ζωής υπερβαίνουν τα πλεονεκτήματα. Κατά την απομάκρυνση από τον μηχανικό αερισμό θα πρέπει να σχεδιαστεί έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η άνεση του ασθενούς και να επιτραπεί στην οικογένεια να είναι παρούσα, εάν το επιθυμεί.

Το πλεονέκτημα της τελικής αποδιασωλήνωσης είναι ότι δεν παρατείνει τη διαδικασία του θανάτου και τον απαλλάσσει από τεχνητούς σωλήνες. Έχοντας προβλέψει την αγωνία που θα βιώσει ο ασθενής κατά την τελική αποδιασωλήνωση, χορηγούμε προληπτικά τις αναγκαίες δόσεις αναλγητικών και κατασταλτικών, σε ποσότητα ανάλογη με την αγωνία που αντιμετωπίζει.

Σε ασθενή που λαμβάνει παράγοντες νευρομυϊκού μπλοκαρίσματος, θα πρέπει να γίνει αναδόμηση της νευρομυϊκής λειτουργίας πριν την απομάκρυνση από τον μηχανικό αερισμό. Σε ορισμένους, όμως, ασθενείς, λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας, η αποβολή των φαρμάκων επιμηκύνεται και η πλήρης αναδόμηση να χρειαστεί μέρες ή εβδομάδες. Η απόφαση που θα παρθεί πρέπει να εξισορροπεί τους λόγους της αναμονής για αναδόμηση της νευρομυϊκής λειτουργίας με την επιπλέον επιβάρυνση του ασθενούς από την συνεχή χρήση των παρεμβάσεων διατήρησης της ζωής ⁽¹⁴⁶⁾.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΩΔΕΚΑΤΟ: ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

12.1. Προπαρασκευαστικός θρήνος

Προπαρασκευαστικός θρήνος ονομάζονται οι απώλειες που βιώνουν οι οικείοι του ασθενούς μετά την ανακοίνωση της δυσάρεστης διάγνωσης, αντίστοιχα προς το πένθος του ίδιου του ασθενούς. Κατά τον Evans, ο θρήνος δεν αφορά την τελική απώλεια του ατόμου, αλλά το συνεχώς αυξανόμενο πένθος για το πλήθος των απωλειών που θα βιωθούν κατά την διάρκεια της εμπειρίας της ασθένειας. Αποτελεί αιτία κόπωσης, ιδίως όταν βιώνεται κατά την 24ωρη προσπάθεια παροχής κατ' οίκον φροντίδας, και μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα παροχής φροντίδας στον ασθενή.

Τα άτομα συχνά εκφράζουν την ελπίδα ότι βιώνοντας εκ των προτέρων τον πόνο της απώλειας θα υποφέρουν λιγότερο στη συνέχεια. Ωστόσο, αυτό δεν ισχύει· οι απώλειες που θρηνοούνται αφορούν στο παρόν μόνο. Τα γεγονότα που περιβάλλουν το θάνατο και η ποιότητα του δαπανούμενου χρόνου με το αγαπημένο πρόσωπο μετά το θάνατο (να παραμείνει κοντά στο νεκρό, να προετοιμάσει το νεκρό σώμα, η υποστήριξη την ώρα του θανάτου) βοηθούν στη διαχείριση συναισθημάτων και

αναμνήσεων αργότερα. Τα μέλη της οικογένειας θέλουν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, να δεχτούν παρηγοριά και υποστήριξη από συγγενείς και επαγγελματίες υγείας.

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να αναγνωρίσει τις διαστάσεις του πένθους που ενδεχομένως δεν εκφράζει. Οι σημαντικότερες στρατηγικές που συμβάλλουν στην διατήρηση της ελπίδας κατά τη διάρκεια της παροχής φροντίδας είναι η υποστηρικτική σχέση, η ρεαλιστική κατανόηση της κατάστασης, η επικέντρωση στο παρόν και αντιμετώπιση του μέλλοντος με θετικά γεγονότα, εφικτές προσδοκίες, πνευματικές πεποιθήσεις, εξισορρόπηση δαπανώμενης με διαθέσιμη ενέργεια. Ωστόσο, η ελπίδα εμποδίζεται από τα μη ελεγχόμενα συμπτώματα του ασθενούς (πόνος, συνεχή εμετό, διάρροια, σύγχυση). Κατά τον Parkes, τα στάδια του θρήνου περνούν από μία περίοδο αναζήτησης του ατόμου που χάθηκε, παροδική ανακούφιση (συναίσθημα ότι ο νεκρός βρίσκεται κοντά), συναισθήματα θυμού και ενοχής για τον νεκρό ή τις συνθήκες θανάτου του. Η λύση του θρήνου έρχεται όταν το άτομο αποκτήσει μια νέα ταυτότητα, έχοντας ενσωματώσει τα συναισθήματα και τις ιδέες γύρω από την απώλεια. Όταν ο θρήνος δεν εκφράζεται πλήρως ή ακολουθεί παρατεταμένη πορεία, υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας. Η απώλεια είναι μεγαλύτερη όταν ο νεκρός είναι παιδί ή έφηβος, οπότε η θλίψη μπορεί να μην επουλωθεί ποτέ πλήρως.

Η υποστήριξη των μελών της οικογένειας κατά τη διάρκεια του πένθους αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της ΑΦ. Παλαιότερα, οι ανάγκες εκείνων που πενθούν συστηματικά υποεκτιμούνταν και οι υπηρεσίες σχετικά με την υποστήριξη των ατόμων οργανώθηκαν μόνο όταν οι νοσηλευτές και άλλα μέλη του προσωπικού ΑΦ (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) ανέλαβαν την υποστήριξη. Στους οργανωμένους ξενώνες και άλλες υπηρεσίες ΑΦ στη Μ. Βρετανία, ΗΠΑ, Καναδά, Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία λειτουργεί ιδιαίτερη υπηρεσία υποστήριξης των θρηνούντων (bereavement services) που στελεχώνεται από κοινωνικούς λειτουργούς και εκπαιδευμένους εθελοντές συμβουλευτικής θρήνου που λειτουργούν με εποπτεία από κοινωνικό λειτουργό^{(116) (120)}.

12.2. Το φορτίο των φροντιστών

Οι μη επαγγελματίες φροντιστές εκτελούν όλο και πιο σύνθετες δραστηριότητες, καθώς μειώνονται οι δραστηριότητες που εκτελούνται από επαγγελματίες, με αποτέλεσμα, όπως είδαμε και πιο πριν, να επιβαρύνονται πολλαπλά και σημαντικά. Η φροντίδα του ασθενή στο σπίτι περιλαμβάνει νέες φροντίδες, παράλληλα προς τις καθημερινές ανάγκες (μετεγχειρητική φροντίδα, αντιμετώπιση του πόνου, ελλείμματα επικοινωνίας κ.α.). Συχνά αντιμετωπίζουν αγχωτικές καταστάσεις: την ανακοίνωση δυσάρεστων νέων, συναισθηματικές συγκρούσεις, θυμό και θλίψη, την οξύθυμη συμπεριφορά του ασθενή, την συνεργασία με πολλούς διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας. Αρκετοί αγχώνονται περισσότερο από τους ασθενείς για την επανεμφάνιση του καρκίνου και το άγχος τους φτάνει σε επίπεδα που απαιτούν θεραπεία. Είναι σημαντικό να βρίσκουν ευκαιρίες για χαλάρωση και πνευματική ανανέωση.

Κυρίαρχη ανησυχία τους, στην τελική φάση της νόσου, αποτελεί ο τρόπος με τον οποίο θα επέλθει ο θάνατος και η βίωση συναισθημάτων απώλειας και θρήνου. Σε μελέτη διαπιστώθηκε ότι το 62% των φροντιστών ήταν διαθέσιμοι στον ασθενή επί 24ωρης βάσης και το 80% από αυτούς αισθάνονταν ως κύριοι υπεύθυνοι για την φροντίδα του ασθενούς. Άλλη μελέτη επιβεβαιώνει τη σταδιακή εξάντληση των αποθεμάτων ενέργειας και την επιβάρυνση της υγείας τους, που μειώνει την ικανότητα ανταπόκρισής τους στις απαιτούμενες ανάγκες φροντίδας κατά τη διάρκεια της νύχτας. Οι ίδιοι θεωρούνται ομάδα υψηλού κινδύνου, καθώς το άγχος, που τους προκαλεί η ασθένεια του προσφιλούς προσώπου, καθιστά πιο ευάλωτη την υγεία τους και αυξάνει την πιθανότητα κατάρρευσης του ανοσοποιητικού τους συστήματος.

Οι παράγοντες που σταθμίζουν τις δυνατότητες των φροντιστών είναι η ικανότητα να αλλάζουν ρόλους, να υπομένουν σε δύσκολες διαδικασίες, να επικοινωνούν με άλλους φροντιστές, να παρακολουθούν την πορεία υγείας του ασθενούς, να αντέχουν την ανικανότητά του, να διαχειρίζονται την απώλεια με αξιοπρέπεια ⁽¹⁴⁷⁾.

Είναι οι ίδιοι, επίσης, που καλούνται να λάβουν δύσκολες αποφάσεις για την αντιμετώπιση του πόνου, με συμπεριφορά που ποικίλλει από την επιθετική χορήγηση μέχρι τον περιορισμό και την διακοπή των φαρμάκων, ανάλογα με τις

πεποιθήσεις που έχουν διαμορφώσει. Επιστέγασμα η παροχή φροντίδας τις τελευταίες μέρες της ζωής του ασθενούς, παραμένοντας για ώρες ή μέρες κοντά στο αγαπημένο τους μέλος, μεταγγίζοντας αγάπη και επιβεβαίωση με την παρουσία τους. Ο ασθενής, που μπορεί να βογκά ή να αναπνέει θορυβωδώς, επιδεινώνει τη δοκιμασία τους, με την έλλειψη ύπνου που πρέπει να υπομείνουν. Η οικογενειακή συνοχή (ο τρόπος ανταπόκρισης των μελών της οικογένειας στη δύσκολη κατάσταση), η στάση του προσωπικού, η διάρκεια της νόσου μπορεί να προωθήσουν ή να παρεμποδίσουν την φροντίδα. Η φροντίδα επηρεάζεται, επίσης, από την ηλικία, το φύλο, τη θρησκεία, την υγεία, τη μόρφωση, την ποιότητα της σχέσης με τον ασθενή, την κοινωνική στήριξη. Για όλους αυτούς τους λόγους, όπως αναφέρθηκε, έχει γίνει πρόταση για την δημιουργία δικτύου υποστήριξης των φροντιστών.

Στην Ελλάδα, η κλινική εμπειρία, δείχνει ότι η οικογένεια συμμετέχει με πολλούς τρόπους στην φροντίδα των ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου. Αν και στη χώρα μας η οικογένεια θεωρείται ο βασικός κρίκος στην κάλυψη των αναγκών των ασθενών αυτών, οι υπάρχουσες δομές της προσφέρουν μηδαμινή στήριξη, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζει ορισμένες φορές ανυπέρβλητες δυσκολίες ⁽¹²⁰⁾.

12.3. Το φορτίο των νοσηλευτών

Η εργασία με ασθενείς που πεθαίνουν είναι εξαιρετικά απαιτητική. Η υπερβολική δέσμευση των νοσηλευτών μαζί τους ενέχει κινδύνους και για τους ίδιους και μπορεί να τους οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση (burn out). Πολλοί νοσηλευτές συνδέονται πολύ στενά με τα άτομα που αναλαμβάνουν να φροντίσουν και παρόλα αυτά πρέπει να συμπεριφέρονται σαν να μην τους «αγγίζει» προσωπικά ο θάνατος. Η συγκράτηση των συναισθημάτων της οικειότητας ή της ανάγκης έκφρασης θλίψης μετά το θάνατο του ασθενούς, στιγματίζει την αντίληψη των καθημερινών δραστηριοτήτων και την αποτελεσματικότητα της εργασίας και εγείρει μια εσωτερική σύγκρουση.

Στις περιπτώσεις εκείνες που οι άλλοι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές «δένονται» συναισθηματικά με τον άρρωστο, συχνά εμφανίζουν συμπτώματα όμοια με εκείνα που βιώνουν οι συγγενείς και φίλοι που θρηνούν

(θλίψη, δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης, θυμό, ενοχές, άγχος, γενική κούραση ή αδυναμία ανταπόκρισης τις απαιτήσεις της δουλειάς τους, πονοκεφάλους, αϋπνία). Επιπρόσθετα, έχουν διαρκείς σκέψεις σχετικά με τον άρρωστο και τις συνθήκες θανάτου του και δείχνουν επιρρέπεια σε λάθη. Ανακινούνται ανεπεξέργαστες προσωπικές απώλειες του παρελθόντος, οδηγώντας στην επίπονη αναβίωσή τους. Ο επαγγελματίας υγείας έρχεται αντιμέτωπος με τη συνειδητοποίηση της προσωπικής του θνητότητας και ευαλωτότητας. Η συνδρομή ενός ψυχιάτρου ή ψυχολόγου στη στήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού που βρίσκεται αντιμέτωπο με τον πόνο και τον θάνατο (ειδικά σε ορισμένα περισσότερο στρεσογόνα τμήματα) είναι απαραίτητη. Παρά την ακαδημαϊκή προετοιμασία, η μάθηση στο σημείο αυτό είναι περισσότερο εμπειρική.

Σύμφωνα με μελέτες, «ένα σημαντικό σημείο, που διαφοροποιεί το θρήνο του προσωπικού υγείας από εκείνον των συγγενών, είναι ότι ο θρήνος του προσωπικού δεν παραγνωρίζεται μονάχα από την κοινωνία, αλλά και από τον ίδιο τον εργαζόμενο». Η επικοινωνία με κάθε άρρωστο επηρεάζει διαφορετικά κάθε επιστήμονα υγείας. Όταν προϋπάρχει μακρόχρονη και στενή σχέση ή όταν η ταύτιση είναι έντονη (λόγω ηλικίας, χαρακτηριστικών, τρόπου ζωής ή αντίληψης της ζωής), τότε η διεργασία θρήνου που βιώνει ο επαγγελματίας είναι ιδιαίτερα οδυνηρή. Ωστόσο μέσα από αυτή τη σχέση καλείται να νοσηματοδοτήσει το γεγονός του θανάτου, την πορεία του αρρώστου προς το θάνατο, και το ρόλο και τη συμβολή του ίδιου (ως επαγγελματία υγείας) στην παρεχόμενη φροντίδα. Καλείται να επεξεργαστεί πτυχές του εαυτού του, να αναζητήσει και να βρει την υποστήριξη που του είναι αναγκαία, ώστε να συνεχίσει να προσφέρει.

Στρατηγικές που συμβάλλουν στην πρόληψη της κόπωσης περιλαμβάνουν αναγνώριση των συναισθημάτων και των γεγονότων που σχετίζονται με την φροντίδα ατόμων που πεθαίνουν. Η κριτική ανάλυση της προσφερόμενης φροντίδας σε συνδυασμό με την αναγκαία υποστήριξη και το χρόνο για ανάνηψη ή θρήνο είναι ουσιώδη για την διατήρηση της ικανότητας για εργασία σε απαιτητικές υπηρεσίες παροχής φροντίδας, όπως είναι αυτή των ατόμων που πεθαίνουν από καρκίνο ⁽¹¹⁶⁾ ⁽¹²⁰⁾.



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1^η Κλινική Περίπτωση

Η ασθενής Χ. Α., 43 ετών, παντρεμένη, μητέρα δύο παιδιών, προσήλθε στις 15/1/2018 στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου «Ο Άγιος Ανδρέας» αναφέροντας πολλαπλές διαρροϊκές κενώσεις από 48ώρου. Σύμφωνα με το ιστορικό της, η ασθενής πάσχει από πρωτοπαθή καρκίνο παχέος εντέρου, που διαγνώστηκε πολύ καθυστερημένα. Έχει υποβληθεί σε χειρουργική εκτομή του όγκου, συνοδευόμενη από επικουρική χημειοθεραπεία. Ωστόσο, προ 4μήνου διαγνώστηκε μετάσταση στις ωθήκες. Κατά την φυσική εξέταση διαπιστώθηκε:

- Προχωρημένη απίσχναση (σωματικό βάρος 38 κιλά)
- αδυναμία (δεν μπορούσε να σταθεί όρθια, μιλούσε με κόπο, κλειστά μάτια που τα άνοιγε αργά μόνο όταν αντιλαμβανόταν ότι κάποιος της απηύθυνε το λόγο)
- ξηρότητα δέρματος
- ωχρότητα προσώπου
- ερεθισμός δέρματος στην περιοχή του πρωκτού, ερυθρότητα και ελαφρά αιμορραγία
- Δερματικά έλκη λόγω κλινοστατισμού

Z.S.: A/Π: 6-8, σφίξεις: 140/min, SPO₂: 97%, Θερμοκρασία: 38,1°C Αναπνοές:40/min

Διαγνωστικές εξετάσεις:

- Απεικονιστικές εξετάσεις: A/T άνω-κάτω κοιλίας και MRI: άνω-κάτω κοιλίας, αποκάλυψαν διάχυτη μεταστατική νόσο στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
- Εργαστηριακές εξετάσεις:

Γενική αίματος:

HGB: 15,3 g/dl

RBC: 3,9 10⁶/ml

INR: 1,1

Ht: 38% (αφυδάτωση)

WBC: 10,9 10³/ml

Βιοχημικός έλεγχος:

U: 65 mg/dl

GLU: 97 mg/dl

Cr:2

Na⁺: 110, K⁺: 2,5

Ψυχολογική κατάσταση:

Κατά την διάρκεια των εξετάσεων και της νοσηλευτικής φροντίδας, η ασθενής εξέφρασε την ψυχική κούραση που ένιωθε από το φορτίο της ασθένειας, η οποία την ταλαιπωρούσε για 3 χρόνια και επιδεινωνόταν συνεχώς. Εξέφραζε την κόπωση της με κάθε της έκφραση, κίνηση αλλά και με λόγια, επαναλαμβάνοντας «πόσο πια». Ένιωθε ότι η κατάστασή της ήταν βαριά και δύσκολα ιάσιμη. Ανησυχούσε για τα παιδιά της, ένα αγόρι και ένα κορίτσι δίδυμα, 14 ετών. Ήξερε ότι τους είχε στοιχίσει πολύ η ασθένειά της, οι συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο και ότι τους ήταν δύσκολο να την βλέπουν σε αυτή την κατάσταση. Εξέφραζε, επίσης, ευγνωμοσύνη αλλά και ανησυχία για τον σύζυγό της, ο οποίος επωμιζόταν τώρα πια όλα τα βάρη της οικογένειας και την ταλαιπωρία της δικής της ασθένειας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΚΟΠΟΣ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<ul style="list-style-type: none"> Διαρροϊκές αιματηρές κενώσεις οφειλόμενες σε μείωση της διαμέτρου του εντερικού αυλού από τον όγκο 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση διαρροϊκών κενώσεων Σχηματισμένα κόπρανα Απουσία αίματος Αποκατάσταση υγείας δέρματος στην περιπρωκτική περιοχή 	<ul style="list-style-type: none"> Διερεύνηση σχετικά με τον αριθμό, τη φύση των κενώσεων, την συνύπαρξη αίματος, την συνύπαρξη παραγόντων επιδείνωσης Χορήγηση συνταγογραφημένης φαρμακευτικής αγωγής Παρακολούθηση για ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων Ενθάρρυνση για πρόσληψη υγρών - για την πρόληψη βλάβης νεφρών Κατάλληλη διαίτα που περιλαμβάνει εύπεπτες τροφές, χωρίς λίπη και τροφές πλούσιες σε K και φτωχές σε Na Μικρά και συχνά γεύματα Περιποίηση της περιπρωκτικής περιοχής 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκαν τα φάρμακα Συχνή καταγραφή αριθμού και είδους κενώσεων Οδηγίες διαιτολογίου Οδηγίες για παροχή 6 μικρών γευμάτων την ημέρα Καθαρισμός με βαμβάκι εμποτισμένο σε χλιαρό νερό, απόσταγμα χαμομηλιού & εφαρμογή ειδικής αλοιφής 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση του αριθμού των κενώσεων και αύξηση της συνοχής των κοπράνων Αποκατάσταση υγείας δέρματος στην περιπρωκτική περιοχή

<ul style="list-style-type: none"> Αφυδάτωση λόγω των πολλών διαρροϊκών κενώσεων 	<p>Αποκατάσταση όγκου υγρών & ηλεκτρολυτών</p>	<ul style="list-style-type: none"> IV χορήγηση L/R 2 lit Αναπλήρωση ηλεκτρολυτών Λήψη Ζ.Σ. ανά 4ωρο, αξιολόγηση αναπνοής, Καθημερινό ζύγισμα για εκτίμηση απώλειας υγρών Αξιολόγηση ελαστικότητας, ξηρότητας δέρματος Επανεκτίμηση 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκε L/R Χορηγήθηκε KCl σύμφωνα με ιατρική οδηγία Ακολουθήθηκε το πρόγραμμα τακτικής εκτίμησης και αξιολόγησης 	<ul style="list-style-type: none"> Αποκατάσταση όγκου υγρών και ηλεκτρολυτών Βελτίωση εικόνας ασθενούς
<ul style="list-style-type: none"> Αδυναμία οφειλόμενη στην ανεπαρκή θρέψη, την αφυδάτωση, την συνεχή κατάκλιση & κατάθλιψη 	<p>Η ασθενής να είναι ικανή να σηκωθεί και να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες αυτοφροντίδας</p>	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετώπιση αφυδάτωσης Επαρκής διαίτα με αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και πρωτεϊνών Σταδιακή έγερση από το κρεβάτι και μικρός περίπατος στο χώρο του δωματίου Αντιμετώπιση αναιμίας με πρόσληψη σιδήρου per os 	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετωπίστηκε η αφυδάτωση και η κακή θρέψη, με τις αντίστοιχες νοσηλευτικές παρεμβάσεις Λήψη 2 tb 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής είναι πιο δραστήρια και ζωντανή Μπορεί να ανασηκώνεται, να κάθεται στην πολυθρόνα, να

		<ul style="list-style-type: none"> • Συζήτηση - Ψυχολογική στήριξη – δημιουργία αισθήματος ελπίδας 	<p>ημερησίως σιδήρου προ φαγητού</p> <ul style="list-style-type: none"> • Συζήτηση με ψυχολόγο & νοσηλεύτη για τη ζωή & το ρόλο της στην οικογένεια στο εξής 	<p>κάνει μικρούς βηματισμούς στο χώρο του δωματίου και το μπαλκόνι</p> <ul style="list-style-type: none"> • Βελτιωμένη διάθεση, θέληση για δραστηριότητα
<ul style="list-style-type: none"> • Απίσχυση, λόγω των αυξημένων μεταβολικών αναγκών που προκαλεί η ανάπτυξη του καρκίνου και της μειωμένης όρεξης 	Βελτίωση βάρους και πρόσληψη απαραίτητων θρεπτικών συστατικών	<ul style="list-style-type: none"> • Μικρά και συχνά γεύματα (5-6/ημέρα) με τροφές υψηλής θερμιδικής και πρωτεϊνικής αξίας • Χρήση ουσιών ενισχυτικών όρεξης • Γεύματα που προτιμά η ασθενής – ελκυστικά υγιεινά σνακ • Χαλάρωση, ελαφρά άσκηση πριν το γεύμα • Δημιουργία ευχάριστου περιβάλλοντος 	<ul style="list-style-type: none"> • Αυξήθηκαν τα γεύματα σε 6 και έγιναν πιο ποιοτικά • Μικρή βελτίωση όρεξης της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Μικρή αύξηση του βάρους • Περισσότερη ενέργεια και δύναμη για την εκτέλεση εργασιών αυτοφροντίδας
<ul style="list-style-type: none"> • Έλκη πίεσης β' βαθμού, λόγω 	Θεραπεία Αποκατάσταση	<ul style="list-style-type: none"> • Περιποίηση έλκους– αποκατάσταση δέρματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιποίηση δέρματος με 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποκατάσταση δέρματος

<p>της παρατεταμένης κατάκλισης, υγρασίας & κακής θρέψης</p>	<p>δέρματος- πρόληψη δημιουργίας έλκους</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Τροποποίηση διαιτολογίου • Κινητοποίηση ασθενούς • Διδασκαλία ασθενούς 	<p>εφαρμογή κατάλληλων επιθεμάτων και αλοιφών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Διατήρηση στεγνού και καθαρού δέρματος • Σύσταση για συχνή αλλαγή στάσης κατά την κατάκλιση • Κινητοποίηση ασθενούς • Διαιτολόγιο πλούσιο σε πρωτεΐνες • Διδασκαλία ασθενούς για πρόληψη νέων ελκών 	<ul style="list-style-type: none"> • Επιτεύχθηκε η κινητοποίηση λόγω και της αντιμετώπισης απίσχνασης και αδυναμίας • Η ασθενής και το περιβάλλον της εκπαιδεύτηκαν στην πρόληψη και περιποίηση ενός έλκους κατάκλισης
------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Μετά την αντιμετώπιση των προβλημάτων της ασθενούς, αποφασίστηκε από τους επιστήμονες υγείας να γίνει συζήτηση με την ασθενή και την οικογένειά της σχετικά με το μη ιάσιμο της ασθένειας και να προταθεί ανακουφιστική φροντίδα.

Κατά την συζήτηση, αρχικά έγινε ενημέρωση για την μη αναστρέψιμη πορεία της υγείας της. Η αντίδραση της ίδιας και του συζύγου της ήταν ένα ξέσπασμα σε κλάμα, αλλά στη συνέχεια υπήρξε αυτοσυγκράτηση και μας δόθηκε η ευκαιρία να μιλήσουμε για την παρηγορητική φροντίδα, τους στόχους της και τα αποτελέσματά της. Αναφέραμε παραδείγματα από άλλους ασθενείς που βρέθηκαν στην ίδια θέση και δέχτηκαν αυτόν τον τύπο της φροντίδας και αυτό έδειξε να τους δίνει κάποια δύναμη και να θέλουν να συζητήσουν τις απορίες τους και να μάθουν περισσότερες λεπτομέρειες. Εξάλλου, η ασθενής και οι δικοί της είχαν τόσο κουραστεί από τις αλλεπάλληλες εισαγωγές στο νοσοκομείο και ήθελε να τελειώσει τη ζωή της στο σπίτι, ανάμεσα στο σύζυγο και τα παιδιά της.

Αποφασίστηκαν λοιπόν να γίνουν οι απαραίτητες παρεμβάσεις ανακουφιστικής φροντίδας

ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΚΟΠΟΣ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
1. Κατάθλιψη ασθενούς λόγω διάγνωσης/επιδεινούμενων συμπτωμάτων – αντιδραστική συμπεριφορά παιδιών λόγω του προβλήματος που βιώνουν	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση καταθλιπτικών συναισθημάτων – εύρεση νοήματος στην εναπομένουσα ζωή 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφάλιση εμπιστοσύνης & βαθιάς επικοινωνίας με ασθενή & οικογένεια • Συζήτηση σχετικά με το τέλος της ζωής • Συζήτηση για τρόπους που θα βοηθήσουν όλη την οικογένεια να δώσει νόημα στο τελικό στάδιο της ζωής • Παραπομπή σε ψυχολόγο 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανοιχτή συζήτηση για τον επερχόμενο θάνατο μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενούς – οικογένειας • Συνεδρίες με οικογένεια με ψυχολόγο 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορίστηκε το άγχος & ο πανικός στην ιδέα του θανάτου – εξομαλύνθηκαν οι αντιδράσεις των παιδιών, αποφάσισαν να δώσουν έμφαση στη ζωή που απομένει
2. Έλλειψη αυτοφροντίδας οφειλόμενη στην αδυναμία	<ul style="list-style-type: none"> • Κάλυψη αναγκών αυτοφροντίδας 	<ul style="list-style-type: none"> • Βοήθεια στην αυτοφροντίδα • Ενδυνάμωση της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Βοηθός νοσηλεύτη & μέλη της οικογένειας αναλαμβάνουν την εξυπηρέτηση της ασθενούς σε 24ωρη βάση • Ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης 	<ul style="list-style-type: none"> • Καλύφθηκαν οι ανάγκες αυτοφροντίδας χωρίς η ασθενής να νιώσει ότι γίνεται βάρος, καθώς δεν έχασε εντελώς τις δυνάμεις της & μπορούσε να βοηθά τους φροντιστές

<p>3. Πολυπαραγοντικά οργανικά προβλήματα ασθενούς (κόπωση, απίσχναση, διαταραχές ύπνου) λόγω επιδείνωσης των συμπτωμάτων</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση οργανικών προβλημάτων • Διατήρηση σε ικανοποιητικό βαθμό βασικών λειτουργιών οργανισμού • Ευεξία • Βελτίωση ποιότητας ζωής 	<p>Αντιμετώπιση οργανικών προβλημάτων με φαρμακευτική αγωγή, περιβαλλοντικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις, τεχνικές πρόληψης και αποκατάστασης</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση ανορεξίας, αδυναμίας, (βλ. νοσηλευτική παρέμβαση), διαταραχών ύπνου: άνετο περιβάλλον, χαλάρωση, περιορισμένη άσκηση 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετωπίστηκαν τα πολλαπλά οργανικά προβλήματα στο μέτρο του δυνατού • Βελτιώθηκε αρκετά η εικόνα της ασθενούς • Μειώθηκε το υποφέρειν • Η σχετική ευεξία επέτρεψε να μπορεί να αφιερώνει ποιοτικό χρόνο στα παιδιά της
<p>4. Πνευματικές ανάγκες ασθενούς που εντείνονται λόγω της επιδείνωσης της ασθένειας & του επικείμενου θανάτου</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Κάλυψη πνευματικών αναγκών ασθενούς & καλλιέργεια ελπίδας • «καλός» θάνατος 	<ul style="list-style-type: none"> • Καλλιέργεια θεραπευτικής σχέσης • Κάλυψη θρησκευτικών αναγκών • Συνεργασία ψυχολόγου με τα άλλα μέλη της οικογένειας, της επιστημονικής ομάδας για την κάλυψη ψυχοκοινωνικών αναγκών ασθενή • Καλλιέργεια ελπίδας για την έκβαση ενός καλού θανάτου 	<ul style="list-style-type: none"> • Επίδειξη πραγματικού ενδιαφέροντος με ερωτήσεις, ενεργητική ακρόαση κλπ • Συνεννόηση για επαφή με ιερέα • Γνωστοποίηση αναγκών, ανησυχιών, ιδιαιτεροτήτων ασθενή σε οικογένεια – επ/κή ομάδα για τον 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής αισθάνθηκε ανακούφιση και ψυχική τόνωση από την ανθρώπινη επαφή • Ο ιερέας επισκέφθηκε την ασθενή • Έγινε ενημέρωση και τα μέλη της οικογένειας και η επ/κή ομάδα κατανόησε τα προβλήματα της ασθενούς και προσπάθησαν να τροποποιήσουν την

			συντονισμό και αποτελεσματικότερη φροντίδα	συμπεριφορά τους ανάλογα (εμπλοκή σε καθημερινότητα οικογένειας)
5. Θρήνος λόγω της απώλειας μιας ευτυχισμένης ζωής & του επικείμενου αποχωρισμού	<ul style="list-style-type: none"> Ψυχική ενδυνάμωση στη δύσκολη κατάσταση που βιώνει ο ασθενής και η οικογένειά του Βελτίωση ποιότητας της εναπομείνουσας ζωής 	<ul style="list-style-type: none"> Στήριξη ασθενούς στη θλίψη, τις συνεχείς απώλειες, το θρήνο Ενίσχυση αυτοεκτίμησης Κοινωνική στήριξη Ενίσχυση οικογένειας στην απόκτηση ρεαλιστικών προσδοκιών, στην βίωση του πένθους, στην αίσθηση υποστήριξης 	<ul style="list-style-type: none"> Ενεργή ακρόαση, κατανόηση, αποδοχή Ειλικρινής ενημέρωση αλλά με ελπίδα Ενθάρρυνση ασθενούς για ευχάριστες δραστηριότητες Δημιουργία υποστηρικτικής σχέσης με οικείους Ψυχολογική στήριξη συζύγου Στήριξη των παιδιών από ειδικό παιδοψυχολόγο Ενημέρωση για τη διάκριση μεταξύ φυσιολογικού και μη θρήνου 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής αποδέχεται την κατάσταση της υγείας της και το μέλλον που της επιφυλάσσεται Περνά, όσο περισσότερο χρόνο μπορεί, σε ήπιες δραστηριότητες στο σπίτι με τα παιδιά Αναγνωρίζει με ευγνωμοσύνη την στήριξη & την βαθιά σχέση που έχει δημιουργηθεί με την επ/κή ομάδα Ειδικοί ψυχολόγοι στήριξαν τον σύζυγο και τα παιδιά στο πένθος, την βίωση της απώλειας και την λύση του θρήνου
6. Κόπωση φροντιστών	<ul style="list-style-type: none"> Στήριξη στη 	<ul style="list-style-type: none"> Ενεργός παρουσία 	<ul style="list-style-type: none"> Η επ/κή ομάδα και 	<ul style="list-style-type: none"> Ο σύζυγος (κύριος

<p>λόγω της συνεχούς φροντίδας της ασθενούς & της ψυχικής καταπόνησης</p>	<p>συναισθηματική & σωματική κόπωση των φροντιστών</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχολογική στήριξη • Μείωση φορτίου φροντίδας ασθενούς • Εξισορρόπηση ανάμεσα σε δαπανώμενη & διαθέσιμη ενέργεια • Παρότρυνση για άλλες ευχάριστες ασχολίες ή προσωπικά θέματα κατά την ανάπαυλα 	<p>κυρίως ο νοσηλευτής και ο ψυχολόγος ενισχύουν τους φροντιστές</p> <ul style="list-style-type: none"> • Νοσηλευτής, οικιακή βοηθός ξεκουράζουν κάποιες ώρες την ημέρα τους φροντιστές από την συνεχή φροντίδα της ασθενούς • Δίνουν ιδέες, παροτρύνουν τους φροντιστές ώστε να εκμεταλλευτούν το χρόνο ανάπαυλας με δραστηριότητες που θα τους ξεκουράσουν ψυχικά και σωματικά και θα τους τονώσουν 	<p>φροντιστής) ένωσε υποστήριξη σε μια πολύ δύσκολη περίοδο</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ξεκουράστηκε από την 24ωρη φροντίδα και απέκτησε περισσότερη ενέργεια και δύναμη για τις ώρες της φροντίδας • παρά τις αρχικές αντιρρήσεις του να απεγκλωβιστεί για λίγο από την φροντίδα της ασθενούς, αισθάνθηκε ανακούφιση όταν το έπραξε • Η βόλτα ή το γεύμα σε εστιατόριο με τα παιδιά τον βοήθησαν να δει την κατάσταση ρεαλιστικά και να επικεντρωθεί σε αυτό που έχει τώρα
<p>7. Επιδείνωση φυσικής & ψυχολογικής κατάστασης λόγω της εγγύτητας του τέλους της ζωής</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση έκτακτων κρίσιμων ζητημάτων που ανακύπτουν τις τελευταίες μέρες 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση συμπτωμάτων που εμφανίζονται στο τέλος της ζωής (δύσπνοια, εκκρίσεις, ακράτεια) – 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση O₂, βαθιές αναπνοές, ανύψωση προσκέφαλου, συχνές αλλαγές πάνας 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής ανακουφίστηκε κάπως και ένωσε πιο άνετα ώστε να μπορεί να είναι ενεργή την ώρα

	<p>της ζωής</p> <ul style="list-style-type: none"> • Προετοιμασία για το αναπόφευκτο • Συναισθηματική στήριξη του ασθενή & της οικογένειας • Υποστήριξη των θρηνούτων 	<p>ανακούφιση από τη δυσφορία</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση ασθενούς και οικογένειας ώστε να προετοιμαστούν για τον αποχαιρετισμό • Διακριτική αλλά συνεχής στήριξη του νοσηλευτή μέσω της ενεργού παρουσίας, του αγγίγματος • Ενθάρρυνση οικογένειας να συμμετέχει σε φροντίδα νεκρού σώματος (ανάλογα με πολιτισμό) • Υποστήριξη και συχνή επαφή με όλα τα μέλη της οικογένειας μετά το θάνατο 	<ul style="list-style-type: none"> • Διακοπή φαρμάκων – χορήγηση μόνο αγχολυτικών και βενζοδιαζεπίνης • Ενημέρωση με ηρεμία και λεπτότητα ότι επίκειται το τέλος • Η νοσηλεύτρια προσπάθησε να απαλύνει τη δύσκολη ώρα του αποχαιρετισμού • Ο σύζυγος έκλεισε τα μάτια της ασθενούς και τα παιδιά την αγκάλιασαν, την φίλησαν στο μέτωπο & σταύρωσαν τα χέρια της • Η παρουσία του ψυχολόγου, της κοινωνικού λειτουργού αλλά και της νοσηλεύτριας ήταν ενεργή για σχεδόν 6 μήνες μετά 	<p>αυτή</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οι οικείοι ενημερώθηκαν και έτσι παρευρίσκονταν και συμμετείχαν στον αποχαιρετισμό • Ο αποχαιρετισμός είχε πόνο αλλά και ελπίδα για επανένωση σε άλλο επίπεδο στο μέλλον • Η οικογένεια δεν έμεινε αμέτοχη στη διαδικασία της φροντίδας του σώματος • Η οικογένεια υποστηρίχτηκε πολλαπλά στο δύσκολο πρώτο διάστημα μετά το θάνατο
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			τον θάνατο	
--	--	--	------------	--

Η κ. Χ.Α. απεβίωσε γαλήνια, περιβαλλόμενη από τα αγαπημένα της πρόσωπα, χωρίς ταλαιπωρία από άσκοπες ιατρικές παρεμβάσεις

2η κλινική περίπτωση

Ο ασθενής Τ.Γ., 60 ετών, παντρεμένος, πατέρας τριών παιδιών, κάτοικος Πατρών, προσέρχεται στις 30/4/2019 στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου «Ο Αγ. Ανδρέας», λόγω επεισοδίων κοπρανώδους εμέτου από 24ώρου, αναστολής αποβολής αερίων και προοδευτικά επιδεινούμενη δυσκοιλιότητα και δύσπνοια λόγω ασκίτη. Σύμφωνα με το ιστορικό του, πάσχει από καρκίνο παχέος εντέρου που έχει διαγνωσθεί από ενός έτους με μεταστάσεις στο ήπαρ. Έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση του πρωτοπαθούς όγκου προ 9 μηνών, απ' όπου προέκυψε κολοστομία, καθώς επίσης και σε συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Επίσης, εμφανίζει μέτρια κοιλιακή διάταση από ασκίτη.

Κατά την φυσική εξέταση διαπιστώθηκε:

- Προχωρημένη απίσχναση
- Αδυναμία
- Έντονο κοιλιακό άλγος
- Έντονη δυσφορία

Ζωτικά σημεία: Α/Π: 6-9, σφυγμοί: 130, SPO₂: 89%, Θερμοκρασία: 37,5°C

Διαγνωστικές εξετάσεις:

- Απεικονιστικές εξετάσεις: Ro κοιλίας (σε όρθια θέση) δείχνει ευρήματα συμβατά με απόφραξη εντέρου (υδραερικά επίπεδα)

Α/Τ άνω-κάτω κοιλίας και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου (για εντοπισμό του σημείου απόφραξης)

- Εργαστηριακές εξετάσεις:

Γενική αίματος:

HGB: 17 g/dl

Ht: 48% (αφυδάτωση)

RBC: 5,2 10⁶/ml

WBC: 13,2 10³/ml

INR: 1,1

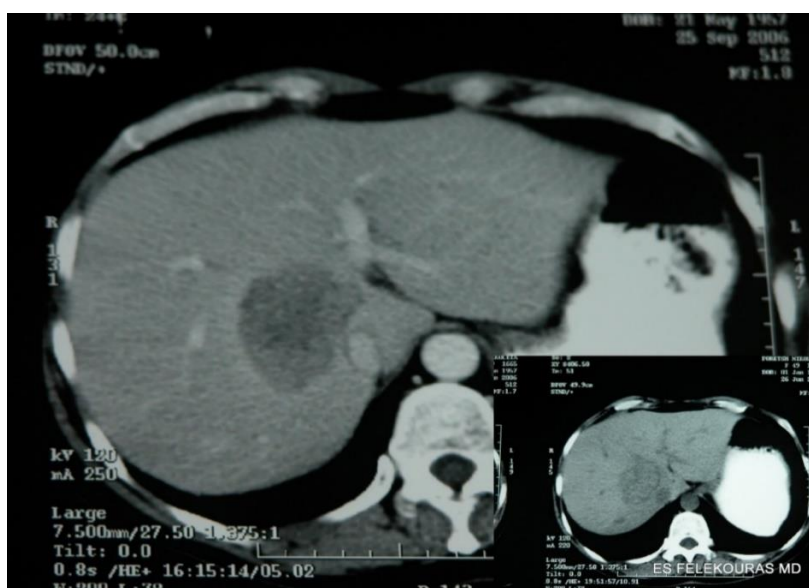
Βιοχημικός έλεγχος:

GLU: 104 mg/dl

Na⁺: 152, K⁺: 2,9

U: 70 mg/dl

Cr: 2,2



Εικ.20. ΑΤ ασθενούς με μετάσταση δεξιού λοβού του ήπατος από καρκίνο παχέος εντέρου

Πηγή: <https://surgery.gr/karkinos-paxeos-enterou-kai-orthou/>

Ψυχοκοινωνική κατάσταση:

Ο ασθενής ήταν ταλαιπωρημένος από την χρόνια ασθένεια και τις θεραπείες και αισθανόταν έντονη δυσφορία και ντροπή για τους κοπρανώδεις εμετούς. Διαισθανόταν ότι η κατάστασή του επιδεινώνεται και ότι η ίαση ήταν μάλλον αδύνατη. Επιπλέον, ο πόνος τον βασάνιζε συχνά και τον τελευταίο καιρό δεν του επέτρεπε παρά μόνο 2-3 ώρες ύπνο την ημέρα, ενώ ο ασκίτης δυσκόλευε την αναπνοή και τις κινήσεις του. Η κόπωση, επομένως, ήταν σωματική και ψυχική.

Καθώς είχε σχεδόν αποδεχθεί ότι ο θάνατος πλησίαζε, τον απασχολούσε περισσότερο απ' όλα ότι η κακή του κατάσταση ή ακόμα και ο θάνατος δεν θα του επέτρεπαν να παρευρεθεί στο γάμο της κόρης του που τελούνταν σε δύο μήνες. Γι αυτόν ήταν ο σημαντικότερος λόγος για να πολεμήσει την αρρώστια και ήταν διατεθειμένος να δεχθεί το φορτίο μιας νέας θεραπείας παράτασης ζωής.

Θεραπεία: Αποφασίστηκε επείγον χειρουργείο για την αντιμετώπιση της απόφραξης που προκαλούσε τους κοπρανώδεις εμετούς.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΚΟΠΟΣ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
1. Πόνος λόγω της πίεσης των περιφερειακών νεύρων από τον όγκο	Έλεγχος πόνου: <ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση • Ευεξία • Βελτίωση ποιότητας ζωής 	<ul style="list-style-type: none"> • Αξιολόγηση πόνου (σκάλα WHO) • Φαρμακολογική αντιμετώπιση • Πνευματική - γνωσιακή προσέγγιση • Θεραπευτική σχέση 	<ul style="list-style-type: none"> • Αξιολογήθηκε ο πόνος σε 2^ο σκαλί WHO • Χορήγηση μη οπιοειδών αναλγητικών (ο ασθενής αρνήθηκε τη χορήγηση οπιοειδών) • Συμπαράσταση στον ασθενή την ώρα του πόνου, θρησκευτικές αναφορές, απόσπαση προσοχής 	<ul style="list-style-type: none"> • Ελέγχθηκε ο πόνος προεγχειρητικά • Μετεγχειρητικά εκτός από μη οπιοειδή αναλγητικά ο ασθενής ακολούθησε μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις και κατάφερε να διατηρήσει τον πόνο σε ανεκτά επίπεδα

<p>2. Δύσπνοια οφειλόμενη στον ασκίτη</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Βελτίωση αναπνευστικής λειτουργίας πριν το χειρουργείο 	<ul style="list-style-type: none"> • Σύνδεση με οξυγόνο συνεχούς ροής με απλή μάσκα • Αντιμετώπιση εξωγενών παραγόντων • Έλεγχος για σημεία βελτίωσης 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση O₂, 6 lit • Ο ασθενής σε άνετη θέση καθιστός, με ελαφρό & ευρύχωρο ένδυμα • Ασκήσεις αναπνοής & τεχνικές χαλάρωσης • Τακτική παρακολούθηση με οξύμετρο 	<ul style="list-style-type: none"> • Επιτεύχθηκε επαρκής πρόσληψη οξυγόνου • Η διόρθωση του προβλήματος θα αντιμετωπιστεί περαιτέρω με την αντιμετώπιση του ασκίτη
<p>3. Έμετος οφειλόμενος στην απόφραξη εντερικής έλικας που προκαλεί η αύξηση του όγκου</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αποσυμφόρηση γαστρεντερικού σωλήνα λόγω απόφραξης • Μείωση κινδύνου εισρρόφησης 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση ρινογαστρικού Levin • Διακοπή σίτισης – χορήγησης υγρών εντερικά 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκε ρινογαστρικό Levin • Διακόπηκε η per os χορήγηση 	<ul style="list-style-type: none"> • Σταμάτησαν οι έμετοι • Αποκλείστηκε ο κίνδυνος εισρρόφησης
<p>4. Αφυδάτωση λόγω των εμέτων</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αποκατάσταση όγκου υγρών • Διόρθωση 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποκατάσταση ισοζυγίου υγρών • Αποκατάσταση 	<ul style="list-style-type: none"> • IV Χορήγηση L/R • Χορήγηση ηλεκτρολυτών, σύμφωνα με ιατρική 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκαν 3 l L/R • Χορηγήθηκαν

	<p>ηλεκτρολυτικών διαταραχών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση συνοδών συμπτωμάτων (ταχυκαρδία, υπόταση) 	<p>ισορροπίας ηλεκτρολυτών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έλεγχος Ζ.Σ. ανά 4ωρο 	<p>οδηγία</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση καρδιακής λειτουργίας σε monitor 	<p>ηλεκτρολύτες</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επανήλθε η καρδιακή λειτουργία στο φυσιολογικό • Ο ασθενής ένωσε πιο δυνατός να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες του χειρουργείου
<p>5. Αναιμία οφειλόμενη στην προηγηθείσα χημειοθεραπεία & κακή θρέψη</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αποκατάσταση όγκου αίματος για την διεξαγωγή της εγχειρητικής διαδικασίας • Αντιμετώπιση τυχόν αιμορραγίας κατά την εγχείρηση 	<ul style="list-style-type: none"> • Εκτίμηση αναγκών ασθενούς σε αίμα ύστερα από γενική εξέταση αίματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Έκκληση σε συγγενείς για την συλλογή 4 μονάδων αίματος • Χορηγήθηκαν 2 μονάδες αίματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής ανέκτησε φυσιολογικές τιμές Hb και ανταπεξήλθε στις ανάγκες του χειρουργείου

<p>6. Ασκήτης λόγω της μετάστασης στο ήπαρ</p>	<p>Περιορισμός ασκτικού υγρού</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Άναλη δίαιτα • Διουρητικά • Παρακολούθηση ηλεκτρολυτών (K, Na) και Cr 	<ul style="list-style-type: none"> • Διαιτολόγος καθόρισε την δίαιτα ώστε να μειωθεί η πρόσληψη Na από τις τροφές • Χορηγήθηκε σπιρονολακτόνη • Εξετάσεις αίματος ημερησίως για την παρακολούθηση K, Na, Cr 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρά την δίαιτα & την φαρμακολογική αντιμετώπιση ο ασκίτης υποχώρησε πολύ λίγο και εξακολουθούσε να προκαλεί δυσφορία και δύσπνοια • Έγινε παρακέντηση 2 lit ασκτικού υγρού
<p>7. Κόπωση λόγω των εντεινόμενων συμπτωμάτων, των παρενεργειών της θεραπείας, της κακής θρέψης</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση σωματικής & ψυχικής κόπωσης ύστερα από την χρόνια ασθένεια και το επικείμενο δεύτερο χειρ/γείο 	<ul style="list-style-type: none"> • Διερεύνηση αιτίων κόπωσης • Αντιμετώπιση φυσικής κόπωσης με δίαιτα, ανάπαυση, αντιμετώπιση πόνου • Συζήτηση με τον ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> • Κατάλληλες ερωτήσεις διευκολύνουν τον ασθενή να εκφράσει τους φόβους του & να διαχειριστεί το άγχος του • Ενισχυμένη σε θερμίδες & ιχνοστοιχεία δίαιτα, 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής αισθάνθηκε σταδιακή ανάκτηση δυνάμεων μετά το χειρ/γείο • Στηρίχθηκε από την παρουσία της

	<ul style="list-style-type: none"> • Ποιότητα ζωής ασθενούς 	<p>για φόβο σχετιζόμενο με την επέμβαση</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ψυχική και συναισθηματική ενδυνάμωση 	<p>ανάπαυση, ιεράρχηση δραστηριοτήτων</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αναλγητικών • Υποστηρικτικό περιβάλλον • Συζήτηση με επ/κή ομάδα • Χαλάρωση • Ανεύρεση νοήματος της ασθένειας, της ταλαιπωρίας • Τονισμός θετικών στοιχείων της θεραπείας 	<p>οικογένειας</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παρά την στήριξη ασθενούς από νοσηλευτές & ειδικούς ο ασθενής δεν κατάφερε να ανακτήσει ψυχική δύναμη και παρουσίασε σημάδια κατάθλιψης
--	----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ο ασθενής μετά την νοσηλευτική παρέμβαση του επείγοντος παρηγορητικού χειρουργείου παραπέμφθηκε από την ομάδα επιστημόνων υγείας, ύστερα από συνεννόηση, στην ανακουφιστική φροντίδα. Ήδη, πριν το χειρουργείο ο ασθενής γνώριζε για την μη αναστρέψιμη πορεία της ασθένειάς του και επιθυμούσε κι ο ίδιος ένα ήρεμο θάνατο κοντά στην οικογένειά του. Η ταλαιπωρία της δεύτερης εγχείρησης εξάντλησε τα λίγα αποθέματα ψυχικής δύναμης που του είχαν απομείνει, μετά το αρχικό σοκ της διάγνωσης, την πρώτη εγχείρηση και την

κολοστομία, την επικουρική χημειοθεραπεία και την ραγδαία επιδείνωση της κατάστασής του. Αισθανόταν θυμό γιατί του συνέβαιναν όλα αυτά και απογοήτευση γιατί δεν θα μπορούσε, λόγω της κατάστασης της υγείας του να παρευρεθεί στο γάμο της κόρης του, ίσως και δεν θα προλάβαινε.

Η διεπιστημονική ομάδα της ανακουφιστικής φροντίδας σχεδίασε και εφάρμοσε ένα σχέδιο φροντίδας για τις ανάγκες του ασθενούς

ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΚΟΠΟΣ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
1. Πολυπαραγοντικά οργανικά προβλήματα (απίσχυση, πόνος, δυσκοιλιότητα, αϋπνίες, δυσκινησία) οφειλόμενων στην εξάπλωση του όγκου	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση οργανικών συμπτωμάτων που ταλαιπωρούν τον ασθενή • Προαγωγή ευεξίας • Ποιότητα ζωής 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση προβλημάτων σχετιζόμενων με την διατροφή, την διαχείριση του πόνου, την αποκατάσταση της λειτουργίας του εντέρου, διαταραχών ύπνου, τον ασκίτη 	<ul style="list-style-type: none"> • Δίαιτα άναλη, πλούσια σε θερμίδες και πρωτεΐνες • Χορήγηση μη οπιοειδών αναλγητικών και χρήση μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων • Κατάλληλη δίαιτα, χορήγηση υπακτικών • Τεχνικές χαλάρωσης, ήπια σωματική 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής ανέκτησε δυνάμεις και μπορούσε να περνά κάποιες ώρες στο καθιστικό μαζί με την οικογένειά του • Περιορίστηκε σημαντικά ο πόνος αλλά δεν εξαλείφθηκε αφού δεν κατέστη δυνατό να πειστεί ο ασθενής για τη χορήγηση οπιοειδών

			<p>άσκηση, πρόγραμμα ύπνου</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση ασκίτη με περιορισμό Na και διουρητικά 	<p>αναλγητικών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αποκατάσταση λειτουργίας εντέρου • Απόκτησε σταθερό πρόγραμμα ύπνου και πιο ποιοτικό ύπνο • Ο ασκίτης, αν και περιοριζόταν, απαιτούσε κατά διαστήματα εισαγωγή στο νοσοκομείο για παρακέντηση, κάτι που επιδείωνε την ψυχολογία του ασθενούς
<p>2. Κατάθλιψη οφειλόμενη στον πόνο, την ταλαιπωρία</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχική ενδυνάμωση • Ευεξία • Ποιότητα ζωής 	<ul style="list-style-type: none"> • Γνωστικές συμπεριφορικές τεχνικές 	<p>-</p> <ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμογή τεχνικών μουϊκής χαλάρωσης και μασάζ 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής επανέκτησε την ψυχική του ισορροπία και

της ασθένειας και την κακή πρόγνωση		<ul style="list-style-type: none"> • Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία • Υποστηρικτικό περιβάλλον 	<ul style="list-style-type: none"> • Συνεδρίες με ψυχολόγο • Συζητήσεις με νοσηλεύτη, οικογένεια 	<p>αντιμετώπισε με ψυχική δύναμη τις δυσκολίες που προέκυπταν από την ασθένεια του</p> <ul style="list-style-type: none"> • Θέλησε να εμπλακεί ενεργά, με τις λίγες δυνάμεις που διέθετε, στην προετοιμασία του γάμου της κόρης του
3. Πνευματικές ανάγκες λόγω της εγγύτητας του θανάτου	<ul style="list-style-type: none"> • Κάλυψη υπαρξιακών αναζητήσεων ασθενούς • Καλλιέργεια ελπίδας • «καλός θάνατος» 	<ul style="list-style-type: none"> • Διερεύνηση πνευματικής καταπόνησης-αντιμετώπιση • Διαπροσωπική σχέση με νοσηλεύτη, εμπύχωση, εγκαρδιότητα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ερωτήσεις για το τι θεωρεί σημαντικό, τη σημασία του υποφέρειν, τη σχέση με το Θεό, την θέση έναντι της θεραπείας, της ζωής • Προσέγγιση 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο αρχικός θυμός του ασθενούς για το Θεό, την ζωή, τη θεραπεία μετατράπηκαν σε αποδοχή, συναισθήματα συγχώρησης, αγάπης για το Θεό και τους

		<ul style="list-style-type: none"> • Εμφύχωση ασθενή • Αναζήτηση & ικανοποίηση θρησκευτικών αναγκών 	<p>ασθενούς-νοσηλευτή, εκφράζονται βαθύτερα συναισθήματα-φόβοι</p> <ul style="list-style-type: none"> • Συνεννόηση με ιερέα 	<p>άλλους, ρεαλιστικούς στόχους για το μέλλον</p> <ul style="list-style-type: none"> • Απέκτησε ελπίδα, αυτοπεποίθηση για να αντιμετωπίσει το τέλος της ζωής
4. Σύγχυση οφειλόμενη σε υποξία, υπόταση, βιοχημικές αλλαγές (αύξηση τοξινών)	<ul style="list-style-type: none"> • Καθυσχασμός ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση αιτίων που επιδεινώνουν δυσφορία (ακράτεια, πόνος) • Ενεργητική παρουσία 	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή αλλαγή πάνα, σεντονιών • Τοποθέτηση και δεύτερου μαξιλαριού για βελτίωση αναπνοής • Μείωση έντονου φωτισμού, θορύβου • Ενθαρρυντικός, ζεστός τόνος φωνής – κράτημα χεριού 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής έδειξε να ανακουφίζεται λίγο • Ο ασθενής ηρέμησε και επικοινωνούσε βλεμματικά με τον νοσηλευτή & την οικογένειά του

5. Θρήνος οφειλόμενος στον επικείμενο θάνατο	<ul style="list-style-type: none"> • Προετοιμασία για το αναπόφευκτο • Συναισθηματική στήριξη του ασθενή & της οικογένειας 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση ασθενούς & οικείων για έκφραση φόβου, ανησυχίας, πνευματικών αντιλήψεων • Ενεργός παρουσία, • Προετοιμασία ασθενούς - οικογένειας 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση για την εγγύτητα του θανάτου • Ενεργητική παρουσία, ακρόαση, θεραπευτικό άγγιγμα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής κατάλαβε ότι επρόκειτο για το τέλος και οι συγγενείς προετοιμάστηκαν • Ασθενής & οικείοι εξέφρασαν τις ανησυχίες τους για επικείμενη απώλεια • Ο ασθενής & η οικογένεια

				αισθάνθηκαν την ενεργό συμπαράσταση του νοσηλευτή ως πολύτιμη βοήθεια
6. Ανάγκη ψυχοκοινωνικής στήριξης συγγενών λόγω απώλειας θανόντος	<ul style="list-style-type: none"> Υποστήριξη των θρηνούντων σε πρακτικό και ψυχολογικό επίπεδο 	<ul style="list-style-type: none"> Διευκόλυνση σε φροντίδες και θρησκευτικές πρακτικές του τέλους ζωής Ενθάρρυνση για συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του νεκρού Ψυχοκοινωνική υποστήριξη και συχνή επαφή με την οικογένεια μετά το 	<ul style="list-style-type: none"> Παροχή πληροφοριών, διευκόλυνση για θρησκευτικές διεργασίες-τελετές σχετικά με το θάνατο Οι συγγενείς παρίσταντο στις τελευταίες ώρες της ζωής κρατώντας το χέρι του ασθενούς, δίνοντάς του κουράγιο, δείχνοντας 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής έφυγε μέσα σ' ένα περιβάλλον αγάπης & υποστήριξης και η οικογένεια συμμετείχε στην φροντίδα του νεκρού σώματος ως ύστατο αποχαιρετισμό Η οικογένεια, με τη βοήθεια του νοσηλευτή, απέφυγε την ενασχόληση με τις τυπικές διαδικασίες

		θάνατο	<p>την αγάπη τους</p> <ul style="list-style-type: none"> • Τα μέλη της επιστημονικής ομάδας δεν έπαψαν να έχουν επαφή & να στηρίζουν ψυχολογικά την οικογένεια του ασθενούς μετά το θάνατο 	<p>την δύσκολη αυτή ώρα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αποφεύχθηκε η έντονη ψυχολογική καταπόνηση των συγγενών μετά την απώλεια
--	--	--------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ο ασθενής Τ.Γ. απεβίωσε έχοντας καταφέρει να συμμετάσχει στο γάμο της κόρης του, όπως επιθυμούσε, μέσα σε ένα ήρεμο περιβάλλον αγάπης και ενδιαφέροντος

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την εργασία μας προκύπτει ότι οι ασθενούντες από καρκίνο παχέος εντέρου τελικού σταδίου έχουν ανάγκη από πολυδιάστατη νοσηλευτική φροντίδα σε όλα τα στάδια της θεραπείας τους. Πέρα, όμως, από την συμβατική νοσηλευτική παρέμβαση, σημαντική καινοτομία στη νοσηλευτική πρακτική αποτελεί η ανακουφιστική φροντίδα, που αφορά κυρίως σε ασθενείς τελικού σταδίου και βλέπει ολιστικά τις ανάγκες του ασθενούς και των συγγενών του ως το θάνατο, αλλά και μετά από αυτόν.

Τα πλεονεκτήματα της ανακουφιστικής φροντίδας, όπως αναδεικνύονται από την παρούσα σύντομη μελέτη, είναι πολλαπλά. Η Α.Φ. επικεντρώνεται σε ρεαλιστικούς στόχους, φροντίζει τόσο για τις σωματικές όσο και για τις ψυχικές και πνευματικές ανάγκες του ασθενούς, σέβεται τις επιλογές και τις βαθύτερες επιθυμίες του, αναβαθμίζει ποιοτικά το τελευταίο χρονικό διάστημα της ζωής του, λαμβάνει μέριμνα για τους φροντιστές του. Η έγκαιρη παροχή της μειώνει τα φυσικά και διανοητικά συμπτώματα, έχει ως αποτέλεσμα λιγότερες εισαγωγές στα νοσοκομεία, βελτιωμένη πρόγνωση, λιγότερο επιθετικές παρεμβάσεις στο τέλος της ζωής και εν τέλει καλύτερη ποιότητα ζωής για τον ασθενή και την οικογένειά του.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Platzer W., Fritsch H., Kóhnel W., Kahle W., Frotscher M.** *Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής*. Λευκωσία : Broken & Hill Publishers, 2011.
2. **Κιρκιλέσης, Ι.** *Η επίπτωση της εκτεταμένης πειραματικής ηπατεκτομής καθώς και του χειρισμού Pringle, στη μορφολογία του εντερικού βλεννογόνου, την εντερική βακτηριακή μετακίνηση και ενδοτοξιναιμία. Φαρμακολογικοί χειρισμοί για την πρόληψη και αποφυγή του φαινομένου*. s.l. : Παν/μιο Πατρών, 2018. Διδακτορική διατριβή.
3. **Barrett K, Barman S, Bolitano S, Brooks H.** *Ιατρική Φυσιολογία*. [book auth.] Canong's. Λευκωσία : Broken & Hill Publishers LTD, 2014.
4. **Corner, J.** Τι είναι ο καρκίνος. [book auth.] Bailey C Corner J. *Νοσηλευτική Ογκολογία, Το πλαίσιο της φροντίδας*. Αθήνα : Πασχαλίδης, 2009.
5. **Φωστήρα, Φ.** *Γενετική ανάλυση στον κληρονομούμενο καρκίνο παχέος εντέρου*. s.l. : ΔΠΘ, 2009. Διδακτορική διατριβή.
6. **Marziesch A, Soerjomataram I, Jenkins M. et al.** Global trends in colorectal cancer mortality: projections to the year 2035. *International Journal of Cancer*. 2018, Vol. 144, 12, pp. 2992-3000.
7. **Fazeli M.S., Keramati M.R.** Rectal Cancer: a review. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*. 2015, Vol. 29, p. 171.
8. **Χαλκιάς, Α.** *Δείκτες στα κόπρανα για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου*. s.l. : ΕΚΠΑ, 2010. pp. 31-34.
9. **Ανεστάκης Δ, Δημοσιάρη Α, Τζελέπης Δ και συν.** Καρκίνος παχέος εντέρου: Επιδημιολογική μελέτη στη Βόρειο Ελλάδα. [ed.] Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης Εργαστήριο Γενικής Βιολογίας. *Scientufic Analls of the Medical School of Thessaloniki*. 2010, Vol. 37, 1, pp. 27-34.
10. **Globocan.** International Agency for Research on Cancer. [Online] 2018. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/300-greece-fact-sheets.pdf>.
11. **Κολοκοτρώνη Ε.** *Υπολογιστικές προσομοιώσεις διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών που αφορούν σε φυσιολογικά και παθολογικά κυτταρικά συστήματα*. s.l. : ΕΜΠ & Παν/μιο Πατρών, 2013. p. 25.
12. **Hajdu, St.** A note from history: Landmarks in history of cancer, part I. *American Cancer Society Journals*. 2010, Vol. 117, 5, pp. 1097-1102.
13. **Hajdu, St.** A note from history: Landmarks in history of cancer, part 3. *American Cancer Society Journals*. 2013, Vol. 118, 4, pp. 1155-1168.
14. **Azizi M, Bahadori M, Azizi F.** History of Cancer in Iran. *Archieves of Iran Medicine*. 2013, Vol. 16, 10, pp. 613-622.
15. **Hajdu St, Darvishan F.** Anote from history Landmarks in history of cancer, part 5. *American Cancer Society Journals*, 2013, Vol. 119, 8, pp. 1450-1466.

16. **Ullenhag**. Cancer treatment of today in view of the Nobel Prize. *Upsala Journal of Medical Sciences*. 2018, Vol. 123 , 4, pp. 205-6.
17. **Hajdu St, Vadmal M**. A note from history: Landmarks in history of cancer, part 6. *American Cancer Society Journals*. 2013, Vol. 119, 23, pp. 4058-4082.
18. **Baumgart DC, Sandom WJ**. Crohn's disease. *The Lancet*. 2013, Vol. 380, 9853, pp. 1531-1620.
19. **Παππά, Β**. Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου και άσκηση. s.l. : Παν/μιο Ιωαννίνων, 2017. pp. 9,12,14.
20. **Brzenzinski, A**. Cecil, Βασική Παθολογία. [book auth.] Andreoli T. Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 2009, p. 421.
21. **Veauthier B, Hornecker JR**. Crohn's Disease: Diagnosis and Management. *American Family Phisician*. 2018, Vol. 98, 11, pp. 661-669.
22. **Ungaro R, Mehandru S, Allen PB et al**. Ulcerative colitis. *The Lancet*. 2017, Vol. 389, 10080, pp. 1756-1770.
23. **Κουλιζάκη, Μ**. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νόσο Crohn και ελκώδη κολίτιδα. s.l. : Παν/μιο Πειραιώς, 2019. pp. 5, 7-9, 12-14.
24. **Παπαγεωργίου, Μ**. Μελέτη της ανισοϊστοχημικής έκφρασης των γονιδίων επιδιόρθωσης και διατήρησης του NA (MMR) σε καλοήγη και κακοήγη νεοπλασμάτα του παχέος εντέρου: συσχέτιση με άλλους προγνωστικούς δείκτες. s.l. : Παν/μιο Ιωαννίνων, 2014. pp. 14-18, 22-23, 33-36,38-41.
25. **Chiang JM, Tan R, Wang JY et al**. S100P, a calcium-binding protein, is preferentially associated with the growth of polypoid tumors in colorectal cancer. *International Journal of Molecular Medicine*. 2015, Vol. 35, 3, pp. 675-683.
26. **Herszenyi, L**. The "Difficult" Colorectal Polyps and Adenomas: Practical Aspects. *Digestive Diseases*. 2019, Vol. 37, 5, pp. 394-399.
27. **Yahaya MAF, Lila MAM, Ismail S, Zainol M et al**. Tumour-Associated Macrophages (TAMs) in Colon Cancer and How to Reeducate Them. *Journal of Immunology Research*. 2019, Vol. V2019, p. 9 pages.
28. **Pino MS, Chung DC**. The Chromosomal Instability Pathway in Colon Cancer. *Gastroenterology*. 2010, Vol. 138, 6, pp. 2059-2072.
29. **Zinatizadeh MR, Momeni SA, Zarandi PK et al**. The Role and Function of Rasassociation domain family in Cancer: A Review. *Sciencedirect*. 2019, Vol. 6, 4, pp. 378-384.
30. **Tang X, Qiao X, Chen C et al**. Regulation Mechanism of Long Noncoding RNAs in Colon Cancer Development and Progression. *Crossref*. 2019, Vol. 60, 4, p. 319.
31. **Idrissi Janati A, Karp I, Sabri H et al**. Is a fusobacterium nucleatum infection in the colon a risk factor for colorectal cancer?: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*. 2019, Vol. 8, 1, p. 114.
32. **Liping Z, TenHagen K.G**. Pleiotropic effects of O-glycosylation in colon cancer. *Journal of Biological Chemistry*. 2018, Vol. 293, 4, pp. 1315-1316.

33. **Καπετανάκης, Ν.** Ο ρόλος του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού στην καρκινογένεση του παχέος εντέρου. s.l. : ΑΠΘ, 2012. pp. 45-46, 111.
34. **Henriques, A.** Ο ρόλος της κινάσης MK2 στην ανάπτυξη φλεγμονής και καρκίνου του εντέρου. s.l. : ΕΚΠΑ, 2018. pp. 18-21.
35. **Dulai PS, Sandborn WJ, Gupta S.** Colorectal cancer and Dysplasia in Inflammatory Bowel Disease: A Review of Disease Epidemiology, Pathophysiology and Management. *Cancer Prevention Research*. 2016, Vol. 9, 12, pp. 887-894.
36. **Roslan N.H., Makropol S, Mohd Yusof YA.** A Review on Dietary Intervention in Obesity Associated Colon Cancer. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention*. 2019, Vol. 20, 5, pp. 1309-1319.
37. **Γιαλαμάς, Σ.** Ο ρόλος της παχυσαρκίας και των ορμονών του λιπώδους ιστού στον καρκίνο παχέος εντέρου. s.l. : ΕΚΠΑ, 2014. pp. 61,69.
38. **Zeng H, Umar S, Rust B et al.** Secondary Bile Acids and Short Chain Fatty Acids in the Colon: A Focus on Colonic Microbiome, Cell Proliferation, Inflammation and cancer. *International Journal of Molecular Sciences*. 2019, Vol. 20, 5, p. 1214.
39. **Battaglia R, Baumer B, Conrad B et al.** Health Risks Associated with Meat Consumption: A Review of Epidemiological Studies. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research*. 2015, Vol. 85, 1-2, pp. 70-78.
40. **Oyesanmi O, Snyder D, Sullivan N et al.** Alcohol consumption and cancer risk: understanding possible casual mechanisms for breast and colorectal cancers. *Evidence Report/Technology Assessment*. 2010, Vol. 197, pp. 1-151.
41. **Κοντού, Ν.** Μεσογειακή διατροφή και καρκίνος πεπτικού συστήματος: μελέτη ασθενών - μαρτύρων. Αθήνα : Χαροκόπειο Παν/μιο, 2013. pp. 20-21.
42. **Karamanou M, Tzavellas E, Laios K.** Melancholy as a risk factor for cancer: a historical overview. *Journal of the Balkan Union of Oncology*. 2016, Vol. 21, 3, pp. 756-759.
43. **Seidel Dv, Azcarate-Peril MA, Chapkin RS et al.** Shaping functional gut microbiota using dietary bioactives to reduce colon cancer risk. *Seminars in Cancer Biology*. 2017, Vol. 46, pp. 191-204.
44. **Jaganathan SK, Vellayappan MV, Narasimhan G et al.** Chemopreventive effect of apple and berry fruits against colon cancer. *World Journal of Gastroenterology*. 2014, Vol. 20, 45, pp. 17029-36.
45. **Μέκρας, Δ.** Μελέτη της μοριακής έκφρασης της κυκλοοξυγενάσης (COX-2) και της Διυδροπυριδινικής Δεϋδρογενάσης (DPD) σε ασθενείς με εξαιρετικό ορθοκολικό καρκίνο. Θεσσαλονίκη : ΑΠΘ, 2012. p. 19.
46. **Afshari K, Haddadi NS, Hai-Mirzaian A et al.** Natural flavonoids for the prevention of colon cancer: A comprehensive review of preclinical and clinical studies. *Journal of Cellular Physiology*. 2019, Vol. 234, 12, pp. 21519-21546.
47. **Pan P, Huang YW, Oshima K et al.** Could Aspirin and Diets High in Fiber Act Synergistically to Reduce the Risk of Colon Cancer in Humans? *International Journal of Molecular Sciences*. 2018, Vol. 19, 1, p. E166.

48. **Rezende LFM, Sa Th, Markozannes G et al.** Physical activity and cancer: an umbrella review of the literature including 22 major anatomical sites and 770.000 cancer cases. *British journal of Sports Medicine*. 2018, Vol. 52, 13, pp. 826-833.
49. **Stacey FG, James EL, Chapman K et al.** A systematic review and meta-analysis of social cognitive theory-based physical and/or nutrition behaviour change interventions for cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*. 2015, Vol. 9, 2, pp. 305-338.
50. **Hatano Y, Fukuda S, Hisamatsu K et al.** Multifaceted Interpretation of Colon Cancer Stem Cells. *International Journal of Molecular Sciences*. 2017, Vol. 5, 18.
51. **Μπούνιας, Δ.** Διαγνωστική σημασία των υαλουροδυνασών και των αναστολέων τους στον καρκίνο του παχέος εντέρου. s.l. : Παν/μιο Πατρών, 2016. pp. 35-37, 39, 43, 45-58.
52. **Burke, C.** Νεοπλάσματα του γαστρεντερικού σωλήνα. [book auth.] Andreoli T. *Cecil, Βασική παθολογία*. Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 2009, p. 430.
53. **Otani K, Kawai K, Hata K et al.** Colon cancer with perforation. *Springer Link*. 2018, Vol. 49, 1, pp. 15-20.
54. **Cohan G, Varma MD.** Παχύ έντερο. [book auth.] Doherty G. *Current, Σύγχρονη Χειρουργική, Διάγνωση και Θεραπεία*. Λευκωσία : Broken Hill Publishers LTD, 2018, p. 520.
55. **Αυγερινός Δ.** Αντιμετώπιση ιατρογενών διατρήσεων του παχέος εντέρου μετά από κολονοσκόπηση. Αθήνα : ΕΚΠΑ, 2014. pp. 46-47, 76.
56. **Qing He, Ting Rao, Guan Y.** Virtual gastrointestinal colonoscopy in combination with large bowel endoscopy: clinical application. *World Journal of Gastroenterology*. 2014, Vol. 20, 38, pp. 13820-13832.
57. **Κατσούλα Α.** Η διαγνωστική ακρίβεια της ανισοϊστοχημικής μεθόδου ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου σε πληθυσμό υψηλού κινδύνου: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση. Θεσσαλονίκη : ΑΠΘ, 2016. p. 7.
58. **Shinozaki S, Kobayashi Y, Hayashi Y et al.** Colon polyp detection using linked color imaging compared to white light imaging : Systematic review and meta-analysis. *Digestive endoscopy*. 2019.
59. **Berger B, Levin B, Hilsden R.** Multitarget stool DNA for colorectal cancer screening: A review and commentary on the United States Preventive Services Draft Guidelines. *World Journal of Gastrointestinal Oncology*. 2016, Vol. 8, 5, pp. 450-458.
60. **Αγγελή Χ.** Η κλινική σημασία της μοριακής σταδιοποίησης στον καρκίνο του παχέος εντέρου. Αθήνα : ΕΚΠΑ, 2014. pp. 88-92, 95-96, 103, 111-112, 151.
61. **Τσούμα Α.** Μοριακή σταδιοποίηση στον καρκίνο παχέος εντέρου. Αθήνα : ΕΚΠΑ, 2010. pp. 22-23, 25-27, 38-42, 45-48.
62. **Freemah HJ.** Early stage colon cancer. *World Journal of Gastroenterology*. 2013, Vol. 19, 46, pp. 8468-8473.
63. **Stomeo D, Tulli A, Ziranu A et al.** Acrometastasis: a literature review. *European View for Medical and Pharmacological Sciences*. 2015, Vol. 19, 15, pp. 2906-15.

64. **Κολιού Π.** Η επίδραση των μικρού μοριακού βάρους ηπαρινών, σε βιοχημικούς δείκτες της αγγειογένεσης και του μηχανισμού της πήξης, σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου που υποβάλλονται σε θεραπευτική εκτομή. Ιωάννινα : Παν/μιο Ιωαννίνων, 2016. pp. 11-13.
65. **Hall MJ, Morris AM, Sun W.** Precision Medicine Versus Population Medicine in Colon Cancer: From Prospects of Prevention, Adjuvant Chemotherapy and Surveillance. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*. 2018, Vol. 38, pp. 220-230.
66. **Bonye DJ, Cuthbert CA, O'Sullivan DE et al.** Association between Adjuvant Chemotherapy Duration and Survival among Patients with Stage II and III Colon Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*. 2020, Vol. 9, 5, pp. 1613-1627.
67. **Ματίκας Α.** Ανίχνευση RAS family and BRAF μεταλλάξεων σε κυκλοφορούντα καρκινικά κύτταρα σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο παχέος εντέρου με ή χωρίς μετάλλαξη στον πρωτοπαθή όγκο, οι οποίοι υποβάλλονται σε θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες. s.l. : Παν/μιο Κρήτης, 2017. pp. 10-11.
68. **Βλαχάκη Χ, Σκάρλος Π, Πατρόζου Ε κ.α.** Διατροφική αντιμετώπιση των ασθενών πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από ακτινοθεραπεία για πυελική κακοήθεια. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής*. 2010, Vol. 1, 2, pp. 100-105.
69. **Fonseca AZ, Uramoto E, Santos-Rosa OM et al.** Colostomy Closure: risk factors for complications. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. 2017, Vol. 30, 4, pp. 231-234.
70. **Παπαδοπούλου Λ, Παπαουλιά Φ.** Ψυχοκοινωνικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών με κολοστομία. *Περιεχειρητική νοσηλευτική*. 2014, Vol. 3, 3, pp. 142-149.
71. **Abebe E, Tsehay A, Bekele M et al.** Types and Indications of Colostomy and Determinants of Outcomes of Patients After Surgery. *Ethiopian Journal of Health Science*. 2016, Vol. 26, 2, pp. 117-120.
72. **Κωνσταντινίδης Δ, Φιλαλήθης Α.** Ο Ρόλος των Νοσηλευτών Ογκολογίας στη Νοσηλευτική Φροντίδα Ογκολογικών Ασθενών με Προχωρημένη Νόσο. *Νοσηλευτική*. 2013, Vol. 52, 2, pp. 117-130.
73. **Μπακάλης Β.,** *Παρηγορητικές χειρουργικές επεμβάσεις: Η συμβολή τους στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο*, Λάρισα : 5ο Συμπόσιο Νοσηλευτικής Ογκολογίας, 2017.
74. **Sabel, M.** [book auth.] Doherty. *Current Σύγχρονη Χειρουργική*. Λευκωσία : Broken & Hill Publishers, 2018, p. 951.
75. **Farquharson M, Moran B.** Χειρουργική - Εγχειρητικές τεχνικές. Αθήνα : Πασχαλίδης, 2009, pp. 324, 494.
76. **Neuman H, O' Connor E, Weiss.** Surgical Treatment of Colon Cancer in Patients Eighty Years of Age and Older: Analysis of 31,754 Patients in the SEER-Medicare Database. *HHS Public Access*. 2013, Vol. 119, 3, pp. 639-647.
77. **Khan H, Khan N, Ahmad A et al.** Surgical management of metastatic colon cancer: A population-based analysis. *Journal of Geriatric Oncology*. 2015, Vol. 6, 6, pp. 446-453.
78. **Corner J, Danny K.** Η εμπειρία της θεραπείας. [book auth.] Bailey C Corner J. *Νοσηλευτική Ογκολογία - Το πλαίσιο της φροντίδας*. Αθήνα : Πασχαλίδης, 2009, p. 178.

79. **Yancey R.** Περιεγχειρητική/Μετεγχειρητική Φροντίδα. [book auth.] Potter PA Perry GA. *Βασική Νοσηλευτική και Κλινικές Δεξιότητες*. Λευκωσία : Broken Hill Publishers, 2012, pp. 867-868.
80. **Ashley J.** Προεγχειρητική Νοσηλευτική. [book auth.] Wraa, Watson, Holleran Osborn. *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική*. Λευκωσία : Broken Hill Publishers, 2016, pp. 486-487, 491-194, 500-501.
81. **Lambie D.** Φροντίζοντας τον ασθενή με καρκίνο. [book auth.] Wraa, Watson, Holleran Osborn. *Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική*. Λευκωσία : Broken Hill Publishers, 2016, Vol. B, pp. 1732, 1741-1744, 1755-1760, 1766, 1768-1769.
82. **Thomson A, Wells M.** Χειρουργική. [book auth.] Richardson A Kearney N. *Νοσηλεύοντας ασθενείς με καρκίνο, αρχές και πρακτική*. Αθήνα : Έλλην, 2011, pp. 322-325, 353.
83. **Downing, J.** Χειρουργική Θεραπεία. [book auth.] Danny K Corner J. *Νοσηλευτική Ογκολογία, το πλαίσιο της φροντίδας*. Αθήνα : Πασχαλίδης, 2009, pp. 169-171, 177.
84. **Thomas D, Douglias S.** Φροντίδα ασθενούς με γαστρεντερικές διαταραχές. [book auth.] Wraa, Watson, Holleran Osborn. *Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική*. Λευκωσία : Broken Hill Publishers, 2016, Vol. B, p. 1186.
85. **Brecht K, Ogerio K, Stanbdrige D, Vigeant D, Watt S.** Διεγχειρητική Νοσηλευτική. [book auth.] Wraa, Watson, Holleran Osborn. *Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική*. Λευκωσία : Broken Hill Publishers, 2016, Vol. A, p. 528.
86. **Coward M, Coley H.** Η Χημειοθεραπεία. [book auth.] Richardson A Kearney N. *Νοσηλεύοντας ασθενείς με ακρκίνο, αρχές και πρακτική*. Αθήνα : Έλλην, 2011, pp. 392-393, 399-408.
87. **Zuckerman IH, Rapp T, Onukwugha E et al.** Effect of age on survival benefit of adjuvant chemotherapy in elderly patients with Stage III colon cancer. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009, Vol. 57, 8, pp. 1403-1410.
88. **Green S, Dawe D, Nudent Z.** The use of chemotherapy in older patients with stage II and III colon cancer: Variation by age and era of diagnosis. *Journal of Geriatric Oncology*. 2019, Vol. 10, 1, pp. 132-137.
89. **Vermeer N., Claassen Y, Derks M et al.** Treatment and Survival of Patients with Colon Cancer Aged 80 Years and Older: A EURECCA International Comparison. *The Oncologist*. 2018, Vol. 23, 8, pp. 982-990.
90. **Παπαγεωργίου Δ, Κουτελέκος Ι.** Ποιότητα ζωής και οφειλόμενη σε χημειοθεραπεία νευροτοξικότητα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 2009, Vol. 8, 4, pp. 291-303.
91. **Hu C, Delclos G, Chan W.** Assessing the initiation and completion of adjuvant chemotherapy in a large nationwide and population-based cohort of elderly patients with stage-III colon cancer. *Medical Oncology*. 2011, Vol. 28, 4, pp. 1062-1074.
92. **Dougherty L, Bailey D.** Χημειοθεραπεία. [book auth.] Bailey C Corner J. *Νοσηλευτική Ογκολογία - Το πλαίσιο της φροντίδας*. Αθήνα : Πασχαλίδης, 2009, pp. 202-203, 227.
93. **Πιπερός Θ, Μαριόλης Α, Ορφανός Φ και συν.** Ποιότητα ζωής ανδρών ασθενών με κολοστομία και κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ορθού. *Ιατρικά Χρονικά*. 2014, Vol. KB, 2, pp. 81-83.

94. **De Oliveira AI, Boroni Moreira AP, Pereira Netto et al.** A Cross-sectional Study of Nutritional Status, Diet, and Dietary Restrictions Among Persons with an Ileostomy or Colostomy. *Ostomy Wound Manage.* 2018, Vol. 64, 5, pp. 18-29.
95. **Lemone P, Burke K, Baidoff G.** *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική.* Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις, 2014. pp. 192, 194, 423-424, 449-451. Vol. A.
96. **Fleisch J, Dahan A.** Pain in cancer. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2018, Vol. 161, D, p. 1447.
97. **Κατσιμίγκρας Γ, Σπηλιοπούλου Χ, Νάστου Χ και συν.** Νοσηλευτική και θεολογική προσέγγιση του πόνου. *Το Βήμα του Ασκληπιού.* 2009, Vol. 8, 2, pp. 159-176.
98. **Maasen E, Patiraki E.** Πόνος. [book auth.] Richardson A Kearney N. *Νοσηλεύοντας ασθενείς με καρκίνο, αρχές και πρακτική.* Αθήνα : Έλλην, 2011, pp. 603, 606, 611-628.
99. **Λώλα Κ.** *Ιστορική αναδρομή της θεραπείας του πόνου.* s.l. : Παν/μιο Ιωαννίνων, 2010. p. 204.
100. **Αθανασάκης Ε, Καραβασιλειάδου Σ.** Η μουσικοθεραπεία ως μορφή εναλλακτικής συμπληρωματικής θεραπείας σε νοσηλεύομενους ογκολογικούς ασθενείς. *Το Βήμα του Ασκληπιού.* 2012, Vol. 11, 1, pp. 28-36.
101. **Lakhan S, Sheaffer H, Tepper D.** The Effectiveness of Aromatherapy in Reducing Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Res Treatment.* 2016, Vol. 2016, p. 8158693.
102. **Pennel M.** Προβλήματα διατροφής. [book auth.] Bailey C Corner J. *Νοσηλευτική Ογκολογία - Το πλαίσιο της φροντίδας.* Αθήνα : Πασχαλίδης, 2009, pp. 426-428.
103. **Krishnasamy M.** Κόπωση. [book auth.] Bailey C Corner J. *Νοσηλευτική Ογκολογία - Το πλαίσιο της φροντίδας.* Αθήνα : Πασχαλίδης, 2009, pp. 371-377.
104. **Τζεναλής Α, Βεκίλη Ι.** Συμπλέγματα συμπτωμάτων σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο: Συστηματική ανασκόπηση. *Το Βήμα του Ασκληπιού.* 2013, Vol. 12, 3, pp. 277-302.
105. **Ahlberg K.** Κόπωση σχετιζόμενη με τον καρκίνο. [book auth.] Richardson A Kearney N. *Νοσηλεύοντας ασθενείς με καρκίνο, αρχές και πρακτική.* Αθήνα : Έλλην, 2011, pp. 880, 892-894.
106. **Πάικα Β.** *Κλινικοί δείκτες και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που σχετίζονται με την ψυχική καταπόνηση και την ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου.* s.l. : Παν/μιο Ιωαννίνων, 2012. pp. 30,37-39, 49-55, 117-125,139, 150-157.
107. **Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού Α.** Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο (Μέρος Ι): Έννοια και περιεχόμενο. *Νοσηλευτική.* 2010, Vol. 5, 3, pp. 7-15.
108. **Αντωνιάδης Δ.** *Ειδικό ψυχομετρικοί παράγοντες ως προγνωστικοί δείκτες προσαρμογής σε ασθενείς με εξαιρετικό καρκίνο παχέος εντέρου.* ΑΠΘ. 2015. pp. 61-66, 231-235.
109. **Lang-Rollin I, Berberich G.** Psycho-oncology. *Dialogues in clinical neuroscience.* 2018, Vol. 20, 1, pp. 13-22.
110. **Furlong E, O'Toole S.** Ψυχολογική φροντίδα για τους ασθενείς με καρκίνο. [book auth.] Kearney, Richardson A N. *Νοσηλεύοντας ασθενείς με καρκίνο, αρχές και πρακτική.* Αθήνα : Έλλην, 2011, pp. 981-986.

111. **Mayer SE, Tan HJ, Peacock Hinton S et al.** Comparison of Medicare Claims-based Proxy Measures of Poor Function and Associations With Treatment Receipt and Mortality in Older Colon Cancer Patients. *Medical Care*. 2019, Vol. 57, 4, pp. 286-294.
112. **Bailey C.** Οι ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων. [book auth.] Bailey C Corner J. *Νοσηλευτική Ογκολογία - Το πλαίσιο της φροντίδας*. Αθήνα : Πασχαλίδης, 2009, pp. 515-520, 522-524.
113. **Beugom AJ, Bastiaannet E, Boelens PG et al.** Adjuvant Chemotherapy and relative survival of patients with stage II colon cancer - A EURECCA international comparison between Netherlands, Denmark, Sweden, England, Ireland, Belgium and Lithuania. *European Journal of Cancer*. 2016, Vol. 63, pp. 110-117.
114. **Chen Y, Cress RD, Stewart SL et al.** Mediating Effect of Postsurgical Chemotherapy on Presence of Dementia and Survival among Patients 65 and Older with Stage III Colon Cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*. 2017, Vol. 26, 10, pp. 1558-1563.
115. **Shahrokni A, Kim SJ, Bosi G et al.** How We Care for an Older Patient With Cancer. *JCO Oncology Practice*. 2017, Vol. 13, 2, pp. 95-102.
116. **Pennel M, Corner J.** Ανακουφιστική φροντίδα και καρκίνος. [book auth.] Bailey C Corner J. *Νοσηλευτική Ογκολογία - Το πλαίσιο της φροντίδας*. Αθήνα : Πασχαλίδης, 2009, pp. 537-552.
117. **Τατσιώνη Α, Καραθάνος Γ, Μίσιου Α.** Παρηγορητική φροντίδα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. [book auth.] Καραθάνος Β, Μίσιου Α Τατσιώνη Α. *Εισαγωγή στη γενική Ιατρική*. Αθήνα : Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, 2015, 10, pp. 191-208.
118. **Mirando S.** Ανακουφιστική φροντίδα. [book auth.] Richardson A Kearney N. *Νοσηλεύοντας ασθενείς με καρκίνο, αρχές και πρακτική*. Αθήνα : Έλλην, 2011, pp. 1102-1103, 1109-1128.
119. **Androutsos G, Koutsilieris M, Protogenou A et al.** Popular palliative cancer treatments in 18th-mid 19th century. *JBuon*. 2016, Vol. 21, 2, pp. 523-527.
120. **Πατηράλη - Κουρμπάνη Ε.** Σύγχρονες προσεγγίσεις στην ανακουφιστική φροντίδα. ΥΠ - ΕΣΠΑ, 2014.
121. **Dasch B, Kalies H, Feddersen B et al.** Care of cancer patients at the end of life in a German university hospital: A retrospective observational study from 2014. *PLoS One*. 2017, Vol. 12, 4, p. e0175124.
122. **Miyashita M, Morita T, Sato K et al.** A Nationwide Survey of Quality of End-of-Life Cancer Care in Designated Cancer Centers, Inpatient Palliative Care Units, and Home Hospices in Japan: The J-HOPE Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015, Vol. 50, 1, pp. 38-47.
123. **Wrra C, Coulter P, Kelly L.** Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενών τελικού σταδίου. [book auth.] Wrra, Watson, Holleran Osborn. *Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική*. s.l. : Broken Hill Publishers, 2016, pp. 328-333, 339-340 .
124. **Wood H, Dickman A, Star A et al.** Updates in palliative care – overview and recent advancements in the pharmacological management of cancer pain. *Clinical Medicine Journal*. 2018, Vol. 18, 1, pp. 17-22.

125. **Cotogni P, Monge T, Fadda M et al.** Bioelectrical impedance analysis for monitoring cancer patients receiving chemotherapy and home parenteral nutrition. *MC Cancer*. 2018, Vol. 18, p. 990.
126. **E, Navari.** Managing Nausea and Vomiting in Patients With Cancer: What Works. *Oncology (Williston Park)*. 2018, Vol. 32, 3, pp. 121-125, 131, 136.
127. **Verkissen M, Hjermsstad M, Van Belle S. et al.** Quality of life and symptom intensity over time in people with cancer receiving palliative care: Results from the international European Palliative Care Cancer Symptom study. *PLoS One*. 2019, Vol. 14, 10, p. e0222988.
128. **Mercadante S, Valle A, Porzio G et al.** Prognostic factors of survival in patients with advanced cancer admitted to home care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2013, Vol. 45, 1, pp. 56-62.
129. **Perfors IAA, Helsper CW, Noteboom EA et al.** Randomised controlled trial protocol (GRIP study) examining the effect of involvement of a general practitioner and home care oncology nurse after a cancer diagnosis on patient reported outcomes and healthcare utilization. *BMC Cancer*. 2018, Vol. 18, 1, p. 132.
130. **Brandt A, Pilegaard MS, Oesterrgaard LG et al.** Effectiveness of the "Cancer Home-life intervention" on everyday activities and quality of life in people with advanced cancer living at home: a randomised controlled trial and an economic evaluation. *BMC Palliative care*. 2016, Vol. 15, p. 10.
131. **Chiba H, Ogata T, Ito M et al.** Identification of Topics Explained by Home Doctors to Family Caregivers with Cancer Patients Died at Home: A Quantitative Text Analysis of Actual Speech in All Visits. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*. 2018, Vol. 245, 4, pp. 251-261.
132. **Fukui S, Fujita J, Tsujimura M et al.** Late referrals to home palliative care service affecting death at home in advanced cancer patients in Japan: a nationwide survey. *Annals of Oncology*. 2011, Vol. 22, 9, pp. 2113-2120.
133. **Lopez-Valcarcel B, Pinilla J, Barber P.** Dying at home for terminal cancer patients: differences by level of education and municipality of residence in Spain. *Gaceta Sanitaria*. 2019, Vol. 33, 6, pp. 568-574.
134. **Mercadante, Valle A, Porzio G et al.** How do cancer patients receiving palliative care at home die? A descriptive study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011, Vol. 42, 5, pp. 702-709.
135. **Alonso Barbarro, Bruera E, Varela-Cerdeira M et al.** Can this patient be discharged home? Factors associated with at-home death among patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2011, Vol. 29, 9, pp. 1159-1167.
136. **Bovie DA.** The Caring Quandary. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2017, Vol. 21, 2, p. 139.
137. **Konstantis A, Exiara T.** Family caregiver beliefs and barriers to effective pain management of cancer patients in home care settings. *Journal of Balkan Union Oncology*. 2018, Vol. 23, 7, pp. 144-152.

138. **Dingley CE, Clayton M, Lai D et al.** Caregiver Activation and Home Hospice Nurse Communication in Advanced Cancer Care. *Cancer Nursing*. 2017, Vol. 40, 5, pp. E38-E50.
139. **Ferrell B, Temel J, Temin S et al.** Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*. 2017, Vol. 35, 1, pp. 96-112.
140. **Rowland C, Hanratty B, Pilling M et al.** The contributions of family care-givers at end of life: A national post-bereavement census survey of cancer carers' hours of care and expenditures. *Palliative Medicine*. 2017, Vol. 31, 4, pp. 346-355.
141. **Ishii Y, Miyashita M, Sato K et al.** A family's difficulties in caring for cancer patient at the end of life at home in Japan. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2012, Vol. 44, 4, pp. 552-562.
142. **Abel J.** Compassionate communities and end-of-life care. *Clinical Medicine Journal*. 2018, Vol. 18, 1, pp. 6-8.
143. **Mistretta EG.** Spirituality in young adults with end-stage cancer: A review of the literature and a call for research. *Annals of Palliative Medicine*. 2017, Vol. 6, 3, pp. 279-283.
144. **Yancy V.** Παρηγορητική φροντίδα. [book auth.] Potter PA Perry GA. *ασική Νοσηλευτική & Κλινικές δεξιότητες*. Λευκωσία : Broken Hill Publishers, 2012, p. 387.
145. **Κατσιμίγκας Γ.** *Νοσηλευτική και θεολογική προσέγγιση του θανάτου*. s.l. : Ειδική Συνοδική Επιτροπή επί Ειδικών Ποιμαντικών Θεμάτων και Καταστάσεων.
146. **Wraa C, Coulter P, Kelly L.** Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενών τελικού σταδίου. [book auth.] Wraa, Watson, Holleran Osborn. *Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική*. Λευκωσία : Broken Hill Publishers, 2013, Vol. A, pp. 333-334.
147. **Ραϊμόνδου Η.** *Σύγκριση αντιλήψεων ογκολογικών ασθενών και φροντιστών για τις ανάγκες και τα προβλήματα που αφορούν τους ασθενείς που δέχονται κατ'οίκον ανακουφιστική φροντίδα*. Αθήνα : ΕΚΠΑ, 2019. pp. 50-53.