



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ- ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ- ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΡΑΜΜΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ (Α.Μ.203)

***ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ***

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΤΡΙΚΟΥΠΗ, Dr ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
Γ.Ν.Θ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΔΑΜΙΓΟΣ,
ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

-ΔΑΜΙΓΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, Επ. Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας
-ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ ΑΓΓΕΛΟΣ, Καθηγητής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων
-ΚΑΛΦΑΚΑΚΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ- ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	σελ. 5
-----------------------------	--------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ.7
----------------	-------

ABSTRACT	σελ.9
----------------	-------

ΜΕΡΟΣ Α : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1- ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

1.1 Εισαγωγή	σελ. 13
1.2 Αιτιολογία και Μηχανισμοί του Καρκινικού Πόνου	σελ.14
1.3 Χαρακτηριστικά του Καρκινικού Πόνου	σελ.17
1.4 Ψυχοκοινωνικές και Πολιτισμικές Όψεις στην Αλγεινή Εμπειρία	σελ.18
1.4.1 Ατομικά χαρακτηριστικά στο βίωμα του πόνου	σελ.24
1.4.2 Επιπτώσεις του καρκινικού πόνου στο άτομο και στην Οικογένεια	σελ.24
1.5 Ανακεφαλαίωση	σελ.25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

2.1 Εισαγωγή	σελ.27
2.2 Ψυχοσυναισθηματικές Διαταραχές στον Ασθενή με Καρκινικό Πόνο	σελ.27
2.3 Κατάθλιψη	σελ.31
2.3.1 Νευροφυσιολογία και χαρακτηριστικά της κατάθλιψης.....	σελ 31
2.3.2 Κατάθλιψη στους ασθενείς με καρκινικό πόνο	σελ. 32
2.4 Ανακεφαλαίωση.....	σελ. 34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ

3.1 Εισαγωγή	σελ. 36
3.2 Εκτίμηση του Πόνου στον Ασθενή με Καρκίνο	σελ.36
3.3 Εκτίμηση της Κατάθλιψης στον Ασθενή με Καρκινικό Πόνο.....	σελ 39
3.4 Ανακεφαλαίωση.....	σελ 41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4- ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΠΟΝΟ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

4.1 Εισαγωγή	σελ. 42
4.2 Φραγμοί στην Αντιμετώπιση του Καρκινικού Πόνου	σελ.43
4.3 Φαρμακευτική Αντιμετώπιση του Πόνου σε Ασθενείς με Καρκίνο.....	σελ 44
4.4 Επεμβατικές Παρεμβάσεις στην Αντιμετώπιση του Καρκινικού Πόνου	σελ.55

4.5 Ειδικές Θεραπείες για την Αντιμετώπιση του Καρκινικού Πόνου	σελ.56
4.6 Αντιμετώπιση της Κατάθλιψης στον Ασθενή με Καρκίνο	σελ.57
4.7 Ψυχολογικές Προσεγγίσεις στον Ασθενή με Καρκινικό Πόνο και Κατάθλιψη	σελ.59
4.8 Συμπληρωματικές- Εναλλακτικές Θεραπείες	σελ.61
4.9 Η Ολιστική Νοσηλευτική στην Ανακούφιση του Καρκινικού Πόνου και της Κατάθλιψης	σελ.62
4.10 Ανακεφαλαίωση	σελ.63

ΜΕΡΟΣ Β : ΕΡΕΥΝΑ

Καρκινικός Πόνος και Κατάθλιψη: Συγχρονική Μελέτη σε Ενήλικες Ασθενείς που Λαμβάνουν Χημειοθεραπεία σε Γενικό Νοσοκομείο της Βόρειας Ελλάδας

1. Σκοπός της Έρευνας- Κύρια Ερευνητική Υπόθεση	σελ. 67
2. Μεθοδολογία	
2.1 Πλαίσιο Μελέτης	σελ.67
2.2 Περιγραφή Πληθυσμού –Στόχου	σελ 67
2.3 Εργαλεία Μέτρησης Πόνου και Κατάθλιψης	σελ68
2.4 Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων	σελ.69
3. Πλεονεκτήματα- Περιορισμοί Έρευνας	σελ 70
4. Θέματα Ηθικής –Δεοντολογίας	σελ 70
5. Αποτελέσματα	
5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	σελ.70
5.2 Στοιχεία για τη νόσο	σελ72
5.3 Στοιχεία για τον πόνο	σελ80
5.4 Στοιχεία Συναισθηματικών Διαταραχών.....	σελ. 87
6. Συζήτηση- Συμπεράσματα	σελ 95

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

I. Ερωτηματολόγιο Μελέτης	σελ 101
II. Έντυπο ενημερωμένης συναίνεσης ασθενή	σελ 109
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ111

ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία αποτελεί το απόσταγμα της μακρόχρονης κλινικής μου εμπειρίας από την ενασχόλησή μου με ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Ο καρκίνος, ο πόνος, η απόγνωση, ο θάνατος, είναι εμπειρίες που σημάδεψαν, όλα αυτά τα χρόνια, την επαγγελματική μου συνείδηση, αλλά και την προσωπική μου εξέλιξη και ωρίμανση.

Στο ξεκίνημα της επαγγελματικής μου ζωής είχα κοντά μου ανθρώπους, συνεργάτες καταξιωμένους στο αντικείμενό τους, που στάθηκαν δίπλα μου και με δίδαξαν την ενσυναίσθηση, την ολιστική φροντίδα του ασθενή, την αγάπη και το σεβασμό για τον άνθρωπο, τον ασθενή αλλά και το συνάδελφο. Χρόνια λοιπόν πριν, συνάντησα και τον κο Δημήτριο Δαμίγο, ο οποίος με την ομάδα του, στα πλαίσια της Ψυχο-ογκολογίας, με βοήθησε να νιώσω το μεγαλείο και την πρόκληση του να φροντίζεις ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο.

Αρκετά χρόνια μετά τον ξανασυνάντησα, στα πλαίσια του ΠΜΣ «Αντιμετώπιση του Πόνου», για να μάθω νέα πράγματα, αλλά και να ξαναβρώ τις αξίες που είχα γνωρίσει στο ξεκίνημά μου. Τον ευχαριστώ θερμά λοιπόν, για την εμπειρία του προγράμματος, που για μένα ήταν ένα ταξίδι, στο οποίο πρώτα από όλα επαναπροσδιόρισα εικόνες και αντιλήψεις για τον εαυτό μου.

Στην όλη μου προσπάθεια, βασικός συντελεστής υπήρξε και η κα Αναστασία Τρικούπη. Με την ενεργητικότητα και την αγάπη της για τον ασθενή και το συνάδελφο, υπήρξε για μένα πηγή έμπνευσης. Πάντοτε πρόθυμη να επιλύσει τις απορίες μου, αφιέρωσε μεγάλο μέρος από τον πολύτιμο χρόνο της για να με κατευθύνει και να με στηρίζει σε κάθε βήμα της εργασίας, να μοιράζεται μαζί μου την ευαισθησία της για τον πόνο, τη θέλησή της να προσφέρει στον άνθρωπο που πονά. Την ευχαριστώ θερμά γι' αυτό, όπως και για τη βοήθεια και τη στήριξή της για την ολοκλήρωση της εργασίας μου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω και στην οικογένειά μου. Στους γονείς μου και στους γονείς του συζύγου μου, που προσέφεραν πολλά σε συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο. Στο σύζυγό μου Γιάννη, οφείλω τη συμμετοχή μου στο ΠΜΣ. Αναγνώρισε την ανάγκη μου να το παρακολουθήσω, πολύ πριν από μένα. Με ενθάρρυνε και με στήριξε με αγάπη και κατανόηση τα δύο αυτά χρόνια.

Οφείλω επίσης πολλά και στον αδερφό μου Αηδόνη, που με βοήθησε σημαντικά στη συμμετοχή μου στα μαθήματα και στην εκπόνηση του άρθρου της διπλωματικής εργασίας.

Κυρίως όμως, οφείλω ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στα παιδιά μου, Ανδρομάχη και Γιώργο, για την υπομονή και την κατανόησή τους, για όσο χρειάστηκε να λείπω από κοντά τους, για όσο χρειάστηκε να διαβάζω και να γράφω. Για την αγκαλιά τους που με ξεκούραζε και για τη χαρά τους που πραγματοποιώ το όνειρό μου.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον ψυχίατρο κο Τσιμιτσέλη Γιώργο, για τη βοήθειά του στην αναζήτηση βιβλιογραφίας και για τις πολύτιμες συμβουλές του.

Τέλος, με κίνδυνο να παραλείψω πολλούς ίσως ακόμη, θέλω να ευχαριστήσω τη Σόφη και το Νίκο για τη ζεστή φιλοξενία τους, τη Βαλεντίνη για τη βοήθειά της με τη βιβλιογραφία, τη Χριστίνα για τη βοήθεια με τη στατιστική της έρευνάς μου, τους συμφοιτητές- συνοδοιπόρους μου σε αυτό το ταξίδι.

Και βέβαια, να ευχαριστήσω τους ασθενείς μου, που τόσα χρόνια μοιράζονται μαζί μου αγωνίες και σκέψεις και που βοήθησαν με μεγάλη προθυμία στη συλλογή των δεδομένων μου, συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια για την έρευνά μου.

ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Σημαντικοί όροι: καρκινικός πόνος, κατάθλιψη, άγχος, στρες, ψυχολογικές διαταραχές

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος είναι συνυφασμένος με την έννοια του πόνου, καθώς η ίδια η νόσος, αλλά και οι διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις συχνά προκαλούν πόνο στον ασθενή. Ο καρκινικός πόνος είναι το σύμπτωμα το οποίο προκαλεί φόβο στους ασθενείς και στις οικογένειές τους, καθώς ταυτίζεται με την εξέλιξη της νόσου.

Η αντίληψη και η έκφραση του πόνου επηρεάζεται από την αιτιολογία του, από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ασθενή, από το πολιτισμικό και πολιτιστικό του υπόβαθρο, από το περιβάλλον στο οποίο ζει, από τις οικογενειακές σχέσεις και τις πεποιθήσεις του. Επιδρά στην σωματική λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής του ασθενή αλλά στον ψυχισμό του, καθώς προκαλεί συναισθηματικές διαταραχές και διαμορφώνει αρνητικές προσδοκίες για το μέλλον.

Το 50% των ασθενών με καρκίνο, κατά προσέγγιση, εκδηλώνουν ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές εξαιτίας της ασθένειάς τους. Η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, είναι δύο έως τέσσερις φορές υψηλότερη σε σχέση με τη συχνότητα που παρατηρείται στο γενικό πληθυσμό και εμφανίζεται σε ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά σε ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο της νόσου ή λαμβάνουν ανακουφιστική φροντίδα. Εκτιμάται ότι το 20-25% των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο πάσχουν από κατάθλιψη, η οποία συχνά δεν διαγιγνώσκεται. Σχεδόν πάντα ο πόνος συνυπάρχει με την κατάθλιψη.

Η ανεπάρκεια σχετικών δεδομένων στην Ελλάδα, αλλά και ο προβληματισμός μας από την καθημερινή κλινική μας εμπειρία, τροφοδότησε το ενδιαφέρον μας για την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας και τη διεξαγωγή της μελέτης μας.

Η έρευνά μας διεξήχθη σε μονάδα ημερήσιας νοσηλείας, σε γενικό νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης, στην οποία λαμβάνουν χημειοθεραπεία ενήλικες ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο πνεύμονα ή του πεπτικού συστήματος. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι η ένταση και η ανοχή στον πόνο σχετίζονται ανάλογα με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο.

CANCER PAIN AND DEPRESSION IN ADULT CANCER PATIENTS

Keywords: *cancer pain, depression, anxiety, stress, emotional distress*

ABSTRACT

Cancer is highly associated with pain, as the site and stage of the tumor, but also the recommended diagnostic and therapeutic interventions often cause pain to the patient. Cancer pain is the symptom that causes fear among patients and their families, as it is often identified with disease progression.

Pain conception and expression are affected by its cause, by the personal characteristics of patient, his culture and living environment, his family relations, as well as his pain beliefs.

Pain has a great impact on patient's physical ability and his quality of life, but it also affects his psychological status, as it provokes emotional distress and negative expectations.

The prevalence of depression in cancer patients is two to four times higher than the general population, especially those with advanced disease, or those receiving palliative care. It is estimated that 20- 25% of cancer patients are suffering from undiagnosed depression. Almost in all cases pain co-exists with depression.

The lack of relevant evidence in Greece, combined with our daily clinical experience, provoked our interest about the conduction of our study, and the development of our thesis.

Our study is a cross-sectional study, based upon the hypothesis that depression is related to cancer pain. It took place in the Day Unit of a general hospital in Thessaloniki, where adult patients, suffering from lung or gastrointestinal cancer are receiving chemotherapy.

Study results show that pain intensity and patient's tolerance are related to depression, anxiety and stress.

ΜΕΡΟΣ Α
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι συνυφασμένος με την έννοια του πόνου, καθώς η ίδια η νόσος, αλλά και οι διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις συχνά προκαλούν πόνο στον ασθενή. Ο καρκινικός πόνος είναι το σύμπτωμα το οποίο προκαλεί φόβο στους ασθενείς και στις οικογένειές τους, καθώς είναι ταυτισμένος με την εξέλιξη του καρκίνου και απόλυτα συνδεδεμένος με την πορεία του. Ένα υψηλό ποσοστό ασθενών αναφέρει πόνο ήδη κατά την πρώτη εισαγωγή του στο νοσοκομείο, ο οποίος διακρίνεται είτε σε αλγαισθητικό (nociceptive) είτε σε νευροπαθητικό (Irvin et al, 2011).

Ο πόνος έχει μια πολυεπίπεδη έκφραση, χαρακτηρίζεται ως το 5^ο ζωτικό σημείο (Lemone, Burke, 2004- Πλέσια, 2014) στην παρακολούθηση των ασθενών, το οποίο πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στο σχεδιασμό της φροντίδας τους. Η αντίληψη και η έκφραση του πόνου επηρεάζεται από την αιτιολογία του, από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ασθενή, από το πολιτισμικό και πολιτιστικό του υπόβαθρο, από το περιβάλλον στο οποίο ζει, από τις οικογενειακές σχέσεις και τις πεποιθήσεις του. Αποτελεί λοιπόν ένα υποκειμενικό σύμπτωμα, το οποίο απαιτεί εξειδικευμένη και εξατομικευμένη αντιμετώπιση.

Υπολογίζεται ότι καθημερινά περισσότεροι από 9.000.000 άνθρωποι υποφέρουν από πόνο, ενώ στην Ευρώπη περισσότεροι από το 50% των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο, δεν αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά (Π.Ο.Υ, 1986- American Academy of Pain Medicine, 1998 & 2013- Rodin et al, 2007- Spoletini et al, 2009- Ζαχαρία και συν, 2013). Στην Ελλάδα καταγράφονται περίπου 30.000 νέες περιπτώσεις καρκινοπαθών ετησίως (Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών). Όπως αναφέρεται σε εθνικό αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο, το 30-50% αυτών θα νιώσουν μέτριο έως σοβαρό πόνο σε κάποια φάση της εξέλιξης της νόσου, ενώ το ποσοστό αυτό θα ανέλθει στο 75-95% στο τελικό στάδιο (Ζαραλίδου, Βασιλάκος, 2008).

Ο καρκινικός πόνος, ως πολυπαραγοντικό φαινόμενο επηρεάζει καθολικά την ανθρώπινη υπόσταση. Επιδρά στην σωματική λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής του ασθενή αλλά στον ψυχισμό του, καθώς προκαλεί συναισθηματικές διαταραχές και διαμορφώνει αρνητικές προσδοκίες για το μέλλον (Ozkan 2010).

1.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η συχνότητα εμφάνισης του καρκινικού πόνου εξαρτάται από το σημείο εντόπισης, αλλά και το στάδιο της νόσου. Ο καρκίνος προκαλεί πόνο με πολλούς μηχανισμούς, με διήθηση, φλεγμονή ή απόφραξη ιστών και οργάνων, συχνά δε προκαλείται από την ίδια την αντιμετώπιση της νόσου. Άλλοτε λοιπόν μπορεί να είναι βλαβοαντιληπτικός, άλλοτε νευροπαθητικός και άλλοτε να έχει στοιχεία ισχαιμικού πόνου. Επίσης, υπάρχει και η άποψη επιστημόνων οι οποίοι υποστηρίζουν ότι ο καρκινικός πόνος αποτελεί ξεχωριστή κατηγορία, σε σχέση με άλλους χρόνιους πόνους.

Οι μηχανισμοί του καρκινικού πόνου διακρίνονται σε περιφερικούς και σε κεντρικούς. Οι περιφερικοί μηχανισμοί εξαρτώνται από τον τύπο του νεοπλασματος. Υπάρχει αλληλεπίδραση των καρκινικών κυττάρων με το περιβάλλον τους στο οποίο υπάρχει πληθώρα νευροδιαβιβαστών, όπως τα πρωτόνια, η βραδυκίνη, οι κυτοκίνες (για παράδειγμα ο TNF: Tumor Necrosis Factor), ο NGF (Nerve Growth Factor), η ενδοθηλίνη και πρωτεάσες όπως η θρυψίνη. Οι διαβιβαστές ενεργοποιούν τους προσαγωγούς νευρώνες, με αποτέλεσμα την βλαβοαντίληψη και την ευαισθητοποίηση περιφερικών και κεντρικών υποδοχέων αντίληψης του πόνου. Στους περιφερικούς μηχανισμούς μετάδοσης των επώδυνων ερεθισμάτων βασίζεται και η δράση πολλών αναλγητικών.

Οι κεντρικοί μηχανισμοί της μετάδοσης των ερεθισμάτων του καρκινικού πόνου αφορούν σε κέντρα της σπονδυλικής στήλης, του εγκεφαλικού στελέχους και του φλοιού του εγκεφάλου. Ουσίες όπως η σεροτονίνη (5HT₃), η ιντερλευκίνη (IL-1) και οι προσταγλαδίνες είναι νευροδιαβιβαστές που συμμετέχουν στην μετάδοση των επώδυνων ερεθισμάτων.

Τα αλγεϊνά ερεθίσματα άγονται από την περιφέρεια μέσω των νευρικών ινών Αδ και C προς το νωτιαίο μυελό. Οι ίνες Αδ είναι εμμύελες και μεταβιβάζουν ταχύτατα τις νευρικές ώσεις, σχετίζονται έτσι περισσότερο με τον οξύ πόνο. Οι ίνες C είναι αμύελες και άγουν βραδέως τα ερεθίσματα πόνου, κυρίως από τα σπλάγχνα, τους μύες και τις εν τω βάθει δομές του σώματος, σχετίζονται συνεπώς με το χρόνιο πόνο. Η αντίληψη, η περιγραφή, η εντόπιση και η ερμηνεία των επώδυνων ερεθισμάτων γίνονται στο θάλαμο και τον εγκεφαλικό φλοιό, από όπου ξεκινά και η απάντηση του οργανισμού στον πόνο. Ορισμένα επώδυνα ερεθίσματα μέσω του

παλαιονωτιαιοθαλαμικού δερματίου κατευθύνονται στο δικτυωτό σχηματισμό και το μεταιχμιακό (λιμβικό) σύστημα. Από αυτά τα σημεία ρυθμίζεται η συνειδητή και συναισθηματική αντίδραση στον πόνο και, μέσω του αυτόνομου νευρικού συστήματος, προκαλείται η απάντηση στον πόνο (Guyton and Hall, 2001) .

Η πλειοψηφία των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο υποφέρουν από αλγαισθητικό πόνο, λόγω της διήθησης ιστών και δομών του σώματος από τον όγκο. Μεγαλύτερη συχνότητα πόνου εμφανίζεται στις οστικές μεταστάσεις, στη διήθηση μαλακών μορίων και σπλάγχων, αλλά και νευρικών πλεγμάτων.

Οι οστικές μεταστάσεις προκαλούν πόνο λόγω της διήθησης των οστών από τον όγκο, αλλά και λόγω των παθολογικών καταγμάτων των οστών που έχουν προσβληθεί ή τη δυσλειτουργία των προσβληθέντων αρθρικών δομών.

Οι νεοπλασίες του παγκρέατος και του οισοφάγου εμφανίζουν υψηλά ποσοστά πόνου (περισσότερο από 80%) και ακολουθούν οι νεοπλασίες του πνεύμονα, του στομάχου, των χοληφόρων, του προστάτη και των γυναικολογικών καρκίνων, με ποσοστά πόνου στο 70% των ασθενών. Παρουσία καρκινικού πόνου, σε ποσοστά που αγγίζουν το 60%, έχουμε και στα λεμφώματα, τις λευχαιμίες και στα σαρκώματα (Ζαχαρία και συν, 2013) Ο καρκινικός πόνος επίσης μπορεί να είναι σύμπτωμα μιας επείγουσας κατάστασης, όπως οι μεταστάσεις στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό, διήθηση των μηνίγγων, λοιμώξεις και αποφράξεις σπλάγχων. Μια εξαιρετικά επώδυνη και επείγουσα κατάσταση είναι η συμπίεση του νωτιαίου μυελού που οφείλεται στις οστικές μεταστάσεις της σπονδυλικής στήλης.

Σε ένα ποσοστό που αγγίζει το 40% των ασθενών με καρκινικό πόνο, ο πόνος είναι νευροπαθητικός. Ο νευροπαθητικός καρκινικός πόνος ορίζεται ως «πόνος που προκαλείται από τον πρωτοπαθή όγκο ή τη δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος» (Reyes- Gibby, 2009). Σύμφωνα με μελέτες που έχουν διεξαχθεί, οι ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο βιώνουν πόνο ισχυρής έντασης, ο οποίος δεν ελέγχεται ικανοποιητικά από τη συμβατική αναλγητική αγωγή, σε σύγκριση με τον αλγαισθητικό πόνο.

Σε ποσοστό 20% των ασθενών, ο πόνος οφείλεται στην διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της νόσου. Πόνος συνδεδεμένος με τη θεραπεία του καρκίνου εμφανίζεται κυρίως :

-μετά από χειρουργικές επεμβάσεις, για παράδειγμα θωρακοτομή. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι συνήθως νευροπαθητικός πόνος.

-σε αιτίες έμμεσα σχετιζόμενες με τον καρκίνο, λόγω της έκπτωσης της άμυνας του οργανισμού εξαιτίας της νόσου και της θεραπείας της, σε ποσοστό 7% των καρκινοπαθών. Εδώ συγκαταλέγονται οι μυαλγίες, η οσφυαλγία, οι αρθραλγίες και τα θρομβοεμβολικά επεισόδια, καθώς επίσης και η οισοφαγίτιδα, η δυσκοιλιότητα και η γαστρίτιδα, ως απόρροια της ανορεξίας, της κακής διατροφής και τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής

-σε αιτίες οι οποίες δε σχετίζονται με τη νόσο και τη θεραπεία της: στο 3% των ασθενών μπορούν να εμφανιστούν επώδυνα σύνδρομα , όπως η κεφαλαλγία, η ισχαιμία του μυοκαρδίου, το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής, η οστεοπόρωση και η περιφερική αγγειοπάθεια, χωρίς αυτά να σχετίζονται με τον καρκίνο.

- στη χημειοθεραπεία, η οποία συνδέεται με μυαλγίες, αρθραλγίες, βλεννογονίτιδες και νέκρωση ιστών, λόγω της εξαγγείωσης κυτταροστατικών φαρμάκων κατά τη χορήγηση.

Μια σημαντική παρενέργεια της χημειοθεραπείας είναι και η περιφερική νευροπάθεια (Chemotherapy-induced peripheral neuropathy-CIPN). Κάποια κυτταροστατικά φάρμακα, όπως η σισπλατίνη, η οξαλιπλατίνη και οι ταξάνες, αλλοιώνουν δομές του περιφερικού νευρικού συστήματος, κυρίως των μακρών νευρικών κυττάρων. Χαρακτηριστικά συμπτώματα των ασθενών με περιφερική νευροπάθεια είναι η παραισθησία, η δυσαισθησία, η αλλοδυνία, η υποαλγησία, η αίσθηση καύσου και οι αιμωδίες στα άνω και κάτω άκρα, κυρίως στα πέλματα και τις παλάμες (Griffith et al, 2014). Η κατανομή των συμπτωμάτων αυτών είναι χαρακτηριστική, εμφανίζεται με τη μορφή «γαντιού και κάλτσας», εξαιτίας της επίδρασης των χημειοθεραπευτικών παραγόντων στα μακρά νεύρα του σώματος. Η συχνότητα εμφάνισης της περιφερικής νευροπάθειας είναι 10-100%, ανάλογα με τα χορηγούμενα φάρμακα, το συνδυασμό και τη συχνότητα χορήγησης του θεραπευτικού σχήματος. Ο νευροπαθητικός αυτός πόνος συχνά αποτελεί αιτιολογία μείωσης της χορηγούμενης δόσης ή αλλαγής του θεραπευτικού σχήματος, λόγω της επίδρασης της νευροπάθειας στη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής του ασθενή (Han, Smith, 2013-Jones et al, 2015)

1.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ανάλογα με τη **διάρκειά** του ο καρκινικός πόνος χαρακτηρίζεται ως οξύς, χρόνιος ή παροξυσμικός.

Ο **οξύς** πόνος έχει αιφνίδια έναρξη, σαφή εντόπιση και, συνήθως, περιορισμένη διάρκεια. Συνήθως υποχωρεί ή μεταπίπτει σε χρόνιο πόνο. Στον καρκίνο ο οξύς πόνος συνδέεται κυρίως με την εφαρμογή διαγνωστικών ή θεραπευτικών παρεμβάσεων, όπως η βιοψία μυελού των οστών, η χειρουργική επέμβαση, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία. Διακρίνεται σε σωματικό, σπλαχνικό και αναφερόμενο πόνο.

Στο **σωματικό** πόνο, το επώδυνο ερέθισμα ξεκινά από τις ελεύθερες νευρικές απολήξεις του δέρματος ή των επιφανειακών ιστών και συνήθως είναι σαφώς εντοπισμένος, ή σπανιότερα, αμβλύς και διάχυτος. Συχνά συνοδεύεται από ναυτία και έμετο.

Ο **σπλαχνικός** πόνος ξεκινά από τα εσωτερικά όργανα του σώματος και συχνά δεν εντοπίζεται με σαφήνεια, λόγω του μικρού αριθμού αλγοϋποδοχέων των σπλάγγχνων. Συνοδεύεται από ναυτία, έμετο, υπόταση και ανησυχία, ενώ πολλές φορές αντανακλά ή αναφέρεται σε άλλο σημείο του σώματος.

Ο **αναφερόμενος** πόνος, γίνεται αντιληπτός σε περιοχή του σώματος διαφορετική από εκείνη στην οποία ασκείται το αλγεινό ερέθισμα. Ο αναφερόμενος πόνος είναι συχνός, διότι οι σπλαχνικές νευρικές ίνες συνάπτονται στο επίπεδο του νωτιαίου μυελού, κοντά σε ίνες που νευρώνουν τον υποδόριο ιστό άλλων περιοχών του σώματος.

Ο **χρόνιος** πόνος διαρκεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, εμφανίζοντας σταθερή ή αυξανόμενη ένταση. Εμφανίζει διάρκεια- πάνω από έξι μήνες- και εξάρσεις ή υφέσεις, ακόμη και στη διάρκεια του εικοσιτετράωρου.

Ο **παροξυσμικός** πόνος (breakthrough pain) ορίζεται ως η παροδική έξαρση πόνου σε έδαφος χρόνιου πόνου, ελεγχόμενου με οπιοειδή. Εμφανίζει ταχεία έναρξη (1-3 min), μικρή διάρκεια (περίπου μέχρι 30 min), μεγάλη συνήθως ένταση και ποικίλη συχνότητα. Εμφανίζεται συνήθως σε σχέση με κάποια δραστηριότητα, πχ κίνηση ή βήχας, αλλά μπορεί να εμφανίζεται και αιφνίδια. Πολλές φορές εμφανίζεται και κατά το τέλος της δράσης του αναλγητικού. Στην περίπτωση αυτή, χρειάζεται επαναπροσδιορισμός του αναλγητικού σχήματος του οπιοειδούς και του συνδυασμού

με άλλα φάρμακα, ώστε να μην υπάρχει κενό στην κάλυψη του ασθενή. Ο παροξυσμικός πόνος αποτελεί ένα αρνητικό προγνωστικό σημείο για την εξέλιξη της νόσου, περιορίζει τον ασθενή και ενισχύει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

Ο καρκινικός πόνος είναι συνήθως σύνθετος, ο ασθενής δηλαδή παρουσιάζει περισσότερα από ένα είδη πόνου. Το 65% των ασθενών με καρκίνο εμφανίζουν χρόνιο και παροξυσμικό πόνο. Ο συνεχόμενος, έντονος πόνος, η αναμονή του παροξυσμού, η κόπωση, οι διαταραχές του ύπνου και η απώλεια των ρόλων, είναι παράμετροι που επηρεάζουν τον ψυχισμό του ασθενή. Ο πόνος προκαλεί φόβο, άγχος, θλίψη. Γι' αυτό ο καρκινικός πόνος συνδέεται με την έννοια του «υποφέρειν» (suffering) και αποτελεί τον «ολικό πόνο» (total pain). Ο όρος αυτός, ο οποίος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από την Saunders το 1967, είναι ιδιαίτερα χρήσιμος για την κατανόηση της δυσφορίας (distress) που αισθάνεται το άτομο που πονά εξαιτίας μιας χρόνιας νόσου. Η δυσφορία αυτή, είναι μια προσωπική εμπειρία διαφορετική για κάθε ασθενή που πονά, επειδή ακριβώς επηρεάζεται από τα στοιχεία της ταυτότητάς του (Farrer, 2007)

1.4 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΟΨΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΛΓΕΙΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Ο πόνος αποτελεί την υποκειμενική απάντηση του οργανισμού σε σωματικούς και ψυχολογικούς στρεσογόνους παράγοντες. Κάθε επεισόδιο πόνου αποτελεί μια ιδιαίτερη, προσωπική εμπειρία για το άτομο, η οποία επηρεάζεται από σωματικούς, ψυχολογικούς, γνωσιακούς, κοινωνικομορφωτικούς και θρησκευτικούς παράγοντες.

Ο τρόπος αντίληψης και αντιμετώπισης του πόνου, μεταβάλλεται στο χώρο και στο χρόνο. Η καταγραφή του πόνου ως εμπειρία ξεκινά ταυτόχρονα με την καταγραφή της ιστορίας.

Οι νευρολογικές μεταβολές που είναι υπεύθυνες για τη σωματική αντίδραση στον πόνο είναι ειδικές και συχνά προβλέψιμες. Η διαφοροποίηση από άτομο σε άτομο αφορά στην αντίληψη και την αντίδραση στον πόνο, δηλαδή στην περιγραφή της έντασής του και στην ανοχή του ατόμου σε αυτόν. Παράλληλα με την έρευνα στη βιολογία και νευροβιολογία του πόνου, εξελίχθηκε και η έρευνα σχετικά με τους πολιτισμικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την έκφραση του πόνου, τις συμπεριφορές σαν αντίδραση, την αναζήτηση ιατρικής

φροντίδας, καθώς και την δεκτικότητα και πίστη προς τη θεραπεία (Τσιρτσιρίδου, Βασιλοπούλου, 2014).

Η έκφραση του πόνου και η χρήση αναλγητικών φαρμάκων και τεχνικών για την ανακούφισή του, καθώς και οι προσδοκίες για την παρεχόμενη φροντίδα επηρεάζονται από πολιτισμικούς παράγοντες. Για παράδειγμα βορειοευρωπαίοι ασθενείς ενδεχομένως να θεωρούν ότι πρέπει να είναι «καλοί ασθενείς» και να μην παραπονούνται για τον πόνο τους, ενώ ασθενείς εβραϊκής καταγωγής να συζητούν εκτεταμένα το πρόβλημά τους, επιθυμώντας να γνωρίζουν όσο γίνεται περισσότερα (Lemone, Burke, 2004).

Από την αρχαιότητα μέχρι και σήμερα, η θρησκεία, η φιλοσοφία και οι θεραπευτές έδιναν πολλαπλές ερμηνείες στον πόνο. Άλλοτε ο πόνος ήταν τιμωρία, άλλοτε δοκιμασία εξαγνισμού και ολοκλήρωσης. Άλλοτε ήταν θέλημα Θεού και άλλοτε κάτι το επαίσχυντο που έπρεπε να μείνει μυστικό (Paschou et al, 2010-Κουτελέκος Ι, Γερογιάννη Γ, 2011).

Τον 19^ο αιώνα επικρατούσε η άποψη πως η αντίληψη του πόνου ήταν διαφορετική σε διαφορετικές φυλετικές ομάδες. Οι λευκοί, οι γυναίκες και οι πλούσιοι χαρακτηρίζονταν περισσότερο ευαίσθητοι, ενώ οι Αφροαμερικανοί, οι εγκληματίες και οι ιθαγενείς χαρακτηρίζονταν ως απρόσβλητοι από το τραύμα και ανθεκτικοί στον πόνο. Η αντίληψη αυτή είχε ως αποτέλεσμα να χορηγείται διαφορετική αναλγητική αγωγή για το ίδιο τραύμα ακόμη και στο ίδιο κέντρο φροντίδας, ανάλογα με τη φυλετική ομάδα του πάσχοντα. Διαφορές παρατηρήθηκαν και στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.

Η διαφορετική προσέγγιση των ασθενών οφειλόταν τόσο στη διαφορετική φυλετική και πολιτισμική προέλευση των ίδιων, όσο και στη διαφορετική πολιτισμική προέλευση των επαγγελματιών υγείας-μιλώντας πάντα για τις δυτικές κοινωνίες.

Στη δυτική ιατρική, στον 21^ο αιώνα, ο πόνος αναγνωρίζεται ως δυσάρεστη κατάσταση και η φροντίδα προσανατολίζεται στην ανακούφισή του.

1.4.1 Ατομικά χαρακτηριστικά στο βίωμα του πόνου

Οι αντιδράσεις στο πόνο διαφοροποιούνται σημαντικά από το ένα άτομο στο άλλο. Γενετικοί παράγοντες σε συνδυασμό με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, σχετίζονται με την ευαισθησία στον πόνο, όσο και οι συναισθηματικές μεταβλητές του ατόμου.

Υπάρχουν στοιχεία για το ότι υπάρχει κληρονομικότητα των βιολογικών στοιχείων που αφορούν στο χρόνιο πόνο και των συναισθηματικών επιπτώσεών του.

Για τη μελέτη της επίδρασης της προσωπικότητας στις ψυχοβιολογικές διεργασίες που αφορούν στην υγεία, έχει υιοθετηθεί το μοντέλο των πέντε παραγόντων (*Five Factor Model-FFM*), που περιλαμβάνει πέντε παράγοντες-στοιχεία της προσωπικότητας: Εξωστρέφεια, Συνειδητότητα, Δεκτικότητα, Συναισθηματική σταθερότητα, Αισιοδοξία. Ο νευρωτισμός και κυρίως τα αρνητικά χαρακτηριστικά όπως η κατάθλιψη, το άγχος, ο θυμός, η επιθετικότητα, φαίνεται ότι είναι από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επιδρούν στην ευαισθησία στον πόνο, είτε αυτός είναι κλινικής αιτιολογίας, είτε προκαλείται στα πλαίσια εργαστηρίου για ερευνητικούς σκοπούς.

Οι γενετικές και φυσιολογικές φαινοτυπικές διαφορές μπορούν να δικαιολογήσουν τις διαφοροποιήσεις στην αντίληψη των διαφόρων ερεθισμάτων πόνου. Παράγοντες όπως η δομή και κατασκευή των αγγείων και του νευρικού συστήματος, επηρεάζουν επίσης τη μετάδοση επώδυνων ερεθισμάτων στο σώμα. Για παράδειγμα η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η οποία συνδέεται με την προσωπικότητα, επηρεάζει την αντίληψη της έντασης ενός ψυχρού επώδυνου ερεθίσματος (Vassent et al, 2013).

Ο πόνος παρουσιάζεται συχνότερα με τη μορφή συμπτώματος στους ανθρώπους που έχουν υψηλό άγχος. Μάλιστα, ορισμένες ομάδες ασθενών εκφράζουν εντονότερο πόνο από τον αναμενόμενο, βάσει της έκτασης της καταστροφής των ιστών που ανιχνεύεται στο σώμα τους.

Κάθε άτομο αναπτύσσει τις δικές του αντιλήψεις για την ασθένεια και τον πόνο. Οι αντιλήψεις αυτές βασίζονται στις πληροφορίες που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον του, αλλά και στα βιώματά του. Με τις πληροφορίες αυτές κατασκευάζει γνωστικές αναπαραστάσεις (*cognitive presentations*) ή μοντέλα κοινής λογικής (*common sense*) σχετικά με την ασθένεια. Τα μοντέλα αυτά καθορίζουν και τη συμπεριφορά του σε θέματα υγείας. Οι παράμετροι που καθορίζουν τα μοντέλα αυτά είναι η ίδια η ασθένεια και τα συμπτώματά της, η παθογένειά της, η εξέλιξη, οι συνέπειές της και η μέθοδος ίασής της.

Όταν το άτομο βιώνει ένα σύμπτωμα όπως ο πόνος, συνήθως το συνδυάζει και με άλλα συμπτώματα, οργανώνοντάς το σχηματικά και δίνοντάς του μια νοσολογική οντότητα, ένα σχήμα. Με βάση αυτό το «σχήμα» το άτομο θα κωδικοποιήσει τις προσλαμβανόμενες πληροφορίες και θα τις προσαρμόσει στις

εμπειρίες του. Η διάγνωση και η προτεινόμενη θεραπεία από το γιατρό στον οποίο θα απευθυνθεί, θα καθορίσουν τελικά και τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου που πονά, αλλά και τη συμμόρφωση του στην προτεινόμενη θεραπεία (Παπαδάτου, 1999). Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψη την πολυδιάστατη έννοια του πόνου και με δεδομένο ότι οι πολιτισμικές και κοινωνιολογικές επιρροές υφίστανται, σύγχρονες μελέτες καταλήγουν στο ότι η εμπειρία των προσλαμβανόμενων ερεθισμάτων σχηματοποιείται μέσω των προσωπικών στάσεων και αντιλήψεων κάθε ατόμου. Στο χρόνιο πόνο έχει βρεθεί ότι οι πεποιθήσεις για τον πόνο επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής του ατόμου, περισσότερο από την ίδια την έντασή του (Tavoli et al, 2008). Οι πεποιθήσεις αυτές περιγράφουν τον πόνο α) ως προς τη χρονική διάρκεια, πχ μόνιμος πόνος β) ότι οφείλεται σε λάθος συμπεριφορά ή τρόπο ζωής γ) ότι ο ίδιος ο πόνος είναι ένα μυστήριο. Η δυνατότητα ελέγχου του πόνου επιδρά στη λειτουργικότητα του ατόμου και το κάνει δεκτικό στη θεραπεία του.

Σύμφωνα με τη θεωρία «αυτοδιαφοροποίησης» (*self discrepancy theory*) το άτομο διαθέτει τρία «εγώ»: το πραγματικό (αυτό που είμαι), το ιδεατό (αυτό που θα ήθελα να είμαι) και το πρέπει (αυτό που θα όφειλα να είμαι). Η απόσταση του πραγματικού με το ιδεατό οδηγεί σε κατάθλιψη. Η διαφορά του πραγματικού με το οφειλόμενο, προκαλεί άγχος και διέγερση. Το μέγεθος της αυτοπαγίδευσης του εαυτού από τον πόνο αποτελεί προγνωστικό δείκτη κατάθλιψης και συναισθηματικής εξουθένωσης (Cohen et al, 2002). Συχνά το άτομο επιδιώκει τη θεραπεία του πόνου, προσδοκώντας την επιστροφή του στην πρότερη κατάσταση, πριν την έναρξη του πόνου. Η αδυναμία απαλλαγής από τον πόνο οδηγεί τους ασθενείς πολλές φορές σε πολλαπλές ιατρικές επισκέψεις ή στην αναζήτηση εναλλακτικών μεθόδων ανακούφισης.

Ηλικία

Η ηλικία ενός ατόμου επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται και εκφράζει το πόνο που νιώθει. Ένας ασθενής μεγαλύτερης ηλικίας, ενδέχεται να εμφανίζει ελαττωμένη αισθητηριακή αντίληψη και μεγαλύτερη αντοχή στον πόνο, σε σχέση με κάποιον νεότερο ασθενή. Επίσης, οι χρόνιες παθήσεις, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στη μετάδοση των νευρικών ώσεων, με επακόλουθο την ελαττωμένη αντίληψη του οξέος πόνου, αυξημένη αντίληψη του χρόνιου πόνου και πιθανή αυξημένη συχνότητα αναφερόμενου πόνου.

Ο ηλικιωμένος συχνά πιστεύει ότι ο πόνος είναι φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης και πιθανόν να τον αγνοήσει ή να προσπαθήσει να τον αντιμετωπίσει μόνος του με φαρμακευτική αγωγή.

Ο χρόνιος πόνος πολλές φορές προκαλεί μια αίσθηση αποξένωσης από το σώμα, καθώς από τη δυσκολία εκτέλεσης κινήσεων και δραστηριοτήτων, το άτομο μπορεί να αισθανθεί γηραιότερο από την πραγματική του ηλικία. Άλλες φορές παρατηρείται καθήλωση του ατόμου σε ένα χρονικό σημείο προ της έναρξης του πόνου, με αποτέλεσμα και η αντίδραση αλλά και οι προσπάθειες ανακούφισης του πόνου να προσανατολίζονται σε άλλη ηλικία και κατάσταση.

Κοινωνικομορφωτικοί παράγοντες

Οι κοινωνικομορφωτικοί παράγοντες επηρεάζουν τον τρόπο αξιολόγησης του πόνου από το άτομο, την ανοχή και την ερμηνεία του, αλλά και τη λεκτική ή μη λεκτική αντίδραση του ατόμου στον πόνο. Τα πολιτισμικά πρότυπα υπαγορεύουν στο άτομο και το βαθμό ανοχής του στον πόνο, για το είδος του πόνου για το οποίο θα πρέπει να παραπονεθεί, αλλά και πότε θα αναζητήσει βοήθεια και από ποιόν.

Ο χρόνιος πόνος επιδρά και στην κοινωνική υπόσταση του ατόμου, καθώς επηρεάζει τη συμπεριφορά και την εικόνα του σώματός του. Το άτομο μπορεί να χρειαστεί να πείσει τους γύρω του για έναν πόνο που δεν φαίνεται, αλλά υπάρχει, ή αντίθετα να προσπαθήσει να κρύψει τον πόνο του ώστε να μην επηρεάσει τους γύρω του, αλλά και να διαφυλάξει τη δική του κοινωνική επάρκεια και τη διατήρηση του ρόλου του. Για παράδειγμα, σε μια κοινωνία όπου επικρατεί η πεποίθηση ότι οι άνδρες δεν κλαίνε αλλά υπομένουν τον πόνο, ο ασθενής ενδεχομένως να είναι απόμακρος και να μη δέχεται την αναλγητική του αγωγή. Αν η οικογένεια ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων, τότε και ο ασθενής θα τα εξωτερικεύσει και θα μιλήσει για το πρόβλημά του, θα συνεργαστεί και με την προτεινόμενη θεραπεία.

Αιτιολογία και ερμηνεία του πόνου

Η ερμηνεία που δίνει το άτομο στον πόνο του επηρεάζει και τον τρόπο αντίδρασής του. Ο πόνος ως ένδειξη ύπαρξης προβλήματος υγείας μπορεί να συνδεθεί με αναπηρία, απώλεια ρόλων και θάνατο. Η ενημέρωση του ατόμου για την αιτιολογία

του πόνου του βοηθά το άτομο να κατανοήσει την κατάστασή του και να διαχειριστεί καλύτερα τις αντιδράσεις του.

Σε περίπτωση που το άτομο θεωρεί ότι ο πόνος του είναι μια «τιμωρία», ότι του αξίζει να υποφέρει, είναι πιθανό να νιώθει ότι εξαγνίζεται από την έλευση της τιμωρίας.

Προηγούμενες επώδυνες εμπειρίες

Οι προηγούμενες επώδυνες εμπειρίες ενός ατόμου είναι δυνατόν να επηρεάσουν και την απάντησή του σε ένα καινούριο επεισόδιο πόνου. Αν κατά την παιδική του ηλικία οι επώδυνες εμπειρίες του αντιμετωπίστηκαν με σωστό και υποστηρικτικό τρόπο, τότε και σαν ενήλικας θα αντιμετωπίζει με υγιή τρόπο τον πόνο. Αντίθετα, αν κατά την παιδική ηλικία το άτομο αντιμετωπίστηκε με αδιαφορία ή με υπερπροστατευτισμό, τότε και ως ενήλικας θα αντιδρά με υπερβολή ή με άρνηση στο όποιο πρόβλημα υγείας του, συμπεριλαμβανομένου και του πόνου.

Φύλο και πόνος

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι γυναίκες είναι πιο ευαίσθητες στον πόνο. Επίσης πολλά επώδυνα κλινικά σύνδρομα επηρεάζουν δυσανάλογα περισσότερο τις γυναίκες από ότι τους άνδρες. Οι γυναίκες συχνά απαντούν με πόνο σε ένα ερέθισμα το οποίο οι άνδρες δε θεωρούν καν επώδυνο, ή απαντούν με περισσότερο πόνο σε ένα ερέθισμα επώδυνο και για τα δυο φύλα. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ευαίσθητες στα αλγεινά ερεθίσματα και ότι αυτό οφείλεται σε διαφορές στις νευροψυχολογικές αντιδράσεις.

Απλές διαφορές όπως το μέγεθος του σώματος και το πάχος του δέρματος είναι πιθανό να ευθύνονται για τις διαφορετικές αντιδράσεις σε όμοια ερεθίσματα. Άλλες, περισσότερο πολύπλοκες διαφορές, όπως η οργάνωση των νευρώνων και η πυκνότητα των υποδοχέων μπορεί να συμμετέχουν στη διαφορετική ευαισθησία στον πόνο, μεταξύ των δυο φύλων.

Επαγγελματική κατάσταση

Η ύπαρξη του πόνου και ο βαθμός στον οποίο αυτός επηρεάζει τη ζωή του ατόμου, έχει αντίκτυπο και στην επαγγελματική του κατάσταση, στο βαθμό που μπορεί να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις και τις σχέσεις του με τους συναδέλφους του. Συνήθως τα άτομα που εργάζονται καθυστερούν να αναφέρουν τον πόνο τους και να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια και ένας σημαντικός λόγος γι' αυτό είναι η ανάγκη να ανταποκριθούν στις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις, αλλά και ο φόβος απώλειας του επαγγελματικού τους ρόλου και του εισοδήματός τους (Van Hecke et al, 2013)

1.4.2 Επιπτώσεις του καρκινικού πόνου στο άτομο και στην οικογένεια

Ο καρκινικός πόνος επηρεάζει την ποιότητα ζωής και τον ψυχισμό του ασθενή σε μεγάλο βαθμό. Η μειωμένη κινητικότητα και η δυσλειτουργία του οργανισμού οδηγούν τον ασθενή στην απόσυρση από τα ενδιαφέροντά του. Συχνά μαζί με τον πόνο συνυπάρχουν διαταραχές της όρεξης, του ύπνου, ελάττωση της ανοχής στον πόνο και ευερεθιστότητα. Η πιθανή χρόνια ελάττωση της σεροτονίνης λόγω του συνεχούς πόνου, μειώνει και την ανοχή σε αυτόν, επιφέρει διαταραχή στη διάθεση του ατόμου, αλλοιώνει τη συμπεριφορά του και μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη.

Η χορηγούμενη αναλγητική αγωγή μπορεί επίσης να επιφέρει ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως δυσκοιλιότητα, υπνηλία, ναυτία ή έμετο.

Ο ασθενής με καρκινικό πόνο συνήθως δεν μπορεί να εργαστεί, με αποτέλεσμα αυτό να επιφέρει συρρίκνωση του οικογενειακού εισοδήματος. Ο ασθενής χάνει την αυτοεκτίμησή του και γίνεται ένα εξαρτημένο άτομο από τους γύρω του και πολλές φορές αισθάνεται θυμό.

Όταν το υποσύστημα άτομο πάσχει, τότε πάσχει και το σύστημα της οικογένειας. Οι ισορροπίες ανατρέπονται και όλες οι λειτουργίες περιστρέφονται γύρω από την ασθένεια και τον πόνο που αυτή προκαλεί. Οι ρόλοι αλλάζουν. Ο ασθενής συνήθως χρειάζεται έναν φροντιστή, ο οποίος συνήθως είναι σύζυγος, τέκνο, ή γονέας του πάσχοντα.

Στην Ελληνική οικογένεια είναι ακόμη και σήμερα δυνατοί οι οικογενειακοί δεσμοί, με αποτέλεσμα ο ασθενής συνήθως να μη μένει μόνος. Ο φροντιστής αναλαμβάνει τη φροντίδα του, αλλά και το ρόλο που μέχρι σήμερα κατείχε ο ασθενής. Όταν η νόσος είναι σε προχωρημένο στάδιο η οικογένεια αναλαμβάνει να καλύψει το έλλειμμα αυτοφροντίδας του ασθενή. Η φροντίδα αυτή είναι συνεχής και εξαιρετικά εργώδης με αποτέλεσμα ο φροντιστής να παραβλέπει τις δικές του ανάγκες για ανάπαυση και ψυχολογική εκτόνωση. Ο ένας στους τρεις φροντιστές ασθενών με καρκίνο εμφανίζουν εξαιρετικά υψηλό ποσοστό άγχους και συναισθηματικών διαταραχών, που πηγάζουν από την προσπάθεια να παρέχουν τη σωστή φροντίδα, αλλά και στην αγωνία τους για την έκβαση της νόσου και τον πόνο του ασθενή (Haun et al, 2014).

Η οικογένεια του ασθενή με καρκινικό πόνο είναι μια οικογένεια σε κρίση, είναι μια αποδιοργανωμένη οικογένεια. Ιδιαίτερα όταν ο ασθενής είναι ένα νέο άτομο ή παιδί, η οικογένεια λειτουργεί υπερπροστατευτικά. Η ελληνική κουλτούρα θεωρεί ότι ο πάσχων πρέπει να προστατεύεται από τα κακά νέα. Ασθένειες όπως ο καρκίνος θεωρούνται καταστροφικές και είναι μη αποδεκτές στη συνείδηση του ατόμου. Η οικογένεια τείνει να προστατέψει τον ασθενή, συχνά αποκρύπτοντας μέρος ή όλη την αλήθεια από εκείνον. Έτσι, πολλές φορές η οικογένεια είναι σε άμεση επικοινωνία με το θεράποντα ιατρό, αναλαμβάνοντας το ρόλο του διαμεσολαβητή στην επικοινωνία του πόνου και της αγωνίας του ασθενή. Η οικογένεια συχνά επιλέγει θεραπευτικές μεθόδους ή παρεμβάσεις. Από την άλλη πλευρά, ο ασθενής, μη θέλοντας να επιβαρύνει την οικογένεια και θεωρώντας ότι ο πόνος είναι σημάδι επιδείνωσης της κατάστασής του, συχνά αποκρύπτει τον πόνο από τους οικείους του.

Στην αμοιβαία προσπάθεια προστασίας του άλλου, ο πόνος αποτελεί την απειλή, αλλά γίνεται και η σιωπηρή δοκιμασία.

1.5 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Ο καρκινικός πόνος προκαλεί ποικίλες νευροφυσιολογικές και ψυχοκοινωνικές διεργασίες. Η ύπαρξή του συνδέεται με τον καρκίνο, την εντόπιση, τον τύπο και το στάδιο της νόσου. Είναι δε ιδιαίτερα συνδεδεμένος και με τη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, την εξέλιξη και την έκβασή της.

Τις περισσότερες φορές είναι μικτός, συνδυάζει δηλαδή αλγαισθητικό, νευροπαθητικό, σωματικό και σπλαχνικό χαρακτήρα. Επίσης, στο έδαφος του χρόνιου πόνου αρκετά συχνά συμβαίνουν επεισόδια οξέος, παροξυσμικού πόνου.

Η επίπτωση του καρκινικού πόνου αγγίζει το 51-70% των ασθενών και σε ένα ποσοστό που αγγίζει το 50%, χαρακτηρίζεται ως μέτριος έως σοβαρός, ενώ 20-30% των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο χαρακτηρίζουν τον πόνο ως εξαιρετικά σοβαρό. Ο ένας στους τέσσερις ασθενείς που υποφέρουν από καρκινικό πόνο δεν ανακουφίζονται επαρκώς.

Ο καρκινικός πόνος είναι προϊόν αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων και αποτελεί μια απειλή για την ομοιόσταση του οργανισμού, του ασθενή αλλά και της οικογένειάς του. Χαρακτηρίζεται ως «ολικός πόνος» καθώς επηρεάζει το σύνολο της ύπαρξης του ατόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην πολυπαραγοντική έκφραση του καρκινικού πόνου εμπλέκονται συναισθηματικοί, γνωσιακοί και συναισθηματικοί παράγοντες.

Ο ένας στους δύο ασθενείς με καρκινικό πόνο αναφέρει και ψυχολογική επιβάρυνση. Επιπλέον τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι ασθενείς που πονούν, όπως οι μεταβολές της διάθεσης, της όρεξης, η χαμηλή ενεργητικότητα και τα προβλήματα ύπνου, αποτελούν συμπτώματα που συνήθως αποδίδονται στον πόνο, αλλά αποτελούν και συμπτώματα δυσφορίας και ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης. Συγκεκριμένα, αποτελούν κοινή συμπτωματολογία για τον πόνο και της ψυχοσυναισθηματικές μεταβολές, τα οποία είναι αλληλοεξαρτώμενα και ανατροφοδοτούμενα (Spoletini et al, 2008).

Παρά τις προόδους στην ιατρική και φαρμακολογική αντιμετώπιση του καρκίνου, του καρκινικού πόνου και της ψυχολογικής επιβάρυνσης των ασθενών, μικρή πρόοδος έχει επιτευχθεί στην προσαρμογή της κλινικής πρακτικής και στη λειτουργία των νοσοκομείων για την κάλυψη και των ψυχολογικών αναγκών των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο και πονούν.

2.2 ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΠΟΝΟ

Ο καρκινικός πόνος επηρεάζει καθοριστικά τον ψυχισμό του ασθενή, προκαλώντας μειωμένη κινητικότητα, διαταραχές ύπνου και όρεξης, κόπωση και πτωχή ποιότητα ζωής. Ο ασθενής αναπτύσσει άγχος και κατάθλιψη, έκπτωση της γνωσιακής του ικανότητας, νιώθει φόβο και απόγνωση, ιδιαίτερα όταν ο πόνος είναι σοβαρός ή δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς. Οι ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές στον ασθενή που

πάσχει από καρκίνο, χαρακτηριζόμενες ως «δυσφορία» (emotional distress), έχουν χαρακτηριστεί ως το «6^ο ζωτικό σημείο» παρακολούθησης στη φροντίδα ασθενών με καρκίνο (Mayr, Schmid, 2010).

Η μειωμένη **γνωσιακή ικανότητα** χαρακτηρίζεται από έκπτωση της ικανότητας αντίληψης, απώλεια της ικανότητας συγκροτημένης σκέψης, εξασθένηση της μνήμης, πνευματική κόπωση και δυσκολίες στη συγκέντρωση.

Η γνωσιακή έκπτωση στους ασθενείς με καρκίνο αποδίδεται σε ποικίλους αιτιολογικούς παράγοντες. Η ίδια η νόσος μπορεί να οδηγήσει σε έκπτωση της γνωσιακής ικανότητας, είτε άμεσα, με την ύπαρξη εγκεφαλικών μεταστάσεων, είτε έμμεσα, λόγω των μεταβολικών διαταραχών που προκαλεί στον οργανισμό. Επίσης ο καρκινικός πόνος και η κατάθλιψη επηρεάζουν τις γνωσιακές λειτουργίες. Πολλά δε σημεία της γνωσιακής έκπτωσης, όπως η αδυναμία συγκέντρωσης, ερμηνεύονται ως κατάθλιψη.

Ελάχιστες είναι οι νευροφυσιολογικές μελέτες που αφορούν στη συσχέτιση του πόνου με τη γνωσιακή έκπτωση. Γενικά υψηλά επίπεδα πόνου συνδέονται με υπολειτουργία της μνήμης, υποδηλώνοντας ότι ο πόνος επηρεάζει τη λειτουργία της. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται και από το γεγονός ότι ασθενείς με πόνο ο οποίος αντιμετωπίστηκε αποτελεσματικά, επανέκτησαν τη γνωσιακή τους ικανότητα.

Περισσότερο έχει μελετηθεί η γνωσιακή έκπτωση των ασθενών που προκαλείται από τη θεραπευτική προσέγγιση στον πόνο. Μελέτες υποστηρίζουν ότι η χρήση οπιοειδών οδηγεί σε νευροφυσιολογική διαταραχή, όπως για παράδειγμα διάσπαση προσοχής. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι τα οπιοειδή ασκούν θετική επίδραση τη γνωσιακή ικανότητα (Mystakidou et al, 2007). Επικρατεί δε η άποψη ότι η μη επαρκής ανακούφιση του καρκινικού πόνου έχει πολύ μεγαλύτερο αντίκτυπο στη γνωσιακή ικανότητα του ασθενή από ότι η χρήση οπιοειδών (Spoletini et al, 2009). Οι παραπάνω αντιλήψεις συγκλίνουν στο ότι μια σταθερή χορήγηση οπιοειδών για την αντιμετώπιση του πόνου είναι περισσότερο ανεκτή, με μικρή επίδραση στην ικανότητα σκέψης και ετοιμότητας, κυρίως όταν αυτά χορηγούνται από το στόμα (Rowbotham et al, 2013).

Ο καρκινικός πόνος, η γνωσιακή έκπτωση και η κατάθλιψη, συνήθως εκτιμώνται ξεχωριστά στον ασθενή, με αποτέλεσμα να αλληλοκαλύπτονται ως συμπτωματολογία και να υποδιαγιγνώσκονται. Φαίνεται όμως πως μοιράζονται την ίδια παθοφυσιολογία. Συγκεκριμένα, ο πόνος, η κατάθλιψη και η γνωσιακή έκπτωση, μαζί με την κόπωση και το άγχος, μπορούν να αποδοθούν ως αποτέλεσμα της δράσης

των κυτοκινών. Κυτοκίνες όπως ο TNF, οι ιντερλευκίνες (IL-1 και IL-6) απελευθερώνονται κατά την καταστροφή των ιστών από τον όγκο. Η υψηλή συγκέντρωση των κυτοκινών αυξάνει την ευαισθησία στον πόνο και προκαλεί γνωσιακή δυσλειτουργία, ψυχοκινητική επιβράδυνση, ανορεξία, ευερεθιστότητα και διαταραχές ύπνου- συμπτώματα που είναι κοινά στην κατάθλιψη, στην κόπωση και το άγχος. Είναι λοιπόν περισσότερο αποτελεσματικό να εξετάζουμε τα παραπάνω συμπτώματα ως «ομάδα συμπτωμάτων» και όχι μεμονωμένα, λαμβάνοντας υπόψη το κοινό βιολογικό τους μηχανισμό, με σκοπό την αντιμετώπισή τους.

Ο όρος **άγχος** χρησιμοποιείται συχνά για να αποδώσει ποικίλες καταστάσεις με κοινό χαρακτηριστικό τη δυσφορία του ατόμου. Είναι υποκειμενική αίσθηση, εμπεριέχει το φόβο και τη συναισθηματική καταπίεση. Συχνά συγχέεται με τους όρους στρες και κατάθλιψη, οι οποίοι διαφοροποιούνται σε εννοιολογικό επίπεδο. Το άγχος κυρίως εκφράζει την προσμονή κάποιου κακού. Η έννοια συνδέεται με το φόβο- κατά κανόνα άγχος και φόβος συνυπάρχουν, το άγχος όμως συνδέεται με μια εσωτερική απειλή, την αναμονή ενός απροσδιόριστου κινδύνου, που απειλεί την βιολογική ή ηθική υπόσταση του ατόμου (Στεφανής, 2006).

Οι ασθενείς με καρκινικό πόνο βιώνουν δύομισι φορές περισσότερο άγχος από εκείνους που δηλώνουν ότι δεν πονούν. Άγχος επίσης εκδηλώνεται σε εκείνους που ο πόνος τους δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά, ως αποτέλεσμα του φόβου τους για την απώλεια της ζωής τους από την ασθένεια, καθώς ο πόνος θεωρείται ταυτόσημος με την επιδείνωση της νόσου (IASP, 2009-Ozkan, 2010).

Ακόμη και μετά το πέρας των θεραπευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση του καρκίνου, οι ασθενείς νιώθουν άγχος για την πιθανή υποτροπή της νόσου. Η ύπαρξη πόνου αυξάνει την ένταση του άγχους για την επιδείνωση. Το άγχος όμως ενισχύεται και από τη οργανική και γνωσιακή ικανότητα του ατόμου, από οικογενειακά και οικονομικά ζητήματα, την έλλειψη οικογένειας και κοινωνικού ή υγειονομικού υποστηρικτικού περιβάλλοντος (Averyt, Nishimoto, 2014- Levit-Binnun et al, 2014).

Σε άτομα με προδιάθεση, ανάλογα με την ψυχοσύνθεσή τους, η σοβαρότητα της διάγνωσης του καρκίνου, είναι δυνατό να πυροδοτήσει κρίσεις άγχους, οι οποίες μπορεί να πάρουν τη μορφή Διαταραχής Πανικού, Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής και Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής (Μουσσάς και συν, 2008)

Η αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών των ασθενών επικεντρώνει στην αναζήτηση της αιτίας και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του άγχους. Η χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει αγχολυτικά, όπως οι βενζοδιαζεπίνες, αντικαταθλιπτικά και νευροληπτικά φάρμακα. Επίσης εφαρμόζονται συμπεριφορικές τεχνικές, ψυχοθεραπεία και ομάδες στήριξης του ασθενή.

Ο όρος **στρες** στη νευροβιολογία χρησιμοποιείται για να εκφράσει οποιαδήποτε κατάσταση έντασης ή παρέμβασης που διαταράσσει τη λειτουργία του οργανισμού. Σε κατάσταση στρες ενεργοποιείται έντονα το αυτόνομο νευρικό σύστημα του οργανισμού (Guyton and Hall, 2001). Η απόκριση του οργανισμού σε καταστάσεις που τείνουν να ανατρέψουν την ομοιόσταση του οργανισμού, είναι η έκκριση κορτιζόλης και επινεφρίνης, με αποτέλεσμα την ετοιμότητα του οργανισμού για αντίδραση μάχης ή φυγής (Fight or Flight). Κατά το στρες και την έκκριση των κατεχολαμινών, μεταξύ άλλων επιδράσεων στον οργανισμό, προκαλείται και έκπτωση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος, μείωση της σύνθεσης βραδυκινίνης και απελευθέρωση ισταμίνης, με αποτέλεσμα την αυξημένη ευαισθητοποίηση στον πόνο.

Η διάγνωση του καρκίνου, αλλά και ο καρκινικός πόνος δημιουργεί έντονο στρες στον ασθενή, ο οποίος βιώνει ένα άκρως τραυματικό γεγονός, που προκαλεί αυξημένη διεγερσιμότητα και διασχιστικά συμπτώματα, όπως αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση και διαταραχές μνήμης. Όταν τα συμπτώματα αυτά παρουσιάζουν διάρκεια πάνω από ένα μήνα, τότε χαρακτηρίζονται ως διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες. Ο πόνος πυροδοτεί συναισθήματα κινδύνου και αποτελεί μια απειλή «εκ των έσω» για το άτομο. Τα μετατραυματικά συμπτώματα του καρκίνου έχουν μεγάλη συχνότητα, η οποία αγγίζει το ποσοστό του 80%, μετά τη θεραπεία του (Μουσσάς και συν, 2008).

Ο καρκινικός πόνος συνυπάρχει ως ομάδα συμπτωμάτων (symptom cluster) με την κόπωση και τις διαταραχές ύπνου και είναι τα πιο συχνά συμπτώματα σε ασθενείς με καρκίνο. Ο καρκινικός πόνος αναφέρεται σε ποσοστό 59% σε ασθενείς που λαμβάνουν αντινεοπλασματική θεραπεία και σε ποσοστό 64% σε ασθενείς με μεταστατική, ή νόσο τελικού σταδίου. Η κόπωση επηρεάζει το 75% των ασθενών, ενώ οι διαταραχές ύπνου αναφέρονται στο 72%, με δυσκολία έλευσης ύπνου, έγερση κατά τη διάρκεια της νύκτας και υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αν δεν αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά, τα συμπτώματα αυτά μπορούν να επηρεάσουν τη διάθεση του ασθενή, τους κοινωνικούς ρόλους και εκδηλώσεις του, ακόμη και την

ανοχή της θεραπείας που ακολουθεί για τη νόσο, με κίνδυνο την απροθυμία για τη συνέχιση της θεραπείας του (Kwekkeboom et al, 2010).

Η αντιμετώπιση του επερχόμενου θανάτου προκαλεί συχνά προπαρασκευαστικό θρήνο στους ασθενείς και τις οικογένειές τους, καθώς ο ασθενής και η οικογένεια χάνουν τους ρόλους και τις δραστηριότητες ή τις σχέσεις τους με άλλους ανθρώπους, χάνουν το δικαίωμα να ονειρεύονται το μέλλον. Ο προπαρασκευαστικός θρήνος μπορεί να εκφράζεται ως φόβος, θυμός, αισθήματα μοναξιάς, απελπισίας και αβοήθητου (Zartaloudi , 2010-Kacel et al, 2011).

2.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη είναι μια ευρεία και ετερογενής διάγνωση με κύρια χαρακτηριστικά τη θλίψη και την ανηδονία. Ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει προϋπάρχουσα κατάθλιψη. Ο πόνος, η δυσλειτουργικότητα, ή η ανικανότητα αυτοεξυπηρέτησης που συνδέονται με πολλά χρόνια νοσήματα, μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης στους ασθενείς (NICE,2009). Συγχρόνως, η κατάθλιψη μπορεί να αυξήσει την ένταση του πόνου και τη δυσφορία των ασθενών, επιφέροντας ακόμη και μείωση στο χρόνο επιβίωσης(Satin et al, 2009).

2.3.1 Νευροφυσιολογία και χαρακτηριστικά της κατάθλιψης

Στην κατάθλιψη διαταράσσεται το αυτόνομο νευρικό σύστημα, καθώς και λειτουργίες του υποθαλάμου, όπως οι ορμονικές και κινητικές λειτουργίες. Αυξάνεται η έκκριση επινεφρίνης και κορτικοστεροειδών, με επίδραση στη σπλαγχνική λειτουργία: αύξηση της αρτηριακής πίεσης, μειωμένη ανοσοποιητική ικανότητα και καρκινογένεση. Συγχρόνως, η νορεπινεφρίνη και τα κορτικοστεροειδή διαπερνούν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και επιδρούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα ανατροφοδοτώντας τη δραστηριότητα του λιμβικού συστήματος. Ο οργανισμός οδηγείται σε μυϊκή τάση, μείωση του ρυθμού αναπνοής, διαταραχή εντερικού περισταλτισμού, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, δερματολογικά προβλήματα και διαταραχές ύπνου. Ο φαύλος κύκλος της κατάθλιψης, μέσω ανατροφοδότησης από τις ορμόνες του οργανισμού συνεχίζεται. Ακόμη και τα συναισθηματικά

«συμπτώματα», όπως ο αυτοκτονικός ιδεασμός, το αίσθημα αποτυχίας και μειονεξίας, ενεργοποιούνται και συντηρούνται από τον ίδιο αυτό μηχανισμό ανατροφοδότησης. Η κατάθλιψη σχετίζεται με υποέκκριση ή υπολειτουργία μονοαμινών όπως η ντοπαμίνη, η επινεφρίνη, η νορεπινεφρίνη και κυρίως η σεροτονίνη (5-HT), ουσίες που σχετίζονται ως νευροδιαβιβαστές και με την μετάδοση και αντίληψη των ερεθισμάτων του πόνου (Cooper et al, 1991- Kandel et al, 1999). Συνεπώς, η υπολειτουργία των συγκεκριμένων νευροδιαβιβαστών αναμένεται να επηρεάζει τόσο τον πόνο, όσο και την κατάθλιψη των ασθενών, αιτιολογώντας έτσι και τη συσχέτισή τους (Vaccarino et al, 2009).

Σύμφωνα με τη χρονοβιολογία, ακόμη και ο κίρκαδιανός ρυθμός εμπλέκεται στο μηχανισμό της κατάθλιψης και φαίνεται ότι το ακανόνιστο πρόγραμμα ύπνου την ενισχύει. Οι ασθενείς με κατάθλιψη εμφανίζουν συνήθως διαταραχές στα στάδια ύπνου. Το καταθλιπτικό αίσθημα εντείνεται συνήθως τις πρωινές ώρες και εξασθενεί με την πάροδο των ωρών. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται πολύ έντονα σε περιπτώσεις ενδογενούς κατάθλιψης ηλικιωμένων ατόμων (Λυμπεράκης, 1997).

2.3.2 Κατάθλιψη στους ασθενείς με καρκινικό πόνο

Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή ψυχιατρική παθολογική κατάσταση στους ασθενείς με καρκίνο, καθώς εμφανίζεται περίπου στο 25% των ασθενών (Fallon, 2010). Η συχνότητα άγχους και κατάθλιψης υπολογίζεται ότι είναι σχεδόν διπλάσια στους ασθενείς με καρκίνο, από ότι στο γενικό πληθυσμό (Mayr , Schmid, 2010).

Η κατάθλιψη συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με ορισμένους τύπους καρκίνου. Ασθενείς με καρκίνο παγκρέατος, πνεύμονα, μαστού και στοματοφαρυγγικό καρκίνο, εμφανίζουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης. Ιδιαίτερα υψηλή συχνότητα κατάθλιψης παρουσιάζεται στον καρκίνο παγκρέατος, η υψηλότερη σε σχέση με τους υπόλοιπους τύπους καρκίνου του γαστρεντερικού συστήματος. Υπολογίζεται ότι εμφανίζεται περίπου στο 50% των ασθενών με καρκίνο παγκρέατος, ενώ σε μεγάλο βαθμό αυτή προϋπάρχει της διάγνωσης (Massie, 2004).

Φαίνεται επίσης ότι ο καρκίνος προκαλεί κατάθλιψη, είτε ως συνέπεια της διάγνωσης, είτε από παρανεοπλασματικά σύνδρομα που επιδρούν στο λιμβικό σύστημα του εγκεφάλου. Επίσης, υπάρχει η υπόθεση ότι η απορρύθμιση του

ανοσοποιητικού συστήματος στον καρκίνο, προάγει την καρκινογένεση και την ανάπτυξη του νεοπλασματος, αλλά και την κατάθλιψη (Tavoli et al, 2008).

Η χημειοθεραπεία και τα επικουρικά φάρμακα για τη νόσο ή τον καρκινικό πόνο μπορούν επίσης να προάγουν την εγκατάσταση κατάθλιψης. Για παράδειγμα, τα κορτικοστεροειδή, κυτταροστατικά φάρμακα όπως η βινκριστίνη, η βινμπλαστίνη, η ασπαργινάση, η μεθοτρεξάτη, η ιντερφερόνη και η ιντερλευκίνη, η αμφοτερικίνη και η ακτινοθεραπεία του εγκεφάλου (Bottomley , 1998- Rosenstein , 2011).

Αν και είναι τόσο συχνή, η κατάθλιψη συχνά υποδιαγιγνώσκεται στους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Αυτό συμβαίνει διότι η συμπτωματολογία της είναι σε μεγάλο βαθμό κοινή με αυτήν του καρκίνου: ανορεξία, διαταραχές ύπνου, κόπωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, μειωμένη ικανότητα σκέψης, αποδίδονται συχνά στη νόσο ή στην αντιμετώπισή της με χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία (Ciaramella,Poli 2001). Συχνά τα όρια μεταξύ της «φυσιολογικής θλίψης» λόγω της νόσου και της κατάθλιψης είναι ασαφή. Συνηθίζεται, όταν τα συμπτώματα αυτά εμμένουν πάνω από δύο εβδομάδες να αποδίδονται σε πιθανή κατάθλιψη (Bottomley , 1998).

Η κατάθλιψη συνήθως συνυπάρχει και με έντονο στρες , κρίσεις πανικού, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, σε βαθμό που οι διαταραχές άγχους και τα προβλήματα της προσωπικότητας του ασθενή, να υποσκελίζουν την παρεχόμενη φροντίδα για τη θεραπεία της νόσου (Massie, 2004). Ασθενείς με προχωρημένη νόσο και έντονο καρκινικό πόνο, με ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ και ιστορικό αυτοχειρίας στην οικογένεια, έχουν αυξημένες πιθανότητες να διαπράξουν αυτοχειρία. Οι πιθανότητες αυξάνονται επίσης όταν οι ασθενείς αισθάνονται φόβο για την εξάρτησή τους από τους άλλους, ή όταν υπάρχει έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Έτσι η κατάθλιψη σχετίζεται με μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης για τους ασθενείς, λόγω της αυξημένης συχνότητας αυτοκτονικών τάσεων, αλλά και λόγω της έκπτωσης του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού (Williams,Dale, 2006). Δε φαίνεται να υπάρχει άμεση σχέση της κατάθλιψης με την υποτροπή της νόσου (Mayr, Schmid, 2010).

Η κατάθλιψη συνυπάρχει και με τον καρκινικό πόνο και μάλιστα είναι οι δύο πιο συχνές καταστάσεις που απαντώνται στους ασθενείς με καρκίνο. Πιθανότητα είναι και οι δύο καταστάσεις για τις οποίες μπορεί να υπάρξει αποτελεσματική αντιμετώπιση, αρκεί να εκτιμηθούν σωστά. Η ύπαρξη διαφορετικών εργαλείων αξιολόγησης δυσχεραίνουν την ακριβή επιδημιολογική μελέτη των δύο οντοτήτων, εκτιμάται πάντως ότι η μέση επίπτωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκινικό

πόνο είναι περίπου 36,5%. Η επίπτωσή της είναι μεγαλύτερη όταν η ένταση του πόνου είναι μεγάλη.

Η κατάθλιψη φαίνεται να εκδηλώνεται πιο συχνά σε γυναίκες και ηλικιωμένους ασθενείς (Fallon 2010). Υπάρχουν όμως και μελέτες όπου δεν καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην κατάθλιψη, όταν αυτή συνυπάρχει με καρκινικό πόνο, στα δύο φύλα. Σε μελέτη που διεξήχθη σε Έλληνες ασθενείς, φαίνεται ότι η συχνότητα της κατάθλιψης στο χρόνιο πόνο ήταν μεγάλη και παρόμοια στον καρκινικό και μη καρκινικό πόνο, αλλά μικρότερη στους ασθενείς με καρκινικό πόνο που ήταν ενημερωμένοι για τη νόσο τους. Στη μελέτη αυτή, η συχνότητα κατάθλιψης δε σχετίστηκε με το φύλο των ασθενών, αλλά υπήρχε μεγάλη συσχέτισή της με τις μεγαλύτερες ηλικίες (Αμπατζόγλου και συν, 2001). Η συχνότητα κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο υπολογίζεται ότι είναι 17-25%. Συνήθως υποδιαγιγνώσκεται, καθώς τα συμπτώματα μπορεί να αποδίδονται στη νόσο και τη θεραπεία της, ή στο γήρας (Weinberger et al, 2009).

Οι ασθενείς που πάσχουν από καρκινικό πόνο και κατάθλιψη αναφέρουν κόπωση σε ποσοστό που αγγίζει το 98%, η οποία τους επιφέρει μεγάλη δυσφορία. Επίσης, πάσχουν από διαταραχές ύπνου, πόνο στις αρθρώσεις και την πλάτη, δυσκολίες συγκέντρωσης, έκπτωση μνήμης και ξηροστομία. Άλλα, λιγότερο συχνά αναφερόμενα συμπτώματα είναι οι συχνές κεφαλαλγίες, η σύγχυση, η ναυτία, οι έμετοι και το αίσθημα παλμών. Όλα επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Kroenke et al, 2011). Η επιμονή των συμπτωμάτων και η υποδιάγνωση της κατάθλιψης μπορεί να αυξήσει το χρόνο και το κόστος νοσηλείας των ασθενών (Bottomley A, 1998). Υπάρχει αλληλεπίδραση στη σχέση καρκινικού πόνου και κατάθλιψης. Ο πόνος προάγει την κατάθλιψη, ενώ η κατάθλιψη ενισχύει την ένταση του πόνου. Επιπλέον, όσο μεγαλύτερη είναι η χρονική διάρκεια του πόνου, τόσο πιο πιθανή είναι και η εμφάνιση της κατάθλιψης. Ο καρκινικός πόνος και η κατάθλιψη μοιράζονται τις ίδιες νευρικές οδούς και τους νευροδιαβιβαστές γι' αυτό αλληλεπιδρούν (Lemone, Burke, 2004- Vaccarino, 2009).

2.4 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Ο καρκίνος προκαλεί ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές στους ασθενείς, οι οποίες μεγεθύνονται και περιπλέκονται με την ύπαρξη του πόνου. Οι ασθενείς εμφανίζουν

αγχώδεις διαταραχές, στρες, διαταραχές στη γνωσιακή ικανότητα, κόπωση και προπαρασκευαστικό θρήνο. Συχνά τα συμπτώματα από τη νόσο και τη θεραπεία της και οι ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές, συνυπάρχουν, με αποτέλεσμα να είναι δυσδιάκριτη η ακριβής αιτιολογία των συμπτωμάτων.

Η κατάθλιψη συνυπάρχει σε μεγάλο βαθμό με τον καρκινικό πόνο, αλληλεπιδρά με αυτόν τόσο στη συμπτωματολογία, όσο και στη νευροφυσιολογία. Επηρεάζει την ένταση του καρκινικού πόνου και επηρεάζεται από αυτόν. Ο καρκινικός πόνος και η κατάθλιψη επιδρούν τόσο στην ποιότητα ζωής του ασθενή, όσο και στην επιβίωσή του. Γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίζονται έγκαιρα, να αξιολογούνται από τη θεραπευτική ομάδα και να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φροντίδα των ασθενών με καρκινικό πόνο και συνυπάρχουσα κατάθλιψη απαιτεί οργάνωση και βαθιά γνώση της πολυδιάστατης έννοιας του καρκινικού πόνου και των ψυχοσυναισθηματικών αντιδράσεων που εκείνος επιφέρει στον ασθενή. Απαιτεί κριτική σκέψη και ικανότητα επικοινωνίας των μελών του προσωπικού και, βέβαια, τη διαθεσιμότητα μονάδων παροχής φροντίδας, με πρόσβαση στα φαρμακευτικά ή άλλα μέσα που απαιτούνται για αυτό το δύσκολο, αλλά όχι ακατόρθωτο έργο (Πεδιαιτιάκη, 2007- Konstandi et al,2010).

Η ολιστική αντιμετώπιση του ασθενή που πάσχει από καρκίνο και υποφέρει από πόνο και κατάθλιψη αποτελεί μια ανάγκη και ταυτόχρονα μια πρόκληση για τη διεπιστημονική ομάδα. Με τη σωστή εκτίμηση του ασθενή και τον προσεκτικό σχεδιασμό της φροντίδας του, μπορεί να επιτευχθεί η ανακούφιση των συμπτωμάτων του και η διατήρηση της ποιότητας ζωής του.

3.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η εκτίμηση του πόνου θα πρέπει να είναι διεξοδική. Είναι σημαντικό να προσδιορίζεται η ένταση και η εντόπιση του πόνου και ο βαθμός στον οποίο αυτός επηρεάζει το άτομο. Όπως έχουμε αναφέρει, ο πόνος είναι μια έννοια υποκειμενική, απαιτεί λοιπόν τη χρήση εργαλείων για την σωστή εκτίμησή του. Επίσης, ως «ολικός πόνος», ο καρκινικός πόνος περιλαμβάνει πολλά στοιχεία σωματικά και ψυχολογικά, τα οποία θα πρέπει να εκτιμηθούν.

Για την εκτίμηση του πόνου, χρησιμοποιούνται οι όροι «όριο ή κατώφλι» του πόνου, που προσδιορίζει την μικρότερη εμπειρία πόνου που μπορεί να ορίσει το άτομο. Επίσης, κατά την εκτίμηση του πόνου προσδιορίζεται η μεγαλύτερη ένταση που μπορεί να ανεχθεί ο ασθενής και ορίζεται ως «επίπεδο ανοχής» του πόνου.

Αρχικό αξίωμα αποτελεί η αποδοχή των αιτιάσεων του ασθενή για την ύπαρξη του πόνου. Τα επόμενα βήματα περιλαμβάνουν την εκτίμηση της έντασης και των χαρακτηριστικών του πόνου, τη λήψη ενός πλήρους ιστορικού και η διεξαγωγή εργαστηριακών εξετάσεων, μαζί με την κλινική εξέταση. Τέλος, η εκτίμηση περιλαμβάνει την εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή.

Εκτίμηση των σωματικών παραμέτρων του πόνου

Αρχικά γίνεται προσδιορισμός των σημείων εντόπισης του πόνου στο σώμα. Στη συνέχεια, προσδιορίζονται τα χαρακτηριστικά του, αξιολογείται δηλαδή αν είναι συνεχής ή διαλείπων, αν είναι οξύς, παροξυσμικός και πως τον αντιλαμβάνεται ο ασθενής (πχ καυστικός). Με αυτόν τον τρόπο προσδιορίζεται αν ο καρκινικός πόνος είναι σωματικός, σπλαχνικός, νευροπαθητικός, ή μικτός.

Για την εκτίμηση της έντασης του πόνου, χρήσιμες είναι οι κλίμακες πόνου. Τέτοιες κλίμακες είναι η οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analogue Scale- VAS), η αριθμητική αναλογική κλίμακα (Numeric Rating Scale-NRS). Στην πράξη, εφαρμόζεται συχνότερα η αριθμητική κλίμακα, η οποία είναι ενδεκάβαθμη με τιμές 0-10, όπου 0 σημαίνει καθόλου πόνος και 10 σημαίνει αφόρητος πόνος (McCaffery, Beebe et al, 1989). Χρήσιμη επίσης είναι και η λεκτική κλίμακα αξιολόγησης (Verbal Scale), όπου ο ασθενής περιγράφει με λέξεις την ένταση του πόνου: «καθόλου, ήπιος, μέτριος, ισχυρός, αφόρητος» .

Σημαντικό είναι να εκτιμάται και ο βαθμός στον οποίο ο πόνος παρεμποδίζει τις δραστηριότητες ή τον ύπνο του ασθενή, καθώς και η Σωματική Κατάσταση Ικανότητας του ασθενή (Performance Status- ECOG Scale 0-5), η οποία χαρακτηρίζει το βαθμό κινητικότητας και αυτοεξυπηρέτησης του ασθενή, χρησιμοποιείται δε και ως προγνωστικό στοιχείο για την έκβαση του ασθενή (Oken et al, 1982).

Λήψη ιστορικού, εργαστηριακός έλεγχος

Για την ολοκληρωμένη εικόνα του ασθενή, απαραίτητη είναι η διερεύνηση του προηγούμενου ιστορικού του, η ύπαρξη άλλων παθήσεων, κατάχρηση ουσιών, αλλεργίες. Συγχρόνως καταγράφονται τα συνοδά προβλήματα, όπως η δύσπνοια, η ναυτία, η δυσκοιλιότητα και η ανορεξία.

Γίνεται εκτίμηση των εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων, οι οποίες δίνουν μια πληρέστερη εικόνα για την έκταση της νόσου, την ύπαρξη μεταστάσεων και τη σχέση τους με τα επώδυνα σημεία.

Κλινική εξέταση

Η κλινική εξέταση είναι προϋπόθεση για την ολοκληρωμένη αξιολόγηση του ασθενή και χρήσιμη για τις μελλοντικές αξιολογήσεις του πόνου, ως σημείο αναφοράς.

Εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης του ασθενή

Τα κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά, το φύλο, η ηλικία καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αντιλαμβάνεται και εκφράζει τον πόνο του. Τα χαρακτηριστικά αυτά θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την εκτίμηση του πόνου στον καρκινοπαθή ασθενή.

Η διερεύνηση του οικογενειακού περιβάλλοντος και η ύπαρξη ή μη υποστηρικτικού πλαισίου είναι καθοριστική για την εκτίμηση των θεραπευτικών δυνατοτήτων που υπάρχουν για τον κάθε ασθενή. Η επικοινωνία με την οικογένεια θα θέσει τις βάσεις για τη συνεργασία της οικογένειας και της θεραπευτικής ομάδας προς όφελος του ασθενή, αλλά και τη στήριξη της οικογένειας.

Καθοριστικός για την αντιμετώπιση του πόνου είναι και ο προσδιορισμός των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών ή των ψυχιατρικών συνδρόμων του ασθενή.

3.3 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΠΟΝΟ

Σύμφωνα με το σύστημα DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) οι διαταραχές κατάθλιψης κατατάσσονται σε Μείζονα Κατάθλιψη, Δυσθυμία και Καταθλιπτική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη διαφορετικά (American Psychiatric Association, 1994). Οι καταστάσεις αυτές αποτελούν διαφορετική κατηγορία σε σχέση με τις διαταραχές στη διάθεση που οφείλονται σε κατάχρηση ουσιών ή σχετίζονται με κάποιο νόσημα (Parkish, Lam, CANMAT Depression Group, 2001).

Τα κριτήρια διάγνωσης των καταθλιπτικών διαταραχών περιλαμβάνουν:

- καταθλιπτικό συναίσθημα που διαρκεί και αναφέρεται από το ίδιο το άτομο, ή παρατηρείται από το περιβάλλον του
- σημαντική μείωση ενδιαφέροντος ή ικανοποίησης από τις δραστηριότητες, κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας
- σημαντική απώλεια ή αύξηση σωματικού βάρους, της τάξεως του 5% σε μηνιαία βάση
- αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινή
- ψυχοκινητική επιβράδυνση ή ανησυχία
- δυσκολία συγκέντρωσης ή αδυναμία λήψης αποφάσεων, σχεδόν καθημερινή
- κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας σε καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή βάση
- αισθήματα αυτολύπησης ή απαισιοδοξία
- επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή σκέψης αυτοκαταστροφής

Σύμφωνα με το διαγνωστικό σύστημα DSM IV, όταν πέντε από τα παραπάνω συμπτώματα υφίστανται για τουλάχιστον δύο εβδομάδες, σε σημαντικό βαθμό, τότε μιλάμε για μείζονα κατάθλιψη.

Ανεξάρτητα από το ποιο είναι το διαγνωστικό εργαλείο που χρησιμοποιείται, εκτός από την τυπική συμπτωματολογία πρέπει να εκτιμώνται και βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, το προηγούμενο ατομικό αλλά και

οικογενειακό ιστορικό κάθε ασθενή για ύπαρξη ψυχολογικών ή ψυχιατρικών καταστάσεων.

Στους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο υπάρχουν ιδιαίτερα ψυχοπιεστικοί παράγοντες οι οποίοι μπορούν να οδηγήσουν σε συναισθηματικές διαταραχές. Η ίδια η νόσος και η επίγνωση της κατάστασης από τον ασθενή, η κακή πρόγνωση, η αλλαγή του σωματικού ειδώλου, η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ο φόβος για την απώλεια της ατομικότητας και της αξιοπρέπειας, αλλά κυρίως, ο πόνος και ο φόβος για έναν επώδυνο επερχόμενο θάνατο, είναι παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη στους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης αυξάνεται όταν υπάρχει ιστορικό αλκοολισμού, αλλά και όταν η νόσος είναι σε πολύ προχωρημένο στάδιο. Τέλος, οι πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης αυξάνονται όταν ο καρκινικός πόνος αντιμετωπίζεται πλημμελώς (Μουσσάς και συν, 2008).

Για ενήλικες που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα όπως ο καρκίνος, η κατάθλιψη, σύμφωνα με το DSM IV, διακρίνεται σε:

- Οριακή κατάθλιψη (Subthreshold depressive symptoms): λιγότερα από πέντε συμπτώματα, αλλά περισσότερα από το γενικό πληθυσμό, μη φυσιολογική καταθλιπτική διάθεση
- Ήπια κατάθλιψη (Mild depression): ελάχιστα περισσότερα από πέντε συμπτώματα, χωρίς λειτουργική ανικανότητα
- Μέτρια κατάθλιψη (Moderate depression): το άτομο εμφανίζει ήπια έως σοβαρή δυσλειτουργία
- Σοβαρή κατάθλιψη (Severe depression): το άτομο εμφανίζει τα περισσότερα ή όλα τα συμπτώματα και είναι φανερά δυσλειτουργικό.

Η αναφερόμενη ως «οριακή» ή «υποκλινική» κατάθλιψη είναι πολύ συχνή στους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Πολλές φορές αναφέρεται ως «πρόδρομη» κατάθλιψη, με την έννοια της πρόδρομης κατάστασης μιας επακόλουθης μείζονος κατάθλιψης. Άλλες φορές χαρακτηρίζονται έτσι τα εμμένοντα συμπτώματα από ένα επεισόδιο κατάθλιψης. Τέλος, η οριακή κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα. Η κατάσταση αυτή απαντάται συχνά σε ηλικιωμένους ασθενείς και έχει αποδειχθεί ότι οι ηλικιωμένα ασθενείς με υποκλινική κατάθλιψη είναι περισσότερο πάσχοντες και δυσλειτουργικοί σε σχέση με εκείνους που δεν εμφανίζουν κατάθλιψη (Spoletini et al, 2008).

Συχνά η συμπτωματολογία είναι άτυπη, ήπια ή παροδική. Γι' αυτό η εκτίμηση της κατάθλιψης θα πρέπει να γίνεται συστηματικά και οργανωμένα, ώστε να μειώνονται οι πιθανότητες υποδιάγνωσης.

Για την ανίχνευση της πιθανότητας ύπαρξης κατάθλιψης, ο θεράπων ιατρός, συνήθως ο ογκολόγος, θα πρέπει να ελέγχει τον ασθενή του ρωτώντας τον για τα αρνητικά του συναισθήματα κατά το διάστημα του τελευταίου μήνα, ή για την έλλειψη ευχαρίστησης και ενδιαφέροντος για τις καθημερινές δραστηριότητες. Σε περίπτωση εκτίμησης ύπαρξης κατάθλιψης, ο ασθενής θα πρέπει να εκτιμάται και από ειδικό, ψυχολόγο ή ψυχίατρο, για την κατάλληλη αντιμετώπιση. Είναι απαραίτητη η διεπιστημονική συνεργασία για την αξιολόγηση και, στη συνέχεια, αντιμετώπιση της κατάθλιψης (NICE, 2009).

Ψυχομετρικά εργαλεία για την εκτίμηση της κατάθλιψης τα οποία χρησιμοποιούνται συχνότερα στην κλινική πράξη είναι : α) το εργαλείο Beck Depression Inventory (BDI) και το Centre for Epidemiological Studies on Depression (CES-D), τα οποία χρησιμοποιούνται από ειδικούς ψυχικής υγείας, κυρίως για τη διάγνωση της κατάθλιψης β) το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) , το οποίο χρησιμεύει για τη διάγνωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με κάποιο πρόβλημα υγείας, για παράδειγμα ένα χρόνιο νόσημα (Vodermaier et al, 2009) και γ) τα εργαλεία DASS21 και DASS42, τα οποία είναι απλά εργαλεία εκτίμησης των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών κατάθλιψης, άγχους και στρες, απλά στη χρήση τους, για ανίχνευση ύπαρξης διαταραχών από κλινικούς ιατρούς σε ασθενείς τους οποίους παρακολουθούν για κάποιο άλλο νόσημα (Lyraeos et al,2011).

3.4 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η εκτίμηση του πόνου και της κατάθλιψης σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο θα πρέπει να περιλαμβάνει στοιχεία από το ατομικό αλλά και το οικογενειακό ιστορικό του ασθενή, και να περιλαμβάνει πληροφορίες για τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική κατάστασή του.

Ο ασθενής θα πρέπει να εκτιμάται συστηματικά και μεθοδικά, από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας, με τη χρήση των κατάλληλων εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων, αλλά και των κατάλληλων εργαλείων εκτίμησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΠΟΝΟ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, τόσο ο πόνος, όσο και η κατάθλιψη είναι οι συνηθέστερα απαντώμενες καταστάσεις. Η συνύπαρξή τους επιβαρύνει την κατάσταση του ασθενή και περιπλέκει την αντιμετώπισή του. Πολλές μελέτες συσχετίζουν την ύπαρξη κατάθλιψης με την ύπαρξη του πόνου, υποστηρίζοντας πως ο πόνος προκαλεί κατάθλιψη, αλλά και η κατάθλιψη αυξάνει την ένταση του πόνου, στους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο.

Παρά τη συντονισμένη προσπάθεια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και άλλων οργανώσεων για την ανακούφιση του πόνου, ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με καρκινικό πόνο δεν αντιμετωπίζεται σωστά (Varrassi et al, 2010- Kwon et al, 2013). Επιπρόσθετα, οι ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές του ασθενή και, κυρίως, η κατάθλιψη συχνά υποδιαγιγνώσκονται, ενώ πολλές φορές δεν υπάρχουν διαθέσιμες δομές για την παροχή της κατάλληλης φροντίδας (Williams, Dale, 2006).

Στόχος λοιπόν της θεραπευτικής ομάδας αρχικά θα πρέπει να είναι η έγκαιρη ανίχνευση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης στον ασθενή, η αξιολόγηση του καρκινικού πόνου και ο βαθμός αλληλεπίδρασης τους στην έκβαση και την ποιότητα ζωής του κάθε ασθενή ξεχωριστά. Κάθε ασθενής έχει τις δικές του ανάγκες, αλλά και δικούς του προσωπικούς θεραπευτικούς στόχους στην αντιμετώπιση του πόνου (Varrassi et al, 2010).

Για την αποτελεσματική φροντίδα του ασθενή απαιτείται συντονισμένη προσπάθεια των μελών της θεραπευτικής ομάδας, για την αναγνώριση των συμπτωμάτων και τη σωστή διάγνυσή τους, με σκοπό την αποτελεσματικότερη δυνατή αντιμετώπισή τους. Η χρήση των διαθέσιμων φαρμακευτικών, επεμβατικών,

ψυχοθεραπευτικών και συμπληρωματικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, μπορούν να προσφέρουν τα μέγιστα στην ανακούφιση του ασθενή.

4.2 ΦΡΑΓΜΟΙ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Οι δυσκολίες στην αντιμετώπιση του πόνου από κακοήγη νόσο έχουν πολύπλευρη αιτιολογία. Όσον αφορά στους επαγγελματίες υγείας, αρκετά συχνά παρατηρείται ελλιπής γνώση για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, αδυναμία αναγνώρισης των μη σωματικών εκδηλώσεών του, αλλά και εσφαλμένη πεποίθηση ότι ο καρκινικός πόνος είναι αναπόφευκτος.

Κάποιες φορές ο ίδιος ο ασθενής έχει χαμηλές προσδοκίες όσον αφορά στην αντιμετώπιση του πόνου και πεποίθηση ότι ο πόνος είναι κάτι αναπόφευκτο και μοιραίο. Σε συνδυασμό και με το φόβο για τις ανεπιθύμητες ενέργειες και την αλληλεπίδραση από τη χρήση πολλών σκευασμάτων, ο ασθενής σχηματίζει συχνά την αντίληψη ότι η λήψη ισχυρών αναλγητικών και κυρίως οπιοειδών, θα του δημιουργήσει περισσότερα προβλήματα από τον ίδιο τον πόνο (Π.Ο.Υ, 1986).

Η πτωχή επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και ιατρού, σε συνδυασμό με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αναλγητικών και τη μη εξατομικευμένη αντιμετώπιση του πόνου, οδηγούν σε υποθεραπεία του. Από την άλλη πλευρά, η συνταγογράφηση των οπιοειδών παρεμποδίζεται από ιατρικούς, ηθικούς, πολιτισμικούς και νομικούς φραγμούς. Ο σκεπτικισμός των ιατρών, αλλά και των ασθενών, έχει συχνά ως αποτέλεσμα τη μη συνταγογράφηση οπιοειδών, παρόλο που ενδείκνυνται, ή τη συνταγογράφηση μικρότερων δοσολογικών σχημάτων από τα απαραίτητα.

Τα ίδια τα οπιοειδή παρουσιάζουν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες, κυρίως από το γαστρεντερικό και το κεντρικό νευρικό σύστημα. Προκαλούν επίσης ανοχή ή υπεραλγησία, με αποτέλεσμα να επηρεάζουν τη συνεργασία του ασθενή στην προτεινόμενη αγωγή. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να διευκρινίζεται από την αρχή ότι ο κίνδυνος εθισμού, όταν τα οπιοειδή χρησιμοποιούνται στη θεραπεία καρκινικού πόνου, είναι απειροελάχιστος και συνήθως έχει να κάνει με προϊόντα ψυχοπαθολογία.

Όταν το συνταγογραφούμενο αναλγητικό σχήμα είναι καλά ανεκτό, αλλά δεν προσφέρει τη μέγιστη δυνατή αναλγησία, συνήθως αναπροσαρμόζεται σε υψηλότερες

δόσεις. Οι υψηλότερες δόσεις οπιοειδών μπορεί να επιφέρουν σοβαρότερες ή μη αντιμετωπίσιμες ανεπιθύμητες ενέργειες, οπότε συνήθως ο ασθενής ή ο γιατρός επιλέγουν τη μείωση της δόσης των οπιοειδών, με συνέπεια, και πάλι, τη μη αποτελεσματική αναλγησία. Η δυσκολία διατήρησης της ισορροπίας μεταξύ της επαρκούς αναλγησίας και της ανοχής στα φάρμακα, κυρίως στα ισχυρά οπιοειδή, μπορεί να εγκαταστήσει το «φαύλο κύκλο» του πόνου, ο οποίος εναλλάσσεται από την ανεπαρκή ανακούφιση στις δυσάρεστες παρενέργειες των φαρμάκων και καταλήγει στη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής.

Η προφανής επιλογή είναι η χρήση εναλλακτικού οπιοειδούς, με την προϋπόθεση ότι ο γιατρός αναγνωρίζει την ύπαρξη του «φαύλου κύκλου», πριν αυτός εγκατασταθεί. Επικουρικά φάρμακα, όπως τα υπακτικά, είναι απαραίτητο να συνταγογραφούνται, μπορούν όμως και αυτά να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες από την αλληλεπίδρασή τους. Επιπλέον, η ανάγκη για χρήση πολλών σκευασμάτων, μπορεί να επιφέρει την αύξηση του κόστους της θεραπείας του ασθενή, ή τη μη συνεργασία του με την προτεινόμενη θεραπεία.

Ο «φαύλος κύκλος» είναι ένα σοβαρό εμπόδιο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου, με αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του ασθενή.

Η κατανόηση των παθοφυσιολογικών διαφορών του αλγαισθητικού και του νευροπαθητικού πόνου- ο οποίος σε γενικές γραμμές αντιμετωπίζεται πιο δύσκολα, απαιτεί εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη χορήγηση κατάλληλων κατά περίπτωση, συνδυασμού αναλγητικών και συνοδών φαρμάκων.

4.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου θεμελιώθηκε από τη Cicely Saunders, στη δεκαετία του 1950 στο Λονδίνο, με την συστηματική χορήγηση μορφίνης σε τακτά χρονικά διαστήματα («by the clock»). Στη συνέχεια, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εισήγαγε τη μορφίνη στο τρίτο επίπεδο της αναλγητικής κλίμακας (Wilson, Stack, Hester, 2014).

Η θεραπεία του καρκινικού πόνου πρέπει να προσαρμόζεται στα ειδικά χαρακτηριστικά του και να είναι τέτοια που να προάγει τη λειτουργία των ενδογενών συστημάτων αναλγησίας του οργανισμού. Επιπρόσθετα το πολυπαραγοντικό μοντέλο θεραπείας περιλαμβάνει και άλλες προσεγγίσεις, όπως οι επεμβατικές παρεμβάσεις, η φυσιοθεραπεία, η ψυχοθεραπεία, οι συμπληρωματικές θεραπείες και οι θεραπείες αποκατάστασης.

Η φαρμακευτική προσέγγιση είναι η πλέον διαδεδομένη στη θεραπεία του καρκινικού πόνου. Επικρατεί η αντίληψη πως το 70-90% των ασθενών που πονούν αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά με τους κατάλληλους συνδυασμούς φαρμάκων. Οι κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό είναι τα μη ναρκωτικά αναλγητικά, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ), τα ναρκωτικά αναλγητικά, τα αντικαταθλιπτικά και τα τοπικά αναισθητικά (Lemone, Burke, 2004).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ. 1996) υποστηρίζει ότι η αναλγησία είναι μια διαδικασία που βασίζεται στις τρεις αρχές χορήγησης φαρμάκων:

α. χορήγηση από το στόμα. Οι άλλες συστηματικές οδοί χορήγησης (ενδοφλέβια, υποδόρια, ενδομυϊκή) θα πρέπει να προτιμώνται όταν η χορήγηση από το στόμα δεν είναι δυνατή ή όταν υπάρχουν προβλήματα απορρόφησης του φαρμάκου από το γαστρεντερικό σωλήνα.

β. χορήγηση σε συγκεκριμένη ώρα.

γ. χορήγηση με βάση την κλίμακα αξιολόγησης του συμπτώματος (Kinghorn, Gamlin, 2007).

Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει τρεις διαβαθμίσεις. Η πρώτη βαθμίδα περιλαμβάνει την αντιμετώπιση του *ήπιου* πόνου. Στον ήπιο πόνο χορηγούνται μη οπιοειδή αναλγητικά, όπως η ακεταμινοφαίνη και η παρακεταμόλη. Επίσης χορηγούνται ασπιρίνη και άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ). Η κύρια περιφερική δράση τους είναι η αναστολή της σύνθεσης της προσταγλαδίνης. Τα ΜΣΑΦ ανακουφίζουν καλύτερα το φλεγμονώδη βλαβοαντιληπτικό πόνο, ενώ δεν έχουν δράση στο νευροπαθητικό πόνο. Σε αντίθεση με την παρακεταμόλη η χρήση τους ενέχει τον κίνδυνο αιμορραγιών ή ελκών του πεπτικού συστήματος (ΕΟΦ,2007-ESMO,2007).

Στον πόνο *μέτριας* έντασης χορηγούνται ήπια ή ασθενή οπιοειδή αναλγητικά, σε συνδυασμό με ακεταμινοφαίνη, παρακεταμόλη ή ασπιρίνη. Τα ήπια ή ασθενή οπιοειδή εξασκούν τη δράση τους μετά τη σύνδεσή τους με τους ειδικούς υποδοχείς των οπιοειδών, αλλά από άποψη ισχύος ταξινομούνται στα ήπια, σε αντίθεση με τα

ισχυρά οπιοειδή. Ο κύριος εκπρόσωπος αυτών είναι η κωδεΐνη, η οποία μετατρέπεται σε μορφίνη στο ήπαρ και μεταβολίζεται όπως και εκείνη. Άλλα ήπια οπιοειδή είναι η δεξτροξυπροποφαίνη, η διυδροκωδεΐνη, η τραμαδόλη, η μεπταζινόλη. Τα ήπια οπιοειδή συχνά κυκλοφορούν ως σκευάσματα σε συνδυασμό με παρακεταμόλη. Εμφανίζουν ανεπιθύμητες ενέργειες παρόμοιες με της μορφίνης, όπως δυσκοιλιότητα, σημεία τοξικότητας από το κεντρικό νευρικό σύστημα, βραδυκαρδία και αναπνευστική καταστολή.

Η τραμαδόλη είναι ένα σχετικά νέο συνθετικό αναλγητικό, με ιδιότητες οπιοειδούς και μη οπιοειδούς φαρμάκου. Η δράση της σχετίζεται με τους υποδοχείς των οπιοειδών, αλλά και με την επαναπρόσληψη της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης στο νωτιαίο μυελό. Θεωρείται δραστικότερη από την κωδεΐνη και γι' αυτό συστήνεται ως φάρμακο ενδιάμεσης βαθμίδας -μεταξύ 2^{ης} και 3^{ης} – στην κλίμακα του ΠΟΥ. Εμφανίζει λιγότερες παρενέργειες σε σχέση με τα άλλα οπιοειδή και επίσης, θεωρείται ότι προκαλεί λιγότερη σωματική εξάρτηση (Ζαραλίδου, Βασιλάκος, 2008).

Στην αντιμετώπιση του *σοβαρού* πόνου η συνηθέστερη επιλογή είναι τα ισχυρά οπιοειδή αναλγητικά. Η δράση τους οφείλεται στη σύνδεσή τους με τους οπιο-υποδοχείς του ΚΝΣ και των περιφερικών οργάνων, κυρίως στους υποδοχείς μ,κ και δ. Για παράδειγμα, η μορφίνη μπλοκάρει την έκλυση νευροδιαβιβαστών, όπως η ακετυλοχολίνη και η ουσία P. Τα οπιοειδή επίσης επηρεάζουν τις δομές ελέγχου του πόνου, κυρίως το θάλαμο και το μαιχμιακό σύστημα, μετατρέποντας τη συναισθηματική αντίληψη του πόνου, από δυσάρεστη και απειλητική, σε ανεκτή (Cooper, Bloom, Roth, 1991).

Η επιλογή ενός ισχυρού οπιούχου προϋποθέτει τη σοβαρότητα του πόνου και τη μη αντιμετώπισή του από τα φάρμακα της προηγούμενης βαθμίδας. Επίσης προϋποθέτει τη γνώση της φαρμακοκινητικής και της φαρμακοδυναμικής των σκευασμάτων.

Το μεγάλο πλεονέκτημα της μορφίνης είναι ότι δεν παρουσιάζει «φαινόμενο οροφής» (ceiling effect). Δραστική δόση του φαρμάκου είναι εκείνη που είναι αποτελεσματική για την αναλγησία του ασθενή. Επομένως για τον καθορισμό της θα πρέπει να γίνεται η κατάλληλη τιτλοποίηση της δόσης του οπιοειδούς, με χορήγηση βαθμιαία αυξανόμενης δόσης και παρακολούθησης του ασθενή για τη βελτίωση της κλινικής εικόνας του και την εμφάνιση παρενεργειών, όπως η αναπνευστική δυσχέρεια (Dahan et al, 2013). Σκευάσματα άμεσης ή ταχείας αποδέσμευσης

μορφίνης, είτε κάψουλες, είτε τροχίσκοι, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την τιτλοποίηση της δόσης ή για την αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου, σαν δόσεις διάσωσης (ESMO, 2007). Η καλύτερη οδός χορήγησης της μορφίνης είναι από το στόμα και, ιδανικά, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται δύο σκεύασμα: ένα σκεύασμα ελεγχόμενης αποδέσμευσης για τη θεραπεία και ένα ταχείας αποδέσμευσης για την τιτλοποίηση της δόσης και τον έλεγχο του παροξυσμικού πόνου. Εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να πάρει τη μορφίνη από το στόμα, τότε η αμέσως ενδεικνυόμενη οδός χορήγησης, είναι η υποδόρια (EAPC, 2001- Rowbotham et al,2003).

Εκτός από τη μορφίνη, ισχυρά οπιοειδή αναλγητικά είναι και η φεντανύλη, η μεθαδόνη, η υδρομορφόνη, η οξυκωδόνη, η διαμορφίνη και η πεθιδίνη. Η πεθιδίνη αντενδείκνυται για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, λόγω νευροτοξικότητας.

Η φεντανύλη είναι ημισυνθετικό ισχυρό οπιοειδές, με ταχεία έναρξη δράσης και σύντομη διάρκεια. Η διαδερμική χορήγηση φεντανύλης είναι η εναλλακτική μέθοδος στην από του στόματος χορήγηση οπιοειδών.

Ένα νέο αναλγητικό κεντρικής δράσης είναι η ταπενταδόλη, με διπλό μηχανισμό δράσης: σύνδεση με τους μ υποδοχείς των οπιοειδών του οργανισμού και αναστολή της επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης. Προκαλεί λιγότερες παρενέργειες σε σχέση με τα υπόλοιπα οπιοειδή.

Για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου, κυρίως ως παρενέργεια της χημειοθεραπείας, τα τελευταία χρόνια έχει μελετηθεί και η δράση της καψαϊκίνης, με ενθαρρυντικά αποτελέσματα για την ανακούφιση των ασθενών. Η χρήση επιθεμάτων με υψηλή συγκέντρωση καψαϊκίνης, στην πάσχουσα περιοχή, σε τριμηνιαία βάση, προσφέρει υψηλού βαθμού αναλγησία (Wilson, Stack, Hester,2014).

Οι διαφορετικές κατηγορίες αναλγητικών ελέγχουν με διαφορετικό τρόπο τις οδούς και τα κέντρα του πόνου. Για το λόγο αυτό, ο συνδυασμός αναλγητικών με διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης, είναι περισσότερο αποτελεσματικός στην αντιμετώπιση του πόνου. Ιδιαίτερα οι οστικές μεταστάσεις, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με συνδυασμό ΜΣΑΦ, οπιοειδών και μη οπιοειδών αναλγητικών, κορτικοστεροειδών, επεμβατικές τεχνικές ή ακτινοθεραπεία.

Ανεπιθύμητες ενέργειες οπιοειδών

Τα οπιοειδή μπορούν να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες στον ασθενή, είτε μετά από μακροχρόνια χρήση, είτε λόγω μη ακριβούς τιτλοποίησης της δοσολογίας τους. Οι συνηθέστερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι:

- *Αναπνευστική καταστολή*: είναι η σοβαρότερη ανεπιθύμητη ενέργεια και οφείλεται στη σύνδεση των οπιοειδών με τους υποδοχείς στο αναπνευστικό κέντρο του στελέχους του εγκεφάλου. Χαρακτηριστικά της είναι ο μικρός αριθμός αναπνοών και ο μεγάλος εισπνεόμενος όγκος, που μπορεί να οδηγήσει και σε άπνοια. Η αναπνευστική καταστολή είναι δοσοεξαρτώμενη. Θεωρείται ότι ο καρκινικός πόνος δρα ανταγωνιστικά στην αναπνευστική καταστολή.
- *Καταστολή του ΚΝΣ*: είναι συχνότερη κατά την έναρξη της θεραπείας.
- *Ναυτία- Εμετός*: οφείλεται στη διέγερση των χημειούποδοχών του προμήκη, διέγερση του κέντρου του εμέτου στο εγκεφαλικό στέλεχος, και της 8^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας. Συχνότερα εμφανίζονται κατά την έναρξη της θεραπείας με οπιοειδή και υποχωρούν σταδιακά.
- *Δυσκοιλιότητα*: είναι η πιο συνηθισμένη ανεπιθύμητη ενέργεια των οπιοειδών. Οφείλεται σε σύνδεση των οπιοειδών με τους μ υποδοχείς που βρίσκονται στις λείες μυϊκές ίνες των τοιχωμάτων του εντέρου. Η ανοχή στη δυσκοιλιότητα αναπτύσσεται πολύ αργότερα ή και καθόλου. Η δυσφορία που αυτή προκαλεί αναφέρεται από τους ασθενείς ως ένα μεγάλο πρόβλημα, που συχνά τους ταλαιπωρεί περισσότερο από τον ίδιο τον πόνο. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητο να συνταγογραφούνται υπακτικά σκευάσματα ταυτόχρονα με την έναρξη της χορήγησης των οπιοειδών.
- *Επιδράσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα*: μπορεί να εμφανιστεί βραδυκαρδία, λόγω διέγερσης του συμπαθητικού συστήματος.
- *Κατακράτηση ούρων*: οφείλεται σε αναστολή του ανακλαστικού της ούρησης και αύξηση του τόνου των σφιγκτήρων και της ουροδόχου κύστης. Είναι συχνότερη μετά από ενδονωτιαία, κυρίως, χορήγηση οπιοειδών.
- *Κνησμός*: είναι πιθανό να οφείλεται σε έκλυση ισταμίνης ή σε διέγερση των μ υποδοχέων. Συχνότερα εμφανίζεται μετά από ενδονωτιαία χορήγηση οπιοειδών.

- *Επίδραση στο ανοσοποιητικό σύστημα:* πιθανολογείται ότι η μακροχρόνια λήψη οπιοειδών επιφέρει γενικά μείωση της ανοσολογικής απάντησης του οργανισμού. Η μείωση όμως αυτή αντισταθμίζεται από την ευεργετική επίδραση της αναλγησίας στον πόνο.
- *Ανοχή:* η ανοχή στα οπιοειδή διακρίνεται σε ανοχή στην αναλγησία ή ανοχή στις παρενέργειες των φαρμάκων.
- *Σωματική εξάρτηση:* είναι το φαινόμενο εμφάνισης συμπτωμάτων στέρησης σε απότομη διακοπή της χορήγησης του οπιοειδούς ή μείωση της δοσολογίας του ή σε χορήγηση κάποιου ανταγωνιστή του. Τα συμπτώματα στέρησης περιλαμβάνουν άγχος, αϋπνία, κολικοειδή άλγη, μυοκλονίες και αρθραλγίες, ρίγος, ναυτία, διάρροια, δακρύρροια και ρινόρροια. Μπορούν να αποφευχθούν με προοδευτική ελάττωση της δοσολογίας των οπιοειδών- 20-30% της δόσης, κάθε 2-3 ημέρες.
- *Εθισμός (ψυχολογική εξάρτηση):* διαταραχή της συμπεριφοράς οφειλόμενη σε διαρκή και ανεξέλεγκτη χρήση μιας επιβλαβούς ουσίας. Η ανάπτυξη συμπεριφοράς εθισμού απαιτεί, εκτός από την έκθεση σε μια εξαρτησιογόνο ουσία και συγκεκριμένη βιογενετική και ψυχολογική προδιάθεση. Σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί, φαίνεται ότι η ανάπτυξη εθισμού είναι σπάνια στις περιπτώσεις στις οποίες χορηγούνται οπιοειδή για την αντιμετώπιση καρκινικού πόνου και, σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις εθισμού, υπάρχει ιστορικό κατάχρησης ουσιών.
- *Ψευδοεθισμός:* είναι το σύνδρομο κατά το οποίο ο ασθενής εμφανίζει συμπεριφορά αναζήτησης του φαρμάκου, συνήθως λόγω της μη επαρκούς δοσολογίας για την επίτευξη αναλγησίας (Ζαραλίδου, Βασιλάκος, 2008).

Συστάσεις για τη χρήση οπιοειδών

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία για τον Πόνο, στη χρήση οπιοειδών για το χρόνιο πόνο, θα πρέπει να ισχύουν τέσσερις βασικές αρχές:

- Η νομοθεσία θα πρέπει να περιορίζει την άσκοπη συνταγογράφηση οπιοειδών, αλλά θα πρέπει να διευκολύνει τη συνταγογράφησή τους όταν υπάρχει σαφής ιατρική ένδειξη και σωστή διαχείριση αυτών.

- Η συνταγογράφηση οπιοειδών κρίνεται απαραίτητη όταν τα υπόλοιπα μέσα και φάρμακα δε βοηθούν στην αντιμετώπιση του πόνου, με την προϋπόθεση ότι ο σχεδιασμός της θεραπείας αποτρέπει την αλόγιστη χρήση και την πρόκληση εθισμού, καθώς και την έκθεση του ασθενή σε σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Οι γιατροί θα πρέπει να είναι ενήμεροι και ευαισθητοποιημένοι, ώστε να αναζητούν μεθόδους ελαχιστοποίησης του εθισμού, της αναπνευστικής καταστολής, της ανοχής και άλλων παρενεργειών. Απαιτείται περισσότερη επεξεργασία και σχεδιασμός για την επίλυση αυτών των ζητημάτων.
- Τα οπιοειδή θα πρέπει να συνταγογραφούνται μετά από συνολική εκτίμηση του ασθενή, των πιθανών εναλλακτικών μεθόδων αντιμετώπισης του πόνου και προσαρμογή του θεραπευτικού σχήματος στις ανάγκες του. Συνεχής παρακολούθηση του ασθενή και επαγρύπνηση για τυχόν προβλήματα είναι απαραίτητα μετά τη χορήγηση των οπιοειδών (American Academy of Pain Medicine, 2013).

Συνοδά των αναλγητικών φάρμακα

Ο καρκινικός πόνος είναι συχνά αλγαισθητικός και ταυτόχρονα και νευροπαθητικός πόνος, οπότε είναι πιθανό να μην ανταποκρίνεται στη θεραπεία με τα οπιοειδή. Σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται χορήγηση σκευασμάτων με αναλγητική δράση, σε συνδυασμό με τα οπιοειδή και μη οπιοειδή αναλγητικά. Με τους κατάλληλους συνδυασμούς, μπορεί να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή αναλγησία, με τις λιγότερες δυνατές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Η άποψη αυτή βασίζεται σε δύο προσεγγίσεις. Η πρώτη προσέγγιση βασίζεται στην αντίληψη ότι δύο σκευάσματα μπορούν να έχουν αθροιστική δράση, αντιμετωπίζοντας με διαφορετική δράση το αίτιο του πόνου, αλλά επιτυγχάνοντας καλύτερο αποτέλεσμα. Η χορήγηση συνδυασμού σκευασμάτων απαιτεί χαμηλές δοσολογίες, με καλύτερο έλεγχο των ανεπιθύμητων ενεργειών. Η δεύτερη προσέγγιση υποστηρίζει ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες ενός σκευάσματος μπορούν να περιοριστούν από τη δράση του δεύτερου σκευάσματος, εφόσον στο συνδυασμό

φαρμάκων περιλαμβάνεται και κάποιο σκεύασμα που περιορίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες του άλλου φαρμάκου (Varrassi et al, 2010- Mao et al, 2011).

Η επιλογή και ο συνδυασμός των αναλγητικών και συνοδών φαρμάκων θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες του ασθενή, τις θεραπευτικές μεθόδους που ακολουθούνται για την αντιμετώπιση του καρκίνου (για παράδειγμα χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) και τα υπόλοιπα συμπτώματα που εκείνος εμφανίζει, όπως η κόπωση, η ναυτία, οι διαταραχές ύπνου και όρεξης, ή η κατάθλιψη (Dantzer et al, 2013- Irvin et al, 2011).

Τα συνοδά φάρμακα συμπεριλαμβάνονται και στις τρεις βαθμίδες της αναλγητικής κλίμακας του Π.Ο.Υ. Περιλαμβάνουν:

- *Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα (ΜΣΑΦ):* η δράση τους περιλαμβάνει την αναστολή της εξέλιξης της φλεγμονής, μέσω της αναστολής του ενζυματικού συστήματος των κυκλο-οξυγενασών *cox-1* και *cox-2*, η οποία επιφέρει την ελάττωση της παραγωγής των προσταγλαδινών. Παρουσιάζουν «φαινόμενο οροφής», το οποίο σημαίνει ότι αύξηση της χορηγούμενης δοσολογίας πάνω από συγκεκριμένο για κάθε σκεύασμα όριο, δεν προσφέρει αναλγησία, αλλά αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών. Σε συνδυασμό με οπιοειδή αναλγητικά τα ΜΣΑΦ μπορούν να είναι πολύ αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του πόνου που προκαλείται από τις οστικές μεταστάσεις. Η χρήση των ΜΣΑΦ οδηγεί στη χρήση μικρότερων δόσεων οπιοειδών, με περιορισμό των παρενεργειών τους. Ωστόσο και τα ίδια τα ΜΣΑΦ προκαλούν παρενέργειες, κυρίως από το πεπτικό σύστημα, με κυριότερες τις αιμορραγίες και τα έλκη του πεπτικού, αλλά και διαταραχές της νεφρικής και της ηπατικής λειτουργίας.
- *Αντικαταθλιπτικά φάρμακα:* τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, με κυριότερο εκπρόσωπο την αμιτρυπιλίνη. Η ένδειξή της είναι ο νευροπαθητικός πόνος, ο οποίος εμφανίζει χαρακτηριστικά επιφανειακού, καυστικού, συνεχούς πόνου. Συγχρόνως είναι πολύ αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της αϋπνίας και της κατάθλιψης που εμφανίζει ως συνοδά συμπτώματα ο ασθενής, καθώς διαθέτει και υπναγωγό δράση. Η αναλγητική δράση της

εμφανίζεται σε πολύ μικρότερη δόση από αυτήν που χορηγείται για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Παρουσιάζει γενικά ήπιες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ορθοστατική υπόταση, υπνηλία, ξηροστομία. Στις νεότερες κατηγορίες των αντικαταθλιπτικών ανήκουν και οι αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), όπως η παροξετίνη, η φλουοξετίνη, η σερτραλίνη και η σιταλοπράμη, αλλά και οι αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SNRIs), όπως η βενλαφαξίνη και η μιρταζαπίνη. Οι δύο τελευταίες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών εμφανίζουν λιγότερες παρενέργειες σε σχέση με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

- *Αντιεπιληπτικά φάρμακα:* είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου. Πιθανότατα η δράση τους διευκολύνει τους ανασταλτικούς μηχανισμούς της νευρικής μεταβίβασης, καταστέλλει τις κατιούσες διεγερτικές οδούς και μεταβάλλει τη δραστηριότητα των νευροδιαβιβαστών και την αγωγιμότητα της κυτταρικής μεμβράνης στα ιόντα Na^+ και Ca^{++} . Με τους μηχανισμούς αυτούς καταστέλλονται οι αυτόματες εκφορτίσεις και τη νευρική υπερεισθησία που εμφανίζεται από τις νευρικές βλάβες και μειώνεται ο υποκείμενος πόνος. Τα νεότερα αντιεπιληπτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του καρκινικού νευροπαθητικού πόνου είναι η γκαμπαπεντίνη και η πρεγκαμπαλίνη, με την πρεγκαμπαλίνη να προτείνεται ως σκεύασμα εκλογής, καθώς εμφανίζει μεγαλύτερη ισχύ και λιγότερες παρενέργειες. Οι σημαντικότερες παρενέργειες από τη χορήγησή τους είναι καταστολή, υπνηλία, ζάλη, σύγχυση, ναυτία και έμετος. Η μακροχρόνια χρήση τους μπορεί να προκαλέσει λευκοπενία και διαταραχές της ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας. Για το λόγο αυτό συνιστάται τακτικός αιματολογικός έλεγχος. Η μέγιστη επιτρεπτή ημερήσια δόση της είναι 600mg (Verma et al, 2014).
- *Αγχολυτικά-υπναγωγά φάρμακα:* ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με καρκίνο (75% στις γυναίκες με καρκίνο μαστού) αντιμετωπίζει δυσκολία στο να κοιμηθεί ή έχει διακοπτόμενο ύπνο, ή υποφέρει από αϋπνία. Η αϋπνία είναι αμιγώς συνδεδεμένη με κακή ποιότητα ζωής

και κατάθλιψη (Irvin,Muss,Mayer,2011). Εκτός από την κατάθλιψη και η κόπωση είναι συνδεδεμένη με τις διαταραχές ύπνου, ενώ και ο πόνος σχετίζεται με την ποσότητα και την ποιότητα του ύπνου. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συνηθέστερα για την αντιμετώπιση του άγχους και της αϋπνίας στους καρκινοπαθείς είναι οι βενζοδιαζεπίνες, όπως η τριαζεπάμη, η λοραζεπάμη και η διαζεπάμη. Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες των βενζοδιαζεπινών είναι η καταστολή, η ορθοστατική υπόταση, αδυναμία και υπνηλία. Σε ασθενείς με σοβαρές ψυχωσικές εκδηλώσεις χορηγούνται νευροληπτικά φάρμακα όπως οι φαινοθειαζίνες (κυρίως χλωροπρομαζίνη) και οι βουτυροφαινόνες (με κύριο εκπρόσωπο την αλοπεριδόλη) και οι οποίες προκαλούν αντιχολινεργικές επιδράσεις και εξωπυραμιδικά συμπτώματα. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται σε μικρές δόσεις και σε απόλυτη ένδειξη.

- *Διφωσφονικά άλατα-καλσιτονίνη*: όταν υπάρχουν μεταστάσεις στα οστά, τότε τα νεοπλασματικά κύτταρα παράγουν πεπτίδια, τα οποία προκαλούν οστεόλυση. Η οστεόλυση προκαλεί έντονο οστικό και νευροπαθητικό πόνο, υπερασβεστιαμία, καταστολή του μυελού των οστών και παθολογικά κατάγματα. Η χορήγηση διφωσφονικών αλάτων μπορεί να μειώσει το ρυθμό οστεόλυσης και ταυτόχρονα να κάνει τα οστά περισσότερο ανθεκτικά. Η τρίτη γενιά διφωσφονικών φαρμάκων, η οποία χρησιμοποιείται στην εποχή μας, περιλαμβάνει το ζολεδρονικό οξύ. Σε περίπτωση που υπάρχει σοβαρός νευροπαθητικός πόνος από συμπίεση νευρικών στελεχών από οστικές μεταστάσεις, χορηγείται και συνθετική καλσιτονίνη, η οποία συμβάλλει στη διατήρηση της συγκέντρωσης του ασβεστίου σε φυσιολογικά επίπεδα και, συγχρόνως, αναστέλλει την απορρόφηση του ασβεστίου από τα οστά.
- *Αντιεμετικά φάρμακα*: η ναυτία και ο έμετος αποτελούν παρενέργεια των θεραπειών που λαμβάνει ο ασθενής για τη θεραπεία του καρκίνου, αλλά και παρενέργεια των οπιοειδών που λαμβάνει για την αντιμετώπιση του πόνου. Επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής του ασθενή αλλά και στην αναλγησία. Για το λόγο αυτό είναι χρήσιμη η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων στον ασθενή. Τα συνήθη

αντιεμετικά είναι αναστολείς των υποδοχέων της ντοπαμίνης (όπως η μετοκλοπραμίδη) , με νεότερους ανταγωνιστές των 5HT-3 υποδοχέων την ονδασεντρόνη, την γρανισεντρόνη , την τροπισεντρόνη και την παλοσεντρόνη.

- *Υπακτικά φάρμακα:* η συνηθέστερη παρενέργεια των οπιοειδών είναι η δυσκοιλιότητα, στην οποία αναπτύσσεται ανοχή αργά ή και καθόλου. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η συνταγογράφηση υπακτικών με την έναρξη της χορήγησης οπιοειδών. Τα συνηθέστερα χορηγούμενα σκευάσματα είναι η λακτουλόζη, το παραφινέλαιο, η δισακοδύλη, η σέννα.
- *Κορτικοστεροειδή:* είναι τα περισσότερο αποτελεσματικά αντιφλεγμονώδη φάρμακα, με πολλές ενδείξεις χορήγησης στους καρκινοπαθείς, καθώς βελτιώνουν την όρεξη, ενισχύουν τη σωματική δύναμη και προάγουν την αίσθηση ευεξίας. Ειδική ένδειξη χορήγησης έχουν στην αντιμετώπιση του πόνου που προκαλείται από αυξημένη ενδοκράνια πίεση, οστικές μεταστάσεις, διάταση κοίλων σπλάγχνων, λεμφοίδημα, διήθηση μαλακών μορίων και άλλες εφαρμογές. Στην συμπίεση νεύρων ή του νωτιαίου μυελού, κατάσταση που αποτελεί επείγον περιστατικό στην ογκολογία, ενδείκνυται η χορήγηση δεξαμεθαζόνης, μαζί με άμεση νευροχειρουργική παρέμβαση.

4.4 ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Σε κάποιες περιπτώσεις ασθενών, οι συντηρητικές μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου, δεν επιτυγχάνουν σημαντική ανακούφισή του. Στους ασθενείς αυτούς είναι απαραίτητη η επιλογή κάποιας επεμβατικής μεθόδου αναλγησίας, συνήθως σε συνδυασμό και με τη χορήγηση φαρμάκων. Ο συνδυασμός φαρμακευτικής και επεμβατικής αναλγησίας ανακουφίζει τον ασθενή και συγχρόνως τον προφυλάσσει από παρενέργειες των οπιοειδών και μη αναλγητικών, αφού απαιτούνται χαμηλότερες δοσολογίες φαρμάκων.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε επεμβατικές μεθόδους αναλγησίας είναι συνήθως καταπονημένοι ασθενείς και αναπτύσσουν υψηλές προσδοκίες για το αποτέλεσμα των παρεμβάσεων. Για το λόγο αυτό, απαιτείται προσεκτικός σχεδιασμός και οργάνωση της φροντίδας τους, με στάθμιση του οφέλους έναντι των κινδύνων που μια επεμβατική τεχνική συνεπάγεται.

Οι κυριότερες επεμβατικές τεχνικές στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου διακρίνονται σε:

- Τεχνικές αποκλεισμού της μεταβίβασης του επώδυνου ερεθίσματος, χωρίς την αλλοίωση της ανατομικής οδού που άγει το αλγινό ερέθισμα. Διακρίνονται σε περιφερικούς και κεντρικούς νευρικούς αποκλεισμούς και επιτυγχάνονται με εγχύσεις νευρολυτικών διαλυμάτων, θερμοπηξία, κρυοπηξία, ή χειρουργικές επεμβάσεις και
- Τεχνικές μείωσης της αντίληψης των βλαπτικών ερεθισμάτων ή τεχνικές νευροτροποποίησης, η οποία συνήθως είναι φαρμακευτική, με ενδονωτιαία χορήγηση οπιοειδών ή άλλων ουσιών. Ακόμη μια μέθοδος νευροτροποποίησης είναι η νευροδιέγερση, η οποία έχει ένδειξη κυρίως τον νευροπαθητικό πόνο (Coyne et al,2013).

4.5 ΕΙΔΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Σε προχωρημένα στάδια της νόσου εφαρμόζονται αντινεοπλασματικές θεραπείες με στόχο τον περιορισμό της εξάπλωσης του νεοπλάσματος, αλλά και του περιορισμού του πόνου που αυτή προκαλεί.

Τέτοιες παρεμβάσεις είναι:

α. χειρουργικές επεμβάσεις, όπως η ήλωση ενός παθολογικού κατάγματος, η παροχέτευση ασκитικού υγρού, η τοποθέτηση stent στον οισοφάγο σε περιπτώσεις δυσφαγίας και ο χειρουργικός καθαρισμός νεκρωμένων ιστών.

β. η ακτινοθεραπεία, η οποία έχει κύρια ένδειξη τον πόνο από οστικές μεταστάσεις. Σε πολλαπλές, διάχυτες οστικές μεταστάσεις προτιμάται η ενδοφλέβια έγχυση ραδιοϊσοτόπων. Άλλες ενδείξεις αποτελούν οι πρωτοπαθείς όγκοι εγκεφάλου ή οι εγκεφαλικές μεταστάσεις, οι όγκοι του ήπατος, οι όγκοι πνεύμονα και των μαλακών μορίων και το μεσοθηλίωμα.

γ. η χημειοθεραπεία, με πολλές ενδείξεις για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Τέτοιες ενδείξεις αποτελούν ο οστικός πόνος λόγω μεταστάσεων, η κεφαλαλγία λόγω εγκεφαλικών μεταστάσεων, ο πόνος στο υπογάστριο λόγω καρκίνων του πεπτικού συστήματος, ο πόνος στο θώρακα λόγω διήθησης από καρκίνο πνεύμονα ή μαστού. Η επιλογή της χημειοθεραπείας για την επίτευξη αναλγησίας έχει το μειονέκτημα της τοξικότητας των κυτταροστατικών φαρμάκων στον οργανισμό, που επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

δ. η ορμονοθεραπεία, η οποία χρησιμοποιείται για περιορισμένο χρονικό διάστημα, σε ασθενείς με ορμονοεξαρτώμενα νεοπλάσματα, όπως ο καρκίνος προστάτη ή μαστού, κυρίως για την αντιμετώπιση του πόνου από οστικές μεταστάσεις.

ε. φυσιοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει τη μάζαξη, την πίεση και την κίνηση ως αναλγητικές παρεμβάσεις. Τα τελευταία χρόνια οι φυσιοθεραπευτές, σε συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα, εφαρμόζουν προσεγγίσεις με άμεση και έμμεση θετική επίδραση στον ασθενή. Οι μαλάξεις, η εφαρμογή θερμότητας, η κρυοθεραπεία, η πίεση και η θεραπευτικές ασκήσεις, μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργικότητα των άκρων και των αρθρώσεων του ασθενή, ελαττώνοντας τον πόνο. Οι φυσιοθεραπευτικές παρεμβάσεις αντενδείκνυνται σε οστικές μεταστάσεις και σε διηθημένους από το νεόπλασμα ιστούς, ή ιστούς που φλεγμαίνουν.

4.6 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει, η κατάθλιψη σχεδόν πάντα συνυπάρχει με τον καρκινικό πόνο. Η αναγνώριση και αντιμετώπισή της είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική φροντίδα του ασθενή, για την αντιμετώπιση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων του, όπως η κόπωση και οι διαταραχές ύπνου και όρεξης και για τη διασφάλιση της διατήρησης της ποιότητας ζωής του σε ικανοποιητικό βαθμό, μέχρι την τελική έκβαση της νόσου.

Η σοβαρότητα της κατάθλιψης καθορίζεται τόσο από τον αριθμό των συμπτωμάτων του ασθενή, όσο και από την επίδραση αυτών στη λειτουργικότητά του. Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στον ασθενή που πάσχει από καρκίνο είναι απαραίτητη η δημιουργία ελκρινούς θεραπευτικής σχέσης, με σωστή επικοινωνία. Όπως αναφέραμε, συχνά ο θεράπων γιατρός μπορεί να αναγνωρίσει την ύπαρξη κατάθλιψης στον ασθενή. Καλό θα είναι με την έναρξη των συμπτωμάτων και αφού αυτά επιμένουν για τουλάχιστον δύο εβδομάδες, ο ασθενής να παραπέμπεται σε κάποιον ειδικό για την αντιμετώπιση της κατάθλιψής του με τη συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας.

Η θεραπεία ξεκινά με την πληροφόρηση του ασθενή και της οικογένειάς του, με παροχή πληροφοριών με τέτοιο τρόπο ώστε αυτές να είναι κατανοητές. Η ενίσχυση της ελπίδας, ο σεβασμός του απορρήτου και της ιδιωτικότητας και κυρίως ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή είναι σημαντικά για την εγκατάσταση μιας ελκρινούς θεραπευτικής σχέσης. Για την επιλογή της θεραπείας πρέπει να λαμβάνονται επίσης υπόψη ο βαθμός δυσλειτουργίας και η διάρκεια του επεισοδίου, καθώς και προηγούμενα συμβάματα στο ιστορικό του ασθενή. Επίσης θα πρέπει να εκτιμάται η ύπαρξη πιθανού αυτοκτονικού ιδεασμού και η χρήση ουσιών στο παρελθόν. Τέλος, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα πολιτισμικά και εθνολογικά χαρακτηριστικά, καθώς και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις του ασθενή.

Για την ήπια ή τη μέτρια κατάθλιψη η γνωσιακή ψυχοθεραπεία (Cognitive Behavioral Treatment-CBT), είτε ατομική, είτε ομαδική, μπορεί να είναι αποτελεσματική. Καλό είναι να μην χορηγούνται απευθείας αντικαταθλιπτικά φάρμακα, παρά μόνο όταν η κατάθλιψη δυσχεραίνει την αντιμετώπιση της νόσου ή

συμπτωμάτων της, ή όταν δεν ανταποκρίνεται ο ασθενής σε άλλες παρεμβάσεις (NICE,2009).

Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης ,σε ασθενείς με καρκίνο, απαιτεί επαρκή έλεγχο του πόνου και ψυχολογική υποστήριξη, καθώς και τη χρήση αντικαταθλιπτικών. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (Tricyclic Antidepressants -TCAs), όπως η αμιτριπτιλίνη, η νορτριπτιλίνη, η ιμιπραμίνη και η χλωριπραμίνη, χρησιμοποιούνται ευρέως και μπορούν να είναι επίσης αποτελεσματικά και ως επικουρικά φάρμακα για τη θεραπεία του νευροπαθητικού πόνου, της αϋπνίας και την αντιμετώπιση των χολινεργικών συμπτωμάτων, όπως η ναυτία και ο έμετος (Mayr, Schmid, 2010). Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπλοκάρουν την νευρωνική επαναπρόσληψη της νορεπινεφρίνης ή της σεροτονίνης. Η προκαλούμενη αύξηση των νευροδιαβιβαστών αυτών ενισχύει τη δράση των φυγόκεντρων οδών του πόνου, με αποτέλεσμα την αναλγησία. Η αναλγησία προηγείται της αντικαταθλιπτικής δράσης, κατά τρεις μέχρι επτά μέρες, έως και δύο έως τρεις εβδομάδες, ανάλογα με τη χορηγούμενη δόση. Η αναλγησία επιτυγχάνεται με μικρότερες δόσεις αντικαταθλιπτικών σε σχέση με εκείνες που απαιτούνται για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Wilson et al,2014). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών είναι αρκετές: ξηροστομία, διαταραχές όρασης, ορθοστατική υπόταση, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία, σύγχυση, αϋπνία, ηπατοτοξικότητα και αναφυλαξία. Χρειάζεται λοιπόν συνεχής επαγρύπνηση στην παρακολούθηση του ασθενή, για την αντιμετώπιση παρενεργειών.

Για τους καρκινοπαθείς φαίνεται ότι είναι πιο αποτελεσματικοί οι ανταγωνιστές της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors- SSRIs), όπως η φλουοξετίνη, η σερτραλίνη, η σιταλοπράμη και η παροξετίνη και οι αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors- SNRIs), όπως η βενφλαξίνη και η ντουλοξετίνη. Τα φάρμακα αυτά είναι νεότερα αντικαταθλιπτικά, τα οποία δεν προκαλούν παρενέργειες στο βαθμό που τις προκαλούν τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Είναι φάρμακα περισσότερο ανεκτά και πιο αποτελεσματικά στους ήδη επιβαρυσμένους αυτούς ασθενείς. Επίσης, είναι περισσότερο ασφαλή σε περίπτωση υπερδοσολογίας, σε απόπειρα αυτοκτονίας για παράδειγμα. Έχουν όμως και αυτά ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως συχνές κεφαλαλγίες, ναυτία, έμετο, αϋπνία και σεξουαλική δυσλειτουργία.

Τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα (psycho stimulants), όπως η δεξτροαμφεταμίνη, είναι η επιλογή για ασθενείς τελικού σταδίου με κατάθλιψη. Έχουν ταχεία δράση και, σε σχετικά χαμηλή δοσολογία, μπορούν να βελτιώσουν την όρεξη, την κλινική εικόνα και να μειώσουν την αδυναμία και την κόπωση (Bottomley, 1998).

Όταν η κατάθλιψη συνδυάζεται και με συμπτώματα άγχους, η προτεραιότητα θα πρέπει να είναι η αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Όταν όμως ο ασθενής παρουσιάζει αγχώδεις διαταραχές, τότε η αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών, θα βοηθήσει και στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης (NICE, 2009).

Σημαντική είναι η διδασκαλία της υγιεινής του ύπνου στους ασθενείς με καρκίνο, καθώς συμβάλει σημαντικά στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Η υγιεινή του ύπνου περιλαμβάνει:

- Καθιέρωση σταθερών διαστημάτων ύπνου και δραστηριοτήτων
- Σταθερές συνήθειες διατροφής, με αποφυγή των μεγάλων σε ποσότητα γευμάτων και αποφυγή καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ πριν την κατάκλιση
- Διαμόρφωση ήρεμου και καθαρού περιβάλλοντος στο υπνοδωμάτιο του ασθενή
- Ήπια άσκηση, όπως για παράδειγμα η βάδιση, ανάλογα και με την κλινική εικόνα και την φυσική κατάσταση του ασθενή (NICE, 2009).

Η συνεχής παρακολούθηση, η συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας και η χρήση ψοικοκοινωνικών προσεγγίσεων, όπως η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, μπορούν να βοηθήσουν σε μεγάλο βαθμό τον ασθενή, τόσο στον έλεγχο της κατάθλιψης, όσο και στον έλεγχο του άγχους, του καρκινικού πόνου, στην αϋπνία και την κόπωση, παρέχοντας του μια καλή ποιότητα ζωής (Rodin et al, 2007).

4.7 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΠΟΝΟ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ο καρκινικός πόνος ως πολύπλοκη σωματική και ψυχοσυναισθηματική εμπειρία, απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση στην αντιμετώπισή του. Συγχρόνως απαιτεί αντιμετώπιση των συνοδών συμπτωμάτων που επιφέρει στον ασθενή και,

οπωσδήποτε, αντιμετώπιση της κατάθλιψης, με την οποία συχνά συνυπάρχει. Σε αυτή λοιπόν την πολυπαραγοντική προσέγγιση του πόνου εντάσσονται και κάποιες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως η συμπεριφορική και η γνωσιακή θεραπεία (Segal et al and the CANMAT Depression Work Group, 2001).

Η Γνωσιακή ή Γνωστική Θεραπεία (CT), ή Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT), αναπτύχθηκε από τον Δρα Aaron T. Beck και είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας στην οποία ο θεραπευτής και ο ασθενής συνεργάζονται ως ομάδα για τον εντοπισμό και την επίλυση προβλημάτων. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί το γνωσιακό μοντέλο για να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει τις δυσκολίες του με την αλλαγή στον τρόπο σκέψης, στη συμπεριφορά και στις συναισθηματικές αντιδράσεις του. Σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες η γνωσιακή θεραπεία είναι αποτελεσματική στη θεραπεία πολυάριθμων ψυχικών διαταραχών, όπως της κατάθλιψης, των διαταραχών άγχους, της κατάχρησης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών, ενώ τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται και στις διαταραχές προσωπικότητας. Η γνωσιακή θεραπεία απευθύνεται τόσο στο άτομο –ενήλικα, έφηβο, παιδί- όσο και σε ζευγάρια και οικογένειες. Η αποτελεσματικότητά της επεκτείνεται στη συμπληρωματική θεραπεία ιατρικών διαταραχών με ψυχοσωματικά στοιχεία, όπως το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, η υπέρταση, η ινομυαλγία, η κατάθλιψη μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, ο διαβήτης, η ημικρανία και ο χρόνιος πόνος.

Η επίδραση της γνωσιακής θεραπείας στους ασθενείς με καρκίνο είναι ευεργετική, καθώς μειώνει τα συμπτώματα κατάθλιψης και επιδρά θετικά στην κόπωση, στις διαταραχές ύπνου και τον καρκινικό πόνο. Ο ασθενής μαθαίνει να αναγνωρίζει τα συναισθήματα που προκαλούνται από τα συμπτώματα αυτά και να τα αντιμετωπίζει με διαφορετικό τρόπο, συνειδητοποιώντας ότι τα συναισθήματά του επηρεάζουν και τα συμπτώματά του (Tatrow, Montgomery, 2006-Kwekkeboom et al, 2010- Weinberger et al, 2011).

Η γνωσιακή θεραπεία εστιάζει κυρίως στο παρόν και επικεντρώνεται κατά προτεραιότητα στην επίλυση προβλημάτων του ασθενή. Η θεραπεία έχει συγκεκριμένους στόχους και βασίζεται στη συνεργασία ασθενή και θεραπευτή. Βοηθά τον ασθενή να υιοθετήσει συγκεκριμένες δεξιότητες, οι οποίες προκύπτουν μέσα από τον προσδιορισμό εσφαλμένων διεργασιών σκέψης, της τροποποίησης βαθύτερων πεποιθήσεων, οι οποίες ονομάζονται «σχήματα», με σκοπό την αλλαγή των προτύπων συμπεριφοράς του.

4.8 ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ – ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ

ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Ο καρκίνος είναι μια βιωματική κατάσταση που απαιτεί μια ευρεία ποικιλία θεραπευτικών προσεγγίσεων. Τα τελευταία χρόνια τα ολιστικά μοντέλα στη φροντίδα του ασθενή, εισάγουν τεχνικές οι οποίες βασίζονται στη σχέση της ψυχής, της σκέψης, της συμπεριφοράς και του σώματος και στην επίδραση αυτής της σχέσης στην υγεία και την ασθένεια. Το National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) στην Αμερική, εισήγαγε τον όρο «Ψυχοσωματικές παρεμβάσεις» το 2008. Όλες οι προσεγγίσεις βασίζονται στην αλληλεπίδραση πνεύματος- σώματος και συμπεριφοράς και εφαρμόζονται με σκοπό να διαφοροποιήσουν φυσικές λειτουργίες και να προάγουν τη συνολική υγεία και ευεξία. Βασιζόμενες σε επιστημονικά δεδομένα οι προσεγγίσεις αυτές, σύμφωνα με απόψεις και μελέτες που έχουν διεξαχθεί, μπορούν να ενσωματωθούν στην παραδοσιακή ιατρική (Elkins, Fisher, Johnson, 2010- Wieland Manheimer, Berman, 2011).

Οι πρακτικές και τεχνικές αυτές εφαρμόζονται από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες. Επιστημονικές έρευνες υποστηρίζουν ότι οι πρακτικές όπως ο βελονισμός, η τεχνική Αλεξάντερ, η αρωματοθεραπεία, το θεραπευτικό άγγιγμα, η γιόγκα και άλλες πρακτικές, συμβάλλουν σημαντικά στη θεραπεία κεφαλαλγιών, στεφανιαίων νοσημάτων και χρόνιου πόνου. Συμβάλλουν επίσης στη διαχείριση των συμπτωμάτων του καρκίνου και των παρενεργειών από τη χημειοθεραπεία και στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου και της κατάθλιψης (Weidong et al, 2008-Boehm et al, 2012-Nakamura et al, 2013). Ενισχύουν γενικότερα την ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται προβλήματα και προκλήσεις της ζωής του. Έτσι βελτιώνουν τη συνολική ποιότητα ζωής του ατόμου. Τέλος, υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν την άποψη ότι ο εγκέφαλος και γενικότερα το κεντρικό νευρικό σύστημα επιδρούν στο ανοσοποιητικό σύστημα, βοηθώντας τον οργανισμό να αμυνθεί στις λοιμώξεις και άλλα νοσήματα (Chochinov et al, 2005- Jones et al, 2013).

4.9 Η ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

«Η Νοσηλευτική μου έδωσε την ευκαιρία και το προνόμιο να γνωρίσω πολλούς ανθρώπους και πολλά ευαίσθητα και προσωπικά δεδομένα για τις ζωές των ανθρώπων που δεν είχα ποτέ την ευκαιρία να γνωρίζω. Μερικές φορές κοιτάζω τους ανθρώπους και τις αντιδράσεις τους και νιώθω σαν να έχω μια γνώση που πολλοί άλλοι δεν έχουν»

Henderson, 2001

Ο νοσηλευτής αποτελεί βασικό πρόσωπο της θεραπευτικής ομάδας. Είναι ίσως ο επαγγελματίας υγείας που βρίσκεται περισσότερο κοντά στον ασθενή και αποτελεί πρόσωπο αναφοράς για τον ασθενή, την οικογένειά του και τη διεπιστημονική ομάδα.

Οι δεξιότητες επικοινωνίας, απαραίτητο στοιχείο για τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης, προϋποθέτουν τη γνώση, την αυτογνωσία και την ενσυναίσθηση από την πλευρά του νοσηλευτή. Η εμπειρία και η ενασχόληση με ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, αποτελούν μια πρόκληση, αλλά και μια διαρκή ανατροφοδότηση με γνώση και , κυρίως, συναισθήματα. Η αναζήτηση για την ολιστική φροντίδα των ασθενών αυτών είναι μια εξελισσόμενη διαδικασία, που δε σταματά ποτέ (Μισουρίδου, 2001).

Στο επίκεντρο της ολιστικής νοσηλευτικής βρίσκεται ο ασθενής. Η αυτογνωσία του νοσηλευτή οδηγεί στην ανάπτυξη μοντέλων φροντίδας, που ταυτόχρονα προσφέρουν και μια προσωπική ανάπτυξη- σε σχέση με την ψυχή και το εγώ- και στον ίδιο (Macnish ,2007).

Ο νοσηλευτής κατά βάση έχει θεραπευτικό ρόλο, όμως έχει εξίσου σημαντικό ρόλο στην ανακουφιστική φροντίδα. Μπορεί να συμβάλλει στην ανακούφιση του πόνου, στη διατήρηση της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας του ασθενή. Επίσης, μπορεί να τον εκπαιδεύσει στη σωστή χρήση των αναλγητικών και στην υιοθέτηση συνηθειών που βοηθούν στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, της κόπωσης, των διαταραχών ύπνου και όρεξης και στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των συναισθηματικών διαταραχών που προκαλούνται από τον καρκίνο και από τις διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους αντιμετώπισής του.

Ο νοσηλευτής μπορεί να εκπαιδεύεται στις συμπληρωματικές θεραπείες και να τις εφαρμόζει στον ασθενή, αξιοποιώντας τις δεξιότητές του και εφαρμόζοντας τις αξίες

της αγάπης, της ενσυναίσθησης, της φροντίδας, τόσο στα αρχικά στάδια της νόσου, όσο και κατά την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας.

Η εκπαίδευση και η εξειδίκευση στην αντιμετώπιση του πόνου είναι απαραίτητο εφόδιο για την παροχή ολιστικής φροντίδας σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν μια ασθένεια η οποία επηρεάζει ολοκληρωτικά την υπόστασή τους.

4.10 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η εκτίμηση και αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου και της κατάθλιψης που συνυπάρχει με αυτόν, αποτελούν βασικό κομμάτι της ολιστικής φροντίδας του ασθενή που πάσχει από καρκίνο. Παρά τις δυσκολίες στην ανίχνευση και εκτίμησή τους, είναι διαθέσιμες πολλές θεραπευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες όταν συνδυάζονται μπορούν να αποδώσουν και να προσφέρουν ανακούφιση και ποιότητα ζωής.

Η συνεργασία των μελών μιας διεπιστημονικής ομάδας, είναι απαραίτητη για τον συνδυασμό των διαθέσιμων θεραπευτικών μέσων και προσεγγίσεων, με γνώμονα την ολιστική φροντίδα του ασθενή.

ΜΕΡΟΣ Β

ΕΡΕΥΝΑ

ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ- ΚΥΡΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ

Η παρούσα μελέτη διερευνά την ύπαρξη πόνου σε ενήλικες ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο και την αλληλεπίδραση του πόνου και των συναισθηματικών διαταραχών των ασθενών.

Η κύρια υπόθεσή μας, πάνω στην οποία βασίστηκε ο σχεδιασμός της έρευνάς μας, ήταν ότι ο καρκινικός πόνος αλληλεπιδρά με την κατάθλιψη στους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο.

Η ανεπάρκεια σχετικών δεδομένων στην Ελλάδα, αλλά και ο προβληματισμός μας από την καθημερινή κλινική μας εμπειρία, τροφοδότησε το ενδιαφέρον μας για τη διεξαγωγή της μελέτης μας.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 ΠΛΑΙΣΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2014, σε Γενικό Νοσοκομείο της Βόρειας Ελλάδας, στο τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας.

2.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ- ΣΤΟΧΟΥ

Ενήλικες ασθενείς με συμπαγείς όγκους πνεύμονα και πεπτικού συστήματος, οι οποίοι λαμβάνουν χημειοθεραπεία στο συγκεκριμένο χώρο.

Τα κριτήρια εισαγωγής των ασθενών στη μελέτη ήταν: οι ασθενείς να έχουν λάβει τουλάχιστον δύο συνεδρίες χημειοθεραπείας και να μην υπάρχουν γνωστές

εγκεφαλικές μεταστάσεις, ώστε να είναι έγκυρη η συμπλήρωση των στοιχείων του ερωτηματολογίου.

2.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Για τη μελέτη των μεταβλητών της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε η διαβαθμισμένη κλίμακα πόνου (NRS) για την περιγραφή του πόνου, καθώς και το ερωτηματολόγιο DASS 21 για την μέτρηση Κατάθλιψης – Άγχους – Στρες των ασθενών του δείγματος.

Το σύνολο των ασθενών που δέχθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο ήταν 100, επιστράφηκαν όμως τα 86 και από αυτά τα 84 είχαν συμπληρωθεί πλήρως. Τα περισσότερα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της συνεδρίας της χημειοθεραπείας με τη συνδρομή της νοσηλεύτριας όπου αυτή ζητήθηκε.

Το ερωτηματολόγιο περιείχε ανοικτές-κλειστές ερωτήσεις και περιλάμβανε τέσσερα μέρη:

A. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (1-6) :Ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

B. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΘΗΣΗ ΣΑΣ (1-10): Ερωτήσεις σχετικές με την εντόπιση και το στάδιο της νόσου, πληροφορίες για το ιατρικό ιστορικό (χειρουργικές επεμβάσεις, αριθμός συνεδριών χημειοθεραπείας, λήψη αναλγητικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, νοσηλείες ή επισκέψεις σε Ιατρεία πόνου, επικοινωνία με το θεράποντα ιατρό και συνταγογράφηση)

Γ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ (1-19): Σημεία εντόπισης πόνου, διάρκεια και χαρακτήρας πόνου, επίδραση στον ύπνο και στις καθημερινές ασχολίες του ασθενή. Χρήση 11βαθμης αριθμητικής κλίμακας (NRS) για την αξιολόγηση της έντασης και του χαρακτήρα του πόνου, καθώς και της ανοχής του ασθενή στον πόνο. Οι κλίμακες βαθμολογούνται από το 0 μέχρι και το 10, σύμφωνα με τις οδηγίες για την κλίμακα NRS για τον πόνο (McCaffery M., Beebe A, et al, 1989), όπου: 0= καθόλου πόνος,

1-2-3=ήπιος πόνος, 4-5-6= μέτριος πόνος και 7-8-9-10= σοβαρός πόνος.

Δ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΑΣ (1-21)
Πρόκειται για το ερωτηματολόγιο DASS21, μεταφρασμένο και σταθμισμένο στα ελληνικά, με την συγκατάθεση των υπευθύνων της ελληνικής έκδοσης (Λυράκος και συν.) για τη μέτρηση της Κατάθλιψης- Άγχους και Στρες. Το ερωτηματολόγιο περιέχει 21 προτάσεις –δηλώσεις σχετικά με τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας, βαθμολογημένες από 0 (δεν ίσχυε καθόλου για μένα) μέχρι 3 (ίσχυε σε μεγάλο βαθμό για εμένα). Από τις 21 προτάσεις οι :3-5-10-13-16-17-21 βαθμολογούν την κατάθλιψη, οι: 2-4-7-9-15-19-20 βαθμολογούν το Άγχος και οι: 1-6-8-11-12-14-18 βαθμολογούν το Στρες. Ανάλογα με το σκορ οι ασθενείς κατατάσσονται σε κανονικό- ήπιο- μέτριο- σοβαρό- εξαιρετικά σοβαρό επίπεδο συναισθηματικής διαταραχής. Το ερωτηματολόγιο DASS 21 είναι ένα ποσοτικό ψυχομετρικό εργαλείο για χρήση στην καθημερινή κλινική πράξη, χωρίς να λειτουργεί ως διαγνωστικό εργαλείο, αλλά ως βοήθημα κατάταξης των ασθενών σε επίπεδα ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών, σε σχέση με το μέσο, υγιή πληθυσμό, με στόχο την καλύτερη αντιμετώπιση και υποστήριξη αυτών.

2.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. statistics 17 Multilanguage. Αρχικά έγινε η περιγραφική στατιστική των αποτελεσμάτων του δείγματος, ενώ οι συσχετίσεις μεταξύ των παραμέτρων που μελετήθηκαν έγιναν με το χ^2 test, Fisher's Exact Test and Pearson's χ^2 .

3. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ –ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα δεδομένα που υπάρχουν για τη συσχέτιση του πόνου και της κατάθλιψης σε Έλληνες ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, είναι ελάχιστα σε σχέση με τα δεδομένα στο διεθνή χώρο. Θεωρήσαμε λοιπόν ότι από τη μελέτη μας θα προκύψουν σημαντικές πληροφορίες για τον ελληνικό πληθυσμό ασθενών με καρκινικό πόνο.

Το δείγμα των ασθενών που μελετήθηκε ήταν ένα ειδικό δείγμα, αφού περιλάμβανε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα ή με καρκίνο του πεπτικού συστήματος. Στη συγκεκριμένη μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας όμως, αντιμετωπίζονται αποκλειστικά μόνο ασθενείς με τα συγκεκριμένα νεοπλάσματα. Η ιδιαιτερότητα αυτή του δείγματος, αρχικά θεωρήθηκε περιοριστικός παράγοντας. Ο περιορισμός όμως αυτός αντισταθμίζεται από το γεγονός ότι στους δυο αυτούς τύπους καρκίνου (πνεύμονα και πεπτικού), είναι υψηλά τα ποσοστά καρκινικού πόνου και κατάθλιψης, οπότε θεωρήθηκε ότι η μελέτη των μεταβλητών στους συγκεκριμένους τύπους νεοπλασιών, θα περιείχε επαρκή στοιχεία για την εξαγωγή συμπερασμάτων.

4. ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ- ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Για τη διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του ιδρύματος.

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική, μετά από γραπτή ενημέρωση και συναίνεση του ασθενή και με σεβασμό του ιατρικού απορρήτου.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Οι γυναίκες ασθενείς αποτελούν το 25.6% του δείγματος, ενώ οι άνδρες το 73.3%. Το εύρος των ηλικιών κυμαίνεται από 36 μέχρι 77 ετών, με επικρατέστερη ηλικιακή ομάδα τα 56-65 έτη (37.7%). Το 39.5% του δείγματος έχει λάβει πρωτοβάθμια εκπαίδευση, το 16.3% είναι απόφοιτοι γυμνασίου, το 22.1% απόφοιτοι λυκείου και το 20.9% έχει λάβει ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση (ΑΕΙ/ΤΕΙ). Όσον αφορά στην

επαγγελματική κατάσταση, σημαντικό ποσοστό του δείγματος (48.8%) είναι συνταξιούχοι, ενώ υπάρχουν και άλλες κατηγορίες εργαζομένων (υπάλληλοι, ελεύθεροι επαγγελματίες, αγρότες) και ένα ποσοστό 3.5%, δηλώνει «άνεργος».

Το 83% του δείγματος είναι έγγαμοι και το 55.8% διαμένουν εντός του νομού στο οποία βρίσκεται το νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο παρακολουθούνται. Αυτό σημαίνει ότι ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών (44.2%) μετακινείται από άλλους νομούς- κυρίως της κεντρικής Μακεδονίας, προκειμένου να λάβει χημειοθεραπεία για την αντιμετώπιση της νεοπλασίας από την οποία πάσχει. Η μετακίνηση αυτή γίνεται με τη βοήθεια τουλάχιστον ενός μέλους της οικογένειας του ασθενή.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος απεικονίζονται στον πίνακα 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1- ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ N (%)	
Φύλο	63 (73.3)
<i>Άνδρες</i>	22 (25.6)
<i>Γυναίκες</i>	
Ηλικία	
36-45ετών	5(5.8)
46-55 ετών	16(18.6)
56-65 ετών	32(37.2)
56-75 ετών	29(33.7)
76+ ετών	4(4.7)
Εκπαίδευση	
<i>Δημοτικό</i>	34(39.5)
<i>Γυμνάσιο</i>	14(16.3)
<i>Λύκειο</i>	19(22.1)
<i>ΑΕΙ/ΤΕΙ</i>	18(20.9)
Οικογενειακή κατάσταση	
<i>Άγαμος</i>	5(5.8)
<i>Έγγαμος</i>	72(83.7)
<i>Διαζευγμένος</i>	4(4.7)
<i>Σύντροφος</i>	1 (1.2)
<i>Χήρος</i>	4(4.7)
Επαγγελματική κατάσταση	
<i>Ελεύθερος επαγγελματίας</i>	18(20.9)
<i>Ιδιωτικός υπάλληλος</i>	9(10.5)
<i>Δημόσιος Υπάλληλος</i>	11(12.8)
<i>Άνεργος</i>	3(3.5)
<i>Συνταξιούχος</i>	42(48.8)
<i>Οικιακά</i>	2(2.3)
Διαμονή	
<i>Εντός Νομού</i>	48(55.8)
<i>Εκτός Νομού</i>	37(44.2)

5.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ

Από τους 86 ασθενείς οι 52 (60.5%) πάσχουν από καρκίνο πνεύμονα και οι 34 (39.5%) από καρκίνο στο πεπτικό σύστημα. Τα ποσοστά των εντοπίσεων των νεοπλασιών του δείγματος εμφανίζονται στον πίνακα 2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2- ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	
	N (%)
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ	52 (60.5)
<i>Μικροκυτταρικός</i>	12 (14)
<i>Αδενοκαρκίνωμα</i>	16 (18.6)
<i>Πλακώδες</i>	11 (12.8)
<i>Βρογχοκυψελιδικός</i>	1 (1.2)
<i>Νευροενδοκρινής</i>	2 (2.3)
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ	34 (39.5)
<i>Παχ.έντερο</i>	19 (22.1)
<i>Στομάχι</i>	6 (7.0)
<i>Πάγκρεας</i>	5 (5.8)
<i>Ήπατος-χοληφόρων</i>	3 (3.5)
<i>Μικτός</i>	1 (1.2)

Το 32.6% (N=28) του δείγματος αναφέρει ύπαρξη μεταστάσεων. Το 39.5% (N=34) των ασθενών έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για τη νόσο, με υψηλότερο ποσοστό (N=17, 19.8%) να έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση στο παχύ έντερο. Ο μέσος χρόνος που έχει μεσολαβήσει από τη χειρουργική επέμβαση είναι 13.69 μήνες (SD=19,113- N=34)

Όλοι οι ασθενείς υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία και έχουν λάβει 2-60 συνεδρίες. Για την καλύτερη μελέτη του δείγματος χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, όπου οι 44 ασθενείς έχουν λάβει 2-6 συνεδρίες ΧΜΘ (1^{ης} γραμμής χημειοθεραπεία) και οι 40 ασθενείς έχουν λάβει 7-60 συνεδρίες (2^{ης} και 3^{ης} γραμμής χημειοθεραπεία και συνεδρίες για τη λήψη διφωσφονικών). Όσον αφορά στην εκτίμηση της σωματικής κατάστασης ικανότητας (Performance Status- ECOG 0-5), το 40.7% του δείγματος βρίσκεται στο 2 της κλίμακας ECOG (περιπατητικοί με ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, με ανάγκη για κατάκλιση λιγότερο από το 50% κατά τη διάρκεια

της ημέρας, χωρίς ικανότητα εργασίας ή διεκπεραίωσης εξωτερικών δραστηριοτήτων).

Στον πίνακα 3 φαίνονται οι πληροφορίες για την πορεία της νόσου των ασθενών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3- ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΥ	N (%)
ΥΠΑΡΞΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	
<i>NAI</i>	28 (32.6)
<i>OXI</i>	53 (61.6)
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ (ECOG 0-5)	
<i>ECOG 0-1</i>	17 (19.8)
<i>ECOG 2</i>	35 (40.7)
<i>ECOG 3</i>	17 (19.8)
<i>ECOG 4</i>	7 (8.1)
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	
<i>OXI</i>	49 (57.0)
<i>NAI</i>	34 (39.5)
<i>(Μέσος χρόνος από το χ/ο=13.69 μήνες)</i>	
ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ ΧΜΘ	
<i>2-6</i>	N=44
<i>7-60</i>	N=40

Μεταστάσεις

Παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς χωρίς γνωστές μεταστάσεις, εμφανίζουν υψηλότερες μέσες τιμές σκορ κατάθλιψης, άγχους και στρες.

Πίνακας 4

ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (D)	ΑΓΧΟΣ (A)	ΣΤΡΕΣ (S)
N	MD (SD)	MD (SD)	MD (SD)
NAI 27	4,40 (4,50)	3,85 (3,25)	6,92 (4,49)
OXI 53	4,79 (4,52)	4,41 (3,84)	7,47 (4,99)

Πίνακας 4 : Μέσες Τιμές και Τυπική Απόκλιση σκορ Κατάθλιψη-Άγχος-Στρες σε ασθενείς με μεταστατική και μη μεταστατική νόσο

Στο 61.6% (N=53) του δείγματος δεν υπάρχουν γνωστές μεταστάσεις. Σε αυτούς τους ασθενείς παρατηρούνται υψηλότερες μέσες τιμές D-A-S ιδιαίτερα στο στρες (MD=7.47, SD=4.998) σε σχέση με εκείνους που έχουν μεταστατική νόσο (MD=6.92, SD=4.497), συσχέτιση μη στατιστικά σημαντική [$t(78)=-0.477$, $p=0.63$]. Η συσχέτιση του άγχους με την ύπαρξη μεταστάσεων είναι επίσης μη στατιστικά

σημαντική [$t(78)=-0.652$, $p=0.517$]. Γενικότερα στους ασθενείς με μεταστατική νόσο ($MD=4.40$, $SD=4.50$) παρατηρείται ανάλογο σκορ κατάθλιψης με εκείνο των ασθενών που δεν έχουν μεταστάσεις ($MD=4.79$, $SD=4.52$), [t test: $t(78)= -0.36$, $p=0.72$].

Χειρουργική επέμβαση

Οι ασθενείς οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για τη νόσο τους ($N=34$, 39.5%) εμφανίζουν υψηλότερο σκορ στρες, με ακραίες τιμές ήπιο έως υψηλό στρες. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς οι οποίοι έχουν χειρουργηθεί εμφανίζουν σκορ $MD= 8$, $SD=5.07$, ενώ εκείνοι που δεν χειρουργήθηκαν $MD= 6.94$, $SD= 4.36$ [t test: $t(80)= 1.011$, $p=0.315$]. Όσον αφορά στο άγχος, εμφανίζεται αρνητική συσχέτισή του με την προηγούμενη χειρουργική επέμβαση, μη στατιστικά σημαντική [$t(80)=-0.286$, $p=0.775$]. Τέλος, υπάρχει επίσης αρνητική συσχέτιση της κατάθλιψης με την προηγούμενη χειρουργική επέμβαση ($MD=4.9$, $SD=4.17$), σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργείο ($MD=4.63$, $SD=4.57$), επίσης μη στατιστικά σημαντική ($p=0.78$).

Πίνακας 5

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ		ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (D)	ΑΓΧΟΣ (A)	ΣΤΡΕΣ (S)
	N	MD (SD)	MD (SD)	MD (SD)
ΝΑΙ	33	4,90 (4,17)	4,03 (3,58)	8,00 (5,07)
ΟΧΙ	49	4,63 (4,57)	4,26 (3,68)	6,93 (4,36)

Πίνακας 5 : Μέσες τιμές και Τυπική Απόκλιση σκορ Κατάθλιψη-Άγχος-Στρες σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και σε ασθενείς που δεν χειρουργήθηκαν

Συνεδρίες Χημειοθεραπείας

Πίνακας 6

ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ ΧΜΘ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (D)	ΑΓΧΟΣ (A)	ΣΤΡΕΣ (S)
N	MD (SD)	MD (SD)	MD (SD)
2-6 44	4,29 (4,36)	3,70 (2,70)	6,25 (4,38)
7-60 40	5,02 (4,44)	4,60 (4,36)	8,25 (4,91)

Πίνακας 6 : Μέσες τιμές και Τυπική Απόκλιση σκορ Κατάθλιψη-Άγχος-Στρες σε ασθενείς που έχουν λάβει χημειοθεραπεία 1^{ης} γραμμής και σε ασθενείς που έχουν λάβει περισσότερες ΧΜΘ

Στους ασθενείς που έχουν λάβει 7 και πλέον συνεδρίες χημειοθεραπείας παρατηρείται αυξητική τάση στη μέση τιμή κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, σε ασθενείς που έχουν λάβει 2-6 συνεδρίες, η μέση τιμή (MD=4.3, SD=4.4) εμφανίζεται μικρότερη σε σχέση με τη μέση τιμή σε εκείνους που έχουν λάβει 7-60 συνεδρίες (MD=5.02, SD=4.4), διαφορά η οποία είναι στατιστικά μη σημαντική. Ανάλογη, μη στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει στη συσχέτιση των μέσων τιμών του σκορ άγχους στους ασθενείς που έχουν λάβει 2-6 κύκλους ΧΜΘ (MD=3.7, SD=2.7) και σε εκείνους που έχουν λάβει περισσότερους (MD=4.6, SD=4.36). Ιδιαίτερη αύξηση παρατηρείται στο σκορ του στρες, όπου οι ασθενείς που έχουν λάβει 2-6 κύκλους (MD=6.25, SD=4.38) και οι ασθενείς που έχουν λάβει 7-60 κύκλους (MD=8.25, SD=4.91) εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση [t test: t(82)=-1,972, p=0.052]

Λήψη Αναλγητικών- Διφωσφονικών-Αγχολυτικών Φαρμάκων

ΠΙΝΑΚΑΣ 7- ΛΗΨΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ-ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΩΝ-ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	N (%)
ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ	
ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗ	23(26.7)
ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗ+ΚΩΔΕΪΝΗ	4 (4.7)
ΟΠΠΟΕΙΔΗ	8 (9.3)
ΜΣΑΦ	1 (1.2)
ΑΛΛΑ	5 (5.8)
ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ	18 (25)
ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ-ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ-ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ	10 (14.5)

Στο ερώτημα για τη λήψη αναλγητικών απάντησαν οι 85 ασθενείς. Από αυτούς οι 42 (50%) αναφέρουν ότι λαμβάνουν αναλγητικά, ενώ το 48.8% (N=37) όχι. Τα αναλγητικά που λαμβάνουν οι ασθενείς περιλαμβάνουν παρακεταμόλη, ΜΣΑΦ και οπιοειδή (πίνακας 7). Το 25% του δείγματος (N=18) λαμβάνει διφωσφονικά για την αντιμετώπιση του πόνου λόγω οστικών μεταστάσεων.

Πίνακας 8

ΛΗΨΗ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (D)	ΑΓΧΟΣ (A)	ΣΤΡΕΣ (S)
ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ			
N	MD (SD)	MD (SD)	MD (SD)
ΝΑΙ 44	5,38 (4,92)	4,95 (3,78)	8,19 (4,24)
Σκορ (Min/Max)	0/19	0/14	0/18
ΟΧΙ 40	3,81 (4,27)	3,29 (3,25)	5,97 (4,46)
Σκορ (Min/Max)	0/20	0/17	0/15

Πίνακας 8 : Μέσες τιμές και Τυπική Απόκλιση σκορ Κατάθλιψη-Άγχος-Στρες σε ασθενείς που λαμβάνουν και ασθενείς που δε λαμβάνουν αναλγητικά

Οι ασθενείς που λαμβάνουν αναλγητικά εμφανίζουν αυξημένα σκορ στρες και άγχους σε σχέση με εκείνους που δεν λαμβάνουν αναλγητικά. Συγκεκριμένα, εκείνοι που λαμβάνουν αναλγητικά (MD=4,95, SD=3,78) σε αντίθεση με εκείνους που δεν λαμβάνουν (MD=3.29, SD=3.25) εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το άγχος [$t(81)=2.4$, $p=0.019$] και επίσης συσχέτιση με το στρες (λήψη αναλγητικών: MD=8.19 SD=4.24/ μη λήψη αναλγητικών: MD=5,97, SD=4,46) στατιστικά σημαντική [$t(81)=2.071$, $p=0.042$]. Οι ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή αναφέρουν σοβαρό έως πολύ σοβαρό πόνο.

Οι ασθενείς που αναφέρουν ότι λαμβάνουν αγχολυτικά φάρμακα είναι μόλις το 14.5% (N=10) του συνόλου των ασθενών. Από αυτούς το 50% (N=5) αναφέρει υψηλή έως πολύ υψηλή ένταση πόνου και το 70% (N=7) μειωμένη ανοχή σε αυτόν (αφόρητος πόνος). Στο σύνολό τους σημειώνουν φυσιολογική έως μέτρια κατάθλιψη, το 50% (N=5) εμφανίζει πολύ σοβαρό άγχος και φυσιολογικό έως σοβαρό στρες (N=10).

Η ομάδα ασθενών που λαμβάνει διφωσφονικά λόγω μεταστάσεων στα οστά (25% , N=18) εμφανίζει αυξημένη τιμή κατάθλιψης, μη στατιστικά σημαντική [MD=5.33, SD= 5.36, $t(78)=0.283$, $p=0.508$]. Συγκρινόμενοι με εκείνους που δε λαμβάνουν διφωσφονικά, υπάρχει διαφορά στις μέσες τιμές κατάθλιψης (MD=4.82, SD=4.48),

αλλά δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατάθλιψη [$t(77)=-0.288$, $p=0,774$].

Η συνταγογράφηση των αναλγητικών γίνεται κυρίως από το θεράποντα γιατρό ($N=22$, 25.6%), αλλά και από άλλες ειδικότητες ($N=13$, 15.1%), ενώ ένα ποσοστό 7% ($N=6$) των ασθενών αναφέρει ότι αγοράζει από μόνος του παρακεταμόλη, η οποία δεν συνταγογραφείται. Οι ασθενείς ζητούν συνταγογράφηση είτε οι ίδιοι ($N=34$, 40.47%), είτε κάποιο μέλος της οικογένειας ή φιλικό τους πρόσωπο ($N=34$, 40.47%) Μόλις το 5,95% του δείγματος ($N=5$) απευθύνεται για αντιμετώπιση του πόνου σε Ιατρείο Πόνου, με δική του κυρίως πρωτοβουλία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9- ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ	
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	N (%)
<i>Ογκολόγος</i>	22 (25,6)
<i>Άλλη ειδικότητα</i>	11(12,8)
<i>Ιατρείο Πόνου</i>	5(5,95)
<i>Ο ίδιος ο ασθενής</i>	6 (7,0)
ΠΟΙΟΣ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΓΙΑΤΡΟ	N(%)
<i>Ασθενής</i>	34(47.88)
<i>Συγγενής</i>	34(47.88)
<i>Φίλος</i>	1 (1.40)
<i>Άλλο</i>	2 (2.81)

Πίνακας 9 : Ιατρικές Ειδικότητες που συνταγογραφούν τα αναλγητικά φάρμακα. Πρόσωπα που αναζητούν τη συνταγογράφηση

Σωματική κατάσταση ασθενών (Performance Status)

Πίνακας 10

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ECOG)	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (DASS 21)			
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ (0-4)	ΗΠΙΑ- ΜΕΤΡΙΑ (5-10)	ΣΟΒΑΡΗ (11-14+)	ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ
0-1	13	3	1	17
2	23	9	3	35
3	6	8	3	17
4	1	6	0	7
ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ	43	26	7	76

Πίνακας 10 : Κατανομή Σκορ Κατάθλιψης σε σχέση με τη σωματική ικανότητα των ασθενών

Η σωματική κατάσταση των ασθενών (Performance Status) δε φαίνεται να σχετίζεται με τις ψυχολογικές διαταραχές σε σημαντικό βαθμό. Οι ασθενείς με Performance Status 0-1 κατά ECOG εμφανίζουν κατά πλειοψηφία (65%) σκορ κατάθλιψης φυσιολογικό, ενώ οι ασθενείς με Performance Status 4 (N=6) κατά ECOG σημειώνουν σκορ ήπιας έως μέτριας κατάθλιψης. Από τους 6 αυτούς ασθενείς, οι 4 σημειώνουν σοβαρό ή πολύ σοβαρό άγχος.

Πίνακας 11

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ECOG)				
		ΑΓΧΟΣ (DASS 21)		
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ (0-3)	ΗΠΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ (4-7)	ΣΟΒΑΡΗ (8-10+)	ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ
0-1	12	5	0	17
2	18	12	5	35
3	4	10	3	17
4	2	1	4	7
ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ	36	28	12	76

Πίνακας 11 : Κατανομή Σκορ Άγχους σε σχέση με τη σωματική ικανότητα των ασθενών

Πίνακας 12

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ECOG)				
		ΣΤΡΕΣ (DASS 21)		
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ (0-7)	ΗΠΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ (8-12)	ΣΟΒΑΡΗ (13-17+)	ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ
0-1	11	5	1	17
2	20	10	5	35
3	6	6	5	17
4	4	2	1	7
ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ	36	28	12	76

Πίνακας 12 : Κατανομή Σκορ Στρες σε σχέση με τη σωματική ικανότητα των ασθενών

Οι ασθενείς που έχουν Performance Status 2 κατά ECOG εμφανίζουν κυρίως φυσιολογικό σκορ στρες (57%), ενώ το 29% έχει ήπιο έως μέτριο στρες και το 14% δηλώνει σοβαρό ή πολύ σοβαρό στρες.

Φύλο

Το φύλο δεν επηρεάζει σημαντικά τις ψυχολογικές διαταραχές και την αντίληψη του πόνου, αξίζει όμως να σημειώσουμε ότι στις γυναίκες παρατηρούνται αυξημένες μέσες τιμές στα σκορ της κατάθλιψης ($MD=5.22$, $SD=4.8$) άγχους ($MD=5.22$, $SD=4.17$) και στρες ($MD=6.63$, $SD=4.85$), αλλά και στην αναφερόμενη ένταση του πόνου ($MD=5.73$, $SD=3.57$), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά [$t(83)=-1.8$, $p=0.07$].

Πίνακας 13

ΦΥΛΟ	ΕΝΤΑΣΗ ΠΟΝΟΥ	ΑΝΟΧΗ ΠΟΝΟΥ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (D)	ΑΓΧΟΣ (A)	ΣΤΡΕΣ (S)
	MD (SD)	MD(SD)	MD (SD)	MD (SD)	MD (SD)
<i>Ανδρας</i> (N=61)	4,01(3,48)	4,23(3,43)	4,42(4,29)	3,68(3,31)	7,29(4,65)
<i>Γυναίκα</i> (N=22)	5,73(3,57)	5,78(4,19)	5,22(4,80)	5,22(4,17)	6,63(4,85)

Πίνακας 13 : Μέσες τιμές και Τυπική Απόκλιση σκορ Κατάθλιψη-Άγχος-Στρες στα δύο φύλα

5.3 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ

Στο σύνολο του δείγματος το 30.3% δηλώνει ότι δεν πονά, το 36.8% δηλώνει ήπιο (10.5%) έως μέτριο πόνο (26.3%) ενώ το 32.9% δηλώνει υψηλή (23.7%) έως πολύ υψηλή (9.2%) ένταση πόνου. Η ένταση του πόνου μετρήθηκε με 11βαθμη αριθμητική κλίμακα πόνου (NRS), όπου 0= καθόλου και 10= αβάσταχτος πόνος. Η ανοχή στον πόνο μετρήθηκε με 11βαθμη αριθμητική κλίμακα πόνου (NRS), όπου 0= ανεκτός (όχι δυσάρεστος πόνος) και 10= αφόρητος πόνος (η πιο δυσάρεστη αίσθηση πόνου).

Πίνακας 14

ΠΟΝΟΣ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΗΠΙΟΣ	ΜΕΤΡΙΟΣ	ΣΟΒΑΡΟΣ	ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΟΣ
		N(%)			
ΕΝΤΑΣΗ	23(26,7)	8(9,3)	20(23,3)	18(20,9)	7(8,1)
ΠΟΝΟΣ	ΑΝΕΚΤΟΣ	ΗΠΙΟΣ	ΜΕΤΡΙΟΣ	ΣΟΒΑΡΟΣ	ΑΦΟΡΗΤΟΣ
		N(%)			
ΑΝΟΧΗ	21(24,4)	9(10,5)	18(20,9)	18(20,9)	10(11,6)

Πίνακας 14: Κατανομή Πόνου με βάση την ένταση και την ανοχή των ασθενών

Ένα υψηλό ποσοστό ασθενών (36.9%) χαρακτηρίζει τον πόνο του αφόρητο. Συγκεκριμένα, στην κλίμακα από 0-10, στο ερώτημα 'πόσο ανεκτός είναι ο πόνος σε εσάς' (0=καθόλου, 10=αφόρητος πόνος), το 13.2% βαθμολογεί με τιμή 10 την αίσθηση του πόνου. Στο ίδιο ερώτημα, οι ασθενείς χαρακτηρίζουν ήπια έως μέτρια ανεκτό τον πόνο σε ένα ποσοστό 35.5%, ενώ το 27.6% των ασθενών, αναφέρει τον πόνο ως ανεκτό.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (41.86%) χαρακτηρίζει τον πόνο περιοδικό, ενώ το 23.25% χαρακτηρίζει τον πόνο του συνεχή. Όσον αφορά στο χαρακτήρα του πόνου, ζητήθηκε η περιγραφή της αίσθησης του πόνου, με τη χρήση κλιμάκων NRS, όπου οι ασθενείς βαθμολόγησαν την αίσθηση θερμού, οξέος, ψυχρού, κνησμώδους και φλογιστικού πόνου. Επίσης ζητήθηκε η περιγραφή του επιφανειακού και ο βαθύτερου (εσωτερικού) πόνου. Στη συνέχεια έγινε η συσχέτιση των χαρακτηριστικών αυτών.

Πίνακας 15

	Θερμός N=75	Οξύς N=74	Ψυχρός N=74	Κνησμώδης N=72	Φλογιστικός N=74
ΕΝΤΑΣΗ	$p=0,000$	$p=0,000$	$p=0,390$	$p=0,435$	$p=0,435$
ΑΝΟΧΗ	$p=0,000$	$p=0,000$	$p=0,645$	$p=0,151$	$p=0,000$
ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΚΟΣ	$p=0,04$	$p=0,106$	$p=0,000$	$p=0,000$	$p=0,001$
ΒΑΘΥΣ	$p=0,000$	$p=0,000$	$p=0,706$	$p=0,226$	$p=0,000$

Πίνακας 15: Συσχετίσεις χαρακτηριστικών πόνου

Παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έντασης του πόνου με τα χαρακτηριστικά «καυστικός» και «οξύς» ($p=0,000$) και της ανοχής στον πόνο, με τα χαρακτηριστικά «φλογιστικός», «καυστικός» και «οξύς» ($p=0,000$). Επίσης στατιστικά σημαντική συσχέτιση υπάρχει στον επιφανειακό πόνο, με τα χαρακτηριστικά «θερμός», «ψυχρός», «κνησμώδης» και «φλογιστικός», με τα

χαρακτηριστικά «καυστικός» και «οξύς», όπως και του βαθύ πόνου με τα χαρακτηριστικά «θερμός», οξύς» και «φλογιστικός» πόνος.

Πόνο με χαρακτηριστικά νευροπαθητικού πόνου, δηλαδή αίσθημα κνησμού, καύσου ή ψύχους στα πέλματα και τις παλάμες, αναφέρει το 19.8% των ασθενών (N=17). Οι ασθενείς αυτοί έχουν λάβει χημειοθεραπεία, με σχήματα κυτταροστατικών φαρμάκων που περιλάμβαναν σισπλατίνη, οξαλιπλατίνη και ταξάνες, φάρμακα τα οποία είναι γνωστά για την πρόκληση νευροπαθητικού πόνου, λόγω της επίδρασής τους στα μακρά νευρικά κύτταρα του οργανισμού (Chemotherapy-Induced Neuropathic Pain). Οι ασθενείς χαρακτηρίζουν τον πόνο ως «γδάρσιμο», «φωτιά» ή «μαχαιριά» και τα χαρακτηριστικά αυτά παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τα χαρακτηριστικά «βαθύς» ($p=0.000$) και «επιφανειακός» ($p=0.001$) πόνος. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της αναφερόμενης έντασης πόνου με το νευροπαθητικό πόνο, το χαρακτήρα «μαχαιριά», «φωτιά», «γδάρσιμο» και «βαθύς» πόνος ($p=0.000$).

Στο σύνολο του δείγματος το 75.6% (N=65) αναφέρει τουλάχιστον ένα σημείο εντόπισης του πόνου, με συνηθέστερα την κοιλιακή χώρα (27.9%), το θώρακα (16.3%) και την πλάτη (11.6%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 16- ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΑ ΣΗΜΕΙΑ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΠΟΝΟΥ	
	N(%)
Πρώτο επώδυνο σημείο	65 (75.6)
<i>Αυχένας</i>	<i>1 (1.5)</i>
<i>Θώρακας</i>	<i>14 (16.3)</i>
<i>Κοιλιά</i>	<i>24 (27.9)</i>
<i>Πλάτη</i>	<i>10 (11.6)</i>
<i>Μέση</i>	<i>1 (1.2)</i>
<i>Άνω άκρο-ώμος</i>	<i>3 (3.5)</i>
<i>Χέρι-δάκτυλα</i>	<i>7 (8.1)</i>
<i>Πέλμα-δάκτυλα</i>	<i>2 (2.3)</i>
Δεύτερο επώδυνο σημείο	30 (34.9)
<i>Κοιλιά</i>	<i>5(5.8)</i>
<i>Πλάτη</i>	<i>8 (9.3)</i>
<i>Μέση</i>	<i>4 (4.7)</i>
<i>Άνω άκρο-ώμος</i>	<i>1 (1.2)</i>
<i>Χέρι-δάκτυλα</i>	<i>3 (3.5)</i>
<i>Ισχίο-κάτω άκρο</i>	<i>2 (2.3)</i>
<i>Πέλμα-δάκτυλα</i>	<i>7 (8.1)</i>
Τρίτο επώδυνο σημείο	10 (11.6)
<i>Μέση</i>	<i>3 (3.5)</i>
<i>Ισχίο-κάτω άκρο</i>	<i>4 (4.7)</i>
<i>Πέλμα-δάκτυλα</i>	<i>3 (3.5)</i>
Τέταρτο επώδυνο σημείο	4 (4.7)
<i>Θώρακας</i>	<i>1(1.2)</i>
<i>Άνω άκρο-ώμος</i>	<i>1(1.2)</i>
<i>Ισχίο-κάτω άκρο</i>	<i>1(1.2)</i>
<i>Πέλμα -δάκτυλα</i>	<i>1(1.2)</i>

Το 34.9% (N=30) του δείγματος αναφέρει και δεύτερη εντόπιση πόνου, με επικρατέστερη δεύτερη εντόπιση την πλάτη (9.3%). Τρίτο σημείο εντόπισης πόνου αναφέρει το 11.6% του συνόλου (N=10), με επικρατέστερο σημείο το ισχίο και το κάτω άκρο (4.7%). Τέλος το 4,7% του δείγματος (N=4), αναφέρει και τέταρτο σημείο εντόπισης πόνου. Οι ασθενείς που αναφέρουν πόνο σε τρία ή τέσσερα σημεία του

σώματός τους βαθμολογούν με 10 (αφόρητος πόνος) και με 8-10 στην κλίμακα NRS, την ένταση του πόνου που νιώθουν.

Συνηθέστερο επώδυνο σημείο για τους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα είναι ο θώρακας, ενώ για τους ασθενείς με καρκίνο του πεπτικού συστήματος είναι η κοιλιακή χώρα, όπως είναι αναμενόμενο, είτε έχει προηγηθεί χειρουργική επέμβαση είτε όχι. Τα υπόλοιπα αναφερόμενα σημεία εντόπισης του πόνου σχετίζονται με την ύπαρξη μεταστάσεων, αλλά και γενικότερα με την νόσο.

Δεν υπάρχει διαφοροποίηση στην αναφερόμενη ένταση και ανοχή του πόνου, όσον αφορά στην εντόπιση του όγκου.

Πίνακας 16

	ΕΝΤΑΣΗ	ΑΝΟΧΗ
	MD (SD)	MD (SD)
ΕΝΤΟΠΙΣΗ		
ΠΝΕΥΜΟΝΑΣ	4.40(3.53)	4.81(3.47)
Μικροκυτταρικός	4.00(3.84)	
Μη Μικροκυτταρικός	4.68 (3.64)	
ΠΕΠΤΙΚΟ	4.37(3.67)	4.59(3.92)
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ (t-test)	$p=0.968$	$p=0.79$

Πίνακας 16 : Μέσες τιμές και Τυπική Απόκλιση έντασης και ανοχής στον πόνο σε σχέση με την εντόπιση της νόσου

Συγκεκριμένα οι μέσες τιμές ανοχής στον πόνο για τον καρκίνο πνεύμονα και τον καρκίνο του πεπτικού συστήματος, παρουσιάζουν μη στατιστικά σημαντική διαφορά [t-test: $t(73)=0.257$, $p=0.79$]. Ομοίως και οι μέσες τιμές της έντασης του πόνου για τον καρκίνο πνεύμονα και τον καρκίνο του πεπτικού συστήματος, παρουσιάζουν μη στατιστικά σημαντική διαφορά [t-test: $t(74)=0.041$, $p=0.968$]. Τέλος, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην αναφερόμενη ένταση πόνου μεταξύ του μικροκυτταρικού (MD=4.00, SD=3.84) και του μη μικροκυτταρικού (MD=4.68, SD=3.64) καρκίνου του πνεύμονα [$t(34)=-0.507$, $p=0.616$].

Οι ασθενείς ρωτήθηκαν για τη διάρκεια των επεισοδίων πόνου, καθώς και για τις συνήθειες ύπνου τους και κατά πόσο αυτές επηρεάζονται από τον πόνο.

Πίνακας 17

	<i>Διαστήματα χωρίς πόνο</i>	<i>Διακοπή ύπνου</i>
	<i>N(%)</i>	<i>N(%)</i>
<i>Ναι</i>	51(59,3)	25 (29,1)
<i>Όχι</i>	8 (9,3)	38 (44,2)
<i>Ασθενείς</i>	59 (68,6%)	63 (73,3)
<i>N(%)</i>		

<i>Χρόνος (hrs)</i>	<i>Κατάκλιση κατά την ημέρα</i>	<i>Ημερήσιος Ύπνος</i>	<i>Νυκτερινός Ύπνος</i>
	<i>N(%)</i>	<i>N(%)</i>	<i>N(%)</i>
0	17 (19.8)	28 (32.6)	1 (1.2)
1-3	35 (40.7)	41 (47.7)	10 (11.6)
4-5		2 (2.3)	29 (33,7)
7+		7 (8.1)	40 (46.5)
24	7 (8.1)		
Σύνολο ασθενών			
N (%)	76 (88.4)	78 (90.7)	80 (93,0)

Πίνακας 17: Διάρκεια Πόνου και συνήθειες ύπνου του δείγματος

Φαίνεται ότι ο πόνος επηρεάζει τις συνήθειες του ύπνου. Όταν είναι συνεχόμενος, διαταράσσει τον κυρτό κύκλο του ασθενή, προκαλώντας δυσκολία στην έλευση του ύπνου, αδυναμία συνεχόμενου ύπνου, ή αντιστροφή ημερήσιου- νυκτερινού ύπνου.

Όσον αφορά στις δραστηριότητες που ενισχύουν το αίσθημα πόνου, αλλά και στις δραστηριότητες που απολαμβάνουν οι ασθενείς, φαίνεται ότι ο συνεχόμενος ή μη ελεγχόμενος πόνος επηρεάζει την ποιότητα ζωής και τις καθημερινές συνήθειες των ασθενών του δείγματος.

Πίνακας 18

<i>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΡΥΝΟΥΝ ΤΟΝ ΠΟΝΟ</i>	<i>N(%)</i>
ΚΑΜΙΑ	4(4,7)
ΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ	6 (7,0)
ΚΙΝΗΣΗ	19 (22,1)
ΚΡΥΟ	5 (5,8)
ΑΛΛΟ	6 (7,0)
<i>Αριθμός ασθενών</i>	40 (46,5)

Πίνακας 18: Δραστηριότητες που επιβαρύνουν τον πόνο

Πίνακας 19

<i>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΑΠΟΛΑΜΒΑΝΕΤΕ</i>	<i>N(%)</i>
ΚΑΜΙΑ	5 (5,8)
ΒΟΛΤΑ	9 (10,5)
ΚΗΠΟΥΡΙΚΗ	2 (2,3)
ΔΙΑΒΑΣΜΑ-ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	11 (12,8)
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	37 (43,0)
<i>Αριθμός ασθενών</i>	64 (74,4)

Πίνακας 19: Δραστηριότητες ασθενών δείγματος

5.4 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Στο σύνολο των ασθενών οι μέσες τιμές, οι τυπικές αποκλίσεις και οι ακραίες τιμές των σκορ Κατάθλιψη- Άγχους- Στρες [Depression (D)- Anxiety (A)- Stress (S)] φαίνονται στον Πίνακα 20.

Πίνακας 20

N=84	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΑΓΧΟΣ	ΣΤΡΕΣ
MD (SD)	4.64 (4.39)	4.13 (3.59)	7.20 94.72)
Minimum	0.00	0.00	0.00
Maximum	20.00	17.00	21.00

Πίνακας 20: Ελάχιστες- μέγιστες και μέσες τιμές σκορ Κατάθλιψη-Άγχος-Στρες

Στο σύνολο των ασθενών η διακύμανση των σκορ κατάθλιψης (Depression, D) κατανέμεται ως εξής: Φυσιολογική (Normal= 0-3) : 55.8%, Ήπια (Mild=5-6): 12.8%, Μέτρια (Moderate= 7-10): 17.4%, Σοβαρή (Severe=11-13): 9.3%, Εξαιρετικά σοβαρή (Extremely Severe=14+): 4.7%.

Ανάλογη κατανομή παρουσιάζεται και στα σκορ του άγχους (Anxiety, A): Φυσιολογικό (Normal=0-3) : 50%, Ήπιο (Mild=4-5): 23.3%, Μέτριο (Moderate=6-7): 10.5%, Σοβαρό (Severe=8-9): 4.7%, Εξαιρετικά σοβαρό (Extremely Severe=10+): 11.6%.

Επίσης ανάλογη εικόνα έχει και η κατανομή των σκορ στρες (Stress, S): Φυσιολογικό (Normal=0-7) : 52.3%, Ήπιο (Mild=8-9): 11.6%, Μέτριο (Moderate=10-12): 19.8%, Σοβαρό (Severe=13-16): 11.6%, Εξαιρετικά σοβαρό (Extremely Severe=17+): 2.3%.

Πίνακας 21

	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΑΓΧΟΣ	ΣΤΡΕΣ
N=86	N(%)	N (%)	N (%)
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ	48 (55.8)	43 (50.0)	45 (52.3)
ΗΠΙΑ	11 (12.8)	20 (23.3)	10 (11.6)
ΜΕΤΡΙΑ	15 (17.4)	9 (10.5)	17 (19.8)
ΣΟΒΑΡΗ	8 (9.3)	4 (4.7)	10 (11.6)
ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΗ	4 (4.7)	10 (11.6)	2 (2.3)

Πίνακας 21: Κατανομή Κατάθλιψης-Άγχους-Στρες του δείγματος

Υπάρχει σαφής υψηλή συσχέτιση των τριών ψυχολογικών διαταραχών (D-A-S) μεταξύ τους. Συγκρίνοντας τις μεταβλητές (Pearson's Correlation) βλέπουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της κατάθλιψης με το άγχος ($r=0.567$, $N=84$, $p=0.00$), της κατάθλιψης με το στρες ($r=0.583$, $N=84$, $p=0.00$) και του άγχους με το στρες ($r=0.479$, $N=84$, $p=0.00$).

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στα σκορ Κατάθλιψη-Άγχος Στρες σε σχέση με την εντόπιση της νόσου.

Πίνακας 22

ΕΝΤΟΠΙΣΗ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΑΓΧΟΣ	ΣΤΡΕΣ
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ	MD (SD)	MD (SD)	MD (SD)
ΠΝΕΥΜΟΝΑΣ	4.37 (4.42)	4.21 (3.57)	6.68 (4.33)
ΠΕΠΤΙΚΟ	5.06 (4.37)	4.00 (3.68)	8.00 (5.23)

Πίνακας 22: Μέσες τιμές Κατάθλιψη-Άγχος-Στρες ανά σημείο εντόπισης της νόσου

Συγκεκριμένα, όσον αφορά στη μέση τιμή του σκορ κατάθλιψης, στον καρκίνο πνεύμονα και στον καρκίνο του πεπτικού συστήματος, το t-test έδειξε $t(82)=-0.699$, $p=0.790$. Στο μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα η μέση τιμή στο σκορ κατάθλιψης, εμφανίζεται μικρότερη από τη μέση τιμή στο μη μικροκυτταρικό, μια διαφορά που δεν θεωρείται στατιστικά σημαντική [t-test: $t(48)=-0.89$, $p=0.38$].

Αντίστοιχα για τα σκορ του άγχους, στον καρκίνο πνεύμονα και στον καρκίνο του πεπτικού συστήματος, το t-test έδειξε $t(82)=0.728$, $p=0.790$. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αυξημένη μέση τιμή του σκορ στρες στους ασθενείς με καρκίνο του πεπτικού

συστήματος, σε σχέση με εκείνη των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα , χωρίς να είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά τους [$t(82)=-1249$, $p=0.215$].

Συσχέτιση του πόνου με τις ψυχολογικές διαταραχές κατάθλιψη- άγχος-στρες

Πίνακας 23

	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ(D)	ΑΓΧΟΣ (A)	ΣΤΡΕΣ (S)
ΕΝΤΑΣΗ	$r=0,192/p=0,97$	$r=0,314/p=0,006$	$r=0,238/p=0,038$ (N=76)
ΠΟΝΟΥ			
ΑΝΟΧΗ	$r=0,364/p=0,001$	$r=0,355/p=0,002$	$r=0,305/p=0,008$ (N=75)
ΠΟΝΟΥ			

Πίνακας 23: Συσχέτιση Έντασης και Ανοχής πόνου με Κατάθλιψη-Άγχος-Στρες

Υπάρχει σαφής συσχέτιση, στατιστικά σημαντική, τόσο της έντασης, όσο και της ανοχής στον πόνο, με τις ψυχολογικές μεταβλητές της μελέτης μας. Αναλυτικά, βλέπουμε ότι υπάρχει συσχέτιση της έντασης του πόνου με την κατάθλιψη ($r=0.192$, $N=76$, $p=0.097$), με το άγχος ($r=0.314$, $N=76$, $p=0.006$) και το στρες ($r=0.238$, $N=76$, $p=0.038$). Αντίστοιχα υπάρχει υψηλή συσχέτιση της ανοχής στον πόνο δηλαδή του πόσο ανεκτός ή μη είναι ο πόνος, με την κατάθλιψη ($r=0.364$, $N=75$, $p=0.01$), το άγχος ($r=0.355$, $N=75$, $p=0.02$) και του στρες ($r=0.305$, $N=75$, $p=0.08$), συσχετίσεις στατιστικά σημαντικές.

Όσον αφορά στην ανοχή του πόνου, φαίνεται ότι σχετίζεται σε διαφορετικό βαθμό με την κατάθλιψη, το άγχος, το στρες , ανά ομάδα ασθενών που δηλώνουν ήπια- μέτρια- σοβαρή ένταση πόνου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24 -ΗΠΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ(D)	ΑΓΧΟΣ(A)	ΣΤΡΕΣ (S)
ΑΝΟΧΗ	$r=0,295/p=0,114$		$r=0,33/p=0,075$
$r=0,042/p=0,827$			
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ(D)		$r=0,334/p=0,38$	$r=0,603/p=0,000$
ΑΓΧΟΣ (A)	$r=0,334/p=0,38$		$r=0,435/p=0,006$
ΣΤΡΕΣ(S)	$r=0,603/p=0,000$	$r=0,435/0,006$	
N	39	39	39

Πίνακας 24: Συσχέτιση ήπιου πόνου με κατάθλιψη-άγχος-στρες

Βλέπουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση των τριών ψυχολογικών μεταβλητών μεταξύ τους. Η συσχέτιση με την ανοχή του πόνου, είναι στατιστικά μη σημαντική, για τον ήπιο πόνο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25- ΜΕΤΡΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ(D)	ΑΓΧΟΣ(A)	ΣΤΡΕΣ (S)
ΑΝΟΧΗ	$r=0,289/p=0,217$	$r=-0,029/p=0,902$	$r=0,291/p=0,213$
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ(D)		$r=0,696/p=0,001$	$r=0,552/p=0,012$
ΑΓΧΟΣ (A)	$r=0,696/p=0,001$		$r=0,435/p=0,55$
ΣΤΡΕΣ(S)	$r=0,552/p=0,012$	$r=0,435/p=0,055$	
N	20	20	20

Πίνακας 25: Συσχέτιση μέτριου πόνου με κατάθλιψη-άγχος-στρες

Στο μέτριο πόνο, παρατηρούμε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση της κατάθλιψης με το άγχος και το στρες. Η συσχέτιση του άγχους με το στρες, είναι στατιστικά μη σημαντική. Επίσης στατιστικά μη σημαντική συσχέτιση υπάρχει μεταξύ της ανοχής και των τριών ψυχολογικών μεταβλητών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26- ΣΟΒΑΡΟΣ ΠΟΝΟΣ

	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ(D)	ΑΓΧΟΣ(A)	ΣΤΡΕΣ (S)
ΑΝΟΧΗ	$r=0,320/p=0,119$	$r=0,445/p=0,026$	$r=0,371/p=0,068$
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ(D)		$r=0,595/p=0,002$	$r=0,552/p=0,004$
ΑΓΧΟΣ (A)	$r=0,595/p=0,002$		$r=0,526/p=0,007$
ΣΤΡΕΣ(S)	$r=0,552/p=0,004$	$r=0,526/0,007$	
N	25	25	20

Πίνακας 26: Συσχέτιση σοβαρού πόνου με κατάθλιψη-άγχος-στρες

Φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ανοχής, στο σοβαρό πόνο, με το άγχος ($p=0,026$) στο σοβαρό πόνο. Επίσης, το άγχος σχετίζεται με την κατάθλιψη και το στρες, με στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ($p=0,002$ και $p=0,007$ αντίστοιχα).

Στον νευροπαθητικό πόνο, τον χαρακτηριζόμενο ως «αιμωδίες» στα άκρα, η ένταση του πόνου, αλλά και η ανοχή στον πόνο, φαίνεται ότι σχετίζονται μεταξύ τους, αλλά και με τις μεταβλητές Κατάθλιψη-Άγχος- Στρες (Πίνακας 27).

Παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της έντασης των αιμωδιών με την ανοχή του ασθενή στην αίσθηση αυτή ($p=0,001$). Επίσης, υπάρχει σημαντική συσχέτιση της κατάθλιψης και του άγχους ($p=0,001$), αλλά και του στρες με την κατάθλιψη ($p=0,024$) και το άγχος ($p=0,028$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 27- ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΑΚΡΩΝ (ΑΙΜΩΔΙΕΣ)

	ΕΝΤΑΣΗ	ΑΝΟΧΗ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ(D)	ΑΓΧΟΣ(A)	ΣΤΡΕΣ(S)
ΕΝΤΑΣΗ		<i>r=0,801</i>	<i>r=0,285</i>	<i>r=0,430</i>	<i>r=0,227</i>
N=13		<i>p=0,001</i>	<i>p=0,345</i>	<i>p=0,142</i>	<i>p=0,457</i>
ΑΝΟΧΗ					
	<i>r=0,801</i>		<i>r=0,338</i>	<i>r=0,242</i>	<i>r=0,242</i>
	<i>p=0,001</i>		<i>p=0,200</i>	<i>p=0,367</i>	<i>p=0,367</i>
N=16					
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ					
	<i>r=0,285</i>	<i>r=0,338</i>		<i>r=0,750</i>	<i>r=0,545</i>
	<i>p=0,345</i>	<i>p=0,200</i>		<i>p=0,001</i>	<i>p=0,024</i>
N=17					
ΑΓΧΟΣ					
	<i>r=0,430</i>	<i>r=0,464</i>	<i>r=0,750</i>		<i>r=0,531</i>
	<i>p=0,142</i>	<i>p=0,70</i>	<i>p=0,001</i>		<i>p=0,028</i>
N=17					
ΣΤΡΕΣ					
	<i>r=0,227</i>	<i>r=0,242</i>	<i>r=0,545</i>	<i>r=0,531</i>	
	<i>p=0,457</i>	<i>p=0,367</i>	<i>p=0,024</i>	<i>p=0,28</i>	
N=17					

Πίνακας 27: Συσχέτιση έντασης και ανοχής νευροπαθητικού πόνου με κατάθλιψη-άγχος-στρες

Όσον αφορά στη διάρκεια του πόνου, στους ασθενείς με συνεχόμενο πόνο (N=8), παρατηρούνται αυξημένες μέσες τιμές στα σκορ κατάθλιψη- άγχος- στρες. Οι μέγιστες ακραίες τιμές των σκορ είναι επίσης πολύ υψηλές (πολύ σοβαρή κατάθλιψη, πολύ σοβαρό άγχος και στρες).

ΠΙΝΑΚΑΣ 28- ΣΥΝΕΧΗΣ ΠΟΝΟΣ

<i>N=8</i>	<i>ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</i>	<i>ΑΓΧΟΣ</i>	<i>ΣΤΡΕΣ</i>
MD (SD)	8.75 (4.71)	8.25 (5.72)	12.25 (3.69)
Minimum	3.00	0.00	7.00
Maximum	19.00	14.00	18.00

Πίνακας 28: Ελάχιστες τιμές, μέγιστες και μέσες τιμές σκορ κατάθλιψης-άγχους-στρες στο συνεχή πόνο

ΠΙΝΑΚΑΣ 29- ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ ΧΩΡΙΣ ΠΟΝΟ

<i>N=51</i>	<i>ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</i>	<i>ΑΓΧΟΣ</i>	<i>ΣΤΡΕΣ</i>
MD (SD)	4.39 (4.24)	4.13 (3.40)	6.54 (4.28)
Minimum	0.00	0.00	0.00
Maximum	20.00	17.00	15.00

Πίνακας 29: Ελάχιστες τιμές, μέγιστες και μέσες τιμές σκορ κατάθλιψης-άγχους-στρες σε ασθενείς με διαστήματα ελεύθερα πόνου

Η διάρκεια του πόνου παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατάθλιψη [$t(59)=-2,463$, $p=0,036$] και το στρες [$t(59)=-3,967$, $p=0,003$], ενώ με το άγχος εμφανίζεται μια στατιστικά μη σημαντική συσχέτιση [$t(59)=-1,997$, $p=0,84$].

Η επίδραση του πόνου στον ύπνο, είναι επίσης ένα πολύ σημαντικό στοιχείο. Σε σύνολο 63 ασθενών, οι 25 (27.8% των ασθενών που πονούν), αναφέρουν ότι εμφανίζουν διαταραχές ύπνου. Σε αυτούς τους ασθενείς παρατηρούνται αυξημένες μέσες τιμές των μεταβλητών Κατάθλιψη-Άγχος- Στρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30- ΔΙΑΚΟΠΗ ΥΠΝΟΥ ΛΟΓΩ ΠΟΝΟΥ

	<i>ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</i>	<i>ΑΓΧΟΣ</i>	<i>ΣΤΡΕΣ</i>
<i>ΝΑΙ (N=25)</i>	6.24 (4.26)	5.16 (3.59)	8.24 (4.57)
<i>ΟΧΙ (N=38)</i>	4.05 (4.47)	4.21 (3.93)	7.42 (4.86)

Πίνακας 30: μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις κατάθλιψης-άγχους-στρες σε ασθενείς με διαταραχές ύπνου λόγω πόνου

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και διαταραχών ύπνου [$t(63)=1,933$, $p=0,058$]. Η συσχέτιση των διαταραχών ύπνου με το άγχος και το στρες είναι μη στατιστικά σημαντική [$p=0,337$ και $p=0,506$ αντίστοιχα].

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι πληροφορίες που εξάγονται από τη μελέτη μας περιγράφουν ένα ειδικό δείγμα ασθενών, εφόσον προέρχονται από ένα τμήμα ημερήσιας νοσηλείας σε ενήλικες ογκολογικούς ασθενείς, που πάσχουν από καρκίνο πνεύμονα ή στο πεπτικό σύστημα, σε μια περιοχή της βόρειας Ελλάδας.

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αποτελείται από ηλικιωμένους ασθενείς, συνταξιούχους στο μεγαλύτερο ποσοστό.

Σημαντικός είναι ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή, τόσο για τη μεταφορά του από τον τόπο διαβίωσής του στο κέντρο παροχής φροντίδας, όσο και στην επικοινωνία με το θεράποντα γιατρό του. Είναι χαρακτηριστικό το ποσοστό του δείγματος των ασθενών που δηλώνει ότι τη συνταγογράφηση των φαρμάκων του αναλαμβάνει να διεκπεραιώσει ένα μέλος της οικογένειας ή ένα φιλικό πρόσωπο.

Στο σύνολο του δείγματος, το 69.8% του δείγματος αναφέρει ότι πονά. Ο αναφερόμενος πόνος είναι ήπιος(36.8%) έως πολύ σοβαρός(33%). Η ένταση και η ανοχή στον πόνο δεν παρουσιάζει διαφοροποίηση στους ασθενείς όσον αφορά στην εντόπιση της νόσου, αλλά υπάρχει διαφοροποίηση στα σημεία εντόπισης του πόνου, η οποία επηρεάζεται από την εντόπιση του όγκου και το στάδιο της νόσου, την προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση, ακόμη και από τον αριθμό των συνεδριών χημειοθεραπείας που έχουν λάβει οι ασθενείς.

Είναι αρκετά υψηλό το ποσοστό ασθενών που αναφέρει ότι ο πόνος του είναι αφόρητος (36.9%), ποσοστό που καταδεικνύει την ανάγκη συστηματικής αξιολόγησης και αντιμετώπισης του πόνου των καρκινοπαθών. Λόγω της υφιστάμενης νομοθεσίας αλλά και της επιφυλακτικότητας στη συνταγογράφηση αναλγητικών και ιδιαίτερα οπιοειδών, φαίνεται ότι ο πόνος υποθεραπεύεται. Αρκετοί ασθενείς αναφέρουν ότι αγοράζουν οι ίδιοι παυσίπονα (παρακεταμόλη), κατά κάποιο τρόπο δηλαδή αναλαμβάνουν οι ίδιοι την αντιμετώπιση του πόνου τους.

Ένα μικρό ποσοστό ασθενών απευθύνθηκε σε Ιατρείο Πόνου για την αντιμετώπιση του πόνου του, με δική του κυρίως πρωτοβουλία, καθώς στο Γενικό Νοσοκομείο στο οποίο διεξήχθη η μελέτη δεν υπάρχει ανάλογο ιατρείο.

Οι ασθενείς που λαμβάνουν αγχολυτικά, αναφέρουν ότι αυτά συνταγογραφούνται κυρίως από άλλες ιατρικές ειδικότητες εκτός του κέντρου φροντίδας τους.

Το 15% του συνόλου του δείγματος εμφανίζει σοβαρή κατάθλιψη, το 16.3% εμφανίζει υψηλές τιμές άγχους και το 13.9% εμφανίζει υψηλό στρες. Υπάρχει σαφής υψηλή συσχέτιση των ψυχολογικών διαταραχών μεταξύ τους ($p=0.000$).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αυξημένη μέση τιμή του σκορ στρες στους ασθενείς με καρκίνο του πεπτικού συστήματος, σε σχέση με τους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα. Επίσης αυξημένο σκορ στρες εμφανίζουν οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Το αυξημένο στρες μπορεί να προέρχεται από την ίδια την επέμβαση (μετατραυματικό στρες), η οποία επιβαρύνει τον ασθενή με νοσηλεία και πόνο, αλλά και συχνά, με αλλαγή του σωματικού ειδώλου και της ποιότητας ζωής, όταν για παράδειγμα, ο ασθενής μετά το χειρουργείο αποκτά κολοστομία.

Ασθενείς που βρίσκονται σε αρχική φάση της νόσου, χωρίς μεταστάσεις, εμφανίζουν υψηλότερες μέσες τιμές άγχους και στρες, καθώς η διάγνωση της νόσου είναι σχετικά πρόσφατη, αλλά και η αγωνία για την εξέλιξη της νόσου εντονότερη. Αυξημένο σκορ στρες επίσης εμφανίζεται στους ασθενείς που έχουν λάβει 7 και πλέον συνεδρίες χημειοθεραπείας ($p=0.052$) καθώς και αυξητική τάση στη μέση τιμή κατάθλιψης.

Η ομάδα ασθενών που λαμβάνει διφωσφονικά λόγω οστικών μεταστάσεων εμφανίζει αυξημένη τιμή κατάθλιψης, μη στατιστικά σημαντική. Οι ασθενείς με οστικές μεταστάσεις συχνά πονούν περισσότερο, έχουν περιορισμένη κινητικότητα και ανησυχία για τη μελλοντική σωματική τους ικανότητα.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της έντασης του πόνου με τις ψυχολογικές διαταραχές του δείγματος. Η ένταση και η ανοχή στον πόνο σχετίζονται με την κατάθλιψη ($p=0.097$), το άγχος ($p=0.006$) και το στρες ($p=0.038$) των ασθενών.

Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι η ένταση και η ανοχή στον πόνο σχετίζονται ανάλογα με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο, επιβεβαιώνοντας την αρχική μας υπόθεση.

Η ένταση του πόνου και της κατάθλιψης εμφανίζουν ανάλογη διακύμανση. Όσο περισσότερο διαρκεί ο πόνος τόσο περισσότερο αυξάνει και η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης, αλλά και σε ασθενείς με κατάθλιψη η ένταση του πόνου μεγεθύνεται. Όταν ο πόνος αντιμετωπίζεται, υποχωρεί και η κατάθλιψη. Επίσης, η χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, βοηθά και στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου των καρκινοπαθών.

Η λήψη αναλγητικών και ο αποτελεσματικός έλεγχος του πόνου φαίνεται ότι επηρεάζουν θετικά την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, όπως και η χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, συμβάλλει και στον έλεγχο του πόνου των ασθενών.

Η ανάγκη ύπαρξης εξειδικευμένων κέντρων, με επάρκεια εξειδικευμένου προσωπικού στην αντιμετώπιση του πόνου, καταδεικνύεται από τη μελέτη μας. Κρίνεται απαραίτητη η ύπαρξη και η συνεργασία διεπιστημονικών ομάδων, για την ολιστική φροντίδα των ασθενών με καρκινικό πόνο και η προσαρμογή της νομοθεσίας στις ανάγκες της αντιμετώπισης του πόνου και των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο στη χώρα μας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

I. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ

A. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο ερωτώμενου:

Ανδρας ☐ Γυναίκα ☐

2. Ηλικία:

25-35 ετών ☐

36-45 ετών ☐

46-55 ετών ☐

56-65 ετών ☐

66-75 ετών ☐

76 ετών και άνω ☐

3. Επίπεδο Εκπαίδευσης

Δημοτικό ☐

Γυμνάσιο ☐

Λύκειο ☐

ΤΕΙ ☐

ΑΕΙ ☐

4. Επάγγελμα

Ελεύθερος επαγγελματίας ☐

Ιδιωτικός Υπάλληλος ☐

Δημόσιος Υπάλληλος ☐

Άνεργος ☐

Συνταξιούχος ☐

Άλλο (διευκρινίστε) _____

5. Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος ☐

Έγγαμος ☐

Διαζευγμένος ☐

Σύντροφος ☐

Χήρος ☐

Τέκνα 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ ≥ 5 ☐

6. Τόπος διαμονής _____

Β. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΘΗΣΗ ΣΑΣ

1. Για ποιο λόγο λαμβάνετε θεραπεία στο Τμήμα Ημερήσιας
Νοσηλείας;

2. Έχετε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για την πάθησή σας;
Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, σε ποιο σημείο ή όργανο; _____

Πόσος καιρός έχει περάσει από το χειρουργείο; _____

3. Πόσες συνεδρίες ενδοφλέβιας θεραπείας έχετε λάβει; _____

4. Παίρνετε κάποιο αναλγητικό; Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι ποιο ή ποια είναι αυτά; Ποια είναι η ημερήσια δοσολογία
που λαμβάνετε από αυτό (-ά) τα φάρμακα;

Ποιος σας τα συνταγογραφεί ; Ογκολόγος ☐ Παθολόγος ☐ Ιατρός
άλλης ειδικότητας (διευκρινίστε) ☐ _____

5. Στην αγωγή σας συμπεριλαμβάνεται κάποιο αντικαταθληπτικό,
ηρεμιστικό ή αγχολυτικό φάρμακο; Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι ποιο ή ποια είναι αυτά; Ποια είναι η ημερήσια δοσολογία
που λαμβάνετε από αυτό (-ά) τα φάρμακα;

Ποιος σας τα συνταγογραφεί ; Ογκολόγος ☐ Παθολόγος ☐ Ιατρός
άλλης ειδικότητας (διευκρινίστε) ☐ _____

6. Λαμβάνετε άλλα φάρμακα συστηματικά για την πάθησή σας;

Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι ποιο ή ποια είναι αυτά; Ποια είναι η ημερήσια δοσολογία που λαμβάνετε από αυτό (-ά) τα φάρμακα;

7. Απευθύνεστε ο ίδιος στο γιατρό σας για τη συνταγογράφηση των φαρμάκων σας; Ναι ☐ Όχι ☐

Αν όχι, ποιος αναλαμβάνει τη συνταγογράφηση των φαρμάκων σας από το γιατρό σας;

Μέλος της οικογένειας ☐ Φίλος ☐ Άλλο

8. Έχει χρειαστεί να μεταβείτε στο νοσοκομείο (στα Επείγοντα Περιστατικά) για την αντιμετώπιση του πόνου;

Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, αντιμετωπίστηκε αποτελεσματικά ο πόνος σας;

Ναι ☐ Όχι ☐

9. Χρειάστηκε να νοσηλευτείτε για την αντιμετώπιση του πόνου;

Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, αντιμετωπίστηκε αποτελεσματικά ο πόνος σας;

Ναι ☐ Όχι ☐

10. Χρειάστηκε να απευθυνθείτε σε Ιατρείο Πόνου;

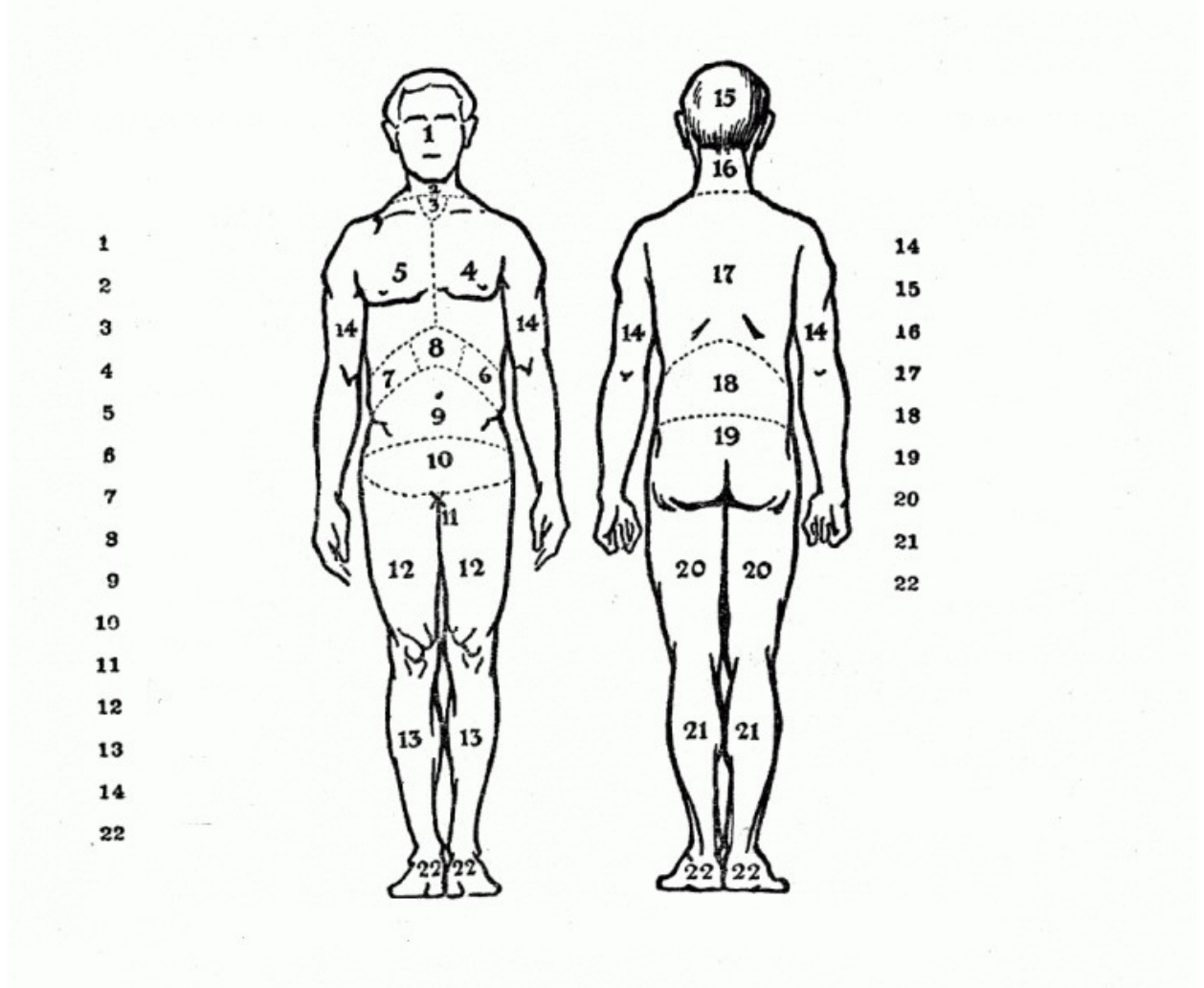
Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, αντιμετωπίστηκε αποτελεσματικά ο πόνος σας;

Ναι ☐ Όχι ☐

Γ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ

1. Πού εμφανίζεται ο πόνος σας;



2. Πόσον καιρό πονάτε;

1 μήνα ☐ 3 μήνες ☐ 6 μήνες ☐ Άλλο _____

3. Πόσο δυνατός είναι ο πόνος σας;

*Καθόλου
Πόνος*

*Αβάσταχτος
Πόνος*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Πώς μεταβάλλεται ο πόνος κατά την πάροδο του χρόνου;

Στιγμιαίος ☐ Συνεχής ☐ Περιοδικός ☐

5. Αναφέρετε πόσο οξύ αισθάνεστε τον πόνο

*Η οξύτερη
αίσθηση
του πόνου
(σαν*

‘μαχαίρι’)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Αναφέρετε πόσο ζεστό αισθάνεστε τον πόνο

*Η πιο ζεστή
αίσθηση
του πόνου
(σαν ‘φωτιά’)*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Αναφέρετε πόσο οξύ (κρύο) αισθάνεστε τον πόνο

*Η πιο κρύα
αίσθηση του
πόνου (‘παγωνιά’)*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Αναφέρετε πόσο ζεστό (τσουχτερό) αισθάνεστε τον πόνο

*Η πιο ευαίσθητη
αίσθηση του
πόνου (‘σαν
γδάρισμα’)*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Αναφέρετε πόσο κνησμώδη αισθάνεστε τον πόνο

*Η πιο έντονη
αίσθηση
κνησμού*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Αναφέρετε γενικά πόσο ανεκτός είναι ο πόνος σε εσάς.

*Όχι
Δυσάρεστος*

*Η πιο δυσάρεστη αίσθηση
του Πόνου (‘Αφόρητος’)*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Αναφέρετε πόσο έντονος είναι ο βαθύς πόνος

*Όχι
Βαθύς*

*Ο εντονότερος βαθύς
αισθητός πόνος*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Αναφέρετε πόσο έντονος είναι ο επιφανειακός πόνος

*Όχι
Επιφανειακός
επιφάνεια πόνος*

*Εντονότερη αίσθηση
πόνου στην*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13 .Ποιες κινήσεις ή δραστηριότητες αυξάνουν την ένταση του πόνου σας; _____

14 .Υπάρχουν διαστήματα που δεν πονάτε; Ναι ☐ Όχι ☐

15.Πόσες ώρες χρειάζεται να μείνετε ξαπλωμένος κατά τη διάρκεια της ημέρας;

Καθόλου ☐ 1-2 ώρες ☐ 2-5 ώρες ☐ Συνέχεια ☐

16. Εμποδίζει ο πόνος τον ύπνο σας; Ναι ☐ Όχι ☐

17. Πόσες ώρες κοιμάστε κατά τη διάρκεια της νύχτας;

Καθόλου ☐ 1-3 ώρες ☐ 4-5 ώρες ☐ 7 ώρες ☐

18 . Πόσες ώρες κοιμάστε κατά τη διάρκεια της ημέρας;

Καθόλου ☐ 1-3 ώρες ☐ 4-5 ώρες ☐ 7 ώρες ☐

19. Ποιες δραστηριότητες απολαμβάνετε;

Δ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΑΣ

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε τον αριθμό που θεωρείτε ότι αντιπροσωπεύει τη δική σας διάθεση κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας.

Βαθμολογείστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0: Δεν ίσχυε καθόλου για μένα

1: Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα

2: Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα

3: Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Δεν μπορούσα να ηρεμήσω των εαυτό μου | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Ένοιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Δυσκολευόμουν να ανασάνω (π.χ γρήγορη αναπνοή χωρίς σωματική προσπάθεια) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετωπίζα | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Αισθάνθηκα τρεμούλα (πχ στα χέρια) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Ένιωσα πολύ κοντά στον πανικό | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Ένιωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπά χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Ένιωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα | 0 | 1 | 2 | 3 |

II. ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ

Αγαπητέ κύριε/κυρία,

Το ερωτηματολόγιο στο οποίο καλείστε να απαντήσετε, αφορά στη νόσο για την οποία λαμβάνετε τη θεραπεία σας στο Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας του Γ.Ν.Θ «*****». Συγκεκριμένα αφορά στην ύπαρξη και αντιμετώπιση του πόνου, αλλά και στις ψυχολογικές επιπτώσεις που αυτός μπορεί να προκαλεί σε εσάς.

Οι απαντήσεις σας θα βοηθήσουν στην συλλογή σημαντικών πληροφοριών και στην εξαγωγή σημαντικών συμπερασμάτων, τα οποία θα χρησιμοποιηθούν για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας, στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Αντιμετώπιση του Πόνου», της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Η ταυτότητά σας και τα προσωπικά σας στοιχεία δε θα δημοσιοποιηθούν και δε θα δημοσιευτούν σε κανένα μέσο έντυπο ή διαδικτυακό, καθώς το ερωτηματολόγιο το οποίο θα απαντήσετε είναι ανώνυμο.

Η συμμετοχή σας ή η μη συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή, δε θα επηρεάσει σε κανένα βαθμό τη θεραπευτική σας αντιμετώπιση.

Σε περίπτωση που αποφασίσετε να απαντήσετε στο ερωτηματολόγιο αυτό, είμαστε στη διάθεσή σας για οποιεσδήποτε διευκρινήσεις.

Τα συμπεράσματα που θα εξαχθούν από την έρευνα, με τη δική σας συμμετοχή, θα είναι σημαντικά και θα συμβάλλουν στον εμπλουτισμό της γνώσης και στην αναβάθμιση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, που αφορά σε ασθενείς με προβλήματα υγείας αντίστοιχα με το δικό σας.

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία και το χρόνο σας.

Ημερομηνία _____

Υπογραφή _____

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αμπατζόγλου Α, Ζαραλίδου Α, Μαϊδάτση Π, Καρακούλας Κ, Γκιάλα Μ, «Η Κατάθλιψη σε Ασθενείς με Χρόνιο Πόνο. Συσχέτιση με τη Συνύπαρξη Νεοπλασματικής Νόσου, την Ηλικία και το Φύλο», τόμος 11, τεύχος 22/10, σελ 67-72
2. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων [ΕΟΦ,2007], «Εθνικό Συνταγολόγιο Φαρμάκων», Αθήνα
3. Ζαραλίδου Α, Βασιλάκος Β, (2008), «Καρκινικός Πόνος», στο «Ο Πόνος- Η Αντιμετώπισή του» Ιωάννινα, εκδ. Εφύρα ,Ιωάννινα
4. Ζαχαρία Γ, Νικολούζος Σ, Καποδίστριας Ν, Μουζακίτη Α, Ντουβέλης Ε, Πλέσια Ε, (2013) «Καρκινικός Πόνος και Παρηγορητική Αγωγή», Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος, Τόμος 9, Τεύχος 2
5. Κουτελέκος Ι, Γερογιάννη Γ (2011) «Θρησκευτικότητα στο χώρο του Νοσοκομείου», Το Βήμα του Ασκληπιού, 10^{ος} τόμος, 4^ο τεύχος
6. Λυμπεράκης Σ (1997), «Εγκέφαλος και Ψυχολογία: Εισαγωγή στη Νευροψυχολογία», εκδ. Ελληνικά Γράμματα
7. Μισουρίδου Ε (2007), «Η συναισθηματική εργασία και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή ασθενή», Νοσηλευτική, 46(3): 374-380
8. Μουσσάς Γ.Ι, Καρκανιάς Α.Π, Παπαδοπούλου Α, ‘Ψυχολογικά και Ψυχιατρικά προβλήματα στους ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου με καρκίνο’, Ψυχιατρική 19(2)
9. Παπαδάτου Δ (1999), ‘Η γνωστική αναπαράσταση της αρρώστιας’, στο ‘Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας’- Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ, εκδ. Ελληνικά γράμματα, θ’ έκδοση
10. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.),1986, «Η Αντιμετώπιση του Πόνου στον Καρκίνο», ελληνική έκδοση 1993, εκδ ΒΗΤΑ
11. Πεδιαδιτάκη Ο (2007), «Διερεύνηση της επίδρασης των προσωπικών εμπειριών πόνου των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών», Νοσηλευτική, 46 (3): 399-405
12. Πλέσια Ε (2014) «Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και Αντιμετώπιση του Χρόνιου Πόνου- Λειτουργία των Ιατρείων Πόνου» Σεμινάριο στο ΠΜΣ «Αντιμετώπιση του Πόνου», Αθήνα

13. Στεφανής Κ (2006),Ορισμός «Άγχος», Πάπυρος Larousse Britannica, εκδ. Πάπυρος, τόμος 2
14. Τσιρτσιρίδου Β, Βασιλοπούλου Γ (2014) Ψυχοκοινωνικές και πολιτισμικές όψεις του πόνου. Θέματα φύλου και ταυτότητας στον πόνο, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, Τόμος1 :(1)

ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Academy of Pain Medicine (1998) ‘Acute Pain and Cancer Pain’
2. American Academy of Pain Medicine (2013) ‘Use of Opioids for the Treatment of Chronic Pain’
3. American Psychiatric Association (1994), ‘Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition, Washington DC
4. Averyt JC, Nishimoto PW ‘Psychosocial issues in colorectal cancer survivorship: the top ten questions patients may not be asking’, J Gastrointest Oncol 5(5): 395-400
5. Boehm K, Bussing A, Osterman T (2012), ‘Aromatherapy as an adjuvant treatment in cancer care- a descriptive systematic review’, Afr J Tradit Complement Altern Med; 9(4): 503-518
6. Bottomley A (1998), ‘Depression in Cancer Patients: a literature review’, European Journal of Cancer Care 7, 181-191
7. Ciaramela A, Poli P (2001), ‘Assessment of Depression Among Cancer Patients: the Role of Pain, Cancer Type and Treatment’, Psycho-Oncology 10: 156-165
8. Cochinov H, Hack T, Hassard T et al (2005), ‘Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life’, Journal of Clinical Oncology, Vol 23, No 24, pp5520-5524
9. Cohen M, Jasser S, Herron P, Margolis C (2002), ‘Ethical perspectives: opioid treatment of chronic pain in the context of addiction’, Clin J Pain ;18:S99-107
10. Cooper J.R, Bloom F.E, Roth R.H (1991), ‘The Biochemical Basis of Neuropharmacology’ Oxford University Press.
11. Coyn P, Wan W, Dodson P et al (2013), ‘An Expanded Trial of Scrambler Therapy in the Treatment of Cancer Pain Syndromes And Chronic

- Chemotherapy –Induced Peripheral Neuropathy’ Pain Palliat Care Pharmacotherapy; 27(4): 359-364, doi: 10.3109/15360288.2013.847519
12. Dahan A, Overdyk F, Smith T, et al (2013), ‘Pharmacovigilance: A Review of Opioid-Induced Respiratory Depression in Chronic Pain Patients’, 16:E85-E94, ISSN 2150-1149
 13. Dantzer R, Meagher M, Cleeland C (2013), ‘Translational approaches to treatment-induced symptoms in cancer patients’, Nat Rev Clin Oncol; 9 (7): 414-426. doi: 10.1038/nrclinonc.2012.88
 14. Elkins G, Fisher W, Johnson A (2010), ‘Mind-body therapies in integrative oncology’, Current treatment options in oncology, Vol 11, Nos. 3-4, pp128-140
 15. Expert Working Group of the Research Network of the European Association for Palliative Care [EASP (2001)], ‘Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations’ Br J Cancer 84: 587-593
 16. European Society of Medical Oncology (2007), ‘Management of Cancer Pain: ESMO Clinical Recommendations’, Annals of Oncology 18, Sup2c, 1192-1194
 17. Fallon M (2010), ‘Depression in Cancer’, Edinburgh Palliative and Supportive Care Group (EPaS), EAPC, Glasgow
 18. Farrer Keith (2007), ‘Pain Management’, in ‘Palliative Nursing bringing comfort and hope by: Shaun Kinghorn and Richard Gamlin’, Royal College of Nursing, απόδοση στα ελληνικά: Θεοδοσοπούλου- Ευθυμίου Ε, εκδ. BHTA, Αθήνα
 19. Griffith K , Coutoure D, Zhu S, et al (2014) ‘ Evaluation of Chemotherapy-induced Peripheral Neuropathy using Current Perception Threshold and Clinical Evaluations’ Support Care Cancer, May;22(5): 1161-1169, doi:10.1007/s00520-013-2068-0
 20. Guyton and Hall (2001), Human Physiology and Mechanisms of Disease’, 6th edition, W.B. Saunders Company, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Ευαγγέλου Α, εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα.
 21. Han Y, Smith M. T, (2013) ‘Pathobiology of Cancer Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy (CIPN)’, Frontiers in Pharmacology, Vol 4, Article 156, doi:10.3389/fphar.201300156

22. Haun M, Sklenarova H, Brechtel A et al (2014), 'Distress in Cancer Patients and their Caregivers and Association with the Caregivers' Perception of Dyadic Communication', *Oncology Research and Treatment* 4;37: 384-388
23. Henderson A (2001), 'Emotional labor and nursing: an under-appreciated aspect of caring work' *Nurs Inq* 2001, 8:130-138
24. International Association for the Study of Pain (IASP), (2009), 'The Cancer Patient with Anxiety and Chronic Pain', Vol XVII, Issue 4
25. Irvin et al (2011) 'Symptom Management in Metastatic Breast Cancer', *The Oncologist*, 16: 1203-1214
26. Jones D et al (2015) 'Neuropathic Symptoms, Quality of Life, and Clinician Perception of Patient Care in Medical Oncology Outpatients with Colorectal, Breast, Lung and Prostate Cancer', *J Cancer Survival*, March; 9(1): 1-10. doi: 10.1007/s11764-014-0379-x
27. Jones P, Blunda M, Biegel G et al (2013), 'Can Mindfulness- Based Interventions Help Adolescents with Cancer?', *Psychology*; 22(9): doi:10.1002/pon.3251
28. Kacel E, Gao X, Prigerson H (2011), 'Understanding Bereavement: What Every Oncology Practitioner Should Know', *J Support Oncology*; 9(5): 172-180, doi: 10.1016/j.suponc.2011.04.007
29. Kandel E, Swartz J, Jessel T (1999), 'Essentials of Neural Science and Behaviour'-'Νευροεπιστήμη και συμπεριφορά', επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Α. Καραμανλίδης, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης
30. Konstandi Z, Gouva M, Mantzoukas S, Petridis A, Eftichidou E, Mavreas V, Damigos D (2010), 'An exploratory study on nurses and doctors attitudes and knowledge of pain management in a Greek hospital', *Interscientific Health Care*, Vol 2, Issue 1, 37-46
31. Kroenke K et al (2010), 'Somatic Symptoms in Cancer Patients with Pain and/or Depression Prevalence, Disability, and Health Care Use, October 11;170(18): 1686-1694, doi:10.1001/archintermed.2010.337
32. Kwekkeboom K, Cherwin C, Lee J, Wanta B (2010), 'Mind-Body Treatments for the Pain-Fatigue-Sleep Disturbance Symptom Cluster in Persons with Cancer', *J Pain Symptom Management*, January;39(1): 126-138, doi:10.1016/j.painsymman.2009.05.022

33. Kwekkeboom K, Abbott-Anderson K, Wanta B (2010), 'Feasibility of a Patient-Controlled Cognitive Behavioral Intervention for Pain, Fatigue and Sleep Disturbance in Cancer', *Oncol Nurs Forum*; 37(3): E151-E159, doi: 10.1188/10.ONF.E151-E159
34. Kwon JH, Hui D, Chisholm G, Hong WT, Nguyen L, Bruera E (2013), 'Experience of Barriers to Pain Management in Patients Receiving Outpatient Palliative Care', *Journal of Palliative Medicine*, Vol 16, No 8, Doi: 10.1089/jpm.2012.0610
35. Lemone P, Burke K (2004) 'Medical-surgical Nursing: critical thinking in client care', 3rd edition, Pearson education Inc, επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Ηρώ Παναγιωτάκη- Μπροκαλάκη, εκδ. Λαγός
36. Levit-Binnun N, Szepsenwol O, Stern-Ellran K, Engel-Yeger B (2014), 'The relationship between sensory responsiveness profiles, attachment orientations, and anxiety symptoms', *Australian Journal of Psychology*, doi: 10.1111/ajpy.12064
37. Macnish S (2007), 'Complementary Therapy', in 'Palliative Nursing bringing comfort and hope by: Shaun Kinghorn and Richard Gamlin', Royal College of Nursing, απόδοση στα ελληνικά: Θεοδοσοπούλου- Ευθυμίου Ε, εκδ. BHTA, Αθήνα
38. Massie Mary Jane (2004), 'Prevalence of Depression in Patients with Cancer', *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, No 32
39. Mao J, Gold M, Backonja M (2011), 'Combination Drug Therapy for Chronic Pain: A Call for More Clinical Studies', *J Pain*; 12(2): 157-166. doi: 10.1016/j.pain.2010.07.006
40. Mystakidou K, Tsilika E et al (2007) 'Exploring the Relationships Between Depression, Hopelessness, Cognitive Status, Pain and Spirituality in Patients with Advanced Cancer', *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol 21, No 3, pp 150-161
41. Nakamura Y, Lipschitz D, Kuhn R et al (2013), 'Investigating efficacy of two brief mind-body intervention programs for managing sleep disturbance in cancer survivors: a pilot randomized controlled trial', *J Cancer Surv* ; 7: 165-182, doi: 10.1007/s11764-012-0252-8
42. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009), 'Depression in Adults', Clinical Guideline 90

43. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009), 'Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem', Clinical Guideline 91
44. Oken MM, Creech RH, Tormey DC et al (1982), 'Toxicity and Response Criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group' *Am J Clin Oncol* 5:649-655
45. Ozkan S (2010) 'Psychiatric Aspects of Pain in Cancer Patients', *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol 11,: MECC Supplement
46. Parikh S, Lam E, CANMAT Depression Working Group (2001), 'Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders' *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 46, Sup 1
47. Paschou A, Damigos D, Mavreas V, Gouva M (2010), 'An exploratory study on the relationship between shame and bodily pain', *Interscientific Health Care*, Vol 2, Issue 2, 86-92
48. Reyes-Gibby C, Morrow Ph-Kh, Buzdar A, Shete S (2009), 'Chemotherapy-induced peripheral neuropathy as a predictor of neuropathic pain in breast cancer patients previously treated with paclitaxel', *J pain*, November; 10(11): 1146-1150, doi:10.1016/j.pain.2009.04.006
49. Rodin G et al. and the Supportive Care Guidelines Group of Cancer Care Ontario's Program in Evidence-Based Care (2007) "Treatment of Depression in Cancer patients", *Current Oncology*, Vol 4, No 5
50. Rosenstein D (2011), 'Depression and end-of-life care for patients with cancer', *Dialogues in Clinical Neuroscience*, Vol 3, No 1
51. Segal Z, Whitney D, Lam R and the CANMAT Depression Work Group (2001), 'Clinical Guidelines of the Treatment of Depressive Disorders', *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol 46, Sup 1
52. Spoletini et al (2008) "Depression and cancer: An unexplored and unresolved emergent issue in elderly patients", *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 65, 143-155
53. Tavoli A, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Melyani M (2008), 'Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: the role of pain beliefs', *BMC Cancer*, 8:177, doi:10.1186/1471-2407-8-177

54. Vaccarino A, Sills T, Evans K, Kalali A (2009), 'Multiple Pain Complaints in Patients with Major Depressive Disorders, *Psychosomatic Medicine* 71:159-162
55. Van Hecke O, Torrance N, Smith B (2013), 'Chronic Pain Epidemiology-where do lifestyle factors fit in?', *British Journal of Pain* 7:209, doi:10.1177/2049463713493264
56. Varrassi G, Muller- Schwefe G, Pergolozzi J et al (2010), 'Pharmacological treatment of chronic pain-the need for CHANGE', *Current Medical Research & Opinion*, Vol 26, No 5, 1231-1245
57. Vassent O, Roysamb E, Nielsen C (2013), 'Five-factor-personality traits and pain sensitivity: a twin study', *Pain*; 154 722-728
58. Verma V, Singh N, Jaggi AS (2014), 'Pregabalin in Neuropathic Pain: Evidences and Possible Mechanisms', *Current Neuropharmacology*, 12, 44-56
59. Vodermaier A, Linden W, Siu C (2009), 'Screening for Emotional Distress in Cancer Patients: A Systematic Review of Assessment Instruments', *JNCI*, Vol 101, Issue 21
60. Weidong L, Dean-Clower E, Doherty-Gilman A, Rosenthal D (2008), 'The Value of Acupuncture in Cancer Care', *Hematol Oncol Clin North Am*; 22(4) 631-viii, doi: 10.1016/j.hoc.2008.04.005
61. Weinberger M, Roth A, Nelson C (2009), 'Untangling the Complexities of Depression Diagnosis in Older cancer Patients', *Oncologist*, January; 14(1):60-66, doi: 10.1634/theoncologist.2008-0147
62. Wieland LS, Manheimer E, Berman BM (2011), 'Development and Classification of an operational definition of Complementary and Alternative Medicine for the Cochrane Collaboration', *Alternative therapies in health and medicine*, Vol 17, No 2, pp 50-59
63. Williams S, Dale J (2006), 'The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review', *British Journal of Cancer*, 94, 372-390
64. Wilson J, Stack C, Hester J (2014), 'Recent advances in cancer pain management', *F1000 Prime Reports*, 6:10, <http://f1000.com/prime/reports/m/6/10>
65. Zartaloudi A (2010), 'Transcultural exploration of bereavement and grief', *Interscientific Health Care*, Vol 2, Issue 2, 55-63

ΔΙΑΔΥΚΤΙΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. Lyrakos N. G, Arvaniti C, Smyrnioti M, Kostopanagiotou G (2011)
"Translation and Validation Study of the Depression Anxiety Stress Scale in
the Greek General Population and in Psychiatric Patients' Sample" EUROPEAN
PSYCHIATRY, Volume 26, Issue null, Page 1731
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924933811734356>
2. Mayr M, Schmid R (2010), 'Pancreatic cancer and depression: myth and
truth', BMC Cancer 10:569, www.biomedcentral.com/1471-2407/10/569
3. McCaffery, Bebee et al 'The Numeric Pain Rating Scale Instructions, 1989
(www.rehabmeasures.org)
4. Rowbotham M, Twilling L, Davies P et al (2003), 'Oral Opioid Therapy for
Chronic Peripheral and Central Neuropathic Pain', N Engl J Med 348; 13,
www.NEJM.ORG
5. Satin J, Linden W, Phillips M. J (2009), 'Depression as a Predictor of Disease
Progression and Mortality in Cancer Patients', Cancer November 15, pp 5349-
5361 doi:10.1002/cncr.24561, www.interscience.wiley.com
6. Spoletini et al. (2009) "Management of pain in cancer patients with depression
and cognitive deterioration", Elsevier, Surgical Oncology
(www.sciencedirect.com)
7. Tatrow K, Montgomery GH (2006), 'Cognitive Behavioral Therapy
techniques for Distress and Pain in Breast Cancer Patients',
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth