



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ
Ειρήνη Χαϊδόγιαννη
ΑΜ: 1193

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ
Αθηνά Πάσχου
Ψυχολόγος, Phd
Ακαδημαϊκή Υπότροφος Νοσηλευτικής

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2022

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ορισμός νόσων τελικού σταδίου	9
1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα	10
1.3 Νευρομυϊκές παθήσεις	11
1.3.1 Είδη νευρομυϊκών παθήσεων	11
1.3.2 Ευρήματα μελετών για τις συχνότερες νευρομυϊκές παθήσεις	12
1.4 Αναπνευστικές παθήσεις	13
1.4.1 Είδη αναπνευστικών παθήσεων	13
1.4.2 Ευρήματα μελετών για τις συχνότερες αναπνευστικές παθήσεις	14
1.5 Καρδιαγγειακές παθήσεις	15
1.5.1 Είδη καρδιαγγειακών παθήσεων	15
1.5.2 Ευρήματα μελετών για τις συχνότερες καρδιαγγειακές παθήσεις	16
1.6 Παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος	17
1.6.1 Είδη παθήσεων του ουροποιητικού συστήματος	17
1.6.2 Ευρήματα μελετών για τις συχνότερες παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος	18
1.7 Νεοπλάσματα	19
1.7.1 Είδη νεοπλασμάτων	19
1.7.2 Ευρήματα μελετών για τα συχνότερα νεοπλάσματα στις γυναίκες	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Παρηγορητική φροντίδα και νοσηλευτικές παρεμβάσεις	23
2.2 Δομές φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου	23

2.2.1 Ομάδες αυτοβοήθειας	24
2.2.2 Φροντίδα ξενώνα	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Πόνος	25
3.2 Είδη του πόνου	25
3.3 Κλίμακες αξιολόγησης του πόνου	26
3.4 Εργαλεία αξιολόγησης της ψυχικής υγείας	26
3.4.1 Δείκτης Shalom	27
3.4.2 Δείκτης ευτυχίας της Οξφόρδης	27
3.5 Μη φαρμακευτική διαχείριση του πόνου	28
3.6 Φαρμακευτική διαχείριση του πόνου	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Η έννοια του θανάτου	29
4.2 Ο φόβος του θανάτου	29
4.3 Διαχείριση του φόβου του θανάτου	30
4.3.1 Κλίμακα άγχους και κατάθλιψης	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Ψυχοκοινωνική στήριξη των ασθενών τελικού σταδίου και των οικογενειών τους	32
5.2 Ευρήματα μελετών για την επιβάρυνση νοσηλευτών που φροντίζουν ασθενείς τελικού σταδίου	34

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	36
---------------------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	37
---------------------------	-----------

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της παρούσας πτυχιακής εργασίας αφορά τη φροντίδα ασθενών με νόσο τελικού σταδίου και τον τρόπο διαχείρισής τους με την υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού. Μια νόσος τελικού σταδίου δύναται να εμφανιστεί στη ζωή ενός ανθρώπου είτε για μικρό χρονικό διάστημα είτε χρόνια. Αυτό παρατηρείται σε ασθενείς με καρδιαγγειακές, αναπνευστικές, νευρομυϊκές παθήσεις, παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος και κατά κύριο λόγο στα νεοπλάσματα. Είναι πιθανότερο να βιώσουν μια νόσο τελικού σταδίου ασθενείς οι οποίοι ακολουθούν έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής, δηλαδή άτομα που αποφεύγουν κάθε είδους σωματική άσκηση ή κάνουν κατάχρηση εθιστικών ουσιών. Σε αυτούς τους ασθενείς τα συμπτώματα που εμφανίζονται τείνουν να είναι ψυχοσωματικά, και χρήζουν ολιστικής φροντίδας και προσοχής από τους νοσηλευτές. Τέτοιου είδους συμπτώματα αφορούν για παράδειγμα το άγχος και την κατάθλιψη που βιώνουν οι ασθενείς λόγω της κατάστασης που αντιμετωπίζουν. Αυτό όμως, επηρεάζει τόσο την οικογένεια των ασθενών, όσο και τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Με αφετηρία τη θέση αυτή, λοιπόν, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετηθεί το αντίκτυπο του επικείμενου θανάτου ενός ασθενή τελικού σταδίου στο περιβάλλον γύρω του και να αναλυθεί η σημαντικότητα της παρηγορητικής φροντίδας στους ασθενείς αυτούς.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο ταξίδι της γνώσης θα εμφανιστούν εμπόδια πολλά, όμως και άνθρωποι στους οποίους θα μπορέσεις να στηριχθείς και θα σε οδηγήσουν στην μετέπειτα εξέλιξή σου. Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια, κ.Πάσχου, καθώς ο ρόλος της στην ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας κρίθηκε θεμελιώδους σημασίας, και αποδείχθηκε καθοδηγητικός και εμπνευστικός. Επιπρόσθετα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου για όλη τη βοήθεια και τη στήριξη που έχω λάβει σε κάθε μικρό ή μεγάλο άλμα της μέχρι στιγμής πορείας μου. Και τέλος, τους φίλους μου που στάθηκαν στο πλευρό μου στις χαρές, αλλά και στις δυσκολίες της ζωής μου.

Ειρήνη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ένα από τα κυριότερα ζητήματα που απασχολούν τον κλάδο της υγείας παγκοσμίως, είναι οι νόσοι τελικού σταδίου. Τα συνηθέστερα συμπτώματα που εκδηλώνονται στις περισσότερες περιπτώσεις είναι η κόπωση, η ναυτία, ο εμετός, η δύσπνοια, η υπνηλία, και κυρίως ο σωματικός και ψυχικός πόνος, στον οποίο θα αναφερθούμε εκτενώς. Για αυτό το λόγο, δεν θα πρέπει να παραλείψουμε τις μεταβολές που μπορεί να υπάρξουν στην ψυχική υγεία των ασθενών. Συχνό φαινόμενο εκτός από τον πόνο, αποτελεί η ύπαρξη άγχους και φόβου για μια διαγνωστική εξέταση ή ακόμη και για την ίδια την επιβίωση των ασθενών αυτών. Η στήριξη και η παροχή βοήθειας λοιπόν από το νοσηλευτικό προσωπικό μέσω της παρηγορητικής φροντίδας, και άλλων μεθόδων, παίζει σημαντικό ρόλο, και έχει ως στόχο την βελτίωση του τρόπου ζωής τους.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η πραγματοποίηση ανασκόπησης της βιβλιογραφίας για τον εντοπισμό νοσηλευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς τελικού σταδίου με στόχο την επιβίωσή τους.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις PubMed και Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα της τελευταίας δεκαετίας κατά κύριο λόγο. Η επιλογή έγινε από άρθρα, βιβλία και συστηματικές μελέτες. Χρησιμοποιήθηκαν άρθρα δημοσιευμένα στην αγγλική και στην ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Σε μια νόσο τελικού σταδίου, κάθε ασθενής βιώνει την δική του οδυνηρή καθημερινότητα, αντιμετωπίζοντας συμπτώματα που επιδρούν στην πνευματική, σωματική αλλά και την ψυχική του ισορροπία. Με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη και την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, όπως η ακτινοθεραπεία, ο νοσηλευτής μπορεί να ενθαρρύνει τον κάθε ασθενή ξεχωριστά, να αποκτήσει μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Συμπεράσματα: Γίνεται σαφές ότι ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στην σωστή καθοδήγηση των ασθενών που βρίσκονται σε μια νόσο τελικού σταδίου. Είναι εκείνος που διαθέτει τις κατάλληλες επαγγελματικές δεξιότητες ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη πρόληψη και θεραπεία της δυσάρεστης αυτής κατάστασης. Αξιοσημείωτη βέβαια είναι και η έγκαιρη ενημέρωση από τον ειδικό.

Λέξεις-κλειδιά: παρηγορητική φροντίδα, ασθενής τελικού σταδίου ΚΑΙ νοσηλευτική, καρκίνος, ασθένεια τελικού σταδίου ΚΑΙ ψυχική υγεία, ρόλοι ενός νοσηλευτή ΚΑΙ εκπαίδευση της οικογένειας.

Abstract

One of the major concerns of the global health sector is the end-stage diseases. The most common symptoms that occur in most cases are fatigue, nausea, vomiting, shortness of breath, drowsiness, and especially physical and mental pain, to which we will refer extensively. We must not miss the changes that can occur in the mental health of patients. A common phenomenon in addition to pain, is the existence of anxiety and fear for a diagnostic test or even for the very survival of these patients. For this reason, the support and assistance of the nursing staff through palliative care, and other methods, plays an important role, and aims to improve their way of life.

AIM: To investigate the role of the nurse in caring for patients with final disease.

MATERIALS AND METHODS: An international review of electronic data bases has been carried out Pubmed and Google Scholar. The study material consisted mainly of selected articles published in the last ten years. The selection was made from articles, books and systematic studies. Articles published in English and Greek were used.

RESULTS: In an end-stage disease, each patient experiences his own painful daily life, dealing with symptoms that affect his mental, physical and mental balance. With the right psychological support and the right medication, such as radiotherapy, the nurse can encourage each patient individually to have a better quality of life.

CONCLUSIONS: It is becoming clear that the nurse plays an important role in properly guiding patients who are in an end-stage disease. He is the one who has the appropriate professional skills to achieve the best prevention and treatment of this unpleasant condition. Of course, the timely information from the expert is also remarkable.

KEY WORDS: palliative care, end stage patient AND nursing, cancer, final stage disease AND mental health, roles of a nurse AND family education.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Ως νόσος τελικού σταδίου ορίζεται η ασθένεια εκείνη, η οποία δεν επιδέχεται θεραπείας μέσω φαρμακευτικών, χειρουργικών ή άλλων μεθόδων, παρά μόνο μέσω της παρηγορητικής φροντίδας και χαρακτηρίζεται από μη αναστρέψιμη συμπτωματολογία. Στην κατηγορία των νόσων τελικού σταδίου, κατατάσσονται οι εξής ασθένειες, τα νεοπλάσματα, οι νευρομυϊκές παθήσεις, οι αναπνευστικές παθήσεις, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και οι παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος. Να σημειωθεί ότι, τα συμπτώματα των ασθενειών αυτών, είθιστα να εξελίσσονται με ραγδαίο ρυθμό (Da-Yong et al, 2019).

Η νοσηλευτική φροντίδα αποτελείται από ποικίλους παράγοντες, όπως τη συμπεριφορά, την αφοσίωση, καθώς και την υπευθυνότητα από μεριάς των νοσηλευτών (Vacas Guerrero, 2014). Πιο συγκεκριμένα, ο ρόλος των νοσηλευτών διαφαίνεται από το έργο που προσφέρουν, καθώς αποτελούν το βασικό πυλώνα αντιμετώπισης των επιπτώσεων των νόσων τελικού σταδίου, οι οποίες είναι θανατηφόρες και επηρεάζουν τον κλάδο της υγείας σε παγκόσμια κλίμακα. Η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας με βάση τον άνθρωπο, καθώς και η όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών, αποτελούν τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών τελικού σταδίου. Η άμεση αντίχνευση με τη χρήση διαφόρων διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων από τους επαγγελματίες υγείας, έχει ως αποτέλεσμα τη σωτηρία χιλιάδων ανθρωπίνων ζωών (Young et al., 2020). Συμπερασματικά, μια ολοκληρωμένη φροντίδα βασίζεται σε ένα επίπεδο κοινωνικής υγείας τέτοιο, ώστε να ανταπεξέρχεται στη φροντίδα των ασθενών που χρήζουν περίπλοκης μακροχρόνιας φροντίδας (Vacas Guerrero, 2014).

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Κάθε χρόνο, οι νόσοι τελικού σταδίου αποτελούν κίνδυνο για τη δημόσια υγεία, κατ' επέκταση και για την Ελλάδα, καθώς οδηγούν σε πρόωρο θάνατο. Πιο συγκεκριμένα, περίπου 17.000.000 των ανθρώπων παγκοσμίως είτε ανδρών είτε γυναικών πάσχουν και πεθαίνουν από κάποια ανίατη νόσο του καρδιαγγειακού συστήματος, κυρίως όμως από καρδιακή προσβολή και εγκεφαλικό επεισόδιο. Το 80% των θανάτων από αυτές τις αιτίες θα μπορούσε να μειωθεί αν οι άνθρωποι ακολουθούσαν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής μέσω της υγιεινής διατροφής, της σωματικής άσκησης και της μη κατανάλωσης καπνογόνων προϊόντων. Μάλιστα, η μειωμένη κατανάλωση των προϊόντων του καπνού και ο υγιεινός τρόπος ζωής επηρεάζουν το ποσοστό των θανάτων από τις αναπνευστικές και τις νεφρικές παθήσεις, αφού το ποσοστό των θανάτων από κάποια αναπνευστική νόσο ανέρχεται στο 42%, ενώ η νεφρική νόσος αποτελεί την 16^η αιτία θανάτου σε παγκόσμια κλίμακα (Chen, 2019). Σε παγκόσμια κλίμακα 1 στα 10 άτομα πεθαίνει από μια πάθηση του νευρικού συστήματος, η οποία εξελίσσεται ραγδαία και επηρεάζει παραπάνω από ένα συστήματα του οργανισμού (Aoki et al., 2021). Ακόμη ένα κρίσιμο πρόβλημα της δημόσιας υγείας διεθνώς αποτελούν τα νεοπλάσματα, αφού έως το 2040 προβλέπεται να προκαλέσουν 24,1 εκατομμύρια νέα κρούσματα και 13 εκατομμύρια θανάτους (Corti et al, 2022).

Κάθε χρόνο 40.000 άνθρωποι χρειάζονται παρηγορητική φροντίδα, όμως ένα ποσοστό της τάξεως του 78% ζει σε χώρες χαμηλού ή μέτριου εισοδήματος, με αποτέλεσμα συχνά να μην έχει πρόσβαση σε αυτού του είδους τη φροντίδα. Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, έχει βρεθεί πως μονάχα το 14% των ασθενών που πάσχουν είτε από κάποια καρδιαγγειακή νόσο, είτε από κάποια μορφή καρκινικού όγκου, είτε από κάποια αναπνευστική πάθηση, είτε από κάποια πάθηση του νευρικού συστήματος, είτε από κάποια πάθηση του ουροποιητικού συστήματος, έχουν πρόσβαση στην ανακουφιστική φροντίδα. Συμπερασματικά, για να επιτευχθεί ένα καλό επίπεδο δημόσιας υγείας και πρόληψης των πρόωρων θανάτων παγκοσμίως θα πρέπει να δίνεται περισσότερη βαρύτητα σε έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, καθώς και στη ψυχική υγεία, αφού «καμία υγεία δε μπορεί να επιτευχθεί χωρίς τη ψυχική υγεία» (WHO, 2018).

1.3 ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Οι νευρομυϊκές παθήσεις είναι μία κατηγορία παθήσεων που επηρεάζει το περιφερικό νευρικό σύστημα, στο οποίο περιλαμβάνονται οι κινητικοί νευρώνες, καθώς και οι αισθητικοί νευρώνες. Επιπρόσθετα, οι νευρομυϊκές παθήσεις επηρεάζονται κι από άλλα συστήματα, όπως το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα. Η διατροφή και η προεγχειρητική αντιμετώπιση των ασθενών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπεία τους από τη νόσο. Ανάλογα με τη νόσο και το ιστορικό του κάθε ασθενή, η θεραπεία μπορεί να περιέχει μη χειρουργικές μεθόδους ή ράβδους ανάπτυξης, ακόμη και σπονδυλοδεσία (Mary et al., 2018).

1.3.1 Είδη νευρομυϊκών παθήσεων

Οι κύριες νευρομυϊκές παθήσεις είναι η βρεφική νωτιαία μυϊκή ατροφία ή αλλιώς η ασθένεια του κινητικού νευρώνα, οι περιφερικές νευροπάθειες, οι συγγενείς μυϊκές δυστροφίες, οι προοδευτικές μυϊκές δυστροφίες, και η μυοτονική δυστροφία Steinert, ή αλλιώς μυοτονική δυστροφία τύπου 1 (Mary et al., 2018). Η εξέλιξη των νευρομυϊκών παθήσεων είναι συνήθως βραδεία με την πάροδο του χρόνου. Οι συγγενείς μυοπάθειες χαρακτηρίζονται από υποτονία και αδυναμία, και αρκετές φορές τα πρώιμα συμπτώματά τους εμφανίζονται από τη γέννηση. Επιπρόσθετα, δύναται να εμφανίσουν δυσμορφικά χαρακτηριστικά προσώπου οφειλόμενα στη μυϊκή αδυναμία. Η συμπτωματολογία δε διαφέρει και στις υπόλοιπες παθήσεις, καθώς η μυϊκή ατονία και η δυσκαμψία αποτελούν τις κυριότερες ενδείξεις μιας νευρομυϊκής πάθησης (Cassandrini, 2017).

1.3.2 Ευρήματα μελετών για τις συχνότερες νευρομυϊκές παθήσεις

Όσον αφορά τη διάγνωση μιας νευρομυϊκής πάθησης, παρότι η συμπτωματολογία της νόσου είναι εμφανής από το ευρύ κοινό, δυστυχώς δε μπορεί να είναι και ακριβής. Γι' αυτό το λόγο για την ορθή διάγνωση της νόσου χρησιμοποιούνται διάφορες γενετικές δοκιμές που μπορούν να οδηγήσουν στη σωστή μοριακή διάγνωση, και κατ' επέκταση στην καλύτερη δυνατή πρόληψη και θεραπεία της νόσο, εφόσον είναι εφικτό (Cassandrini, 2017).

Όσον αφορά τη θεραπεία και την αντιμετώπισή τους, έχουν δημιουργηθεί νέα φάρμακα που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών. Μάλιστα, έχουν αναπτυχθεί γενετικά φάρμακα που χρησιμοποιούν ολιγονουκλεοτίδια (ASO) και μικρά ριβονουκλεϊκά οξέα που μεταγράφουν το RNA, αλλά χρήζουν περαιτέρω δοκίμων για την εφαρμογή τους στο ευρύ κοινό (Aoki et al., 2021).

1.4 ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Οι αναπνευστικές παθήσεις αφορούν τη λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος και δύναται να επηρεάσουν το μηχανισμό της αναπνοής και της κατάποσης. Η διαδικασία της κατάποσης μπορεί να χωριστεί σε τρία στάδια: 1) τη στοματική φάση, 2) τη φαρυγγική φάση και 3) την οισοφαγική φάση. Η αλλαγή της αναπνευστικής λειτουργίας προκαλεί είτε υπερκαπνία, είτε αυξάνει τη συχνότητα κατάποσης. Η διαταραχή αυτή της λειτουργίας της κατάποσης ή αλλιώς στοματοφαρυγγική δυσφαγία (OD), μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονία και σε υποσιτισμό, με αποτέλεσμα αρκετοί ασθενείς να εισάγονται στο νοσοκομείο (Ghannouchi et al., 2016).

1.4.1 Είδη αναπνευστικών παθήσεων

Τα είδη των αναπνευστικών παθήσεων χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, στις παθήσεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, και στις παθήσεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος. Ειδικότερα, στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται παθήσεις όπως, η τραχειοβρογχίτιδα, αμυγδαλίτιδα, λαρυγγίτιδα και φαρυγγίτιδα, οι οποίες έχουν πάρει τις ονομασίες τους αντίστοιχα από την τραχεία, τις αμυγδαλές, το λάρυγγα και το φάρυγγα. Άλλες παθήσεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος είναι η γρίπη, κι ακόμη κι η λοιμώδης μονοπυρήνωση. Όσον αφορά τις παθήσεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, οι οποίες να σημειωθεί ότι είναι περισσότερο πιθανό να οδηγήσουν σε πρόωρο θάνατο, σε αυτές περιλαμβάνονται κυρίως το βρογχικό άσθμα, η πνευμονία και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Li et al., 2020).

1.4.2 Ευρήματα μελετών για τις συχνότερες αναπνευστικές παθήσεις

Στη σύγχρονη εποχή ένα πρόβλημα υγείας το οποίο έχει απασχολήσει αρκετά την ανθρωπότητα και έχει αποτελέσει την αιτία για αρκετούς πρόωρους θανάτους σε παγκόσμια κλίμακα είναι η νόσος του κορονοϊού (COVID – 19), η οποία προκαλεί οξύ πνευμονικό σύνδρομο στο κατώτερο τμήμα του αναπνευστικού συστήματος. Η νόσος του κορονοϊού προσβάλλει κυρίως ηλικίες άνω των 60 ετών, κάτι τέτοιο όμως δε είναι βέβαιο, καθώς έχουν υπάρξει κρούσματα και σε μικρότερες ηλικιακά ομάδες. Όσον αφορά τη διάγνωση της νόσου η πιο ακριβής μέθοδος με τα σύγχρονα δεδομένα είναι μέσω της αλυσιδωτής αντίδρασης αντίστροφης μεταγραφάσης-πολυμεράσης ή αλλιώς PCR και της αξονικής τομογραφίας θώρακος. Μάλιστα, η αξονική τομογραφία θώρακος είναι ένας αρκετά διαδεδομένος τρόπος διάγνωσης για τις περισσότερες παθήσεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος. Ως προς τη θεραπεία της νόσου, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες παθήσεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, όπως η βρογχίτιδα και το άσθμα που η θεραπεία τους περιλαμβάνει κυρίως χρήση βρογχοδιασταλτικών και εισπνεόμενων κορτικοειδών, για τη νόσο του κορονοϊού δεν έχει βρεθεί κάποια ακριβής θεραπεία, αλλά ένας συνδυασμός φαρμάκων για την αντιμετώπισή της. Για την πρόληψη της νόσου συνίσταται από τους ειδικούς ο εμβολιασμός όλων των ηλικιακών ομάδων και η χρήση των υγειονομικών μέτρων για την προστασία των πολιτών (Berekaa, 2020).

1.5 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Ο όρος καρδιοπάθεια αναφέρεται στις παθήσεις που αφορούν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν μια από τις κυριότερες αιτίες θνησιμότητας παγκοσμίως και δύναται να προκαλέσουν ακόμη κι αναπηρία. Ορισμένα από τα κυριότερα συμπτώματα των καρδιαγγειακών παθήσεων αποτελούν ο έντονος θωρακικός πόνος, η δύσπνοια, καθώς και το έντονο αίσθημα της κόπωσης (Roth et al., 2020).

1.5.1 Είδη καρδιαγγειακών παθήσεων

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις περιλαμβάνουν τις αρρυθμίες, την καρδιακή ανεπάρκεια, τη στεφανιαία νόσο, τις συγγενείς καρδιοπάθειες, την πνευμονική εμβολή και το εγκεφαλικό επεισόδιο. Η στεφανιαία νόσος περιλαμβάνει τη στηθάγχη και το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, το οποίο χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή αιμάτωση και κατ' επέκταση οξυγόνωση περιοχών της καρδιάς, δηλαδή ισχαιμία. Η στηθάγχη χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες τη σταθερή στηθάγχη, την ασταθή στηθάγχη και τη στηθάγχη Prinzmetal και οφείλεται στην ανεπαρκή αιμάτωση του καρδιακού μυ. Η καρδιακή ανεπάρκεια από την άλλη, χωρίζεται σε χρόνια και οξεία, και σχετίζεται με την αδυναμία αιμάτωσης των υπολοίπων οργάνων μέσω του καρδιακού μυ. Επιπρόσθετα, η πνευμονική εμβολή και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σχετίζονται εξίσου με την ανεπαρκή αιμάτωση του οργανισμού, αλλά για διαφορετικές αιτίες. Πιο συγκεκριμένα, η πνευμονική εμβολή λόγω της δημιουργίας θρόμβων, οι οποίοι σταματούν την αιματική ροή του κυκλοφορικού συστήματος, ενώ το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο λόγω της αιμορραγίας γύρω ή μέσα στον εγκέφαλο. Με τον όρο αρρυθμίες αναφερόμαστε σε διάφορες ανωμαλίες του καρδιακού παλμού, κυρίως ταχυκαρδίες και βραδυκαρδίες. Όμως, δεν προκύπτουν όλες οι καρδιαγγειακές παθήσεις από τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής ή το κάπνισμα, καθώς υπάρχει μια κατηγορία καρδιαγγειακών νοσημάτων η οποία εμφανίζεται εκ γενετής, οι συγγενείς καρδιοπάθειες, και οφείλονται σε δυσλειτουργικά δομικά λάθη των τμημάτων της καρδιάς και των αγγείων της (Roth et al., 2020).

1.5.2 Ευρήματα μελετών για τις συχνότερες καρδιαγγειακές παθήσεις

Η άμεση και γρήγορη διάγνωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων σε πρώιμα στάδια βασίζεται κυρίως στη χρήση του ηλεκτροκαρδιογραφήματος και άλλων εργαστηριακών εξετάσεων που αφορούν καρδιαγγειακά ένζυμα όπως η τροπονίνη. Η φυσική άσκηση διαδραματίζει θεμελιώδη ρόλο στον τρόπο ζωής ασθενών που πάσχουν από κάποια καρδιαγγειακή νόσο, ειδικά στα αρχικά στάδια εμφάνισης της νόσου (Bove et al., 2016). Όταν η χειρουργική επέμβαση δεν είναι δυνατή, η διαδερμική θεραπεία μπορεί να αποτελεί μία καλή εναλλακτική λύση. Η διαδερμική θεραπεία όμως σε ορισμένους ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα κι από άλλες ασθένειες μπορεί να μην αποτελεί την καλύτερη λύση και να μην είναι τόσο αποτελεσματική σε σύγκριση με άλλους πάσχοντες. Σε αυτό λοιπόν, συμβάλλει η παρηγορητική φροντίδα, όπως στη φροντίδα ασθενών με σοβαρή βαλβιδοπάθεια (Steiner et al., 2017). Η παρηγορητική φροντίδα οδηγεί σε μείωση του άγχους, και κατ' επέκταση των συμπτωμάτων των καρδιαγγειακών νόσων, καθώς βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και ανακουφίζει από τον πόνο. Οι κύριοι τομείς στους οποίους συμβάλλει η παρηγορητική φροντίδα όσον αφορά τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι : η αξιολόγηση του πόνου και άλλων σωματικών συμπτωμάτων, η ψυχική υγεία, η κοινωνική ευεξία και η υποστήριξη για τη θεραπεία και τη λήψη αποφάσεων. Παρόλα αυτά, οι περισσότερες έρευνες στηρίζονται στη εφαρμογή της παρηγορητικής φροντίδας σε ογκολογικά περιστατικά, για αυτό ο ρόλος της θα πρέπει να διερευνηθεί περεταίρω στα καρδιαγγειακά νοσήματα (Kavalieratos et al., 2017).

1.6 ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι νεφροί είναι υπεύθυνοι για το φιλτράρισμα και την αποβολή των βλαβερών για τον οργανισμό ουσιών. Εξ ορισμού λοιπόν, η νεφρική ανεπάρκεια σχετίζεται με την αδυναμία των νεφρών να επιτελέσουν τη λειτουργία του αυτή. Ειδικότερα, τα νεφρά σχετίζονται με την παραγωγή της βιταμίνης D, των ερυθρών αιμοσφαιρίων, και ρυθμίζουν την αρτηριακή πίεση (Chen, 2019).

1.6.1 Είδη παθήσεων του ουροποιητικού συστήματος

Η νεφρική ανεπάρκεια χωρίζεται σε δύο είδη, πιο συγκεκριμένα στην οξεία και στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ως νεφρική ανεπάρκεια ορίζεται η αδυναμία των νεφρών να αποβάλλουν τις βλαβερές ουσίες που παράγει ο οργανισμός κατά την ούρηση. Έτσι με βάση αυτόν τον ορισμό, η οξεία νεφρική ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται από ξαφνική αδυναμία των νεφρών για φιλτράρισμα των βλαβερών ουσιών που παράγει ο οργανισμός, και μπορεί να προκαλέσει ανορεξία, δύσπνοια και οιδήματα των κάτω άκρων. Αντίθετα, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται από μια σταδιακά εξελισσόμενη και μη αναστρέψιμη βλάβη στους νεφρούς, η οποία οδηγεί σε συσσώρευση των βλαβερών ουσιών στον οργανισμό και μπορεί να προκαλέσει περιορισμένη παραγωγή ούρων, καταβολή, ναυτία, και έντονη απώλεια βάρους (Chen, 2019).

1.6.2 Ευρήματα μελετών για τις συχνότερες παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος

Σε αυτή την ενότητα θα ασχοληθούμε περισσότερο με τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης της νόσου, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε μη αναστρέψιμη βλάβη, και δύναται να οδηγήσει ακόμη και σε πρόωρο θάνατο. Όσον αφορά τη διάγνωση της νόσου στα πρώιμα στάδια, κάτι τέτοιο είναι εφικτό μέσω του ελεγχόμενου ρυθμού σπειραματικής διήθησης και της λευκωματουρίας. Ειδικότερα, η φυσιολογική τιμή του ρυθμού της σπειραματικής διήθησης είναι 100 ml ανά λεπτό, και η φυσιολογική τιμή της λευκωματουρίας δε θα πρέπει να ξεπερνάει τα 300 mg/dl ανά 24ωρο. Για οποιαδήποτε απόκλιση από τις παραπάνω φυσιολογικές τιμές θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή, κι ακόμη και παραπομπή σε νεφρολόγο, καθώς ο ασθενής μπορεί να διατρέχει άμεσο κίνδυνο χρόνιας βλάβης στους νεφρούς, αν ο εκτιμώμενος δείκτης σπειραματικής διήθησης είναι κάτω <30 ml/min. Επιπρόσθετα, βαρύτητα θα πρέπει να δίνεται και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως στην υπερκαλιαιμία, στη μεταβολική οξέωση, στην υπερφωσφαταιμία, στην ανεπάρκεια βιταμίνης D, και στην αναιμία, οι οποίες σε συνδυασμό με τους παραπάνω παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν χρόνια βλάβη στους νεφρούς. Όσον αφορά τη θεραπεία, η θεραπεία της λευκωματουρίας περιλαμβάνει τους αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης ή αναστολείς των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης II και την αποφυγή μη στεροειδή αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (Chen, 2019).

1.7 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τον ορισμό που δίνεται από τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας, «φυσιολογικά, τα κύτταρα αναπτύσσονται και διαιρούνται, ώστε να προκύψουν θυγατρικά κύτταρα και να διατηρηθεί η υγεία του οργανισμού». Ο όρος «καρκίνος», όμως, αναφέρεται «στην υπερβολική, χωρίς προγραμματισμό, ανάπτυξη κυττάρων του οργανισμού, που ήταν φυσιολογικά, μέχρι τη στιγμή της έναρξης της διαδικασίας της καρκινογένεσης (Ε.Ο.Δ.Υ., n.d.). «Η εισβολή των κυττάρων αυτών σε παρακείμενα μέρη του σώματος και/ή η εξάπλωσή τους σε άλλα όργανα» ονομάζεται μετάσταση και αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ., n.d.).

1.7.1 Είδη νεοπλασμάτων

Τα νεοπλάσματα χωρίζονται σε καλοήθη ή κακοήθη, ανάλογα με την κλινική εικόνα που παρουσιάζει ο όγκος. Καλοήθη είδη καρκίνου αποτελούν τα λιπώματα και τα αδενώματα. Ο όρος καρκίνος, βέβαια, αναφέρεται κατά κύριο λόγο σε κακοήθεις όγκους, οι οποίοι χαρακτηρίζονται από την εμβρυολογική προέλευση των κυττάρων, κι έτσι κατ' επέκταση κατατάσσονται σε καρκίνους τενόντων, μυών, οστών, λίπους, χόνδρου, λεμφικού ιστού, αγγείων και συνδετικού ιστού (Sabel, 2018). Μάλιστα, μία κακοήθεια του λεμφικού συστήματος αποτελεί η νόσος Hodgkin, η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία μη κακοηθών Β κυττάρων, Τ κυττάρων, κοκκιοκυττάρων, ηωσινοφίλων και στρωματικών κυττάρων (Poggi, 2020). Τα σαρκώματα είναι νεοπλάσματα που εμφανίζονται στο επιθήλιο και κατηγοριοποιούνται σε αδenoκαρκινώματα που αφορούν κύτταρα όγκων με κοκκιώματα και σε πλακώδη καρκινώματα που σχετίζονται με τα πλακώδη επιθηλιακά κύτταρα. Όσα καρκινώματα δεν αντιστοιχούν σε κάποιο ιστό κυττάρων ονομάζονται «αδιαφοροποίητα» ή «πτωχά διαφοροποιημένα» (Sabel, 2018).

Μια άλλη κατηγορία κυττάρων καρκινικού όγκου αποτελεί η συγκέντρωση πρόδρομων μυελοειδών κυττάρων στο μυελό των οστών, που ονομάζονται αλλιώς «βλάστες». Η συσσώρευση των βλαστοκυττάρων οδηγούν στην οξεία μυελογενής λευχαιμία (ΟΜΛ), και κατά συνέπεια σε αιμοποιητική βλάβη μέσω των ανώμαλων μοτίβων διαφοροποίησης που σχηματίζουν (Pegoraro et al., 2020).

1.7.2 Ευρήματα μελετών για τα συχνότερα νεοπλάσματα στις γυναίκες

Ο καρκίνος του μαστού πρόκειται για τη δεύτερη πιο συχνή μορφή καρκινικού όγκου παγκοσμίως. Σύμφωνα με την έρευνα των Corti et al. (2022), όσον αφορά την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού ενδέχεται να έχουν βρεθεί εμβόλια, όπως για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και το μελάνωμα. Μέσα από την πανδημία του COVID – 19, ξεκίνησαν περισσότερες έρευνες για την αξιοποίηση των εμβολίων ως μέσων αντιμετώπισης ποικίλων ασθενειών, εκ των οποίων μια από αυτές, είναι και ο καρκίνος. Δυστυχώς, οι κλινικές δοκιμές των εμβολίων δεν έδωσαν ικανοποιητικά αποτελέσματα, όμως, οι νέες τεχνολογίες που αναπτύχθηκαν δίνουν το έναυσμα στους επιστήμονες για περαιτέρω έρευνα (Corti et al, 2022).

Ως διαγνωστικοί δείκτες που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν έτσι ώστε να βοηθήσουν στην επιλογή ασθενών που χρήζουν παρηγορητικής φροντίδας είναι οι κυτταροκίνες, οι οποίες, σε σύγκριση με άλλους δείκτες, όπως ο NLR, ο αριθμός των προηγούμενων γραμμών θεραπείας ή η LDH κρίνονται πολύ πιο αποτελεσματικές στη διάγνωση (Merlano et al., 2021).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Medeiros et al. (2021), πολλές φορές οι γυναίκες φαίνεται να καθυστερούν στη διάγνωση του καρκινικού όγκου και αυτό κατ' επέκταση επηρεάζει και τη θεραπεία από τη νόσο, με αποτέλεσμα να φτάσει η νόσος σε τελικό και μη αναστρέψιμο στάδιο. Πιο ειδικά, η καθυστέρηση αυτή των γυναικών οφείλεται σε κοινωνικούς, δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες. Ως καθυστέρηση της έναρξης της θεραπείας θεωρείται η έναρξη της ύστερα από 60 μέρες. Από τους 470 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα, ο μέσος όρος καθυστέρησης ήταν περίπου 127 μέρες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, σημειώνεται πως, για τη μείωση αυτού του διαστήματος για την έναρξη της θεραπείας θα πρέπει να παρέχεται στους ασθενείς καλύτερη περίθαλψη, καθώς και σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η συμπεριφορά του προσωπικού απέναντι στους ασθενείς (Medeiros et al., 2021).

Επιπρόσθετα, όσον αφορά τη διατροφή, παρατηρήθηκε στη μελέτη των De Oliveira et al. (2020), πως ο καρκίνος επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής και κατ' επέκταση τη διατροφή. Μάλιστα, σε ένα δείγμα 1039 ασθενών φάνηκε ότι όσοι ασθενείς είχαν ανθυγιεινή και ανεπαρκή για τις ανάγκες του εκάστοτε οργανισμού διατροφή, εμφάνισαν

χειρότερη σωματική και ψυχική κατάσταση, και γενικότερα χειρότερη ποιότητα ζωής (De Oliveira et al., 2020).

Σύμφωνα με επιπλέον έρευνες που διεξήχθησαν για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, βρέθηκε πως η διατροφή κρίνεται θεμελιώδους σημασίας. Αναλυτικότερα, στην έρευνα συμμετείχαν 22 ασθενείς, όπου το 68% ήταν παχύσαρκοι κατά τη διάγνωση από τη νόσο, και άρχισαν μια διατροφή που περιελάμβανε πρόσληψη πρωτεϊνών, 5-9 μερίδες/ημέρα φρούτα και λαχανικά με θερμιδικό περιορισμό (500-1000 kcal/ημέρα), για ένα διάστημα 2 εβδομάδων. Τα ευρήματα από αυτή την έρευνα έδειξαν πως παρότι μειώθηκαν το σωματικό βάρος, ο δείκτης μάζας λίπους και η λιπώδης μάζα, η μάζα των σκελετικών μυών παρέμεινε ίδια (Limon-Miro et al., 2021).

Ο Oymak (2022) με ένα δείγμα 71 ασθενών με καρκίνο του μαστού υποστηρίζει πως η ακτινοθεραπεία σε ασθενείς με καρκίνο επιδρά σημαντικά στο ψυχισμό τους. Πιο συγκεκριμένα, 24,7% των ασθενών στην έρευνα δεν εκδήλωσαν φόβο για την ακτινοθεραπεία, ενώ 58% εκδήλωσαν φόβο για παρενέργειες, εκ των οποίων το 7,4% εκδήλωσε ανησυχία για την έκθεση σε ακτινοβολία, το 1,2% εκδήλωσε ανησυχία για τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας, το 6,2% εκδήλωσαν κλειστοφοβία και το 2,5% εκδήλωσαν φόβο για το άγνωστο (Oymak, 2022).

Μια άλλη εξίσου συχνή μορφή καρκινικού όγκου στις γυναίκες, πιο συγκεκριμένα αναφερόμαστε στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, οι Barben et al. (2022), υποστηρίζουν ότι η μεγάλη ηλικία στις γυναίκες αποτελεί ένα σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την εξέλιξη της νόσου, αν και συνήθως η θεραπεία δεν έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα, κυρίως λόγω της ανεπάρκειάς της. Ειδικότερα, στη μελέτη αυτή, τονίζεται πως θα μπορούσε όμως, μέσω μιας ολοκληρωμένης γηριατρικής αξιολόγησης, η θεραπεία αυτή να γίνει πιο αποδοτική με τη χρήση του εργαλείου G8 και της κρουσηξίας (Barben et al., 2022).

Όσον αφορά τη θεραπεία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, μια έρευνα υποστηρίζει πως οι γυναίκες πρέπει να είναι πιο ενημερωμένες όσον αφορά τη θεραπεία, όπως προαναφέρθηκε και στο καρκίνο του μαστού. Πιθανές μεθοδοι θεραπείας της νόσου αποτελούν η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία. Οι συνήθεις παρενέργειες από τη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία είναι, η ναυτία, η κόπωση και η σεξουαλική δυσλειτουργία, και η έρευνα αποσκοπεί στη καλύτερη δυνατή διαχείριση από τις ίδιες τις γυναίκες ύστερα από την έξοδό τους από το νοσοκομείο (Christiansen et al., 2022).

Συχνά οι γυναίκες εφόσον έχουν διασφαλίσει την επιβίωσή τους από αυτή τη θανατηφόρα μορφή καρκινικού όγκου, εκφράζουν έντονη ανησυχία για τη γονιμότητά τους. Σύμφωνα με την έρευνα του Ind (2021), «μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1980, η βασική θεραπεία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ήταν η υστερεκτομή ή η ακτινοθεραπεία. Από το 1990 όμως και ύστερα, οι χειρουργικές παρεμβάσεις έχουν εστιάσει κυρίως στη διατήρηση της γονιμότητας με τη διατήρηση του σώματος της μήτρας μέσω τραχελεκτομής ή ακόμη και στη διατήρηση μέρους του τραχήλου». Για να πετύχει όμως αυτό, θα πρέπει τέτοιες επεμβάσεις να παρέχονται από εξειδικευμένο προσωπικό, καθώς και να δίνεται μεγαλύτερη βαρύτητα στην επιστήμη της μαιευτικής έναντι της ογκολογικής, καθώς πρόκειται για ένα πολύ ευαίσθητο ζήτημα για τις γυναίκες (Ind, 2021).

Εν κατακλείδι, ο στόχος σύμφωνα με την έρευνα των Phoolcharoen et al. (2022), για τη βέλτιστη δυνατή αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του καρκίνου του μαστού, είναι η ύπαρξη κατάλληλων προγραμμάτων εκπαίδευσης για τις γυναίκες ανεξαρτήτως προελεύσεως, καθώς και η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών από τους νοσηλευτές. Για να επιτευχθεί αυτό, στα πλαίσια της έρευνας πραγματοποιούνται σεμινάρια αναφορικά με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου. Επιπλέον, υπάρχει συνεχής υποστήριξη μέσω τηλεδιασκέψεων του Project ECHO (Επέκταση για Αποτελέσματα Υγείας της Κοινότητας) σε τοπικούς φορείς. Έτσι, επιτυγχάνεται επαρκής ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού και κατ' επέκταση, της κοινότητας στο σύνολό της (Phoolcharoen et al., 2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως παρηγορητική φροντίδα ορίζεται «μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους που αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης του πόνου μέσω της έγκαιρης αναγνώρισης και της άψογης αξιολόγησης, και αντιμετώπιση του πόνου και άλλων προβλημάτων, σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών» (Π.Ο.Υ., 2012).

Η παροχή της παρηγορητικής φροντίδας από τους επαγγελματίες υγείας σε ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου, αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα βελτίωσης της ποιότητα ζωής τους, καθώς και των οικογενειών τους (Back, 2020). Η παρηγορητική φροντίδα εστιάζει σε ασθενείς με νόσους που δεν επιδέχονται φαρμακευτικής θεραπείας και αποτελεί δικαίωμα κάθε ασθενή (Coelho et al., 2016). Η παρηγορητική φροντίδα στηρίζεται στην καλή επικοινωνία και σε μια σχέση αλληλοεμπιστοσύνης μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, με απώτερο στόχο την ορθή διαχείριση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν οι ασθενείς (Back, 2020). Ύστερα από την κρίση που ξέσπασε στον τομέα της υγείας λόγω της πανδημίας του COVID -19, η οποία επηρέασε σε μεγάλο βαθμό τον κλάδο της υγείας, είχε ως αποτέλεσμα η παρηγορητική φροντίδα να κριθεί ως «δικαίωμα» των ασθενών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο (Rosa et al., 2020).

2.2 ΔΟΜΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Η φυσική και ψυχολογική υποστήριξη κρίνεται απαραίτητη για την ορθή διαχείριση της νόσου τόσο από τους ασθενείς τελικού σταδίου όσο κι από τις οικογένειές τους. Αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ανθρώπου η φροντίδα και πρόσβαση σε αυτήν, καθώς κανένας άνθρωπος δεν θα πρέπει να υποφέρει και να ταλαιπωρείται ψυχοσωματικά. Η θεραπεία περιλαμβάνει την πρόσβαση σε φάρμακα, όπως μορφίνη και παυσίπονα. Δυστυχώς όμως, αρκετοί ασθενείς ακόμη και σήμερα δεν έχουν πρόσβαση

σε φάρμακα για την καταπράυνση του πόνου τους, ούτε έχουν πρόσβαση σε τέτοιου είδους φροντίδα όπως είναι η Παρηγορητική Φροντίδα και η Φροντίδα Ξενώνα. Για τους παραπάνω λόγους ο Π.Ο.Υ συνιστά σε όλες τις χώρες τη δημιουργία προγραμμάτων που να προάγουν τη Δημόσια Υγεία, και τη συγκρότηση δομών τέτοιων που να περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση συμπτωμάτων και τη στήριξη ασθενών τελικού σταδίου (Π.Ο.Υ., 2012).

2.2.1 Ομάδες αυτοβοήθειας

Οι ομάδες αυτοβοήθειας συγκροτούνται κυρίως από άτομα που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα υγείας, ώστε να υπάρχει αλληλεγγύη μεταξύ των ατόμων της ομάδας. Ο ρόλος των ομάδων αυτοβοήθειας είναι η παροχή μη θεσμοθετημένης στήριξης σε ανθρώπους που πάσχουν από συγκεκριμένες νόσους, όπως νόσους τελικού σταδίου. Στόχος της σύστασης των ομάδων αυτών είναι η άρτια ενημέρωση των ασθενών γύρω από μια νόσο, καθώς και η μείωση του αισθήματος της κοινωνικής απομόνωσης και μοναξιάς. Πιο συγκεκριμένα, οι ομάδες αυτοβοήθειας βοηθούν τους ασθενείς σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, μάλιστα, «η αυτοβοήθεια μπορεί να αποκαταστήσει τον ιατρό». Συμπερασματικά, μέσω των ομάδων αυτοβοήθειας το άτομο βιώνει έντονα το αίσθημα του «συνανήκειν» σε αυτόν τον αγώνα της ζωής, όμως διατηρεί τη δική του ατομική ταυτότητα (Nettleton, 2002).

2.2.2 Φροντίδα ξενώνα

Ως ξενώνας ορίζεται μια δομή υποστηρικτικής φροντίδας, η οποία σε συνδυασμό με τη παρηγορητική φροντίδα προσφέρει ανακούφιση, κι όχι θεραπεία των συμπτωμάτων μιας νόσου που δεν επιδέχεται θεραπείας. Οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης νόσου συχνά ενδέχεται να μη μπορούν να λάβουν οι ίδιοι αποφάσεις που να αφορούν την υγεία τους, με αποτέλεσμα να υποβάλλονται σε ανεπιθύμητες για εκείνους ιατρικές παρεμβάσεις, όπως χημειοθεραπείες, με απώτερο στόχο την επιμήκυνση του χρόνου ζωής τους. Για την ικανοποίηση λοιπόν των αναγκών αυτών των ασθενών δημιουργήθηκαν οι ξενώνες, ώστε δοθεί στους ασθενείς η δυνατότητα ενός θανάτου περισσότερο ανώδυνου, όχι μόνο σωματικά, αλλά και ψυχικά (Chen et al., 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΠΟΝΟΣ

Ως πόνος ορίζεται «μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης» (Kathleen et al., 2021).

3.2 ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος χωρίζεται στις εξής τρεις κατηγορίες στον «προστατευτικό» πόνο, στον φλεγμονώδη πόνο και στον παθολογικό πόνο. Πιο συγκεκριμένα, ο «προστατευτικός» πόνος αφορά την αντίδραση του οργανισμού σε κάποιο ερέθισμα από το περιβάλλον, το οποίο δύναται να προκαλέσει βλάβη στον οργανισμό εάν συνεχίσει ο οργανισμός να εκτίθεται σε αυτό για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Ένα τέτοιο παράδειγμα, αποτελεί το αντανακλαστικό του οργανισμού στην επαφή με τη φωτιά, καθώς υπό φυσιολογικές συνθήκες ο άνθρωπος λόγω της θερμότητας που παράγει η φωτιά αισθάνεται πόνο μέσω της αίσθησης της αφής κι απομακρύνει αμέσως το χέρι του από την εστία της θερμότητας. Το δεύτερο είδος πόνου, ο φλεγμονώδης πόνος είναι εξίσου προστατευτικός και προσαρμοστικός, καθώς πυροδοτείται με την ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος σε μία φλεγμονώδη πάθηση, όπως στη ρευματοειδή αρθρίτιδα και επιπλέον βοηθάει στην άμεση ανάρρωση του οργανισμού από την πάθηση. Τέλος, υπάρχει ο παθολογικός πόνος που σχετίζεται με το νευρικό σύστημα. Σε αυτή την κατηγορία του πόνου το ερέθισμα μπορεί να υπάρχει ή και όχι, στην περίπτωση που το ερέθισμα δεν υπάρχει τότε αναφερόμαστε σε μια δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος που πυροδοτεί αυτό το είδος του πόνου (Woolf, 2010).

3.3 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Σημαντικός παράγοντας για τη βέλτιστη δυνατή αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ενός ασθενή τελικού σταδίου όσο το δυνατόν περισσότερο και την καθοδήγηση των νοσηλευτικών πράξεων για κάθε μεμονωμένο περιστατικό, αποτελεί η μέτρηση της έντασης του σωματικού πόνου. Οι μετρήσεις έντασης του πόνου στην κλινική πράξη χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, σε εκείνες που περιέχουν αριθμούς, κι σε εκείνες που περιέχουν πρόσωπα. Στις αριθμητικές κλίμακες, υπάρχει βαθμολόγηση του πόνου από το ένα ως το δέκα, όπου ως ένα χαρακτηρίζεται ο «καθόλου πόνος», και ως 10 ο «αφόρητος πόνος». Με αυτόν τον τρόπο αντικατοπτρίζεται ο πόνος που βιώνει ο εκάστοτε ασθενής (Kim & Jung, 2020).

3.4 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ψυχική υγεία αφορά τη δυνατότητα του ατόμου να αγαπά, να διασκεδάζει, να εργάζεται, και κρίνεται απαραίτητη για τη λειτουργικότητά του σε όλους τους τομείς. Τα κλινικά δεδομένα των ασθενών που λαμβάνονται υπόψιν για τη ψυχική υγεία ενός ασθενή είναι τα παρακάτω, η ηλικία, το φύλο του ανθρώπου, το επίπεδο εκπαίδευσης, οι θρησκευτικές αντιλήψεις, η οικογενειακή κατάσταση, η συνεργασία του ασθενούς στη συμβίωση του με άλλους ανθρώπους, η ύπαρξη ή μη φροντιστών, η οικονομική εξάρτηση, η σοβαρότητα της νόσου, η διάγνωση, ο ανακουφιστικός προγνωστικός δείκτης (PPI) και η βαρύτητα των συμπτωμάτων (Chang et al., 2021). Εκτός όμως από τη βιολογική και κοινωνικο-οικονομική κατάσταση ενός ασθενή, εξίσου σημαντική, κρίνεται και η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου. Γι' αυτό μέσω διαφόρων κλιμάκων και ερωτηματολογίων, όπως της κλίμακας της πνευματικής ευεξίας SHALOM, μιας σύντομη πολυδιάστατης κλίμακας ικανοποίησης από τη ζωή, του ερωτηματολογίου της ευτυχίας της Οξφόρδης και της κλίμακας έντασης του λεκτικού πόνου, έχουμε ένα δείγμα της ψυχικής κατάστασης του ασθενή, ώστε να γίνει σωστή αντιμετώπισή του από το νοσηλευτικό προσωπικό (Riklikienė et al., 2020).

3.4.1 Δείκτης SHALOM

Ο δείκτης SHALOM ή αλλιώς Μέτρο Πνευματικής Υγείας είναι ένας αξιόπιστος δείκτης που αφορά τη ψυχική υγεία του ασθενή, και κατ' επέκταση επηρεάζει και τη σωματική του υγεία. Ο δείκτης SHALOM περιλαμβάνει τέσσερις επιμέρους κατηγορίες που αφορούν τη ψυχική υγεία, και πιο συγκεκριμένα την ποιότητα των σχέσεων κάθε ατόμου με τον εαυτό του, τους συνανθρώπους του, το περιβάλλον ή/και τον Θεό. Το SHALOM έχει δοκιμαστεί σε φοιτητές, καθηγητές, νοσηλευτές, ιατρούς, σε επιχειρήσεις, σε γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση, αλκοολικούς (Fisher, J. 2021), και μπορεί επίσης να αξιοποιηθεί από τους επαγγελματίες υγείας (Riklikienė et al., 2020).

3.4.2 Κλίμακα ευτυχίας της Οξφόρδης

Με βάση τη μελέτη των SalehSedghpour et al. (2020), η ευτυχία αποτελεί το υψηλότερο για τον άνθρωπο αγαθό. Στην κλίμακα ευτυχίας της Οξφόρδης, που αποτελεί έναν ακόμη διαγνωστικό δείκτη για τους ασθενείς τελικού σταδίου, ο οποίος αναφέρθηκε παραπάνω, περιλαμβάνονται οι εξής πέντε παράγοντες, «ο αυτοσεβασμός, η ικανοποίηση από τη ζωή, η ικανοποίηση του νου, η ευεξία και η θετική διάθεση». Χάρη λοιπόν, στο συναίσθημα της ευτυχίας δίνεται η δυνατότητα στους ασθενείς να αντιμετωπίσουν το σωματικό πόνο, μέσω της αποφυγής καταστάσεων που τους προκαλούν άγχος (SalehSedghpour et al., 2020).

3.5 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Αρκετοί άνθρωποι που έχουν διαγνωστεί με κάποια νόσο τελικού σταδίου εμφανίζουν προδιάθεση για συμπτώματα κατάθλιψης, καθώς και άγχους (Hauffman et al., 2020). Τα άτομα αυτά έχουν έντονη την ανάγκη για διαχείριση του πόνου που ενδέχεται να βιώνουν, ανάπτυξη της ψυχολογικής ευημερίας και δημιουργίας ενός ασφαλούς περιβάλλοντος. Εξίσου πολύ σημαντικό ρόλο, στην καταπολέμηση της εξελικτικής πορείας της νόσου, διαδραματίζει η ανάπτυξη του νοήματος της ζωής για κάθε ασθενή ξεχωριστά, όπως και η αποδοχή της διαδικασίας του θανάτου μέσω της παρηγορητικής φροντίδας (Kwon et al., 2020).

3.6 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η αντιμετώπιση του πόνου με μη φαρμακευτικές μεθόδους δεν είναι πάντοτε αποτελεσματική, γι' αυτό το λόγο αρκετοί ιατροί καταφεύγουν στη χρήση φαρμακευτικών μεθόδων όσον αφορά τη διαχείρισή του σε ασθενείς τελικού σταδίου. Ορισμένοι νέοι τρόποι χορήγησης αποτελούν η διαδερμική χορήγηση με τη χρήση των δερματικών επιθεμάτων, η χορήγηση φαρμάκων μέσω της εισπνοής, και κάποια αναλγητικά. Τέτοιου είδους αναλγητικά σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες μελέτες είναι τα οπιοειδή, οι αντιφλεγμονώδεις παράγοντες, όπως οι αναστολείς της κυκλοοξυγενάσης-2 και της παρακεταμόλης, τα τοπικά αναισθητικά και η κεταμίνη. Επιπρόσθετα, διερευνάται ακόμη η χρήση των αντικαταθλιπτικών, των αντιεπιληπτικών φαρμάκων και των φαρμακευτικών κανναβινοειδών, όσον αφορά την καταπράυνση του πόνου που βιώνουν οι ασθενείς τελικού σταδίου (Hill et al., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Ο θάνατος αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι του κύκλου που λέγεται ζωή, χωρίς το οποίο δε θα μπορούσαμε να αντιληφθούμε και να κατανοήσουμε την αξία της. Στο παρελθόν, η ιατρική επιστήμη δεν είχε τα μέσα και κατ' επέκταση τη δυνατότητα να εξασφαλίσει στους ασθενείς έναν όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο θάνατο. Στη σύγχρονη εποχή όμως, χάρη στην εξέλιξη της επιστήμης υπάρχει αυτή η δυνατότητα για τους ασθενείς. Παρόλα αυτά έχει παρατηρηθεί πως οι ασθενείς φοβούνται το θάνατο κι αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός πως αρκετοί από τους ασθενείς δεν έχουν πρόσβαση σε αυτού του είδους τη φαρμακευτική ή μη περίθαλψη (Smith, 2022).

4.2 Ο ΦΟΒΟΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Όταν αναφερόμαστε σε μια νόσο τελικού σταδίου, η επιβίωση δεν είναι πάντα εφικτή, γι' αυτό, οι Funes et al. (2020), στην προσπάθειά τους να μελετήσουν τις επιπτώσεις του θανάτου των ασθενών που βρίσκονταν σε τελικό στάδιο στο ψυχισμό του νοσηλευτικού προσωπικού, στηρίχθηκαν σε συνεντεύξεις που έγιναν πρόσωπο με πρόσωπο καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας των ασθενών, διασφαλίζοντας την ιδιωτικότητά τους. Οι συνεντεύξεις αυτές, χωριζόταν σε δύο μέρη: σε πληροφορίες που αφορούσαν την εικόνα και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας και σε ερωτήσεις σχετικές με την εμπειρία τους στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Από αυτές τις συνεντεύξεις έγινε αντιληπτό πως οι ασθενείς φοβούνται το «άγνωστο», μια νόσος τελικού σταδίου είναι κάτι το πρωτόγνωρο για αυτούς, καθώς ο πρόωρος θάνατος, χωρίς να δίνεται η δυνατότητα να επέμβουν σε αυτόν ως πρώτο άκουσμα δεν είναι ευχάριστο για εκείνους. Παρόλα αυτά, οι μελετητές τόνισαν πως η αποδοχή του θανάτου αποτελεί απαραίτητο και συνάμα φυσικό τελικό στάδιο του κύκλου της ζωής των ανθρώπων για τη βέλτιστη δυνατή αντιμετώπιση της νόσου (Funes et al. 2020).

4.3 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Σε ένα υψηλό ποσοστό ασθενών με νόσο τελικού σταδίου, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων που εμφανίζουν ποικίλλει και σχετίζεται με τη νόσο, το στάδιο, τη θεραπεία ή τα υποκείμενα νοσήματα του ασθενούς (Henson et al., 2020). Οι ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου μπορεί να εμφανίσουν κάποια από τα παρακάτω συμπτώματα, όπως έντονο πόνο, κόπωση, ναυτία, έμετο, δύσπνοια και υπνηλία (Kwon et al., 2020). Οι ασθενείς τελικού σταδίου είναι πολύ πιθανό να αισθανθούν φόβο, καθώς και άγχος, εάν δεν εκπληρωθούν οι προσωπικές τους ανάγκες (Kwon et al., 2020).

Σε κάθε ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης νόσου ο βαθμός κατάθλιψης και άγχους που βιώνει διαφέρει. Αυτή η ποικιλία έντασης ή ακόμα και απουσίας των παραπάνω συναισθημάτων σχετίζεται με την περίοδο που διανύει ο ασθενής, και χωρίζονται σε περιόδους υψηλού και χαμηλού κινδύνου. Στην περίπτωση που ο ασθενής διανύει μια περίοδο υψηλού κινδύνου, είναι πιθανό να εμφανίσει έντονα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν μέχρι και σε αυτοκτονικές τάσεις, αν δεν τεθούν υπό έλεγχο. Είναι σημαντικό τέτοιου είδους συναισθήματα να αντιμετωπίζονται, κι όχι να διαιωνίζονται με την πάροδο του χρόνου. Μια τέτοια περίοδος υψηλού κινδύνου εμφανίζεται έντονα λίγους μήνες πριν τον επικείμενο θάνατο του ασθενή και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επιδείνωση της νόσου. Ωστόσο, δεν έχει εξακριβωθεί κατά πόσο το άγχος και η κατάθλιψη συμβάλλουν ενεργά στην επιδείνωση της σωματικής υγείας ενός ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης ασθένειας (Magill et al., 2022).

4.3.1 Κλίμακα άγχους και κατάθλιψης

Η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης (HADS) δημιουργήθηκε το 1983, με απώτερο σκοπό την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Η κλίμακα αποτελείται συνολικά από 14 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 7 ερωτήσεις αφορούν το άγχος και οι υπόλοιπες 7 ερωτήσεις αφορούν την κατάθλιψη. Πρόκειται για μια κλίμακα 4 διαβαθμίσεων από το 0 ως το 3, όπου το μηδέν σημαίνει «καθόλου» και το τρία σημαίνει ότι «συμβαίνει συχνά». Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου υπολογίζεται περίπου στα 2 -5 λεπτά. Το άθροισμα των βαθμών από τις ερωτήσεις κυμαίνεται από 0 ως 21, όπου 0 - 7 πρόκειται για τα φυσιολογικά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, από 8 – 10 πρόκειται για μια ενδιάμεση κατάσταση, η οποία όμως δε χρήζει άμεσης αντιμετώπισης και τέλος από 11 – 21, όπου πρόκειται για μια παθολογική πλέον κατάσταση που θα πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας να λάβουν σοβαρά υπόψιν. Η κλίμακα έχει προσαρμοστεί στην ελληνική γλώσσα με δείκτη εγκυρότητας Cronbach's alpha 0,887, που αντιπροσωπεύει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της κλίμακας για χρήση από τους επαγγελματίες υγείας (Antony et al., 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ

Μια νόσος τελικού σταδίου δεν αποτελεί μια ασθένεια ενός ατόμου, καθώς επηρεάζει όλα τα μέλη μιας οικογενείας. Η διάγνωση της φέρνει τόσο τον ίδιο τον ασθενή, όσο και τους φροντιστές του αντιμέτωπους με μια μεγάλη κρίση. Επιπλέον, καθώς εξελίσσεται μια απειλητική και θανατηφόρα για τη ζωή ασθένεια, η οικογένεια μπορεί να αναλάβει νέους ρόλους και ευθύνες (Mystakidou et al., 2002).

Οι ασθενείς στο τελικό στάδιο μιας νόσου ενδέχεται να εμφανίσουν περίπλοκες και πολυσύνθετες ανάγκες. Συνήθως στην παροχή υποστήριξης θεμελιώδη ρόλο διαδραματίζουν η οικογένεια και οι φίλοι, παρά τη σημαντική συμβολή των επαγγελματιών υγείας και ανεξάρτητα από το αν βρίσκεται ο ασθενής στο σπίτι του ή στο χώρο του νοσοκομείου. Αυτού του είδους η παροχή άτυπης φροντίδας μέσα από το οικογενειακό περιβάλλον στους ασθενείς, μπορεί να περιέχει ουσιαστικές σωματικές, ψυχολογικές και οικονομικές πιέσεις για τους μη φροντιστές (Candy et al., 2011). Το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν φυσιολογικά ευρήματα για την εικόνα ενός ασθενή που πάσχει από μια νόσο τελικού σταδίου, εξαιτίας της άγνοιας και της αβεβαιότητας που τους διακατέχει για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται, κάτι το οποίο όμως επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό και τις ίδιες τις οικογένειές τους (Jeong et al., 2016).

Μέσω της έρευνας των Areia et al., έγινε σαφές ότι, η αποδοχή του θανάτου ενός ασθενή που βρίσκεται σε τελικό στάδιο αποτελεί μια μεγάλη κρίση για τον ασθενή, καθώς και για την ίδια την οικογένειά του. Γι' αυτό το λόγο, ένας ακόμη σημαντικός ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού εκτός από τη φροντίδα των ασθενών με νόσο τελικού σταδίου, είναι και η εκπαίδευση των μελών της οικογενείας των ασθενών αυτών, ώστε να αντιμετωπίσουν με το βέλτιστο δυνατό τρόπο τις επιπτώσεις του επικείμενου θανάτου (Areia et al., 2020). Εκτός από την σωστή εκπαίδευση λοιπόν των νοσηλευτών για την παροχή στήριξης ψυχικής ή διατροφικής στους ασθενείς, δε θα πρέπει να αμελείται η εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών, για να συνδράμουν κι εκείνοι όσο είναι εφικτό στο έργο των νοσηλευτών (Abu-Odah et al., 2020).

Σύμφωνα με μια άλλη επιστημονική μελέτη, παρατηρείται πως τα μέλη της οικογένειας των ασθενών που πάσχουν από μια θανατηφόρα για τη ζωή τους νόσο αποφεύγουν να συζητούν μαζί τους θέματα που αφορούν την πάθησή τους. Γι' αυτό το λόγο, προτείνεται η ενθάρρυνση της επικοινωνίας και της συζήτησης μεταξύ των μελών της οικογενείας και των ασθενών. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο, γιατροί και νοσηλευτές οφείλουν να παρέχουν σωστή και κατάλληλη ενημέρωση αναφορικά με τη νόσο, το άγχος και την κατάθλιψη στους ασθενείς και στις οικογένειες τους (Jeong et al., 2016). Μάλιστα, βρίσκονται σε εξέλιξη αρκετά υποστηρικτικά προγράμματα για φροντιστές ή μη, τα οποία συμπεριλαμβάνουν τη ψυχολογική υποστήριξη, καθώς και την πρακτική βοήθεια που χρειάζεται να παρέχεται στους ασθενείς τελικού σταδίου. Υπάρχουν ευρήματα που υποδεικνύουν πως οι υποστηρικτικές παρεμβάσεις μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση της ψυχολογικής πίεσης που βιώνουν οι φροντιστές. Οι επαγγελματίες υγείας λοιπόν, θα πρέπει να ρωτήσουν σχετικά με τις ανησυχίες των φροντιστών και να παρέχουν στα μέλη της οικογενείας την επιπλέον φροντίδα που ενδέχεται να χρειαστούν. Υπάρχει, ωστόσο, ανάγκη για περαιτέρω έρευνα για τη διερεύνηση των οφελών και των επιπτώσεων των παρεμβάσεων στη σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών και των οικογενειών τους (Candy et al., 2011).

Συμπερασματικά, πρέπει να δοθεί περισσότερη σημασία στα μέλη της οικογένειας των ασθενών με νόσο τελικού σταδίου, αφού αποτελούν τους βασικούς φροντιστές, ώστε να έχουν μια καλύτερη και περισσότερο ουσιαστική επικοινωνία με τους ασθενείς τους. Με τη βοήθεια των μελών της οικογενείας οι ασθενείς αυτοί δύναται να προσαρμοστούν πιο γρήγορα και αποτελεσματικά στη διάγνωση και στη θεραπεία της νόσου. Φαίνεται πως η αλληλεπίδραση με την οικογένεια είναι άκρως σημαντική, καθώς εμπλέκεται με τον ασθενή κατά τη διάρκεια της νόσου (Mystakidou et al., 2002).

5.2 ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΟΥ ΦΡΟΝΤΙΖΟΥΝ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Ορισμένοι νοσηλευτές βρίσκουν τη φροντίδα στο τέλος της ζωής ενός ασθενή ως μια πρόκληση, ενώ αντίθετα υπάρχουν άλλοι νοσηλευτές οι οποίοι αποφεύγουν να αναπτύξουν ένα συναισθηματικό δεσμό με έναν ετοιμοθάνατο ασθενή λόγω της δύσκολης και απαιτητικής φύσης της συναισθηματικής εργασίας (Bailey et al., 2011). Οι περισσότεροι ασθενείς, είθισται να πονούν και να φοβούνται, ιδίως όταν βρίσκονται σε ένα ξένο για αυτούς περιβάλλον, για αυτό χρήζουν συναισθηματικής υποστήριξης και παρηγοριάς. Ένας από τους πρωταρχικούς ρόλους ενός νοσηλευτή είναι η συναισθηματική στήριξη, με απώτερο στόχο την κάλυψη των ψυχικών αναγκών ενός ασθενή, πέραν των σωματικών τους αναγκών, ιδίως σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου. Ένας σωστός επαγγελματίας υγείας λοιπόν, θα πρέπει να βρίσκεται σε θέση να ερμηνεύει και να αντιλαμβάνεται τις ανάγκες των ασθενών, καθώς και να δίνει έμφαση στην ατομικότητα του κάθε ασθενή ξεχωριστά, ώστε να τον βοηθήσει να προσαρμοστεί στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, και να αντιληφθεί τις ανάγκες των συνανθρώπων του (Nettleton, 2002).

Μία επιπλέον τρέχουσα έρευνα, που αφορούσε την πανδημία του COVID – 19, τονίζει τη σημαντικότητα της συναισθηματικής εμπλοκής των νοσηλευτών με ασθενείς προχωρημένου σταδίου, με στόχο την παροχή συναισθηματικής ανάκαμψης. Παράλληλα, μέσω του ενδιαφέροντος των νοσηλευτών επιτυγχάνεται η βέλτιστη δυνατή αντιμετώπιση του άγχους και της θλίψης για τον επικείμενο θάνατο από τα μέλη της οικογενείας (Atreya et al., 2020).

Με βάση μια άλλη μελέτη αναφορικά με τις επιπτώσεις του COVID – 19 στο ψυχισμό των νοσηλευτών καθίσταται σαφές πως, οι νοσηλευτές χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες που θα αναλυθούν στη συνέχεια. Όσοι νοσηλευτές έχουν δράσει ενεργά στη φροντίδα ασθενών με COVID-19 βιώνουν συνήθως : (1) φόβο για το κοινωνικό στίγμα, (2) άγχος για τον κίνδυνο μόλυνσης, και (3) επιβάρυνση της νοσηλευτικής πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων. Όπως είναι φυσιολογικό, το άγχος για τον κίνδυνο της μόλυνσης από τον κορονοϊό είναι κάτι το οποίο βιώνεται σε καθημερινή βάση από όλους τους ανθρώπους πόσο μάλλον κι από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας που εκτίθενται περισσότερο σε αυτόν λόγω του επαγγέλματος που ασκούν. Για αυτό το λόγο,

θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψιν η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στους επαγγελματίες υγείας κι όχι μόνο στους ασθενείς τελικού σταδίου και στις οικογένειές τους (Cho, 2021).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ζητήματα που αφορούν μια νόσο τελικού σταδίου και τα συμπτώματα που προκύπτουν κατά τη διάρκειά της είναι πολλά, καθώς η νόσος εξελίσσεται προοδευτικά, όπως μπορεί να διαπιστωθεί από τις ερευνητικές μελέτες που παρατέθηκαν στα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας. Μάλιστα, πολλές φορές οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας νόσου, υφίστανται έκπτωση της λειτουργικότητάς τους, με αποτέλεσμα να χρήζουν συνεχούς φροντίδας, η οποία με την πάροδο του χρόνου αυξάνεται αντί να μειώνεται. Πιο συγκεκριμένα, από την μελέτη των άρθρων αναδύθηκε πως, μια θανατηφόρος πάθηση πρόκειται για μια κατάσταση που απασχολεί έντονα τις γυναίκες και τους άντρες ανεξαρτήτου ηλικίας και κοινωνικοπολιτικής θέσης, καθώς εμφανίζεται αιφνίδια και προκαλεί σημαντικές αλλαγές στην καθημερινότητα των ασθενών, για αυτό σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ταχεία πρόληψη και διάγνωση της νόσου, αν αυτή είναι εφικτή. Επιπλέον, όπως διαπιστώθηκε, η καλύτερη λύση για την αντιμετώπιση μιας νόσου, η οποία βρίσκεται σε τελικό στάδιο, είναι η παρηγορητική φροντίδα, εφόσον πλέον η νόσος δεν επιδέχεται περαιτέρω θεραπευτικής ιατρικής βοήθειας για τη βελτίωση της υγείας του ασθενούς. Αφού, άλλες θεραπευτικές μέθοδοι, ενδέχεται ύστερα από μεγάλα χρονικά διαστήματα εφαρμογής να μη φέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, αντιθέτως να αρχίσουν να προκαλούν περαιτέρω δυσφορία στον ίδιο τον ασθενή. Συμπερασματικά λοιπόν, προτείνεται να υλοποιηθούν περαιτέρω έρευνες αναφορικά με το παρόν θέμα. Οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές παίζουν θεμελιώδη ρόλο στο πως οι ασθενείς τελικού σταδίου θα έχουν την ικανότητα να προσφέρουν στον εαυτό τους μια καλύτερη ποιότητα ζωής, βοηθώντας τους όχι μόνο σε βιοτικό αλλά και σε ψυχολογικό επίπεδο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Abu-Odah, H., Molassiotis, A., & Liu, J. (2020). Challenges on the provision of palliative care for patients with cancer in low-and middle-income countries: a systematic review of reviews. *BMC palliative care*, 19(1), 1-16.
2. Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological assessment*, 10(2), 176.
3. Aoki Y, Wood MJA, (2021), Emerging Oligonucleotide Therapeutics for Rare Neuromuscular Diseases. *J Neuromuscul Dis*. PMID: 34092651.
4. Areia, N. P., Góngora, J. N., Major, S., Oliveira, V. D., & Relvas, A. P. (2020). Support interventions for families of people with terminal cancer in palliative care. *Palliative & supportive care*, 18(5), 580-588.
5. Atreya, S., Kumar, R., & Salins, N. (2020). Community-based palliative care during the COVID 19 pandemic. *Journal of family medicine and primary care*, 9(7), 3169.
6. Back, A. L. (2020). Patient-clinician communication issues in palliative care for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 866-876.
7. Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of clinical nursing*, 20(23-24), 3364-3372.
8. Barben, J., Kamga, A. M., Dabakuyo-Yonli, T. S., Hacquin, A., Putot, A., Manckoundia, P., & Quipourt, V. (2022). Cervical cancer in older women: Does age matter?. *Maturitas*, 158, 40-46.
9. Berekaa, M. M. (2020). Insights into the COVID-19 pandemic: Origin, pathogenesis, diagnosis, and therapeutic interventions. *Frontiers in Bioscience-Elite*, 13(1), 117-139.
10. Bove, Alfred A., (2016), «Άσκηση και καρδιακές παθήσεις». *Methodist DeBakey cardiovascular journal* vol. 12,2 : 74-5. doi:10.14797/mdcj-12-2-74

11. Candy, B., Jones, L., Drake, R., Leurent, B., & King, M. (2011). Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
12. Cassandrini D, Trovato R, Rubegni A, Lenzi S, Fiorillo C, Baldacci J, Minetti C, Astrea G, Bruno C, Santorelli FM, (2017), Italian Network on Congenital Myopathies. Congenital myopathies: clinical phenotypes and new diagnostic tools. *Ital J Pediatr.* 43(1):101.
13. Chang, L. F. *et al.* (2021) 'Mental adjustment as a predictor of comprehensive quality of life outcome among patients with terminal cancer', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9).
14. Chen HC, Wu CY, Hsieh HY, He JS, Hwang SJ, Hsieh HM., (2021), Predictors and Assessment of Hospice Use for End-Stage Renal Disease Patients in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*, 19(1):85.
15. Chen, T. K., Knicely, D. H., & Grams, M. E. (2019). Chronic kidney disease diagnosis and management: a review. *Jama*, 322(13), 1294-1304.
16. Cho, K. H., & Kim, B. (2021). The psychological responses of nurses caring for COVID-19 patients: AQ methodological approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3605.
17. Christiansen, M. G., Piil, K., & Jarden, M. (2022). The Symptom Experience and Self-management Strategies of Women Undergoing Cervical Cancer Treatment: A Qualitative Study. *Cancer Nursing*, 45(1), 12-20.
18. Coelho, Adriana^{1,2,4}; Parola, Vítor^{1,2,4}; Cardoso, Daniela^{2,4}; Bravo, Miguel Escobar³; Apóstolo, João^{2,4} Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review, *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports: July 2017 - Volume 15 - Issue 7* - p 1867-1904.
19. Corti, C., Giachetti, P. P., Eggermont, A. M., Delaloge, S., & Curigliano, G. (2022). Therapeutic vaccines for breast cancer: Has the time finally come? *European Journal of Cancer*, 160, 150-174.
20. Da-Yong, L., Wu, H. Y., & Shen, Y. (2019). Medical treatments for incurable diseases, palliative therapy. *Hos Pal Med Int Jnl*, 3(5), 175-176.

21. De Oliveira, L. C., Abreu, G. T., Lima, L. C., Aredes, M. A., & Wiegert, E. V. M. (2020). Quality of life and its relation with nutritional status in patients with incurable cancer in palliative care. *Supportive Care in Cancer*, 1-8.
22. Fisher, J. W. (2021). Validation and utilisation of the spiritual well-being Questionnaire: SHALOM. *Journal of religion and health*, 60(5), 3694-3715.
23. Funes, M. M., Moraes, M. W. D., Cunha, M. L. D. R., & Almeida, F. D. A. (2020). Caring for cancer patients facing death: nurse's perception and experience. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73.
24. Ghannouchi I, Speyer R, Doma K, Cordier R, Verin E., (2016), Swallowing function and chronic respiratory diseases: Systematic review. *Respir Med*. PMID: 27492514.
25. Hauffman, A., Alfnsson, S., Bill-Axelson, A., Bergkvist, L., Forslund, M., Mattsson, S., & Johansson, B. (2020). Cocreated internet-based stepped care for individuals with cancer and concurrent symptoms of anxiety and depression: Results from the U-CARE AdultCan randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 29(12).
26. Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., & Higginson, I. J. (2020). Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 905.
27. Hill, L., & Schug, S. A. (2009). Recent advances in the pharmaceutical management of pain. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 2(5), 543-557.
28. Ind, T. (2021). Overview of fertility sparing treatments for cervical cancer. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*.
29. Jeong, A., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., & Park, J. H. (2016). Avoidance of cancer communication, perceived social support, and anxiety and depression among patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 25(11), 1301-1307.
30. Kathleen A Sluka, Steven Z George, (2021), A New Definition of Pain: Update and Implications for Physical Therapist Practice and Rehabilitation Science, *Physical Therapy*, Volume 101, Issue 4.
31. Kavalieratos D, Gelfman LP, Tycon LE, Riegel B, Bekelman DB, Ikejiani DZ, Goldstein N, Kimmel SE, Bakitas MA, Arnold RM, (2017), Palliative Care in

- Heart Failure: Rationale, Evidence, and Future Priorities. *J Am Coll Cardiol* 70(15):1919-1930.
32. Kim, H. J., & Jung, S. O. (2020). Comparative evaluations of single-item pain-intensity measures in cancer patients: Numeric rating scale vs. verbal rating scale. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2945-2952.
 33. Kwon, S., Kim, M., & Choi, S. (2020). Nurses' experiences of providing "sensitive nursing care" for terminally-ill individuals with cancer: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 46, p. 101773
 34. Li, X., Cao, X., Guo, M., Xie, M., & Liu, X. (2020). Trends and risk factors of mortality and disability adjusted life years for chronic respiratory diseases from 1990 to 2017: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *bmj*, 368.
 35. Limon-Miro AT, Valencia ME, Lopez-Teros V, Alemán-Mateo H, Méndez-Estrada RO, Pacheco-Moreno BI, Astiazaran-Garcia H., (2021), An individualized food-based nutrition intervention reduces visceral and total body fat while preserving skeletal muscle mass in breast cancer patients under antineoplastic treatment. *Clin Nutr.* 40(6):4394-4403.
 36. Magill, N., Walker, J., Symeonides, S., Gourley, C., Hobbs, H., Rosenstein, D., & Sharpe, M. (2022). Depression and anxiety during the year before death from cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 158, 110922.
 37. Mary P., Servais L., Vialle R., (2018), Neuromuscular diseases: Diagnosis and management. *Orthop Traumatol Surg Res*. PMID: 29196274.
 38. Medeiros GC, Thuler LCS, Bergmann A., (2021), Determinants of delay from cancer diagnosis to treatment initiation in a cohort of brazilian women with breast cancer. *Health Soc Care Community*, 29(6):1769-1778.
 39. Merlano, M. C., Abbona, A., Paccagnella, M., Falletta, A., Granetto, C., Ricci, V., & Garrone, O. (2021). Cytokine profiling of end stage cancer patients treated with immunotherapy. *Vaccines*, 9(3), 235.
 40. Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Kalaidopoulou, O., & Vlahos, L. (2002). The families evaluation on management, care and disclosure for terminal stage cancer patients. *BMC Palliative Care*, 1(1), 1-8.

41. Nettleton, S. (2002), «Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας», αριθμός 1, Τυπωθητώ / Δαρδάνος, σελ. 142 – 212.
42. Oymak, E. (2022). Measuring Breast Cancer Patients' Opinion About Radiotherapy with Visual Analog Scale and the Effect of Informative Interview. *Turk J Oncol*, 37(1), 32-36.
43. Pegoraro, A., Orioli, E., De Marchi, E., Salvestrini, V., Milani, A., Di Virgilio, F., Adinolfi, E. (2020). Differential sensitivity of acute myeloid leukemia cells to daunorubicin depends on P2X7A versus P2X7B receptor expression. *Cell death & disease*, 11(10), 1-12.
44. Phoolcharoen, N., Varon, M. L., Baker, E., Parra, S., Carns, J., Cherry, K., & Salcedo, M. P. (2022). Hands-On Training Courses for Cervical Cancer Screening, Diagnosis, and Treatment Procedures in Low-and Middle-Income Countries. *JCO Global Oncology*, 8, e2100214.
45. Poggi, A. (2020) 'Hodgkin Disease', *eLS*, pp. 1–12.
46. Riklikienė, O., Kaselienė, S., Spirgienė, L., Karosas, L., & Fisher, J. W. (2020). Spiritual Wellbeing of Cancer Patients: What Health-Related Factors Matter? *Journal of religion and health*, 59(6), 2882-2898.
47. Roth, G. A., Mensah, G. A., Johnson, C. O., Addolorato, G., Ammirati, E., Baddour, L. M., ... & GBD-NHLBI-JACC Global Burden of Cardiovascular Diseases Writing Group. (2020). Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990–2019: update from the GBD 2019 study. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(25), 2982-3021.
48. Rosa, W. E., Gray, T. F., Chow, K., Davidson, P. M., Dionne-Odom, J. N., Karanja, V., & Meghani, S. H. (2020). Recommendations to leverage the palliative nursing role during COVID-19 and future public health crises. *Journal of hospice and palliative nursing: JHPN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 22(4), 260.
49. Sabel Michael, S. (2018) «Σύγχρονη Χειρουργική Current: Διάγνωση & Θεραπεία», 3^η Ελληνική Έκδοση, Π.Χ Πασχαλίδης, σελ. 948 – 966.
50. SalehSedghpour, B., Del, T. T., & Sadat, S. A. (2020). Standardization, validation and reliability scale evaluation of happiness among students. *Technology of Education Journal (TEJ)*, 14(2), 355-367.

51. Smith, R. (2022). The origins, development, and context of the Lancet Commission on the Value of Death. *bmj*, 376.
52. Steiner, Jill M et al. «Παρηγορητική φροντίδα σε τελικού σταδίου βαλβιδοπάθεια», (2017), *Heart (British Cardiac Society)* τομ. 103,16 doi:10.1136/heartjnl-2016-310538.
53. Ürek, D., Karaman, S. E. V. İ. L. A. Y., Bilgin, İ., IŞIK, O., & Uğurluoğlu, Ö. Z. G. Ü. R. (2022). Socio-demographic Factors Associated with Utilization of Breast and Cervical Cancer Screening Methods in Turkey. *Turk J Oncol*, 37(1), 23-31.
54. Vacas Guerrero, M. (2014) ‘Aportando valor al cuidado en la etapa final de la cronicidad’, *Enfermeria Clinica*, 24(1), pp. 74–78.
55. Young, A. M., Charalambous, A., Owen, R. I., Njodzeka, B., Oldenmenger, W. H., Alqudimat, M. R., & So, W. K. (2020). Essential oncology nursing care along the cancer continuum. *The Lancet Oncology*.
56. World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018.
57. Woolf C. J. (2010). What is this thing called pain?. *The Journal of clinical investigation*, 120(11), 3742–3744.
58. Εθνικός Οργανισμός Υγείας, (n.d.), *Ορισμός Καρκίνου*, [Διαδίκτυο], Available at: <https://eody.gov.gr/disease/karkinos/> [Τελευταία πρόσβαση 27 Νοεμβρίου 2021].
59. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (2012), *Ορισμός της Ανακουφιστικής Φροντίδας* [Διαδίκτυο]. Διαθέσιμο από: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> και <http://www.who.int> [Τελευταία πρόσβαση 27 Δεκεμβρίου 2021].
60. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (n.d.), *Έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τον Καρκίνο*, [διαδίκτυο], Διαθέσιμο από: <https://helpa-prometheus.gr/ekthesi-toy-pagkosmiouy-organismoy-ygeias-gia-ton-karkino-2020/> [Τελευταία πρόσβαση 27 Νοεμβρίου 2021].