



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**



**ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Εισηγήτρια: Ελπινίκη Λαΐου

Φοιτήτρια: Ιωάννα Μπακατσέλου Α.Μ:17299

Ιωάννινα, 2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στη προσπάθειά μου αυτή, ευχαριστώ την οικογένειά μου για την υποστήριξή τους και τον ενθουσιασμό τους στα τέσσερα αυτά χρόνια, την φίλη μου, και την καθηγήτριά μου Λαΐου Ελπινίκη, που χωρίς τη βοήθειά της και την καθοδήγησή της δεν θα ήταν εφικτή η εκπόνηση της εργασίας αυτής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	7
1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	7
1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	9
1.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	9
1.5 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.....	14
1.6 ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ	16
1.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	16
1.8 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	18
1.8.1 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	18
1.8.2 ΠΟΝΟΣ.....	18
1.8.3 ΕΙΔΗ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	19
1.9 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	20
1.10 ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ- ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	20
1.10.1 Ορισμός Παρηγορητικής Αγωγής.....	20
1.10.2 Αρχές Παρηγορητικής Αγωγής.....	21
1.10.3 Παρηγορητική Ακτινοθεραπεία	21
1.10.4 Παρηγορητική Χημειοθεραπεία.....	22
1.10.5 Παρηγορητική Χειρουργική.....	23
1.11 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	24
1.12 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ.....	24
1.12.1 Ναυτία – Έμετος.....	25
1.12.2 Δυσκοιλιότητα.....	26
1.12.3 Διάρροια.....	27
1.12.4 Δύσπνοια.....	27
1.12.5 Ανορεξία-Καχεξία	28

1.12.6 Αδυναμία-Κόπωση.....	29
1.12.7 Αϋπνία.....	29
1.12.8 Άγχος-Κατάθλιψη.....	30
1.12.9 Πόνος.....	31
1.13 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	33
2. ΣΚΟΠΟΣ.....	36
3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	36
3.1 Στρατηγική ηλεκτρονικής Αναζήτησης.....	36
3.2 Κριτήρια επιλεξιμότητας.....	36
3.3 Επιλογή μελετών και σύνθεση δεδομένων.....	37
3.4 Διάγραμμα ροής.....	38
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	39
4.1 Παρηγορητική αγωγή - νέα ερευνητικά δεδομένα.....	39
4.2 Παρηγορητική φροντίδα – νέα ερευνητικά δεδομένα.....	42
Πίνακας 1. Κύρια χαρακτηριστικά των άρθρων που πληρούσαν τα κριτήρια επιλεξιμότητας.....	48
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	57
6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	60

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος, είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας και αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιακές νόσους παγκοσμίως ενώ υπολογίζεται ότι το 70% των περιπτώσεων του καρκίνου αφορά άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Στην παρηγορητική θεραπεία των καρκινοπαθών τελικού σταδίου σημαντικό ρόλο παίζει ο Νοσηλευτής που καλείται να παράσχει στους ασθενείς αυτούς φροντίδα σε βιοψυχοκοινωνικό επίπεδο στοχεύοντας σε ολιστική φροντίδα και ποιότητα ζωής.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με σκοπό την ανασκόπηση των νεότερων ερευνητικών δεδομένων σχετικά με το ρόλο του νοσηλευτή στην παροχή παρηγορητικής φροντίδας σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκαν ηλεκτρονικές αναζητήσεις στις ηλεκτρονικές βάσεις PubMed και Scopus για την εύρεση επιστημονικών άρθρων στην αγγλική γλώσσα. Ως επιλέξιμα κρίθηκαν επιστημονικά άρθρα εάν προερχόταν από νοσηλευτικά περιοδικά της τελευταίας πενταετίας σχετικά με τη νοσηλευτική παρηγορητική θεραπεία ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο. Το υλικό της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης αποτέλεσαν 20 επιστημονικά άρθρα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν τον καρκίνο ως τραυματικό γεγονός εκδηλώνοντας συναισθήματα όπως άγχος, ανησυχία, ματαίωση, φόβο με αποτέλεσμα να επιδεινώνονται τα συμπτώματά τους. Κατάλληλα σχεδιασμένες παρεμβάσεις παρηγορητικής φροντίδας φαίνεται να ενισχύουν την αίσθηση αξιοπρέπειας του ασθενή με καρκίνο, αυξάνουν την αίσθηση σκοπού και νοήματος και ενισχύουν την προσωπικότητά του. Οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις παρηγορητικής φροντίδας τείνουν να περιλαμβάνουν κατάρτιση της ομάδας παρηγορητικής αγωγής και συχνή αξιολόγηση των συμπτωμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρηγορητική φροντίδα περιλαμβάνει τη σωματική και ψυχολογική φροντίδα του ασθενούς με καρκίνο τελικού σταδίου. Οι κατάλληλα σχεδιασμένες παρεμβάσεις παρηγορητικής φροντίδας έχουν την προοπτική να συνεισφέρουν σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην ανακούφιση του από τα συμπτώματα.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Παρηγορητική θεραπεία, Καρκίνος, Νοσηλευτής, Ηλικιωμένοι

ABSTRACT

Cancer is a serious health problem and the second leading cause of death after heart disease worldwide, accounting for 70% of cancer cases in people over 65 years of age. In the palliative treatment of end-stage cancer patients, an important role is played by the Nurse who is called upon to provide these patients with care at the biopsychosocial level, aiming at holistic care and quality of life.

OBJECTIVE: The present study was conducted to review the latest research data on the role of the nurse in providing palliative care to elderly cancer patients.

MATERIAL AND METHOD: Electronic searches have been carried out in the electronic databases PubMed and Scopus to find scientific articles in English. Scientific articles were considered eligible if they came from nursing journals published in the last five years on nursing palliative care for elderly cancer patients. The material of this bibliographic review consisted of 20 scientific articles.

RESULTS: Patients treat cancer as a traumatic event, expressing emotions such as anxiety, worry, frustration, fear, and worsening their symptoms. Properly designed palliative care interventions seem to enhance the patient's sense of dignity with cancer, increase the sense of purpose and meaning, and enhance his or her personality. Effective palliative care interventions tend to include training of the palliative care team and frequent evaluation of symptoms.

CONCLUSIONS: Palliative care includes the physical and psychological care of a patient with end-stage cancer. Properly designed palliative care interventions have the potential to make a significant contribution to improving quality of life and relieving symptoms.

KEYWORDS: Palliative care, Cancer, Nurse, Elderly

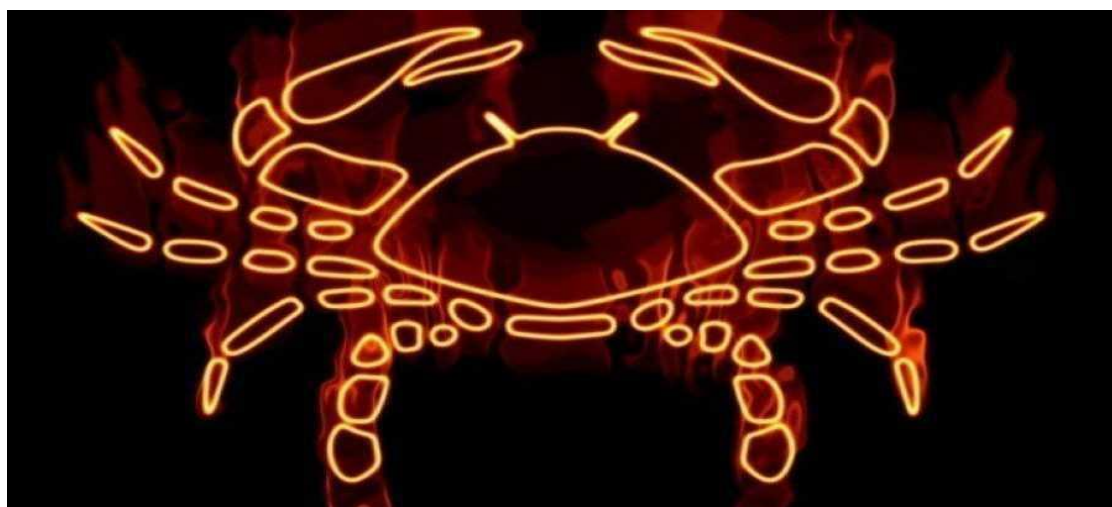
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Λίγες λέξεις προκαλούν συναισθηματική ταραχή τόσο δραματική όσο η λέξη καρκίνος (Osborn & Watson, 2013). Ο καρκίνος προσβάλλει οποιοδήποτε άτομο, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου και εθνικότητας ή γεωγραφικής προέλευσης. Χαρακτηρίζεται από τη μη φυσιολογική κυτταρική ανάπτυξη, ωρίμανση, πολλαπλασιασμό και την ικανότητα των κυττάρων να μετακινούνται σε άλλους ιστούς και όργανα. Πρόκειται για μια ομάδα νοσημάτων κατά την οποία τα χαρακτηριστικά και οι λειτουργίες των φυσιολογικών κυττάρων έχουν αλλοιωθεί, με αποτέλεσμα το σχηματισμό μάζας ιστού που αναπτύσσεται διαρκώς και είναι γνωστή ως όγκος (Damjanov, 2009).

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η πρώτη καταγεγραμμένη περιγραφή καρκίνου βρέθηκε σε έναν αιγυπτιακό πάπυρο του 3000 Π.Χ. Η προέλευση της λέξης Καρκίνος, αποδίδεται στον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη, που έμεινε στην ιστορία ως «πατέρας της ιατρικής». Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους «καρκίνωμα» και «καρκίνος» που σημαίνει «κάβουρας», για να περιγράψει διάφορους όγκους που εμφανίζονταν ως εσωτερικά ή εξωτερικά έλκη και διογκώσεις, όπου το σχήμα αυτών, του θύμιζε καβούρι (Lemone & Burke, 2006).



Απτή απόδειξη ύπαρξης της νόσου στην αρχαιότητα αποτελεί η παρουσία όγκων σε αιγυπτιακές μούμιες, όπως, για παράδειγμα, η αποκάλυψη εκτεταμένου καρκίνου των ωοθηκών, με κοιλιακές μεταστάσεις, σε θηλυκή μούμια. Επίσης, καταγραφές από την αρχαία Ινδία (Αγιουβέρδα) περιέχουν περιγραφές διαφόρων ειδών καρκίνου (π.χ. της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του οισοφάγου και του ορθού), υποδηλώνοντας ότι ο καρκίνος ήταν μια ασθένεια που μπορούσε να διαγνωστεί επιτυχώς εδώ και 2500 χρόνια, ωστόσο θεωρείτο ανίατη (Cooper & Hausman, 2013).

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα από τα είδη της νόσου που είχε μελετηθεί πολύ καλά από τους γιατρούς της Αρχαίας Ελλάδας και του Βυζαντίου, τόσο λόγω της συχνότητάς του, όσο και της επιφανειακής θέσης του. Ο Ηρόδοτος αναφέρει ότι ο Δημοκίδης, περίφημος γιατρός της εποχής, όταν υπηρετούσε στην Περσική Αυλή (520 Π.Χ.), θεράπευσε τη γυναίκα του Βασιλιά Δαρείου, την Ατόσα, από ένα καρκίνωμα του μαστού. Για τους αρχαίους Αιγύπτιους ο καρκίνος σήμαινε τιμωρία από τους Θεούς για ασεβείς και αμαρτωλές πράξεις. Τα κείμενα του Ιπποκράτη όμως είναι αυτά που για πρώτη φορά ονομάζουν αυτή τη νόσο καρκίνο. Η αιτιολογία της βασίστηκε στη θεώρηση του Ιπποκράτη το 460-370 Π.Χ. για τους 4 χυμούς (αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή). Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, σε φυσιολογικές συνθήκες οι χυμοί αυτοί βρίσκονταν σε ισορροπία, όταν όμως, συσσωρευόταν υπερβολική ποσότητα μαύρης χολής σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος, δημιουργείτο καρκίνος (Γκοβίνα & Κωσταντινίδης, 2019).

Η θεωρία των χυμών υποστηρίχθηκε για πολλούς αιώνες και έφτασε στη Ρωμαϊκή εποχή, όπου την υιοθέτησε και τη διέδωσε ο διάσημος γιατρός Γαληνός. Αντίθετα, το 19ο αιώνα γεννήθηκε η επιστημονική ογκολογία με τη χρήση του μικροσκοπίου και την ανάδυση της επιστήμης της κυτταρικής παθολογίας από τον Rudolf Virchow. Αυτή η μέθοδος επέτρεψε τη μελέτη ανθρώπινων ιστών που αφαιρέθηκαν από χειρουργική επέμβαση, και έτσι δινόταν η δυνατότητα για σαφή διάγνωση. Απότοκο αυτού είναι ότι ο καρκίνος αποτελείται από κύτταρα τα οποία όμως δεν είναι φυσιολογικά (Γκοβίνα & Κωσταντινίδης, 2019).

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος, είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας και αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιακές νόσους παγκοσμίως. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), κατά το έτος 2008, εμφανίστηκαν 12,4 εκατομμύρια νέα κρούσματα καρκίνου, και 7,6 εκατομμύρια καρκινοπαθείς έχασαν τη μάχη με τη ζωή, αριθμός που αντιπροσωπεύει το ένα σημαντικό ποσοστό περιστατικών θανάτου σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι συχνότερα εμφανιζόμενες νέες περιπτώσεις καρκίνου με τη μεγαλύτερη θνησιμότητα είναι ο καρκίνος πνεύμονα, μαστού, παχέος εντέρου, προστάτη και ουροδόχου κύστης (Λαβδανίτη, 2017).

Υπολογίζεται ότι για τους άνδρες μεγαλύτερη επίπτωση εμφανίζουν οι καρκίνοι του: πνεύμονα, τραχείας και βρόγχων, προστάτη, ουροδόχου κύστης, παχέος εντέρου και οι λευχαιμίες που αποτελούν και τα είδη με τη μεγαλύτερη συχνότητα. Στις γυναίκες μεγαλύτερη επίπτωση εμφανίζουν οι καρκίνοι του: μαστού, παχέος εντέρου, πνεύμονα, τραχείας και βρόγχων, ωοθηκών και λευχαιμίες, που αποτελούν και τις κυριότερες αιτίες θνησιμότητας. Υπολογίζεται ότι κατά το 2012 συνέβησαν 17.200 θάνατοι στους άνδρες και 11.500 στις γυναίκες από καρκίνο στην Ελλάδα ενώ κάθε χρόνο συμβαίνουν περίπου 28.500 θάνατοι (Λαβδανίτη, 2017).

1.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Χαρακτηριστικό γνώρισμα της εμφάνισης του καρκίνου αποτελεί η μεταβολή της δομής του δεοξυριβονουκλεϊκού οξέος (DNA) στον πυρήνα του κυττάρου (Γιωτάκη, 2014). Η δημιουργία του καρκίνου είναι μία διαδικασία όπου τα φυσιολογικά κύτταρα μετατρέπονται σε κακοήγη. Δυνητικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου, που απαντώνται στη βιβλιογραφία, είναι οι:

Γενετική προδιάθεση

Υπολογίζεται ότι στο 5% έως 10% των περιπτώσεων καρκίνου παίζει κάποιο ρόλο η κληρονομικότητα. Οι οικογένειες με κληρονομούμενα καρκινικά σύνδρομα εμφανίζουν συνήθως καρκίνο με αυτοσωματική επικρατή κληρονομικότητα. Κάποιοι από αυτούς τους όγκους οφείλονται σε απενεργοποίηση ογκοκατασταλτικών γονιδίων, άλλοι σε ογκογονίδια και άλλοι προέρχονται από μεταλλάξεις σε γονίδια

επιδιόρθωσης του DNA. Με την κληρονόμηση του μεταλλαγμένου γονιδίου μεταδίδεται το χαρακτηριστικό στους απογόνους. Οι πολλές μικρές γονιδιακές μεταλλάξεις αλλά και η έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες θεωρείται ότι συμβάλουν στην ενίσχυση της γενετικής προδιάθεσης (Λαβδανίτη, 2017).

Φύλο

Το φύλο εικάζεται ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση συγκεκριμένων μορφών καρκίνου, παρά για την εμφάνιση καρκίνου γενικότερα. Για παράδειγμα ο καρκίνος του θυρεοειδούς παρατηρείται συνηθέστερα σε γυναίκες ενώ ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι συχνότερος σε άνδρες (Lemone & Burke, 2006).

Ηλικία

Υπολογίζεται ότι το 70% των περιπτώσεων του καρκίνου αφορά άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Ένας πιθανός λόγος αυξημένου κινδύνου στα ηλικιωμένα άτομα είναι ότι για την πρόκληση μόνιμης βλάβης στα προσβεβλημένα κύτταρα απαιτούνται τουλάχιστον πέντε στάδια γενετικών μεταλλάξεων. Επιπλέον για την εμφάνιση κακοήθειας απαιτείται συνήθως, μακρόχρονη έκθεση σε αυξημένες δόσεις καρκινογόνων παραγόντων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η απάντηση του ανοσοποιητικού συστήματος διαταράσσεται με την πάροδο της ηλικίας (Λαβδανίτη, 2017).

Στρες

Το συνεχές, ανεξέλεγκτο στρες έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση ορμονών όπως η επινεφρίνη και η κορτιζόλη σε αυξημένα επίπεδα οδηγώντας σε συστηματική «κόπωση» του οργανισμού και έκπτωση της λειτουργίας της ανοσοεπαγρύπνησης (Λαβδανίτη, 2017).

Ένδεια

Τα πτωχά άτομα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου σε σχέση με το γενικότερο πληθυσμό. Η δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες του συστήματος υγείας, και ιδιαίτερα όσον αναφορά στον προληπτικό έλεγχο και τις υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης, αποτελεί έναν βασικό παράγοντα για την κατάσταση αυτή. Ορισμένοι

παράγοντες που μπορεί να συμβάλουν στο συνολικό κίνδυνο, όπως η διατροφή και το στρες, γενικά θεωρούνται ως τροποποιήσιμοι, σε αυτήν όμως την πληθυσμιακή ομάδα ο έλεγχός τους συχνά αποδεικνύεται δύσκολος (Lemone & Burke, 2006).

Επάγγελμα

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου ποικίλλει ανάλογα με το επάγγελμα. Για παράδειγμα, οι εργαζόμενοι σε εξωτερικούς χώρους, όπως οι αγρότες ή οι οικοδόμοι είναι εκτεθειμένοι στην ηλιακή ακτινοβολία. Οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία, όπως οι τεχνικοί-ακτινολόγοι ή οι βιολόγοι-ερευνητές, εκτίθενται στην ιονίζουσα ακτινοβολία και σε καρκινογόνες ουσίες (Γιωτάκη, 2014).

Χρήση Ναρκωτικών ουσιών

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών σχετίζεται με ανθυγιεινό τρόπο ζωής, που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Τα ναρκωτικά φάρμακα θεωρείται ότι προάγουν την ανάπτυξη καρκίνου λόγω της κατασταλτικής τους δράσης στο ανοσοποιητικό σύστημα. Αν και δεν έχει ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη καρκίνου, ωστόσο η μαριχουάνα έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί χρωμοσωμικές βλάβες, οι οποίες με την πάροδο του χρόνου, ενδεχομένως να επιφέρουν προκαρκινικές μεταλλάξεις στο DNA. Το κάπνισμα μαριχουάνας θεωρείται πολύ περισσότερο επιβλαβές για το πνευμονικό παρέγχυμα σε σύγκριση με τον καπνό του τσιγάρου (Lemone & Burke, 2006).

Κάπνισμα

Το κάπνισμα αποτελεί τη μόνη σημαντική αιτία καρκινογένεσης που μπορεί να προληφθεί. Τα τσιγάρα περιέχουν τουλάχιστον 69 χημικές ουσίες που είναι γνωστό ότι προκαλούν καρκίνο. Ο κίνδυνος μεγαλώνει με την περιεκτικότητα πίσσας που περιέχει (Γιωτάκη, 2014). Ο καπνός είναι ένα ισχυρό καρκινογόνο που περιέχει βενζοπυρένιο, διμεθυλονιτροζαμίνη και ενώσεις νικέλιου που οδηγούν σε κακοήγη μετασχηματισμό των κυττάρων. Έχει συσχετιστεί με τον καρκίνο του πνεύμονα, της στοματικής κοιλότητας, του λάρυγγα, του οισοφάγου, των νεφρών, του παγκρέατος, του στομάχου, του τραχήλου της μήτρας, της ουροδόχου κύστεως, του παχέως εντέρου, του ήπατος καθώς και της μυελογενούς λευχαιμίας (Γκοβίνα & Κωνσταντινίδης, 2019).

Αλκοόλ

Το αλκοόλ προάγει την εμφάνιση καρκίνου, τροποποιώντας το μεταβολισμό των καρκινογόνων ουσιών στο ήπαρ και τον οισοφάγο αυξάνοντας, με τον τρόπο αυτό, την βλαπτική δράση σε κάποιους ιστούς. Η αιθανόλη μπορεί να ενισχύσει τη δράση άλλων καρκινογόνων και ο μεταβολισμός της τη μετατρέπει σε τοξικά χημικά τα οποία μπορεί να καταστρέψουν το DNA (Γιωτάκη, 2014). Επίσης, το αλκοόλ είναι ανοσοκατασταλτικό (Λαβδανίτη, 2017).

Η υπερκατανάλωσή αλκοόλ έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη καρκίνου κεφαλής και τραχήλου, οισοφάγου, ήπατος, παχέος εντέρου και μαστού. Μολονότι αναφέρεται ότι το κόκκινο κρασί περιέχει ρεσβερατρόλη η οποία έχει αντικαρκινικές ιδιότητες, απαιτούνται έρευνες προκειμένου να αποδείξουν εάν ελαττώνει τον κίνδυνο του καρκίνου. Τέλος, το αλκοόλ δρα συνεργατικά με τον καπνό αυξάνοντας τον κίνδυνο για καρκίνο. Τα άτομα που καπνίζουν και καταναλώνουν σημαντική ποσότητα αλκοόλ σε καθημερινή βάση, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του στόματος και του φάρυγγα (Λαβδανίτη, 2017).

Διατροφή

Η κατανάλωση κόκκινου και επεξεργασμένου κρέατος, τα παστά ψάρια, η υψηλή πρόσληψη αλατισμένων τροφίμων, η κατανάλωση τροφίμων που έχουν μολυνθεί από τις αφλατοξίνες (μουχλιασμένο καλαμπόκι) ενοχοποιούνται για την εμφάνιση καρκίνου (Kearney, et al. 2011). Άλλες μελέτες δείχνουν ότι τα συντηρητικά, οι μολυσματικοί παράγοντες, οι χρωστικές, τα βελτιωτικά γεύσης και οι τρόποι παρασκευής μπορεί να έχουν καρκινογόνες επιδράσεις (Μπακνκουσλί, 2012).

Παχυσαρκία

Είναι πιθανό ότι οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην ανάπτυξη του καρκίνου οφείλονται σε μεγάλο βαθμό σε μεταβολές του μεταβολισμού ορμονών όπως τα στεροειδή φύλου, της ινσουλίνης και σχετικών με ινσουλίνη αναπτυξιακών παραγόντων. Οι αλλαγές στα επίπεδα των ορμονών αυτών, μπορεί να διαταράξει τη φυσιολογική ισορροπία μεταξύ πολλαπλασιασμού των κυττάρων, τη διαφοροποίηση

και την απόπτωση. Για αδενοκαρκινώματα του οισοφάγου, υπάρχουν ενδείξεις ότι η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο με την αύξηση γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (Kearney, et al. 2011).

Σεξουαλική Δραστηριότητα

Γυναίκες με πολλούς συντρόφους και με πρόωμη έναρξη ολοκληρωμένων σχέσεων φαίνεται να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου (Lemone & Burke, 2006).

Χημικά καρκινογόνα

Στα χημικά καρκινογόνα περιλαμβάνεται η πίσσα, το νικέλιο, ο αμίαντος, το αρσενικό, το χρώμιο, το βινυλοχλωρίδιο καθώς και τα παράγωγα της ανιλίνης και οι αρωματικές αμίνες. Οι επιδράσεις αυτών αυξάνουν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό στη καρκινογένεση (Γιωτάκη, 2014). Τα χημικά καρκινογόνα αντιδρούν με το DNA του κυττάρου και προκαλούν μεταλλάξεις που τροποποιούν τη λειτουργία των γονιδίων. Οι επιδράσεις κάποιων χημικών παραγόντων αυξάνουν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό (Λαβδανίτη, 2017).

Έκθεση στον ήλιο

Καθώς το προστατευτικό στρώμα του όζοντος μειώνεται, μεγαλύτερο μέρος της βλαπτικής υπεριώδους ακτινοβολίας του ήλιου φτάνει στην επιφάνεια της γης, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος. Οι καρκίνοι του δέρματος που σχετίζονται με την έκθεση στον ήλιο, θεωρούνται πλέον πρόβλημα για όλα τα άτομα, ανεξαρτήτως χρώματος (Lemon & Burke, 2006).

Λοιμώξεις

Λοιμώξεις θεωρούνται ως αιτιολογικός παράγοντας για τη δημιουργία αρκετών καρκίνων. Ενδεικτικά, το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, έχει ταξινομηθεί ως ανθρώπινο καρκινογόνο. Όσο περισσότερο διαρκεί η φλεγμονή τόσο μεγαλύτερος κίνδυνος υπάρχει για την εμφάνιση καρκίνου. Έχει αποδειχθεί ότι οι μεταλλάξεις σε κάποια μόρια που συμμετέχουν στην επιδιόρθωση των ιστών διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην καρκινογένεση. Κάποιες φλεγμονώδεις καταστάσεις όπως η ηπατίτιδα, η

χρόνια φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, η γαστρίτιδα και η οστεομυελίτιδα προδιαθέτουν σε καρκίνο(Λαβδανίτη, 2017).

Ιοί

Οι ιοί έχουν αναγνωριστεί ότι έχουν ογκογόνες δυνατότητες. Όταν μολύνουν τα κύτταρα σπάζουν την αλυσίδα του DNA και εισάγουν το γενετικό τους υλικό σε αυτή. Η λοίμωξη από ρετροϊούς είναι συνήθως υπεύθυνη για τη δημιουργία όγκων. Ωστόσο, οποιοσδήποτε ιός εισέλθει στον οργανισμό και προκαλέσει μετάλλαξη του DNA μπορεί να προκαλέσει καρκίνο όπως ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων HPV, ο ιός Epstein-Bar, ο ιός της ηπατίτιδας B και C και η νόσος του Hodgkin (Kearney, et al. 2011).

1.5 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Σύμφωνα με τη Λαβδανίτη, (2017) καρκινογένεση ονομάζεται η διαδικασία κατά την οποία τα φυσιολογικά κύτταρα μετατρέπονται σε κακοήγη και γίνονται καρκινικά. Είναι μία διαδικασία πολλών σταδίων που μπορεί να πάρει χρόνια προκειμένου να ολοκληρωθεί. Κατά τη διάρκειά της συμβαίνει μία σειρά γενετικών ή επιγενετικών αλλαγών. Οι γενετικές μεταλλάξεις που μπορεί να συμβούν είναι η έλλειψη, ο διπλασιασμός, η αναστροφή, η προσθήκη και η μετάσταση. Δεν είναι σπάνιες αλλά συνήθως επισκευάζονται από κυτταρικούς μηχανισμούς. Ο καρκίνος προκαλείται όταν δεν επιδιορθώνονται οι διαταραχές που συμβαίνουν στα γονίδια που ρυθμίζουν τη κυτταρική αύξηση και διαφοροποίηση, με αποτέλεσμα να μην καταστέλλεται η αύξηση των όγκων, να μην στοχεύονται τα κατεστραμμένα κύτταρα για απόπτωση ή να μην επιδιορθώνεται το κατεστραμμένο DNA. Το αποτέλεσμα αυτών των διαταραχών είναι τα καρκινικά κύτταρα να μην καθοδηγούνται από σήματα που ρυθμίζουν την κυτταρική ανάπτυξη με συνέπεια να παρουσιάζουν ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό.

Ένα δυσλειτουργικό γονίδιο μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την παραγωγή της αντίστοιχης πρωτεΐνης σε μη φυσιολογικά επίπεδα, ή την παραγωγή μιας παρεκκλίνουσας εκδοχής της πρωτεΐνης ή τη μη παραγωγή της. Σύμφωνα με τα πορίσματα πρόσφατων πειραματικών μελετών, για τον μετασχηματισμό ενός φυσιολογικού κυττάρου σε καρκινικό απαιτείται η παραβίαση τριών θεμελιωδών

μηχανισμών ελέγχου. Ο πρώτος μηχανισμός αφορά την ενεργοποίηση της κυτταρικής διαίρεσης μόνο μετά τη λήψη κατάλληλου εξωτερικού ερεθίσματος (ορμόνης ή άλλου αυξητικού παράγοντα). Ο δεύτερος μηχανισμός υπαγορεύει την αλλοίωση ή υπερέκφραση επιφανειακών υποδοχέων της κινάσης τυροσίνης, μιας πρωτεΐνης που εκτείνεται και στις δύο πλευρές της κυτταρικής μεμβράνης. Όταν ο υποδοχέας αυτός δεσμεύσει έναν αυξητικό παράγοντα που υπάρχει στο αίμα ή στο μεσοκυττάριο υγρό, τότε, μέσω της κινάσης τυροσίνης, ενεργοποιείται ο πολλαπλασιασμός του κυττάρου. Ο τρίτος μηχανισμός ελέγχου επιτρέπει την πραγματοποίηση περιορισμένου αριθμού διαιρέσεων από το ίδιο κύτταρο, όπου εμποδίζεται η αντιγραφή του DNA του πέραν ενός προκαθορισμένου αριθμού επαναλήψεων. Κάθε μια από τις παραπάνω παραβιάσεις μπορεί να διαταράξει την ομαλή λειτουργία του κυττάρου και να συμβάλλει στον αφανισμό των φυσιολογικών κυττάρων (Kearney, et al. 2015).

Εάν η μάζα που δημιουργείται, παραμένει εντοπισμένη και τα κύτταρά της δεν εμφανίζουν παραλλαγή από τα φυσιολογικά κύτταρα του ιστού από τον οποίο προέρχεται, τότε ο όγκος ονομάζεται καλοήθης. Αντίθετα, εάν τα κύτταρα του όγκου έχουν την ιδιότητα να αναπτύσσονται και να αναπαράγονται ταχύτατα, να εισδύουν μέσα στα γειτονικά κύτταρα και μπορούν να επεκταθούν και σε άλλες περιοχές και όργανα του σώματος, τότε ονομάζεται κακοήθης όγκος (Γιωτάκη, 2014).

Τόσο οι καλοήθεις όσο και οι κακοήθεις όγκοι ταξινομούνται σύμφωνα με τον τύπο των κυττάρων από τα οποία προέρχονται. Οι περισσότεροι καρκίνοι κατατάσσονται σε μια από τις τρεις κύριες κατηγορίες: α) τα καρκινώματα, β) τα σαρκώματα, και γ) τις λευχαιμίες και τα λεμφώματα. Τα καρκινώματα στα οποία περιλαμβάνονται το 90% περίπου των καρκίνων του ανθρώπου είναι κακοήθεις όγκοι επηθηλιακών κυττάρων και συμπαγείς όγκοι συνδετικού ιστού των μυών, των οστών, των χόνδρων και ινωδών ιστών. Οι λευχαιμίες και τα λεμφώματα, αποτελούν το 8% των κακοήθων όγκων προέρχονται από κύτταρα του αίματος και του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι όγκοι κατατάσσονται επίσης, σύμφωνα με τους ιστούς προέλευσής τους και τους τύπους των κυττάρων που εμπλέκονται (Cooper & Hausman, 2013).

1.6 ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ

Αν τα καρκινικά κύτταρα παραμείνουν στη θέση τους και δεν διεισδύσουν σε γειτονικούς ιστούς, τότε ο όγκος θεωρείται **καλοήθης**. Αν ο όγκος είναι κακοήθης, μπορεί να παρατηρηθεί μετάσταση, δηλαδή εισβολή των καρκινικών κυττάρων σε γειτονικούς ιστούς και όργανα όπου αρχίζουν να παρενοχλούν τη λειτουργία τους ή διασκορπίζονται με το κυκλοφοριακό σύστημα σε άλλες περιοχές του σώματος. Τότε, ο όγκος μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο του προσβεβλημένου ατόμου (Vander, et al. 2001).

Οι μεταστατικοί όγκοι χρειάζονται επαρκή ποσότητα αίματος προκειμένου να αναπτυχθούν και να επιβιώσουν. Ένας καρκίνος χωρίς αγγείωση μπορεί να φτάσει 1-2 mm και να αποτύχει να αναπτυχθεί πέρα από αυτό το μέγεθος λόγω της υποξίας του. Αγγειογένεση ονομάζεται η διαδικασία κατά την οποία δημιουργούνται αγγειακά δίκτυα που συντηρούν τους κακοήθεις όγκους. Ένα ανεξάρτητο αγγειακό δίκτυο παρέχει στον όγκο την πρόσβαση στο αγγειακό σύστημα. Η κυκλοφορία του αίματος στον όγκο, τον τροφοδοτεί με θρεπτικά συστατικά αλλά εξυπηρετεί και τη διαδικασία της μετάστασης σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος (Λαβδανίτη, 2017).

1.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Εργαστηριακές εξετάσεις

Οι ασθενείς με υποψία νεοπλασίας υποβάλλονται σε συγκεκριμένες διαγνωστικές εξετάσεις. Οι εξετάσεις αυτές περιλαμβάνουν τη γενική αίματος, τις βιοχημικές εξετάσεις νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας και τον έλεγχο πήξης. Η γενική αίματος θα δώσει πληροφορίες για την ύπαρξη αιματολογικής κακοήθειας, οι ηπατικές εξετάσεις και ο έλεγχος πήξης για τη λειτουργία του ήπατος, ενώ οι εξετάσεις των ηλεκτρολυτών θα βοηθήσουν στην εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας (Λαβδανίτη, 2017).

Απεικονιστικές εξετάσεις

Σημαντική βοήθεια στη διάγνωση των νεοπλασιών προσφέρουν η απλή ακτινογραφία, η αξονική τομογραφία και η υπερηχογραφία (Γιωτάκη, 2014).

Βιοψία

Κάθε μάζα μαλακών μορίων σε ενήλικα είτε είναι ασυμπτωματική είτε αυξάνεται σε μέγεθος, εφόσον είναι μεγαλύτερη από 5cm ή επιμένει περισσότερο από 4 με 6 εβδομάδες πρέπει να υποβάλλεται σε βιοψία. Αυτή αποσκοπεί στο να τεθεί οριστική ιστολογική διάγνωση και να καθοριστεί ο βαθμός ιστολογικής κακοήθειας (Τσιγκρής, 2014).

Εξέταση με ραδιενεργά ισότοπα

Η μέθοδος στηρίζεται στο γεγονός ότι ορισμένοι ιστοί του σώματος έχουν την ιδιότητα να απορροφούν και να συγκεντρώνουν ορισμένες χημικές ουσίες. Εάν, χορηγηθεί ένα συγκεκριμένο ραδιενεργό ισότοπο, μετέπειτα καταγράφεται η συγκέντρωσή του στο σώμα. Η διαδικασία αυτή είναι γνωστή ως σπινθηρογράφημα και είναι χρήσιμη στη διάγνωση του πρωτοπαθούς όγκου αλλά και των μεταστάσεων (Γιωτάκη, 2014).

Κυτταρολογική εξέταση

Προϋποθέτει αναρρόφηση υλικού από το οξύδιο που διερευνάται, με λεπτή βελόνη σε σύριγγα 10κ.εκ. και γίνεται μετά από παρακέντηση του όγκου, με διαδοχικές έλξεις του εμβόλου για να αυξηθεί ο αριθμός των κυττάρων που λαμβάνονται. Το υλικό αποτελείται από κύτταρα που δεν απαρτίζουν δομημένο ιστό από τη βλάβη. Αποτελεί εύκολη και ελάχιστα επεμβατική διαγνωστική εξέταση (Τσιγκρής, 2014).

Ενδοσκόπηση

Οι ενδοσκοπήσεις είναι διαδικασίες που προσφέρουν άμεση οπτική επαφή και πρόσβαση στον ύποπτο ιστό και επιτρέπουν τη λήψη βιοψιών. Η μέθοδος συνίσταται στην είσοδο μιας κοιλότητας του σώματος ή μέσα σε ένα κοίλο όργανο ενός σωλήνα που φωτίζεται που επιτρέπει την άμεση επισκόπηση της περιοχής (Λαβδανίτη, 2017).

1.8 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

1.8.1 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Οι κλινικές εκδηλώσεις και τα συμπτώματα του καρκίνου εξαρτώνται από την εντόπιση της νεοπλασματικής επεξεργασίας, από το στάδιο εξέλιξης του όγκου και από την ύπαρξη καταστάσεων όπως εξελκώσεις, αιμορραγίες, λοιμώξεις ή μεταστάσεις. Επειδή όμως ο καρκίνος αποτελεί χωροκατακτητική επεξεργασία είναι δυνατόν να προκαλέσει α) απόφραξη των αεροφόρων οδών ή του πεπτικού σωλήνα, β) συμπίεση αιμοφόρων αγγείων ή νεύρων με αποτέλεσμα την εμφάνιση πόνου ή παραλύσεων και γ) διαταραχή της λειτουργίας των υγιών ιστών τους οποίους καταλαμβάνει (Γιωτάκη, 2014).

Στα γενικά συμπτώματα του καρκίνου συγκαταλέγονται απώλεια βάρους, πυρετός και εφίδρωση, κόπωση, δερματικές αλλοιώσεις ενώ τα ειδικά συμπτώματα περιλαμβάνουν αιμορραγία, αιμόπτυση, αναιμία, ανορεξία, ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, διάρροια, δυσχερής κατάποση, εξογκώματα, έλκη, επίμονος βήχας, δύσπνοια, λόξυγγας, λευκές κηλίδες στη στοματική κοιλότητα, τις παρειές και τη γλώσσα (λευκοπλακία), αλωπεκία, πόνος (Λαβδανίτη, 2017).

1.8.2 ΠΟΝΟΣ

Ο Καρκινικός πόνος είναι ένα από τα πρώτα και πιο κοινά συμπτώματα σε ασθενείς με καρκίνο, ειδικά σε προχωρημένες ασθένειες (Leppert, et al. 2012). Είναι «ο δυνάστης των λαών» έλεγε ο Αλβέρτος Σβάιτσερ (Βαδαλούκα, 2005). Τα αίτια που προκαλούν πόνο στους καρκινοπαθείς μπορεί να περιλαμβάνουν (Βαδαλούκα, 2005):

- Διήθηση, συμπίεση ή καταστροφή νεύρων από τον όγκο αλλά και λόγω μεταστάσεων
- Διήθηση μαλακών μορίων
- Αίτια που σχετίζονται με τη θεραπεία του καρκίνου και μπορεί να οδηγούν σε
 - Μετεγχειρητικούς πόνους
 - Πόνο μέλους φαντάσματος μετά από ακρωτηριασμό

- Πόνους μετά από χημειοθεραπεία
- Μεταστατικοί πόνοι
- Παθήσεις των οστών μετά από κορτικοειδή
- Άιτια που δεν έχουν σχέση με τον καρκίνο όπως:
 - Διαβητική πολυνευρίτιδα
 - Αρθρίτιδα
 - Δισκαρθροπάθεια
- Αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση
- Λεμφοίδημα
- Κωλικό εντέρου (Βαδαλούκα, 2005).

1.8.3 ΕΙΔΗ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Οστικός πόνος

Προκαλείται από διήθηση του περιostίου, παθολογικά κατάγματα, επέκταση του όγκου στους ιστούς ή από ερεθισμό των νευρικών απολήξεων στο ενδόστεο από χημικές ουσίες που ελευθερώνονται από το πάσχον οστόν, όπως προσταγλανδίνη, βραδυκινίνη, ουσία P, τα λευκοτριένια και ισταμίνη. Είναι συνήθως οξύς και γίνεται εντονότερος με την κίνηση. Ο πόνος που οφείλεται σε διήθηση του μυελού των οστών από κακοήγη κύτταρα περιγράφεται ως αμβλύς ή διαπεραστικός και μπορεί να είναι εντοπισμένος ή γενικευμένος. Η διάταση, η φλεγμονή ή η διήθηση των ιστών που περιβάλλουν το οστόν είναι δυνατόν να προκαλέσουν αμβλύ ή σφύζοντα πόνο (Βαδαλούκα, 2005).

Σπλαχνικός πόνος

Προέρχεται από διήθηση συμπαγών οργάνων και διάταση της κάψας τους ή απόφραξη κοίλων οργάνων της κοιλιάς. Ο σπλαχνικός πόνος δεν έχει συνήθως σαφή εντόπιση και είναι πιεστικός, ενώ όταν προκαλείται από απόφραξη είναι οξύς, έντονος και εισβάλλει αιφνιδίως (Βαδαλούκα, 2005).

Νευροπαθητικός πόνος

Προέρχεται από πίεση ή διήθηση περιφερικών νεύρων και νευρικών πλεγμάτων ή πίεση του νωτιαίου μυελού. Μπορεί να οφείλεται σε βλάβη των περιφερικών νεύρων και των νευρικών πλεγμάτων λόγω χημειοθεραπείας ή σε χειρουργική διατομή των

νεύρων (κλασσικό παράδειγμα ο προβαλλόμενος πόνος μέλος-φάντασμα). Χαρακτηρίζεται από βραχεία διάρκεια, αυξανόμενη ένταση και επανάληψη. Περιγράφεται γενικά ως δυσάρεστη αίσθηση, καύσος, κνησμός ή «μαχαιριά» (Βαδαλούκα, 2005).

1.9 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Σημαντική εκδήλωση των καρκίνων αποτελούν οι ψυχολογικές διαταραχές που προκύπτουν και οι αντιδράσεις είναι διαφορετικές από άτομο σε άτομο. Η διαταραγμένη ψυχική κατάσταση μπορεί να εκδηλώνεται με ανησυχία, αϋπνία, και έλλειψη ενδιαφέροντος για ο,τιδήποτε (Γιωτάκη, 2014). Επίσης, μεγάλο ποσοστό ασθενών τελικού σταδίου, υφίστανται μεγάλη κατάθλιψη και αισθάνονται βαθιά τη ματαιότητα της ζωής, νιώθουν ότι δεν υπάρχει κανένα νόημα ή σκοπός σε αυτήν. Κάποιοι διακατέχονται από ένα έντονο αίσθημα ενοχής και αποτυχίας για το παρελθόν, για υποθέσεις που άφησαν ανολοκλήρωτες ή για σχέσεις που απέτυχαν. Άλλοι αποσύρονται από τους εαυτούς τους και αποφεύγουν κάθε αναφορά στο πρόβλημά τους. Λίγοι βασανίζονται από το φόβο του τι συμβαίνει μετά θάνατον (Βαδαλούκα, 2005).

1.10 ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ - ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1.10.1 Ορισμός Παρηγορητικής Αγωγής

Ανακουφιστική-Παρηγορητική Αγωγή είναι η επιστήμη η οποία ασχολείται με ασθενείς που έχουν ενεργό, εξελικτική, τελικού σταδίου νόσο, της οποίας η πρόγνωση είναι ορισμένη και ο σκοπός της είναι η ολιστική φροντίδα του ασθενούς και η ποιότητα ζωής του. Ο όρος «Παρηγορητική» προέρχεται από το λατινικό Pallium που σημαίνει κάλυμμα. Αυτή η ετυμολογία δείχνει ότι η Παρηγορητική Αγωγή αφορά την κάλυψη των συμπτωμάτων και των επιδράσεων μιας ανίατης ασθένειας (Becker, 2018). Η Παρηγορητική Αγωγή εμπεριέχει τη χρήση όλων των κατάλληλων παρηγορητικών παρεμβάσεων, που μπορούν να περιλαμβάνουν θεραπείες που επιφέρουν αλλαγές στη νόσο, όπως οι χειρουργικές παρεμβάσεις, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και η ορμονική θεραπεία. Αρχικά θεωρείτο ότι είναι εφαρμόσιμη αποκλειστικά όταν ο θάνατος ήταν επικείμενος. Τώρα, είναι

αποδεκτό, ότι η Παρηγορητική Αγωγή έχει πολλά να προσφέρει, σε πιο πρώιμο στάδιο στη πορεία μιας εξελικτικής ασθένειας (Μυστακίδου, 2005).

1.10.2 Αρχές Παρηγορητικής Αγωγής

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έθεσε τις παρακάτω βασικές αρχές που περιγράφουν την παρηγορητική αγωγή, σύμφωνα με τις οποίες η Παρηγορητική Αγωγή:

- Παρέχει ανακούφιση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων που πηγάζουν από τη χρόνια νόσο.
- Δεν σκοπεύει να επισπεύσει ή να μεταθέσει το θάνατο.
- Επιβεβαιώνει τη ζωή και θεωρεί το θάνατο ως μια φυσιολογική διαδικασία.
- Ενσωματώνει την ψυχολογική και πνευματική πλευρά της φροντίδας των ασθενών.
- Εφαρμόζεται εγκαίρως στην πορεία της ασθένειας σε συνδυασμό με ένα φάσμα άλλων θεραπειών που έχουν σκοπό να παρατείνουν τη ζωή και περιλαμβάνει τις έρευνες που απαιτούνται για την καλύτερη κατανόηση και χειρισμό των οδυνηρών επιπλοκών.
- Προσφέρει υποστήριξη για να βοηθήσει όσο ενεργά γίνεται, τόσο την οικογένεια να συμβαδίσει με τη νόσο του ασθενούς και με το δικό της πένθος, όσο και τους ασθενείς ως το θάνατο.
- Θέλει να αυξήσει την ποιότητα ζωής και ίσως να επηρεάσει θετικά τη πορεία της ασθένειας.
- Τέλος, χρησιμοποιεί μια ομάδα προσέγγισης, ώστε να κατευθύνει τις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους (Becker, 2018).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπογραμμίζει τη σημασία της παροχής παρηγορητικής περίθαλψης νωρίς στην τροχιά της νόσου ασθενών που πάσχουν από ασθένεια που περιορίζει τη ζωή τους (Vanbutsele, et al. 2018).

1.10.3 Παρηγορητική Ακτινοθεραπεία

Η Ακτινοθεραπεία είναι η χρήση της ιονίζουσας ακτινοβολίας. Η διαδικασία του ιονισμού καταστρέφει το δεοξυριβονουκλεϊκό οξύ (DNA) και προκαλεί το θάνατο

του κυττάρου, ειδικά όταν αυτό βρίσκεται στο στάδιο του πολλαπλασιασμού. Η ακτινοβολία μπορεί να λάβει διάφορες μορφές. Η πιο συχνή μορφή ακτινοθεραπείας είναι αυτή των ακτίνων X (Kearney, et al. 2011). Ωστόσο η ακτινοθεραπεία συνδέεται και μια σειρά από παρενέργειες που περιλαμβάνουν κόπωση, απώλεια βάρους, ναυτία, εμετός, αλωπεκία, εγκεφαλικό οίδημα, διαταραχές της γεύσης, ξηροστομία, τρισμός, οισοφαγίτιδα, φαρυγγίτιδα, πνευμονίτιδα, πνευμονική ίνωση, λεμφοίδημα, δερματικές αντιδράσεις, κυστίτιδα (Λαβδανίτη, 2017).

1.10.4 Παρηγορητική Χημειοθεραπεία

Είναι η προσπάθεια αντιμετώπισης και θεραπείας διάφορων νοσημάτων χορηγώντας ενώσεις φυσικώς ή τεχνικώς παρασκευασμένες και μπορεί να προκαλέσει έναν μεγάλο αριθμό παρενεργειών σε ολόκληρο το σώμα. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δρουν στη καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, μετάλλαξη ή θάνατο αυτών, με όσο το δυνατόν μικρότερη επίδραση στα φυσιολογικά κύτταρα, καθώς και σε ταχέως διαιρούμενα κύτταρα όπως τα κύτταρα του αιμοποιητικού ιστού, του γαστρεντερικού σωλήνα και τα κύτταρα του τριχωτού της κεφαλής (Γεωργιάδη, 2007).

Τα κυτταροστατικά φάρμακα δρουν ή όχι σε κάποια φάση του κυτταρικού κύκλου και διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

1. Φάρμακα που δρουν σε μία συγκεκριμένη φάση του κυτταρικού κύκλου και ονομάζονται ειδικά της φάσης.
2. Φάρμακα που δρουν σε οποιαδήποτε φάση του κυτταρικού κύκλου και ονομάζονται μη ειδικά της φάσης.

Ανάλογα με το μηχανισμό δράσης τους διακρίνονται στους αλκυλιωτικούς παράγοντες, στις νιτροζουρίες, τους αντιμεταβολίτες, τα αντινεοπλασματικά αντιβιοτικά, αναστολείς της τοποϊμεράσης και της μίτωσης και τα κορτικοστεροειδή (Βαδαλούκα, 2005).

Οι παρενέργειες που δημιουργούνται από τη χημειοθεραπεία εξαρτώνται από το είδος του φαρμάκου και το συνδυασμό τους, τη δόση των φαρμάκων, τη σειρά και την οδό χορήγησης. Ανάλογα με το χρόνο έναρξής τους, οι παρενέργειες διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

-Άμεσες παρενέργειες, οι οποίες εμφανίζονται εντός 30 λεπτών.

-Βραχυπρόθεμες παρενέργειες, που εμφανίζονται τρεις με επτά ημέρες, μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας όπως ανορεξία, διάρροια, δυσκοιλιότητα, στοματίτιδα, ναυτία, εμετός και κόπωση.

-Μακροπρόθεσμες παρενέργειες, οι οποίες εμφανίζονται μετά από επτά ημέρες, μήνες έως και χρόνια μετά τη χορήγηση της χημειοθεραπείας. Είναι οι εξής: καταστολή μυελού των οστών, ηπατοτοξικότητα, αιμορραγική κυστίτιδα, νευροτοξικότητα, αναπαραγωγική τοξικότητα, δερματικές αντιδράσεις και αλωπεκία.

-Συστηματικές παρενέργειες όπως ναυτία, εμετός, διάρροια, δυσκοιλιότητα.

-Τοξικές παρενέργειες σε όργανα του σώματος όπως νεφροτοξικότητα, πνευμονική τοξικότητα και καρδιοτοξικότητα (Λαβδανίτη, 2017).

1.10.5 Παρηγορητική Χειρουργική

Η ανακουφιστική χειρουργική έχει ως στόχο την ανακούφιση των συμπτωμάτων που βιώνουν οι ασθενείς στο τελικό στάδιο και τη διευκόλυνση του ασθενή χωρίς όμως, να έχει στόχο να προσφέρει θεραπεία. Η εκτομή μεταστατικού όγκου έχει ως στόχο να βελτιώσει την επιβίωση του ασθενούς και εξαρτάται από το μέγεθος, την ανατομική του θέση, τη λειτουργική κατάσταση του οργάνου, καθώς και την ικανότητα του χειρουργού να αφαιρέσει τον μεταστατικό όγκο αλλά να αφήσει βιώσιμο ιστό και να διατηρήσει τη λειτουργικότητα του οργάνου. Η χειρουργική επέμβαση σε τελικού σταδίου ασθενείς με καρκίνο χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του πόνου ή άλλων συμπτωμάτων καθώς και για μείωση του μεγέθους του όγκου, αφαίρεση των μεταστάσεων, δημιουργία ανακουφιστικών κολοστομιών και αποκατάσταση καταγμάτων (Λαβδανίτη, 2017).

1.11 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην παρηγορητική φροντίδα έχει καθοριστεί με ποικίλους τρόπους. Ο καταρτισμένος νοσηλευτής που παρέχει παρηγορητική φροντίδα πρέπει να είναι σε θέση (Kearney, et al. 2011):

- Να αναγνωρίζει τις καταστάσεις που απαιτούν παραπομπή για ειδικές συμβουλές.
- Να προγραμματίζει τη φροντίδα με βάση τις αξίες, τις προτιμήσεις και τις ανάγκες των ασθενών και της οικογένειας
- Να ενισχύει και να διατηρεί την ανεξαρτησία του ασθενή στη μεταβαλλόμενη προοδευτική ασθένειά του.
- Να αξιολογεί και να ανακουφίζει τα συμπτώματα που έχουν επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής του ασθενή.
- Καθώς παρέχει φροντίδα, να ενθαρρύνει και να δίνει ελπίδα.
- Να αξιολογεί, να παρέχει και να διευκολύνει την παροχή ψυχοκοινωνικής πνευματικής φροντίδας.
- Να προωθεί τον ανοιχτό και τίμιο διάλογο και να ενημερώνει τον ασθενή με πληροφορίες διώχνοντας έτσι τις ανησυχίες του.
- Να παρέχει άνεση και να ενισχύει την ελπίδα.
- Να αντιπροσωπεύει τον ασθενή και την οικογένειά του όταν χρειάζεται.
- Να αναγνωρίζει τη φάση του θανάτου και να θέτει σε ισχύ ένα σχέδιο φροντίδας.
- Να κατανοεί το άτομο που πεθαίνει και την ανάγκη του για αυτοφροντίδα.
- Να παρέχει διακριτική υποστήριξη κατά τη διάρκεια του πένθους (Kearney, et al. 2011).

1.12 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα με τον Becker, (2018), σε όλες τις διαστάσεις της ανακουφιστικής φροντίδας και της διαχείρισης συμπτωμάτων, εκτός του πόνου, οι νοσηλευτές είναι ικανοί να επιλύουν προβλήματα και να βοηθούν τους ασθενείς να μειώνουν ή και να αντιμετωπίζουν τυχόν συμπτώματα που προκύπτουν στη προχωρημένη νόσο.

Φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις μπορεί να έχουν προσφέρει ανακούφιση στα συμπτώματα, αλλά επειδή ορισμένα παραμένουν δυσχερή στην αντιμετώπισή τους, ποτέ δεν πρέπει να γίνεται παράλειψη βοήθειας προς τους ασθενείς ώστε να βρίσκουν τρόπους προσαρμογής στα προβλήματά τους.

Σύμφωνα με De la Cruz et al. (2015), ο έλεγχος των συμπτωμάτων σχετίζεται με μια καλή ποιότητα ζωής και η γνώση των συμπτωμάτων που επικρατούν είναι σημαντική για την κλινική πρακτική. Επιτρέπει στους γιατρούς και τους νοσηλευτές να επικεντρωθούν στα πιο διαδεδομένα συμπτώματα των ασθενών και να τους βοηθήσουν, να προβλέψουν προβλήματα, να σχεδιάσουν την περίθαλψη των ασθενών, να εκπαιδεύσουν το κλινικό προσωπικό και να κατευθύνουν τους κατάλληλους πόρους υγειονομικής περίθαλψης (De la Cruz, et al. 2015). Όπως αναφέρει η Kearney, et al. (2011), με βάση τις υφιστάμενες ενδείξεις, τα πιο συχνά συμπτώματα σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου είναι η ναυτία και ο έμετος, η δυσκοιλιότητα, η διάρροια, η ανορεξία και η καχεξία, η αδυναμία και η κόπωση, η δύσπνοια, η αϋπνία, το άγχος και η κατάθλιψη, και ο πόνος.

1.12.1 Ναυτία – Έμετος

Η ναυτία αναφέρεται από τους ασθενείς ως δυσάρεστη αίσθηση, που συνδέεται με ένα αίσθημα ότι ο εμετός είναι επικείμενος. Ο εμετός είναι η αποβολή του περιεχομένου του στομαχιού μέσω της στοματικής ή της ρινικής κοιλότητας. Στον προχωρημένο καρκίνο, η ναυτία και ο εμετός είναι πιο πολύπλοκα λόγω της χημειοακτινοθεραπείας ή άλλων θεραπειών. Εκτός από αυτούς τους λόγους, η ναυτία και ο εμετός μπορούν να αναπτυχθούν ως αποτέλεσμα της γαστρικής στασιμότητας ή της εντερικής απόφραξης, του φαρυγγικού ερεθισμού, της χρήσης οπιούχων, της δυσκοιλιότητας που σχετίζεται με τη μορφίνη, του πόνου, της υπερασβαισταιμίας, της μετάστασης στον εγκέφαλο, της νεφρικής ανεπάρκειας, της αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης και του φορτίου όγκων (Kearney, et al. 2011).

Για τη διαχείριση των συμπτωμάτων της ναυτίας και του εμετού χρησιμοποιείται φαρμακευτική αντιεμετική θεραπεία με τη χρήση επαρκών δόσεων και μέσω της κατάλληλης οδού με σκοπό να αποτραπούν τα συμπτώματα αυτά. Η επιλογή αντιεμετικών φαρμάκων είναι απαραίτητη όπως και τα ακόλουθα μέτρα όπως (Becker, et al. 2018):

- Η εξασφάλιση της ιδιωτικότητας του ασθενούς
- Η αναγνώριση και της αντιμετώπισης της αιτίας
- Εξασφάλιση άνετου περιβάλλοντος με τη μείωση οσμών
- Βελτιστοποίηση των μη φαρμακευτικών μέτρων
- Παροχή πλύσεων στόματος και προτεινόμενων υγρών σε μικρές ποσότητες
- Άδειασμα και αντικατάσταση του δοχείου μετά τον εμετό
- Μέτρηση υγρών είναι απαραίτητη σε παρατεινόμενο εμετό (Becker, et al. 2018)

1.12.2 Δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα είναι η επικρατέστερη μορφή διαταραχής του πεπτικού συστήματος σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο. Έχει περιγραφεί ως η δύσκολη και όχι συχνή κένωση που προκαλείται από μειωμένη εντερική κινητικότητα, ή μείωση στη συχνότητα της διόδου των σχηματισμένων κοπράνων, χαρακτηριζόμενη από κόπρανα σκληρά που διέρχονται με δυσκολία (Λαβδανίτη, 2017). Κατά τη διάρκεια της ανακουφιστικής φροντίδας, η υποδόρια χορήγηση μορφίνης ή άλλων οπιοειδών οδηγεί σε μια σειρά παρενέργειες διότι καταστέλλονται οι προωθητικές και περισταλτικές κινήσεις αυξάνοντας τον τόνο των σφιγκτήρων στο παχύ έντερο, μειώνεται η ευαισθησία στη διάταση του πρωκτού, καθυστερείτε η μεταφορά του εντερικού περιεχομένου και μειώνεται η ποσότητα κοπράνων που διακινούνται (Kearney, et al. 2011).

Η πρόληψη της δυσκοιλιότητας είναι ευκολότερη από ότι η θεραπεία της και αυτή πρέπει να είναι η στρατηγική διαχείρισης μέσα από παρεμβάσεις που στοχεύουν σε (Becker, et al. 2018):

- Προσοχή στη δίαιτα, με την μεγιστοποίηση της πρόσληψης υγρών και φυτικών ινών
- Αύξηση της κινητικότητας
- Απαλές τροφές και άφθονα, υγρά
- Θεραπεία των αναστρέψιμων αιτιών
- Χορήγηση υπακτικών

- Εκπαίδευση ασθενών για την εξήγηση της ανάγκης τακτικής λήψης των φαρμάκων (Becker, et al. 2018).

1.12.3 Διάρροια

Η διάρροια για τους ασθενείς με καρκίνο προκαλεί καταπόνηση και έχει αρνητική επίδραση στη ποιότητα ζωής. Πιθανές συνέπειες είναι ο υποσιτισμός και η αφυδάτωση. Τα αντιδιαρροιακά φάρμακα, όπως η λοπεραμίδη και η φωσφορική κωδεΐνη, θεωρούνται πρώτης επιλογής. Αποτελούν τη βάση για τη προφύλαξη και τη θεραπεία της διάρροιας μετά τη δίαιτα καθώς πρέπει να συνδυάζονται με ενδοφλέβια ενυδάτωση και με ξεκούραση του εντέρου (Kearney, et al. 2011).

1.12.4 Δύσπνοια

Σύμφωνα με τη Γκοβίνα & Κωνσταντινίδη (2019), η δύσπνοια, όπως αναφέρουν οι ασθενείς, είναι το πιο τρομακτικό σύμπτωμα καθώς νοιώθουν ότι τους προοικονομεί το θάνατο. Εμφανίζεται συνήθως σε ασθενείς τελικού σταδίου, σε χρόνια αναπνευστική ή καρδιακή ανεπάρκεια. Η διαχείριση της δύσπνοιας ξεκινά με την αξιολόγηση των παραγόντων που την ανακουφίζουν ή την επιδεινώνουν. Οι παρεμβάσεις διαχείρισης της δύσπνοια περιλαμβάνουν (Βαδαλούκα, 2005):

- Χορήγηση οξυγόνου, που μειώνει τη δύσπνοια και έχει βρεθεί ότι επιμηκύνει τη ζωή των ασθενών με σοβαρή υποξία.
- Δημιουργία άνετου περιβάλλοντος με την αλλαγή θέσης του ασθενή σε όρθια στάση στην κλίνη
- Ενθάρρυνση του ασθενή να εκπνέει αργά
- Δημιουργία ήρεμης ατμόσφαιρας με τη μείωση του συνωστισμού τόσο των επισκεπτών όσο και του προσωπικού.
- Παροχή αέρα, ο οποίος μειώνει την αίσθηση της δύσπνοιας
- Το άγγιγμα που μπορεί να αποβεί θεραπευτικό διότι ανακουφίζει από το άγχος, συνεπώς και από τις κρίσεις άγχους ή πανικού (Becker, et al. 2018).
- Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής με βενζοδιαζεπίνες, όπως η διαζεπάμη και η λοραζεπάμη, οι μικρές δόσεις, από του στόματος μορφίνης και τα

νεφελοποιημένα οπιοειδή, καθώς προσφέρουν ανακούφιση του συμπτώματος ενώ τα κορτικοστεροειδή βελτιώνουν τη δύσπνοια που οφείλεται σε απόφραξη των αεραγωγών και σε καρκινωματώδη λεμφαγγείτιδα (Βαδαλούκα, 2005).

1.12.5 Ανορεξία- Καχεξία

Ανορεξία ή αλλιώς έλλειψη της όρεξης είναι ένα σοβαρό και συχνό σύμπτωμα σε ασθενείς με εκτεταμένη κακοήγη νόσο (Βαδαλούκα, 2005). Επίσης, είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στην ανάπτυξη καχεξίας. Η καχεξία είναι ένα απειλητικό σύνδρομο για τη ζωή, που χαρακτηρίζεται από την ακούσια απώλεια βάρους. Στην περίπτωση προχωρημένου καρκίνου, ο ασθενής βιώνει πρωτεϊνικό υποσιτισμό, χάνοντας ταυτόχρονα άλυπη μυϊκή μάζα. Πιο αναλυτικά, ο ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου, εμφανίζει ανορεξία η οποία τελειώνει με το θάνατο, που συνοδεύεται με τη σοβαρή καχεξία, τον υποσιτισμό και την απώλεια βάρους (Kearney, et al. 2011).

Η διαχείριση της ανορεξίας μπορεί να επιτευχθεί με (Λαβδανίτη, 2017):

- Μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε ενέργεια και πρωτεΐνες
- Ελαφριά άσκηση πριν από τα γεύματα που βελτιώνει την όρεξη
- Ένα ποτήρι κρασιού, που χρησιμεύει ως τονωτικό της όρεξης
- Αύξηση των θερμίδων και των πρωτεϊνών στη διατροφή
- Χορήγηση θρεπτικών συμπληρωμάτων που είναι ελκυστικά σε οσμή
- Καλή στοματική υγιεινή πριν και μετά τα γεύματα
- Ενθάρρυνση για την πρόσληψη υγρών
- Χρήση σταγόνων λεμονιού στο στόμα για να προάγεται η έκκριση του σάλιου και για να ενισχυθεί η αίσθηση της γεύσης πριν από τα γεύματα
- Χρήση καρυκευμάτων και μαριναρίσματα, που ενισχύουν τη γεύση των τροφών
- Χορήγηση κρύων τροφίμων, καθώς γίνονται καλύτερα αποδεκτά
- Αποφυγή καπνού και οίνοπνεύματος (Λαβδανίτη, 2017).

Επίσης:

- Η εντερική και η παρεντερική διατροφή μειώνουν τον υποσιτισμό (Kearney, et al. 2011).
- Συνιστάται η φαρμακευτική αγωγή με τονωτικά όρεξης και κορτικοστεροειδή (Βαδαλούκα, 2005).
- Η ιατρική χρήση μαριχουάνας και άλλων κανναβοειδών έχουν υποστηριχτεί πρόσφατα (Kearney, et al. 2011).

Η περίπτωση ‘μεταλλικής γεύσης’ λόγω χορήγησης οπιοειδών καταπολεμάται με την προσφορά πουλερικών, ψαριών, αυγών και γαλακτοκομικών προϊόντων. Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι τα έλαια ψαριών πλούσια σε εισοσιπεντανικό οξύ λιπαρού οξέος n-3 φαίνεται να οδηγούν σε σημαντική μείωση καχεξίας σε ασθενείς με παγκρεατικό καρκίνο τελικού σταδίου (Kearney, et al. 2011).

1.12.6 Αδυναμία-Κόπωση

Η αδυναμία και η κόπωση είναι τα πιο εξουθενωτικά συμπτώματα στην προχωρημένη νόσο καρκίνου. Πρόκειται για μια κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο με καρκίνο βιώνει μία συντριπτική και συνεχή αίσθηση εξουθένωσης και έχει μειωμένη ικανότητα για φυσική και πνευματική εργασία. Η επιδείνωση της αδυναμίας και της κόπωσης γίνεται πιο έντονη με την παρουσία άλλων συμπτωμάτων, όπως ο πόνος και η ναυτία με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα ζωής των ασθενών (Kearney, et al. 2011).

Η διαχείριση της αδυναμίας και της κόπωσης απαιτεί (Becker, et al. 2018).

- Προσεκτική αξιολόγηση
- Θεραπεία των αναστρέψιμων αιτιών
- Ενθάρρυνση πρόσληψης τροφής και υγρών
- Φαρμακευτική αγωγή με στεροειδή
- Ήπια άσκηση, η οποία ενισχύει την ευεξία
- Προγραμματισμό περιόδων ανάπαυσης κατά τη διάρκεια της ημέρας και ενίσχυση του ύπνου για τη συντήρηση της ενέργειας
- Χρήση βοηθημάτων για να επιτυγχάνεται η μείωση της ενέργειας, π.χ. μια τροχοφόρος καρέκλα, επιτρέπει σε ασθενείς να κινούνται και να μειώνουν τη δαπάνη ενέργειας (Becker, et al. 2018).

1.12.7 Αϋπνία

Ως αϋπνία ορίζεται η έλλειψη ύπνου. Πριν γίνει η περιγραφή των υπναγωγών φαρμάκων για τη διαχείριση της αϋπνίας, είναι αναγκαίο να αναφερθούν οι αιτίες που την προκαλούν. Οι σωματικές αιτίες περιλαμβάνουν τον πόνο, τον βήχα, την έλλειψη άνεσης, τη δυσκαμψία, την εφίδρωση και την ακράτεια. Επίσης, η ανησυχία και η κατάθλιψη φαίνεται ότι επιδεινώνονται τη νύχτα και εμποδίζουν τον ύπνο (Βαδαλούκα, 2005). Μια μελέτη σχετικά με τους ρυθμούς ύπνου των ασθενών με καρκίνο περιγράφει τον ύπνο τους ως μη φυσιολογικό, με συχνές διακοπές και την επακόλουθη ανάγκη ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αυτό το διαταραγμένο σχέδιο ύπνου μπορεί να είναι το αποτέλεσμα ή τελικά να οδηγήσει σε ένα στρεβλωμένο ή αναστατωμένο κιρκαδικό ρυθμό (Rasmussen, et al. 2015). Χρήσιμα υπναγωγά είναι η διαζεπάμη που έχει αγχολυτική δράση, η αμιτριπτυλίνη, η οποία ανήκει στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και η χλωροπρομαζίνη, που ενισχύει τη δράση άλλων υπναγωγών (Simonsen, et al. 2009).

1.12.8 Άγχος-Κατάθλιψη

Το άγχος ορίζεται ως μια φυσιολογική αντίδραση στο άγνωστο, στο αβέβαιο, στις απρόβλεπτες και επικίνδυνες καταστάσεις. Παρ'όλα αυτά θεωρείται ως η κατάλληλη αντίδραση στη διάγνωση καρκίνου καθώς η απάντηση αυτή αποτελεί έναν προστατευτικό μηχανισμό που επιτρέπει στο άτομο να προετοιμαστεί για ένα αγχωτικό γεγονός στη ζωή του. Συνήθως το άγχος συμβαίνει κατά τη στιγμή της διάγνωσης, με την αναμονή αποτελεσμάτων και είναι δυνατό να συνεχιστεί αφού έχει ολοκληρωθεί η θεραπεία με το φόβο της υποτροπής (Kearney, et al. 2011).

Η διαχείριση του άγχους μπορεί να επιτευχθεί με:

- Αναγνώριση και συζήτηση των αιτίων του άγχους
- Παρουσία του προσωπικού
- Απλές συμβουλές χωρίς ιατρική ορολογία
- Ανάπαυση και ύπνο
- Απόσπαση προσοχής

- Φαρμακευτική αγωγή, όπως χορήγηση μικρών δόσεων βενζοδιαζεπινών και β-αναστολέων π.χ. προπανολόλη, που μπορούν να μειώσουν το αίσθημα του άγχους, εμποδίζοντας τη δράση της αδρεναλίνης (Becker, et al. 2018).
- Προαγωγή της ελπίδας καθώς η ελπίδα φαίνεται να είναι μια πολύτιμη και αποτελεσματική στρατηγική αντιμετώπισης για παρηγορητικούς ασθενείς με καρκίνο που αγχώνονται. Η ελπίδα σχετίζεται με τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς καταφέρνουν να αναλάβουν τον έλεγχο της κατάστασής τους και με την βελτίωση της ποιότητας ζωής (Mikkelsen, et al. 2015).

Αντίθετα η κατάθλιψη είναι μια νόσος που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια όπως το αίσθημα της θλίψης και η έλλειψη ενεργητικότητας, τα οποία γίνονται εντονότερα και διαφέρουν από τα συνηθισμένα συναισθήματα που βιώνει ένα φυσιολογικό άτομο (Brown, et al. 2010).

Η κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί με:

- Φαρμακευτική αγωγή με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οποία αποτελούν θεραπεία πρώτης γραμμής. Οι στόχοι της θεραπείας αυτής είναι η πλήρης ύφεση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και η πρόληψη των υποτροπών (Brown, et al, 2010).
- Υποστήριξη και συμβουλές από κοινοτικό ψυχιατρικό νοσηλευτή, γενικό γιατρό, ψυχολόγο ή ψυχίατρο
- Ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική, γνωστική συμπεριφορική θεραπεία
- Συζήτηση της αιτίας της κατάθλιψης (Becker, et al. 2018).

1.12.9 Πόνος

Σύμφωνα με τη Διεθνή Οργάνωση για τη μελέτη του πόνου IASP (International as sociation for the Study of Pain), ως πόνος ορίζεται «μία δυσάρεστη υποκειμενική αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή που περιγράφεται σαν τέτοια». Ο πόνος είναι πάντα υποκειμενικός. « Πόνος είναι ό,τι ο ασθενής λέει ότι πονάει» (Μυστακίδου, 2005). Ο Καρκινικός πόνος είναι ένα από τα πιο κοινά συμπτώματα σε ασθενείς με καρκίνο, ειδικά σε προχωρημένες ασθένειες. Ωστόσο, συνοδεύει επίσης ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών κατά τη διάρκεια διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών. Σε

ορισμένους ασθενείς τελικού σταδίου, ο πόνος αποτελεί ένα από τα οδυνηρά και πολύπλοκα προβλήματα. Οι αιτίες του πόνου σε ασθενείς με καρκίνο είναι συχνά πολυπαραγοντικές, συμπεριλαμβανομένων των άμεσων και έμμεσων επιπτώσεων του καρκίνου, της αντικαρκινικής θεραπείας και των συννοσηρότητων. Επιπλέον, ο πόνος σε ασθενείς με καρκίνο έχει συχνά μεικτή παθοφυσιολογία που περιλαμβάνει και τα γνωστικά και νευροπαθητικά συστατικά, ειδικά σε ασθενείς με οστικές μεταστάσεις. Ο πόνος είναι κοινό σύμπτωμα σε ασθενείς με καρκίνο και η κατάλληλη αξιολόγηση και θεραπεία του μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους (Leppert, et al. 2012).

Η διάκριση του πόνου σε οξύ και χρόνιο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο, γιατί το κάθε είδος χρήζει διαφορετικής αντιμετώπισης. Ο οξύς πόνος, οφείλεται σε διέγερση υποδοχέων του πόνου και υποδεικνύει ταχύτατη εξέλιξη της νόσου. Αντίθετα ο χρόνιος πόνος οφείλεται σε χρόνια παθολογική διεργασία, είναι συνεχής και εξελισσόμενος σε ένταση (Μυστακίδου, 2005).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1982) δημιουργήθηκε μια απλή κατανοητή προσέγγιση για τη διαχείριση του πόνου με τη χρήση μιας αναλγητικής κλίμακας. Η κλίμακα αυτή έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας έγκυρος αποτελεσματικός τρόπος για τη φαρμακολογική διαχείριση του πόνου (Becker, et al. 2018). Με γνώμονα την αναλγητική κλίμακα, στο πρώτο στάδιο οι ασθενείς που αισθάνονται λίγο πόνο θεραπεύονται με μη οπιοειδή αναλγητικά όπως η παρακεταμόλη, η ασπιρίνη ή τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) όπως η ιβουπροφαίνη και η δικλοφαινάκη (Becker, et al. 2018). Σε δεύτερο στάδιο οι ασθενείς με μέτριο πόνο πρέπει να αντιμετωπίζονται με ήπιο οπιοειδές φάρμακο σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα όταν χρειάζεται, παραδείγματος χάρη το lornoxicam που είναι μίγμα παρακεταμόλης και κωδεΐνης (Βαδαλούκα, 2005). Σε τρίτο στάδιο, οι ασθενείς που βιώνουν έντονο και αναπάντεχο πόνο πρέπει να λαμβάνουν ισχυρό αναλγητικό όπως η μορφίνη και η μεθαδόνη. Εάν είναι αναγκαίο, το ισχυρό αυτό αναλγητικό μπορεί να συνδυαστεί και με μη οπιοειδή φάρμακα τα οποία έχουν αποδειχθεί επικουρικά (Becker, et al. 2018). Τέλος, η ακτινοθεραπεία έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του επιμένον καρκινικού πόνου που προκαλείται από οστικές μεταστάσεις (Βαδαλούκα, 2005).

Μια παραλειπόμενη και βασική κατηγορία μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου του ασθενούς είναι ο χειρισμός του περιβάλλοντος του. Ορισμένοι παράγοντες όπως η μείωση του φωτός και του θορύβου, η σωστή θερμοκρασία και η κατάλληλη ατμόσφαιρα μπορούν να μεταβάλουν θετικά τον πόνο και βρίσκονται στο πλαίσιο ελέγχου της νοσηλεύτριας. Ενδεικτικά, έχει αποδειχθεί ότι η θερμότητα, βελτιώνει τη ροή αίματος και τον μεταβολισμό των κυττάρων, επομένως, εξαλείφει τις ουσίες που προκαλούν πόνο. Επίσης, η χαλάρωση και η απόσπαση προσοχής του ασθενούς ανήκουν στις φυσικές παρεμβάσεις και μειώνουν τον πόνο (Kearney, et al. 2011).

Επιπρόσθετα, διάφορες μελέτες αναφέρουν ότι το θεραπευτικό άγγιγμα έχει θετική επίδραση στην αντιμετώπιση του πόνου καθώς προσφέρει στους ασθενείς παρηγοριά, στήριξη και ελπίδα, και ανακουφίζει από το άγχος, τον συναισθηματικό ή το σωματικό πόνο (Βαδαλούκα, 2005). Ιδιαίτερα χρήσιμη στην αντιμετώπιση του πόνου είναι η εκτίμησή της συμπεριφοράς πόνου του ασθενή, η οποία προκύπτει από εκτίμηση της φωνής και των εκφράσεων προσώπου, της έλλειψης δραστηριότητας, των αλλαγών στις σχέσεις και της απομόνωσής του. Για την εκτίμηση του πόνου θα πρέπει επίσης να καταγράφεται:

- Η εστία όπου προβάλλεται ο πόνος
- Οι πτυχές του χρόνου (έναρξη, ώρα, διάρκεια)
- Ο χαρακτήρας του πόνου (τσίμπημα)
- Οι παράγοντες που τον επηρεάζουν (Kearney, et al. 2011).

Στα πλαίσια της ανακουφιστικής αγωγής θα πρέπει να δοθεί η υπόσχεση ότι σε καμία περίπτωση δεν θα σταματήσουν οι παραπάνω προσπάθειες, ούτε θα εγκαταλειφθεί ο ασθενής (Βαδαλούκα, 2005).

1.13 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Το ταξίδι του καρκίνου έχει πολλές διαδρομές, κατά τις οποίες μερικοί άνθρωποι θα έρθουν αντιμέτωποι με μία εξελικτική νόσο με επικείμενο θάνατο. Το κάθε άτομο έχει διαφορετική ψυχολογική αντιμετώπιση στην ασθένεια του καρκίνου. Η ψυχολογική περίθαλψη ενσωματώνει την αξιολόγηση, τον εντοπισμό και την

πρόληψη συναισθηματικής διαταραχής, τη διαχείριση της ελπίδας και της αβεβαιότητας και την υποστήριξη της ικανότητας του ασθενούς να προσαρμοστεί και να ανταπεξέλθει στη σοβαρή ασθένεια. Πολύ σημαντική πτυχή φροντίδας για τα άτομα με καρκίνο είναι η ψυχολογική υποστήριξη. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές διευκολύνουν την προσαρμογή των ασθενών από τη στιγμή της διάγνωσης και καθ' όλη την πορεία της νόσου καθώς κάθε ασθενής θα συναντήσει μια ποικιλία σωματικών και ψυχολογικών προκλήσεων (Kearney, et al. 2011). Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για το νοσηλευτή είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής, που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου. Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου (Becker, et al. 2018).

Τα πιο συχνά προβλήματα που βιώνουν οι ασθενείς είναι το άγχος η κατάθλιψη, η ψυχολογική δυσφορία εξ αιτίας των αλλαγών στην εικόνα του σώματος και το αίσθημα της απώλειας. Το άγχος και η κατάθλιψη έχει σχέση με την εμφάνισή της ασθένειας, με τους τρόπους θεραπείας και τις ανεπιθύμητες ενέργειες τους. Στα τελικά στάδια της νόσου, το άγχος και οι φόβοι του ασθενούς σε σχέση με το θάνατο αυξάνονται. Το άγχος των ασθενών κρύβει ένα σύνολο φόβων που συνδέονται με το θάνατο και διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Επιδιώκεται λοιπόν, μέσα από την ψυχολογική υποστήριξη να βοηθηθεί ο ασθενής να διευθετήσει τις εκκρεμότητές του και να ανακουφιστεί από τις συναισθηματικές του εντάσεις. Καταβάλλεται, επίσης, μια συνεχής προσπάθεια για την αντιμετώπιση ενός αβέβαιου μέλλοντος και χειρισμού της απειλής των λειτουργιών του σώματος (Μυστακίδου, 2005).

Ουσιώδους σημασίας είναι να δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να επιλέγει ο ίδιος εάν θέλει ψυχολογική υποστήριξη ή όχι. Οι αρχικές συνεδρίες με τον ασθενή είναι προτιμότερο να είναι επιφανειακές και ανώδυνες ώστε να του δοθεί χρόνος να αποκτήσει εμπιστοσύνη και να συνεργαστεί. Η ενσυναίσθηση δημιουργεί ένα πλαίσιο κατανόησης και αποδοχής, επιτρέποντας στον ασθενή να ελευθερώσει την οργή και τη θλίψη που τον βαραίνει. Η χρήση ανοιχτών απλών και σύντομων ερωτήσεων, βοηθά τον ασθενή να αναπτύξει τις σκέψεις του και να περιγράψει με λεπτομέρεια τι νιώθει. Με την ενθάρρυνση εκφράζεται ο άρρωστος και δηλώνεται το ενδιαφέρον του επαγγελματία προς τον ασθενή. Η ενθάρρυνση παρέχει στο άτομο χρόνο και

ευκαιρία να έρθει σε επαφή με βαθύτερα συναισθήματα ή σκέψεις. Είναι σημαντικό, οι επαγγελματίες υγείας να αφογκράζονται τη συμβολική γλώσσα του ασθενή και να έχουν διαρκή οπτική επαφή διότι οι ασθενείς τελικού σταδίου είναι πολύ ευαίσθητοι στην επικοινωνία του βλέμματος (Μυστακίδου, 2005).

Οι βασικοί στόχοι της ψυχολογικής παρέμβασης στον καρκινοπαθή ασθενή είναι η υποστήριξη (Becker, et al. 2018).:

- Στη διαχείριση καρκινικού πόνου.
- Στην αντιμετώπιση ψυχολογικών - κοινωνικών ηθικών προβλημάτων.
- Στη διατροφική υποστήριξη
- Στη φροντίδα τελικού σταδίου
- Στην προσαρμογή της διάγνωσης
- Στην προσαρμογή της θεραπείας (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία)
- Στην αντιμετώπιση ή μείωση των παρενεργειών στοχεύοντας σε μια καλύτερη ποιότητα ζωής
- Στην αντιμετώπιση της νέας πραγματικότητας της ζωής τους, που συνεχώς πρέπει να αναπλάθεται ανάλογα με την εξέλιξη της νόσου
- Στην αναπροσαρμογή των κοινωνικών, εργασιακών και οικογενειακών ρόλων
- Στην τοποθέτηση νέων προσωπικών στόχων
- Για τους φόβους που επιφυλάσσει το μέλλον, για την ανησυχία ότι η νόσος θα υποτροπιάσει ή θα δημιουργηθούν μεταστάσεις
- Συμβουλευτική για την αλλαγή στην εξωτερική εμφάνιση του ασθενή (π.χ από τις παρενέργειες)
- Αντιμετώπιση κλινικών διαταραχών και αρνητικών συναισθημάτων όπως άγχος, εκνευρισμός, πανικός, φόβος, κατάθλιψη
- Αντιμετώπιση του πόνου με ψυχολογικές μεθόδους
- Υποστήριξη της οικογένειας (Becker, et al. 2018).

2. ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με σκοπό την ανασκόπηση των νεότερων ερευνητικών δεδομένων σχετικά με το ρόλο του νοσηλευτή στην παροχή παρηγορητικής φροντίδας σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο.

3. ΥΛΙΚΟ /ΜΕΘΟΔΟΣ

3.1 Στρατηγική ηλεκτρονικής αναζήτησης

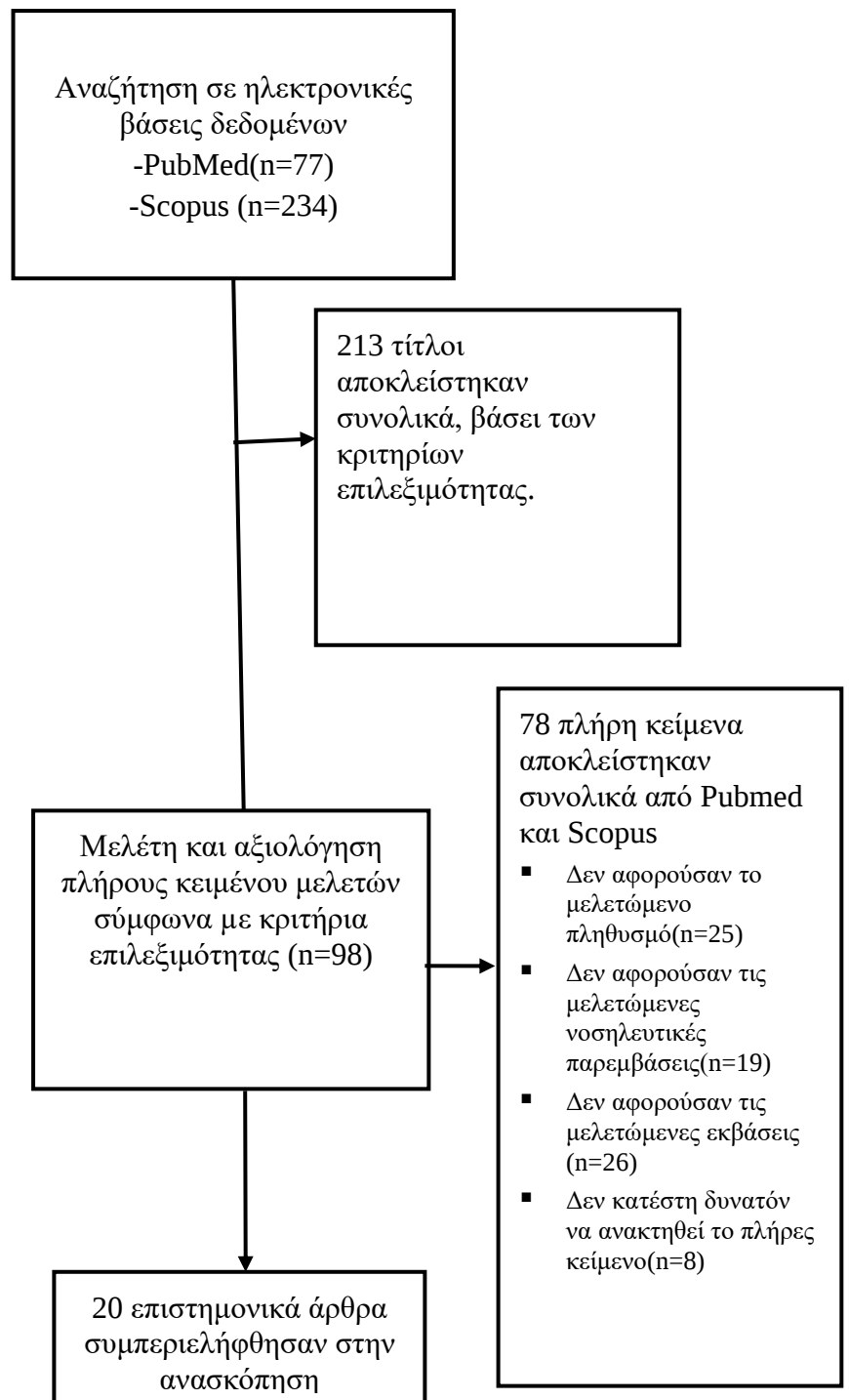
Πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed πληκτρολογώντας τον αλγόριθμο αναζήτησης: *palliative AND nurs* AND cancer* για την εύρεση επιστημονικών άρθρων στην αγγλική γλώσσα. Με εφαρμογή των φίλτρων *clinical trial, 5 year, age 65+*. Στην συνέχεια, διενεργήθηκε ηλεκτρονική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Scopus, χρησιμοποιώντας τον αλγόριθμο *palliative care AND nurs* AND cancer AND randomi?ed* με τη χρήση φίλτρων *age 65+, randomized controlled trials* και περιορίζοντας την ηλεκτρονική αναζήτηση στα έτη 2015-2019.

3.2 Κριτήρια επιλεξιμότητας

Αξιολογήθηκαν ως επιλέξιμα τα άρθρα που προερχόταν από ερευνητικές μελέτες σχετικά με το θέμα της παρηγορητικής θεραπείας ασθενών με καρκίνο και το ρόλο του νοσηλευτή. Αποκλείστηκαν άρθρα που ήταν ασαφή ως προς το θέμα τους ή που το θέμα τους δεν επικεντρωνόταν στην παρηγορητική φροντίδα καθώς και εκείνα για τα οποία ήταν διαθέσιμη μόνο η περίληψη και όχι το πλήρες κείμενο.

3.3 Επιλογή μελετών και σύνθεση δεδομένων

Τα βήματα που πραγματοποιήθηκαν για την επιλογή των άρθρων απεικονίζονται στο διάγραμμα ροής που φαίνεται παρακάτω στο Σχήμα 1. Οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων που εντοπίστηκαν από την ηλεκτρονική αναζήτηση ελέγχθηκαν σε αντιπαραβολή με τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Στη συνέχεια, ολοκληρώθηκε η ανασκόπηση των πλήρων κειμένων των τίτλων που θεωρήθηκαν σχετικοί με το σκοπό της εργασίας. Τέλος, καταγράφηκαν και οι λόγοι αποκλεισμού των μελετών. Η αναζήτηση στα PubMed και Scopus απέδωσαν συνολικά 311 τίτλους από τους οποίους 98 κρίθηκαν επιλέξιμοι για ανάγνωση του πλήρους κείμενου του άρθρου. Από το σύνολο των 98 άρθρων αποκλείστηκαν 78 άρθρα και περιλήφθηκαν 20 τα οποία είναι ερευνητικές μελέτες βάσει των κριτηρίων ένταξης-αποκλεισμού.



Σχήμα 1. Διάγραμμα ροής

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα κύρια χαρακτηριστικά των μελετών που κρίθηκαν επιλέξιμες για την παρούσα εργασία παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

4.1 Παρηγορητική αγωγή - νέα ερευνητικά δεδομένα

Μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη κλινική δοκιμή, σε 72 ασθενείς στα ογκολογικά κέντρα της Αμερικής το 2015, διερεύνησε την επίδραση της μελατονίνης στη κόπωση και σε άλλα συμπτώματα που εμφανίζουν οι ασθενείς με καρκίνο. Οι ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο εμφανίζουν συχνά κόπωση, κατάθλιψη, αϋπνία, απώλεια όρεξης και πόνο συμπτώματα που μπορούν να έχουν βαριές επιπτώσεις στην ζωή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η χορήγηση μελατονίνης βελτίωσε την ποιότητα ζωής και μείωσε άλλα συμπτώματα. Όμως, η χορήγηση από του στόματος συμπληρωμάτων μελατονίνης δε φαίνεται ότι ρυθμίζει την ποιότητα του ύπνου και την κόπωση, παρόλο που εμφανίστηκε βελτίωση σε καταθλιπτικά συμπτώματα, στην εξασθένηση, στην κακουχία και στην διάθεση (Lund Rasmussen, et al. 2015).

Μία τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή με συμμετέχοντες 128 ασθενείς σε ογκολογική κλινική, το 2017 στην Ολλανδία, διερεύνησε την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα βοηθημάτων λήψης αποφάσεων ασθενών με καρκίνο που καλούνταν να αποφασίσουν αν θα λάβουν παρηγορητική χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής. Τα βοηθήματα περιλάμβαναν αριθμητικές πληροφορίες για (1) τη συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων (2) τις πιθανότητες να επιτευχθεί απόκριση του όγκου και (3) αναμενόμενη διάμεση επιβίωση δύο εναλλακτικών επιλογών παρηγορητικής χημειοθεραπείας. Η έναρξη της παρηγορητικής χημειοθεραπείας εφαρμόζεται ανάλογα με τις προτιμήσεις του ασθενούς. Η λήψη αποφάσεων με λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους της παρηγορητικής χημειοθεραπείας, δεν εμπόδισαν την ευημερία των ασθενών. Εντούτοις, τα βοηθήματα λήψης αποφάσεων της μελέτης βελτίωσαν μόνο οριακά την ποιότητα της διαδικασίας λήψης αποφάσεων (Oostendorp, et al. 2017).

Στην Ολλανδία, το 2016, πραγματοποιήθηκε μια προοπτική μελέτη σε 77 ασθενείς σε ογκολογικά κέντρα με σκοπό την διερεύνηση των επιθυμιών για πληροφόρηση

ασθενών με προχωρημένο καρκίνο του μαστού ή του παχέος εντέρου που καλούνταν να αποφασίζουν αν θα ξεκινούσαν παρηγορητική χημειοθεραπεία. Η Παρηγορητική χημειοθεραπεία στοχεύει στην πρόληψη και την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Όταν ξεκινήσει ο ασθενής παρηγορητική χημειοθεραπεία χρειάζεται να ενημερωθεί σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη που μπορεί να προκύψουν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η λεπτομερής πληροφόρηση για τα οφέλη και τους κινδύνους των διαθέσιμων επιλογών παρηγορητικής θεραπείας είναι επιθυμητή σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο. Ο αντίκτυπος της θεραπείας κατά τη διάρκεια της ζωής είναι συχνά μέτριος διότι μπορεί να επηρεάσει θετικά και αρνητικά την ποιότητα ζωής και να εμφανιστούν ανεπιθύμητες ενέργειες (Oostendorp, et al. 2016).

Μία τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή διεξήχθη το 2017, σε 265 ασθενείς με καρκίνο και 38 ιατρούς ογκολόγους σε ογκολογικές κλινικές στη Νέα Υόρκη και την Καλιφόρνια. Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η επίδραση μιας ειδικά προσαρμοσμένης παρέμβασης προαγωγής της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών προχωρημένου σταδίου καρκίνου και ογκολόγων ιατρών μέσα από εκπαίδευση και των δύο ομάδων να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των ασθενών σε διαβουλεύσεις, ανταπόκριση σε συναισθήματα, ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την πρόγνωση και θεραπευτικές επιλογές, και ισορροπημένη διαμόρφωση των πληροφοριών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επικεντρωμένη στον ασθενή επικοινωνία αποτελεί βασικό στοιχείο για τον ασθενή με προχωρημένο καρκίνο και απαιτεί την εστίαση και την υποστήριξη για την προώθηση κοινής κατανόησης και περίθαλψης στο τέλος της ζωής. Η μελετώμενη παρέμβαση οδήγησε σε αύξηση της επικεντρωμένης στον ασθενή επικοινωνίας με κλινικά ουσιαστικές αυξήσεις στην εμπλοκή των ασθενών στις συζητήσεις, σε απάντηση σε συναισθήματα και σε συζητήσεις για την πρόγνωση και τις θεραπευτικές επιλογές (Epstein, et al. 2017).

Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή σε 215 ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου, πραγματοποιήθηκε στην Ταιβάν με σκοπό την αξιολόγηση μιας εξατομικευμένης παρέμβασης μείωσης των θεραπειών στο τέλος της ζωής σε ασθενείς με καρκίνο μέσω αύξησης της συνειδητοποίησης τους σχετικά με την πρόγνωσή τους και αύξησης της κατανόησης από αυτούς θεμάτων σχεδιασμού της φροντίδας στα τελικά στάδια. Τα αποτελέσματα που υπήρξαν από τη μελέτη έδειξαν ότι το

πρόγραμμα σχεδιασμού φροντίδας σε προχωρημένα στάδια καρκίνου, με επικεφαλής νοσηλεύτη, οδήγησε σε πιο ορθή συνειδητοποίηση ασθενών για την πρόγνυσή τους στα αρχικά στάδια της πορείας τους προς το θάνατο μειώνοντας τον κίνδυνο αυτοί οι ασθενείς να λάβουν καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση στο τέλος της ζωής τους (Chen, et al. 2019).

Επίσης, το 2019 πραγματοποιήθηκε μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή στην Ιταλία σε δείγμα 186 ασθενών, με προχωρημένο γαστρικό καρκίνο. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση μιας παρέμβασης πρώιμης παρηγορητικής φροντίδας και της επίδρασης της στην ποιότητα ζωής ασθενών με τερματικό καρκίνο στομάχου. Η παρέμβαση περιελάμβανε συμβουλευτικές συναντήσεις των ασθενών με ειδικευμένους ιατρούς παρηγορητικής φροντίδας κάθε δύο με τέσσερις εβδομάδες μέχρι το θάνατό τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συγκεκριμένη παρέμβαση πρώιμης παρηγορητικής φροντίδας είχε ένα μικρό αλλά όχι στατιστικά σημαντικό όφελος στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Scarpì, et al. 2019).

Τέλος, βιβλιογραφική ανασκόπηση του 2016 από τις ΗΠΑ διερεύνησε την ασυμφωνία μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των ιατρών σχετικά με τη θεραπευτική ικανότητα παρεμβάσεων από πού χρησιμοποιούνται κατά την παρηγορητική φροντίδα. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης αυτής έδειξαν ότι οι παρηγορητικές θεραπείες του καρκίνου, συμπεριλαμβανομένης της ακτινοθεραπείας, της χημειοθεραπείας και της φαρμακευτικής αγωγής με τη χορήγηση οπιοειδών παίζουν σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο. Ωστόσο, οι ασθενείς μπορεί να μην εμφανίζουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες λόγω της απροθυμίας των ιατρών να αποκαλύψουν προγνώσεις επικείμενου θανάτου και της ικανότητας των ασθενών να κατανοήσουν ή να αποδεχθούν τέτοιες πληροφορίες. Η πλειοψηφία των ασθενών και των φροντιστών τους εξέφρασε την επιθυμία για λεπτομερείς προγνωστικές πληροφορίες. Ωστόσο, έχουν αναφερθεί ποικίλες απαντήσεις σχετικά με το προτιμώμενο στυλ της διαβίβασης τέτοιων πληροφοριών. Ο τρόπος επικοινωνίας πληροφοριών έχει βαθιές επιδράσεις στην εμπειρία των ασθενών και στις θεραπευτικές τους επιλογές. Οι απόψεις των ασθενών σχετικά με την αποκάλυψη επηρεάζονται από πολλούς πολιτισμικούς, ψυχολογικούς και σχετικούς με την ασθένεια παράγοντες, επομένως οι ατομικές ανάγκες των ατόμων πρέπει να

εξετάζονται κατά τη διαβίβαση προγνωστικών πληροφοριών. Απαιτείται περισσότερη έρευνα για τον εντοπισμό των εμποδίων επικοινωνίας και των παρεμβάσεων που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών με παρηγορητική φροντίδα (Ghandourh, et al. 2016).

4.2 Παρηγορητική φροντίδα – νέα ερευνητικά δεδομένα

Σε μελέτη από τις ΗΠΑ πραγματοποιήθηκε δευτερογενής ανάλυση στα ερευνητικά δεδομένα 68 ασθενών τελικού σταδίου που λάμβαναν παρηγορητική θεραπεία και συμμετείχαν σε μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η αξιολόγηση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια των τελευταίων ημερών ζωής σε ασθενείς με καρκίνο που λαμβάνουν περίθαλψη στο νοσοκομείο. Η φροντίδα των νοσηλευτών περιλαμβάνει μια σειρά υπηρεσιών που βασίζονται σε μια ανθρωπιστική φιλοσοφία περίθαλψης για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους με επίκεντρο την βελτίωση της ποιότητας ζωής και τον έλεγχο των δυσάρεστων συμπτωμάτων. Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στο τέλος της ζωής τους έχουν υψηλό ποσοστό δυσφορίας και παραλήρημα. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν την ανάγκη τακτικής χρήσης των εργαλείων αξιολόγησης συμπτωμάτων για τη βελτίωση της περίθαλψης και την εστίαση στην καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών (De la Cruz, et al. 2015).

Ποιοτική μελέτη σε 87 ασθενείς, διεξήχθη στη Νορβηγία, το 2019, με σκοπό την αναγνώριση εμποδίων στη διαχείριση του πόνου, σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εκπαίδευση του ασθενή στην αντιμετώπιση του πόνου μπορεί να βελτιώσει τον έλεγχό του. Απαιτεί επανειλημμένες πληροφορίες, δίνοντας χρόνο για να ξεπεραστεί η αντίσταση που σχετίζεται με δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και φόβο. Για να διευκολυνθεί η συμμετοχή του ασθενούς στη διαχείριση του πόνου του, είναι απαραίτητη η εξατομικευμένη και ανθρωποκεντρική εκπαίδευση. Η αβεβαιότητα, το άγχος και η έλλειψη γνώσεων εμποδίζουν την κατανόηση πληροφοριών από τον ασθενή. Η χρήση ενός ημερολογίου του πόνου φαίνεται να βοηθά τους ασθενείς να τον μειώσουν και να τον αντιμετωπίσουν (Ekstedt, et al. 2019).

Επίσης, σε τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική το 2017, σε 221 ασθενείς προχωρημένου σταδίου που ζούσαν μόνοι τους στο σπίτι αξιολογήθηκε μια παρέμβαση που περιελάμβανε συνεντεύξεις κατά τις οποίες γινόταν απολογισμός ζωής, ανασκόπηση θεμάτων συγχώρεσης, λύπης/μετάνοιας, πραγμάτων που δεν ειπώθηκαν ή δεν έγιναν, και θεμάτων κληρονομιάς και παρακαταθήκης. Το αποτέλεσμα της μελέτης έδειξε ότι η διάγνωση σοβαρών ασθενειών αντιμετωπίζεται από πολλά άτομα με συναισθηματικές και υπαρξιακές ανησυχίες. Αυτές οι ανησυχίες αντιμετωπίζονται με την αναθεώρηση κάποιων πραγμάτων όπως ζητήματα λύπης, την επίλυση συγκρούσεων, αίσθησης επιβάρυνσης και ανησυχίες για την προετοιμασία της οικογένειας και την διανομή χρόνου. Η αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων που απασχολούν τον ασθενή τελικού σταδίου και η παροχή πληροφοριών μειώνουν τη δυσφορία και τον απαλλάσσουν από το άγχος και τη κατάθλιψη (Steinhauser, et al. 2017).

Το 2019 έγινε μια μη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη πιλοτική μελέτη στην Ιαπωνία, σε 54 ασθενείς στην αιματολογική και στην ογκολογική κλινική. Σκοπός ήταν η αξιολόγηση της παροχής πνευματικής φροντίδας χρησιμοποιώντας συνήθη φροντίδα και ένα εργαλείο αξιολόγησης της πνευματικής κατάστασης και του πνευματικού πόνου, το SpriPas, σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο. Η πνευματικότητα είναι μια πτυχή της ανθρωπιάς, μέσω της οποίας οι άνθρωποι αναζητούν νόημα και σκοπό για τον εαυτό τους. Η βασική πνευματική φροντίδα στη νοσηλευτική περιλαμβάνει την ενεργή και συμπονετική ακρόαση των ασθενών. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η πνευματική ευημερία μπορεί να διατηρηθεί με την καθημερινή επικοινωνία νοσηλευτών και ασθενών. Η πνευματική ηρεμία ως μέρος της παρηγορητικής φροντίδας των ασθενών οδηγεί στη μείωση του άγχους και προλαμβάνει την επιδείνωση άλλων συμπτωμάτων (Ichihara, et al. 2019).

Ποιοτική μελέτη στην Αυστραλία, το 2015, με συμμετέχοντες 43 ασθενείς που ζούσαν μόνοι τους στο σπίτι διερεύνησε τις εμπειρίες των ηλικιωμένων που λαμβάνουν παρηγορητική θεραπεία στο τελικό στάδιο καρκίνου. Ο αυξημένος πληθυσμός ηλικιωμένων που ζει μόνος του και η μειωμένη διαθεσιμότητα των φροντιστών μεσολαβούν στο να παραμείνουν στο σπίτι στο τέλος της ζωής τους. Η τερματική διάγνωση του καρκίνου για τους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους θεωρείται ως διαταραχή στον τρόπο ζωής τους, βιώνουν την απομόνωση και τη

μοναξιά, αναφέρουν περισσότερη δυσφορία και χειρότερη προσαρμογή μετά τη διάγνωση. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι με την ενσωμάτωση της νοσηλευτικής γνώσης γνωστών στρεσογόνων παραγόντων που επηρεάζουν την παρηγορητική φροντίδα των ασθενών με τη γνώση των παραγόντων που επηρεάζουν τους ασθενείς που ζουν μόνοι, οι νοσηλευτές θα είναι σε θέση να προωθήσουν ένα πιο ολιστικό μοντέλο φροντίδας για αυτόν τον πληθυσμό. Πρότειναν τη χρήση παρεμβάσεων όπως η θεραπεία αξιοπρέπειας, ένα σύντομο ψυχοθεραπευτικό μοντέλο περίθαλψης που έχει σχεδιαστεί για να βελτιώσει την ποιότητα ζωής, να δημιουργήσει πνευματική ειρήνη και να ενισχύσει τις σχέσεις στο τέλος της ζωής. Η θεραπεία αξιοπρέπειας έχει βρεθεί ότι ενισχύει την αίσθηση αξιοπρέπειας του ασθενή με καρκίνο, αυξάνει την αίσθηση του σκοπού, την αίσθηση του νοήματος και ενισχύει την προσωπικότητά του (Aoun, et al. 2015).

Το 2015, πραγματοποιήθηκε ποιοτική μελέτη σε 17 ασθενείς σε μια ογκολογική κλινική της Νορβηγίας με σκοπό τη διερεύνηση της εμπειρίας τους από τη συμμετοχή τους σε πολλαπλές παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής (φυσική δραστηριότητα, διατροφή, διακοπή καπνίσματος, διαχείριση ασθενών) των ασθενών που λαμβάνουν παρηγορητική θεραπεία. Η προσθήκη παρεμβάσεων στον τρόπο ζωής στην παρηγορητική φροντίδα προσπαθεί να οδηγήσει τους ασθενείς με καρκίνο να υιοθετήσουν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής και να παρέχει βοήθεια για την ανάληψη ενός πιο ενεργού ρόλου στην καταπολέμηση του καρκίνου ενώ λαμβάνουν χημειοθεραπεία. Από τα αποτελέσματα φαίνεται να προκύπτουν θετικά οφέλη που περιλαμβάνουν τη δυνατότητα ανεξαρτησίας προσφέροντας υποστήριξη και βοήθεια στους ασθενείς να αισθανθούν ενδυναμωμένοι, παρέχοντας ανακούφιση από τα δυσάρεστα συμπτώματα και δίνοντάς τους μια αίσθηση ευεξίας και ελπίδας. Ωστόσο, ορισμένοι από τους συμμετέχοντες εξέφρασαν επίσης συναισθήματα ενοχής και ανεπάρκειας, επομένως οι οργανωτικές πτυχές τέτοιων παρεμβάσεων θα πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά για να ελαχιστοποιείται η πιθανότητα πρόκλησης αυξημένης καταπόνησης στους συμμετέχοντες (Mikkelsen, et al. 2015).

Το 2018 σε μια ογκολογική κλινική στο Βέλγιο πραγματοποιήθηκε τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή σε 186 ασθενείς. Σκοπός ήταν να αξιολογηθεί η επίδραση της πρώιμης παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο. Η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο σχετίζεται με την

ψυχοκοινωνική υποστήριξη από επαγγελματίες φροντιστές. Οι σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες των ασθενών με καρκίνο που προκαλούνται από την ασθένεια και τη θεραπεία αξιολογήθηκαν από νοσηλευτές παρηγορητικής φροντίδας, οι οποίοι ενημέρωναν στη συνέχεια τον ηλεκτρονικό φάκελο τους ασθενή και συμμετείχαν εβδομαδιαία σε συναντήσεις της πολυεπιστημονικής ομάδας ογκολογικής φροντίδας, ενσωματώνοντας έτσι την παρηγορητική φροντίδα στην ογκολογική φροντίδα. Το αποτέλεσμα που προέκυψε ήταν ότι η έγκαιρη και συστηματική ενσωμάτωση της παρηγορητικής φροντίδας στη νοσηλευτική περίθαλψη βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής και είναι επωφελής ακόμα και όταν έχει ήδη προσφερθεί ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Το θετικό αποτέλεσμα της παρέμβασης αυτής βασίζεται σε δύο βασικά στοιχεία: την κατάρτιση της ομάδας παρηγορητικής αγωγής και τη συχνή αξιολόγηση των συμπτωμάτων (Vanbutsele, et al. 2018).

Αναδρομική μελέτη του 2017 στη Γερμανία μελέτησε 73 ασθενείς που είχαν προχωρημένες αιματολογικές κακοήθειες και κατέγραψε τα οφέλη της παρηγορητικής φροντίδας κατ' οίκον. Οι ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες σε προχωρημένο στάδιο υποφέρουν από πολυάριθμα συμπτώματα που προκαλούν ποικίλα προβλήματα. Η παραπομπή τους σε εξειδικευμένους οργανισμούς και η συνεργασία με δομές παρηγορητικής φροντίδας φάνηκε να είναι ανεπαρκής. Η μελέτη κατέδειξε ότι η εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα στο σπίτι είναι πιο επωφελής για ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες, καθώς επιτρέπει στους ασθενείς αυτούς να πεθάνουν σπίτι τους αντί να πεθάνουν στο οξύ νοσοκομειακό περιβάλλον. Συνεπώς, οι επιλογές και τα οφέλη της κατ' οίκον παρηγορητικής φροντίδας θα πρέπει να ενσωματώνονται στην παρηγορητική αιματολογική θεραπεία (Kaiser, et al. 2017).

Μια τυχαioποιημένη κλινική δοκιμή πραγματοποιήθηκε το 2017 στο Βέλγιο, με συμμετέχοντες 320 ασθενείς σε γηριατρικά ογκολογικά ιδρύματα. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση ενός προγράμματος παρηγορητικής φροντίδας σε ηλικιωμένους ασθενείς στο τέλος της ζωής. Το πρόγραμμα, που ονομαζόταν CAREFuL, είχε σκοπό να βελτιώσει την ποιότητα του θανάτου και της φροντίδας στο τέλος της ζωής και περιλάμβανε εκπαίδευση και υποστήριξη του προσωπικού φροντίδας υγείας στην παροχή φροντίδας στο τέλος της ζωής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η παροχή παρηγορητικής φροντίδας στο τέλος του κύκλου ζωής μέσα από ένα τέτοιο πρόγραμμα μπορεί να βελτιώσει τη φροντίδα κατά τη διάρκεια των τελευταίων ημερών της ζωής

για τους ασθενείς σε γηριατρικούς νοσοκομειακούς θαλάμους. Ωστόσο οι ασθενείς αυτοί συχνά έχουν πολύπλοκες και πολύπλευρες ανάγκες. Η παρηγορητική φροντίδα στο τέλος της ζωής αποτελεί ένα σημαντικό μέρος της γηριατρικής περίθαλψης και μπορεί να βελτιώσει την άνεση γύρω από το θάνατο και τα συμπτώματα τις τελευταίες ημέρες της ζωής (Beernaert, et al. 2017).

Στη Δανία, το 2017, πραγματοποιήθηκε μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή σε 300 συμμετέχοντες ασθενείς, με σκοπό τη διερεύνηση της επίδρασης μιας παρέμβασης πρώιμης εξειδικευμένης παρηγορητικής φροντίδας σε προχωρημένους ασθενείς με καρκίνο. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η συγκεκριμένη παρέμβαση πρώιμης παρηγορητικής φροντίδας, η οποία περιελάμβανε νωρίτερη παραπομπή των ασθενών σε μια εξειδικευμένη ομάδα παρηγορητικής φροντίδας σε συνδυασμό με τη συνήθη φροντίδα, δεν είχε ιδιαίτερη επίδραση στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων, ενδεχομένως επειδή δεν ήταν αρκούντως εντατική. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι η εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής και να αυξάνει τη διάρκεια ζωής του ασθενή τελικού σταδίου βελτιώνοντας συμπτώματα όπως ναυτία/έμετος ωστόσο θα πρέπει να δίνεται προσοχή στο σχεδιασμό των παρεμβάσεων (Groenvold, et al. 2017).

Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή με συμμετέχοντες 208 ασθενείς με ανίατο καρκίνο, πραγματοποιήθηκε σε ογκολογικά κέντρα στην Αυστραλία, το 2018, με σκοπό την αξιολόγηση μιας παρέμβασης προληπτικής παρηγορητικής φροντίδας κατά την οποία επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων νοσηλευτών, έλαβαν εκπαίδευση σε ένα μοντέλο σεβασμού των επιλογών των ασθενών και σε δεξιότητες επικοινωνίας κατά το τέλος της ζωής. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η συγκεκριμένη παρέμβαση αύξησε την επικοινωνία και την καταγραφή των επιθυμιών των ασθενών σχετικά με το τέλος της ζωής αλλά δε φαίνεται να βελτίωσε τη φροντίδα στο τέλος της ζωής που έλαβαν οι ασθενείς ούτε την ικανοποίηση των ασθενών και των συγγενών τους ως προς τη φροντίδα (Johnson, et al. 2018).

Συστηματική ανασκόπηση του 2016, από την Ολλανδία διερεύνησε την επιστημονική βιβλιογραφία σχετικά με την αποτελεσματικότητα μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων από νοσηλευτές στη διαχείριση του άγχους, σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο. Οι παρεμβάσεις περιελάμβαναν εκπαίδευση ασθενών, τηλεπαρακολούθηση,

ψυχοθεραπεία, συμπληρωματική φροντίδα ή συνδυασμό αυτών. Παρόλο που συνιστώνται φαρμακολογικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις παραμένει ασαφές ποιοι νοσηλευτές μπορεί να διαδραματίσουν την υποστήριξη ασθενών από το άγχος. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανασκόπηση έδειξαν ότι η λήψη ψυχοθεραπείας βελτιώνει τα επίπεδα του άγχους και ότι η παρουσία του νοσηλευτή αποτρέπει τη δημιουργία άγχους στον ασθενή. Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του άγχους, σημαντική είναι η έγκαιρη αναγνώριση της αιτίας που το προκαλεί, κάτι στο οποίο οι νοσηλευτές μπορεί να έχουν ουσιαστικό ρόλο. Η συστηματική παρακολούθηση του ασθενή φαίνεται να προλαμβάνει την επιδείνωση άλλων συμπτωμάτων (Zweers, et al. 2016).

Τέλος, μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή πραγματοποιήθηκε σε 168 φροντιστές συγγενείς ασθενών με προχωρημένο καρκίνο που λάμβαναν παρηγορητική φροντίδα στο σπίτι, το 2014 στην Αυστραλία, με σκοπό την αξιολόγηση μιας ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης που περιελάμβανε παροχή από νοσηλευτές προσαρμοσμένων πληροφοριών και εργαλείων στους φροντιστές αυτούς για την προαγωγή της ψυχολογικής τους ευημερίας. . Οι οικογενειακοί φροντιστές της ομάδας παρέμβασης εμφάνισαν μικρές αλλά μη στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις της ψυχολογικής τους ευημερίας και σημαντικές βελτιώσεις στα επίπεδα ετοιμότητας τους για τον επικείμενο ρόλο τους στην υποστήριξη του συγγενή τους που πεθαίνει. (Hudson, et al. 2015).

Πίνακας 1. Κύρια χαρακτηριστικά των άρθρων που πληρούσαν τα κριτήρια επιλεξιμότητας

Συγγραφέας και συν. (έτος), χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός της μελέτης	Κύρια ευρήματα
Aoun, et al. (2015), Αυστραλία	Ποιοτική μελέτη σε 43 ασθενείς που ζουν στο σπίτι τους.	Διερεύνηση των εμπειριών των ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν τελικού σταδίου καρκίνο και η λήψη παρηγορητικής θεραπείας.	Η Παρηγορητική Θεραπεία, είναι ένα σύντομο ψυχοθεραπευτικό μοντέλο περίθαλψης, έχει αποδειχθεί ότι ενισχύει την αίσθηση αξιοπρέπειας του ασθενή με καρκίνο, αυξάνει την αίσθηση του σκοπού, του νοήματος και ενισχύει την προσωπικότητά του. Έχει σχεδιαστεί για να βελτιώσει την ποιότητα ζωής, να δημιουργήσει πνευματική ειρήνη και να ενισχύσει τις σχέσεις στο τέλος της ζωής.
Beernaert, et al. (2017), Βέλγιο	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή σε 320 ασθενείς σε γηριατρικό ογκολογικό ίδρυμα.	Αξιολόγηση παρηγορητικής φροντίδας σε ηλικιωμένους ασθενείς στο τέλος της ζωής.	Η παρηγορητική φροντίδα στο τέλος της ζωής είναι ένα σημαντικό μέρος της γηριατρικής περίθαλψης. Επίσης, βελτιώνει την άνεση γύρω από το θάνατο και τα συμπτώματα τις τελευταίες ημέρες της ζωής. Οι ασθενείς τελικού σταδίου έχουν το δικαίωμα στην καλύτερη φροντίδα τη φάση που πεθαίνουν.

Chen, et al. (2019), Ταϊβάν	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή σε 215 ασθενείς που αποφάσισαν τη μείωση θεραπειών στις ογκολογικές κλινικές.	Αξιολόγηση της μείωσης των θεραπειών στο τέλος της ζωής των καρκινοπαθών ασθενών.	Η αποκάλυψη της κακής πρόγνωσης επιτρέπει στους ασθενείς να λαμβάνουν αποφάσεις για ζωή τους, επιθυμώντας τη μείωση θεραπειών. Η απόφαση αυτή απέδειξε ότι βελτιώνει τη ποιότητα φροντίδας του ασθενή στο τέλος της ζωής του, μειώνει τα ψυχικά συμπτώματα και το άγχος κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του θανάτου του.
De la Cruz, et al. (2015), ΗΠΑ	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή σε 68 ασθενείς τελικού σταδίου.	Αξιολόγηση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια των τελευταίων ημερών ζωής σε ασθενείς με καρκίνο που λαμβάνουν περίθαλψη στο νοσοκομείο.	Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στο τέλος της ζωής τους έχουν υψηλό ποσοστό δυσφορίας και παραλήρημα. Η μελέτη δείχνει την ανάγκη τακτικής χρήσης των εργαλείων αξιολόγησης συμπτωμάτων για τη βελτίωση της περίθαλψης και την εστίαση στη καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

Epstein, et al. (2017), ΗΠΑ	Τυχαιοποιημένη Κλινική δοκιμή σε 265 ασθενείς με καρκίνο και 38 ιατρούς ογκολόγους σε ογκολογικές κλινικές.	Αξιολόγηση της επίδρασης της επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών και των ογκολογικών νοσηλευτών στα συμπτώματα.	Οι νοσηλευτές προωθούν την επικοινωνία στον ασθενή ως παρέμβαση στη θεραπεία, η οποία συνδέεται με τη παροχή πληροφοριών και τη συναισθηματική υποστήριξη. Βοηθά στη διαχείριση του άγχους και στη μείωση του φόβου του θανάτου.
Ekstedt, et al. (2019), Νορβηγία	Ποιοτική μελέτη σε 87 ασθενείς.	Αναγνώριση εμποδίων στη διαχείριση του πόνου σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου.	Η εκπαίδευση του ασθενή στην αντιμετώπιση του πόνου μπορεί να βελτιώσει το έλεγχο του. Η αβεβαιότητα, το άγχος και η έλλειψη γνώσεων εμποδίζουν την κατανόηση πληροφοριών από τον ασθενή. Η χρήση ενός ημερολογίου του πόνου φαίνεται να βοηθά τους ασθενείς να τον μειώσουν και να τον αντιμετωπίσουν.
Ghandourh, et al. (2016), ΗΠΑ	Βιβλιογραφική ανασκόπηση.	Αξιολόγηση παρεμβάσεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την μέγιστη ικανοποίηση των ασθενών στην παρηγορητική φροντίδα.	Η φαρμακευτική αγωγή με τη χορήγηση οπιοειδών βελτιώνουν τη ποιότητα ζωής σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο, ελέγχοντας τα συμπτώματα και ανακουφίζοντας από τον πόνο.

Groenvold, et al. (2017), Δανία	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή σε 300 ασθενείς σε ογκολογικές κλινικές.	Διερεύνηση της επίδρασης της πρώιμης εξειδικευμένης παρηγορητικής φροντίδας σε προχωρημένους ασθενείς με καρκίνο.	Η πρώιμη παρηγορητική φροντίδα βελτιώνει την ποιότητα ζωής και τα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας με προχωρημένο καρκίνο, οδηγεί σε περισσότερη περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή και ενδεχομένως αυξάνει την επιβίωση.
Hudson, et al. (2015), Αυστραλία	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή σε 168 φροντιστές συγγενείς ασθενών.	Αξιολόγηση ψυχοθεραπείας ως παρηγορητική φροντίδα σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο.	Η ψυχοθεραπεία βελτιώνει την ευημερία του ασθενή και έχει θετικά αποτελέσματα στη μείωση της δυσφορίας που σχετίζεται με το θάνατο.
Johnson, et al. (2018), Αυστραλία	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή σε 208 ασθενείς με ανίατο καρκίνο σε ογκολογικά κέντρα.	Αξιολόγηση προληπτικής παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς με ανίατο καρκίνο.	Η προληπτική παρηγορητική φροντίδα βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ανίατου ασθενή, αντιμετωπίζοντας τις φυσικές, πρακτικές, συναισθηματικές και πνευματικές ανάγκες που προκύπτουν από τη νόσο. Ανακουφίζει από τον πόνο και άλλα συμπτώματα που προκαλεί ο καρκίνος.

Kaiser, et al. (2017), Γερμανία	Αναδρομική μελέτη σε 73 ασθενείς που έχουν προχωρημένες αιματολογικές κακοήθειες.	Καταγραφή των οφελών της παρηγορητικής φροντίδας κατ'οίκον.	Η εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα στο σπίτι είναι πιο επωφέλης για ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες. Επιμηκύνει το προσδόκιμο της ζωής τους επειδή βρίσκονται στο οικείο περιβάλλον τους καθώς τους επιτρέπει να πεθάνουν εκεί αντί στο οξύ νοσοκομειακό περιβάλλον. Λόγω της κακής πρόγνωσης και των επιπλοκών των αιματολογικών κακοηθειών, οι ασθενείς είναι πιο επιρρεπείς στο να πεθάνουν στο οξύ νοσοκομειακό περιβάλλον. Συνεπώς, η συνεργασία των αιματολόγων και παρηγορητικών φροντιστών στο σπίτι είναι εφικτή και αποτελεσματική.
--	--	--	--

Mikkelsen, et al. (2015), Νορβηγία	Ποιοτική μελέτη σε 17 ασθενείς στην ογκολογική κλινική.	Διερεύνηση της παρέμβασης στον τρόπο ζωής των ασθενών που λαμβάνουν παρηγορητική χημειοθεραπεία.	Οι ασθενείς με καρκίνο έχουν κυρίως θετικές εμπειρίες συμμετοχής όσον αφορά παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής τους. Τα αναφερόμενα θετικά οφέλη περιλαμβάνουν τη δυνατότητα ανεξαρτησίας, προσφέροντας επαγγελματική υποστήριξη, βοηθώντας τους ασθενείς να αισθάνονται ενδυναμωμένοι, παρέχοντας ανακούφιση από τα δυσάρεστα συμπτώματα και δίνοντάς τους μια αίσθηση ευεξίας και ελπίδας.
Oostendorp, et al. (2016), Ολλανδία	Προοπτική μελέτη σε 77 ασθενείς σε ογκολογικά κέντρα.	Αξιολόγηση των οφελών και των κινδύνων της παρηγορητικής χημειοθεραπείας.	Η παρηγορητική χημειοθεραπεία είναι επιθυμητή σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο. Ο αντίκτυπος της θεραπείας κατά τη διάρκεια της ζωής είναι συχνά μέτριος και η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών μπορεί να επηρεάσει θετικά και αρνητικά την ποιότητα ζωής.

Oostendorp, et al. (2017), Ολλανδία	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή 128 ασθενείς στην ογκολογική κλινική.	Αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο που λαμβάνουν παρηγορητική χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής.	Η Παρηγορητική χημειοθεραπεία ανακουφίζει τα συμπτώματα και βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ασθενή προσφέροντάς του ευεξία και μείωση του άγχους. Ενθαρρύνει του ασθενείς για τη παράταση της προσδοκώμενης διάρκειας ζωής (λίγων μηνών ή εβδομάδων).
Rasmussen, et al. (2015), ΗΠΑ	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη κλινική δοκιμή σε δείγμα 72 ασθενών.	Διερεύνηση της επίδρασης της μελατονίνης στην κόπωση και σε άλλα συμπτώματα ασθενών με προχωρημένο καρκίνο.	Η μελατονίνη βελτιώνει την κόπωση και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο. Όμως η χορήγηση από του στόματος συμπληρωμάτων μελατονίνης δε φαίνεται να βελτιώνει την ποιότητα του ύπνου. Παρ'όλο, που οι ασθενείς εμφάνισαν βελτιώσεις σε καταθλιπτικά συμπτώματα, εξασθένιση, κακουχία και διάθεση.

Scarpi, et al. (2019), Ιταλία	Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη σε δείγμα 186 ασθενών με προχωρημένο γαστρικό καρκίνο.	Αξιολόγηση της πρώιμης παρηγορητικής φροντίδας και της επίδρασης της στην ποιότητα ζωής ασθενών με τερματικό καρκίνο.	Η πρώιμη παρηγορητική φροντίδα συνδέεται με τον προγραμματισμό της προηγμένης περίθαλψης και την ικανοποίηση των ασθενών και των φροντιστών. Προλαμβάνει τα βαριά συμπτώματα και αυξάνει το προσδόκιμο ζωής. Βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και μειώνει την υπερβολική χρήση πόρων της υγειονομικής περίθαλψης.
Steinhauser, et al. (2017) ΗΠΑ	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή σε 221 ασθενείς προχωρημένου σταδίου που ζούσαν μόνοι στο σπίτι.	Αξιολόγηση μιας παρέμβασης με συνεντεύξεις κατά τις οποίες γινόταν απολογισμός ζωής, θέματα συγχώρεσης, λύπης, μετάνοιας και θεμάτων κληρονομιάς.	Η διάγνωση σοβαρών ασθενειών αντιμετωπίζεται από πολλά άτομα με συναισθηματικές και υπαρξιακές ανησυχίες. Η αντιμετώπιση ζητημάτων που απασχολούν τον τερματικό ασθενή και η παροχή πληροφοριών μειώνουν τη δυσφορία και τον απαλλάσσουν από το άγχος και τη κατάθλιψη.
Vanbutsele, et al. (2018), Βέλγιο	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή σε 186 ασθενείς στην ογκολογική κλινική	Αξιολόγηση της επίδρασης της πρώιμης παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο.	Η έγκαιρη και συστηματική ενσωμάτωση της παρηγορητικής φροντίδας στην νοσηλευτική περίθαλψη βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο και είναι πιο επωφελής ακόμα

			και όταν έχει ήδη προσφερθεί ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Το θετικό αποτέλεσμα της παρέμβασης αυτής βασίζεται σε δύο βασικά στοιχεία: την κατάρτιση της παρηγορητικής αγωγής και την συχνή αξιολόγηση των συμπτωμάτων.
Zweers, et al. (2016), Ολλανδία	Συστηματική ανασκόπηση σχετικά με μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις.	Διαχείριση άγχους με μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο.	Η λήψη ψυχοθεραπείας Απέδειξε ότι βελτιώνει τα επίπεδα του άγχους. Η παρουσία του νοσηλευτή αποτρέπει τη δημιουργία άγχους στον ασθενή. Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του άγχους, σημαντική είναι η έγκαιρη αναγνώριση της αιτίας που το προκαλεί. Η συστηματική παρακολούθηση του ασθενή προλαμβάνει την επιδείνωση άλλων συμπτωμάτων.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, η σύγχρονη επιστημονική ερευνητική βιβλιογραφία δείχνει πως ο καρκίνος είναι το πιο σοβαρό πρόβλημα υγείας που παρατηρείται σήμερα στις αναπτυγμένες χώρες. Η παρηγορητική φροντίδα χορηγείται σε καρκινοπαθείς τελικού σταδίου, με σκοπό την ανακούφιση από τα συμπτώματα που προκαλούνται από τη νόσο. Δεν θεραπεύει αλλά μπορεί να βοηθήσει στην επίτευξη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής. Φαίνεται να εμφανίζει θετικά αποτελέσματα και μπορεί να παρατείνει τη διάρκεια ζωής. Απαιτείται ιδιαίτερα σε ασθενείς που δεν είναι σε θέση να λάβουν χημειοθεραπεία.

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στο τέλος της ζωής τους εμφανίζουν υψηλό ποσοστό δυσφορίας και συμπτώματα τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Ωστόσο, οι ασθενείς που λαμβάνουν παρηγορητική φροντίδα, έχουν την προοπτική να εμφανίσουν καλύτερη ποιότητα ζωής και λιγότερα συμπτώματα, σε σχέση με όσους δεν λαμβάνουν ανάλογη φροντίδα. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να προωθούν την επικοινωνία με τον ασθενή ως παρέμβαση στη θεραπεία, η οποία συνδέεται με την παροχή πληροφοριών και τη συναισθηματική υποστήριξη και βοηθά στη διαχείριση του άγχους και στη μείωση του φόβου του θανάτου.

Η κατάλληλα σχεδιασμένη παρηγορητική φροντίδα με χρήση σύντομων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων όπως η Θεραπεία Αξιοπρέπειας φαίνεται να ενισχύει την αίσθηση αξιοπρέπειας του ασθενή με καρκίνο, αυξάνει την αίσθηση του σκοπού και του νοήματος και ενισχύει την προσωπικότητά του. Έχει επομένως την προοπτική να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του, να δημιουργήσει πνευματική ειρήνη και να ενισχύσει τις σχέσεις στο τέλος της ζωής. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η έγκαιρη και συστηματική ενσωμάτωση της παρηγορητικής φροντίδας στη νοσηλευτική περίθαλψη μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο και είναι επωφελής ακόμα και όταν έχει ήδη προσφερθεί ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Το θετικό αποτέλεσμα μιας τέτοιας παρέμβασης βασίζεται σε δύο βασικά στοιχεία: την κατάρτιση της ομάδας παρηγορητικής αγωγής και τη συχνή αξιολόγηση των συμπτωμάτων.

Η εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα στο σπίτι φαίνεται να είναι επωφελής για ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες. Επιτρέπει τον θάνατό τους στο σπίτι όπου βρίσκονται στο οικείο περιβάλλον τους καθώς λόγω της κακής πρόγνωσης και των επιπλοκών των αιματολογικών κακοηθειών, οι ασθενείς αυτοί είναι πιο επιρρεπείς στο να πεθάνουν στο οξύ νοσοκομειακό περιβάλλον. Συνεπώς, η συνεργασία των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας και παρηγορητικών φροντιστών στο σπίτι είναι επιθυμητή και ωφέλιμη για την ποιότητα στο τέλος της ζωής των ασθενών αυτών. Επίσης, η παρηγορητική φροντίδα στο τέλος της ζωής είναι ένα σημαντικό μέρος της γηριατρικής περίθαλψης και βελτιώνει την άνεση γύρω από το θάνατο και τα συμπτώματα τις τελευταίες ημέρες της ζωής. Οι ασθενείς τελικού σταδίου έχουν το δικαίωμα στην καλύτερη δυνατή φροντίδα στη φάση που πεθαίνουν.

Η παρουσία του νοσηλευτή φαίνεται να αποτρέπει τη δημιουργία άγχους στον ασθενή. Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του άγχους, σημαντική είναι η έγκαιρη αναγνώριση της αιτίας που το προκαλεί. Η συστηματική παρακολούθηση του ασθενή προλαμβάνει τη επιδείνωση άλλων συμπτωμάτων. Επίσης, η χρήση παρεμβάσεων με στοιχεία ψυχοθεραπείας βελτιώνει την ευημερία του ασθενή και φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα στη μείωση της δυσφορίας που σχετίζεται με το θάνατο. Η φαρμακευτική αγωγή με τη χορήγηση οπιοειδών βελτιώνει την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο, ελέγχοντας τα συμπτώματα και ανακουφίζοντας από τον πόνο. Επίσης, η αναφορά της έντασης του πόνου από τον ασθενή, είναι βασικός παράγοντας για μια αποτελεσματική παρέμβαση.

Η πνευματική φροντίδα είναι χρήσιμη για την πνευματική ευεξία του ασθενούς και φέρει ελπιδοφόρα αποτελέσματα. Η επίτευξη πνευματικής ηρεμίας των ασθενών οδηγεί σε μείωση του άγχους. Είναι σημαντικό μέρος της παρηγορητικής θεραπείας και βοηθά τους ασθενείς να διατηρήσουν ένα ήρεμο πνεύμα και να μην επιδεινωθούν άλλα συμπτώματα.

Η πρώιμη παρηγορητική φροντίδα συνδέεται με τον προγραμματισμό της περίθαλψης στα προχωρημένα στάδια της νόσου και την ικανοποίηση των ασθενών και των φροντιστών. Μια κατάλληλα σχεδιασμένη παρέμβαση πρώιμης παρηγορητικής φροντίδας έχει την προοπτική να προλαμβάνει τα βαριά συμπτώματα, να αυξάνει το προσδόκιμο ζωής και να μειώνει την υπερβολική χρήση πόρων της

υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, φαίνεται να χρειάζεται περαιτέρω έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα τέτοιων παρεμβάσεων.

Η ακτινοθεραπεία φαίνεται να βελτιώνει τα συμπτώματα που βιώνει ο ασθενής ειδικά αυτά που σχετίζονται με τον πόνο. Μέσω αυτής της τεχνολογίας, δίνεται η δυνατότητα μιας ολοκληρωμένης παρέμβασης. Η παρηγορητική χημειοθεραπεία είναι επιθυμητή σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο. Ο αντίκτυπος της θεραπείας κατά τη διάρκεια της ζωής είναι συχνά μέτριος και η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών μπορεί να επηρεάσει θετικά και αρνητικά την ποιότητα ζωής. Αντίθετα η χορήγηση από του στόματος συμπληρωμάτων μελατονίνης δε φαίνεται να βελτιώνει την ποιότητα του ύπνου, αν και φαίνεται να οδηγεί σε βελτιώσεις σε καταθλιπτικά συμπτώματα, εξασθένιση, κακουχία και διάθεση.

Δεδομένου, ότι γνωρίζουμε το πόσο επιζήμιος είναι για τους ασθενείς ο καρκίνος, με τα ποικίλα συμπτώματα και τις επιπτώσεις που έχει στη ζωή τους, είναι τουλάχιστον καθήκον μας να τους προσφέρουμε υπηρεσίες που προάγουν την αξιοπρέπεια και την ποιότητα ζωής τους καθώς και να σχεδιαστούν προγράμματα που να λαμβάνουν υπόψη τις ατομικές ανάγκες του κάθε ασθενή. Είναι σημαντικό να μην γίνεται αποκλεισμός των ασθενών με χαμηλή οικονομική δυνατότητα και επίσης θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων φορέων της Πολιτείας ώστε να εξασφαλίζεται η παροχή συνεχιζόμενης φροντίδας σε 24ωρη βάση, όπου χρειάζεται, και να βελτιωθεί, έτσι, η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται.

Όσον αφορά σε περαιτέρω προτάσεις αντιμετώπισης των προβλημάτων που σχετίζονται με την παρηγορητική φροντίδα, θα ήταν χρήσιμη η βελτίωση των προγραμμάτων εκπαίδευσης όλων των επαγγελματιών υγείας και η πρόβλεψη για συνεχιζόμενη εκπαίδευση στο αντικείμενο της ανακουφιστικής φροντίδας. Αξίζει να γίνει λόγος για ανάπτυξη ανεξάρτητων ευέλικτων και οικονομικών δομών, κατοίκων ή ημερήσιας φροντίδας χωρίς νοσηλεία και λειτουργία τμημάτων με διαθέσιμες κλίνες για παρηγορητική φροντίδα στα νοσοκομεία. Τέλος, χρειάζεται να υπάρξει διαθεσιμότητα σε όλα τα απαραίτητα φάρμακα για την αντιμετώπιση και ανακούφιση του καρκινικού πόνου.

6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Βαδαλούκα, Α., (2005). *Ανακουφιστική και συμπτωματική αγωγή ασθενών τελικού σταδίου: Ένα όραμα στο κατώφλι της νέας χιλιετηρίδας*. Αθήνα: Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ.

Becker, R.A., (2018). *Fundamental dimensions of palliative care: documented knowledge and practice*. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε., Κατσαραγάκης, Σ., Κύπρος: Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.

Brown, N., Eby, L., (2009). *Η Νοσηλευτική στη ψυχική υγεία*. Ελληνική Επιμέλεια Κωτρότσιου, Ε., Κυρίτση, Ε., 2^η Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις ΛΑΓΟΣ.

Γεωργιάδη, Ε., (2007). *Τρόποι νοσηλευτικής και φαρμακευτικής προσέγγισης ογκολογικών ασθενών*. Αθήνα: Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ.

Γιωτάκη Ε., (2014). *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. 2^η έκδοση Ιωάννινα.

Γκοβίνα, Ο., Κωνσταντινίδης, Θ., (2019). *Βασικές αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής και ανακουφιστικής φροντίδας: από τη θεωρητική προσέγγιση στη κλινική φροντίδα*. Κύπρος: Εκδόσεις Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.

Cooper, M.G., Hausman, E.R., (2013). *Το Κύτταρο, Μια Μοριακή Προσέγγιση* 1^{ος} Τόμος Αλεξανδρούπολη: Ακαδημαϊκές Εκδόσεις ΜΠΑΣΡΑ.

Damjanov, I., (2009). *Pathophysiology*. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Μουτσόπουλος Χ. 1^η Έκδοση. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ.

Kearney, N., Richardson, A., (2011). *Νοσηλεύοντας ασθενείς με καρκίνο, Αρχές και Πρακτική*. Ελληνική Επιμέλεια Χαραλάμπους, Α., Αθήνα: Ιων/Εκδόσεις ΈΛΛΗΝ'.

Λαβδανίτη, Μ., (2017). *Ογκολογική Νοσηλευτική: Θεωρία και Κλινική Πρακτική*. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Λάγιου, Π., & Λάγιου, Α., & Καλαποθάκη, Β., & Adami, H., & Τριχόπουλος, Δ., (2005). *Επιδημιολογική Διερεύνηση της Ετοιμολογίας Χρονίων Νοσημάτων*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22(1): σελ. 36-49.

Lemone, P., Burke, K., (2006), *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική κριτική σκέψη κατά την φροντίδα του ασθενούς*. Τόμος Ι, Αθήνα: Εκδόσεις ΛΑΓΟΣ σελ. 350-360.

Μπανκουσλί, Ι., (2012). *Πρακτική Προσέγγιση Στην Κλινική Ογκολογία*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ.

Μυστακίδου, Κ., (2005). *Ολιστική αγωγή ασθενών με χρόνιες καταληκτικές παθήσεις*. Αθήνα.

Mulroney, S., Myers, A., (2010). *Βασικές Αρχές Φυσιολογίας του Ανθρώπου*. Κύπρος Εκδόσεις Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ.

Osborn, W., & Watson, R., (2013). *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική*, Τόμος ΙΙ, Κύπρος: Εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ σελ. 1743-1750.

Simonsen, T., et al. (2009). *Νοσηλευτική φαρμακολογία*. Ελληνική Επιμέλεια Τσιρώνη, Μ., Κύπρος: Επιστημονικές Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.

Τσιγκρής, Χ., (2014). *ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΕΠ Α΄ Χειρουργικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ.

Vander, A., & Sherman, J., & Luciano, D., & Τσακόπουλος, Μ., (2001). *Φυσιολογία Του Ανθρώπου, Μηχανισμοί της Λειτουργίας του Οργανισμού*. Ελληνική Επιμέλεια Γελαδάς, Ν., Τσακόπουλος, Μ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ.

ΞΕΝΗ

Aoun, S., & Deas, K., & Skett, K., (2015). Older people living alone at home with terminal cancer. *European Journal of Censer Care*, 25(3), pp. 356-64.

Beernaert, K. et al., (2017). Improving comfort around dying elderly people: A cluster randomized controlled trial. *The Lancet*, 390(10090), pp. 125-134.

Chen, H. et al., (2019). An Individualized, Interactive Intervention Promotes Terminally III Cancer Patients' Prognostic Awareness and Reduces Cardiopulmonary Resuscitation Received in the Last Month of Life: Secondary Analysis of a randomized clinical trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(4), pp. 705-714.

De la Crus, M. et al., (2015). Delirium, agitation, and symptom distress within the final seven days of life among cancer patients receiving hospice care. *Palliative and Supportive Care*, 13(2), pp. 211-216.

Ekstedt, M., Rustøen, T., (2019). Factors That Hinder and Facilitate Cancer Patients' Knowledge About Pain Management: A Qualitative Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57 (4), pp753-760.

Epstein, M.R. et al., (2017). Effect of a Patient-Centered Communication Intervention on Oncologist-Patient Communication, Quality of Life, and Health Care Utilization in Advanced Cancer. *JAMA Oncology*, 3(1), pp. 92–100.

Ghandourh, W., (2016). Palliative care in cancer: managing patients expectations. *Journal of Medical Radiation Sciencies*, 63(4), pp. 242-257.

Groenvold, M. et al., (2017). Randomized clinical trial of early specialist palliative care plus standard care versus standard care alone in patients with advanced cancer: The Danish Palliative Care Trial *Palliat Med*, 31(9), pp. 814-827.

Hudson, P. et al., (2015). Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: Longer term effects from randomized controlled trial, 24(1), pp. 19-24.

Ichihara, K., Ouchi, B., Okayama, S., Kinoshita, F., (2019). Effectiveness of spiritual care using spiritual pain assessment sheet for advanced cancer patients: A pilot non- randomized controlled trial. *Palliat Support Care*, 17(1), pp. 46-53.

Johnson, S. et al., (2018). A randomized controlled trial of an advance care planning intervention for patients with incurable cancer. *British Journal of Cancer*, 119, pp. 1182-1190.

Kaiser, F. et al., (2017). Palliative home care for patients with advanced haematological malignancies: A multicenter servey .*Annals of Hematology*, 96(9), pp. 1557–1562.

Leppert, W. et al., (2016). Pathophysiology and clinical characteristics of pain in most common locations in cancer patients. *Journal of physiology and pharmacology*, 67(6), pp.787-799.

Lund Rasmussen, C., et al., (2015). Effects of melatonin on physical fatigue and other symptoms in patients with advanced cancer receiving palliative care:

A double-blind placebo-controlled crossover trial. *American Cancer Society*, 121(20) pp. 3727-36.

Mikkelsen, H.E., et al., (2015). Palliative Cancer Patients' Experiences of Participating in a Lifestyle Intervention Study While Receiving Chemotherapy, 38(6), pp. 52-58.

Oostendorp, L. et al., (2016). Patients Preferences for Information About the Benefits and Risks of Second-Line Palliative Chemotherapy and Their Oncologist's Awareness of These Preferences. *Journal of Cancer Education*, 31(3), pp. 443–448.

Oostendorp, L. et al., (2017). Decision aids for second-line palliative chemotherapy: A randomized phase II multicenter trial. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17, pp.130.

Scarpi, E. et al., (2019). Systematic vs. on-demand early palliative care in gastric cancer patients: A randomized clinical trial assessing patients and healthcare service outcomes. *Support Cancer Care*, 27 (7), pp. 2425-2434.

Steinhauser, K.E., et al., (2017). Addressing Patient Emotional and Existential Needs During Serious Illness: Results of the outlook randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(6), pp.898-908.

Vanbutsele, G. et al, (2018). Effects of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: A randomized controlled trial. *The Lancet Oncology* 19(3), pp. 394-404.

Zweers, D., & Graaf, D., & Teunissen, S., (2015). Non-pharmacological nurse-led interventions to manage anxiety in patients with advanced cancer: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies* 56, pp. 102-113.