



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις που βιώνει ο
ασθενής με καρκίνο και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

ΤΩΝ

Γεωργίου Παπαθανάκος (α.μ: 16446)

Ιωάννη Παπαστεργίου (α.μ: 15299)

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μαίρη Γκούβα

Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας

Ιωάννινα, Απρίλιος του 2017

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	3
Abstract.....	4
Πρόλογος.....	3
Εισαγωγή.....	6
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	7
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ: ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	10
1.1. Τι είναι ο καρκίνος;.....	11
1.2. Τι προκαλεί τον Καρκίνο;.....	12
1.3. Συμπτώματα του καρκίνου.....	13
1.4. Επιπτώσεις του καρκίνου.....	16
1.4.1. Ανορεξία.....	17
1.4.2. Διάρροια.....	17
1.4.3. Δυσκοιλιότητα.....	18
1.4.4. Ναυτία και εμετός.....	18
1.4.5. Διατροφικές διαταραχές.....	19
1.4.6. Διαταραχές συνείδησης.....	20
1.4.7. Ερεθισμός στοματικής κοιλότητας.....	21
1.4.8. Κόπωση.....	22
1.4.9. Ψυχολογικές επιπτώσεις καρκίνου.....	24
ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	26
2.1. Ανορεξία.....	27
2.2. Διάρροια.....	28
2.3. Δυσκοιλιότητα.....	29
2.4. Ναυτία και έμετος.....	30

2.5. Διατροφικές διαταραχές.....	32
2.6. Διαταραχές συνείδησης.....	33
2.7. Ερεθισμός στοματικής κοιλότητας.....	34
2.8. Κόπωση.....	36
 ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.....	38
3.1. Μελέτη περίπτωσης - Ποιοτική έρευνα.....	39
3.2. Ερευνητικό ερώτημα και σκοπός της μελέτης.....	39
3.3. Κλινική περίπτωση ατόμων που βιώνουν της επιπτώσεις του καρκίνου.....	40
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	53

Περίληψη

Ο καρκίνος συνήθως δεν επηρεάζει μόνο ένα όργανο του σώματος και δεν έχει μία μορφή. Μπορεί να περιλαμβάνει οποιοδήποτε ιστό του σώματος και να έχει τελείως διαφορετική μορφή σε κάθε σημείο του σώματος. Υπάρχουν πάνω από 200 διαφορετικά είδη καρκίνου και δεν αντιμετωπίζονται όλοι με τον ίδιο τρόπο. Κάθε ένα είδος έχει τον δικό του τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την αντιμετώπιση των σωματικών και ψυχικών επιπτώσεων που βιώνουν τα άτομα με καρκίνο.

Υλικό και μέθοδος: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών, ερευνητικών μελετών και άρθρων, κυρίως στην ηλεκτρονική βάση «PubMed» αλλά και σε ελληνική και ξένη βιβλιογραφία.

Αποτελέσματα: Ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελείται από κύτταρα. Φυσιολογικά, τα κύτταρα αναπτύσσονται και διαιρούνται, ώστε να προκύψουν θυγατρικά κύτταρα και να διατηρηθεί η υγεία του οργανισμού. Μερικές φορές, η διαδικασία αυτή εκτρέπεται από το φυσιολογικό, οπότε προκύπτουν νέα κύτταρα (χωρίς να τα χρειάζεται ο οργανισμός) και - παράλληλα - δεν πεθαίνουν τα παλιά κύτταρα. Τα πλεονάζοντα κύτταρα σχηματίζουν μάζες, που καλούνται όγκοι. Σε μερικές περιπτώσεις αυτά τα παθολογικά κύτταρα κάνουν μετάσταση, δηλαδή εξαπλώνονται και σε άλλα μέρη του σώματος δημιουργώντας δευτερεύοντες όγκους (μεταστατικούς όγκους) παρόμοιους με αυτούς του αρχικού καρκίνου.

Συμπεράσματα: Εάν δεν θεραπευθούν, οι καρκίνοι μπορούν τελικά να προκαλέσουν το θάνατο. Η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι περισσότεροι καρκίνοι μπορούν να θεραπευθούν. Πολλοί θεραπεύονται, ειδικά εάν η θεραπεία αρχίσει νωρίς.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος, επιπτώσεις καρκίνου, σωματικές, ψυχικές, νοσηλευτική παρέμβαση

Abstract

Cancer does not usually affect only one organ of the body and it does not have only one form. It can include any body tissue and have a completely different shape at every point in the body. There are over 200 different types of cancer and not all are treated in the same way. Each species has its own way of treating it.

Purpose: The purpose of this paper is to review the literature on the treatment of physical and mental effects experienced by people who are suffering from cancer.

Material and method: The methodology followed included the search for research papers and articles, mainly in the PubMed search engine and in both Greek and international bibliography.

Results: The human organism consists of cells. Normally, cells grow and divide to produce daughter cells and maintain the body's health. Sometimes this process is deflected from normal, so new cells are generated (which the body does not need) and - at the same time - old cells do not die. The surplus cells form masses, called tumors. In some cases, these pathological cells become metastasized, that is, they spread to other parts of the body, creating secondary tumors (metastatic tumors) similar to those of the original cancer.

Conclusions: If not treated, the cancers can eventually cause death. The survival of patients with cancer has improved significantly in recent years. Cancer is the second leading cause of death in developed countries after cardiovascular disease. Most cancers can be cured. Many are cured, especially if treatment begins early.

Key words: cancer, cancer impacts, physical, mental, nursing

Πρόλογος

Ο σκοπός που έχει η παρούσα πτυχιακή εργασία, είναι η ενδελεχής μελέτη των επιπτώσεων του καρκίνου ένα φαινόμενο που αφορά κάθε χρόνο χιλιάδες ανθρώπους ανά τον κόσμο και στην συνέχεια να αναδειχθεί ο ρόλος των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, που αφορά αποκλειστικά τους επαγγελματίες υγείας.

Η παρούσα πτυχιακή χωρίζεται παρακάτω σε τρία μέρη. Στην αρχή υπάρχουν πληροφορίες σχετικά με τον καρκίνο και τις σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις που προκαλεί ο καρκίνος, όπως η συμπτωματολογία, τα αίτια που την προκαλούν, καθώς και τα θεραπευτικά σχήματα τα οποία βοηθούν στην αντιμετώπιση του. Έπειτα, γίνεται αναφορά στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις του καρκίνου, και τέλος αναφέρεται μία κλινική περίπτωση, η ανάλυση δηλαδή περιστατικών που πάσχει από καρκίνο και βιώνει κάποιες σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις.

Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη σε όλα τα άτομα που βιώνουν καρκίνο, καθώς και τους επαγγελματίες υγείας, όπου με την συμβολή τους και το έργο τους, δίνουν δύναμη στους ασθενείς που βιώνουν τον καρκίνο. Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας για την υποστήριξη τους, καθώς και την κ. Μαίρη Γκούβα, όπου χωρίς την συμβολή της, θα ήταν δύσκολη η διεξαγωγή της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Εισαγωγή

Ο καρκίνος, επίσης γνωστός ως κακοήθης όγκος ή κακοήθες νεόπλασμα, είναι μία ομάδα ασθενειών που έχουν σχέση με την αφύσικη κυτταρική ανάπτυξη με πιθανότητα εισβολής ή διάδοσης σε άλλα μέρη του σώματος. Δεν είναι όλοι οι όγκοι καρκινικοί. Ο καλοήθης όγκος δεν κάνει μεταστάσεις σε άλλα μέλη του σώματος. Τα σημάδια και συμπτώματα συμπεριλαμβάνουν: ένα νέο εξόγκωμα, αφύσικη αιμορραγία, παρατεταμένο βήχα, ανεξήγητη απώλεια βάρους, και μια αλλαγή στις κενώσεις του εντέρου μεταξύ άλλων. Ενώ αυτά μπορεί να είναι ένδειξη καρκίνου, μπορεί επίσης να οφείλονται σε άλλα ζητήματα. Υπάρχουν πάνω από 100 διαφορετικά γνωστά είδη καρκίνου που επηρεάζουν τους ανθρώπους (Leydon, 2012).

Ο καρκίνος είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας που παρατηρούνται σήμερα στις αναπτυγμένες χώρες. Οι στατιστικές δείχνουν ότι αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες. Συνήθως προσβάλλει ανθρώπους μεγάλης ηλικίας, υπάρχουν όμως και μορφές καρκίνου που εμφανίζονται σε νεαρής ηλικίας άτομα, ακόμη και σε παιδιά. Ο όρος «καρκίνος» δεν αποδίδεται σε μία και μόνη ασθένεια, αλλά σε μια ομάδα ασθενειών που χαρακτηρίζονται από τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Σε αντίθεση με τα φυσιολογικά κύτταρα στο σώμα μας, τα οποία αυξάνονται, διαιρούνται και πεθαίνουν με έναν αυστηρά ελεγχόμενο τρόπο, τα καρκινικά κύτταρα διαφέρουν διότι συνεχίζουν να διαιρούνται ανεξέλεγκτα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη μιας μάζας κυττάρων, που ονομάζεται όγκος. Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα του καρκίνου είναι η συνεχής κόπωση. Το αίσθημα αυτό μπορεί να διαρκέσει για βραχύ χρονικό διάστημα ή για μεγάλο χρονικό διάστημα, οπότε και αναφερόμαστε στο χρόνιο αίσθημα της κούρασης, το οποίο δεν ανακουφίζεται και απλά παρουσιάζει αυξομειώσεις (Browall, 2006). Πολλοί ασθενείς με καρκίνο που έκαναν θεραπεία ή βρίσκονται κατά τη διάρκεια αυτής καλούνται να ζήσουν με το χρόνιο αίσθημα της εξάντλησης, το οποίο είναι αποτέλεσμα αυτής, αλλά και αποτέλεσμα των ψυχολογικών μεταπτώσεων εξαιτίας της ασθένειας. Όταν κάποιος είναι ασθενής, είναι λογικό να επιθυμεί να γίνει γρήγορα καλά και να επιστρέψει στην ενεργό δραστηριότητα. Προς αυτόν τον σκοπό, κάθε πτυχή του προγράμματος αποκατάστασης είναι σημαντική (Μυλωνάς, 2008). Οι παρενέργειες της θεραπείας περιορίζουν την ενεργητικότητα του ασθενούς και αναστέλλουν την επιθυμία του για επιστροφή στην καθημερινή ζωή. Με την

υποστήριξη της ομάδας υγείας, της οικογένειας και των φίλων του, ο ασθενής μπορεί να αντιμετωπίσει τις παρενέργειες και τελικά να τις ξεπεράσει (Baile, 2010).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

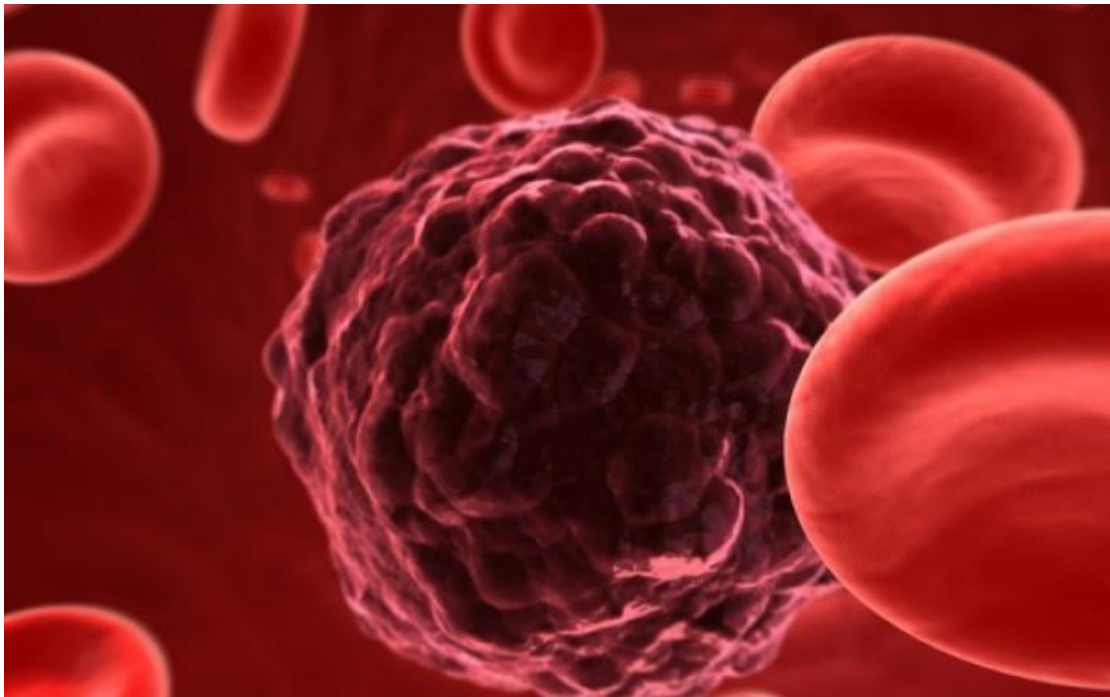
Παρόλο που οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποίησαν πρώτοι τον όρο καρκίνος για τη συγκεκριμένη νόσο, φαίνεται ο καρκίνος να εντοπίζεται σε ακόμη παλαιότερες περιόδους. Έχουν βρεθεί στοιχεία για ένα τύπο καρκίνου των οστών, το οστεοσάρκωμα, σε οστά κεφαλής και αυχένα σε μούμιες στην Αρχαία Αίγυπτο. Έχει ακόμη βρεθεί και περιγραφή της συγκεκριμένης νόσου σε πάπυρο ο οποίος υπολογίζεται να γράφτηκε το 1600 π.Χ (Ancoli, 2006).

Στον πάπυρο αναφέρονται 8 περιπτώσεις όγκων ή ελκών στο στήθος οι οποίοι αντιμετωπίζονταν με καυτηριασμό, το λεγόμενο «τρυπάνι της φωτιάς». Στον πάπυρο αναφέρονταν ότι η νόσος δεν είχε θεραπεία. Για τους αρχαίους Αιγυπτίους ο καρκίνος ήταν η 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) (Ancoli, 2006). Σε φυσιολογικές συνθήκες οι χυμοί αυτοί βρίσκονται σε ισορροπία, όταν όμως συσσωρεύεται υπερβολική ποσότητα μαύρης χολής σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος, δημιουργείται ο καρκίνος. Αυτή η θεωρία υποστηρίχθηκε για πολλούς αιώνες μέχρι περίπου το 1300 μ.Χ. Η θεωρία των χυμών έφτασε στη Ρωμαϊκή εποχή, όπου την υιοθέτησε και τη διέδωσε ο διάσημος γιατρός Γαληνός. Η μακρόχρονη διατήρηση της οφείλεται στην αυστηρή απαγόρευση μελέτης του ανθρώπινου σώματος, που είχε επιβληθεί το συγκεκριμένο διάστημα για θρησκευτικούς λόγους. Για όλα αυτά τα χρόνια και για πολλά αργότερα η νόσος θεωρούνταν ανίατη ασθένεια ακόμη και αν υποβάλλονταν ο ασθενής σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση, αφαίρεσης του όγκου (Ancoli, 2006). Κατά τον 15ο αιώνα, άρχισαν να χρησιμοποιούνται πιο επιστημονικές μέθοδοι στη μελέτη των ασθενειών. Το 1628 άρχισε να χρησιμοποιείται η μέθοδος της αυτοψίας όπου αποκάλυψε πολλά στοιχεία για το ανθρώπινο σώμα και την κυκλοφορία του αίματος μέσα από την καρδιά και τα υπόλοιπα όργανα. Το 1761 ο Morgagni χρησιμοποίησε πρώτος τη νεκροψία για να συνδέσει παθολογικά ευρήματα με την

αρρώστια που έπασχε ο ασθενής. Αυτή η μέθοδος έθεσε τα θεμέλια για την επιστημονική μελέτη του καρκίνου και την ανάπτυξη της επιστήμης της ογκολογίας. Την ίδια περίπου περίοδο ο σκοτσέζος John Hunter (1728-1793) πρότεινε ότι κάποιοι τύποι καρκίνου μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά, αυτοί που δεν έχουν «εισβάλει» σε κάποιο ιστό. Αλλά μόνο έναν αιώνα αργότερα αναπτύχθηκε η μέθοδος της αναισθησίας που επέτρεπε την ανάπτυξη των μεθόδων χειρουργικής επέμβασης. Εκείνη την περίοδο επικρατούσε η θεωρία λέμφου (υγρό που κυκλοφορεί στο σώμα μέσω του λεμφικού συστήματος) για την αιτιολογία του καρκίνου, η οποία υποστήριζε ότι η δημιουργία του καρκίνου είναι αποτέλεσμα της αλλαγής της πυκνότητας και σύστασης της λέμφου. Τον 19ο αιώνα γεννήθηκε και η επιστημονική ογκολογία μέσα από τη συστηματική πλέον 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. Έτσι, άρχισε να υποστηρίζεται ότι ο καρκίνος αποτελείται από κύτταρα αλλά όχι όμως φυσιολογικά. Ο Virchow παρόλα ταύτα υποστήριξε ότι όλα τα κύτταρα ακόμη και τα καρκινικά προέρχονται από άλλα κύτταρα και αντιπρότεινε τη θεωρία της χρόνιας ενόχλησης αλλά και της μεταφοράς του καρκίνου σαν υγρό μέσα στο σώμα. Διάφορες θεωρίες αναπτύχθηκαν παράλληλα με την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης κατά την διάρκεια των αιώνων. Μια θεωρία τον 17ο με 18ο αιώνα, πίστευε ότι ο καρκίνος είναι μεταδοτική νόσος. Νόσος η οποία προκαλείται από παράσιτα στο σώμα, όπως κάποιο σκουλήκι που είναι υπεύθυνο για τον καρκίνο του στομάχου. Γεγονός που οδήγησε στην απομάκρυνση του πρώτου αντικαρκινικού νοσοκομείου από το κέντρο του Παρισιού το 1779, ώστε να μην μολυνθεί ο υγιής πληθυσμός. Από τα τέλη του 19ου έως τις αρχές του 20ου αιώνα, πίστευαν στην θεωρία, ότι ο καρκίνος προκαλείται από κάποιο τραύμα. Πολλοί επιστήμονες πίστευαν ότι ο καρκίνος προκαλείται από την επιδείνωση κάποιου τραύματος. Εγκαταλείφθηκε σύντομα αυτή η θεωρία, μετά από αποτυχημένες προσπάθειες πρόκλησης καρκίνου σε πειραματόζωα με τραυματισμό. Το 1911 ο Peyton Rous στο Ινστιτούτο Rockefeller της Νέας Υόρκης, για πρώτη φορά περιέγραψε το σάρκωμα στα κοτόπουλα. Αργότερα έγινε γνωστός ως ιός με την ονομασία, σάρκωμα του Rous. Για αυτή του την εργασία πήρε το βραβείο Νόμπελ το 1968. Το 1915 σε πανεπιστήμιο του Τόκιο, εργαστηριακά απομονώθηκε για πρώτη φορά ο καρκίνος, σε πειραματόζωα και συγκεκριμένα στο δέρμα των ποντικών.

Πιο πρόσφατα, η κλωνική θεωρία υποστηρίζει ότι αρχικά συμβαίνει μια μετάλλαξη σε ένα και μοναδικό κύτταρο, το οποίο πολλαπλασιάζεται και δίνει ένα «κλώνο» πανομοιότυπων κυττάρων, τα οποία σχηματίζουν την καρκινική μάζα. Είναι μια θεωρία που υποστηρίζεται από μεγάλο μέρος των επιστημόνων που ασχολούνται με την έρευνα του καρκίνου. Όλους αυτούς τους αιώνες η πεποίθηση ότι ο καρκίνος είναι μία ανίατη ασθένεια ακολουθούσε τις διάφορες θεωρίες και αυτό ήταν που ενίσχυσε τόσο πολύ το φαινόμενο της «καρκινοφοβίας» που επικρατεί στον κοινό νο. Πλέον η επιστήμη έχει απομυθοποιήσει πολλές από αυτές τις αντιλήψεις και έχει κατορθώσει να διαμορφώσει μία πιο σαφή εικόνα τόσο για τη φύση της νόσου όσο και για τα αίτιά της (Ancoli, 2006).

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ: ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ



1.1.Τι είναι ο καρκίνος;

Ο καρκίνος είναι μια κατηγορία ασθενειών, που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη κυτταρική ανάπτυξη. Υπάρχουν πάνω από 100 διαφορετικοί τύποι καρκίνου και ο καθένας τους καθορίζεται από τον τύπο του κυττάρου, που έχει επηρεαστεί σε αρχικό στάδιο. Ο καρκίνος βλάπτει το σώμα, όταν τα κατεστραμμένα κύτταρα, διασπώνται ανεξέλεγκτα, με σκοπό να διαμορφώσουν εξογκώματα ή μάζες ιστού, που ονομάζονται όγκοι (εκτός από την περίπτωση της λευχαιμίας, όπου ο καρκίνος εμποδίζει τη φυσιολογική λειτουργία του αίματος με την ανώμαλη διαίρεση των κυττάρων στη ροή του). Οι όγκοι μπορεί να μεγαλώνουν και να επεμβαίνουν στη διαδικασία πέψης, στο νευρικό και κυκλοφοριακό σύστημα, ενώ ενδέχεται να απελευθερώσουν ορμόνες, οι οποίες μεταλλάσσουν τη λειτουργία του οργανισμού (Μελέκος, 2013).

Οι όγκοι, που παραμένουν στο ίδιο σημείο και έχουν περιορισμένη ανάπτυξη θεωρούνται καλοήθεις. Αντίθετα, οι πιο επικίνδυνες μορφές ή κακοήθεις υφίστανται όταν συμβαίνουν δύο περιπτώσεις:

- Τα καρκινικά κύτταρα κατορθώνουν να κινούνται σε όλο το σώμα, χρησιμοποιώντας το αίμα ή τους λεμφαδένες και καταστρέφοντας τον υγιή ιστό με μία διαδικασία, που ονομάζεται εισβολή (Μητρόπουλος, 2005).
- Τα καρκινικά κύτταρα διαιρούνται και αναπτύσσονται, δημιουργώντας νέα αιμοφόρα αγγεία, προκειμένου να τραφούν. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται αγγειογένεση. Η διαδικασία, όπου ο όγκος εξαπλώνεται σε όλο το σώμα και αναπτύσσεται, εισβάλλοντας και καταστρέφοντας τους υγιείς ιστούς, ονομάζεται μετάσταση (Μητρόπουλος, 2005).

1.2.Τι προκαλεί τον Καρκίνο;

Το κάπνισμα είναι η αιτία για περίπου 22% των θανάτων από καρκίνο. Ένα άλλο 10% οφείλεται στην παχυσαρκία, μια φτωχή διαίτα, έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, και την κατανάλωση αλκοόλ. Άλλοι παράγοντες είναι ορισμένες μολύνσεις, η έκθεση στην ιονισμένη ακτινοβολία και στις ρυπαντικές ουσίες του περιβάλλοντος. Στον αναπτυσσόμενο κόσμο σχεδόν 20% των καρκίνων οφείλονται σε μολύνσεις όπως Ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C, και τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων. Αυτοί οι παράγοντες δρουν, τουλάχιστον εν μέρει, μεταβάλλοντας τα γονίδια ενός κυττάρου. Συνήθως, πολλές τέτοιες γενετικές αλλαγές απαιτούνται πριν την ανάπτυξη του καρκίνου. Σχεδόν 5–10% των καρκίνων οφείλονται σε γενετικά ελαττώματα που κληρονομούνται από τους γονείς. Ο καρκίνος μπορεί να εντοπιστεί από ορισμένα σημάδια και συμπτώματα ή εξετάσεις. Τότε, συνήθως, ερευνάται περαιτέρω από μαγνητική τομογραφία και επιβεβαιώνεται με βιοψία (Iconomou et al, 2011).

1.3.Συμπτώματα του καρκίνου

Ένα από τα πρώτα σημάδια στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα είναι η αναπνοή. Ο συριγμός ή η δυσκολία στην αναπνοή μπορεί να αποτελεί μία προειδοποίηση για καρκίνο. Ωστόσο, πολλές φορές οι ασθενείς το παρερμηνεύουν ως άσθμα, καθυστερώντας έτσι τη σωστή διάγνωση. Διάφοροι τύποι καρκίνου, συμπεριλαμβανομένης της λευχαιμίας και των όγκων του πνεύμονα, μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα, που μιμούνται τον έντονο βήχα ή τη βρογχίτιδα (Μητρόπουλος, 2005).

Ένας τρόπος για να δούμε τη διαφορά είναι, ότι τα πρόβλημα επιμένει ή επανέρχεται σε έναν επαναλαμβανόμενο κύκλο. Μερικοί ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα αναφέρουν επιπλέον πόνο στο στήθος, που επεκτείνεται επάνω στο ώμο ή κάτω από το βραχίονα. Αυτά μπορεί να είναι συμπτώματα της λευχαιμίας, μιας μορφής καρκίνου των κυττάρων του αίματος, που ξεκινά από το μυελό των οστών (Vost, 1995).

Η λευχαιμία προκαλεί το μυελό να παράγει μη φυσιολογικά λευκά αιμοσφαίρια, τα οποία παραγκωνίζουν τα υγιή λευκά αιμοσφαίρια, υποσκάπτοντας την ικανότητα του οργανισμού να καταπολεμά τις λοιμώξεις. Συχνά, οι γιατροί παρατηρούν ότι ασθενείς με λευχαιμία (ειδικά σε μεγαλύτερες ηλικίες) διαμαρτύρονται για πυρετό, γενικευμένο πόνο και συμπτώματα γρίπης, για αρκετά μεγάλη χρονική περίοδο. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η δυσκολία κατάποσης συνήθως συνδέεται με καρκίνο του οισοφάγου ή του λαιμού, ωστόσο αυτό μπορεί να αποτελεί ένα πρώτο σύμπτωμα για καρκίνο του πνεύμονα (Νικολαΐδης, 2008).

Η διόγκωση των λεμφαδένων δείχνει τις αλλαγές στο λεμφικό σύστημα, το οποίο μπορεί να είναι ένα σημάδι καρκίνου. Για παράδειγμα, ένα εξόγκωμα ή οι διευρυμένοι λεμφαδένες κάτω από το βραχίονα, μερικές φορές είναι ένα σημάδι του καρκίνου του μαστού. Ένα ανώδυνο εξόγκωμα στο λαιμό, τις μασχάλες ή τη βουβωνική χώρα μπορεί να είναι ένα πρώιμο σημάδι της λευχαιμίας. Αυτό το σύμπτωμα υποδηλώνει συνήθως, ότι κάτι μη φυσιολογικό συμβαίνει με τα αιμοπετάλια και τα ερυθρά αιμοσφαίρια και ενδεχομένως να είναι ένα σημάδι λευχαιμίας. Ασθενείς με λευχαιμία ανέφεραν, ότι είχαν μώλωπες σε παράξενα μέρη, όπως στα δάχτυλα και τα χέρια, καθώς και κόκκινες κηλίδες στο πρόσωπο, το λαιμό, ενώ άλλοι έκαναν λόγο για αιμορραγία των ούλων. Η εξήγηση ενδεχομένως βρίσκεται στο γεγονός, ότι με την πάροδο του χρόνου, τα κύτταρα «της λευχαιμίας»

παραγκωνίζουν τα ερυθρά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια, αλλοιώνοντας την ικανότητα του αίματος να μεταφέρει οξυγόνο (Boberg, 2003).

Η γενικευμένη κόπωση και η αδυναμία είναι ένα σύμπτωμα πολλών διαφορετικών μορφών καρκίνου, που θα πρέπει κανείς να το δει σε συνδυασμό με άλλα συμπτώματα. Στην περίπτωση που αισθάνεστε εξαντλημένοι χωρίς εξήγηση, καλό θα ήταν να επικοινωνήσετε με το γιατρό σας. Αυτό το σύμπτωμα αφορά επίσης στις γυναίκες και συγκεκριμένα σε όσες πάσχουν από καρκίνο των ωοθηκών. Κάθε γυναίκα που βιώνει υπερβολικό φούσκωμα ή αύξηση του σωματικού βάρους (ειδικά μάλιστα αν συνοδεύεται από πυελικό άλγος ή αίσθημα υπερκορεσμού) θα πρέπει να επικοινωνήσει με τον γυναικολόγο της και να ζητήσει ένα υπερηχογράφημα πυέλου. Ο πόνος στην κοιλιά ή την πύελο, από μόνος του μπορεί να σημαίνει πολλά διαφορετικά πράγματα για τον γυναικείο καρκίνο. Στην πραγματικότητα, επειδή είναι ένα κοινό σύμπτωμα των ινομυωμάτων, κύστεων των ωοθηκών και άλλων αναπαραγωγικών διαταραχών του ουροποιητικού συστήματος, οι γιατροί δε μπορούν πάντα να υπολογίσουν τον καρκίνο ως πιθανότητα, όταν οι ασθενείς περιγράφουν πυελικό πόνο. Βεβαιωθείτε, ότι ο γιατρός σας εξετάζει όλες τις πιθανές εξηγήσεις και κάνει μια πλήρη εξέταση, αφού ο πόνος και οι κράμπες στην πύελο και την κοιλιακή χώρα μπορεί να συνοδεύουν το φούσκωμα, που, όπως προαναφέρθηκε, ενδεχομένως να σηματοδοτεί καρκίνο των ωοθηκών. Η λευχαιμία μπορεί επίσης να προκαλέσει κοιλιακό πόνο που προκύπτει από μια διευρυμένη σπλήνα. Συχνά παρερμηνεύονται ως αιμορροΐδες, αλλά η αιμορραγία από το ορθό ή στα κόπρανα μπορεί να σημαίνει καρκίνος του παχέος εντέρου. Το αίμα στην τουαλέτα είναι ένας σοβαρός λόγος για να καλέσετε το γιατρό σας και να προγραμματίσετε μια κολονοσκόπηση. Εάν παρατηρηθεί ότι χάνει κιλά χωρίς να έχει κάνει αλλαγές στη διατροφή ή να ασκείται, θα πρέπει να αναρωτηθεί γιατί συμβαίνει αυτό. Η απώλεια βάρους είναι ένα πρώιμο σημάδι καρκίνου του παχέος εντέρου και άλλων μορφών καρκίνου του πεπτικού συστήματος. Είναι επίσης ένα σημάδι του καρκίνου, που έχει εξαπλωθεί στο ήπαρ, επηρεάζοντας την όρεξη και την ικανότητα του σώματός να απαλλαγεί από τα απόβλητα. Μερικοί ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα παρουσιάζουν πρήξιμο ή ερυθρότητα στο πρόσωπο. Η εξήγηση για αυτό είναι, ότι οι μικροί όγκοι του πνεύμονα μπλοκάρουν συνήθως τα αιμοφόρα αγγεία στο στήθος, εμποδίζοντας το αίμα να κυκλοφορήσει ελεύθερα στο κεφάλι και το πρόσωπο. Μπορεί να ακούγεται ασαφές ως σύμπτωμα ο πόνος την πλάτη ή τα κάτω δεξιά πλευρά, αλλά πολλοί ασθενείς με καρκίνο παρατήρησαν τον πόνο αυτό ως το πρώτο σημάδι του καρκίνου

του ήπατος, γνωστή μορφή καρκίνου, που κοινά αναφέρεται και ως «σιωπηλός δολοφόνος». Στην περίπτωση των γυναικών μάλιστα, ο καρκίνος του μαστού συχνά διαγιγνώσκεται με τον πόνο στην πλάτη, ο οποίος μπορεί να συμβαίνει όταν ο όγκος πιέζει πίσω στο στήθος ή όταν ο καρκίνος εξαπλώνεται στη σπονδυλική στήλη ή τις νευρώσεις (Μητρόπουλος, 2005).

1.4. Επιπτώσεις του καρκίνου

Η ψυχική κατάσταση, από αρχαιοτάτων χρόνων είναι γνωστό ότι επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την σωματική υγεία. Στην ύπαρξη ψυχικών διαταραχών αποδίδονται συνήθως σοβαρές και καταληκτικές ασθένειες. «Έβγαλα καρκίνο, από την στεναχώρια μου», είναι η γνωστή λαϊκή ρήση που σίγουρα έχετε ακούσει. Η σύγχρονη επιστημονική έρευνα τεκμηρίωσε αυτές τις εμπειρικές παρατηρήσεις. Η κατάθλιψη σχετίζεται με την αύξηση των επιπέδων κορτιζόλης στον οργανισμό, που έχει σαν φυσικό επακόλουθο την εξασθένηση της ανοσολογικής αντίδρασης σε εξωγενή και ενδογενή ερεθίσματα (Ντουράκης, 2007).

Η ύπαρξη της κατάθλιψης, σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει σχετικά, επιδρά ίσως ακόμα και στον ρυθμό της καρκινογένεσης. Η εμφάνιση, καθώς επίσης η πρόγνωση χρόνιων ή καταληκτικών νόσων, σχετίζονται άμεσα με την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και του άγχους. Εφόσον ο ασθενής πιστέψει στην αγωγή που λαμβάνει, η πρόγνωση της αρρώστιας επηρεάζεται θετικά, σύμφωνα με τις περισσότερες έρευνες για την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων, που περιλαμβάνουν συγκρίσεις με εικονικό φάρμακο (Σαπουντζή, 2014).

Επομένως βάση όλων αυτών των δεδομένων, βγαίνει το συμπέρασμα ότι, πρέπει να μειώνεται το άγχος σε κάθε ασθενή με χρόνια και βαριά νόσο. Επίσης πρέπει να αντιμετωπίζεται η συχνά συνυπάρχουσα κατάθλιψη, σε συνδυασμό με την αύξηση του επιπέδου της ελπίδας στην θεραπεία που του προτείνεται από τον γιατρό του, για την υποκείμενη νόσο. Ο κλινικός γιατρός που παρακολουθεί τον ασθενή, οφείλει να διαγνώσει την ύπαρξη αυτών των ψυχικών νόσων του άγχους και της κατάθλιψης, παρόλο που πολλές φορές αυτό δεν είναι εύκολο. Η δυσκολία έγκειται στο γεγονός ότι τα συμπτώματα μπορεί να οφείλονται στην υποκείμενη χρόνια ή κακοήγη νόσο. Μερικά από αυτά τα συμπτώματα είναι, για την κατάθλιψη εύκολη κόπωση, έλλειψη ενέργειας, ανορεξία, αϋπνία, μείωση της διάθεσης και για το άγχος ανησυχία, ταχυκαρδία, ενοχλήματα από το αναπνευστικό, το γαστρεντερικό και το ουροποιητικό σύστημα (Meredil, 2016).

Ο πλέον έμπειρος, που ίσως μπορέσει να κάνει την διάγνωση με μεγαλύτερη βεβαιότητα είναι ο ειδικός ψυχίατρος, όπου και ζητείται η συμβουλή του. Επίσης για

την καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών των ασθενών αυτών, ο ψυχίατρος θα μπορέσει να συμβουλευτεί καλύτερα.

Μια ψυχοθεραπευτική υποστηρικτική στάση του γιατρού και του περιβάλλοντος, συγγενικού ή νοσηλευτικού, σε πολλές περιπτώσεις αρκεί. Σε άλλες όμως, απαιτείται φαρμακευτική ενίσχυση με αγχολυτικά ή και αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Μεγάλη σημασία έχει στην τελευταία περίπτωση, η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου. Πρέπει να έχει τις λιγότερες παρενέργειες και το μικρότερο βαθμό αλληλεπίδρασης με τα φάρμακα που ήδη λαμβάνει ο ασθενής. Για να αποφευχθούν τοξικά φαινόμενα, θα πρέπει να υπάρχει η γνώση της οδού μεταβολισμού των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, καθότι τα φάρμακα συνήθως μεταβολίζονται στο συκώτι (Hobgin, 2009).

1.4.1. Ανορεξία

Η ανορεξία είναι μία από τις συχνότερες παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Επίσης, μπορεί να εμφανιστεί σε ασθενείς, που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ανορεξία συσχετίζεται με το στρες, το άγχος, την κατάθλιψη ή θεωρείται συνέπεια της νόσου. Κάθε ασθενής είναι πολύ σημαντικό να τρέφεται σωστά. Μπορεί να είναι δύσκολο να διατηρήσει την όρεξή του όταν πονάει το στόμα του και η γλώσσα του είναι ερεθισμένη ή δυσκολεύεται να καταπιεί. Οι παρενέργειες αυτές διαρκούν μόνο 3 - 8 ημέρες. Εάν η ανορεξία επιμένει, ο ασθενής πρέπει να αναζητήσει την συμβουλή ιατρού ή διαιτολόγου (Μάλλιου, 2006).

1.4.2. Διάρροια

Η διάρροια χαρακτηρίζεται από αυξημένη κινητικότητα του εντέρου και υδαρείς κενώσεις. Μερικές φορές, οι συσπάσεις του εντέρου είναι επώδυνες. Η διάρροια μπορεί να οφείλεται στην χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία (σε ακτινοβόληση της κοιλιακής χώρας), το σύνδρομο δυσαπορρόφησης (λόγω χειρουργικής επέμβασης στο έντερο) ή μερικές φορές σε εντερικές φλεγμονές ή λοιμώξεις. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της διάρροιας προϋποθέτει τον εντοπισμό του αιτίου. Ο ασθενής πρέπει να απευθυνθεί - για την αντιμετώπιση της διάρροιας - στον ιατρό, ο οποίος θα του συστήσει την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Η διάρροια μπορεί να προκαλέσει αφυδάτωση (μείωση των υγρών του οργανισμού κάτω από τα

φυσιολογικά επίπεδα). Για να αντικατασταθούν τα υγρά, το σάκχαρο και το αλάτι που χάνεται, μία καλή οδηγία είναι να λαμβάνει ο ασθενής το εξής σκεύασμα: 1 λίτρο βραστό νερό, 1 κουταλιά της σούπας (5 ml) αλάτι, 1 κουταλιά της σούπας (5 ml) μαγειρική σόδα, 4 κουταλιές της σούπας (20 ml) ζάχαρη και άρωμα για γεύση. Πριν από την λήψη του σκευάσματος, όμως, συνιστάται ο ασθενής να επικοινωνήσει με τον ιατρό, ώστε να είναι σίγουρος ότι θα το ανεχθεί ο οργανισμός του. Η διάρροια οδηγεί και σε μειωμένα επίπεδα καλίου, οι απώλειες του οποίου πρέπει να αντικατασταθούν. Σημειώνεται ότι η αφυδάτωση και οι απώλειες ουσιών – ηλεκτρολυτών (που παρατηρούνται εξαιτίας της διάρροιας) απαιτούν την εκτίμηση ιατρού για την αντιμετώπισή τους. Ορισμένοι άνθρωποι γεννιούνται με δυσανεξία στην λακτόζη, ενώ άλλοι αναπτύσσουν αυτήν την διαταραχή καθώς μεγαλώνουν. Η δυσανεξία οφείλεται σε έλλειψη της λακτάσης, που είναι το ένζυμο διάσπασης της λακτόζης του γάλακτος στο έντερο. Η διαταραχή εκδηλώνεται με κοιλιακό πόνο και διάρροια. Μερικές φορές, η έλλειψη λακτάσης εμφανίζεται μετά από χειρουργική επέμβαση στο έντερο, ακτινοθεραπεία (ακτινοβολήση της κοιλιακής χώρας) ή χημειοθεραπεία (Μυλώνας, 2008).

1.4.3. Δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα οφείλεται σε μειωμένη περισταλτικότητα του εντέρου και συνεπάγεται παραμονή σκληρών κοπράνων στο ορθό ή το παχύ έντερο, με αποτέλεσμα ο ασθενής να νιώθει «φουσκωμένος». Εάν η δυσκοιλιότητα παραταθεί μπορεί να προκαλέσει κοπρόσταση. Η δυσκοιλιότητα και η κοπρόσταση πρέπει να προλαμβάνονται, ώστε να μην εμφανίζεται διάταση και πόνος (Carelle, 2012).

Αλλωστε, καρδιακές, πνευμονικές ή γαστρεντερολογικές παθήσεις μπορεί να επιδεινωθούν εξαιτίας της πίεσης που προκαλεί η κοπρόσταση (Μελέκος, 2013).

1.4.4. Ναυτία και εμετός

Η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία προκαλούν μια σειρά παρενεργειών, λόγω της δράσης τους στα ταχέως αναπτυσσόμενα κύτταρα του οργανισμού, όπως στη γαστρεντερική οδό. Οι περισσότερες από τις παρενέργειες είναι προσωρινές, καθώς τα υγιή κύτταρα έχουν την αξιοσημείωτη δυνατότητα να ανανεώνονται. Η ναυτία και ο έμετος είναι οι πιο συνηθισμένες παρενέργειες της θεραπείας του

καρκίνου και προκαλούν μεγάλη δυσφορία. Λόγω του ότι ο αριθμός των ασθενών που χρειάζονται τη χημειοθεραπεία αυξάνεται ολοένα και περισσότερο, γίνεται αντιληπτό ότι το πρόβλημα του έμετου και της ναυτίας καθίσταται εκ των πλέον σοβαρών μορφών τοξικότητας. Υπολογίζεται ότι 7 έως 8 στους 10 ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία για τον καρκίνο εκδηλώνουν ναυτία και έμετο. Ο έμετος είναι αντανakλαστικός μηχανισμός. Είναι η βίαια αποβολή του περιεχομένου του στομάχου (ή και μέρους του εντέρου) από το στόμα. Η αποβολή αυτή του γαστρεντερικού περιεχομένου ολοκληρώνεται σε τρεις φάσεις. Η τοξικότητα που συνδέεται με την χημειοθεραπεία προκαλεί παρενέργειες στο γαστρεντερικό σύστημα, που εμφανίζονται μετά τη θεραπεία και μπορεί να επιμένουν ως 24 ώρες μετά. Ο μηχανισμός με τον οποίο προκαλούν εμετό τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα και η ακτινοθεραπεία δεν είναι πλήρως γνωστός. Ως φαίνεται όμως, τα φάρμακα επηρεάζουν την έκκριση ορισμένων ουσιών από το λεπτό έντερο, ενεργοποιώντας έτσι μια αλληλουχία μηχανισμών που οδηγούν στη ναυτία και στον εμετό (Μητρόπουλος, 2005).

1.4.5.Διατροφικές διαταραχές

Η διατροφή κατέχει σημαντικό ρόλο στην ημερήσια φροντίδα ενός καρκινοπαθούς ασθενή, ο οποίος ακολουθεί μια αγωγή ή ακόμη και αν έχει περάσει πρόσφατα μέσα από αυτή. Το ημερήσιο διατροφικό πλάνο μπορεί να χρησιμοποιείται στα πλαίσια μιας υγιεινής διατροφής του ασθενή, καθώς μπορεί επίσης να καλύπτει και τεχνητά θρεπτική διατροφική υποστήριξη του ατόμου. Σκοπός της δημιουργίας ενός ισορροπημένου θρεπτικού πλάνου είναι η τρέχουσα κάλυψη σε θρεπτικά στοιχεία, η αντιμετώπιση θρεπτικών προβλημάτων καθώς και η μείωση πιθανών μελλοντικών προβλημάτων στη διατροφή. Η διαδικασία της θεραπείας, στην οποία υποβάλλονται οι ασθενείς (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) συχνά προκαλεί:

- Διαταραχές στην πρόσληψη θρεπτικών στοιχείων από τις τροφές
- Διαταραχές στους ηλεκτρολύτες
- Απώλεια της όρεξης
- Ναυτία
- Έμετο
- Διάρροια (Μητρόπουλος, 2005).

Όλες αυτές οι επιπτώσεις οδηγούν σε διατροφικές διαταραχές, που οδηγούν στην κακή διατροφή άρα κατά συνέπεια, στην κακή ποιότητα ζωής. Σε έρευνα που έγινε από τα τμήματα Διατροφής και Ογκολογίας του Πανεπιστημίου της Alberta το 2006, εξετάστηκαν 66 άτομα ασθενείς οι οποίοι ακολουθούσαν θεραπεία χημειοθεραπείας, σε θέματα διατροφής κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 86% των ασθενών παρουσίασαν δυσλειτουργία στην οσμή και τη γεύση. Αυτή η κατάσταση που ονομάζεται χημείο-αισθητηριακή δυσλειτουργία, διαρκεί και μετά το τέλος της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας. Τα άτομα που έχουν καρκίνο μπορεί να χάσουν την όρεξή τους λόγω της ασθένειας, της θεραπείας, της κόπωσης, της αλλαγής στην γεύση, του πόνου, της θλίψης, της ναυτίας ή του έμετου. Η απώλεια κιλών είναι συνέπεια αυτών των διαταραχών (Παπανουδάκη, 2012).

1.4.6. Διαταραχές συνείδησης

Με την έννοια διαταραχές συνείδησης ορίζονται τα προβλήματα σε νοητικές λειτουργίες του εγκεφάλου όπως η σκέψη, η αντίληψη, η μνήμη, η συγκέντρωση και η συμπεριφορά. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να επηρεάσουν πολλές πτυχές της καθημερινής ζωής όπως την ικανότητα για εργασία και την αποπεράτωση καθημερινών απλών διαδικασιών (Luker, 2016).

Ορισμένες μέθοδοι παρέμβασης και θεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο μπορούν να προκαλέσουν διαταραχές συνείδησης. Το να βιώνεις διαταραχές στη μνήμη, στην αυτοσυγκέντρωση και την αντίληψη είναι ιδιαίτερα στρεσογόνο και επώδυνο. Είναι ξαφνικές αλλαγές στη καθημερινότητα που οι ασθενείς είναι απροετοίμαστοι να δεχτούν. Τις περισσότερες φορές τα προβλήματα αυτά, που σχετίζονται με τον καρκίνο, είναι παροδικά και αναστρέψιμα ενώ κάποια από αυτά επιμένουν αλλά αντιμετωπίζονται με την φροντίδα των ειδικών και ανακουφίζουν τον ασθενή (Houts, 2011).

Οι διαταραχές αυτού του είδους μπορεί να εμφανιστούν σε όλους τους ασθενείς με καρκίνο που ακολουθούν χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Οι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη των διαταραχών συνείδησης είναι οι ασθενείς που παρουσίασαν καρκίνο σχετικό με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) και ακολούθησαν θεραπεία επικεντρωμένη σε αυτό (εγκέφαλος, σπονδυλική στήλη, νωτιαίος μυελός κτλ). Οι

διαταραχές συνείδησης μπορούν να συνδεθούν επίσης, με υψηλές δόσεις χημειοθεραπείας, με χειρουργική αφαίρεση όγκου σε σημεία του εγκεφάλου (Hill, 2003).

1.4.7. Ερεθισμός στοματικής κοιλότητας

Όλες οι ογκολογικές θεραπείες μπορεί να έχουν επιπτώσεις στο στόμα, τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά τη θεραπεία. Οι επιπλοκές μπορεί να είναι οξείες (κατά τη διάρκεια) και χρόνιες (μετά το πέρας της θεραπείας). Η ακτινοθεραπεία στο κεφάλι και στο λαιμό και η χημειοθεραπεία προκαλούν απ' ευθείας βλάβες στο στόμα, τους σιαλογόνους αδένες και τις γνάθους (Cassilesh, 2011). Επιπλέον, η χημειοθεραπεία εξασθενίζει το ανοσοποιητικό σύστημα και διευκολύνει, ακόμη, την ανάπτυξη λοιμώξεων. Οι επιπλοκές, που μπορεί να παρουσιαστούν, από τη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία στην περιοχή της κεφαλής και του λαιμού είναι παρόμοιες. Οι κυριότερες από τις επιπλοκές αυτές είναι:

- Η βλεννογονίτιδα
- Οι λοιμώξεις του βλεννογόνου του στόματος
- Ο πόνος
- Οι ουλορραγίες
- Οι μεταβολές στη γεύση
- Το ξερό στόμα
- Δυσκολία στη διατροφή, απώλεια βάρους
- Δυσκολία στη λήψη νερού, αφυδάτωση
- Τερηδόνες και ουλίτιδα
- Διαταραχές στην ανάπτυξη των δοντιών στα παιδιά (Ancoli, 2006).

Όσο πιο καθαρό είναι το στόμα, τα δόντια και τα ούλα, τόσο πιο λίγες θα είναι και οι επιπτώσεις. Η προφύλαξη και ο έλεγχος των επιπλοκών στο στόμα, με τη συμβολή του Οδοντιάτρου, θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής και την αποτελεσματικότητα της ογκολογικής θεραπείας (Anjos, 2006).

1.4.8. Κόπωση

Κούραση, ένα συνεχές αίσθημα κόπωσης και εξάντλησης, συχνό και γνωστό σε πολλούς ασθενείς. Το αίσθημα αυτό μπορεί να διαρκέσει για βραχύ χρονικό διάστημα ή για μεγάλο χρονικό διάστημα, οπότε και αναφερόμαστε στο χρόνιο αίσθημα της κούρασης, το οποίο δεν ανακουφίζεται και απλά παρουσιάζει αυξομειώσεις (Παπαδημητρίου, 1996).

Πολλοί ασθενείς με καρκίνο που έκαναν θεραπεία ή βρίσκονται κατά τη διάρκεια αυτής καλούνται να ζήσουν με το χρόνιο αίσθημα της εξάντλησης, το οποίο είναι αποτέλεσμα αυτής, αλλά και αποτέλεσμα των ψυχολογικών μεταπτώσεων εξαιτίας της ασθένειας (Παπαδημητρίου, 1996).

Όταν κάποιος είναι ασθενής, είναι λογικό να επιθυμεί να γίνει γρήγορα καλά και να επιστρέψει στην ενεργό δραστηριότητα. Προς αυτόν τον σκοπό, κάθε πτυχή του προγράμματος αποκατάστασης είναι σημαντική (ψυχολογική - κοινωνική διάσταση, διατροφή, έλεγχος του πόνου κ.α.). Οι παρενέργειες της θεραπείας περιορίζουν την ενεργητικότητα του ασθενούς και αναστέλλουν την επιθυμία του για επιστροφή στην καθημερινή ζωή. Με την υποστήριξη της ομάδας υγείας, της οικογένειας και των φίλων του, ο ασθενής μπορεί να αντιμετωπίσει τις παρενέργειες και τελικά να τις ξεπεράσει (Παπαδημητρίου, 1996).

Ο όρος αφορά το αίσθημα κούρασης ακόμη και μετά ένα φυσιολογικό και καλής ποιότητας ύπνο, υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, αίσθημα ξαφνικής και έντονης κούρασης, δυσκολία στην υλοποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Ανάγκη για διακοπή κάποιας δραστηριότητας πριν αυτή τελειώσει, δυσκολία στη συγκέντρωση, ευερεθιστότητα (Παπαδημητρίου, 1996).

Αποτέλεσμα αυτών των συμπτωμάτων είναι ψυχολογικές επιπτώσεις όπως ανησυχία, κατάθλιψη, απογοήτευση και ανία, αλλά και οργανικές όπως αναιμία, δυσκολία στην αναπνοή, αλλαγές στην καρδιακή λειτουργία, διαταραχές των ορμονών, μείωση του χρόνου και της ποιότητας του ύπνου, μείωση της ανταπόκρισης του ανοσοποιητικού συστήματος (Baile, 2010).

Έρευνες έδειξαν πως 30% των ατόμων που επέζησαν του καρκίνου ένιωσαν το αίσθημα της εξάντλησης και της συνεχούς κούρασης, συναίσθημα που κράτησε για χρόνια. Δεν είναι μικρή η ταλαιπωρία που έχει υποστεί ο οργανισμός εξαιτίας του καρκίνου αλλά και της τοξικότητας της θεραπείας του (χημειοθεραπεία,

ακτινοθεραπεία). Επίσης υπάρχουν φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία και προκαλούν αυτό το αίσθημα εξάντλησης. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα ενεργειακά αποθέματα του ατόμου επιστρέφουν σε φυσιολογικά επίπεδα μέσα στους πρώτους 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας. Μπορείτε να εργαστείτε με την θεραπευτική σας ομάδα (γιατρούς, νοσηλευτές κτλ) ώστε να αντιμετωπίσετε αυτού του είδους τα συμπτώματα, κατά τη διάρκεια της συνεργασίας σας και κυρίως μετά, γιατί το αίσθημα της συνεχούς εξάντλησης μπορεί να εμφανιστεί, πιο έντονα, αφού τελειώσετε τη θεραπεία σας. Οι καρκινοπαθείς αισθάνονται εύκολα κόπωση. Πιθανώς, ο όγκος να οδηγεί τον οργανισμό σε μία υπερμεταβολική κατάσταση (κατάσταση αυξημένης λειτουργίας) ή να ανταγωνίζεται τα φυσιολογικά κύτταρα στην αναζήτηση θρεπτικών υλικών. Διάφοροι παράγοντες, που συσχετίζονται με την θεραπεία, συμβάλλουν στην εμφάνιση της κόπωσης:

- Πολλοί ασθενείς αισθάνονται ιδιαίτερα κουρασμένοι κατά την εφαρμογή ακτινοθεραπείας ή χημειοθεραπείας ή και μετά την ολοκλήρωσή τους. Οι θεραπείες αυτές πιθανώς να επιφέρουν κόπωση λόγω μεταβολικών αναγκών ή σχηματισμού τοξικών ουσιών, οι οποίες απελευθερώνονται από τα καρκινικά κύτταρα που καταστρέφονται.
- Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα (π.χ. αλκαλοειδή της Vinca) προκαλούν κόπωση λόγω νευροτοξικότητας. Η χορήγηση αντιεμετικών και ηρεμιστικών περιπλέκουν το πρόβλημα.
- Κατά την εφαρμογή ακτινοθεραπείας απαιτείται ενέργεια για την επιδιόρθωση των κατεστραμμένων ιστών. Πιθανώς να επιβάλλεται μία αύξηση κατά 20% των θερμίδων και των πρωτεϊνών στο διαιτολόγιο για όσο διαρκεί η θεραπεία.
- Οι επιπλοκές της νόσου και οι παρενέργειες των θεραπειών (π.χ. αναιμία, λοιμώξεις, πυρετός) είναι δυνατό να αυξήσουν τόσο τις ενεργειακές απαιτήσεις που να μην είναι δυνατό να καλυφθούν χωρίς την λήψη κατάλληλων μέτρων.
- Η κόπωση επιτείνεται από άλλες παρενέργειες ή συμπτώματα (απώλεια όρεξης, ναυτία, έμετοι, πόνος, αϋπνία, απώλεια μυϊκής δύναμης). Η μυϊκή εξασθένηση οδηγεί σε περίσσεια γαλακτικού οξέος στους μύες, το οποίο επιτείνει ακόμη περισσότερο την κόπωση.

Ανεξάρτητα του αιτίου, η κόπωση μπορεί να καταστεί τόσο σοβαρή, ώστε να περιορίζει την ικανότητα του ασθενούς να λειτουργεί αποτελεσματικά. Επίσης, μπορεί να επηρεάσει την θεραπεία, οπότε απαιτείται περιορισμός της «επιθετικότητας» της θεραπευτικής αγωγής (Παπαδημητρίου, 1996).

1.4.9. Ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου

Ακόμα και αν κάποιος έχει καταφέρει να ξεπεράσει την ασθένεια, μπορεί να εξακολουθεί να δυσκολεύεται πολύ σε ψυχικό επίπεδο. Είναι σαφές ότι η ίδια η διάγνωση του καρκίνου μπορεί να προκαλέσει έντονα συναισθήματα θλίψης. Ωστόσο, ακόμα και αν κάποιος έχει καταφέρει να ξεπεράσει την ασθένεια, μπορεί να εξακολουθεί να δυσκολεύεται πολύ σε ψυχικό επίπεδο. Η έρευνα δείχνει ότι οι άνθρωποι που έχουν ζήσει τον καρκίνο έχουν σημαντικές πιθανότητες να βιώσουν κατάθλιψη (Harrison, 2011).

Οι επιπτώσεις της χημειοθεραπείας μπορεί να κάνουν τα άτομα να αισθάνεται ότι έχει χάσει τον έλεγχο της ζωής του, την αυτοκυριαρχία του και την αξιοπρέπειά του. Αλλά και μετά την θεραπεία, το βίωμα του καρκίνου επηρεάζει σημαντικά την ψυχική ισορροπία του ατόμου. Όπως ακριβώς η θεραπεία του καρκίνου μπορεί να επηρεάσει την σωματική υγεία, έτσι μπορεί να επηρεάσει και τον τρόπο που σκεφτόμαστε και νιώθουμε (Harrison, 2011).

Η εμπειρία του κάθε ατόμου με τον καρκίνο είναι διαφορετική. Κάποιοι αισθάνονται ότι πρέπει να είναι δυνατοί και να προστατεύσουν την οικογένεια και τους φίλους τους. Άλλοι αναζητούν βοήθεια από αγαπημένα πρόσωπα και επιζώντες τους καρκίνου, άλλοι αναζητούν βοήθεια από ειδικούς ψυχικής υγείας. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα κοινά συναισθήματα (Harrison, 2011).

Ο καρκίνος συνεπάγεται μια σειρά από απώλειες, απώλεια του εαυτού και της ζωής όπως κανείς τη γνώριζε ως τώρα. Γι αυτό και μετά τη θεραπεία, το άτομο μπορεί να αισθάνεται θυμό, ένταση ή και θλίψη. Για τους περισσότερους ανθρώπους, αυτά τα συναισθήματα μειώνονται με τον καιρό. Για κάποιους ανθρώπους ωστόσο, αυτά τα συναισθήματα μπορεί να ενταθούν (Harrison, 2011).

Τα επώδυνα συναισθήματα δεν βελτιώνονται και εμποδίζουν την καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου. Όλη αυτή η διαδικασία του πένθους μετά από μια τόσο σοβαρή ασθένεια ενέχει φυσιολογική θλίψη. Από εκεί και έπειτα υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα ανάπτυξης κατάθλιψης σε ένα ασθενή με καρκίνο. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι ένα ιστορικό κατάθλιψης του ίδιου ή της οικογένειάς του, παρουσία χρόνιας ασθένειας, στρεσογόνα γεγονότα ζωής, οι επιπτώσεις της χημειοθεραπείας, η έλλειψη υποστήριξης από την οικογένεια,

η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών, ο ανεπίλυτος θρήνος (από απώλεια ή από κάποια χρόνια ασθένεια) (Harrison, 2011).

Η διαδικασία της θεραπείας από μόνη της μπορεί να είναι ιδιαίτερα επιβαρυντική. Οι ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία μπορεί να βιώσουν συμπτώματα όπως είναι η αλλαγή στη διάθεση, το μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες, την ευερεθιστότητα, την εξάντληση, τις αλλαγές στον ύπνο, τις αλλαγές στην όρεξη, δυσκολία στην συγκέντρωση, αίσθημα ενοχής ή τιμωρίας, αίσθημα ανικανοποίητου. Το βίωμα του καρκίνου αναμφισβήτητα μπορεί να προκαλέσει ψυχικές διαταραχές και με τον τρόπο αυτό να επιβαρυνθεί σημαντικά η ψυχική υγεία του ατόμου. Η εμπειρία του κάθε ατόμου με τον καρκίνο είναι διαφορετική. Κάποιοι αισθάνονται ότι πρέπει να είναι δυνατοί και να προστατεύσουν την οικογένεια και τους φίλους τους. Άλλοι αναζητούν βοήθεια από αγαπημένα πρόσωπα και επιζώντες τους καρκίνου, άλλοι αναζητούν βοήθεια από ειδικούς ψυχικής υγείας. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα κοινά συναισθήματα (Harrison, 2011).

Το σημαντικό είναι να αποδεχθεί κανείς ότι το βίωμα του καρκίνου θα φέρει πολλά και δύσκολα συναισθήματα. Αποδεχόμενοι τη δυσκολία μπορούμε να πάμε ένα βήμα παρακάτω και να επιτρέψουμε στο πένθος για όσα χάσαμε να κάνει τον κύκλο του. Ταυτόχρονα, έτσι μπορεί κανείς να αντιληφθεί και το βαθμό που η θλίψη γίνεται κατάθλιψη. Σε κάθε περίπτωση, η αποδοχή, η επικοινωνία αυτών των συναισθημάτων με το περιβάλλον, και η αναζήτηση βοήθειας από ειδικό, αλλά και από υποστηρικτικές ομάδες είναι το πέρασμα προς την ανάκτηση της ψυχικής ισορροπίας μετά το βίωμα του καρκίνου (Harrison, 2011).

**ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**



2.1. Ανορεξία

Σχεδιάστε από πριν τα γεύματα και κανονίστε να σας βοηθήσουν στην παρασκευή τους. Είναι καλύτερα να σας φέρνουν τα φαγητά έτοιμα οι συγγενείς ή οι φίλοι, διότι όταν μαγειρεύονται δημιουργούν δυσάρεστες οσμές, οι οποίες ίσως να σας προκαλέσουν αποστροφή.

- Κάντε ευχάριστη την ώρα του γεύματος.
- Για να ανοίξει η όρεξή σας, κάντε 5 - 10 λεπτά άσκηση μισή ώρα πριν γευματίσετε
- Πάρτε ένα απεριτίφ πριν φάτε (π.χ. ένα μικρό ποτήρι κρασί). Έτσι θα ηρεμήσετε και θα ανοίξει η όρεξή σας.
- Χαλαρώστε λίγα λεπτά πριν γευματίσετε με ασκήσεις χαλάρωσης.
- Να τρώτε συχνά και λίγο. Ανάμεσα στα κύρια γεύματα, να τρώτε κάτι πρόχειρο που να σας αρέσει.
- Προσθέστε λευκώματα στην διατροφή σας. Εμπλουτίστε το γάλα προσθέτοντας 1 φλιτζάνι (250 ml) σκόνη γάλακτος σε κάθε λίτρο πλήρους γάλακτος. Τρώτε πρωτότυπα επιδόρπια και χρησιμοποιήστε θρεπτικά συμπληρώματα (Ραγιά, 2015).

2.2. Διάρροια

- Εάν η διάρροια οφείλεται στην μη ανοχή του γάλακτος, ο ασθενής πρέπει να αποφεύγει το γάλα και τα παράγωγά του (π.χ. παγωτό, τυρί). Ανάλογα με την σοβαρότητα της διαταραχής, πρέπει επίσης να αποφεύγει το βούτυρο ή τις κρέμες.
- Εάν ο ασθενής είναι πολύ ευαίσθητος πρέπει να αναζητήσει ουσίες χωρίς λακτόζη.
- Ο ασθενής μπορεί να καταναλώνει παράγωγα σόγιας ή υποκατάστατα λακτόζης αντί των γαλακτοκομικών προϊόντων, σύμφωνα με τις οδηγίες διαιτολόγου.
- Τα πολύ ζεστά ή κρύα υγρά και φαγητά αυξάνουν την συσταλτικότητα του εντέρου και επιδεινώνουν την διάρροια. Αντίθετα, συνιστώνται τροφές σε θερμοκρασία δωματίου.
- Όταν η διάρροια περιοριστεί, ο ασθενής μπορεί να επανέλθει σε τροφές με χαμηλό υπόλειμμα.
- Τα συχνά - μικρά γεύματα είναι καλύτερα για την λειτουργία του πεπτικού συστήματος.
- Ορισμένες τροφές επιδεινώνουν την διάρροια και πρέπει να αποφεύγονται. Σε αυτές περιλαμβάνονται: οι λιπαρές, παχιές και πικάντικες τροφές, ο καφές, το τσάι και τα ανθρακούχα ποτά που περιέχουν καφεΐνη, τα ξινά φρούτα (π.χ. πορτοκάλια, σταφύλια), οι τροφές με πολλές φυτικές ίνες (π.χ. δημητριακά, καρύδια, ωμά λαχανικά και φρούτα - εκτός από τα μήλα), καθώς και τα ποτά και τα φαγητά που σερβίρονται πολύ ζεστά ή κρύα (Ραγιά, 2015).

2.3. Δυσκοιλιότητα

- Τρώτε τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες, δηλαδή φρέσκα φρούτα και λαχανικά (ωμά ή μαγειρεμένα με τη φλούδα), αποξηραμένα φρούτα και δημητριακά. Αποφεύγετε τα ωμά φρούτα και λαχανικά εάν τα λευκοκύτταρα του αίματος δεν υπερβαίνουν τα 1.800. Σημείωση:πρέπει να αρχίσετε διαιτολόγιο πλούσιο σε ίνες πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας.
- Πίνετε άφθονα υγρά (8 - 10 ποτήρια την ημέρα). Προσπαθήστε να πίνετε κυρίως θρεπτικά υγρά (χτυπητό κρύο γάλα, μείγματα με αυγό και χυμούς) παρά σκέτο νερό, επειδή τα απλά υγρά ίσως σας δημιουργήσουν αίσθημα πληρότητας και μειώσουν την όρεξή σας.
- Προσθέστε σταδιακά στο διαιτολόγιό σας πίτουρο. Ξεκινήστε με 2 κουτάλια της σούπας (10 ml) την ημέρα και βαθμιαία αυξήστε το σε 4 - 6 κουτάλια της σούπας (20-30 ml) την ημέρα.
- Πασπαλίστε με πίτουρο τα δημητριακά ή προσθέστε το στο κομμάτι του κρέατος, στα βρασμένα φαγητά, στο ταψί με το κέικ και στα μαγειρεμένα φαγητά
- Αποφεύγετε τα ραφινάρισμα τροφίμα, όπως το λευκό ψωμί, τα αμυλώδη επιδόρπια και τα ζαχαρώδη. Επίσης, αποφεύγετε τις σοκολάτες, το τυρί και τα αυγά, επειδή μπορεί να προκαλέσουν δυσκοιλιότητα.
- Για να σταθεροποιήσετε την κινητικότητα του εντέρου, να τρώτε ξεράδα μάσκηνα ή να πίνετε ένα ποτήρι με χυμό δαμάσκηνου το πρωί ή το βράδυ πριν κοιμηθείτε. Τα δαμάσκηνα περιέχουν φυσικά υπακτικά, όπως οι ίνες. Ο ζεστός χυμός του δαμάσκηνου και τα βρασμένα δαμάσκηνα είναι τα πιο αποτελεσματικά
- Φάτε ένα καλό πρωινό με οποιοδήποτε ζεστό ρόφημα, π.χ. τσάι, ζεστό λεμόνι με νερό ή καφέ χωρίς καφεΐνη.
- Ξεκουράζετε και τρώτε σε καθορισμένες ώρες και σε ήσυχη ατμόσφαιρα. Κάντε μερικές ασκήσεις για να διεγείρετε τα αντανάκλαστικά του εντέρου και να βοηθήσετε να διατηρηθεί η φυσιολογική κένωση (Ραγιά, 2015).

2.4. Ναυτία και εμετός

Για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου των αντικαρκινικών θεραπειών χρησιμοποιούνται πολλά φάρμακα. Κανένα από αυτά δεν μπορεί να είναι αποτελεσματικό στο 100% των περιπτώσεων, αφ' ενός διότι κάθε χημειοθεραπευτικό φάρμακο δρα με διαφορετικό τρόπο στο σώμα, αφ' ετέρου διότι κάθε οργανισμός αντιδρά διαφορετικά στη χημειοθεραπεία. Επειδή ο κύριος στόχος της αγωγής που συνιστά ο γιατρός είναι να προλάβει τη ναυτία και τον έμετο, η χορήγηση των αντιεμετικών φαρμάκων συχνά αρχίζει πριν γίνει η χημειοθεραπεία – συνεχίζεται για όσο καιρό υπάρχει κίνδυνος ναυτίας και εμέτου.

Κατά τη διάρκεια της κάθε μορφής θεραπείας, ο οργανισμός επιβαρύνεται λόγω της οξείας δράσης των φαρμάκων, γι' αυτό το λόγο θα είναι καλό για τον θεραπευόμενο να ακολουθεί έναν ισορροπημένο τρόπο διατροφής με σκοπό να μην επιβαρύνεται περισσότερο και έτσι να ελαττώσει κατά το μεγαλύτερο δυνατό βαθμό το σύμπτωμα της ναυτίας και του εμέτου. Οι παρενέργειες, είναι σημαντικό να επισημάνουμε, πως εξαρτώνται από τα φάρμακα που χορηγούνται και δεν επηρεάζουν την επιτυχία της θεραπευτικής αγωγής. Οι παρακάτω κανόνες παρασκευής και κατανάλωσης του φαγητού έχουν φανεί πολύ χρήσιμοι στους ασθενείς:

- Αποφύγετε όσο είναι δυνατό το μαγείρεμα , εφόσον υπάρχει κάποιος άλλος στην οικογένεια που μπορεί να το κάνει. Οι δυνατές μυρωδιές του φαγητού που βράζει είναι πιθανό να σας προκαλέσει ναυτία.
- Θα ήταν προτιμότερο να καταναλώνεται χλιαρά ή ακόμη και παγωμένα φαγητά , τα οποία θα ζεσταίνετε, γιατί σε αυτά η μυρωδιά έχει ελαττωθεί σε μεγάλο βαθμό σε σχέση με τα φρεσκομαγειρεμένα φαγητά.
- Καταναλώστε μικρά και συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας, αποφεύγοντας τα λιπαρά και με πολλά μπαχαρικά φαγητά, τα οποία επιβαρύνουν το στομάχι.
- Όσο διάστημα έχετε ναυτία να παίρνετε μικρές και συχνές ποσότητες υγρών όπως ελαφριές σούπες , τσάι , παγάκια που θα αφήνεται να λιώνουν στο στόμα σας, χυμούς, με σκοπό την αποφυγή της αφυδάτωσης από τον εμετό.
- Κάνετε σχολαστικό καθαρισμό του στόματος μετά από κάθε έμετο , ώστε να μην

- μένουν έντονες και άσχημες οσμές που μπορεί να διατηρήσουν την ναυτία.
- Η χορήγηση του αντιεμετικού που χορηγήθηκε από το γιατρό σας βοηθά σε μεγάλο βαθμό στη μείωση των συμπτωμάτων. Διαβάστε προσεχτικά τις οδηγίες και σε περίπτωση που έχετε απορίες ως προς τη χορήγηση του φαρμάκου μην διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί του για περισσότερες λεπτομέρειες.
 - Η χρησιμοποίηση τεχνικών χαλάρωσης και δραστηριοτήτων που αποσπούν την προσοχή βοηθούν. Η εκπαίδευση σας σε κάποιες από αυτές είναι πιθανόν να γίνουν από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας, με στόχο την ανακούφιση σας.
 - Η δημιουργία ενός ισορροπημένου διαιτολογίου μπορεί να σχεδιαστεί σε συνεργασία με το διαιτολογικό τμήμα του νοσοκομείου , όπου εξειδικευμένοι διαιτολόγοι είναι υπεύθυνοι για την διατροφή των ασθενών. Εάν πιστεύετε πως χρειάζεστε οδηγίες γι' αυτό, ζητήστε να σας επισκεφθεί κάποιος από αυτούς (Ραγιά, 2015).

2.5. Διατροφικές διαταραχές

- Προτιμάτε τρόφιμα που περιέχουν πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας όπως ασπράδια αυγών, γαλακτοκομικά προϊόντα, όσπρια, στήθος πουλερικών, ψάρια πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα.
- Καταναλώστε τουλάχιστον 5 μερίδες φρούτων και λαχανικών την ημέρα.
- Περιορίστε την κατανάλωση κόκκινου κρέατος σε 1 με 2 φορές την εβδομάδα.
- Αποφύγετε την κατανάλωση τηγανιτών, πικάντικων, αλλαντικών και γαλακτοκομικών προϊόντων με υψηλά λιπαρά.
- Αποφύγετε την κατανάλωση λιπαρών και αλκοόλ.
- Καταναλώστε προϊόντα ολικής αλέσεως.
- Βάλτε την καθημερινή άσκηση στο πρόγραμμά σας (Ραγιά, 2015).

2.6. Διαταραχές συνείδησης

- Ακολουθήστε τις οδηγίες που θα σας δοθούν από την ιατρική και νοσηλευτική ομάδα που σας παρακολουθεί.
- Αποφύγετε έντονες και πιθανών επικίνδυνες δραστηριότητες όταν είστε μόνοι σας (μαγείρεμα, εξόδους σε άγνωστες για εσάς περιοχές, οδήγηση).
- Ζητήστε από τους οικείους σας να δείξουν ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον και να σας παρακολουθούν.
- Αυξήστε τις ώρες ανάπαυσης και ύπνου, κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Χρησιμοποιείτε υπενθύμιση για να παίρνετε τη φαρμακευτικής σας αγωγή, την ίδια ώρα κάθε μέρα.
- Δημιουργείστε μια λίστα των πραγμάτων που πρέπει να κάνετε πριν φύγετε από το σπίτι σας, όπως των ηλεκτρικών συσκευών που πρέπει να έχετε κλείσει (Ραγιά, 2015).

2.7. Ερεθισμός στοματικής κοιλότητας

• Η τήρηση καλής στοματικής υγιεινής, η εφαρμογή των διαφόρων μέτρων προστασίας των δοντιών και η αποφυγή των εξαγωγών θα συμβάλει στη μείωση του κινδύνου της νέκρωσης.

• Η καλή, ισορροπημένη διατροφή, η χρήση των οδοντοστοιχιών όσο λιγότερο γίνεται, η διακοπή του καπνίσματος, η αποφυγή της κατανάλωσης οινοπνεύματος και άλλα μέτρα, που θα συστήσει ο γιατρός θα συμβάλουν, επίσης, σημαντικά στη μείωση του κινδύνου νέκρωσης των γνάθων σε ασθενείς, που έχουν ακτινοβοληθεί στην περιοχή της κεφαλής και του λαιμού.

- Διατηρείτε το στόμα σας υγρό.
- Πίνετε πολύ νερό.
- Δοκιμάστε να κρατάτε στο στόμα σας παγάκια.
- Μασάτε τσίχλες ή καραμέλες χωρίς ζάχαρη.
- Χρησιμοποιείτε υποκατάστατο σάλιου να διατηρήσετε το στόμα σας υγρό.
- Βουρτσίζετε τα δόντια, τα ούλα και τη γλώσσα σας μετά από κάθε γεύμα και πριν τον ύπνο, με μαλακή οδοντόβουρτσα. Εάν το βούρτσισμα σας πονάει, μπορείτε να μαλακώσετε την οδοντόβουρτσα σε χλιαρό νερό.
- Χρησιμοποιείτε φθοριούχο οδοντόπαστα.
- Χρησιμοποιείτε το ειδικό φθοριούχο ζελέ που σας έχει συστήσει ο οδοντίατρος σας.
- Μη πλένετε το στόμα σας με αντισηπτικά που περιέχουν οινόπνευμα.
- Καθαρίζετε τα δόντια σας με οδοντικό νήμα καθημερινά. Αν τα ούλα σας ματώνουν και πονούν, αποφύγετε τη χρήση του νήματος σε αυτές τις θέσεις, αλλά συνεχίστε να καθαρίζετε με το νήμα τα υπόλοιπα δόντια.
- Ξεπλένετε το στόμα σας συχνά με διάλυμα σόδας και αλατιού σε χλιαρό νερό, ή σε χλιαρό χαμομήλι (σε 1 κιλό χλιαρό χαμομήλι προσθέστε 1 κουτάλα του γλυκού αλάτι). Μετά ξεπλύνετε και με σκέτο νερό.
- Οι οδοντοστοιχίες που δεν εφαρμόζουν καλά μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα. Συζητήστε για τις οδοντοστοιχίες σας με τον ογκολόγο ή τον οδοντίατρό σας.
- Να διαλέγετε τροφές που είναι καλές για σας και είναι εύκολο να τις μασάτε και να καταπίνετε.
- Τρωτέ μικρές μπουκιές,, μασώντας αργά και πίνοντας συγχρόνως νερό, μαζί με το

φαγητό σας.

- Τρώτε υγρές, μαλακές τροφές, όπως ο πουρές και η ομελέτα.
- Εάν δεν μπορείτε να καταπιείτε εύκολα, μαλακώστε το φαγητό σας με σάλτσες, ζωμό, γιαούρτι, γάλα ή άλλα υγρά.
- Πίνετε υγρά με το φαγητό σας, αυτό θα σας βοηθήσει να τρωτέ καλύτερα.
- Συζητήστε με τον γιατρό σας για να σας δώσει φάρμακα που θα βοηθήσουν να ελέγξετε τον πόνο.
- Εάν ο πόνος συνεχίζει, μιλήστε με τον γιατρό σας για πιθανόν ισχυρότερα παυσίπονα.

• Μείνετε μακριά από:

- Σκληρές τροφές που μπορεί να τραυματίσουν το στόμα σας.
- Τροφές που είναι καυτερές, πικάντικες, ζεστές, ή ξινές (πορτοκάλια, λεμόνια, χυμοί) που μπορεί να ερεθίσουν το στόμα σας.
- Ζαχαρούχες τροφές ή ροφήματα (π.χ. αναψυκτικά) που μπορεί να σας χαλάσουν τα δόντια (Ραγιά, 2015).

2.8. Κόπωση

Ο αποτελεσματικότερος τρόπος αντιμετώπισης της κόπωσης είναι ο περιορισμός των αιτίων, που την προκαλούν. Δυστυχώς, δεν είναι πάντα προφανείς οι αιτιολογικοί παράγοντες σε κάθε περίπτωση. Ο ιατρός καλείται να εξετάσει όλες τις πιθανότητες. Για παράδειγμα, εάν η κόπωση προκαλείται από αναιμία, πιθανώς να απαιτηθεί η πραγματοποίηση μετάγγισης αίματος. Άλλα αίτια αντιμετωπίζονται εξατομικευμένα για κάθε ασθενή. Ιδιαίτερη έμφαση σε όλες τις περιπτώσεις - δίδεται στην επαρκή διατροφή του ασθενούς.

- Κρατάτε ημερολόγιο επί μία εβδομάδα ώστε να εντοπίσετε τις ώρες της ημέρας, που αισθάνεστε περισσότερο κουρασμένοι ή έχετε εντονότερη δραστηριότητα.
- Προσδιορίστε ποιές δραστηριότητες επιτείνουν την κόπωση και ποιές την μειώνουν.
- Κάντε ένα σχέδιο προγραμματίζοντας τις δραστηριότητες βάσει του πλάνου κόπωσης-ενεργητικότητας.
- Εάν χάνετε βάρος ή αισθάνεστε ανορεξία ή μεταβολές στην γεύση, αναζητήστε συμβουλή ιατρού ή διαιτολόγου.
- Πίνετε 8-10 ποτήρια υγρά την ημέρα, ώστε να αποβάλει ο οργανισμός τις τοξικές μεταβολικές ουσίες.
- Ένα καλό πρόγραμμα ισορροπημένης διατροφής. Τρώτε τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες (π.χ. σιτηρά, λαχανικά), οι οποίες παρέχουν ενέργεια για μακρά περίοδο. Αντίθετα, τα γλυκά προσφέρουν άμεσα ένα ποσό ενέργειας και κατόπιν το άτομο νιώθει πιο κουρασμένο από πριν.
- Αραιώστε τις δραστηριότητες ανά εβδομάδα και σχεδιάστε περιόδους ανάπαυσης μεταξύ των δραστηριοτήτων.
- Απαιτείται εκλεκτικότητα αναφορικά με τις δραστηριότητες όταν η ενεργητικότητά σας είναι σε χαμηλό επίπεδο.
- Ακολουθείτε ένα πρόγραμμα ασκήσεων για να διατηρήσετε τον τόνο και την δύναμη των μυών.
- Περπατάτε ή κάνετε άλλες ασκήσεις για να αυξήσετε την αντοχή σας (μόνο μετά από ιατρική συμβουλή).
- Ρυθμίστε όσο καλύτερα μπορείτε άλλα συμπτώματα (π.χ. πυρετός, ναυτία, έμετος), που ενδεχομένως έχετε. Εάν είναι απαραίτητο, ο ιατρός θα σας χορηγήσει φάρμακα

για την αντιμετώπιση αυτών των συμπτωμάτων.

- Εάν δεν μπορείτε να κοιμηθείτε, προσπαθήστε να εντοπίσετε την αιτία. Εάν είναι απαραίτητο, ο ιατρός θα σας χορηγήσει υπναγωγά φάρμακα για να κοιμηθείτε.
- Δημιουργία ενός προγράμματος για καθορισμό του χρόνου δραστηριοτήτων και ξεκούρασης καθώς και ενίσχυση της ποιότητας του ύπνου, επιβάλλονται για την μείωση των επιπτώσεων της κούρασης.
- Θα βοηθούσε η μείωση στοιχείων που επηρεάζουν τον ύπνο όπως η νικοτίνη, η καφεΐνη, το αλκοόλ, η έντονη άσκηση και τα «βαριά» γεύματα πριν τον ύπνο, τα οποία επιβαρύνουν τον οργανισμό και επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου.
- Εάν είστε κακόκεφος ή αγχώνεστε για διάφορα πράγματα, μιλήστε με έναν φίλο, έναν πνευματικό σύμβουλο, έναν ψυχολόγο ή οποιοδήποτε άλλο άτομο εμπιστεύεστε.
- Ζητήστε από τον ιατρό να σας χορηγήσει φάρμακα, που βελτιώνουν την ψυχική διάθεση (εφόσον απαιτείται).
- Κατά την διάρκεια της θεραπείας, αναθέστε τις δευτερεύουσες δουλειές σε άλλα άτομα (Ραγιά, 2015).

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ



3.1. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ – ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Όταν πρόκειται να διεξαχθεί μία ποιοτική έρευνα, πρέπει να υπάρχει και ένα ερευνητικό ερώτημα. Η ποιοτική έρευνα καθορίζεται από το προσωπικό ενδιαφέρον του ερευνητή, καθώς και από το την επικαιρότητα, την διερεύνηση του ζητήματος καθώς και τον τρόπο που πρέπει να προσεγγιστεί το θέμα. Έτσι και στην δική μου έρευνα, οι παράγοντες αυτοί με ώθησαν στην συγκεκριμένη μελέτη περίπτωσης (Hichcock, 1989).

Ο λόγος για τον οποίο έχω επιλέξει το συγκεκριμένο θέμα να μελετήσω στην πτυχιακή μου εργασία, ήταν η εμπλοκή μου, κατά την πρακτική μου άσκηση στην ογκολογική κλινική, όπου ένιωσα έντονα την δυσaráσκεια των ατόμων, οι οποίοι πάσχουν από καρκίνο και βιώνουν τις επιπτώσεις του.

3.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης, όπου αποτελεί και το ερευνητικό ερώτημα της παρούσας έρευνας είναι να καταγραφούν τα συναισθήματα ενός ατόμου που βιώνει τις επιπτώσεις του καρκίνου, μέσα από την αναφορά γυναικών που έχουν βιώσει τον καρκίνο και τις επιπτώσεις του.

3.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΒΙΩΝΟΥΝ ΤΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Στις επόμενες σελίδες καταγράφονται τα αποτελέσματα της μελέτης.

Σε σχέση με το πώς αντέδρασαν τα άτομα όταν τους γνωστοποιήθηκε ότι θα υποβληθούν σε χημειοθεραπεία, η άρνηση του γεγονότος και η θλίψη αλλά και το άγχος ήταν οι κυριότερες απαντήσεις των ατόμων.

«...Στις αρχές αντιδρούσα συνεχώς, όλο και κάποια δικαιολογία έβρισκα να μην πάω να κάνω τις εξετάσεις για να αρχίσει η θεραπεία. Δεν ήθελα να κάνω χημειοθεραπεία παιδιά μου... θύμωνα και στεναχωριόμουν, θα μου έπεφταν τα μαλλιά σκεφτόμουν συνέχεια... το είχα αρνηθεί εντελώς... αλλά σκεφτόμουν όμως πως αν δεν κάνω χημειοθεραπεία θα πεθάνω. Όταν το σκεφτόμουν αυτό με έπιανε πανικός και έτσι μια μέρα είπα θα αρχίσω, για να γίνω καλά...»

«Τα συναισθήματα ήταν στεναχώρια και πάλι στεναχώρια... έπρεπε κάποια στιγμή να το συνηθίσω...

Στην αρχή έτρεξα σε ένα σωρό νοσοκομεία μήπως μου πει κάποιος γιατρός ότι δεν χρειάζομαι χημειοθεραπεία και με ένα χειρουργείο θα σωζόμουν. Τίποτα δεν άλλαξε όμως και τελικά άρχισα τη χημειοθεραπεία...»

«Δεν το πίστευα, ξέρετε τώρα... ήθελα όμως να γίνω καλά, άρα έπρεπε να κάνω τα θεραπεία.

Όλο σκεφτόμουν γιατί να τύχει αυτό σε εμένα, τι είχα κάνει και το πλήρωνα έτσι; Σκεφτόμουν κάθε μέρα πως θα είμαι όταν θα κάνω χημειοθεραπεία, θα μου πέσουν τα μαλλιά και όλο και αγχωνόμουν, δεν είναι λίγο πράγμα...»

Όσον αφορά τα συναισθήματα στην πορεία της χημειοθεραπείας τα άτομα διακατέχονταν από θλίψη και απογοήτευση στην αρχή, έπειτα προσαρμόζονταν στην κατάσταση τους και στο τέλος νιώθουν ανακούφιση. Αξίζει να τονίσουμε ότι ο φόβος και το άγχος διακατέχουν τους ασθενείς σε όλη τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, ακόμα και μετά το τέλος της.

«Πείσμωνα και έλεγα γιατί μου έτυχε αυτό.

Ειδικά όταν προχώρησε η χημειοθεραπεία και είχα τη περούκα, στεναχωριόμουν και έκλαιγα για τη ζωή μου. Μετά από καιρό έβγαίνα από το σπίτι... συνήθως για να πάω στην εκκλησία... προσευχόμουν κάθε μέρα στο Θεό να με βοηθήσει να γίνω καλά. Όταν τέλειωσα με τη θεραπεία ένιωσα μια ανακούφιση αλλά είχα και λίγο αγωνία για το αν θα πρέπει να ξανακάνω χημειοθεραπεία...»

«Στη πορεία στεναχωριόμουν, έκλαιγα κρυφά από το παιδί μου γιατί δεν ήθελα να με βλέπει έτσι. Έκανα ότι έπρεπε, τις εξετάσεις μου, φυσικά είχα σταματήσει και το κάπνισμα και πρόσεχα γενικά, το συνήθισα και το πήρα απόφαση πως αυτός είναι ο δρόμος για τη θεραπεία, δεν μπορούσα να κάνω κάτι άλλο. Στο τέλος λες αυτό ήταν όλο, τώρα πρέπει να προσέχεις για να μην υποτροπιάσεις...»

«Υπήρχαν στιγμές που θύμωνα τόσο πολύ που παραπονιόμουν συνέχεια και ξέσπαγα παντού, ακόμα και στα παιδιά μου. Αλλά καθώς περνούσε ο καιρός άρχισα να δέχομαι την κατάσταση μου όλη και κατάλαβα ότι δεν μου έμενε τίποτα άλλο από το να κάνω τις χημειοθεραπείες μου κανονικά και να ελπίζω ότι θα με βοηθήσουν να γίνω καλά. Στο τέλος ήταν καλά που τελείωσα με τα πήγαινε – έλα στα νοσοκομεία και ησύχασα από τις παρενέργειες... αγωνία όμως υπήρχε ακόμα για το μετά...»

«Εντάξει... είχα προσαρμοστεί στην ιδέα της θεραπείας αλλά στην πορεία με τα πρώτα συμπτώματα που εμφανίστηκαν άρχισα να απογοητεύομαι και να στεναχωριέμαι πολύ που έτυχε αυτό σε εμένα... δεν μπορούσα να το αλλάξω όμως αυτό.. εννοώ δεν μπορούσα να εξαφανίσω τα συμπτώματα... οπότε είπα πως, αφού αυτό μου έφερε η τύχη μου, πρέπει να κάνω ότι μου λένε οι γιατροί... στο τέλος νιώθεις μια αγαλλίαση και έναν φόβο παράλληλα κάθε φορά που πας να κάνεις εξετάσεις για να δεις πως είναι η υγεία σου... και ακόμα περισσότερο άγχος όταν περιμένεις τα αποτελέσματα...»

Στην ερώτηση για τον αν είχαν ανάγκη ενημέρωσης/ πληροφόρησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας όλες οι απαντήσεις ήταν θετικές.

«Ηθελα να μου λένε πάντα τι έχω, πως πάω με τη θεραπεία, τι θα γίνει τα επόμενα χρόνια, τι έπρεπε να κάνω για να βλέπω πως πάω και να μου λένε τι θα μου προκαλούν τα φάρμακα για να ξέρω να προετοιμάζομαι...»

«Πιστεύω πως το να ξέρεις τι γίνεται είναι πολύ σημαντικό γιατί είσαι και εσύ μέσα στα πράγματα, συμμετέχεις σε όλα αυτά που σου γίνονται και εγώ ήθελα να ξέρω τι γίνεται...»

Η ενημέρωση/ πληροφόρηση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν ήταν αρκετή σύμφωνα με τα άτομα της μελέτης μας. Σχεδόν και οι πέντε αναφέρουν ότι είχαν απορίες αλλά δεν ρώταγαν τους νοσηλευτές πολλά από αυτά που ήθελαν.

Αυτό οφείλεται στο ότι η στάση των νοσηλευτών αποθάρρυνε τα άτομα να κάνουν ερωτήσεις και ένιωθαν πως ήταν βάρος για τους νοσηλευτές κάθε φορά που ρωτούσαν κάτι.

«Αυτοί δεν μου έλεγαν και πολλά. Μόνο όταν τους ρώταγα τίποτα ή εγώ ή ο άνδρας μου. Δεν τους ρώταγα όμως πολλά παρότι ήθελα να ρωτήσω και άλλα. Τους έβλεπα να τρέχουν μέσα στα δωμάτια... φαινόταν να έχουν πολύ λίγο χρόνο για μένα...»

«Δεν μπορώ να πω ότι δεν υπήρχε ενημέρωση... υπήρχε... αλλά ίσως να μην ανταποκρινόταν τελείως σ' αυτά που ήθελα να μάθω. Οι γιατροί μου έλεγαν τα σχετικά για τις εξετάσεις που έκανα, τα αποτελέσματα και αυτά. Ό, τι άλλο ήθελα να μάθω ρώταγα εγώ τους νοσηλευτές και αυτό δεν μου άρεσε και πολύ... νόμιζα πως τους ενοχλούσα και θα έλεγαν «Ωχ πάλι αυτή!» κάθε φορά που τους ρωτούσα κάτι...»

«Πληροφόρηση υπήρχε για τις εξετάσεις που θα έκανα, τα αποτελέσματα τους... δεν με ρώτησαν ποτέ όμως τι θα ήθελα να μάθω εγώ και ούτε αν έχω απορίες... έδιναν πληροφορίες για ό, τι θεωρούσαν αυτοί ότι έπρεπε να μάθω, δεν με ρώταγαν όπως σας είπα αν δεν καταλάβαινα κάτι ή αν ήθελα να μου πουν κάτι άλλο... ίσως να περίμεναν και αυτοί να τους ρωτήσω εγώ, αλλά δεν μπορούσα... λίγο η ντροπή... λίγο το άγχος και έτσι δεν ρώταγα τίποτα...

«Δεν με ενημέρωναν για τίποτα σχεδόν... όπως σας είπα είχα απορίες, ρώταγα ότι δεν ήξερα αλλά όχι πάντα... με αποθάρρυναν οι νοσηλευτές γιατί κάθε φορά που τους ρωτούσα κάτι είχαν δουλειά και ή θα ερχόντουσαν πολύ μετά ή θα το ξέχναγαν...»

Οι πληροφορίες που παρείχε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στα άτομα και αφορούσαν την χημειοθεραπεία δεν ήταν απόλυτα κατανοητές από αυτά. Ο κυριότερος παράγοντας που δυσκόλευε τα άτομα να κατανοήσουν πλήρως τις πληροφορίες ήταν οι ιατρικοί όροι που χρησιμοποιούσαν οι ιατροί και οι νοσηλευτές.

«Έτσι και έτσι, πολλά από αυτά που μου έλεγαν – να σας πω την αλήθεια – δεν τα καταλάβαινα... ούτε και ο άντρας μου... έλεγαν λέξεις δικές τους... ιατρικές... εγώ δεν τις ήξερα και δεν μπορούσα συνέχεια να τους ρωτάω να μου τα εξηγούν... οι νοσοκόμες μου έλεγαν διάφορα πράγματα... κάποια καταλάβαινα κάποια άλλα όχι... και δεν καθόντουσαν να στα εξηγήσουν γιατί είχαν τις δουλειές τους...»

«Μου έλεγαν για τις εξετάσεις και για τα φάρμακα και άλλα για τις παρενέργειες... πολύπλοκα μου φαινότουσαν στην αρχή... τα έλεγαν και επιστημονικά και δεν ήταν τόσο ξεκάθαρα αλλά στην πορεία τα συνηθίζεις και τους καταλαβαίνεις λιγάκι...»

«Δυσνόητες θα έλεγα πως ήταν... θα ήθελα να ήταν πιο απλές για να τις καταλάβαινα... δεν έχουν σπουδάσει όλοι ιατρική...»

Τα άτομα μας είπαν ότι ενημερώνονταν κυρίως για όλες τις εξετάσεις στις οποίες έπρεπε να υποβληθούν καθώς επίσης και για τα αποτελέσματα τους. Οι ίδιοι επιθυμούσαν να ενημερώνονται περισσότερο για τις παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, για το πώς εμφανίζονται, πότε εμφανίζονται καθώς επίσης και πως αντιμετωπίζονται. Όπως αναφέρει και ένα από τα άτομα μας, αυτά έχουν μεγάλη σημασία για την ποιότητα της ζωής των ατόμων που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.

Τέλος, ένα ακόμα άτομο μας είπε πως θα ήθελε να ενημερωθεί σχετικά με διάφορες υποστηρικτικές ομάδες που θα μπορούσαν να την βοηθήσουν αλλά και με εναλλακτικές θεραπείες για την αντιμετώπιση κάποιων συμπτωμάτων από τις παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

«Μου έλεγαν για τις εξετάσεις που μου έκαναν και τα αποτελέσματα.

Θα ήθελα, τώρα που το σκέφτομαι, να μου έλεγαν που μπορώ να πάω να βρω υποστήριξη... δηλαδή διάφορες υποστηρικτικές ομάδες όπως θα

ξέρετε καλύτερα από εμένα... έψαξα και τις βρήκα μόνη μου μετά από πολύ καιρό που έκανα χημειοθεραπεία... τα είχα δει τυχαία στη τηλεόραση... περίμενα αυτά να μου τα πουν στο νοσοκομείο... και βρήκα πάλι τυχαία, έναν θεραπευτή για τον πονοκέφαλο... κρανιοϊερή θεραπεία λέγεται και με βοήθησε πολύ... στις χημειοθεραπείες ο πονοκέφαλος είναι μεγάλο βάσανο... γιατί να μην τα ήξεραν όλα αυτά οι νοσηλευτές και να με ενημέρωναν ότι υπάρχουν; ...αν δεν τα είχα δει τυχαία τι θα έκανα;... »

«Με ενημέρωναν κάθε φορά που θα έκανα εξετάσεις... μου έλεγαν τι εξετάσεις ήταν και με ενημέρωναν για τα αποτελέσματα τους μετά...

αυτά που ήθελα να ξέρω είναι απλά και ξεκάθαρα, τίποτα πολύπλοκο και τρελό... ήθελα να ξέρω τι να κάνω και τι να μην κάνω για να είναι η ποιότητα της ζωής μου καλή... όσο καλή μπορεί να ήταν δηλαδή...

«Μπορείτε να μας εξηγήσετε τι εννοείτε;»

Εννοώ τρόπους για να ζω καλύτερα... δηλαδή τι να κάνω για να μειώσω τις ναυτίες... τι να τρώω και τι να αποφεύγω... αν υπάρχουν τρόποι να βελτιώνω την μνήμη μου και άλλα τέτοια... με ενημέρωναν λιγάκι για τις παρενέργειες των φαρμάκων, όπως είπα και πριν, αλλά λίγο και αν δεν καταλάβαινα αυτά που μου έλεγαν δεν τους ένοιαζε...»

«Η ενημέρωση αφορούσε πάντα τις εξετάσεις που θα έκανα και την έκβαση τους... εγώ ήθελα να με προετοίμαζαν καλύτερα για τις παρενέργειες και να μου εξηγούσαν καλύτερα πως θα τις καταλάβαινα... ότι αυτά που θα νιώθω θα είναι από τα φάρμακα και όχι επειδή δεν πάει καλά η θεραπεία... θυμάμαι κάθε φορά που ένιωθα κάτι διαφορετικό αγχωτό και πανικοβαλλόμουν μέχρι να μου πουν οι νοσοκόμοι ότι η θεραπεία πάει καλά και αυτά είναι αποτέλεσμα των φαρμάκων... επίσης κάτι άλλο για το οποίο είχα άγχος και ήθελα να μου πουν ήταν τι θα έκανα και πως θα ήμουν μετά... αφού θα σταματούσα τη θεραπεία...»

Η ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη από τους νοσηλευτές του ογκολογικού τμήματος υπήρχε για όλα τα άτομα της μελέτης. Δύο άτομα τόνισαν πως οι νοσηλευτές είναι αυτοί με τους οποίους οι ασθενείς έρχονται σε επαφή περισσότερο μέσα στο νοσοκομείο και για αυτόν τον λόγο θα πρέπει να ενθαρρύνονται από αυτούς ψυχολογικά να συνεχίζουν τη χημειοθεραπεία.

«Μα βέβαια είχα... πως δεν είχα... μ' αυτούς ήμουν όλη τη μέρα στο νοσοκομείο... δεν έβλεπα άλλους εκτός από αυτούς και τους άλλους αρρώστους και τον άντρα μου για λίγη ώρα... είσαι μόνος σου εκεί και αν δεν έχεις κάποιον να σε υποστηρίξει δεν μπορείς να τα βγάλεις πέρα εύκολα...»

«Ηθελα ψυχολογική υποστήριξη από αυτούς... λογικό είναι... μόνο οι νοσηλευτές είναι εκεί συνέχεια...»

«Ηθελα ψυχολογική υποστήριξη από όλους τους κοντινούς μου ανθρώπους αλλά και από το προσωπικό για να πω την αλήθεια... κάποιος να με ενθαρρύνει να συνεχίσω... ήθελα... ήθελα από τους νοσηλευτές για να συνεχίσω να το παλεύω...»

Η ψυχολογική υποστήριξη που αναφέρουν πως δέχτηκαν τα άτομα ήταν ανύπαρκτη ή πολύ λίγη. Οι περισσότεροι εξέφρασαν τα «παράπονα» ότι οι νοσηλευτές έχουν πολλή δουλειά και δεν βρίσκουν χρόνο για τις ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών και, επίσης, δεν ενδιαφέρονται για τις ανάγκες τους αυτές.

«Πολλές φορές ήμουν πολύ άσχημα ψυχολογικά και κανείς δεν ενδιαφερόταν γι' αυτό και μου κακοφάνηκε στην αρχή... οι νοσοκόμες ήταν άψογες στη φροντίδα για τα φάρμακα... τους ορούς... και είχαν και πολλή δουλειά... όμως χρόνος για τα ψυχολογικά μας δεν φαίνεται να υπάρχει...»

«Δεν θα το έλεγα πως η ψυχολογική υποστήριξη είναι κάτι που δέχτηκα στο νοσοκομείο από τους νοσηλευτές... δεν ήξερα και αν θα πρέπει να περιμένω υποστήριξη από αυτούς αλλά σκεπτόμενος λογικά έπρεπε να περιμένω διότι αυτή είναι οι δουλειά τους... ιδιαίτερα των νοσηλευτών... έχεις καρκίνο και μέσα στο νοσοκομείο νιώθεις αβοήθητος και ίσως αποκομμένος από τον έξω κόσμο... άρα πρέπει από κάπου να «πιαστείς» και αυτοί θα είναι οι νοσηλευτές αφού αυτοί είναι εκεί είκοσι τέσσερις ώρες το εικοσιτετράωρο... ήταν τόσοι λίγοι και είχαν τόσους αρρώστους να φροντίζουν που δεν ενδιαφέρθηκαν πέρα από δύο – τρεις από αυτούς για την ψυχολογία μου...»

«Θα έλεγα ότι υπάρχει μόνο από αυτούς που ενδιαφέρονται για τον άλλο και δεν κάνουν την δουλειά τους τυπικά... και στις μέρες μας αυτοί δεν είναι πολλοί... άντε το πολύ δύο – τρεις από όλους μου έλεγαν και κάτι για να μου δώσουν κουράγιο...»

Σχετικά με το από ποιους άλλους περίμεναν τα άτομα της μελέτης ψυχολογική υποστήριξη, όλοι ανέφεραν πως ήθελαν τα μέλη των οικογενειών τους να τους υποστηρίξουν ψυχολογικά και για τους περισσότερους και οι φίλοι μπορούν να προσφέρουν τέτοιου είδους υποστήριξη.

«Περίμενα από τους δικούς μου... δεν έχω παράπονο από την οικογένεια μου, τον άντρα μου, τους γονείς μου αλλά και τους φίλους μου... πράγμα που δεν περίμενα γιατί νόμιζα πως θα τους γίνω βάρος... δεν με άφησαν ποτέ... παρόλο που τότε βρισκόμασταν όλοι σε μία αναστάτωση... ο άντρας μου πολλές φορές έκανε δουλειές στο σπίτι όταν δεν προλάβαινε η μητέρα μου, γιατί κρατούσε το παιδί...»

«Φυσικά από τη γυναίκα μου... τη μάνα μου και τα αδέρφια μου... η βοήθεια τους ήταν αμέριστη και σε αυτούς οφείλω το ότι τώρα είμαι καλά...»

«Περίμενα από την οικογένεια μου κυρίως και φυσικά με υποστήριξαν μέχρι το τέλος...»

«Υποστήριξη περίμενα από τους γονείς μου και από φίλους... όντως με υποστήριξαν πάρα πολύ...»

Όσον αφορά το αίσθημα της κατάθλιψης, τα άτομα μας εξομολογούν πως η συναισθηματική τους κατάσταση ήταν πολύ άσχημη και κάποιοι από αυτούς ανέφεραν πως είχαν απομονωθεί για ένα χρονικό διάστημα από τον υπόλοιπο κόσμο.

«Λιγάκι... για κάποια περίοδο ήμουν συνέχεια κλεισμένη στο σπίτι και δεν είχα διάθεση για τίποτα... για πολύ καιρό δεν κουβέντιαζα ούτε και με τον σύζυγο μου...»

«Κοιτάζετε... σε αυτή την κατάσταση μόνος ένας αναίσθητος δεν θα ένιωθε ποτέ καταθλιπτικά... εγώ πολλές φορές ένιωσα πάρα πολύ χάλια... δεν ήθελα να συνεχίσω να ζω έτσι και αν δεν ήταν η οικογένεια μου δεν ξέρω και εγώ τι θα είχα κάνει... και πρέπει να σας πω πως επειδή η γυναίκα μου με έβλεπε έτσι για κάποιο διάστημα ένιωθε κατάθλιψη γιατί δεν άντεχε να με βλέπει έτσι και αγχωνόταν για το αν ήταν καλό στήριγμα για εμένα...»

Κανένα από τα άτομα δεν επισκέφθηκε ψυχολόγο και οι απόψεις τους ποικίλουν. Ένα άτομο υποστηρίζει πως δεν πιστεύει πως θα την βοηθούσε ο ψυχολόγος και επίσης, όπως και ένα άλλο άτομο της μελέτης, θεωρεί πως ο κόσμος θα την χαρακτήριζε ως «τρελή». Τέλος, άλλο άτομο πιστεύει πως δεν έφτασε στο

επίπεδο της κατάθλιψης που να χρειάζεται να επισκεφθεί ειδικό και ένας άλλος ομολόγησε πως μετάνιωσε που δεν επισκέφθηκε ψυχολόγο τότε.

«Η νύφη μου, μου είχε πει κάποια στιγμή να πάμε σε μία φίλη της ψυχολόγο – ψυχίατρο, δεν θυμάμαι τι ακριβώς... αλλά δεν ήθελα να πάω... δεν πιστεύω ότι θα με βοηθούσε και φοβόμουν ότι θα με έβγαζαν και τρελή στο χωριό... και αφού η νύφη μου είδε ότι δεν πήγαινα μετά σταμάτησε να μου το λέει...»

«Φίλοι μου έλεγαν πως θα ήταν καλό να πάω σε έναν ειδικό για να με βοηθάει, αλλά δεν ήθελα να πάω... και ο άνδρας μου μου το 'λέγε γιατί με έβλεπε πως ήμουν... δεν πήγα ποτέ όμως...»

«Ποτέ δεν μου πέρασε από το μυαλό η ιδέα του ψυχολόγου... ούτε μου είχε πει κανείς κάτι τέτοιο... και αν μου έλεγε κάποιος να πάω δεν νομίζω να πήγαινα... όλοι θα με κοίταγαν περίεργα και θα με νόμιζαν για τρελό...»

Αυτό που απασχόλησε πολύ τα άτομα κατά τη χημειοθεραπεία τους ήταν τα συμπτώματα από τις παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων και κυρίως η κούραση/ καταβολή και η απώλεια των μαλλιών ή αλλιώς αλωπεκία.

«Οι παρενέργειες των φαρμάκων... ένιωθα μεγάλη εξάντληση και δεν μπορούσα να συγκεντρωθώ... δεν μπορούσα να βοηθήσω το παιδί μου στα μαθήματα του μερικές φορές... με απασχολούσε πολύ και ο σύζυγος... είχαν αλλάξει τα πράγματα λιγάκι στο σπίτι τότε... έκανε τις δουλειές που έπρεπε να κάνω εγώ κανονικά αλλά... ευτυχώς που ήταν υπομονετικός... και είχα και τη μητέρα μου...»

«Όλα...»

«Τι εννοείτε;»

«Τα μαλλιά μου έπεσαν... νύσταζα όλη την ώρα... ένιωθα πτώμα... κάθε πρωί που κοιταζόμουν στο καθρέφτη το κεφάλι μου, μου υπενθύμιζε σε τι κατάσταση ήμουν...»

«Οι αντοχές μου είχαν μειωθεί... σωματικά και πνευματικά είχα καταβληθεί από τις επιπτώσεις των φαρμάκων... μόνιμο άγχος ήταν και το αν θα επανέλθουν τα μαλλιά μου όπως ήταν πριν... μου στοίχησε πολύ η απώλεια των μαλλιών μου ψυχολογικά...»

Η φροντίδα που παρείχαν οι νοσηλευτές στα άτομα αν και ήταν καλή δεν ανταποκρινόταν πλήρως σε αυτή που περίμεναν. Η έλλειψη των νοσηλευτών καθώς επίσης και η έλλειψη αληθινού ενδιαφέροντος για τον ασθενή, αναφέρθηκαν από τα άτομα ως πρόβλημα στη παρεχόμενη φροντίδα.

«Ήταν πάρα πολύ καλή η φροντίδα και τους ευχαριστώ όλους... ίσως να υπήρχαν πιο πολλοί νοσηλευτές για να μας φροντίζουν πιο ολοκληρωμένα, να ακούν τις απορίες μας και να μπορούμε να τους λέμε ότι μας απασχολεί...»

«Καλή η φροντίδα αλλά όταν συνοδεύεται από περισσότερο ενδιαφέρον για όλα όσα απασχολούν τον άρρωστο γίνεται πολύ καλύτερη...»

«Σε γενικά πλαίσια ήταν εντάξει η φροντίδα τους... αλλά υπάρχουν πολλά προβλήματα που την επηρεάζουν... όπως είναι το ότι δεν υπάρχει αρκετό προσωπικό και άλλα πολλά...»

«Θα μπορούσε να ήταν πολύ καλύτερη...»

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Μέσα από αυτή τη μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι ανάγκες για ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη είναι πολύ σημαντικές για τα άτομα που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Πρέπει ωστόσο, να τονίσουμε ότι η μελέτη μας αυτή ήταν πιλοτική και το δείγμα μας ήταν μικρό και αυτό πρέπει να ληφθεί υπόψη στη διερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Οι ανάγκες που προκύπτουν από την χημειοθεραπεία μπορεί να είναι σωματικές όπως είναι η ανάγκη για αντιμετώπιση της καταβολής και της αλωπεκίας, ψυχοκοινωνικές, όπως είναι η ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης, αλλά και ανάγκες πληροφόρησης, που όπως προκύπτει από τη μελέτη είναι πολύ σημαντικές για τους ασθενείς

Οι νοσηλευτές φαίνεται πως δεν εκτιμούν σωστά τις ανάγκες αυτές με αποτέλεσμα οι ασθενείς δικαίως να πιστεύουν πως η φροντίδα που δέχονται δεν είναι αυτή που θα έπρεπε να δέχονται. Το προσωπικό των ογκολογικών τμημάτων θεωρεί τα σωματικά προβλήματα των ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία σημαντικότερα και για αυτό ενημερώνουν τους ασθενείς κυρίως για τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας, καθώς επίσης και για τις εξετάσεις που πρέπει να υποβληθούν και για τα αποτελέσματά τους.

Η πληροφόρηση από τους νοσηλευτές, με βάση τα αποτελέσματά μας, είναι πολύ σημαντική και αυτό θα πρέπει οι νοσηλευτές να το έχουν υπόψη τους στη φροντίδα των ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Σύμφωνα με τη μελέτη, οι πληροφορίες που έδιναν οι νοσηλευτές ήταν ανεπαρκείς, είτε γιατί δεν είχαν χρόνο για ενημέρωση, είτε γιατί δεν ενδιαφέρονταν για τους ασθενείς.

Επιπλέον, με βάση τους ασθενείς της μελέτης μας, είναι εξίσου σημαντικό να υπάρχει πιο πολύ ενδιαφέρον για τις ψυχολογικές ανάγκες τους και περισσότερη ψυχολογική υποστήριξη από το προσωπικό των ογκολογικών τμημάτων και ιδιαίτερα, φυσικά, τους νοσηλευτές.

Η οικογένεια, τέλος, παίζει σημαντικό ρόλο για τον ασθενή κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. Υπάρχουν περιπτώσεις που ο ασθενής έχει χάσει κάθε κουράγιο και η οικογένεια είναι αυτή που τον στηρίζει και τον επαναφέρει στο δρόμο της ελπίδας. Από τις απαντήσεις των ατόμων στις ερωτήσεις μας είναι εμφανής η

επίδραση της κατάστασης του ατόμου σε όλη την οικογένεια αλλά και η επίδραση της οικογένειας στον ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Λοΐζου Χ.Μ., Γεωργίου Σ., Ορφανού Ε., Χριστοδούλου Ν., Βασιλείου Α., Χριστοδούλου Α., Κυριακίδης Ξ. (2014) Κληρονομικότητα και καρκίνος. Www.medlook.net. 16-06-2004

Μάλλιου Σ, Ν. Αγκάντη, Ν. Παυλίδης, Α. Καππός Ι., Κριαράς, Σ. Γερούλάνος, (2006). Η ιστορία του καρκίνου του μαστού. ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, Μάιος-Ιούνιος, 23(3): 260- 278.

Μελέκος Μ.Δ., Μητσογιάννης Η.Χ, (2013). Οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας και της διαίτας στον καρκίνο του προστάτη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Νοέμβριος - Δεκέμβριος 2003, 20 (6): 594 – 608.

Μητρόπουλος Φ., Λινός Δ, (2005). Καρκίνος μαστού στους άνδρες. Ιατρική, 68 (6): 583 – 590.

Μπλατζάς Γ. (1988). Περιοχική χημειοθεραπεία, τεχνικές και θεραπευτικές επιπλοκές. Ελληνική Ιατρική, 54(1), 046-50

Μυλωνάς Ι. (2008). Ανεπιθύμητες ενέργειες αντινεοπλασματικής χημειοθεραπείας στο νευρικό σύστημα. Ελληνική Ιατρική, 54(1), 051-55.

Νικολαΐδης Π. (2008). Οι λοιμώξεις σε λευκοπενικούς ασθενείς μετά από αντινεοπλασματική χημειοθεραπεία. Ελληνική Ιατρική. 54(1), 063-73

Ντουράκης Σπ, (2007). Πρωτοπαθή και μεταστατικά νεοπλάσματα ήπατος. Θέματα ελληνικής χειρουργικής. Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία.

Παπαγεωργίου (2004). Ψυχιατρική. Η ψυχολογία των ασθενών. Αθήνα, 217 – 219, 354 – 360.

Παπαδημητρίου Μ, Αργυρού Ε, Θεωδορακοπούλου Γ, Παληογιάννη Β, (1996). Συναισθηματική φόρτιση ασθενών με καρκίνο. Νοσηλευτική προσέγγιση. Πρακτικά Πανελλήνιου Νοσηλευτικού Συνεδρίου 458 – 471.

Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη Η. και Μπροκαλάκη Ε. (2012). Ενημέρωση ασθενών με καρκίνο. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, Οκτώβριος 2002 – Ιανουάριος 2003, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.

Ραγιά Α., (2005) Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας – Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας στο Γενικό Νοσοκομείο. Αθήνα: 169 – 174.

Σαπουντζή – Κρεπιά (2004). Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα. Αθήνα, Έλλην, 2^η έκδ.:

Σαχίνη Κ. Α. – Πάνου Μ (2004). Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Έκδοση Β΄ . τόμος 1^{ος}. Αθήνα. 56 – 57, 172 – 190.

Σαχίνη Κ. Α. – Πάνου Μ (2004). Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Έκδοση Β΄ . τόμος 2^{ος}. Αθήνα. 234 – 292.339, 453

Σαχίνη Κ. Α. – Πάνου Μ (2004). Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Έκδοση Β΄ . τόμος 3^{ος}. Αθήνα. 293 481

Σωτηροπούλου – Λόντου (1997). Απώτερες επιπλοκές της ακτινοθεραπείας η/ και της χημειοθεραπείας. Ελληνική Ογκολογία, 33(1), 027 – 33.

Τζαμάκου Ε, (1997). Η σημασία της επικοινωνίας στη νοσηλευτική ογκολογία. Πρακτικά 4^{ου} Συνεδρίου κλινικής ογκολογίας, Κρήτη.

Τριχίλη Ε, (1988). Καρκίνος δέρματος – εύκολος καρκίνος – γιατί αποτυγχάνουμε;. Ελληνική χειρουργική, 60 (5): 473 – 476.

Τσελεπατιώτης Ε.Κ., Μπούτος Γ.Ν., Παπαδόπουλος Α.Α., Μίχας Δ., Μαντζουράτος Δ., Κωτσάκης, (2001). Εμφάνιση ισχαιμίας σε νεαρό ασθενή μετά από συνδυασμένη χορήγηση 5 – φθοριουρακίλης, σισπλατίνης και δοσιταξέλης. Ιατρική, 80(1), 78-82.

Τσιγαλίδου – Μπαλλά Β. (1988). Αιματολογικές διαταραχές της αντινεοπλασματικής χημειοθεραπείας. Ελληνική Ιατρική, 54(1), 021-27

Φιλόπουλος Ε, (2005). Χρήσιμες οδηγίες για την υγεία του μαστού. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.

Φωτιάδου Α., Κουτουβίδης Ν., Παπαγεωργίου Π., Βάρσου ΣΜ. (1998). Η ψυχιατρική εκτίμηση και παρέμβαση σε καρκινοπαθείς τελικού σταδίου. Εγκέφαλος. 15 (3): 32 - 40

Φωτίου Σ.Κ., Τσερκέζογλου Α.Ι., (1992) Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου της ωοθήκης: σύγχρονες δυνατότητες και προοπτικές. Ιατρική, 61 (5): 492 – 497.

Χαλκίδης Χ. (1988). Καρδιοτοξικότητα των αντινεοπλασματικών φαρμάκων. Ελληνική Ιατρική, 54(1), 028-33.

Χανιώτης Ι. Φ. – Δημήτριος Ι. Χ. (2002). Νοσολογία Παθολογία. Τόμος Α΄, Αθήνα, Λίτσας. 230 -231 237 - 238

Ancoli-Israel Sonia, Lianqi Liu, Matthew R. Marler, Barbara A. Parker, Vicky Jones, Georgia Robins Sadler, Joel Dimsdale, Mairav Cohen-Zion, and Lavinia Fiorentino. Fatigue, sleep, and circadian rhythms prior to chemotherapy for breast cancer. *Support Care Cancer*. 2006 March ; 14(3): 201–209.

Anjos AC., Zago MM., (2006). The cancer chemotherapy experience in a patient's view. *Rev Lat Am Enfermagem*, Jan. – Feb.: 14(1): 33 – 40.

Baile W. F., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E. A., Kudelka A., P. SPIKES – A six step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist* 2010; 5: 320 – 311.

Boberg EW, Gustafon HD, Hawkins PR, Offord PK, Koch C, Wen K, Kreutz K, Salner A, (2003). Assessing the unmet information, support and care delivery needs of men with prostate cancer. *Patient Education and Counseling* 49 : 233 – 242.

Borgers R, Mullen PD, Meertens R, Rijken M, Eussen G, Plagge I, Visser AP, Blijham GH, (1993). The information – seeking behaviour of cancer outpatients : a description of the situation. *Patient Education and Counseling*. 22(1) : 35 – 46.

Browall M., Gaston – Johansson F., Danielson E., (2006). Postmenopausal woman with breast cancer: their experiences of the chemotherapy treatment period. *Cancer Nurs*. Jan. – Feb.: 29(1): 34 – 42.

Carelle N, Piotto E, Bellanger A, Germanaud J, Thuillier A, Khayat D. (2012). Changing patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy. *Cancer*: 95(5): 155 – 163.

Casso Deborah, Diana SM Buist and Stephen Taplin. Recreational Physical Activity and the Risk of Breast Cancer in Postmenopausal Women, (2003) [Journal of the American Medical Association](#) (2003).

Cassileth BR, Shraub S, Robinson E, Vickers A, (2001). Alternative medicine use worldwide: the International Union Against Cancer survey *Cancer*. 91 (7): 1390 – 1393.

Champan K, Rush K, (2013). Patient and family satisfaction with cancer – related information : a review of the literature. *Can Oncol Nurs J*. 13 (2) : 107 – 116.

Colin D Mathers, Cynthia Boschi-Pinto, Alan D Lopez, Christopher JL Murray. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 13. Cancer incidence, mortality and survival by site for 14 regions of the world. World Health Organization 2001.

Corney R, Everett H, Howells A, Crowther M, (2012). The care of patients undergoing surgery for gynaecological cancer: the need for information, emotional support and counseling. *Journal of Advanced Nursing* 17, 667 – 671.

Craig Y.J. (2006). Patient decision making medical ethics and medication. *Journal of Medical Ethics* 22, 164 – 167.

Fallowfield L.J., Baum M, Maguire G.P, (2006). Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *British Medical Journal*, 293 (6558): 1331 – 1334.

Ferlay J et al. Globocan (2011). Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Version 1.0. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2001.

Georgaraki S, Kalaidopoulou O, Liarmakopoulos I, Mystakidou K, (2012). Nurses attitudes toward truthful communication with patients with cancer. A Greek study. *Cancer Nursing* 25: 436 – 441.

Gilbar O. (2011). The quality of life of cancer patients who refuse chemotherapy. *Social Nursing* 25: 436 – 441.

Goldberg R, Guadagnoli E, Silliman RA, Glicksman A, (2010). Cancer patients' concerns: congruence between patients and primary care physicians. *J Cancer Educ* 5 (3): 139 – 199.

Goodwin JA., Coleman EA., Shaw J. ,(2006). Short function dependence scale: development and pilot test in older adults with cancer. *Cancer Nurs.* Jan. – Feb.: 29 (1): 73 – 81.

Grahn G, Danielson M, (2016). Coping with the cancer experience. II. Evaluating an education and support programme for cancer patients and their significant others. *European Journal of Cancer Care* 5(3): 182 – 187.

Graydon J, Galloway S, Palmer – Wickham S, Harrison D, Rich – van der Bij L, West P, Burlein – Hall S, Evans – Boyden B, (2007). Information needs of women during early treatment for breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1): 59 – 64.

Gridelli C, Perrone F, Nelli F, Ramponi S, De Marinis F. (2011). Quality of life in lung cancer patients. *Annals of Oncology* 12. Suppl. 13: 21 – 5.

Harris KA, (2008). The information needs of patients with cancer and their families. *Cancer Pract.* 6(1): 39 – 46.

Harrison L, Shasha D, Shiava L, White C, Ramdeen B, Portenoy R. (2011).

Prevalence of anemia in cancer patients undergoing radiation therapy. *Semin Oncol.* 28: 54 – 59.

Hilderley JL, Hasey Dow K. (2006). Radiation Oncology. In: McCorkle R, Grant M, Frank – Stromborg M, Baird BS. *Cancer Nursing. A comprehensive textbook* 2nd edition W.B. Saunders Company: 340 – 344.

Hill KM, Amir Z, Mues MF, Connolly CK, Round CE, (2003). Do newly diagnosed lung cancer patients feel their concerns are being met? *European Journal of Cancer Care*, 12: 35 – 45.

Hogbin B, Fallofield L, (2009). Getting it taped: the bad news consultation with cancer patients. *British Journal of Hospital Medicine* 41(4): 330 – 333.

Houts P, Ruseas I, Simmonds M, Hufford D, (2011). Information needs of families of cancer patients: a literature review and recommendations. *J Cancer Educ.* 6: 225 – 261.

Iconomou G, Viha A, Kalofonos H, Kardmakis D, (2011). Impact of cancer on primary caregivers of patients receiving radiation therapy. *Acta Oncologica* 40(6): 766 – 771.

Kim Y, Duberstein PR, Sorensen S, Larson MR, (2005). Levels of depressive symptoms in spouses of people with lung cancer: effects of personality, social support, and caregiving burden. *Psychosomatics*. 46 (2): 123 – 130.

Lesage P, Portenoy RK, (2009). Trends in Cancer Pain Management. *Cancer Control*. 6 (2): 136 – 145.

Levin M, Hindi M, Corey R (2009). Factors associated with acceptance or rejection of recommendation for chemotherapy in a community cancer center. *Cancer Nursing* 22(3): 246 – 250.

Leydon G.M, Boulton M, Moynihan C, Mossman J, Boudioni M, McPherson K, (2012). Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *British Medical Journal*, 320: 909 – 913.

Lianqi Liu, Matthew R. Marler, Barbara A. Parker, Vicky Jones, Sherella Johnson, Mairav Cohen-Zion, Lavinia Fiorentino, Georgia Robins Sadler, and Sonia Ancoli-Israel. The relationship between fatigue and light exposure during Chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2005 December ; 13(12): 1010–1017.

Luker KA, Beaver K, Leinster SJ, Owens RG (2016). Information needs and sources of information for women with breast cancer: a follow – up study. *Journal of Advanced Nursing*, 23(3): 487 – 495.

Meredith C, Symonds P, Webster L, Lamont D, Pyper E, Gillis CR, Fallowfield L, (2016). Information needs of cancer patients on West Scotland: cross sectional survey of patients' views. *BMJ*, 313 (7059): 724 – 726.

Mesters I, Borne V, De Boer M, Pruyn J, (2001). Measuring information needs among cancer patients. *Patient Education and Counseling* 43: 253 – 262.

Meyerowitz BE, Desmond KA, Rowland JH, Wyatt GE, Ganz PA. (1999). Sexuality following breast cancer. *J Sex Marital Ther.* 25 (3): 235 – 250.

Miller B.E, Pittman B, Strong C, (2003). Gynecologic cancer patients' psychological needs and their views on the physician's role in meeting those needs. *Int J Gynecol Cancer*, 13: 111 – 119.

Neuling SJ, Winefield HR (1998). Social support and recovery after surgery for breast cancer: frequency and correlates of supportive behaviours by family, friends and surgeon. *Social Science and Medicine* 27(4): 385 – 392.

Rapoport Y, Kreiter S, Chaitchik S, Algor R, Weissler K, (1993). Psychosocial problems in head – and – neck cancer patients and their change with time since diagnosis. *Ann Oncol.* 4(1): 69 – 73.

Raupac C.J, Hiller E.J. (2002). Information and support for women following the primary treatment of breast cancer. *Health Expectations* 5, 289 – 301.

Ream E, Richardson A. (1996). The role of information in patients' adaptation to chemotherapy and radioterapy: a review of the literature. *European journal of Cancer Care* 5(3): 132 – 138.

Siminoff LA, Fetting JH, Abeloff MD, (1989). Doctor – patient communication about breast cancer adjuvant therapy. *J Clin Oncol.* 7(9): 1192 – 200.

Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J (1991). Doctor – patient communication: the Toronto concensus statement. *British Medical Journal*, 303(6814):1385 – 1387.

Sharipo T. (1987). How to help patients get through chemotherapy. *Registered Nurse* 50: 58 – 60.

Slevin ML, (1987). Talking about cancer: how much is too much? *British Journal of Hospital Medicine* 38(1): 56 – 59.

Smith C. (2000). The role of health professionals in informing cancer patients: findings from The Teamwork Project (phase one). *Health Expectations* 3, 217 – 219.

Sollner W, DeVries A, Steixner E, Lukas P, Sprinzl G, Rumpold G, Maislinger S, (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *British Journal of Cancer.* 84(2): 179 – 185.

Stafford N.D., Lewin R.J., Nash P, Hardman G.F, (2001). Surgeon information giving practices prior to laryngectomy: a national survey. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 83(6): 371 – 375.

Steele RG, Fith MI, (1996). Needs of family caregivers of patients receiving home hospice care for cancer. *Oncology Nursing Forum*. 23(5): 823 – 828.

Suominen T, Leino – Kilpi H, Laippala P, (1995). Who provides support and how? Breast cancer patients and nurses evaluate patient support. *Cancer Nursing*, 18(4): 278 – 285.

Tamburini M, Gangeri L, Brunelli C, Boeri P, Borreani C, Bosisio M, Karmann C, Greco M, Miccinesi G, Murru L, Trimigno P, (2003). Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study. *BMC Cancer* 3: 12.

Teachers Study cohort. Wine and other alcohol consumption and risk of ovarian cancer in the California. (2002) American Institute for Cancer Research 2002.

Trask Peter C. Quality of life and emotional distress in advanced prostate cancer survivors undergoing chemotherapy. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004, 2:37

Van Der Molen B, (1999). Relating information needs to the cancer experience: 1. Information as a key coping strategy. *European Journal of Cancer Care*, 8(4): 238 – 244.

Wen K.Y, Gustafson D, (2004). Needs assessment for cancer patients and their families. *Health and Quality Outcomes*. 2:11

Yost LS. (1995). Cancer patients and home care : extent to which required services are not received. *Cancer Pract.* 3(2) : 83 – 87.

Youngblood M, Williams P.D., Eyles H, Waring J, Runyon S, (1994). A comparison of two methods of assessing cancer therapy – related symptoms. *Care nursing* 17: 37 – 44.

Ziegler L, Newell R, Stafford N, Lewin R. (2004). A literature review of head and neck cancer patients information needs, experiences and views regarding decision – making. *European Journal of Cancer Care*, 13: 119 – 126

Uitterhoeve Ruud, Duijnhouwer Ellen, Ambaum Betty, van Achterberg Theo. Turning toward the psychological domain of oncology nursing, a main problem analysis in the Netherlands. *Cancer Nursing*, vol. 26, No. 1, 2003.

World Health Organization 2006. Basic health information on Cancer.

World Health Organization 2006. Fact sheet N°297, February 2006

World Health Organization 2006. Cancer control : knowledge into action : WHO guide for effective programmes; module 1.

World Health Organization 2005. Cancer prevention and control, The Fifty-eighth World Health Assembly, Ninth plenary meeting, 25 May 2005 – Committee B, third report.

World Health Organization 2002. A National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. WHO, Geneva, 2002. 2nd Ed.

American Institute for Cancer Research , (2002).Everything Doesn't Cause Cancer".