



Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

ΦΟΙΤΗΤΕΣ :
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΦΩΤΕΙΝΟΠΟΥΛΟΥ
ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ ΓΡΑΨΑ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΤΣΑΚΝΗ
ΓΕΩΡΓΙΑ-ANNA ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΥ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ :
ΘΕΙΩΡΑΤΟΥ- ΜΠΕΚΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2015

{ 0 }

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ:

Είναι γεγονός πως η συγγραφή μίας πτυχιακής εργασίας, απαιτεί κόπο και χρόνο προκειμένου να συλλέξει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες και να αναλύσει σωστά το θέμα το οποίο πραγματεύεται. Σε όλη την διαδικασία συγγραφής και στις πολλές ώρες που χρειάστηκε να επικεντρωθούμε σε αυτή την εργασία, ήταν δίπλα μας κάποιοι άνθρωποι τους οποίους θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε για την έμμεση, αλλά μέγιστης ωστόσο σημασίας, συμβολή τους.

Αρχικά, οφείλουμε ένα τεράστιο ευχαριστώ σε όλους τους φορείς και στα άτομα τα οποία φιλοξενούν τα οποία συνέβαλλαν στο να πραγματοποιηθεί το ερευνητικό μέρος της εργασίας. Χωρίς την καθοριστική συμβολή τους, το ερευνητικό τμήμα της εργασίας θα ήταν αδύνατο να διεξαχθεί. Επιπρόσθετα, όλα τα άτομα τα οποία συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο της έρευνας ήταν εξαιρετικά πρόθυμα να βοηθήσουν, γεγονός που συνέβαλε θετικά στην συλλογή των αποτελεσμάτων.

Επιπλέον, θα θέλαμε να πούμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειες μας, που μας στήριζαν κάθε στιγμή, που εξέφραζαν την γνώμη τους, τις απορίες τους και τυχόν ενδοιασμούς τους. Τους ευχαριστούμε που έδειξαν ιδιαίτερη κατανόηση σε αυτές πολλές ώρες δουλειάς, και σε αυτή την τελευταία μας εργασία που αποσπούσε όλο το ενδιαφέρον και την προσοχή μας.

Κλείνοντας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας κα Θεοδωράτου - Μπέκου Μαρία για την γενικότερη καθοδήγηση, τις γνώσεις και τις εμπειρίες που μοιράστηκε μαζί μας καθ' όλη την διάρκεια συγγραφής της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΣΠΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	13
ΟΡΙΣΜΟΙ	13
ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	13
ΤΙ ΟΡΙΖΟΥΜΕ “ ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ”.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	15
2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	16
3.1 ΠΩΣ ΠΡΟΚΥΠΤΕΙ Η ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ;.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	18
4.1 ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	18
4.1.1 Καρκίνος του μαστού	18
4.1.2 Μελάνωμα	19
4.1.3 Καρκίνος του ήπατος	20
4.1.4 Καρκίνος των νεφρών	21
4.1.5 Καρκίνος του λάρυγγα	22
4.1.6 Καρκίνος του παχέως εντέρου	22
4.1.7 Λευχαιμία	24
4.1.8 Καρκίνος του στόματος	25
4.1.9 Καρκίνος του στομάχου	26
4.1.10 Καρκίνος των όρχεων	27
4.1.11 Καρκίνος του πνεύμονα	28

4.1.12 Καρκίνος του προστάτη	29
4.1.13 Καρκίνος του παγκρέατος	29
4.1.14 Λέμφωμα Hodgkin.....	30
4.1.15 Λέμφωμα non hodgin	31
4.1.16 Καρκίνος των οστών	32
4.1.17 Καρκίνος της μήτρας	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	34
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	34
5.1 Η ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	34
5.2 ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	36
5.2.1 Χειρουργική θεραπεία.....	36
5.2.2 Χημειοθεραπεία	38
5.2.3 Ακτινοθεραπεία.....	42
5.2.4 Ορμονοθεραπεία	47
5.2.5 Ανοσοθεραπεία	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο	56
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ	56
6.1 ΣΥΝΑΙΣΘΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	56
6.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ	60
6.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	66
6.4 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο	76
7.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ.....	76
7.1.1 Ποιοι είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη	77
7.1.2 Συμπτώματα.....	77
7.1.3 Αυτοκτονικά συναισθήματα	78
7.1.4 Αντικαταθλιπτική θεραπεία	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο	82
8.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	82

8.2 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ.....	83
8.3 ΟΙ ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΠΟΛΕΜΟΥΝ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ	85
8.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	86
8.5 ΛΟΙΜΟΓΟΝΟΙ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	87
8.6 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ.....	87
8.7 ΓΗΡΑΝΣΗ.....	88
8.8 ΈΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	88
Β' ΜΕΡΟΣ.....	91
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ^ο	91
9.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	91
9.2 ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ	91
9.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ	92
9.4 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	92
9.5 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	93
9.6 ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	93
9.6.1 Πληθυσμός – Δείγμα	94
9.6.2 Χαρακτηριστικά δείγματος.....	94
9.6.3 Μέθοδος δειγματοληψίας.....	95
9.6.4 Φάσεις εκτέλεσης έρευνας	95
9.6.5 Ερευνητικό εργαλείο.....	97
9.6.6 Δυσκολίες κατά την διεξαγωγή της έρευνας	97
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ^ο	98
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	98
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 ^ο	123
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	123
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	126
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13 ^ο	128
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	128
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	129

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	129
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	131
ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	134
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ	135
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	137
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΠΕΥΘΗΝΘΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ.....	138
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	142

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νόσος του καρκίνου τα τελευταία χρόνια έχει δημιουργήσει μεγάλα ποσοστά ανθρώπων που έρχονται αντιμέτωπα με την ασθένεια. Δεδομένης της ραγδαίας αύξησης των ποσοστών τόσο των πασχόντων, όσο και τον θανόντων λόγω της νόσου, γεννάται η ανάγκη για περισσότερο προσωπικό τόσο για την αντιμετώπιση της νόσου, όσο και για την ψυχική υγεία του ασθενούς. Λόγο του μεγάλου αριθμού θανόντων, όταν ο ασθενής μαθαίνει ότι πάσχει από την νόσο διακατέχεται από διάφορα αρνητικά συναισθήματα, τα οποία μπορούν να σταθούν εμπόδιο στην διαδικασία της θεραπείας και στην επιτυχία της.

Στην συνέχεια έρευνες έχουν αναδείξει πως υπάρχει μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης ψυχιατρικής διαταραχής σε ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων με καρκίνο, το γεγονός αυτό μας δημιουργεί την ανάγκη για περισσότερο ειδικευμένο προσωπικό στην ψυχική υγεία που θα μπορεί να έρθει σε επαφή με τους ασθενείς με καρκίνο.

Με βάση του θεωρητικού πλαισίου, οδηγηθήκαμε στην πραγματοποίηση μιας έρευνας με θέμα « τις στρατηγικές διαχείρισης ατόμων με καρκίνο » κατά την ολοκλήρωση της έρευνας αναδείχθηκαν ορισμένα συμπεράσματα όπου η πλειοψηφία των ατόμων που συμπλήρωσε τις ερωτήσεις απάντησε πως δεν έχει έρθει σε επαφή με κάποιο ψυχολόγο και σχεδόν ποτέ με κοινωνικό λειτουργό. Από τους εκατό (100) οι περισσότεροι ήταν γυναίκες με ποσοστό 83,75% γυναίκες και από 16,25% άνδρες και νοσεί από καρκίνο του μαστού, ενώ βρίσκεται στο στάδιο της χημειοθεραπείας. Το μεγαλύτερο επίσης ποσοστό ανέφερε πως μετά την εμφάνιση της νόσου υπήρξε αλλαγή στην φιλοσοφία του σε ποσοστό 65%. Ενώ βλέπουμε πως αναφέρουν πως τα συναισθήματα τους δεν έχουν υποστεί κάποια αλλαγή το 36,25% σε αντίθεση με το 35% όπου τα εξωτερικεύει. Στην συνέχεια παρατηρούμε πως οι περισσότεροι θα επιθυμούσαν περισσότερη οικονομική υποστήριξη και όχι κάποια τηλεφωνική γραμμή που θα είχαν την δυνατότητα να μιλούν για το προβλήματος τους. Θα επιθυμούσαν, ωστόσο να υπάρχει παρεχόμενη υποστήριξη για την οικογένεια τους. Αναδεικνύεται επίσης έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με υπηρεσίες υποστήριξης γενικά αλλά και από την διανομή κάποιου ενημερωτικού φυλλαδίου. Το εντυπωσιακό επίσης συμπέρασμα που προκύπτει είναι πως η πλειοψηφία δεν επιθυμεί να συζητά για τα

σωματικά της προβλήματα με κάποιον σε ποσοστό 27,50%. Είναι επίσης σημαντικό το συμπέρασμα πως οι οικογενειακές σχέσεις άλλαξαν πάρα πολύ και έγιναν στενότερες σε ποσοστό 56,25%. Ένα ενδιαφέρον συμπέρασμα και δυσάρεστο είναι πως οι άνθρωποι με καρκίνο έχουν αντιμετωπίσει πολύ συχνά προβλήματα στην δουλειά τους σε ποσοστό 75,50%.

ABSTRACT

The disease of cancer in recent years has created large numbers of people faced with the disease. Given the soaring rates of both patients, and the deceased because of disease, arises the need for more staff for both the treatment of the disease, and mental health of the patient. Due to the large number of deceased when the patient learns that suffering from disease is possessed by various negative feelings, which can stand in the process of treatment and its success.

Subsequently, studies have shown that there is a high incidence of psychiatric disorder in a large percentage of people with cancer, this makes us the need for more specialized staff in mental health that can come into contact with patients with cancer.

Based on the theoretical framework, we were led to the realization of a survey on "the management of people with cancer" upon completion of the survey highlighted a number of conclusions where the majority of people who completed the questions answered that have not been in contact with a psychologist and almost never with social worker. Of the one hundred (100), most were women with a share of 83.75% women and 16.25% men and diseased breast cancer and is in the process of chemotherapy. The largest proportion also said that after the occurrence of the disease was no change in the philosophy of 65%. While we see that report that their feelings have not undergone any change to 36.25% as opposed to 35% where externalize. Then we notice that most would like most financial support rather than a telephone line that had the opportunity to talk about their problem. They would, however, be a support provided for their family. Also highlighted a lack of awareness of support services in general and the distribution of a brochure. Impressive also conclusion is that the majority does not want to discuss about the physical problems with someone at a rate of 27.50%. It is also important conclusion that family relationships changed too and were closer in percentage 56.25%. An interesting conclusion and nasty is that people with cancer are often faced problems in their jobs at a rate of 75,50%.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πτυχιακή μας εργασία, πραγματεύεται τις <<στρατηγικές διαχείρισης συναισθημάτων των καρκινοπαθών>>. Συγκεκριμένα, παρουσιάζει τον τρόπο συμπεριφοράς των ασθενών και τις μεταβολές αυτού, τόσο πριν την εμφάνιση της ασθένειας όσο και μετά την εκδήλωση αυτής. Επιπλέον, εμπεριέχει τα επιμέρους τμήματα του θέματος τα οποία είναι: οι ορισμοί του καρκίνου, η καρκινογένεση, η μετάσταση, τα είδη, η διάγνωση και η θεραπεία της νόσου.

Η ανθρωπιστική φύση του επαγγέλματος της Κοινωνικής εργασίας σε συνδυασμό με τα συνεχώς αυξανόμενα ποσοστά του πληθυσμού τα οποία προσβάλλονται από την νόσο, αποτελούν τους δύο βασικούς λόγους ενασχόλησης μας με το συγκεκριμένο θέμα. Ως κοινωνικοί επιστήμονες εν δυνάμει, χρήζει η ανάγκη κατανόησης και εμβάθυνσης στα συναισθήματα που κατακλύζουν τους καρκινοπαθείς, στο πως αντιμετωπίζουν την ασθένεια, στο κατά πόσο έχουν επαρκή ενημέρωση για την νόσο.

Πρακτικά, η πτυχιακή αυτή εργασία μπορεί να συντελέσει-μέσω των πληροφοριών που καταγράφει-στην ενημέρωση τόσο των ασθενών, όσο και του οικείου περιβάλλοντος τους, για την ασθένεια του καρκίνου και όλες τις παραμέτρους και τις διαστάσεις αυτής. Επιπρόσθετα, κάνοντας λόγο για την πρόληψη, μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο κινητοποίησης ωθώντας τα άτομα σε προληπτικό έλεγχο. Τέλος, κάνοντας εκτενή αναφορά σε μία τέτοια ασθένεια η εργασία αυτή μπορεί να συμβάλλει όχι μόνο στην μείωση των προκαταλήψεων απέναντι σε αυτή αλλά και στην ελαχιστοποίηση του φόβου που βιώνει μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, όταν προσβληθεί.

Τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για να διερευνηθεί το εν λόγω θέμα είναι τα εξής: α)βιβλιογραφική ανασκόπηση και β)διεξαγωγή έρευνας, με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Στο πρώτο μέρος της εργασίας, δηλαδή στην βιβλιογραφική ανασκόπηση, αντλήθηκε υλικό από πληθώρα βιβλίων και επιστημονικών πηγών, ενώ

στο δεύτερο μέρος της εργασίας, δηλαδή στην έρευνα, λήφθηκε αντιπροσωπευτικό δείγμα από τους φορείς και συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο από τους ασθενείς.

ΣΠΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ :

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να αναδείξει πως διαχειρίζονται οι καρκινοπαθείς τα συναισθήματα τους, αν επηρεάστηκαν οι σχέσεις στην οικογένεια, αν γνωρίζουν φορείς υποστήριξης. Πιο συγκεκριμένα πόσο άλλαξε η καθημερινότητα με την νόσο.

Επιμέρους στόχοι της εργασίας αποτελούν:

- Η ανάδειξη των αποτελεσμάτων των στρατηγικών διαχείρισης των συναισθημάτων των καρκινοπαθών και ο θεραπευτικός ρόλος της οικογένειας.
- Οι τρόποι πρόληψης από τον καρκίνο.
- Η καταγραφή της χρησιμότητας των κοινωνικών λειτουργών σε καρκινοπαθείς.

ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ:

Ο βασικός λόγος που επιλέχθηκε το θέμα που πραγματεύεται η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία είναι οι συνεχώς αυξανόμενες διαστάσεις που παίρνει η νόσος του καρκίνου. Σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί, τα ποσοστά των ατόμων που έρχονται αντιμέτωπα με την ασθένεια, είναι πολύ μεγαλύτερα από αυτά του παρελθόντος.

Με βάση αυτά τα δεδομένα, αναδείχθηκε η ανάγκη ενασχόλησης με το εν λόγω θέμα προκειμένου να γίνει καταγραφή χρήσιμων πληροφοριών και να αναλυθεί διεξοδικά η ασθένεια και οι παράμετροι αυτής. Μέσω αυτής της εργασίας, έγινε λόγος σε ότι αφορά τον καρκίνο, δίνοντας πληροφορίες για το τι ακριβώς είναι, για την πρόληψη, την διάγνωση, την θεραπεία. Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην ανάδειξη των συναισθημάτων των ατόμων πριν και μετά την ασθένεια αλλά και στον τρόπο που διαχειρίζεται η κατάσταση από τους ίδιους.

A' ΜΕΡΟΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΡΙΣΜΟΙ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ :

Ο Ιπποκράτης είναι αυτός ο οποίος για πρώτη φορά ανέφερε την λέξη καρκίνος σε μία προσπάθεια του να περιγράψει διάφορους όγκους. Η ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων σε συνδυασμό με τις υπερβολικές ποσότητες τους, έχουν ως απόρροια την δημιουργία όγκων οι οποίοι αποτελούν την εικόνα του καρκίνου, δηλαδή το πώς αυτός γίνεται αντιληπτός. Συμπερασματικά, προκύπτει ότι ο καρκίνος είναι μία ασθένεια σχετιζόμενη με τα κύτταρα του οργανισμού.(be strong,2015)

Ως καρκίνος, μπορεί να οριστεί η μη ομαλή ανάπτυξη και πολλαπλασιασμός των κυττάρων ενός οργανικού συστήματος του ανθρώπινου σώματος. Επιπρόσθετα, μπορεί να θεωρηθεί ως εκείνη η διαδικασία που είναι ταυτόχρονα και φυσιολογική και λανθασμένη. (Σπηλιώτης,1999)

ΤΙ ΟΡΙΖΟΥΜΕ “ ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ” :

Μετάσταση ορίζεται το φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο τα καρκινικά κύτταρα διαφεύγουν και μεταναστεύουν προς τα υπόλοιπα σημεία του σώματος, στοχεύοντας τόσο στην κατασκευή “αποικιών” όσο και στην έντονη κυριαρχία τους στα σημεία τα οποία προσβάλλουν. Επιπρόσθετα, κύριο χαρακτηριστικό της μεταστατικής διαδικασίας αποτελεί η αλληλουχία σταδίων που ακολουθεί. Τα στάδια αυτά έχουν σύνθετο και πολυδιάστατο χαρακτήρα.

Πιο συγκεκριμένα, εμπεριέχουν διαδικασίες όπως, την απόσπαση των νεοπλασματικών κυττάρων από την πρωτοπαθή εστία, αλλά και την διήθηση των οργάνων που βρίσκονται σε κάποια απόσταση από αυτή. Στην συνέχεια, συντελείται

ένας πολλαπλασιασμός μεταξύ τους προκειμένου να δημιουργηθεί μία νέα νεοπλασματική εστία. Αξίζει να αναφερθεί, ότι το φαινόμενο της μετάστασης προκύπτει σε πολλές μορφές καρκίνου, όχι μόνο ανατρέποντας την ήδη υπάρχουσα κατάσταση, αλλά και καθυστερώντας με αυτό τον τρόπο την διαδικασία της ίασης.

Αυτό που χρήζει μεγάλης προσοχής και έχει ιδιαίτερη σημασία είναι το ότι το φαινόμενο της μετάστασης δεν είναι κάτι που συμβαίνει κατά τύχη. Δηλαδή, προτού αυτή προκύψει, ο όγκος που έχει διαγνωστεί στον ασθενή, έχει ήδη αποφασίσει την αποστολή κυττάρων προς αποικίες, καλλιεργώντας τις συνθήκες της επικείμενης μεταστατικής διαδικασίας. Συμπερασματικά , πρέπει να τονιστεί ότι η μετάσταση δεν προκύπτει σε όλους όσους πάσχουν από καρκίνο, καθώς υπάρχει πληθώρα περιστατικών που έχει ξεπεράσει την νόσο, χωρίς να έρθει αντιμέτωπο με μία ανάλογη κατάσταση.(Σπηλιώτης.1999)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ :

Αν ένας όγκος είναι καλοήθης, ο γιατρός μπορεί να συστήσει την αφαίρεσή του, για να αποφευχθεί η πιθανότητα να γίνει καρκινικός. Αν ο όγκος είναι καρκινικός, ο γιατρός θα θέλει να εξακριβώσει κατά πόσο έχει εξαπλωθεί, μια διαδικασία που ονομάζεται σταδιοποίηση.

Για τη σταδιοποίηση ακολουθούνται συγκεκριμένα βήματα. Ξεκινάει με αναλυτική σωματική εξέταση και λήψη του ιστορικού και ακολουθούν διαγνωστικές εξετάσεις που μπορεί να περιλαμβάνουν αξονική ή μαγνητική τομογραφία, ακτινογραφίες και εξετάσεις αίματος ή άλλες εργαστηριακές εξετάσεις. Η σταδιοποίηση είναι διαφορετική για κάθε τύπο καρκίνου. Κάθε τύπος έχει το δικό του χαρακτηριστικό ρυθμό ανάπτυξης, τη δική του τάση εξάπλωσης και συγκεκριμένη ομάδα οργάνων στα οποία είναι πιθανόν να εξαπλωθεί.

Οι πληροφορίες που συλλέγονται από αυτές τις εξετάσεις βοηθούν στην κατηγοριοποίηση του σταδίου του καρκίνου. Αν ο καρκίνος έχει εισβάλλει σε γειτονικό ιστό, τότε ονομάζεται επιθετικός. Αν ο καρκίνος έχει ταξιδέψει σε ένα διαφορετικό σημείο του σώματος, τότε ονομάζεται μεταστατικός (<http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/basicdetails/cancerdetection/diagnosisofcancer/>).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΠΩΣ ΠΡΟΚΥΠΤΕΙ Η ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ;

Είναι γεγονός, πως ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελείται από πληθώρα κυττάρων. Κάθε ένα από τα κύτταρα αυτά, περιέχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων. Έτσι, κάθε που πραγματοποιείται η διαίρεση ενός κυττάρου, γίνεται ταυτόχρονη αναπαραγωγή και των αντίστοιχων χρωμοσωμάτων. Όταν κατά την διαδικασία διαίρεσης των κυττάρων γίνει μία λειτουργία επιτελεστεί με λάθος τρόπο, τότε προκύπτει το φαινόμενο της "μετάλλαξης", από την οποία επηρεάζονται σημαντικά τα γονίδια του σώματος.

Αυτά τα κύτταρα-γονίδια που έχουν υποστεί τις αλλαγές λόγω της "μετάλλαξης", όχι μόνο μεταφέρουν λάθος μηνύματα, αλλά και λανθασμένες πληροφορίες για το έργο που τους αναλογεί. Παρά το γεγονός ότι τα κύτταρα αυτά θρέφονται όπως και τα υπόλοιπα κύτταρα του οργανισμού, δεν επιτελούν τις σωστές λειτουργίες με αποτέλεσμα να δημιουργούνται τα λεγόμενα "περιθωριακά κύτταρα", τα οποία διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο και επηρεάζουν έντονα την ομοιοστατική λειτουργία του οργάνου που κατοικούν.

Στην συνέχεια, ο "εισβολέας", δηλαδή τα υπό αλλαγή κύτταρα - γονίδια γίνεται αντιληπτός από τα φυσιολογικά κύτταρα, τα οποία με την σειρά τους ειδοποιούν τα κατασταλτικά για την κατάσταση που επικρατεί και την είσοδο του εν λόγω "εισβολέα". Ακολουθούν οι ειδικές ομάδες των λεμφοκυττάρων, οι οποίες όμως δεν είναι σε θέση να διαπράξουν οποιαδήποτε λειτουργία, δεδομένης της ύπαρξης ίδιου γενετικού υλικού σε όλα τα κύτταρα.

Αξίζει να αναφερθεί ότι η γρήγορη ανάπτυξη των κυττάρων δεν συνεπάγεται πάντα αρνητικές επιπτώσεις, παρά μόνο στην περίπτωση που τα αλλαγμένα κύτταρα-γονίδια δεν υπακούσουν στα ανασταλτικά κύτταρα και συνεχίσουν την διαρκή αναπαραγωγή. Σε αυτή την περίπτωση, το αλλαγμένο κύτταρο- γονίδιο έχει πάρει την μορφή καρκινικού πια κυττάρου. Το καρκινικό αυτό κύτταρο επιτελεί μία λειτουργία αδιάκοπης διαίρεσης εντός ενός διαστήματος από 2 εβδομάδες μέχρι 6 μήνες.

Δύο επιπλέον χαρακτηριστικά που συνθέτουν το καρκινικό κύτταρο, είναι αφενός η απουσία τοιχώματος που οδηγεί στην προσκόλληση αυτού σε υγιή κύτταρα και αφετέρου η έντονη επιθυμία διαφυγής του σε άλλα σε άλλα σημεία του σώματος. Αυτή η τάση διαφυγής ή μετανάστευσης του κυττάρου, αποτελεί το φαινόμενο της "μετάστασης" το οποίο θα οριστεί αναλυτικότερα στη συνέχεια. (Σπηλιώτης,1999)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ :

Στη σύγχρονη εποχή, το φαινόμενο του καρκίνου συναντάται όλο και συχνότερα, προσβάλλοντας όλο και περισσότερα όργανα του ανθρώπινου σώματος με αποτέλεσμα να θεωρείται η μάστιγα της εποχής διαστάσεις που έχει πάρει η ασθένεια είναι μεγαλύτερες από ποτέ κάνοντας επιτακτική την ανάγκη καταπολέμησης της με ριζικό τρόπο. Τα είδη του καρκίνου, τα οποία παραθέτονται στην συνέχεια, ολοένα και αυξάνονται, αναζητώντας το κάθε ένα την δική του ειδικά διαμορφωμένη θεραπεία.

Τα επικρατέστερα είδη καρκίνου είναι τα εξής:

4.1.1 Καρκίνος του μαστού :

Αυτή η μορφή καρκίνου, προσβάλλει μόνο το γυναικείο πληθυσμό και εμφανίζεται κυρίως μετά την ηλικία των 30. Αξίζει να αναφερθεί ότι το ποσοστό θνησιμότητας των γυναικών που πάσχουν από αυτό το είδος καρκίνου, έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια, δεδομένου ότι μπορεί να θεραπευτεί, μόνο εάν εντοπιστεί σε πρώιμο στάδιο.

Η διάγνωση του γίνεται είτε:

- μέσω της μαστογραφίας
- μέσω άλλων κλινικών εξετάσεων στις οποίες υποβάλλονται τα άτομα.

Συμπτώματα:

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει κυρίως την εξής συμπτωματολογία:

- Ανίχνευση όγκου
- Έντονος πόνος

Οι γυναίκες που έρχονται αντιμέτωπες με τα δύο προαναφερθέντα συμπτώματα, έχουν αρχίσει να υποψιάζονται ότι κάτι μπορεί να συμβαίνει και έτσι επισκέπτονται κάποιον ειδικό προκειμένου να υποβληθούν σε εξετάσεις για να διαγνωστεί το πρόβλημα. Ωστόσο, έντονο προβληματισμό προκαλεί η παραδοχή των περισσότερων ατόμων πως αν δεν εμφάνιζαν τα συμπτώματα δεν θα υποβάλλονταν σε προληπτικές εξετάσεις.

Οι θεραπείες του καρκίνου του μαστού είναι:

- Μαστεκτομή
- Ακτινοθεραπεία
- Ορμονοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία
- Συμπληρωματική θεραπεία στην οποία συνδυάζονται όλες οι παραπάνω θεραπείες.

4.1.2 Μελάνωμα :

Παρά την μειωμένη επικινδυνότητα που παρουσιάζουν οι καρκίνοι του δέρματος, το μελάνωμα ειδικά, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και επιδεινώνεται έντονα από την διαρκή έκθεση στον ήλιο. Επίσης, βασικό χαρακτηριστικό του, είναι ότι μπορεί να προσβάλλει κάθε ιστό του σώματος. Όμως όταν η διάγνωση του είναι έγκαιρη, τότε οι πιθανότητες ίασης του είναι αυξημένες.

Η διάγνωση του μελανώματος πραγματοποιείται με :

- Βιοψία
- Καταγραφή λεπτομερειών όπως: μέγεθος σπίλου, χρώμα
- Αιματολογικές εξετάσεις

Συμπτωματολογία:

- Μη ομαλά όρια ελιών
- Αλλαγή χρώματος ελιών.

- Μη ομοιογενές χρώμα
- Αιμορραγία

Θεραπεία μελανώματος:

Η θεραπεία μπορεί να συντελεστεί με περιορισμένη χειρουργική επέμβαση.

4.1.3 Καρκίνος του ήπατος :

Αυτό το είδος καρκίνου, όπως έχει διαπιστωθεί από επιστημονικές έρευνες, δεν παρουσιάζεται αρκετά συχνά στην Ελλάδα, συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες του κόσμου. Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί ότι πιο επιρρεπή σε αυτό το είδος καρκίνου είναι τα άτομα που έχουν έρθει αντιμέτωπα στο παρελθόν με άλλες παθήσεις του συκωτιού, όπως η κίρρωση. Ακόμα, χαρακτηριστικό αυτού του είδους, είναι η λεπτή γραμμή που το διαχωρίζει από τις ηπατίτιδες Β και C.

Η διάγνωση αυτής της μορφής συντελείται ως εξής:

- Με βιοψία ή
- Με εξετάσεις αίματος

Συμπτώματα αυτής της μορφής:

- Χαμηλός πυρετός
- Μειωμένη λειτουργικότητα
- Αδυναμία
- Πόνος στο συγκεκριμένο σημείο
- Μειωμένη όρεξη για φαγητό
- Αλλαγή στο χρώμα των ούρων

Η θεραπεία που ακολουθείται για αυτή την μορφή, είναι η παρακάτω:

- Χειρουργική επέμβαση

- Χημειοθεραπείες
- Ακτινοβολίες
- Συνδυαστική θεραπεία

4.1.4 Καρκίνος των νεφρών :

Η ηλικία εκδήλωσης αυτής της μορφής καρκίνου, είναι μεταξύ των 50 και 70 ετών. Έχει εκτιμηθεί ότι, οι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από αυτή την ασθένεια, συγκριτικά με τις γυναίκες. Ωστόσο, ο καρκίνος των νεφρών, αποτελεί μία αρκετά σοβαρή μορφή καρκίνου, δεδομένου ότι η ανίχνευση του όγκου, πραγματοποιείται ενώ ήδη είναι σε εξέλιξη η μεταστατική διαδικασία.

Η διάγνωση της νόσου, γίνεται με:

- Εξετάσεις αίματος
- Λαμβάνοντας δείγμα το οποίο θα χρησιμοποιηθεί για βιοψία

Η συγκεκριμένη μορφή καρκίνου, εκδηλώνεται μέσω συμπτωμάτων όπως:

- Συνεχής αδυναμία
- Αίσθημα κούρασης
- Μειωμένη όρεξη για φαγητό
- Δέκατα
- Αυξομειώσεις βάρους

Οι θεραπείες που ενδείκνυνται για αυτό το είδος είναι:

- Αφενός η χειρουργική επέμβαση και αφετέρου
- Η χημειοθεραπεία

4.1.5 Καρκίνος του λάρυγγα :

Η εκδήλωση του καρκίνου του λάρυγγα, καθορίζεται στο μέγιστο βαθμό, από την έκθεση του ατόμου σε νοσηρούς παράγοντες της σύγχρονης πραγματικότητας, όπως παραδείγματος χάριν, το τσιγάρο. Ωστόσο, το πλεονέκτημα όλων όσων τείνουν να εμφανίσουν αυτό το είδος καρκίνου, είναι ότι είναι σε θέση να αποτρέψουν την εμφάνισή του, χρησιμοποιώντας ως όπλο την πρόληψη.

Η διάγνωση του, γίνεται με τους εξής τρόπους:

- Μέσω της λήψης δείγματος για βιοψία
- Αιματολογικός έλεγχος
- Ακτινογραφίες

Τα συμπτώματα τα οποία εμφανίζουν οι ασθενείς είναι:

- Σταδιακή βραχνάδα
- Προβλήματα στην κατάποση
- Πόνοι στα αυτιά
- Πόνος στο λαιμό και
- Ανίχνευση μάζας σε αυτόν

Οι θεραπείες που μπορούν να εφαρμοστούν είναι:

- Είτε η χειρουργική επέμβαση, είτε
- Οι χημειοθεραπείες

4.1.6 Καρκίνος του παχέως εντέρου :

Η παραδοχή των ειδικών ότι ορισμένες παθήσεις που σχετίζονται με το έντερο, τείνουν να εξελιχθούν μελλοντικά σε καρκίνο του εντέρου, έχει προκαλέσει μεγάλη αναστάτωση στους πάσχοντες από εντερικές ανωμαλίες. Αυτό που πρέπει να

γνωστοποιηθεί είναι ότι ο καρκίνος του εντέρου είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την ποιότητα τροφής που προσλαμβάνεται από κάθε άτομο. Με άλλα λόγια, οι διατροφικές συνήθειες, είναι αυτές που θα καθορίσουν σε σημαντικό βαθμό, την εκδήλωση ή μη της νόσου.

Η διάγνωση του καρκίνου στο παχύ έντερο, μπορεί να επιτευχθεί:

- Λαμβάνοντας πληροφορίες από τον ασθενή και καταγράφοντας το ιστορικό του
- Ανάλυση αιματολογικών εξετάσεων
- Ανάλυση κοπράνων
- Αξονική εξέταση
- Μαγνητική τομογραφία
- Δακτυλική εξέταση του ασθενούς από τον ειδικό

Τα συμπτώματα του είναι:

- Αυξομειώσεις βάρους
- Παρατήρηση αίματος στα κόπρανα ή
- Αλλαγή του χρώματος τους σε μαύρο
- Αίσθημα ατελούς αφόδευσης
- Δυσκοιλιότητα ή διαρκή διάρροια

Οι θεραπείες που ακολουθούνται για την αντιμετώπιση του, είναι

- Χειρουργική επέμβαση
- Χημειοθεραπεία
- Ακτινοθεραπεία

4.1.7 Λευχαιμία :

Η λευχαιμία είναι ο λεγόμενος καρκίνος του αίματος και εκδηλώνεται μέσω της αυξημένης ανάπτυξης λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα, χωρίς όμως αυτά να κρίνονται απαραίτητα από τον οργανισμό.

Η διάγνωση της γίνεται με τους εξής τρόπους:

- Μυελόγραμμα, ή αλλιώς εξέταση του μυελού των οστών
- Εξετάσεις αίματος

Τα συμπτώματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωπα τα άτομα, είναι:

- Προσβολή από αυξημένο αριθμό λοιμώξεων
- Πυρετός
- Κόπωση
- Μελανιές στο σώμα που αργούν να υποχωρήσουν
- Αιμορραγίες
- Πόνος στα οστά

Οι καταλληλότερες θεραπείες για αυτό το είδος είναι:

- Χημειοθεραπεία
- Μεταμόσχευση μυελού των οστών
- Μεταμόσχευση των αρχέγονων κυττάρων
- Ραδιοθεραπεία
- Μεταμόσχευση κυττάρων ομφάλιου λώρου

4.1.8 Καρκίνος του στόματος :

Όπως έχει προαναφερθεί, ο καρκίνος προκύπτει από την ανώμαλη και υπέρμετρη ανάπτυξη κυττάρων που δεν είναι απαραίτητα στον οργανισμό του ανθρώπου. Αυτή είναι και η αιτιολογία του καρκίνου της στοματικής κοιλότητας. Αυτό που τον διαφοροποιεί όμως από τα άλλα είδη, είναι ότι οι μεταστάσεις που κάνει, αφορούν και επηρεάζουν το λεμφικό σύστημα, καθώς συντελούνται μέσω της λέμφου.

Η διάγνωση, προκύπτει μέσω:

- Οδοντιατρικού ελέγχου
- Ακτινογραφίας κεφαλής τραχήλου
- Ψηλάφηση λεμφαδένων τραχήλου

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η συμπτωματολογία είναι η εξής:

- Πρήξιμο των χειλιών
- Δυσκολία στις κινήσεις της κάτω γνάθου
- Πληγές στο στόμα
- Αίσθηση ότι κάτι υπάρχει στο φάρυγγα
- Μούδιασμα της γλώσσας
- Εντοπισμός κόκκινης κηλίδας στη γλώσσα ή στα ούλα
- Διόγκωση στη γνάθο

Οι κατάλληλες θεραπείες για αυτή την μορφή, είναι:

- Χειρουργική επέμβαση
- Χημειοθεραπεία η οποία μπορεί να εφαρμοστεί σε συγκεκριμένες περιπτώσεις

4.1.9 Καρκίνος του στομάχου :

Προκύπτει πιο συχνά στους άντρες και λιγότερο συχνά στις γυναίκες. Η ηλικία εκδήλωσης του είναι αυτή των 55 ετών και άνω. Αυτό που αυξάνει την επικινδυνότητα αυτής της μορφής, είναι ότι δεν μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα, καθώς κατά τα πρώτα στάδια της παρατηρείται απουσία συμπτωμάτων.

Η διάγνωση αυτής της μορφής συντελείται μέσω:

- Καταγραφή ιατρικού ιστορικού από τον ειδικό
- Αξονική εξέταση
- Μαγνητική εξέταση
- Αιματολογικές εξετάσεις
- Γαστροσκόπηση
- Βιοψία

Τα συμπτώματα είναι:

- Κούραση
- Απώλεια όρεξης
- Αυξομειώσεις βάρους
- Αίσθημα πληρότητας

- Άρνηση κατανάλωσης κρέατος
- Κοιλιακός πόνος
- Εμετοί που μπορεί να περιέχουν αίμα

Οι προτεινόμενες από τους ειδικούς θεραπείες είναι:

- Ακτινοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία

- Χειρουργική επέμβαση

4.1.10 Καρκίνος των όρχεων :

Οι επικρατέστερες μορφές οι οποίες συναντάται ο καρκίνος των όρχεων είναι είτε ο σεμινωματώδης τύπος, είτε ο μη σεμινωματώδης τύπος .Η συγκεκριμένη μορφή καρκίνου αφορά μόνο στον ανδρικό πληθυσμό και εκδηλώνεται σε αυτόν συνήθως σε νεαρές ηλικίες.

Η διάγνωση του, γίνεται με:

- Υπερηχογράφημα στο συγκεκριμένο σημείο
- Εξέταση από τον γιατρό
- Βιοψία

Η συμπτωματολογία είναι:

- Εντοπισμός όγκου
- Συγκέντρωση ποσότητας υγρού στο όσχεο
- Πόνος στο στήθος ή διόγκωση αυτού

Οι θεραπείες που ακολουθούνται είναι:

- Ακτινοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία
- Χειρουργική επέμβαση

4.1.11 Καρκίνος του πνεύμονα :

Αποτελεί το βασικότερο πρόβλημα υγείας που ταλανίζει όλο και μεγαλύτερα ποσοστά του πληθυσμού, σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει. Οι έρευνες αυτές, δίνουν ποσοστό θνησιμότητας 34% στους άντρες και 23% στις γυναίκες που έχουν προσβληθεί από την νόσο. Αυτό το είδος καρκίνου, διαχωρίζεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες α) μικροκυτταρικός τύπος και β)μη μικροκυτταρικός τύπος.

Ο πρώτος ,καλλιεργείται και δημιουργείται λόγω του καπνίσματος κυρίως, ενώ ο δεύτερος δεν δείχνει να επηρεάζεται από αυτή την συνήθεια.

Η διάγνωση του γίνεται με:

- Ακτινογραφία θώρακος
- Αξονική
- Μαγνητική
- Βιοψία
- Βρογχοσκόπηση

Τα συμπτώματα που εμφανίζονται στα άτομα είναι:

- Βήχας σε συνδυασμό με βρόγχο
- Πόνος στο θώρακα
- Βραχνή φωνή
- Δύσπνοια

Οι θεραπείες αυτής της μορφής είναι:

- Χειρουργική επέμβαση
- Χημειοθεραπεία
- Ακτινοθεραπεία

4.1.12 Καρκίνος του προστάτη :

Εκδηλώνεται μόνο στους άντρες σε μεγάλες συνήθως ηλικίες. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία ερευνών, το 13% των θανάτων στην Ελλάδα, οφείλεται σε αυτό το είδος καρκίνου.

Η διάγνωση του συντελείται με:

- Διαρθικό υπέρηχο
- Δακτυλική εξέταση
- Βιοψία

Τα συμπτώματα που τον χαρακτηρίζουν είναι:

- Αίμα στα ούρα
- Αίμα στο σπέρμα

Οι θεραπείες στις οποίες μπορούν να καταφύγουν οι ασθενείς είναι:

- Ακτινοθεραπεία
- Ορμονοθεραπεία
- Βραχυθεραπεία

4.1.13 Καρκίνος του παγκρέατος :

Αποτελεί μία από τις πιο σοβαρές μορφές καρκίνου, με υψηλό ποσοστό θνησιμότητας καταλαμβάνοντας την τέταρτη θέση ανάμεσα στους καρκίνους που προκαλούν πιο συχνά το θάνατο. Επιπλέον, βασικό μειονέκτημα της αποτελεί το γεγονός ότι όταν γίνει η διάγνωση της, τις περισσότερες φορές, έχουν ήδη ξεκινήσει οι μεταστατικές διαδικασίες.

Μπορεί να διαγνωστεί με:

- Αιματολογικές εξετάσεις
- Ακτινογραφία

Η συμπτωματολογία που την διέπει είναι:

- Παρουσία καφέ χρώματος στα ούρα
- Άχρωμα κόπρανα
- Αίσθηση κατάθλιψης
- Κόπωση
- Κίτρινο χρώμα δέρματος

Η θεραπεία που ακολουθείται, είναι:

- Χειρουργική επέμβαση

4.1.14 Λέμφωμα Hodgkin :

Επηρεάζει και εκδηλώνεται στο λεμφικό σύστημα, καθιστώντας αδύναμο και μη ικανό να ανταποκριθεί στις λειτουργίες του και να συντελεί στην καταπολέμηση των λοιμώξεων.

Διάγνωση του Hodgkin:

- Καταγραφή ιατρικού ιστορικού
- Ακτινογραφίες θώρακος, οστών σπλήνα
- Βιοψία
- Αιματολογικές εξετάσεις

Τα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται, είναι:

- Απώλεια βάρους
- Διόγκωση λεμφαγγείων
- Πυρετός
- Νυχτερινή εφίδρωση

Οι θεραπείες προκειμένου να αντιμετωπιστεί είναι:

- Ακτινοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία
- Συνδυασμός και των 2 παραπάνω

4.1.15 Λέμφωμα non hodgin :

Επηρεάζει και αυτό το λεμφικό σύστημα του οργανισμού, διαταράσσοντας την ισορροπία του.

Η διάγνωση του γίνεται με τους παρακάτω τρόπους:

- Αξονική
- Υπερηχογράφημα
- Ιατρικό ιστορικό
- Αιματολογικές εξετάσεις
- Βιοψία
- Ακτινογραφίες θώρακος, οστών, σπλήνας

Τα συμπτώματα εκδήλωσης του είναι:

- Ναυτία
- Εμετός
- Πόνος στο στομάχι
- Απώλεια βάρους
- Νυχτερινή εφίδρωση
- Διόγκωση λεμφαγγείων
- Πυρετός

Οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται για την ίαση αυτού του είδους είναι:

- Χημειοθεραπεία
- Ακτινοθεραπεία

4.1.16 Καρκίνος των οστών :

Η ανάπτυξη παθολογικών κυττάρων, κατακλύζει καταστρέφει τα οστά του ανθρώπινου σώματος, τα οποία εάν προσβληθούν από αυτή την μορφή καρκίνου, εμφανίζουν τα σαρκώματα. Έχει διαπιστωθεί ότι, οι πιο ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες τις οποίες προσβάλλει ο καρκίνος των οστών είναι τα παιδιά και οι νέοι.

Η διάγνωση της ασθένειας γίνεται μέσω:

- Ιατρικού ιστορικού
- Ακτινογραφιών
- Λήψεων αίματος

Τα συμπτώματα που οδηγούν τον ασθενή στον ειδικό είναι:

- Πόνος στα οστά
- Δυσκολία στην κίνηση των αρθρώσεων

Οι κατάλληλες θεραπείες για αυτή την μορφή καρκίνου είναι:

- Χημειοθεραπεία
- Ακτινοθεραπεία
- Χειρουργική επέμβαση

4.1.17 Καρκίνος της μήτρας :

Εκδηλώνεται στο γυναικείο φύλο και προσβάλλει τον τράχηλο της μήτρας. Πρέπει να αναφερθεί, ότι αποτελεί ιάσιμη μορφή καρκίνου, αν ανιχνευτεί έγκαιρα. Είναι ενθαρρυντικό το γεγονός, ότι έχουν μειωθεί σημαντικά τα ποσοστά θνησιμότητας των γυναικών που αντιμετώπισαν την νόσο, συγκριτικά με το παρελθόν.

Η διάγνωση αυτού του καρκίνου γίνεται με:

- Τεστ Παπ
- Κολποσκόπηση
- Βιοψία
- Ενδοτραχηλική απόξεση
- Ψηλάφηση της περιοχής από το γυναικολόγο

Η συμπτωματολογία των ασθενών έχει στοιχεία όπως:

- Αιμορραγία κόλπου
- Πόνος στο σημείο
- Εκτιμάται και η περίπτωση απουσίας συμπτωμάτων

Οι θεραπείες που κατά καιρούς χρησιμοποιούνται είναι:

- Χημειοθεραπεία
- Ακτινοθεραπεία
- Χειρουργική επέμβαση (be strong,2014)

Στις παραπάνω σελίδες, καταγράφηκαν τα είδη του καρκίνου που είναι πιο διαδεδομένα και που αφορούν μεγάλα τμήματα του πληθυσμού. Έγινε μία προσπάθεια καθορισμού των συμπτωμάτων, της διάγνωσης και της θεραπείας του κάθε είδους μεμονωμένα. Αυτό που χρήζει ιδιαίτερης σημασίας και πρέπει να αναφερθεί είναι ότι εάν κάποιος παρουσιάσει ένα από αυτά τα συμπτώματα, η ακόμα και συνδυασμό αυτόν, δεν σημαίνει ότι πάσχει από καρκίνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

5.1 Η ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ :

Στην ιατρική ορολογία, ο καρκίνος είναι η νόσος που προκαλείται από άναρχο και αφύσικο πολλαπλασιασμό παθολογικών κυττάρων στους ιστούς του σώματος, που, συνακόλουθα, προκαλούν το σχηματισμό κακοήθων όγκων στον οργανισμό. Ουσιαστικά, ο καρκίνος αποτελεί κυτταρική νόσο (Ρηγάτος, 2000).

Ο καρκίνος αφορά μια μεγάλη ομάδα νόσων με κοινά αλλά και διαφορετικά χαρακτηριστικά, ανάλογα με τη θέση εντόπισης τους. Ο καρκίνος προκαλεί ποικίλα έντονα και δυσάρεστα προβλήματα λόγω της θεραπείας της νόσου. Συνεπακόλουθα, ο ασθενής με καρκίνο βιώνει μία πληθώρα συμπτωμάτων σε κάθε στάδιο της πορείας της νόσου όπου διαταράσσεται η οργανική, η συναισθηματική, η κοινωνική καθώς και η πνευματική ισορροπία της ζωής του. Σπανίως τα συμπτώματα εμφανίζονται μεμονωμένα στους ασθενείς. Οι πάσχοντες αναφέρουν συνήθως κατά μέσο όρο έντεκα έως δεκατρία συμπτώματα τα οποία εμφανίζονται ταυτόχρονα, γνωστά διεθνώς ως «symptoms cluster» συμπλέγματα συμπτωμάτων (Σ.Σ) (Γκιμπάντι, 2006).

Τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι διάφορες ασθένειες είναι εκείνα που ωθούν τους ασθενείς να αναζητήσουν θεραπεία. Η διάγνωση του καρκίνου συχνά συνοδεύεται από την εμφάνιση ομάδος κλινικών συμπτωμάτων και εκδηλώσεων της νόσου στους ασθενείς. Με την έναρξη της θεραπείας οι πάσχοντες έχουν να αντιμετωπίσουν και τις εκδηλώσεις που προέρχονται από την τοξική δράση των φαρμάκων. Ταυτόχρονα, υποβάλλονται σε υποστηρικτικές θεραπείες που περιλαμβάνουν την χορήγηση αναλγητικών και ναρκωτικών φαρμάκων τα οποία με τη σειρά τους δύναται να προκαλέσουν επιπλοκές που θα εκδηλωθούν με συγκεκριμένη συμπτωματολογία. Τα συχνότερα συμπτώματα που αναδεικνύει η βιβλιογραφία είναι ψυχοσωματικής φύσης όπως κόπωση, πόνος, κατάθλιψη, διαταραχές του ύπνου, απώλεια όρεξης, δυσκοιλιότητα, υπνηλία, δύσπνοια, ναυτία, έμετος, ξηροστομία, αιμωδίες και πυρετός (Walsh, Rybicki, & Nelson, 2002).

Τα θεωρητικά μοντέλα που χρησιμοποιούνται για την αναγνώριση των συμπτωμάτων βασίζονται σε τρία στοιχεία (Ιακωβίδης, & Ιακωβίδης, 2001):

- την εμπειρία των συμπτωμάτων,
- τις στρατηγικές διαχείρισης των συμπτωμάτων,
- την έκβαση των συμπτωμάτων στον ασθενή.

Στο μοντέλο εμπειρίας των συμπτωμάτων περιλαμβάνεται η άποψη του ασθενή, καθώς και η αξιολόγηση και η ανταπόκρισή του στα συμπτώματα. Ο ασθενής δύναται να επηρεαστεί από τα συμπλέγματα συμπτωμάτων σε διάφορες ψυχοσωματικές του λειτουργίες, όπως η σωματική του δραστηριότητα, η πνευματική του κατάσταση, η νοσηρότητα, η θνησιμότητα, το κόστος, η ποιότητα ζωής του, και η αυτοφροντίδα του (Ιακωβίδης, & Ιακωβίδης, 2001).

Βάση της θεωρίας των δυσάρεστων αποτελεσμάτων, η περιγραφή των συμπτωμάτων αφορά την παρουσία μεμονωμένων ή πολλαπλών συμπτωμάτων που μπορούν να επηρεάσουν το ένα το άλλο. Η περιγραφή των συμπτωμάτων περιλαμβάνει: ένταση (βαρύτητα), κόπωση (σωματική, ψυχολογική), ποιότητα καθώς και χρόνο (στιγμή, διάρκεια, συχνότητα) των συμπτωμάτων. Ταυτοχρόνως, επηρεάζει την προϋπαρξη συμπτωμάτων που είναι δυνατό να οδηγήσουν σε δυσάρεστες συνέπειες. Τέτοια προϋπάρχοντα συμπτώματα μπορεί να είναι ψυχολογικές, σωματικές καθώς και περιπτωσιολογικές καταστάσεις, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν τα συμπλέγματα συμπτωμάτων (Ιακωβίδης, & Ιακωβίδης, 2001).

Σύμφωνα με το μοντέλο της διαχείρισης των συμπτωμάτων, τα συμπτώματα ορίζονται ως μία υποκειμενική εμπειρία και αντανακλούν τις αλλαγές στη βιο-ψυχοκοινωνική λειτουργία, στις αισθήσεις καθώς και στη γνώση των ασθενών. Είναι δυνατόν να υπάρξουν πολλές διαφορετικές ανταποκρίσεις του ασθενή σε ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα, ανάλογα με το φυσιολογικό, το ψυχολογικό και το κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο αλλά και την ίδια τη συμπεριφορά του ασθενή (Ιακωβίδης, & Ιακωβίδης, 2001).

Η πορεία της νόσου του καρκίνου δύναται να έχει διαφορετική έκβαση για κάθε ασθενή, ανάλογα τη βαρύτητα αλλά και τις επιπλοκές που είναι δυνατόν να εμφανίσει κατά την εξέλιξή της. Η θνητότητα των ασθενών με καρκίνο αποτελεί το χειρίστο σενάριο έκβασης της νόσου (Fleishman, 2011).

5.2 ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ :

Στην θεραπεία του καρκίνου περιλαμβάνονται η χειρουργική θεραπεία, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία. Ανάλογα με το είδος και τη θέση του καρκίνου, το στάδιο το οποίο βρίσκεται η νόσος, την ηλικία και τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς, επιλέγεται και η κατάλληλη θεραπεία (Ρις, 2000).

Οι θεραπείες που γίνονται σε ασθενείς με καρκίνο, μπορούν να δημιουργήσουν κάποιες παρενέργειες. Με τις θεραπείες αυτές μπορεί να είναι στόχος τα καρκινικά κύτταρα, αλλά δυστυχώς καταστρέφονται προσωρινά κι πολλά υγιή. Έτσι εξηγούνται και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των θεραπειών αυτών (Φούντζηλας, & Μπαρμπούνης, 2006).

Ο καρκίνος αποτελεί σήμερα στην Ελλάδα τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Το πλήθος των ατόμων που πρέπει να υποβληθούν σε θεραπεία αυξάνεται ενώ οι ανάγκες που προκύπτουν από τις θεραπείες και τις παρενέργειες τους είναι πολλαπλές (Σέμογλου, 1998).

5.2.1 Χειρουργική θεραπεία :

Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί, προφανώς, την παλιότερη αλλά και πιο κοινή θεραπευτική προσέγγιση κατά του καρκίνου. Η διάνοιξη του σώματος του ασθενούς με σκοπό την αφαίρεση του όγκου αποτέλεσε ουσιαστικά την πρώτη λύση κατά της επάρατου νόσου, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που ο καρκίνος δεν έχει εξαπλωθεί σε άλλα όργανα (μετάσταση). Η εξέλιξη της τεχνολογίας τις τελευταίες δεκαετίες έχει εξοπλίσει τους επιστήμονες με εργαλεία διάγνωσης και χειρουργικής επέμβασης που καθιστούν πολύ πιο αποτελεσματικές τις προσπάθειές τους και επιδρά σε μικρό ποσοστό βλαπτικά στους περιβάλλοντες τον όγκο υγιείς ιστούς (Teunissen, Wesker, & Kruitwagen, 2007).

Ο όρος «χειρουργείο» είναι οικείος σε όλους και δε χρειάζεται ιδιαίτερη ανάλυση για να αντιληφθεί κανείς πως αφορά διαδικασίες άμεσης επέμβασης στις λειτουργίες του σώματος. Αυτό, όμως, δε σημαίνει πως όλες οι σύγχρονες χειρουργικές προσεγγίσεις είναι όμοιες και περιλαμβάνουν τον ίδιο βαθμό επέμβασης. Η εκρηκτική ανάπτυξη της ιατρικής και χειρουργικής τεχνολογίας έχει δώσει τη δυνατότητα στους ειδικούς να εφαρμόζουν εξελιγμένες τεχνικές επέμβασης με πολύ λιγότερες δυσάρεστες συνέπειες για τον ασθενή και το σώμα του (Rutledge, & McGuire, 2004).

Ο σκοπός κάθε εγχείρησης μπορεί να ποικίλλει. Μπορεί να γίνει για να εξακριβωθεί αν κάποιος όγκος είναι κακοήθης, για να αφαιρεθεί ένας καρκινικός όγκος ή για να εξακριβωθεί η εξάπλωση των καρκινικών κυττάρων σε άλλα μέρη του σώματος. Όταν δεν είναι δυνατό να αφαιρεθεί όλος ο καρκινικός όγκος, μπορεί να πραγματοποιηθεί η διαδικασία μείωσης του όγκου για να γίνει η χημειοθεραπεία ή η ακτινοθεραπεία πιο αποτελεσματική. Σε περίπτωση που είναι εφικτό να αφαιρεθεί με ασφάλεια ο όγκος και να μην παραμείνουν καρκινικά υπολείμματα, μπορεί να επιτευχθεί πλήρης ίαση (Teunissen, Wesker, & Kruitwagen, 2007).

5.2.2 Χημειοθεραπεία :

Ο όρος χημειοθεραπεία αναφέρεται σε μια μορφή θεραπευτικής αγωγής κατά του καρκίνου. Η χημειοθεραπεία περιλαμβάνει τη χρήση φαρμάκων που αποσκοπούν στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Αποτελεί συνήθη πρακτική για την αντιμετώπιση των περισσότερων ειδών καρκίνου, και χρησιμοποιείται ποικιλοτρόπως, είτε σε συνδυασμό με αγωγές ακτινοβολίας και χειρουργικές επεμβάσεις (λήψη πριν ή μετά την εγχείρηση), είτε κατά μονάς (Yamagishi, et al., 2009).

Η χημειοθεραπεία έκανε την εμφάνιση της στη δεκαετία του 1950 και έχει έκτοτε αποδειχτεί εξαιρετικά αποτελεσματική σε αρκετές περιπτώσεις. Παγκόσμια, διενεργούνται συνεχείς έρευνες γύρω από υπάρχοντες ή και νέες φαρμακευτικές ουσίες, που στόχο έχουν την πληρέστερη αντιμετώπιση διαφόρων ειδών καρκίνου, με όσο το δυνατόν λιγότερες επιβλαβείς επιδράσεις στα υγιή κύτταρα. (Given, 2007). Στόχος της χημειοθεραπείας είναι η καταπολέμηση των καρκινικών κυττάρων. Μολονότι σε ορισμένες περιπτώσεις αυτό επιτυγχάνεται πλήρως και ο ασθενής θεραπεύεται, σε αρκετές άλλες η χημειοθεραπεία μπορεί μόνο να περιορίσει, όχι να εξαφανίσει, τον καρκινικό όγκο (Yamagishi, et al., 2009).

Ο Καρκίνος είναι στην ουσία μια ομάδα κυττάρων με ιδιάζουσα, αφύσικη συμπεριφορά. Τα κύτταρα αυτά πολλαπλασιάζονται ταχύτατα και ανεξέλεγκτα, επιδρώντας αρνητικά στην υγεία του ανθρώπινου οργανισμού. Αν και υπάρχουν πολλά είδη καρκίνου, το καθένα με διαφορετική λειτουργία, υπόσταση και βλαπτική επίδραση, όλα χαρακτηρίζονται από άναρχο κυτταρικό πολλαπλασιασμό. Εξαιτίας της διαφορετικής υπόστασης του εκάστοτε τύπου καρκίνου, υπάρχουν διάφορες παραλλαγές χημειοθεραπείας. Συχνά απαιτείται συνδυασμός χημειοθεραπευτικών ουσιών για την επιτυχή ή καλύτερη αντιμετώπιση ενός τύπου καρκίνου (Yamagishi, et al., 2009).

Η χημειοθεραπεία συνήθως παρέχεται με τους εξής τρόπους (Μέγκα, και συν., 2003):

- Στοματικά, με το φάρμακο να έχει τη μορφή χαπιού ή υγρού.
- Μέσω ενέσεων.

- Ενδοφλεβίως. Η μέθοδος αυτή αποτελεί και τη συνηθέστερη πρακτική. Σε κάποιο σημείο του κυκλοφοριακού συστήματος του ασθενή συνδέεται ένας μικρός πλαστικός σωλήνας (καθετήρας) μέσω του οποίου διοχετεύεται η φαρμακευτική ουσία στον οργανισμό.
- Η τακτικότητα λήψης της χημειοθεραπείας εξαρτάται από το είδος τους καρκίνου, τη θεραπευτική προσέγγιση που εφαρμόζει ο ιατρός και την ανταπόκριση του οργανισμού στη θεραπεία.

Το κόστος της συγκεκριμένης θεραπείας ποικίλλει και καθορίζεται από διάφορους παράγοντες, όπως το είδος τους καρκίνου, τον τύπο του φαρμάκου, τη διάρκεια της θεραπείας κτλ. Είναι αλήθεια πως το κόστος μπορεί να είναι μεγάλο και γι' αυτό απαιτείται από τον ασθενή προσεκτικός σχεδιασμός και ανάλυση των οικονομικών του δυνατοτήτων και των απαιτήσεων της θεραπείας (Μέγκα, και συν., 2003).

Ο κατεξοχήν στόχος της χημειοθεραπείας είναι η ίαση, δηλαδή η μακροχρόνια επιβίωση χωρίς νόσο. Για την ίαση απαιτείται η εκρίζωση όλων των νεοπλασματικών κυττάρων. Αν η ίαση είναι αδύνατη τότε στόχος της αγωγής γίνεται η ανακούφιση του ασθενούς, η οποία του επιτρέπει να διατηρήσει ένα «φυσιολογικό» τρόπο ζωής. Η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί πριν από μια επέμβαση για να συρρικνώσει τον καρκίνο και να κάνει την επέμβαση πιο εύκολη ή πιο αποτελεσματική (προεγχειρητική χημειοθεραπεία). Πιο συχνά όμως, η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται μετά από μια επέμβαση για αφαίρεση του καρκίνου ακόμα κι αν δεν υπάρχουν σημεία ότι ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί (επικουρική χημειοθεραπεία). Σε κάποια είδη καρκίνου, ιδιαίτερα του μαστού και του παχέως εντέρου, η επικουρική χημειοθεραπεία έχει δείξει ότι μειώνει τις πιθανότητες επανεμφάνισης του καρκίνου, ενώ τα άτομα με καρκίνο που κάνουν αυτή τη θεραπεία ζουν γενικά περισσότερο σε σχέση με αυτούς που δεν την κάνουν. Σε περιπτώσεις που ο καρκίνος δεν μπορεί να θεραπευτεί, η χημειοθεραπεία μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής παρηγορητική χημειοθεραπεία (Liu, et al., 2009).

Η χορήγηση της χημειοθεραπείας αποτελεί μια περίπλοκη διαδικασία. Κάθε ώση χημειοθεραπείας σκοτώνει ένα σταθερό ποσοστό κυττάρων ανάλογα με τον τρόπο που δρα. Για παράδειγμα, η διάγνωση της λευχαιμίας τίθεται συνήθως όταν υπάρχουν στο σώμα συνολικά περίπου 10⁹ λευχαιμικά κύτταρα. Συνεπώς, αν η

θεραπεία καταστρέφει το 99,99% των κυττάρων, τότε θα επιβιώσει το 0,001% των 109 κυττάρων. Σε αυτό το σημείο ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός, δηλαδή βρίσκεται σε ύφεση, παρόλα αυτά χρειάζεται επιπρόσθετη θεραπεία για την πλήρη εξάλειψη του πληθυσμού των λευχαιμικών κυττάρων. Επιπρόσθετα, τα αντικαρκινικά φάρμακα είναι τοξίνες που συνιστούν θανάσιμη απειλή για τα κύτταρα και συνεπώς τα κύτταρα έχουν αναπτύξει περίτεχνους μηχανισμούς άμυνας για να προστατευτούν από αυτά. Αυτή η ανάπτυξη ανθεκτικότητας στα φάρμακα ελαχιστοποιείται με τη βραχυχρόνια, εντατική και διακεκομμένη θεραπεία με συνδυασμούς φαρμάκων. Τα μεσοδιαστήματα που μεσολαβούν μεταξύ των ώσεων της χημειοθεραπείας δίνουν τη δυνατότητα στα κύτταρα του όγκου να αρχίσουν να πολλαπλασιάζονται εκ νέου. Είναι όμως απαραίτητα, γιατί εκτός από την μείωση του φαινομένου της ανάπτυξης ανθεκτικότητας που αναφέρθηκε πιο πάνω, επιτρέπουν σε ορισμένους φυσιολογικούς ιστούς που προσβάλλονται από τη χημειοθεραπεία και ελαττώνονται, να αποκατασταθούν στο φυσιολογικό. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται βαθμιαία ελάττωση του αριθμού της νεοπλασματικής μάζας, ώστε τελικά να επιτευχθεί η πλήρης εξαφάνιση του όγκου και η αδυναμία ανεύρεσης νόσου με κλινικοεργαστηριακά μέσα (πλήρης ύφεση) (Liu, et al., 2009).

Τα φάρμακα της χημειοθεραπείας μπορούν να χωριστούν σε διάφορες κατηγορίες, ανάλογα με τον τρόπο δράσης τους, τη χημική δομή τους και τη σχέση τους με άλλα φάρμακα (Μέγκα, και συν., 2003).

Η χημειοθεραπεία οφείλει την επιτυχία της στην χορήγηση πολλών και όχι ενός φάρμακου. Τις περισσότερες φορές συνδυάζονται κυτταροτοξικές ουσίες οι οποίες έχουν διαφορετικές τοξικές δράσεις, διαφορετικούς μοριακούς στόχους και μηχανισμούς δράσης (Liu, et al., 2009). Οι συνδυασμοί φαρμάκων έχουν τα ακόλουθα πλεονεκτήματα (Μέγκα, και συν., 2003):

(α) επιτρέπουν τη μέγιστη δυνατή καταστροφή κυττάρων μέσα σε ανεκτά όρια τοξικότητας,

(β) είναι αποτελεσματικοί εναντίον ενός ευρύτερου φάρματος κυτταρικών κλώνων μέσα στον ετερογενή πληθυσμό του όγκου, και

(γ) μπορεί να επιβραδύνουν ή και να αποτρέψουν την εμφάνιση ανθεκτικών κυτταρικών κλώνων.

Η χημειοθεραπεία επηρεάζει και τα φυσιολογικά κύτταρα παράλληλα με τα καρκινικά, παρόλα αυτά η τοξικότητα των φαρμάκων αυτών είναι μεγαλύτερη στα κακοήθη παρά στα φυσιολογικά κύτταρα. Ενώ τα καρκινικά κύτταρα δεν ανακάμπτουν μετά την έκθεση τους στην χημειοθεραπεία, τα υγιή κύτταρα έχουν μηχανισμούς επιδιόρθωσης που τους επιτρέπουν να λειτουργήσουν ξανά φυσιολογικά. Τα φυσιολογικά κύτταρα που είναι πιθανότερο να επηρεαστούν είναι αυτά που διαιρούνται γρήγορα με ρυθμό ίσο ή και μεγαλύτερο από τους καρκινικούς, όπως αυτά που βρίσκονται στο μυελό των οστών, στο βλεννογόνο της γαστρεντερικής οδού, στο αναπαραγωγικό σύστημα και στους θύλακες των τριχών, και παρουσιάζουν τις πιο συχνές και πιο επικίνδυνες παρενέργειες. Αφού ολοκληρωθεί η θεραπεία αυτά τα κύτταρα συνήθως αναρρώνουν (Yamagishi, et al., 2009).

5.2.3 Ακτινοθεραπεία :

Η χρήση ακτινοβολίας κατά του καρκίνου αποσκοπεί στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων και στη συρρίκνωση των καρκινικών όγκων. Ενέργεια σε μορφή ακτινών κατευθύνεται μέσω κυμάτων ή σωματιδίων στον όγκο των καρκινικών κυττάρων που επιδρούν βλαπτικά στα γονίδια και τη μοριακή υπόσταση των κυττάρων με αποτέλεσμα την αδυναμία περαιτέρω ανάπτυξης και διαίρεσης των καρκινικών κυττάρων. Η ακτινοθεραπεία είναι η πρώτη μη χειρουργική θεραπευτική προσέγγιση κατά του καρκίνου, και εμπλούτισε σημαντικά το οπλοστάσιο της ιατρικής στις μάχες της κατά της επάρατου νόσου. Επονομάζεται, επίσης, ραδιοθεραπεία, θεραπεία με ακτίνες X και θεραπεία με κοβάλτιο ή ακτινοβόληση (Gilbar, 1991).

Στόχος της ακτινοθεραπείας είναι η σμίκρυνση ή η εξαφάνιση του όγκου. Όταν η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιηθεί για να μειώσει το μέγεθος των κακοηθών όγκων και σε μερικές περιπτώσεις να τους εξουδετερώσει πλήρως, ονομάζεται ριζική ακτινοθεραπεία. Η ακτινοθεραπεία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την ανακούφιση από τους πόνους που προκαλεί ο καρκίνος ή οι μεταστάσεις του στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει ελπίδα ίασης από καρκίνο όταν άλλες θεραπείες δεν μπορούν να χορηγηθούν ή όταν αυτές έχουν αποτύχει (ανακουφιστική ακτινοθεραπεία). Ως μονοθεραπεία, μπορεί να είναι επαρκής θεραπεία για μερικές μορφές εντοπισμένων καρκίνων ή να αποτελεί μέρος θεραπευτικού σχήματος συνδυασμού μορφών αντικαρκινικής θεραπείας. Ο συνδυασμός ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας χρησιμοποιείται στη θεραπεία κατά του καρκίνου με στόχο τη μεγιστοποίηση των πιθανοτήτων ίασης του ασθενούς. Η μείωση του μεγέθους ενός καρκίνου που πετυχαίνει η ακτινοθεραπεία μπορεί να επιτρέπει τη χειρουργική του αφαίρεση που διαφορετικά δεν θα ήταν δυνατό να γίνει (Gilbar, 1991).

Η ακτινοθεραπεία παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα όταν χρησιμοποιείται κατά κυττάρων που διαιρούνται και πολλαπλασιάζονται γρήγορα και άναρχα. Τα καρκινικά κύτταρα χαρακτηρίζονται από αυτήν ακριβώς τη λειτουργία. Δυστυχώς, όμως, η ακτινοβολία επιδρά βλαπτικά, εκτός από τα καρκινικά κύτταρα, και στα υγιή κύτταρα, με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαφόρων παρενεργειών. Μάλιστα, με στόχο την προστασία του υγιούς ιστού, οι ειδικοί απέφευγαν να εφαρμόζουν

ακτινοθεραπεία σε μια περιοχή του σώματος για δεύτερη φορά. Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες έχουν καταδείξει πως, σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να εφαρμοστεί ακτινοθεραπεία στην ίδια περιοχή δίχως ιδιαίτερο επιπλέον κίνδυνο για τον υγιή ιστό. Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας είναι συνήθως μακροπρόθεσμες, καθώς τα επηρεαζόμενα από την ακτινοθεραπεία κύτταρα, υγιή και καρκινικά, δεν πεθαίνουν άμεσα, αλλά σταδιακά, σε περίοδο ημερών ή και μηνών μετά την έκθεση στην ακτινοβολία (Gilbar, 1991).

Η ακτινοβολία που συνήθως χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της θεραπείας ονομάζεται ιονίζουσα, καθώς σχηματίζει ιόντα (άτομα με θετικό ή αρνητικό ηλεκτρικό φορτίο) στα κύτταρα των ιστών που εφαρμόζεται, απελευθερώνοντας ηλεκτρόνια ατόμων (Gilbar, 1991). Η ιονίζουσα ακτινοβολία διακρίνεται σε δύο μεγάλες ομάδες:

- Ακτινοβολία φωτονίων (ακτίνες X και γάμα). Τα φωτόνια εκπέμπονται από ραδιενεργούς πηγές, όπως κοβάλτιο ή καίσιο, ή από μια ειδική συσκευή που ονομάζεται Γραμμικός Επιταχυντής (linear accelerator). Η ακτινοβολία φωτονίων είναι το συνηθέστερο είδος ακτινοβολίας σε αγωγές κατά του καρκίνου (Gilbar, 1991).
- Ακτινοβολία σωματιδίων (ηλεκτρόνια, πρωτόνια, νετρόνια, σωματίδια Άλφα και Βήτα). Δέσμες ηλεκτρονίων μπορούν να παραχθούν και να κατευθυνθούν στο καρκινοπαθή ιστό μέσω Γραμμικού Επιταχυντή (Ρις, 2000).

Η ιονίζουσα ακτινοβολία, εξαιτίας της ισχύος της, χαρακτηρίζεται από υψηλή διεισδυτικότητα στους καρκινοπαθείς ιστούς. Υπάρχουν, ωστόσο, και μορφές λιγότερο ισχυρής ακτινοβολίας που χαρακτηρίζονται μη ιονίζουσες, όπως τα ραδιοκύματα, τα μικροκύματα και τα κύματα φωτός. Η ποικιλία στα είδη ακτινοβολίας παρέχει στους ειδικούς τη δυνατότητα να διαλέγουν κατά περίπτωση την καλύτερη δυνατή αγωγή για τον ασθενή τους. Για παράδειγμα, σε περιπτώσεις καρκινικών όγκων που εντοπίζονται επιφανειακά, κοντά στο δερματικό ιστό, χρησιμοποιείται κυρίως ακτινοβολία ηλεκτρονίων, που έχει χαμηλή διεισδυτικότητα. Η χρήση ακτινοβολίας δεσμών πρωτονίων αποτελεί ανακάλυψη των τελευταίων ετών και έχει συμβάλει εντυπωσιακά στην αντιμετώπιση ορισμένων τύπου καρκίνου. Τα πρωτόνια είναι πυρηνικά ατομικά σωματίδια που μπορούν να διαπερνούν ιστούς δίχως να τους βλάπτουν, ασκώντας καταστρεπτική δράση μόνο στο τελικό τμήμα της

«διαδρομής» τους. Η ιδιότητά τους αυτή καθιστά ικανή την συρρίκνωση του καρκινικού όγκου δίχως ιδιαίτερες αρνητικές επιδράσεις στους υγιείς περιβάλλοντες ιστούς. Δυστυχώς, η ακτινοθεραπεία πρωτονίων απαιτεί ειδικό εξοπλισμό που λίγα ιατρικά κέντρα διαθέτουν. Αντίθετα η χρήση ακτινοβολίας νετρονίων μειώνεται σταδιακά, λόγω των σοβαρών και μακροπρόθεσμων παρενεργειών που προκαλεί (Gilbar, 1991).

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται με διάφορους τρόπους, ανάλογα με το είδος του καρκίνου που πρέπει να αντιμετωπισθεί, τις περιστάσεις και τις ανάγκες του ασθενή. Για το λόγο αυτό, το πρώτο στάδιο της θεραπείας συνίσταται ουσιαστικά στην κατάλληλη προετοιμασία, κυρίως σε γνωστικό επίπεδο. Το ιατρικό προσωπικό μπορεί να χρησιμοποιήσει δεδομένα από αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες, καθώς και από άλλους είδους απεικονιστικές προσεγγίσεις για το σαφή προσδιορισμό της περιοχής που έχει προσβληθεί με καρκίνο καθώς και τις πιθανές προεκτάσεις του. Παράλληλα, εξετάζεται με προσοχή η πιθανότητα βλαπτικής επίδρασης σε υγιείς ιστούς που περιβάλλουν τη προς θεραπεία περιοχή και αναζητούνται τρόποι για την προστασία τους. Το εξαιρετικής σημασίας στάδιο της προετοιμασίας θα καταστήσει εφικτή την αντιμετώπιση του καρκίνου με τις κατά το δυνατόν λιγότερες παρενέργειες (Σέμογλου, 1998).

Οι πρακτικές, τεχνικές και ο εξοπλισμός που σχετίζονται με την ακτινοθεραπεία εξελίσσονται συνεχώς. Ωστόσο, τρεις είναι οι βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις ακτινοθεραπείας (Gilbar, 1991):

- Εξωτερική δέσμη ακτινοβολίας.

Η ακτινοβολήση από μία εξωτερική πηγή αποτελεί και τη συνηθέστερη πρακτική. Μέσω μιας συσκευής, του Γραμμικού Επιταχυντή, δέσμη ακτινών στοχεύει στην καρκινοπαθή περιοχή, επηρεάζοντας και τους υγιείς ιστούς τους οποίους διαπερνά προτού φθάσει στα καρκινικά κύτταρα.

Στόχος του ιατρικού προσωπικού είναι πάντοτε η κατά το δυνατόν εκτενέστερη καταστροφή των καρκινικών κυττάρων με τις ελάχιστες δυνατές βλαπτικές επιδράσεις στον υγιή ιστό. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, απαιτείται προετοιμασία ημερών που θα αποσαφηνίσει τις περιοχές του σώματος που θα δεχθούν ακτινοβολία (οι οποίες συχνά επισημαίνονται με τατουάζ), το είδος της και

τον τρόπο με τον οποίο αυτή θα εφαρμοστεί. Άλλωστε, δεν απαιτείται η ίδια ποσότητα ακτινοβολίας για όλες τις περιπτώσεις. Ο γιατρός και οι συνεργάτες του θα φροντίσουν να παράσχουν στον ασθενή τη μικρότερη απαιτητή για την καταπολέμηση του καρκίνου ποσότητα ακτινοβολίας, μονάδα μέτρησης της οποίας είναι τα Gray (Gy) αλλά συχνά χρησιμοποιείται και το εκατοστό του Gray (cGy).

Συχνά, η αναγκαία ποσότητα ακτινοβολίας διασπάται και εφαρμόζεται στον ασθενή σε δόσεις, σε μια περίοδο μερικών εβδομάδων (συνήθως 5 ως 8). Σε μερικές περιπτώσεις διασπάται ακόμη και η ημερήσια δόση, οπότε ο ασθενής θα υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία δύο φορές την ίδια μέρα. Σε άλλες περιπτώσεις συμπιέζονται χρονικά οι δόσεις, οπότε ο ασθενής λαμβάνει την ημερήσια δόση του δύο φορές την ημέρα. Η ημερήσια διάρκεια της διαδικασίας ποικίλλει, αλλά μπορεί να διαρκέσει ως και 30 λεπτά, ή και περισσότερο.

- Εσωτερική ακτινοθεραπεία (Βραχυθεραπεία).

Η εσωτερική ακτινοθεραπεία προσβάλλει τον καρκινικό όγκο από το εσωτερικό του σώματος και, συνεπώς, από μικρότερη απόσταση, γι' αυτό και είναι γνωστή ως «βραχυθεραπεία». Στην περίπτωση της βραχυθεραπείας, πηγές ακτινών προσκολλούνται στον όγκο ή σε κοιλότητα του σώματος κοντά στον καρκινικό όγκο και τίθενται σε λειτουργία. Με τον τρόπο αυτό μεγάλες ποσότητες ενέργειας προσβάλλουν μια μικρή σε μέγεθος περιοχή, με ελάχιστη βλαπτική επίδραση για τον περιβάλλοντα υγιή ιστό, που, μέσω εξωτερικής ακτινοθεραπείας, θα υφίστατο σοβαρή βλάβη.

Ο γιατρός έχει στη διάθεσή του υπέρηχους, ακτινογραφίες ή σαρωτές σώματος για να εντοπίσει το σημείο που πρέπει να τοποθετηθούν οι ραδιενεργοί πηγές. Σε ορισμένες περιπτώσεις κρίνεται απαραίτητη η μόνιμη προσκόλληση των πηγών αυτών στον όγκο, όπου δρουν αυτόνομα για αρκετές εβδομάδες ή και μήνες. Λόγω του εξαιρετικά μικρού τους μεγέθους, δεν αφαιρούνται, αλλά παραμένουν *in situ* ακόμη και μετά το πέρας της λειτουργίας τους.

Σε άλλες περιπτώσεις, όμως, μέσω ειδικών βελονών – καθετήρων το υλικό εισέρχεται στο σώμα για μια σύντομη περίοδο χρόνου (10 – 20 λεπτά) ή για μερικές ημέρες (ανάλογα με την περίπτωση και τις ανάγκες του ασθενή) και στη συνέχεια αφαιρείται.

- Ράδιο – φαρμακευτικά σκευάσματα.

Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες ούτε η εξωτερική, ούτε η εσωτερική βραχυθεραπεία μπορούν να βοηθήσουν στην πλήρη αντιμετώπιση του καρκίνου, όπως, επί παραδείγματι, σε περιστατικά καρκίνου των οστών. Η ύπαρξη ειδικών φαρμακευτικών σκευασμάτων με ραδιενεργή δράση που εισέρχονται στοματικά ή ενδοφλέβια στο σώμα μπορούν να φτάσουν ευκολότερα στις καρκινοπαθείς περιοχές του σώματος και να προσβάλλουν τον καρκίνο, ή τουλάχιστον, να ανακουφίσουν από τα συμπτώματά του.

Οι επιπλοκές της ακτινοθεραπείας μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμες αλλά και μακροπρόθεσμες. Οι βραχυπρόθεσμες επιπλοκές περιλαμβάνουν την οξεία αντίδραση που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας, και στις αμέσως επόμενες εβδομάδες ή μήνες μετά την ακτινοθεραπεία. Οι παρενέργειες συνήθως είναι ήπιες αλλά ορισμένες φορές μπορεί να είναι πιο έντονες, κάτι που εξαρτάται από την ένταση και τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας. Ναυτία, εμετός, κούραση, καταβολή, πόνος στο στήθος, συμπτώματα γρίπης, δυσκολία στη κατάποση είναι οι πιο συχνά παρατηρούμενες παρενέργειες. Επίσης, το δέρμα μπορεί να κοκκινίσει ή και να ξεφλουδίσει. Περιστασιακά στα σημεία εισόδου της ακτινοβολίας παρατηρείται απώλεια μικρού ποσοστού της τρίχας, αποκαθίσταται όμως μετά το τέλος των θεραπειών. Πολύ σημαντική, επίσης, είναι η καταστολή του μυελού των οστών που παρουσιάζεται με τη μείωση των λευκών και των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Μερικές φορές όταν η αντίδραση είναι σοβαρή, μπορεί να διακοπεί η αγωγή μέχρις ότου αποκατασταθεί η ανωμαλία. Όλα τα συμπτώματα υποχωρούν σταδιακά μετά το πέρας των συνεδριών της ακτινοθεραπείας. Οι μακροπρόθεσμες επιπλοκές μπορεί να εμφανιστούν μετά από αρκετούς μήνες ή και χρόνια μετά την ακτινοθεραπεία (Μέγκα, και συν., 2003).

5.2.4 Ορμονοθεραπεία :

Ως ορμονοθεραπεία ορίζεται η θεραπεία της ασθένειας ή των συμπτωμάτων με συνθετικό ή φυσικά προερχόμενες ορμόνες. Ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη χρήση των φαρμάκων που περιέχουν οιστρογόνα και προγεσταγόνα για να μειώσουν ή να σταματήσουν τις βραχυπρόθεσμες αλλαγές που σχετίζονται με την περιεμμηνόπαυση. Στην πιο γενική έννοια, η ορμονική θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία ορισμένων μορφών καρκίνου, εκμεταλλευόμενοι το γεγονός ότι ορισμένοι καρκίνοι εξαρτώνται από ορμόνες για να αναπτυχθούν. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για διαταραχές του θυρεοειδούς, και τις ασθένειες που συνδέονται με την ορμόνη παραγωγής ή χρήσης (Miaskowski, & Lee, 1999).

Στους ορμονοεξαρτώμενους ή ορμονοευαίσθητους καρκίνους, ο πολλαπλασιασμός των καρκινικών κυττάρων ενισχύεται από φυσικές ορμόνες. Η ορμονοθεραπεία συνίσταται στο μπλοκάρισμα των ορμονών, ώστε αυτές να πάψουν να ενισχύουν τον καρκίνο (Yamagishi, et al., 2009).

Η χρήση ορμονοθεραπείας για την αντιμετώπιση του καρκίνου βασίζεται στην παρατήρηση ότι στην επιφάνεια ορισμένων καρκινικών κυττάρων υπάρχουν υποδοχείς συγκεκριμένων ορμονών, οι οποίες είναι απαραίτητες για την ανάπτυξή τους. Οι όγκοι που εξαρτώνται από ορμόνες για να αναπτυχθούν λέγονται ορμονοεξαρτώμενοι (Rutledge, & McGuire, 2004).

Η αντικαρκινική ορμονοθεραπεία μπορεί να δράσει εμποδίζοντας την παραγωγή συγκεκριμένων ορμονών στον οργανισμό, δεσμεύοντας τους ορμονικούς υποδοχείς στην επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων ή υποκαθιστώντας τις φυσικές ορμόνες με χημικώς όμοιές τους, τις οποίες όμως δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα καρκινικά κύτταρα (Rutledge, & McGuire, 2004).

Οι διαφορετικές ομάδες ορμονοθεραπείας ταξινομούνται ανάλογα με τη δράση και/ή τον τύπο της ορμόνης που επηρεάζουν. Ας σημειωθεί ότι άλλα από τα ορμονικά φάρμακα είναι ειδικά παρασκευασμένα για τον καρκίνο και άλλα έχουν πολλές άλλες, μη ογκολογικές χρήσεις (Rutledge, & McGuire, 2004).

5.2.5 Ανοσοθεραπεία :

Το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού λειτουργεί σαν σύστημα παρακολούθησης για την προστασία από αυτά που αντιλαμβάνεται ως ξένες ουσίες. Για παράδειγμα, όταν το ανοσοποιητικό σας σύστημα εντοπίζει βλαβερά βακτήρια ή έναν ιό μέσα στο σώμα σας, αντιδρά παράγοντας συγκεκριμένες πρωτεΐνες (αντισώματα) που επιτίθενται και καταστρέφουν τους εισβολείς (Σέμογλου, 1998).

Το ανοσοποιητικό σύστημα αντιμετωπίζει επίσης τα καρκινικά κύτταρα ως ξένους εισβολείς, αλλά εξαιτίας κάποιας αποτυχίας του συστήματος συχνά δεν αναγνωρίζει τα καρκινικά κύτταρα. Για χρόνια οι ερευνητές αναζητούν τρόπους, για να βελτιώσουν την αντίδραση της φυσικής άμυνας του οργανισμού στα καρκινικά κύτταρα (Σέμογλου, 1998).

Η χρήση του ανοσοποιητικού συστήματος για την επίθεση και την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων ονομάζεται ανοσοθεραπεία. Η ανοσοθεραπεία αποτελεί τύπο θεραπείας που έχει στόχο, την τροποποίηση της δραστηριότητας του ανοσοποιητικού συστήματος και την πρόκληση αλλαγών στην ανοσολογική απάντηση απέναντι στο νεόπλασμα. Ενεργοποιεί και κατευθύνει το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού, να καταπολεμήσει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Άλλα ονόματα για αυτή τη μέθοδο είναι βιολογική θεραπεία, βιοθεραπεία ή θεραπεία μετατροπής βιολογικής αντίδρασης. Η ανοσοθεραπεία μπορεί να γίνει μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες για τον καρκίνο (Cleeland, et al., 2000).

Οι βιολογικές θεραπείες ως «έξυπνες βόμβες» κατευθύνονται σε ειδικούς στόχους στα καρκινικά κύτταρα, αφήνοντας ανεπηρέαστα τα φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού. Κατ' αυτόν τον τρόπο η θεραπεία γίνεται περισσότερο συγκεκριμένη, πιο ειδική και λιγότερο τοξική. Μια παραλλαγή της ανοσοθεραπείας είναι η χορήγηση ουσιών που διεγείρουν το ανοσοποιητικό σύστημα με ειδικές ανοσορρυθμιστικές ουσίες (Cleeland, et al., 2000).

Δυο τέτοιες ουσίες χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με την εγχείρηση για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστεως και για προχωρημένο καρκίνο του παχέως εντέρου. Μια άλλη παραλλαγή είναι η παραγωγή στο εργαστήριο συγκεκριμένων πρωτεϊνών

του ανοσοποιητικού συστήματος (κυτταροκίνες) και στη συνέχεια η χρήση τους στη θεραπεία (Cleeland, et al., 2000).

5.3 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ :

Οι θεραπείες που γίνονται σε ασθενείς με καρκίνο, μπορούν να δημιουργήσουν κάποιες παρενέργειες. Με τις θεραπείες αυτές μπορεί να είναι στόχος τα καρκινικά κύτταρα, αλλά δυστυχώς καταστρέφονται προσωρινά κι πολλά υγιή. Έτσι εξηγούνται και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των θεραπειών αυτών (Gilbertson, et al., 2011).

Ανάλογα με το είδος και τη θέση του καρκίνου, το στάδιο το οποίο βρίσκεται η νόσος, την ηλικία και τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς, επιλέγεται και η κατάλληλη θεραπεία. Συχνά γίνεται και συνδυασμός των προαναφερόμενων ειδών θεραπείας. Αυτές οι θεραπείες στοχεύουν στην καταστροφή των γρήγορα διαιρούμενων καρκινικών κυττάρων, αλλά παράλληλα μπορεί να επηρεάσουν και τα υγιή κύτταρα του οργανισμού (Γκμπάντι, 2006).

Υγιή κύτταρα που φυσιολογικά αναπτύσσονται και διαιρούνται είναι αυτά του στόματος, του γαστρεντερικού σωλήνα και των μαλλιών. Αυτά είναι που επηρεάζονται συχνότερα από τις καρκινικές θεραπείες. Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειώσουμε ότι (Gilbertson, et al., 2011):

- Οι παρενέργειες των θεραπειών διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Αυτό έχει να κάνει με πολλούς παράγοντες όπως για παράδειγμα από την δόση της ακτινοβολίας ή από τον συνδυασμό των φαρμάκων κατά την χημειοθεραπεία.
- Δεν εμφανίζουν όλοι οι ασθενείς παρενέργειες κατά την διάρκεια των θεραπειών και όταν εμφανιστούν, συνήθως σταματούν με το πέρας της θεραπείας.
- Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς έχει μεγάλη σημασία. Πολλές από τις παρενέργειες, είναι πιθανό να οφείλονται όχι στην θεραπεία αυτή καθαυτή, αλλά στο άγχος, την ανησυχία και το φόβο που αισθάνεται ο

ασθενής. Η ψυχολογική υποστήριξη από το συγγενικό περιβάλλον και τον ειδικό παίζει μεγάλο ρόλο στη διαδικασία.

Οι παρενέργειες που σχετίζονται με μια αντικαρκινική χειρουργική επέμβαση καθορίζονται από το είδος της, τη γενικότερη φυσική κατάσταση του ασθενή και την ηλικία του, το βάρος του, το είδος του καρκίνου καθώς και από άλλους παράγοντες τους οποίους δεν έχει νόημα να απαριθμήσουμε. Είναι λογικό να αναμένονται διαφορετικές παρενέργειες και επακόλουθα από μια μικρή επέμβαση καθετήρων από μια πολύωρη εγχείρηση αφαίρεσης όγκου (Μέγκα, και συν., 2003).

Τα τραύματα εξαιτίας της επέμβασης και το άλγος που προκαλούν θα είναι από τα πρώτα θέματα που θα απασχολήσουν τον ασθενή και το γιατρό του. Οι τομές θα επουλωθούν σε χρόνο ανάλογο με την έκτασή τους και τη φυσική κατάσταση του ασθενή. Ορισμένες επεμβάσεις, όπως η μαστεκτομή, μπορεί να οδηγήσουν σε μόνιμες αλλαγές στο σώμα, άλλες μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία του (λ.χ. αφαίρεση ενός άκρου) ενώ άλλες δεν αφήνουν ίχνη (Rutledge, & McGuire, 2004):

Άλλοι συγγενείς κίνδυνοι αφορούν σε επιπλοκές που μπορούν να συμβούν την ώρα της επέμβασης. Η διαδικασία αναισθησίας του ασθενή είναι ευαίσθητος τομέας ως προς αυτό, με τις πιθανότητες επιπλοκής να αυξάνουν ανάλογα με τη δυσκολία και την περιπλοκότητα της εγχείρησης. Επίσης, η πιθανότητα ακατάσχετης αιμορραγίας, δυσλειτουργίας οργάνων και βλάβης σε υγιείς ιστούς, μολονότι μικρή, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη προτού ληφθεί οποιαδήποτε απόφαση σχετικά με το είδος της επέμβασης που θα εφαρμοστεί (Fleishman, 2011).

Για τους περισσότερους ασθενείς πάντως, οι σημαντικότερες παρενέργειες αφορούν σε προβλήματα που προκύπτουν βραχυπρόθεσμα, μετά το πέρας της επέμβασης. Ελάχιστα από αυτά μπορούν να αποβούν μοιραία και μάλιστα σε σπάνιες, ιδιάζουσες περιπτώσεις (Fleishman, 2011).

Το σωματικό άλγος (πόνος) αποτελεί την πιο κοινή μετεγχειρητική παρενέργεια, αλλά υπάρχουν πολυάριθμοι τρόποι για την αντιμετώπισή του. Φυσικά, στα πιθανά επακόλουθα προβλήματα περιλαμβάνεται ο κίνδυνος μόλυνσης. Ωστόσο, η τεχνολογική ανάπτυξη της ιατρικής έχει μειώσει τον κίνδυνο αυτό εξαιρετικά. Σε ευάριθμες περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθεί αιμορραγία (εσωτερική ή εξωτερική) ή και θρόμβωση στο αίμα (λόγω της πολυήμερης κατάκλισης). Υπάρχουν και άλλες

πιθανές επιπλοκές, αλλά σχετίζονται με ιδιαίτερες και σπάνιες περιπτώσεις, και δεν υπάρχει λόγος να αναφερθούμε εκτενώς σε αυτές. Άλλωστε, ο ασθενής (όχι μόνο ο γιατρός) θα φροντίσει να ενημερωθεί πλήρως για όλα αυτά πριν την διενέργεια της επέμβασης (Γκμπάντι, 2006).

Η χημειοθεραπεία στόχο έχει την καταστροφή καρκινικών κυττάρων προτού αυτά μετακινηθούν και προκαλέσουν μετάσταση του καρκίνου σε άλλα ζωτικά σημεία του σώματος. Η ποικιλία χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είναι ευρεία, γεγονός που συντελεί και στην ευρύτητα των παρατηρημένων παρενεργειών από τη χρήση τους. Αν ληφθεί υπόψη και η διαφοροποιημένη σωματική υπόσταση του κάθε ασθενούς, αντιλαμβανόμαστε τις ανάλογες διαφοροποιήσεις που μπορούν να παρατηρηθούν στις παρενέργειες (Yamagishi, et al., 2009).

Οι βραχυπρόθεσμες (και συχνά αντιμετωπίσιμες) παρενέργειες της χημειοθεραπείας περιλαμβάνουν (Walsh, Rybicki, & Nelson, 2002):

- Ναυτία,
- Έμετο,
- απώλεια της όρεξης,
- εκτεταμένη τριχόπτωση,
- άφθες στη στοματική κοιλότητα,
- στοματίτιδα,
- εξανθήματα.

Ορισμένα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι πιθανόν να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις και μούδιασμα στα άκρα. Επειδή η χημειοθεραπεία βλάπτει την παραγωγή κυττάρων αίματος στο μυελό των οστών, ο ασθενής μπορεί να υποφέρει από χαμηλά ποσοστά αιματικών κυττάρων. Αυτό με τη σειρά του μπορεί να προκαλέσει διάφορες παρενέργειες, όπως (Walsh, Rybicki, & Nelson, 2002):

- Αυξημένο κίνδυνο μικροβιακής μόλυνσης (λόγω έλλειψης των λευκών αιμοσφαιρίων που προστατεύουν το σώμα από σχετικούς κινδύνους).
- Αιμορραγία και εμφάνιση μελανωμάτων εξαιτίας μικροτραυματισμών (λόγω έλλειψης αιμοπεταλίων - Θρομβοπενία).

- Κόπωση (μερικές φορές σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά ερυθρών αιμοσφαιρίων).

Η γνώση των παρενεργειών καθιστά ικανό το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς να του παρασταθεί αλλά και να προσδιορίσει πρακτικούς τρόπους για να βελτιώσει τις συνθήκες θεραπείας του, πάντοτε φυσικά με τη συνεργασία και τη γνωμοδότηση του επιβλέποντος ιατρού. Υπάρχει πιθανότητα να εντοπιστούν αρνητικές επιδράσεις και σε άλλα όργανα του σώματος. Αποτελεί ζήτημα εξαιρετικής σημασίας να αναφέρει ο ασθενής στον νοσηλευτή του όλα τα σχετικά συμπτώματα και να εξεταστεί η δυνατότητα προσαρμογής της θεραπείας (στη δοσολογία για παράδειγμα) (Walsh, Rybicki, & Nelson, 2002).

Δυστυχώς, αν και οι περισσότερες παρενέργειες φθίνουν μετά το πέρας της φαρμακευτικής αγωγής, υπάρχει πιθανότητα ο οργανισμός του ασθενή να επηρεαστεί μόνιμα από τη χημειοθεραπεία. Ακολουθούν μερικοί τρόποι με τους οποίους θα μπορούσε να συμβεί αυτό (Walsh, Rybicki, & Nelson, 2002):

- Στειρότητα και σεξουαλικότητα.

Ορισμένες, μορφές χημειοθεραπείας μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα γονιμότητας, τα οποία, σε ορισμένες περιπτώσεις καθίστανται μόνιμα. Αν ο ασθενής φοβάται αυτή την προοπτική είναι καλό να ενημερώσει το γιατρό του πριν την έναρξη της θεραπείας. Η χημειοθεραπεία μπορεί να επηρεάσει τη σεξουαλικότητα τόσο των αντρών όσο και των γυναικών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η επιθυμία για σωματική επαφή μπορεί να είναι χαμηλή ή και ανύπαρκτη για κάποιο χρονικό διάστημα. Συνήθως, όμως, επανέρχεται όταν διακόπτεται η θεραπεία. Τα περισσότερα αντικαρκινικά φάρμακα, επίσης, επιδρούν βλαπτικά στο έμβρυο, αν η ασθενής που τα λαμβάνει είναι έγκυος κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η λήψη μέτρων προφύλαξης κατά της σύλληψης είναι σημαντική για να διασφαλιστεί η υγεία του εμβρύου.

- Επιδράσεις στα μαλλιά, το δέρμα, το στόμα και το στομάχι.

Τα μαλλιά, το δέρμα, το στόμα το στομάχι και γενικότερο το πεπτικό σύστημα μπορεί να επηρεαστούν αρνητικά από τη χημειοθεραπεία, όπως ήδη αναφέρθηκε.

- Επιδράσεις στο μυελό των οστών

Ο μυελός των οστών εντοπίζεται στο εσωτερικό ορισμένων οστών. Εκεί συντίθενται νέα αιματικά κύτταρα, τα ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια, καθώς και τα αιμοπετάλια. Δυστυχώς, η λειτουργία του μυελού συχνά επηρεάζεται από τα αντικαρκινικά φάρμακα με αποτέλεσμα τα μειωμένα επίπεδα αιματικών κυττάρων.

Υπάρχουν μέτρα τα οποία μπορεί να λάβει ο ασθενής για να αποφύγει ή να μετριάσει την ισχύ των παρενεργειών της χημειοθεραπείας. Για παράδειγμα, ο ασθενής οφείλει να ενημερώσει το γιατρό του για την επιθυμία να τεκνοποιήσει στο μέλλον. Είναι πολύ σημαντικό να το κάνει αυτό πριν την έναρξη της θεραπείας. Επίσης, Υπάρχουν φαρμακευτικά βοηθήματα που μπορούν να λαμβάνονται κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας για την αποφυγή των στομαχικών διαταραχών και των εμέτων, καθώς και για την ενίσχυση του μυελού των οστών και τη διατήρηση των κυττάρων του αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα. Ο ασθενής και το περιβάλλον του πρέπει να κατανοήσουν πως η χημειοθεραπεία δε λειτουργεί και επιδρά με τον ίδιο τρόπο σε όλους τους ασθενείς. Το είδος του φαρμάκου, ο τύπος του καρκίνου, η διάρκεια της αγωγής και η πρότερη φυσική κατάσταση του οργανισμού του ασθενούς είναι παράγοντες που αλληλεπιδρούν και ουσιαστικά καθορίζουν τις ενέργειες και παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Συνεπώς, το αν θα συνεχίσει ο ασθενής να εργάζεται και πόσες ώρες, το πόσο συχνά θα πρέπει να επισκέπτεται το γιατρό του ή το νοσοκομείο, το πόσο θα επηρεαστούν οι καθημερινές του δραστηριότητες είναι ζητήματα που δεν μπορούν να καθοριστούν καθολικά για όλους. Αντίθετα, ο κάθε ασθενής, μέσω ειλικρινούς και ανοιχτής επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό που τον φροντίζει και την οικογένειά του, οφείλει να εξετάσει πόσες και ποιες προσαρμογές χρειάζεται να κάνει (Cleeland, et al., 2000).

Οι πιθανές παρενέργειες της ακτινοθεραπείας εξαρτώνται από το είδος της θεραπείας (εσωτερική, εξωτερική, φαρμακευτική), τη δόση της ακτινοβολίας που επιδέχεται το σώμα του ασθενούς, τη διάρκειά της και την περιοχή του σώματος που έχει προσβληθεί από καρκίνο. Συνεπώς, το είδος ή ο αριθμός των παρενεργειών ποικίλλουν. Θα αναφερθούμε, ωστόσο σε εκείνες που απαντώνται συχνότερα (Cleeland, et al., 2000).

Οι αγωγές ακτινοβολίας μοιάζουν αρκετά με τις ακτινογραφίες και δεν προξενούν πόνο αυτές καθ' αυτές. Παρενέργειες προκύπτουν συνήθως λόγω της βλαπτικής επίδρασης της ακτινοβολίας τόσο σε καρκινικά, όσο και σε υγιή κύτταρα.

Διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες, τις βραχυπρόθεσμες, οι οποίες συνήθως υποχωρούν μετά το πέρας της θεραπείας, και τις μακροπρόθεσμες, οι οποίες μπορεί να προσλάβουν και μόνιμο χαρακτήρα. Οι συνηθέστερες παρενέργειες περιλαμβάνουν (Cleeland, et al., 2000):

- Κνησμό (φαγούρα στο δέρμα).
- Εξάντληση.
- Ναυτία.
- Έμετο.
- Στηθάγχη.
- Δυσκολία στην κατάποση.
- Σημάδια ταλαιπωρίας του δέρματος, όπως ξεφλούδισμα.(Xiao, 2010).

Πολλά από τα συμπτώματα που αναφέραμε υποχωρούν με κατάλληλη αντιμετώπιση και πάντοτε σε συνεργασία με το γιατρό, ενώ και ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να ανακουφίσει το σώμα του ακολουθώντας μερικές απλές εισηγήσεις (Cleeland, et al., 2000).

Η ξεκούραση και ο ύπνος, ιδιαίτερα κατά τις βραδινές ώρες αποτελούν προϋπόθεση για την ανακούφιση του ασθενή από την εξάντληση, η οποία μπορεί να διαρκέσει ακόμη και εβδομάδες μετά το πέρας της θεραπείας. Εξίσου σημαντική είναι η συμμόρφωση του ασθενή με το διαιτολόγιο που θα του συστήσει ο γιατρός του, καθώς και με προϊόντα καθαρισμού ή φροντίδας του δέρματος, το οποίο μπορεί να έχει υποστεί ξεφλούδισμα ή κοκκίνισμα μετά από αγωγές εξωτερικής ακτινοβολήσης. Ο ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει τα στενά ρούχα, ιδιαίτερα γύρω από την υπό θεραπεία περιοχή καθώς και την άσκοπη ή μακροχρόνια έκθεση του στο ήλιο, λόγω της ευαισθησίας του δέρματος του. Το σπουδαιότερο, ωστόσο, μέτρο που οφείλει να λάβει ο ασθενής είναι η διαρκής και ειλικρινής ενημέρωση του γιατρού του σχετικά με τα συμπτώματα που πιθανόν παρουσιάζει. Εκείνος είναι σε θέση να τον συμβουλέψει σχετικά και να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει τις παρενέργειες με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, γεγονός που μπορεί να περιλαμβάνει προσαρμογή της θεραπείας ή και διακοπή της για ένα διάστημα (Gilbertson, et al., 2011).

Οι παρενέργειες της ανοσοθεραπείας μπορεί να είναι εξάνθημα ή πρήξιμο στο σημείο της ένεσης, συμπτώματα γρίπης και κόπωση. Οι αυξητικοί παράγοντες μπορεί να προκαλούν πόνο στα οστά, κόπωση, πυρετό και απώλεια όρεξης. Μυϊκοί πόνοι και

πυρετός μπορεί να εμφανιστούν μετά από ένα εμβόλιο καρκίνου. Μερικοί μετατροπείς μπορεί να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις (Cleeland, et al., 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

6.1 ΣΥΝΑΙΣΘΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ :

Η αντίληψη για ειδικά χαρακτηριστικά στην προσωπικότητα του καρκινοπαθούς ξεκινά από την εποχή του Γαλιανού. Το 1951 οι Tarlou και Smallheiser σύγκριναν γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο του μαστού προς γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Με βάση ψυχιατρικά – ψυχοδυναμικά δεδομένα διαπίστωσαν ότι οι πρώτες εμφάνιζαν τις βασικές ψυχοσυγκρούσεις κατά το στοματικό στάδιο, ενώ οι δεύτερες κατά το γεννητικό. Άλλοι ερευνητές μελετώντας 40 άρρωστες με καρκίνο του μαστού, συμπέραναν ότι οι γυναίκες αυτές μπορούσε να θεωρηθεί ότι πραγματοποίησαν μια «παθητική αυτοκτονία», ως αποτέλεσμα κατάθλιψης και αισθημάτων ενοχής (Fleishman, 2011).

Σε ανάλυση της ψυχολογίας του καρκινοπαθούς, όπως αυτή περιγράφεται στα λογοτεχνικά κείμενα του γνωστού πεζογράφου Μάριου Χάκκα, επισημαίνεται συχνά η αυτοκαταστροφική αυτή διάθεση. Ψυχοδυναμικές συγκρούσεις μεταξύ γυναικών με καρκίνο μαστού αναγνωρίζει και ο Reznikoff (1955) ο οποίος αναφέρει και μια προφανή διαταραχή του γυναικείου ρόλου, με αυξημένες ευθύνες κατά την παιδική ηλικία. Από τότε ακόμα μελέτες κινούνται σε ανάλογα πλαίσια μέχρι πρόσφατα (Fleishman, 2011).

Ορισμένοι ερευνητές συνδυάζουν την κατάθλιψη, που τη διαπιστώνουν ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των καρκινοπαθών, με τις διαδικασίες που απολήγουν στην καρκινογένεση (Ιακωβίδης, & Ιακωβίδης, 2001). Ενδιαφέροντα είναι μερικά γενικότερα χαρακτηριστικά που διαπιστώνονται στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά καρκινοπαθών. Σύμφωνα με διάφορους ερευνητές οι καρκινοπαθείς περιγράφονται ως άτομα με πολλές αναστολές, έντονη προσαρμογή προς το εξωτερικό περιβάλλον, συμβατικοί και καθηλωμένοι στους τύπους, ως καταθλιπτικές και ψυχαναγκαστικές προσωπικότητες. Στους αρρώστους αυτούς υπάρχει ως πολύ συχνό στοιχείο της προσωπικότητάς τους η τάση για άρνηση και καταπίεση, μη –

επιτρεπτόν αισθημάτων, αναστολή στην έκφραση των αισθημάτων, προφανή αδυναμία να εκφράσουν την ένταση, το θυμό ή το άγχος τους, και όλα αυτά πίσω από μια πρόσοψη ηρεμίας και ευχαρίστησης. Στα άτομα αυτά έχει παρατηρηθεί αυξημένο ενδιαφέρον για τους άλλους και τα πράγματα που συμβαίνουν γύρω τους, παρά για αυτά που συμβαίνουν μέσα τους. Δέχονται και υπηρετούν κοινωνικές επιταγές με ευσυνειδησία και αυταπάρνηση, συχνότερα όμως για την εξυπηρέτηση προσωπικής σχέσης μάλλον παρά κοινωνικού σκοπού (Gilbertson, et al., 2011).

Έχουν διαπιστωθεί από εργασίες του Le Shan (1969, 1977) ότι περιγράφει τα άτομα αυτά με ανικανότητα έκφρασης αισθημάτων εχθρότητας. Αξίζει να σημειωθούν μερικές πληροφορίες για το ρόλο των πρώιμων τραυματικών εμπειριών, της οικογένειας και την κοινωνικοποίηση του ατόμου σε σχέση με την εκδήλωση καρκίνου. Οι γνώσεις αυτές έχουν αρχίσει να αναπτύσσονται την τελευταία δεκαετία και βρίσκονται ακόμη σε στάδιο έρευνας. Στα 1974 οι Thomas και Duszynski διαπίστωσαν ότι τα άτομα που αργότερα στη ζωή τους ανέπτυξαν καρκίνο περιέγραφαν τη σχέση με τους γονείς τους με έλλειψη πραγματικής προσέγγισης (Fleishman, 2011).

Στην Ελλάδα επιβεβαιώθηκε η κακή οικογενειακή ατμόσφαιρα και τα συχνά διαζύγια των γονέων. Αυστηρά ή υπερπροστατευτικά γονεϊκά πρόσωπα διαπιστώθηκαν σε μελέτες μεταξύ καρκινοπαθών. Ουσιαστικά, τα στοιχεία που συνηγορούν για την ύπαρξη ειδικών ψυχολογικών χαρακτηριστικών μεταξύ καρκινοπαθών παρέχονται από πολλές εργασίες και μπορούν αδρά και για λόγους διδακτικούς να καταταγούν στις εξής κατηγορίες: ψυχαναλυτικά – ψυχοδυναμικά δεδομένα, στοιχεία για την απόρριψη του γυναικείου ρόλου μεταξύ γυναικών με καρκίνο μαστού, κατάθλιψη και αισθήματα απελπισίας, άλλα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και στοιχεία από την παιδική ηλικία και την πρώιμη οικογενειακή ζωή. Οποσδήποτε οι υπάρχουσες πληροφορίες σχετικά με τη ύπαρξη ειδικών ψυχολογικών χαρακτηριστικών σε καρκινοπαθείς δείχνουν μια κατεύθυνση που δεν είναι σκόπιμο, αλλά ούτε και δυνατό να αγνοηθεί (Καραδήμας, 2005).

Οι περισσότεροι ασθενείς και οικογένειες θα βεβαιώσουν το γεγονός ότι σχεδόν όλος ο έλεγχος μέσα στις ζωές τους χάνεται κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και της θεραπείας για τον καρκίνο. Εντούτοις, μπορούν να αισθανθούν μια ακόμα μεγαλύτερη απώλεια ελέγχου ότι εξαιτίας του γεγονότος δεν κάνουν πλέον τίποτα

ενεργό για να μάχονται τον καρκίνο. Η επιβίωση είναι συνήθως ο στόχος του επιτυχούς καρκίνου για τον ασθενή και την οικογένεια. Ο τελευταίος στόχος, εντούτοις, μπορεί να καλύψει μια «ποιοτική» επιβίωση. Αυτή επιτρέπει στον ασθενή να ξεπεράσει τον τρόπο της διάγνωσης και της θεραπείας, να δημιουργήσει έναν νέο τρόπο ζωής σύμφωνα με μια χρόνια ασθένεια, και να ανανεώσει την πρακτική της ολοκλήρωσης των στόχων ζωής (Καραδήμας, 2005).

Οι Herold και Roetzheim αποδίδουν πέντε πιθανές εκβάσεις διαβίωσης που μπορούν να συμβάλουν στο φόβο της επανάληψης και της αρνητικής πίεσης. Περιλαμβάνουν τη διαβίωση χωρίς επανάληψη για πολλά έτη, τη διαβίωση μια περιόδου χωρίς τον καρκίνο και έπειτα την παράδοση σε έναν γρήγορο θάνατο από μια επανάληψη ή δεύτερη μοχθηρία, που ζει με τα εναλλασσόμενα διαστήματα της επανάληψης καρκίνου, που ζει πέρα από τον προβαλλόμενο θάνατο, ή που πεθαίνει από την ανεξάρτητη ασθένεια ή άλλους λόγους ανεξάρτητα από τον καρκίνο. Μόλις προσδιοριστεί η επανάληψη, τα συναισθήματα των ασθενών κυμαίνονται από την πλήρη έκπληξη, απογοήτευση, και απελπισία, ως την ανακούφιση από την αβεβαιότητα (Fleishman, 2011).

Αν και το γεωγραφικό πλάτος των συναισθημάτων και των φόβων είναι διαδεδομένο, οι συζητήσεις, οι αποφάσεις, και η προετοιμασία πρέπει να ληφθούν για να αντιμετωπίσουν αυτόν τον αντίπαλο: συζήτηση της σημασίας των συναισθημάτων και των φόβων, της απόφασης σχετικά με τις επιλογές θεραπείας, της προετοιμασίας για την θεραπεία, και τη δυνατότητα για την επιτυχία ή την αποτυχία. Δεδομένου ότι ο αντίκτυπος αρχίζει να έχει επιπτώσεις στον ασθενή και την οικογένεια, τα ζητήματα και οι ερωτήσεις θα προκύψουν σχετικά με το πώς αισθάνονται για να ενσωματώσουν τη θεραπεία καρκίνου πάλι στις ζωές τους. Μπορούν να υπάρξουν μεγαλύτερα συναισθήματα απώλειας, μεγαλύτεροι φόβοι, αυξανόμενη απόγνωση. (Teunissen, de Graeff, & de Haes, 2006). Όταν η θεραπεία πλησιάζει στο τέλος της, ο ασθενής και η οικογένεια άλλη μια φορά θα πρέπει να εξετάσουν τα αποτελέσματα (αποτελέσματα της δοκιμής, επιτυχία ή αποτυχία) και να αποφασίσουν για το επόμενο βήμα τους, ομαλοποίηση των αναρίθμητων συναισθημάτων που περιβάλλουν τη σημασία της επανάληψης και τη περάτωση της θεραπείας. Ο ασθενής και η οικογένεια πρέπει να μάθουν πώς να ζουν με τον καρκίνο παρά μια εστίαση στο θάνατο. Ακόμα κι αν ο καρκίνος δεν είναι ένα ασυνήθιστο γεγονός, υπάρχουν λίγα στην ερευνητική λογοτεχνία για να μας παρουσιάσουν τη γνώση σχετικά με το πώς οι

ασθενείς με καρκίνο εκφράζουν τους φόβους τους ή αντιμετωπίζουν την επανάληψη της ασθένειάς τους (Fleishman, 2011).

Στο διαγνωστικό στάδιο, ο ασθενής και η οικογένεια ακινητοποιείται συνήθως από τον κλονισμό, το φόβο, και την άρνηση. Στη φάση κρίσης καρκίνου, ένας ασθενής και μια οικογένεια μπορούν να ενωθούν στην αποστολή τους για να αφιερώσουν όλη την προσπάθεια να παλέψουν την ασθένεια, Δεδομένου ότι τα συμπτώματα της προοδευτικής ασθένειας αρχίζουν, ο πάσχων χάνει την πίστη στην αξιοπιστία και την προσαρμοστικότητα των βασικών σωματικών διαδικασιών. Αυτή η απώλεια εμπιστοσύνης μπορεί να οδηγήσει στην αποθάρρυνση και την απόγνωση (Σέμογλου, 1998).

Μερικοί ασθενείς, σε αυτό το σημείο, αισθάνονταν πως είχαν τη δύναμη θέλησης ή επιθυμούσαν να ζήσουν με τη δυνατότητα να παλέψουν. Όντας ισχυρότεροι, μπόρεσαν υπερνικήσουν τον καρκίνο. Η προοδευτική ασθένεια μπορεί να απαιτήσει ακόμη και την εντονότερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή που θα υποστηριχθεί καλύτερα από την οικογένεια και τους φίλους, με την πρόσθετη υποστήριξη που προέρχεται από το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, συμβούλους και τις ομάδες υποστήριξης (Μέγκα, και συν., 2003).

6.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ :

Παρ' ότι είναι συζητήσιμο και αμφιλεγόμενο το εάν και κατά πόσο ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες συμβάλλουν αιτιολογικά στη γένεση και την εξέλιξη ενός κακοήθους νεοπλασματος, ουδείς αμφιβάλλει σήμερα για το αντίθετο: ότι δηλαδή ο καρκίνος ευθύνεται για την πρόκληση ψυχιατρικής νοσηρότητας σε μεγάλη αναλογία ασθενών. Οι συγγραφείς εκτιμούν ότι οι μισοί περίπου από τους ασθενείς με καρκίνο θα εμφανίσουν κατά τη διαδρομή της νόσου και ψυχιατρική σημειολογία (Morasso, Capelli, & Viterbori, 1999).

Συγκεκριμένα αναφέρουν ότι ποσοστό 53% δεν εμφανίζει ενδείξεις διαγνώσιμης ψυχικής νόσου. Το υπόλοιπο 47% εμφανίζει κλινική ψυχιατρική διαταραχή. Από αυτούς 68% εμφανίζουν αντιδραστικό άγχος και κατάθλιψη (συναισθηματική διαταραχή με καταθλιπτική ή αγχώδη διάθεση), ενώ 13% εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη και 8% οργανικό ψυχοσύνδρομο. Από τις διαταραχές του συναισθήματος σε καρκινοπαθείς σημαντικότερη είναι η κατάθλιψη, η οποία χαρακτηρίζεται ως «διαταραχή του συναισθήματος, που οφείλεται σε γενική σωματική πάθηση». Στη διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής θα βοηθήσει η ύπαρξη πέντε εκ των ακόλουθων συμπτωμάτων σε μεγάλο μέρος της ημέρας και σχεδόν κάθε μέρα (Morasso, Capelli, & Viterbori, 1999):

- Καταθλιπτικό συναίσθημα.
- Αξιοσημείωτη μείωση ενδιαφέροντος για κάθε δραστηριότητα.
- Σημαντική μεταβολή του βάρους (>5% κάθε μήνα).
- Αϋπνία ή υπερυπνία.
- Ψυχοκινητική ανησυχία ενεργητικότητας.
- Συναισθήματα αυτοϋποτίμησης ή ενοχής.
- Δυσκολία στη συγκέντρωση και τη λειτουργία της σκέψης.
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου.

Το οργανικό ψυχοσύνδρομο απαντάται σε ποσοστά τα οποία κυμαίνονται από 8% έως και 40%, ενώ στα τελικά στάδια αναφέρονται ακόμη και ποσοστά μέχρι και 85%. Η αιτιολογία του συνδρόμου είναι ποικίλη και διαφορική διάγνωση είναι απολύτως αναγκαία να εφαρμοστεί. Το οργανικό ψυχοσύνδρομο μπορεί να οφείλεται σε (Morasso, Capelli, & Viterbori, 1999):

- § Πρωτοπαθές ή μεταστατικό νεόπλασμα στο επίπεδο του εγκεφάλου
- § Επισκληρίτιδα ή καρκινωμάτωδη μηνιγγίτιδα.
- § Ορμονο – εκκριτικό όγκο, είτε σε πρωτοπαθή είτε στα πλαίσια «παρaneoπλασματικού συνδρόμου».
- § Μεταβολικές ή υδατοηλεκτρικές διαταραχές οποιασδήποτε αιτιολογίας.
- § Διατροφικές διαταραχές.
- § Λοιμώδη νοσήματα σε λευκοπενικούς και ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς.
- § Επιπτώσεις ακτινοθεραπείας.
- § Τοξικότητα χημειοθεραπείας.
- § Μετεγχειρητικό παραλήρημα.
- § Χρήση ψυχοτρόπων ή αναλγητικών φαρμάκων.

Εκτός από τη νόσο, ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις έχουν και όλες οι αντικαρκινικές θεραπευτικές μέθοδοι. Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου συχνά συνεπάγεται ακρωτηριασμούς, αναπηρία, αλλαγή της εικόνας του σώματος, ανάγκη αλλαγής επαγγέλματος, διαταραχή του ρόλου στην οικογένεια, μείωση κοινωνικής συμμετοχής. Η ακτινοθεραπεία προκαλεί τοπικές βλάβες αλλά και συστηματικές, όπως λευκοπενία, θρομβοπενία, εμετούς, καταστολή της ανοσίας. Όλα αυτά εκτός από το βιολογικό σκέλος, έχουν και ψυχοκοινωνικό. Η χημειοθεραπεία επηρεάζει σοβαρά την καθημερινή ζωή με συχνές νοσηλείες, φλεβοκεντήσεις, αλωπεκία, λευκοπενία (και τους επακόλουθους πυρετούς από λοιμώξεις) αναιμία, που προκαλεί και αίσθημα κόπωσης, βλάβες των βλεννογόνων, αλλά και ειδικές τοξικές εκδηλώσεις. Η ορμονοθεραπεία συχνά προκαλεί αλλαγή της εικόνας του σώματος, π.χ. μεταβολή του βάρους, τριχοφυΐα, με επακόλουθες επιδράσεις στον ψυχισμό (Mcillmurrat, 2001).

Ο προσδιορισμός των αναγκών υγείας αναγνωρίζεται ευρέως για να είναι γεμάτος με τη δυσκολία, που απεικονίζει τα ευρύτερα φιλοσοφικά προβλήματα να καταλάβει τις ανθρώπινες ανάγκες γενικά. Δεν υπάρχει ούτε ένα σωστός τρόπος να αντιληφθούν, να αξιολογηθούν και να μετρηθούν οι ανάγκες υγείας. Οι νοσοκομειακοί γιατροί, οι επαγγελματίες δημόσιας υγείας, οι διευθυντές υγειονομικών υπηρεσιών, οι οικονομολόγοι και οι κοινωνιολόγοι καθορίζουν και μετρούν τις «ανάγκες υγείας» διαφορετικά (Mcillmurrat, 2001).

Η ψυχο – ογκολογία έχει διαδραματίσει έναν κρίσιμο ρόλο ώστε να βελτιώσει την πληροφόρηση για τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών και έχει αναπτύξει μια ιδιαίτερη προσέγγιση στην έρευνα, αξιολογώντας και απαντώντας στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες. Οι σφραγίδες αυτής της προσέγγισης είναι: μια εστίαση στις συναισθηματικές και ψυχολογικές απαντήσεις των ασθενών στην ασθένεια τους και τη θεραπεία του συναισθηματικού κινδύνου (ανησυχία, κατάθλιψη, ψυχολογική και ψυχιατρική νοσηρότητα, ψυχολογική παθολογία), η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που καθίσταται λειτουργική από την άποψη της μέτρησης της φυσικής και συναισθηματικής λειτουργίας των ασθενών (Ιακωβίδης, & Ιακωβίδης, 2001).

Κατά συνέπεια οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες εξισώνονται με τους βαθμούς συναισθηματικής και ψυχολογικής καταπόνησης ή ανεπαρκούς συναισθηματικής λειτουργίας. Εάν οι αιτίες αποδίδονται σε αυτές, τείνουν να προσδιοριστούν στο επίπεδο μεμονωμένης προσωπικότητας και άλλων ψυχολογικών χαρακτηριστικών. Μια συμπονετική εκτίμηση του ευρέος φάσματος των πιθανών ψυχοκοινωνικών αναγκών εκ μέρους των φορέων παροχής υπηρεσιών μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τον καρκίνο (Ιακωβίδης, & Ιακωβίδης, 2001).

Υπάρχουν μερικές ανάγκες που μπορούν να καλυφθούν πλήρως από τα άτομα και τις υγειονομικές υπηρεσίες: σωματικές ανάγκες, συναισθηματικές και πνευματικές ανάγκες, ανάγκες πληροφόρησης, ανάγκες με κοινωνικά δίκτυα υποστήριξης. Μια μεγαλύτερη κατανόηση των ζητημάτων που συμβάλλουν στην ψυχολογική νοσηρότητα των ασθενών με καρκίνο θα βοηθήσει ώστε να εξασφαλιστούν οι ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες υποστήριξης (Ιακωβίδης, & Ιακωβίδης, 2001). Οι φορείς παροχής υπηρεσιών καρκίνου πρέπει να εξασφαλίσουν ότι (Fleishman, 2011):

- Οι προσφέροντες ιατρικής υποστήριξης καταλαβαίνουν τις προσδοκίες των ασθενών τους και εκτιμούν ότι οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες ποικίλουν μεταξύ των ασθενών.
- Οι ανάγκες πληροφόρησης πρέπει να περιλαμβάνουν τις συμβουλές για τις υπηρεσίες.
- Οι προσφέροντες ιατρικής υποστήριξης να γνωρίζουν ότι είναι σημαντικό να παρέχεται υποστήριξη στην οικογένεια.

- Οι υπηρεσίες να περιλαμβάνουν τη βοήθεια στη διατήρηση και την ανεξαρτησία της αίσθησης του ελέγχου των γεγονότων από τον ασθενή,
- Να παρέχονται υπηρεσίες ώστε να βοηθήσουν τους ασθενείς να εξετάσουν μια σειρά συναισθηματικών και πνευματικών ζητημάτων.
- Οι ιατρικές υπηρεσίες να γνωρίζουν τις πρακτικές ανάγκες (συμπεριλαμβανομένης και της παιδικής μέριμνας).

Όλοι οι ασθενείς και οι οικογένειες αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής τους. Μερικοί είναι ξαφνικοί και πρόωροι (θάνατος ή η καταστροφή), ενώ άλλοι αναμένονται (διαζύγιο ή αποχώρηση). Ο καρκίνος σε ένα μέλος μιας οικογένειας θα αλλάξει τη συναισθηματική ισορροπία, τους πόρους χρηματοδότησης, το τμήμα της ευθύνης, και τις κοινωνικές δραστηριότητες του συζύγου ή του συνεργάτη, καθώς επίσης και το υπόλοιπο της οικογένειας (Mcillmurrat, 2001).

Επειδή πολλοί ασθενείς, ακόμα και σήμερα, θεωρούν μια διάγνωση καρκίνου ως πρόταση του επικείμενου και επίπονου θανάτου, υπάρχει ένας μεγάλος ψυχολογικός αντίκτυπος στο ρόλο του ασθενή και της οικογένειας. Αρχικά, μια ψυχολογική κρίση δημιουργείται, η οποία προκαλεί πολλές συγκινήσεις που κυμαίνονται από την ανησυχία, το θυμό, το φόβο, και την κατάθλιψη των συχνά συναισθηματικά παράλυτων επιλογών διαγνώσεων και θεραπείας, ως την απελπισία και την απόγνωση. Μετά από αυτήν την άμεση απάντηση κρίσης το Weisman και η μελέτη ορόσημων Worden εξηγούν την «υπαρξιακή δύσκολη θέση», του ατόμου κατά τη διάρκεια των πρώτων 100 ημερών μετά από τη διάγνωση. Ο ασθενής προσπαθεί να εξετάσει την έννοια της ασθένειας και τις πιθανές αλλαγές στα σχέδια ζωής αλλάζοντας αποφάσεις (Mcillmurrat, 2001).

Στην εκμάθηση μιας διάγνωσης καρκίνου, οι ασθενείς δοκιμάζουν τα νέα και πολλαπλάσια είδη κινδύνου που πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν. Η άρνηση, «αυτό δεν μπορεί να είναι αληθινό», συχνά αρχικά χρησιμοποιείται και είναι μια πολύ προσαρμοστική προσωρινή απάντηση. Στην άμεση διαδοχή έρχεται ο θυμός (γιατί εγώ;), φόβος (ο καρκίνος δεν σημαίνει το θάνατο;), γενική ανησυχία (φόβος του άγνωστου), ανησυχία «δοκιμής» (που περιμένουν τα αποτελέσματα), και πένθος των πολλών απωλειών τους. Αυτά είναι όλα τα παραδείγματα του κινδύνου που οι ασθενείς πρέπει τώρα να αντιμετωπίσουν ως ένα συγκρότημα επιχειρήσεων, ενώ

προηγουμένως μπορεί να τα είχαν αντιμετωπίσει μόνο σε μεμονωμένη βάση (Καραδήμας, 2005).

Ένας σημαντικός παράγοντας αφορά το πώς οι ασθενείς αποκρίνονται στη διάγνωση του καρκίνου. Αν και, αρχικά, είναι συνήθως η ευθύνη του παθολόγου/του χειρουργού. Άλλα στοιχεία που επηρεάζουν την απάντηση περιλαμβάνουν τους αναπτυξιακούς στόχους και τους στόχους σύμφωνα με την ηλικία, προγενέστερα επίπεδα λογικής και κοινωνικής προσαρμογής στην ασθένεια, τις θρησκευτικές και πολιτιστικές τοποθετήσεις, το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης, Η οικογενειακές συναισθηματικές εκβάσεις και η δυνατότητα να αντιμετωπίσουν τη διάγνωση του καρκίνου είναι ίσως ένας από τους βαθύτερους παράγοντες άγχους που ένα άτομο μπορεί να δοκιμάσει. Η φυσική διαδικασία έχει επιπτώσεις μόνο στον οικοδεσπότη της, αλλά η εμπειρία της ασθένειας και της έμφυτης δυνατότητας για την πίεση μοιράζεται από ολόκληρη την οικογένεια. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους αντιμετωπίζουν την εμπειρία του καρκίνου ως μια βαθιά επίδραση στο αντιληπτό επίπεδο βασάνου (Καραδήμας, 2005).

Δεν είναι ασυνήθιστο για τους ασθενείς με σοβαρή ασθένεια και τις οικογένειές τους να αισθανθούν απομονωμένοι ακόμη και από τους στενούς φίλους και τα οικογενειακά μέλη (Μέγκα, και συν., 2003).

Μερικοί έχουν παρομοιάσει την εμπειρία του καρκίνου με έναν γύρο ακτοφυλάκων κυλίνδρων της ελπίδας και της απελπισίας. Οι πεποιθήσεις έχουν ένα σημαντικό τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι μπορούν να κρατήσουν την ελπίδα κατά τη διάρκεια μιας ασθένειας. Η ελπίδα δεν είναι η ίδια με τις επιθυμίες και τις προσδοκίες και δεν αφορά αποκλειστικά και μόνο τη σκαπάνη επιθυμίας μια θεραπεία - έτσι, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους μπορούν να διερευνήσουν τη δυνατότητα της εκμετάλλευσης για μια ευρεία σειρά φυσικών, συναισθηματικών, και συγγενικών εκβάσεων (Σέμογλου, 1998).

Η αρχική ανησυχία είναι η ζωή εναντίον του θανάτου. Ο φόβος κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου μπορεί να είναι ο ακρωτηριασμός και κατευθύνεται συχνά στην αβεβαιότητα. Κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής περιόδου, το άτομο, η οικογένεια, και οι φίλοι μπορούν να συντριφθούν (Καραδήμας, 2005).

Οι ασθενείς με τον καρκίνο μπορούν να υποστηριχθούν στις προσπάθειές τους να προσαρμοστούν. Εάν οι υποψίες του καρκίνου επιβεβαιώνονται, πρέπει να είναι ο γιατρός που το λέει στον ασθενή και την οικογένεια. Αυτή η εμπειρία μπορεί να δώσει στον ασθενή μια αυξανόμενη αίσθηση της εμπιστοσύνης ότι η αλήθεια λέγεται και ότι κανένας δεν παρακρατά τις πληροφορίες. Μερικοί ασθενείς έχουν παρουσιάσει μια ανάγκη να αναγνωρίσουν την αίσθηση της προσωπικής τραγωδίας τους, αλλά χωρίς υποστήριξη φροντίδας. Συχνά είναι ανίκανοι να μιλήσουν ειλικρινά για τα συναισθήματά τους. Εντούτοις, κάθε άτομο είναι μοναδικό (Μέγκα, και συν., 2003).

Η διάγνωση καρκίνου μπορεί να προκαλέσει ένα ευρύ φάσμα φυσικών συμπτωμάτων όπως το αυξανόμενο ποσοστό καρδιών και η πίεση αίματος, οι πονοκέφαλοι, οι πόνοι μυών, ο ίλιγγος, η απώλεια όρεξης, η ναυτία, η διάρροια, η αδυναμία, η συμπίεση στο λαιμό και το στήθος, και οι διαταραχές ύπνου. Μερικοί θεωρούν ότι η πίεση μπορεί να έχει επιπτώσεις στο ανοσοποιητικό σύστημα του σώματος (Μέγκα, και συν., 2003).

Άλλα συναισθήματα που να προκύψουν είναι κατάθλιψη, ανησυχία, ένα έντονο συναίσθημα ευπάθειας που μπορεί να συνοδευθεί από τα συναισθήματα της προδοσίας και την αδικία (Φούντζηλας, & Μπαρμπούνης, 2006).

Δεδομένου ότι οι ασθενείς μαθαίνουν πώς η ασθένεια και η θεραπεία μπορούν να έχουν επιπτώσεις στους οργανισμούς τους είναι σε θέση να μείνουν ενημερωμένοι και να συμμετέχουν στην θεραπεία και την περίθαλψή τους (Teunissen, Wesker, & Kruitwagen, 2007).

Η ενθάρρυνση ενός ασθενή για να υποβάλει τις ερωτήσεις του στον γιατρό, και σε άλλα μέλη της ομάδας θεραπείας θα μειώσει τα συναισθήματα της ευπάθειας. Συχνά οι ασθενείς είναι απρόθυμοι να εκθέσουν τα σημάδια και τα συμπτώματα των παρενεργειών, δεν τα θεωρούν αρκετά σημαντικά ή δεν θέλουν «να ενοχλήσουν» (Σέμογλου, 1998).

6.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ :

Με τον όρο αποκατάσταση εννοούμε την επαναφορά του καρκινοπαθούς στην πριν από τη διάγνωση του νεοπλασματος κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας. Αντίστοιχα, μπορούμε να μιλάμε για σωματική, ψυχική και κοινωνική αποκατάσταση, ενώ καθεμία από αυτές μπορεί να περιέχει πλήθος από διαφορετικές συνιστώσες. Είναι όμως αυτονόητο ότι καθεμία συνδέεται άμεσα με τις άλλες, τις επηρεάζει και επηρεάζεται από αυτές έτσι, που η διάκρισή τους να εξυπηρετεί πρακτικά μόνο εκπαιδευτικές σκοπιμότητες. Η αποκατάσταση προϋποθέτει τη συνεργασία ενός πλήθους συντελεστών, δείχνοντας από μία ακόμα σκοπιά ότι ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας (Fleishman, 2011).

Τα προβλήματα προς αποκατάσταση προέρχονται είτε από την ίδια τη νόσο είτε από τους θεραπευτικούς χειρισμούς. Τα προβλήματα από τη νόσο είναι είτε γενικά, αναφερόμενα στον οργανισμό ως σύνολο, είτε τοπικά. Τα γενικά προβλήματα μπορεί να είναι: (α) σωματικά, όπως το αίσθημα κακουχίας, η ελαττωμένη θρέψη, ο πόνος κ.λπ., (β) ψυχολογικά, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, ο φόβος, (γ) κοινωνικά, όπως οι διαταραχές στην οικογένεια, επαγγελματικές δυσκολίες, οικονομική δυσπραγία, δυσχέρειες επικοινωνίας κ.λπ. Τα τοπικά προβλήματα αναφέρονται σε ένα όργανο ή οργανικό σύστημα ή σε μια ανατομικολειτουργική ενότητα του σώματος (Mcillmurrat, 2001).

Τα προβλήματα από τη θεραπεία είναι και πάλι σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά και είναι διαφορετικά, ανάλογα με το όργανο, τη θεραπευτική μέθοδο που ακολουθήθηκε. Η χειρουργική θεραπεία μπορεί να συνεπάγεται ακρωτηριασμούς άκρων ή ακρωτηριασμό του μαστού, εκτομές εσωτερικών οργάνων κ.λπ. Η φαρμακευτική θεραπεία/χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει μερική ή πλήρη, αναστρέψιμη όμως, αλωπεκία, βλάβη των φλεβών, βλάβες των ιστών και του δέρματος κ.λπ. Η ακτινοθεραπεία πολύ συχνά προκαλεί βλάβες του δέρματος, βλάβες οργάνων, διαταραχές κινητικότητας, παραμορφώσεις κ.λπ. (Μέγκα, και συν., 2003). Τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που προκαλούνται από τις διάφορες θεραπείες και απαιτούν αποκατάσταση αναφέρονται σε προβλήματα της ερωτικής ζωής, σε μεταβολές του ρόλου στην οικογένεια, σε επαγγελματικές ανεπάρκειες, σε οικονομικές δυσχέρειες κ.λπ. (Mcillmurrat, 2001).

Παραθέτουμε ενδεικτικά κάποια προβλήματα που έχουν ανάγκη αποκατάστασης (Μέγκα, και συν., 2003):

1. Αλωπεκία. Η οφειλόμενη στη χημειοθεραπεία αλωπεκία είναι προσωρινή και αναστρέψιμη. Αυτό αποτελεί μια σημαντική ανακούφιση για τους ασθενείς και κυρίως για τους ασθενείς που αποδέχονται δύσκολα την ανεπιθύμητη αυτή ενέργεια της χημειοθεραπείας, καθώς προβάλλει προς τα έξω το πρόβλημά τους. Για την περίοδο της θεραπείας, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν το πρόβλημα με διάφορους τρόπους. Μερικοί νέοι ξυρίζουν τελείως το κεφάλι τους, ενώ οι γυναίκες χρησιμοποιούν καλύμματα της κεφαλής ή περούκες.

2. Μαστεκτομή. Η αφαίρεση του οργάνου συνεπάγεται προβλήματα αισθητικής, όχι μόνο από την έλλειψη του και από την ασυμμετρία στο θωρακικό τοίχωμα, αλλά και από τη ρίκνωση του θωρακικού τοιχώματος και από το πιθανό λεμφικό οίδημα. Εκτός όμως από τα ανατομικά, η επέμβαση δημιουργεί και ιδιαίτερα ψυχολογικά προβλήματα. Αυτά προκύπτουν όχι μόνο από την αλλαγή της εικόνας του σώματος, αλλά και από αισθήματα ανεπάρκειας στο γυναικείο ρόλο και από διαταραχές στη σεξουαλική ζωή και στις συζυγικές σχέσεις.

3. Ειλεοστομία, κολοστομία. Από τις επεμβάσεις στο έντερο, πιο σοβαρό επηρεασμό της καθημερινής ζωής συνεπάγονται οι στομίες. Η ύπαρξη οσμής, η ανεξέλεγκτη έξοδος αερίων και κοπράνων, η εξάρτηση από τον ειδικό σάκο, συνεπάγονται έντονη ψυχική φόρτιση και σοβαρό επηρεασμό της κοινωνικής δραστηριότητας. Ακόμα επιβάλλουν ειδικές συνθήκες διατροφής, αλλά και ενδυματολογικούς περιορισμούς, καθώς πρέπει να καλύπτεται ο σάκος της στομίας και, κατά το δυνατόν, να ελέγχονται ο θόρυβος και η οσμή. Ιδιαίτερα προβλήματα δημιουργούνται και στη σεξουαλική ζωή ασθενών με στομίες, με έντονους περιορισμούς και επακόλουθες αναστολές, με πρόσθετη ψυχολογική επιβάρυνση.

4. Επεμβάσεις στα γεννητικά όργανα. Οι εγχειρήσεις αυτές, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, συνδυάζονται με σοβαρότατα προβλήματα. Γενικά και έντονα είναι τα ψυχολογικά προβλήματα με κυρίαρχα αισθήματα ντροπής, ενοχής, φόβου και ανεπάρκειας στο ρόλο του φύλλου, τα οποία, ακόμη και αν δεν υπάρχουν ανατομικοί ή λειτουργικοί λόγοι, συνεπάγονται ψυχογενή ανικανότητα.

5. Ακρωτηριασμοί χεριών και ποδιών. Συνεπάγονται σοβαρότατα προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης των καθημερινών προσωπικών αναγκών τους, από τις πιο απλές έως τις πιο σύνθετες. Ο ακρωτηριασμός ενός χεριού, λ.χ., δυσχεραίνει τη σίτιση και την καθημερινή τουαλέτα, πέρα από τα όποια αισθητικά προβλήματα. Δυσχεραίνει επίσης την άσκηση πολλών επαγγελμάτων και δρομολογεί κατά κανόνα τον προσανατολισμό προς νέο είδος εργασίας. Το γεγονός μπορεί να ακολουθείται και από μείωση των οικονομικών προσόδων. Ακρωτηριασμός σε ένα από τα κάτω άκρα δυσχεραίνει σημαντικά τη στάση, τη βάδιση, την ασφάλεια κατά τη βάδιση και εξαρτά το άτομο από τεχνητά μέλη ή βοηθητικά εξαρτήματα (πατερίτσες, πι, μπαστούνι κ.λπ.).

6. Παραπληγία. Συνεπάγεται όχι μόνο την παντελή και μόνιμη αδυναμία χρήσης των κάτω άκρων. Έτσι, εκτός από την εξάρτηση από την εξάρτηση από το αναπηρικό αμαξίδιο, υπάρχει και εξάρτηση από καθετήρα κύστης με όλα τα επακόλουθα. Έντονα είναι τα κοινωνικά προβλήματα: η δυσχέρεια στην εξεύρεση εργασίας, το μεγάλο κόστος των ατόμων που θα τον φροντίζουν, οι ανάγκες για υλικά (καθετήρες, συλλέκτες, αμαξίδιο κ.λπ.), οι δαπάνες για φυσιοθεραπεία, για φάρμακα κ.λπ. Επιπλέον, υπάρχουν έντονα προβλήματα από την αδυναμία κοινωνικής συμμετοχής.

7. Τετραπληγία. Στα πιο πάνω προβλήματα πρέπει να προστεθούν και εκείνα από τα άνω άκρα, που καθιστούν τον τετραπληγικό σχεδόν απολύτως εξαρτημένο άτομο.

Οι διαδικασίες της αποκατάστασης δεν είναι δουλειά ενός προσώπου, αλλά μιας πολυπρόσωπης, έστω και ατύπως, ομάδας αποκατάστασης. Στην ομάδα αυτή, εκτός από γιατρούς πολλών ειδικοτήτων, μετέχουν και άλλοι επαγγελματίες υγείας, καθώς και συγγενείς, φίλοι και άλλοι βοηθοί των ασθενών – των οποίων άλλωστε η συμμετοχή είναι αυτονόητη (Mcillmurrat, 2001).

Συνήθως την περίοδο μετά το τέλος της θεραπείας, οι επιβιώσαντες ασθενείς βιώνουν αισθήματα ανησυχίας για τυχόν επανεμφάνιση της νόσου, άγχους όπως επίσης και αισθήματα αβεβαιότητας, απομόνωσης, απογοήτευσης. Αντίθετα κάποιοι άλλοι ασθενείς είναι δυνατόν να αναπτύξουν θετικά αισθήματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου τα οποία συνεχίζουν να υπάρχουν και μετά το τέλος αυτής. Τέτοια αισθήματα είναι η αυξημένη αυτοεκτίμηση, η απόδοση μεγαλύτερου

νοήματος στη ζωή, η αυξημένη πνευματικότητα και αυξημένα αισθήματα ειρήνης και καλής πρόθεσης. Αυτές οι θετικές μακροχρόνιες θετικές επιδράσεις μπορεί να θεωρηθούν σαν πλεονεκτήματα της διάγνωσης και της θεραπείας του και συχνά χαρακτηρίζονται σαν μετατραυματική ανάπτυξη. Η επαφή μεταξύ των ασθενών που βιώνουν αυτά τα δύο είδη διαφορετικών ψυχολογικών αντιδράσεων έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι έχει βοηθήσει ασθενείς με καρκίνο μαστού που βίωναν αρνητικά συναισθήματα και ήρθαν σε επαφή με επιβιώσαντες που βίωναν τη μετατραυματική ανάπτυξη (Ρηγάτος, 2007).

Η παροχή υποστηρικτικής νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να γίνεται με τρόπο που οι επιβιώσαντες να προσαρμοστούν στην περίοδο μετά το τέλος της θεραπείας όσο γίνεται καλύτερα, να την αποδεχτούν με ηρεμία και να αποκτήσουν αισθήματα εκτίμησης της ζωής και απόλαυσης μικρών διασκεδαστικών πραγμάτων (Syrijala, et al., 1995, Ιακωβίδης, & Ιακωβίδης, 2001).

Η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης εξαρτάται κυρίως από την επιλογή των παρεμβάσεων και την αποδοχή αυτών εκ μέρους των ασθενών (Ρηγάτος, 2007). Οι τρόποι ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στις οποίες μπορεί να συμμετάσχουν και οι κοινωνικοί λειτουργοί σε συνεργασία με τους κατάλληλους επιστήμονες είναι:

- i. Παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων ώστε να ελαττωθεί η αβεβαιότητα και να αυξηθούν οι ικανότητες προσαρμογής κατά τη διάρκεια της επιβίωσης. Αυτή η παροχή είναι πιθανό να περιλαμβάνει ατομικά μαθήματα, εργαστήρια, και διδασκαλία μικρών ομάδων επιβιωσάντων και των οικογενειών τους. Επιπλέον, οποιοδήποτε γραπτό υλικό και υλικό που προέρχεται από το Διαδίκτυο από αξιόπιστες πηγές και το οποίο αναφέρεται στην επιβίωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί.
- ii. Η παροχή συμβουλών μπορεί να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να βοηθήσει συναισθηματικά τους επιβιώσαντες. Οι ατομικές συναντήσεις ή η ομαδικές, η οικογενειακή συμβουλευτική, η υποστήριξη από το σύντροφο και την οικογένεια είναι απαραίτητη. Η αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων κάθε ασθενή θα πρέπει να πραγματοποιείται (π.χ. ανησυχία για επανεμφάνιση της νόσου, γονιμότητα, αλλαγές στη σχέσεις). Επίσης θα πρέπει να δίνεται έμφαση στις προσωπικές δυνάμεις των ατόμων καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Ρηγάτος, 2007).

6.4 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ :

Στις μέρες μας το ποσοστό των ατόμων που επιβιώνουν μετά τη θεραπεία του καρκίνου ολοένα και αυξάνεται λόγω της αλματώδους προόδου της ιατρικής όσον αφορά στις καινοτόμες μεθόδους ανίχνευσης και θεραπείας της νόσου. Παρά το γεγονός ότι ο όρος επιβίωση «μετά τον καρκίνο» (cancer survivorship) δεν είναι καινούργιος, ο ορισμός του ατόμου που ξεπερνά τον καρκίνο συνεχίζει να αποτελεί αντικείμενο διαφωνιών.

Ο ιστορικός ορισμός σύμφωνα με τον οποίο κάποιος έχει επιβιώσει από την ασθένεια εάν έχει παραμείνει για πέντε χρόνια ελεύθερος της νόσου καταρρίφθηκε με την ίδρυση του National Coalition for Cancer. Ο Οργανισμός Cancer Institute Office of Cancer Survivorship δίνει τον ακόλουθο ορισμό «ένα άτομο θεωρείται ότι έχει επιβιώσει από τον καρκίνο από τη στιγμή της διάγνωσης. Τα μέλη της οικογένειας, οι φίλοι και οι φροντιστές που επηρεάζονται από την ασθένεια συμπεριλαμβάνονται στον ορισμό» (Miaskowski, et al., 2007).

Αποτελεί κοινή παραδοχή στους ειδικούς υγείας ότι τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία και βρίσκονται στο στάδιο της επιβίωσης αποτελούν ένα σύνολο με διαφορετικές βιοϊατρικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες. Κάποιοι από τους πρώην πάσχοντες δεν εμφανίζουν συμπτώματα και λειτουργικές διαταραχές οφειλόμενες στην ασθένεια ή τη θεραπευτική παρέμβαση, ενώ αντίθετα κάποιοι άλλοι συνεχίζουν να βιώνουν ανεπιθύμητες ενέργειες και άλλα προβλήματα και μετά το τέλος της θεραπείας τους (Ρηγάτος, 2007).

Με βάση τις βραχυπρόθεσμες και μακροχρόνιες συνέπειες του καρκίνου, οι Welch-McCaffrey et al προσδιόρισαν μια σειρά από πιθανές φάσεις στην επιβίωση κατά τις οποίες οι επιβίωσαντες με καρκίνο ενδέχεται να (Miaskowski, et al., 2007):

- Ζήσουν χωρίς καρκίνο για αρκετά χρόνια
- Ζήσουν χωρίς καρκίνο για αρκετό καιρό αλλά να πεθάνουν πολύ γρήγορα από την καθυστερημένη επανεμφάνιση της νόσου
- Αναπτύξουν δευτερογενή καρκίνο

- Ζήσουν παροδικές περιόδους με ενεργό νόσο
- Ζουν περιμένοντας τον επικείμενο θάνατο

Σε όλα τα παραπάνω στάδια και εφόσον η θεραπεία έχει λήξει, οι ασθενείς βιώνουν ένα συνδυασμό συναισθημάτων, όχι μόνο αρνητικών αλλά και θετικών. Τέτοια συναισθήματα είναι (Miaskowski, et al., 2007):

- Ανησυχία για πιθανή επανεμφάνιση της νόσου.
- Άγχος.
- Αβεβαιότητα.
- Αισθήματα απομόνωσης.
- Απογοήτευση.
- Αυξημένη αυτοεκτίμηση.
- Απόδοση μεγαλύτερου νοήματος στη ζωή.
- Αυξημένη πνευματικότητα.
- Αισθήματα ειρήνης και καλής πρόθεσης.

Αναφορικά με τα θετικά συναισθήματα που βιώνουν τα εν λόγω άτομα, αυτές οι μακροχρόνιες θετικές επιδράσεις θεωρούνται πλεονεκτήματα της διάγνωσης και της θεραπείας του και συχνά χαρακτηρίζονται σαν μετατραυματική ανάπτυξη. Έρευνες έχουν δείξει ότι ασθενείς οι οποίοι βίωναν αρνητικά συναισθήματα μετά τη θεραπεία μετά από την επαφή τους με επιβιώσαντες που βίωναν τη μετατραυματική ανάπτυξη, βοηθήθηκαν και άλλαξαν ως προς τη στάση ζωής και τις ψυχολογικές αντιδράσεις τους. (Miaskowski, et al., 2007).

Σε γενικές γραμμές, οι εναλλαγές αρνητικών και θετικών συναισθημάτων αποτελούν σύνηθες φαινόμενο στους επιβιώσαντες της νόσου. Οι λόγοι για τους οποίους παρατηρείται αυτό είναι (Miaskowski, et al., 2007):

- § Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες συναισθήματα που συνδέονται με την ύπαρξη του καρκίνου «βγαίνουν» μεταγενέστερα στην επιφάνεια καθώς το διάστημα από τη διάγνωση μέχρι τη λήξη της θεραπείας πολλοί ασθενείς επικεντρώνονται σε άλλα θέματα (εύρεση καλής θεραπευτικής ομάδας, επιπτώσεις θεραπειών, κ.α.).
- § Ενδέχεται κάποιος να είναι απροετοίμαστος για τις συναισθηματικές συνέπειες της νόσου. Παρόλο που μπορεί ένα άτομο να έχει ενημερωθεί όσον

αφορά τα πρακτικά θέματα που αφορούν τον καρκίνο, να μην έχει διαβάσει ή ακούσει αρκετά για τις συναισθηματικές συνέπειες του καρκίνου.

- § Το οικείο περιβάλλον του επιβίωσαντα ενδέχεται να μη μπορεί να αντιληφθεί τη συναισθηματική φόρτιση που επιφέρει η θεραπεία. Προσδοκούν από αυτόν να επανέλθει στον παλιό ρυθμό της ζωής του και να συνεχίσει σαν να μην έχει μεσολαβήσει αυτή η δύσκολη περίοδος της διάγνωσης και της θεραπείας. Η αναγνώριση συναισθημάτων φόβου και λύπης από την πλευρά του ασθενή την ίδια στιγμή που οι άνθρωποι γύρω του χαίρονται για τη νίκη του, μπορεί να είναι κάτι αρκετά επίπονο και συνεπώς να τον κάνει να αισθανθεί μόνος με αυτά τα συναισθήματα.

Τα πιο συνηθισμένα από τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν οι επιβιώσαντες του καρκίνου είναι (Miaskowski, et al., 2007):

Άγχος: Η περίοδος μετά τη λήξη της θεραπείας χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη συναισθημάτων άγχους εξαιτίας της αβεβαιότητας που συνοδεύει το μέλλον, των επαναληπτικών εξετάσεων αλλά και των αλλαγών που έχει επιφέρει στη ζωή του ατόμου η εμπειρία του καρκίνου

Φόβος: Τη νίκη στη μάχη με τον καρκίνο ακολουθεί ο φόβος μην επανέλθει η νόσος ειδικά σε περιπτώσεις που κάποιος εξακολουθεί να εμφανίζει συμπτώματα από τον καρκίνο ή τη θεραπεία του.

Κατάθλιψη: Η βασική διαφορά ανάμεσα στη θλίψη και την κατάθλιψη έγκειται στο γεγονός ότι η δεύτερη μπορεί να προκληθεί από αναπάντεχα, αγχογόνα γεγονότα ή απώλεια, ή από κάποια χημική αλλαγή που έχει υποστεί ο εγκέφαλος. Η κατάθλιψη είναι πολύ πιο έντονη από τη θλίψη και διαρκεί περισσότερο.

Θλίψη: Πρόκειται για ένα συναίσθημα λύπης, δυσαρέσκειας ή δυστυχίας που μπορεί να προκληθεί από αναπάντεχες αλλαγές και στρεσογόνες καταστάσεις. Παρά το γεγονός ότι δεν αποτελεί αναμενόμενο συναίσθημα μετά τη λήξη της θεραπείας, η θλίψη παρατηρείται συνήθως κατά τους πρώτους μήνες μετά τη θεραπεία. Είναι μία φυσιολογική αντίδραση στην προσπάθειά του ατόμου να προσαρμοστεί στις αλλαγές που έχουν συμβεί, καθώς το προηγούμενο διάστημα ήταν αφοσιωμένος στα πρακτικά ζητήματα της θεραπείας οπότε ενδέχεται να μη συλλογίστηκε ποτέ σε βάθος τις αλλαγές που επέφερε ο καρκίνος στη ζωή του αλλά και το πώς θα προσαρμοστεί σε

αυτές. Μπορεί ακόμα, να βιώσει απώλειες μέσω του καρκίνου που χρειάζονται χρόνο για να τις αποδεχτεί.

Αρνητική αυτοεικόνα: Εάν ο καρκίνος επέφερε σωματικές αλλαγές στο άτομο, είναι πολύ πιθανόν να ανησυχεί για την εικόνα του προς τους άλλους ανθρώπους. Το γεγονός ότι κάποιος μπορεί να αισθάνεται διαφορετικά για το σώμα του, μπορεί επηρεάσει την εικόνα που έχει για τον εαυτό του.

Απώλεια: Ο επιβιώσαντας του καρκίνου και τα πρόσωπα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντός τους μπορεί να αντιμετωπίσουν πολλών ειδών απώλειες ως αποτέλεσμα της εμπειρίας του καρκίνου, όπως την απώλεια μίας δουλειάς, της οικονομικής ή συναισθηματικής σταθερότητας, της σωματικής υγείας ή ενός σημαντικού στόχου ζωής. Η κατανόηση και διαχείριση της θλίψης είναι μία διεργασία που χρειάζεται χρόνο και περιλαμβάνει ποικιλία συναισθημάτων και προβληματισμών.

Θυμός: Ο πρώην καρκινοπαθής μπορεί να βιώσει το θυμό σε διάφορα επίπεδα τα οποία κυμαίνονται από μία μικρή ενόχληση μέχρι τον εκνευρισμό, την έξαρση, το ξέσπασμα. Το πιο σύνηθες φαινόμενο είναι να αισθάνεται κάποιος αδικημένος για το λόγο ότι η ζωή του δεν έχει πλέον τον φυσιολογικό ρυθμό που είχε πριν την διάγνωσή. Η σωματική, ψυχική, οικονομική, πνευματική ή συναισθηματική εξάντληση αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη τέτοιου είδους συναισθημάτων.

Ενοχές: Οι ενοχές είναι ένα συναίσθημα που βιώνεται συχνά από τους νικητές του καρκίνου. Συχνά αισθάνονται ενοχές σκεπτόμενοι ότι εξαιτίας του προηγούμενου τρόπου ζωής τους είναι υπεύθυνοι για την κατάσταση στην οποία περιήλθαν. Μπορεί ακόμα να αισθάνονται ενοχές που εκείνοι νικήσαν τον καρκίνο ενώ άλλοι όχι, ή μπορεί και να ανησυχούν ότι αποτελέσαν «βάρος» για τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Αβεβαιότητα: Τα άτομα που έχουν ξεπεράσει τον καρκίνο αισθάνονται πολλές φορές αβεβαιότητα για διάφορες πτυχές της ζωής τους. Η κατάσταση της υγείας τους ενδέχεται να είναι η πρωταρχική τους ανησυχία. Νιώθουν αγχωμένοι όσο οι πιο σημαντικές ημερομηνίες (όπως οι επαναληπτικές εξετάσεις) πλησιάζουν και γενικά ανησυχούν περισσότερο από ότι συνήθως για την υγεία τους. Τέλος, δεν είναι λίγες οι

περιπτώσεις κατά τις οποίες οι επιβιώσαντες δυσκολεύονται να κάνουν σχέδια για το μέλλον τους.

Συναισθηματική/Πνευματική φόρτιση: Μετά τη λήξη της θεραπείας, πολλοί άνθρωποι νιώθουν ότι δεν έχουν τη δύναμη να αισθανθούν πλέον τίποτα λόγω της επίπονης αυτής εμπειρίας τους. Μετά το στρες της θεραπείας, μπορεί να αισθάνονται ότι είναι ανίκανοι για κάτι καινούριο ή ακόμα και να αναπτύξουν αμυντικούς μηχανισμούς προκειμένου να προστατέψουν τον εαυτό τους και αυτούς που αγαπούν.

Τα παραπάνω συναισθήματα είναι πολύ πιθανό να προκαλέσουν αντιδράσεις στο σώμα, στη συμπεριφορά, στον τρόπο σκέψης του επιβιώσαντα (Miaskowski, et al., 2007):

I. Σωματικές αντιδράσεις:

- Κόπωση.
- Κλάμα.
- Αδιαθεσία.
- Αϋπνία.
- Ένταση.
- Αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες.

II. Αντιδράσεις ως προς τη συμπεριφορά:

- Προβλήματα επικοινωνίας με άλλους.
- Αντιδραστική συμπεριφορά.
- Αποφυγή ανθρώπων ή πραγμάτων που συνδέονται με την εμπειρία του καρκίνου.
- Συνεχής ανάγκη για επιβεβαίωση από άτομα του οικείου περιβάλλοντος ότι ο επιβιώσαντας είναι καλά.
- Έλλειψη αυτοπεποίθησης.
- Απομάκρυνση από ανθρώπους ή δραστηριότητες που κάποτε το άτομο αγαπούσε.
- Κακή διάθεση.

III. Αντιδράσεις ως προς τον τρόπο σκέψης:

- Δυσκολία στη λήψη αποφάσεων.
- Έλλειψη συγκέντρωσης.
- Σκέψη μονίμως προσκολλημένη στην εμπειρία του καρκίνου.
- Υπερβολική προσοχή σε θέματα υγείας.

Σύμφωνα με τα πορίσματα μελετών σχετικών με το συγκεκριμένο θέμα, με το πέρασμα του χρόνου καιρό το μεγαλύτερο ποσοστό επιβιωσάντων του καρκίνου προσαρμόζονται θετικά στα άγχη που έχουν δημιουργηθεί από τη νόσο και τη θεραπεία της. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις όσον αφορά τον καρκίνο, μπορεί να αλλάζουν με τον καιρό (Rodin, Zimmermann, & Rydall, 2007).

Σταδιακά, καθώς το άτομο προσαρμόζεται στην καινούρια κατάσταση ή αποδέχεται την εμπειρία του καρκίνου, αρχίζει να αντιλαμβάνεται και να κατανοεί τα συναισθήματά του με αποτέλεσμα οι συναισθηματικές συνέπειες να γίνονται ολοένα και λιγότερο έντονες ώσπου κάποια στιγμή φτάνει στο σημείο να διαπιστώσει πως άλλα γεγονότα της ζωής του έχουν πλέον σημασία (Miaskowski, et al., 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ :

Δεν είναι καθόλου ασυνήθιστο να αισθάνεται κανείς πεσμένος μετά από μια διάγνωση καρκίνου, καθώς και κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή ακόμα και μετά τη λήξη της. Αρκετά άτομα αισθάνονται εξαντλημένα σωματικά αλλά και συναισθηματικά από τη θεραπευτική αγωγή, κάτι που είναι πιθανό να μειώσει τη διάθεση τους. Ωστόσο, για κάποια άτομα που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο η χαμηλή διάθεση τους μπορεί να συνεχίζεται για αρκετό διάστημα οπότε να χρειάζονται ειδική βοήθεια ή θεραπεία (Κονταξάκη , 2014).

Υπάρχουν άτομα που θεωρούν πως η μελαγχολία οδηγεί σε μια κατάσταση όπου η διάθεση τους είναι χαμηλή για αρκετές εβδομάδες και είναι καταθλιπτικοί. Η σχέση καρκίνου και κατάθλιψης είναι πολύπλοκη. Η κατάθλιψη μπορεί να πυροδοτηθεί από τη διάγνωση του καρκίνου, από άλλους παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο και τη θεραπεία του ή την σύγκρουση του γεγονότος αυτού με τη ζωή και τη καθημερινότητα όπως υπάρχει μέχρι εκείνη τη στιγμή.

Ακόμη, η κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί από άλλες δύσκολες καταστάσεις, είτε του παρελθόντος, είτε του παρόντος, που δεν έχουν απολύτως καμία σχέση με το θέμα του καρκίνου, όπως ο χαμός ενός αγαπημένου ατόμου. Η κατάθλιψη μπορεί να αναπτυχθεί αργά κάνοντας δύσκολο είτε στο ίδιο το άτομο ή στην οικογένεια του να προσδιορίσει το πότε ακριβώς ξεκίνησε. Σε κάποιες περιπτώσεις φαντάζει ότι ήρθε εντελώς ξαφνικά μια μέρα. Η κατάθλιψη μπορεί να προσβάλει οποιονδήποτε σε οποιαδήποτε ηλικία. Είναι πολύ συνήθης ένας στους 5 ανθρώπους (20%), έχουν κατάθλιψη κάποιο διάστημα στη ζωή τους. Η κατάθλιψη δεν είναι ένδειξη προσωπικής αποτυχίας να την αντιμετωπίσουμε. Δε μπορείς να πεις στον εαυτό σου να συνυπάρχει με την κατάθλιψη ή να συνέλθει από μόνος του. Υπάρχουν, ωστόσο, πράγματα που μπορεί να κάνει κανείς προκειμένου να βοηθήσει τον εαυτό του. Η κατάθλιψη συνήθως θεραπεύεται επιτυχώς. Το πρώτο και σημαντικό βήμα είναι να

ζητήσει κανείς την κατάλληλη βοήθεια (<http://www.bestrong.org.gr/el/cancer>)..

7.1.1 Ποιοι είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη :

Κάποια άτομα είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με κάποια άλλα (Κονταξάκη , 2014).

Σε αυτά τα άτομα συμπεριλαμβάνονται όσοι:

- Έχουν αντιμετωπίσει κατάθλιψη και στο παρελθόν.
- Δεν έχουν κανένα για να συζητήσουν. Είναι βοηθητικό να μιλά κανείς για το πώς αισθάνεται
- Έχουν πολλές δυσκολίες να αντιμετωπίσουν την ίδια στιγμή παράλληλα με την αντιμετώπιση του καρκίνου. Προσπάθησε να βάλεις τις δυσκολίες σε σειρά προτεραιότητας.
- Λαμβάνουν φάρμακα που είναι πιθανό να προκαλέσουν κατάθλιψη σε ορισμένα άτομα.

7.1.2 Συμπτώματα :

Σε αρκετά άτομα είναι οικεία πολλά από τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Για όλους υπάρχουν μέρες όπου η διάθεση είναι χαμηλή. Συνήθως, άτομα ή γεγονότα μπορούν να φτιάξουν το κέφι σε κάποιον ή μετά από μερικές μέρες αισθάνεται και πάλι όπως συνήθως. Η κατάθλιψη μπορεί να περιλαμβάνει συμπτώματα όπως:

- Να έχει κανείς πολύ χαμηλή διάθεση τον περισσότερο χρόνο.
- Να μην είναι κανείς ικανός να βγει από την καταθλιπτική διάθεση του.
- Να μην είναι σε θέση να ευχαριστηθεί με τίποτα.
- Να χάνει το ενδιαφέρον του για τις αγαπημένες του ασχολίες.

- Να αισθάνεται χειρότερα τις πρωινές ώρες.
- Να αντιμετωπίζει δυσκολία στο να σηκωθεί από τον ύπνο ή να ξυπνά νωρίς.
- Να κοιμάται ελάχιστα ή να έχει αϋπνίες.
- Να έχει δυσκολία συγκέντρωσης.
- Να έχει αίσθημα ενοχής και βάρους.
- Να αισθάνεται αβοήθητος.
- Να αισθάνεται υπερευαίσθητος.
- Ευερέθιστος.
- Να έχει χάσει τα κίνητρα του, να μην είναι σε θέση να ολοκληρώσει μια δουλειά

Η κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει και σωματικά συμπτώματα όπως κούραση, μείωση ή αύξηση της όρεξης και φυσικούς πόνους, αν και αυτά μπορούν να προκληθούν από τον καρκίνο και την θεραπεία του.

Οι άντρες που αντιμετωπίζουν κατάθλιψη μπορούν να αντιληφθούν καλύτερα τα σωματικά συμπτώματα απ' ό,τι τα συναισθηματικά και τα ψυχολογικά. Οι γυναίκες τείνουν να αντιληφθούν καλύτερα τα συμπτώματα στο επίπεδο του συναισθήματος.

7.1.3 Αυτοκτονικά συναισθήματα :

Αν αισθάνεται υπερβολικά μελαγχολικός δεν είναι ασυνήθιστο να αισθάνεται παράλληλα ότι η ζωή του δεν αξίζει και ακόμα περισσότερο μπορεί να σκέφτεται να

βλάψει θανατηφόρα τον εαυτό του. Είναι σύνηθες να αισθάνεται κανείς όταν βρίσκεται σε κατάθλιψη ότι είναι βάρος στους άλλους και ότι τα στενά του πρόσωπα θα ήταν καλύτερα αν δεν υπήρχε αυτός που έχει το πρόβλημα. Οι αυτοκτονικές σκέψεις, σαν σκέψη είναι ένας τρόπος δραπέτευσης από την κατάθλιψη. Ωστόσο, αν έχει συχνά αυτοκτονικές σκέψεις και σενάρια εκτέλεσης να το πει στον γιατρό του ή σε κάποιο άτομο που το νιώθει αρκετά κοντά του άμεσα (Παναγιωτοπούλου, 2014).

Ο γιατρός του μπορεί να του προτείνει να μείνει ένα διάστημα σε ένα νοσοκομείο, όπου ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό μπορεί να του προσφέρει υποστήριξη και να βοηθήσει να αισθανθεί καλύτερα όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Σε κάποιες περιοχές, ομάδες ειδικών ψυχικής υγείας μπορούν να τον επισκεφτούν στο σπίτι. Παράλληλα με ψυχοθεραπεία συνήθως χρειάζεται και φαρμακευτική αγωγή (Παναγιωτοπούλου, 2014) .

Αν έχει τα παρακάτω συμπτώματα χρειάζεται να αναζητήσει βοήθεια άμεσα:

- Συναισθήματα αυτοκτονικά.
- Ψευδαισθήσεις.
- Εμμονές σε πράγματα που είναι απίθανο να είναι πραγματικά (παραισθήσεις-αυταπάτες).
- Πρόκληση κακού στον ίδιο του τον εαυτό.

7.1.4 Αντικαταθλιπτική θεραπεία :

Πολλά άτομα παίρνουν κάποιο αγχολυτικό για να ανεβάσουν τη διάθεση τους. Τα αντικαταθλιπτικά λειτουργούν επηρεάζοντας χημικές ουσίες του εγκεφάλου. Λειτουργούν αργά, οπότε δε θα διαπιστωθεί βελτίωση των συμπτωμάτων μέχρι δύο εβδομάδες περίπου από την έναρξη της θεραπείας. Ο θεραπευτής πιθανά να χρειαστεί

να δοκιμάσει περισσότερα από ένα φάρμακο προκειμένου να βρει εκείνο που ταιριάζει στο συγκεκριμένο άτομο καλύτερα. Είναι σημαντικό να δοθεί μια καλή ευκαιρία σε κάθε φάρμακο προτού το αλλάξουμε (Κονταξάκη , 2014)..

Ο θεραπευτής θα συστήσει να συνεχιστεί η φαρμακευτική αγωγή μέχρι να επιστρέψει το άτομο στο συνήθη εαυτό για τουλάχιστον τρεις μήνες. Μετά η δόση μπορεί σταδιακά να μειωθεί πριν σταματήσει εντελώς. Η πρόωμη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής αυξάνει την πιθανότητα να επιστρέψει η κατάθλιψη (Κονταξάκη , 2014)..

Τα αντικαταθλιπτικά δεν προκαλούν εθισμό και τα περισσότερα άτομα χρειάζεται να τα χορηγούνται για περίπου έξι μήνες προκειμένου να τα βοηθήσει να ξεπεράσουν την κατάθλιψη. Μερικές έρευνες έχουν δείξει ότι τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να μην είναι πολύ αποτελεσματικά. Ωστόσο, πολλά άτομα αναφέρουν ότι έχουν βοηθηθεί από τέτοιου είδους φαρμακευτική αγωγή. Δεν πρέπει να σταματήσουν την προτού το συζητήσουν με το γιατρό τους. Θα τους συστήσει να μειώσουν αρχικά τη δόση και να τη σταματήσουν σταδιακά όταν δε θα τη χρειάζονται πια(Κονταξάκη , 2014).

Όπως όλα τα φάρμακα έτσι και τα αντικαταθλιπτικά έχουν παρενέργειες. Ωστόσο, αυτές είναι συνήθως ήπιες και τείνουν να είναι περισσότερες τις πρώτες εβδομάδες της θεραπευτικής αγωγής. Οι πιο συνήθεις παρενέργειες είναι η ξηρασία του στόματος, η υπνηλία, ναυτία, αϋπνία, σεξουαλικά προβλήματα και πονοκέφαλοι. Είναι απίθανο να έχει κανείς όλες αυτές τις επιδράσεις. Πολλά άτομα θεωρούν ότι γνωρίζοντας ότι αυτές οι παρενέργειες θα βελτιωθούν με τον καιρό κάνει πιο εύκολη την αντιμετώπιση τους. Ωστόσο, αν έχει κανείς ενοχλητικές παρενέργειες πρέπει να ενημερώσει το γιατρό του. Πιθανά θα προτείνει να αλλάξει η αγωγή (Κονταξάκη ,2014)..

Μερικά αντικαταθλιπτικά παραμένουν στο σώμα αρκετό καιρό μετά τη λήξη της αγωγής. Αυτό σημαίνει ότι η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να μειωθούν σταδιακά διαφορετικά είναι πιθανό να αισθάνεται κανείς αδιάθετος. Πάντα πρέπει να

ακολουθείται η συμβουλή του γιατρού και ποτέ δε πρέπει να σταματήσει μια φαρμακευτική αγωγή απότομα (Κονταξάκη , 2014).

Υπάρχουν πολλές επιλογές για να βοηθηθούν να μετριασθούν σημαντικά τα συναισθήματα αυτά:

- Μην διστάσετε να συμβουλευθείτε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας για να εξετάσετε τους λόγους που βιώνετε αυτά τα συναισθήματα.
- Συζητήστε τα συναισθήματα και τις ανησυχίες σας με τον θεράποντα ιατρό σας.
- Μην φοβηθείτε να διερευνήσετε όλες τις θεραπευτικές επιλογές μαζί με τον θεράποντα ακόμη και τη φαρμακοθεραπεία, μπορεί να προσφέρει άμεση ανακούφιση από τα συμπτώματα.
- Αναζητήστε να λάβετε μέρος σε ομάδες αυτοβοήθειας.
- Συζητήστε το με πρόσωπα σημαντικά για εσάς, μην ντρέπεστε να εκφράσετε τα συναισθήματά σας.
- Προσπαθήστε να παραμείνετε ήρεμοι ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που βιώνετε κρίσεις πανικού.
- Αναζητήστε δικούς σας τρόπους που σας κάνουν να ηρεμείτε όπως: προσευχή, ασκήσεις χαλάρωσης, ευχάριστες εικόνες, αποσπάστε την προσοχή σας σε δραστηριότητες (http://www.bestrong.org.gr/el/living_with_cancer/psychoemotional/stresspani c/).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΠΡΟΛΗΨΗ

8.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ :

Ο καρκίνος είναι μια πάθηση για την οποία έχουν ενοχοποιηθεί ποικίλες μεταλλάξεις του γενετικού υλικού. Για τις μεταλλάξεις αυτές φαίνεται ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο, πέραν των γονιδιακών, και περιβαλλοντικοί παράγοντες, για τους οποίους τόσο τα άτομα, όσο και οι κοινωνίες μπορούν να παρέμβουν.

Δεν αναπτύσσουν καρκίνο όλοι οι άνθρωποι με γενετική προδιάθεση και, αντίστροφα, ο καρκίνος μπορεί να πλήξει ανθρώπους χωρίς οικογενειακό ιστορικό της νόσου. Η καρκινογένεση είναι ένα φαινόμενο που απαιτεί χρόνο για να πραγματοποιηθεί και υπάρχουν συνήθως αρκετά στάδια μέχρι ένα φυσιολογικό κύτταρο να μετατραπεί σε καρκινικό. Στον ανώμαλο πολλαπλασιασμό των κυττάρων του καρκίνου συμβάλλει ποικιλία παραγόντων, που περιλαμβάνουν:

- ανωμαλίες στο γενετικό υλικό που οδηγούν σε βλάβες του κυττάρου, ενεργοποίηση γονιδίων
- αδυναμία του αμυντικού συστήματος του οργανισμού να καταστρέψει τα παθολογικά κύτταρα
- φαινόμενα που με την σειρά τους προκαλούνται από σύνθετους παράγοντες, που περιλαμβάνουν έκθεση σε καρκινογόνα, μικρόβια και ιούς, κληρονομικές προδιαθέσεις, χρήση καπνού, διατροφικές συνήθειες.

Ατομικοί παράγοντες κινδύνου:

- Κάπνισμα
- κατανάλωση αλκοόλ
- διατροφή
- παχυσαρκία
- έλλειψη σωματικής άσκησης

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Κώδικα κατά του Καρκίνου, πολλοί θάνατοι από καρκίνο θα μπορούσαν να αποφευχθούν με την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής. Το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ, η ανθυγιεινή διατροφή, καθώς και οι χρόνιες λοιμώξεις από ηπατίτιδα Β (HBV), ηπατίτιδα C (HCV) και ορισμένα είδη του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) είναι κύριοι παράγοντες για την αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.

8.2 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ:

- I. Διακοπή του καπνίσματος. Το κάπνισμα είναι παγκοσμίως η κυριότερη αιτία καρκίνου που μπορεί να προληφθεί. Εκτιμάται ότι 25% των περιστατικών καρκίνου στις αναπτυγμένες χώρες σχετίζονται με το κάπνισμα. Τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος είναι εμφανή σε 5 χρόνια.
- II. Αποφυγή της παχυσαρκίας. Η παχυσαρκία είναι ο δεύτερος σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για χρόνιες νόσους στις δυτικές κοινωνίες και παρουσιάζει σαφή σχέση με τον καρκίνο του παχέος εντέρου, του μαστού (σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες), του ενδομητρίου και του νεφρού.
- III. Άσκηση. Υπάρχουν σαφή στοιχεία που δείχνουν ότι η τακτική σωματική άσκηση μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο του παχέος εντέρου, ενώ φαίνεται ότι συμβάλλει επίσης στη μείωση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού, του ενδομητρίου. Η τακτική σωματική άσκηση είναι απαραίτητη για τη διατήρηση φυσιολογικού βάρους, Το απαραίτητο επίπεδο σωματικής άσκησης είναι τρεις φορές την εβδομάδα για μισή ώρα. Ο έλεγχος του βάρους και η άσκηση ιδανικά πρέπει να ξεκινούν σε μικρή ηλικία, αλλά, ακόμη και αν ξεκινήσουν αργότερα, τα οφέλη για την υγεία είναι πολύ μεγάλα.
- IV. Υγιεινή διατροφή. Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν την προστατευτική δράση της υψηλής κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών έναντι του κινδύνου για διάφορους τύπους καρκίνου και ιδίως για τον καρκίνο

του παχέος εντέρου, του οισοφάγου, του στομάχου και του παγκρέατος. Συνιστάται μειωμένη κατανάλωση ζωικών λιπών και κρέατος και αυξημένη κατανάλωση ψαριών, ελαιόλαδου, λαχανικών, φρούτων και δημητριακών.

- V. Περιορισμός της κατανάλωσης αλκοόλ. Τα επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα και του λάρυγγα. Το αλκοόλ σχετίζεται επίσης ισχυρά με τον κίνδυνο για πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος, ενώ έχει παρατηρηθεί συσχετισμός του με τον ορθοκολικό καρκίνο και τον καρκίνο του μαστού. Σύμφωνα με τις συστάσεις, οι άνδρες δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 20 g αλκοόλ την ημέρα (περίπου δύο ποτά) και οι γυναίκες τα 10 g την ημέρα.
- VI. Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο. Ο ήλιος και ιδίως οι υπεριώδεις ακτινοβολίες του αποτελούν το κύριο αίτιο καρκίνου του δέρματος. Τα άτομα με ανοιχτόχρωμο δέρμα κινδυνεύουν περισσότερο, ιδίως όσοι έχουν κόκκινα μαλλιά, φακίδες και τάση να καίγονται εύκολα από τον ήλιο. Η καλύτερη πρόληψη είναι η πλήρης αποφυγή της έκθεσης στον ήλιο, ή τουλάχιστον η αποφυγή έκθεσης από τις 11 π.μ. έως τις 3 μ.μ. που οι υπεριώδεις ακτίνες είναι πιο έντονες, ενώ κατά τη διάρκεια της έκθεσης είναι απαραίτητη η χρήση αντηλιακού, η οποία ωστόσο δεν πρέπει να οδηγεί σε παράταση της έκθεσης στον ήλιο (<http://moh.gov.gr/articles/news/1574-pagkosmia-hmera-kata-toy-karkinoy/>) .
- VII. Συντροφικότητα. Η μοναξιά μπορεί να καθιστά τον καρκίνο περισσότερο θανατηφόρο, σύμφωνα με μελέτη ειδικών του Πανεπιστημίου του Γέιλ. Όπως διαπιστώθηκε μετά από πειράματα που έκαναν σε ποντίκια, η κοινωνική απομόνωση ευνοεί την εμφάνιση επιθετικού καρκίνου. Οι ερευνητές αποδίδουν το φαινόμενο αυτό κυρίως στο στρες και υποστηρίζουν ότι το ίδιο μπορεί να ισχύει και για τους ανθρώπους. Γι' αυτό μοιραστείτε με τους φίλους τα προβλήματα, τις αποτυχίες, τις χαρές σας.

8.3 ΟΙ ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΠΟΛΕΜΟΥΝ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ :

Οι έρευνες δείχνουν ότι υπάρχουν τρόφιμα με εξαιρετικό συνδυασμό ουσιών που επιδρούν προστατευτικά στο μεταβολισμό των κυττάρων, συμβάλλοντας έτσι στη μείωση του κινδύνου. Σύμφωνα με επιστημονικά δεδομένα, και με τον κλινικό διαιτολόγο-διατροφολόγο κ. Λάμπρου Μελίστα τα πιο σημαντικά από τα τρόφιμα αυτά:

- I. Οι ντομάτες περιέχουν λυκοπένιο, ένα αντιοξειδωτικό που θεωρείται ότι ελαττώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, του προστάτη, του παγκρέατος και του πεπτικού συστήματος. Προϊόντα της ντομάτας, όπως ο ντοματοπολτός κ.ά. αποτελούν συμπυκνωμένες πηγές λυκοπενίου.
- II. Το μπρόκολο αποτελεί εξαιρετική πηγή σουλφοραφάνης, ενός φυσικού φυτοχημικού συστατικού που ενισχύει την αντιοξειδωτική ικανότητα του οργανισμού μας. Εκτός από το μπρόκολο, εντοπίζεται επίσης στο κουνουπίδι, και το λάχανο Βρυξελλών και μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο για καρκίνο του στομάχου, του μαστού και του δέρματος.
- III. Οι φράουλες και τα βατόμουρα είναι πλούσια σε αντιοξειδωτικές ουσίες, τις λεγόμενες ανθοκυανίνες, οι οποίες τους δίνουν το έντονο χρώμα τους και θεωρείται ότι προστατεύουν από διάφορες μορφές καρκίνου, κυρίως του οισοφάγου και του παχέος εντέρου.
- IV. Το σπανάκι θεωρείται σημείο αναφοράς για όλα τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά. Διαθέτει τις μεγαλύτερες ποσότητες βιταμίνης E και λουτεΐνης για την πρόληψη του καρκίνου στο ήπαρ, στο μαστό και στον προστάτη.
- V. Το σκόρδο αυξάνει τη δραστηριότητα των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος, που πολεμούν τον καρκίνο και βοηθούν στη διάσπαση καρκινογόνων ουσιών.
- VI. Το ελαιόλαδο συμβάλλει στην προστασία από τον καρκίνο, λόγω της περιεκτικότητάς του σε βιταμίνη E, σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και σε σκουαλένιο, συστατικό το οποίο παρεμβαίνει στα ογκογονίδια.

- VII. Ο ανανάς αποτελεί εξαιρετική πηγή της αντιοξειδωτικής βιταμίνης C και του ενζύμου βρωμελαΐνη, που μπορεί να προστατεύει από τον καρκίνο του πνεύμονα και του μαστού.
- VIII. Τα μήλα, παράλληλα με τα αντιοξειδωτικά τους οφέλη, περιέχουν το φυτοχημικό κουερσετίνη, για το οποίο μελέτες έδειξαν ότι ίσως ελαττώνει τον κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα και επιβραδύνει την ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη.
- IX. Το τσάι περιέχει κατεχίνες (ονομάζονται και πολυφαινόλες), ισχυρά αντιοξειδωτικά που προστατεύουν από τον καρκίνο. Το πράσινο τσάι φημίζεται για το ισχυρότατο αντιοξειδωτικό του.

Όσοι τρώνε συστηματικά όσπρια και περιορίζουν το κρέας, μειώνουν τον κίνδυνο του καρκίνου κατά 12% (<http://www.vita.gr/ygeia/article/10824/fakelos-karkinos-eimaste-sthn-arxh-toy-teloys-prolhps-h-diagnwsh-therapeia/>).

8.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

Από αρκετές μελέτες προκύπτει ότι το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο του ατόμου σχετίζεται με την πιθανότητα εμφάνισης κάποιων μορφών καρκίνου. Οι καρκίνοι του πνεύμονα, του στομάχου και του οισοφάγου εμφανίζονται συχνότερα στα κατώτερα οικονομικά και κοινωνικά στρώματα. Ο καρκίνος του μαστού εντοπίζεται συχνότερα στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα, ενώ του τραχήλου της μήτρας στα κατώτερα, για την ακρίβεια, ο καρκίνος του τραχήλου, ο οποίος προκαλείται από τον ιό HPV, είναι η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο μεταξύ των γυναικών στις χώρες χαμηλού εισοδήματος.

Το σύνολο δε της θνησιμότητας από κακοήθεις νεοπλασίες φαίνεται να σχετίζεται άμεσα και ισχυρά με το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, τη χρόνια ψυχο-κοινωνική επιβάρυνση και καταστάσεις όπως η ανεργία κ.ο.κ. Έχει επίσης πλήρως τεκμηριωθεί ότι για τις περισσότερες μορφές καρκίνου (π.χ. του πνεύμονα, του παχέος εντέρου και του μαστού) άτομα χαμηλότερου κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου έχουν μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα ανεπαρκή

πρόληψη, διάγνωση του καρκίνου σε πιο προχωρημένα στάδια και πλημμελή θεραπεία.

8.5 ΛΟΙΜΟΓΟΝΟΙ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

Πιο σημαντικοί από αυτούς είναι οι ιοί της Ηπατίτιδας Β και C (ευθύνονται για την εμφάνιση μέρους των καρκίνων του ήπατος) και ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), κάποιιοι τύποι του οποίου αποτελούν την κύρια αιτία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ και ο HIV φαίνεται ότι συνδέεται με την εμφάνιση μορφών καρκίνου. Επίσης, σειρά από παράγοντες που σχετίζονται με το σύγχρονο τρόπο ζωής (π.χ. ηλεκτρομαγνητικές ακτινοβολίες) φαίνεται ότι σχετίζονται με συγκεκριμένες μορφές κακοηθών νεοπλασιών.

8.6 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ:

► Εμβολιασμός κατά των ιών που προκαλούν καρκίνο

Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος σε συχνότητα καρκίνος που πλήττει τις γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών στην Ε.Ε. Το κύριο αίτιο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η επίμονη λοίμωξη του γεννητικού συστήματος από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Στην Ευρώπη έχουν εγκριθεί δύο προληπτικά εμβόλια κατά του HPV. Και τα δύο εμβόλια παρέχουν προστασία έναντι των τύπων 16 και 18 του HPV, που εκτιμάται ότι ευθύνονται για 73% των περιστατικών καρκίνου του τραχήλου στην Ευρώπη. Η χρήση εμβολίου κατά του HPV συνιστάται σε όλα τα κορίτσια ηλικίας 12 έως 15 ετών.

Καρκίνος του ήπατος. Κάθε χρόνο στην Ευρωπαϊκή Ένωση καταγράφονται περίπου 30.000 νέα περιστατικά καρκίνου του ήπατος, για την πλειονότητα των οποίων ευθύνεται η χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) και τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV). Εδώ και μια εικοσαετία υπάρχει αποτελεσματικό εμβόλιο κατά του HBV, αλλά τα ποσοστά κάλυψης από το εμβόλιο αυτό ποικίλλουν από χώρα σε χώρα. Δεδομένου ότι ο εκλεκτικός εμβολιασμός μόνο των ομάδων υψηλού

κινδύνου δεν φαίνεται να αποδίδει, απαιτείται καθολικός εμβολιασμός όλων των παιδιών έναντι του HBV.

► Αποφυγή των καρκινογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος

Διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η ρύπανση της ατμόσφαιρας, τα κατάλοιπα φυτοφαρμάκων στο πόσιμο νερό ή τις τροφές, οι διοξίνες ή τα χημικά απόβλητα, έχουν συνδεθεί με αύξηση διαφόρων τύπων καρκίνου. Ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του Καρκίνου συνιστά να εφαρμόζονται αυστηρά οι οδηγίες για αποφυγή έκθεσης σε γνωστές καρκινογόνες ουσίες και να ακολουθούνται οι οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας για ουσίες που είναι δυνητικά καρκινογόνες και οι επίσημες κρατικές οδηγίες για προστασία από τις ακτινοβολίες.

8.7 ΓΗΡΑΝΣΗ:

Η γήρανση είναι ένας άλλος βασικός παράγοντας για την ανάπτυξη του καρκίνου. Η συχνότητα του καρκίνου αυξάνεται δραματικά με την ηλικία και πιθανότατα οφείλεται σε συσσώρευση των κινδύνων για συγκεκριμένες μορφές καρκίνου με την ηλικία. Η συνολική συσσώρευση κινδύνων σε συνδυασμό με το γεγονός ότι οι μηχανισμοί επιδιόρθωσης των κυτταρικών ανωμαλιών γίνονται λιγότερο αποτελεσματικοί όσο μεγαλώνει ένας άνθρωπος, αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου σε προχωρημένη ηλικία.

8.8 ΈΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Όσο νωρίτερα διαγνωστεί ένας καρκίνος τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες επιβίωσης. Για ορισμένους τύπους καρκίνου υπάρχουν προληπτικές εξετάσεις, οι οποίες είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές και μπορούν να σώσουν τη ζωή εκατομμυρίων ανθρώπων.

ΓΥΝΑΙΚΕΣ

- Μαστογραφία. Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες. Αντιπροσωπεύει το 26,5% του συνόλου των νέων περιστατικών καρκίνου στις γυναίκες στις χώρες της Ε.Ε. και ευθύνεται για 17,5% των

θανάτων από καρκίνο. Η μαστογραφία μπορεί να ανιχνεύσει τυχόν αλλοιώσεις στο μαστό προτού ακόμη αναπτυχθεί όγκος που μπορεί να ανιχνευθεί με ψηλάφηση και είναι εξαιρετικά αποτελεσματική στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Η εξέταση πρέπει να γίνεται τακτικά μετά την ηλικία των 50 ετών, ενώ σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό ή άλλους παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του μαστού, ο τακτικός έλεγχος με μαστογραφία πρέπει να ξεκινά νωρίτερα.

- Τεστ Παπανικολάου (ΠΑΠ). Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος πιο συχνός τύπος καρκίνου στις γυναίκες παγκοσμίως. Το τεστ Παπανικολάου ανιχνεύει το 90% των περιστατικών καρκίνου και πρέπει να εφαρμόζεται τακτικά από όλες τις γυναίκες από την ηλικία των 20-25 ετών. Η συχνότητα εφαρμογής του εξαρτάται από το ιστορικό κάθε γυναίκας.

ΑΝΔΡΕΣ

- PSA. Ο καρκίνος του προστάτη, ένα από τα κύρια αίτια θανάτου από καρκίνο στους άνδρες, μπορεί να ανιχνευθεί μέσω της εξέτασης PSA. Δεν υπάρχουν συστάσεις για καθολική χρήση του τεστ, αλλά το τεστ PSA συνιστάται στους άνδρες με παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του προστάτη μετά την ηλικία των 50 ετών.

ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ

- Εξέταση για καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού (ορθοκολικός καρκίνος) είναι από τους συχνότερους τύπους καρκίνου και στα δύο φύλα στις αναπτυγμένες χώρες. Ο κίνδυνος αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας. Η προληπτική εξέταση μπορεί να οδηγήσει σε έγκαιρη ανίχνευση τυχόν πολυπόδων και στην αφαίρεσή τους πριν αυτοί καταστούν κακοήθεις, καθώς και στην ανίχνευση τυχόν νεοπλασματος σε πρώιμο στάδιο. Όλοι οι άνδρες και οι γυναίκες άνω των 50 ετών θα πρέπει να υποβάλλονται σε προληπτική εξέταση.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος στον ασυμπτωματικό πληθυσμό είναι πολύ σημαντικός. Στόχος του είναι να εντοπίσει τα άτομα με ανωμαλίες που υποδηλώνουν μια προ-καρκινική κατάσταση ή μια πιθανή μελλοντική καρκινική κατάσταση, και να

τους παραπέμπει αμέσως για τη διάγνωση και τη θεραπεία. Τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά για τους συχνούς τύπους καρκίνου(<http://moh.gov.gr/articles/news/1574-pagkosmia-hmera-kata-toy-karkinoy>).

Β' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ :

Για να δημιουργηθεί και να πραγματοποιηθεί μια έρευνα πρέπει να υπάρξει κάποιος λόγος, όπου ένας από του συχνότερους είναι ένα ερευνητικό ερώτημα ή κάποιος προβληματισμός. Αρχικά ο επιστήμον πρέπει να διαμορφώσει τη μεθοδολογία που θα ακολουθήσει βάση του προβληματισμού του και δεύτερον σε σχέση με το υπό εξέταση πεδίο του(Παρασκευοπούλου- Κόλλια, 2008).

.

Η ερευνά μας είχε ως αφορμή τη νόσο του Καρκίνου και συγκεκριμένα το θέμα της ήταν << η Διαχείριση των συναισθημάτων των καρκινοπαθών>>.

9.2 ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ :

Ο σκοπός και οι στόχοι μιας έρευνας πρέπει να έχουν διαμορφωθεί πριν από όλα ακόμα και από το ερευνητικό θέμα. Αναλυτικότερα ο σκοπό της δικής μας έρευνας, ήταν κατά πόσο οι ασθενείς με καρκίνο μπορούν να διαχειριστούν τα συναισθήματα που τους δημιούργησε η ασθένεια του καρκίνου, είτε μόνοι τους , είτε με την βοήθεια κάποιου ειδικού.

Στην συνέχεια οι στόχοι της έρευνας που πραγματοποιήσαμε ήταν:

1. Με ποιον τρόπο διαχειρίζονται οι ασθενείς με καρκίνο τα συναισθήματα τους.
2. Η νόσος μεταβάλλει τις σχέσεις και κυρίως στο οικογενειακό του περιβάλλον.
3. Εάν υπάρχει παροχή βοήθειας από ειδικούς στους ασθενείς με καρκίνο.

.

9.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ :

1. Υπήρξε αλλαγή κατά την εμφάνιση της νόσου στην συναισθηματική του κατάσταση;
2. Κατά πόσο μπορεί και διαχειρίζεται τα συναισθήματα του ο ασθενής;
3. Η υποστήριξη από επιστημονικό προσωπικό είναι επαρκής, θα ήθελαν να υπάρχει και κάποιου άλλου είδους υποστήριξη ;
4. Το οικογενειακό περιβάλλον επηρεάστηκε κατά την εμφάνιση της νόσου;
5. Έχουν δημιουργηθεί περαιτέρω προβλήματα στην ζωή του ασθενούς λόγω της νόσου;

9.4 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ :

Μια έρευνα καθορίζεται εάν είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί από ορισμένους λόγους, για την συγκεκριμένη έρευνα οι λόγοι είναι οι παρακάτω :

- i. Αρχικά η σημαντικότητα του θέματος μέσα στην πάροδο χρόνου.
- ii. Τα καινούργια στοιχεία που συνεχώς εμφανίζονται για την νόσο του καρκίνου.
- iii. Ο μικρός αριθμός ερευνών και στοιχείων για την διαχείριση των συναισθημάτων των καρκινοπαθών που προκύπτουν από την νόσο.
- iv. Ένας ακόμα σημαντικός λόγος είναι πως μετά από αυτή την έρευνα ίσως να υπάρξει παρακίνηση για την δημιουργία περισσότερων ερευνών σχετικά με την διαχείριση των συναισθημάτων των καρκινοπαθών που στις μέρες μας υπάρχει ραγδαία αύξηση των ατόμων αυτών.

9.5 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ :

ΠΟΣΟΤΙΚΗ

Το είδος της έρευνας που πραγματοποιήσαμε είναι ποσοτική. Μία έρευνα χαρακτηρίζεται ως ποσοτική ,συστηματική μεθοδολογία, όταν η συλλογή πληροφοριών γίνεται από ένα δείγμα του πληθυσμού και τα αποτελέσματα της οφείλει να είναι αντιπροσωπευτικά με τον πληθυσμό. Ωστόσο με μία μικρή απόκλιση για λάθη. Στις έρευνες συνήθως χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια των οποίων, τόσο οι ερωτήσεις , όσο και οι απαντήσεις που ζητούν να είναι σαφής. Τα θέματα για τα οποία πραγματοποιούνται έρευνες σε ένα δείγμα, συνήθως είναι για απόψεις, στάσεις, γνώσεις, αντιλήψεις και συμπεριφορές που μπορεί να έχει το δείγμα (Λαμπίρη & Παπαχρήστου, 1995).

9.6 ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ :

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Η μέθοδος που χρησιμοποιήσαμε για την διεξαγωγή της ερευνάς είναι η επισκόπηση.

Οι Cohen et al, (2007) αναφέρουν πως οι έρευνες που εκτελούνται με την μέθοδο αυτή της επισκόπησης, ερευνούν ομάδες, θεσμούς, άτομα, μεθόδους και στοιχεία, είτε για να περιγράψουν, να συγκρίνουν, να αντιπαραβάλουν, είτε για να κατηγοριοποιήσουν και να αναλύσουν αλλά και να ερμηνεύσουν , ότι σχετίζεται με την έρευνα ώστε να προκύψει περιγραφή , σύγκριση ανάλυση και η ερμηνεία προσώπων και γεγονότων.

Στην παρούσα λοιπόν έρευνα χρησιμοποιήθηκε η συγκεκριμένη μεθοδολογία με σκοπό να συλλεχθούν πληροφορίες για την συγκεκριμένη χρονική περίοδο, ώστε να περιγραφεί μια κατάσταση που είναι διαχρονική, αλλά ταυτόχρονα τρομερά επίκαιρη, δεδομένης της αύξησης των ατόμων με καρκίνο.

Οι έρευνες που χαρακτηρίζονται ως δειγματοληπτικές πραγματοποιούνται για περιγραφικούς σκοπούς. Αναδεικνύουν πληροφορίες που αφορούν <<ανθρώπινα χαρακτηριστικά >> , αλλά και πληροφορίες σχετικές με τις σχέσεις που έχουν αυτά τα χαρακτηριστικά μεταξύ τους (Robson, 2010).

9.6.1 Πληθυσμός – Δείγμα :

Πληθυσμός : Ο Robson (2010) θεωρεί πως η έννοια πληθυσμός χρησιμοποιείται , ώστε να αναδείξει συνθήκες που μπορεί να μελετήσει μια ερευνητική προσπάθεια, όπως για παράδειγμα πληθυσμούς καταστάσεων, προβλημάτων, χρονικών διαστημάτων ή ατόμων. Ωστόσο συνήθως δεν είναι δυνατόν να υπάρξει διαχείριση όλου του πληθυσμού.

Ο πληθυσμός που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε είναι ασθενείς με καρκίνο, από όλη την Ελλάδα.

Το δείγμα: είναι ένα αντιπροσωπευτικό κομμάτι του πληθυσμού που θέλουμε να ερευνήσουμε. Το δείγμα λοιπόν είναι τα άτομα που επιλέγονται από έναν πολύ ευρύτερο πληθυσμό (Bell, 1999).

Το δείγμα που επιλέχθηκε για την συγκεκριμένη έρευνα που έχει ως θέμα τις στρατηγικές διαχείρισης ατόμων με καρκίνο, είναι εκατό (100) ασθενείς από όλη την Ελλάδα χωρίς κάποιο άλλο χαρακτηριστικό.

9.6.2 Χαρακτηριστικά δείγματος :

Το δείγμα που επιλέχθηκε έχει ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία είναι: το κυριότερο χαρακτηριστικό το οποίο είναι και προβλεπόμενο ώστε να συμπεριληφθεί το άτομο στην έρευνα, είναι να πάσχει από την ασθένεια του καρκίνου. Επίσης

χαρακτηριστικά τα οποία δεν είναι όμοια για κάθε άτομο και συγκεκριμένα , είναι η ηλικία , το φύλο, το νοσοκομείο, η οικογενειακή κατάσταση κ.α.

9.6.3 Μέθοδος δειγματοληψίας :

Δειγματοληψία : θεωρείται ως η διαδικασία που ένας ερευνητής διαλέγει τα άτομα από τον πληθυσμό που θέλει να ερευνήσει, τα οποία θεωρούνται αντιπρόσωποι του συνολικού πληθυσμού (Last JM, 1988) .

Στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε η μέθοδος δειγματοληψίας που θέσαμε για να επιλεγεί το δείγμα είναι εξής: Η βολική δειγματοληψία μη πιθανοτήτων, ο λόγος που επιλέγει ο τύπος αυτός είναι διότι στην περιοχή που διαμένουμε και φοιτούμε, υπάρχουν νοσοκομεία και κέντρα που υπάρχει η δυνατότητα εξευρέσεως δείγματος. Επίσης υπήρχε η δυνατότητα μέσω ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου να σταλεί και σε άτομα που ζουν σε άλλες πόλεις.

Στην έρευνά μας μπορεί να χρησιμοποιήθηκε τη συγκεκριμένη δειγματοληψία, βολική μη πιθανοτήτων, ωστόσο το δείγμα μας έχει την κατάλληλη αντιπροσωπευτικότητα του πληθυσμού δεδομένου ότι υπάρχουν άτομα από νοσοκομεία και μη διάφορων πόλεων της Ελλάδος.

9.6.4 Φάσεις εκτέλεσης έρευνας :

Οι φάσεις που διεξήχθη η παρούσα έρευνα ήταν αρχικά η φάση που δημιουργήθηκε το ερώτημα – θέμα (οι στρατηγικές διαχείρισης των ασθενών με καρκίνο) και ο σκοπός της έρευνας, στην συνέχεια ορίστηκαν οι στόχοι και εκ των υστέρων τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν από το θέμα της έρευνας, ώστε να διαμορφωθεί το ερωτηματολόγιο. Τέλος για να ολοκληρωθεί η έρευνα έγινε η ανάλυση της έρευνας βάση στατιστικής για να βγουν τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την συλλογή των πληροφοριών. Η έρευνα στο σύνολο της διήρκησε δυο μήνες (2) από τον Ιούνιο έως τον Αύγουστο του 2015.

Επί προσθέτως κατά την διαδικασία δημιουργία και διαμόρφωσης του ερωτηματολογίου επιλέγει και το δείγμα, όπου θα το συμπλήρωνε. Το δείγμα επιλέγει

βάση της προσβασιμότητας (ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ ΑΘΗΝΑ, ΜΕΤΑΞΑ ΑΘΗΝΑ, ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΕΛΠΙΣ ΑΘΗΝΑ, ΑΤΤΙΚΩΝ ΑΘΗΝΑ, ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΘΗΝΑ, ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ ΑΘΗΝΑ, ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΤΡΑ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΡΙΟ , ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ROYAL MARSDEN ΑΘΗΝΑ, ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΙΡΑΙΑΣ, ΥΓΕΙΑ ΑΘΗΝΑ, ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ ΑΘΗΝΑ, ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗ, ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΠΗΠΟΚΡΑΤΕΙΟ , ΑΧΕΠΑ, ΕΛΕΝΑ ΑΝΔΡΟΣ, ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΘΗΝΑ, ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ ΑΘΗΝΑ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΛΑΡΙΣΑ, ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, Γ.Ν.Θ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΑΘΗΝΑ, ΧΜΘ ΣΤΟ ΝΑΥΤΙΚΟ ΣΑΛΑΜΙΝΑ, ΙΑΣΩ, ΜΗΤΕΡΑ ΑΘΗΝΑ, ΑΜΕΡΙΚΗ, ΦΙΛΙΠΠΟΥΠΟΛΗ, ΟΑΕΔ ΠΑΤΡΑ) και ηλεκτρονικά μέσα από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης , όπως ομάδες στο facebook (“ο καρκίνος μπορεί να νικηθεί”, “Βοήθεια σε άτομα με καρκίνο”).

Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν ήταν κυρίως από την ομάδα μας, τόσο αυτοπροσώπως , όσο και ηλεκτρονικά. Η διανομή ξεκίνησε 20 Ιουλίου 2015. Κατά την διαδικασία της επαφής με το άτομο – δείγμα πραγματοποιείται μια σχετική ενημέρωση, μετά την γνωριμία, σχετικά με τον στόχο της έρευνας, ώστε να αντιληφθεί για ποίον λόγο του ζητείται να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο. Έτσι ώστε να μπορέσει να συνεργαστεί μαζί μας.

Η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και συλλογής των πληροφοριών διήρκεσε σχεδόν (1 εβδομάδα), τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν ήταν εκατό (100), πενήντα πέντε (55) αυτοπροσώπως και σαράντα πέντε (45) ηλεκτρονικά.

Κατά την ολοκλήρωση της έρευνας πραγματοποιήθηκαν η κωδικοποίηση και η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, στην συνέχεια διαμορφώθηκαν τα συμπεράσματα τα οποία προέρχονται από την σύγκριση βιβλιογραφικής ανασκόπησης και αποτελεσμάτων και στην συνέχεια οι προτάσεις που έχει οι ομάδα για το συγκεκριμένο θέμα.

9.6.5 Ερευνητικό εργαλείο :

Ερευνητικό Εργαλείο : Ως εργαλείο της έρευνας επιλέξαμε το αυτό-συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο, ώστε να προκύψουν ποσοτικά αποτελέσματα, σχετικά με την διαχείριση των συναισθημάτων των καρκινοπαθών

Το ερωτηματολόγιο είναι το εργαλείο που χρησιμοποιείται συνήθως στις έρευνες γι αυτό κατατάσσεται στα πιο ευρέως διαδεδομένα εργαλεία στις κοινωνικές επιστήμες (Κυριαζή, 2001).

Για την δημιουργία του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε, ώστε να υπάρχει σωστή διατύπωση στις ερωτήσεις και σαφήνεια το βιβλίο της κας Θεοδωράτου - Μπέκου Μαρίας, «Ωρίμανση και Δυναμική Ομάδας, Συμβολή στη Συμβουλευτική Νέων» (2006).

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας βρίσκεται στο παράρτημα της πτυχιακής.

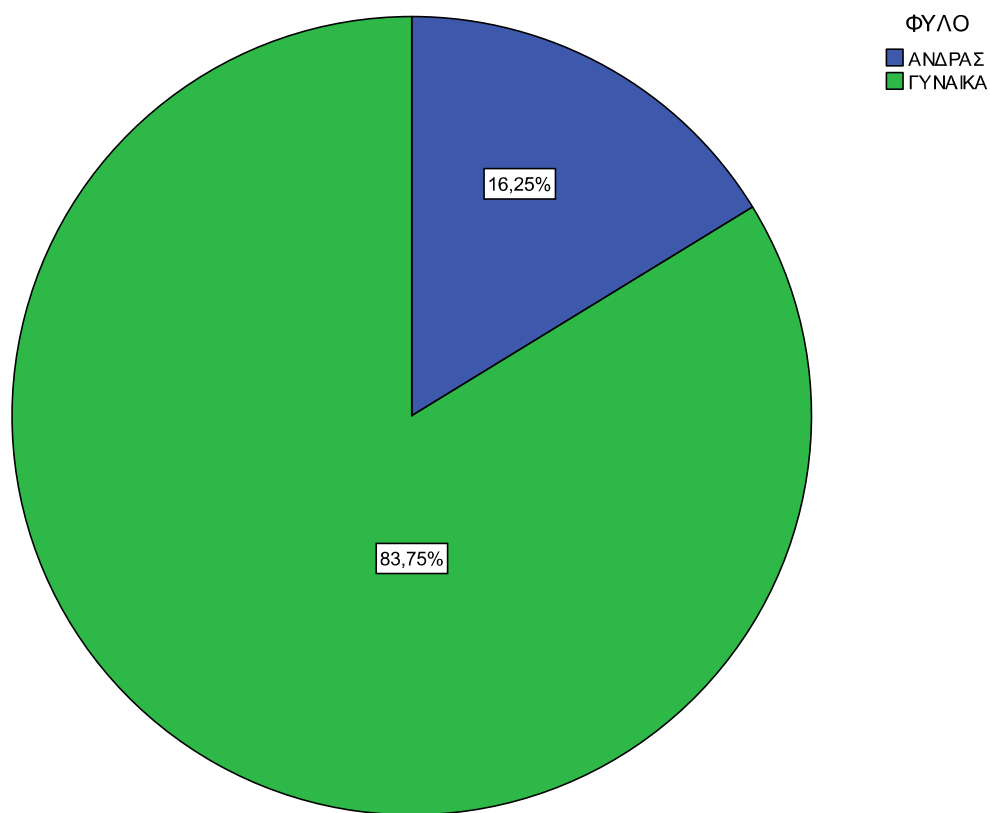
9.6.6 Δυσκολίες κατά την διεξαγωγή της έρευνας :

Δυσκολίες κατά την διεξαγωγή της έρευνας : Στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε, αντιμετωπίστηκαν αρκετές δυσκολίες . Αρχικά στην τελειοποίηση του ερευνητικού εργαλείου (ερωτηματολόγιο). Στην συνέχεια στην διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων λόγο καλοκαιρινής περιόδου, διότι τα κέντρα με άτομα με καρκίνο έκλειναν με αποτέλεσμα να μην μας δέχονται. Επίσης αντιμετωπίσαμε αρνητική στάση σε ορισμένα νοσοκομεία της περιοχής που φοιτούμε, αλλά και άλλων πόλεων, αυτό όμως δεν μας εμπόδισε να απευθυνθούμε σε άλλα νοσοκομεία. Επίσης δυσκολευτήκαμε λίγο στην στατιστική ανάλυση, λόγο της ελάχιστης επαφής με προγράμματα στατιστικής. Εν τέλει όμως η έρευνα ολοκληρώθηκε με επιτυχία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ερώτηση 1 : Φύλο



Διαγράμμα 1: Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς το φύλο.

Το δείγμα μας αποτελείται από 83,75% γυναίκες και από 16,25% άνδρες.

Ερώτηση 2 : Νοσοκομεία

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΑΠΟΛΥΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ	29
ΑΜΕΡΙΚΗ	1
ΜΗΤΕΡΑ	1
ΦΙΛΙΠΠΟΥΠΟΛΗ	1
ΙΑΣΩ	1
ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ	6
ΧΜΘ ΣΤΟ ΝΑΥΤΙΚΟ	1
ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ	1
Γ.Ν.Θ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ	2
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	1
ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ	4
ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ	3
ΜΕΤΑΞΑ	3
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ	2
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΛΑΡΙΣΑ	1
ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ	1
ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ	1
ΕΛΕΝΑ	2
ΕΛΠΙΣ	1
ΠΗΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	1
ΑΤΤΙΚΩΝ	2
ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	1
ΥΓΕΙΑ	1
ΥΓΕΙΑ+ROYAL MARSDEN	1
ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ	1
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ	1
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΡΙΟ	21
ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	9
ΣΥΝΟΛΟ	100

Πίνακας 1 : πίνακας σχετικά με τα νοσοκομεία που βρίσκονταν οι ερωτηθέντες.

Ο μεγάλος αριθμός των νοσοκομείων μας δυσκόλεψε στην διεξαγωγή ποσοστών και στην διαμόρφωση διαγράμματος. Γι αυτό επιλέξαμε έναν πίνακα βάση του οποίου ο μεγαλύτερος αριθμός ερωτηθέντων ήταν στο νοσοκομείο του Αγίου Ανδρέα είκοσι εννέα (29) και εν συνεχεία στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Ρίου είκοσι ένας (21).

Ερώτηση 3 : Τόπος διαμονής

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΑΠΟΛΥΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
ΑΘΗΝΑ	18
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	8
ΚΑΒΑΛΑ	2
ΣΕΡΡΕΣ	4
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	1
ΕΥΒΟΙΑ	1
ΣΑΜΟΣ	1
ΧΑΛΚΙΔΙΚΗ	1
ΛΙΒΑΔΕΙΑ	1
ΕΔΕΣΣΑ	1
ΑΝΔΡΟΣ	1
ΧΑΛΚΙΔΑ	1
ΚΟΡΙΝΘΟΣ	3
ΛΑΡΙΣΑ	1
ΣΑΛΑΜΙΝΑ	1
ΠΑΤΡΑ-ΡΙΟ	50
ΑΙΓΙΟ	2
ΠΥΡΓΟΣ	2
ΛΕΥΚΑΔΑ	1
ΣΥΝΟΛΟ	100

Πίνακας 2 : πίνακας σχετικά με τον τόπο διαμονής.

Ο μεγάλος αριθμός των πόλεων μας δυσκόλεψε στην διεξαγωγή ποσοστών και στην διαμόρφωση διαγράμματος. Γι αυτό επιλέξαμε έναν πίνακα βάση του οποίου ο μεγαλύτερος αριθμός ερωτηθέντων διαμένει στην πόλη της Πάτρας πενήντα (50) άτομα και εν συνεχεία στην πόλη της Αθήνας δέκα οχτώ (18).

Ερώτηση 4 : Από ποιο είδος καρκίνου νοσείτε;

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΑΠΟΛΥΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
ΣΤΟΜΑΧΙ	10
ΗΠΑΡ	14
ΛΕΜΦΩΜΑ	3
ΛΑΡΥΓΓΑΣ	3
ΝΕΦΡΑ	5
ΟΣΤΑ	2
ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ	3
ΠΝΕΥΜΟΝΑΣ	10
ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ	7
ΠΑΓΚΡΕΑΣ	19
ΜΑΣΤΟΣ	20
ΜΗΤΡΑ	9
ΣΥΝΟΛΟ	100

Πίνακας 3 : πίνακας σχετικά με το είδος καρκίνου του ασθενή.

Η πλειοψηφία του δείγματος μας όπως διαφαίνεται στον πίνακα νοσεί από καρκίνο του μαστού είκοσι (20) άτομα και από καρκίνο του παγκρέατος δέκα εννέα (19) άτομα.

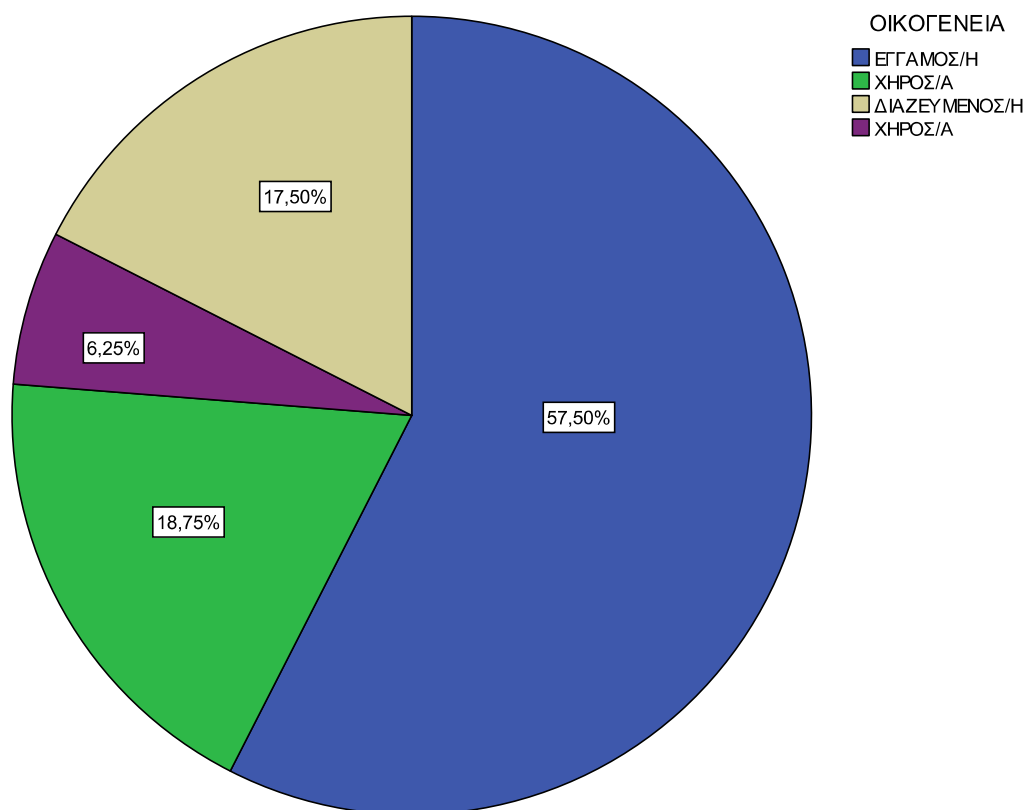
Ερώτηση 5 : Σε ποιο στάδιο της θεραπείας βρίσκεστε;

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΑΠΟΛΥΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	40
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	60
ΣΥΝΟΛΟ	100

Πίνακας 4 : πίνακας σχετικά με τα στάδια της θεραπείας του καρκινοπαθή.

Η πλειοψηφία των ασθενών του πίνακα σχετικά με το στάδιο που βρίσκεται ήταν στην χημειοθεραπεία εξήντα (60) άτομα.

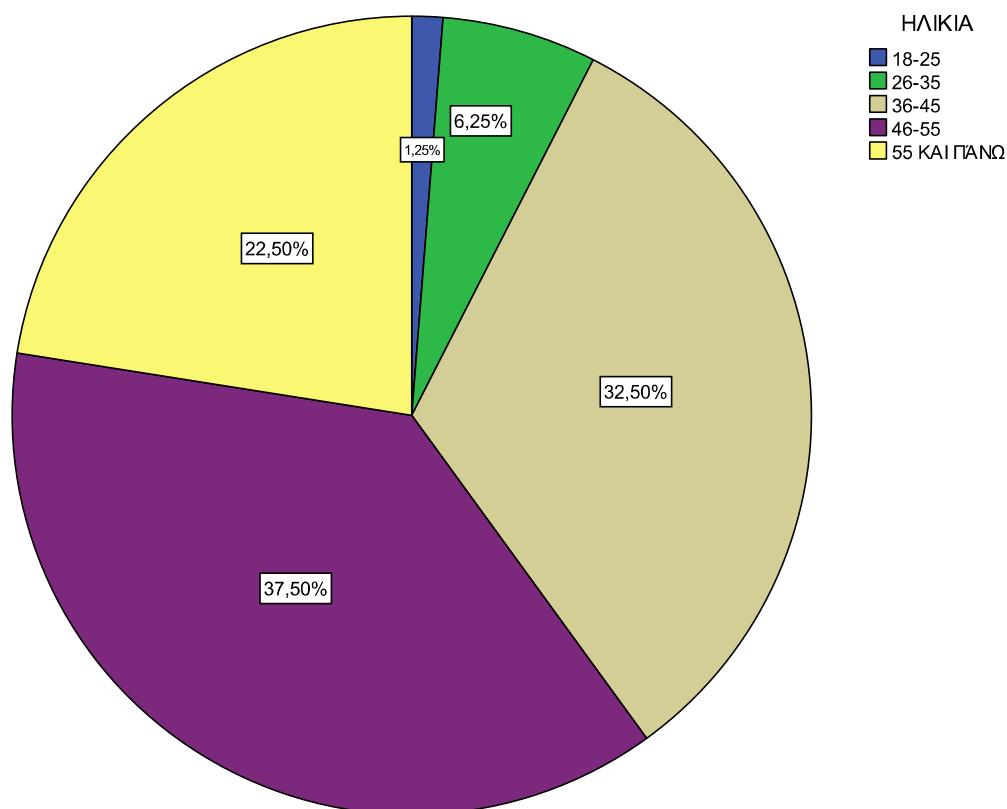
Ερώτηση 6 : Οικογενειακή κατάσταση



Διαγράμμα 6: Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς την Οικογενειακή κατάσταση.

Σύμφωνα με την ανάλυση των αποτελεσμάτων προσδιορίσαμε την οικογενειακή κατάσταση, το 57,50% ήταν παντρεμένοι, το 18,75% άγαμοι, το 6,25% χήροι και το 17,50% διαζευγμένοι.

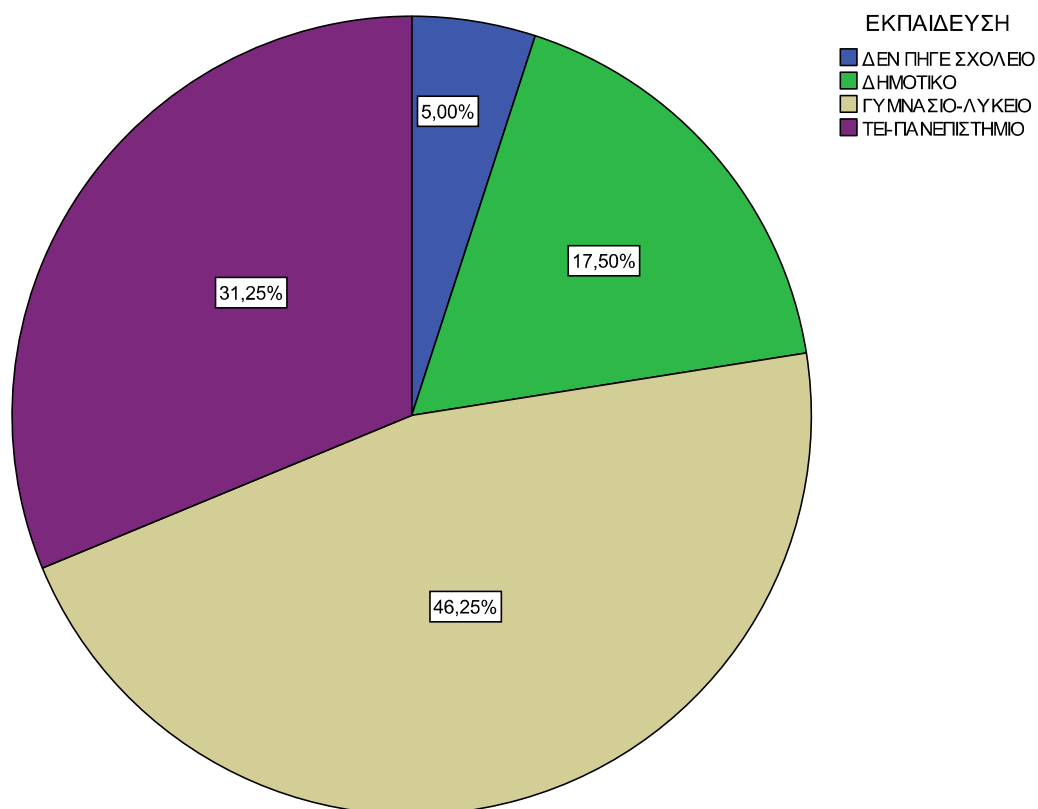
Ερώτηση 7: Ηλικία.



Διαγράμμα 7: Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς την Ηλικία.

Το δείγμα μας ηλικιακά αποτελείται κατά 32,5% από άτομα ηλικίας από 36-45 ετών, κατά 37,50% από άτομα 46-55 ετών, κατά 22,5% από 55 ετών και πάνω, κατά 6,25% από άτομα ηλικίας 26-35 ετών και τέλος από 1,25% από άτομα ηλικίας από 18-25 ετών.

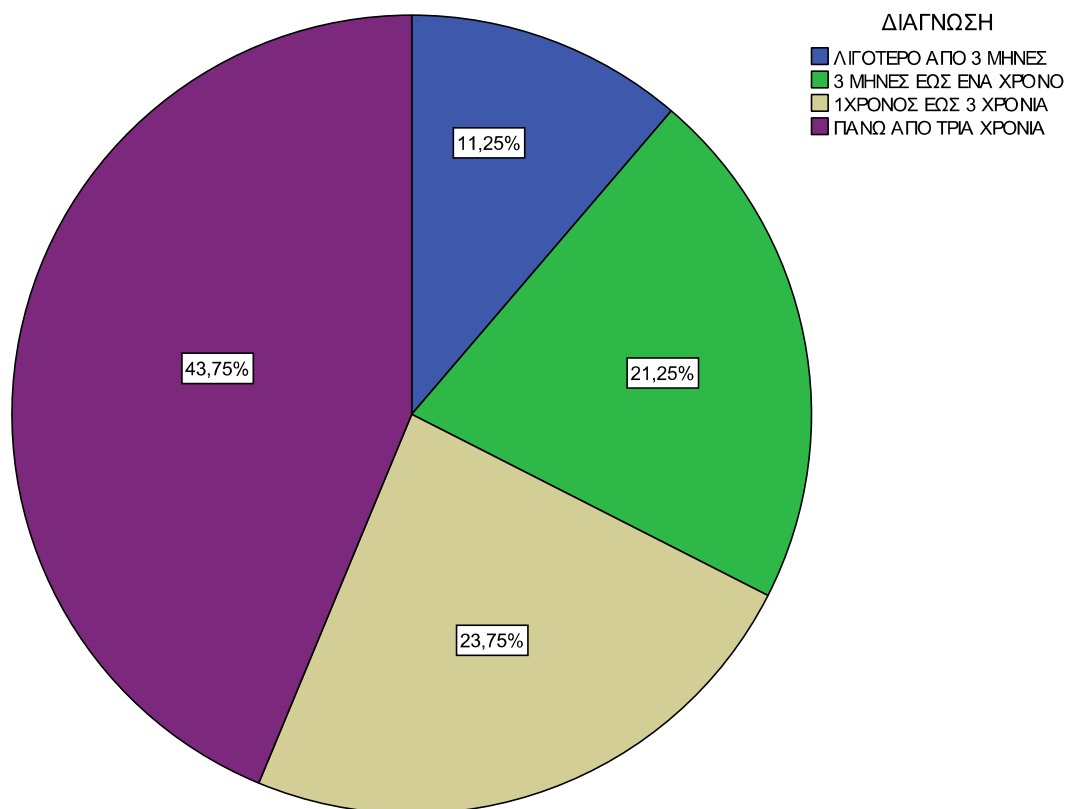
Ερώτηση 8: Εκπαίδευση.



Διαγράμμα 8: Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς την εκπαίδευση.

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο του δείγματος μας το 46,25% ανέφερε ότι έχει τελειώσει το γυμνάσιο- λύκειο, το 31,25%, ΤΕΙ-Πανεπιστήμιο, το 17,50% έχει τελειώσει το δημοτικό και το 5% ότι δεν έχουν πάει καθόλου σχολείο.

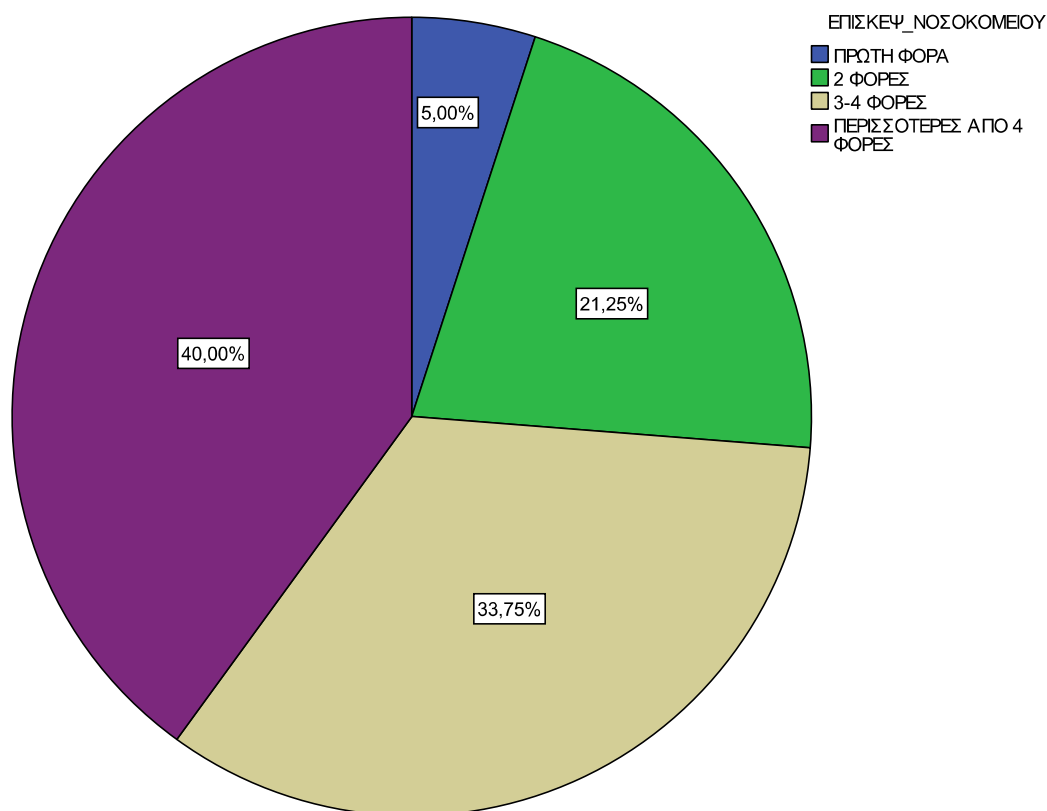
Ερώτηση 9: Πόσο διάστημα έχει περάσει από την ημέρα διάγνωσης της νόσου σας;



Διαγράμμα 9: Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσο διάστημα έχει περάσει από την ημέρα διάγνωσης της νόσου.

Για το 11,25% του δείγματος μας η διάγνωση καρκίνου έχει γίνει σε λιγότερο από τρεις μήνες, για το 21,25% από τρεις μήνες έως ένα χρόνο, για το 23,75% από ένα χρόνο έως τρία χρόνια και για το 43,75% πάνω από τρία χρόνια.

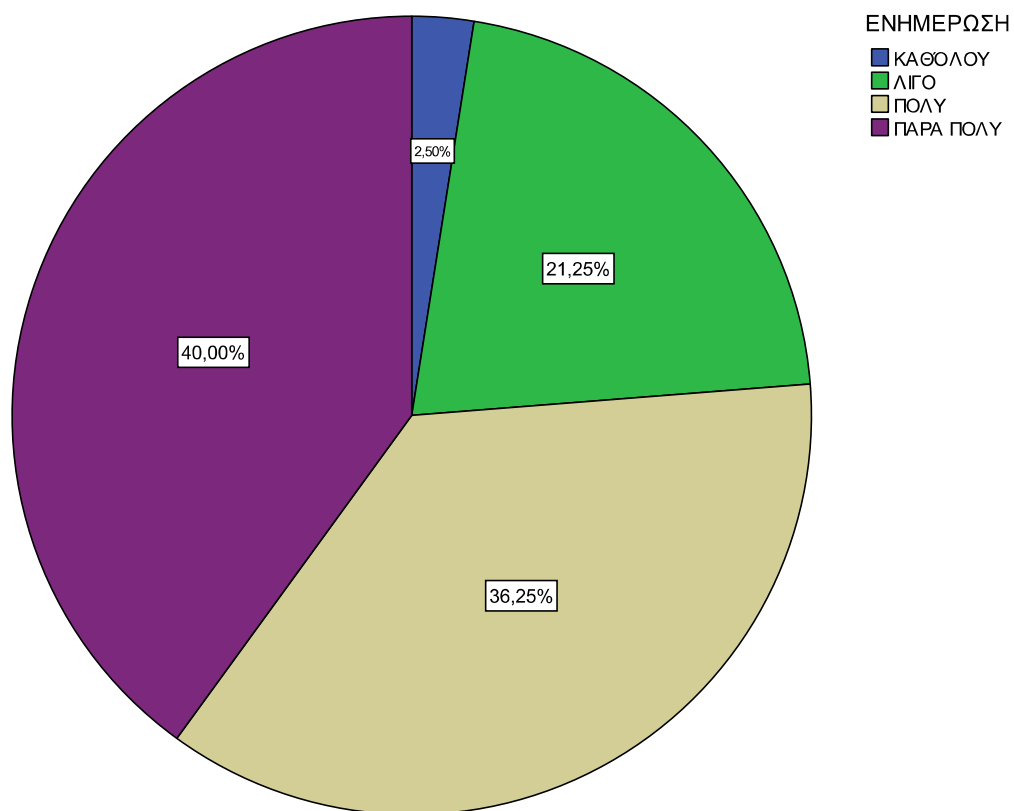
Ερώτηση 10: Πόσες νοσηλείες – επισκέψεις έχετε κάνει τον τελευταίο μήνα στο νοσοκομείο;



Διαγράμμα 10: Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες νοσηλείες – επισκέψεις έχετε κάνει τον τελευταίο μήνα στο νοσοκομείο.

Για το πλήθος των επισκέψεων το 21,25% απάντησε ότι έχει έρθει δυο φορές, το 33,75% από τρεις έως τέσσερις φορές, το 40% περισσότερες από τέσσερις φορές και το 5% ότι είναι η πρώτη του φορά.

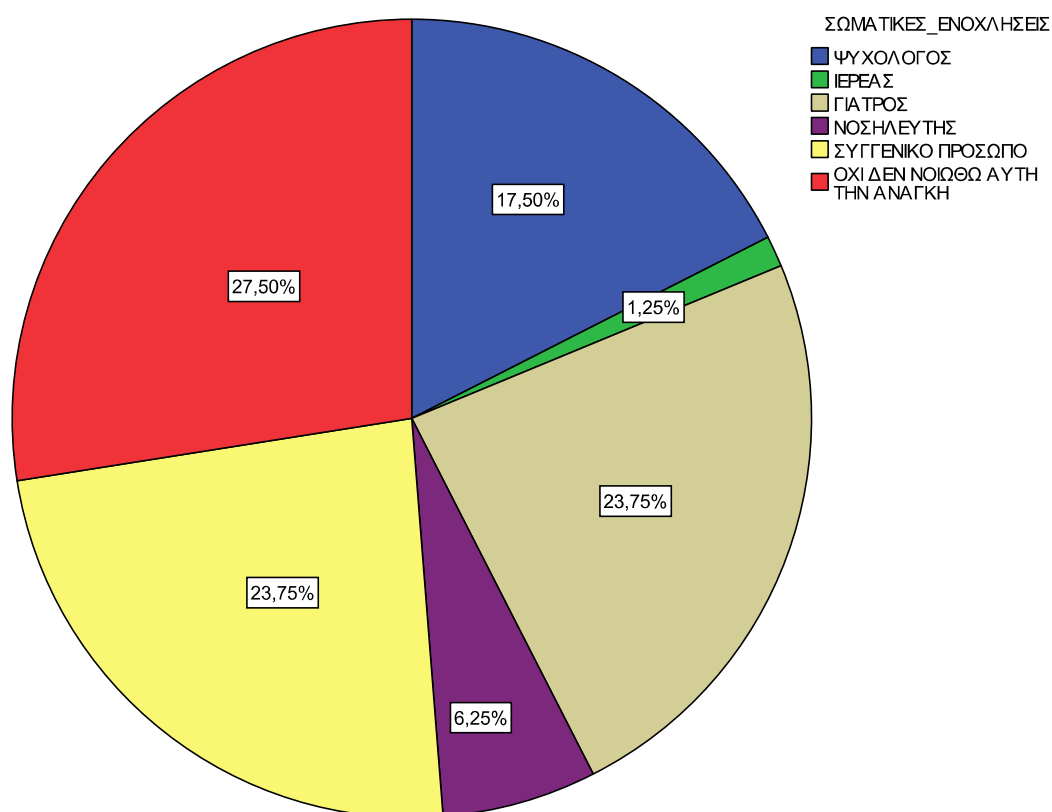
Ερώτηση 11: Η ενημέρωση σχετικά με την διάγνωση καθώς και την θεραπεία της νόσου σας είναι επαρκής;



Διάγραμμα 11 : Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς την ενημέρωση σχετικά με την διάγνωση καθώς και την θεραπεία της νόσου.

Για την επαρκείας διαγνώσεις και θεραπείας της νόσου τους το 2,5% ανέφερε πως δεν είχε καθόλου, το 21,25% λίγο, το 36,25% πολύ και το 40% παρά πολύ.

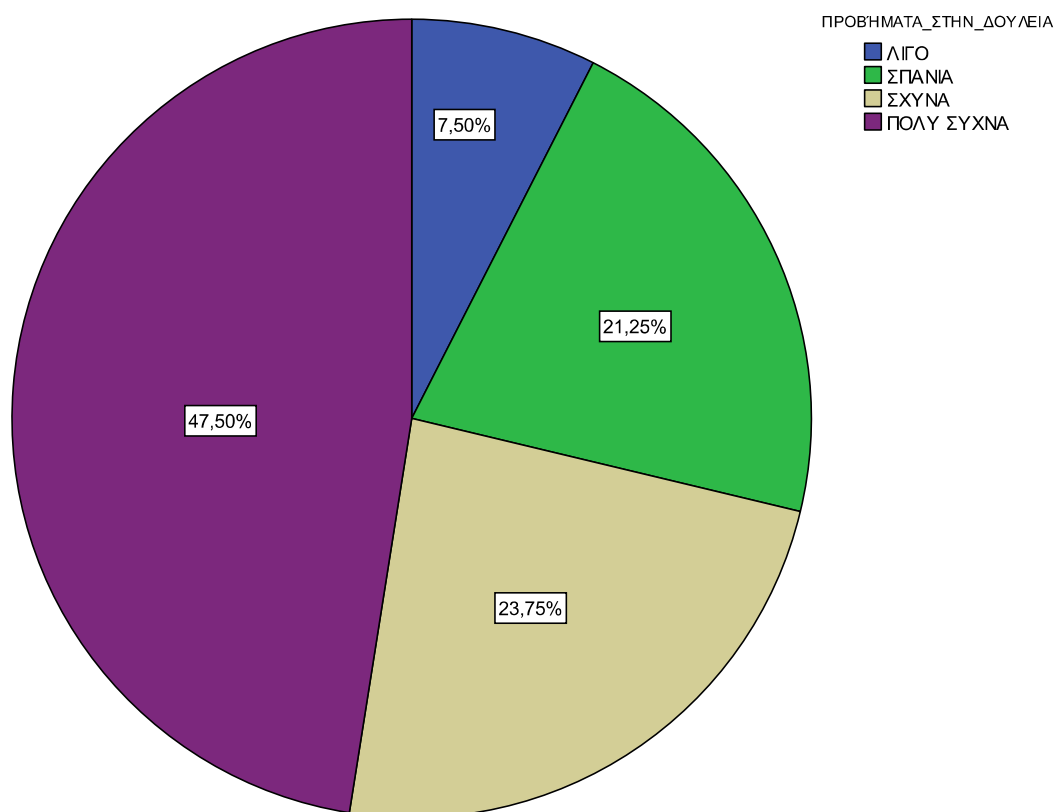
Ερώτηση 12: Συχνά νιώθετε την ανάγκη να μιλήσετε για τα σωματικά σας ενοχλήματα με:



***Διάγραμμα 12 :** Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσο Συχνά νιώθετε την ανάγκη να μιλήσετε για τα σωματικά σας ενοχλήματα.*

Ανάγκη για επικοινωνία για τα σωματικά του προβλήματα, με τον ψυχολόγο ανέφερε το 17,50%, το 1,25% με τον ιερέα, το 23,75% με τον γιατρό, το 6,25% με κάποιο νοσηλεύτη, το 23,75% με κάποιο συγγενικό πρόσωπο και το 27,50% ανέφερε πως δεν έχει αυτή την ανάγκη.

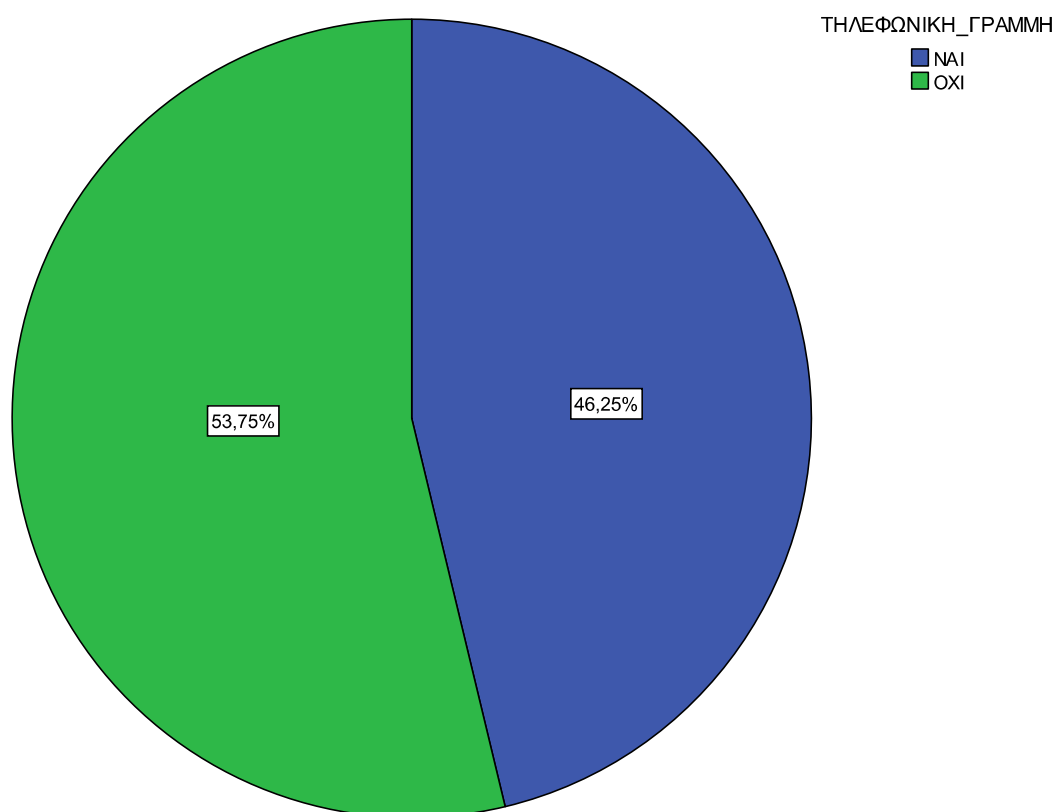
Ερώτηση 13: Μήπως αντιμετωπίσατε προβλήματα με την δουλειά σας λόγω του προβλήματος υγείας σας;



Διάγραμμα 13 : Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς το αν έχετε αντιμετωπίσει προβλήματα με την δουλειά σας λόγω του προβλήματος υγείας σας.

Δυσκολίες στην δουλειά του ανέφερε σε ποσοστό 7,50% λίγο, το 21,25% σπανία, το 23,75% συχνά και το 75,50% πολύ συχνά.

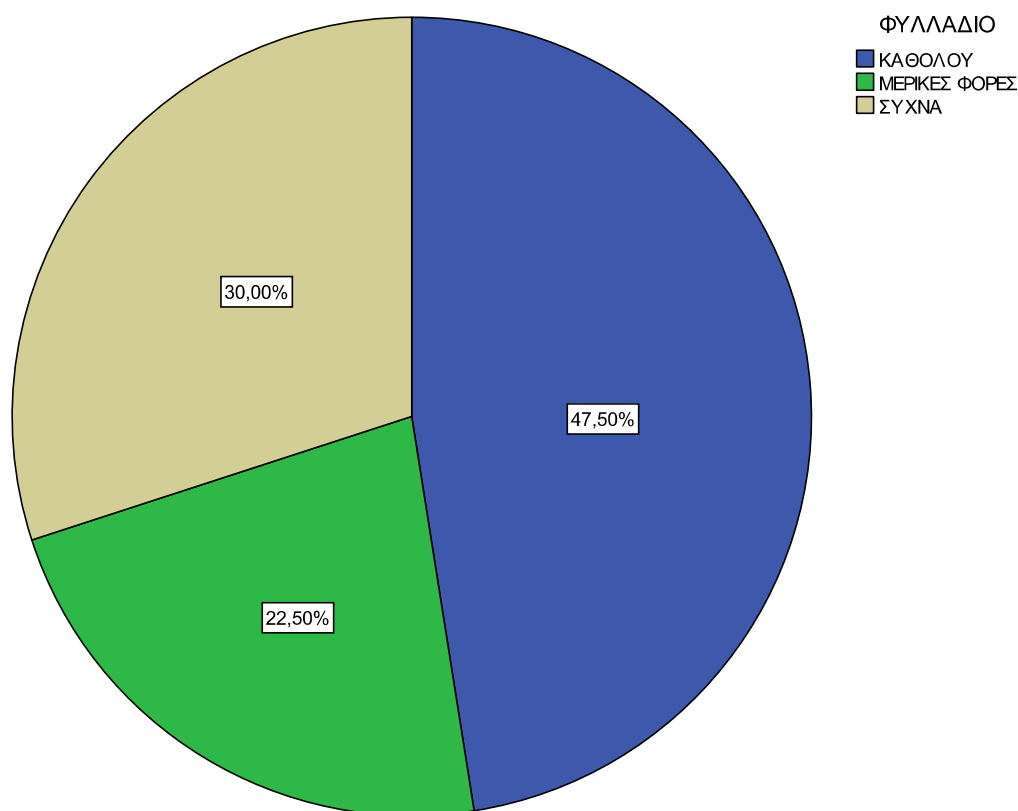
Ερώτηση 14: Θα επιθυμούσατε να υπάρχει τηλεφωνική υποστηρικτική γραμμή, όπου θα μπορούσατε να επικοινωνούσατε ανώνυμα;



***Διάγραμμα 14 :** Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς το αν θα επιθυμούσατε να υπάρχει τηλεφωνική υποστηρικτική γραμμή, όπου θα μπορούσατε να επικοινωνούσατε ανώνυμα.*

Το 46,25% ανέφερε στην ερώτηση αν θα επιθυμούσε να υπάρχει τηλεφωνική υποστηρικτική γραμμή, όπου θα μπορούσατε να επικοινωνούσαν χωρίς να αναφέρουν το όνομα τους το 46,25% απάντησε θετικά και το 53,75% θετικά.

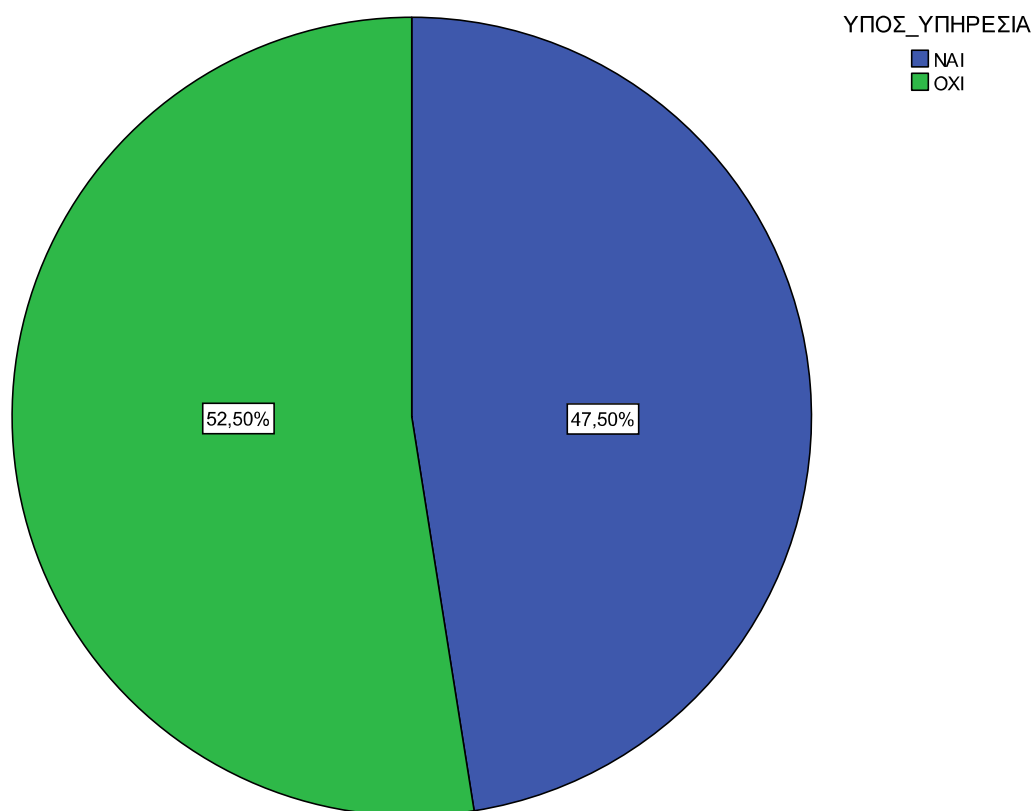
Ερώτηση 15: Σας έχουν μοιράσει ενημερωτικό υλικό (φυλλάδια) για να σας ενημερώσουν για την νόσο ή την θεραπεία σας;



***Διάγραμμα 15 :** Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς το αν τους έχουν μοιράσει ενημερωτικό υλικό (φυλλάδια) για να τους ενημερώσουν για την νόσο ή την θεραπεία τους.*

Στο ερώτημα αν τους έχουν μοιράσει ενημερωτικό υλικό για ενημερώσει για την νόσο ή την θεραπεία τους το 75,50% απάντησε καθόλου, το 22,50% μερικές φορές και το 30% συχνά

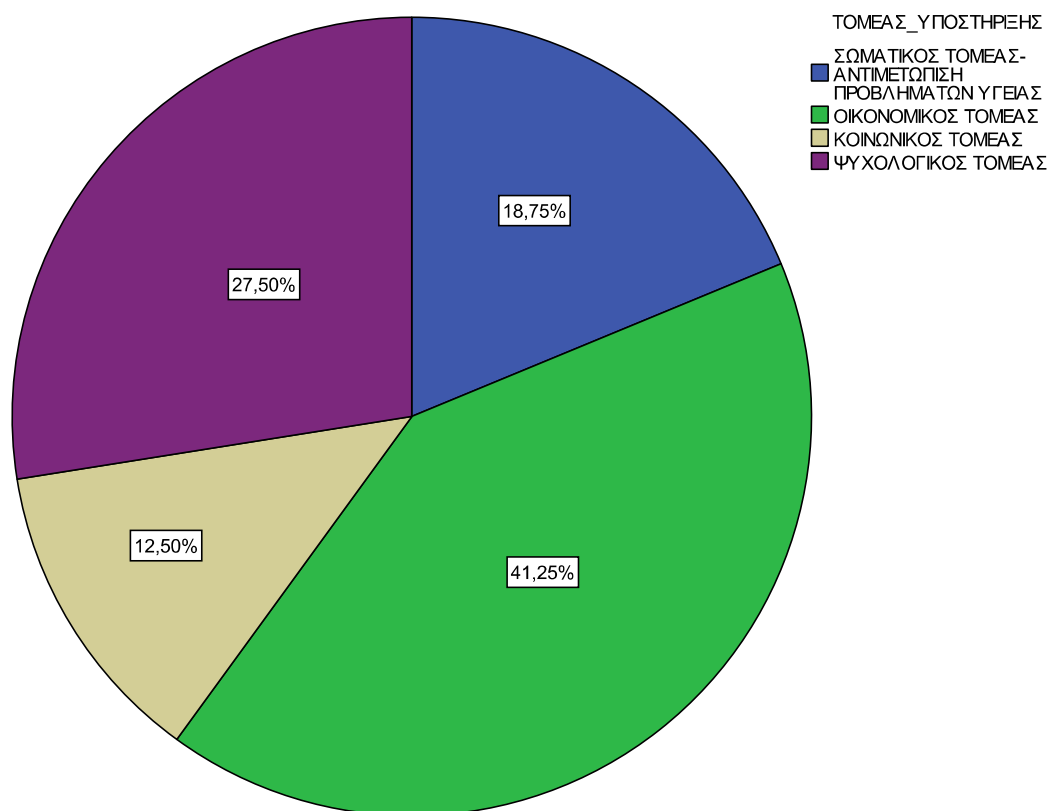
Ερώτηση 16: Εκτός του νοσοκομείου, γνωρίζετε κάποια υποστηρικτική υπηρεσία;



***Διάγραμμα 16:** Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς τη γνώση κάποιας άλλης υποστηρικτικής υπηρεσίας.*

Γνώση κάποια άλλη υποστηρικτικής υπηρεσία μας ανέφερε το 47,50% και αρνητικά απάντησε το 52,50%.

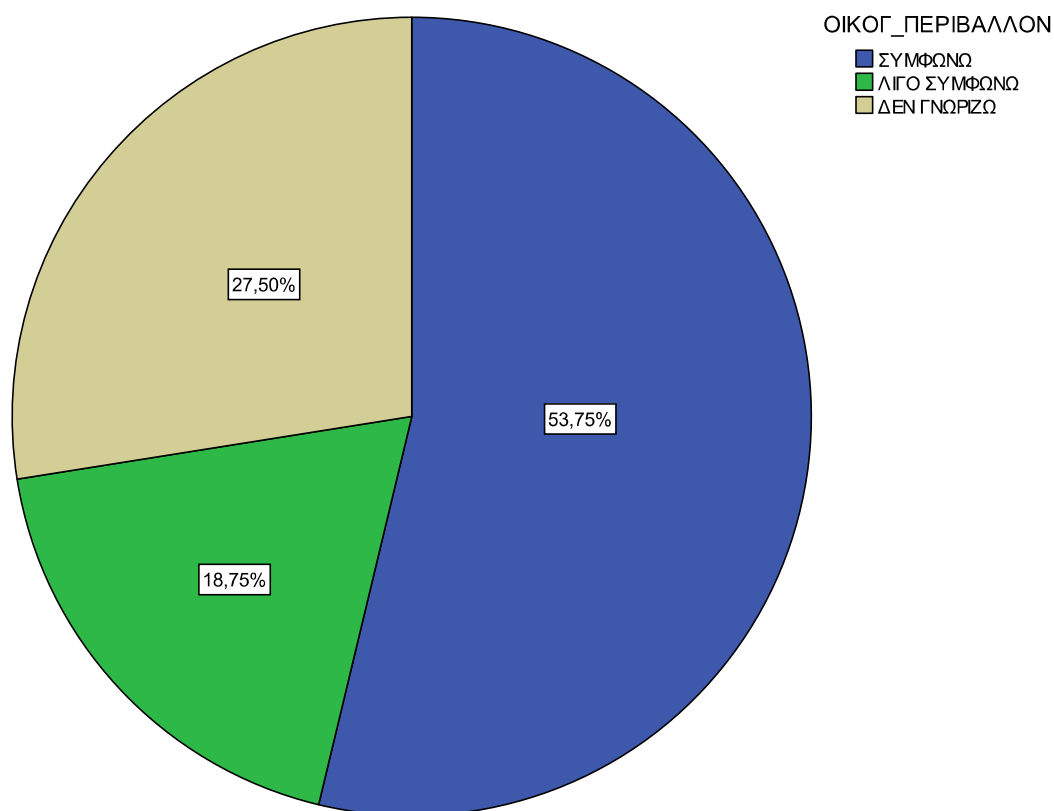
Ερώτηση 17: Θα μπορούσατε να αναφέρεται ενδεικτικά σε ποιο τομέα θα επιθυμούσατε περισσότερη υποστήριξη;



***Διάγραμμα 17 :** Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς τους τομείς υποστηρίξεις που θα ήθελαν.*

Οι τομές υποστηρίξεις που θα ήθελαν είναι κατά 18,75% σωματικός, κατά 41,25% οικονομικός, κατά 12,50% κοινωνικός και κατά 27,50% ψυχολογικός.

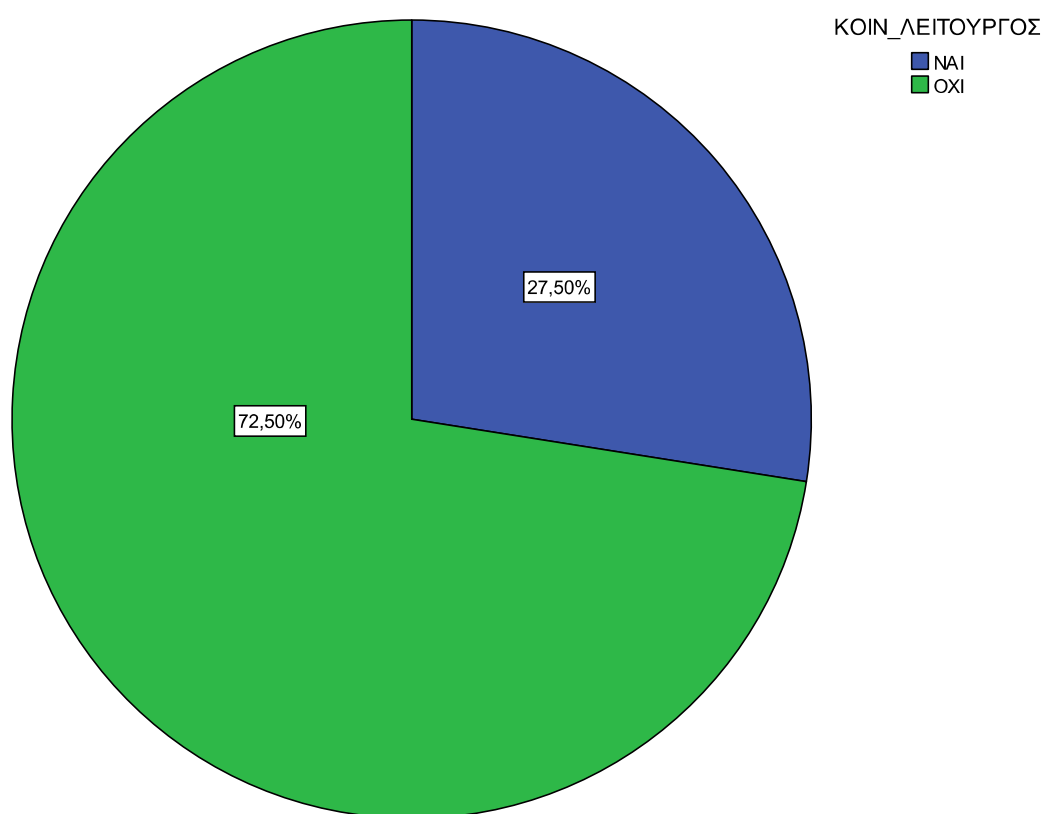
Ερώτηση 18: Κατά την γνώμη σας το οικογενειακό σας περιβάλλον χρειάζεται περισσότερη υποστήριξη;



***Διάγραμμα 18 :** Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς την υποστήριξη του οικογενειακού του περιβάλλοντος.*

Για την υποστήριξη του οικογενειακού του περιβάλλοντος σε μεγαλύτερο βαθμό, το 53,75% απάντησε ότι συμφωνεί , το 18,75% συμφωνεί λίγο και το 27,50% δεν συμφωνεί.

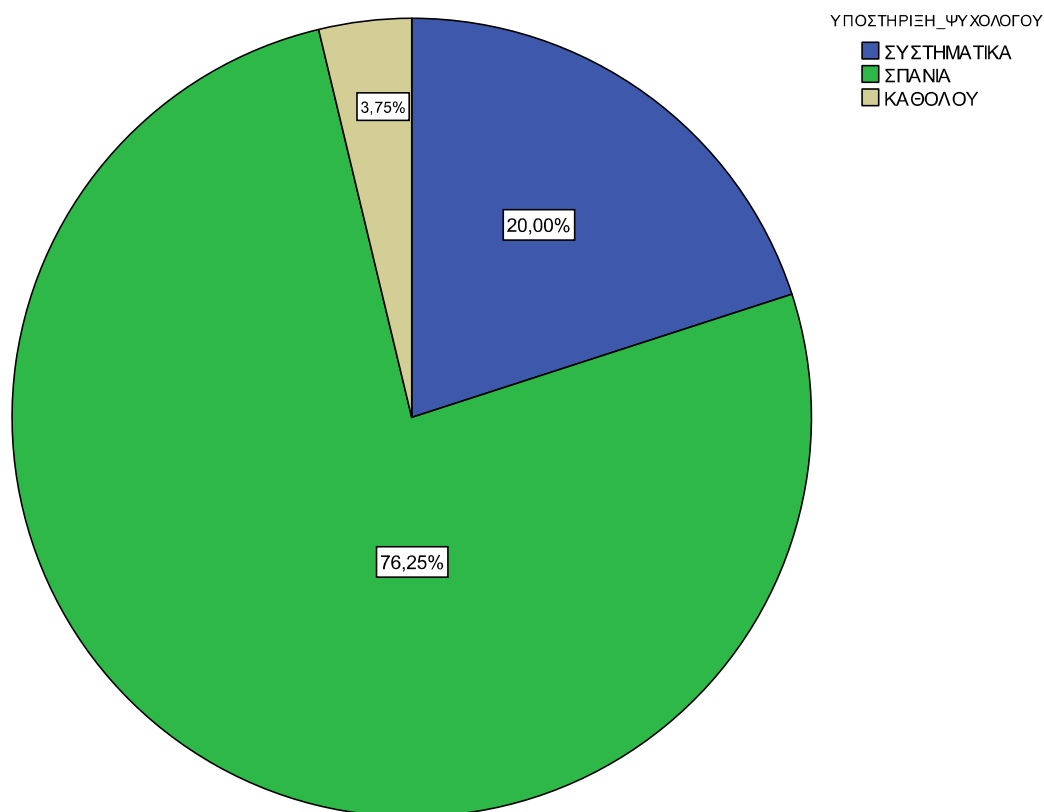
Ερώτηση 19: Σας έχει επισκεφτεί ειδικός κοινωνικός λειτουργός για να συζητήσετε θέματα που αφορούν την οικογένεια σας ή άλλα θέματα κοινωνικού περιεχομένου;



Διάγραμμα 19 : Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς την επίσκεψη κοινωνικού λειτουργού.

Στην επίσκεψη κοινωνικού λειτουργού το 72,50% απάντησε αρνητικά και το 27,50% θετικά.

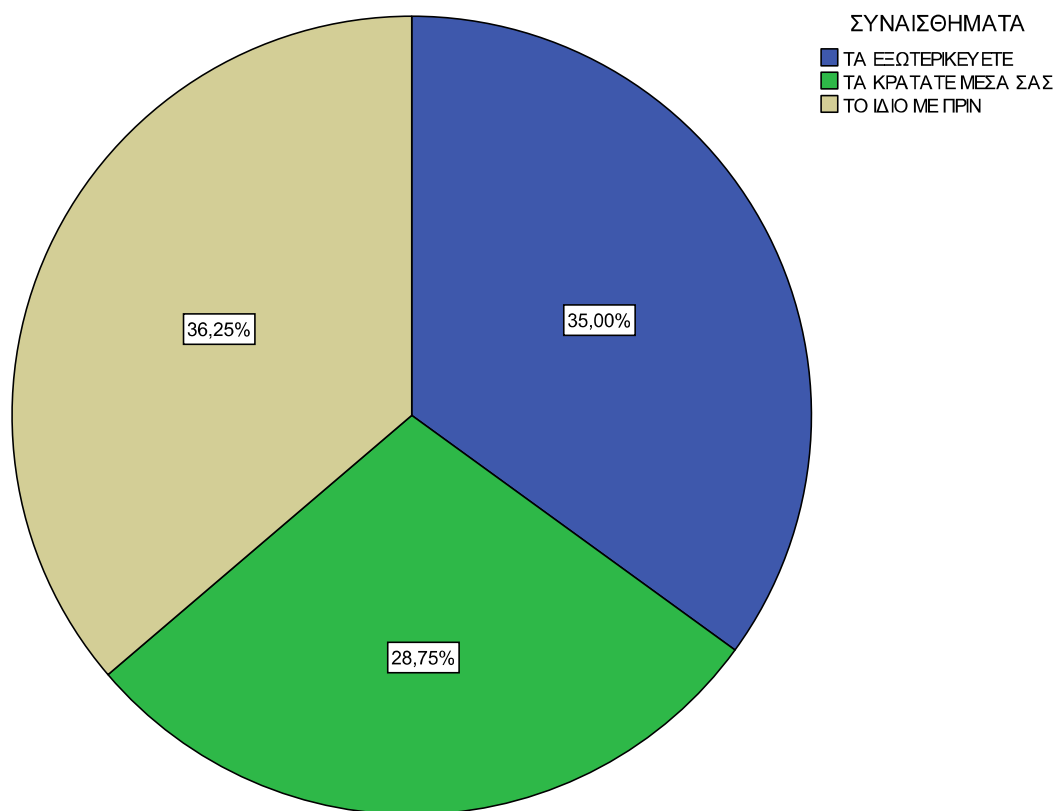
Ερώτηση 20: Έως τώρα έχετε υποστηριχθεί από ψυχολόγο;



Διάγραμμα 20 : Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς την υποστήριξη από ψυχολόγο.

Για την υποστήριξη από ψυχολόγο το 20% ανέφερε ότι έχει συστηματική παρακολούθηση, το 76,25% σπάνια και το 3,75% δεν παρακολουθείται καθόλου από ψυχολόγο.

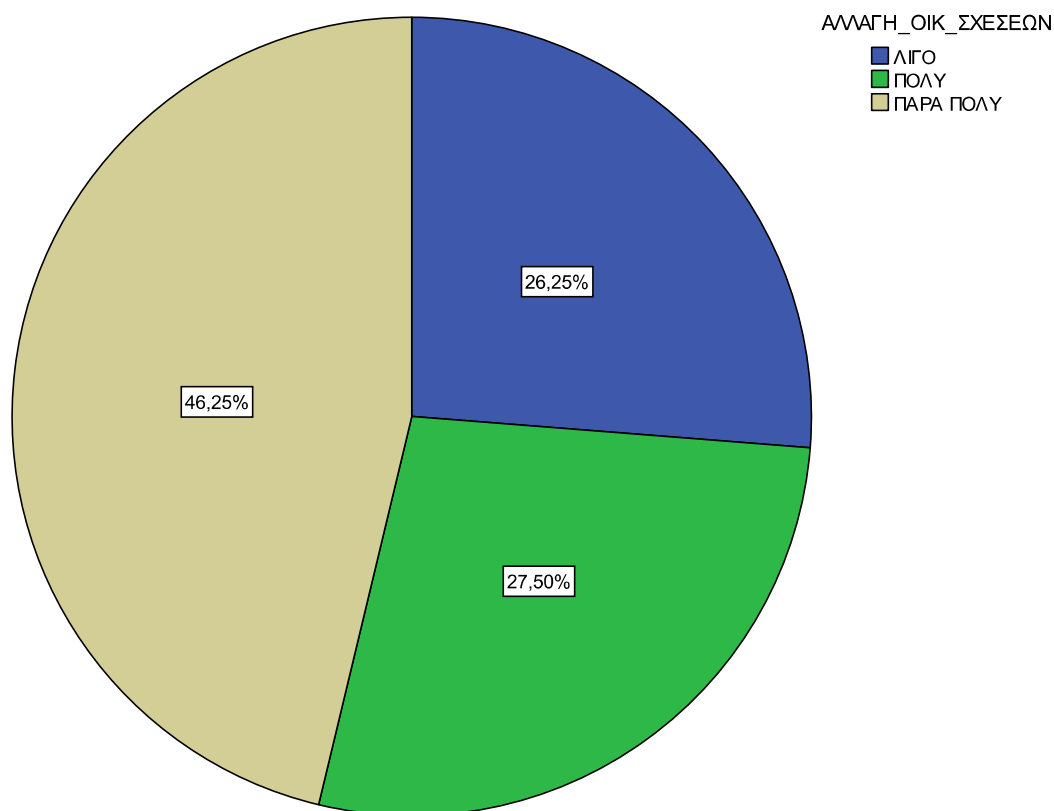
Ερώτηση 21: Μετά την εμφάνιση του προβλήματος της υγείας σας τα συναισθήματα σας;



***Διάγραμμα 21:** Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς την εξωτερική τους κατάσταση των συναισθημάτων του μετά την διάγνωση της νόσου.*

Στην εξωτερική τους κατάσταση των συναισθημάτων του μετά την διάγνωση της νόσου το 35% τα εξωτερικεύει, το 28,75% τα κρατά μέσα τους και το 36,25% δεν έχει αλλάξει κάτι στα συναισθήματά του.

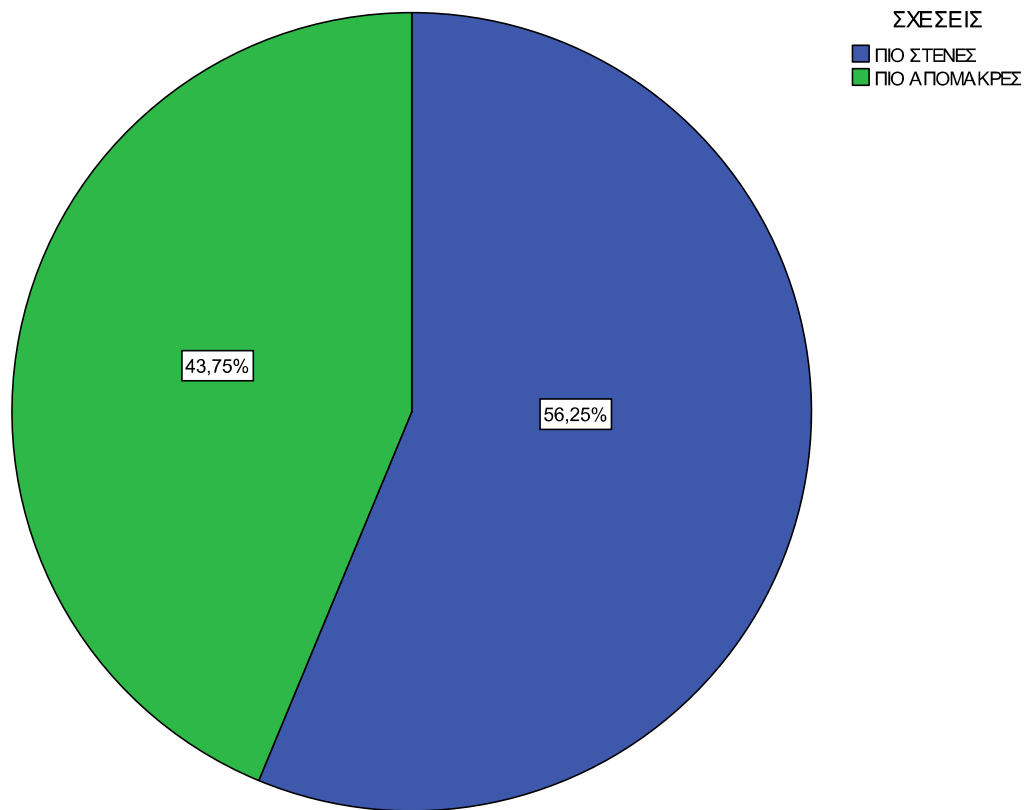
Ερώτηση 22: Μετά την εμφάνιση του προβλήματος της υγείας σας άλλαξαν οι σχέσεις σας με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς σας



***Διάγραμμα 22 :** Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς την αλλαγή των σχέσεων με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.*

Στην αλλαγή των σχέσεων με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας του μετά την διάγνωση, το 26,25% ανέφερε καθόλου, το 27,5% πολύ και το 46,25% παρά πολύ.

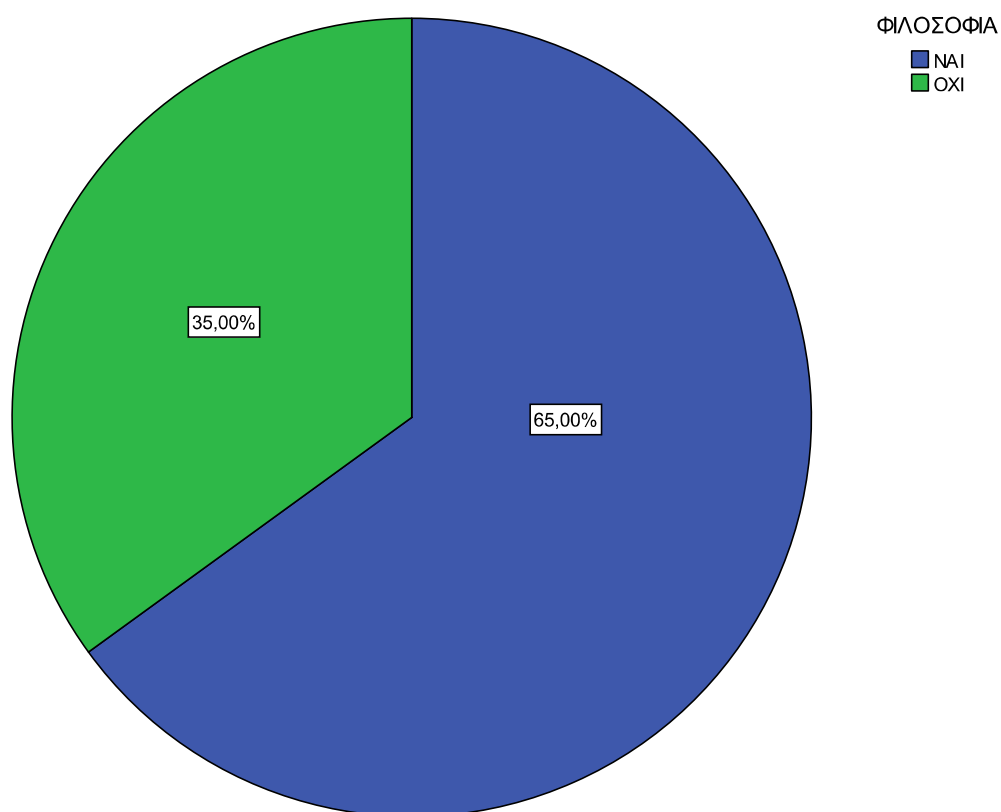
Ερώτηση 23: Οι σχέσεις έγιναν πιο στενές ή πιο απόμακρες; (Αφορά όσους απάντησαν θετικά στην ερώτηση 20).



***Διάγραμμα 23 :** Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν οι σχέσεις έγιναν πιο στενές ή πιο απόμακρε.*

Για στενότερες σχέσεις με τα μέλη της οικογένεια του μετά την διάγνωση του νόσου έκανε αναφορά το 56,25% και πιο απόμακρες το 43,75%.

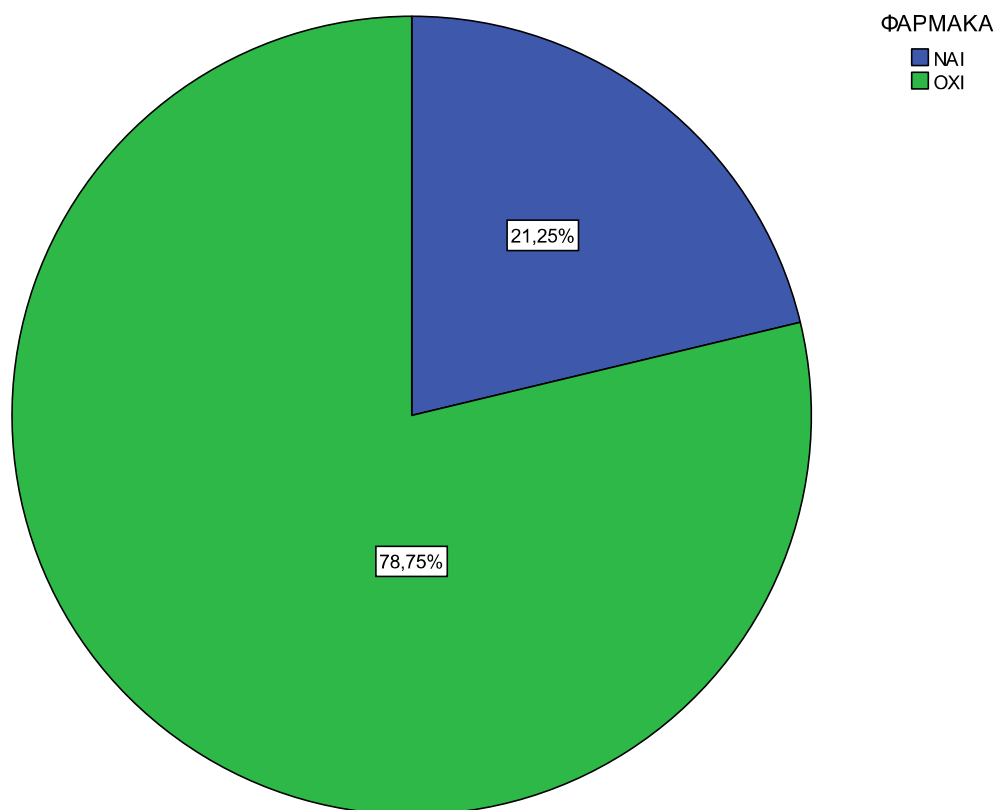
Ερώτηση 24: Αλλαγή στην φιλοσοφία μετά την διαγνωση της νόσου;



Διάγραμμα 24 : Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς την αλλαγή στην φιλοσοφία μετά την διαγνωση της νόσου.

Αλλαγή φιλοσοφία μετά την διάγνωση της νόσου ανέφερε το 65% σε αντίθεση με το 35%.

Ερώτηση 25 : Λήψη φαρμάκων μετά την διάγνωση της νοσού;



Διάγραμμα 25 : Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 100 ατόμων του δείγματος ως προς την λήψη φαρμάκων μετά την διάγνωση της νοσο.

Το 78,75% ανέφερε ότι μετά την διάγνωση της νόσου δεν λαμβάνει φάρμακα ενώ το 21,25% απάντησε θετικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Γενικός σκοπός της έρευνας είναι να αναδείξει τη διαχείριση συναισθημάτων των καρκινοπαθών. Τα συμπεράσματα προέκυψα από τα ερευνητικά ερωτήματα που θέσαμε στην έρευνα. Από τα ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν τόσο αυτοπροσώπως τα οποία ήταν πενήντα πέντε (55), όσο και ηλεκτρονικά που ήταν σαράντα πέντε (45). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες έχουν νοσηλευτεί στο νοσοκομείο του Αγίου Ανδρέα. Στην συνέχεια σχετικά με τον τόπο διαμονής οι περισσότεροι διαμένουν στην πόλη της Πάτρας. Η πλειοψηφία νοσεί από καρκίνο του μαστού, ενώ βρίσκεται και στο στάδιο της χημειοθεραπείας. Οι περισσότεροι δηλώσαν παντρεμένοι/ες και οι πλειοψηφία και ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 46-55 ετών. Όσων αφορά την εκπαίδευση οι περισσότεροι είναι απόφοιτοι γυμνασίου και λυκείου, επίσης οι περισσότεροι ανέφεραν ότι η διάγνωση της νόσου τους έχει γίνει πριν τρία χρόνια και πάνω και επισκεφτήκαν το νοσοκομείο περισσότερες από τέσσερις φορές μέσα στο μήνα. Όλα τα παραπάνω απαντήθηκαν στην ερώτηση ένα (1), δύο (2), τρία (3), τέσσερα (4), πέντε (5), έξι (6), επτά (7), οχτώ (8), εννιά (9), δέκα (10), έντεκα (11).

Αρχικά σχετικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα « υπήρξε αλλαγή μετά την εμφάνιση της νόσου στην συναισθηματική του κατάσταση; » συμπεραίνουμε πως μετά την εμφάνιση της νόσου υπήρξε μια αλλαγή στη διάθεσή του και αυτό απαντήθηκε μέσα από την ερώτηση εικοστή τέταρτη (24) όπου το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ναι.

Εν συνεχεία σχετικά με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα « Κατά πόσο μπορεί και διαχειρίζεται τα συναισθήματα του ο ασθενής; » συμπεραίνουμε πως οι περισσότεροι δεν έχουν παρατηρήσει κάποια αλλαγή στα συναισθήματά τους αν και η διαφορά με αυτούς που μετά την εμφάνιση της νόσου τα εξωτερικεύουν είναι ελάχιστη, αυτό το ερώτημα απαντήθηκε μέσα από την ερώτηση εικοστή πρώτη (21).

Στην συνέχεια όσο αφορά το τρίτο ερευνητικό ερώτημα « Η υποστήριξη από επιστημονικό προσωπικό είναι επαρκής, θα ήθελαν να υπάρχει και κάποιου άλλου

είδους υποστήριξη ; » συμπεραίνουμε πως η υποστήριξη στην πλειοψηφία δεν ήταν επαρκής δεδομένου ότι ερχόντουσαν σπάνια σε επαφή με ψυχολόγο, ακόμα ένα πολύ μεγάλο ποσοστό δεν έχει έρθει σε επαφή με κοινωνικό λειτουργό ποτέ. Επίσης σχετικά με το υποερώτημα « θα ήθελαν να υπάρχει και κάποιου άλλου είδους υποστήριξη ; » συμπεραίνουμε πως οι περισσότεροι θα ήθελαν και κάποια οικονομική υποστήριξη. Επιπλέον οι περισσότεροι δεν επιθυμούν να υπάρχει κάποια τηλεφωνική ανώνυμη υποστηρικτική γραμμή. Ωστόσο θα επιθυμούσαν να παρέχεται υποστήριξη και στην οικογένεια τους. Η πλειοψηφία επίσης δεν γνωρίζει εκτός από το νοσοκομείο κάποια άλλη υποστηρικτική υπηρεσία, δεδομένου κιόλας πως η πλειοψηφία δεν έχει λάβει κάποιο ενημερωτικό φυλλάδιο σχετικό με την ασθένεια και τις υπάρχουσες υπηρεσίες. Τέλος η πλειοψηφία δεν επιθυμεί να συζητά για τα σωματικά της προβλήματα με κάποιον. Όλα τα παραπάνω απαντήθηκαν από την ερώτηση δώδεκα (12), δέκα τέσσερα (14) , δέκα πέντε (15), δέκα έξι (16) , δέκα επτά (17), δέκα οχτώ (18), δέκα εννιά (19), είκοσι (20) .

Σχετικά με το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα « Το οικογενειακό περιβάλλον επηρεάστηκε κατά την εμφάνιση της νόσου; » συμπεραίνουμε ότι οι σχέσεις με τα μέλη της οικογένειας άλλαξαν πάρα πολύ και πώς έγιναν στενότερες. Τα παραπάνω απαντήθηκαν από την ερώτηση είκοσι δύο (22), είκοσι τρία (23).

Στο πέμπτο και τελευταίο ερευνητικό ερώτημα «Έχουν δημιουργηθεί περαιτέρω προβλήματα στην ζωή του ασθενούς λόγω της νόσου;» οι περισσότεροι απάντησαν πως στην δουλειά τους έχουν αντιμετωπίσει πολύ συχνά προβλήματα. Το ερώτημα απαντήθηκε από την ερώτηση δέκα τρία (13).

Σύμφωνα επίσης με ένα επιστημονικό άρθρο «Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα σε ασθενείς με καρκίνο: Σχέση με την εντόπιση της νόσου» ασθενείς με καρκίνο εμφανίζουν ψυχιατρικές διαταραχές και χρήζουν ειδικής μεταχείρισης από ειδικό από την ημέρα της ανακοίνωσης ότι πάσχουν από την νόσο του καρκίνου, λόγω των έντονων συναισθημάτων που τους προκαλούνται. Επίσης είναι δύσκολο να χειριστεί την κατάσταση ο θεράπων ιατρός του ασθενούς, διότι δεν υπάρχουν οι γνώσεις γι' αυτό πρέπει να έρχεται σε επαφή ο ασθενής με ένα επαγγελματία ψυχικής υγείας (Μουσσάς Γ.Ι. κ.α., 2012).

Το περιεχόμενο του συγκεκριμένου άρθρου με τις πληροφορίες που βρίσκονται στο περιεχόμενο τις δικής μας εργασίας συμπίπτουν, δεδομένου ότι η βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύει την σχέση ψυχικής υγείας και καρκίνου. Επίσης τα αποτελέσματα της έρευνας μας προβάλλουν την έλλειψη επιστημόνων ψυχικής υγείας που πρέπει να έρχονται σε επαφή με των καρκινοπαθή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Προληπτικός έλεγχος:

Η διεξαγωγή προληπτικών εξετάσεων για την διάγνωση μίας τέτοιας ασθένειας, κρίνεται εξαιρετικά σημαντική. Δηλαδή, ο τακτικός γενικός έλεγχος μέσω αιματολογικών κυρίως εξετάσεων μειώνει σημαντικά το ενδεχόμενο εντοπισμού της νόσου σε προχωρημένο επίπεδο. Αξίζει να αναφερθεί, ότι πολλές μορφές καρκίνου είναι ιάσιμες εφόσον διαγνωστούν έγκαιρα από τον ειδικό.

Επαρκή και έγκυρη ενημέρωση για την ασθένεια:

Η νόσος του καρκίνου, απαιτεί ειδική διαχείριση από την διεπαγγελματική ομάδα, προκειμένου όχι μόνο να μην διαρρεύσουν στον ασθενή που πάσχει από αυτή λανθασμένες πληροφορίες, αλλά και για να μην κυριευτεί ο ίδιος από συναισθήματα έντονου φόβου. Η ομάδα που θα αναλάβει τον συγκεκριμένο ασθενή να είναι ειδικά εκπαιδευμένη, να διαθέτει δεξιότητες που την καθιστούν ικανή να χειριστεί το πρόβλημα με λεπτό τρόπο, κρατώντας ωστόσο ενήμερο τον ασθενή-στο σημείο που είναι επιτρεπτό-λύνοντας ταυτόχρονα όλες του τις απορίες. Η διεπιστημονική ομάδα οφείλει επίσης να διέπεται από αρχές και αξίες, να σέβεται τον ασθενή και κυρίως να μην τον αντιμετωπίζει ως ετοιμοθάνατο.

Δημιουργία φορέων στήριξης καρκινοπαθών:

Στην σύγχρονη εποχή, με δεδομένη την συνεχώς αυξανόμενη τάση που χαρακτηρίζει την ασθένεια, χρήζει επιτακτικής ανάγκης η δημιουργία νέων κέντρων ή υποστηρικτικών γραμμών στελεχωμένων από ειδικά καταρτισμένο προσωπικό. Το προσωπικό αυτό μπορεί να αποτελείται από ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι θα παρέχουν στήριξη στους πάσχοντες, είτε μέσω οργανωμένων δράσεων και προγραμμάτων, είτε μέσω συνεδριών μεταξύ πασχόντων και ειδικών προκειμένου να καλλιεργηθούν και να βγουν στην επιφάνεια θετικά συναισθήματα ικανά να κινητοποιήσουν τους ασθενείς. Επιπρόσθετα, η κινητοποίηση και θετική ενίσχυση των ασθενών θα μπορούσε να επιτευχθεί και μέσω διαφόρων ομάδων που θα ασχολούνται με διαφορετικό αντικείμενο κάθε εβδομάδα,

προκείμενου να επικεντρώνεται το ενδιαφέρον των πασχόντων. Μία ενδιαφέρουσα ομάδα που θα μπορούσε να συσταθεί είναι μία ομάδα όπου θα μπορούσαν να εκφραστούν τρόποι εναλλακτικών τρόπων διασκέδασης. Κάτι τέτοιο, θα είχε ως αποτέλεσμα την απόσπαση έστω και για μικρό χρονικό διάστημα της προσοχής των ασθενών από το πρόβλημα που προέκυψε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13^ο

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Όπως συμπεραίνουμε από την παρούσα πτυχιακή και μέσω της έρευνας ο καρκίνος είναι μια ασθένεια με ψυχοσυναισθηματικά συμπτώματα με αλλαγές στη διάθεση όχι μόνο του ασθενή, αλλά και ολόκληρης της οικογένειας. Επηρεάζεται άμεσα η ψυχολογία, όπως παρατηρήσαμε, γι αυτό και σημειώνουμε την σημασία της πρόληψης που είναι μεγάλη και την ανάγκη για υποστήριξη από φορείς. Ο καθένας οφείλει να τρώει τροφές που εμποδίζουν την εμφάνιση καρκίνου, γιατί όλοι έχουμε την προδιάθεση για εμφάνιση. Η οικογένεια πρέπει να είναι κοντά περισσότερο και από τον γιατρό, για να τον βοηθά να ξεπερνάει τους φόβους και να περνά όμορφα.

Από παλαιότερα θεωρούνταν ταμπού η ασθένεια και ότι δεν υπήρχε ζωή μετά. Αυτό δεν ισχύει καθώς ο καρκινοπαθής μπορεί να ασχολείται ακόμη με δραστηριότητες και αποδεικνύει πως γίνεται ακόμη και με τις δυσκολίες του πιο δημιουργικός, κάνει πράγματα που δεν έκανε πριν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :

ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΥ –ΜΠΕΚΟΥ, Μ. (2006) *Ωρίμανση και Δυναμική Ομάδας, Συμβολή στη Συμβουλευτική Νέων*. Εκδόσεις Rosili, Αθήνα.

Γκμπάντι Ο., (2006). *Ανακούφιση άλλων συνοδών συμπτωμάτων του καρκίνου: Η αντιμετώπιση του πόνου και άλλων συνοδών συμπτωμάτων του καρκίνου*, Θεσσαλονίκη, University Studio Press.

ΚΥΡΙΑΖΗ ,Ν. (2001) *Η Κοινωνιολογική έρευνα*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Ιακωβίδης Β., & Ιακωβίδης Α., (2001). *Αρχές Ψυχο-ογκολογίας. Ψυχοσωματική και Σωματοψυχική θεώρηση του Καρκίνου*. Εκδόσεις: Μαστορίδη.

Καραδήμας Ε.Χ., (2005). *Συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών, ψυχολογική αντίδραση. Ψυχολογία της υγείας – θεωρία και κλινική πράξη*, Αθήνα, 169 - 172.

ΛΑΜΠΙΡΗ-ΔΗΜΑΚΗ, Ι. & ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ Θ. (1995) *Κοινωνικές Έρευνες με Στατιστικές Μεθόδους*. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα.

Μέγκα Β., Οικονόμου Γ., Κούτρας Α., Παύλου Μ., & Καλόφωνος Χ., (2003). *Ψυχοκοινωνική κατάσταση ογκολογικών ασθενών κατά τη διάρκεια και μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας*, Βήμα ογκολογίας, 2(2):143-147.

Ρηγάτος Γ.Α., (2007). *Η επανένταξη του καρκινοπαθούς ασθενούς: Ουτοπία η Πραγματικότητα*. Θέματα Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Εκδόσεις: Ascent, Αθήνα.

Ρηγάτος Γ.Α., (2000). *Ψυχοκοινωνική ογκολογία*, Εκδόσεις: Ascent, Αθήνα.

Ρις Γ., (2000). *Καρκίνος*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Σέμογλου Χ., (1998). *Η Έρευνα του Καρκίνου*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Σπηλιώτης Ι., (1999). *Καρκίνος, από άγνοια στον φόβο*. Πάτρα

Φούντζηλας Γ., & Μπαρμπούνης Β., (2006). *Βασικές Αρχές Θεραπείας του Καρκίνου*, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις: University Studio Press.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :

Cleeland C.S., Mendoza T.R., Wang X.S., Chou C., Harle M.T., Morrisey M., & Engstrom M.C., (2000). Assessing symptom distress in cancer patients: the MD, Anderson Symptom Intervory. *Cancer*, 89(7): 10 - 19.

Fleishman S., (2011). *Learn to Live Through Cancer: What You Need to Know and Do*, Florida: Demos Health.

Gilbar O., (1991). The quality of life of cancer patients who refuse chemotherapy, *Social science and medicine*, 32(12):1337 - 1340.

Rodin G., Zimmermann C., & Rydall A., (2007). The desire for hastened death in patients with metastatic cancer, *Journal of Pain and Symptom Management* 33.

Morasso G., Capelli M., & Viterbori P., (1999). Psychological and symptom distress in terminal cancer patients with met and unmet needs, *Journal of Pain and Symptom Management* 17.

Gilbertson W., Aouizerat B., Jahman T., & Miaskowski C., (2011). A review of the literature on multiple symptoms, their predictors, and associated outcomes in patients with advanced cancer, *Palliative and Supportive Care* (9): 3 - 5.

Liu L., Fiorentino L., Natarajan L., Parker B.A., Mills P.J., Sadler G.R., Dimsdale J.E., (2009). Pretreatment symptom cluster in breast cancer patients is associated with worse sleep, fatigue and depression during chemotherapy, *Psychoncology* 18(2): 4 - 10.

Mcillmurrat M.B., (2001). The psychosocial needs of cancer: findings from an observation study, *European journal of cancer care*, 261 - 269.

Miaskowski C., & Lee K.A., (1999). Pain, fatigue, and sleep disturbances in oncology outpatients receiving radiation therapy for bone metastasis: a pilot study, *J Pain Symptom Manage* 17(5): 15 - 17.

Miaskowski C., Dodd M., West C., Paul S.M., Schumacher K., & Tripathy D., (2007). The use of a responder analysis to identify differences in patient outcomes following a self-care intervention to improve cancer pain management, *Pain* 129 (1 - 2).

Rutledge D.M., & McGuire C., (2004). Evidence-based symptom management. In: Yarbro CH, Frogge MH, Goodan M. (Eds.). *Cancer Symptom Management*, 3d edition.

Syrjala K.L., Donaldson G.W., Davis M.W., Kippes M.E., & Carr J.E., (1995). Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: a controlled clinical trial, *Pain* (63): 3 - 7.

Teunissen S.C., de Graeff A., de Haes H.C., (2006). Prognostic significance of symptoms of hospitalised advanced cancer patients, *European Journal of Cancer*, (42).

Teunissen S.C., Wesker W., & Kruitwagen S., (2007). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review, *J Pain Symptom Manage*, (34): 11 - 14.

Walsh D., Rybicki L., & Nelson A.N., (2002). Symptoms and prognosis in advanced cancer, *Supportive Care in Cancer*, 10.

Yamagishi A., Morita T., Miyashita M., & Kimura F., (2009). Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy, *Journal of Pain Symptom Management* 37 (5): 12 -14.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :

BELL, J. (1999) Μεθοδολογικός σχεδιασμός παιδαγωγικής και κοινωνικής έρευνας. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.

ROBSON, C., (2010) Η έρευνα του πραγματικού κόσμου. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.

COHEN, L., MANION, L., MORRISON, K. (2007) Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας. Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ:

Βασιλοπούλου Φ. *blog Καρκίνος : Είμαστε στην αρχή του τέλους;*

Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία. Αναρτήθηκε στο
(<http://www.vita.gr/ygeia/article/10824/fakelos-karkinos-eimaste-sthn-arxh-toy-teloys-prolhps-h-diagnwsh-therapeia/>) [Ανάκτηση: 27/08/2015].

Διάγνωση Καρκίνου αναρτήθηκε στο :

(<http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/basicdetails/cancerdetection/diagnosisofcancer/>) [Ανάκτηση: 27/08/2015].

Κονταξάκη Σ., (2014). *Κατάθλιψη και καρκίνος*. BeStrong.org.gr,
(http://www.bestrong.org.gr/el/living_with_cancer/psychoemotional/depressionandcancer/) [Ανάκτηση: 27/08/2015].

Μουσσάς Γ.Ι., Παπαδοπούλου Α.Γ., Χριστοδουλάκη Α.Γ., Καρκανιάς Α.Π., (2012). *Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα σε ασθενείς με καρκίνο: Σχέση με την εντόπιση της νόσου*.

(www.psych.gr/documents/psychiatry/23.1-GR-2012-46.pdf) [Ανάκτηση: 24/09/2015].

Παναγιωτοπούλου Α., (2014). *Στρές – Άγχος- Πανικός*. 18-03-2014
αναρτήθηκε στο BeStrong.org.gr,
(http://www.bestrong.org.gr/el/living_with_cancer/psychoemotional/stresspanic/)
[Ανάκτηση: 27/08/2015].

Παρασκευοπούλου – Κόλλια, Ε. Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις
κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις
(<http://journal.openet.gr/index.php/openjournal/article/download/60/35>) [Ανάκτηση:
27/08/2015].

Υπουργείο Υγείας Ελληνικής Δημοκρατίας, 3 Φεβρουαρίου 2013 αναρτήθηκε
στο

(<http://moh.gov.gr/articles/news/1574-pagkosmia-hmera-kata-toy-karkinoy/>)

[Ανάκτηση: 27/08/2015].

Φορείς υγείας ογκολογικών υπηρεσιών,

(http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/institutionsofhealth/public_care_in_greece/)

[Ανάκτηση: 27/08/2015].

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΠΕΥΘΗΝΘΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ

ΑΣΘΕΝΗΣ

- Α.Δ.Υ.Κ. ΑΡΩΓΗ - ΑΜΕΣΗ ΔΡΑΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ Α.Μ.Κ.Ε.
- EUROPA DONNA ΚΥΠΡΟΥ
- I LIVE FOR ME - ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ
- ΑΓ.Α.ΠΑ.Ν - ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΟΝΕΤΙΚΗ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
- ΑΓΙΟΣ ΠΑΡΘΕΝΙΟΣ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΒΕΡΟΙΑΣ ΗΜΑΘΙΑΣ
- ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ - ΟΜΙΛΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
- ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ - ΟΜΙΛΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΑΧΑΪΑΣ
- ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ - ΟΜΙΛΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ
- ΑΛΜΑ ΖΩΗΣ - ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ
- ΑΛΜΑ ΖΩΗΣ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
- ΑΛΜΑ ΖΩΗΣ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΑΧΑΪΑΣ
- ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΚΥΠΡΟΥ
- ΔΥΝΑΜΗ ΨΥΧΗΣ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ & ΦΙΛΩΝ Ν.ΡΟΔΟΠΗΣ
- ΕΛ.Α-ΖΩ - ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ
- ΕΛΛΗ ΛΑΜΠΙΕΤΗ - ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

- ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
- ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ (Ε.Ε.Υ.Α.Σ.Ο.Α.)
- ΕΛΠΙΔΑ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΙΛΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ
- ΕΛΠΙΖΩ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΧΙΟΥ
- ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (Κέντρο Ημέρας Ψυχολογικής Υποστήριξης Ασθενών Με Καρκίνο)
- ΕΥ ΖΩ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ
- ΖΩΗ - ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΑΝΤΙΛΕΥΧΑΙΜΙΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΚΥΠΡΟΥ
- Η ΑΓΙΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ - ΠΙΕΡΙΑΣ
- Η ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ & ΦΙΛΩΝ Ν.ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ
- Η ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΙΛΩΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΓΝΗ
- ΗΛΙΑΧΤΙΔΑ - ΠΑΓΚΡΗΤΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ
- ΙΑΣΩ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ
- ΙΔΡΥΜΑ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
- ΙΔΡΥΜΑ ΤΖΕΝΗ ΚΑΡΕΖΗ
- ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ - ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
- Κ.Ε.Φ.Ι. - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΦΙΛΩΝ & ΙΑΤΡΩΝ
- ΚΑΝΕ ΜΙΑ ΕΥΧΗ
- ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ
- ΛΑΜΨΗ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ
- ΜΑΖΙ ΣΟΥ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ & ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ ΑΥΤΩΝ

- ΜΕΙΝΕ ΔΥΝΑΤΟΣ - ΚΟΙΝΩΦΕΛΗΣ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΦΙΛΩΝ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
- ΜΕΡΙΜΝΑ - ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΩΝ & ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ
- ΞΑΝΑΡΧΙ-ΖΩ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΛΑΜΑΤΑ
- Ο ΑΓΙΟΣ ΕΥΓΕΝΙΟΣ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ Ν. ΚΙΛΚΙΣ
- Ο ΦΕΡΕΛΠΙΣ - ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΟΜΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ
- ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΙΛΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
- ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ - Ο.Κ.Ε.
- ΟΝΑΡ ΚΑΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΟΝΑΡ ΜΕΣΩ ΤΕΧΝΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΡΡΩΣΤΟ ΠΑΙΔΙ
- ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ & ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ
- ΠΑΝΑΓΙΑ ΦΑΝΕΡΩΜΕΝΗ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΝΕΑΣ ΜΗΧΑΝΙΩΝΑΣ
- ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗΘΕΝΤΩΝ
- ΠΑΡΑΜΕΝΟΝΤΑΣ ΖΩΗΡΟΙ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ & ΦΙΛΩΝ Ν.ΞΑΝΘΗΣ
- ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α - ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ
- ΠΑΣΥΚΑΦ - ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ
- ΠΙΣΤΗ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ (Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία)
- ΠΝΟΗ ΑΓΑΠΗΣ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ & ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ
- ΣΤΗΡΙΖΩ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΦΙΛΩΝ & ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ Ν. ΛΑΣΙΘΙΟΥ
- ΣΤΟΡΓΗ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΙΛΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ Ν.ΚΑΒΑΛΑΣ
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΕΔΕΣΣΑΣ & ΠΕΡΙΧΩΡΩΝ
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΕΟΡΔΑΙΑΣ
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΟΖΑΝΗΣ
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΛΑΡΙΣΑΣ
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΛΕΣΒΟΥ
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ – ΘΡΑΚΗΣ
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ Ν. ΔΡΑΜΑΣ
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΝΙΓΡΙΤΑΣ
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΝΟΜΟΥ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΣΕΡΡΩΝ
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΙΛΩΝ ΘΕΑΓΕΝΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΛΕΞ. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ
- ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΦΙΛΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ Ε.Α.Ν.Π. ΜΕΤΑΞΑ
- ΣΥΝΕΧΙΖΩ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ & ΦΙΛΩΝ Ν.ΕΒΡΟΥ
- ΤΟ ΚΥΤΤΑΡΟ - ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ
- ΦΛΟΓΑ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

(http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/institutionsofhealth/public_care_in_greece/)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το παρόν ερωτηματολόγιο εκτιμά τις ανάγκες υγείας και κατά πόσον αυτές καλύπτονται από τις διάφορες υποστηρικτικές υπηρεσίες. Αποτελεί το μεθοδολογικό εργαλείο σχετικής μελέτης που πραγματοποιούμε στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας. Όλα τα στοιχεία που θα σας ζητηθούν θα είναι εμπιστευτικά και θα είναι σε γνώση μόνο των ερευνητών και του επιστημονικού υπεύθυνου από τη σχολή. Τα επεξεργασμένα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν συλλογικά και ανώνυμα. Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που θα διαθέσετε.

A. Δημογραφικές Ερωτήσεις:

Ερώτηση 1^η: Φύλο:

Άνδρας

Γυναίκα

Ερώτηση 2^η: Νοσοκομείο:

.....

Ερώτηση 3^η: Τόπος διαμονής;

.....

Ερώτηση 4^η: Τι είδος καρκίνου έχετε ;

.....

Ερώτηση 5^η: Σε ποιο στάδιο βρίσκεστε;

.....

Ερώτηση 6^η: Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος Χήρος/α

Ερώτηση 7^η: Ηλικία:

18 – 25 26 – 35 36 – 45 46 – 55 56+

Ερώτηση 8^η: Επίπεδο εκπαίδευσης:

Δεν πήγα σχολείο Δημοτικό Γυμνάσιο – Λύκειο ΤΕΙ – Πανεπιστήμιο

B. Ερευνητικές Ερωτήσεις:

Ερώτηση 9^η: Πόσο διάστημα έχει περάσει από την ημέρα διάγνωσης της νόσου σας;

Λιγότερο από 3 μήνες 3 μήνες – 1 χρόνος 1 χρόνος – 3 χρόνια > 3 χρόνια

Ερώτηση 10^η: Πόσες νοσηλείες – επισκέψεις έχετε κάνει τον τελευταίο μήνα στο νοσοκομείο;

Πρώτη φορά 2 φορές 3 – 4 φορές Περισσότερες από 4 φορές

Ερώτηση 11^η: Η ενημέρωση σχετικά με την διάγνωση καθώς και την θεραπεία της νόσου σας είναι επαρκής;

Καθόλου Λίγο Πολύ Πάρα πολύ

Ερώτηση 12^η: Συχνά νιώθετε την ανάγκη να μιλήσετε για τα σωματικά σας ενοχλήματα με:

Ψυχολόγο Ιερέα Γιατρό Νοσηλεύτη Συγγενικό πρόσωπο

Όχι, δεν νιώθω αυτή την ανάγκη

Ερώτηση 13^η: Μήπως αντιμετωπίσατε προβλήματα με την δουλειά σας λόγω του προβλήματος υγείας σας;

Λίγο Σπάνια Συχνά Πολύ συχνά

Ερώτηση 14^η: Θα επιθυμούσατε να υπάρχει τηλεφωνική υποστηρικτική γραμμή, όπου θα μπορούσατε να επικοινωνούσατε ανώνυμα;

Ναι Όχι

Ερώτηση 15^η: Σας έχουν μοιράσει ενημερωτικό υλικό (φυλλάδια) για να σας ενημερώσουν για την νόσο ή την θεραπεία σας;

Καθόλου Μερικές φορές Συχνά

Ερώτηση 16^η: Εκτός του νοσοκομείου, γνωρίζετε κάποια υποστηρικτική υπηρεσία;

Ναι Όχι

Ερώτηση 17^η: Θα μπορούσατε να αναφέρεται ενδεικτικά σε ποιο τομέα θα επιθυμούσατε περισσότερη υποστήριξη;

Σωματικό τομέα – Αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας

Οικονομικό τομέα

Κοινωνικό τομέα

Ψυχολογικό τομέα

Ερώτηση 18^η: Κατά την γνώμη σας το οικογενειακό σας περιβάλλον χρειάζεται περισσότερη υποστήριξη;

Συμφωνώ Λίγο συμφωνώ Δεν γνωρίζω

Ερώτηση 19^η: Σας έχει επισκεφτεί ειδικός κοινωνικός λειτουργός για να συζητήσετε θέματα που αφορούν την οικογένεια σας ή άλλα θέματα κοινωνικού περιεχομένου;

Ναι Όχι

Ερώτηση 20^η: Έως τώρα έχετε υποστηριχθεί από ψυχολόγο;

Συστηματικά Σπάνια

Ερώτηση 21^η: Μετά την εμφάνιση του προβλήματος της υγείας σας τα συναισθήματα σας:

Τα εξωτερικεύετε Τα κρατάτε μέσα σας Το ίδιο με πριν

Ερώτηση 22^η: Μετά την εμφάνιση του προβλήματος της υγείας σας άλλαξαν οι σχέσεις σας με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας σας;

Λίγο Πολύ Πάρα πολύ

Ερώτηση 23^η: Οι σχέσεις έγιναν πιο στενές ή πιο απόμακρες; (Αφορά όσους απάντησαν θετικά στην ερώτηση 20).

Πιο στενές Πιο απόμακρες

Ερώτηση 24^η: Προσπαθείτε να βρείτε μια φιλοσοφία ζωής για να αντιμετωπίζετε το πρόβλημα υγείας σας;

Ναι Όχι

Ερώτηση 25^η: Ξεχνάτε τα προβλήματα σας παίρνοντας φάρμακα;

Ναι Όχι