

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΗΜΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΧΑΣΙΩΤΗ ΑΝΑΤΟΛΗ**

ΕΠΙΒΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΛΑΒΔΑΝΙΤΗ ΜΑΡΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2008

**ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΛΑΒΔΑΝΙΤΗ ΜΑΡΙΑ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

ΑΒΡΑΜΙΚΑ ΜΑΡΙΑ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	σελ.5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	7-8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	9-50
1.1 Ο ΠΟΝΟΣ	10-26
1.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	27-36
1.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	37-41
1.4 ΝΕΥΡΟΦΥΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	42-44
1.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	45-47
1.6 ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	48-50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	51-61
2.1 ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	51-54
2.2 ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΟΙ ΘΑΝΑΤΟΥ	55-59
2.3 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ	59-60
2.4 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	60-61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	62-63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	64-67
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	68
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	69-70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	71-72

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ανακουφιστική φροντίδα είναι μια σχετικά νέα ειδικευση, αναγνωρισμένη επίσημα από το 1987 ως ιατρική ειδικότητα στο Ηνωμένο Βασίλειο (Penell and Corner 2005).

Η ανακουφιστική φροντίδα είναι ένα φλέγων θέμα. Κατά την άποψή μας είναι σημαντική διότι στο κέντρο της προσοχής της βρίσκονται τα προβλήματα των ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου, τα οποία δεν έχουν να κάνουν όμως μόνο με το οργανικό επίπεδο των ασθενών αλλά και με την ψυχοσύνθεσή τους γενικότερα.

Αρωγός μας για την εκπόνηση της εργασίας αυτής αποτέλεσε συν της άλλης το γεγονός ότι η ανακουφιστική φροντίδα στην Ελλάδα δεν έχει τις βάσεις και τις διαστάσεις που της αρμόζουν ώστε να παρέχεται με τον πλέον σωστό και κατάλληλο τρόπο.

Σκοπός μας λοιπόν, είναι να κατανοηθεί η έννοια της φροντίδας που πρέπει να παρέχεται στους ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου, ώστε να έχουν ένα ειρηνικό τέλος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ακούγοντας τον όρο «ανακουφιστική φροντίδα» οι περισσότεροι καταλαβαίνουν ότι η φροντίδα αυτή αφορά τον πόνο. Τι είναι όμως η Ανακουφιστική Φροντίδα και σε ποιους ασθενής παρέχεται;

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ανακουφιστική φροντίδα είναι η ενεργός, ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών, των οποίων η ασθένεια δεν ανταποκρίνεται στη θεραπευτική αγωγή (Λαβδανίτη 2000).

Επίσης, ανακουφιστική φροντίδα ορίζεται "η μελέτη και η αντιμετώπιση των ασθενών με οξεία, προοδευτική και πολύ προχωρημένη νόσο με δυσμενή πρόγνωση, κατά την οποία η παροχή της φροντίδας επικεντρώνεται στην ποιότητα της ζωής" (Penell and Corner 2005).

Η ανακουφιστική φροντίδα έχει σαν αποδέκτες της κυρίως τους ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται στο τελικό στάδιο του καρκίνου. Οι ασθενείς, δηλαδή των οποίων η κατάσταση της υγείας τους έχει φτάσει στο σημείο όπου δεν επιδέχονται καμία θεραπεία παρά μόνο παρηγορητική φροντίδα για την ανακούφιση των συμπτωμάτων τους, περιμένοντας τον επικείμενο θάνατο.

Αφορμή για την εκπόνηση της εργασίας αυτής αποτέλεσε το γεγονός ότι η ανακουφιστική φροντίδα στην Ελλάδα δεν έχει τις βάσεις και τις διαστάσεις που της αρμόζουν ώστε να παρέχεται με τον πλέον σωστό και κατάλληλο τρόπο.

Τέλος ο κάθε ασθενής είναι μια ξεχωριστή οντότητα, για το λόγο αυτό πρέπει να αντιμετωπίζεται και ανάλογα από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που είναι υπεύθυνο για την ανακουφιστική του φροντίδα.

Η νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου, είναι απόρροια της ανακουφιστικής φροντίδας και θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ατόμου που αφορούν το οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο (Λαβδανίτη 2000).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η φιλοσοφία της ολιστικής φροντίδας που διαπνέει την ανακουφιστική φροντίδα βρίσκει την εφαρμογή της στους ξενώνες τελικής νοσηλείας (hospice).

Η λέξη "hospice" προέρχεται από τη λατινική λέξη hospes, που σημαίνει οικοδεσπότης. Αρχικά οι ξενώνες ήταν μέρη ανακούφισης για τους οδοιπόρους. Από την περίοδο του μεσαίωνα όμως περάσαμε στο σύγχρονο καθολικό ξενώνα.

Οίκοι φροντίδας αρχίζουν να ιδρύονται σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο, με σκοπό την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας σε ασθενείς με ανίατα νοσήματα.

Το 1879 ιδρύεται στο Δουβλίνο ο «Ξενώνας της Παναγίας» και ακολουθεί το 1900 στο Ανατολικό Λονδίνο ο «Ξενώνας του αγίου Ιωσήφ». Το 1948, το ίδρυμα στη μνήμη της Μαρίας Κιουρί άρχισε να ενδιαφέρεται για τη φροντίδα ασθενών με νεοπλασματική νόσο.

Η σύγχρονη δομή των ξενώνων οφείλεται στο έργο της Dame Cicely Saunders. Η Saunders εργαζόμενη ως γιατρός, στο St Joseph Hospital στο Δυτικό Λονδίνο, ανέπτυξε τεχνικές χορήγησης ισχυρών οπιοειδών αναλγητικών φαρμάκων ανά τακτά χρονικά διαστήματα για την ανακούφιση του πόνου και πρότεινε την έννοια του "ολικού πόνου", που αναγνωρίζει τη σημαντικότητα της συναισθηματικής και ψυχολογικής καθώς και της οργανικής διάστασης του πόνου.

Το 1967 η Dame Cicely Saunders εγκαινίασε τον ξενώνα St Christopher, μια εξειδικευμένη μονάδα αφιερωμένη αποκλειστικά στην παροχή φροντίδας και υποστήριξης των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής.

Το κέντρο ανακούφισης καρκίνου Macmillan, δημιουργήθηκε αφότου ο Douglas Macmillan, σε ηλικία 27 ετών, είδε τον πατέρα του να πεθαίνει από καρκίνο. Το ίδρυμα αυτό ξεκίνησε αρχικά ως ομάδα για την Πρόληψη και Ανακούφιση των ατόμων με νεοπλασματική νόσο.

Η Υπεύθυνη Συμβουλευτική Ιατρική Επιτροπή στην Αγγλία, το 1980 υπό την προεδρία του καθηγητή Eric Wilkes, προειδοποίησε για τους κινδύνους που προκύπτουν από τη μη συντονισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών της ανακουφιστικής φροντίδας και τόνισε την ανάγκη της εκπαίδευσης και της υποστήριξης.

Στην Ελλάδα γίνονται προσπάθειες καθιέρωσης των ιδρυμάτων ανακουφιστικής φροντίδας.

Το 1992 ιδρύθηκε το ίδρυμα Τζένη Καρέζη στη μνήμη της γνωστού ηθοποιού. Σκοπός του ιδρύματος είναι η παρηγορητική αγωγή των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο και χρόνιες καταληκτικές νόσους και η με κάθε μέσο ανακούφισής τους από τον πόνο.

Σημαντική είναι και η συμβολή των Ιατρείων Πόνου που λειτουργούν σε μεγάλα νοσοκομεία της χώρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Τις περισσότερες φορές οι καρκινοπαθείς αλλά και οι συγγενείς τους φοβούνται την ταλαιπωρία από τον πόνο, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι οι καρκινοπαθείς δεν ταλαιπωρούνται και από άλλα συμπτώματα. Κατά συνέπεια, η αντιμετώπιση του πόνου είναι ένα μέρος μιας συνολικής αντιμετώπισης των συμπτωμάτων του καρκίνου.

Ο αποτελεσματικός έλεγχος έχει ως σκοπό την βελτίωση της ποιότητας της ζωής των καρκινοπαθών, γι' αυτό πρέπει να διερευνηθεί η αιτία αυτών των συμπτωμάτων.

Η διερεύνηση των αιτιών αυτών, ειδικά σε βαριά πάσχοντες ασθενείς, μπορεί να γίνει με τη λήψη πλήρους ιστορικού και με κλινική ιατρική εξέταση παρά με πολυδάπανες ιατρικές εξετάσεις. Αυτό σημαίνει ότι σε εξαιρετικά επείγουσες καταστάσεις πρέπει να προηγηθεί η αναζήτηση της αιτίας του συμπτώματος και όχι η λήψη ιστορικού.

Τα συμπτώματα, οι αιτίες και οι θεραπευτικές δυνατότητες πρέπει να γνωστοποιηθούν στον ασθενή και να συζητηθούν με αυτόν για να ληφθεί η σωστή απόφαση για τον τρόπο και την έκταση της θεραπείας.

Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι ο έλεγχος των συμπτωμάτων προϋποθέτει, πέρα από την ιατρική παρέμβαση και τη συμβολή των ίδιων των ασθενών με την αλλαγή της συνήθειας ή του τρόπου που φροντίζουν την υγιεινή τους.

1.1 Ο ΠΟΝΟΣ

1.1.1. Ορισμός του πόνου

Ο πιο ευρέως αποδεκτός ορισμός του πόνου είναι εκείνος που δόθηκε από τη Διεθνή Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (IASP- International Association for the Study of Pain). Σύμφωνα με τον οποίο "ο πόνος είναι μια αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστών ή περιγράφεται με ορολογία τέτοιας βλάβης. Άρα, ο πόνος είναι πάντα υποκειμενικό βίωμα. "

Η έμφαση στο ότι ο πόνος είναι πάντα υποκειμενικό βίωμα, υπογραμμίζει το γεγονός, ότι ο πόνος είναι μια ψυχο-σωματική εμπειρία. Ήδη από την αρχαιότητα ο Αριστοτέλης υπαινίχθηκε το γεγονός αυτό, όταν περιέγραψε τον πόνο ως «πάθος της ψυχής». Υποδηλώνεται έτσι, ότι μια ποικιλία από διαφορετικούς παράγοντες μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει τον πόνο και όλοι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην αξιολόγηση και στην αντιμετώπισή του.

Ένας άλλος σημαντικός κλινικός ορισμός του πόνου είναι ο εξής : « πόνος είναι αυτό που δηλώνει και περιγράφει ο ασθενής και όχι αυτό που νομίζουν οι άλλοι ότι θα πρέπει να είναι». Η αποδοχή του ορισμού αυτού είναι προϋπόθεση για μια αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Πρέπει να γίνεται πιστευτός ο καρκινοπαθής όταν δηλώνει ότι υποφέρει φρικτά από τον πόνο παρόλο που μπορεί να λαμβάνει υπερβολική δόση αναλγητικών φαρμάκων.

1.1.2. Ορισμός καθολικού πόνου των καρκινοπαθών

Ο καρκινοπαθής μπορεί να υποφέρει φρικτά από καταστάσεις που οφείλονται σε διάφορους παράγοντες: σε πόνο, άλλα σωματικά συμπτώματα, ψυχολογικά προβλήματα, κοινωνικές δυσκολίες, πολιτιστικούς παράγοντες ακόμη και σε θρησκευτικές πεποιθήσεις. Η άθροιση των παραγόντων αυτών αναφέρεται ως καθολικός πόνος. Καθεμία από τις συνιστώσες του καθολικού

πόνου μπορεί να προκαλέσει ή να ενισχύσει την αίσθηση του καρκινικού πόνου.

Γενικά, ο πόνος σχετίζεται συχνά με κάποιο βαθμό συναισθηματικής φόρτισης που μπορεί να μειώσει ή να επαυξήσει την αίσθησή του. Γι'αυτό και η λήψη αναλγητικών φαρμάκων μόνο δεν αρκεί για την αντιμετώπισή του.

Αυτό σημαίνει πρακτικά, ότι η ενέργεια που αποβλέπει μόνο στην αναλγησία για την ανακούφιση του συγκεκριμένου πόνου του ασθενή, δεν ανακουφίζει απαραίτητα τον καθολικό πόνο αυτού.

Από την άλλη πλευρά, ο πόνος μπορεί να προκαλέσει έξαρση άλλων σωματικών συμπτωμάτων, να επιδεινώσει τα ψυχολογικά προβλήματα, να διαταράξει τις διαπροσωπικές σχέσεις ή να οξύνει τη θρησκευτική πεποίθηση το ασθενή.

Σε τέτοιες περιπτώσεις η ανακούφιση του πόνου θα συμβάλλει καθοριστικά στην ανακούφιση καθεμίας από τις συνιστώσες του καθολικού πόνου.

1.1.3. Ταξινόμηση του πόνου

Η ταξινόμηση του πόνου γίνεται συνήθως με βάση το χρόνο, την παθοφυσιολογία και την αιτιολογία του.

A) με βάση τη χρονική διάρκεια

Με βάση τη χρονική διάρκειά του, ο πόνος διακρίνεται σε δυο μεγάλες κατηγορίες : σε οξύ και χρόνιο πόνο. Οξύς και χρόνιος πόνος διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους και έχουν διαφορετικά συμπτώματα και διαφορετική κλινική εικόνα. Γι'αυτό χρειάζονται και διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση.

- Οξύς πόνος

Ο οξύς πόνος προκαλείται από επώδυνο ερέθισμα που οφείλεται σε τραύμα, σε βλάβη, στην πορεία μιας νόσου ή στην ανώμαλη λειτουργία των μυών ή των σπλάχνων. Έχει καθορισμένο χρόνο έναρξης και η διάρκειά του είναι περιορισμένη και προβλέψιμη. Συνοδεύεται από ανησυχία και κλινικά συμπτώματα της συμπαθητικής διέγερσης : ταχυκαρδία, ταχύπνοια, υπέρταση, εφίδρωση, διαστολή της κόρης του οφθαλμού και ωχρότητα. Στις περιπτώσεις που είναι ένδειξη της εξέλιξης του καρκίνου (ή γίνεται

αντιληπτός από τον ασθενή ως τέτοια) μπορεί να συνοδεύεται από κατάθλιψη και συμπεριφορά απόσυρσης που συνήθως παρατηρείται στο χρόνιο πόνο. Ασθενείς, οι οποίοι ενημερώνονται ότι η νόσος και ο πόνος τους είναι παροδικά, επιδεικνύουν κατανόηση και θετική στάση. Η αντιμετώπιση του πόνου κατευθύνεται στη θεραπεία της οξείας νόσου ή της βλάβης που προκαλεί τον οξύ πόνο, με ή χωρίς βραχυπρόθεσμη χορήγηση αναλγητικών.

- Χρόνιος πόνος

Ο χρόνιος πόνος προκύπτει από χρόνιες παθολογικές διαδικασίες. Έχει βαθμιαία ή ασαφή καθορισμένη έναρξη, συνεχίζει αμείωτος και μπορεί προοδευτικά να γίνει πιο έντονος. Οι ασθενείς φέρονται καταθλιπτικά και παρουσιάζουν συμπεριφορά απόσυρσης. Επειδή λείπει η τυπική ένδειξη της υπερδιέγερσης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, ένας τέτοιος ασθενής περιγράφεται συχνά ως «κάποιος που δεν έχει πόνο». Ασθενείς με χρόνιους πόνους έχουν συμπτώματα κατάθλιψης, απάθειας, ανορεξίας και αϋπνίας. Αλλαγές στην προσωπικότητα των ασθενών μπορεί να λαμβάνουν χώρα εξαιτίας προοδευτικών μεταβολών του τρόπου ζωής και της λειτουργικής ικανότητας στην καθημερινότητάς τους. Ο καρκινικός πόνος κατατάσσεται εξ ορισμού στον χρόνιο πόνο. Για τους καρκινοπαθείς, ο πόνος μπορεί να οδηγεί σε αρνητικά επαγωγικά συμπεράσματα σχετικά με την πρόγνωση και το προσδόκιμο ζωής.

Ο χρόνιος καρκινικός πόνος χρειάζεται τη θεραπεία της υποκείμενης νόσου, όπου αυτό είναι δυνατόν, την τακτική χορήγηση αναλγητικών για τον έλεγχο και για την πρόληψη του πόνου και ψυχικό-κοινωνική υποστήριξη των ασθενών.

Ασθενείς με χρόνιο καρκινικό πόνο διαφέρουν από εκείνους τους ασθενείς με χρόνιο μη καρκινικό πόνο σχετικά με τα συγκεκριμένα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που μπορούν να παρουσιαστούν. Οι μη καρκινοπαθείς ασθενείς παρουσιάζουν «συμπεριφορά πόνου» εξαιτίας της εξάρτησής τους από επώδυνες καταστάσεις καθώς επίσης και της ανταμοιβής ή κέρδους (έλκυση προσοχής, απαλλαγή από ενοχλητικές καταστάσεις, κλπ.) που αποκομίζουν από την ασθένεια. Γι'αυτό δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στην υποστηρικτική θεραπεία και στη θεραπεία με αναλγητικά φάρμακα, που συνήθως ωφελούν τους περισσότερους καρκινοπαθείς. Οι

εντατικές ψυχολογικές διαδικασίες που εφαρμόζονται στην αντιμετώπιση του χρόνιου μη καρκινικού πόνου και είναι αποτελεσματικές δεν έχουν ανάλογη αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.

- Σημείο διάκρισης μεταξύ οξέος και χρόνιου πόνου

Το σημείο διάκρισης μεταξύ οξέος και χρόνιου πόνου είναι δυσδιάκριτο. Ο χρόνιος πόνος ορίζεται ως ο πόνος που επιμένει πέρα από τη συνήθη διαδρομή μιας οξείας νόσου ή μετά από ένα εύλογο χρονικό διάστημα για την επούλωση κάποιας ιστικής βλάβης. Αυτή η περίοδος ποικίλει από 1 έως 6 μήνες στους περισσότερους ορισμούς. Για τους καρκινοπαθείς, ο πόνος που επιμένει πέρα από δυο εβδομάδες πρέπει να θεωρηθεί ως χρόνιος πόνος και να αντιμετωπισθεί ανάλογα, υποστηρίζεται ότι όσο νωρίτερα και αποτελεσματικά αντιμετωπίζεται ο πόνος, τόσο πιο εύκολη είναι η θεραπεία και ο έλεγχος του.

- Παροξυσμικός πόνος

Ο παροξυσμικός πόνος των καρκινοπαθών ορίζεται ως μια παροδική έξαρση πόνου, ανεκτής έως πολύ σοβαρής έντασης, που εμφανίζεται σε έδαφος σταθερού πόνου σε ασθενείς που βρίσκονται σε χρόνια αγωγή με οπιοειδή. Θεωρείται ως χρόνιος πόνος, αλλά αντιμετωπίζεται ως οξύ επεισόδιο, εξαιτίας της ασυνεχούς φύσης του. Διακρίνεται στους εξής τύπους :

α) περιστασιακός παροξυσμικός πόνος (incident pain) που προκαλείται από συγκεκριμένες δραστηριότητες –περπάτημα, κατάπτωση, ορισμένες κινήσεις κλπ.

β) ιδιοπαθής ή αυτόματος παροξυσμικός πόνος (idiopathic ή spontaneous) που έχει άγνωστη αιτία πρόκλησης

γ) παροξυσμικός πόνος της αποτυχίας δράσης τελευταίας αναλγητικής δόσης (end-of-dose failure) που εμφανίζεται στα μεσοδιαστήματα της χορήγησης αναλγητικών για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.

B) με βάση την παθοφυσιολογία και τον εντοπισμό

- Αλγαισθητικός σωματικός, σπλαχνικός ή χολικός πόνος

Ο αλγαισθητικός ή φυσιολογικός πόνος προκύπτει από τη διέγερση αλγοϋποδοχέων που βρίσκονται στα κύτταρα. Η εμπλεκόμενη νευρολογική οδός είναι φυσιολογική και ανέπαφη.

Σωματικός πόνος είναι το αποτέλεσμα της διέγερσης των αλγοϋποδοχέων από διήθηση, συμπίεση, διάταση ή διαστολή των θωρακικών ή κοιλιακών σπλαχνικών οργάνων. Έχει επίσης συνεχή και σταθερό χαρακτήρα, αλλά σε αντίθεση με τον σωματικό πόνο δεν εντοπίζεται καλά και συχνά προβάλλεται σε απομακρυσμένα σημεία του δέρματος.

Η απόφραξη της κοιλότητας που περιέχει όργανο προκαλεί χολικό πόνο.

- Νευροπαθητικός πόνος

Ο νευροπαθητικός πόνος οφείλεται σε κάκωση ή βλάβη του περιφερικού ή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Εάν η κάκωση ή η βλάβη αφορά μόνο το κεντρικό νευρικό σύστημα, τότε γίνεται λόγος για κεντρικό πόνο και η διαταραχή της αισθητικότητας δεν είναι σύμφωνη με τα δερμοτόμια και την κατανομή των περιφερικών νεύρων. Αντιθέτως, εάν η κάκωση ή η βλάβη αφορά μόνο το περιφερικό νεύρο, τότε ο πόνος απομυελιτικός πόνος (deafferentation pain) και η διαταραχή της αισθητικότητας είναι σύμφωνη με τα δερμοτόμια και την κατανομή των περιφερικών νεύρων. Ο νευροπαθητικός πόνος περιγράφεται ως σοβαρός ή αμβλύς πόνος που συνδέεται συχνά με αίσθηση τέμνοντος άλγους ή διόδου ηλεκτρικού ρεύματος σε ένα υπόβαθρο καυστικού και σταθερού πόνου.

Βλάβη του συμπαθητικού νεύρου προκαλεί τον συμπαθητικό τύπο πόνου, που χαρακτηρίζεται από αίσθηση καυστικού πόνου και αλλοδυνίας μαζί με ενδείξεις διαταραχής της συμπαθητικής λειτουργικότητας που περιλαμβάνουν αγγειοκινητική αστάθεια (ερυθρότητα, χλομάδα, οίδημα), απουσία ιδρώτα και δυστροφικές μεταβολές στο δέρμα και στα νύχια.

Ο νευροπαθητικός πόνος δεν ανταποκρίνεται καλά στην αντιμετώπιση με τα μη-οπιοειδή και οπιοειδή αναλγητικά φάρμακα, αλλά μπορεί να ανακουφισθεί με αποκλεισμό του συμπαθητικού νεύρου με τοπικό αναισθητικό και με άλλα επικουρικά αναλγητικά φάρμακα.

- Ψυχογενής πόνος

Ο ψυχογενής πόνος είναι ο πόνος, στον οποίο δεν υπάρχει φυσιολογική βάση εξήγησης και ο οποίος παρουσιάζεται σε ασθενείς με ενδείξεις για άλλη ψυχοπαθοφυσιολογία. Μολονότι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν πάρα πολύ την αίσθηση του πόνου, καθαρός ψυχογενής πόνος δεν υπάρχει στους καρκινοπαθείς.

Γ) με βάση την αιτιολογία

Η αιτιολογία του καρκινικού πόνου μαζί με τη σχετική συχνότητα έχει ως εξής:

- πόνος σχετιζόμενος άμεσα με τον καρκίνο 70%
- πόνος σχετιζόμενος άμεσα με τη θεραπεία 20%
- πόνος σχετιζόμενος με εξασθενημένη κατάσταση των ασθενών <10%
- πόνος άσχετος με τον καρκίνο ή τη θεραπεία <10%

- Πόνος εξαιτίας του καρκίνου

Οι μεταστάσεις στα οστά είναι η πιο συχνή αιτία του καρκινικού πόνου. Οι μεταστάσεις προκαλούν πόνο μέσω τοπικής καταστροφής των οστών, πρόκλησης παθολογικών καταγμάτων, διήθησης ιστών, δευτερογενούς μυϊκής σύσπασης ή μέσω συμπίεσης των νευρικών δομών, περιλαμβανομένου του νωτιαίου μυελού και των περιφερικών νεύρων.

- Πόνος εξαιτίας της θεραπείας του καρκίνου

Η διάγνωση, η διαδικασία διαπίστωσης του σταδίου, η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία του καρκίνου μπορεί να προκαλέσουν καρκινικό πόνο.

Η ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει επώδυνη φλεγμονή της βλεννογόνου μεμβράνης στην περιοχή της θεραπείας. Επίσης, επώδυνη νευροπάθεια μπορεί να αναπτυχθεί μήνες ή χρόνια μετά από την ακτινοβολία του βραχιόνιου ή του οσφυοϊσχιακού νευρικού πλέγματος. Και τέλος, επώδυνη μυελοπάθεια μπορεί να παρουσιαστεί μετά από ακτινοβολία στο νωτιαίο μυελό.

- Πόνος εξαιτίας της εξασθένησης του οργανισμού των ασθενών

Ένα μικρό ποσοστό του πόνου που βιώνουν οι καρκινοπαθείς οφείλεται σε εξασθενημένη κατάσταση του οργανισμού τους.

Ο μυοπεριτονιακός πόνος πηγάζει από τους μύες και τον περιβάλλοντα συνεκτικό ιστό. Χαρακτηρίζεται από την παρουσία υπερευαίσθητων σημείων, που ονομάζονται σημεία πυροδότησης (Trigger Points), στα οποία η διέγερση προκαλεί τοπικό πόνο, που προβάλλει στο σώμα με έναν τρόπο μη-τυπικό για την κατανομή των περιφερικών νεύρων. Ο μυοπεριτονιακός πόνος είναι συχνός στο γενικό πληθυσμό, αλλά παρουσιάζεται ακόμα πιο συχνά στους καρκινοπαθείς εξαιτίας εξασθένησης και καχεξίας.

- Πόνος άσχετος με τον καρκίνο, τη θεραπεία ή την εξασθένηση του οργανισμού των ασθενών

Άλλο ένα μικρό ποσοστό του πόνου που βιώνουν οι καρκινοπαθείς δε σχετίζεται ούτε με τον καρκίνο, ούτε με τη θεραπεία του, ούτε με την εξασθένηση του οργανισμού. Ο πιο συχνός πόνος της κατηγορίας αυτής είναι η αρθρίτιδα και ο πόνος που οφείλεται στην καρδιακή ισχαιμική νόσο και στη νόσο του αγγειακού συστήματος. Οι καρκινοπαθείς που πάσχουν και από άλλες ασθένειες είναι περισσότερο πιθανό να υστερούν σε ότι αφορά την κατάλληλη φροντίδα γι'αυτές τις ασθένειες σε σχέση με τους ασθενείς που πάσχουν από τις ίδιες παθήσεις αλλά δεν έχουν ιστορικό καρκίνου. Για το λόγω αυτό, ο συγκεκριμένος πόνος των καρκινοπαθών χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, έτσι ώστε να είναι αποτελεσματική η θεραπεία.

1.1.4. Συχνότητα καρκινικού πόνου

Ο καρκινικός πόνος ταλαιπωρεί περίπου 3,5 εκατομμύρια καρκινοπαθείς ημερησίως ανά τον κόσμο. Ωστόσο, η συχνότητα του ποικίλει ανάλογα με το στάδιο και με την περιοχή της πρωτοπαθούς εστίας του καρκίνου.

Μέτριος ως έντονος πόνος παρουσιάζεται περίπου στο ένα τρίτο των ασθενών τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου και σε ποσοστό μεγαλύτερο από τα δύο τρίτα των ασθενών στο προχωρημένο στάδιο του καρκίνου.

Η πλειονότητα των καρκινοπαθών παρουσιάζει περισσότερους από έναν τύπο καρκινικού πόνου. Σε προχωρημένη φάση του καρκίνου υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι έχουν περισσότερους από έναν τύπο καρκινικού πόνου.

1.1.5. Σκοπός αντιμετώπισης καρκινικού πόνου

Ο σκοπός της αντιμετώπισης είναι η πλήρης απαλλαγή των ασθενών από κάθε είδους πόνου ή η ανακούφιση του πόνου σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μην παρεμβαίνει στην ικανότητα των ασθενών να λειτουργήσουν στην καθημερινότητά τους ή να διατηρήσουν την ποιότητα της ζωής τους.

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την κατάλληλη εφαρμογή φαρμακευτικής και άλλης αγωγής που είναι διαθέσιμες και που περιλαμβάνουν κατάλληλη προσοχή και αντιμετώπιση όλων των συνιστωσών του καθολικού καρκινικού πόνου.

1.1.6. Προϋποθέσεις για την σωστή αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου

Η σωστή λήψη του ιστορικού, η ενδελεχής γενική κλινική και νευρολογική εξέταση είναι απόλυτα αναγκαίες προϋποθέσεις για την αποτελεσματική αξιολόγηση και αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Στόχος της θεραπείας είναι η ταχεία ανακούφιση των ασθενών από τον πόνο και η εξάλειψη της αίσθησης αναμονής του πόνου, γιατί έτσι βελτιώνεται η όρεξη, η διάθεση, το επίπεδο δραστηριότητας, η φυσική κατάσταση και γενικά η ποιότητα ζωής των ασθενών. Αυτός ο στόχος είναι δυνατό να επιτευχθεί ικανοποιητικά με βάση τη γνώση και τα μέσα της σύγχρονης ιατρικής αντιμετώπισης του πόνου, εάν τηρηθούν ορισμένες προϋποθέσεις.

A) αποδοχή της περιγραφής πόνου του αρρώστου: ο πόνος είναι υποκειμενική εμπειρία του αρρώστου και όχι κάτι που νομίζουν οι άλλοι ότι θα πρέπει να είναι για τον άρρωστο. Η αποδοχή του πόνου, έτσι όπως τον περιγράφει ο ασθενής είναι προϋπόθεση για τη διαμόρφωση καλύτερης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και νοσηλευτή με τον άρρωστο. Εάν λείπει η εμπιστοσύνη ο άρρωστος μπορεί να υποβαθμίζει ή να υπερβάλλει για τον πόνο του, δυσκολεύοντας έτσι οποιαδήποτε θεραπεία.

B) προσεκτική αξιολόγηση του πόνου με βάση το ιστορικό, τη διερευνητική διαδικασία και την εργαστηριακή και κλινική εξέταση: το ιστορικό πόνου του ασθενή πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής κύρια στοιχεία έναρξη, διάρκεια, εντοπισμό και προβολή του πόνου, ανακουφιστικούς ή επιβαρυντικούς παράγοντες, προηγούμενη θεραπεία καθώς και τα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής. Η νευρολογική εξέταση και η γνώση των δερμοτόμιων είναι απαραίτητα. Ήδη με τον εντοπισμό της περιοχής και του τρόπου προβολής του πόνου σε άλλα σημεία του σώματος και σε συνδυασμό με τη γνώση των δερμοτόμιων, μπορεί εν μέρει να γίνει κατανοητή η προέλευση του πόνου καθώς και η υποκείμενη παθοφυσιολογική κατάσταση του. Έτσι, ένας σαφώς εντοπισμένος πόνος σε μια συγκεκριμένη περιοχή του δέρματος είναι συνήθως πόνος που προέρχεται από επιφανειακά κύτταρα (δέρμα, υποδόρια) και η υποκείμενη παθοφυσιολογία του είναι η διέγερση των αλγοϋποδοχέων. Κατά συνέπεια, πρόκειται για σωματικό αλγαισθητικό πόνο. Αντίθετα, ο πόνος με ασαφή εντοπισμό, που προβάλλει σε άλλο σημείο του σώματος από το σημείο προέλευσής του (προβαλλόμενος πόνος) είναι συνήθως πόνος που προέρχεται από τα εν τω βάθει κύτταρα και η υποκείμενη παθοφυσιολογία είναι επίσης η διέγερση των αλγοϋποδοχέων. Πρόκειται επομένως, για σπλαγχνικό αλγαισθητικό πόνο. Από την άλλη πλευρά, ο νευροπαθητικός πόνος εντοπίζεται στην περιοχή δερμοτόμιων και της κατανομής των νεύρων και συνοδεύεται με διαταραχή της αισθητικότητας. Τα ευρήματα καταγράφονται συνήθως εικονικά και γραφικά σε τυποποιημένο φύλο ασθενών.

Γ) αξιολόγηση του κάθε πόνου ξεχωριστά: οι περισσότεροι καρκινοπαθείς ασθενείς έχουν ταυτόχρονα περισσότερους από έναν μόνο τύπο καρκινικού πόνου.

Δ) αξιολόγηση του σταδίου της νόσου:ο άμεσα με τον καρκίνο σχετιζόμενος πόνος είναι ο πιο συχνός καρκινικός πόνος, κατά συνέπεια μια επιδείνωση της έντασης του πόνου ή ένας καινούργιος πόνος απαιτεί την επανεξέταση του αρρώστου για μια ενδεχόμενη επέκταση του καρκίνου. Αυτό θα εξασφαλίσει στον άρρωστο μια κατάλληλη αγωγή για το στάδιο του καρκίνου.

Ε) αξιολόγηση άλλων παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν το πόνο, δηλ. φυσικών, κοινωνικών, πολιτιστικών και πνευματικών παραγόντων (Δρ. Ρ.-Ο. Γκμπαντι 2006).

1.1.7. Αιτίες για την ανεπαρκή αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου

Οι αιτίες για την ανεπαρκή αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου είναι οι εξής :

- Λανθασμένη διάγνωση του πόνου. Η ακριβής διάγνωση προϋποθέτει, όχι μόνο την αναγνώριση της υποκείμενης συνθήκης πρόκλησης του πόνου, αλλά και την κατανόηση του παθοφυσιολογικού μηχανισμού γέννησής του, γεγονός που χρησιμεύει ως βάση για μια αιτιολογική ή συμπτωματική θεραπεία. Η τελευταία περιλαμβάνει καταρχήν τη διάκριση μεταξύ του σωματικού, σπλαγχνικού και νευροπαθητικού πόνου και στη συνέχεια τη διαπίστωση, εάν ο πόνος οφείλεται σε διέγερση των αλγοϋποδοχέων (π.χ. από φλεγμονώδη ή μηχανική αιτία), σε νευρογενή παράγοντα (π.χ. απομυελίνωση), σε μυϊκή ή σε συμπαθητική νευρική διαταραχή. Έτσι, ο νευροπαθητικός πόνος αντιμετωπίζεται καλύτερα με τη χορήγηση αντιεπιληπτικών φαρμάκων (π.χ. Gabapentin, Neurontin). Αντίθετα, ο σωματικός πόνος αντιμετωπίζεται καλύτερα με τη χορήγηση αναστολής της σύνθεσης προσταγλανδίνης.

- Υποτίμηση της έντασης του πόνου. Η υποτίμηση της έντασης του πόνου οδηγεί συχνά στην υποδοσολογία και στη χορήγηση αναποτελεσματικών για το συγκεκριμένο πόνο αναλγητικών φαρμάκων. Η ποσοτικοποίηση της έντασης του πόνου βοηθά στον καθορισμό των θεραπευτικών παρεμβάσεων και στην

εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Οι πιο δημοφιλέστερες κλίμακες που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της έντασης του πόνου είναι η Οπτική Αναλογική Κλίμακα (VAS), η Αριθμητική Κλίμακα Αξιολόγησης (NRS) και η Προφορική Περιγραφική Κλίμακα (VRS).

- Υποδοσολογία των κατάλληλων αναλγητικών φαρμάκων από άγνοια και αβάσιμο φόβο της παρενέργειάς τους. Η συνήθως αδιάκριτη προκαθορισμένη δοσολογία για όλους τους ασθενείς μπορεί να είναι σωστή για την αντιμετώπιση του οξέος πόνου, δεν έχει όμως θέση στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Εδώ η δοσολογία πρέπει να προσαρμοσθεί ανάλογα με την ατομική ανάγκη και ευαισθησία του κάθε ασθενή.

- Προτίμηση των ασθενών οπιοειδών αναλγητικών φαρμάκων. Η προτίμηση αυτή συναρτάται με την προσδοκία της πρόκλησης λιγότερων παρενεργειών. Πόνος σοβαρής έντασης πρέπει να αντιμετωπισθεί με ισχυρά οπιοειδή αναλγητικά.

- Φόβος των ιατρών και ασθενών για ανοχή και για το <<κοινωνικό στίγμα>> του συνδρόμου στέρησης των ισχυρών οπιοειδών αναλγητικών.

- Φόβος των ιατρών για τη χρήση των επικουρικών αναλγητικών φαρμάκων.

- Άγνοια της εφαρμογής ειδικών θεραπευτικών διαδικασιών (PCA, επισκληρίδια χορήγηση, νευροαποκλεισμός κλπ).

1.1.8. Φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου

Η φαρμακευτική αγωγή είναι ο ακρογωνιαίος λίθος στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Έρευνα έδειξε ότι ο πόνος ανακουφίζεται σε ποσοστό άνω του 95% των περιπτώσεων, εάν εφαρμοζόταν απλά η πρόταση του Π.Ο.Υ (Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας) για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.

Ωστόσο στην πράξη διαπιστώνεται τις περισσότερες φορές ελλιπής αντιμετώπιση λόγω άγνοιας της συγκεκριμένης πρότασης.

Οι προτεινόμενοι τρόποι για την αποτελεσματική φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου είναι:

- Επιλογή φαρμάκων που είναι κατάλληλα για το συγκεκριμένο είδος πόνου
- Επιλογή φαρμάκων που είναι κατάλληλα για τη σοβαρότητα του πόνου
- Αξιοποίηση του συνδυασμού διάφορων κατηγοριών φαρμάκων και όχι φαρμάκων της ίδιας κατηγορίας
- Εφαρμογή της αναλγητικής κλίμακας του Π.Ο.Υ.
- Αξιοποίηση των επικουρικών αναλγητικών φαρμάκων
- Απαγόρευση της χρήσης εικονικών φαρμάκων (placebo)

Η επιλογή φαρμάκων εξαρτάται από το είδος και τη σοβαρότητα του πόνου. Διαφορετικά είδη πόνου ανταποκρίνονται διαφορετικά στη χορήγηση διαφορετικών φαρμάκων. Επειδή είναι σημαντικό να ανακουφιστεί γρήγορα ο καρκινικός πόνος, γι'αυτό, είναι προτιμότερο να ξεκινήσει κανείς τη θεραπεία με δυνατά αναλγητικά φάρμακα και στη συνέχεια να μεταβεί σε ασθενέστερα φάρμακα.

A) Επικουρικά αναλγητικά φάρμακα

Ως επικουρικά αναλγητικά φάρμακα ορίζονται φάρμακα εκείνης της ομάδας που μολονότι δεν κατατάσσονται φαρμακολογικά στα καθεαυτά αναλγητικά, μπορεί να συμβάλλουν ωστόσο σημαντικά στην ανακούφιση του πόνου, όταν χορηγούνται είτε μόνα ή σε συνδυασμό με άλλα αναλγητικά φάρμακα. Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται:

- Αντικαταθλιπτικά
- Αντιεπιληπτικά
- Αντιψυχωσικά
- Αντισταμινικά
- Αγχολυτικά

- Κορτικοστεροειδή
- Μυοχαλαρωτικά
- Καλσιτονίνη
- Αντιβιοτικά

Αυτά τα επικουρικά αναλγητικά φάρμακα πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη στην αντιμετώπιση του κάθε είδους καρκινικού πόνου για να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

B) Μη οπιοειδή φάρμακα της πρώτης αναλγητικής κλίμακας

Τα μη οπιοειδή αναλγητικά φάρμακα είναι τα φάρμακα της πρώτης αναλγητικής κλίμακας αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου σύμφωνα με την πρόταση του Π.Ο.Υ. Αποκαλούνται επίσης περιφερικά <<δρώντα>> φάρμακα, εξαιτίας του ότι επιτυγχάνουν την ενέργεια και παρενέργειά τους μέσω της αναστολής της περιφερικής σύνθεσης προσταγλανδίνης, αν και πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι έχουν και κεντρική αναλγητική ενέργεια. Διακρίνονται στις ομάδες του σαλικυλικού οξέος, της παρακεταμόλης και των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.

- Ομάδα σαλικυλικού οξέος

Η ασπιρίνη ήταν το φάρμακο αναφοράς της ομάδας του σαλικυλικού οξέος. Πρόκειται για ένα ημισυνθετικό παράγωγο των σαλικυλικών. Τα σαλικυλικά είναι μια φυσική ουσία. Η ασπιρίνη έχει ισχυρή αναλγητική, αντιφλεγμονώδη και αντιπυρετική δράση, αλλά παρουσιάζει αυξημένη συχνότητα παρενεργειών και ειδικότερα γαστρεντερικής αιμορραγίας. Γι'αυτό αποφεύγεται πλέον η χρόνια χορήγησή της στους καρκινοπαθείς. Επίσης, αποφεύγεται η χορήγηση ασπιρίνης στα παιδιά ή στους εφήβους, που πάσχουν από γρίπη ή από ανεμοβλογιά, γιατί υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να προσβληθούν από το σύνδρομο του Reye (οξεία ηπατική βλάβη).

- Παρακεταμόλη

Η παρακεταμόλη (π.χ. Depon, Lonarid, Panadol) έχει αναλγητική και αντιπυρετική δράση αλλά στερείται ουσιώδους αντιφλεγμονώδους ενέργειας. Η αναλγητική και αντιπυρετική της ισχύς είναι ισοδύναμη με εκείνη του

ακετυλοσαλικυλικού οξέως, χωρίς να παρουσιάζει όμως τις ίδιες παρενέργειες. Γι'αυτό το λόγο, η παρακεταμόλη είναι το φάρμακο της πρώτης επιλογής για την αντιμετώπιση της απλής κατάστασης πόνου ή πυρετού των καρκινοπαθών, που δεν συνοδεύεται με φλεγμονή.

Ο μηχανισμός δράσης της παρακεταμόλης αποδίδεται κυρίως στην κεντρική αναστολή του ενζύμου κυκλοξυγενάσης και λιγότερο στον περιφερικό αποκλεισμό των <<ώσεων πόνου>> που προκαλούνται από χημειοϋποδοχείς ευαίσθητους στη βραδυκινίνη.

- Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη αναλγητικά

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη αναλγητικά φάρμακα (ΜΣΑΦ) αποκαλούνται μια κατηγορία φαρμάκων με ποικίλη χημική δομή, που συμπεριφέρονται όπως η ασπιρίνη (έχουν αναλγητική, αντιφλεγμονώδη και αντιπυρετική δράση), αλλά παρουσιάζουν λιγότερες και ηπιότερες παρενέργειες. Μάλιστα, η πιο πρόσφατη ομάδα της κατηγορίας (οι κοξίμπες) δεν επηρεάζουν καθόλου το πεπτικό και το αιμοποιητικό σύστημα. Διαχωρίζονται με βάση τη χημική τους δομή στις εξής ομάδες:

- Προπιονικά οξέα (π.χ. Φαινοπροφαίνη- Expron)
- Ανθρανιλικά οξέα (π.χ. Μεφαιναμικό οξύ- Ponstan)
- Οξικάμες (π.χ. Πιροξικάμη- Bnexin)
- Οξεικά οξέα (π.χ. Νατριούχος δικλοφαινάκη- Voltaren)
- Κοξίμπες, νέα γενιά ΜΣΑΦ (π.χ. Celebrex, Arcoxia)

Ο μηχανισμός δράσης των ΜΣΑΦ θεωρείται ότι είναι κυρίως η αναστολή της σύνθεσης προσταγλανδινών, μέσω της μη εκλεκτικής αναστολής του ενζύμου (COX-1 και COX-2) κυκλοξυγενάση νέα γενιά των ΜΣΑΦ- οι κοξίμπες, είναι εκλεκτικοί αναστολείς της κυκλοξυγενάσης (COX-2) και κατά συνέπεια προκαλούν λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες στο αιμοποιητικό και πεπτικό σύστημα. Τα ΜΣΑΦ επιδρούν επίσης στη διεργασία παραγωγής ελεύθερων ριζών οξυγόνου, αναστολής μετανάστευσης των λευκών αιμοσφαιρίων, σταθερότητας των κυτταρικών μεμβρανών και της αναστολής των λευκοτριενίων μέσω της αδρανοποίησης του κύκλου της λιπooξυγενάσης.

Μια ιδιαίτερη διαπίστωση σχετικά με τη χορήγηση των ΜΣΑΦ στον ασθενή είναι η απρόβλεπτη ατομική διαφορετική ανταπόκριση στη θεραπεία. Αυτή η διαφορετική ανταπόκριση στη θεραπεία φαίνεται να έχει σχέση με την ατομική αντίδραση του οργανισμού σε συγκεκριμένη κατάσταση της νόσου. Η οδός μεταβολισμού που ενεργοποιήθηκε μπορεί να διαφέρει σημαντικά μεταξύ ασθενών με την ίδια διάγνωση νόσου. Η γνώση των ομάδων των ΜΣΑΦ είναι λοιπόν σημαντική γιατί, αν αποδειχθεί ότι ένα φάρμακο μιας συγκεκριμένης ομάδας δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία, μπορεί να δοκιμασθεί ένα άλλο φάρμακο διαφορετικής χημικής ομάδας.

Οι παρενέργειες των ΜΣΑΦ σχετίζονται άμεσα με το μηχανισμό δράσης καθώς και με τη φαρμακοδυναμική και φαρμακοκινητική του συγκεκριμένου φαρμάκου. Γενικά, η πιο σημαντική παρενέργεια όλων των ΜΣΑΦ (με εξαίρεση των κοξίμπων) είναι η γαστρεντερική βλάβη που προκαλούν. Αυτή οφείλεται στη μείωση της σύνθεσης των ειδικών προσταγλανδινών, οι οποίες προστατεύουν το γαστρικό βλεννογόνο. Επίσης, η μείωση προσταγλανδίνης στα νεφρά μπορεί να επηρεάσει τη νεφρική λειτουργία. Η αναστολή της προσταγλανδίνης, που είναι απαραίτητη για τη βρογχοδιαστολή, μπορεί να αφήσει ανεμπόδιστη την παραγωγή λευκοτριένης και να οδηγήσει έτσι στο βρογχόσπασμο στα ευπαθή άτομα (π.χ. ασθενείς με άσθμα, πολύποδα στη ρίνα ή ρινίτιδα). Οι νεότερες γενιές ΜΣΑΦ θεωρείται ότι προκαλούν εκλεκτική αναστολή των προσταγλανδινών και κατά συνέπεια είναι πιο ανεκτές σχετικά με τις παρενέργειες των άλλων ΜΣΑΦ.

Όλα τα ΜΣΑΦ μπορούν να προκαλέσουν αύξηση των δεικτών ηπατικής λειτουργίας. Αν η αύξηση αυτή είναι σοβαρή ή συνοδεύεται από δυσλειτουργία του ήπατος, η αγωγή με τα ΜΣΑΦ πρέπει να διακοπεί.

Επίσης, διαταραχή των αιματολογικών δεικτών μπορεί να προκύψει με τη λήψη οποιωνδήποτε φαρμάκων και τα ΜΣΑΦ δεν αποτελούν εξαίρεση, αν και η συχνότητα εμφάνισης της λευκοπενίας ή αναιμίας είναι, με εξαίρεση τις φαινοβουταζόνες και οξυφαιβουταζόνες, πολύ ελάχιστη.

Γ) Ασθενή οπιοειδή αναλγητικά φάρμακα

Οπιοειδή φάρμακα ονομάζονται η ομάδα των φυσικών ή συνθετικών φαρμάκων που έχουν όμοια φαρμακολογική δράση με τη μορφίνη. Η

αναλγητική τους δράση οφείλεται στην ενέργεια που προκαλείται από τη σύνδεσή τους με τους οπιοειδείς υποδοχείς.

Τέτοιες συνδέσεις και ενέργειες λαμβάνουν χώρα στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού και στα ανώτερα κέντρα του νευρικού συστήματος.

Ο Π.Ο.Υ προτείνει την κωδεΐνη (π.χ. Dolcontin) και την δεξτροπροποξυφαΐνη (π.χ. Romidon) ως φάρμακα επιλογής του δεύτερου βήματος στην φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Η αναλγητική τους ικανότητα είναι 1/5 ως 1/20 της μορφίνης και γι'αυτό αποκαλούνται ασθενή οπιοειδή. Με εξαίρεση κάποιες συγκεκριμένες παρενέργειες, όλες οι άλλες παρενέργειές τους είναι όμοιες αλλά ηπιότερες από εκείνες της μορφίνης.

Η κωδεΐνη που είναι το φάρμακο αναφοράς της ομάδας, έχει ως σημαντική παρενέργεια την αυξημένη πιθανότητα πρόκλησης σπαστικής δυσκοιλιότητας.

Η δεξτροπροποξυφαΐνη έχει δομική ομοιότητα με τη μεθαδόνη και η αναλγητική της ικανότητα είναι έως 1/3 της κωδεΐνης. Σημαντική παρενέργειά της είναι η αυξημένη πιθανότητα πρόκλησης ηπατικής βλάβης. Εξαιτίας αυτού και σε συνδυασμό με την μικρότερη αναλγητική της ισχύ, συγκριτικά με την κωδεΐνη, πολλοί αμφιβάλλουν για την κλινική χρησιμότητα του φαρμάκου.

Δ) ισχυρά οπιοειδή αναλγητικά φάρμακα

Τα ισχυρά οπιοειδή αναλγητικά φάρμακα είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του εντονότατου καρκινικού πόνου. Εδώ η μορφίνη είναι το βασικό φάρμακο που χρησιμοποιείται πιο συχνά από όλα τα άλλα ισχυρά οπιοειδή. Και αυτό γιατί:

- Έχει το πλεονέκτημα να είναι το οπιοειδές αναλγητικό με τη μακρύτερη ιστορία χρήσης και έτσι υπάρχει πλούσια σχετική κλινική εμπειρία όσον αφορά το προφίλ της ασφάλειάς της.
- Μπορεί να χορηγηθεί με ποικίλους τρόπους και ιδίως από το στόμα και οι δόσεις μπορούν να τιτλοποιηθούν εύκολα στην ατομική ανάγκη του κάθε ασθενή.

- Όλα τα άλλα οπιοειδή συγκρίνονται και μετατρέπονται με βάση τη δοσολογία και την ισχύ της μορφίνης.

Ε) Διαδερμικά χορηγούμενα οπιοειδή

Η διαδερμική χορήγηση φαιντανύλης (π.χ. Duragesic) αποτελεί εξαιρετική εναλλακτική λύση, ιδιαίτερα όταν η χορήγηση φαρμάκων από το στόμα δεν είναι δυνατή. Τα αυτοκόλλητα που είναι σήμερα διαθέσιμα κατασκευάζονται έτσι ώστε να φέρουν μια δεξαμενή φαρμάκου που διαχωρίζεται από το δέρμα με μια μεμβράνη με μικρούς πόρους για ελεγχόμενη ταχύτητα αποδέσμευσης. Μετά την εφαρμογή ενός τέτοιου αυτοκόλλητου της φαιντανύλης, η φαιντανύλη δεν ανιχνεύεται στο αίμα για 1 ως 2 ώρες, αλλά τα επίπεδα στα αίμα αυξάνουν μέσα σε 8 ως 16 ώρες και σταθερή κατάσταση επιτυγχάνεται σε 72 ώρες. Τα αυτοκόλλητα αυτά διατίθενται σε διάφορα μεγέθη, ανάλογα με το ρυθμό απελευθέρωσης του φαρμάκου (25, 50, 75 και 100 μg/ώρα) και παρέχει φάρμακο για 2 έως 3 ημέρες.

Το μεγαλύτερο μειονέκτημα αυτής της οδού χορήγησης είναι η βραδεία έναρξη της δράσης και η αδυναμία ταχείας αλλαγής της δοσολογίας, όταν μεταβάλλονται οι απαιτήσεις σε οπιοειδή(Δρ. Ρ.-Ο. Γκμπαντι 2006).

1.2.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.2.1.Ξηροστομία

Η ξηροστομία είναι ένα συχνό σύμπτωμα του καρκίνου που βασανίζει τους ασθενείς και επιδεινώνει τη γενική κλινική τους κατάσταση. Οφείλεται συνήθως κυρίως σε αφυδάτωση, αν και η λοίμωξη της στοματικής κοιλότητας(στοματίτιδα), ιδιαίτερα μετά από χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία καθώς και η λήψη ορισμένων φαρμάκων (αντικαταθλιπτικών) μπορούν να ευθύνονται γι'αυτή. Ελλιπής υγιεινή ή αποσύνθεση του όγκου μπορεί να προκαλέσει επιπλέον ενοχλητική στοματική οσμή.

Η γενική διαδικασία αντιμετώπισης του συμπτώματος περιλαμβάνει την ενυδάτωση και την τήρηση της στοματικής υγιεινής. Εάν ευθύνεται συγκεκριμένο φάρμακο, θα πρέπει ενδεχομένως να αλλαχθεί.

Η λοίμωξη της στοματικής κοιλότητας πρέπει να αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση κατάλληλων αντιβιοτικών και προτιμάται η τοπική και όχι η συστηματική χορήγηση, γιατί έτσι περιορίζεται σημαντικά η παρενέργεια των αντιβιοτικών. Μπορεί να εφαρμοσθεί τοπικό αναισθητικό φάρμακο σε περίπτωση που υπάρχει πόνος.

Για την αντιμετώπιση της ξηροστομίας θα πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να καθοδηγήσει τον ασθενή στη σωστή στοματική υγιεινή, να ξεπλένει το στόμα του ασθενούς συχνά με νερό ή αραιό στοματικό διάλυμα, να υγραίνει τα χείλη του ασθενούς συχνά με μαλακτικό λάδι, να ενθαρρύνει τον ασθενή να αναπνέει από τη μύτη παρά από το στόμα, να τον ενθαρρύνει να μην καπνίζει διότι το κάπνισμα ερεθίζει και ξηραίνει το βλεννογόνο, να λαμβάνει μέτρα πρόληψης ή θεραπείας του ελλείμματος υγρών.

1.2.2. Ναυτία-Έμετος

Πάνω από 50% των καρκινοπαθών υποφέρουν από ναυτία και έμετο. Το σύμπτωμα αυτό μπορεί να προκληθεί από το γαστρεντερικό ή από το νευρικό σύστημα. Οι πιο σημαντικές αιτίες είναι:

Ακτινοβολία

Υπερουριχαιμία

Υπερασβεστιαμία

Απόφραξη του εντέρου

Δυσκοιλιότητα

Αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση

Φαρυγγικός ερεθισμός

Είναι προτιμότερο να διαπιστωθεί η υποκείμενη αιτία του συμπτώματος πριν από κάθε ενέργεια θεραπείας του. Στη συνέχεια, ξεχωρίζονται οι αιτίες ανάλογα με το αν οφείλονται στον όγκο, στη θεραπεία του όγκου ή είναι ανεξάρτητες από αυτά. Καταρχάς, πρέπει να εξακριβωθεί εάν ο ασθενής κάνει πραγματικά εμετό, γιατί συχνά συγχέει τα απεκκρίματα που φτύνει ως εμετό, εάν συνοδεύονται από το βήχα που προκαλεί αντανάκλαστικό ερέθισμα πνιγμού. Πέρα από την εξέταση της κοιλίας και του ορθού, γίνονται συνοπτικές νευρολογικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Όλα τα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής πρέπει να ερευνηθούν για την ενδεχόμενη πρόκληση του συμπτώματος. Η συμπτωματική αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμετού πρέπει να ξεκινήσει, μόνο εφόσον δεν μπορεί να διαπιστωθεί γρήγορα ή αρκετά γρήγορα η αιτία.

Όσον αφορά τον εμετό που οφείλεται στη λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η δυνατότητα διακοπής ή αλλαγής τους. Το μέτρο αυτό όμως δε θεωρείται αναγκαίο στην περίπτωση λήψης των οπιοειδών αναλγητικών φαρμάκων γιατί, ο προκαλούμενος εμετός αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με τη χορήγηση φαρμάκων, της ομάδας νευροληπτικών. Η καθυστέρηση της διάβασης του εντέρου που προκαλείται από τα οπιοειδή και από τα αντιχολινεργικά μπορεί να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά με την μετοκλοπραμίδη, που πέρα από τη κεντρική

αντιεμετική της δράση ενισχύει την περισταλτικότητα της ανώτερης γαστρεντερικής οδού. Η χορήγηση ουσιών που διεγείρουν το έντερο, είτε μαζί με την τροφή είτε ως υπόθετα, μπορεί να είναι ωφέλιμη.

Η εξωτερική συμπίεση του στομάχου, από μεταστάσεις του ήπατος, καρκίνο του παγκρέατος ή από μεταστάσεις των λεμφαδένων, μπορεί να οδηγήσει σε στένωση της εξόδου του στομάχου και κατά συνέπεια να προκληθεί έντονος εμετός. Κατά κανόνα, το σύμπτωμα αυτό εμφανίζεται ιδίως κατά το μεσημέρι και το βράδυ. Οι θεραπευτικές δυνατότητες σε τέτοιες περιπτώσεις δεν είναι ικανοποιητικές. Μπορεί να δοκιμασθεί και η χορήγηση μετοκλοπραμίδης ή αντιισταμινικών. Κατά καιρούς, η χορήγηση κορτικοστεροειδούς μπορεί να είναι ωφέλιμη, ίσως εξαιτίας της δράσης της κατά του οιδήματος.

Ο φαρυγγικός ερεθισμός από έλκος ή από μετάσταση του όγκου μπορεί να αντιμετωπισθεί με μια σειρά σύντομων ακτινοβολιών ή με επιφανειακή περιοχική αναισθησία με τοπικό αναισθητικό. Ωστόσο, η τελευταία διαδικασία επηρεάζει την κατάποση, μπορεί όμως να ωφελεί ειδικά άτομα που έχουν τοποθετημένο γαστρικό καθετήρα.

Ο εμετός, που προκαλείται από την αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, αντιμετωπίζεται καλύτερα με τη χορήγηση της δεξαμεθαζονης και διουρητικών φαρμάκων. Μπορεί επίσης να προστεθεί και η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. Η δυνατότητα της ακτινοβολίας ή της νευροχειρουργικής επέμβασης για την αντιμετώπιση του εμετού πρέπει να εξετασθεί.

Τα αντιχολινεργικά, όπως είναι η υδροβρωμική σκοπολαμίνη, ενδείκνυται μόνο σε ασθενείς στην τελική φάση του καρκίνου, εξαιτίας των παρενεργειών τους.

Η φαρμακολογική θεραπεία του εμετού είναι πιο αποτελεσματική όταν εφαρμόζεται προφυλακτικά. Στην περίπτωση αυτή, η λήψη του αντιεμετικού φαρμάκου από το στόμα είναι, κατά κανόνα, ακόμη εφικτή, ενώ στην περίπτωση όπου ο ασθενής κάνει ήδη εμετό τα φάρμακα χορηγούνται παρεντερικώς ή δια του ορθού, γιατί η απορρόφηση τους, εάν λαμβάνονται από το στόμα, δεν μπορεί να είναι εγγυημένη.

Καθήκον του νοσηλευτή είναι να λάβει μέτρα ελάττωσης του φόβου και του άγχους, να απομακρύνει τα δυσάρεστα θεάματα και τις οσμές του περιβάλλοντος από κοντά του, να τον ενθαρρύνει να παίρνει βαθιές αργές

αναπνοές και να αλλάζει θέσεις αργά όταν αισθάνεται ναυτία. Σε περίπτωση που επιτρέπεται η πρόσληψη τροφής από το στόμα θα πρέπει να αποφεύγουμε την προσφορά φαγητών με έντονη οσμή, να χορηγούμε μικρά, συχνά γεύματα, να ενθαρρύνουμε τον ασθενή να τρώει ξηρές τροφές και να αποφεύγει να πίνει υγρά με τα γεύματα αν αισθάνεται ναυτία. Επίσης, θα πρέπει να αποφεύγει τροφές πλούσιες σε λιπαρά, τα οποία καθυστερούν την κένωση του στομάχου και να ξεκουράζεται μετά από κάθε γεύμα. Όλα αυτά θα έχουν σαν αποτέλεσμα την ανακούφιση του ασθενούς από τη ναυτία και τους εμέτους.

1.2.3 Καχεξία, ανορεξία και δυσφαγία

Περίπου 30% των καρκινοπαθών εμφανίζουν καχεξία, συνήθως ως εκδήλωση του αυξημένου μεταβολισμού που συνδέεται με τη νόσο, αλλά και εξαιτίας άλλων συμπτωμάτων όπως είναι η δυσφαγία, η ναυτία, η μεγάλη απώλεια πρωτεΐνης από έλκος και αιμορραγία, η πλημμελής απορρόφηση ή και ως συνέπεια της θεραπείας. Κανείς πρέπει να επιδιώκει την αντιμετώπιση της υποκειμενικής αιτίας, ενώ η προσέγγιση της καχεξίας καθαυτή μέσω επιθετικής διατροφής με τοποθέτηση καθετήρα ή σωλήνα στο στομάχι δεν είναι γενικά αποδεκτή.

Είναι προτιμότερο η θεραπευτική προσπάθεια να κατευθύνεται στην ανακούφιση των σωματικών επιπλοκών και των κοινωνικών συνεπειών της καχεξίας. Σ' αυτές περιλαμβάνονται να διατίθενται π.χ. στον εξασθετισμένο ασθενή μέσα που διευκολύνουν τη μετακίνησή του, να προσαρμόζεται η ένδυσή του κλπ. Το συνεχές ζύγισμα των ασθενών δεν είναι, για ευνόητους ψυχολογικούς λόγους, σωστό.

Η δυσφαγία, που προκαλείται από στένωση του οισοφάγου ή του φάρυγγα καθώς και από νευρομυική δυσλειτουργία, μπορεί να είναι μια πιθανή αιτία της καχεξίας. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η δυσφαγία αντιμετωπίζεται καταρχάς με την εφαρμογή διαιτητικής διαδικασίας, που

συνίσταται στη λήψη τροφίμων σε μορφή πουρέ. Μπορεί να γίνει προσπάθεια διατήρησης της διάβασης του οισοφάγου με τη χορήγηση στεροειδών, με επέμβαση ακτινοβολίας, με θεραπεία λέιζερ ή με επανειλημμένες μηχανικές διαστολές. Τελικά, πρέπει να ληφθεί υπόψη η δυνατότητα πραγματοποίησης μιας παρηγορητικής χειρουργικής επέμβασης, εάν αυτή θα είναι σε όφελος του ασθενή. Εάν αποτύχουν όλες αυτές τις διαδικασίες, τότε θα πρέπει να τοποθετηθεί ένας κεντρικός φλεβικός καθετήρας, με τον οποίο θα είναι δυνατή η παρεντερική διατροφή του ασθενή.

Η ανορεξία είναι συχνά για τους καρκινοπαθείς μια ένδειξη απώλειας ενδιαφερόντων για τη ζωή ή ενδιαφερόντων για τη λήψη τροφίμων. Μια προσέγγιση του φόβου των συγγενών είναι συνήθως αποφασιστικό μέρος της θεραπείας. Το τελετουργικό της λήψης γεύματος, μπορεί να οργανωθεί με τρόπο που να είναι ελκυστικό. Σε αυτό περιλαμβάνονται π.χ. αλλαγή ένδυσης του ασθενή και γεύμα σε αλλιώτικο περιβάλλον.

Φάρμακα που διεγείρουν την όρεξη, όπως είναι η χορήγηση της κορτιζόνης, μπορούν να δοκιμασθούν. Επίσης, ορισμένα συνθετικά ανδρογόνα που χορηγούνται για τη θεραπεία του όγκου, εφαρμόζονται και για την αντιμετώπιση της καχεξίας, εξαιτίας της αναβολικής τους δράσης. Ανάλογα με τη δοσολογία, παρατηρείται μια αύξηση του βάρους του σώματος σε 50-75% των ασθενών και αύξηση της όρεξης σε παραπάνω από 80% των ασθενών. Η οικονομική επιβάρυνση αυτής της θεραπείας είναι σημαντική και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη.

Σε πάρα πολύ βαριές καταστάσεις η αφυδάτωση μπορεί να λειτουργήσει ανακουφιστικά, γιατί οδηγεί σε μείωση της παραγωγής ούρων, βρογχικών φλεγμάτων και γαστρικών υγρών.

1.2.4.Λύγγας

Η αιτία του λύγγα είναι συνήθως ο ερεθισμός του διαφράγματος από στένωση του στομίου εξόδου του στομάχου ή από μεταστάσεις του ήπατος. Άλλες πιθανές αιτίες αυτού του βασανιστικού συμπτώματος είναι ο ερεθισμός του πνευμονογαστρικού νεύρου, ο ενδοκρανιακός όγκος ή οι τοξίνες.

Οι πιο σημαντικές θεραπευτικές διαδικασίες περιλαμβάνουν την ανακούφιση του στομάχου είτε μέσω χορήγησης κατάλληλων φαρμάκων είτε μέσω άλλων χειρισμών. Το στομάχι μπορεί να ανακουφισθεί με χορήγηση φαρμάκων που διευκολύνουν την κινητικότητά του ή που εμποδίζουν τον μετεωρισμό. Ο ερεθισμός του διαφράγματος και του πνευμονογαστρικού νεύρου από τον όγκο, αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση της κορτιζόνης. Εάν ο λύγγας έχει κεντρική αιτία, μπορεί να γίνει προσπάθεια αντιμετώπισής του με τη χορήγηση των αντιεπιληπτικών φαρμάκων.

Ένας συμπτωματικός έλεγχος του λύγγα είναι ορισμένες φορές δυνατό να επιτευχθεί με φυσική διαδικασία, όπως είναι ο σκόπιμος ερεθισμός του φάρυγγα. Πολύ συχνά η χορήγηση των νευροληπτικών, όπως είναι η χλωροπρομαζίνη είναι τελικά απαραίτητη για να επιτευχθεί αποτέλεσμα.

Εκτός από τις παραπάνω θεραπευτικές παρεμβάσεις, υπάρχουν και κάποια μέτρα τα οποία λαμβάνει ο νοσηλευτής για να μπορέσει να ανακουφίσει τον ασθενή από αυτό το βασανιστικό σύμπτωμα. Καθοδηγεί τον ασθενή να αποφεύγει την λήψη πολύ ζεστών ή πολύ κρύων υγρών, έτσι ώστε να αποφεύγεται η αντανεκλαστική διέγερση του φρενικού νεύρου. Επίσης καθοδηγεί τον ασθενή σε τεχνικές όπως το κράτημα της αναπνοής ή οι αναπνοές σε χάρτινη σακούλα οι οποίες βοηθούν στην καταπολέμηση του λύγγα.

1.2.5. Δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα ανήκει στα πιο συχνά συμπτώματα των καρκινοπαθών που βρίσκονται σε τελική φάση της νόσου και μπορεί να είναι σωματικά και ψυχολογικά πολύ ενοχλητική για τους ασθενείς. Οι πιο σημαντικές αιτίες της δυσκοιλιότητας είναι η ακινησία, μειωμένα και συχνά φτωχά σε ίνες τρόφιμα, αφυδάτωση και γενική εξάντληση. Επίσης, τα φάρμακα ή μεταβολικές διαταραχές μπορούν να προκαλέσουν αδράνεια στην κινητικότητα του εντέρου. Λιγότερο συχνή αιτία της δυσκοιλιότητας είναι και ο αποκλεισμός του εντέρου είτε από τον όγκο ή από εξωτερική συμπίεση. Ως αποτέλεσμα της δυσκοιλιότητας μπορούν να προκύψουν και άλλα συμπτώματα, όπως είναι η φόρτωση του ορθού με αποξηραμένα κόπρανα, πρωκτική αιμορραγία, αίσθημα γεμάτου στομάχου, μετεωρισμός, ανορεξία, ενδεχομένως και ναυτίες, έμετος και επιγαστρικός πόνος. Πριν από την έναρξη της θεραπείας θα πρέπει να ληφθεί το ιατρικό ιστορικό της συχνότητας αφόδευσης και της χρήσης των καθαρτικών του κάθε ασθενή. Σ' αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι η συχνότητα αφόδευσης από 5 ως 7 φορές την εβδομάδα είναι φυσιολογική.

Η θεραπεία της δυσκοιλιότητας περιλαμβάνει καταρχήν την εφαρμογή των γενικών διαδικασιών, όπως είναι η αποκατάσταση των ισοζυγίων υγρών και ηλεκτρολυτών καθώς και την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας των ασθενών.

Η προληπτική χορήγηση των καθαρτικών, ειδικά στις περιπτώσεις όπου οι ασθενείς λαμβάνουν οποιοδήποτε θεραπεία, είναι προτιμότερη, γιατί μια ήδη εγκαταστημένη δυσκοιλιότητα είναι συνήθως πιο δύσκολο να ελεγχθεί.

Τα καθαρτικά φάρμακα διακρίνονται σε:

- A. αυξάνοντα τον όγκο των κοπράνων: θεωρούνται ήπια καθαρτικά
- B. μαλακτικά των κοπράνων
- Γ. διεγείροντα την εντερική κινητικότητα
- Δ. αλατούχα και οσμωτικά δρώντα

Τα καθαρτικά που αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων με οσμωτική δράση δεν είναι κατάλληλα για ασθενείς σε τελική φάση της νόσου, γιατί η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται από τη λήψη επαρκών υγρών και από τη σωματική κινητικότητα των ασθενών. Σε αντίθετη περίπτωση, υπάρχει κίνδυνος να προκαλέσουν απόφραξη του εντέρου.

Είναι σημαντικό να υπάρχει μια συστηματική προσέγγιση στη χορήγηση των καθαρτικών. Η εφαρμογή ενός κλιμακούμενου σχεδίου έχει αποδειχθεί αποτελεσματική. Σ'αυτό περιλαμβάνεται αρχικά η χορήγηση ήπιων καθαρτικών και μόνο στη δεύτερη φάση, όταν τα ήπια καθαρτικά αποδειχθούν αναποτελεσματικά, χορηγούνται διεγερτικά καθαρτικά. Τελικά, στους περισσότερους ασθενείς χρειάζεται όμως να χορηγηθεί συνδυασμός διάφορων καθαρτικών για την επίτευξη αποτελέσματος. Η συνεργασία του ασθενή στη διάρκεια αναζήτησης της ιδανικής θεραπείας με καθαρτικά είναι απαραίτητη, έτσι ώστε να αποφευχθεί η συνεχής εναλλαγή του συμπτώματος από διάρροια σε δυσκοιλιότητα και αντίστροφα. Επίμονη δυσκοιλιότητα με τη συσσώρευση πυκνωμένων κοπράνων, ιδιαίτερα στο ορθό, πρέπει να αντιμετωπισθεί με κλύσμα ή δια χειρός μηχανική απομάκρυνση. Η απόφραξη του εντέρου από τα κόπρανα αντιμετωπίζεται συνήθως με χειρουργική επέμβαση. Για την καλύτερη αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας απαιτείται η συνεργασία του νοσηλευτή με τον ασθενή. Μαζί θα καθορίσουν μια συγκεκριμένη ώρα αφόδευσης σύμφωνα με τις συνήθειες του ασθενούς και θα καταπολεμήσουν τον φόβο και το άγχος που μπορεί να έχει ο ασθενής. Επίσης, ο νοσηλευτής θα προσφέρει τη βοήθεια του κάθε φορά που θα χρειάζεται να πάει τουαλέτα, θα τον τοποθετεί στη σωστή θέση και θα του εξασφαλίζει απομόνωση και επαρκή αερισμό.

1.2.6. Διάρροια

Η διάρροια στους καρκινοπαθείς οφείλεται συχνά στην υπερχειλίση των συσσωρευμένων κοπράνων στο έντερο. Επίσης, μπορεί να οφείλεται σε μόλυνση ή εντερίτιδα από την ακτινοβολία. Άλλες αιτίες μπορεί να είναι η υπερασβεστιαμία, η πλημμελής απορρόφηση, η διήθηση του όγκου αλλά και ψυχογενείς αιτίες.

Η θεραπεία του συμπτώματος πρέπει και εδώ να καθοδηγείται από την αιτία. Κορτικοειδή περιέχοντα κλύσμα έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της διάρροιας που οφείλεται στη διήθηση του όγκου στο ορθό και μπορεί επίσης να εφαρμοσθεί και στην αντιμετώπιση της πρωκτικής απόκρισης που παρατηρείται μετά από επέμβαση κολοστομίας. Τα ήπια περιστατικά μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη χορήγηση των αντιχολινεργικών φαρμάκων, όπως είναι η λοπεραμίδη, που αναστέλλουν την περισταλτική κίνηση του εντέρου. Στα πιο βαριά περιστατικά μπορεί να χορηγηθούν οπιοειδή φάρμακα λόγω της ιδιότητάς τους να προκαλούν δυσκοιλιότητα.

Οι νοσηλευτικές πράξεις που θα φέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι οι εξής: αφού διαπιστώσουμε τις συνήθειες κένωσης του ασθενούς, εκτιμούμε και αναφέρουμε σημεία και συμπτώματα διάρροιας, εκτιμούμε τους εντερικούς ήχους σε τακτά χρονικά διαστήματα, λαμβάνουμε μέτρα για τον έλεγχο της διάρροιας αν εμφανιστεί, λαμβάνουμε μέτρα για την μείωση του φόβου και του άγχους, αποθαρρύνουμε το κάπνισμα διότι η νικοτίνη έχει διεγερτική δράση στο γαστρεντερικό σωλήνα, αν η διάρροια σχετίζεται με την αντιμικροβιακή θεραπεία, ενθαρρύνουμε την πρόσληψη τροφών που αποκαθιστούν τη χλωρίδα του εντέρου και σε περίπτωση που η διάρροια επιμένει τότε θα πρέπει να συμβουλευτούμε τον γιατρό.

1.2.7. Ασκίτης

Ο καρκίνος του μαστού, των ωθηκών, του παχέως εντέρου, του παγκρέατος ή του βρογχικού συστήματος καθώς και οι μεταστάσεις τους προκαλούν συνήθως ασκίτη. Ως συνέπεια μπορούν να προκύψουν δύσπνοια και κοιλιακό άλγος εξαιτίας κυρίως της διάτασης του κοιλιακού τοιχώματος.

Η θεραπεία του ασκίτη γίνεται μόνο εάν παρουσιαστούν ενοχλήσεις. Τότε, μπορεί να δοκιμασθεί η φαρμακευτική αντιμετώπιση με διουρητικά. Η παρακέντηση για την απομάκρυνση του ενδοκοιλιακού υγρού ως μέσου ελέγχου του συμπτώματος είναι αμφιλεγόμενη εξαιτίας της ταχείας αναπαραγωγής του υγρού, επειδή όμως μπορεί να παρέχει σημαντική ανακούφιση στον ασθενή, πραγματοποιείται συχνά με τη μορφή της ελεγχόμενης εκροής μέσω τοποθέτησης ενδοκοιλιακού καθετήρα. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να διερευνηθεί ξεχωριστά εάν ενδείκνυται η ενστάλαξη κυτταροστατικών ή ραδιενεργών νουκλειϊδίων (Δρ. Ρ.-Ο. Γκμπαντι 2006).

1.3.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.3.1 Δύσπνοια

Η δύσπνοια είναι ένα υποκειμενικό αίσθημα έλλειψης αναπνοής που συνοδεύεται συνήθως με αντικειμενικά σημάδια της ταχύπνοιας και του υπεραερισμού. Πρόκειται για ένα συχνό και πολύ ενοχλητικό σύμπτωμα που ταλαιπωρεί ένα σημαντικό ποσοστό των καρκινοπαθών, οι οποίοι βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της νόσου.

Το αναπνευστικό κέντρο του εγκεφαλικού στελέχους επηρεάζει, διαμέσου των χημικών και νευρικών σημάτων, το έργο της αναπνοής. Αύξηση του έργου της αναπνοής προκαλούν οι ακόλουθες καταστάσεις:

- A. φόβος
- B. εγρήγορση
- Γ. υποξία
- Δ. αύξηση CO₂ του αίματος
- E. μείωση pH του αίματος
- Z. διάταξη ή διέγερση των υποδοχέων των πνευμόνων

Ασθενείς που έχουν δύσπνοια, αυξάνουν την κατανάλωση της ενέργειας αναπνοής κατά την προσπάθειά τους να βελτιώσουν τον αερισμό, όμως έτσι επιδεινώνεται ακόμη περισσότερο το αίσθημα έλλειψης αναπνοής. Τα επεισόδια δύσπνοιας προσλαμβάνονται ως πιο απειλητικά, όταν έχουν άμεση σχέση με έντονο φόβο και έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος. Οι ασθενείς φοβούνται τον πνιγμό.

Άλλες πιθανές αιτίες της δύσπνοιας είναι :

- A. πόνος
- B. διήθηση του όγκου στα πνευμονικά κύτταρα και στον θώρακα
- Γ. απόφραξη της αναπνευστικής οδού
- Δ. λεμφαγγείωμα καρκίνωμα
- E. ογκώδης ασκίτης
- Z. παράλυση των μεσοπλεύριων νεύρων ή του γαστροπνευμονικού νεύρου.
- H. ινωμάτωση μετά από ακτινοβολία
- Θ. αναιμία
- I. πνευμονική εμβολή
- K. πνευμονία

Μεταβολικές διαταραχές, όπως είναι η υπερουριχαιμία και η διαβητική κετοξέωση ή αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, μπορούν να προκαλέσουν αλλοίωση της μορφής της αναπνοής, ωστόσο δεν προκαλούν δύσπνοια.

Κάθε καινούργιο επεισόδιο δύσπνοιας των ασθενών πρέπει να εξηγηθεί. Στα ελάχιστα διαγνωστικά μέσα περιλαμβάνονται απλές και λιγότερο επιβαρυντικές εξετάσεις, όπως είναι η ακτινογραφία θώρακος και η εξέταση αίματος. Δαπανηρές διαγνωστικές εξετάσεις πρέπει να γίνονται μόνο εφόσον είναι απαραίτητες για τη θεραπεία. Η θεραπεία της συγκεκριμένης αιτίας της δύσπνοιας μπορεί να είναι το επακόλουθο αυτών των διαγνωστικών ενεργειών. Ο φόβος του πνιγμού, αν και δεν γίνεται συνήθως ζήτημα, υπάρχει συχνά στους ασθενείς και στους συγγενείς. Εδώ προέχει η απαλλαγή των ασθενών από το φόβο με κατευναστική συζήτηση καθώς και με την τροποποίηση της σωματικής δραστηριότητας. Εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση του ασθενή, μπορεί επίσης να βοηθήσει η τεχνική χαλάρωσης και υπνωτισμού. Η λήψη γενικών μέτρων, όπως είναι φρέσκος αέρας, αναπνευστικές ασκήσεις και τα κρύα επιθέματα στο πρόσωπο δεν πρέπει να υποτιμηθούν ως προς την αποτελεσματικότητά τους.

Ογκώδης καρκίνος των πνευμόνων ή η μετάσταση των λεμφαδένων μπορεί να ελαττωθεί με ακτινοβολία βελτιώνοντας έτσι την αναπνοή. Πρέπει όμως να προηγηθεί η χορήγηση δεξαμεθαζόνης, έτσι ώστε να μειωθεί το αντιδραστικό οίδημα από την ακτινοβολία.

Στις περιπτώσεις του ενδοτράχιου ή ενδοβρογχικού όγκου μπορεί η ενδοβρογχική επέμβαση με λέιζερ να επιφέρει ταχεία ανακούφιση. Συγκριτικά με την ακτινοβολία η αποτελεσματικότητα της θεραπείας λέιζερ είναι σαφώς καλύτερη και είναι άμεση. Αντίθετα η επιτυχία της θεραπείας με ακτινοβολία έρχεται με καθυστέρηση μερικών εβδομάδων και ύστερα από μερικές εβδομάδες θεραπείας.

Η παροχέτευση υγρών σε περίπτωση υδροθώρακα ή ασκίτη μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση της αναπνοής. Όμως σπάνια η συλλογή υγρών αποτελεί την αιτία της δύσπνοιας και επειδή αναπαράγεται ήδη μετά από μερικές μέρες και η ενστάλαξη των κυτταροστατικών ή των ραδιενεργών νουκλειδίων δεν είναι σε θέση να την αναστείλει, η παροχέτευση δεν θεωρείται ιδανική λύση. Αντίθετα μπορεί να είναι πολύ ενοχλητική για τους ασθενείς στο τελικό στάδιο της νόσου.

Η δεξαμεθαζόνη μπορεί να ελαττώσει το οίδημα που προκαλείται από τους κακοήθεις όγκους των πνευμόνων και των ενδιάμεσων χώρων του θώρακα, μέσα από την μείωση της συμπίεσης που υφίστανται η τραχεία και οι βρόγχοι. Χορηγείται και για την αντιμετώπιση του βρογχόσπασμου και του λεμφαγγειώματος.

Συνήθως αποφεύγεται η χορήγηση οπιοειδών στους ασθενείς στο τελευταίο στάδιο του καρκίνου που παρουσιάζουν δύσπνοια, από τον φόβο, μήπως συντελέσει σε καταστολή της αναπνοής τους. Ωστόσο η χορήγηση των οπιοειδών ειδικά στους ασθενείς αυτούς παρουσιάζει τα εξής πλεονεκτήματα:

- A. Μειώνει την ευαισθησία του αναπνευστικού κέντρου για υποξαιμία και υπερκαπνία
- B. Επιδρά αγχολυτικά
- Γ. Επιδρά ηρεμιστικά
- Δ. Επιδρά αναλγητικά

Τα οπιοειδή μπορούν να απαλείψουν, μέσω της αγχολυτικής και ηρεμιστικής επίδρασής τους, την ανησυχία που συνήθως συνοδεύει τη δύσπνοια και έτσι να περιορίσουν την ανάγκη κατανάλωσης ενέργειας και οξυγόνου του οργανισμού. Γι'αυτό η γενική κλινική κατάσταση ορισμένων ασθενών βελτιώνεται μετά τη χορήγηση οπιοειδών, τόσο ώστε να παρατηρείται αύξηση της δραστηριότητας τους.

Η δοσολογία της μορφίνης που απαιτείται για τέτοια θεραπεία είναι κανονικά χαμηλότερη από εκείνη που χρειάζεται για μια αναλγησία. Επειδή η μορφίνη αποδείχθηκε πολύ αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της δύσπνοιας, πρέπει να αποτελέσει το φάρμακο της πρώτης επιλογής.

Η διαζεπάμη μπορεί να ανακουφίσει τη δύσπνοια εξαιτίας της αγχολυτικής και μυοχαλαρωτικής της ιδιότητας. Στην οξεία φάση της δύσπνοιας ενδείκνυται η βραδεία ενδοφλέβια χορήγηση διαζεπάμης 2 ως 10 mg.

Οι φαινοθειαζίνες, όπως είναι η τριφθοριοπεραζίνη ενεργούν επίσης αγχολυτικά και είναι, ειδικά σε συνδυασμό με τη μορφίνη, πολύ αποτελεσματικές στη συγκεκριμένη περίπτωση.

Η σκοπολαμίνη χορηγείται στους ασθενείς σε τελική φάση και έχει τις εξής δράσεις:

- A. καταστολή της έκκρισης
- B. χαλάρωση των λείων μυών
- Γ. ηρεμιστική

Στους ασθενείς με τελική φάση που, λόγω αδυναμίας, δεν μπορούν να βήχουν, γίνεται ταχεία συγκέντρωση βρογχικών εκκρίσεων. Αυτές μπορούν να οδηγήσουν σε δυνατούς αναπνευστικούς συριγμούς που δημιουργούν στους συγγενείς την εντύπωση ότι ο ασθενής πνίγεται. Εδώ μπορεί με την χορήγηση ουσίας που αναστέλλει την βρογχική έκκριση να αποφευχθεί η διενέργεια του πολύ ενοχλητικού βρογχικού καθαρισμού. Πρέπει όμως να λαμβάνεται υπόψη ότι η σκοπολαμίνη προκαλεί, σε σπάνιες περιπτώσεις και ειδικά στους ηλικιωμένους, ταχυπαλμία και σύγχυση. Γ'αυτό η συγχορήγησή της με τη μορφίνη είναι ευνοϊκή, γιατί η μορφίνη εμποδίζει την εκδήλωση των συγκεκριμένων παρενεργειών της σκοπολαμίνης.

Πολύ συχνά και με αντιφάσεις συζητείται το ερώτημα, εάν η πνευμονία στους ασθενείς σε τελική φάση του καρκίνου πρέπει να αντιμετωπισθεί ή όχι. Εδώ, πρέπει να αποφασισθεί εάν ενδείκνυται μια συστηματική αντιβιοτική θεραπεία. Σε ασθενείς με σημαντική μείωση της αναπνευστικής ικανότητας, που δεν μπορούν να βήξουν και που έχουν αποδυναμωμένο αμυντικό σύστημα τα αντιβιοτικά δεν μπορούν κατά πάσα πιθανότητα να βοηθήσουν πλέον. Εάν υπάρχει ήδη δύσπνοια εξαιτίας του όγκου δεν μπορεί η αντιβιοτική θεραπεία της πνευμονίας να βελτιώσει ουσιαστικά την κατάσταση. Παρόλα αυτά, η επιθυμία του ασθενή σχετικά με την αντιμετώπιση πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις, όπου οι ασθενείς και οι συγγενείς τους χρειάζονται χρόνο για να διευθετήσουν ορισμένα επαγγελματικά ζητήματα. Σε τέτοιες περιπτώσεις μπορεί η απόφαση να είναι υπέρ της συστηματικής αντιβιοτικής θεραπείας της πνευμονίας.

Η παροχή οξυγόνου εφαρμόζεται πολλές φορές σε ασθενείς με δύσπνοια, περισσότερο λόγω του φόβου του πνιγμού που τους κατέχει παρά λόγω του πραγματικού οφέλους. Η αποτελεσματικότητα της μακροπρόθεσμης αυτής πρακτικής είναι αμφισβητούμενη.

Οι περισσότεροι καρκινοπαθείς σε προχωρημένη φάση της νόσου παρουσιάζουν αναιμία, η οποία είναι όμως συμπτωματική μόνο εάν είναι βαριά. Μια ελαφρά δύσπνοια είναι όμως συμπτωματική μόνο εάν είναι βαριά. Η μετάγγιση αίματος σπάνια βελτιώνει το σύμπτωμα αυτό. Γι'αυτό η μετάγγιση αίματος μπορεί να ληφθεί υπόψη μόνο εάν η πράξη αυτή αποσκοπεί σε κάτι συγκεκριμένο π.χ. μια συνάντηση με τους συγγενείς.

Εάν η δύσπνοια είναι το αποτέλεσμα ερεθισμού των πνευμονικών διασταλτικών υποδοχέων, όπως είναι π.χ. σε λεμφαγγείωμα καρκίνωμα, μπορεί εισπνεόμενο διάλειμμα μπουβιβακαΐνης να είναι αποτελεσματικό (Δρ. Ρ.-Ο. Γκμπαντι 2006).

1.4. ΝΕΥΡΟΦΥΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

1.4.1. αϋπνία

Οι περισσότεροι καρκινοπαθείς υποφέρουν από αϋπνία. Στην εκτίμηση μιας τέτοιας αϋπνίας λαμβάνονται πολλοί παράγοντες υπόψη, και ιδιαίτερα η ατομική, πολύ διαφορετική ανάγκη του κάθε ασθενή για ύπνο. Επιπρόσθετα, πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι ο ύπνος κατά τη διάρκεια της ημέρας βραχύνει τον βραδινό ύπνο. Επίσης, και η μεταβολή του πρότυπου του ύπνου στους υπερήλικες ή στα άτομα που εργάζονταν με βάρδιες μπορεί να γίνει αντιληπτή ως διαταραχή του ύπνου. Μερικές φορές η αϋπνία των ασθενών αποτελεί περισσότερο ένα πρόβλημα των συγγενών.

Πολύ σημαντικό ρόλο για την αιτιολογία της αϋπνίας παίζουν σωματικές και ψυχολογικές αιτίες. Τέλος, πρέπει να επισημανθεί ότι η λήψη ορισμένων φαρμάκων, όπως είναι η κορτιζόνη, τα συμπαθητικομιμητικά, η καφεΐνη και τα διουρητικά, καθώς και η στέρηση άλλων μπορούν να είναι η αιτία της αϋπνίας.

Η θεραπεία της αϋπνίας στηρίζεται καταρχήν στη μη φαρμακευτική παρέμβαση και περιλαμβάνει συζήτηση και εξήγηση, αντιμετώπιση των σωματικών συμπτωμάτων και της βραδινής ενόχλησης από τον φωτισμό του υπνοδωματίου ή θορύβους καθώς και την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της ημέρας, όπου αυτή είναι δυνατή. Η τεχνική χαλάρωσης, ήπια ηρεμιστική μουσική ή ζεστό ή αλκοολούχο ποτό πριν τον ύπνο καθώς και αύξηση της βραδινής δόσης των αποσιωδίων είναι άλλες δυνατότητες αντιμετώπισης της αϋπνίας.

Στη φαρμακευτική παρέμβαση θα πρέπει να γίνει εκτίμηση μεταξύ της ενέργειας και παρενέργειας του φαρμάκου. Γενικά τα φάρμακα που χορηγούνται για τη θεραπεία της αϋπνίας δρουν ως αγχολυτικά, όταν χορηγούνται σε μικρές δόσεις στη διάρκεια της ημέρας και ως υπνωτικά σε μεγαλύτερη δόση το βράδυ. Αποφεύγονται συνήθως τα βαρβιτουρικά εξαιτίας του ότι αλληλεπιδρούν συχνά με άλλα φάρμακα.

Στη νοσηλευτική παρέμβαση θα πρέπει να ενεργήσουμε έτσι ώστε να μειωθεί ο φόβος και το άγχος, η δυσφορία, να ελεγχθεί η διάρροια. Αν ο ασθενής έχει ορθόπνοια, τον βοηθάμε να λάβει θέση που θα διευκολύνει την αναπνοή, καθώς επίσης και αν υπάρχει ένδειξη, να διατηρήσουμε την οξυγονοθεραπεία.

1.4.2.Φόβος

Ο φόβος των καρκινοπαθών είναι συχνά η συνέπεια του πόνου ή άλλων συμπτωμάτων. Οδηγεί στη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου, όπου ο φόβος πάλι ενισχύει την ένταση άλλων συμπτωμάτων. Εάν, παρά την αποτελεσματική αντιμετώπιση άλλων συμπτωμάτων, ο φόβος επιμένει και εφόσον η εντατική συζήτηση και η ψυχοκοινωνική βοήθεια δεν αποδώσουν, τότε χορηγούνται επιπρόσθετα φάρμακα, όπως είναι η ομάδα των φαινοθειαζινών σε χαμηλή δοσολογία ή των βενζοδιαζεπίνων.

1.4.3.Κατάθλιψη

Μια αντιδραστική κατάθλιψη αποτελεί φυσιολογική συναισθηματική εκδήλωση για την εξέλιξη του καρκίνου και του απειλούμενου θανάτου. Η θεραπεία της απαιτεί χρόνο. Ένα χρόνο που χρειάζεται το άτομο για να ανταπεξέλθει στα ψυχολογικά, συναισθηματικά και πνευματικά προβλήματα της δεδομένης κατάστασης. Η προτεραιότητα της θεραπείας κατευθύνεται καταρχάς στην κατανόηση, συζήτηση και διατήρηση της κοινωνικής επικοινωνίας των ασθενών. Ένα μικρό ποσοστό των ασθενών που έχουν επίμονο αίσθημα απελπισίας και συμπτώματα όπως είναι αϋπνία ή ανορεξία, μπορεί να βοηθηθεί με τη χορήγηση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών. Η αμιτριπυλίνη είναι το φάρμακο της πρώτης επιλογής. Εάν χορηγείται το

βράδυ, μπορεί να γίνει εκμετάλλευση και της ιδιότητάς του να προκαλέσει υπνηλία.

1.4.4. Σύγχυση

Παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν σύγχυση στους καρκινοπαθείς είναι πολλοί. Πέρα από τα φάρμακα που λαμβάνουν οι ασθενείς, η διαταραχή του μεταβολισμού, ο ενδοκρανιακός όγκος και το εγκεφαλικό αγγειακό πρόβλημα παίζουν σημαντικό ρόλο. Επίσης, η αλλαγή σε άγνωστο ή σε ασυνήθιστο περιβάλλον κάνει ευάλωτο τον ασθενή να πάθει σύγχυση. Η θεραπεία της διαταραχής μεταβολισμού καθώς και ενδεχομένως η αλλαγή φαρμάκων ή η έναρξη θεραπείας για το οίδημα, σε περίπτωση όπου η αιτία της σύγχυσης είναι μετάσταση στον εγκέφαλο, πρέπει να ληφθούν υπόψη. Εκτός αυτού, πρέπει να εφαρμοσθεί μια γενική προσέγγιση που να περιλαμβάνει τα εξής: καλό φωτισμό του δωματίου, τοποθέτηση ρολογιού και ημερομηνίας σε σημείο όπου διαβάζονται εύκολα, δυνατότητα επαφής με γνωστά αντικείμενα, άτομα και φωνές. Πρέπει πάντα να συμπεριφέρεται κανείς στους συγκεκριμένους ασθενείς ως κανονικούς ενήλικες και όχι σαν να πρόκειται για νήπια που δεν καταλαβαίνουν. Κάθε δραστηριότητα και κάθε συμβάν που τους αφορά πρέπει να τους εξηγείται. Σε περιπτώσεις όπου η σύγχυση συνοδεύεται από επιθετικότητα μπορεί να δοκιμασθεί η χορήγηση βενζοδιαζεπίνης ή αλοπεριδόλης (Δρ. Ρ.-Ο. Γκμπαντι 2006).

1.5. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.5.1 Ακράτεια

Η ακράτεια οδηγεί σε έντονο ψυχολογικό άγχος τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Οι αιτίες είναι πολυάριθμες και περιλαμβάνουν την αυξημένη διούρηση, λοίμωξη της ουροφόρου οδού και νευρική διαταραχή. Στις περιπτώσεις των γνωστών αιτιών η θεραπεία κατευθύνεται σ'αυτές. Στη γενική συμπτωματική θεραπεία περιλαμβάνεται η ούρηση σε τακτό χρονοδιάγραμμα, η κοντινή απόσταση της τουαλέτας από τον ασθενή και η άμεση διαθεσιμότητα κατάλληλων βοηθητικών μέσων.

Φαρμακευτικά, μπορεί να δοκιμασθεί η χορήγηση των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών αναλγητικών φαρμάκων π.χ. μεφαιναμικό οξύ, επειδή μέσα από την αναστολή της σύνθεσης προσταγλανδίνης εξασθενεί η μυϊκή συσπαστική δύναμη της κύστης. Παρόμοια δράση και με την επιπρόσθετη ενίσχυση του σφιγκτήρα της κύστης, εξαιτίας της αντιχολινεργικής τους ενέργειας, επιδρούν τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Επίσης, μπορεί να χορηγηθεί και φαινοθειαζίνη που έχει αντιχολινεργική δράση, ειδικά αν είναι επιθυμητή και μια αγχολυτική δράση.

Ο σκοπός του νοσηλευτή στην περίπτωση της ακράτειας είναι να λάβει μέτρα για τη διατήρηση ή την αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας της ούρησης, δηλαδή: προσφέρει σκωραμίδα ή ουροδοχείο ή βοηθάει τον ασθενή στην τουαλέτα ή σε σκεύος δίπλα στην κλίνη, κάθε 2-3 ώρες, επιτρέπει στον ασθενή να λάβει κανονική θέση ούρησης, εκτός αν υπάρχει αντένδειξη, έτσι ώστε να διευκολύνεται η πλήρης κένωση της κύστης, έχει άμεσα προσπελάσιμο στον ασθενή ουροδοχείο, σκεύος κοντά στην κλίνη ή σκωραμίδα, έτσι ώστε να μειωθούν οι καθυστερήσεις στην ούρηση, καθοδηγεί τον ασθενή να κατανέμει τα υγρά που προσλαμβάνει σε ίσα διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας, παρά να πίνει την κάθε φορά μεγάλη ποσότητα, διότι

η ταχεία πλήρωση της κύστης μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ακράτεια αν ο ασθενής έχει μειωμένο έλεγχο του σφιγκτήρα της κύστης. Επίσης, περιορίζει την πρόσληψη υγρών το απόγευμα, έτσι ώστε να ελαττωθεί η πιθανότητα νυχτερινής ακράτειας, καθοδηγεί τον ασθενή να αποφεύγει τη λήψη αναψυκτικών που περιέχουν καφεΐνη, διότι είναι ήπιο διουρητικό και μπορεί να κάνει δυσκολότερο τον έλεγχο της ούρησης.

Η ακράτεια που δεν μπορεί να ελεγχθεί με τους παραπάνω τρόπους, χρειάζεται τελικά την τοποθέτηση καθετήρα κύστης.

1.5.2.Επίσχεση ούρων

Η επίσχεση ούρων δεν είναι μόνο ενοχλητική εξαιτίας του κοιλιακού πόνου που προκαλεί, αλλά προξενεί και κίνδυνο ουρολοίμωξης και νεφρικής ανεπάρκειας. Τα αίτια βρίσκονται πολλές φορές στην απόφραξη της ουροφόρου οδού από όγκο και εν μέρει από τη διαταραχή της νεύρωσης της κύστης από τα νευροσυμπίεστικά φαινόμενα. Επίσης, ευθύνονται ορισμένα φάρμακα που λαμβάνουν οι ασθενείς, όπως είναι η μορφίνη και τα φάρμακα με αντιχολινεργική δράση, όπως είναι τα αντικαταθλιπτικά, νευροληπτικά και αντιισταμινικά. Η δυνατότητα να μη οφείλεται η επίσχεση ούρων στον όγκο είτε στα φάρμακα, αλλά σε άλλη αιτία όπως είναι η υπερτροφία του προστάτου, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη.

Στη φαρμακευτική παρέμβαση χορηγούνται, σε αντίθεση με την ακράτεια, χολινεργικά φάρμακα, όπως είναι η διστιγμίνη. Ως δεύτερη επιλογή χορηγούνται οι αναστολείς του ενζύμου χολινεστεράσης. Τελικά εάν αποτύχει η παρακάτω ενέργεια, τότε η επίσχεση αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση καθετήρα.

1.5.3.Σύσπαση της ουροδόχου κύστης

Ερεθισμός του κυστικού τοιχώματος από λοίμωξη, καθετήρα, όγκο ή ακτινοβολία καθώς και έντονη ανησυχία και νευρικότητα μπορούν να προκαλέσουν πολύ ενοχλητική συστολή της ουροδόχου κύστης. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη χορήγηση αντιβιοτικών, αλλαγή καθετήρα και καθαρισμό κύστης. Φάρμακα, τα οποία επηρεάζουν τη συσταλτικότητα της κύστης, όπως είναι η πυριδοστιγμίνη, μπορούν να χορηγηθούν. Σε περιπτώσεις αποτυχίας μπορεί να χορηγηθούν αντιχολινεργικά φάρμακα. Το φάρμακο της ομάδας αυτής με την καλύτερη αποτελεσματικότητα είναι η αμιτριπτυλίνη.

1.5.4.Χρωματισμός ούρων

Η κύρια αιτία του χρωματισμού των ούρων είναι τα φάρμακα. Έτσι το Adriamycin προκαλεί π.χ. κόκκινο και το Phenazopyridin πορτοκαλί χρώμα. Ορισμένοι ασθενείς αντιλαμβάνονται τον χρωματισμό ούρων ως ένδειξη της επιδείνωσης της νόσου και ανησυχούν. Γι'αυτό, πρέπει να τους εξηγηθεί η αιτία αυτού του ακίνδυνου συμπτώματος(Δρ. Ρ.-Ο. Γκμπαντι 2006).

1.6. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

1.6.1.Κνησμός

Ο κνησμός δεν είναι μόνο ένα βασανιστικό σύμπτωμα που προκαλεί ανησυχία, αϋπνία και αίσθημα φόβου στους ασθενείς, αλλά μπορεί να οδηγήσει και σε μόλυνση του δέρματος.

Η διαταραχή του μεταβολισμού είναι συχνά η αιτία του κνησμού. Αλλά και η αλλεργική αντίδραση, ορισμένα φάρμακα και η διήθηση του όγκου στο δέρμα μπορούν να είναι επίσης αιτίες. Ο φόβος αλλά και το ξηρό δέρμα ή η θερμότητα ενισχύουν το σύμπτωμα αυτό. Πέρα από μια γενική προσέγγιση στη θεραπεία, όπως είναι η απομάκρυνση βλαβερών ερεθισμάτων, πρέπει να εφαρμοστούν και μέτρα περιποίησης του δέρματος, κομμένα νύχια, αποφυγή υπερθέρμανσης και ιδρώτα. Αντίθετα, η φαρμακευτική αντιμετώπιση του κνησμού δεν έχει πρωταρχική σημασία. Τα αντιισταμινικά είναι μεν ορισμένες φορές αποτελεσματικά, αλλά προκαλούν υπνηλία. Μπορεί να δοκιμασθεί και η βραχυπρόθεσμη χορήγηση στεροειδών. Εάν ο κνησμός οφείλεται σε υπερχολερυθριναιμία, συνίσταται η χορήγηση methyltestosteron.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να αξιολογήσει τον κνησμό του ασθενούς συμπεριλαμβανομένου της έναρξης, των χαρακτηριστικών, της εντόπισης και των παραγόντων που τον επιδεινώνουν και τον μετριάζουν. Για να μπορέσει να ανακουφιστεί ο ασθενής, τοποθετούμε ψυχρά υγρά επιθέματα στις περιοχές που παρουσιάζουν κνησμό, διατηρούμε το περιβάλλον δροσερό, χρησιμοποιούμε για το λουτρό του ασθενούς χλιαρό νερό και ουδέτερα σαπούνια και επαλείφουμε το δέρμα με ελαιώδεις παράγοντες αμέσως μετά το μπάνιο, όταν το δέρμα είναι ακόμα υγρό. Επίσης, ενθαρρύνουμε τον ασθενή να φορά άνετα ρούχα και χρησιμοποιούμε τεχνικές για τον ελαφρό ερεθισμό του δέρματος στις περιοχές του κνησμού.

1.6.2.Καρκινικό έλκος του δέρματος

Έντονη και ενοχλητική οσμή εξαιτίας επιμόλυνσης προκαλεί το καρκινικό έλκος του δέρματος. Οι συνέπειες μιας τέτοιας κατάστασης μπορούν να είναι η κοινωνική απομόνωση του ασθενή, ναυτία και ανορεξία. Το καρκινικό έλκος του δέρματος μπορεί να προληφθεί αν γίνει έγκαιρη ειδική θεραπεία. Εάν υπάρχει ήδη έλκος που δεν θεραπεύεται πλέον, τότε πρέπει με τοπικές αντισηπτικές διαδικασίες να εμποδιστεί και να ελεγχθεί η επιμόλυνση. Η χρήση αποσμητικού ψεκαστήρα στο δωμάτιο του ασθενή, αν και είναι σπάνια αποτελεσματική, ωστόσο εφαρμόζεται.

Εάν υπάρχει αιμορραγία των τριχοειδών αγγείων στη βάση του έλκους, τότε αντιμετωπίζεται με την εφαρμογή επιθεμάτων που προηγουμένως έχουν διαποτιστεί με αγγειοσυσταλτικά φάρμακα.

1.6.3.Κατάκλιση

Η πρόληψη της κατάκλισης σε ασθενείς με κακοήθη νόσο, κακή κατάσταση διατροφής και ακινησία είναι πολύ σημαντική, επειδή η θεραπεία της κατάκλισης είναι δύσκολο να επιτευχθεί σε τέτοιους ασθενείς. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους καρκινοπαθείς καθώς συντελούν και πολλοί άλλοι αρνητικοί παράγοντες που παρουσιάζονται στην ομάδα αυτή, όπως είναι η αναιμία, η κακή περιφερειακή αιμάτωση, μεγάλη ηλικία, νευρολογική δυσλειτουργία, ακράτεια και λοιμώξεις.

Γι'αυτό, η τοποθέτηση των ασθενών χρήζει μεγάλης προσοχής, όπως είναι η περιποίηση καθώς και η αποφυγή υγρότητας του δέρματος. Εάν προκύπτει για πρώτη φορά επιφανειακή βλάβη του δέρματος, θα πρέπει η βλάβη αυτή να αντιμετωπισθεί με άμεση απελευθέρωση τυχόν προκλητικών συμπίεστικών παραγόντων και το σημείο του δέρματος να κρατηθεί ξηρό. Βαθύτερη βλάβη απαιτεί, πέρα από την αποσυμπίεση και συχνή αλλαγή

επιδέσμου σε συνδυασμό με την εφαρμογή απολυμαντικής κρέμας. Καλό αποτέλεσμα μπορεί να επιτευχθεί με την εφαρμογή ουσιών που προωθούν την κοκκοποίηση όπως είναι π.χ. Dextranomer. Όμως πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη ότι η επούλωση λαμβάνει χώρα με πολύ αργό ρυθμό. Η χρήση των τοπικών αντιβιοτικών δεν ενδείκνυται εξαιτίας της αλλεργικής αντίδρασης και της ανάπτυξης ανθεκτικότητας των μικροβίων που μπορεί να προκαλεί. Σε πολύ δύσκολη περίπτωση πρέπει να ληφθεί υπόψη η δυνατότητα να γίνει χειρουργικός καθαρισμός. Εδώ, όμως, πρέπει να συνεκτιμηθεί καλά ο κίνδυνος και το όφελος μιας τέτοιας χειρουργικής επέμβασης, λαμβάνοντας υπόψη το προσδόκιμο ζωής του ασθενή.

Από την πλευρά του ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι πάρα πολύ προσεχτικός και να εξετάζει το δέρμα και ειδικά τις οστικές προεξοχές και τις περιοχές που παρουσιάζουν κνησμό και την περιπρωκτική περιοχή, για ωχρότητα, ερυθρότητα και λύση της συνέχειας του δέρματος. Σε περίπτωση έντονης διάρροιας ο νοσηλευτής θα πρέπει να βοηθάει τον ασθενή να σκουπίζεται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην υπάρχει καθόλου υγρασία. Θα πρέπει επίσης να λάβει μέτρα και για την πρόληψη ή θεραπεία του ελλείματος υγρών, έτσι ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος διαβρώσεων λόγω της ξηροδερμίας (Δρ. Ρ.-Ο. Γκμπαντι 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

2.1. ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο ασθενής κατά τη τελική φάση του καρκίνου, έρχεται αντιμέτωπος με την ιδέα του θανάτου, αφού η θεραπεία που λαμβάνει είναι πλέον μόνο ανακουφιστική. Κατά τη φάση αυτή και καθόλη την διάρκειά της, ο ασθενής ταλαντεύεται ανάμεσα στην άρνηση και την αποδοχή αυτού του επερχόμενου γεγονότος. Δεν ξέρει αν πρέπει να αποδεχθεί ή να αρνηθεί το γεγονός ότι έρχεται το τέλος της ζωής του.

Μαζί με τον φυσικό θάνατο, συνήθως σε αυτό το στάδιο, επέρχεται και ο ψυχολογικός θάνατος που είναι εξίσου σημαντικός, διότι ο ασθενής μετά την ταλαιπωρία που υπέστη με τις χημειοθεραπείες και τις ακτινοθεραπείες, θέλει να τα εγκαταλείψει όλα.

Σύμφωνα με την Kübler-Ross στην πρώτη φάση, τη φάση της άρνησης, ο άρρωστος έχει τη τάση να αρνηθεί (ασυνείδητα και άρα ακούσια) το γεγονός της ασθένειας. Αρνείται να δεχθεί ότι θα αφήσει τους αγαπημένους του, τη δουλειά του και όλα αυτά που τόσο καιρό τον κρατούσαν στη ζωή. Η άρνηση είναι ένας μηχανισμός αυτοπροστασίας που επιτρέπει στον άρρωστο να περισυλλέγει και να κινητοποιήσει με τον καιρό άλλους μηχανισμούς άμυνας. Έτσι, σιγά σιγά, αυτή η άρνηση δίνει τη θέση της στην μερική αποδοχή του γεγονότος. Υπάρχουν μερικές περιπτώσεις όπου ο ασθενής παραμένει στο στάδιο της άρνησης αλλά αυτές είναι λίγες και σπάνιες.

Εκτός από τη λεκτική άρνηση, ο ασθενής μπορεί να εκφράζεται και με πράξεις που δείχνουν τη μη αποδοχή του γεγονότος, όπως για παράδειγμα επισκέψεις σε άλλους γιατρούς με την ελπίδα η διάγνωση του να είναι λάθος. Το κατά πόσο θα δεχθεί ο ασθενής την αρρώστια του εξαρτάται από το πόσο καλά προετοιμασμένος ήταν να ακούσει αυτή την είδηση και κατά πόσο έχει άτομα κοντά του που τον βοηθούν και τον υποστηρίζουν.

Μετά τη φάση της άρνησης ακολουθεί η φάση της οργής ή εξέγερσης, κατά την οποία ο ασθενής βρίσκει τη μοίρα του άδικη και αδικαιολόγητη. Ξεσπά σε όλα τα άτομα που θέλουν να τον φροντίσουν και να τον περιποιηθούν, από τους γιατρούς και τις νοσοκόμες μέχρι τα συγγενικά τους πρόσωπα.

Αυτή η οργή οφείλεται στο γεγονός ότι ο άνθρωπος αυτός, μετά από χρόνια αδιάκοπης και κουραστικής δουλειάς, το μόνο που θέλει είναι να ξεκουραστεί και να απολαύσει τα αγαθά για τα οποία μοχθούσε όλα αυτά τα χρόνια. Στο σημείο αυτό λοιπόν, έρχεται αντιμέτωπος με τον καρκίνο ο οποίος του στερεί όλα αυτά που ονειρευόταν. Το αποτέλεσμα αυτού, είναι να ζηλεύει όλους τους ανθρώπους που βρίσκονται γύρω του και οι οποίοι συνεχίζουν τη ζωή τους κανονικά.

Παρόλα αυτά, το μόνο που χρειάζονται αυτοί οι ασθενείς είναι η προσοχή μας, το ενδιαφέρον μας και τη κατανόηση μας, χωρίς ίχνος λύπησης και οίκτου, για να μπορέσουν να σταθούν στα πόδια τους και να περάσουν στη επόμενη φάση, τη φάση της διαπραγμάτευσης.

Η φάση αυτή, χαρακτηρίζεται από τη τάση για ικεσίες, που παίρνουν τη μορφή τάματος. Εδώ γίνεται ένα είδος συμφωνίας για να αναβληθεί το αναπόφευκτο. Ο άρρωστος πιστεύει ότι θα αμειφθεί για τη καλή του συμπεριφορά με τη μείωση του πόνου του, με προέκταση της ζωής του, θα κατορθώσει να ζήσει αρκετά για να παραστεί στο γάμο του παιδιού του, για να τακτοποιήσει υποθέσεις του. Το παζάρεμα είναι πραγματικά μια προσπάθεια αναβολής. Βέβαια και να του παραχωρηθεί η αναβολή ή να του γίνει μια ειδική χάρη, δεν πρέπει να περιμένουμε ότι θα κρατήσει την υπόσχεση για καλή συμπεριφορά ή μια ζωή αφιερωμένη σε κάποιο σκοπό στη ζωή ή στο θεό. Συχνά οι υποσχέσεις συνδέονται με μια ενοχή, φόβο ή τιμωρία για διάφορους λόγους και πρέπει να αναζητείται το βαθύτερο νόημα και κίνητρο τέτοιων συμπεριφορών.

Ακολουθεί η καταθλιπτική φάση. Ο άρρωστος που βαδίζει προς τον θάνατο, νιώθοντας τα συμπτώματα να εντείνονται, να γίνεται πιο αδύναμος, οι πόνοι ισχυρότεροι, δεν μπορεί να κρύψει πια την απελπισία, τη θλίψη και την πίκρα του. Κλαίει και μιλάει για αυτοκτονία, εκδηλώνει αισθήματα ενοχής, αυτομομφής, αυτουποτίμησης. Η κατάθλιψη αυτής της φάσης είναι είτε

αντιδραστική είτε προπαρασκευαστική, που προετοιμάζει τον άρρωστο για το τελικό αποχωρισμό από αυτόν τον κόσμο.

Στη δεύτερη αυτή μορφή κατάθλιψης, οι ενθαρρύνσεις και οι διαβεβαιώσεις δεν έχουν νόημα. Ο άρρωστος βρίσκεται στην πορεία απώλειας του κάθε τι και όλων των αγαπημένων του προσώπων, ώστε δεν έχει σημασία να του πούμε ότι δεν πρέπει να λυπάται. Η φάση αυτή είναι συνήθως μια σιωπηλή περίοδος με ανάγκη για άγγιγμα του χεριού, μια ζεστή παρουσία χωρίς πολλά λόγια σε αντίθεση με την αντιδραστική μορφή στην οποία ο άρρωστος έχει πολλά να μοιραστεί με τους άλλους. Εδώ θα απαλλάξουμε τον άρρωστο από περιττό άγχος, ταλαιπωρία και ταραχή αν προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε αν ο άρρωστος είναι έτοιμος να αγωνιστεί για τη ζωή του ή είναι έτοιμος να προετοιμαστεί για να πεθάνει.

Η τελευταία φάση, η φάση της αποδοχής, είναι το στάδιο που σαν να έχει φύγει ο πόνος, ο αγώνας να'χει τελειώσει και έρχεται ο καιρός για την τελική ανάπαυση πριν από το μακρύ ταξίδι. Μερικοί ασθενείς πέρασαν την κατάθλιψη και την εξέγερση αλλά είναι περισσότερο απογοητευμένοι έχοντας αφεθεί σε μια μοιρολατρική εγκατάλειψη και απομόνωση παρά σε γαλήνη. Άλλοι ωστόσο ασθενείς είναι ήρεμοι.

Ο άρρωστος θέλει να μείνει μόνος, λιγομίλητος ή τουλάχιστον να μην ενοχλείται από τα προβλήματα του εξωτερικού κόσμου. Θα αντικρύσει τις τελευταίες στιγμές ηρεμότερα αν του επιτραπεί να αποσπάσει τον εαυτό του απ'όλες τις σημαντικές σχέσεις της ζωής του. Μια ματιά, ένα σφίξιμο του χεριού, μπορούν να πουν περισσότερα από πολλές λέξεις και να βεβαιώσουν τον άρρωστο ότι δεν εγκαταλείπεται μόνος, αλλά ότι θα βρισκόμαστε κοντά του μέχρι το τέλος, όπου ο κύκλος της ζωής κλείνει.

Οι φάσεις που περιγράψαμε σπάνια διαδέχονται κανονικά η μία την άλλη. Ορισμένοι άρρωστοι σταματούν πολύ καιρό σε ένα από τα στάδια και ύστερα επανέρχονται σε ένα από τα προηγούμενα, έστω και αν έχουν φτάσει στο στάδιο της αποδοχής. Για παράδειγμα, αν συμβεί υποτροπή της αρρώστιας, ο ασθενής θα επαναστατήσει και πάλι θα πέσει σε κατάθλιψη. Η μερική άρνηση χρησιμοποιείται σχεδόν απ'όλους τους αρρώστους όχι μόνο κατά τη διάρκεια των πρώτων σταδίων της αρρώστιας αλλά και αργότερα από καιρό σε καιρό.

Πίσω απ'όλα αυτά τα στάδια και τις φάσεις κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλτης και όχι αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο για να αντέξει ακόμη λίγο καιρό. Αυτό δε σημαίνει ότι οι γιατροί πρέπει να πουν ψέματα στον ασθενή. Σημαίνει ότι μοιραζόμαστε μαζί του την ελπίδα πως κάτι απρόβλεπτο μπορεί να αλλάξει τη ροή των πραγμάτων. Θα πρέπει να προσέξουμε ώστε να μην απελπίσουμε τον άρρωστο, ενώ χρειάζεται ακόμη την ελπίδα. Αν εγκαταλείψουμε έναν τέτοιο άρρωστο και παραιτηθούμε, μπορεί να εγκαταλείψει και ο ίδιος τον εαυτό του και η περαιτέρω ιατρική βοήθεια θα μπορούσε να έρχεται πολύ αργά, βρίσκοντάς τον απροετοίμαστο για μια νέα μάχη.

Στον ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις υποστηρίζοντάς τον και δείχνοντάς του ότι δεν τον ξεχάσαμε. Ζητάμε από την οικογένεια, φίλους και συγγενείς του να μην τον εγκαταλείψουν. Συζητάμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με τον ίδιο τον άρρωστο και φροντίζουμε να έχει διευθετήσει όλες τις υποθέσεις του. Του δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, τις ανάγκες, τα συναισθήματά του και του δείχνουμε κατανόηση, συμπάρασταση. Βεβαιώνουμε ότι εκτός του ελέγχου των σοβαρών συμπτωμάτων, στον άρρωστο χορηγείται αγωγή για τον έλεγχο του πόνου. Η κάποια ανακούφιση από τον αφόρητο πόνο είναι τόσο σημαντική για το πρόσωπο που πεθαίνει όσο και η συναισθηματική υποστήριξη. Το να κρατηθεί ο άρρωστος με το λιγότερο δυνατό πόνο αλλά ωστόσο διατηρώντας συνείδηση, είναι ο στόχος πολλών φαρμακευτικών σχημάτων με τη χρήση ή μη ναρκωτικών. Έχει υποστηριχθεί πως το είδος αυτό της θεραπείας δεν ευνοεί την τόσο επίφοβη τοξικομανία, αλλά αντίθετα μετά από μια αγωγή μερικών ημερών τέτοια που ο άρρωστος να διαπιστώσει πως έπαψε να πονά ή ο πόνος μειώθηκε, είναι δυνατή η ελάττωση των δόσεων και η χορήγησή τους σε σταθερή δοσολογία. Αυτό είναι κατανοητό αν σκεφτούμε την εξάλειψη της αγχώδους αναμονής του πόνου, που ασκεί άμεση επίδραση στην έντασή του. Επίσης είναι σημαντικό να αφήνουμε τους αρρώστους, όσους είναι ικανοί για συνεργασία, να συναποφασίζουν με τους γιατρούς για τη στιγμή που θα πάρουν τα αναλγητικά τους. (Αναγνωστόπουλος 1984)

2.2.ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΟΙ ΘΑΝΑΤΟΥ

Στην ψυχολογία το άγχος και ο φόβος περιγράφονται συχνά σαν δύο διαφορετικές έννοιες. Άγχος θεωρείται το έντονο γενικευμένο διάχυτο συναίσθημα που δεν προκαλείται από κάποια συγκεκριμένη αιτία αλλά μια γενικότερη απροσδιόριστη κατάσταση, ενώ ο φόβος θεωρείται το συναίσθημα εκείνο που είναι άμεσα συνδεδεμένο με κάποια συγκεκριμένη απειλή ή κίνδυνο.

Ο «φόβος θανάτου» και το «άγχος θανάτου» χρησιμοποιούνται από μερικούς επιστήμονες σαν ταυτόσημες έννοιες (Backer, Hannon & Russel 1982) ενώ άλλοι τις ξεχωρίζουν. Η Rando και ο Pattison που τις διαφοροποιούν ισχυρίζονται ότι είναι φυσιολογικό κάθε άτομο που απειλείται η ζωή του από μια σοβαρή αρρώστια να βιώνει άγχος καθώς αντιμετωπίζει την πιθανότητα να πεθάνει. Το άγχος αυτό βασίζεται σε συγκεκριμένους φόβους που απασχολούν τον άρρωστο. Σκοπός λοιπόν κάθε ψυχολογικής παρέμβασης είναι να βοηθήσει το άτομο να εντοπίσει, να εκφράσει και να αποδεχθεί τους συγκεκριμένους φόβους που κρύβονται πίσω από το διάχυτο και αδιαφοροποίητο άγχος θανάτου.

Είναι σημαντικό να καταλάβει ο άρρωστος από πού πηγάζουν οι φόβοι του, σε τι αποσκοπούν και πως συνδέονται με τον τρόπο που αντιμετωπίζει γενικότερα τη ζωή. Ας μην ξεχνάμε ότι η ζωή και ο θάνατος αποτελούν «τις δύο διαφορετικές όψεις του ίδιου νομίσματος». Αυτό σημαίνει ότι ο τρόπος που κάθε άτομο ερμηνεύει και αντιμετωπίζει τις προκλήσεις, κάθε τι καινούργιο και άγνωστο μες τη ζωή του, είναι άμεσα συνδεδεμένος με τον τρόπο που προσεγγίζει και το άγνωστο μπρος στην ιδέα του θανάτου του.

Σύμφωνα με κάποιους επιστήμονες οι φόβοι θανάτου δεν είναι ενστικτώδεις. Υπάρχουν σαν αποτέλεσμα κάποιας μάθησης, μια και ο κοινωνικοπολιτιστικός μας χώρος δημιουργεί, καλλιεργεί και διαιωνίζει ερμηνείες και μηνύματα που συνδέουν το θάνατο με το φόβο.

Μάθαμε μέσα από τη διαπαιδαγώγησή μας, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τον κινηματογράφο, τη λογοτεχνία, ίσως και μέσα από ενδεχόμενες τραυματικές προσωπικές εμπειρίες, να φοβόμαστε, να αποστρεφόμαστε, να αρνούμαστε το θάνατο. Αναμφισβήτητα ανατρέπει την τάξη και το φυσιολογικό ρυθμό της καθημερινής ζωής. Όμως μια σειρά από ανθρωπολογικές μελέτες εντοπίζει τις σημαντικές διαφορές που υπάρχουν στον τρόπο που ερμηνεύεται και αντιμετωπίζεται ο θάνατος στους διάφορους πολιτισμούς και θρησκείες (Despelder & Strickland 1983). Ο θάνατος, δεν είναι «φοβερός» ή «μη φοβερός». Δεν είναι θετικός, αλλά ούτε και αρνητικός. Κάθε άτομο του αποδίδει τη δική του ερμηνεία και σημασία.

Δύο άρρωστοι μπορεί να λένε ότι φοβούνται το θάνατο αλλά το περιεχόμενο και η ένταση των φόβων τους μπορεί να διαφέρουν.

Ο Leming περιγράφει 8 μορφές φόβων που αντιμετωπίζει οποιοδήποτε άτομο προβληματίζεται με το θάνατό του. Αυτούς τους διακρίνει σε δύο κυρίως κατηγορίες: στην μία συμπεριλαμβάνονται οι φόβοι που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο, ενώ στη δεύτερη, οι φόβοι περιστρέφονται γύρω από το ίδιο το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του πεθαμένου.

Οι φόβοι σχετικά με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο είναι:

A)ο φόβος εξάρτησης

Αυτός ο άρρωστος φοβάται περισσότερο μην χάσει τον αυτοέλεγχό του, μην περιοριστούν οι ικανότητες και δραστηριότητές του καθώς και η ανεξαρτησία του. Τον απασχολεί ιδιαίτερα το γεγονός ότι αποτελεί «βάρος» για τους άλλους ή ότι εξαρτάται αποκλειστικά από αυτούς.

B)ο φόβος του πόνου

Κάθε άρρωστος ανέχεται καλύτερα τον πόνο όταν μπορεί να τον αιτιολογήσει, ή όταν γνωρίζει ότι στη συνέχεια θ'ανακουφιστεί. Γι'αυτόν όμως που πεθαίνει, ο φόβος του πόνου ή της δύσπνοιας ή της οποιασδήποτε δυσλειτουργίας εντείνεται όταν πιστεύει ότι δεν υπάρχουν τα μέσα ή τα

χρονικά περιθώρια για να νιώσει και πάλι καλύτερα. Φοβάται συχνά έναν επώδυνο, αργό ή μακρύ θάνατο χωρίς να μπορεί να καταλάβει το «γιατί».

γ)ο φόβος της ταπείνωσης

Ο άρρωστος που πλησιάζει στον θάνατο μπορεί να φοβάται μήπως παραμορφωθεί ή μήπως υποστεί νέες αναπηρίες που δεν αποτελούν μονάχα απώλειες στο επίπεδο της λειτουργικότητάς του, αλλά κυρίως στο επίπεδο της αυτοεκτίμησης και ακεραιότητάς του. Κατά τον ίδιο τρόπο, όταν νιώθει αδύναμος κι ανήμπορος μπρος στην απειλή του θανάτου φοβάται κυρίως ότι θα χάσει την αξιοπρέπεια και τον αυτοσεβασμό του. Σαν συνέπεια αυτής της ταπείνωσης και υποτίμησης, νιώθει ντροπή, ενοχές και φοβάται ότι δεν θα είναι αποδεκτός ή αγαπητός από τα συγγενικά του πρόσωπα.

Δ)ο φόβος της απομόνωσης, απόρριψης και μοναξιάς

Από τους συνηθέστερους και εντονότερους φόβους του αρρώστου είναι ο φόβος της εγκατάλειψης από το περιβάλλον του. Συχνά συγγενείς που υποφέρουν να τον βλέπουν να πεθαίνει απομακρύνονται από αυτόν, ή τον «ξεγράφουν» πρόωρα.

Ε)ο φόβος του αποχωρισμού

Κάθε άρρωστος που πεθαίνει είναι φυσικό να «θρηνεί» για τον αποχωρισμό που επίκειται από την οικογένεια και τους φίλους του. Τον προβληματίζει πώς θα αντιμετωπίσουν οι συγγενείς του το θανάτο του, τι θ'απογίνουν οι δικοί του χωρίς αυτόν, ιδιαίτερα μάλιστα αν αποτελούσε σημαντικό συναισθηματικό και οικονομικό στήριγμα για τα μέλη της οικογένειάς του.

Οι φόβοι σχετικά με το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού είναι:

Α)ο φόβος μπρος σε κάποια μεταθανάτια ζωή ή κατάσταση

Για πολλούς αρρώστους το «άγνωστο» είναι εκείνο που τους απασχολεί και τους τρομάζει περισσότερο από κάθε τι άλλο, ενώ μερικοί φοβούνται τη «Θεία Δίκη» που μπορεί να τους τιμωρήσει στη μετέπειτα ζωή τους. Άλλοι πάλι, τρομάζουν με τη σκέψη ότι μπορεί να υπάρχουν πνεύματα ή μεταφυσικές δυνάμεις, ενώ μερικοί πανικοβάλλονται με την ιδέα ότι μετά το θάνατο δεν υπάρχει τίποτα.

Β)ο φόβος μπρος στην οριστικότητα του θανάτου.

«Τι θα απογίνουν όλα τα ανεκπλήρωτα σχέδια και οι στόχοι που έχω στη ζωή μου?», «κι όλα τα αγαπημένα μου πρόσωπα δεν θα τα ξαναδώ ποτέ?».Αυτά είναι ερωτήματα που δημιουργούνται σε κάθε άρρωστο και ιδιαίτερα σ'εκείνον που φοβάται έντονα την οριστικότητα και το «αμετάκλητο» του θανάτου.

Γ)ο φόβος για την τύχη του σώματος

Η αποσύνθεση του σώματος, η σκέψη της ταφής, το φέρετρο κάτω από το χώμα, αποτελούν για μερικά άτομα έγνοιες που δημιουργούν έντονο άγχος.

Βέβαια κάθε άτομο μπορεί να βιώνει έναν ή περισσότερους από αυτούς τους φόβους σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό και ένταση

Όπως δείχνουν τα αποτελέσματα της έρευνας στον τομέα αυτό, το άγχος που έχουν υγιή άτομα σχετικά με το θάνατό τους, είναι περισσότερο συνδεδεμένο με φόβους που αφορούν τη περίοδο που οδηγεί προς το θάνατο, παρά με το γεγονός του ίδιου του θανάτου.

Μέσα από την προσωπική πείρα διαπιστώνεται ότι το ίδιο ισχύει συνήθως και για το άρρωστο άτομο που βρίσκεται κοντά στο τέλος της ζωής του, μια και συχνά το απασχολεί περισσότερο το «πώς» θα πεθάνει, παρά το ότι θα πεθάνει.

Συνεπώς, είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος που μπορεί να παίζει το ευαισθητοποιημένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για να μειώσει τους φόβους και το άγχος του αρρώστου σχετικά με την πορεία του προς το θάνατο.

2.3.Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

Ο ρόλος του γιατρού και της νοσηλεύτριας που φροντίζουν τον ασθενή που πεθαίνει δεν είναι μόνο ιατρικός ή νοσηλευτικός. Περισσότερο από κάθε άλλη περίοδο της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, μπορούν με την παρουσία τους και μόνο να του προσφέρουν την απαραίτητη συμπαράσταση και μια αίσθηση σιγουριάς και ασφάλειας ότι δεν έχουν απομείνει μόνοι σε αυτές τις σημαντικές στιγμές.

Η Kübler-Ross υπογραμμίζει ότι σε αυτήν την τελική φάση της ζωής όταν λέμε ότι «βοηθάμε» τους ασθενείς δεν εννοούμε ότι τους βοηθάμε να πεθάνουν, αλλά να «ζήσουν» μέχρι να πεθάνουν. Ακόμα και μπροστά στο θάνατο, κάθε άτομο διατηρεί τη δυνατότητα να εξελίσσεται. Δεν παύει να έχει συναισθήματα, σκέψεις και ανάγκες καθώς έρχεται σε επαφή και επικοινωνία με το προσωπικό, τους συγγενείς, και άλλους ασθενείς από τους οποίους επηρεάζεται και τους επηρεάζει. Μέσα από αυτήν την αμοιβαία επιρροή και τις συνθήκες που αντιμετωπίζει, το άτομο διαμορφώνει μια στάση και ορισμένες αντιλήψεις δίνοντας κάποιο «νόημα» στις εμπειρίες που ζει και στον επερχόμενο θάνατό του.

Πολλοί πιστεύουν λανθασμένα ότι ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι να καθοδηγήσει τον ασθενή σε μια αποδοχή και συμφιλίωση με την πραγματικότητα ότι πεθαίνει. Όμως αναρωτιέται κανείς αν

ένας τέτοιος στόχος ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενή ή αν τελικά αποβλέπει να διευκολύνει το προσωπικό που συχνά δυσκολεύεται να συμπαρασταθεί σε εκείνον τον ασθενή που έχει έντονο άγχος μπροστά στο θάνατό του ή που αρνείται να δεχθεί την πραγματικότητα.

Στην τελική φάση της ζωής πρέπει να αφήνουμε τον ασθενή να μας καθοδηγεί και να είμαστε έτοιμοι να ανταποκριθούμε στις ανάγκες του, ενθαρρύνοντας έναν ανοιχτό διάλογο μαζί του. Αυτός ο διάλογος προϋποθέτει ότι είμαστε σε θέση να συζητήσουμε θέματα σχετικά με το θάνατό του όταν το άτομο αναζητήσει κάποιον που είναι πρόθυμος να ακούσει τις σκέψεις ή τους φόβους του, χωρίς να του προσφέρει συμβουλές και λύσεις, αλλά που με το ενδιαφέρον και την κατανόηση του, του παρέχει μια συναισθηματική στήριξη. Μέσα στα πλαίσια μιας ανοιχτής επικοινωνίας ο ασθενής διευκολύνεται στην ολοκλήρωση των στόχων του, στην τακτοποίηση εκκρεμών υποθέσεων και στην ανάπτυξη μιας βαθιάς συναισθηματικής και ουσιαστικής επαφής με αγαπημένα του πρόσωπα, ανάμεσα στα οποία συχνά συμπεριλαμβάνονται και μέλη του προσωπικού.

Η τελική φάση της ζωής του μπορεί να αποτελέσει μια εμπειρία ολοκλήρωσης και αποδοχής τόσο για τον ασθενή όσο και για το περιβάλλον του που παρόλο τον ψυχικό πόνο αποχωρίζονται σε ένα κλίμα σεβασμού και αξιοπρέπειας.

Δυστυχώς όμως κάθε θάνατος δεν ολοκληρώνεται μέσα σε παρόμοιες συνθήκες. Μπορεί μάλιστα να είναι δύσκολος, επίπονος, άσχημος ο αποχωρισμός όταν ο ασθενής υποφέρει οργανικά και ψυχικά, ή όταν βρίσκεται φοβισμένος, εγκαταλειμμένος και συναισθηματικά απομονωμένος μέσα σε ένα εξίσου τρομαγμένο ή πανικόβλητο περιβάλλον.

Βασικά η σημαντικότερη προσφορά που μπορούμε να προσφέρουμε στον ασθενή στηρίζεται στην αποδοχή της κατάστασής του και στη συμφιλίωσή μας με την ιδέα του θανάτου. Η δική μας αποδοχή τον διευκολύνει να δεχθεί τον εαυτό του και το θάνατο.

2.4 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Είναι πολλοί που όταν βρίσκονται μπροστά στον ασθενή με καρκίνο με καμία πιθανότητα επιβίωσης σκέφτονται ή λένε: «Δεν έχω τίποτα άλλο να του προσφέρω».

Αυτή η συμπεριφορά συχνά εκφράζει μια αίσθηση αποθάρρυνσης που πηγάζει από προσωπικούς φόβους σχετικά με το θάνατο και ορισμένες λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με το ρόλο του γιατρού και της νοσηλεύτριας απέναντι στον ασθενή.

Στο χώρο της Ιατρικής και Νοσηλευτικής εξακολουθεί να επικρατεί στην εποχή μας η λανθασμένη αντίληψη ότι στόχος κάθε προσπάθειας είναι η αποκατάσταση της σωματικής υγείας του ατόμου. Η ασθένεια και ο θάνατος αποτελούν τον εχθρό που πρέπει να καταπολεμηθεί. Κατά συνέπεια όταν αντιμετωπίζεται η πιθανότητα θανάτου, αναπτύσσονται συχνά στο προσωπικό αισθήματα «ήττας» «ενοχών» και αμφισβήτησης της υποτιθέμενης παντοδυναμίας του. Αποθαρρυσμένο με την εξέλιξη των πραγμάτων απομακρύνεται από τον ασθενή ή διατηρεί μια επιφανειακή επικοινωνία μαζί του. Συχνά μάλιστα για να δικαιολογήσει την απόστασή του προβάλλει την σφαλερή αντίληψη που δήθεν απαιτεί από το προσωπικό να παραμένει «συναισθηματικά απομακρυσμένο και ανεπηρέαστο» ώστε να διατηρεί αντικειμενικότητα και ψυχραιμία (Παπαδάτου 1986). Χωρίς αμφιβολία η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση γύρω από την ψυχολογία του ασθενή που πεθαίνει και της οικογένειάς του, καθώς και μια προσωπική διεργασία αυτογνωσίας όλων όσων δουλεύουν στο χώρο της Ογκολογίας, αποτελούν μια αναγκαιότητα και απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματικότερη και ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας σε κάθε άτομο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Καθώς ο άρρωστος πλησιάζει προς το θάνατό του, πραγματοποιεί μια προοδευτική συναισθηματική και κοινωνική απόσυρση. Αυτή η στάση υπαγορεύεται από την ανάγκη του να συνειδητοποιήσει το γεγονός ότι πρόκειται να πεθάνει.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποδεχθεί και να συμφιλιωθεί με αυτή την κατάσταση. Ενημερώνοντας την οικογένεια του ασθενούς θα του εξασφαλίσει ένα ήρεμο περιβάλλον που δεν τον εγκαταλείπει και θα του επιτρέψει να θρηνησει και να προετοιμαστεί για το πέρασμα από τη ζωή στο θάνατο.

Η διευθέτηση εκκρεμών υποθέσεων οι οποίες πηγάζουν από το ρόλο και τη θέση του στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύνολο αποτελούν βασικές κοινωνικές ανάγκες. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενθαρρύνει τον άρρωστο να εκφράζει τις ανάγκες του, αλλά ταυτόχρονα να παίξει το ρόλο του συνηγόρου του και να λειτουργήσει εκ μέρους του, ώστε να πραγματοποιηθούν ή να καλυφθούν κάποιες από αυτές (Λαβδανίτη 2000).

Οι υποστηρικτικές κοινωνικές σχέσεις, συμπεριλαμβανομένων των οικογενειακών και φιλικών, επηρεάζουν επίσης την αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης (Nugent 1988, McIntyre 1996). Οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν στην καλλιέργεια της ελπίδας στους πιο δεκτικούς αρρώστους, κάνοντας τους συγγενείς τους -που είναι τα πρόσωπα εκείνα που τους στηρίζουν άμεσα- να αισθανθούν άνετα στο χώρο του τμήματος όπου παρέχεται η φροντίδα (McIntyre 1996).

Η παροχή φροντίδας με μια ολιστική προσέγγιση σε κάποιον που πεθαίνει, προϋποθέτει το ειλικρινές ενδιαφέρον για το άτομο ως άνθρωπο και, ακόμη, εμπεριέχει την παροχή συναισθηματικής και κοινωνικής φροντίδας. Ο Maslow (1968) περιέγραψε την ανάγκη του ατόμου για ασφάλεια και την αίσθηση ότι κάπου ανήκει, καθώς και την ανάγκη για αμοιβαίες σχέσεις φροντίδας. Πράγματι, οι σχέσεις με τους άλλους έχει αποδειχθεί ότι είναι σημαντικές, για τον εαυτό του, όσο και για τον καθορισμό του πως ένα άτομο αντιδρά σε διαφορετικές καταστάσεις της ζωής του (Rogers 1961, Carse 1980).

Σε όλα τα στάδια στη ζωή, ειδικά σε καταστάσεις σοβαρών νοσημάτων το άτομο έχει ανάγκη όχι μόνο να δεχθεί φροντίδα, αλλά και να νοιώσει απαραίτητο. Ο νοσηλευτής βρίσκεται στην προνομιούχο θέση να δημιουργήσει ένα περιβάλλον φροντίδας, το οποίο να καλλιεργεί και να ενισχύει την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει την παρούσα κατάσταση της ζωής του και, παράλληλα να ενδυναμώνει και την αίσθηση της προσωπικής του αξίας. (McIntyre & Chaplin 2001).

Ο άρρωστος έχει ανάγκη να νοιώσει χρήσιμος και ικανός παρόλο την κατάσταση της υγείας του, θέλει να ενδιαφερθεί κάποιος για όλα αυτά που τον απασχολούν και να τα συζητήσει μαζί του. Αν και ο ίδιος γνωρίζει τον επικείμενο θάνατό του, έχει την θέληση να συνεχίσει τις κοινωνικές του δραστηριότητες να νοιώσει πάλι μέλος της κοινωνίας, του συνόλου και πάνω από όλα της οικογένειάς του. Δεν θέλει να τον λυτούνται, αλλά να σταθούν δίπλα του και να τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που θα προκύψουν.

Εκτός όμως από τη φροντίδα σε κοινωνικό επίπεδο ο άρρωστος με καρκίνο τελικού σταδίου έχει ανάγκη και από φροντίδα σε πνευματικό επίπεδο.

Χρέος και καθήκον, λοιπόν του νοσηλευτή είναι να στηρίξει τον ασθενή με καταληκτική νόσο. Να τον βοηθήσει να εκφράσει τις πνευματικές ανησυχίες του. Ασθενής και νοσηλευτής θα προσπαθήσουν μαζί να δώσουν απαντήσεις στα ερωτήματα και τους προβληματισμούς που «γεννιούνται» μετά την γνωστοποίηση της σοβαρότητας κατάστασης. Θέλει να καταλάβει τι είναι αυτό που του συμβαίνει και πως θα μπορέσει αυτός και η οικογένειά του να αντιμετωπίσουν τον επικείμενο θάνατο όσο γίνεται λιγότερο ανώδυνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Τόσο η αρρώστια, όσο και οι απώλειες που τη συνοδεύουν, συχνά δημιουργούν στον ασθενή την αίσθηση ότι δεν ελέγχει πλέον ούτε το σώμα ούτε τη ζωή του. Συχνά λοιπόν λειτουργεί, επιδιώκοντας να ασκήσει νέο έλεγχο και κυριαρχία στις καταστάσεις που πρόκειται να βιώσει. (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1999).

Η πνευματική φροντίδα συχνά αγνοείται και παραμένει ένα υποτιμώμενο, αλλά κεντρικό, τμήμα της φροντίδας ατόμων με προχωρημένο καρκίνο. Η παροχή βοήθειας σε ένα άτομο να διαχειριστεί την πνευματική διάσταση της ζωής του προσφέρει τη δυνατότητα της αποδοχής της μοναδικότητάς του (Penell and Corner 2005).

Καθώς ο άρρωστος προχωρεί προς το θάνατο συχνά βιώνει μια βαθιά υπαρξιακή κρίση. Βιώνει μια ψυχική διεργασία θρήνου. Θρηνεί γιατί χάνει τον ίδιο του τον εαυτό, το σκοπό και το νόημα της ζωής του. Προσπαθεί να ικανοποιήσει τρεις βασικές πνευματικές ανάγκες πριν φτάσει στο τέλος. Αυτές είναι :

-Ανάγκη να δώσει νόημα στη ζωή του δηλαδή το άτομο κάνει ανασκόπηση στη ζωή που είχε ζήσει μέχρι τώρα για να νοιώσει ότι ήταν σημαντικός και ότι η ζωή του είχε αξία. Με τον τρόπο αυτό ο άρρωστος θα έχει την αίσθηση της πληρότητας και της εσωτερικής ηρεμίας εν όψει του θανάτου που επέρχεται.

-Ανάγκη να έχει ένα καλό θάνατο σύμφωνα με το ίδιο το άτομο. Όταν ο ίδιος θα νοιώσει ότι έζησε τις τελευταίες μέρες τις ζωής του σύμφωνα με τις αρχές, τις αξίες και τις πεποιθήσεις που τον ακολουθούσαν μέχρι τη διάγνωση της νόσου του τότε θα έχει την αίσθηση ότι έχει ένα «καλό» θάνατο.

-Ανάγκη για ελπίδα πέρα από το θάνατο. Κάθε άρρωστος που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του έχει την ανάγκη να βρει ή να διατηρήσει ζωντανή την ελπίδα ότι υπάρχει ζωή και μετά το θάνατο. Ακόμα και αν δεν πιστεύει στη μεταθανάτια ζωή έχει την ανάγκη να γνωρίζει ότι αφήνει πίσω του κάποιον. (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1999).

Επίσης σημαντικό είναι για τους ανθρώπους που βρίσκονται στο τελικό στάδιο του καρκίνου η διατήρηση και η ενίσχυση της ελπίδας. Δηλαδή να ελπίζουν ότι θα έχουν μια καλή ποιότητα της ζωής που τους απομένει. Ο άρρωστος πλησιάζοντας όλο και πιο κοντά στην πραγματικότητα που τον περιμένει αρχίζει να παύει να ελπίζει και συνεπώς να χάνει το νόημα της ζωής. Επικεντρώνεται σε αυτό που πρόκειται να του συμβεί, γεγονός που τον καθιστά ακόμη πιο αδύναμο να ανταπεξέλθει σε αυτά που έρχονται (Penell and Corner 2005).

Η διατήρηση της ελπίδας είναι ένα χαρακτηριστικό που διακρίνει τον κάθε άνθρωπο, ακόμα και στις πιο δύσκολες στιγμές τις ζωής του.

Έχει κοινώς αναγνωρισθεί ότι η ελπίδα ενισχύεται όταν το άτομο αισθάνεται ικανό να πεθάνει έχοντας αποδεχθεί τον εαυτό του. Πολλοί ηλικιωμένοι πεθαίνουν με ηρεμία, γιατί αισθάνονται ότι έζησαν πλήρως τη ζωή τους, τακτοποίησαν όλες τις υποθέσεις τους και είναι έτοιμοι για τον τελευταίο αποχαιρετισμό. Αυτή η αποδοχή του θανάτου είναι μια θετική ενέργεια, η οποία παραδόξως διατηρεί την ελπίδα, ενώ η ύπαρξη «ανοικτών λογαριασμών» μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην ικανότητα του ατόμου να προχωρήσει.

Η σχέση νοσηλευτή-αρρώστου μπορεί να καταστεί ένα ισχυρό εργαλείο, διαμέσου του οποίου ο νοσηλευτής αποδίδει σεβασμό στην αξία του αρρώστου ως ανθρώπου, δείχνει προθυμία να μοιραστεί μαζί του αυτή τη δύσκολη εμπειρία και, γενικά, διατηρεί μια στάση συμπόνιας χωρίς επικριτική διάθεση.

Το ενδιαφέρον-φροντίδα μπορεί να εκδηλωθεί με πολλούς και ποικίλους τρόπους. Πρώτα από όλα με το να «είσαι εκεί»για τον άρρωστο. Η ενεργητική ακρόαση μπορεί να αποδείξει την προθυμία του νοσηλευτή να γνωρίσει τον άρρωστο ως άτομο και να κατανοήσει την παρούσα κατάσταση της ζωής του. Επίσης με την ακρόαση δίνεται στο νοσηλευτή η ευκαιρία για συζήτηση σχετικά με όσα απασχολούν, φοβίζουν και ανησυχούν κάποιον, για τον οποίο δεν νοιώθει την ανάγκη να τον προστατεύσει. Μια τέτοια συζήτηση απαιτεί ένα θερμό και συναισθηματικά ασφαλές περιβάλλον, το οποίο να αναδίδει μια αίσθηση ενότητας και δεσίματος.

Το άτομο προσαρμόζεται στην πραγματικότητα της απώλειας της υγείας του και στο ότι ο θάνατος είναι μια επικείμενη πραγματικότητα παρά ένα μελλοντικό γεγονός. Η βίωση αυτής της απώλειας έχει προφανή επίδραση στο επίπεδο και την ποιότητα της ελπίδας του ατόμου, καθώς αλλάζει η επικέντρωση της προσοχής του όχι μόνο στη ζωή αλλά και στην ελπίδα.

Η επιβεβαίωση της αυτοεκτίμησης του ατόμου συχνά μπορεί να επιτευχθεί με την «ανακεφαλαίωση» του ποιος υπήρξε (Lair 1996). Οι νοσηλευτές που φροντίζουν αρρώστους που πεθαίνουν, αναγνωρίζουν ότι συνήθως οι άρρωστοι νοιώθουν την ανάγκη να μιλήσουν για τη ζωή τους. Αυτή η ανασκόπηση της ζωής μπορεί να είναι πολύ ευεργετική για τον άρρωστο, επαναβεβαιώνοντας την αυτοεκτίμησή του και προσφέροντας του την ευκαιρία να εντάξει το θάνατο στην προοπτική της ζωής.

Η γενική ιδέα της παροχής υποστήριξης για τη διασφάλιση της ευκαιρίας να ζήσει κάποιος πλήρως τη ζωή του μέχρι να έρθει το τέλος, είναι θεμελιώδης στην ανακουφιστική φροντίδα (de Raeve 1996). Η πεποίθηση ότι ο άρρωστος μπορεί να ζήσει ευχάριστες στιγμές και σημαντικές εμπειρίες μπορεί να ενισχυθεί μόνο με την παροχή ολιστικής ανακουφιστικής φροντίδας, το χειρισμό των συμπτωμάτων, τη συναισθηματική υποστήριξη, την οικονομική και σωματική ενίσχυση και την οικογενειακή φροντίδα.

Μια άλλη οπτική στο θέμα της αξίας είναι η ανάγκη των ατόμων να νοιώθουν αυτονομία ως άνθρωποι και να διατηρούν ένα αίσθημα αξίας και σκοπού στη ζωή τους. Ένα από τα διλήμματα των νοσηλευτών είναι ότι, ορισμένες φορές, στην προσπάθεια για παροχή φροντίδας στον άρρωστο που πεθαίνει, ο νοσηλευτής κινδυνεύει να καταλήξει στην υπερβολή, «οργανώνοντας» τις ζωές των ανθρώπων στο όνομα της περίθαλψης.

Πολλές αποφάσεις λαμβάνονται από τους επαγγελματίες υγείας και στους συγγενείς που περιθάλπουν τον άρρωστο που πεθαίνει. Αυτή όμως η έλλειψη ατομικών αυτόνομων αποφάσεων μπορεί να έχει προφανείς επιπτώσεις στο αίσθημα αυτοεκτίμησης του αρρώστου με προχωρημένη καταληκτική νόσο, του οποίου άλλωστε το αίσθημα αυτοελέγχου απειλείται ήδη από την ίδια τη νόσο και την πορεία της (McIntyre & Chaplin 2001).

Επιπρόσθετα, η πίστη ότι κάποιος, ως άτομο, μπορεί να συνεχίζει να ζει μέσα από τα παιδιά και τα εγγόνια του, μπορεί να λειτουργήσει ενισχυτικά στη διατήρηση της ελπίδας του αρρώστου, ανακαλώντας συνεχώς οικογενειακές αναμνήσεις. Ακόμη, ενίσχυση της ελπίδας είναι δυνατό να προκύψει μέσα από την προσφυγή στις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου, που μπορεί να συμπεριλαμβάνουν την πίστη στη μετά θάνατο ζωή. Και στην περίπτωση αυτή ο νοσηλευτής μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο, υποστηρίζοντας και ενισχύοντας τα θρησκευτικά πιστεύω του αρρώστου και των συγγενών του.

Η ολιστική φροντίδα που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνει την πνευματική φροντίδα μέσα στην οποία υπάρχει και ο όρος της πνευματικότητας.

Για πολλά άτομα, η έννοια της πνευματικότητας γίνεται κατανοητή ως θρησκευτικότητα. Ο Burnard υπογραμμίζει πόσο σημαντικό είναι οι ίδιοι οι νοσηλευτές να ανακαλύψουν την πνευματικότητά τους, ώστε να μπορούν να προσεγγίσουν τις αντιλήψεις των άλλων ατόμων. Είναι αυτονόητο ότι μόνο όταν οι νοσηλευτές γνωρίσουν σε ποιο επίπεδο βρίσκεται η δική τους πνευματική φύση, θα είναι ικανοί να βοηθήσουν τους άλλους να εκφράσουν το ζωτικό αυτό στοιχείο του εαυτού τους (Penell and Corner 2005).

Ένα άτομο που πρέπει να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα του θανάτου θα βιώσει πολλές προκλήσεις και θα δοκιμαστεί η ικανότητά του στη διατήρηση των αποθεμάτων της ελπίδας του (Flemming 1997).

Η επιδείνωση της νόσου, η έκπτωση των φυσιολογικών λειτουργιών και οι κοινωνικές και συναισθηματικές επιπτώσεις μιας καταληκτικής νόσου μπορούν όλα μαζί να συμβάλλουν στην εμφάνιση μιας κατάστασης, όπου η ελπίδα φαίνεται να έχει χαθεί ή απλώς να έχει εγκαταλειφθεί (Hockley 1993) (McIntyre & Chaplin 2001)

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ανακουφιστική φροντίδα είναι σημαντικό ζήτημα στη σημερινή εποχή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα όλο και περισσότεροι επαγγελματίες υγείας να ενδιαφέρονται να μελετήσουν το σημαντικό αυτό κομμάτι της ογκολογίας και στην Ελλάδα. Παρόλο αυτό όμως η βιβλιογραφία που αφορά την ανακουφιστική φροντίδα, καθαυτή, στη χώρα μας υστερεί δυστυχώς πάρα πολύ, ενώ η σοβαρότητά της είναι μεγάλη.

Ως περιορισμός στην ολοκλήρωση της εργασίας αυτής υπήρξε η ανεπαρκής πληροφόρηση και γνώση της ανακουφιστικής φροντίδας από άτομα που εργάζονται στο αντικείμενο της υγείας. Εξίσου σημαντικό είναι ότι η βιβλιογραφία που αφορά την ανακουφιστική φροντίδα είναι κατά πολύ περιορισμένη.

Η ανακουφιστική φροντίδα είναι ένα ιδιαίτερο θέμα. Οι βάσεις πάνω στις οποίες στηρίζεται είναι συγκεκριμένες και αποτελούν κυρίως αποτελέσματα ερευνών, γεγονός που καθιστά δύσκολη την εκπόνηση μιας εργασίας η οποία δεν είναι ερευνητική.

Ελπίζουμε στο μέλλον η ανακουφιστική φροντίδα να πάρει τη θέση που της αρμόζει στο σύστημα υγείας και όλο περισσότεροι επιστήμονες υγείας να ενδιαφερθούν για αυτή.

Τέλος πρέπει και στην Ελλάδα επιτέλους να αρχίσει να εφαρμόζεται η ανακουφιστική φροντίδα στους ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου, μέσα σε κέντρα αποκατάστασης που πρέπει η πολιτεία να μεριμνήσει για την ίδρυσή τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο άκουσμα της «ανακουφιστικής φροντίδας» οι περισσότεροι νομίζουν ότι αφορά τον πόνο. Η επιστήμη αυτή είναι όμως κάτι παραπάνω από αυτό. Ανακουφιστική φροντίδα δεν αποτελεί μόνο η ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και τα άλλα οργανικά προβλήματα που του προκαλεί ο καρκίνος, αλλά είναι και η ανακούφιση από όλα τα ψυχολογικά, κοινωνικά και πνευματικά ερωτήματα που του δημιουργούνται.

Από το οργανικό επίπεδο ο ασθενής, η οικογένειά του και ο νοσηλευτής έχουν να αντιμετωπίσουν προβλήματα που δυσχεραίνουν την κατάσταση και την καθημερινότητα του καρκινοπαθούς. Συμπτώματα από τον καρκίνο που τον εμποδίζουν να ασχοληθεί με απλά πράγματα. Βέβαια το πιο σημαντικό είναι ο πόνος, εκτός όμως από αυτόν υπάρχουν και πολλά άλλα πολύ πιο σημαντικά από ότι φανταζόμαστε ικανά να περιορίσουν τον ασθενή.

Εξίσου σημαντική είναι η ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου. Όταν διαγνωστεί καρκίνος τελικού σταδίου ο ασθενής καταρρακώνεται ψυχολογικά, πέφτει σε κατάθλιψη και χάνει την διάθεση του να κάνει κάποια πράγματα, όπως να φάει, να πλυθεί, να κοιμηθεί, να μιλήσει με τους δικούς του ανθρώπους. Ο νοσηλευτής τότε και όλοι οι επαγγελματίες υγείας που τον περιβάλλουν πρέπει με στωικό τρόπο να σταθούν δίπλα του και να αποτρέψουν αυτή την κατάσταση όσο γίνεται, με τη βοήθεια πάντα της οικογένειας.

Καθώς όμως, ο άρρωστος πλησιάζει προς το θάνατο, πραγματοποιεί μια κοινωνική απόσυρση. Αυτή η στάση είναι αποτέλεσμα της ανάγκης του να συνειδητοποιήσει το γεγονός του επικείμενου θανάτου (Λαβδανίτη Μ. 2001). Ο νοσηλευτής και η οικογένεια του ασθενούς, είναι οι άνθρωποι εκείνοι που θα του εξασφαλίσουν ένα ήρεμο περιβάλλον δίνοντάς του το χρόνο που χρειάζεται αλλά όχι και αφήνοντας τον άρρωστο μόνο στην κατάσταση που βρίσκεται.

Όσο ο θάνατος κάνει ολοένα και πιο αισθητή την παρουσία του, ο ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου βιώνει μια βαθιά υπαρξιακή κρίση. Νοιώθει ότι χάνει τον εαυτό του, το σκοπό και το νόημα της ζωής του και για

αυτό προσπαθεί να ικανοποιήσει τρεις βασικές πνευματικές ανάγκες. Έχει ανάγκη να δώσει νόημα στη ζωή του, να έχει ένα καλό και αξιοπρεπές θάνατο όπως έχει ανάγκη να ελπίζει (Λαβδανίτη Μ. 2001).

Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι για τον ασθενή με καρκίνο τελικού σταδίου δεν είναι αρκετό να μην πονά. Γιατί πώς να γιατρευτεί ένας άρρωστος σωματικά, όταν η ψυχή του πάσχει;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αναγνωστόπουλος Φ. 1984 Ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς. Στο Π. Κοσμίδης (Εκδ.) : Επείγουσα θεραπευτική Ογκολογία. Εκδ. Λίτσας, Αθήνα, σ.135-151.
2. BACKER, B.A., HANNON, N. & RUSSEL, N.A.(1982) Death and Dying. New York: John Wiley, p.33.
3. DESPELDER, L. & STRICKLAND, A.L. (1983) The Last Dance: Encountering Death and Dying. Palo Alto, Ca. Mayfield Publ. Co., p.p 35-65
4. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ, Δ (1986) Το παιδί που πεθαίνει και ο οικογενειακός γιατρός. Ιατρική .
5. Λαβδανίτη Μαρία, 2000. Νοσηλευτική προσέγγιση στα προβλήματα ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου. Νοσηλευτική, 39(3), 225-228.
6. McIntyre,R. & Chaplin, J. , 2001. Ελπίδα, η καρδιά της ανακουφιστικής φροντίδας. Στο: S.K. & R.G. , ed Ανακουφιστική Νοσηλευτική, εξασφαλίζοντας ελπίδα και ποιότητα ζωής. London, Harcourt Publishers, 171-191.
7. Παπαδάτου Δ. και Αναγνωστόπουλος Φ., 1999. Ο άρρωστος που πεθαίνει και το άμεσο περιβάλλον του. Στο Δ. Παπαδάτου ed. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας . Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 135-174.
8. Ανακουφιστική φροντίδα και καρκίνος, στο, Penell M. and Corner J., ed Ανάγκες και προτεραιότητες στη φροντίδα ασθενών με καρκίνο, 537-554.

9. Αναγνωστόπουλος Φ. και Παπαδάτου Δ., 1986, Ο άρρωστος που πεθαίνει και η οικογένειά του, στο Παπαδάτου Δ., ed Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο, Αθήνα, Φλόγα, 117-127.
10. Ulrich S. et al., 1997. Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική. Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας. 3rd ed. Λαγός
11. Δρ. Ρ.-Ο. Γκμπάντι, 2006, Ανακούφιση άλλων συνοδών συμπτωμάτων του καρκίνου, στο Δρ. Ρ.-Ο. Γκμπάντι, ed Η αντιμετώπιση του πόνου και άλλων συνοδών συμπτωμάτων του καρκίνου, Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 97-121.
12. Δρ. Ρ.-Ο. Γκμπάντι, 2006, Ο πόνος των καρκινοπαθών και η αντιμετώπισή του, στο Δρ. Ρ.-Ο. Γκμπάντι, ed Η αντιμετώπιση του πόνου και άλλων συνοδών συμπτωμάτων του καρκίνου, Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 17-79.