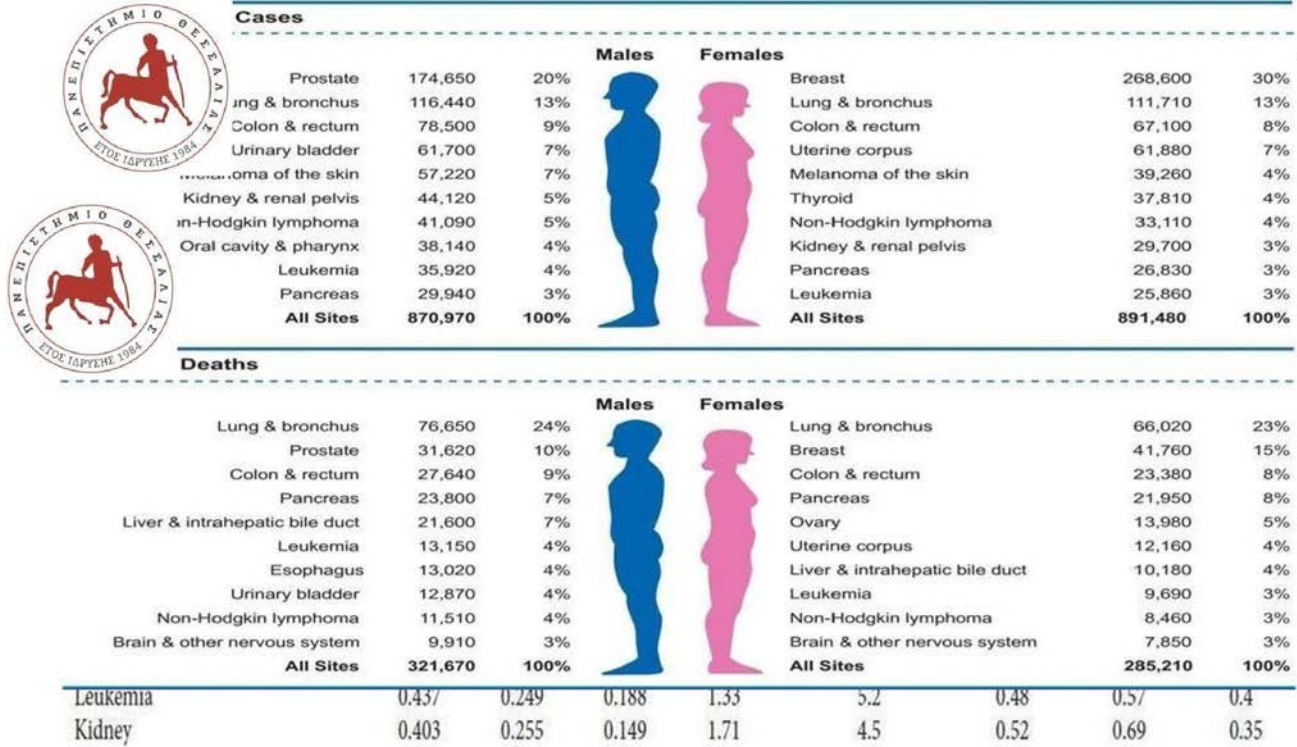




ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΑΛΓΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ/ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΛΕΝΗ Μ. ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

"Στρατηγικές αντιμετώπισης και ψυχολογική
καταπόνηση σε ασθενείς με καρκίνο και
πόννο."

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Ιωάννα Λύκου Α.Μ:

M190622019(ΤΕ Νοσηλεύτρια)

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των απαιτήσεων για την
απόκτηση του Διπλώματος Μεταπτυχιακών
Σπουδών

«Αλγολογία και Ανακουφιστική/Παρηγορική Φροντίδα»

Λάρισα, 2024

Επιβλέπουσα: Βασιλική Σιαφάκα, Αναπληρώτρια
Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας της
Υγείας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Ελένη Αρναούτογλου, Καθηγήτρια
2. Βασιλική Σιαφάκα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
3. Νταλούκα Μαρία

Αναπληρωματικό μέλος:

Νταρέκα Μεταξία

Coping strategies and psychological distress in patients with cancer and pain.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κυρία Βασιλική Σιαφάκα, για την επιστημονική της καθοδήγηση, τις υποδείξεις της, την επιμονή της και το αμείωτο ενδιαφέρον της που έδειξε από την αρχή μέχρι το τέλος.

Στάθηκε δίπλα μου από την αρχή της διπλωματικής και η απόκρισή της σε κάθε απορία μου ήταν άμεση.

Τέλος, θα ήθελα εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου για όλη τη στήριξη, τη συμπαράσταση και την κατανόησή τους, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

8

ABSTRACT

9

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

0

1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ- ΚΑΡΚΙΝΟΣ

10

1.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ

10

1.2 ΣΤΑΔΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΥ 11

1.3 ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

12

1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ 13

1.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΚΙΝΔΥΝΟΥ

15

1.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

19

2. ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

28

2.1. ΠΟΝΟΣ

28

2.2 ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

29

2.3. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ

ΠΟΝΟΥ 31

2.4. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΠΟΝΟΥ 33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΠΟΝΟ.....

3

4

3.1 ΑΓΧΩΔΕΙΣ

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

34

3.2	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ-ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	43
3.2.1	ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	47
3.3	ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΠΟΝΟ	50
3.3.1	ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	50
3.4	ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	57
3.5	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	58
	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
		6
	0	
	ΣΤΟΧΟΣ Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από ασθενείς με καρκίνο και πόνο και τον αντίκτυπό τους στην ποιότητα ζωής των ασθενών	6
	0	
	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	
		6
	0	
	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	
		6
	4	
	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	
		6
	9	
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	
		7
	3	
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	
		7
	5	
	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	75
	ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76
	Πηγές από το Διαδίκτυο	83

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να διερευνήσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης που υιοθετούν ασθενείς με καρκίνο και πόνο και να εξετάσει την επίδραση αυτών των στρατηγικών στην ποιότητα ζωής τους.

Μέθοδος: Διεξήχθη βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων PubMed και GoogleScholar, χρησιμοποιώντας έναν συνδυασμό λέξεων-κλειδιών που σχετίζονται με τον καρκίνο, τον πόνο, την αντιμετώπιση και τις στρατηγικές διαχείρισης. Κατόπιν της εφαρμογής κριτηρίων, στην ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν συνολικά 12 άρθρα.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα της ανασκόπησης δείχνουν ότι μια πολυδιάστατη προσέγγιση είναι σημαντική και πιο αποτελεσματική για τη θεραπεία του πόνου που σχετίζεται με τον καρκίνο. Στρατηγικές όπως η προσευχή, η θετική αυτοομιλία, ο προγραμματισμός, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, η λήψη φαρμάκων κατά του πόνου, η άσκηση, η υιοθέτηση μαχητικής νοοτροπίας και η χρήση τεχνικών χαλάρωσης βρέθηκαν να παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του πόνου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Συμπεράσματα: Μέσω αυτής της ανασκόπησης αναδεικνύεται η σημασία της υιοθέτησης μιας σειράς στρατηγικών αντιμετώπισης για την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου που σχετίζεται με τον καρκίνο και τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής των ασθενών. Η χρήση αυτών των διαφορετικών στρατηγικών μπορεί να συμβάλει σε μια πιο ολοκληρωμένη και αποτελεσματική προσέγγιση διαχείρισης του πόνου.

Λέξεις-Κλειδιά: καρκίνος, πόνος, ψυχική καταπόνηση, κατάθλιψη, στρατηγικές αντιμετώπισης, κοινωνικοί παράγοντες

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to investigate the coping strategies reported by patients with cancer and pain, and to examine the impact of these strategies on patients' quality of life.

Methods: A literature search was conducted in the PubMed and Google Scholar databases using a combination of keywords related to cancer, pain, coping, and management strategies. A total of 12 articles were included in the review.

Results: The review findings indicate that a multidimensional approach is important and more effective for treating cancer-related pain. Strategies such as prayer, positive self-talk, planning, seeking social support, taking pain medication as needed, exercising, adopting a fighting mindset, and using relaxation techniques were found to play a significant role in managing pain and improving quality of life for cancer patients.

Conclusions: This review highlights the importance of employing a range of coping strategies to effectively manage cancer-related pain and improve the overall quality of life for patients. The use of these diverse strategies can contribute to a more comprehensive and successful pain management approach.

Keywords: cancer, pain, mental strain, depression, coping strategies, social factors

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ-ΚΑΡΚΙΝΟΣ

1.1.ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, ο καρκίνος, γνωστός και ως νεοπλασματική νόσος αναφέρεται σε μια συλλογή ασθενειών που προκαλούνται από ανωμαλίες στα κύτταρα του οργανισμού. Ο καρκίνος απορρέει από την ανεξέλεγκτη και απρόβλεπτη πολλαπλασιαστική δραστηριότητα των κυττάρων εντός του οργανισμού, τα οποία προηγουμένως εκτελούσαν τις φυσιολογικές τους λειτουργίες, προτού αρχίσει η καρκινογόνος διαδικασία. Συνήθως, η ανάπτυξη και η διαίρεση των κυττάρων πραγματοποιείται με σκοπό την παραγωγή επιπλέον κυττάρων προς όφελος της συνολικής ευεξίας του οργανισμού. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η διαδικασία αυτή αποκλίνει από τη φυσιολογική της πορεία και προκαλεί την ανεξέλεγκτη δημιουργία νέων κυττάρων, ακόμη και όταν ο οργανισμός δεν έχει ανάγκη γι' αυτά, ενώ τα παλαιά κύτταρα δεν αποβιώνουν ταυτόχρονα. Η πολλαπλασιαστική ανάπτυξη των προαναφερθέντων κυττάρων μπορεί να οδηγήσει σε αναδιάταξη της τοποθέτησης των φυσιολογικών υγιών κυττάρων, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ενός όγκου ή μάζας. (Μπριασούλης, 2007).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα προαναφερθέντα κύτταρα ενδέχεται να εκδηλώσουν μεταστατική δυνατότητα, πολλαπλασιάζοντας τον εαυτό τους σε διαφορετικά όργανα του οργανισμού, με συνέπεια την ανάπτυξη δευτερογενών ή μεταστατικών όγκων, οι οποίοι ενδέχεται να παρουσιάζουν σημαντική ομοιότητα με τον αρχικό καρκίνο (ΕΟΔΥ). Επιπλέον, παρατηρείται η πρόοδος της ανάπτυξης όγκων που είναι καλοήθεις, δεν υποστηρίζουν μεταστάσεις και συνήθως δεν επανέρχονται μετά την εκτέλεση μιας χειρουργικής επέμβασης (NCI, 2023). Η ανάπτυξη του καρκίνου προκύπτει από την παρουσία μεταλλάξεων σε γονίδια που επηρεάζουν τη λειτουργία, την ανάπτυξη και τη διαίρεση των κυττάρων. Ο καρκίνος, ενδεχομένως, προκαλείται από γενετικές ανωμαλίες που μπορεί να παρουσιαστούν από αστοχίες κατά τη διαίρεση των κυττάρων. Φαίνεται ότι οι γενετικές μεταβολές επιδρούν επί τριών διακριτών κατηγοριών γονιδίων, συγκεκριμένα των πρωτο-ογκογονιδίων, των γονιδίων επιδιόρθωσης του DNA και των ογκοκατασταλτικών γονιδίων.

Υπάρχει μια ευρύτατη ποικιλία καρκίνων, η οποία αριθμεί περισσότερους από εκατό. Το όνομα ενός καρκίνου καθορίζεται από τον συγκεκριμένο ιστό ή όργανο στο οποίο αρχίζει να αναπτύσσεται, ή από τον τύπο των κυττάρων στα οποία αναπτύσσεται, όπως τα επιθηλιακά κύτταρα. Επιπλέον, οι καρκίνοι διακρίνονται ανάλογα με τον συγκεκριμένο τύπο κυττάρων που αρχίζουν να

αναπτύσσονται. Τα καρκινώματα προέρχονται από επιθηλιακά κύτταρα, ενώ τα σαρκώματα δημιουργούνται στα κόκκαλα και τους μαλακούς ιστούς, περιλαμβανομένων των μυών, του λίπους, των αιμοφόρων αγγείων και του νώδους ιστού.(Αθανάτου, 2002).

1.2 ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η διαδικασία της σταδιοποίησης του καρκίνου αποτελεί ένα μέσο χρησιμοποιούμενο για την κατηγοριοποίηση των όγκων, με σκοπό να αποτυπώσει την έκταση και την πρόοδο της νόσου. Η σταδιοποίηση αποτελεί μια ουσιαστική φάση εντός της διαδικασίας της διάγνωσης, η οποία επιτρέπει την ακριβή κατηγοριοποίηση της πάθησης και την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας. Ένα εξαιρετικά διαδεδομένο σύστημα κατάταξης όγκων που αξίζει να αναφερθεί είναι το Διεθνές Σύστημα Ταξινόμησης - TNM.

Το γράμμα "T" (primary tumor) αποδίδεται στον πρωταρχικό όγκο, ο οποίος αναφέρεται στην αρχική μάζα του, το βάθος της διείσδυσής του στον ιστό και την επιφανειακή επέκτασή του. Το "N" (regional lymph nodes) αποδίδεται στην περιοχή των λεμφαδένων, η οποία αντιπροσωπεύει το συστηματικό δίκτυο των λεμφαδένων και περιγράφει την παρουσία και την έκτασή του. Το "M" (distance metastasis) αποδίδεται στην πιθανότητα εμφάνισης της ασθένειας σε άλλο σημείο του οργανισμού. Κάθε αλφαβητικό σύμβολο δύναται να εμπλουτισθεί με έναν επιπλέον αλφαριθμητικό ή αριθμητικό χαρακτήρα, προκειμένου να παράσχει επιπλέον λεπτομέρειες αναφορικά με τον όγκο. (Irigaray et al., 2007).

Σε πιο συγκεκριμένες περιπτώσεις, όταν το γράμμα T είναι παρόν δίπλα στο γράμμα X ή τον αριθμό 0, ενδέχεται να αντιμετωπιστεί μια πιθανή δυσκολία στην αξιολόγηση του πρωτοπαθούς όγκου, όπως και στις περιπτώσεις των γραμμάτων N και M. Εάν παρατηρείται η παρουσία των ακρωνυμίων IS (in situ) ή Ta δίπλα στο γράμμα T, ενδέχεται να υπονοείται ότι η πρωταρχική μεμβράνη δεν έχει εισχωρήσει εντός του όγκου. Οι ετικέτες T1, T2, T3, T4 υποδεικνύουν μια συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό που συνοδεύει το γράμμα, τις διαστάσεις και την πυκνότητα του όγκου. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι όσο αυξάνεται ο αριθμός, τόσο αυξάνονται και οι διαστάσεις του όγκου, καθώς και οι παράμετροι N1, N2 και N3 υποδεικνύουν μια συσχέτιση η οποία υποδεικνύει ότι με αύξηση του αριθμού, υπάρχει μια αυξημένη πιθανότητα για την αύξηση της συμμετοχής των περιφερειακών λεμφαδένων. Οι ενδείξεις που προκύπτουν από τις M1, M2 και M3 υποδεικνύουν ότι η μετάσταση έχει επεκταθεί και παρατηρείται παρουσία της σε απομακρυσμένους λεμφαδένες. (Lemone & Burke, 2006).

Στην ιατρική, ο καρκίνος κατηγοριοποιείται σε πέντε στάδια. Στο στάδιο 0 εντοπίζονται κύτταρα που δεν είναι φυσιολογικά και δεν έχουν ακόμη επεκταθεί σε συγκεκριμένους ιστούς, αλλά υπάρχει η δυνατότητα να προκαλέσουν καρκίνο. Οι κατηγορίες I, II και III υποδηλώνουν την ανίχνευση καρκίνου και η αύξηση του αριθμού αντιστοιχεί σε αύξηση του μεγέθους ή της εξάπλωσης του στην περιοχή που εντοπίστηκε. Στο τελικό στάδιο, γνωστό και ως στάδιο 4, ο καρκίνος μπορεί να έχει εξαπλωθεί σε απομακρυσμένα μέρη του σώματος (Lemone & Burke, 2006).

1.3 ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

Η διαδικασία με την οποία ξεκινά η δημιουργία ενός όγκου ή μιας μάζας σε συγκεκριμένο όργανο ή ιστό του ανθρώπινου σώματος αναφέρεται ως καρκινογένεση και είναι αποτέλεσμα δυσλειτουργίας των μηχανισμών ρύθμισης των κυττάρων καθώς αυτά πολλαπλασιάζονται και δεν τερματίζονται κανονικά. Η φυσιολογική λειτουργία των κυττάρων μπορεί να υποστεί αλλαγές, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων. Η συσσώρευση πολλών καρκινικών κυττάρων μπορεί να οδηγήσει στον σχηματισμό ενός καρκινικού όγκου, ο οποίος μπορεί να προκληθεί από διάφορους φυσικούς, χημικούς ή βιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη γενετική φύση (DNA) του κυττάρου κατά τη διαδικασία της αντιγραφής. Δυστυχώς, αυτή η αλλοίωση είναι αμετάκλητη (Σέκερης et al, 2012).

Όταν το κύτταρο υποστεί μεταλλαγή που το καθιστά καρκινικό, μπορεί να επηρεάσει τις λειτουργίες του οργάνου στο οποίο βρίσκεται. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ανεξέλεγκτη ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων, με αποτέλεσμα να ανατραπεί η φυσιολογική λειτουργία τους. Επιπλέον, η συγκεκριμένη ουσία φαίνεται να επηρεάζει και άλλες ιστικές περιοχές, όπως τα αιμοφόρα αγγεία και τα λεμφικά αγγεία, με συνέπεια να προκαλεί περαιτέρω μεταστάσεις (Osborn et al, 2012).

Τα στοιχεία που συμβάλλουν στη ρύθμιση της ισορροπίας των κυττάρων περιλαμβάνουν τα πρώτο-ογκογονίδια, τα οποία επηρεάζουν τη διαίρεση των κυττάρων, καθώς και τα ογκοκατασταλτικά, τα οποία επιδρούν στις λειτουργίες των κυττάρων. Ο πολλαπλασιασμός, η απόπτωση και η συνδυαστική επίδραση αναμένεται να συμβάλουν καθοριστικά στην ογκογένεση. Επιπλέον, στην καρκινογένεση οι βλάβες συμβάλλουν στη ρύθμιση των μηχανισμών που αφορούν τη διαίρεση των χρωμοσωμάτων κατά τη διαδικασία της κύτταρο- διαίρεσης, με αποτέλεσμα τη μείωση ή απουσία των ογκοσταλτικών γονιδίων (Μπριασούλης, 2007).

1.2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο καρκίνος θεωρείται μια νόσος που έχει συνυφασμένη σχέση με τον τρόπο ζωής και αντιμετωπίζεται με σοβαρότητα από τη σύγχρονη ιατρική. Οι όγκοι αντιμετωπίζουν μια πρόκληση όσον αφορά την υγεία, καθώς επηρεάζουν έναν σημαντικό αριθμό ανθρώπων κάθε χρόνο. Εκτιμάται ότι περίπου 90.000 άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους ετησίως και 120.000 νέες διαγνώσεις διαπιστώνονται ανά έτος. Ο αριθμός των θανόντων που σχετίζεται με τον καρκίνο έχει αυξηθεί σημαντικά στις γυναίκες και στους άνδρες τα τελευταία 40 χρόνια. Σύμφωνα με τον παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), υπάρχουν επιβεβαιωμένα στατιστικά που υποδεικνύουν ότι ο καρκίνος αποτελεί μια σοβαρή απειλή για την υγεία, όπως και τα καρδιαγγειακά νοσήματα αντιστοίχως. (Sung, 2021).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 2018 αναφέρθηκαν συνολικά 18 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου. Βάσει πρόσφατων επιδημιολογικών δεδομένων, παρατηρείται υψηλή συχνότητα καρκίνου του πνεύμονα και του μαστού, ενώ ακολουθεί ο καρκίνος του προστάτη. Από τις 18 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις, περίπου 2,09 εκατομμύρια αφορούν τον καρκίνο του πνεύμονα, 2,09 εκατομμύρια τον καρκίνο του μαστού και 1,28 εκατομμύρια τον καρκίνο του προστάτη. Οι υπόλοιποι τύποι καρκίνου, όπως φαίνεται στον πίνακα 1, εμφανίζονται με μικρότερη συχνότητα.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Εθνικού Μητρώου Καρκίνου της Ευρώπης, ο καρκίνος αποτελεί αιτία απώλειας ζωής για έναν σημαντικό αριθμό ανθρώπων. Στην Ευρώπη, ο καρκίνος αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην αύξηση των θανάτων, με ποσοστό περίπου 20% από τον συνολικό αριθμό θανάτων. Ειδικότερα, ο καρκίνος αποτελεί αιτία περίπου 40% των θανάτων γυναικών ηλικίας 45-65 ετών και περίπου 30% των θανάτων ανδρών ηλικίας 45-65 ετών. παρατηρείται αύξηση της θνησιμότητας λόγω κακοήθων νεοπλασμάτων τα τελευταία χρόνια, με αύξηση τουλάχιστον 15% σε ποσοστιαία βάση. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, υπάρχει πρόβλεψη για περαιτέρω αύξηση αυτού του αριθμού τα επόμενα 5 χρόνια. Σύμφωνα με τις προβλέψεις, υπάρχει μια αναμενόμενη αύξηση του αριθμού των νέων διαγνώσεων κάθε χρόνο μέχρι το 2030, με μια εκτιμώμενη τιμή που πιθανότατα θα φτάσει τα 21,7 εκατομμύρια. Επιπλέον, προβλέπεται ότι ο αριθμός των νέων διαγνώσεων θα αυξηθεί σε μια σημαντική κλίμακα έως το 2035, φθάνοντας τα 24 εκατομμύρια.(Bibault, 2020).

Η θνησιμότητα μπορεί να παρουσιάζει διαφορετικά ποσοστά, αναλόγως τη φύση της ασθένειας. Ορισμένοι τύποι καρκίνου, όπως αυτοί του πνεύμονα, του ήπατος και του στομάχου, έχουν υψηλότερα ποσοστά θνητότητας, όπως φαίνεται στον πίνακα 2. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το 2060 ο

καρκίνος αναμένεται να είναι ο βασικός λόγος απώλειας της ζωής παγκοσμίως. Οι προοπτικές για τον καρκίνο του προστάτη και του θυρεοειδούς είναι πιο ευνοϊκές σε σύγκριση με τους όγκους που εντοπίζονται στο πάγκρεας, το ήπαρ και τον οισοφάγο. Οι αναπτυσσόμενες χώρες αντιμετωπίζουν εμπόδια στους τομείς της καθαριότητας, της διαγνωστικής τεχνολογίας και της φαρμακευτικής θεραπείας, τα οποία έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην καταπολέμηση του καρκίνου. Επιπλέον, η έρευνα υπογραμμίζει ότι τα βιομηχανικά έθνη αντιμετωπίζουν επίσης το σημαντικό πρόβλημα του καρκίνου, αντιμετωπίζοντας δυσκολίες στον τομέα της διατροφής και άλλων μοτίβων συμπεριφοράς.

Πίνακας 1. Στατιστικά περιπτώσεων και θανάτων καρκίνου σύμφωνα με WHO

Table 2 List of the most frequent cancers from the World Health Organization (WHO) Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2018

Cancer	Incidence (million)					Risk 0-74 years (%)		
	Total	Men	Women	Ratio	Age-standardized	Total	Men	Women
All cancers	18.079	9.456	8.623	1.10	197.9	20.2	22.41	18.25
Lung (and trachea and bronchus)	2.094	1.369	0.725	1.89	22.5	2.75	3.8	1.77
Breast	2.088	-	2.088	-	46.3	-	-	5.03
Prostate	1.276	1.276	-	-	29.3	-	3.73	-
Colon	1.097	0.576	0.521	1.11	11.5	1.31	1.51	1.12
Stomach	1.034	0.684	0.350	1.95	11.1	1.31	1.87	0.79
Liver (and intrahepatic bile ducts)	0.841	0.597	0.245	2.44	9.3	1.08	1.61	0.57
Rectum	0.704	0.430	0.274	1.57	7.7	0.91	1.2	0.65
Esophagus	0.572	0.400	0.172	2.32	6.3	0.78	1.15	0.43
Cervix uteri	0.570	-	0.570	-	13.1	-	-	1.36
Thyroid	0.567	0.131	0.436	0.30	6.7	0.68	0.33	1.03
Bladder	0.549	0.424	0.125	3.38	5.7	0.65	1.08	0.27
Non-Hodgkin's lymphoma	0.510	0.285	0.225	1.27	5.7	0.61	0.72	0.51
Pancreas	0.459	0.243	0.216	1.13	4.8	0.55	0.65	0.45
Leukemia	0.437	0.249	0.188	1.33	5.2	0.48	0.57	0.4
Kidney	0.403	0.255	0.149	1.71	4.5	0.52	0.69	0.35

(πηγή: Mattiuzzi C., Lippi G., 2019)



Πίνακας 2. Νέα περιστατικά καρκίνου και θνησιμότητα (πηγή: SiegelR., MillerKD , 2019)

1.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι παράγοντες που θεωρητικά μπορούν να επηρεάσουν τη δημιουργία ενός όγκου δεν είναι κατ' ανάγκην καρκινογόνοι από μόνοι τους. Ως εκ τούτου, η συχνότητα και η έκταση της έκθεσης ενός ατόμου σε αυτά τα στοιχεία μπορεί ενδεχομένως να έχουν αντίκτυπο, ιδίως σε περιπτώσεις επαγγελματικής έκθεσης ή προσωπικές συνήθειες. Όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται άμεσα με τον τρόπο ζωής, υπάρχουν συγκεκριμένες πράξεις που ίσως να επηρεάσουν αρνητικά τον οργανισμό μας. Αυτές περιλαμβάνουν το κάπνισμα, την παχυσαρκία, τη διατροφή, την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και τη χρήση αλκοόλ.

1.3.1 Κάπνισμα

Ως γνωστόν, το κάπνισμα αναδεικνύεται ως ένας καθοριστικός επιβλαβής παράγοντας που συνδέεται με την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου, καθώς ορισμένες συνιστώσες του τσιγάρου μπορούν να συμβάλλουν στην παραμόρφωση του γενετικού υλικού των κυττάρων, όπως οι νιτροζαμίνες και οι υδρογονάνθρακες. Ο καπνός μπορεί να συσχετίζεται με την αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου σε διάφορα όργανα, όπως οι πνεύμονες, ο οισοφάγος, το πάγκρεας, το ήπαρ, η ουροδόχος κύστη, τα νεφρά και άλλα.

Σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες, υπάρχει μια στατιστικά σημαντική αλληλεξάρτηση μεταξύ της συνήθους χρήσης του καπνίσματος και του ποσοστού θνησιμότητας λόγω καρκίνου σε άνδρες και γυναίκες που κατοικούν σε αναπτυγμένες χώρες με υψηλά επίπεδα εισοδήματος. Τα παρατηρούμενα ποσοστά συσχέτισης κυμαίνονται μεταξύ 25% και 30% (Irigaray et al., 2007). Σύμφωνα με αναφορές του παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η συνεχής και συστηματική χρήση καπνού έχει απρόσμενα αποτελέσματα στην υγεία αλλά και στην οικονομία, επηρεάζοντας ευρέως ένα φάσμα ατόμων παγκοσμίως. Ακόμη, η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για την ανθρώπινη υγεία. Τα άτομα που έρχονται σε επαφή με το παθητικό καπνισμα αναπνέουν ουσίες οι οποίες ενδέχεται να είναι επιβλαβείς για την ανθρώπινη υγεία, παρουσιάζοντας παρόμοια χημική σύσταση με αυτήν που εισπνέουν οι ενεργοί καπνιστές. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, παρατηρείται ένα ποσοστό 15% καρκίνου του πνεύμονα σε μη καπνιστές στο Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο μπορεί να αποδοθεί στην επίδραση του παθητικού καπνίσματος (ΠΟΥ, 2016).

1.3.2 Αλκοόλ

Όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ, έχει παρατηρηθεί ότι η αιθυλική αλκοόλη εμφανίζει ορισμένες συν-καρκινογόνες και προαγωγικές δράσεις. Το ανωτέρω συστατικό επιδρά θετικώς στην ενεργοποίηση και ενίσχυση ενός μορίου που μπορεί να συνδέεται άμεσα με την παθογένεια του καρκίνου, είτε αυτός είναι μεταλλαξιογόνος είτε προαγωγικός. Σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες (Irigaray et al, 2007), παρατηρήθηκε ότι η αιθανόλη ενδέχεται να συμβάλλει στην παθογένεση του καρκίνου του ήπατος μέσω μεταλλαξογένεσης. Επιπλέον, παρατηρείται ότι η μετατροπή της αιθανόλης εντός του ανθρώπινου οργανισμού οδηγεί στην παραγωγή μιας χημικής ενώσεως, γνωστής ως ακεταλδεΐδη.

Έχει παρατηρηθεί ότι η κατανάλωση αλκοόλ ενδέχεται να επηρεάζει την ορμονική ισορροπία, συμπεριλαμβανομένων των οιστρογόνων, τα οποία σε υψηλά επίπεδα έχουν αναδειχθεί ως παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού (ΠΟΥ, 2016). Επιπροσθέτως, παρατηρείται ότι η κατανάλωση αλκοόλ ενδέχεται να συσχετίζεται με την ανάπτυξη καρκίνου σε διάφορες ανατομικές περιοχές του ανθρώπινου σώματος, όπως η στοματική κοιλότητα, ο φάρυγγας, ο λάρυγγας, ο οισοφάγος, το παχύ έντερο, το ορθό, καθώς και οι πνεύμονες και το παγκρέατος. Σύμφωνα με επιστημονικές έρευνες, η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τα γονίδια, προκαλώντας αλλοιώσεις στην μεταβολή του φυλλικού οξέος (Boffetta & Hashibe, 2006). Υπάρχουν επιστημονικές μελέτες που έχουν αποδείξει ότι η συχνότητα και η ένταση της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών μπορεί να έχουν αντίκτυπο, ανεξάρτητα από την κατηγορία του ποτού που καταναλώνεται (Freudenheim, 2020).

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ συσχετίζεται με μείωση 6% του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου σε άτομα που καταναλώνουν λιγότερα από 20 γραμμάρια καθαρής αλκοόλης ημερησίως (στην περίπτωση των ανδρών) και λιγότερα από 10 γραμμάρια (στην περίπτωση των γυναικών), σε σύγκριση με υψηλότερες καταναλώσεις. Επιπλέον, η κατανάλωση ενός ποτού ή μέχρι τεσσάρων ποτών ημερησίως έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του ήπατος κατά 21%, καρκίνου του παχέος εντέρου κατά 31% και καρκίνου του μαστού κατά 30%. Ωστόσο, η υπερκατανάλωση, ανεξαρτήτως της τακτικότητάς της, συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, καθώς η ποσότητα και η διάρκεια κατανάλωσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. (ΠΟΥ, 2016).

1.3.3. Διατροφή

Η διατροφή που χαρακτηρίζεται από χαμηλή ποσότητα φυτικών ινών και υψηλά ποσοστά ζωικού λίπους και θερμίδων, όπως η κατανάλωση κόκκινου ή επεξεργασμένου κρέατος, μαζί με την έλλειψη φρούτων και λαχανικών, συνδέεται με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του προστάτη, του μαστού, της μήτρας και του παχέος εντέρου. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η υψηλή κατανάλωση ζωικού λίπους, που περιέχει πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης μεταλλαξιογόνων ελεύθερων ριζών, οι οποίες προκαλούν υψηλά επίπεδα οξειδωτικού στρες. Σε δυτικές χώρες, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ μειωμένης κατανάλωσης φυτικών ινών και ποσοστού του πληθυσμού που έχει αποβιώσει από καρκίνο, κατά προσέγγιση 3% σύμφωνα με έρευνα των Irigaray και συνεργατών (Irigaray et al, 2007).

Άτομα που υιοθετούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής και ακολουθούν τις προληπτικές οδηγίες για τον καρκίνο έχουν μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου κατά 18% σε σχέση με άτομα που δεν τηρούν υγιεινές διατροφικές συνήθειες. Αυτή η μείωση του κινδύνου συνδέεται με τον φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος, την αποφυγή ανθυγιεινών τροφών, την τακτική σωματική άσκηση διάρκειας 30 λεπτών και τον μητρικό θηλασμό. Δεν υπάρχει ειδική διατροφή με αντικαρκινικές ιδιότητες, αλλά υπάρχουν υγιεινές συνήθειες που μπορούν να ενσωματωθούν στη διατροφή με ευεργετικές και αντιοξειδωτικές επιδράσεις (ΠΟΥ, 2016).

Η επαρκής διατροφή, που περιλαμβάνει αναγκαία θρεπτικά στοιχεία όπως βιταμίνες, υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, μέταλλα, λίπος, νερό και άλλα, σε επίπεδα που ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του οργανισμού, αποτελεί ζωτικό παράγοντα για τη διατήρηση της υγείας. Επιπλέον, η αποτελεσματική τήρηση ενός υγιεινού διαιτολογίου συμβάλλει στην αναχαίτιση των ανεπιθύμητων επιπτώσεων της θεραπευτικής προσέγγισης. Οι διατροφικές ανάγκες του ασθενούς και οι αλλαγές που γίνονται σε αυτές συμβάλλουν στη μείωση των συμπτωμάτων της νόσου, όπως η ποικιλία και η ποσότητα της τροφής (PDQ, 2022).

Τα τρόφιμα που καταναλώνουμε μπορούν να περιλαμβάνουν ουσίες με καρκινογόνο δράση, όπως τα νιτρώδη άλατα που βρίσκονται σε επεξεργασμένα τρόφιμα και καπνιστά εδέσματα. Κατά το μαγείρεμα, αυτές οι ουσίες μπορεί να μετατραπούν σε καρκινογόνες νιτροζαμίνες, συνδέοντας την κατανάλωσή τους με τον κίνδυνο καρκίνου του στομάχου. Επίσης, ορισμένες καρκινογόνες ουσίες μπορεί να προστίθενται στα τρόφιμα κατά την επεξεργασία τους για διάφορα χαρακτηριστικά όπως γλυκύτητα, διατήρηση και χρωματική απόχρωση. Επιπλέον, η ύπαρξη φυτοφαρμάκων κατά την καλλιέργεια τροφίμων μπορεί να συνιστά κίνδυνο, όπως η έκθεση σε νιτροζοενώσεις. Στις δυτικές χώρες, η παχυσαρκία απειλεί το 3% του πληθυσμού για καρκίνο, ενώ η καθιστική ζωή προκαλεί κίνδυνο στο 2%. Έρευνες στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν αποδείξει ότι το υπερβολικό σωματικό βάρος αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου (Καλογεράκη & Κατσεβάκη, 2002)

1.3.4. Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία δύναται να συντελεί στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, καθώς η παρουσία χημικών ουσιών που έχουν καρκινογόνο δράση στο λιπώδη ιστό μπορεί να παρεμποδίζει την υγιεινή λειτουργία του. Σύμφωνα με μελέτες, το 18% του πληθυσμού στις ευρωπαϊκές χώρες εμφανίζει μειωμένο κίνδυνο καρκίνου λόγω της υιοθέτησης υγιεινού τρόπου ζωής και της τακτικής σωματικής δραστηριότητας. Η παχυσαρκία συνδέεται με την εμφάνιση καρκίνου στον εντερικό, τους νεφρούς, τον οισοφάγο, το πάγκρεας, τη χοληδόχο κύστη, τον ενδομήτριο και τις ωοθήκες (πΟΥ 2016). Η απώλεια περιττού βάρους με την υιοθέτηση ενός υγιεινού διαιτολογίου και την άσκηση φυσικής δραστηριότητας συμβάλλει στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης ορισμένων καρκίνων, καθώς και άλλων νόσων.

Αυτά τα ποσοστά αποδίδονται στη μείωση των οιστρογόνων, των αυξητικών παραγόντων, και των επιπέδων ινσουλίνης, καθώς και στη βελτίωση του ανοσοποιητικού συστήματος, τον μεταβολισμό των χολικών οξέων, τη μείωση του χρόνου παραμονής της τροφής στο πεπτικό σύστημα, τη μείωση της απελευθέρωσης καρκινογόνων ουσιών και τη μείωση της φλεγμονής. Το 2018, το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ δημοσίευσε συστάσεις που υποστηρίζουν για περίπου δύο ώρες αερόβια άσκηση κάθε εβδομάδα, μαζί με δύο συνεδρίες ασκήσεων ενίσχυσης των μυών, και συμπεριλαμβανομένων ασκήσεων ισορροπίας για τη μείωση του κινδύνου του καρκίνου. (NCI, 2015). πράγματι, η ηλικία μπορεί να θεωρηθεί ως παράγοντας που συσχετίζεται με την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου. Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου αναμένεται να αυξηθεί καθώς κάποιος μεγαλώνει. Οι στατιστικές δείχνουν ότι η μέση ηλικία κατά την οποία διαγιγνώσκονται οι διάχυτες

κακοήθειες είναι περίπου 66 χρόνια για τους όγκους συνολικά, 62 χρόνια για τον καρκίνο του μαστού, 67 χρόνια για το καρκίνωμα του παχέος εντέρου, 71 χρόνια για του καρκίνου του πνεύμονα, και 66 έτη για τον όγκο του προστάτη. πράγματι, είναι γνωστό ότι ο καρκίνος μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής. (NCI, 2015) .

1.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Όταν κάποιος διαγιγνώσκεται με καρκίνο, υπάρχουν πολλαπλές επιλογές θεραπείας που μπορούν να εξεταστούν. Η τελική απόφαση πρέπει να ληφθεί βάσει της συναινετικής γνώμης του ασθενούς και της αξιολόγησης της διεπιστημονικής ομάδας επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον, η επιλογή θεραπείας υπόκειται σε ποια φάση εξέλιξης είναι ο καρκίνος και σε ποιο σημείο του σώματος. Οι επιλογές θεραπείας που έχει ο ασθενής είναι χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονική θεραπεία, θεραπεία με βιολογικά φάρμακα, καθώς και συνδυασμούς αυτών, συμπεριλαμβανομένης της ανακουφιστικής φροντίδας. Κάθε επιλογή συνεπάγεται πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες, κινδύνους και φυσικά πιθανότητες επιτυχίας.

1.4.1 Χειρουργική Επέμβαση

Η χειρουργική επέμβαση βελτιώνει τη διάγνωση και θεραπεία της νόσου. Μια ιστολογική εξέταση θα ήταν επιθυμητή για να κατανοηθεί και να καθοριστεί η διάγνωση, το στάδιο, η έκταση και το είδος του καρκίνου, προκειμένου να ληφθούν αποφάσεις που θα είναι πιο ευεργετικές για τη θεραπεία του ασθενούς. Οι τρεις διαδικασίες για τη διάγνωση περιλαμβάνουν βιοψία για τη λήψη ιστού από το επηρεαζόμενο τμήμα, χειρουργική αφαίρεση ιστού και λήψη ιστού με βελόνα και ενδοσκόπηση. Η διαδικασία της βιοψίας αποτελεί μια αξιόπιστη μέθοδος για την ανάκτηση πληροφοριών σχετικά με τυχόν ατυπικά κύτταρα που ενδέχεται να παρουσιάζονται. Ωστόσο, η επιλογή του είδους βιοψίας που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από παράγοντες όπως η τοποθεσία, το μέγεθος και η εξέλιξη του όγκου. Συνήθως, οι ασθενείς υποβάλλονται σε μια προετοιμασία βιοψίας πριν από την πραγματοποίηση μιας χειρουργικής επέμβασης. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης, ο όγκος αφαιρείται από τον περιβάλλοντα φυσιολογικό ιστό.

Ο κύριος στόχος της χειρουργικής επέμβασης είναι να αντιμετωπιστεί ο όγκος και να βελτιωθεί η προσδοκώμενη διάρκεια ζωής. Ορισμένες χειρουργικές τεχνικές περιλαμβάνουν την ευρεία εκτομή, κατά την οποία αφαιρείται ο πρωτοπαθής όγκος μαζί με τους γειτονικούς λεμφαδένες, όπως η ολική αφαίρεση του τραχήλου και η ολική μαστεκτομή. Επιπλέον, υπάρχει και μια τοπική διαδικασία που πραγματοποιείται για την αντιμετώπιση καρκίνων του δέρματος, η οποία

περιλαμβάνει μια απλή εκτομή του όγκου και μια μικρή αφαίρεση ιστού. Επιπλέον, μπορεί να εξεταστεί η δυνατότητα να ακολουθηθεί μια προληπτική θεραπεία σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν υποψίες για την ανάπτυξη καρκίνου. Για παράδειγμα, σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, υπάρχει μια πιθανότητα περίπου 40% να αναπτυχθεί καρκίνος του παχέος εντέρου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, μια επικουρική θεραπεία που μπορεί να ληφθεί υπόψη είναι η κόλοεκτομή. Επιπλέον, υπάρχει και η δυνατότητα εφαρμογής θεραπείας διάσωσης, η οποία μπορεί να εξετασθεί μετά τη χειρουργική αφαίρεση, σε περίπτωση πιθανής τοπικής επανεμφάνισης. Συγκεκριμένα, αυτή η τεχνική περιλαμβάνει την ολική μαστεκτομή μετά από μερική μαστεκτομή, συνοδευόμενη από λεμφαδεκτομή και ακτινοθεραπεία (Osborn et al, 2012).

Η ανακουφιστική χειρουργική επέμβαση αποβλέπει κυρίως στην ανακούφιση του ασθενούς και την πρόληψη των συμπτωμάτων, εάν ο ασθενής δεν προτιμά κάποια άλλη μέθοδο θεραπείας. Η ανακουφιστική χειρουργική είναι μια επιλογή που εξετάζεται για ασθενείς με προχωρημένη νόσο, με στόχο να περιοριστεί η πρόοδος της ασθένειας, όταν υπάρχει πιθανότητα ίασης. Ωστόσο, για να εφαρμοστεί αυτή η τεχνική, είναι απαραίτητο ο ειδικός ιατρός να έχει γνώση σχετικά με τον ρυθμό ανάπτυξης του καρκίνου, το προσδόκιμο επιβίωσης και, φυσικά, τα αποτελέσματα της θεραπείας. Στη συνέχεια, υπάρχει και η εναλλακτική θεραπεία όπου εξετάζεται η πιθανότητα χειρουργικής αφαίρεσης του όγκου, σε συνδυασμό με την χρήση χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας ή θεραπείας με βιολογικούς παράγοντες για τον ασθενή. Τέλος, υπάρχει η επανορθωτική θεραπεία που περιλαμβάνει μια επαναληπτική χειρουργική επέμβαση, με σκοπό να βελτιωθεί η λειτουργικότητα στην περιοχή που παρουσιάζει προβλήματα ο ασθενής, ή για αισθητικούς λόγους, όπως στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού ή του δέρματος (Osborn et al, 2012).

1.4.2 Ακτινοθεραπεία

Η ραδιοθεραπεία αποτελεί τη μέθοδο θεραπείας που εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση του καρκίνου μέσω της εφαρμογής ιοντίζουσων ακτινοβολιών. Αυτή η θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε ανεξάρτητα είτε σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες, με στόχο την επίτευξη των βέλτιστων θεραπευτικών αποτελεσμάτων για τον ασθενή. Οι στόχοι της ακτινοθεραπείας περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση της νόσου, τον έλεγχο για πιθανές μεταστάσεις, την ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα, καθώς και την πρόληψη της ασθένειας που σχετίζεται με τους πρωτογενείς όγκους. Επιπλέον, η ακτινοθεραπεία επικεντρώνεται στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μέσω της ανακούφισης και της ικανότητας μείωσης των συμπτωμάτων που συνοδεύουν τη νόσο όπως αδυναμία, κόπωση, ζάλη, αιμορραγία, πόνος, δύσπνοια, αγγειακή / γαστρεντερική / νεφρική / ουρητήρια / τραχεία απόφραξη, νευρολογικά συμπτώματα.

Η ιοντίζουσα ακτινοβολία έχει την ικανότητα να επηρεάσει τα κύτταρα των όγκων. Αυτό συμβαίνει μέσω της ενέργειας που απαιτείται για τη διάσπαση των χημικών δεσμών του μορίου (Osborn et al, 2012). Θα ήταν επιθυμητό να αναφέρουμε ότι η ακτινοθεραπεία μπορεί να προστατεύσει τους γειτονικούς υγιείς ιστούς κατά την καταστροφή του όγκου. Η ενέργεια από τα ιόντα της ακτινοβολίας μπορεί να επηρεάσει τα καρκινικά κύτταρα ή να προκαλέσει αλλαγές στο DNA τους, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπιθύμητες επιπτώσεις.

Το κύτταρο αλληλεπιδρά με ιονισμένες ακτίνες ή μόρια τα οποία επηρεάζουν το υδάτινο περιεχόμενο του και οδηγούν στην παραγωγή ελεύθερων ριζών. Οι ρίζες αυτές αναφέρονται σε ατομικά ή μοριακά συστήματα που είναι ηλεκτρικά ουδέτερα, με ίσο αριθμό πρωτονίων και ηλεκτρονίων. περίπου 50% των ασθενών θα υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία και η ακτινοβολία συμβάλλει στο 40% της επιβίωσης. Όταν η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται πριν τη χειρουργική επέμβαση, έχει ως στόχο να μειώσει το μέγεθος του όγκου, ενώ όταν εφαρμόζεται μετά τη χειρουργική επέμβαση, στοχεύει στην εξάλειψη ενδεχόμενων καρκινικών κυττάρων που μπορεί να έχουν παραμείνει ή να έχουν διαφύγει. Συνήθως, η ακτινοθεραπεία έχει διάρκεια σχεδόν 30 λεπτά και μπορεί να υλοποιηθεί από μία έως πέντε φορές την εβδομάδα, ανάλογα με την ανάγκη του κάθε ασθενούς. Η διάρκεια της ακτινοθεραπείας επίσης μπορεί να επηρεαστεί από τη σοβαρότητα της νόσου του ασθενούς.

Αξίζει να τονιστεί ότι η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μια επιλογή θεραπείας σε πρώιμα στάδια καρκίνου, όπως καρκίνος του δέρματος, του προστάτη, του πνεύμονα, του τραχήλου της μήτρας, της κεφαλής, του τραχήλου και των λεμφαδένων. (Σπυρόπουλος, 2015).

Τέλος, ορισμένες ανεπιθύμητες επιπτώσεις που μπορεί να προκαλέσει η ακτινοθεραπεία περιλαμβάνουν κάποιες δυσκολίες, όπως στοματίτιδα, ξηροστομία, αλλαγές στη γεύση, οισοφαγίτιδα, βήχας, πνευμονική ίνωση, γαστρίτιδα, ναυτία, εμετός, διάρροια, κυστίτιδα, στυτική δυσλειτουργία, κολπική στένωση, εγκεφαλικό οίδημα, αλωπεκία και αλλαγή στο χρώμα και την υφή των μαλλιών (Osborn et al, 2012).

1.4.3 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια πρακτική, κατά την οποία παρέχονται κυτταροτοξικές ουσίες. Ο στόχος της χημειοθεραπείας είναι να ανασταλεί ή να μειωθεί η ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων, τα οποία εκδηλώνουν έντονη ταχύτητα ανάπτυξης και διαίρεσης. Επιπλέον, η χημειοθεραπεία συμβάλλει στη συρρίκνωση του όγκου (NCI, 2023). Στο πλαίσιο της θεραπευτικής προσέγγισης, υπάρχουν πέντε διαφορετικοί τύποι χημειοθεραπείας. Αρχικά, αναφέρεται η επικουρική

χημειοθεραπεία, η οποία εφαρμόζεται συμπληρωματικά με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις, με σκοπό την αντιμετώπιση μικρο-μεταστάσεων. Στη συνέχεια, αναφέρεται η νέο-επικουρική χημειοθεραπεία, η οποία εφαρμόζεται πριν από τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου, με σκοπό τη συρρίκνωση του όγκου προς επίτευξη βελτιωμένης χειρουργικής αφαίρεσης.

Επιπλέον, η πρωτογενής αναφέρεται στην περίπτωση όπου ο όγκος εντοπίζεται και οι εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές αποδεικνύονται αναποτελεσματικές. Στόχος της είναι η θεραπεία και ο έλεγχος της νόσου. Αντίθετα, χρησιμοποιείται σε καταστάσεις όπου δεν υπάρχουν άλλες βιώσιμες επιλογές θεραπείας και ο στόχος του είναι να θεραπεύσει και να διαχειριστεί την πάθηση. πρόσφατα, εμφανίστηκε μια καινοτόμος στρατηγική γνωστή ως μέθοδος συνδυασμού. Αυτό περιλαμβάνει την εφαρμογή δύο ή περισσότερων χημειοθεραπευτικών θεραπειών ταυτόχρονα, με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητας των υπόλοιπων την επίτευξη ολοκληρωμένης συνδυαστικής δράσης (Osborn et al, 2012). Η θεραπεία της χημειοθεραπείας μπορεί να παρέχεται χρησιμοποιώντας διάφορες μεθόδους, όπως από του στόματος δισκία, κάψουλες, ή υγρά διαλύματα.

Επιπλέον, είναι δυνατή η χορήγηση μέσω ενδοφλεβιας γραμμής, ενδομυϊκής ένεσης, ενδοραχιαίας χορήγησης, ενδοπεριτοναϊκής χορήγησης, ενδοαρτηριακής χορήγησης και διαδερμικά με τη μορφή κρέμας. Η πιο ευπρόσδεκτη μέθοδος διοχέτευσης που προτιμάται ευρέως είναι η ενδοφλέβια χορήγηση. Ασφαλώς, η απόφαση για τον τύπο χορήγησης εξαρτάται από την φύση της ουσίας που χρησιμοποιείται, τη δοσολογία, τον τύπο της ουσίας, την εντοπισμένη θέση και τον όγκο που πρέπει να αντιμετωπιστεί. προκειμένου να προσδιοριστεί η απαιτούμενη δοσολογία που θα διατεθεί προς κάθε ασθενή, ο ιατρός χρησιμοποιεί εξισώσεις που βασίζονται στο ύψος και το βάρος του ατόμου που υποφέρει. Κατά τη διάρκεια της χορήγησης της χημειοθεραπείας, παρακολουθείται το σωματική βάρος του ασθενούς, καθώς υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης αποκλίσεων λόγω των ανεπιθύμητων παρενεργειών, όπως ο έμετος, η ανορεξία και η κόπωση. Επιπλέον, πραγματοποιείται έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας κατά τη διενέργεια άλλων εξετάσεων, ανάλογα με τις πιθανές παθήσεις που μπορεί να αντιμετωπίζει ο κάθε ασθενής (Osborn et al., 2012).

Παρατηρείται ευρεία γκάμα φαρμακευτικών προϊόντων που χορηγούνται κατά τις χημειοθεραπείες. Ο ιατρός αναλαμβάνει την ευθύνη να καθορίσει την κατάλληλη δοσολογία φαρμάκων, λαμβάνοντας υπόψη το είδος και το στάδιο της καρκινικής ασθένειας, το εάν έχει προηγουμένως υποβληθεί σε παρόμοια θεραπεία, καθώς και την παρουσία άλλων νοσημάτων. Επιπλέον, η συχνότητα της χημειοθεραπείας εξαρτάται εκ νέου από το είδος και το στάδιο του όγκου, το είδος της θεραπείας και την ανταπόκριση του οργανισμού του ασθενούς στη θεραπεία. Η χορήγηση χημειοθεραπειών πραγματοποιείται σε κύκλους, όπου ο κύκλος νοείται σε

μια χρονική περίοδο θεραπείας που ακολουθείται από μια περίοδο ανάπαυσης. Η ανάπαυση αποδίδεται με σκοπό τη δυνατότητα του οργανισμού να παράγει κύτταρα υγής κατάστασης.

Επιπροσθέτως, η χημειοθεραπεία διαθέτει την ικανότητα να επιδρά διαφορετικά σε κάθε ασθενή, ανάλογα με το είδος και τη δοσολογία της θεραπείας, το είδος και το στάδιο του καρκίνου, καθώς και την προϋπάρχουσα υγεία του ασθενούς πριν αναπτυχθεί ο καρκίνος. Ανεπιθύμητες παρενέργειες που ενδέχεται να εκδηλωθούν μετά την υποβοηθούμενη θεραπεία περιλαμβάνουν την εμφάνιση αφθώδων ελκών στο στόμα, την αίσθηση ναυτίας, τον ανεξέλεγκτο εμετό, την απώλεια τριχών από το κεφάλι και το σώμα, την αίσθηση κόπωσης, την απόκρυψη ενέργειας, την αναταραχή της εντερικής λειτουργίας, την εμφάνιση οιδημάτων, την απώλεια της όρεξης, την ανεπάρκεια του αίματος.

Για να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπείας, ο ασθενής πρέπει να επισκέπεται το γιατρό για διαγνωστικές εξετάσεις αίματος και απεικόνισης, όπως αξονική τομογραφία, PET σάρωση, ή MRI.

1.4.4 Βιοθεραπεία

Η βιολογική θεραπεία είναι μια θεραπευτική μέθοδος που χρησιμοποιεί ουσίες που προέρχονται από βιολογικές πηγές ή που προκαλούνται από βιολογική αντίδραση. Ο κύριος στόχος της θεραπείας με τη χρήση βιολογικών παραγόντων είναι να επιτευχθεί η αντιστροφή ή η καταστολή της ανάπτυξης του κακοήθους όγκου. Η αποτελεσματικότητα της επίδρασης της θεραπείας φαίνεται να σχετίζεται με την αλλαγή στην παθολογική αλληλεπίδραση μεταξύ του όγκου και του ξενιστή.

Η ανάλυση του όγκου κάθε ασθενούς αποσκοπεί στην αξιολόγηση των βιοδεικτών του, καθώς και στον εντοπισμό γονιδίων, πρωτεϊνών και άλλων σχετικών ουσιών. Η παρακολούθηση των βιοδεικτών αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την αξιολόγηση της κατάλληλης θεραπείας σε ορισμένους τύπους καρκίνου, όπως οι μη μικροκυτταρικοί καρκίνοι του πνεύμονα, του μαστού και του παχέος εντέρου. Η αξιολόγηση των βιοδεικτών μπορεί να γίνει μέσω της ανάκτησης δείγματος από τα καρκινικά κύτταρα, είτε με βιοψία είτε κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να απαιτηθεί η χρήση υγιών κυττάρων από δείγμα σάλιου ή αίματος του ασθενούς, προκειμένου να γίνουν συγκρίσεις με σκοπό τον εντοπισμό γενετικών αλλαγών. Ο στόχος των αποτελεσμάτων είναι να εξεταστούν διάφορες επιλογές θεραπείας, προκειμένου να επιλεγεί η πλέον κατάλληλη για τον ασθενή. (NCI, 2023).

1.4.5 Φωτοδυναμική Θεραπεία

Η φωτοδυναμική αντιπροσωπεύει μια θεραπευτική προσέγγιση όπου χρησιμοποιείται ένα φάρμακο που είναι ευαίσθητο στο φως και ενεργοποιείται μέσω αυτού, με σκοπό την αντιμετώπιση των καρκινικών κυττάρων. Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο πληροφοριών (NCI, 2023), υπάρχουν διάφορες πηγές φωτός, όπως λέιζερ και άλλα μηχανήματα. Η φωτοθεραπεία χρησιμοποιεί μόρια που εκδηλώνουν ευαισθησία στο φως και έχουν την ικανότητα να παράγουν οξυγόνο. Σύμφωνα με την επιστημονική βιβλιογραφία, η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων μπορεί να συμβεί λόγω της επίδρασης των ριζών οξυγόνου, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν το DNA, το κυτταρόπλασμα και την κυτταρική μεμβράνη. Η φωτοθεραπεία αποτελείται από δύο φάσεις. Αρχικώς, ο ασθενής αποδέχεται ένα φάρμακο φωτοευαίσθητοποιητή, το οποίο μπορεί να χορηγηθεί είτε μέσω του στόματος και να ασκήσει την επίδρασή του στο δέρμα, είτε να διοχετευθεί μέσω ενδοφλεβίας χορήγησης. Στη συνέχεια, μετά από ένα χρονικό διάστημα από 24 έως 72 ώρες, πραγματοποιείται η θεραπεία με τη χρήση της τεχνολογίας του λέιζερ. Σύμφωνα με τις επιστημονικές μελέτες, παρατηρείται ότι οι φωτοευαίσθητοποιητές διαθέτουν την ενδεδειγμένη ικανότητα να εστιάζουν την προσοχή τους στα καρκινικά κύτταρα, ενώ αποφεύγουν την ανεπιθύμητη αλληλεπίδραση με υγιή. Ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες που ίσως να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της φωτοθεραπείας περιλαμβάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ερεθισμού του δέρματος, πρήξιμο, αίσθημα πόνου, εμφάνιση ουλών, κάποια αίσθηση βήχα, δυσκοιλιότητα.

Τέλος, η φωτοδυναμική θεραπεία έχει εγκριθεί για χρήση σε θεραπείες κατά της ακτινικής κεράτωσης, του προχωρημένου δερματικού λεμφώματος T-κυττάρων, του βασικοκυτταρικού καρκίνου του δέρματος, του καρκίνου του οισοφάγου, του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα και του ακανθοκυτταρικού καρκίνου του δέρματος (NCI, 2023).

1.4.6 Ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία έχει την ικανότητα να επηρεάζει την ανάπτυξη του καρκίνου, χρησιμοποιώντας ορισμένες ορμόνες. Επιπλέον, μπορεί να παρέχει ανακούφιση. Αυτή η κατηγοριοποίηση μπορεί να γίνει σε δύο κύριες κατηγορίες, αυτή που αναστέλλει την παραγωγή ορμονών από τον οργανισμό και αυτή που ρυθμίζει την ορμονική ισορροπία στον οργανισμό. Η επιλογή της ορμονοθεραπείας για τον ασθενή εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως ο τύπος του καρκίνου, η παρουσία ή απουσία μεταστάσεων, η προηγούμενη χρήση ορμονικού σχήματος και η ύπαρξη άλλων νοσημάτων. Όταν συνδυάζεται με άλλες θεραπείες, έχει παρατηρηθεί ότι μπορεί να έχει θετική επίδραση στη συρρίκνωση του όγκου πριν από τη χειρουργική επέμβαση ή την

ακτινοθεραπεία, να μειώσει τις πιθανότητες μελλοντικής εμφάνισης καρκίνου και να επηρεάσει αποτελεσματικά τα καρκινικά κύτταρα. Η συγκεκριμένη θεραπεία εφαρμόζεται σε περιπτώσεις καρκίνου του προστάτη και του μαστού, καθώς οι ορμόνες αποτελούν αναγκαίο παράγοντα για την ανάπτυξή τους. Ορισμένες ανεπιθύμητες επιπτώσεις που ενδέχεται να παρουσιάσει ένας άνδρας περιλαμβάνουν αίσθημα υπερέντασης, ανικανότητα, μείωση του ενδιαφέροντος για σεξουαλική δραστηριότητα, διαταραχές του πεπτικού συστήματος, επιπλέον κούραση.

Ορισμένες ανεπιθύμητες επιπτώσεις που μπορεί να αντιμετωπίσουν ορισμένες

γυναίκες περιλαμβάνουν την αίσθηση της έξαψης, την κολπική ξηρότητα, αλλαγές στην έμμηνου ρύση, τη μείωση του ενδιαφέροντος για σεξουαλική επαφή, τη ναυτία, την κόπωση και τις αλλαγές στη διάθεση. Τέλος, η ορμονοθεραπεία μπορεί να διατίθεται είτε με στοματική χορήγηση, είτε με ενδομυϊκή ένεση, είτε με χειρουργική επέμβαση. (NCI, 2023).

1.4.7 Ανοσοθεραπεία

Η ανοσοθεραπεία αποτελεί μια προοδευτική προσέγγιση που διαθέτει την ικανότητα να ενισχύσει το ανοσοποιητικό σύστημα και να επιτρέψει την αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου. Συγκεκριμένα, υπάρχουν πέντε διαφορετικοί τύποι ανοσοθεραπείας που περιλαμβάνουν τους αναστολείς των ανοσοποιητικών ελέγχων, τη θεραπεία μεταφοράς T- κυττάρων, τα μονοκλωνικά αντισώματα, τα εμβόλια θεραπείας και τους ρυθμιστές του ανοσοποιητικού συστήματος. Η ανοσοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί είτε με ενδοφλέβια χορήγηση, είτε με στοματική χορήγηση, είτε τοπικά, είτε με ενδοκυστική χορήγηση, ανάλογα με την περίπτωση. Η συχνότητα της ανοσοθεραπείας εξαρτάται από τον τύπο και τον χαρακτήρα του καρκίνου, τον τύπο της θεραπείας και την ανταπόκριση του οργανισμού. Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, πραγματοποιούνται αιματολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις. Όσον αφορά τις πιθανές παρενέργειες της ανοσοθεραπείας, αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν δερματικές βλάβες στο σημείο χορήγησης, όπως πόνος, οίδημα, ερυθρότητα, κνίδωση, εξάνθημα, καθώς και γενικότερα πυρετό, αδυναμία, ζάλη, ναυτία, έμετο, κόπωση, διαρροϊκές κενώσεις, δύσπνοια και μόλυνση. (NCI, 2023).

1.4.8 Μεταμόσχευση βλαστικών κυττάρων και μυελού των οστών

Η μεταμόσχευση βλαστικών κυττάρων αντιπροσωπεύει μια πιθανή προσέγγιση για την αναγέννηση των κυττάρων του αίματος που έχουν υποστεί απώλεια ή ζημιά λόγω χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας. Η παρουσία βλαστοκυττάρων στον ανθρώπινο οργανισμό αποτελεί σημαντική παράμετρο για την ανάπτυξη των λευκών αιμοσφαιρίων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων. Η μεταμόσχευση του μυελού των οστών μεταφέρει αιμοποιητικά κύτταρα από ένα άτομο σε ένα άλλο. Ωστόσο, πλέον, προτιμάται η μεταμόσχευση βλαστικών κυττάρων (Osborn et al., 2012).

Αμέσως μετά την είσοδο των βλαστοκυττάρων στον οργανισμό, αυτά κατευθύνονται άμεσα προς το μυελό των οστών, προκειμένου να αρχίσει η αποτελεσματική λειτουργία τους. Τα βλαστικά κύτταρα μπορεί να προέρχονται είτε από τον ομφάλιο λώρο, είτε από το μυελό των οστών, είτε από την κυκλοφορία του αίματος. Όσον αφορά τη μεταμόσχευση, αυτή μπορεί να είναι αυτόλογη, δηλαδή να προέρχεται από τον ίδιο τον ασθενή, ή αλλογενή, δηλαδή να προέρχεται από άλλο άτομο, και μπορεί επίσης να είναι συγγενική, όπου τα κύτταρα προέρχονται από τον πανομοιότυπο δίδυμο του ασθενούς.

Συνήθως, η μεταμόσχευση χρησιμοποιείται περισσότερο σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως λευχαιμία ή λέμφωμα. Όπως κάθε θεραπευτική παρέμβαση, μπορεί να προκαλέσει ορισμένες παρενέργειες, όπως μόλυνση ή βλάβες σε διάφορα όργανα, όπως το δέρμα, το συκώτι και το γαστρεντερικό σωλήνα. Η επιτυχία της μεταμόσχευσης μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες, όπως ο τύπος και το στάδιο του καρκίνου, οι προηγούμενες θεραπείες, καθώς και η γενική υγεία του ασθενούς πριν από τη μεταμόσχευση. Μετά τη μεταμόσχευση, συνήθως πραγματοποιούνται αιματολογικές εξετάσεις για να αξιολογηθεί η λειτουργικότητα της μεταμοσχευμένης ουσίας (NCI, 2023).

1.4.9 Εναλλακτική Θεραπεία

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο πόνος μπορεί να απαιτεί περισσότερες από τις συμβατικές ιατρικές προσεγγίσεις. Γι' αυτόν τον λόγο, συχνά προτείνονται εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στους ασθενείς. Ένα από τα μέσα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι ο βελονισμός. πιο συγκεκριμένα, ο βελονισμός χρησιμοποιείται εδώ και πολλά χρόνια για την ανακούφιση των συμπτωμάτων του πόνου. Το ερέθισμα που προκαλεί ο βελονισμός οδηγεί στην απελευθέρωση ορμονών, όπως η σεροτονίνη, οι οποίες συμβάλλουν στην ανακούφιση από τον πόνο. Τα ερεθίσματα

που προκαλούνται κατά τον βελονισμό πραγματοποιούνται από ειδικευμένο προσωπικό και περιλαμβάνουν χειρωνακτικούς χειρισμούς, εφαρμογή θερμότητας ή/και ηλεκτρισμού (Deng, 2019).

Επιπλέον, υπάρχουν και άλλες μέθοδοι που μπορούν να συμβάλλουν στην ανακούφιση του καρκινικού πόνου, επικεντρώνονται κυρίως στην απόσπαση της προσοχής του ασθενούς. Ορισμένες από αυτές είναι η μουσικοθεραπεία, οι συμπεριφορικές τεχνικές, η ψυχοθεραπεία του ασθενούς και η καθοδηγούμενη φωνητική χαλάρωση. Οι προαναφερθείσες τεχνικές συνιστούν ένα κομμάτι μιας πολυδιάστατης θεραπευτικής προσέγγισης για τον καρκινικό πόνο, συμπληρώνοντας τα φαρμακευτικά πρωτόκολλα.

Ο σκοπός των θεραπευτικών αυτών μεθόδων είναι να αποσπάσουν την προσοχή από το επώδυνο ερέθισμα και να κατευθύνουν τη σκέψη σε άλλα θέματα, με σκοπό να προσφέρουν προσωρινή ανακούφιση από τον πόνο (GulbeyazCan et al, 2011).

Οι εναλλακτικές πρακτικές, που μπορούν να συμβάλλουν στην ανακούφιση του καρκινικού πόνου, μπορούν να περιλαμβάνουν διάφορες επιλογές, ανάλογα με τις προτιμήσεις και πεποιθήσεις του κάθε ασθενούς. Αυτές οι επιλογές μπορεί να περιλαμβάνουν ασκήσεις yoga, θεραπείες μασάζ, υπνοθεραπεία και άλλες πρακτικές (Chaturvedi et al, 2015). Οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν χρόνιο καρκινικό πόνο υποβάλλονται σε εκπαίδευση από εξειδικευμένο προσωπικό, προκειμένου να απομακρύνουν προσωρινά την ανεπιθύμητη αίσθηση του πόνου.

2. ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

2.1. ΠΟΝΟΣ

Ο καρκινικός πόνος αποτελεί μία συχνή συνέπεια της νόσου. παραδόξως, η εμφάνιση της επιπλοκής αυτής στους ογκολογικούς ασθενείς δεν είναι συνηθισμένη, ωστόσο, όταν αυτή παρουσιάζεται, αποτελεί ίσως μία από τις πιο απρόσμενες και ανεπιθύμητες επιπλοκές που σχετίζονται με τη νόσο. Η ποσοστιαία επίπτωση των ασθενών που αναφέρουν πόνο εξελίσσεται ανοδικά διαρκώς, και ως εκ τούτου αυξάνει και ο όγκος των απαιτήσεων για αποτελεσματική αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού.

Ο πόνος που σχετίζεται με τον καρκίνο αποτελεί ένα αντικείμενο που εξακολουθεί να ερευνάται, καθώς για αρκετό χρονικό διάστημα η φυσιολογία του παρέμενε άγνωστη για την ιατρική κοινότητα. Αναλυτικότερα, το άλγος του καρκίνου παρουσιάζεται σε ένα ποσοστό περίπου 64% σε ασθενείς με καρκίνο σε όλα τα στάδια της νόσου, προκαλώντας έτσι την ανάγκη για αναζήτηση βοήθειας (Cyprus Pain Clinic, 2022).

Θα ήταν σημαντικό να επισημανθεί ότι ο καρκινικός πόνος δεν περιορίζεται μόνο σε ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, αλλά επηρεάζει επίσης τους επιζώντες από καρκίνο, οι οποίοι αντιμετωπίζουν χρόνιο πόνο λόγω των θεραπειών που έχουν λάβει (π.χ. χρόνια δυσφαγία σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ακτινοβολία για καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, πόνος στο θωρακικό τοίχωμα ή στο άνω άκρο μετά από μαστεκτομή και λεμφαδενικό καθαρισμό για καρκίνο του μαστού (Larsson, 2017), περιφερική νευροπάθεια σε ασθενείς που έλαβαν συμπληρωματική χημειοθεραπεία, κλπ.). Ο πόνος είναι υποκειμενικό αίσθημα που περιγράφεται από τον/την ασθενή. Ο καρκινικός πόνος είναι παρών σε πολλούς ασθενείς, ανεξάρτητα από τη θεραπεία που λαμβάνουν ή το στάδιο της νόσου (Smith, 2018).

Ο πόνος, ειδικά ο σχετιζόμενος με τον καρκίνο, είναι μια δυσάρεστη εμπειρία που επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Η επίδραση στη ζωή του ασθενούς είναι αξιοσημείωτη, καθώς αλλάζει η στάση και η αντοχή του σε διάφορα ερεθίσματα. Ο ασθενής με καρκινικό πόνο έχει φτωχή ποιότητα ζωής λόγω περιορισμού δραστηριοτήτων που μπορεί να προκαλέσουν πόνο. Το άτομο που υποφέρει αντιμετωπίζει δυσκολίες προσαρμογής στα θεραπευτικά σχήματα και τους χειρισμούς, καθώς πολλές από αυτές τις ενέργειες προκαλούν δυσφορία. Η ψυχολογική ευημερία του επηρεάζεται και χρειάζεται ψυχολογική ενίσχυση. Ο πόνος μπορεί να προκαλέσει δυσάρεστα συναισθήματα και να απαιτήσει ψυχολογική παρακολούθηση.

Παρατηρείται μια εμφανής πρόοδος στον τομέα της έρευνας για τον καρκίνο και, ειδικότερα, για τη διερεύνηση του καρκινικού πόνου κατά την τελευταία δεκαετία. Ο πόνος που σχετίζεται με τον καρκίνο, μέχρι στιγμής, κατατάσσεται ανάλογα με την αίσθηση που προκαλεί στον ασθενή και τη νευρολογική του επίδραση. παρατηρούνται περιπτώσεις, κατά τις οποίες το άλγος που συνδέεται με την καρκινογένεση, αποδίδεται σε ψυχολογικά αίτια. Επικεντρώνοντας στην προαναφερθείσα κατάταξη, είναι ουσιώδες να υπογραμμιστεί ότι ο αλγαισθητικός πόνος περιγράφεται από τον ασθενή ως μια εστιασμένη ενόχληση, αίσθηση πίεσης ή αιχμηρή ενόχληση, η οποία μπορεί να προέρχεται είτε από εσωτερικές βλάβες του σπλάχνου, είτε από άλλες περιοχές του σώματος. Αντιθέτως, ο νευροπαθητικός πόνος παρουσιάζει διαφορετική περιγραφή κατά την οποία αναφέρεται ο ασθενής. Η αίσθηση καύσου, οι αιμωδίες, κ.α, αποτελούν χαρακτηριστική εικόνα πόνου, ο οποίος οφείλεται σε βλάβες του νευρικού συστήματος. (Larsson, 2017).

2.2.1 Νευροπαθητικός πόνος

Μια εξαιρετικά αξιοσημείωτη περίπτωση αλγορίας που σχετίζεται με τον καρκίνο είναι ο νευροπαθητικός πόνος. Σύμφωνα με την Διεθνή Εταιρεία Μελέτης του πόνου, ο νευροπαθητικός πόνος αποτελεί την κατηγορία του πόνου που προκαλείται από αιτίες που σχετίζονται με βλάβη ή νόσο του σωματοαισθητικού νευρικού συστήματος. Ο νευροπαθητικός πόνος εμφανίζεται σε ποσοστό που κυμαίνεται από 19 έως 39,1% σε ασθενείς με κακοήγη νόσο (Bennett, 2012). Ένα ποσοστό από 0.5 έως 8% του πληθυσμού αντιμετωπίζει την πρόκληση του αμιγούς νευροπαθητικού πόνου. Οι ασθενείς αναφέρουν αίσθημα μούδιασματος στα άκρα του σώματος, κνησμό ή αίσθημα παροδικής ηλεκτρικής εκκένωσης. Ο νευροπαθητικός πόνος επιφέρει σημαντικές αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα ζωής του ατόμου, εκδηλούμενες με την εμφάνιση αυξημένου επιπέδου άγχους, κατάθλιψης, διαταραχών ύπνου, δυσλειτουργικότητας και αρνητικών επιπτώσεων στην κοινωνική και οικονομική ευημερία.

Οι πιο συχνές νευροπαθητικές διαταραχές πόνου που συνδέονται με την αντινεοπλασματική θεραπεία περιλαμβάνουν τα εξής:

2.2.2 Μετεγχειρητικά σύνδρομα πόνου:

Σύνδρομο που εμφανίζεται μετά από μαστεκτομή (Larsson, 2017).

Αμβλύς αλγός, αίσθημα υψηλής θερμότητας, που παρατηρείται στην περιοχή της μασχάλης και του πρόσθιου θωρακικού τοίχου. Η παρούσα περίπτωση ενδέχεται να συνδέεται με την απώλεια της αισθητικότητας ή άλγος φάντασμα. Ο αλγόριθμος πόνου μπορεί να εκδηλωθεί αμέσως μετά την εκτέλεση μιας χειρουργικής πράξης και να διατηρηθεί, ή εναλλακτικά, η εμφάνισή του μπορεί να παρουσιαστεί μετά από πολλούς μήνες ή ακόμη και χρόνια μετά την εν λόγω επέμβαση.

Το σύνδρομο μετά από θωρακοτομή (Guastella, 2011).

Αναφέρεται σε μακροχρόνιο πόνο που παρουσιάζεται στην περιοχή όπου πραγματοποιήθηκε η χειρουργική επέμβαση και διαρκεί για πολλούς μήνες μετά την επέμβαση. Όταν ο όγκος επαναλαμβάνεται αντί να παραμένει σταθερός, υπάρχει υποψία για υποτροπή του.

Το σύνδρομο μετά από λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης (σε καρκίνο του μαστού) ή του τραχήλου (σε καρκίνος κεφαλής – τραχήλου).

Πόνος στη μασχάλη ή αίσθημα καύσου στην προσθιοπλάγια περιοχή του τραχήλου επεκτεινόμενο στον ώμο, αντίστοιχα.

Άλγος κολοβώματος και πόνος «μέλους φαντάσματος».

Η ανατομική περιοχή όπου γίνεται αντιληπτός ο πόνος δεν υπάρχει (μετά από μαστεκτομή, εξόρυξη οφθαλμού, ακρωτηριασμός άκρου).

2.2.3 Σύνδρομο μετά από την ακτινοθεραπεία:

- ***Ακτινική μυελοπάθεια, όταν η δόση του νωτιαίου μυελού υπερβεί τα 45 – 50 έτη.***
- ***Μετακτινική νευροπάθεια αυχενικού, βραχιονίου και οσφυοϊερού πλέγματος, όταν η δόση υπερβεί τα 60 – 66 έτη.***

Ο νευροπαθητικός πόνος που προκύπτει από τη χημειοθεραπεία έχει σημαντικό αντίκτυπο στη γενική ευημερία των ατόμων που διαγιγνώσκονται με καρκίνο. και αποτελεί πρόκληση στη θεραπεία του. Κλινικές μελέτες έχουν αναφέρει ότι το 50% των ασθενών με ανθεκτικούς καρκινικούς πόνους διαγιγνώσκονται με νευροπαθητικό πόνο. Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει εγκεκριμένο φάρμακο για τη θεραπεία του νευροπαθητικού πόνου. (Trouvin et al, 2017).

2.2.4 Παροξυσμικός πόνος

Το φαινόμενο του παροξυσμικού πόνου αποτελεί ένα εξαιρετικά ενοχλητικό χαρακτηριστικό σε ασθενείς με καρκίνο. Αυτός ο πόνος εκδηλώνεται ως πρόσκαιρη ένταση πόνου σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν χρόνιο πόνο, ο οποίος είναι σταθερός και καλά ελεγχόμενος. Οι κύριες αιτίες περιλαμβάνουν την άμεση και έμμεση επίδραση της νεοπλασίας, την αντινεοπλασματική θεραπεία και τη συννοσηρότητα. Χαρακτηρίζεται από μέσο όρο 4 επεισόδια ημερησίως, γρήγορη έναρξη και μέση διάρκεια 30 λεπτών. Αυτός ο τύπος πόνου παρατηρείται σε ποσοστό μεταξύ 40% - 80% των ασθενών με καρκινικό πόνο, επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Παρόλο που η θεραπεία για τον παροξυσμικό πόνο είναι αποτελεσματική μόνο σε ένα τρίτο των ασθενών, οι ταχείας έναρξης δράσης σκευάσματα, περιλαμβάνοντας ειδικά δισκία για τη γλώσσα και τροχίσκους με ενσωματωμένο εξάρτημα για το στόμα, έχουν συμβάλει σημαντικά στη διαχείριση του πόνου. Ειδική προσοχή απαιτείται για τους ασθενείς με κοιλιακό παροξυσμικό πόνο, καθώς αντιμετωπίζουν προβλήματα κατά την κατανάλωση τροφής, με το φαινόμενο αυτό να επηρεάζει έντονα το 45% των προχωρημένων καρκινικών ασθενών. Επιπλέον, παρατηρείται αμιγής ή μικτός μηχανισμός σπλαγχνικού πόνου στα 2/3 των ασθενών (Rivera, 2014). Οι ασθενείς με ογκολογικά προβλήματα, που αντιμετωπίζουν έντονο πόνο, ενδέχεται να χρειάζονται επιπλέον υγειονομική περίθαλψη σε σύγκριση με άλλους ασθενείς που δεν αντιμετωπίζουν αυτήν την παθολογία. Συνήθως, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη ανάγκη για νοσηλείες, εισαγωγές στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και αυξημένες οικονομικές δαπάνες για τη θεραπεία.

2.3. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Είναι αδιαμφισβήτητο το γεγονός ότι πολλοί κλινικοί ογκολόγοι, παρά το γεγονός ότι ασχολούνται επαγγελματικά με το φαινόμενο του καρκινικού πόνου, διαθέτουν ελλείψεις γνώσεις σχετικά με αυτόν. Η αποτελεσματική και έγκαιρη διάγνωση του καρκινικού πόνου, σε συνδυασμό με τις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, δύνανται να ανακταθούν τον ασθενή.

Αρχίζοντας την πορεία προς την αντιμετώπιση του πόνου, είναι αναγκαίο να αφιερώσουμε προσοχή στην αξιολόγησή του. Η αξιολόγηση από τον επαγγελματία υγείας πρέπει να ξεκινά από την κλινική εξέταση του ασθενούς και την αξιολόγηση της ψυχολογικής του κατάστασης. Είναι απαραίτητο για την επιτυχή διαχείριση του ασθενούς να αξιολογηθεί η ένταση και η διάρκεια του πόνου, τα χαρακτηριστικά του, η εντοπισμός του, καθώς και άλλοι παράγοντες.

Για το σκοπό αυτό, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν ορισμένα εργαλεία αξιολόγησης του πόνου. Αυτό είναι απαραίτητο διότι ο πόνος αντιπροσωπεύει ένα υποκειμενικό

συναίσθημα και απαιτεί την αξιολόγηση των εμπειριών του ίδιου του ασθενούς. Για τον σκοπό αυτό, είναι απαραίτητο να χρησιμοποιούνται κλίμακες αξιολόγησης του πόνου. Με την εφαρμογή αυτών των κλιμάκων, οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, μπορούν να αξιοποιήσουν τις πληροφορίες που αποκτούν από αυτούς και να εξάγουν τα απαραίτητα συμπεράσματα. Ο κάθε ιατρός-νοσηλεύτης, ο οποίος αναλαμβάνει τη φροντίδα ασθενών με καρκινικό πόνο, μπορεί να αξιοποιήσει κλίμακες αξιολόγησης του πόνου, ανάλογα με το περιβάλλον. Πιο αναλυτικά, υπάρχουν ορισμένες απλές κλίμακες αξιολόγησης του πόνου, οι οποίες παρουσιάζουν μια ποικιλία από αριθμητικές, περιγραφικές ή εικονογραφημένες μορφές, οι οποίες συμπληρώνονται από τον ασθενή. Οι παρούσες κλίμακες αποτελούν αβίαστη πηγή πληροφόρησης για τους γνώστες της υγείας, ενώ παράλληλα προσφέρουν ευκολία στην απλή χρήση από τον ασθενή. (Cluxton, 2019).

Ορισμένες από τις ευρέως χρησιμοποιούμενες κλίμακες καρκινικού πόνου είναι οι ακόλουθες:

Η **"Edmonton Classification System Of Cancer Pain"** αποτελεί μια ευρέως αναγνωρισμένη κατηγοριοποίηση του πόνου που σχετίζεται με τον καρκίνο. Με την χρήση του παρόντος εργαλείου, οι επαγγελματίες υγείας αποκτούν την ικανότητα να αξιολογήσουν την αίσθηση του πόνου που αντιμετωπίζει ένας ασθενής με καρκίνο. Πιο αναλυτικά, ορισμένοι από τους παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη του πόνου περιλαμβάνουν τον μηχανισμό του πόνου, την καθημερινή χρήση οπιοειδών ουσιών και την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, μεταξύ άλλων (Shkodra et al., 2019). Αυτή η κλίμακα έχει τροποποιηθεί για να ευθυγραμμιστεί καλύτερα με τις απαραίτητες προδιαγραφές. Εκτός από τις τρέχουσες μεθόδους αξιολόγησης του πόνου που σχετίζεται με τον καρκίνο, υπάρχουν και άλλες τεχνικές εκτίμησης που είναι προσβάσιμες και μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Επιπλέον, υπάρχουν αρκετές κλίμακες εκτίμησης (Cluxton, 2019):

- Η "κλίμακα εκτίμησης της έντασης του πόνου" (Pain intensity scale) είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται για να μετρήσει το επίπεδο έντασης του πόνου που αισθάνεται κάποιος. Συνήθως, χρησιμοποιεί μια κλίμακα από 0 έως 10, όπου το 0 σημαίνει απουσία πόνου και το 10 σημαίνει ακραίο πόνο.
- Το "Brief Pain Inventory" είναι ένα άλλο εργαλείο για την αξιολόγηση του πόνου, σχεδιασμένο για να παρέχει συνολική εικόνα του πόνου και των επιπτώσεών του στην καθημερινή ζωή του ατόμου.
- Το "McGill Pain Questionnaire," είναι ένα άλλο εργαλείο που χρησιμοποιείται για την περιγραφή και αξιολόγηση του πόνου. Συχνά χρησιμοποιεί συγκεκριμένες λέξεις ή περιγραφές που βοηθούν το άτομο να εκφράσει τον πόνο του με πιο λεπτομερή τρόπο.

2.4. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΝΟΥ

Η αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου απαιτεί πολυδιάστατη θεραπευτική προσέγγιση, όχι μόνο με φαρμακευτικά πρωτόκολλα, αλλά και με διάφορες άλλες τεχνικές. Σύμφωνα με τις οδηγίες του παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (π.Ο.Υ.), η αντιμετώπιση του πόνου προϋποθέτει τη σταδιακή χρήση αναλγητικών φαρμάκων.

Στην αρχική φάση, για την αντιμετώπιση μέτριας έντασης πόνου, συνήθως χρησιμοποιούνται αναλγητικά παρασκευασμένα φάρμακα, όπως τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και μη οπιοειδή φάρμακα. Αν και αυτά τα φαρμακευτικά προϊόντα είναι ευρέως προσβάσιμα, πρέπει να λαμβάνεται προσοχή κατά τη χορήγησή τους, ειδικά αν χρησιμοποιούνται για μεγάλα χρονικά διαστήματα, καθώς μπορεί να προκαλέσουν επιπλοκές. παραδείγματα αυτών των φαρμακευτικών προϊόντων περιλαμβάνουν την παρακεταμόλη και το μεφαιναμικό οξύ (Khatrī, 2021).

Καθώς η συχνότητα και η ένταση του πόνου αυξάνεται, ο γιατρός της κλινικής προτείνει τη συνταγογράφηση πιο ισχυρών αναλγητικών. Τα οπιοειδή, όπως η μορφίνη, η υδρομορφίνη και η φαιτανύλη, είναι η κύρια κατηγορία φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του πόνου του καρκίνου που κυμαίνεται από μέτρια έως σοβαρή ένταση.

Τα οπιοειδή σκευάσματα είναι αρκετά διαδεδομένα για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, ωστόσο οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αξιολογούν τον κάθε ασθενή ξεχωριστά και να χρησιμοποιούν τα σκευάσματα αυτά με ορθό τρόπο. παρά το γεγονός ότι τα οπιοειδή αποτελούν πολύτιμα φάρμακα για την ανακούφιση του καρκινικού πόνου, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να τηρούν τα όρια στη χρήση τους και να συστήνουν στον ασθενή το κατάλληλο, για εκείνον, φάρμακο. Σε αυτό το στάδιο της θεραπείας του πόνου, μπορεί να εξεταστεί η πιθανότητα συνδυασμού και πιο ήπιων φαρμάκων. Τελικά, όταν ο πόνος δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με τα συνήθη φάρμακα, μπορεί να εξεταστεί η ανάγκη για πιο προηγμένες μεθόδους, όπως ο αποκλεισμός νεύρων ή η χρήση επισκληριδίων αντλιών (Smith et al, 2018).

Εκτός από τα αναλγητικά φαρμακευτικά προϊόντα, οι κλινικοί ογκολόγοι συνήθως συνιστούν και άλλες κατηγορίες φαρμάκων, όπως για παράδειγμα τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα αντιεπιληπτικά ή τα κορτικοστεροειδή φαρμακευτικά προϊόντα, τα οποία μπορούν να συνεισφέρουν στην ελαχιστοποίηση του πόνου. Αυτά τα φάρμακα μπορεί να μην έχουν κύρια αναλγητική δράση, αλλά μπορούν να συμβάλουν στην μείωση του ασθενούς από τον πόνο, ειδικά όταν συνδυάζονται με ήπια ή ισχυρά αναλγητικά (Khatrī, 2021, Md Anderson Cancer Center, 2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΠΟΝΟ

3.1 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο και οι οικογένειές τους έχουν συνήθως υγιή ψυχολογική λειτουργία, είναι συχνό να παρουσιάζονται αρνητικά ψυχολογικά συμπτώματα σε αυτά τα άτομα. Η έκφραση της ψυχολογικής δυσφορίας μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τη συγκεκριμένη μορφή του καρκίνου, το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση, τη σωματική αναπηρία και το είδος και την ένταση του πόνου (Taghizadeh, 2018). Υπάρχουν επιστημονικές μελέτες που έχουν αναφέρει την παρουσία συμπτωμάτων που μπορούν να συνδεθούν με την Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD). Η συχνή εμφάνιση του Μετατραυματικού Στρες σε ασθενείς με καρκίνο αποτελεί μια ψυχική διαταραχή που επηρεάζει παιδιά, εφήβους και ενήλικες που αντιμετωπίζουν τραυματικά γεγονότα σχετικά με τον καρκίνο. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αποφυγή του τραυματικού ερεθίσματος, εφιαλτικά όνειρα, επιμονή αρνητικών συναισθημάτων και δυσκολίες στον ύπνο. Η επίπτωση αυτή μπορεί να είναι έντονη μετά τη διάγνωση του καρκίνου, ανέρχεται έως 32%, με το 48% να παρουσιάζει συμπτώματα αμέσως μετά. Η σχέση μεταξύ καρκίνου και Μετατραυματικού Στρες αναδεικνύεται σε έρευνα που καταγράφει ελαχιστοποίηση των συμπτωμάτων με το πέρασμα του χρόνου (Chan et al., 2017).

Ακόμη και ασυμπτωματικά άτομα μπορεί να υποφέρουν από ψυχολογική δυσφορία συμπεριλαμβανομένων των ανησυχιών, των φόβων και άλλων πιέσεων που προκαλούν μεγάλη ανησυχία. Η μακροχρόνια ασθένεια μπορεί να προκαλέσει μια σειρά σύνθετων συναισθημάτων, συμπεριλαμβανομένων των αισθήσεων ενοχής, της μειωμένης διαχείρισης ελέγχου, της απογοήτευσης, σύγχυσης (Leano, 2019).

Το άγχος, η ψυχική αστάθεια, ο φόβος της υποτροπής, η ανησυχία για την εμφάνιση και τη λειτουργία του σώματος και άλλες προκλήσεις είναι συχνές εμπειρίες μεταξύ των ασθενών με καρκίνο. Επιπλέον, οι ασθενείς μπορεί επίσης να αντιμετωπίσουν αυξημένα επίπεδα γενικευμένης ανησυχίας, φόβο για το μέλλον, δυσκολίες στη δημιουργία σχεδίων και μια αυξημένη αντίληψη της ευπάθειας.

Η διάγνωση του καρκίνου αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές προσωπικές προκλήσεις, προκαλώντας σημαντική ανησυχία και απογοήτευση. Τα άτομα που λαμβάνουν αυτήν τη διάγνωση βιώνουν έντονο ψυχικό πόνο και άγχος, εκφράζοντας ανησυχίες για το μέλλον, την ποιότητα ζωής τους και τις αλλαγές στην καθημερινότητά τους (Καραπούλιος κ.α., 2013).

Η ψυχολογική επίπτωση της νόσου εκδηλώνεται κυρίως μέσω του άγχους, το οποίο προκύπτει από την αντίληψη του καρκίνου ως απειλής. Το άγχος αυτό σχετίζεται με την απώλεια λειτουργιών, τις αλλαγές στην εξωτερική εμφάνιση και τον τρόπο ζωής, ενώ επηρεάζει αρνητικά την οικογενειακή ζωή.

Στο ευρύτερο πλαίσιο, το άγχος αυτό αποτελεί μια σύνθετη συναισθηματική εμπειρία, επηρεάζοντας συμπεριφορικά, γνωστικά και κοινωνικά επίπεδα. Οι επιπτώσεις του άγχους αυτού συμπεριλαμβάνουν αρνητικές σκέψεις και συμπεριφορές, με επιπτώσεις στη συμμόρφωση στη θεραπεία και την κοινωνική αλληλεπίδραση.

Σε συνέχεια, το άγχος συνδέεται με δυσκολίες στη διαχείριση της νόσου και των σωματικών συμπτωμάτων, επιδεινώνοντας την εμπειρία των ασθενών. Η κατανόηση αυτών των ψυχολογικών παραγόντων είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική διαχείριση της νόσου και την παροχή κατάλληλης ψυχοκοινωνικής βοήθειας σε άτομα με καρκίνο. (Wagner et al, 2009). Το άγχος εμφανίζεται σε όλα τα στάδια του καρκίνου και επηρεάζει την ψυχική και σωματική υγεία των ασθενών. Μετά τη διάγνωση, το άγχος αφορά τη ζωή και τη θεραπεία τους. Κατά την ολοκλήρωση της θεραπείας, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν νέες προκλήσεις και αλλαγές στην καθημερινή τους ζωή. Στο στάδιο της επιβίωσης, παραμένει η ανησυχία για το μέλλον και την επανεμφάνιση της νόσου.

Το επίμονο άγχος που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο μπορεί να οδηγήσει σε ψυχικές διαταραχές, με τις κρίσεις πανικού να είναι μια από αυτές. Αυτή η διαταραχή χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες και αυθόρμητες κρίσεις πανικού, επηρεάζοντας τη συμπεριφορά των ασθενών. Είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται αυτή η διαταραχή και να παρέχονται αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη διαχείρισή της, καθώς επηρεάζει την ποιότητα ζωής και τη συνολική ευεξία των ασθενών με καρκίνο (Koumariou et al, 2015).

Εκτός από το άγχος, η νόσος του καρκίνου επιφέρει επίσης στίγμα στους ασθενείς, προκαλώντας σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις. Η έννοια του στίγματος αναφέρεται στην περιθωριοποίηση και την υποτίμηση που μπορεί να υφίστανται οι ασθενείς λόγω του καρκίνου. Αυτό μπορεί να προέρχεται τόσο από άλλους όσο και από τον ίδιο τον ασθενή. Το στίγμα συνδέεται στενά με τη χαμηλή συναισθηματική ευημερία και την εμπειρία αρνητικών συναισθημάτων, καθώς καταδεικνύεται η επικρατούσα εντύπωση για την ευθύνη των ασθενών σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους (Luberto et al, 2016).

Η έρευνα των Marlow αποκαλύπτει ότι ο καρκίνος του πνεύμονα μπορεί να προκαλεί το υψηλότερο επίπεδο στίγματος σε σύγκριση με άλλα είδη καρκίνου. Στη μελέτη συμμετείχαν άτομα που διαγνώστηκαν με καρκίνο του πνεύμονα, του δέρματος, του παχέος εντέρου, του μαστού και του

τραχήλου της μήτρας. Η έρευνα αναδεικνύει διαφορές στο επίπεδο στίγματος μεταξύ των διαφόρων τύπων καρκίνου, με τον καρκίνο του πνεύμονα να κατατάσσεται ως ο πιο στιγματισμένος (Marlow et al, 2015)

Υπάρχουν επιπλέον ζητήματα που προκύπτουν, συμπεριλαμβανομένης της πιθανής εμφάνισης δευτερογενούς κακοήθειας, μεταβολές στη σεξουαλική λειτουργία και γονιμότητα, καθώς και αλλαγές στη θέση τους στην κοινότητα και τις αλληλεπιδράσεις τους με τους γνωστούς τους.

Ο φόβος υποτροπής μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές όπως η συμπεριφορά ασθένειας, όπου οι ασθενείς αντιδρούν με ανηδονία, κοινωνική απομόνωση, σωματική κόπωση, απώλεια βάρους, έλλειψη επιθυμίας για τη λήψη τροφής, διαταραχές ύπνου και άλλα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο φόβος υποτροπής μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, παρουσιάζοντας καταθλιπτικά συμπτώματα, ενισχύοντας έτσι τις αρνητικές επιπτώσεις στη ψυχική υγεία.

Συνολικά, η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των ατόμων που αντιμετωπίζουν τον καρκίνο μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά. Είναι σημαντικό να υπάρχει ψυχοκοινωνική υποστήριξη και παροχή πόρων για τη διαχείριση των ψυχολογικών επιπτώσεων κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία του καρκίνου. (Polanski et al, 2016).

3.1.1. ΕΝΟΧΙΚΟΤΗΤΑ

Η μετάνοια μπορεί να εμφανιστεί απροσδόκητα στους ασθενείς και τους αγαπημένους τους, προκαλώντας έντονα συναισθήματα. Τα άτομα που διαγιγνώσκονται με καρκίνο που σχετίζεται με το κάπνισμα, όπως ο πνεύμονας, ο λάρυγγας, ή η ουροδόχος κύστη, συνήθως βιώνουν μια αίσθηση αλληλεγγύης καθώς αναγνωρίζουν τη συμβολή τους στην έναρξη και την εξέλιξη της νόσου. Τα συναισθήματα ενοχής και θλίψης προκύπτουν όταν οι κλινικοί αναλύουν το θέμα του καπνίσματος ή τονίζουν τις επιβλαβείς επιπτώσεις του. Οι γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας συχνά βιώνουν συναισθήματα ενοχής, τα οποία μπορεί να αποδοθούν στη μετάδοση ιών μέσω της σεξουαλικής επαφής. Επιπλέον, παρόμοια συναισθήματα συχνά βιώνουν οι έφηβοι ή οι νέοι ενήλικες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο των όρχεων.

Επιπλέον, ορισμένοι ασθενείς με καρκίνο, ο οποίος είναι κληρονομικός, αισθάνονται ανησυχία για το γεγονός ότι μπορεί να μεταφέρουν αυτήν την ασθένεια στα παιδιά τους. Ωστόσο, οι ασθενείς δεν αισθάνονται ανησυχία μόνο για την αιτία του καρκίνου τους, αλλά και για την καθυστέρηση στη διάγνωση. παρά την παρουσίαση συμπτωμάτων όπως παρατεταμένος βήχας με αίμα στα πτύελα, που υποδηλώνουν προβλήματα στους πνεύμονες, ή αίματος στα κόπρανα που υποδεικνύει ένα πιθανό πρόβλημα στο παχύ έντερο, μπορεί να απευθυνθούν καθυστερημένα στο γιατρό.

Ένας άλλος καταλύτης, που μπορεί να προκαλέσει αίσθημα ενοχής μεταξύ των ασθενών με καρκίνο, είναι η σκέψη ότι τα συγγενικά τους πρόσωπα φέρουν δυσκολίες λόγω της παρουσίας τους, καθώς αφιερώνουν τον χρόνο τους και αμελούν τις επαγγελματικές και άλλες ανάγκες τους. Επιπλέον, η οικονομική επιβάρυνση που προκαλείται μπορεί να προκαλέσει αίσθημα εξάρτησης και ανικανότητας στους ασθενείς να διαχειριστούν τις δικές τους υποθέσεις. Οι τύψεις για την επιβάρυνση των άλλων μπορεί να οδηγήσουν σε αντιδραστική κατάθλιψη, αλλά κάποιες φορές και σε επιθετικότητα, η οποία μπορεί να εντείνει αισθήματα ενοχής, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο (Ρηγάτος, 2008).

3.1.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με καρκίνο αποτελεί σοβαρή πρόκληση για την ψυχολογική και σωματική τους ευεξία. Οι ερευνητές έχουν δείξει ενδιαφέρον για την κατανόηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση και εξέλιξη της κατάθλιψης σε αυτούς τους ασθενείς.

Σύμφωνα με την έρευνα, η κατάθλιψη είναι πιο εμφανής σε ποσοστό περίπου 25% των ασθενών με καρκίνο (Hinz et al, 2016). Η παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης σχετίζεται με δυσκολίες στη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία και επιδρά αρνητικά στην εξέλιξη της σωματικής τους υγείας. Επιπλέον, η κατάθλιψη συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας, ενώ διάφοροι παράγοντες όπως ο τύπος του καρκίνου, η ηλικία και ο τύπος θεραπείας επηρεάζουν την ένταση των συμπτωμάτων (Satin et al, 2009; Linden et al, 2012).

Ο καρκίνος όχι μόνο διαταράσσει τις σωματικές λειτουργίες, αλλά και υπονομεύει την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Ενώ τα σημάδια της κατάθλιψης είναι γενικά σε ολόκληρο τον γενικό πληθυσμό, η διάγνωση της κατάστασης σε άτομα με καρκίνο θέτει προκλήσεις. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι επιτρέπει τη διάκριση μεταξύ των φυσιολογικών ή φυσικών εκδηλώσεων της κατάθλιψης και των συμπτωμάτων της νόσου ή των δυσμενών επιπτώσεων της θεραπείας. (Labisi, 2006).

Η αίσθηση κούρασης είναι συχνή μετά τη διάγνωση του καρκίνου, είτε κατά τη διάρκεια είτε μετά τη θεραπεία. Τα άτομα μπορεί να βιώσουν τόσο σωματική όσο και συναισθηματική κόπωση ως αποτέλεσμα της θεραπείας, η οποία μπορεί να έχει αντίκτυπο στη συναισθητική τους κατάσταση. Μερικά άτομα που διαγιγνώσκονται με καρκίνο μπορεί να έχουν παρατεταμένες περιόδους κακής διάθεσης, που απαιτούν εξειδικευμένη βοήθεια ή θεραπεία.

Μερικά άτομα πιστεύουν ότι η μελαγχολία μπορεί να οδηγήσει σε μια παρατεταμένη περίοδο κακής διάθεσης που διαρκεί πολλές εβδομάδες, ίσως οδηγώντας στην έναρξη της κατάθλιψης. Η σύνδεση μεταξύ καρκίνου και κατάθλιψης είναι περίπλοκη. Η κατάθλιψη μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα της διάγνωσης του καρκίνου, καθώς και από άλλες αιτίες που σχετίζονται με τον καρκίνο και τη θεραπεία του, ή από τη διαδικασία προσαρμογής στην καθημερινή ζωή και τις πολλές αλλαγές που συνεπάγεται η κατάσταση ((Κονταξάκης και Κωνσταντακόπουλος, 2015)

Επιπλέον, η κατάθλιψη μπορεί να προκύψει από πολύ δύσκολες συνθήκες, είτε είναι προηγούμενες είτε πρόσφατες, που δεν συνδέονται απαραίτητα με το θέμα του καρκίνου, όπως η θλίψη ενός αγαπημένου ατόμου. Η έναρξη της κατάθλιψης μπορεί να είναι σταδιακή, θέτοντας προκλήσεις τόσο για το άτομο που επηρεάζεται και την οικογένειά τους στην ακριβή εντοπισμό της έναρξης της. Μερικές φορές, φαίνεται να εκδηλώνεται ξαφνικά χωρίς προειδοποίηση. Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει άτομα όλων των ηλικιών, ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Είναι μια διαδεδομένη κατάσταση, που επηρεάζει το 20% των ατόμων σε κάποιο στάδιο της ζωής τους. Η κατάθλιψη δεν πρέπει να ερμηνεύεται ως αδυναμία ενός ατόμου να την διαχειριστεί αποτελεσματικά. Δεν είναι δυνατόν να επιλέξουμε απλά να συμμορφωθούμε με την κατάθλιψη ή να την ξεπεράσουμε μόνοι μας. Υπάρχουν ορισμένες ενέργειες που μπορούν να ληφθούν για να λάβουν βοήθεια. Η κατάθλιψη συχνά αντιμετωπίζεται με υψηλό ποσοστό επιτυχίας. Το πρώτο και κρίσιμο στάδιο είναι η έγκαιρη αναζήτηση της κατάλληλης βοήθειας (Κονταξάκης και Κωνσταντακόπουλος, 2015).

Οι πιθανοί παράγοντες που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης περιλαμβάνουν τα εξής:

- Προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης.
- Έλλειψη κοινωνικής στήριξης και απουσία κάποιου με τον οποίο να μπορούν να μοιραστούν τα συναισθήματά τους.
- Πολλαπλές δυσκολίες που συνδέονται με την αντιμετώπιση του καρκίνου, οι οποίες πρέπει να διαχειριστούν με προτεραιότητα.
- Χρήση φαρμάκων που μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη
((Κονταξάκης και Κωνσταντακόπουλος, 2015)

Συμπτώματα:

πολλά άτομα εμφανίζουν κοινά συμπτώματα κατάθλιψης. Κατά καιρούς, η διάθεση τους είναι χαμηλή, αλλά μπορεί να ανακάμψει μετά από κάποιο χρονικό διάστημα ή με τη βοήθεια εξωτερικών παραγόντων. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Συνεχές καταθλιπτικό συναίσθημα .
- Αδυναμία αντιμετώπισης της καταθλιπτικής διάθεσης.
- Απουσία απόλαυσης από δραστηριότητες.
- Απώλεια ενδιαφέροντος για αγαπημένες δραστηριότητες.
- Πρωινή δυσφορία.
- Δυσκολία στο ξύπνημα και πρώιμο ξύπνημα.
- Υπνοβασίες ή αϋπνίες.
- Δυσκολία συγκέντρωσης
- Αίσθημα ενοχών
- Αίσθημα αβοηθησίας
- Αίσθημα ευαλωτότητας
- Απουσία κινήτρων και δυσκολία ολοκλήρωσης μιας εργασίας .

Η κατάθλιψη, ως κατάσταση ψυχικής δυσφορίας, ενδέχεται να επιφέρει συνέπειες και σε σωματικό επίπεδο με συμπτώματα όπως η αύξηση ή η μείωση της όρεξης, η κούραση και οι σωματικοί πόνοι. Εντούτοις, πρέπει να σημειωθεί ότι αυτά τα συμπτώματα μπορεί να προκληθούν και από τον καρκίνο και την αντίστοιχη θεραπεία που ακολουθείται για την αντιμετώπισή του. προκειμένου να γίνει μια κατάλληλη διάγνωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο, οι πάροχοι ψυχικής υγείας πρέπει να ασκούν προσοχή και να λαμβάνουν υπόψη το πολιτιστικό υπόβαθρο και τις ατομικές συνθήκες των ασθενών.

Οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν τους ασθενείς με καρκίνο πρέπει να έχουν πλήρη εικόνα με τα συμπτώματα της κατάθλιψης και να διαθέτουν τις απαραίτητες δεξιότητες για την αναγνώριση και διαχείριση αυτών των συμπτωμάτων (Smith, 2015). Η κλινική κατάθλιψη μπορεί να αναγνωριστεί μέσω ενδείξεων όπως το αίσθημα ενοχής και αποτυχίας, που συχνά συνδέονται με την ασθενή αίσθηση ότι δεν έχουν έλεγχο στη ζωή τους και ότι παραιτούνται από τη θεραπεία (Smith, 2015).

Η επιστημονική κοινότητα έχει διεξαγάγει πολλές έρευνες για την κατανόηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο. παράδειγμα αποτελεί η έρευνα των Nikendei που επισημαίνει ότι οι καρκινοπαθείς εμφανίζουν σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης σε μεγαλύτερο βαθμό σε σύγκριση με σωματικά υγιή άτομα. Επιπλέον, οι καρκινοπαθείς καταδεικνύουν χαμηλότερη σοβαρότητα σε συμπτώματα αυτοκτονικού ιδεασμού, διαφοροποιούμενοι έτσι από τους μη καρκινοπαθείς που πάσχουν από κατάθλιψη.

3.1.3 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ

Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν την πρόκληση του καρκίνου και αντιμετωπίζουν συναισθηματική δυσφορία ή σωματικό πόνο, ενδέχεται να αναπτύξουν σκέψεις περί επιβλαβούς

συμπεριφοράς προς τον εαυτό τους. Σύμφωνα με την δημοσίευση στο περιοδικό "Journal of Clinical Oncology", υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας μεταξύ ασθενών με καρκίνο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό ή άλλα άτομα με ασθένειες. (Spittler, 2008).

Μια μελέτη του πΟΥ ανέδειξε ότι υπάρχει μια τάση για υψηλότερους δείκτες αποπειρών αυτοκτονίας στις γυναίκες σε σχέση με αντρικό φύλο, ενώ ο αριθμός των πραγματοποιηθέντων αυτοκτονιών είναι υψηλότερος στους άνδρες (Χαβάκη&Κονταξάκη, 2007).

Επιπλέον, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια του έτους μετά τη διάγνωση, αλλά παραμένει σε υψηλά επίπεδα, ακόμη και μετά από 5 χρόνια από τη διάγνωση. Οι ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο σε ηλικία μεταξύ 50 και 79 ετών, έχουν αντιμετωπίσει δυσκολίες στην ψυχολογική τους ευεξία. Η διάγνωση καρκίνου με δυσοίωνη πρόγνωση και μεταστάσεις φαίνεται να συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. (Yousaf et al, 2005),

Πολλαπλές μελέτες (Akechi et al., 2002; Camidge et al, 2007; Howard et al, 2009) έχουν επίσης ανακαλύψει μεταβλητές που σχετίζονται με την πιθανότητα πλήρους αυτοκτονίας και αυτοκτόνων σκέψεων σε ασθενείς με καρκίνο. Αυτές οι παράμετροι παρουσιάζουν διακυμάνσεις όσον αφορά την ψυχική υγεία, τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, την ασθένεια και τα χαρακτηριστικά γενικής σωματικής υγείας. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι αρκετές μεταβλητές παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα από άλλες. παράγοντες όπως η κατάθλιψη, η απελπισία, η μειωμένη σωματική δραστηριότητα, η διάρκεια από τη διάγνωση και ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου έχουν προσδιοριστεί προηγουμένως ως πιθανές επιδράσεις στην ευημερία των ασθενών με καρκίνο. Είναι σημαντικό να συμπεριληφθούν και άλλες μεταβλητές κινδύνου που έχουν λάβει λιγότερη προσοχή, όπως η κατάσταση της υγείας, η παρουσία άλλων παθήσεων, η φυλή, το φύλο, η γνωστική

υποστήριξη, τα επίπεδα πόνου, η πρόγνωση της νόσου και το στάδιο του καρκίνου κατά τη στιγμή της διάγνωσης.(Robson et al, 2010).

Οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο έχουν αυξημένη πιθανότητα αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που συνδέονται με την αυτοκτονικότητα, δηλαδή την εμφάνιση σκέψεων αυτοκτονίας και τη συνεχή αφοσίωση σε αυτές, σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο και, συνεπώς, έχουν αυξημένη πιθανότητα αυτοκαταστροφής (Μουσσάς καισυνεργάτες, 2008).

Ο βαθμός άγχους που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο καθορίζεται από διάφορες μεταβλητές, συμπεριλαμβανομένου του συγκεκριμένου τύπου και του σταδίου της νόσου, των χαρακτηριστικών προσωπικότητας του ατόμου και του επιπέδου υποστήριξης που λαμβάνουν από το περιβάλλον τους(Αβραμικά κ.α., 2011).

Η επιλογή της θεραπευτικής παρέμβασης φαίνεται να συνδέεται με την πιθανή εμφάνιση του άγχους. Οι ανησυχίες των ασθενών μπορεί να προκύψουν από τις προκλήσεις που θέτουν οι δυσμενείς επιπτώσεις των συμπληρωματικών θεραπειών (όπως ο πόνος, η ναυτία και ο εμετός), καθώς και η ανάγκη για συχνές επισκέψεις για τη λήψη χημειοθεραπείας ή ακτινοβολίας. Οι ασθενείς στα μεταγενέστερα στάδια της κατάστασής τους έχουν μια ισχυρή τάση για ανάπαυσηλόγω της παρουσίας του πόνου. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι είναι το κύριο στοιχείο που οδηγεί τους ασθενείς με καρκίνο να σκέφτονται την αυτοκτονία, δεδομένου ότι μπορεί να τη θεωρούν εφικτή επιλογή για το μέλλον τους. Η συναισθηματική δυσφορία και το άγχος μπορεί να συνδέονται με στοιχεία που αυξάνουν την πιθανότητα αρνητικών αποτελεσμάτων. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ηλικιωμένοι είναι πιο επιρρεπείς στην αυτοκτονία όταν πάσχουν τόσο από καρκίνο όσο και από κατάθλιψη. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που διαγιγνώσκονται με καρκίνο έχουν υψηλότερη συχνότητα αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς σε σύγκριση με την ευρύτερη κοινότητα. Επιπλέον, η συναισθηματική δυσφορία, ο σωματικός πόνος και η ηλικία έχουν αναγνωρισθεί ως σημαντικοί παράγοντες κινδύνου. (Akechi et al., 2004; Walker et al., 2008).

Συνοπτικά, παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονικότητα είναι οι ακόλουθοι:

- Μοναξιά (χωρίς σύντροφο ή παιδιά).
- πρόσφατη σημαντική αλλαγή στον τρόπο ζωής , όπως διαζύγιο, αλλαγή εργασίας ή κατοικίας.
- Μακροχρόνια ανεργία.
- Κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση (χαμηλό εισόδημαανεργία).

- Ιστορικό στρεσογόνων γεγονότων και έκκλησης για βοήθεια, Ιστορικό ψυχικής ασθένειας, καθώς και μια σοβαρήςσωματικής νόσου.
- Χρήση οινόπνευματών ή άλλων ουσιών
- Πρόσβαση σε όπλα

Ο συνδυασμός περισσότερων από έναν από τους παραπάνω παράγοντες μπορεί να καθιστά την πρόγνωση για μελλοντική απόπειρα ή αυτοκτονία πιο πιθανή (Χαβάκη-Κονταξάκη).

Επίσης, σημαντικοί παράγοντες που συνδέονται με την αυτοκτονικότητα είναι:

- Η διάγνωση κατάθλιψης (25% όλων των ασθενών με καρκίνο έχουν σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης και το ποσοστό αυξάνεται σε 48% σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο).
- Πόνος ή η αίσθηση αβοήθητου.
- Το αυξημένο άγχος.
- Οι παρορμητικές συμπεριφορές που συνδυάζονται με την κατάχρηση αλκοόλ
- Οι δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις.
- Οικογενειακές σχέσεις που αντιμετωπίζουν προκλήσεις.
- Η αίσθηση του ασθενούς ότι χρειάζεται υποστήριξη από άλλους.
- Σημαντικά οικογενειακά ζητήματα που απαιτούν προσοχή.
- Διαταραχή προσωπικότητας.
- Σοβαρό ψυχικό τραύμα στο παρελθόν.
- Προηγούμενο ιστορικό αυτοκτονικού ιδεασμού .
- Θετικό οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας.

Συνήθως, ορισμένοι ασθενείς με καρκίνο, μπορεί να εκφράσουν την επιθυμία να αυτοκτονήσουν ή να προσπαθήσουν να το κάνουν. Αυτές οι εκφράσεις θεωρούνται προειδοποιητικά σημεία που υποδεικνύουν τη σοβαρότητα της κατάστασης και την πρόθεση για αυτοκτονία (Μουσσάς και συν., 2008).

Ορισμένα από αυτά τα προειδοποιητικά σημεία περιλαμβάνουν:

- Εσωτερίκευση
- Απώλεια διάθεσης – ενδιαφέροντος για δραστηριότητες Αλλαγή συμπεριφοράς.
- Ανησυχία.
- προσφορά ευγενικών δώρων και αντικειμένων.

- Καταθλιπτικό συναίσθημα
- Εκδήλωση επιθετικότητας ή αυτοκτονικών τάσεων

Οι ασθενείς με καρκίνο, που ενδέχεται να εκδηλώσουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, επισημαίνουν τις ανησυχίες τους στους προσωπικούς τους κύκλους, οι οποίοι δεν αντιλαμβάνονται πάντα πλήρως τη σοβαρότητα αυτών των ανησυχιών. (Μουσσάς και συν., 2008).

Τα άτομα που έχουν κάνει απόπειρα διαφέρουν από τα άτομα που δεν έχουν κάνει σε δύο σημαντικά σημεία:

- Αντιμετωπίζουν σοβαρότερα συμπτώματα κατάθλιψης και αίσθημα απελπισίας και εμφανίζουν πιο έντονο αυτοκτονικό ιδεασμό .
- Έχουν αυξημένη τάση για επιθετικότητα και παρορμητικότητα που χαρακτηρίζει όλη τους τη ζωή.

Τα άτομα με τα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν αντιμετωπίζουν σημαντικό κίνδυνο αυτοκτονικότητας κατά τη διάρκεια της νόσου ή να προσπαθήσουν να αυτοκτονήσουν (Τριποδιανάκης & Σαραντίδης, 2009). Είναι ενδιαφέρον ότι η αυτοκαταστροφή φαίνεται να είναι πιο πιθανή μεταξύ των ατόμων με προχωρημένο καρκίνο, που εκδηλώνουν βαθιά μελαγχολία και απελπισία, ειδικά όταν υπάρχει ανεπαρκής διαχείριση των συμπτωμάτων, ιδιαίτερα του πόνου. Οι κλινικοί γιατροί πρέπει να επιδεικνύουν προσοχή και να αναγνωρίζουν την αγωνία και την απελπισία που βιώνουν οι ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο της ασθένειας. Αυτοί οι ασθενείς είτε εκδηλώνουν μια συνεχή επιθυμία για θάνατο είτε έχουν την πρόθεση να αυτοκτονήσουν. Η ανεπαρκώς διαχειριζόμενη παραληρήσει, αν παραμείνει χωρίς θεραπεία, μπορεί να οδηγήσει σε απροσδόκητες αυτοκτονικές τάσεις λόγω της διαταραχής της λήψης αποφάσεων και της ρύθμισης των παρορμήσεων.

3.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ-ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο πόνος, είτε είναι σωματικός είτε ψυχολογικός, μπορεί πράγματι να επηρεάσει τη συμπεριφορά του ατόμου και να επηρεάσει τον τρόπο ζωής του. Η ποιότητα ζωής ενός ατόμου με πόνο μπορεί πράγματι να αλλάξει ριζικά, και η αντιμετώπιση του πόνου συνήθως απαιτεί ολοκληρωμένη προσέγγιση που μπορεί να περιλαμβάνει ιατρική φροντίδα, ψυχολογική υποστήριξη και άλλες μορφές θεραπείας.

Η ποιότητα ζωής συνδέεται με τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα, καθώς και την ικανοποίηση του ασθενούς σχετικά με τον έλεγχο της ασθένειας .(Revicki et al, 2000). Μια κρίσιμη συνιστώσα της παροχής ποιοτικής θεραπείας και της διασφάλισης της ικανοποίησης των ασθενών περιλαμβάνει όχι μόνο την τεκμηρίωση των αναγκών υγείας τους, αλλά και την αναγνώριση σε ασθενείς με ανεκπλήρωτες ανάγκες και την εφαρμογή κατάλληλων μέτρων για την εκπλήρωσή τους. Σύμφωνα με μια έρευνα που διεξήχθη το ποσοστό των ασθενών που βιώνουν σωματικά και συναισθηματικά προβλήματα ήταν 60.1%, με το 40% να αναφέρει σωματικές δυσκολίες και το 37,5% να αναφέρουν συναισθηματικά προβλήματα (Hansen et al., 2013).

Μέσω της αξιολόγησης των αναγκών, στόχος είναι η βελτίωση της ευημερίας των ασθενών μέσω της παροχής ψυχολογικής βοήθειας, της γνώσης, του στρες και του ελέγχου του πόνου, καθώς και άλλων συναφών υπηρεσιών. Ο στόχος της εξέτασης είναι να ανακουφίσει την ταλαιπωρία που προκαλείται από ακραία αρνητικά συναισθήματα, να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης, να βρει σκοπό στη ζωή, να καλλιεργήσει μια ευνοϊκή στάση απέναντι στη θεραπεία, να ασχοληθεί με την απώλεια, να ξεπεράσει το φόβο των προβλημάτων, και να προετοιμαστεί για τις επικείμενες μεταστάσεις.

Επιπλέον, περιλαμβάνει τη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης, την ενθάρρυνση της συμμετοχής σε ομάδες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για άτομα με καρκίνο και, τελικά, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Βιβιλάκη 2016; Doenges et al. 2009; Καραδήμας 2005).

Χρόνια κόπωση και ποιότητα ζωής

Η κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο αποτελεί ένα σοβαρό και πολύπλοκο σύμπτωμα, επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής και τις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών. Πολλοί ασθενείς αντιμετωπίζουν το χρόνιο αίσθημα εξάντλησης, το οποίο μπορεί να οφείλεται τόσο στη θεραπεία όσο και στις ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας.(Κάβουρα κα., 2003).

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, πολλοί ασθενείς επιθυμούν να επιστρέψουν στην κανονική τους ζωή, αλλά οι παρενέργειες της θεραπείας μπορούν να περιορίσουν την ενεργητικότητά τους και να επηρεάσουν τη θέλησή τους για επαναφορά στην καθημερινότητα. Η διεπιστημονική ομάδα υγείας, ο συγγενικός κύκλος και φιλικά άτομα μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο στην υποστήριξη του/της ασθενούς κατά την αντιμετώπιση των παρενεργειών και στην επιστροφή στην κανονική ζωή. Η κόπωση σχετίζεται με πολλούς παράγοντες, όπως η πρόοδος της νόσου, συννοσηρότητες, ιατρικές επιπλοκές και άλλοι φυσικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Οι κατευθυντήριες οδηγίες από το Εθνικό Δίκτυο Συνολικού Καρκίνου (NCCN) και την Ευρωπαϊκή

Ένωση παρηγορητικής Φροντίδας (EAPC) προτείνουν προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση της κόπωσης σε άτομα με καρκίνο. (Krokanova et al. 2008)

Ενώ πολλές μελέτες έχουν επισημάνει τον αρνητικό αντίκτυπο της κόπωσης στην ποιότητα ζωής, η φυσική δραστηριότητα έχει εμφανίσει ευνοϊκές επιδράσεις στους ασθενείς με καρκίνο. προγράμματα άσκησης φαίνεται ότι βελτιώνουν την κόπωση, την ποιότητα ζωής και τα κλινικά αποτελέσματα. Η φυσική δραστηριότητα μπορεί να παράγει φυσιολογικές τροποποιήσεις που ενισχύουν τη σωματική απόδοση και εξυπηρετούν την αντιμετώπιση της κόπωσης.

Συνολικά, η φυσική δραστηριότητα αναδεικνύεται ως σημαντική πτυχή στη διαχείριση της κόπωσης που συνδέεται με τον καρκίνο, συμβάλλοντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της γενικής ευημερίας των ασθενών.

Έκπτωση της λειτουργικότητας σε επαγγελματικό επίπεδο

Η δυσκολία στην εργασία για τους ασθενείς με καρκίνο αποτελεί σημαντικό θέμα, καθώς η νόσος και η θεραπεία της συνδέονται με διάφορες πτυχές που επηρεάζουν την απόδοση στην εργασία. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απουσίες λόγω προβλημάτων υγείας και μειωμένη απόδοση κατά τη διάρκεια της εργασίας. Είναι γνωστό ότι οι επιπλοκές της νόσου, όπως η κόπωση και η κατάθλιψη, συνδέονται με την παρουσία στην εργασία.

Είναι ζωτικής σημασίας να διατηρηθεί η εργασία τόσο πριν όσο και μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία, ιδιαίτερα λόγω ανησυχιών σχετικά με το οικονομικό κόστος που συνδέεται με ορισμένες θεραπείες. Η εργασία αντιπροσωπεύει έναν ουσιαστικό πυλώνα στη ζωή του ανθρώπου, παρέχοντας του τη δυνατότητα να επιτύχει κοινωνική και οικονομική αναγνώριση. Εντούτοις, η απουσία εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια αυτοεκτίμησης και εξάρτηση από άλλους για τις βασικές ανάγκες. Αυτή η εξάρτηση μειώνει την αυτοεκτίμηση, καθιστώντας το άτομο παρατηρητή της ζωής του παρά πρωταγωνιστή.

Επιπλέον, παρατηρείται έλλειψη προγραμμάτων παρέμβασης στον εργασιακό χώρο που να στοχεύουν συγκεκριμένα στους επιζώντες από καρκίνο με απώλεια θέσεων εργασίας. Εν προκειμένω, αναδεικνύεται η σημασία της έρευνας για την προώθηση των γνώσεων σχετικά με τις επιπτώσεις του καρκίνου στην απασχόληση και την ανάπτυξη βιώσιμων παρεμβάσεων στον χώρο εργασίας. (Bradley et al., 2018).

Προβλήματα στις κοινωνικές δραστηριότητες_ - Παροχή κοινωνικής στήριξης

Οι σύγχρονες κοινωνίες θέτουν απαιτήσεις που επιβάλλουν στα άτομα να υπερβούν τα βιολογικά τους όρια, συμβάλλοντας στην εκδήλωση ψυχικών διαταραχών. Η κοινωνικοποίηση παίζει καίριο ρόλο, εσωτερικεύοντας κοινωνικές αξίες και προετοιμάζοντας για κοινωνικούς ρόλους. Η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με μειωμένα ποσοστά νοσηρότητας και θανάτου, καθώς και με την προώθηση υγιεινών συμπεριφορών και τη βελτίωση της ψυχολογικής ευεξίας. (Krokavcova et al. 2008). Η κοινωνική υποστήριξη έχει πέντε μορφές :

1. **Συναισθηματική Υποστήριξη:** Αντιμετωπίζει τις συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου.
2. **Υποστήριξη σε Επίπεδο Εκτίμησης:** Ενισχύει την αυτοεκτίμηση και την πεποίθηση στην αυτο-αποτελεσματικότητα.
3. **Υποστήριξη από το Κοινωνικό Δίκτυο:** Σχετίζεται με την πεποίθηση για τη διαθεσιμότητα σημαντικών υποστηρικτικών σχέσεων
4. **Υποστήριξη σε Επίπεδο Πληροφόρησης:** παρέχει πληροφορίες για αποφάσεις που αφορούν στην υγεία.
5. **Έμπρακτη/Υλική/Πρακτική Υποστήριξη:** Βοηθά σε πρακτικά θέματα της καθημερινότητας.

Εκτίμηση υποστηρικτικών αναγκών

Η μέθοδος αξιολόγησης των αναγκών είναι μια στρατηγική προσέγγιση που στοχεύει στην αποκάλυψη ανεπίλυτων προβλημάτων και ζητημάτων που παρουσιάζονται από τους ασθενείς. πρωταρχικός στόχος είναι η συλλογή συγκεκριμένων πληροφοριών προκειμένου να διαπιστωθεί με ακρίβεια η ανάγκη για περαιτέρω βοήθεια και να καθοριστεί το είδος της υποστήριξης ή της θεραπείας που απαιτείται (Sanson-Fisher et al., 2000). Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες, οι οποίες συχνά τεκμηριώνονται, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση.

Ο όρος "εκτίμηση αναγκών" περιγράφει μια συγκεκριμένη διαδικασία που διεξάγεται είτε με τον ίδιο τον ογκολογικό ασθενή είτε από αυτόν. Αυτή η διαδικασία προϋποθέτει την ύπαρξη ενός σταθερού πλαισίου και περιλαμβάνει συχνές και διεξοδικές αξιολογήσεις σε σταθερά διαστήματα. Επιπλέον, εξαρτάται από την υποκειμενική αντίληψη του ασθενούς για τις επιθυμίες του, για τις οποίες αναμένουν να λάβουν εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα και, τελικά, να ενημερώνονται για τις επιλογές που έκαναν όλοι οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη θεραπεία τους (Richardson et al., 2007).

Η διεξοδική αξιολόγηση των αναγκών και της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί θεμελιώδη πτυχή στην εφαρμογή ολοκληρωμένων σχεδίων φροντίδας, παράλληλα με τα προβλήματα που

μπορεί να προκύψουν (Konstantinidis et al., 2019). Η ενεργή συμμετοχή και η συνεργασία των ασθενών στη διαδικασία καθορισμού προτεραιοτήτων είναι ζωτικής σημασίας, καθώς η παραμέληση των μη ικανοποιημένων απαιτήσεων μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκείς αξιολογήσεις από τους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης (Κωνσταντινίδης και Φιλαλήθης, 2014).

Η αποτυχία αναγνώρισης των ανεκπλήρωτων αναγκών συνδέεται με μειωμένη γνωστική απόδοση, σωματική ασθένεια, διαδεδομένη ανησυχία, συναισθηματική δυσφορία, μειωμένη ικανοποίηση και μείωση της συνολικής ποιότητας ζωής.

3.2.1 ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Κοινωνικές σχέσεις

Η κοινωνική διάσταση στη ζωή ατόμων με χρόνιες παθήσεις και μακροχρόνια νοσήματα αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην ποιότητα ζωής τους. Ο φόβος της εγκατάλειψης από φίλους και αγαπημένα πρόσωπα μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη της κατάθλιψης. Σε περιπτώσεις χρόνιων και προχωρημένων νόσων, η υποστήριξη από το περιβάλλον είναι ζωτικής σημασίας, και οι ασθενείς αναζητούν στους φίλους τους την αναγκαία στήριξη, θεωρώντας τους ως "φάρμακο της ζωής." (ποντισίδης, 2015)

Ο φόβος της αποξένωσης λόγω του κοινωνικού στίγματος επιδεινώνει το κοινωνικό άγχος, εμποδίζοντας την ικανότητά τους να επικοινωνούν αποτελεσματικά. Η καλή κοινωνική κατάσταση, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής υποστήριξης, της διατήρησης των αναψυχής, της οικογενειακής ενότητας και της σεξουαλικής ικανοποίησης, είναι ένα δύσκολο έργο.

Σεξουαλικές σχέσεις

Η σεξουαλική ευημερία των ατόμων μπορεί να επηρεαστεί σημαντικά από ψυχικά και σωματικά τραύματα. Ωστόσο, το άγχος που βιώνεται κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής μπορεί να διαχειριστεί αποτελεσματικά με τη βοήθεια του/της συντρόφου.. Μία από τις κύριες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα άτομα με χρόνιες ασθένειες είναι ο φόβος της απώλειας του/της συντρόφου τους. Τα άτομα που αντιμετωπίζουν κοινωνικό στίγμα επιβαρύνονται από τον φόβο ότι θα περιθωριοποιηθούν, γεγονός που εμποδίζει την ικανότητά τους να επικοινωνούν αποτελεσματικά με τους άλλους. Η κοινωνική συνιστώσα, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής υποστήριξης, της διατήρησης των ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, της οικογενειακής ενότητας και της

σεξουαλικότητας, δεν έχει ακριβή περιγραφή, αλλά διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην προσαρμογή στην ασθένεια. (Στεφανίδου και Γερογιάννη 2012; Ομπέση, 2011).

Ανάγκη για πληροφόρηση

Η παροχή πληροφοριών και η εκπαίδευση αποτελούν βασικό μέρος της θεραπείας για τους ασθενείς με καρκίνο, στοχεύοντας στην αντιμετώπιση των αλλαγών που φέρει ο καρκίνος (Πολυκανδριώτη κ.α., 2010).

Τα δεδομένα που αφορούν τους ασθενείς αποτελούν βασική αρχή που διασφαλίζει τα δικαιώματά τους, ιδίως στο πλαίσιο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ο νόμος 2071/92 στην Ελλάδα διασφαλίζει ότι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να ενημερώνονται για την ιατρική τους κατάσταση. Είναι ζωτικής σημασίας να τονιστεί ότι οι πληροφορίες που παρέχονται θα πρέπει να είναι ολοκληρωμένες και εμπειριστατωμένες. Αυτό είναι απαραίτητο για να διασφαλιστεί ότι ο ασθενής είναι πλήρως ενημερωμένος και ικανός να κάνει ενημερωμένες επιλογές σχετικά με τη θεραπεία του. Αυτή η ανάγκη αναφέρεται στο Ν. 4368/2016 (Στεφανίδου και Γερογιάννη 2012; Ομπέση, 2011).

Ανάγκη για οικονομική υποστήριξη

Η νόσος του καρκίνου αποτελεί σοβαρή πρόκληση για την υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων και των οικογενειών τους. Ταυτόχρονα, ασκεί σημαντικό οικονομικό φόρτο στα συστήματα υγείας και στις οικονομίες των χωρών παγκοσμίως. Σύμφωνα με έρευνες (Κυριόπουλος, 2017), οικονομικές ανισορροπίες προκύπτουν από το υψηλό άμεσο και έμμεσο κόστος που έχει άμεση σχέση με τη θεραπεία του καρκίνου.

Το άμεσο οικονομικό κόστος περιλαμβάνει τα έξοδα νοσηλείας, τις χειρουργικές επεμβάσεις, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τις ακριβές θεραπευτικές αγωγές. Αυτό επιβαρύνει τα συστήματα υγείας, με το κόστος της θεραπείας του καρκίνου να ανέρχεται κατά προσέγγιση στο 6,5% των συνολικών εξόδων για υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα (ΥΥΚΑ, 2010).

Επιπλέον, υπάρχει σημαντική έμμεση οικονομική επιβάρυνση που προκύπτει από τη μείωση της αποδοτικότητας, επηρεάζοντας τόσο το άτομο όσο και το οικογενειακό του πλαίσιο. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή ιατρικής περίθαλψης εντός της ίδιας της κατοικίας του ασθενούς, καθώς και την απουσία εργασιμών ημερών τόσο για τον ασθενή όσο και για τους φροντιστές του. Το έμμεσο κόστος αναμένεται να είναι τουλάχιστον το διπλάσιο του άμεσου κόστους. (ΥΥΚΑ, 2010).

Η απώλεια παραγωγικότητας λόγω του καρκίνου στην Ελλάδα ανήλθε σε περίπου 1 δισεκατομμύριο ευρώ το 2009, με το εκτιμώμενο κόστος της άτυπης περίθαλψης να ανέρχεται σε 348 εκατομμύρια ευρώ (Luengo et al., 2013). Τα πιο πρόσφατα στατιστικά στοιχεία για τις ρητές

δαπάνες που σχετίζονται με τον καρκίνο στην Ελλάδα αφορούν το έτος 2014. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι το 6,5% των συνολικών δαπανών υγείας, που ανέρχονται σε 1.361 εκατομμύρια ευρώ, διατίθενται για τη διαχείριση και θεραπεία του καρκίνου (Κυριόπουλος, 2017).

Επιπλέον, όταν εξετάζουμε τις κατά κεφαλήν δαπάνες για τον καρκίνο στα ευρωπαϊκά έθνη, είναι προφανές ότι η Ελλάδα υπολείπεται κατά πολύ των μέσων δαπανών στην Ευρώπη. (Κυριόπουλος, 2017).

Όταν πρόκειται για ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, η ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων και η ύπαρξη ενός ισχυρού συστήματος κοινωνικής υποστήριξης διαδραματίζουν καίριο ρόλο στη διατήρηση ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής. (Μηνασίδου και Λεμονίδου 2005).

Οι τρόποι κινητοποίησης για αύξηση της κοινωνικής υποστήριξης περιλαμβάνουν την ενεργοποίηση των μελών της οικογένειας και των φίλων για συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία, την παρακίνηση των ασθενών να συμμετάσχουν σε ομάδες στήριξης, και την ανακατεύθυνση προς ατομική στήριξη για την αντιμετώπιση προβλημάτων που συμβάλλουν στην κοινωνική απομόνωση (Gatchel & Oordt, 2003).

Ανάγκη διαχείρισης σωματικών συμπτωμάτων

Ενώ η καλή λειτουργική κατάσταση συνδέεται πράγματι με βιολογικά χαρακτηριστικά, αναφέρεται σε κάτι διαφορετικό. Σχετίζεται με την ικανότητα ενός ατόμου να εκτελεί εργασίες που σχετίζονται με προσωπικές ανάγκες, φιλοδοξίες ή την εκτέλεση κοινωνικών ευθυνών. Σε βασικό επίπεδο, αυτό περιλαμβάνει καθημερινές δραστηριότητες, όπως το περπάτημα, η διατροφή, η προσωπική υγιεινή και η ενδυμασία. Καλύπτει τη δυνατότητα εκτέλεσης ευθυνών τόσο εντός όσο και εκτός της κατοικίας, περιλαμβάνοντας κοινωνικούς, επαγγελματικούς, διαπροσωπικούς και προσωπικούς τομείς.

Η ύπαρξη πόνου αποτελεί κύριο κίνητρο για την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας, απαιτώντας έτσι μια πιο εμπεριστατωμένη εξέταση αυτού του συμπτώματος. Ο πόνος είναι μια υποκειμενική και ατομική αίσθηση που επηρεάζεται από παράγοντες όπως η συναισθηματική κατάσταση, ο πολιτιστικός περίγυρος, τα όρια της γνώσης και οι προηγούμενες εμπειρίες με τον πόνο. Ο πόνος παίζει κρίσιμο ρόλο για την επιβίωση του ανθρώπου, λειτουργώντας ως μηχανισμός προειδοποίησης για την προστασία από σοβαρούς κινδύνους ή για την ένταξη στη βοήθεια από υπηρεσίες υγείας.

Ιδιαίτερα, έχει επιπτώσεις στην ψυχολογική, κοινωνική και οικονομική του ευημερία. Ο

χρόνιος πόνος αποτελεί σημαντικό ζήτημα για τους ασθενείς, καθώς συχνά είναι λιγότερο απειλητικός και επώδυνος. Συχνά, ο πόνος σημαίνει άγχος. Η προσδοκία του πόνου όχι μόνο ενισχύει τον ίδιο τον πόνο, αλλά μπορεί να είναι πιο αγχώδης από τον ίδιο τον πόνο. Ο χρόνιος πόνος, ανεξάρτητα από την επίδρασή του στην εξέλιξη και την πρόγνωση της νόσου, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη λόγω της υποκειμενικής εμπειρίας που ποικίλλει ανάμεσα στα άτομα (Gatchel & Oordt, 2003).

3.3 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΠΟΝΟ

3.3.1 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Οι ασθενείς παρουσιάζουν διαφορετικές αντιδράσεις κατά τη διάγνωση, στην πρώτη ιατρική αξιολόγηση, στην ανακοίνωση των ευρημάτων των εξετάσεων και στη μακρόχρονη φάση των θεραπειών και της παρακολούθησης όπου γίνονται πιο αισθητές οι συνέπειες της τρέχουσας κατάστασής τους. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει στρατηγικές διαχείρισης στρεσογόνων καταστάσεων για τη διατήρηση της συναισθηματικής ευημερίας και την προσαρμογή στις αλλαγές που προκαλούνται από τον καρκίνο. Τα άτομα χρησιμοποιούν ποικίλες στρατηγικές για να διαχειριστούν δύσκολες καταστάσεις. Οι μηχανισμοί αντιμετώπισης διαφέρουν ως προς την αποτελεσματικότητά τους, ενώ η ασθένεια επηρεάζει σημαντικά τη ζωή τους. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν επικεντρωθεί στη διαχείριση του καρκίνου, με μελέτες να προτείνουν ποικίλες μεθόδους αντιμετώπισης που μπορούν να ωφελήσουν τους ασθενείς σε διάφορα επίπεδα. (<https://med.stanford.edu/survivingcancer/coping-with-cancer/coping-with-cancer.html>)

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης (coping strategies) περιλαμβάνουν μεθόδους και προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται από ασθενείς για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά εμπόδια και να επιτύχουν τους στόχους τους κατά τη διάρκεια της καταπολέμησης του καρκίνου. Κατά τη διαδικασία αυτή, καλούνται να αντιμετωπίουν ιατρικά, συναισθηματικά, διαπροσωπικά και πνευματικά θέματα. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης εξαρτάται από την προσωπικότητα, τις συνθήκες ζωής και το ιστορικό του/της κάθε ασθενούς. Τέλος, η διαχείριση του καρκίνου είναι ένα ταξίδι, με τους ασθενείς να χρησιμοποιούν διάφορες τακτικές σε διάφορα σημεία του χρόνου.

Αντιμετωπίζοντας την πραγματικότητα της ασθένειας

Οι ασθενείς παρουσιάζουν ποικίλες αντιδράσεις κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής διαδικασίας, της πρώτης ιατρικής αξιολόγησης, καθώς και μετά την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων εξετάσεων και των επιπτώσεων της τρέχουσας κατάστασής τους. Κάποιοι αντιμετωπίζουν αμέσως την πραγματικότητα, αναζητώντας πληροφορίες και αντιμετωπίζοντας ανοιχτά τη σοβαρότητα της κατάστασής τους. Σε αντίθεση, άλλοι ενδέχεται να υιοθετήσουν αρχικά μια στάση άρνησης.

Ορισμένοι ασθενείς εκφράζουν την ανάγκη να κατανοήσουν πλήρως τη φύση της νόσου τους, αναζητώντας πληροφορίες σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των διαφόρων εναλλακτικών θεραπειών. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να ενισχύσει τη ψυχολογική προσαρμογή τους. Από την άλλη πλευρά, ορισμένοι ασθενείς μπορεί να αντιδρούν με άρνηση, θεωρώντας την πραγματικότητα της κατάστασής τους ως συντριπτική. Αυτή η άρνηση μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός μηχανισμός, προσφέροντας προσωρινή ανακούφιση από τον σοκ της κατάστασης. Ωστόσο, μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην προσαρμογή και την αποδοχή της πραγματικότητας. Κατά τη διάρκεια του χρόνου, η άρνηση συχνά μειώνεται, επιτρέποντας στους ασθενείς να προχωρήσουν προς την πλήρη αποδοχή και προσαρμογή στη νέα τους κατάσταση. (Grant & Sun 2010)

Διατήρηση αίσθησης ελπίδας και αισιοδοξίας

Στο πλαίσιο της προσαρμογής στον καρκίνο, η αναγνώριση της πραγματικότητας είναι ουσιαστική, αλλά ταυτόχρονα η διατήρηση μιας σημαντικής ποσότητας ελπίδας και αισιοδοξίας έχει σημαντικά οφέλη. Η ελπίδα και η αισιοδοξία σχετίζονται θετικά με την προσαρμογή στην ασθένεια, καθώς και με βελτιωμένα ιατρικά αποτελέσματα. Ωστόσο, η υπερβολική αισιοδοξία μπορεί να φανεί προκλητική, και είναι σημαντικό να υπάρχει μια σταθερή και ρεαλιστική βάση για την ελπίδα.

Ορισμένοι ασθενείς ενθαρρύνουν τον εαυτό τους να υιοθετήσουν μια θετική νοοτροπία, αναζητώντας την ελπίδα και την αισιοδοξία σχετικά με τη μελλοντική εξέλιξη της κατάστασής τους. Εν τέλει, η προσέγγιση αυτή συμβάλλει στη ψυχολογική προσαρμογή και ενδέχεται να έχει θετικές επιδράσεις στην υγεία τους. παρά τα πλεονεκτήματα της αισιοδοξίας, κάποιοι ασθενείς ενδέχεται να βιώνουν δυσκολίες στο να διατηρήσουν αυτήν τη θετική νοοτροπία, ειδικά όταν η πραγματικότητα της νόσου είναι δύσκολη. Είναι σημαντικό να αντιμετωπιστεί αυτό το ζήτημα με ευαισθησία και να εξεταστούν οι διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη της ελπίδας και της αισιοδοξίας, όπως η προσωπική εμπειρία, η ενημέρωση, και οι ιατρικές προοπτικές.

Επίτευξη Αναλογίας και Ισορροπίας

Είναι σημαντικό να βρεθεί ισορροπία μεταξύ των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων κατά τη διάρκεια της ιατρικής αντιμετώπισης. Η αισιοδοξία είναι καλή, αλλά η υπερβολική αισιοδοξία μπορεί να μην λαμβάνει υπόψη τις πιθανότητες και να παραβλέπει την πραγματικότητα. Είναι φυσικό να νιώθει κάποιος ταυτόχρονα ανήσυχος και ελπιδοφόρος. Σημασία έχει να αντιμετωπίσει αυτά τα συναισθήματα με ευελιξία και να διατηρήσει μια ρεαλιστική εκτίμηση της κατάστασής του.

Απαραίτητη η συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό για υποστήριξη και ο ασθενής προτρέπεται να συζητάει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του μαζί τους. Επιπλέον, να εξεταστεί η δυνατότητα ψυχολογικής υποστήριξης για να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις προκλήσεις. (Grant & Sun 2010)

Έκφραση και μοίρασμα συναισθημάτων

Η ικανότητα έκφρασης συναισθημάτων ποικίλλει μεταξύ των ανθρώπων. Η επικοινωνία αυτών μπορεί να συμβάλει στη ψυχολογική ευεξία. Αν και η κοινωνία έχει την δυνατότητα να τροποποιήσει τον τρόπο με τον οποίο εκφράζουμε συναισθήματα, η ανοιχτή επικοινωνία παραμένει σημαντική. Είναι επίσης σημαντικό να βρούμε τη σωστή στιγμή και τον κατάλληλο τρόπο για να μοιραστούμε τα συναισθήματά μας.

Ειδικά σε καταστάσεις όπως ο αγώνας με τον καρκίνο. Έχει παρατηρηθεί ότι η ανοιχτή έκφραση συναισθημάτων είναι συνδεδεμένη με την ψυχολογική ευημερία, ενώ η καταπίεση των συναισθημάτων μπορεί να οδηγήσει σε δυσάρεστες συνέπειες. Ωστόσο, κατανοούμε ότι ο καρκίνος μπορεί να φέρει πολλαπλές προκλήσεις, και η επικοινωνία των συναισθημάτων ενδέχεται να μην είναι πάντα η πρώτη προτεραιότητα όσο διαρκεί η θεραπεία. (<https://med.stanford.edu/survivingcancer/coping-with-cancer/coping-with-cancer.html>)

Είναι αξιοσημείωτο να βρεθεί η ισορροπία μεταξύ της ανοιχτής έκφρασης και της αυτοπροστασίας, επιλέγοντας τον κατάλληλο χρόνο και τον τρόπο για να μοιραστείτε τα συναισθήματά σας. Επιπλέον, η συμβουλευτική υποστήριξη από ειδικούς μπορεί να βοηθήσει να αντιμετωπιστούν αυτές τις προκλήσεις και να διατηρηθεί μια θετική νοοτροπία.

Αναζήτηση βοήθειας

Η υποστήριξη προς τους ασθενείς με καρκίνο παρουσιάζει ποικίλες διαφορές, καθοριζόμενη από την τοποθεσία τους και το αν ζητούν ενεργά βοήθεια. Αυτοί που έχουν την υποστήριξη αγαπημένων

τους προσαρμόζονται καλύτερα ψυχολογικά, ενώ η αναζήτηση βοήθειας περιλαμβάνει το να εκφραστούν συναισθήματα και να ζητηθεί υποστήριξη σε συγκεκριμένους τομείς. Είναι ουσιαστικό να αναγνωριστεί η ανάγκη για υποστήριξη και να αξιοποιηθεί η ενίσχυση που παρέχουν οι άλλοι.

Υιοθέτηση μιας συνεργατικής προσέγγισης

Η στάση που ένα άτομο υιοθετεί απέναντι στον καρκίνο επηρεάζει σημαντικά τη ψυχολογική του ευεξία. Κάποιοι ασθενείς είναι προληπτικοί και αφοσιωμένοι, αναζητώντας ενεργά πληροφορίες, εξερευνώντας εναλλακτικές θεραπείες και επιδιώκοντας αποτελέσματα. Αυτοί που υιοθετούν αυτήν την προσέγγιση βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας. Αντίθετα, άλλοι ενδέχεται να υιοθετούν μια πιο παθητική, αποδεκτική στάση, χωρίς να αισθάνονται αβοήθητοι (Grant & Sun 2010).

Δίνοντας νόημα στην εμπειρία

Η αντιμετώπιση της διάγνωσης και της θεραπείας του καρκίνου μπορεί να αποτελέσει μια δύσκολη εμπειρία, αλλά παράλληλα ανοίγει την ευκαιρία για προσωπική ανάπτυξη και μεταμόρφωση. Αντιμετωπίζοντας την ασθένεια τους, πολλοί ασθενείς αναλογίζονται την ταυτότητά τους και τον τρόπο ζωής τους. Εξετάζουν τις αξίες και τις προτεραιότητές τους και συχνά αναγνωρίζουν την ανάγκη για προσαρμογές στον τρόπο ζωής και στις προσωπικές τους σχέσεις.

Αυτή η διαδικασία, μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη συναισθηματική ανθεκτικότητα και ικανότητα να αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις που προκύπτουν από την ασθένεια. Η εμπειρία του καρκίνου μπορεί να ενθαρρύνει τους ανθρώπους να επαναξιολογήσουν τις προτεραιότητές τους, να εκφράσουν ευγνωμοσύνη για τα υπάρχοντα, και να αγωνιστούν για περισσότερη αυθεντικότητα και αυτοαλήθεια.

Είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι η αντιμετώπιση της ασθένειας δεν πρέπει να οδηγεί σε αυτο-ενοχές. Η ιδέα ότι κάποιος "χρειάζεται" τον καρκίνο για να βρει σημασία στη ζωή είναι αδικαιολόγητη και μπορεί να ενισχύσει αρνητικά συναισθήματα. Το σημαντικό είναι να αντλήσουμε θετικά διδάγματα από την εμπειρία μας και να επιδιώξουμε την προσωπική μεταμόρφωση, αντιμετωπίζοντας τις προκλήσεις με εποικοδομητικό τρόπο.

Πνευματικότητα και πίστη

Η πνευματική διάσταση της αντιμετώπισης του καρκίνου παίζει σημαντικό ρόλο για πολλούς ανθρώπους. Οι πνευματικές πεποιθήσεις μπορούν να λειτουργήσουν ως πηγή ηρεμίας, ανθεκτικότητας και εσωτερικής δύναμης κατά τη διάρκεια της ασθένειας. Η πίστη, η προσευχή και οι θρησκευτικές τελετές μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της ψυχολογικής ευημερίας και της ποιότητας ζωής του ατόμου.

Για πολλούς, η πνευματικότητα λειτουργεί ως ένα είδος οδηγού, βοηθώντας τους να αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις της ζωής και τις δυσκολίες με έναν διαφορετικό τρόπο. Η θρησκεία και η πνευματικότητα μπορούν να προσφέρουν σημαντική στήριξη και συνοχή στην κοινότητα των πιστών.

Σημαντικό είναι να τονιστεί πως η πνευματικότητα δεν πρέπει να οδηγεί σε αυτο-ενοχές ή σε αντιλήψεις της ασθένειας ως τιμωρίας. Οι πνευματικές πεποιθήσεις μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να βρουν νόημα και αξία στη ζωή τους, αντιμετωπίζοντας το δίλημμα της ανθρώπινης ύπαρξης και του πόνου. (<https://med.stanford.edu/survivingcancer/coping-with-cancer/coping-with-cancer.html>)

Διατήρηση της αυτοεκτίμησης

Η αντιμετώπιση της αυτοεκτίμησης κατά τη διάρκεια της εμπειρίας του καρκίνου αποτελεί πραγματική πρόκληση. Το κοινωνικό στίγμα που σχετίζεται με τον καρκίνο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αυτοεικόνα, ενώ οι θεραπείες και οι επιπτώσεις τους στην εμφάνιση, τις δυνατότητες, τα χαρακτηριστικά και την ταυτότητα μπορούν να θέσουν προκλήσεις στην αυτοεκτίμηση. Είναι σημαντικό να αντιληφθεί ο ασθενής ότι ο καρκίνος δεν πρέπει να ορίζει πλήρως την ταυτότητά του ή να επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμησή του.

Η προσπάθεια να ανακαλύψει νέες πηγές αυτοεκτίμησης μπορεί να περιλαμβάνει την αναγνώριση της ικανότητας διαχείρισης της ασθένειας, την αναδιοργάνωση των προτεραιοτήτων και την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων που βοηθούν στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης. Επιπλέον, η αναζήτηση στήριξης από την οικογένεια, την κοινότητα ή ειδικούς είναι σημαντική για τη διατήρηση της ψυχολογικής ευεξίας.

Η διατήρηση των δραστηριοτήτων που έχουν προσωπική σημασία είναι σημαντικές για την ευημερία. Η συνέχιση των δραστηριοτήτων αυτών, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων του ατόμου, μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση και της αίσθησης του ελέγχου.

Κατανόηση και αποδοχή της πραγματικότητας του θανάτου

Ο φόβος της θνησιμότητας είναι ένα πολύ βαθύ και σημαντικό συναισθηματικό κομμάτι της ανθρώπινης ύπαρξης, ιδίως όταν καλείσαι να αντιμετωπίσεις μια σοβαρή ασθένεια όπως ο καρκίνος. Η ενίσχυση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και η διαχείριση του φόβου αυτού είναι κρίσιμες για την καλή ποιότητα ζωής.

Η θετική στάση, η πνευματικότητα και η αντιμετώπιση του θανάτου ως μέρους της ζωής μπορούν να αποτελέσουν ισχυρά εργαλεία για την ενίσχυση της διάθεσης. Οι άνθρωποι που επικεντρώνονται σε θετικές σκέψεις, αναζητούν νόημα και σύνδεση σε πνευματικό επίπεδο, μπορούν να βιώσουν ανακούφιση και δύναμη σε δύσκολες στιγμές.

Ωστόσο, όπως έχει τονιστεί, η επιλογή για εναλλακτικές θεραπείες πρέπει να γίνεται με προσοχή και σε συνεργασία με τους επαγγελματίες της υγείας. Η συνολική προσέγγιση που συνδυάζει την ιατρική φροντίδα με την ψυχολογική και πνευματική στήριξη μπορεί να προσφέρει πλούσιο περιβάλλον φροντίδας.

Συνολικά, η πορεία με τον καρκίνο είναι μια προσωπική και μοναδική εμπειρία, και η εξειδικευμένη φροντίδα που συνδυάζει τις ιατρικές, ψυχολογικές και πνευματικές πτυχές μπορεί να βοηθήσει στη καλύτερη ποιότητα ζωής και στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος όπου ο άνθρωπος μπορεί να βιώσει ενδυνάμωση και σημασία, ανεξάρτητα από την πορεία της ασθένειας. (Grant & Sun 2010).

Ο ψυχολόγος Blum έχει εντοπίσει και περιγράψει 10 βασικές αντιδράσεις που έχουν οι άνθρωποι απέναντι στην ασθένεια:

Κατάθλιψη και αυτοαπόρριψη: Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μειωμένη αυτοεκτίμηση και έλλειψη κινήτρων ή ενδιαφέροντος για το άμεσο περιβάλλον του ατόμου. Ο/η ασθενής χαρακτηρίζεται συχνά από ανικανότητα να αναλάβει δραστηριότητες, απάθεια, αδιαφορία και αίσθηση μελαγχολίας και λύπης, ενώ είναι πιθανό να μην αισθάνεται ικανοποίηση ούτε από τον εαυτό του/της ούτε από τους άλλους.

Φόβος: συναισθηματική αντίδραση της ανησυχίας, της διαταραχής και του φόβου που προκύπτει από έναν αντιληπτό ή μη πραγματικό κίνδυνο για τη ζωή ή την κατάσταση ηρεμίας ενός ατόμου

Αντίδραση στον φόβο: Ο όρος αυτός περιγράφει την επίδειξη θάρρους του ασθενούς ως απάντηση στις ανησυχίες του. Αυτά τα αντανakλαστικά χρησιμοποιούνται από ένα άτομο με την

πρόθεση να αποδείξει στον εαυτό του ή στους άλλους ότι δεν βιώνουν φόβο, παρά το γεγονός ότι αισθάνονται πραγματικά έντονο πανικό.

'Αγχος : Υπάρχει μια μικρή διαφορά στον ορισμό του άγχους σε σχέση με τον φόβο. Ενώ ο φόβος αναφέρεται σε μια συνειδητοποιημένη ανησυχία απέναντι σε μια συγκεκριμένη απειλή, το άγχος αναφέρεται σε περισσότερο διάχυτα συναισθήματα καταπόνησης, τα οποία προκαλούνται από απειλή που βρίσκεται έξω από την άμεση αντίληψη.

Απογοήτευση και θυμός : Η ασθένεια μπορεί να προκαλέσει απογοήτευση, και μια αντίδραση σε αυτήν είναι η εκδήλωση επιθετικότητας. Ο θυμός αποτελεί μια μορφή επιθετικότητας.

Απόσυρση ή απάθεια: Ο/η ασθενής μπορεί να εμφανίσει μια απαθή στάση απέναντι στα συμβάντα που λαμβάνουν χώρα και να σπαταλάει ελάχιστο ποσοστό ενέργειας στις καθημερινές δραστηριότητες. Η απόσυρση μπορεί να αντιμετωπιστεί ως μια κοινωνική απάθεια, καθώς ο/η ασθενής μπορεί να μην έχει κίνητρο για τους άλλους και να προτιμά να περνάει περισσότερο χρόνο μόνος του. Κατά την απόσυρση από τα κοινά, μπορεί να επικεντρώνει την ενέργεια σε μεμονωμένες ασχολίες, όπως το διάβασμα.

Υπερβολή των συμπτωμάτων: Ορισμένες φορές, οι ασθενείς μπορεί να αντιδρούν υπερβολικά στα συμπτώματα και να δίνουν μεγάλη σημασία στον ρόλο τους στην ασθένεια. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες που συνδέονται με την ασθένεια.

Παλινδρόμηση: Η παλινδρόμηση αναφέρεται στην κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο αντιμετωπίζει μια δυσκολία και επιλέγει να ακολουθήσει έναν πιο απλοποιημένο τρόπο δράσης. Αυτό υποδηλώνει ότι το άτομο επιλέγει να επανέλθει σε προσεγγίσεις που είναι λιγότερο επηρεασμένες από την ενηλικίωση, όσον αφορά ένα πρόβλημα, και να επικεντρωθεί σε ιδέες που είναι λιγότερο περίπλοκες.

Εξάρτηση : Αναφέρεται στην κατάσταση στην οποία κάποιος/α εξαρτάται από την υποστήριξη κάποιου άλλου για την ικανοποίηση των δικών του/της αναγκών. Όσον αφορά στο θέμα της χρονικής ανωριμότητας, θα μπορούσε να ισχυριστεί κάποιος ότι η εξάρτηση μπορεί να αποτελέσει μια προϋπόθεση για την ανάγκη ψυχολογικής θέσης γι' απόκτηση αγάπης και προστασίας

Εσωστρέφεια : Ο ασθενής επικεντρώνεται συχνά στον εαυτό του/της και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απομόνωση από το κοινωνικό περιβάλλον, όπως συμβαίνει και στην απάθεια. (Κάβουρα και συν., 2003).

3.4 ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, η αλγολογία και ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται από έναν μικρό αριθμό επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των γενικών ιατρών, των ακτινοθεραπευτών, των αναισιολόγων και των νοσηλευτών. Η πλειοψηφία των ασθενών με καρκίνο έχουν πρόσβαση σε εξειδικευμένες εξωτερικές κλινικές που επικεντρώνονται στη διαχείριση του πόνου και απασχολούνται από μικρές ομάδες ειδικευμένων ειδικών, ορισμένοι από τους οποίους παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες σε νοσοκομεία. Δυστυχώς, το εθνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης δεν διαθέτει κατάλληλα κρεβάτια αποκατάστασης, καταλύματα και προγράμματα υποστήριξης για τις οικογένειες κατά τη διάρκεια περιόδων ασθένειας ή θλίψης. Επιπλέον, οι υφιστάμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι ανεπαρκείς για την κάλυψη των απαιτήσεων. Το Εργαστήριο Ακτινολογίας του πανεπιστημίου Αθηνών διαθέτει εξειδικευμένο τμήμα που ονομάζεται "Τζένη Καρέζη". και επικεντρώνεται στη διαχείριση του πόνου και στην παρηγορητική φροντίδα. Το εργαστήριο προσφέρει δωρεάν υπηρεσίες σε μη νοσηλευόμενους ασθενείς οι οποίοι παρακολουθούν καθημερινά από Δευτέρα μέχρι Παρασκευή, ανάμεσα των ωρών 8 π.μ. και 3 μ.μ.. Επιπλέον, η μονάδα πραγματοποιεί επισκέψεις στο σπίτι ασθενών και ασχολείται με αξιόλογο έργο. (πατηράκη και Κουρμπάνη, 1999).

Από τις αρχές του 2010, δύο μονάδες εξυπηρέτησης λειτουργούν στην Αττική. Μια ομάδα εμπειρογνομόνων παρέχει βοήθεια σε παιδιά και εφήβους που διαμένουν στην Αττική και αντιμετωπίζουν σοβαρά απειλητικά για τη ζωή συμπτώματα. Η Μονάδα ΑΦ ΓΑΛΙΛΑΙΑ της Ιεράς Μητρόπολης Μεσογαίας και Λαυρεωτικής προσφέρει υπηρεσίες Α.Φ. στο σπίτι κατά τις εργάσιμες ημέρες, τις πρωινές ώρες, καθώς και 24ωρη τηλεφωνική υποστήριξη. Επιπλέον, προσφέρει φροντίδα δύο φορές την εβδομάδα σε ομάδα ασθενών που παρακολουθούν τη μονάδα ημερήσιας απασχόλησης και φροντίδας, και αυτή η φροντίδα απευθύνεται σε ενήλικες ασθενείς με καρκίνο που διαμένουν στη γεωγραφική περιοχή που καλύπτει η Ιερά Μητρόπολη Μεσογαίας και Λαυρεωτικής. Αυτές οι υπηρεσίες προσφέρονται από μια ομάδα εμπειρογνομόνων από διάφορους τομείς και αφοσιωμένους εθελοντές.

Πράγματι, υπάρχουν αρκετοί Έλληνες ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο της ζωής και χρειάζονται εξειδικευμένη φροντίδα. Μερικά άτομα επιλέγουν να λάβουν θεραπεία σε γενικές ή ογκολογικές νοσηλευτικές κλινικές, ενώ άλλοι επιλέγουν για ιδιωτικές κλπ. Υπάρχουν επίσης άτομα που επιλέγουν να παραμείνουν στο σπίτι, βασιζόμενοι στις οικογένειές τους για φροντίδα, συχνά χωρίς επαρκή υποστήριξη. Υπάρχει περιορισμένη ικανότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών να φιλοξενήσουν ασθενείς. Η καθυστέρηση στην καθιέρωση υπηρεσιών αυτού του είδους στη χώρα μας μπορεί να αποδοθεί στην έλλειψη μιας ολοκληρωμένης πολιτικής και στην

πρόκληση της αποτελεσματικής εκπαίδευσης και ενημέρωσης των ασθενών για την κατάστασή τους. (Μυστακίδου, 2005).

3.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας, το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης επιδεικνύει αυξημένη κατανόηση και επάρκεια στην αποσαφήνιση των δυσκολιών και των εμποδίων που αντιμετωπίζει ένας ασθενής με καρκίνο. Συχνά, οι άνθρωποι σχηματίζουν ένα συναισθηματικό δεσμό με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, όπως οι ογκολόγος ή οι νοσηλεύτριες, ενώ υποβάλλονται σε θεραπεία. Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι αποκλειστικά υπεύθυνοι για την ενσωμάτωση της πρωτοβάθμιας θεραπείας. Μπορούν να συμβάλουν ενεργά στο ταξίδι επιβίωσης των ασθενών προσφέροντας πολύτιμη καθοδήγηση για την αναγνώριση και τη διαχείριση των συμπτωμάτων και των ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με τον όγκο ή τα φάρμακα. (Corner, & Bailey, 2009).

Η συνέχεια της ζωής μετά το πρώτο στάδιο της θεραπείας αποτελεί ένα πεδίο γεμάτο απορίες, το οποίο ο ασθενής αντιμετωπίζει στην καθημερινότητα του. Αρκετοί επιζήσαντες θεωρούν ότι η ζωή τους έχει υποστεί ριζική μεταβολή μετά την διάγνωση του καρκίνου. Ο/η ασθενής αντιμετωπίζει τον εαυτό του/της με αμφιβολίες: "Για ποιον λόγο επέλεξε εμένα;", "Ποιες ενέργειες πρέπει να ακολουθήσω αν ο καρκίνος επανεμφανιστεί;", "Έχω αλλάξει ως προσωπικότητα τώρα;" και πολλές άλλες αναπάντητες ερωτήσεις. Αυτά ερωτήματα μπορεί να προκαλέσουν αμφιβολίες για την αυτοπεποίθηση και τα πιστεύω του.

Υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις που μπορούν να συμβάλλουν στην αποκατάσταση της προοπτικής του ασθενούς και στην ανεύρεση απαντήσεων στα ερωτηματικά του:

- Ανάλυση των προτεραιοτήτων, των μοτίβων και των στόχων

Ένας σημαντικός αριθμός των επιζώντων βλέπει τον χρόνο επιβίωσης ως "ξυπνητήρι". Αυτή η εμπειρία προκαλεί ερωτήσεις όπως: "πιστεύω ότι ο ρόλος που εκπληρώνω στην οικογένειά μου ικανοποιεί επαρκώς τις απαιτήσεις;" "Έχω το επιθυμητό επίπεδο σύνδεσης με το οικογενειακό μου περιβάλλον και την εταιρεία μου;" "Η εργασία μου φέρνει ευτυχία;" "Έχω επιτύχει όλους τους στόχους και τα όνειρά μου;" "Ποια είναι τα πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή μου αυτήν τη στιγμή;"

- Πραγματοποίηση επιθυμιών

Πολλοί επιζήσαντες προσπαθούν να ανακαλύψουν το πνευματικό νόημα της ύπαρξής τους μέσω ταξιδιών, γνωριμίας νέων ανθρώπων, εξερεύνησης νέων πολιτισμών και ανάπτυξης νέων φιλίας. Επιπλέον, νέες δραστηριότητες όπως ο διαλογισμός, η μουσική, και η ζωγραφική μπορούν να καθοδηγήσουν τον ασθενή στην αυτοπραγμάτωση του.

- Αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης

Αποτελεί μια διαδικασία που ακολουθείται από πολλούς ανθρώπους, ακόμα και αυτούς που δεν αναγνωρίζουν την προσωπική τους θρησκευτική ταυτότητα ή δεν ασκούν θρησκευτική πρακτική.

- Συζητήσεις

Συμμετοχή σε ποικίλες εμπειρίες και ανταλλαγή συναισθημάτων με άλλους που διαθέτουν παρόμοια εμπειρία, ενισχύει την αίσθηση ενδυνάμωσης και αποκατάστασης της προοπτικής τους στη ζωή για πολλούς επιζώντες. Επιπλέον, πολλοί άνθρωποι παρέχουν υποστήριξη και συμβουλές σε άλλους επιζώντες, επιτρέποντας τους να ανακτήσουν επίσης την αυτοπεποίθησή τους.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΤΟΧΟΣ

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από ασθενείς με καρκίνο και πόνο και τον αντίκτυπό τους στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στις διαδικτυακές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar οι οποίες επιλέχθηκαν, καθώς παρέχουν μια εκτενή κάλυψη της επιστημονικής βιβλιογραφίας.

Για να εξασφαλιστεί μια όσο το δυνατό πληρέστερη αναζήτηση, χρησιμοποιήθηκε ένας συνδυασμός λέξεων-κλειδιών με τη χρήση των «AND», «OR» και κύριες λέξεις-κλειδιά τις: «cancer», «patients», «pain», «coping» και «management strategies». Στη συνέχεια, οι παραπάνω λέξεις-κλειδιά συνδυάστηκαν κατά την αναζήτηση με πρόσθετες έννοιες/συνώνυμες για τη βελτίωση της αναζήτησης, συμπεριλαμβανομένων των «interventions», «techniques» και «self-management» (Πίνακας 1.).

Πίνακας 1.

Συνδυασμοί λέξεων- κλειδιών

OR	(cancer OR cancer patients)
AND	coping strategies AND cancer AND pain cancer AND pain management strategies cancer AND pain AND self management strategies cancer AND pain AND management strategies

Η ανασκόπηση επικεντρώθηκε σε πρωτογενείς μελέτες με σκοπό να εντοπίσει σχετικές δημοσιευμένες εργασίες που πληρούσαν συγκεκριμένα κριτήρια ένταξης/αποκλεισμού.

Η επιλογή των άρθρων έγινε σύμφωνα με τα ακόλουθα κριτήρια ένταξης :

- Δημοσιευμένα άρθρα σε διεθνούς εμβέλειας επιστημονικά περιοδικά
- Δημοσιευμένα άρθρα την τελευταία 10ετία, για την καταγραφή πιο πρόσφατων δεδομένων.
- Οι συμπεριλαμβανόμενες μελέτες έπρεπε να παρουσιάζουν πρωτότυπα ερευνητικά ευρήματα(πρωτογενής έρευνα) και να μην αποτελούν ανασκοπήσεις.
- Το δείγμα θα έπρεπε να είναι ασθενείς με καρκίνο > 18 ετών, χωρίς άλλο περιορισμό που να αφορά σε δημογραφικά χαρακτηριστικά (π.χ. ηλικία ή φύλο)
- Άρθρα στην αγγλική γλώσσα.

Κριτήρια αποκλεισμού :

Περιλήψεις συνεδρίων, άρθρα σε ευρείας κυκλοφορίας περιοδικά, επιστολές στον εκδότη, αδημοσίευτες εργασίες και διδακτορικές διατριβές εξαιρέθηκαν, καθώς συχνά δεν εμπεριέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες ή δεν πληρούν τα κριτήρια για μια ολοκληρωμένη επιστημονική ανασκόπηση.

Συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις αποκλείστηκαν για να διατηρηθεί η εστίαση στις πρωτογενείς μελέτες.

Άρθρα γραμμένα σε άλλες γλώσσες εκτός από την αγγλική

Μελέτες σε παιδιά: Η παρούσα ανασκόπηση εξετάζει τη διαχείριση σε ενήλικες.

Εξαγωγή και ανάλυση δεδομένων

Μετά τη βιβλιογραφική αναζήτηση, οι μελέτες που εντοπίστηκαν εξετάστηκαν με βάση τους τίτλους και τις περιλήψεις τους για να αξιολογηθεί η συνάφειά τους. Στη συνέχεια, τα επιλεγμένα άρθρα καταγράφηκαν σε πλήρες κείμενο και αξιολογήθηκαν τα αποτελέσματά και τα συμπεράσματά τους, ενώ η εξαγωγή των τελικών δεδομένων περιελάμβανε τη συλλογή σχετικών πληροφοριών με στόχο τη σύνθεση και παράθεση των στρατηγικών διαχείρισης του πόνου σε ασθενείς με καρκίνο.

Η διαδικασία της αναζήτησης και της τελικής επιλογής των μελετών περιγράφεται στο Διάγραμμα Ροής (PRISMA).

Μετά την αρχική βιβλιογραφική αναζήτηση, εντοπίστηκαν συνολικά 535 άρθρα, ενώ η διαδικασία επιλογής περιλάμβανε ανασκόπηση σε δύο στάδια με βάση τίτλους και περιλήψεις για να αξιολογηθεί η καταλληλότητα και να γίνει η τελική επιλογή. Κατά την ανάγνωση των τίτλων, 392 άρθρα αποκλείστηκαν καθώς δεν πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης (εστίαζαν σε διαφορετικούς πληθυσμούς -π.χ. παιδιατρικούς ασθενείς-, δεν αποτελούσαν πρωτογενείς ερευνητικές μελέτες) ή δεν ήταν σχετικά με το ερευνητικό ερώτημα.

Στη συνέχεια, εξαιρέθηκαν επιπλέον 87 άρθρα τα οποία ενώ κατά την ανάγνωση των τίτλων φαίνονταν σχετικά, κατά την ανάγνωση των περιλήψεων και αφού αξιολογήθηκαν περαιτέρω ως προς τη συνάφεια και την καταλληλότητά τους, φάνηκε πως δεν πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης (δεν ανέφεραν πρωτότυπα ερευνητικά ευρήματα ή δεν σχετίζονταν με στρατηγικές αντιμετώπισης σε καρκινοπαθείς με πόνο).

Διάγραμμα Ροής (Prisma)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η έρευνα των Tabrizetal. (2019) διερεύνησε τις πεποιθήσεις και τις αντιλήψεις για τον πόνο και τη σχέση τους με τις στρατηγικές αντιμετώπισης, το στρες, το άγχος και την κατάθλιψη σε 370 ασθενείς με καρκίνο. Η πιο κοινή πεποίθηση για τον πόνο μεταξύ των ασθενών ήταν η πίστη στη μονιμότητα του πόνου, ενώ οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης ήταν προσαρμοστικές και περιελάμβαναν την προσευχή/πνευματικότητα, θετικές δηλώσεις και απόσπαση προσοχής. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των πεποιθήσεων για τον πόνο και των στρατηγικών αντιμετώπισης, ενώ τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους ήταν μέτρια, ωστόσο, υπήρξε σημαντική σχέση μεταξύ της αυτοκατηγορίας και της κατάθλιψης.

Οι Van de Graaf et al. (2023) διερεύνησαν στρατηγικές αντιμετώπισης και αυτοδιαχείρισης του πόνου σε 12 ασθενείς με χρόνια επώδυνη περιφερική νευροπάθεια που προκαλείται από χημειοθεραπεία. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν την υιοθέτηση στρατηγικών, όπως σχεδιασμό, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και αποδοχή, αλλά και εστίαση στα συναισθήματα, αναζήτηση φαρμακευτικής αγωγής, ανάπαυση, συνεδρίες με επαγγελματίες υγείας και άσκηση.

Η μελέτη των Khalilietal. (2014) κατέγραψε τις στρατηγικές αντιμετώπισης, την ποιότητα ζωής και τις εμπειρίες που σχετίζονται με τον πόνο 62 γυναικών με καρκίνο του μαστού στο Ιράν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πιο κοινές στρατηγικές αντιμετώπισης ήταν η στροφή προς της θρησκεία (προσευχή/ πνευματικότητα), η αποδοχή, ο αυτοπερισπασμός, ο προγραμματισμός, η ενεργητική αντιμετώπιση, η θετική αναπλαισίωση και η άρνηση.

Ο στόχος των Krajewskietal. (2018) ήταν να αξιολογήσουν τη διαχείριση του πόνου, την αποδοχή της νόσου και την προσαρμογή στον καρκίνο σε μια ομάδα 367 ασθενών που διαγνώστηκαν με μη μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης, ταυτόχρονα με την επίδραση κοινωνικοοικονομικών και κλινικών παραγόντων. Η μελέτη διαπίστωσε ότι οι ασθενείς χρησιμοποιούσαν κατά κύριο λόγο θετική αυτοομιλία, δηλ. την πρακτική του να επιλέγουν συνειδητά τη χρήση ενθαρρυντικής, υποστηρικτικής και εποικοδομητικής γλώσσας όταν μιλούν στον εαυτό μας. Πρόκειται για τη μετατόπιση του εσωτερικού διαλόγου από την αυτοκριτική στην αυτο-ενθάρρυνση. Επίσης, χρησιμοποιούσαν την προσευχή ως τρόπο για να διαχειριστούν τον πόνο, ενώ η ανάλυση των δημογραφικών παραγόντων αποκάλυψε ότι οι ασθενείς που είχαν αλληλεπίδραση με συντρόφους/φίλους και οικογένεια παρουσίαζαν υψηλότερες βαθμολογίες στις εποικοδομητικές στρατηγικές αντιμετώπισης και χαμηλότερες βαθμολογίες στις καταστροφικές-δυσλειτουργικές.

Επίσης, με στόχο να εξετάσουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης, τη διαχείριση του πόνου, την αποδοχή της νόσου και την προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού σε 193 ασθενείς, διερευνώντας παράλληλα την επίδραση των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών σε αυτές τις πτυχές, οι Czerwetal. (2016) αποκάλυψαν ότι οι συμμετέχουσες πίστευαν ότι ο έλεγχος του πόνου ήταν στα χέρια των γιατρών. Όσον αφορά συγκεκριμένα στις στρατηγικές αντιμετώπισης για την αυτοδιαχείριση του πόνου, ο υψηλότερος μέσος όρος βαθμολογίας παρατηρήθηκε στη χρήση θετικών δηλώσεων. Όσον αφορά στην ψυχολογική προσαρμογή στον καρκίνο, βρέθηκε πως η υποκλίμακα του «μαχητικού πνεύματος» είχε την υψηλότερη βαθμολογία.

Σε μελέτη του 2021 οι Ośmiałowskaetal. αξιολόγησαν την επίδραση των στρατηγικών αντιμετώπισης και της διαχείρισης του πόνου στην ποιότητα ζωής 202 ασθενών με καρκίνο του μαστού που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική θεραπεία. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι ασθενείς που υιοθέτησαν εποικοδομητικές στρατηγικές αντιμετώπισης είχαν υψηλότερες βαθμολογίες ποιότητας ζωής, ενώ εκείνοι που βασίζονταν περισσότερο σε καταστροφικές στρατηγικές αντιμετώπισης είχαν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Η επιλογή της στρατηγικής αντιμετώπισης είχε ισχυρότερο αντίκτυπο στις ψυχολογικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τις διαστάσεις που εκτιμούν τις σωματικές επιπτώσεις, με όσες χρησιμοποιούσαν εποικοδομητικές στρατηγικές να έχουν καλύτερη λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς και λιγότερο σοβαρά συμπτώματα που σχετίζονται με τη νόσο και τη θεραπεία της.

Μια ακόμη μελέτη των Czerwetal., (2016) είχε ως στόχο να αξιολογήσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης, τη διαχείριση του πόνου, την αποδοχή της ασθένειας και την προσαρμογή στον καρκίνο σε 238 ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου. Οι πιο συχνές στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου περιελάμβαναν και στην παρούσα αξιολόγηση θετικές αυτο-δηλώσεις και αυξημένη συμπεριφορική δραστηριότητα με κυρίαρχους τρόπους νοητικής προσαρμογής στον καρκίνο το μαχητικό πνεύμα και τη θετική επαναξιολόγηση. Η μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου πίστευαν ότι οι εσωτερικοί παράγοντες έπαιζαν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του πόνου και, γενικά, εμφάνισαν ένα εποικοδομητικό στυλ αντιμετώπισης (αν και παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις ανάλογα τον τόπο διαμονής, την επαγγελματική κατάσταση και το εισόδημα).

Σε επόμενη ερευνά τους οι ίδιοι ερευνητές (Czerwetal., 2017) αξιολόγησαν 228 ασθενείς με καρκίνο του προστάτη και αποκάλυψαν ότι οι συμμετέχοντες απέδιδαν κατά κύριο λόγο τον έλεγχο του πόνου σε ισχυρούς άλλους, όπως τους επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης ήταν η αυξημένη συμπεριφορική δραστηριότητα, οι θετικές αυτο-δηλώσεις και προτίμηση για εποικοδομητικούς τρόπους αντιμετώπισης τόσο των σωματικών όσο και των ψυχολογικών διαστάσεων της θεραπείας του καρκίνου του προστάτη.

Σε προοπτική εκτίμηση μιας ομάδας 252 ανδρών με μη μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης (Krajewski et al., 2018) διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες επέδειξαν σχετικά υψηλό επίπεδο αποδοχής της νόσου και ένα κυρίαρχο εποικοδομητικό μοτίβο αντιμετώπισης, ιδιαίτερα τη μαχητικότητα. Οι θετικές αυτο-δηλώσεις και η πνευματικότητα/προσευχή ήταν οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου με τη μελέτη να υπογραμμίζει τη σημασία των ψυχολογικών παραγόντων και των στρατηγικών αντιμετώπισης στη διαχείριση του πόνου και την προσαρμογή στον καρκίνο.

Οι Gilbertson-White et al. (2017) εξέτασαν τύπους στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου σε 162 γυναίκες και βρέθηκε πως πιο συχνά επέλεξαν την ενεργή διαχείριση και τον προγραμματισμό, ενώ η χαλάρωση ήταν η πιο κοινή στρατηγική εστιασμένη στο συναίσθημα. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι ασθενείς μπορεί να έχουν δυσκολία να επιτύχουν επαρκή διαχείριση του πόνου, παρά την εφαρμογή πολλαπλών στρατηγικών, ενώ παρατηρήθηκε επίσης ότι η δυσφορία πόνου διέφερε με βάση την κατάσταση των ασθενών και το ιστορικό υποτροπής.

Σε πρόσφατη μελέτη του 2022 οι Religioniet al. συμπεριέλαβαν 1187 ασθενείς με καρκίνο και μελέτησαν τον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και οι ιατρικοί παράγοντες επηρέασαν τις στρατηγικές διαχείρισης του πόνου. Η πνευματικότητα/ προσευχή ήταν η πιο διαφοροποιημένη στρατηγική και πιο στατιστικά σημαντική για τις γυναίκες, τα άτομα με χαμηλότερη εκπαίδευση, τα άτομα που διέμεναν σε μικρότερες πόλεις και τα άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα, ενώ η απόσπαση της προσοχής και η επαναξιολόγηση του πόνου επηρεάστηκαν από την εκπαίδευση και το εισόδημα. Η καταστροφολογία ήταν πιο διαδεδομένη στις γυναίκες, ενώ ασθενείς με χαμηλότερη εκπαίδευση συνήθιζαν να αγνοούν τον πόνο.

Οι Oliveira et al. (2021) εξέτασαν την πνευματικότητα/πίστη στη διαχείριση του πόνου σε 23 ασθενείς με καρκίνο με τα ευρήματα της μελέτης να υποδηλώνουν ότι χρησιμοποιείται ως στρατηγική αντιμετώπισης του πόνου (ιδιαίτερα νευροπαθητικού), μειώνοντας την έντασή του και πως τα υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής γαλήνης μπορεί να αυξήσουν την αντίληψη και την αναγνώριση του πόνου. Επιπλέον, η ψυχική ευεξία συνδέθηκε με λιγότερο καυστικά και ασφυκτικά χαρακτηριστικά του πόνου.

Οι Boatema-Benson et al. (2020) διερεύνησαν τις προκλήσεις, τις στρατηγικές αντιμετώπισης και τα συστήματα υποστήριξης μεταξύ 202 γυναικών που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και κατέγραψαν ότι η πιο συχνά υιοθετούμενη ενεργητική στρατηγική ήταν η πνευματικότητα, με τη διάσπαση της προσοχής να ακολουθεί, ενώ η χρήση ουσιών ήταν η λιγότερο χρησιμοποιούμενη.

Επίσης, παρατηρήθηκε ότι οι σύζυγοι και τα παιδιά πρόσφεραν τη μεγαλύτερη υποστήριξη στις γυναίκες, ακολουθούμενη από διάφορους θρησκευτικούς φορείς, την εκκλησία και την κοινότητα.

Πίνακας Αποτελεσμάτων

Συγγραφείς	Δείγμα	Αποτελέσματα
Tabrizetal. (2019)	370 ασθενείς με καρκίνο	Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης ήταν προσαρμοστικές και περιελάμβαναν την προσευχή/πνευματικότητα, θετικές δηλώσεις και απόσπαση προσοχής
n de Graaf et al. (2023)	12 ασθενείς με χρόνια επώδυνη περιφερική νευροπάθεια από χημειοθεραπεία	Διάφορες στρατηγικές, όπως σχεδιασμός, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και αποδοχή, αλλά και εστίαση στα συναισθήματα, αναζήτηση φαρμακευτικής αγωγής, ανάπαυση, συνεδρίες με επαγγελματίες υγείας και άσκηση.
Khalilietal. (2014)	62 γυναίκες με καρκίνο του μαστού	Στροφή προς της θρησκεία (προσευχή/ πνευματικότητα), αποδοχή, αυτοπερισπασμός, προγραμματισμός, ενεργητική αντιμετώπιση, θετική αναπλαισίωση και άρνηση.
Krajewskietal. (2018)	367 ασθενείς με μη μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης	Θετική αυτοομιλία Προσευχή Οι ασθενείς που είχαν αλληλεπίδραση με συντρόφους/φίλους και οικογένεια παρουσίαζαν υψηλότερες βαθμολογίες στις επικοινωνιακές στρατηγικές αντιμετώπισης και χαμηλότερες βαθμολογίες στις καταστροφικές- δυσλειτουργικές
Czerwetal. (2016)	93 ασθενείς με καρκίνο του μαστού	εποίθησε ότι ο έλεγχος του πόνου ήταν στα χέρια των γιατρών. Ο υψηλότερος μέσος όρος βαθμολογίας παρατηρήθηκε στη χρήση θετικών δηλώσεων. Η υποκλίμακα του «μαχητικού πνεύματος» είχε την υψηλότερη βαθμολογία
Ośmiałowskaetal. (2021)	102 ασθενείς με καρκίνο του στομάχου που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική θεραπεία	Όσοι υιοθέτησαν επικοινωνιακές στρατηγικές αντιμετώπισης είχαν υψηλότερες βαθμολογίες ποιότητας ζωής Εκείνοι που βασίζονταν περισσότερο σε καταστροφικές στρατηγικές αντιμετώπισης είχαν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Η επιλογή της στρατηγικής αντιμετώπισης είχε ισχυρότερο αντίκτυπο στις ψυχολογικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής

		Οι επικοδομητικές στρατηγικές είχαν καλύτερη λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς και λιγότερο σοβαρά συμπτώματα που σχετίζονται με τη νόσο και τη θεραπεία της.
Czerwetal., (2016)	38 ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου.	Πίστευαν ότι οι εσωτερικοί παράγοντες έπαιζαν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του πόνου και, γενικά, εμφάνισαν ένα επικοδομητικό στυλ αντιμετώπισης (αν και παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις ανάλογα τον τόπο διαμονής, την επαγγελματική κατάσταση και το εισόδημα).
Czerwetal., (2017)	28 ασθενείς με καρκίνο του προστάτη	Απέδιδαν κατά κύριο λόγο τον έλεγχο του πόνου σε ισχυρούς άλλους, όπως τους επαγγελματίες υγείας. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης ήταν η αυξημένη συμπεριφορική δραστηριότητα, οι θετικές αυτο-δηλώσεις και προτίμηση για επικοδομητικούς τρόπους αντιμετώπισης τόσο των σωματικών όσο και των ψυχολογικών διαστάσεων.
rajewskietal., (2018)	2 άνδρες με μη μυοδιηθητικό ρκίνο της ουροδόχου κύστης	Σχετικά υψηλό επίπεδο αποδοχής της νόσου και ένα κυρίαρχο επικοδομητικό μοτίβο αντιμετώπισης, ιδιαίτερα τη μαχητικότητα. Οι θετικές αυτο-δηλώσεις και η πνευματικότητα/προσευχή ήταν οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες στρατηγικές.
rtson-White et al. (2017)	162 γυναίκες	Πιο συχνή η ενεργή διαχείριση και ο προγραμματισμός, ενώ η χαλάρωση ήταν η πιο κοινή στρατηγική εστιασμένη στο συναίσθημα. Η δυσφορία πόνου διέφερε με βάση την κατάσταση των ασθενών και το ιστορικό υποτροπής.
Religionietal. (2022)	1187 ασθενείς με καρκίνο	Η πνευματικότητα/ προσευχή ήταν η πιο διαφοροποιημένη στρατηγική και πιο στατιστικά σημαντική για τις γυναίκες, α άτομα με χαμηλότερη εκπαίδευση, τα άτομα που διέμεναν σε μικρότερες πόλεις και τα άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα. Η απόσπαση της προσοχής και η επαναξιολόγηση του πόνου επηρεάστηκαν από την εκπαίδευση και το εισόδημα. Η καταστροφολογία ήταν πιο διαδεδομένη στις γυναίκες, ενώ ασθενείς με χαμηλότερη εκπαίδευση συνήθιζαν να αγνοούν

		τον πόνο.
Oliveiraetal. (2021)	23 ασθενείς με καρκίνο	Πνευματικότητα/πίστη χρησιμοποιείται ως στρατηγική τιμετώπισης του πόνου (ιδιαίτερα νευροπαθητικού), μειώνοντας την έντασή Τα υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής γαλήνης μπορεί να αυξήσουν την αντίληψη και την αναγνώριση του πόνου.
Boatema Benson et al. (2020)	202 γυναίκες με καρκίνο του μαστού	Η πιο συχνή ενεργητική στρατηγική ήταν η πνευματικότητα, με τη διάσπαση της προσοχής να ακολουθεί, ενώ η χρήση ουσιών ήταν η λιγότερο χρησιμοποιούμενη. Οι σύζυγοι και τα παιδιά πρόσφεραν τη μεγαλύτερη υποστήριξη στις γυναίκες, ακολουθούμενη από διάφορους θρησκευτικούς φορείς, την εκκλησία και την κοινότητα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο πόνος αποτελεί υποκειμενική εμπειρία που εκδηλώνεται μέσω διαφόρων συμπεριφορών (λεκτικά, εκφράσεις του προσώπου, στάση σώματος και μη λεκτική επικοινωνία) που επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες και συστήματα. Η έκφραση και η ερμηνεία του πόνου διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στις αλληλεπιδράσεις των ασθενών και εξυπηρετούν στην αποτελεσματικότερη αναζήτηση στρατηγικών για την αντιμετώπισή του (Akbari et al., 2020).

Οι ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμπειρία και την αντιμετώπιση του πόνου σε ασθενείς με καρκίνο (που μπορεί να οδηγήσει σε ψυχολογική δυσφορία) οι οποίοι συχνά διστάζουν να το επικοινωνήσουν λόγω διαφόρων εμποδίων, όπως ο φόβος της εξέλιξης της νόσου, οι ανησυχίες για την εμφάνιση επιπλοκών ή η απροθυμία να αναζητήσουν βοήθεια. Πολλές είναι οι μελέτες που έχουν εξετάσει την αποτελεσματικότητα διαφόρων παρεμβάσεων για τον καρκινικό πόνο και περιλαμβάνουν ύπνωση, χαλάρωση, διαλογισμό, γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT), εκπαίδευση αυτοδιαχείρισης και άσκηση (Syrjala et al., 2014).

Η παρούσα βιβλιογραφική μελέτη αποκάλυψε βασικά ευρήματα ερευνών σχετικά με τους μηχανισμούς αντιμετώπισης και τις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από καρκινοπαθείς για τη διαχείριση του πόνου και περιελάμβαναν μια σειρά προσεγγίσεων, όπως προσευχή/πνευματικότητα/στροφή στη θρησκεία, θετικές δηλώσεις, σχεδιασμός διαχείρισης πόνου,

άρνηση, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, λήψη παυσίπονων, άσκηση, αυξημένη συμπεριφορική δραστηριότητα παρά τον πόνο/διανοητική προσαρμογή/υιοθέτηση μαχητικής νοοτροπίας, χρήση τεχνικών χαλάρωσης.

Η πνευματικότητα, η προσευχή και οι θρησκευτικές πρακτικές αναδείχθηκαν ως σημαντικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης για τους ασθενείς με καρκίνο στη διαχείριση του πόνου και, όπως αναφέρεται από τους Tabrizetal. (2019), Khalili et al. (2014), Krajewski et al. (2018), Czerw et al. (2016), Oliveira et al. (2021) και BoatemaaBensonetal. (2020), ο ρόλος της πνευματικότητας και της προσευχής στη διαχείριση του πόνου, την ενίσχυση της εσωτερικής γαλήνης και τη διευκόλυνση της προσαρμογής στην ασθένεια μεταξύ των ασθενών με καρκίνο είναι αξιοσημείωτος. Οι ασθενείς που αφιερώνουν χρόνο σε θρησκευτικές πρακτικές τείνουν να έχουν υψηλότερη αίσθηση ευεξίας και να νιώθουν λιγότερο πόνο γεγονός που υποδηλώνει ότι η πνευματικότητα μπορεί να προσφέρει μια πηγή άνεσης, υποστήριξης και αίσθησης νοήματος για τους ασθενείς, κάτι που θα μπορούσε να συμβάλει σε καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής και μείωση των συμπτωμάτων πόνου (Sytjala et al., 2014). Καθότι οι ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζουν περίπλοκες και ποικίλες προκλήσεις, συμπεριλαμβανομένων των γνωστικών (που μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικούς τρόπους, όπως αισθήματα αγωνίας, άγχους, λύπης ή φόβου, δυσκολία στη διαχείριση του πόνου) είναι έκδηλη η αναζήτηση νοήματος και σκοπού υπό τη σκέπη της πνευματικότητας (Paley et al., 2023).

Στο ίδιο πλαίσιο, οι θετικές δηλώσεις και η αυτοομιλία βρέθηκαν να είναι πολύτιμες στρατηγικές αντιμετώπισης για τη διαχείριση του πόνου καθώς ο αντίκτυπος τους στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, τη διαχείριση του πόνου και τη συνολική λειτουργία μεταξύ των ασθενών με καρκίνο είναι εξαιρετικά αποτελεσματικός όπως βρέθηκε στους Krajewskietal. (2018), Osmialowskaet al. (2021), Gilbertson-White et al. (2017), και Religioni et al. (2022). Η θετική αυτοομιλία ως μηχανισμός αντιμετώπισης μπορεί να είναι μια αποτελεσματική στρατηγική για το άγχος και τις ανησυχίες που σχετίζονται με τη διάγνωση και τη θεραπεία και έχει βρεθεί πως οι ασθενείς ανακουφίζονται με το να καθησυχάσουν τον εαυτό τους ότι όλα θα πάνε καλά και ότι θα ξεπεράσουν τις προκλήσεις τους, διατηρώντας μια θετική νοοτροπία, αποφεύγοντας τον μηρυκασμό ώστε να είναι σε θέση να επικεντρωθούν στη θεραπεία (Saghafi et al., 2023).

Ο προγραμματισμός φάνηκε, επίσης, να αποτελεί μια ενδυναμωτική στρατηγική αντιμετώπισης για τους καρκινοπαθείς ώστε να διαχειριστούν αποτελεσματικά τον πόνο τους. Ο ρόλος του προγραμματισμού στην ενίσχυση της αίσθησης ελέγχου των ασθενών και της ικανότητάς τους να αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις της ασθένειας τονίστηκε κυρίως στις μελέτες των VandeGraafetal. (2023) και Khalilietal. (2014). Η σημασία του σχεδιασμού στη διαχείριση του καρκίνου του πόνου και η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου σχεδίου θεραπείας που ενσωματώνει διαφορετικές

θεραπευτικές στρατηγικές επιτρέπει στους ασθενείς να αντιμετωπίσουν την πολυπλοκότητα του πόνου βάσει των ατομικών τους αναγκών, γι αυτό και είναι ιδιαίτερα μεγάλη (Mestdaghet al., 2023). Η εκπαίδευση των ασθενών είναι επίσης ζωτικής σημασίας για τον σχεδιασμό της θεραπείας του πόνου καθώς τους βοηθάει να ξεπεράσουν εμπόδια όπως το φόβο και την ανησυχία για την εξέλιξη της νόσου και βοηθά να επιλεγθούν οι κατάλληλες προσεγγίσεις για τον εκάστοτε ασθενή (Gress et al., 2020).

Στον αντίποδα με τις στρατηγικές που περιλαμβάνουν δράση, τα ευρήματά δείχνουν ότι μερικές φορές η άρνηση είναι κυρίαρχος μηχανισμός αντιμετώπισης του πόνου μεταξύ των ασθενών με καρκίνο (Khaliliet al., 2014) αν και δε θεωρείται ως μια στρατηγική αυτή καθαυτή, αλλά περισσότερο ως μια αντίδραση των ασθενών. Οι ασθενείς μπορεί να αρνηθούν την ύπαρξη πόνου ή να μην τον αναφέρουν επειδή μπορεί να υιοθετήσουν μια υπομονετική νοοτροπία χωρίς να θέλουν να παραπονεθούν, να θεωρούν ο πόνος είναι αναπόφευκτο μέρος της ασθένειάς τους ή λόγω της ανησυχίας ότι ο πόνος υποδηλώνει εξέλιξη της νόσου. Επομένως, οι ασθενείς μπορεί να φοβούνται ότι ο πόνος είναι σημάδι επιδείνωσης του καρκίνου, με αποτέλεσμα να διστάζουν να το αναφέρουν, αλλά πολλές φορές υπάρχει η ανησυχία ότι τα φάρμακα για τον πόνο μπορεί να αποσπάσουν την προσοχή από τη θεραπεία του καρκίνου ή η πεποίθηση ότι ο πόνος πρέπει να είναι ανεκτός και απαραίτητο μέρος της νόσου. Τέλος, μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν σκεπτικισμό σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων στρατηγικών διαχείρισης του πόνου, με αποτέλεσμα να αποδέχονται τον πόνο ως αναπόφευκτη και αμετάβλητη πτυχή (Neufeldet al., 2017).

Η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, από την άλλη, είτε από θρησκευτικές ομάδες, διάφορες κοινότητες ή άλλα συστήματα υποστήριξης, βρέθηκε ότι είναι καθοριστική ώστε τα άτομα να αντιμετωπίσουν τον πόνο όπως περιγράφεται στις έρευνες των VandeGraafet al. (2023), Khalili et al. (2014), Czerw et al. (2016, 2017), Gilbertson-White et al. (2017) και BoatemaaBensonet al. (2020). Η κοινωνική υποστήριξη, μπορεί να επηρεάσει τον βαθμό στον οποίο ο πόνος επηρεάζει τους ασθενείς κυρίως στα πλαίσια του στρες και πολλές είναι οι μελέτες που έχουν δείξει ότι η συναισθηματική υποστήριξη σχετίζεται με λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε ασθενείς με χρόνια πόνο (Fisher et al., 2021). Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική για ασθενείς με σοβαρό και αναπηρικό χρόνια πόνο ή για ηλικιωμένους ασθενείς και ποικίλοι παράγοντες όπως η σοβαρότητα και η φύση του χρόνιου πόνου ή η ηλικία των ασθενών μπορεί να επηρεάσουν τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης που πολλές φορές εκτός από ανακουφιστική μπορεί να είναι και απαραίτητη για τη λειτουργικότητα των ασθενών στην καθημερινότητά τους (Expósito-Vizcaínoet al., 2020).

Η διαχείριση του πόνου συνήθως περιλαμβάνει τη λήψη αναλγητικών, συμπεριλαμβανομένων των ΜΣΑΦ και οπιοειδών (Lee & Wang, 2015) και η χρήση παυσίπονων ως στρατηγική αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου ήταν εμφανής στην παρούσα μελέτη καθώς τα αναλγητικά μπορούν να προσφέρουν σχεδόν άμεση ανακούφιση από τον πόνο (αν και ορισμένοι ασθενείς ανέφεραν ανεπαρκή ανακούφιση) (Lietal., 2017; VandeGraafetal., 2023). Ωστόσο, μερικοί ασθενείς και οι φροντιστές τους παρουσιάζουν αρνητικές απόψεις για τα οπιοειδή παυσίπονα καθώς τα θεωρούν εξαιρετικά επικίνδυνα και ότι θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε εξάρτηση ή ανεξέλεγκτες παρενέργειες, κατά συνέπεια, αποφεύγουν τη χρήση τους μέχρι ο πόνος να γίνει έντονος και αφόρητος (Rafii etal., 2021). Πρέπει, όμως, σε αυτό το σημείο να τονιστεί πως η φαρμακολογική θεραπεία δεν εγγυάται την αποτελεσματικότητα για όλους τους τύπους πόνου ενώ, η λήψη τους ενέχει πιθανό κίνδυνο δυσμενών σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων γι αυτό και συχνά απαιτούνται πρόσθετα μέτρα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση και διαχείρισή του πόνου.

Η άσκηση είναι ένα από αυτά και φαίνεται πως χρησιμεύει ως μια αποτελεσματική εναλλακτική απόσπασης της προσοχής ή επανεκτίμησης και τα πιθανά οφέλη της άσκησης στη διαχείριση του πόνου και στη βελτίωση της ψυχολογικής ευεξίας υποστηρίζονται από τις μελέτες των VandeGraafetal. (2023), Gilbertson-Whiteetal. (2017), και Religionietal. (2022). Οι ασθενείς που έχουν περισσότερη σωματική δραστηριότητα τείνουν να αισθάνονται λιγότερο πόνο και μελέτες με παρεμβάσεις άσκησης, συμπεριλαμβανομένων των ασκήσεων που βασίζονται στη φυσιοθεραπεία, η προπόνηση με αντιστάσεις, οι αερόβιες ασκήσεις, η γιόγκα, οι πολεμικές τέχνες, ο χορός, το pilates και έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα στη διαχείριση του πόνου στη φροντίδα του καρκίνου (Plinsinga etal., 2023).

Η αυξημένη συμπεριφορική δραστηριότητα και η υιοθέτηση μιας νοοτροπίας μαχητικού πνεύματος βρέθηκε ότι διαδραματίζουν το δικό τους κρίσιμο ρόλο καθώς μια τέτοια προσέγγιση συμβάλλει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση και προσαρμογή στον πόνο και την ασθένεια, όπως συμπεραίνεται από τις έρευνες των Lietal. (2017), Tabriz et al. (2019), Khalili et al. (2014), Czerw et al. (2016) και Czerw et al. (2017). Οι ασθενείς με καρκίνο που βιώνουν πόνο συχνά επιλέγουν την ενασχόληση με αυξημένη συμπεριφορική δραστηριότητα και την ενεργή αντιμετώπιση του πόνου, στρατηγικές που φαίνεται να είναι ωφέλιμες καθώς επιτρέπουν στα άτομα να ελέγχουν αποτελεσματικά και να επηρεάζουν θετικά την αντίληψή τους για την ένταση του πόνου (Polański etal., 2019).

Τέλος, οι τεχνικές χαλάρωσης, όπως η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, ο καθοδηγούμενος οραματισμός και η μείωση του στρες που βασίζεται στην ενσυνειδητότητα, προσδιορίστηκαν ως πολύτιμες στρατηγικές διαχείρισης του καρκινικού πόνου και έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές και

για τη βελτίωση της ψυχικής ευεξίας, όπως υποστηρίζεται από τους Jensen et al. (2014), Lai et al. (2016), Zeng et al. (2021) και Matousek et al. (2018). Ο θετικός αντίκτυπος αυτών των πρακτικών επιδρά στον πόνο κυρίως μέσω μείωσης του άγχους μέσω τυποποιημένων διαδικασιών με παράλληλες θετικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία, την ποιότητα ζωής και την αϋπνία σε ασθενείς με καρκίνο ενώ μειώνει τις συναισθηματικές αντιδράσεις στο στρες και μεταβάλλει την αντίληψη του πόνου (Danon et al., 2022). Ο συνδυασμός προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης και διαδραστικού καθοδηγούμενου οραματισμού/διαλογισμού είναι αποτελεσματικός στην ανακούφιση του πόνου που σχετίζεται με τον καρκίνο και είναι μια μέθοδος συμπληρωματικής θεραπείας με θετικό αντίκτυπο στις αποκρίσεις του ανοσοποιητικού συστήματος κατά τη διάρκεια περιόδων στρες όπως χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και χειρουργική επέμβαση (Lopes-Júnior et al., 2020). Καθώς η ενσυνειδητότητα εστιάζει στη μη επικριτική παρακολούθηση των παρόντων εμπειριών και διδάσκει την αποδοχή και το άνοιγμα προς τις σωματικές αισθήσεις και τη συναισθηματική δυσφορία, φαίνεται να έχει θετική επίδραση σε ασθενείς με καρκίνο και μπορεί να μειώσει σημαντικά την ένταση του πόνου (συμπεριλαμβανομένου του νευροπαθητικού), καθώς και την αξιολόγησή του (Johannsen et al., 2016).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ολοκληρώνοντας την παρούσα εργασία, αναδεικνύονται οι αυξημένες ανάγκες των ασθενών με καρκίνο και η αναγκαιότητα προσαρμογής των υπηρεσιών υγείας για την πληρέστερη δυνατή ανταπόκριση και κάλυψή τους.

Ο πόνος που σχετίζεται με τον καρκίνο αντιπροσωπεύει μια πολύπλοκη πτυχή της νόσου, η οποία εξακολουθεί να ερευνάται. Η ακριβής περιγραφή του πόνου από τον ασθενή είναι ζωτικής σημασίας, καθώς αυτή καθορίζει την κατάλληλη θεραπεία που θα ακολουθηθεί. Η αξιολόγηση του πόνου θεωρείται κρίσιμη για την ανάπτυξη του θεραπευτικού πρωτοκόλλου, καθώς οι επαγγελματίες υγείας προτείνουν και εφαρμόζουν θεραπευτικές προσεγγίσεις ανάλογα με τη μορφή και την ένταση του πόνου.

Μια κρίσιμη πτυχή είναι η διατήρηση της συναισθηματικής ευεξίας των ασθενών εν μέσω των δύσκολων συνθηκών που αντιμετωπίζουν λόγω της σοβαρής σωματικής κατάστασης. Επιπλέον, είναι ζωτικής σημασίας να διασφαλιστεί η διατήρηση της αίσθησης του εαυτού. Τέλος, όπως προκύπτει από την παρούσα εργασία, ο καρκίνος αποτελεί μια πάθηση με ποικίλες ψυχολογικές επιπτώσεις, που επηρεάζουν τόσο τον ασθενή όσο και την οικογένειά του. Έχουν παρατηρηθεί προκλήσεις όσον αφορά στη συναισθηματική κατάσταση των ατόμων με καρκίνο και τις

διαφοροποιήσεις στις στρατηγικές αντιμετώπισης που επιλέγουν να χρησιμοποιήσουν σε διάφορες φάσεις της νόσου, με σκοπό να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί η σημασία της χρήσης αποτελεσματικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων, προκειμένου ο ασθενής να πετύχει την καλύτερη δυνατή προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα. Είναι σημαντικό να παρέχεται συνεχής υποστήριξη στους ασθενείς από τη στιγμή της διάγνωσης, προκειμένου να μπορούν να επεξεργάζονται αποτελεσματικά όλες τις αλλαγές που υφίστανται σε ποικίλους τομείς της ζωής τους.

Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη αναγνωρίζεται ως σημαντικός παράγοντας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, δίνοντας τους την ευκαιρία να προσθέσουν νόημα στην εμπειρία.

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας ανασκόπησης προκύπτει το συμπέρασμα ότι στη μάχη για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου μια πολυδιάστατη προσέγγιση κρίνεται σημαντική και είναι περισσότερο αποτελεσματική. Στρατηγικές όπως η προσευχή, η θετική αυτοομιλία, ο προγραμματισμός, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, η λήψη παυσίπονων όταν είναι απαραίτητο, η άσκηση, η υιοθέτηση μαχητικής νοοτροπίας και η χρήση τεχνικών χαλάρωσης, παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του πόνου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της ενσωμάτωσης διαφόρων προσεγγίσεων και παρεμβάσεων στη διαχείριση του πόνου, με γνώμονα πάντα την ατομικότητα του κάθε ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμικά Μ., κ.α. (2011). Άγχος, Κατάθλιψη και Ψυχοκοινωνική Στήριξη Ασθενών με Καρκίνο του Λάρυγγα. Νοσηλευτική, 50(4): 421–429
- Αθανάτου, Ε.,Κ. (2002). «Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική». ΣΤ΄. Αθήνα
- Βιβιλάκη Β. (2016) Πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα: Η μαία στην ΠΦΥ. Εκδόσεις Broken Hill Πασχαλίδης, Αθήνα, 787–803.
- Δικαίος Δ. (2006). Κατάθλιψη. Συναισθηματικές Διαταραχές, εκδόσεις Βήτα, 1: 293.
- Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, Επικαιρότητα. (2022). Καταπολεμώντας τον καρκίνο στηνΕΕ: στατιστικά και δράσεις
- Κάβουρα Μ, Γείτονα Μ, Βανδώρου Χ & Κυριόπουλος Γ (2003). Ποιότητα ζωής. Εκδ. Janssen– Cilag, Αθήνα
- Καραπούλιος, Κ. κ.α. (2013). Ψυχολογική Παρέμβαση σε ασθενείς με καρκίνο. Ελληνική Επειγόντων περιστατικών, 5(2): 123-135
- Κονταξάκης, Β. και Κωνσταντακόπουλος, Γ. (2015) Από το DSM-I στο DSM-5. ΕλληνικήΨυχιατρικήΕταιρεία, 26(1), 13 [Online] Available from http://www.psych.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=792&Itemid=133&language=el
- Κυριόπουλος, Σ. (2017). Η οικονομική επιβάρυνση του καρκίνου. Επιστημονική Επετηρίδα Υγείας & Περιβάλλοντος, 10(1): 17-25
- Κωνσταντινίδης, Θ. & Φιλαληθής Ι. (2014). Αναγκών και αιπιτήσεις των ασθενών με καρκίνο: Το ρόλο της κοινωνικής εργασίας στην παροχή υποστήριξης, 397-408
- Μηνασίδου Ε. & λεμονίδου Χ. (2005). Ποιότητα ζωής Ατόμων με Χρόνια Νοσήματα και η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών», 44(2): 202-211
- Μουσσάς Ι. Γ. κ.α.(2008). Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα στους ασθενείς
ενικούννοσοκομείου με καρκίνο. Ψυχιατρική, 19: 124–144.
- Μπριασούλης, Ε. (2007). «Κυτταρική απόπτωση στην καρκινογένεση και τη θεραπεία»
- Μυστακίδου Κ (2005). Ανακουφιστική Παρηγορητική Αγωγή Σε Μυστακίδου Κ Ολιστική ΑγωγήΑσθενών με Χρόνιες και Καταληκτικές Παθήσεις, Gerolymatos , 14-32.

- Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. (1999) Η ανακουφιστική φροντίδα στην Ελλάδα. Ένα ανοιχτό νοσηλευτικό ερώτημα. Ογκολογική ενημέρωση, 1(3): 192-195
- Πολυκανδριώτη Μ., κ.α. (2010). Ανάγκες Ασθενών με Καρκίνο, Νοσηλευτική, 49(3): 236-245
- Ποντισίδης, Γ Μπελλάλη, Θ. «Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων». Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης 8 (4): 8. 2015
- Ρηγάτος Α. Γ. (2008). Μετά το πρώτο σοκ, πέντε στάδια ως την αποδοχή. Πηγή: εφημερίδα «Τα Νέα», περιοδικό «Υγεία».
- Σπυρόπουλος, Β. (2015). Το σύγχρονο νοσοκομείο. Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις..
- Στεφανίδου Σ. & Γερογιάννη Γ. (2012). Η ανάγκη της πληροφόρησης νοσηλευόμενων ασθενών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 1: 15-23
- Τζούνης, Ε., κ.α.. (2009). Πνευματικότητα και Θρησκευτικότητα: Μια ποιοτική ανάλυση σε γενικό πληθυσμό της Θεσσαλίας. Interscientific Health Care, 1(2): 67-76
- Τριποδιανάκης Ι. – Σαραντίδης Δ.(2009) . Αυτοκτονικότητα , εκδόσεις Βήτα.
- Υφαντόπουλος, Ν., & Σαρρής, Β. (2001). Ποιότητα ζωής και υγεία. Αθήνα: Gutenberg
- Χαβάκη & Κονταξάκη Μ. (2006) ,Αυτοκαταστροφική και Βίαιη Συμπεριφορά. Ιστορία και Θεωρία Δικαίου, εκδόσεις Βήτα

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Akbari, F., Dehghani, M., Mohammadi, S., Goubert, L., & Sanderman, R. (2020). Why do patients engage in pain behaviors? A qualitative study examining the perspective of patients and partners. *The Clinical Journal of Pain*, 36(10), 750-756.
- Akechi T. et al. (2004). Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer, 100: 183-191
- Balboni, T., et al. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5): 555-560.
- Bibault, J. et al. (2020). Deep learning prediction of cancer prevalence from satellite imagery. *Cancers*, 12(12): 38-44.
- Boffetta, P., & Hashibe, M. (2006). Alcohol and cancer. *The Lancet. Oncology*, 7(2), 149–156

- Bradley CJ et al (2018). Cancer Survivorship and employment: Intersection of Oral Agents, Changing Workforce Dynamics and Employers' Perspectives, 110(12): 1292-1299
- Breitbart, W. (2001). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality and meaning- centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, 10(4), 272-280
- Camidge R D, et al (2007). Hospital admissions and deaths relating to deliberate self-harm and accidents within 5 years of a cancer diagnosis: a national study in Scotland, UK *Br J Cancer*; 96(5):752–757
- Chan C.M.H. Ng C.G. Taib N.A. Wee L.H.Krupat E.& Meyer F. (2018). Course and predictors of post-traumatic stress disorder in a cohort of psychologically distressed patients with cancer: A 4-year follow-up study. *Cancer*, 124(2), 406-416.
- Corner, J., & Bailey, C. (2009). «Νοσηλευτική Ογκολογία- Το πλαίσιο φροντίδας». Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Cluxton, C. (2019). The Challenge of Cancer Pain Assessment. *Ulster Med J.*, 90(1): 43-46.
- Cross-Sectional Survey of Medical Staff in China. *J Pain Research*, 159-169.
- Czerw, A. I., Religioni, U., Deptała, A., & Walewska-Zielecka, B. (2016).Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer, and coping strategies in colorectal cancer patients. *Gastroenterology Review*, 2, 96–103.
- Czerw, A., Religioni, U., & Deptała, A. (2016).Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer*, 23, 654-661.
- Czerw, A., Religioni, U., Deptała, A., & Fronczak, A. (2017).Pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in prostate cancer patients. *Archives of Medical Science*, 13(6), 1459-1466.
- Danon, N., Al-Gobari, M., Burnand, B., & Rodondi, P. Y. (2022). Are mind–body therapies effective for relieving cancer-related pain in adults? A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 31(3), 345-371.
- Deng, G. (2019). Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients .
- Doll, R. & peto, R. (1981). The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *Journal of the National Cancer Institute*, 66(6): 1191-1308

- Expósito-Vizcaíno, S., Sánchez-Rodríguez, E., & Miró, J. (2020). The role of physical, cognitive and social factors in pain interference with activities of daily living among individuals with chronic cancer pain. *European Journal of Cancer Care*, 29(2), e13203.
- Fisher, H. M., Winger, J. G., Miller, S. N., Wright, A. N., Plumb Vilardaga, J. C., Majestic, C., ... & Somers, T. J. (2021). Relationship between social support, physical symptoms, and depression in women with breast cancer and pain. *Supportive Care in Cancer*, 29, 5513-5521.
- Freudenheim J. L. (2020). Alcohol's Effects on Breast Cancer in Women. *Alcoholresearch : current reviews*, 40(2): 11.
- Gatchel RJ. & Oordt MS (2003). *Clinical Health Psychology and primary Care: Practical Advice and Clinical Guidance for Successful Collaboration*. Washington, DC: American Psychological Association
- Gilbertson-White, S., Campbell, G., Ward, S., Sherwood, P., & Donovan, H. (2017). Coping With Pain Severity, Distress, and Consequences in Women With Ovarian Cancer. *Cancer Nursing*, 40(2), 117–123.
- Gordon, T. & Mitchell, D. (2004). A competency model for the assessment and delivery of spiritual care. *Palliative Medicine*. 18(7): 646-651.
- Grant MM & Sun V (2010) Advances in quality of life at the end of life. *Seminars in Oncology Nursing* , 26(1): 26-35
- Gotay, C. C., et al (2019). Cancer survivorship research in Europe and the United States: Where have we been, where are we going, and what can we learn from each other ? *Cancer*, 125(20): 3514-3522
- Gress, K. L., Charipova, K., Kaye, A. D., Viswanath, O., & Urits, I. (2020). An overview of current recommendations and options for the management of cancer pain: a comprehensive review. *Oncology and therapy*, 8(2), 251-259.
- GulbeyazCan, O. E. (2011). Non-pharmacological interventions used by cancer patients during chemotherapy in Turkey. *Eur J Oncol Nurs*, 15(2): 178-184.
- Hanahan, D., & Weinberg, R.A. (2000). The hallmarks of cancers, 100(1): 57-70
- Hansen DG et al (2013). Association between unmet needs and quality of life of cancer patients: A population-based study, *Acta Oncol*, 52: 391-399
- Hinz, A. et al (2016). Assessment of depression severity with the PHQ-9 in cancer patients and in the general population. *BMC Psychiatry*, 16(1): 22
- Howard R et al. (2009). Suicide after childhood cancer. *J Clin Oncol*, 25: 731

- Howsepian, B. & Merluzzi, T.,(2009). Religious Beliefs, social support, self-efficacy and adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 18: 1069-1079.
- Irigaray, P. et al (2007). Lifestyle-related factors and environmental agents causing cancer: an overview. *Biomedicine & pharmacotherapy = Biomedecine & pharmacotherapie* , 61(10): 640–658.
- Johannsen, M., O'Connor, M., O'Toole, M. S., Jensen, A. B., Højris, I., & Zachariae, R. (2016). *Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Late Post-Treatment Pain in Women Treated for Primary Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. Journal of Clinical Oncology*, 34(28), 3390–3399.
- Khalili, N., Farajzadegan, Z., Mokarian, F., & Bahrami, F. (2014). Coping strategies, quality of life and pain in women with breast cancer. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 18(2), 105-111.
- Konstantinidis, T. et al (2019). Needs assessments can identify gaps in health care access and inform service expansion: lessons from Detroit. *The American Journal of Managed Care*, 25(7): 322-325
- Koumarianoy, A., et al (2015). Anxiety and depressive symptoms in cancer patients: the role of rumination. *Anticancer Research*, 35(8) : 4871-4875
- Krajewski, W., Mazur, M., Poterek, A., Pastuszak, A., Halska, U., Tukiendorf, A., ...& Zdrojowy, R. (2018). Assessment of pain management, acceptance of illness, and adjustment to life with cancer in patients with nonmuscle invasive bladder cancer. *BioMed research international*, 2018.
- Krajewski, W., Mazur, M., Poterek, A., Pastuszak, A., Halska, U., Tukiendorf, A., Rymaszewska, J., & Zdrojowy, R. (2018). Assessment of Pain Management, Acceptance of Illness, and Adjustment to Life with Cancer in Patients with Nonmuscle Invasive Bladder Cancer. *BioMed research international*, 2018, 7598632.
- Krokavcova M et al (2008). Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Education and Counseling*, 73(1): 159-165
- Larsson IM, et al (2017). The Post-mastectomy Pain Syndrome-A Systematic Review of the Treatment Modalities, 23(3): 338–343.
- Leano, A. et al (2019). Are we missing PTSD in our patients with cancer? Part I. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 29(2): 141.
- Lee, S. Y. C., & Wang, C. H. (2015). Undertreatment of cancer pain. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica*, 53(2), 58-61.

- Lemone P, & Burke K (2004). «Medical-surgical Nursing: critical thinking in client care", 3rd edition, Pearson education Inc, επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Ηρώ Παναγιωτάκη- Μπροκαλάκη, εκδ. Λαγός.
- Lemone, P. & Burke, K. (2006). Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική. Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς. Τόμος Α. Λαγός.
- Li, X. M., Xiao, W. H., Yang, P., & Zhao, H. X. (2017). Psychological distress and cancer pain: Results from a controlled cross-sectional survey in China. *Scientific reports*, 7(1), 39397.
- Linden, Q. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender and age. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3): 343-351
- Lopes-Júnior, L. C., Rosa, G. S., Pessanha, R. M., Schuab, S. I. P. D. C., Nunes, K. Z., & Amorim, M. H. C. (2020). Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: A systematic review. *Revista latino-americana de enfermagem*, 28, e3377.
- Luengo Fernandez R. et al (2013). Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *The Lancet Oncology*, 14(2): 1165-1174
- MacPherson RD (2000). The pharmacological basis of contemporary pain management. *Pharmacol Ther*; 88; 163–185
- Mercadante, S. (2019). The Patient with Difficult Cancer Pain. *Cancers*, 11(4), 565
- Mestdagh, F., Steyaert, A., & Lavand'homme, P. (2023). Cancer pain management: a narrative review of current concepts, strategies, and techniques. *Current Oncology*, 30(7), 6838-6858.
- National Cancer Institute. (2023). Cancer Types.
- National Cancer Institute. (2015). Cancer Causes and Prevention.
- Neufeld, N. J., Elnahal, S. M., & Alvarez, R. H. (2017). Cancer pain: a review of epidemiology, clinical quality and value impact. *Future Oncology*, 13(9), 833–841.
- Nikendei, C. Et al (2017). Emotional attitudes of oncologists towards palliative sedation at the end of life. *BMC Palliative care*, 16(1): 55
- Oliveira, S. S. W., Vasconcelos, R. S., Amaral, V. R. S., Sousa, H. F. P. E., Dinis, M. A. P., Vidal, D. G., & Sá, K. N. (2021, December). Spirituality in coping with pain in cancer patients: a cross-sectional study. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 12, p. 1671). MDPI
- Osborn, K., et al. (2012). Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική. Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική. Τόμος 2. Πασχαλίδης.

- Ośmiałowska, E., Misiąg, W., Chabowski, M., & Jankowska-Polańska, B. (2021). Coping strategies, pain, and quality of life in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Medicine*, 10(19), 4469.
- Paley, C. A., Boland, J. W., Santarelli, M., Murtagh, F. E., Ziegler, L., & Chapman, E. J. (2023). Non-pharmacological interventions to manage psychological distress in patients living with cancer: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 22(1), 88.
- PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board.(2022). Patient Version.In PDQ Cancer Information Summaries. National Cancer Institute
- Peteet, J. & Balboni, M. (2013). Spirituality and religion in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinician*, 63(4), 280-289.
- Plinsinga, M. L., Singh, B., Rose, G. L., Clifford, B., Bailey, T. G., Spence, R. R., ...& Hayes, S. C. (2023). The effect of exercise on pain in people with cancer: a systematic review with meta-analysis. *Sports Medicine*, 53(9), 1737-1752.
- Polanski, J., et al (2016). Quality of Life of Patients with Lung Cancer. *Onco Targets and Therapy*, 9: 1023–1028
- Polanski, J., et al (2016). Psycho-social factors associated with the impact of cancer in 4 week and 1 year survivors of haematological cancers. *Psychology*, 25: 29-29
- Polański, J., Jankowska-Polańska, B., Mazur, G., & Chabowski, M. (2019). *Strategies of Coping with Pain: Differences Associated with the Histological Type of Lung Cancer. Pulmonology*, 43–53.
- Rafii, F., Taleghani, F., & Khatooni, M. (2021). Barriers to Effective Cancer Pain Management in Home Setting: A Qualitative Study. *Pain Management Nursing*, 22(4), 531–538
- Rani, V. et al (2017). Depression in cancer patients undergoing chemotherapy in a tertiary care hospital in rural India. *Journal of cancer research and Therapeutics* , 13(3): 458-462 Review. *Indian J Palliat Care* (1): 105–115.
- Religioni, U., Czerw, A., Sygit, K., Zdziarski, K., Partyka, O., Pajewska, M., ...& Banaś, T. (2022). Pain management strategies among cancer patients. Normalization of the CSQ (The Pain Coping Strategies Questionnaire) form. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 1013.
- Revincki, D.A. et al (2000). Health related quality of life outcomes of adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 62(2): 141-150

- Richardson A et al (2007). Patients'needs assessment in cancer care: A review of assessment tools. *Support Care Cancer*, 15: 1125-1144
- Rivera I, et al (2014). Efficacy of sublingual fentanyl vs. oral morphine for cancer-related break- through pain, 31(1): 107–117.
- Robson A., et al (2010). The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psycho-Oncology*, 19: 1250–1258.
- Saghafi, E., Andås, C. A., Bernson, J., & Kjeller, G. (2023). Patients' experiences of adverse symptoms, emotions, and coping strategies in connection to treatment of head and neck cancer-an interview study. *BMC Oral Health*, 23(1), 641.
- Sansor Fisher et al (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Supportive Care Review Group Cancer*, 88: 226-237
- Sarkar, S. et al (2015). Fear of cancer recurrence and its impact on quality of life in patients with hematologic cancers in the year after diagnosis, 121 (15): 2844-2855
- Satin, J. R. et al (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer*, 115(22): 5349-5361
- Shkodra, A. C. (2019). Cancer Pain Assessment and Classification. *Cancers*, 11(4): 510.
- Smith, B. S. (2018). Optimal Pain Management for Patients with Cancer in the Modern Era. *CA Cancer J Clin* ,68(3): 182-196.
- Smith, H. R (2015). Depression in cancer patients: pathogenesis, implications and treatment. *Oncology letters*, 9(4): 1509-1514
- Sung, H., et al (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3): 209-249.
- Syrjala, K. L., Jensen, M. P., Mendoza, M. E., Yi, J. C., Fisher, H. M., & Keefe, F. J. (2014). Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*, 32(16), 1703-1711.
- Syrjala, K. L., Jensen, M. P., Mendoza, M. E., Yi, J. C., Fisher, H. M., & Keefe, F. J. (2014). Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*, 32(16), 1703-1711.

- Tabriz, E. R., Mohammadi, R., Roshandel, G. R., & Talebi, R. (2019). Pain beliefs and perceptions and their relationship with coping strategies, stress, anxiety, and depression in patients with cancer. *Indian journal of palliative care*, 25(1), 61.
- Taghizadeh, A., et al (2018). Psychological distress in cancer patients. *Middle East Journal of Cancer*, 9(2): 143-149.
- Trouvin A-P et al (2017). Efficacy of Venlafaxine in Neuropathic Pain: A Narrative Review of Optimized Treatment, 39(6): 1104–1122.
- Van de Graaf, D. L., Mols, F., Smeets, T., Trompetter, H. R., & van der Lee, M. L. (2023). Coping with and self-management of chronic painful chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a qualitative study among cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 1-11.
- Ver Beek, K. (2000). Spirituality: a development taboo. *Development in Practice*, 10(1), 21-43
- Walker J., et al. (2008). Better Off Dead: Suicidal Thoughts in Cancer Patients, 26: 4725-4730.
- Wang, T., et al (2018). Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. *BMC palliative care*, 17(1): 1-29.
- Whitman, S. (2007). Pain and suffering as viewed by the Hindu religion. *The Journal of Pain*. 8(8): 607- 613.
- Willet Q. (1995). Diet, nutrition and avoidable cancer. *Environmental Health Perspectives* , 103(8): 165- 170
- Zinnbauer, B., et al (1997). Religion and Spirituality: Unfuzzifying the Fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36(4): 549-564.

Πηγές από το Διαδίκτυο

- Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. (2021).
Καρκίνος. Ανάκτηση από: <https://eody.gov.gr/disease/karkinos>.
- CYPRUS PAIN CLINIC. (2022). KAPKINIKOS ΠΟΝΟΣ. Ανάκτηση
από: <https://painclinic.com.cy/2021/06/14/karkinikos-ponos/>
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
(DSM-5-TR). Ανάκτηση από:
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

- Elizabeth A. et al (2013). A systematic review of psychosocial interventions to improve quality of life of people with cancer and their family caregivers, 22(6): 1200-1207. Ανάκτηση από: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22729992/> "
- Khatri, M. (2021). Pain Management: Cancer Pain. Ανάκτηση από :<https://www.webmd.com/cancer/pain-management-cancer-pain>
- Mattiuzzi, C. & Lippi, G. (2019) Current Cancer Epidemiology. Journal of Epidemiology and Global Health, 9, 217-222. Ανάκτηση από: <https://doi.org/10.2991/jeqh.k.191008.001>
- MD ANDERSON CANCER CENTER.(2022). Cancer pain managment.Ανάκτηση από: , από The univesity of Texas MD Anderson cancer center: <https://www.mdanderson.org/patients-family/diagnosistreatment/emotional-physical-effects/cancer-pain-management.html>
- Siegel, R.L., et al. (2019) Cancer Statistics, 2019. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 69, 7-34. Ανάκτηση από: <https://doi.org/10.3322/caac.21551>
- Yousaf U., et al. (2005). Suicides among Danish cancer patients 1971–1999. British Journal of Cancer 92(6), 995 – 1000.Ανάκτηση από: (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2361949/>)
- Yu Z, L. W. (2021). Knowledge, Practices, and Perceived Barriers in Cancer Pain Management at Oncology Units: A Cross-Sectional Survey of Medical Staff in China. J Pain Research, 159-169. DOI Ανάκτηση από: <https://doi.org/10.2147/JPR.S339377>
- World Health Orgazination.(2016). International Agency for Research on Cancer.Ανάκτηση από: <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/el/12-ways/second-hand-smoke/5427-3?fbclid=IwAR2BUKZXOPVs9zRRYrInLo4yWPhn-ZkcIvNy0A5FMGKFGwSGJkjrg5y2HyM>.
- World Health Orgazination.(2023). Depressive Disorde.Ανάκτηση από: . <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>