



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα:

**«ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΕ
ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ»**

Των φοιτητριών:

Στέφου Μαρίνα (ΥΝ6996)

Φωτοπούλου Αφροδίτη (ΥΝ6920)

**Επιβλέπων καθηγητής:
Κωνσταντινίδης Θεοχάρης
Επίκουρος καθηγητής**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση της παρούσης πτυχιακής επιτεύχθηκε με τη συμβολή σημαντικών ανθρώπων, χωρίς την βοήθεια των οποίων το αποτέλεσμα θα ήταν ελλιπές στην προσπάθεια παρουσίασης του θέματος από μια διαφορετική οπτική.

Αρχικά θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη, για την ορθή, εμπειριστατωμένη και πλήρως επικοινωνιακή καθοδήγηση του.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους εκπαιδευτικούς του τμήματος Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου για την κατανόηση τους σε όλη την διάρκεια των σπουδών μας και τις αξιόλογες εκπαιδευτικές γνώσεις που μας προσέφεραν αλλά και τον Διευθυντή του Ογκολογικού Τμήματος του Βενιζελείου Νοσοκομείου κ. Ανδρουλάκη Νικόλαο, για την βοήθεια και την καλή του διάθεση να μας εξυπηρετήσει σε ότι χρειαζόμασταν.

Αναμφίβολα ευχαριστούμε πολύ τις οικογένειες μας και όλους τους δικούς μας ανθρώπους, που μας στήριξαν και κυρίως πίστεψαν σε εμάς. Η πίστη, η στήριξη και η αγάπη τους λειτούργησαν ενθαρρυντικά.

Περιεχόμενα

Περίληψη	5	
Abstract	6	
Πρόλογος	7	
Κεφάλαιο Πρώτο: Βασικές γνώσεις για τον καρκίνο και την ογκολογική φροντίδα		
1.1	Εισαγωγή για τον καρκίνο	8
1.2	Συμπαγείς καρκίνοι	10
1.2.1	Καρκίνος του πνεύμονα	10
1.2.2	Καρκίνος του μαστού	11
1.2.3	Καρκίνος του παχέος εντέρου	12
1.3	Αιματολογικοί καρκίνοι	13
1.3.1	Λευχαιμία	14
1.3.2	Λεμφώματα	15
1.3.3	Πολλαπλό μύελωμα	16
Κεφάλαιο Δεύτερο: Κλασσική – Παραδοσιακή θεραπευτική προσέγγιση στον καρκίνο		
2.1	Εισαγωγή	18
2.2	Χειρουργική θεραπεία και ο ρόλος του νοσηλευτή	18
2.3	Ακτινοθεραπεία και ο ρόλος του νοσηλευτή	21
2.4	Χημειοθεραπεία και ο ρόλος του νοσηλευτή	24
Κεφάλαιο Τρίτο: Συμπληρωματικές – Εναλλακτικές Θεραπείες		
3.1	Ορίζοντας το πλαίσιο των συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών (ΣΕΘ)	28
3.2	Θεραπευτικές πρακτικές που αφορούν σε συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες (ΣΕΘ)	28
3.2.1	Αρωματοθεραπεία	29
3.2.2	Βελονισμός	31
3.2.3	Ομοιοπαθητική	32
3.2.4	Ρεφλεξολογία	33
3.2.5	Μουσικοθεραπεία	33
3.2.6	Βοτανοθεραπεία – Φυτοθεραπεία	34
3.2.7	Γιόγκα	35
3.2.8	Χειροπρακτική	36
3.2.9	Προοδευτική μυϊκή χαλάρωση	36
3.2.10	Συμπληρώματα διατροφής	36
3.2.11	Κατευθυντήριος οραματισμός	37
3.3	Χαρακτηριστικά χρηστών συμπληρωματικών – εναλλακτικών θεραπειών (ΣΕΘ)	37
3.4	Ο ρόλος του νοσηλευτή στις συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες (ΣΕΘ)	37

Κεφάλαιο Τέταρτο: Μεθοδολογία της Έρευνας

4.1	Σκοπός και στόχοι της έρευνας	39
4.2	Χώρος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας	39
4.3	Δείγμα της έρευνας	39
4.4	Τρόπος συλλογής δεδομένων – ερευνητικό εργαλείο	39
4.5	Δεοντολογία της έρευνας	39
4.6	Στατιστική ανάλυση	40

Κεφάλαιο Πέμπτο: Αποτελέσματα Έρευνας

5.1	Αποτελέσματα	41
-----	--------------	----

Κεφάλαιο Έκτο: Συζήτηση

6.1	Συζήτηση	55
6.2	Περιορισμοί της έρευνας	58

Κεφάλαιο Έβδομο: Συμπεράσματα

7.1	Συμπέρασμα	60
7.2	Προτάσεις για έρευνα	60

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

A.	Βιβλιογραφία	62
B.	Άδεια διεξαγωγής έρευνας	70
Γ.	Δείγμα ερωτηματολογίου	71

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος αποτελεί ένα πολύ διαδεδομένο πρόβλημα υγείας στις μέρες μας. Κάποιοι τύποι καρκίνου μπορούν να προληφθούν, ενώ άλλοι έχουν περισσότερες πιθανότητες θεραπείας εάν διαγνωστούν εγκαίρως.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της χρήσης των συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών σε ογκολογικούς ασθενείς.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 110 ογκολογικούς ασθενείς στο τμήμα ημερήσιας νοσηλείας του Βενιζελείου Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης, κατά την περίοδο Ιούνιο-Αύγουστο 2020. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω της συμπλήρωσης ανώνυμων ερωτηματολογίων και αφορά στο σύνολο των ογκολογικών ασθενών της προαναφερόμενης κλινικής.

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος IBM SPSS 26.0.

Αποτελέσματα: Το 56,4% των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γυναίκες εκ των οποίων το 35,5% έχει διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού. Η πλειοψηφία του συνόλου των ασθενών έχει ηλικία 59+ ετών (74,5%) και το 27,3% έχει αποφοιτήσει από το Δημοτικό ή δεν έχει καμία εκπαίδευση. Όσον αφορά τις συμπληρωματικές θεραπείες το 7,3% δήλωσε ότι έχει ενημερωθεί για τη χρήση τους από φίλους ή/και οικογένεια. Μόλις 3 ασθενείς στους 110 (2,7%) δήλωσαν ότι έχουν κάνει χρήση των προαναφερθέντων θεραπειών στο παρελθόν λόγω κάποιου προβλήματος υγείας, και μόλις 7 ασθενείς (6,4%) έχουν κάνει χρήση εναλλακτικών θεραπειών. Τέλος, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (89,1%) δήλωσε ότι δεν υπάρχει ενημέρωση στο νοσοκομείο σχετικά με τα πλεονεκτήματα αλλά και τους πιθανούς κινδύνους από τη χρήση συμπληρωματικών ή εναλλακτικών θεραπειών, παρόλο που το 70% επιθυμεί να μάθει περισσότερα για αυτές.

Συμπεράσματα: Η χρήση ΣΕΘ στον συγκεκριμένο πληθυσμό ογκολογικών ασθενών ήταν περιορισμένη. Από την ποικιλία των ΣΕΘ που μπορούν να εφαρμοστούν στην καθημερινή κλινική πρακτική, οι ασθενείς αναγνώριζαν και χρησιμοποιούσαν συχνότερα τον βελονισμό, την αρωματοθεραπεία και την ομοιοπαθητική, η χρήση των οποίων δεν είχε παρενέργειες. Τέλος, δεν υπήρξε ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των ΣΕΘ από τους επαγγελματίες υγείας.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος, συμπληρωματικές θεραπείες, εναλλακτικές θεραπείες.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a very common health problem nowadays. Some types of cancer can be prevented, while others are more likely to be cured if diagnosed early.

Objective: The objective of the present study is to investigate the use of complementary and alternative therapies on oncology patients.

Materials and methods: The research sample consists of 110 oncology patients in the day care department of the Venizelio Hospital of Heraklion, Crete, during the period from June to August 2020. The data collection was carried out through the completion of anonymous questionnaires and concerns all oncology patients of the aforementioned clinic. The analysis of the collected research data was done using the IBM SPSS 26.0 program.

Results: Results showed that 56.4% of the studied patients were women, of whom 35.5% have been diagnosed with breast cancer. The majority of the patients are 59+ years old (74.5%) and 27.3% have graduated from primary school or have no education. Regarding the complementary therapies, 7.3% stated that they have been informed about their use by friends and / or family. Only 3 patients in 110 (2.7%) reported having used the above treatments in the past due to a health problem, and only 7 patients (6.4%) have used alternative therapies. Finally, the majority of respondents (89.1%) stated that there is no information at the hospital about the benefits and potential risks of using complementary or alternative therapies, although 70% would like to know more about them.

Conclusions: Limited use of complementary and alternative treatments was identified among cancer patients. From the therapies that can be applied in daily clinical practice, patients most often identified and used acupuncture, aromatherapy and homeopathy, the use of which had no side effects. Finally, patients were not informed about the advantages and disadvantages of the above-mentioned therapies by health professionals.

Keywords: cancer, complementary therapies, alternative therapies.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία χρόνια ο καρκίνος συνιστά σημαντικό πρόβλημα υγείας, δεδομένου ότι αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Για αυτό το λόγο, η εξέλιξη της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι ραγδαία αφού η ανάπτυξη της γνώσης για την βιολογία του καρκίνου έδωσε αξιοσημείωτη ώθηση τόσο στον τομέα της διάγνωσης όσο και της θεραπείας. Οι επιλογές των θεραπευτικών προσεγγίσεων ποικίλουν, διότι ο καρκίνος δεν θεωρείται μία συγκεκριμένη νόσος, αλλά χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο νόσων με διαφορετική ανάπτυξη και διαφορετικά συμπτώματα. Η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία είναι ορισμένες από τις συμβατικές ιατρικές θεραπείες. Από την άλλη όμως, ιδιαίτερα γνωστές έχουν γίνει οι συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες στη φροντίδα ασθενών με καρκίνο, οι οποίες πραγματοποιούνται παράλληλα με τη συμβατική ιατρική ή την αντικαθιστούν και θεωρούνται αναπόσπαστο κομμάτι της ολιστικής ογκολογικής ανακουφιστικής φροντίδας.

Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία πραγματεύεται το εύρος της χρήσης των συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών από ογκολογικούς ασθενείς πριν και μετά τη διάγνωση τους με καρκίνο. Περιλαμβάνει δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό. Στο γενικό-θεωρητικό μέρος έχει πραγματοποιηθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση, ύστερα από την μελέτη της ξενόγλωσσης και ελληνικής βιβλιογραφίας και στη συνέχεια παρατέθηκαν θεματικές ενότητες που περιλαμβάνουν πληροφορίες γενικά για τον καρκίνο καθώς και θεραπευτικές προσεγγίσεις αυτών των ασθενών. Στο ερευνητικό μέρος παρατέθηκαν στατιστικά στοιχεία στα οποία, με τη χρήση ερωτηματολογίου, παρουσιάστηκε η έκταση της χρήσης των συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών σε ογκολογικούς ασθενείς.

Αναλυτικότερα, η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι οργανωμένη σε επτά κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται γενικά στον καρκίνο και διαχωρίζει τους αιματολογικούς από τους συμπαγείς καρκίνους. Στο δεύτερο κεφάλαιο επεξηγείται η κλασσική- παραδοσιακή προσέγγιση του καρκίνου, καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες, η θεραπευτική αξία τους καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκτέλεση τους. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μέθοδος με την οποία πραγματοποιήθηκε η έρευνα, δηλαδή, ο χώρος και ο χρόνος διεξαγωγής της έρευνας, το δείγμα της έρευνας, ο τρόπος συλλογής των δεδομένων καθώς και η στατιστική ανάλυση τους. Ακολουθεί το πέμπτο κεφάλαιο στο οποίο παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας και το έκτο κεφάλαιο στο οποίο αναφέρεται η συζήτηση. Έπειτα το έβδομο κεφάλαιο καταλήγει στα συμπεράσματα και στις προτάσεις για έρευνα. Τέλος, στο παράρτημα υπάρχουν οι άδειες διεξαγωγής της έρευνας και το ερωτηματολόγιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Βασικές γνώσεις για τον καρκίνο και την ογκολογική φροντίδα

1.1 Εισαγωγή για τον καρκίνο

Ο καρκίνος είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου παγκοσμίως, μετά από τις παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος και εκτιμάται ότι αντιπροσωπεύει 9,6 εκατομμύρια θανάτους το 2018 (WHO, 2018). Συχνά καταλήγει να είναι ένα χρόνιο νόσημα με αρκετές ανεπιθύμητες σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, τόσο για το άτομο, όσο και για την οικογένεια και τους φίλους του (Oncology Nursing Society, 2009).

Ο καρκίνος αποτελεί μια σύνθετη ομάδα νοσημάτων, η οποία χαρακτηρίζεται από μη ελεγχόμενη ανάπτυξη και εξάπλωση ανώμαλων κυττάρων. Η εκδήλωση του καρκίνου διαφέρει ανάλογα με το σύστημα του οργανισμού που προσβάλλεται και το είδος των κυττάρων από τα οποία προέρχεται. Η συγκεκριμένη νόσος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε άτομο, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, εθνικότητας ή γεωγραφικής προέλευσης (American Cancer Society, 2010a).

Καρκίνος ή νεόπλασμα ή όγκος ονομάζεται ο αυτόνομος, άναρχος πολλαπλασιασμός των κυττάρων μιας περιοχής του οργανισμού, η ανώμαλη αναπτυσσόμενη μάζα, που υπερβαίνει την ανάπτυξη των φυσιολογικών ιστών, δεν συντονίζεται με αυτούς και εξακολουθεί αυξανόμενη άναρχα και αυτόνομα, παρά την καταστολή του γενεσιουργού ερεθίσματος. Η καρκινογένεση ορίζεται ως η μετατροπή ενός υγιούς κυττάρου σε καρκινικό και είναι δυνατόν να προσβάλει οποιοδήποτε όργανο ή ιστό του οργανισμού (Αλεβιζόπουλος, 2019).

Τα νεοπλάσματα διαχωρίζονται ως καλοήθη ή κακοήθη, ανάλογα με την πιθανότητα να προκαλέσουν βλάβη στον οργανισμό, αλλά και με βάση τα χαρακτηριστικά της ανάπτυξής τους, πίνακας 1.1 (LeMone και συν., 2014).

ΚΑΛΟΗΘΗ	ΚΑΚΟΗΘΗ
Τοπική ανάπτυξη	Διηθητικά
Τα κύτταρα τους παραμένουν κολλημένα μεταξύ τους	Τα κύτταρα τους έχουν την τάση να αποσπώνται τους
Σαφώς αφοριζόμενα όρια	Η επέκτασή τους δεν σταματά στα όρια των ιστών
Απωθούν τους γύρω ιστούς	Διηθούν και καταστρέφουν τους γύρω ιστούς
Βραδεία ανάπτυξη	Ταχεία ανάπτυξη
Περιβαλλόμενα από κάψα	Μεταστάσεις σε μακρινές θέσεις
Εύκολα εξαιρέσιμα	Δεν είναι πάντα εύκολο να αφαιρεθούν
Δεν υποτροπιάζουν	Είναι δυνατόν να υποτροπιάσουν

- **Προδιαθεσικοί και οι αιτιολογικοί παράγοντες της καρκινογένεσης**

Το κάπνισμα είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλουν στην ανθρώπινη καρκινογένεση και αποτελεί περίπου το 22% των θανάτων από καρκίνο. Η παχυσαρκία, η φτωχή διαίτα, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και η κατανάλωση αλκοόλ αποτελούν το 10% των θανάτων από καρκίνο. Επίσης περίπου το 5–10% των καρκίνων οφείλονται σε γενετικές ανωμαλίες που κληρονομούνται από τους γονείς. Τέλος, άλλοι παράγοντες λιγότερο διαδεδομένοι είναι ορισμένες μολύνσεις, η έκθεση στην ιονισμένη ακτινοβολία και οι ρυπαντικές ουσίες του περιβάλλοντος (Iacono και συν., 2011).

Ο καπνός των τσιγάρων είναι γνωστό ότι περιέχει καρκινογόνες ουσίες. Πιο συγκεκριμένα, ο καπνός και η πίσσα περιέχουν χιλιάδες ενώσεις όπως πολυκυκλικούς αρωματικούς υδρογονάνθρακες, νιτροζαμίνες καθώς και άλλους υποκινητές, τα οποία θεωρούνται καρκινογόνα (Irigaray et al., 2007). Το κάπνισμα είναι ένας παράγοντας κινδύνου για διάφορους τύπους καρκίνου κυρίως για τον καρκίνο του πνεύμονα, ο οποίος αποτελεί το 80–90 % των θανάτων, τον καρκίνο του ανώτερου αναπνευστικού και σε κάποιο βαθμό του οισοφάγου, του στομάχου, του παγκρέατος, του ήπατος, της ουροδόχου κύστης, του νεφρού, του τραχήλου της μήτρας καθώς και της μυελοειδούς λευχαιμίας (Leon et al., 2015).

Η επίδραση του αλκοόλ έχει απασχολήσει πολύ τα τελευταία χρόνια τους επιστήμονες όσον αφορά τον καρκίνο, αν και η κατανάλωση του σε μικρές ποσότητες δεν θεωρείται βλαβερή. Σύμφωνα με επιδημιολογικά στοιχεία, το 5,2% στους άντρες και το 1,7% στις γυναίκες σχετίζεται με την κατανάλωση αλκοόλ και την ογκογένεση (Varela-Rey et al., 2013). Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση πολλών καρκίνων, αλλά έχει συνδεθεί κυρίως με τον καρκίνο του στόματος, του οισοφάγου, του λάρυγγα και του ήπατος (WHO, 2002). Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου αυξάνεται εκθετικά όταν συνδυάζεται με το κάπνισμα (Martin-Moreno et al., 2008).

Η διατροφή έχει συσχετιστεί σημαντικά με την ανάπτυξη του καρκίνου, αφού το 35% των παραγόντων κινδύνου σχετίζονται με τη διατροφή και κατά συνέπεια με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου (Baena Ruiz & Salinas-Hernandez, 2014). Πιο συγκεκριμένα, επιστημονικές έρευνες έχουν δείξει πως τα ζωικά λίπη, οι τροφές που περιέχουν νιτρικά και νιτρώδη άλατα, το κόκκινο κρέας, το αλκοόλ και γενικά τα επεξεργασμένα τρόφιμα που περιέχουν χημικές ουσίες και διάφορα συντηρητικά, ευθύνονται για την πρόκληση καρκίνου του παχέος εντέρου, του στομάχου, του ορθού, του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα, της ουροδόχου κύστης, των πνευμόνων και του μαστού (Αθανάτου 2002, Σαχίνη και συν., 2004).

Η κληρονομημένη μετάλλαξη γονιδίων στο DNA εκτιμάται ότι οφείλεται στο 5% – 10 % των περιπτώσεων καρκίνου (Λοίζου και συν., 2004). Οι γενετικοί δείκτες για καρκίνο μπορούν να κατηγοριοποιηθούν με δύο κύρια κριτήρια, τη διεισδυτικότητα και τη συχνότητα στον πληθυσμό (Galzone, 2012). Η λήψη ενός λεπτομερούς

οικογενειακού ιστορικού πρέπει να ληφθεί και να επιβεβαιωθεί μέσω μιας ανασκόπησης των ιατρικών φακέλων όταν υπάρχει υποψία για κληρονομικό καρκίνο (Sifri et al, 2004). Αξιοσημείωτο θεωρείται βέβαια πως δεν κληρονομούνται όλοι οι τύποι καρκίνων. Για παράδειγμα, άτομα τα οποία έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, όπως του παχέος εντέρου, του μαστού, της ωοθήκης και του προστάτη, θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί και να κάνουν τα προσυμπτωματικά τεστ (Σαχίνη και συν., 2004).

Τέλος, οι ιοί, οι μικροοργανισμοί, η ατμοσφαιρική ρύπανση, τα βιοκτόνα, τα φυτοφάρμακα και η ιονίζουσα ακτινοβολία είναι ορισμένα που συγκαταλέγονται στους περιβαλλοντικούς παράγοντες με καρκινογόνο δράση. Για παράδειγμα, τα φυτοφάρμακα έχουν αποδειχθεί ότι θέτουν σε κίνδυνο τους ανθρώπους εξαιτίας των ρύπων που συγκεντρώνονται στον αέρα, το έδαφος ή το νερό (WHO, 2002).

1.2 Συμπαγείς καρκίνοι

Οι καρκίνοι του επιθηλιακού ιστού ονομάζονται καρκινώματα και αποτελούν το 90% των καρκίνων. Σε αυτούς ανήκουν ο καρκίνος του πνεύμονα, του μαστού, του γαστρεντερικού συστήματος, του προστάτη και ο καρκίνος του δέρματος (Αλεβιζόπουλος, 2019). Οι πιο συχνά εμφανιζόμενοι τύποι καρκίνου είναι οι συμπαγείς, στους οποίους ανήκουν ο καρκίνος του πνεύμονα (1,61 εκατομμύρια, 12,7% του συνόλου), του μαστού (1,38 εκατομμύρια, 10,9%) και του παχέος εντέρου (1,23 εκατομμύρια, 9,7%) (Parkin, 2001).

1.2.1 Καρκίνος του πνεύμονα

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η κυριότερη αιτία θανάτου παγκοσμίως (Parkin, 2002) και ο δεύτερος σε συχνότητα διαγνωσμένος καρκίνος μετά τον καρκίνο του προστάτη για τους άνδρες και του μαστού για τις γυναίκες. Σήμερα, το ποσοστό των νέων περιπτώσεων που πάσχουν από καρκίνο του πνεύμονα εκτιμάται στο 12,9% έναντι όλων των νέων διαγνώσεων καρκίνου. Η νόσος προκαλείται κατά 90% από το κάπνισμα. Ένας καπνιστής έχει 10 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξει καρκίνο του πνεύμονα σε σχέση με κάποιον που δεν καπνίζει (Islami, 2015). Στην Ελλάδα, ο συχνότερος καρκίνος, είναι αυτός του πνεύμονα με 6.884 νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο και με 6.434 θανάτους το 2012. Εκτός από το κάπνισμα, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου, όπως η χρόνια έκθεση στο παθητικό κάπνισμα, η μόλυνση της ατμόσφαιρας και η επαγγελματική έκθεση στην ιονίζουσα ακτινοβολία, σε ορισμένους πολυκυκλικούς υδρογονάνθρακες, σε αμίαντο, αρσενικό και σε διάφορα μέταλλα (χρώμιο, νικέλιο κ.ά.) (Καυγά, 2019).

Συμπτωματολογία – κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα σχετίζονται είτε με το αναπνευστικό σύστημα και το θώρακα είτε με την ύπαρξη κάποιας νόσου σε άλλο ζωτικό όργανο που προέρχεται από μετάσταση. Ένα ποσοστό 5-10% δεν εμφανίζει συμπτώματα

κατά τη διάγνωση της νόσου. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ανακάλυψη του όγκου γίνεται τυχαία, συνήθως μετά από μια ακτινογραφία θώρακος, που έγινε για άλλο λόγο (Runge & Greganti, 2009). Τα συχνότερα συμπτώματα είναι ο επίμονος βήχας (50-75% των ασθενών), η αιμόπτυση (25-50%), το θωρακικό άλγος (30-45%), η δύσπνοια (40% των ασθενών), το βράγχος φωνής, συριγμός ή η εικόνα πνευμονίας (European Lung Foundation, 2016). Όταν η εκδήλωση των συμπτωμάτων δεν είναι έγκαιρη, τότε καθυστερεί και η διάγνωση, με αποτέλεσμα η νόσος να βρεθεί είτε τοπικά προχωρημένη είτε μεταστατική. Η μετάσταση από τον καρκίνο του πνεύμονα, μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε τμήμα του οργανισμού. Οι συνηθέστερες εστίες όπου μπορεί να γίνει μετάσταση είναι το ήπαρ, τα επινεφρίδια, τα οστά, ο εγκέφαλος και οι λεμφαδένες. Στην περίπτωση κάποιας μετάστασης σε αυτά τα μέρη του οργανισμού, ο ασθενής είναι πιθανό να αναφέρει συμπτώματα σχετικά με τις μεταστατικές εστίες, όπως οστικός πόνος, σπασμοί, ημιπληγία ή ηπατομεγαλία. Σε προχωρημένες καταστάσεις, εμφανίζεται απώλεια βάρους, αδυναμία, κακουχία και ανορεξία (Runge & Greganti, 2009).

1.2.2 Καρκίνος του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου στις γυναίκες (Richie, 2003). Παρουσιάζεται και στα δύο φύλα, στους άνδρες σε πολύ μικρό ποσοστό 1%, ενώ σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. προσβάλλει 1.500.000 γυναίκες κάθε χρόνο (Λίτος και Σαλούστρος, 2019). Στην Ελλάδα, το 2018 ο αριθμός των νέων περιπτώσεων καρκίνου του μαστού στις γυναίκες, ήταν 7.734 (27,2%) (World Health Organization, 2018). Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται μείωση του ποσοστού θνησιμότητας. Το γεγονός αυτό, οφείλεται στην εφαρμογή του προσυμπτωματικού ελέγχου, στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου στα πρώιμα στάδια, στον εκσυγχρονισμό των απεικονιστικών μεθόδων και στις βελτιωμένες θεραπευτικές μεθόδους (Desantis, 2014).

Παράγοντες κινδύνου

Ο κίνδυνος για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού αυξάνεται από την πρώιμη εμμηνόρροια, την καθυστερημένη εμμηνόπαυση και την παχυσαρκία σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Επίσης η χρήση αντισυλληπτικών και η ορμονική θεραπεία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, η οποία όμως μειώνεται με την διακοπή της χρήσης τους. Άλλοι παράγοντες είναι το φύλο, η αυξανόμενη ηλικία, το θετικό οικογενειακό ιστορικό, η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και οι μεταλλάξεις γονιδίων. Η τεκνοποίηση και ο θηλασμός, έχουν πιθανώς προστατευτικό αποτέλεσμα, καθώς μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (Key, 2001).

Συμπτωματολογία – κλινική εικόνα

Το τυπικό κακοήθες μόρφωμα του μαστού είναι μονήρες, μονόπλευρο, συμπαγές, σκληρό, ανώδυνο (δεν προκαλεί πόνο), έχει ακανόνιστο σχήμα και συνήθως ανευρίσκεται τυχαία κατά την φυσική εξέταση ή κατά την αυτοεξέταση του μαστού.

Τα κυριότερα συμπτώματα είναι τα εξής:

- Ψηλαφητός όγκος.
- Έκκριση από την θηλή (εμφανίζεται στο 3% των γυναικών 20% των ανδρών).
- Αλλοιώσεις του δέρματος.
- Μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια.

Σε ποσοστό 5% ο καρκίνος του μαστού είναι μεταστατικός κατά την διάγνωση και σε αυτή την περίπτωση εκδηλώνεται με πόνο στα οστά, κακουχία και συμπτώματα στο κεντρικό νευρικό σύστημα (σπάνια). Στο καρκίνωμα Paget εκδηλώνεται ως μονόπλευρο έκζεμα (έλκος) της θηλής και στο φλεγμονώδες καρκίνωμα εκδηλώνεται με ερύθημα στο δέρμα, οίδημα και υποκείμενη σκληρία (Λίτος και Σαλούστρος, 2019).

1.2.3 Καρκίνος του παχέος εντέρου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου ή αλλιώς «ορθοκολικός καρκίνος», αναπτύσσεται στην εσωτερική επιφάνεια του κόλου και του ορθού. Αποτελεί παγκοσμίως, τον τρίτο πιο συχνό καρκίνο στους άνδρες, μετά τον καρκίνο του προστάτη και του πνεύμονα (746.000 περιπτώσεις, 10% του συνόλου) και στις γυναίκες, μετά τον καρκίνο του μαστού και του πνεύμονα (614.000 περιπτώσεις, 9,2% του συνόλου) (Colorectal cancer, 2010). Κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 1,3 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις που πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου παγκοσμίως. Στην Ελλάδα, το 2012 βρέθηκαν 21 νέες περιπτώσεις ανά 100.000. Η εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου είναι πιο συχνή στις αναπτυγμένες χώρες, σε ποσοστό 55%. Επιπλέον αυτό το είδος καρκίνου προσβάλλει περισσότερο τους άνδρες, με ποσοστό θνησιμότητας 30-40% υψηλότερο σε σχέση με τις γυναίκες (Δοκουτσίδου, 2019).

Παράγοντες κινδύνου

Η εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου οφείλεται σε διάφορους κληρονομικούς, διαιτητικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπου μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της νόσου. Οι παράγοντες είναι οι εξής :

- Ηλικία άνω των 50 ετών.
- Κληρονομικά σύνδρομα (οικογενής πολυποδίαση, σύνδρομο Gardner, σύνδρομο Turcot, ο κληρονομικός μη πολυποδιασικός καρκίνος του παχέος εντέρου, η νεανική πολυποδίαση, σύνδρομο Peutz – Jeghers).
- Χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου (όπως η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn).

- Οι διατροφικές συνήθειες (κακή διατροφή, κατανάλωση τροφών με υψηλή περιεκτικότητα λιπαρών ζωικής προέλευσης και χαμηλό ποσοστό φυτικών ινών) (Butcher, 2008).
- Παχυσαρκία, κάπνισμα (2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες), έλλειψη σωματικής άσκησης και αλκοόλ (Ignatavicius & Workman, 2008 και Μπανκουσλί, 2008).

Συμπτωματολογία – κλινική εικόνα

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου έχει αργή εξέλιξη και συχνά είναι ασυμπτωματικός τα πρώτα 5-10 χρόνια, εκτός κι αν βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο. Η εμφάνιση των συμπτωμάτων εξαρτάται από την θέση, το είδος και το μέγεθος του καρκίνου (Σκόνδρας, 2017).

- Γενικά συμπτώματα: σιδηροπενική αναιμία, επίμονη κόπωση, ναυτία, κοιλιακά άλγη, αίσθημα μετεωρισμού και απώλεια βάρους.
- Ο καρκίνος του δεξιού κόλου συνήθως είναι ασυμπτωματικός και εκδηλώνεται συνήθως με σιδηροπενική αναιμία, λόγω χρόνιας λανθάνουσας αιμορραγίας.
- Ο καρκίνος του αριστερού κόλου εκδηλώνεται με συμπτώματα όπως επιδεινούμενη δυσκοιλιότητα, κοιλιακά άλγη και αίμα στα κόπρανα.
- Στον καρκίνο του ορθού εμφανίζεται ζωηρό ερυθρό αίμα και αυξημένη περιεκτικότητα σε βλέννη κατά την διάρκεια των κενώσεων. Επίσης συνοδά συμπτώματα είναι ο τεινισμός, η έπειξη για κένωση και το αίσθημα ατελούς κένωσης.

Κατά την κλινική εξέταση μπορεί να διαπιστωθεί ψηλαφητή μάζα στο δεξιό ή τον αριστερό λαγόνιο βόθρο, σε περίπτωση που ο όγκος έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις. Ο καρκίνος του ορθού, με την διενέργεια της δακτυλικής εξέτασης, μπορεί να είναι ψηλαφητός σαν σκληρό έλκος ή μάζα που προβάλλει στον αυλό. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να διαπιστωθεί με την εμφάνιση ορισμένων επιπλοκών, όπως ο ειλεός, η διάτρηση του εντέρου, το συρίγγιο, η βουβωνοκήλη και η απόφραξη του εντέρου (Δοκουτσίδου, 2019).

1.3 Αιματολογικοί καρκίνοι

Οι κυριότερες κατηγορίες κακοήθων νεοπλασμάτων του αιμοποιητικού και του ανοσοποιητικού συστήματος είναι οι λευχαιμίες, τα λεμφώματα και το πολλαπλό μυέλωμα. Οι λευχαιμίες προέρχονται από δυσλειτουργία του μυελού των οστών, τα λεμφώματα από τους λεμφαδένες και το πολλαπλό μυέλωμα από τα πλασματοκύτταρα του μυελού των οστών. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται περίπου 1400 νέες περιπτώσεις λευχαιμίας, 2000 περιπτώσεις λεμφωμάτων και 400 περιπτώσεις πολλαπλού μυελώματος (Sant et al., 2010). Τα συγκεκριμένα κακοήθη νοσήματα εμφανίζουν μεγάλη ετερογένεια, λόγω της ύπαρξης υποκατηγοριών, που

τις κάνει να διαφέρουν ως προς την κλινική πορεία της νόσου και ως προς την αντιμετώπιση της κάθε περίπτωσης (Πολυκανδριώτη, 2019).

1.3.1 Λευχαιμία

Η λευχαιμία προκύπτει από την δυσλειτουργία του μυελού των οστών, δηλαδή από τον μη ελεγχόμενο πολλαπλασιασμό ενός κλώνου πρόδρομων κυττάρων του αίματος, λόγω αναστολής της ωρίμανσης και του υπέρμετρου πολλαπλασιασμού των αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή μεγάλου αριθμού λευκοκυττάρων παρεμποδίζοντας την φυσιολογική παραγωγή των υπόλοιπων απαραίτητων κυττάρων του αίματος. Έτσι, ο οργανισμός καθίσταται πιο ευάλωτος, καθώς τα λευκοκύτταρα αδυνατούν να επιτελέσουν την φυσιολογική τους λειτουργία, που είναι η αντιμετώπιση των λοιμώξεων. Λόγω της περίσσειας λευχαιμικών πρόδρομων κυττάρων που ανιχνεύονται στο αίμα, είναι πιθανή η διήθηση οργάνων όπως το ήπαρ, ο σπλήνας, οι λεμφαδένες και άλλοι ιστοί του σώματος. Συνέπεια αυτού, είναι η εκδήλωση αναιμίας, ουδετεροπενίας και θρομβοπενίας (Richard, 2001).

Η λευχαιμία ταξινομείται με βάση το βαθμό ωρίμανσης των λευχαιμικών κυττάρων και την κλινική τους πορεία σε οξεία και χρόνια. Επίσης, η ταξινόμηση γίνεται με βάση την κυτταρική τους προέλευση σε μυελοειδής και λεμφοβλαστική. Η καρκινική μεταβολή που ονομάζεται μυελοειδής ή μυελοκυτταρική ή μυελογενής, αναφέρεται στον τύπο κυττάρων του μυελού, όπου υπό φυσιολογικές συνθήκες, σχηματίζουν αιμοπετάλια, ερυθρά αιμοσφαίρια και ορισμένους τύπους λευκών αιμοσφαιρίων. Η καρκινική μεταβολή που αναφέρεται ως λεμφοβλαστική ή λεμφοειδής ή λεμφοκυτταρική, αφορά τον τύπο κυττάρων του μυελού, όπου υπό φυσιολογικές συνθήκες, σχηματίζουν λεμφοκύτταρα (Πολυκανδριώτη, 2019). Με βάση τα παραπάνω κριτήρια, προκύπτουν οι εξής τέσσερις τύποι λευχαιμίας:

- Οξεία Μυελογενής Λευχαιμία
- Οξεία Λεμφοβλαστική Λευχαιμία
- Χρόνια Μυελογενής Λευχαιμία
- Χρόνια Λεμφοβλαστική Λευχαιμία

Παράγοντες κινδύνου

Παρόλο που τα αίτια που προκαλούν την λευχαιμία είναι άγνωστα, υπάρχουν κάποιοι προδιαθεσικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνισή της. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- Ιονίζουσα ακτινοβολία.
- Χημικές ουσίες και φάρμακα που δημιουργούν μεταλλάξεις στο DNA.
- Διάφορα αντικαρκινικά φάρμακα.
- Υποπλασία μυελού των οστών.
- Γενετικοί παράγοντες ή χρωμοσωμικές ανωμαλίες (π.χ. σύνδρομο Down).

- Ανοσιακοί παράγοντες.
- Αλληλεπίδραση μεταξύ ξενιστή και περιβάλλοντος.
- Δημογραφικοί παράγοντες (ηλικία, φύλο, φυλή).
- Επίκτητες, χρωμοσωμικές ανωμαλίες (Πολυχρονάκη, 2014).

1.3.2 Λεμφώματα

Τα λεμφώματα αποτελούν μια ομάδα νεοπλασιών του λεμφικού ιστού και χωρίζονται σε δύο ομάδες, στα Hodgkin και στα μη Hodgkin λεμφώματα (National Cancer Institute, 2020).

Hodgkin λεμφώματα

Η νόσος προσβάλλει συνήθως άτομα νεαρής ηλικίας 15 – 24 ετών και πιο σπάνια άτομα άνω των 55, ενώ είναι πιο συχνή στους άνδρες. Το αίτιο της νόσου δεν είναι γνωστό, αλλά παρατηρείται ότι στο 50% των περιπτώσεων ανευρίσκεται ο ιός Epstein – Barr στα κακοήθη κύτταρα (PDQ, 2020). Αρχικά η νόσος εμφανίζεται με διόγκωση μιας ομάδας αδένων, η οποία επεκτείνεται προοδευτικά και διηθεί ορισμένα όργανα, όπως σπλήνα, ήπαρ, πνεύμονες, γαστρεντερικό, Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και μυελό των οστών. Ένα κύριο χαρακτηριστικό των Hodgkin λεμφωμάτων, είναι η παρουσία ενός ειδικού τύπου κυττάρων, που ονομάζονται Reed – Sternberg και αποτελούν δείκτη για την συγκεκριμένη νόσο (Πολυκανδριώτη, 2019).

Συμπτώματα – Κλινική εικόνα

Τα σημαντικότερα συμπτώματα είναι:

- Ανώδυνη διόγκωση λεμφαδένων, συχνότερα στους τραχηλικούς και υπερκλειδίους αδένες (80-90%), ενώ χαρακτηριστικό στοιχείο αποτελεί η προσβολή του μεσοθωρακίου.
- Κνησμός (γενικευμένος ή τοπικός), λόγω αυξημένων επιπέδων ηωσινοφίλων στο αίμα.
- Κυκλικός πυρετός Pel – Epstein. Το συγκεκριμένο είδος πυρετού είναι περιοδικής μορφής και έχει διάρκεια κάποιες μέρες ή μια εβδομάδα.
- Νυχτερινή εφίδρωση.
- Απώλεια σωματικού βάρους >10% εντός των τελευταίων 6 μηνών.
- Παθολογικό χαρακτηριστικό αποτελεί η εμφάνιση πόνου σε περίπτωση κατανάλωσης αλκοόλ (σπάνια σε ποσοστό 2-3%).
- Εκδήλωση άλλων συμπτωμάτων λόγω πίεσης ή διήθησης ορισμένων οργάνων (π.χ. πόνος στα οστά, σπάνια ψηλαφητή σπληνομεγαλία, δερματικές εκδηλώσεις) (Πολυκανδριώτη, 2019).

Μη – Hodgkin λεμφώματα

Τα μη Hodgkin λεμφώματα αποτελούν κακοήθεια του λεμφικού ιστού και η εξάπλωση τους ξεκινάει από τους περιφερικούς λεμφαδένες καταλήγοντας στους ιστούς. Είναι η συχνότερη αιματολογική κακοήθεια στους ενήλικες, προσβάλλοντας

ηλικίες 45 έως 60 ετών. Στα μη Hodgkin λεμφώματα χαρακτηριστική είναι η προσβολή των Β και Τ λεμφοκυττάρων, καθώς και η απουσία των κυττάρων Reed – Sternberg, που εμφανίζονται μόνο στα Hodgkin λεμφώματα. Η νόσος μπορεί να προκληθεί από τυχόν γονιδιακή βλάβη, με αποτέλεσμα την απώλεια των ογκοκατασταλτικών γονιδίων, επιτρέποντας έτσι την δημιουργία καρκίνου. Άλλοι παράγοντες είναι οι ιογενείς λοιμώξεις, οι αυτοάνοσες νόσοι και η έκθεση σε ακτινοβολία ή χημικές ουσίες. Υπάρχουν περισσότερα από 20 διαφορετικά είδη μη Hodgkin λεμφωμάτων, τα οποία χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, με πρώτη τα χαμηλής κακοήθειας και δεύτερη τα υψηλής κακοήθειας, ανάλογα με το βαθμό ανάπτυξης τους (PDQ, 2020 και Πολυκανδριώτη, 2019).

Συμπτώματα – Κλινική εικόνα

Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι τα εξής:

- Ανώδυνη διόγκωση λεμφαδένων κυρίως στο σημείο του τραχήλου.
- Σε περίπτωση εντερικού λεμφώματος μπορεί να υπάρξει κοιλιακό άλγος, δυσφαγία και αναιμία (λόγω της αιμορραγίας).
- Προσβολή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, με εμφάνιση κεφαλαλγίας και παραλύσεις εγκεφαλικών νεύρων ή συμπίεση νωτιαίου μυελού.
- Μάζα στο μεσοθωράκιο.
- Εμφάνιση δερματικών εκδηλώσεων (π.χ. σπογγώδης μυκητίαση που θεωρείται ο πιο συχνός τύπος δερματικού Τ – λεμφώματος).
- Πυρετός, νυχτερινή εφίδρωση, κόπωση, απώλεια βάρους.
- Κνησμός χωρίς φανερό αίτιο.
- Άλγος στομάχου, ναυτία, έμετος.
- Μεταβολικές επιπλοκές όπως υπερουριχαιμία, νεφρική ανεπάρκεια, υπερασβεστιαμία (Πολυκανδριώτη, 2019).

1.3.3 Πολλαπλό Μυέλωμα

Το πολλαπλό μυέλωμα είναι ένα πολυεστιακό πλασματοκυτταρικό νεόπλασμα. Ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου δεν έχει εξακριβωθεί πλήρως. Ενώ ο τρόπος δημιουργίας και εξέλιξης της νόσου έχει γίνει κατανοητός, η αιτία που πυροδοτεί την εμφάνιση της είναι ακόμα άγνωστη. Παρόλο που η νόσος προσβάλλει τα οστά, ξεκινάει από τα κύτταρα του αιμοποιητικού συστήματος. Τα λευκά αιμοσφαίρια, τα οποία λειτουργούν ως αμυντικοί μηχανισμοί αντιμετωπίζοντας τις λοιμώξεις, δημιουργούνται στον μυελό των οστών. Τα πλασματοκύτταρα είναι ένα είδος λευκών αιμοσφαιρίων. Όταν ο ανθρώπινος οργανισμός εκτεθεί υπό την απειλή ενός ξενιστή, τότε τα πλασματοκύτταρα μεταφέρονται στα προσβεβλημένα σημεία του σώματος, με σκοπό την παραγωγή αντισωμάτων. Τα πλασματοκύτταρα ξεκινούν να αναπαράγονται ανεξέλεγκτα, για άγνωστους λόγους, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ραγδαία ο αριθμός τους έναντι των φυσιολογικών κυττάρων. Τα κύτταρα αυτά λέγονται μυελωματικά. Συγκεντρώνονται κυρίως στα οστά, δημιουργώντας

πολλαπλό μύελωμα. Το γεγονός ότι τα μυελωματικά κύτταρα υπερέχουν αριθμητικά σε σχέση με τα υγιή κύτταρα, καθιστά τον οργανισμό ευάλωτο. Τα μυελωματικά κύτταρα παράγουν συνεχώς αντισώματα, τα οποία ονομάζονται μονοκλωνικά ή Μ – πρωτεΐνες. Αυτές οι παραπρωτεΐνες συσσωρεύονται στο αίμα και στα ούρα, προκαλώντας προβλήματα στα νεφρά (απόφραξη νεφρικών σωληναρίων) (Τσιονοπούλου, 2016).

Συμπτώματα – Κλινική εικόνα

Το πολλαπλό μύελωμα περιλαμβάνει τα εξής συμπτώματα:

- Διάβρωση οστών, με αποτέλεσμα κατάγματα, πόνο ή και είσοδο ασβεστίου στο αίμα.
- Απώλεια βάρους, ανορεξία, υπερβολική δίψα, ναυτία.
- Δυσκοιλιότητα.
- Ψυχική σύγχυση (Τσιονοπούλου, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κλασική – Παραδοσιακή θεραπευτική προσέγγιση στον καρκίνο

2.1 Εισαγωγή

Η αντιμετώπιση του καρκίνου έχει φτάσει πλέον σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο, μέσω των παραδοσιακών θεραπειών οι οποίες είναι η χειρουργική μέθοδος, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία σε ορμονοεξαρτώμενους όγκους (Π.Ο.Υ., 2002 και Χανιώτης και συν., 2002 και Σαχίνη, 2004).

Θεραπεία είναι η εκρίζωση του καρκίνου και ο ίδιος προσδοκώμενος χρόνος ζωής, με ένα άτομο που δεν έχει καρκίνο. Η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας εξαρτάται από την διάγνωση της νόσου, το στάδιο του καρκίνου και την γενική κατάσταση υγείας του ασθενή.

Παρηγορητική θεραπεία είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση που εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει ουσιαστική πιθανότητα ίασης. Ο σκοπός της θεραπείας αυτής είναι η επιμήκυνση της επιβίωσης του ασθενή και η ανακούφιση ορισμένων συμπτωμάτων, όπως είναι ο πόνος (Κριτσωτάκης και συν., 2007).

Οι κύριοι στόχοι της θεραπείας του καρκίνου είναι η ίαση, η παράταση του προσδόκιμου επιβίωσης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο. (Π.Ο.Υ. ,2002, Χανιώτης και συν., 2002, Σαχίνη και συν., 2004, Αθανάτου, 2002).

2.2 Χειρουργική θεραπεία και ο ρόλος του νοσηλευτή

Η χειρουργική θεραπεία, ανεξάρτητα από τον λόγο εφαρμογής της, αποτελεί τον καλύτερο και συχνότερο τρόπο θεραπείας του καρκίνου. Στόχοι της χειρουργικής στην ογκολογία είναι η διάγνωση, η πρόληψη, η θεραπεία, η ανακούφιση και η αποκατάσταση (Βασιλόπουλος, 2019).

A) Διαγνωστική Χειρουργική

Ο ρόλος της χειρουργικής ογκολογίας στη διάγνωση του καρκίνου συνίσταται στη λήψη δείγματος ιστού για την επίτευξη της ιστολογικής διάγνωσης. Για την εύρεση κακοήθους ιστού, χρησιμοποιούνται τέσσερις τεχνικές: η βιοψία αναρρόφησης δια λεπτής βελόνης (Fine Needle Aspiration), η βιοψία με ευρύαυλη βελόνα τύπου trucut (Core – Needle Biopsy), η βιοψία διατομής (Incisional Biopsy) και η βιοψία εκτομής (Excisional Biopsy) (Βασιλόπουλος, 2019).

B) Προληπτική ή Προφυλακτική Χειρουργική

Η προφυλακτική χειρουργική εφαρμόζεται σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, δηλαδή σε αυτούς που έχουν μεγάλες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου μελλοντικά, με σκοπό την πρόληψη νεοπλασματικής νόσου. Μέσω της μοριακής βιολογίας έγινε δυνατή η αναγνώριση βλαβών στο γενετικό υλικό, που προδιαθέτουν την ανάπτυξη νεοπλασιών. Πιο συχνά παραδείγματα για την εφαρμογή προληπτικών χειρουργείων,

είναι οι ασθενείς με πολύ υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου και καρκίνου του μαστού.

Γ) Θεραπευτική Χειρουργική

Μια από τις πιο αποτελεσματικές θεραπείες για την αντιμετώπιση του καρκίνου, είναι αυτή της χειρουργικής επέμβασης. Η προσέγγιση αυτής της θεραπείας απαιτεί συστηματική εξέταση των χαρακτηριστικών του ασθενούς και του όγκου. Όσον αφορά τον ασθενή πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν, όχι μόνο η γενική του κατάσταση, αλλά και η ηλικία, το προσδόκιμο επιβίωσης και η ύπαρξη τυχόν συννοσηρότητας. Η θεραπευτική χειρουργική έχει ως στόχο ή την πλήρη εκρίζωση του όγκου ή την συντηρητική εκτομή του (Αθανάτου, 2002). Η ριζική εκτομή έχει ως στόχο την απομάκρυνση ολόκληρου του όγκου, χωρίς κανένα υπόλειμμα με σκοπό την πλήρη ίαση. Στην συντηρητική εκτομή η οποία αποτελεί και την κύρια θεραπεία, γίνεται αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου, με την πιθανότητα ύπαρξης υπολειμματικής νόσου.

Δ) Ανακουφιστική ή παρηγορητική χειρουργική

Η ανακουφιστική ή παρηγορητική χειρουργική δεν έχει θεραπευτικό αποτέλεσμα. Σκοπός αυτής της επέμβασης είναι η αντιμετώπιση των επιπλοκών που εμφανίζονται καθώς εξελίσσεται η νόσος, όπως η εντερική απόφραξη ή η απόφραξη του ουροποιητικού συστήματος (Χανιώτης και συν., 2002). Επιπλέον, πιθανή είναι η ανακούφιση των ασθενών από πολύ σοβαρά συμπτώματα, όπως για παράδειγμα ο πόνος ή ο ασκίτης. Για αυτό τον λόγο ονομάζεται και ως συμπτωματική χειρουργική.

Ε) Αποκατάσταση

Η αποκατάσταση στην χειρουργική ογκολογία, έχει ως στόχο την εξασφάλιση της λειτουργικότητας, τη σύγκλιση του δέρματος ή την κάλυψη του χειρουργικού ελλείματος, την αισθητική αποκατάσταση για την βελτίωση την εξωτερικής εμφάνισης και την διατήρηση ή βελτίωση της ποιότητας ζωής (Βασιλόπουλος, 2019).

- **Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική αντιμετώπιση του ογκολογικού ασθενή**

Η φροντίδα αποτελεί τη βάση της νοσηλευτικής επιστήμης. Κύριο μέλημα της νοσηλευτικής εκτός από την παροχή φροντίδας στον άρρωστο, είναι η προστασία του, η προαγωγή της υγείας, η ανώδυνη εφαρμογή διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων, η αποκατάσταση της ποιότητας ζωής και η στήριξη στα τελικά στάδια της νόσου (Ραφτόπουλος, 2003). Ο ρόλος του νοσηλευτή στην χειρουργική θεραπεία, μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα.

Προεγχειρητική φροντίδα

Ως προεγχειρητική φροντίδα, ορίζεται η φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή, πριν την έναρξη της χειρουργικής επέμβασης. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προεγχειρητική φροντίδα είναι πολύ σημαντικός, καθώς είναι υπεύθυνος για την

διδασκαλία και την ενημέρωση του ασθενή σχετικά με το χειρουργείο, την εφαρμογή του προεγχειρητικού ελέγχου για την πρόληψη επιπλοκών, την ψυχολογική υποστήριξη και τη σωματική του προετοιμασία. Για την ομαλή εξέλιξη της χειρουργικής διαδικασίας θα πρέπει ο νοσηλευτής να λαμβάνει νοσηλευτικό ιστορικό και να εκτελεί φυσική εξέταση, ώστε να αναγνωρίζονται οι εξατομικευμένες σωματικές ανάγκες και η κατάσταση υγείας του κάθε ασθενή. Ακόμα εντοπίζονται οι ανάγκες για ψυχολογική υποστήριξη, τόσο του ασθενή, όσο και της οικογένειάς του (McEwen, 2002). Το χειρουργείο αποτελεί ένα αρκετά στρεσογόνο γεγονός για τον ασθενή, για αυτό είναι πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής να παρακολουθεί και να αντιλαμβάνεται τα λεκτικά και τα μη λεκτικά μηνύματα του ασθενή, ώστε να αναπτυχθεί ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης (American Society of PeriAnesthesia Nurses, 2004). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένειά του να αντιμετωπίσουν το στρες και ο νοσηλευτής να βελτιώσει την εκτίμηση, δημιουργώντας ένα πληρέστερο και πιο εξελιγμένο πρόγραμμα για την φροντίδα του ασθενούς.

Τα στάδια της προεγχειρητικής εκτίμησης είναι τα παρακάτω:

- Νοσηλευτικό ιστορικό.
- Φυσική εξέταση.
- Ψυχοκοινωνική εκτίμηση.
- Εργαστηριακές εξετάσεις.
- Ακτινολογικός έλεγχος.
- Άλλες εξετάσεις ανάλογα με το είδος της χειρουργικής επέμβασης.

Ακόμα είναι πολύ σημαντική η σωματική προετοιμασία του αρρώστου, η οποία περιλαμβάνει τοπική καθαριότητα, αποτρίχωση, ειδική διατροφή, υποκλυσμό, προαγωγή ανάπαυσης, χορήγηση ηρεμιστικών και άλλων φαρμάκων (Βασιλειάδου, 2008).

Διεγχειρητική φροντίδα

Η διεγχειρητική φροντίδα είναι το δεύτερο στάδιο μετά την προεγχειρητική. Είναι εξίσου σημαντικό για την διατήρηση και την εξασφάλιση της ομαλής εξέλιξης του χειρουργείου. Κατά την διάρκεια της διεγχειρητικής φροντίδας λαμβάνουν μέρος εξειδικευμένοι νοσηλευτές του χειρουργικού τομέα, οι οποίοι είναι ο νοσηλευτής που προετοιμάζει τον ασθενή για την χειρουργική αίθουσα, ο νοσηλευτής κίνησης που είναι υπεύθυνος για την χειρουργική αίθουσα, ο νοσηλευτής εργαλειοδοσίας, όπου με ταχύτητα και ουσιαστικές γνώσεις συνεργάζεται με τους χειρουργούς, καθώς τους δίνει τα απαραίτητα εργαλεία, κατά την διάρκεια του χειρουργείου και ο νοσηλευτής του αναισθησιολογικού, ο οποίος συνεργάζεται με τον αναισθησιολόγο για την ομαλή έκβαση της επέμβασης και την ανάνηψη του ασθενή. Ο βασικός στόχος της διεγχειρητικής φροντίδας είναι η πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών και η ταχύτερη επαναφορά του ασθενούς στην καθημερινότητα (Ζαχαρής, 2011).

Μετεγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα ξεκινάει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται στην ανάνηψη, μετά τη λήξη του χειρουργείου και ολοκληρώνεται όταν επανέρχεται πλήρως η κατάσταση της υγείας του, ακόμα και αν έχει επιστρέψει σπίτι του. Αρχικά το ενδιαφέρον του νοσηλευτή είναι να επανέλθει ο άρρωστος από την αναισθησία και να έχει ικανοποιητικά επίπεδα συνείδησης, με σκοπό να επιστρέψει στον θάλαμο. Απαραίτητη είναι η φυσική εξέταση και η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή (Ανδρουλάκης, 2001). Συνίσταται η χρήση μάσκας οξυγόνου για 12 με 72 ώρες ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή, η διατήρηση φλεβικής γραμμής και η χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων σε περίπτωση πόνου. Σημαντική είναι η διδασκαλία του ασθενούς και της οικογένειας για την μετεγχειρητική φροντίδα στο σπίτι, ειδικές ασκήσεις, φαρμακευτικό σχήμα και διατροφή που θα πρέπει να ακολουθηθεί. Η τήρηση του πρωτοκόλλου και η τεχνική αντισηψίας είναι απαραίτητα στοιχεία, για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις πρέπει να αντιμετωπίζονται με υπευθυνότητα και σεβασμό από όλη την χειρουργική ομάδα υιοθετώντας ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα ολιστικής φροντίδας, σύμφωνα με τις ανάγκες κάθε αρρώστου (Woodhead, 2005).

2.3 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι μια κύρια μέθοδος αντιμετώπισης των νεοπλασιών, όπου με την χορήγηση υπολογισμένης με ακρίβεια, υψηλής δόσης ακτινοβολίας στον όγκο, έχει ως στόχο την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων και ταυτόχρονα την μεγαλύτερη δυνατή προστασία των ιστών που τον περιβάλλουν. Υπολογίζεται, ότι στο 50% των ασθενών θα χρησιμοποιηθεί ακτινοθεραπεία, σε κάποιο από τα στάδια της θεραπείας τους.

Η επιβίωση των υγιών κυττάρων επιτυγχάνεται, διότι τα φυσιολογικά κύτταρα διαθέτουν μηχανισμούς επιδιόρθωσης της βλάβης του DNA, σε αντίθεση με τα καρκινικά κύτταρα, που δεν διαθέτουν τέτοιου είδους μηχανισμούς. Αυτός είναι και ο λόγος, όπου η ακτινοθεραπεία χορηγείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα και με ενδιάμεσα διαλείμματα, ώστε να δίνεται η δυνατότητα αποκατάστασης της βλάβης του DNA στα φυσιολογικά κύτταρα. Ένα ακόμα μειονέκτημα των καρκινικών κυττάρων, είναι ο γρήγορος πολλαπλασιασμός τους, γεγονός που τα καθιστά πιο ευάλωτα, επειδή η ακτινοβολία καταστρέφει πρωτίστως όσα κύτταρα βρίσκονται στην φάση της διαίρεσης (Κούβαρης, 2010 και Παπανδριανός, 2019).

Η ακτινοβολία διακρίνεται σε δύο βασικές μορφές, την ιοντίζουσα και την μη ιοντίζουσα. Η ιοντίζουσα ακτινοβολία, η οποία είναι σε θέση να προκαλεί ιοντισμό, διακρίνεται σε σωματιδιακές ακτινοβολίες και ηλεκτρομαγνητικές με τις πιο διαδεδομένες να είναι οι ακτίνες X και γ (Σαχίνη, 2004). Στις μη ιοντίζουσες ακτινοβολίες, οι οποίες δεν προκαλούν ιοντισμό, ανήκουν οι υπέρυθρες ακτίνες, το φως και τα ραδιοκύματα.

Σκοπός και είδη ακτινοθεραπείας

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί, είτε ως μονοθεραπεία που συνήθως χρησιμοποιείται σε ορισμένους καρκίνους αρχικού σταδίου για την ριζική θεραπευτική αντιμετώπιση μιας νεοπλασίας, είτε σε συνδυασμό με άλλα θεραπευτικά σχήματα, όπως για παράδειγμα είναι η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία κ.ά. Κατά τον συνδυασμό της ακτινοθεραπείας με την χειρουργική θεραπεία, η ακτινοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί με τρεις τρόπους.

Α) Προεγχειρητικά, δηλαδή πριν την έναρξη του χειρουργείου, με σκοπό να εμποδίσει την μετάσταση, να συρρικνώσει τον όγκο και να διευκολύνει την χειρουργική του αφαίρεση.

Β) Διεγχειρητικά, δηλαδή κατά την διάρκεια της επέμβασης.

Γ) Μετεγχειρητικά, δηλαδή μετά το χειρουργείο. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία σε ορισμένες περιπτώσεις αναφέρεται και ως συμπληρωματική (όταν είναι γνωστή η ύπαρξη υπολειπόμενης νόσου) ή επικουρική ή προφυλακτική, όταν υπάρχει πιθανότητα υποτροπής του συγκεκριμένου καρκινικού όγκου (Παπανδριανός, 2019). Παράγοντες που επηρεάζουν το βιολογικό αποτέλεσμα των ιοντιζουσών ακτινοβολιών:

- Το είδος της ακτινοβολίας.
- Η δόση της ακτινοβολίας.
- Ο ρυθμός δόσης.
- Η έκταση του ακτινοβολουμένου πεδίου.
- Ο συνδυασμός με άλλες θεραπείες.
- Η βιολογική συμπεριφορά του ιστού.
- Άλλοι παράγοντες, όπως για παράδειγμα η ύπαρξη υψηλής συγκέντρωσης οξυγόνου, η ηλικία του ασθενούς, το κάπνισμα κ.ά. (Κίτου και συν., 2009).

Στόχος της ακτινοθεραπείας:

- Η ολική καταστροφή του όγκου, δηλαδή η πλήρης ίαση.
- Η ανακούφιση από τον πόνο και άλλα ενοχλητικά συμπτώματα του καρκίνου.
- Η επίτευξη τοπικού ελέγχου της νεοπλασματικής νόσου.
- Η παράταση του χρόνου επιβίωσης και καλύτερη ποιότητα ζωής ταυτόχρονα (Σαχίνη, 2004).

Παρενέργειες ακτινοθεραπείας

Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή, καθώς εξαρτώνται από την δόση της ακτινοβολίας, την εντόπιση του όγκου, το μέγεθος του ακτινοθεραπευτικού πεδίου και την αντοχή του ασθενούς. Η αντοχή εξαρτάται από την ηλικία, την γενική κατάσταση, την θρέψη, την αιμάτωση και καθήλωση των ακτινοβολουμένων ιστών και την ταυτόχρονη χορήγηση χημειοθεραπείας (Κούβαρης, 2010). Ανάλογα με το σημείο που εφαρμόζεται η ακτινοβολία, οι κυριότερες παρενέργειες είναι οι εξής:

- Δέρμα: ερυθματώδης αντίδραση, φυσαλιδώδης αντίδραση, εσχαροποιητική αντίδραση, ατροφία δέρματος, τελαγγειεκτασία, αλλοιωμένη χρώση, ίνωση, αλωπεκία, νέκρωση κ.ά.
- Εγκέφαλος: αλωπεκία, πονοκέφαλος, ναυτία, εμετός, διαταραχές όρασης και λόγου και επιληπτικές κρίσεις.
- Στοματική κοιλότητα: μυκητίαση, ξηροστομία, αλλαγή στην γεύση, βλεννογονίτιδα, βλάβες στα δόντια, δυσκολία στην μάσηση, ανορεξία και βράγχος φωνής.
- Οισοφάγος: ανορεξία, δυσκαταποσία, ναυτία, οπισθοστερνικό άλγος, εμετός, αιμορραγία και οισοφαγικό συρίγγιο.
- Έντερο: ανορεξία, κοιλιακά άλγη, διάρροια, έντονες μυϊκές συστολές και ναυτία.
- Κόπωση.
- Μυελοτοξοκότητα, δηλαδή καταστολή του μυελού των οστών, με αποτέλεσμα την πρόκληση αναιμίας, λευκοπενίας και θρομβοπενίας (Κριτσωτάκης και συν., 2007 και Κωνσταντινίδης και συν., 2019).

Ο ρόλος του νοσηλευτή

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία είναι πολυδιάστατος, καθώς περιλαμβάνει τη διδασκαλία, τη συμβουλευτική, την φροντίδα και την υποστήριξη του ασθενή (Gosselin – Acomb, 2006 και Shepard, 1999). Αρχικά η εκτίμηση της κατάστασης υγείας του ασθενή, γίνεται με την λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού και τον έλεγχο για ύπαρξη συνοδών συμπτωμάτων. Σε περίπτωση που ο ασθενής εισάγεται για παρακολούθηση μετά το πέρας της ακτινοθεραπείας, είναι απαραίτητη η εκτίμηση μακροχρόνιων παρενεργειών (Shepard, 1999 και Carper, 2006). Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση και την εκπαίδευση, τόσο του ασθενή, όσο και της οικογένειάς του σχετικά με την ασθένεια, τις διαγνωστικές εξετάσεις που πρόκειται να πραγματοποιηθούν, τους στόχους της ακτινοθεραπείας, την διαδικασία της εκτέλεσης της ακτινοθεραπείας και την αναγνώριση και διαχείριση των αναμενόμενων παρενεργειών (Fayers, 2006 και Λαβδανίτη, 2007). Ακόμα είναι πολύ σημαντική η υποστήριξη και η συμβουλευτική του ασθενή, η οποία επιτυγχάνεται με την εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής του κατάστασης και του οικογενειακού, εργασιακού και κοινωνικού περιβάλλοντος του. Σε αρκετές περιπτώσεις είναι εποικοδομητική η παραπομπή του ασθενή σε κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο (Shepard, 1999 και Wells, 2008). Η φροντίδα του ασθενή περιλαμβάνει την πραγματοποίηση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων πριν την έναρξη της ακτινοθεραπείας, την χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες πριν ή κατά την διάρκεια της θεραπείας και την άμεση αντιμετώπιση ανεπιθύμητων παρενεργειών κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας, όπως αλλεργικές αντιδράσεις, επιληψία κ.ά. (Shepard, 1999). Σε περίπτωση που γίνεται ταυτόχρονη χορήγηση χημειοθεραπείας – ακτινοθεραπείας, ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι ενήμερος για

την συνεργική δράση ή την επιδείνωση των παρενεργειών, από τον συνδυασμό των δύο θεραπειών και να είναι σε θέση να τις αξιολογήσει και να τις αντιμετωπίσει (Carper, 2006).

2.4 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι μια από τις βασικότερες θεραπείες αντιμετώπισης του καρκίνου. Η χρήση χημειοθεραπευτικών, κυτταροστατικών ή αντινεοπλασματικών φαρμάκων, εμποδίζει τον πολλαπλασιασμό των κακοήθων κυττάρων, με σκοπό την καταστροφή τους. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα τα οποία δρουν κυρίως σε ταχέως πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα, καταστρέφουν εκτός από τα καρκινικά κύτταρα και τα φυσιολογικά. Κάποια φυσιολογικά κύτταρα παρουσιάζουν ιδιαίτερη ευαισθησία στα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, όπως είναι τα κύτταρα του μυελού των οστών (όπου παράγονται τα κύτταρα του αίματος), οι θύλακες των τριχών και του βλεννογόνου του πεπτικού συστήματος (Βασιλείου, 1985). Για αυτό τον λόγο είναι σημαντικό να υπάρχουν περίοδοι ανάπαυσης, ανάμεσα στην χορήγηση αυτών των φαρμάκων, ώστε τα υγιή κύτταρα να διορθώσουν τις βλάβες που έχουν υποστεί και να ανακτήσουν την λειτουργικότητά τους (Κωνσταντινίδης και συν., 2019).

Σκοποί χημειοθεραπείας

Οι σκοποί της χημειοθεραπείας είναι οι εξής:

- Θεραπεία, δηλαδή η εκρίζωση της νόσου και η πλήρης ίαση του ατόμου.
- Έλεγχος, με σκοπό την επιμήκυνση της επιβίωσης και την εξασφάλιση μιας ποιοτικής ζωής.
- Ανακουφιστική, δηλαδή προσπάθεια ανακούφισης από τα συμπτώματα, όπως είναι ο πόνος.
- Συμπληρωματική ή επικουρική, δηλαδή χορήγηση της χημειοθεραπείας μετά την αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου, με σκοπό την αποφυγή των μεταστάσεων και την καταστροφή τυχόν κυτταρικών υπολειμμάτων του όγκου.
- Προεγχειρητική, δηλαδή πριν την χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Σκοπός είναι η μείωση του μεγέθους του όγκου, που καθιστά πιο εύκολη την αφαίρεση και η πρόληψη των μεταστάσεων.
- Προφυλακτική, η οποία χρησιμοποιείται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, δηλαδή σε άτομα που έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο, όπως είναι για παράδειγμα άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου (Γεννατάς, 2003).

Επιλογή, διάρκεια και συχνότητα χημειοθεραπείας

Η επιλογή, η διάρκεια και η συχνότητα της χημειοθεραπείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες οι οποίοι είναι οι εξής:

- Το στάδιο της νόσου, το οποίο καθορίζεται από την κλινική εξέταση και από ένα σύνολο αιματολογικών και άλλων διαγνωστικών εξετάσεων.

- Τύπος νεοπλασίας.
- Ο σκοπός της θεραπείας.
- Τυχόν εμφάνιση τοξικών παρενεργειών από προηγούμενη εφαρμογή της θεραπείας.
- Συνυπάρχουσες παθήσεις, όπως ηπατική, νεφρική και καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια.
- Ηλικία ασθενούς κ.ά.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγείται καθημερινά και να επαναλαμβάνεται κάθε εβδομάδα, ανά 15 ή ανά 21 ημέρες. Το χρονικό διάστημα χορήγησης καθορίζεται από τα χημειοθεραπευτικά πρωτόκολλα, τον γιατρό και την ανταπόκριση του ασθενή στην θεραπεία. Η ανταπόκριση εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του όγκου, δηλαδή την θέση του, το μέγεθος, την αντίσταση στην χημειοθεραπεία, την εμφάνιση παρενεργειών κ.ά. και από τα χαρακτηριστικά του ασθενή, για παράδειγμα από την γενική κατάσταση της υγείας του, την ηλικία, τυχόν συνυπάρχοντα νοσήματα κ.ά. (Κωνσταντινίδης και συν., 2019).

Χημειοθεραπευτικά φάρμακα

Η δόση χορήγησης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων υπολογίζεται, με βάση την επιφάνεια σώματος του κάθε ασθενή. Ο ασθενής κατά την χορήγηση της χημειοθεραπείας, λαμβάνει ένα σύνολο διαφορετικών φαρμάκων, το οποίο ονομάζεται σχήμα. Ο χρόνος κατά τον οποίο επαναλαμβάνεται η χορήγηση αυτού του σχήματος, ονομάζεται κύκλος. Κατηγορίες αντινεοπλασματικών φαρμάκων: είναι οι αλκυλιούντες παράγοντες, οι αντιμεταβολίτες, οι ανθρακυκλίνες, τα αλκαλοειδή της Vinca, οι ταξάνες και οι αναστολείς τοποϊσομεράσης I και II (Oxford Handbook of Cancer Nursing 2nd edition, 2019 και Τσούκας, 2014).

Οδοί χορήγησης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δίνονται με έναν από τους εξής τρόπους:

- Τοπική εφαρμογή, όπως για παράδειγμα σε καρκίνο του δέρματος.
- Από το στόμα, δηλαδή τα φάρμακα εισέρχονται στην κυκλοφορία από το βλεννογόνο του στομάχου ή του εντέρου. Ορισμένα φάρμακα δεν μπορούν να δοθούν από το στόμα, διότι η απορρόφηση τους είναι αργή ή είναι επιβλαβή για το βλεννογόνο του στομάχου.
- Υποδόρια.
- Ενδομυϊκά, τα φάρμακα αυτά είναι πιο αποτελεσματικά, όταν απορροφώνται αργά από την κυκλοφορία.
- Ενδοφλέβια, είναι η πιο συνηθισμένη οδός χορήγησης, διότι με αυτό τον τρόπο τα φάρμακα δρουν πολύ πιο γρήγορα.
- Ενδοαρτηριακά.
- Ενδοκοιλιακά (ενδορραχιαία, περιτοναϊκή, υπεζωκοτική, ενδαρθρική και ενδοκυστική).

- Ενδοκρανιακά (προληπτικά σε λευχαιμίες).
- Ενδοσπλαχνικά (στο ήπαρ) (Κωνσταντινίδης και συν., 2019).

Παρενέργειες χημειοθεραπείας

Η χημειοθεραπεία προκαλεί έναν μεγάλο αριθμό παρενεργειών, λόγω των συνδυασμών των φαρμάκων που χορηγούνται και της τοξικότητας που προκαλούν. Οι παρενέργειες μπορούν να ταξινομηθούν με δύο τρόπους. Ανάλογα με τον χρόνο εμφάνισης τους σε άμεσες, οξείες και απώτερες ή με βάση το τμήμα του οργανισμού που προκαλείται η βλάβη (Σινάκου, 1988 και Σωτηροπούλου-Λόντου, 1997) .

Οι πιο συχνές παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι οι εξής:

- Αιματολογική τοξικότητα (αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία).
- Γαστρεντερική τοξικότητα (ανορεξία, ναυτία, έμετος, στοματίτιδα, διάρροια, δυσκοιλιότητα, ηπατοτοξικότητα, παγκρεατίτιδα).
- Δερματικές βλάβες (αλωπεκία, αλλαγές στα νύχια, φωτοευαισθησία κ.ά.).
- Καρδιαγγειακή τοξικότητα (εξαγγείωση, φλεβίτιδα, στηθάγχη κ.ά.).
- Ουροποιογεννητικές διαταραχές (κυστίτιδα, νεφρική ανεπάρκεια).
- Νευρολογικές διαταραχές (σπασμοί, εγκεφαλοπάθεια, περιφερική νευροπάθεια).
- Αναπαραγωγική τοξικότητα (στεριρότητα).
- Πνευμονική τοξικότητα (πνευμονική ίνωση, διάμεση πνευμονοπάθεια).
- Ψυχολογικές μεταβολές (άγχος, κατάθλιψη).
- Δευτερογενή νεοπλάσματα (λευχαιμία).
- Άλλα, όπως για παράδειγμα υπερευαισθησία, κόπωση, οπτική τοξικότητα (Κωνσταντινίδης και συν., 2019).

Ο ρόλος του νοσηλευτή

Οι σκοποί της φροντίδας των ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία από τους νοσηλευτές είναι η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας, η ελαχιστοποίηση του ψυχολογικού τραύματος και η έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών (Σαχίνη, 2004). Επίσης οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση, την εκπαίδευση και την ψυχολογική υποστήριξη τόσο του ασθενούς, όσο και της οικογένειάς του (Κυριακίδου, 2000).

Αρχικά η ενημέρωση και η εκπαίδευση των ασθενών, πρόκειται για μια στρεσογόνο διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει την μετάδοση απαραίτητων γνώσεων σχετικά με την νόσο, την θεραπεία, τις αναμενόμενες παρενέργειες και τους τρόπους αντιμετώπισης τους. Η ενημέρωση έχει ως σκοπό την μείωση του άγχος των ασθενών, με αποτέλεσμα την ενεργό συμμετοχή τους στην φροντίδα. Μέσα στα πλαίσια της φροντίδας των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο είναι η ψυχολογική υποστήριξη, η οποία καθίσταται απαραίτητη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των δυσκολιών, που προκύπτουν από την νόσο και την χημειοθεραπεία (Ραγιά, 2005).

Σημαντικά στοιχεία κατά την παροχή ψυχοκοινωνικής φροντίδας είναι η ύπαρξη διαλόγου μεταξύ νοσηλευτή και αρρώστου, για την ανάπτυξη ενός κλίματος εμπιστοσύνης, με σκοπό την ευκολότερη μετάδοση πληροφοριών και συμβουλών. Ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμά τακτικά την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή και να τον παραπέμπει, εάν είναι απαραίτητο, σε άλλους επαγγελματίες υγείας που θα μπορούσαν να τον βοηθήσουν (Κάρλου – Σταύρακα, 2003).

Επιπλέον θα ήταν καλό να διδάσκει τεχνικές αυτοφροντίδας, προσαρμοσμένες στις ανάγκες του κάθε ασθενή ξεχωριστά, με σκοπό να τον παροτρύνει να συμμετέχει στην συνέχιση της θεραπείας του. Κάθε είδους υποστήριξης μειώνει το αίσθημα μοναξιάς και αυξάνει την ελπίδα του ασθενή (Ραγιά, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Συμπληρωματικές- Εναλλακτικές Θεραπείες

3.1 Ορίζοντας το πλαίσιο των συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών

Οι συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες (ΣΕΘ) είναι αρκετά δημοφιλείς για την αντιμετώπιση του καρκίνου τα τελευταία χρόνια. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την Παραδοσιακή Ιατρική ως το σύνολο της γνώσης, των τεχνικών και των πρακτικών με βάση τις θεωρίες, τα πιστεύω και τις εμπειρίες κάθε πολιτισμού, που χρησιμοποιείται για τη διατήρηση της υγείας, αλλά και την πρόληψη, την βελτίωση ή την θεραπεία της σωματικής και ψυχικής ασθένειας. Βέβαια, ο όρος αυτός ανταλλάσσεται με τους όρους συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες ή ιατρική, όταν αναφέρεται γενικά στις θεραπευτικές τεχνικές που δεν είναι τμήμα της παράδοσης της χώρας αυτής και δεν είναι ενσωματωμένη στο επικρατούν σύστημα υγείας εκείνης της χώρας (Βαρτάλα, 2009). Επιπρόσθετα, το Εθνικό Κέντρο στις Η.Π.Α. υποστηρίζει πως η συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική είναι ένα σύνολο διάφορων ιατρικών και άλλων συστημάτων ιατρικής περίθαλψης, πρακτικών και προϊόντων, που δεν θεωρούνται μέρος της συμβατικής ιατρικής (NCCAM, 2012).

Ως *συμπληρωματικές θεραπείες* ορίζονται τα μη αυτοτελή, μη ιατρικά συστήματα τα οποία μπορούν να υπάρξουν παράλληλα με την αυτόνομη ενδεδειγμένη συμβατική ιατρική θεραπεία. Σε αυτές ανήκουν ο βελονισμός για τη μείωση της ναυτίας κατά τη χημειοθεραπεία, η αρωματοθεραπεία, η ρεφλεξολογία, το θεραπευτικό μασάζ κ.α. Η θεραπεία αυτή δεν ανήκει στη δικαιοδοσία της διάγνωσης ή της ιατρικής ευθύνης, ως εκ τούτου δύνανται να ασκούνται από μη ιατρούς (Κυβέλλος, 2003, Μαντούδη, 2019).

Ως *εναλλακτικές θεραπείες* συνήθως ορίζονται τα ολοκληρωμένα και αυτοτελή θεραπευτικά συστήματα που υποκαθιστούν τη συμβατική ιατρική θεραπεία. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η χρήση αρωματοθεραπείας επί αϋπνίας αντί της φαρμακευτικής αγωγής, ο βελονισμός, το θεραπευτικό μασάζ κ.α. Τα συστήματα αυτά είναι απαραίτητο να ασκούνται αποκλειστικά από ιατρούς, για να ικανοποιείται και η συνθήκη της απαραίτητης τριάδας «διάγνωση, θεραπεία, ιατρική ευθύνη για την θεραπεία και την πορεία του ασθενούς» (Thomas και συν., 2001, Μαντούδη, 2019).

3.2 Θεραπευτικές πρακτικές που αφορούν σε συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες

Η συμπληρωματική και εναλλακτική θεραπευτική καλύπτει ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών πρακτικών και διαγνωστικών συστημάτων με ποικιλομορφία σε παραδόσεις, φιλοσοφίες και θεωρίες. Οι ΣΕΘ αποτελούν έναν συνδυασμό από φυσικά ιατρικά προϊόντα, παραδοσιακές θεραπείες και παρεμβάσεις στο νου και στο

σώμα (Saha et al., 2017). Η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ογκολογικών περιστατικών και η αδυναμία θεραπείας των συμπτωμάτων είχε ως αποτέλεσμα την εισαγωγή εναλλακτικών και συμπληρωματικών μεθόδων θεραπείας, παράλληλα με τις κλασσικές θεραπείες (χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία) στις σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές. Πρόκειται για μεθόδους θεραπείας που είναι μη επεμβατικές, μη τοξικές και οικονομικά συμφέρουσες (Cassileth et al, 2007). Οι κυριότερες ΣΕΘ που θα αναλυθούν παρακάτω είναι η αρωματοθεραπεία, ο βελονισμός, η ομοιοπαθητική, η παραδοσιακή κινέζικη ιατρική, ο κατευθυνόμενος οραματισμός, η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, η γιόγκα, η ρεφλεξολογία, η χειροπρακτική, η βοτανοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία και τα συμπληρώματα διατροφής. Για την διευκόλυνση κατά την μελέτη μπορούμε να τις ομαδοποιήσουμε σε ευρείες κατηγορίες ανάλογα με τις θεραπευτικές διαδικασίες και μεθόδους (Αποστόλου, 2013). Οι κατηγορίες διαχωρισμού έχουν ως εξής:

- Βιολογικά βασισμένη θεραπεία (π.χ. βότανα, συμπληρώματα διατροφής).
- Θεραπείες σώματος – μυαλού (π.χ. διαλογισμός, γιόγκα, κατευθυνόμενος οραματισμός).
- Θεραπείες με σκευάσματα (π.χ. ομοιοπαθητική, φυτοθεραπεία, αρωματοθεραπεία, φαρμακευτική κάνναβη).
- Πρακτικές βασισμένες στο σώμα (π.χ. χειροπρακτική, μασάζ, προοδευτική μυϊκή χαλάρωση).
- Θεραπείες ενέργειας (π.χ. θεραπευτικό άγγιγμα, ηλεκτρομαγνητικό πεδίο).
- Θεραπευτικές με τρόπο ζωής και έκφρασης (π.χ. μουσικοθεραπεία, δραματοθεραπεία, ολιστική διατροφολογία).
- Θεραπευτικές με χειρισμούς και ελέγχους στο ανθρώπινο σώμα (π.χ. βελονισμός, ρεφλεξολογία, χειροπρακτική, παραδοσιακή κινέζικη ιατρική).

3.2.1 Αρωματοθεραπεία

Αρκετά χρόνια πριν έκαναν την εμφάνιση τους πολλές από τις συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες. Οι πρώτες προσπάθειες για την βελτίωση της ανθρώπινης υγείας ξεκίνησαν με τα φυτικά φάρμακα. Συγκεκριμένα από την εποχή του λίθου γίνονται αναφορές σε τέτοιου είδους θεραπείες, με την χρήση ολόκληρων φυτών ή μέρος αυτών, για την φροντίδα των βαρέως πασχόντων ασθενών (Αποστόλου, 2013). Οι ρίζες της αρωματοθεραπείας χρησιμοποιούνται από την αρχαία εποχή, στην Περσία, την Ινδία και την Αίγυπτο από το 3000 π.Χ. Στην Ινδία χρησιμοποιούσαν σανταλόξυλο, μύρο, τζίντζερ, κανέλα και κορίανδρο για θρησκευτικούς και θεραπευτικούς σκοπούς. Αντίθετα, στην Αίγυπτο, χρησιμοποιούσαν κέδρο, κανέλα, μύρο, λιβάνι και αιθέρια έλαια. Η χρήση των αιθέριων ελαίων (κέδρου και λιβανιού) είναι ιδιαίτερα γνωστή για την διατήρηση των περίφημων μουμιών μέχρι σήμερα (Lawless, 1992). Η επιρροή των Αιγυπτίων ήταν εμφανής και στους Έλληνες το 425 π.Χ. περίπου, όπου ο Ηρόδοτος και ο Ιπποκράτης κατέγραψαν τη μέθοδο απόσταξης του τερεβινθέλαιου καθώς και άλλες λεπτομέρειες σχετικά με τα αρωματικά υλικά.

Κατά τον Μεσαίωνα, στην Ευρώπη, καλλιεργούσαν ευρέως βότανα και αρωματικά φυτά ενώ γινόταν για πρώτη φορά γνωστές οι ιδιότητες και οι χρήσεις του αιθέριου ελαίου της λεβάντας (Dalby, 2000). Κατά την Αναγέννηση η χρήση των αιθέριων ελαίων ήταν πλέον πολύ διαδεδομένη και στον Φαρμακευτικό Κώδικα της Γερμανίας όπου καθιερώθηκαν οι γνωστοί βοτανικοί κήποι στα Πανεπιστήμια που δίδασκαν την Ιατρική και πραγματοποιήθηκε ο διαχωρισμός των αρωματοποιών από τους φαρμακοποιούς. Στην αρχή του 20ου αιώνα ο πατέρας της σύγχρονης αρωματοθεραπείας ο Gattefossé ανέλυσε τα συστατικά των αιθέριων ελαίων και τις ιδιότητές τους. Ήταν ο πρώτος που διαπίστωσε ότι τα αιθέρια έλαια απορροφώνται μέσω της επιδερμίδας και είναι πιο αποτελεσματικά όταν χρησιμοποιούνται ολόκληρα παρά τα συνθετικά παράγωγά τους ή μόνο τα δραστικά τους συστατικά (Lawless, 1992). Σήμερα, η αρωματοθεραπεία έχει χωριστεί σε δύο κλάδους, την Αισθητική που αφορά στην βελτίωση της επιφάνειας του δέρματος και την Κλινική Αρωματοθεραπεία, όπου ασχολείται ολοκληρωτικά με το άτομο στοχεύοντας να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας και της ευεξίας του (Price, 1995).

Πρόκειται για μία θεραπεία η οποία χρησιμοποιεί αιθέρια έλαια, με σκοπό να προάγει την υγεία και την ευεξία. Η λέξη “άρωμα” σημαίνει οσμή, μυρωδιά ιδιαίτερης ποιότητας, ενώ με τη λέξη “θεραπεία” εξηγείται η χρήση των αιθέριων ελαίων με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται η ίαση. Τα αιθέρια έλαια είναι το αρωματικό μέρος των φυτών και παράγονται κυρίως με την μέθοδο της απόσταξης ή της ψυχρής έκθλιψης. Παρόμοια με αυτή μέθοδο είναι και η Ανθοθεραπεία, η οποία χρησιμοποιεί εκχυλίσματα ανθέων (Price, 1995). Τα αιθέρια έλαια δίνουν την χαρακτηριστική μυρωδιά η οποία εκκρίνεται από ειδικούς αδένες και κύτταρα που βρίσκονται σε διάφορα μέρη του φυτού όπως στον φλοιό, τους σπόρους, τα άνθη, τις ρίζες, τα φύλλα και το ξύλο του. Όλα τα φυτά δεν περιέχουν την ίδια ποσότητα αιθέριων ελαίων. Αναλυτικότερα, στην αρωματοθεραπεία χρησιμοποιούνται 40 διαφορετικά θεραπευτικά αιθέρια έλαια. Τα πιο δημοφιλή από αυτά είναι το γεράνι, το γιασεμί, το δεντρολίβανο, το χαμομήλι, η λεβάντα, το λεμόνι, η μαντζουράνα και η μέντα (Μαντούδη, 2019 και Tisserand, 1995). Τα αιθέρια έλαια χαρακτηρίζονται από τρεις ιδιότητες:

- α. Την ικανότητα εισχώρησής τους στο δέρμα.
- β. Τις αντισηπτικές τους ιδιότητες.
- γ. Τις θεραπευτικές ιδιότητες του φυτού που τα παράγει.

Έτσι, λοιπόν, υπάρχουν αιθέρια έλαια που διαθέτουν αναλγητική, αντιμικροβιακή, αντισηπτική, αντιφλεγμονώδη, καταπραϋντική, επουλωτική, αιμοστατική, διουρητική, αποχρεμπτική ή ακόμη και συνδυαστική δράση (Τσόμπανου και συν., 2004).

Συνήθως, τα αιθέρια έλαια χρησιμοποιούνται διαλυμένα όμως η εφαρμογή της αρωματοθεραπείας προσαρμόζεται ανάλογα με την φυσική κατάσταση του ατόμου και την συμπτωματολογία του. Η εφαρμογή της ολιστικής θεραπείας και η χρήση των αιθέριων ελαίων πρέπει να γίνεται αποκλειστικά από εξειδικευμένους

επαγγελματίες, με πείρα και εμπειρία, παρόλο που θεωρούνται φυσικά εκχυλίσματα. Τα αιθέρια έλαια απορροφώνται από το δέρμα και τους βλεννογόνους μέσα σε μισή ώρα από την επαφή μαζί τους και μέσω των τριχοειδών αγγείων μπαίνουν στην κυκλοφορία του αίματος. Με βάση τις ιδιότητές τους μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εξής (Price, 1993):

- Για εισπνοές, για αρωματισμό χώρου.
- Για μπάνια, κομπρέσες και πλύσεις.
- Για μασάζ, διαλυμένα σε φυτικά λάδια.

3.2.2 Βελονισμός

Ο βελονισμός χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση ποικίλων συμπτωμάτων, αλλά και νοσημάτων για παραπάνω από 4.000 χρόνια. Πρόκειται για μία μέθοδο η οποία αποτελεί βασικό συστατικό της παραδοσιακής κινέζικης ιατρικής, σύμφωνα με την οποία η τεχνική αυτή ενεργεί διορθώνοντας την ισορροπία της ενέργειας στο σώμα (Λλεσι Μεριεμε, 2018). Σύμφωνα με την κινέζικη ιατρική η ενέργεια ενός οργανισμού σχετίζεται με ορισμένα κανάλια ενέργειας του σώματος. Η ενέργεια αυτή έχει δύο μορφές το Γιν και το Γιανγκ, οι οποίες είναι αντίθετες και συμπληρώνουν η μία την άλλη. Το Γιν σχετίζεται με την διατήρηση και την αποθήκευση της εσωτερικής ενέργειας και το Γιανγκ σχετίζεται με την κατανάλωση της ενέργειας αυτής. Όταν βρίσκονται σε ισορροπία αυτά τα δύο σημαίνει ότι υπάρχει υγεία, ενώ όταν δεν βρίσκονται υπάρχει ασθένεια (Μαντούδη, 2019).

Ο βελονισμός είναι μία από τις κυριότερες θεραπευτικές μεθόδους της κινέζικης ιατρικής. Αποτελεί μία ασφαλή μορφή θεραπείας για την αντιμετώπιση κυρίως του πόνου και είναι απαραίτητο να ασκείται από επαγγελματίες υγείας με πιστοποιημένη άδεια άσκησης (Shengelia, 2013). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τον βελονισμό ως την διαδερμική εισαγωγή συμπαγούς βελόνας σε συγκεκριμένα βελονιστικά σημεία της επιφάνειας του σώματος, μέσω της οποίας στοχεύεται η εξισορρόπηση της ενεργειακής ροής στο σώμα και επιχειρείται η διέγερση, προκλητή ή αυτόματη, συγκεκριμένων νευρικών οδών. Υπάρχουν ποικίλες τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του βελονισμού. Οι κυριότερες από αυτές είναι το μασάζ με βελονισμό, η απλή βελόνα, η ηλεκτροπάθεια και ο βελονισμός θερμότητας, όμως μόνο η απλή βελόνα και ο ηλεκτρο-βελονισμός ασκούνται από το Εθνικό Σύστημα υγείας (Yar, 2016). Πολύ σημαντική, πριν την εκτέλεση του βελονισμού, είναι η συγκατάθεση του ασθενούς, καθώς και η κρίση του επαγγελματία υγείας για το αν ο ασθενής είναι σε θέση να δεχθεί αυτή τη διαδικασία. Η κατάσταση του ασθενούς και η διάγνωση του καθορίζουν τον αριθμό των σημείων προς την διέγερση, το βάθος της εισαγωγής της βελόνας, την συχνότητα και την διάρκεια των συνεδριών. Συνήθως, οι βελόνες παραμένουν στο σώμα για περίπου 30 λεπτά, ενώ οι ημιμόνιμες βελόνες παραμένουν για μέρες ή εβδομάδες (Μαντούδη, 2019). Αντενδείξεις βελονισμού (Yar, 2016):

- Ο βελονισμός στην κάτω κοιλιακή χώρα, οσφυϊκή χώρα και τις ιερές περιοχές των εγκύων εντός του πρώτου τριμήνου.
- Σε ασθενείς που λιμοκτονούν από τη πείνα.
- Σε σοβαρή κόπωση/εξάντληση.
- Σε μεταλλική αλλεργία και βελονοφοβία.
- Ο ηλεκτρο-βελονισμός σε άτομα με βηματοδότη ή εμφυτευμένες συσκευές.
- Σε σήψη.

3.2.3 Ομοιοπαθητική

Ιδιαίτερα γνωστή στο πέρασμα των αιώνων ήταν και η ομοιοπαθητική, η οποία αναπτύχθηκε από τον Γερμανό Samuel Hahnemann (1755-1843) που βασική αρχή της θεωρίας του ήταν η «*Similia similibus curantur* (“Τα όμοια θεραπεύονται από τα όμοια”))». Η θεωρία αυτή εννοεί πως η κατάλληλη θεραπευτική ουσία για μια πάθηση είναι εκείνη η ουσία που όταν δοθεί σε ένα υγιές άτομο, παράγει τα ίδια συμπτώματα που παρουσιάζει και ο ασθενής (Weiner, 1992).

Η Ομοιοπαθητική εμφανίστηκε όμως την εποχή που ξεκινούσε η άνοδος του βιοϊατρικού μοντέλου και ήταν από τις πρώτες που το αμφισβητήθηκαν. Ήδη από τα τέλη του 18ου αιώνα ο Franz-Anton Mesmer, με τη θεωρία του περί ζωικού μαγνητισμού (που οδήγησε στην υπνωτιστική μέθοδο) και ο Samuel Hahnemann, με το σύστημα της Ομοιοπαθητικής, προσπάθησαν να διαμορφώσουν εναλλακτικές προτάσεις, με αποτέλεσμα να υπάρξει η ραγδαία ανάπτυξη της ομοιοπαθητικής (Πεφάνης, 2004).

Η ομοιοπαθητική θεωρείται ένα ολοκληρωμένο σύστημα ιατρικής το οποίο αποτελεί μια μορφή ΣΕΘ για διάφορες παθήσεις καθώς και για τον καρκίνο, στοχεύοντας στην διέγερση των μηχανισμών αυτοϊασης. Αναλυτικότερα, η ομοιοπαθητική βασίζεται σε μια θεραπευτική αντίδραση από μικρές δόσεις μιας ουσίας, της οποίας οι υψηλές δόσεις προκαλούν συμπτώματα παρόμοια με εκείνα που εμφανίζονται στον ασθενή λόγω της πάθησης, δηλαδή η ασθένεια θεραπεύεται από ένα φάρμακο που προκαλεί στον υγιή τα ίδια νοσηρά συμπτώματα με αυτά της ασθένειας (Jargin, 2015). Στηρίζεται σε μικροσκοπικές ποσότητες βοτάνων, ορυκτών και ουσίες ζωικής προέλευσης για να διεγείρει τις φυσικές άμυνες του οργανισμού και να τον βοηθήσει να αυτό-θεραπευτεί (Dollemore et al., 2004). Πρόκειται για μια εξατομικευμένη θεραπεία η οποία μπορεί να είναι μακροχρόνια. Για αυτό το λόγο οι ομοιοπαθητικοί γιατροί λαμβάνουν εκτεταμένο ιστορικό με πολλές πληροφορίες και για τις συνήθειες των ασθενών τους. Η ομοιοπαθητική πρόκειται για μία αποτελεσματική μέθοδος η οποία έχει μικρό κόστος και μπορεί να μειώσει τη χρήση των φαρμακευτικών προϊόντων που έχουν γνωστές ανεπιθύμητες ενέργειες (Βαρθολομαίος, 2005).

3.2.4 Ρεφλεξολογία

Η ανάπτυξη και οι θεωρίες της ρεφλεξολογίας ξεκινούν τουλάχιστον 5.000 χρόνια πριν όταν οι Κινέζοι εξασκούσαν μία μορφή πιεσοθεραπείας με αρχές παρόμοιες με εκείνες του βελονισμού. Έπειτα οι αρχαίοι Αιγύπτιοι χρησιμοποιούσαν παρόμοιες μεθόδους περίπου το 3.000 π.Χ. όπως φαίνεται από κάποιες τοιχογραφίες σε τάφους, στις οποίες τα πόδια κρατιούνται και τρίβονται με ένα συγκεκριμένο τρόπο. Όσο αναφορά την ρεφλεξολογία στην αρχαία Ελλάδα οι πρώτες προσπάθειες ξεκίνησαν από τον Ιπποκράτη (460- 377 π.Χ.), ο οποίος εφάρμοζε την τεχνική της φλεβοτομίας, δηλαδή μια τεχνική αφαίμαξης ή ίσως και μια μορφή βελονισμού (Kunz et al., 2012). Η Αμερικανίδα φυσικοθεραπεύτρια Eunice Ingham (1879 – 1974) θεωρείται η μητέρα της σύγχρονης ρεφλεξολογίας και η θεωρία της επικεντρώνεται στα αντανακλαστικά των ποδιών και περιλαμβάνει ένα ειδικό είδος μασάζ τόσο στα πέλματα όσο και στα δάχτυλα και το πάνω μέρος των ποδιών (Κορνέζη, 2018 και Μαντούδη, 2019).

Ο όρος ρεφλεξολογία προέρχεται από την αγγλική λέξη reflex που σημαίνει αντανακλαστικό και την ελληνική κατάληξη -λογία. Η ρεφλεξολογία είναι μια εναλλακτική τεχνική στην ιατρική με σκοπό την ολοκληρωμένη προσέγγιση σε θέματα υγείας ενσωματώνοντας το σώμα, το μυαλό και το πνεύμα. Με τον όρο, λοιπόν, ρεφλεξολογία εννοούμε την μελέτη της αντίδρασης συγκεκριμένων σημείων του σώματος. Πιο συγκεκριμένα, η ρεφλεξολογία είναι μία ήπια μέθοδος που χρησιμοποιεί δαχτυλοπίεση σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος τα οποία υποστηρίζεται ότι αντιστοιχούν σε όλο το σώμα. Αυτό υλοποιείται κυρίως στα πόδια, στα χέρια και στο αυτί. Η επιλογή των σημείων αυτών γίνεται, διότι τα άκρα συνδέονται με όλα τα άλλα μέρη και τα εσωτερικά όργανα του ανθρώπινου σώματος και υπάρχει σύνδεση μεταξύ οργάνων, συστημάτων και διεργασιών και η αντίδραση των αντανακλαστικών σημείων είναι η καλύτερη (Emborg, 2016 και Μαντούδη, 2019 και Δάνα, 2019). Οι ρεφλεξολόγοι εφαρμόζουν την μέθοδο αυτή κυρίως στο πέλμα, διότι εκεί υπάρχουν 7.200 νευρικές απολήξεις οι οποίες ενεργοποιούνται με ειδικές πιέσεις με τον αντίχειρα, τα δάχτυλα ή με ειδικά μαλακά ρεφλεξολογίας. Οι πιέσεις αυτές προκαλούν ένα αντανακλαστικό ερέθισμα σε κάθε σημείο και όργανο του ανθρώπινου σώματος (Gillanders, 2008).

3.2.5 Μουσικοθεραπεία

Από την εποχή των αρχαίων Ελλήνων μέχρι σήμερα, οι φιλόσοφοι, οι ιστορικοί και οι επιστήμονες έχουν τονίσει την αποτελεσματικότητα της μουσικής στη θεραπεία ποικίλων νόσων που επηρεάζουν το σώμα και τον ψυχικό κόσμο. Ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης έκαναν αναφορές στην επίδραση που είχε η μουσική στην ίαση των ασθενειών αλλά και στη βελτίωση της συμπεριφοράς των ανθρώπων. Οι μύθοι σχετικά με τις θεραπευτικές ιδιότητες της μουσικής εμφανίζονται πριν από χιλιάδες χρόνια. Πιο συγκεκριμένα, η έννοια την μουσικής ως θεραπευτικό μέσο έχει αναφερθεί στην αρχαιότητα από τον Πλάτωνα, τον Αριστοτέλη, τον Πυθαγόρα, τον Δημόκριτο καθώς και από τους Ρωμαίους (Δρίτσας, 2002, Γεωργιάδη, 2007).

Η προσθήκη μουσικής στο θεραπευτικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση του καρκίνου εστιάζει περισσότερο στην αντιμετώπιση του πόνου ή κατηγοριοποιείται στο πλαίσιο της παρηγορητικής φροντίδας. Η λέξη μουσικοθεραπεία προέρχεται από δύο λέξεις, την μουσική και την θεραπεία. Το πρώτο συνθετικό της λέξης αφορά τα ηχητικά ερεθίσματα που δέχεται ο ασθενής, ενώ το δεύτερο συνθετικό της λέξης αφορά την πλήρη ίαση και αποκατάσταση του οργανισμού. Στις θεραπείες της μουσικοθεραπείας περιλαμβάνονται η σύνθεση στίχων, ο αυτοσχεδιασμός μουσικής από τους ασθενείς, τα θεραπευτικά μουσικά μαθήματα, το τραγούδι και εικόνες συνοδευόμενες από τραγούδια και ακρόαση μουσικής (Magill, 2009).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Μουσικοθεραπείας, η μουσικοθεραπεία είναι η χρήση της μουσικής, του ήχου, του ρυθμού ακόμα και της μελωδίας για την επίτευξη εξατομικευμένων στόχων σε θεραπευτική σχέση από έναν διαπιστευμένο επαγγελματία, ο οποίος έχει ολοκληρώσει ένα εγκεκριμένο πρόγραμμα μουσικοθεραπείας (Mofredj et al., 2016).

3.2.6 Βοτανοθεραπεία - Φυτοθεραπεία

Τα βότανα αποτελούν την παλαιότερη και πιο διαδεδομένη χρησιμοποιούμενη μορφή φαρμάκων. Η χρήση των βοτάνων για τη θεραπεία κάποιας νόσου χρονολογείται σε πολλούς πολιτισμούς από το 3000 π.Χ. (Βαρθολομαίος, 2005). Χαρακτηριστικά ο Ιπποκράτης τον 5ο αιώνα μ.Χ., πρότεινε τα φύλλα και το φλοιό του δέντρου ιτιάς (γένος *Salix*) για τον πόνο και τη φλεγμονή (Plotnikof, 2014). Η παραδοσιακή ιατρική με τα βότανα συνεχίστηκε για αιώνες, μέχρι τις αρχές της σύγχρονης εποχής όταν αναπτύχθηκε η επιστήμη και η χημεία. Επομένως σήμερα διαπιστώνεται πως πολλά από τα αλλοπαθητικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται βρίσκουν την προέλευση τους σε φυτικά προϊόντα, για παράδειγμα το ακετυλοσαλικυλικό οξύ (προέρχεται από τη λευκή ιτιά), η διγοξίνη (προέρχεται από την πορφυρή δακτυλίτιδα-*digitalis purpurea*), η μορφίνη (προέρχεται από τη μήκων η υπνοφόρος- ένα είδος παπαρούνας-*papaversomniferum*), η ατροπίνη (προέρχεται από τα φύλλα της μπελαντόνα) και η βινβλαστίνη (προέρχεται από την περικοκλάδα της Μαδαγασκάρης-*catharanthusroseus*) (Deconinck, 2017).

Η βοτανοθεραπεία ή αλλιώς φυτοθεραπεία είναι η χρήση φυτών και εκχυλίσματα φυτών που στοχεύουν στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας. Είναι μία μέθοδος που χρησιμοποιείται εδώ και χιλιάδες χρόνια και συνεχίζει μέχρι σήμερα να καταλαμβάνει ένα μέρος κεντρικής σημασίας σε πολλές θεραπευτικές παραδόσεις του κόσμου (Plotnikof, 2014). Η χρήση φυτικών θεραπειών αποτελεί γνωστή μέθοδο για τη θεραπεία του πόνου και την προώθηση της ευημερίας. Ευρέως γνωστά συστήματα βοτανοθεραπείας είναι η παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική και η Αγιουβέρδα (Fanelli, 2015). Η Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική βασίζεται στην Κινέζικη κοσμολογία πως το σύμπαν θεωρείται σαν μια άπειρη, αδιαίρετη οντότητα και κύρια έννοια της είναι η ενέργεια *Chi*, που είναι η κινητήριος δύναμη των φαινομένων της ζωής,

σύμφωνα με τον συγκεκριμένο πολιτισμό. Αντίστοιχα, η Αγιουβέρδα είναι παραδοσιακή ινδική ιατρική, η οποία αναφέρεται γενικά στον τρόπο ζωής περιλαμβάνοντας συμβουλές για την αναπνοή, τη διαίτα, τις μαλάξεις, τον καθαρισμό, την άσκηση, τη σεξουαλική ζωή και τη χρήση κοσμημάτων (Βαρθολομαίος, 2005).

Επίσης, είναι σημαντικό να επισημανθεί πως στις μέρες μας η βοτανοθεραπεία χρησιμοποιείται για την επίλυση πολλών προβλημάτων υγείας όπως αλλεργίες, κόπωση, ημικρανίες, δερματικά προβλήματα, εγκαύματα. Στις περιπτώσεις των ογκολογικών ασθενών πράττεται μόνο συμπληρωματικά. Αξιοσημείωτο βέβαια είναι πως δεν έχουν όλα τα βότανα άμεσα αποτελέσματα στα χρόνια προβλήματα υγείας. Για κάποιες μακροπρόθεσμες παθήσεις, ίσως χρειαστεί να πάρει κάποιος ασθενής ένα βότανο για αρκετό καιρό μέχρι να επέλθουν αποτελέσματα. Ορισμένα από τα πιο γνωστά βότανα είναι τα παρακάτω (Μαντούδη, 2019 και Dollemore et al., 2004):

- **Αλόη:** Κυρίως σε τοπικά δερματικά προβλήματα.
- **Γαϊδουράγκαθο:** Μειώνει την ηπατοτοξικότητα και τη νεφροτοξικότητα πολλών χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.
- **Λιβάνι:** Επιδρά στο περιοφθαλμικό εγκεφαλικό οίδημα.
- **Πράσινο τσάι:** Διαθέτει ικανότητες προφύλαξης από τον καρκίνο του μαστού, του προστάτη, των ωοθηκών και του πνεύμονα.
- **Σκόρδο:** Διαθέτει ικανότητες προφύλαξης κατά του καρκίνου, της αθηροσκλήρυνσης και της ήπιας υπέρτασης.
- **Φαρμακευτική Κάνναβη:** Τα τελευταία χρόνια διερευνάται η ευεργετικότητα της και χρησιμοποιείται κυρίως για την αντιμετώπιση του πόνου, της ανορεξίας και της ναυτίας.
- **Κόκκινο Τριφύλλι:** Έχει δράση κυρίως κατά του καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών.
- **Συνένζυμο Q10:** Είναι ένα ένζυμο το οποίο παράγεται φυσιολογικά από τον οργανισμό αλλά το συμπλήρωμα του προφυλάσσει τον οργανισμό από την καρδιοτοξικότητα μερικών χημειοθεραπευτικών σκευασμάτων.

3.2.7 Γιόγκα

Η γιόγκα είναι μία πρακτική που προέρχεται από την Ινδία και ανήκει στην κατηγορία των συμπληρωματικών και εναλλακτικών παρεμβάσεων που είναι γνωστές ως θεραπείες σώματος και μυαλού. Στόχος της είναι να βελτιώσει την ικανότητα του νου να επιδρά στις σωματικές λειτουργίες και τα συμπτώματα (Kramlich, 2014, Μαντούδη, 2019). Η λέξη γιόγκα (yoga) προέρχεται από την σανσκριτική ρίζα “yuj” που σημαίνει ενώνω-ένωση, μεταξύ νου, σώματος και πνεύματος (“to yoke”, “to join”). Στην παραδοσιακή της μορφή η πρακτική της γιόγκα περιλαμβάνει τεχνικές σωματικών ασκήσεων (asanas), μεθόδων αναπνοής (pranayama), διαλογισμού (dhyana), ψαλμών (mantras) και διδασκαλιών φιλοσοφικών θεωριών (sutras), με

σκοπό την προαγωγή της υγείας και της χαλάρωσης (Satchidananda, 2011).

3.2.8 Χειροπρακτική

Η χειροπρακτική αναπτύχθηκε το 1895 από τον Καναδό D.D. Palmer, ο οποίος αποκατέστησε τυχαία την ακοή ενός ασθενούς κατά τη διάρκεια που έκανε χειρισμούς στη σπονδυλική του στήλη. Πιο συγκεκριμένα στην χειροπρακτική οι ειδήμονες χρησιμοποιούν τα χέρια για να διευθετήσουν σωστά τις αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης και των άκρων. Βέβαια εκτός από τους θεραπευτικούς χειρισμούς στα μαλακά μέρη, δίνονται οδηγίες και για τον τρόπο ζωής, τη στάση του σώματος και ασκήσεις στο σπίτι, συνδυασμός απαραίτητος για την επιτυχημένη θεραπεία (Βαρθολομαίος, 2005).

3.2.9 Προοδευτική μυϊκή χαλάρωση

Η χαλάρωση είναι ένας όρος που περιλαμβάνει πολλές διαφορετικές τεχνικές όπως είναι η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, οι αναπνευστικές ασκήσεις και ο διαλογισμός. Οι τεχνικές χαλάρωσης μπορούν να εφαρμόζονται πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά από τις ιατρικές πράξεις για περίπου 20- 30 λεπτά. Οι τεχνικές αυτές βοηθούν στην καταπολέμηση της άπνειας, της κατάθλιψης και της ναυτίας που δημιουργούνται από την χημειοθεραπεία (Βαλλνέφερ και συν., 1978 και Μαντούδη, 2019).

3.2.10 Συμπληρώματα διατροφής

Αρκετοί άνθρωποι ακόμα και υγιείς καταναλώνουν συστηματικά σκευάσματα βιταμινών και ιχνοστοιχείων, ελπίζοντας ότι με τον τρόπο αυτό θα αποτρέψουν ή θα θεραπεύσουν διάφορες παθολογικές καταστάσεις ή ακόμα θα τους κάνουν να αισθανθούν καλύτερα. Η λήψη τέτοιων σκευασμάτων ενδείκνυται μόνο όταν υπάρχει ένδειξη για ανεπάρκεια κάποιας συγκεκριμένης βιταμίνης ή ιχνοστοιχείου μετά από τις κατάλληλες εξετάσεις (John et al., 2016). Συγκεκριμένα για τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα έχει διαπιστωθεί ότι οι υψηλές δόσεις αντιοξειδωτικών, ιδιαίτερα της βιταμίνης A, είναι δυνατό να μειώσουν την αποτελεσματικότητά τους επί των καρκινικών κυττάρων. Η συχνή χορήγηση ορισμένων βιταμινών σε υψηλές δόσεις, όπως έδειξαν σχετικές μελέτες για την περίπτωση της συγχορήγησης β-καροτενίου με βιταμίνη A και βιταμίνη E, σε περιπτώσεις καρκίνων του γαστρεντερικού συστήματος, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, ακόμα και στο θάνατο. Από τα ιχνοστοιχεία που χρησιμοποιούνται στα συμπληρώματα διατροφής, μόνο το σελήνιο και το μαγνήσιο έχουν ένδειξη για συστηματική χορήγηση κατά τη διάρκεια των χημειοθεραπειών, αφού προηγηθεί η τακτική μέτρηση των επιπέδων τους στο αίμα. Τέλος, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι κανένας διατροφικός συνδυασμός ή συμπλήρωμα διατροφής δεν μπορεί να θεραπεύσει τον καρκίνο (Hübner et al., 2013).

3.2.11 Κατευθυντήριος οραματισμός

Ο κατευθυντήριος οραματισμός θεωρείται ένα είδος διαλογισμού που μπορεί να χρησιμοποιηθεί με κύριο σκοπό τη μείωση του άγχους, της κατάθλιψης, του πόνου και την αύξηση της γαλήνης και της ευημερίας. Τα οφέλη της συγκεκριμένης μεθόδου διερευνώνται ακόμα γιατί βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο και μπορεί να εφαρμοστεί μόνο συμπληρωματικά με κάποια συμβατική θεραπεία. Τα βραχυπρόθεσμα όμως οφέλη του είναι η βελτίωση της κυκλοφορίας, της εφίδρωσης και της χαλάρωσης (Chik et al., 2017, Μαντούδη, 2019).

3.3 Χαρακτηριστικά χρηστών συμπληρωματικών - εναλλακτικών θεραπειών

Σύμφωνα με πολλές έρευνες οι ερευνητές έχουν καταλήξει πως δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος τύπος ανθρώπου που χρησιμοποιεί μη συμβατική ιατρική. Έτσι υποστηρίζουν πως είναι πλήρως λανθασμένο να μιλάμε για τους ασθενείς ΣΕΘ σαν να πρόκειται για μια ομοιογενή ομάδα. Οι ασθενείς που συμβουλευονται διαφορετικούς τύπους συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών έχουν διαφορετικές πεποιθήσεις για την υγεία και διαφορετικά επίπεδα σκεπτικισμού για την συμβατική ιατρική και δεν εκπίπτουν σε δύο ευδιάκριτες ομάδες. Με αυτό εννοούμε πως ειδικότερα σήμερα με την πληθώρα επιλογών που υπάρχει η αποτελεσματικότητα της συμβατικής ιατρικής συνδυάζεται και με άλλα ζητήματα όπως η ανησυχία για τον πλανήτη, πιο υγιεινές προτάσεις ζωής, η πεποίθηση για τη σημασία της ψυχικής διάθεσης και η ανησυχία για τη φύση της θεραπείας. Οι περισσότερες έρευνες στη Βρετανία και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, δείχνουν τα εξής (Merrijoy et al., 2003):

- Σχετικά μεγαλύτερο αριθμό γυναικών έναντι των ανδρών, μεταξύ των χρηστών ΣΕΘ.
- Η πλειοψηφία των ασθενών είναι μεσήλικες και νέοι ενήλικες.
- Έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο.
- Αντιπροσωπεύουν όλες τις κοινωνικές τάξεις με επικρατέστερη την μεσαία τάξη.

3.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στις συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες

Οι προσεγγίσεις ΣΕΘ περιέχουν μία ομάδα διαφορετικών πεποιθήσεων και πρακτικών, όπως πνευματικές θεραπείες, σκευάσματα που προέρχονται από φυτά ή ανόργανα στοιχεία, τεχνικές που βασίζονται σε χειρισμούς και ασκήσεις που γενικά δεν θεωρούνται μέρος της συμβατικής ιατρικής. Γενικά θεωρούνται ως συμπληρωματική πρακτική στην συμβατική ιατρική ή ως στρατηγική αυτο-φροντίδας (Chang et al., 2015).

Οι συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες προσφέρουν στους νοσηλευτές την ευκαιρία να παρέχουν ολιστική φροντίδα στους ασθενείς και να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα και την ανάκτηση της υγείας τους. Στην ολιστική φροντίδα επιδιώκεται

να θεραπευτεί ολόκληρο το άτομο, σε αντίθεση με τη θεραπεία των συμπτωμάτων του. Στη σύγχρονη εποχή, η δυνατότητα της ενσωμάτωσης των θεραπειών αυτών στη διαχείριση πολλών συμπτωμάτων του καρκίνου προσφέρει, τόσο στον ασθενή, όσο και στους νοσηλευτές τη δυνατότητα επιπλέον επιλογών για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών (Φωτιάδου, 2018).

Αναλυτικότερα, οι νοσηλευτές αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας και διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην περίθαλψη, την εκπαίδευση, την υπεράσπιση και τη λήψη αποφάσεων. Με αυτό τον τρόπο η νοσηλευτική πρακτική θα ενισχυθεί και ο ασθενής θα είναι στο επίκεντρο των νοσηλευτών (Hall et al., 2017).

Επομένως επιτακτική θεωρείται η ανάγκη, οι νοσηλευτές να κατανοήσουν όλες τις θεραπείες που υποβάλλονται οι ασθενείς τους και πώς επηρεάζουν αυτές οι θεραπείες τους ασθενείς, καθώς και απαραίτητη είναι η πρόσβαση των νοσηλευτών σε πόρους ενημέρωσης, ώστε να εξασφαλιστεί η επιβεβαίωση, ότι οι ασθενείς χρησιμοποιούν τις θεραπείες αυτές με ασφάλεια. Εκτός από αυτό βέβαια οι νοσηλευτές πρέπει να είναι πιο προσιτοί και ικανοί να συμμετέχουν σε ουσιαστικές συνομιλίες με τους ασθενείς σχετικά με τη χρήση συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών, ώστε να υπάρχει η πλήρης επιτυχία των θεραπειών (Φωτιάδου, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Μεθοδολογία της έρευνας

4.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της χρήσης των συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών σε ογκολογικούς ασθενείς.

4.2 Χώρος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Κρήτης, κατά την περίοδο Ιούνιος- Αύγουστος 2020.

4.3 Δείγμα της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 110 ογκολογικούς ασθενείς στο τμήμα ημερήσιας νοσηλείας του Βενιζελείου Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης.

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν:

- Να είναι ασθενείς με συμπαγείς καρκίνους ανεξαρτήτου σταδίου.
- Να είναι ενήλικες.
- Να έχουν δυνατότητα συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, δηλαδή να διαβάζουν και να μιλούν την ελληνική γλώσσα.
- Να έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο τουλάχιστον τρεις μήνες καθώς και ασθενείς που νοσηλεύονται ημερησίως.

4.4 Τρόπος συλλογής δεδομένων – ερευνητικό εργαλείο

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω της συμπλήρωσης ανώνυμων ερωτηματολογίων και αφορά στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού των προαναφερόμενων κλινικών. Η επιλογή των ερωτήσεων έγινε ύστερα από μελέτη της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας και περιλάμβανε 2 ενότητες:

1. Κοινωνικά - Δημογραφικά στοιχεία όπως ηλικία, φύλο, τόπος διαμονής, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα κ.ά.
2. Ερωτήσεις γνώσεων και στάσεων σχετικά με τις ΣΕΘ.

4.5 Δεοντολογία της έρευνας

Στα πλαίσια της δεοντολογίας της έρευνας κατατέθηκε το πρωτόκολλο προς έγκριση στη γραμματεία της Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου. Στην συνέχεια ζητήθηκε η άδεια από το νοσοκομείο της έρευνας (Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου). Επίσης υποβλήθηκε στους διευθυντές και τους προϊστάμενους την αντίστοιχη κλινικής για την ενημέρωση και αποκόμιση ειδικής αδείας. Ο κάθε ερωτώμενος ενημερωνόταν για το ερωτηματολόγιο και διευκρινιζόταν ότι ήταν καθαρά για ακαδημαϊκούς σκοπούς και ενημερωνόταν για τα δικαιώματά του:

- Το δικαίωμα της αυτοαπόφασης.

- Το δικαίωμα της δηκτικότητας .
- Το δικαίωμα για ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.
- Το δικαίωμα να μην υποστούν βλάβη.
- Το δικαίωμα της ίσης μεταχείρισης .

Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί ότι η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα ήταν εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσαν να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις ήταν απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας είχαν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν δημοσιεύτηκε, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο τηρήθηκε στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δέσμευσε τα μέλη της ερευνητικής ομάδας

4.6 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος IBM SPSS 26.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών των 110 ογκολογικών ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα. Στον έλεγχο συγκρίσεων στις κατανομές απαντήσεων σε σχετικές ερωτήσεις, υπολογίστηκαν κατά περίπτωση και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (95%ΔΕ). Η γραφική απεικόνιση των κατανομών (απόλυτων ή σχετικών) έγινε με το MS Excel 2016. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας επιλέχθηκε το 5%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Αποτελέσματα της έρευνας

5.1 Αποτελέσματα

Περιγραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Το 56,4% των ογκολογικών ασθενών της μελέτης ήταν γυναίκες (πίνακας 1), το 74,5% είχαν ηλικία 59+ ετών και το 61,8% ήταν έγγαμοι/ες. Στην εκπαίδευση το 27,3% είχαν ολοκληρώσει την αποφοίτηση από το Δημοτικό ή δεν είχαν εκπαίδευση, με σύζυγο

Πίνακας 1. Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά 110 ογκολογικών ασθενών συμμετεχόντων στην έρευνα.

		v	%
Φύλο:	<i>γυναίκα</i>	62	56,4
	<i>άνδρας</i>	48	43,6
Ηλικία:	<i><49</i>	9	8,2
	<i>49-58</i>	19	17,3
	<i>59+</i>	82	74,5
Οικογενειακή κατάσταση:	<i>Άγαμος/η</i>	5	4,5
	<i>Έγγαμος/η</i>	68	61,8
	<i>Διαζευγμένος/η</i>	9	8,2
	<i>Χήρος/α</i>	28	25,5
Επίπεδο εκπαίδευσης:	<i>Δεν πήγε σχολείο</i>	8	7,3
	<i>Δημοτικό</i>	22	20,0
	<i>Γυμνάσιο</i>	19	17,3
	<i>Λύκειο</i>	28	25,5
	<i>Τεχνική Σχολή</i>	20	18,2
	<i>Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ</i>	13	11,8
Διαβίωση με:	<i>σύζυγο</i>	48	43,6
	<i>σύζυγο και παιδιά</i>	22	20,0
	<i>γονείς</i>	1	0,9
	<i>μόνος/η</i>	32	29,1
	<i>άλλο</i>	7	6,4
Παιδιά:	<i>όχι</i>	21	19,1
	<i>ναι</i>	89	80,9
	Αριθμός <i>1</i>	23	26,5
	<i>2</i>	33	37,9
	<i>3+</i>	31	35,6
Επάγγελμα:	<i>Εργαζόμενος/η</i>	29	26,4
	<i>Άνεργος/η, Συνταξιούχος, Οικιακά</i>	81	73,6
Τόπος κατοικίας:	<i>Πόλη</i>	61	55,5
	<i>Χωριό</i>	49	44,5
Οικονομική κατάσταση:	<i>Πολύ καλή</i>	1	0,9

<i>Καλή</i>	14	12,7
<i>Μέτρια</i>	72	65,5
<i>Κακή</i>	23	20,9

διέμενε η πλειοψηφία τους ή το 43,6%, παιδιά δήλωσε ότι έχει το 80,9% εκ των οποίων 3+ παιδιά είχαν το 35,6%. Η μειοψηφία επίσης ή το 26,4% ήταν εργαζόμενοι/ες, το 55,5% διέμενε σε πόλη, ενώ το 86,4% ανέφερε μέτρια έως κακή την οικονομική τους κατάσταση.

Από τα είδη των νεοπλασιών των ασθενών που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη (**πίνακας 2**), με τη πιο συχνή νεοπλασία εμφανίζεται ο καρκίνος μαστού (35,5%) και έπονται ο αντίστοιχος του ήπατος (14,5%) και του παχέος εντέρου (14,5%).

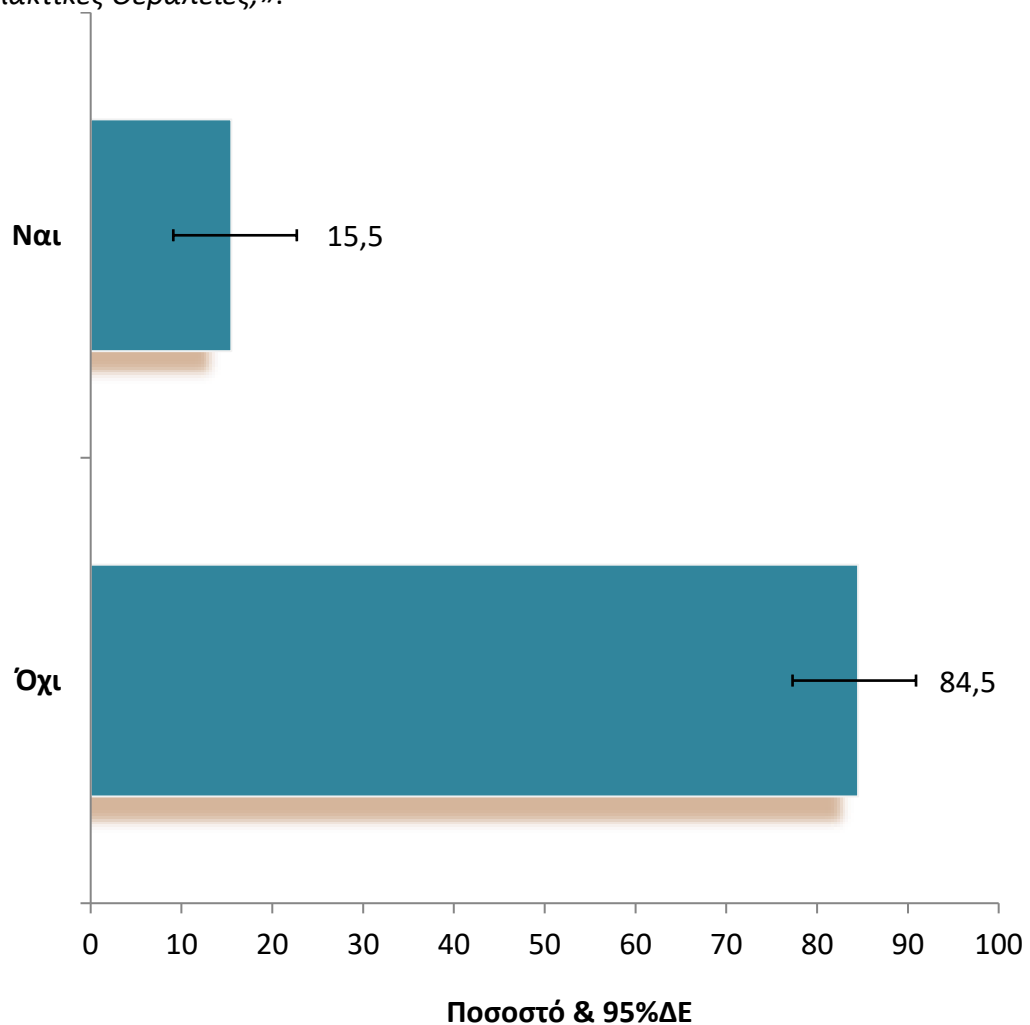
Πίνακας 2. Κατανομή νοσημάτων 110 ογκολογικών ασθενών συμμετεχόντων στην έρευνα.

	v	%
ΛΕΜΦΩΜΑ ΣΠΛΗΝΟΣ	1	0,9
ΜΑΛΛΑΝΩΜΑ ΗΠΑΡ	1	0,9
ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ	1	0,9
CA ΑΙΜΑ	1	0,9
CA ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ	4	3,6
CA ΕΝΤΕΡΟΥ	1	0,9
CA ΗΠΑΤΟΣ	1	0,9
CA ΚΟΛΟΝ	16	14,5
CA ΚΥΣΤΕΩΣ	2	1,8
CA ΛΑΡΥΓΓΑ	1	0,9
CA ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ	1	0,9
CA ΜΑΣΤΟΥ	39	35,5
CA ΜΗΤΡΑΣ	1	0,9
CA ΝΕΦΡΟΥ	1	0,9
CA ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ	2	1,8
CA ΟΡΘΟΥ	1	0,9
CA ΟΡΧΕΟΣ	1	0,9
CA ΠΑΓΚΡΕΑΣ	6	5,5
CA ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	7	6,4
CA ΠΝΕΥΜΟΝΑ	16	14,5
CA ΠΡΟΣΤΑΤΗ	3	2,7
CA ΣΤΟΜΑΧΟΥ	1	0,9
CA ΩΟΘΗΚΩΝ	2	1,8

Σε γενικές ερωτήσεις για τις Συμπληρωματικές & Εναλλακτικές Θεραπείες, οι ασθενείς της μελέτης όταν ρωτήθηκαν αν γνωρίζουν τι είναι, σημαντικά λιγότεροι ή 15,5% (n=17) αποκρίθηκαν καταφατικά ότι γνωρίζουν (σχήμα 1). Ωστόσο, στην διατύπωση του ορισμού για τις θεραπείες οι 17 ασθενείς έδωσαν πολυποικίλους ορισμούς που περιλαμβάνουν περισσότερο την έννοια του βελονισμού, της αρωματοθεραπείας, τη χρήση βοτάνων ή ομοιοπαθητικής (πίνακας 3).

Γενικές ερωτήσεις

Σχήμα 1. Απαντήσεις στην ερώτηση «Γνωρίζετε τι είναι οι Συμπληρωματικές και οι Εναλλακτικές Θεραπείες;».



Πίνακας 3. Κατανομή αποκρίσεων ανοικτού τύπου στην διατύπωση ορισμού συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών από 17 ογκολογικούς ασθενείς που εξέφρασαν την άποψη ότι γνωρίζουν τις θεραπείες.

<i>Συμπληρωματικές Θεραπείες είναι</i>	v
ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ	1
ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	1
ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ-ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	1
ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ-ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΑΖΙ ΜΕ ΚΛΑΣΣΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	1
ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ	1
ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΜΕ ΒΟΤΑΝΑΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΚΛΑΣΣΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	1
ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΌΠΩΣ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΜΑΖΙ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	1
ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	1
ΚΑΤΙ ΓΙΑ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΥΓΕΙΑ	1
ΚΑΤΙ ΕΚΤΟΣ ΑΠΌ ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	1
ΚΑΤΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΠΌ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	1
ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ	1
ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΑΖΙ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	1
ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΜΑΖΙ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	1
ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΤΗΣ ΚΛΑΣΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	1
<i>Εναλλακτικές Θεραπείες είναι</i>	
ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ-ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	1
ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ-ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΩΡΙΣ ΚΛΑΣΣΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	1
ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ-ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ	1
ΕΚΤΟΣ ΤΗΣ ΠΕΠΑΤΗΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	1
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΑ ΑΠΌ ΤΗΝ ΚΛΑΣΣΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	1
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΩΡΙΣ ΦΑΡΜΑΚΑΠ.Χ. ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ	1
ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΌΠΩΣ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΧΩΡΙΣ ΆΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	1
ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΧΩΡΙΣ ΤΙΣ ΚΛΑΣΣΙΚΕΣ	1
ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΧΩΡΙΣ ΦΑΡΜΑΚΑ	1
ΚΑΤΙ ΓΙΑ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΥΓΕΙΑ	1
ΚΑΤΙ ΕΚΤΟΣ ΑΠΌ ΤΙΣ ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	1
ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ	1
ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ	1

Σχετικά με τις Συμπληρωματικές θεραπείες (πίνακας 4), μόλις 3 ασθενείς στους 110 ή το 3,7% δήλωσαν ότι είχαν στο παρελθόν κάποιο πρόβλημα υγείας και έκαναν χρήση σχετικής θεραπείας και αυτό αφορούσε ημικρανίες, πόνους στη μέση και αρθρίτιδα. Στην ενημέρωση επίσης, 7,3% δήλωσαν ότι έχουν ενημερωθεί για τη χρήση Συμπληρωματικών θεραπειών, όπου η πλειοψηφία τους ή 5 ασθενείς ανάφεραν ως πηγή τους φίλους/οικογένεια. Στην επιλογή θεραπείας, 7 ασθενείς ή το

6,4% δήλωσαν ότι επέλεξαν μια θεραπεία τουλάχιστον, όπου η πλειοψηφία επίσης (n=6) το έκανε αφού το σύστησε φίλος/συνάδελφος που είχε θετική εμπειρία.

Συμπληρωματικές Θεραπείες

Πίνακας 4. Συχνότητα αποκρίσεων 110 συμμετεχόντων στην έρευνα σε ερωτήσεις που αφορούν τις Συμπληρωματικές Θεραπείες.

	όχι	ναι
	n (%)	
Είχατε στο παρελθόν κάποιο πρόβλημα υγείας και χρησιμοποιήσατε κάποια μέθοδο Συμπληρωματικής Θεραπείας;	107 (97,3)	3 (3,7)
Εάν ναι τι πρόβλημα;		
ημικρανίες		1
πόνους στη μέση		1
ρευματοειδή αρθρίτιδα		1
Τους τελευταίους έξι μήνες και αφού αρρωστήσατε από το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας για το οποίο και νοσηλεύεστε σήμερα, χρησιμοποιήσατε κάποια μέθοδο Συμπληρωματικής Θεραπείας;	109 (99,1)	1 (0,9)
Έχετε ενημερωθεί για τη χρήση των Συμπληρωματικών Θεραπειών;	102 (92,7)	8 (7,3)
τρόποι ενημέρωσης		
Φίλοι/οικογένεια		5
Μ.Μ.Ε./Διαδίκτυο		4
Βιβλία/περιοδικά		3
Νοσοκομείο - διεπιστημονική ομάδα		2
Επιλέξατε μία ή περισσότερες από τις μεθόδους Συμπληρωματικής Θεραπείας;	103 (93,6)	7 (6,4)
λόγοι		
Μου την σύστησε ένας φίλος/συνάδελφος που είχε θετική εμπειρία		6
Γιατί είναι συμβατή με την ιδεολογία και τον τρόπο ζωής μου		3
Οι γονείς/συγγενείς μου τις χρησιμοποιούν για τα προβλήματα υγείας τους		1

Στις μεθόδους χρήσης, στο διάστημα και στην ικανοποίηση/χρηστικότητα (πίνακας 5), αναφέρονται από τους περισσότερους ο βελονισμός (n=7) με 4,4 μήνες μέσο χρόνο εφαρμογής και λίγο περισσότερο από μέτρια ικανοποίηση (μέση τιμή 3,43 με μέγιστη το 5,0). Ακολουθούν η αρωματοθεραπεία και η ομοιοπαθητική με 2 ασθενείς. Από τη χρήση, κανείς από τους 7 ασθενείς δεν εμφάνισε παρενέργειες (πίνακας 6), οι 5 ζήτησαν τη γνώμη του θεράποντα ιατρού για τη συνδυαστική χρήση,

οι 7 επέλεξαν τελικά τουλάχιστον μια θεραπεία όπου η πλειοψηφία επίσης (n=6) το έκανε αφού το σύστησε φίλος/συνάδελφος που είχε θετική ανάλογη εμπειρία. Σε ερώτηση επίσης που αφορά το σύνολο των ασθενών όπως «Γνωρίζετε ότι πολλές Συμπληρωματικές Θεραπείες βελτιώνουν τα συμπτώματα της νόσου ή των θεραπειών;», το 30,9% ή 34 ασθενείς αποκρίνονται καταφατικά.

Πίνακας 5. Απαντήσεις στην ερώτηση «Ποια από τις παρακάτω μεθόδους συμπληρωματικής θεραπείας χρησιμοποιείτε ή χρησιμοποιήσατε τους τελευταίους έξι μήνες;» και χαρακτηριστικά τους γνωρίσματα.

Είδος Συμπληρωματικής Θεραπείας	Χρονικό διάστημα (μήνες)		Πόσο βοηθητικές ήταν; από 1=καθόλου έως 5=πάρα πολύ
	n	Μέση τιμή	Μέση τιμή
Αρωματοθεραπεία	2	1,5	3,00
Βελονισμός	7	4,4	3,43
Ομοιοπαθητική	2	1,0	3,50
Παραδοσιακή κινέζικη ιατρική	-		
Κατευθυνόμενος οραματισμός	-		
Προοδευτική μυϊκή χαλάρωση	-		
Ρεφλεξολογία	1	-	-
Χειροπρακτική	-		
Βοτανοθεραπεία	-		
Μουσικοθεραπεία	-		
Συμπληρώματα διατροφής	1	-	-

Πίνακας 6. Συχνότητα αποκρίσεων 7 συμμετεχόντων στην έρευνα σε ερωτήσεις που αφορούν τις Συμπληρωματικές Θεραπείες.

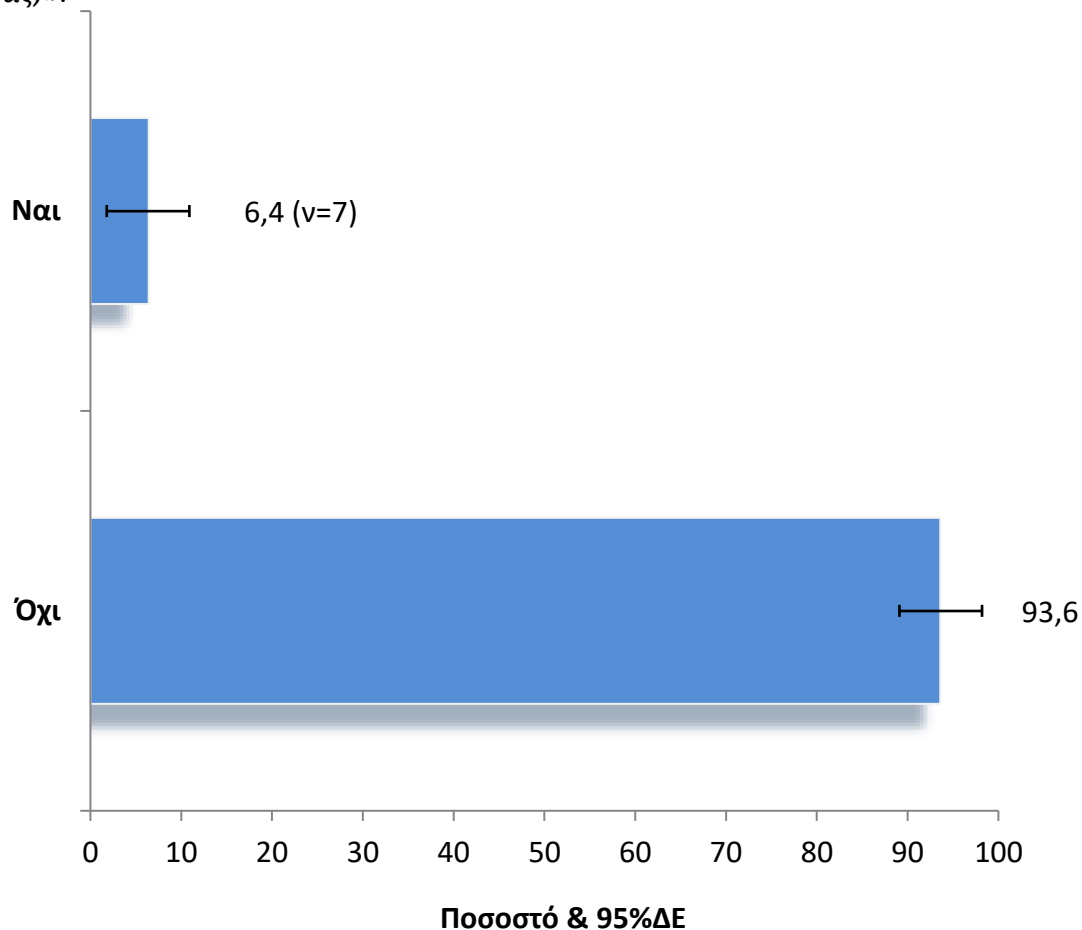
	όχι	ναι
	n (%)	
Από τη χρήση των Συμπληρωματικών Θεραπειών εμφανίσατε παρενέργειες;	7 (100,0)	-
Ζητήσατε την γνώμη του θεράποντα ιατρού σας για την συνδυαστική χρήση των Συμπληρωματικών Θεραπειών και της κλασσικής ιατρικής;	2 (28,6)	5 (71,4)
εάν όχι γιατί; Δεν είναι σημαντικό να το γνωρίζει ο γιατρός	2	
Ο γιατρός θα το απέρριπτε	1	
Επιλέξατε μία ή περισσότερες από τις μεθόδους Συμπληρωματικής Θεραπείας;	103 (93,6)	7 (6,4)
λόγοι Μου την σύστησε ένας φίλος/συνάδελφος που είχε θετική εμπειρία		6
Γιατί είναι συμβατή με την ιδεολογία και τον τρόπο ζωής μου		3

Οι γονείς/συγγενείς μου τις χρησιμοποιούν για τα προβλήματα υγείας τους		1
Γνωρίζετε ότι πολλές Συμπληρωματικές Θεραπείες βελτιώνουν τα συμπτώματα της νόσου ή των θεραπειών;	76 (69,1)	34 (30,9)

Εναλλακτικές Θεραπείες

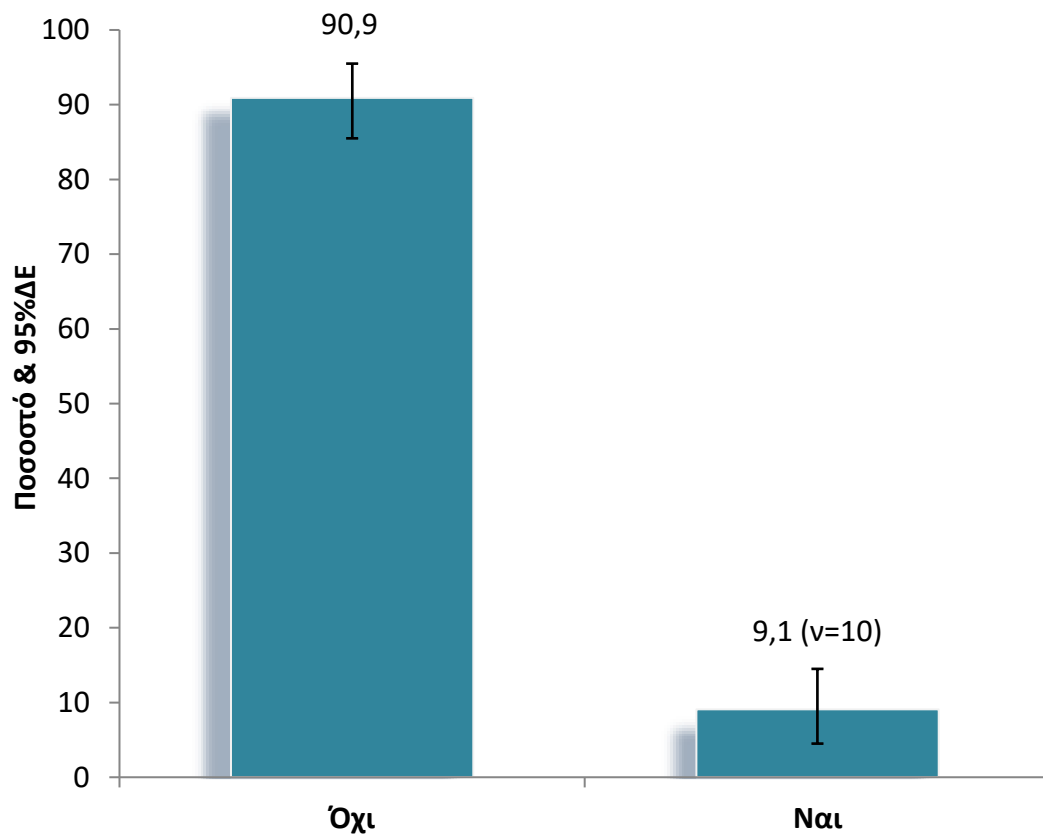
Στην ερώτηση «Έχετε χρησιμοποιήσει στο παρελθόν κάποια μορφή Εναλλακτικής Θεραπείας μετά από την εμφάνιση του προβλήματος υγείας σας;» (σχήμα 2), σημαντικά λιγότεροι ή μόλις 7 ασθενείς (6,4%) αποκρίθηκαν καταφατικά ότι έχουν χρησιμοποιήσει. Επίσης στην ερώτηση «Έχετε με κάποιο τρόπο ενημερωθεί για τη χρήση των Εναλλακτικών Θεραπειών;» (σχήμα 3), το 9,1% ή 10 ασθενείς από το σύνολο των ασθενών αποκρίνονται καταφατικά.

Σχήμα 2. Απαντήσεις στην ερώτηση «Έχετε χρησιμοποιήσει στο παρελθόν κάποια μορφή Εναλλακτικής Θεραπείας μετά από την εμφάνιση του προβλήματος υγείας σας;».



Στις μεθόδους χρήσης, στο διάστημα και στην ικανοποίηση/χρηστικότητα (πίνακας 7), αναφέρονται από τους περισσότερους όπως και στις συμπληρωματικές θεραπείες, ο βελονισμός (n=4) με 3,0 μήνες μέσο χρόνο εφαρμογής και λίγο περισσότερο από μέτρια ικανοποίηση (μέση τιμή 3,25 με μέγιστη το 5,0). Ακολουθούν η ομοιοπαθητική με 3 ασθενείς και η αρωματοθεραπεία με 2.

Σχήμα 3. Απαντήσεις στην ερώτηση «Έχετε με κάποιο τρόπο ενημερωθεί για τη χρήση των Εναλλακτικών Θεραπειών;».



Πίνακας 7. Απαντήσεις στην ερώτηση «Ποια από τις παρακάτω μεθόδους εναλλακτικής θεραπείας χρησιμοποιείτε ή χρησιμοποιήσατε μετά την εμφάνιση του προβλήματος υγείας σας;» και χαρακτηριστικά τους γνωρίσματα.

Είδος Εναλλακτικής Θεραπείας	Χρονικό διάστημα (μήνες)		Πόσο βοηθητικές ήταν; από 1=καθόλου έως 5=πάρα πολύ
	ν	Μέση τιμή	Μέση τιμή
Αρωματοθεραπεία	2	0,5	2,50
Βελονισμός	4	3,0	3,25
Ομοιοπαθητική	3	3,0	3,50
Παραδοσιακή κινέζικη ιατρική	-		
Κατευθυνόμενος οραματισμός	-		
Προοδευτική μυϊκή χαλάρωση	-		
Ρεφλεξολογία	-		
Χειροπρακτική	-		
Βοτανοθεραπεία	-		
Μουσικοθεραπεία	-		
Συμπληρώματα διατροφής	-		

Για την ενημέρωση για τις Εναλλακτικές θεραπείες (**πίνακας 8**), και οι 7 ασθενείς που έκαναν χρήση σχετικών μεθόδων ανέφεραν ότι ενημερώθηκαν από φίλο ή οικογένεια. Στους λόγους χρήσης, όπως και στις Συμπληρωματικές η πλειοψηφία (n=5) αναφέρει ότι το έκανε αφού το σύστησε φίλος/συνάδελφος που είχε θετική ανάλογη εμπειρία. Σε ερώτηση επίσης που αφορά το σύνολο των ασθενών όπως «Είχατε χρησιμοποιήσει στο παρελθόν κάποια μορφή Εναλλακτικής Θεραπείας πριν από την εμφάνιση του παρόντος προβλήματος υγείας σας;», το 7,3% ή 8 ασθενείς αποκρίνονται καταφατικά. Τέλος, ένας/μια ασθενής δήλωσε ότι υπήρξαν παρενέργειες από τη χρήση Εναλλακτικών θεραπειών.

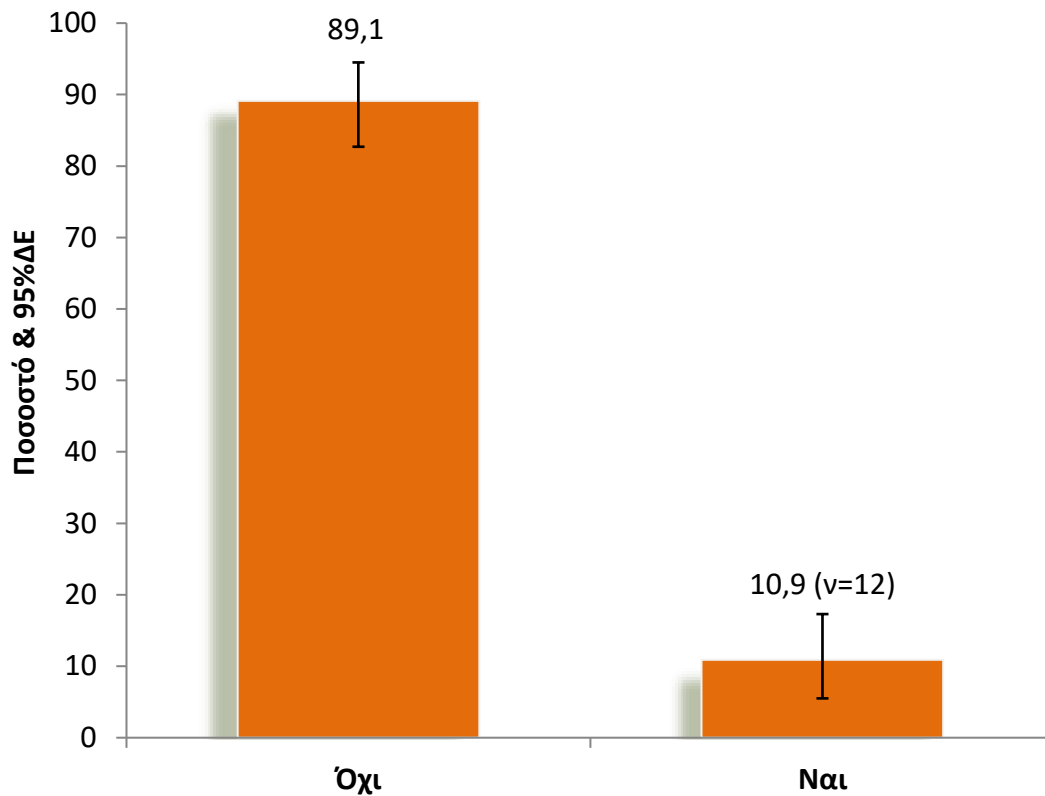
Πίνακας 8. Συχνότητα αποκρίσεων 7 συμμετεχόντων στην έρευνα σε ερωτήσεις που αφορούν την επιλογή τους σε Εναλλακτικές Θεραπείες.

		Όχι	Ναι
		n (%)	
Με ποιο τρόπο έχετε ενημερωθεί για τη χρήση των Εναλλακτικών Θεραπειών;	Φίλοι/οικογένεια		7
	Μ.Μ.Ε./Διαδίκτυο		2
	Βιβλία/περιοδικά		3
	Νοσοκομείο – διεπιστημονική ομάδα		2
Για ποιο λόγο επιλέξατε μία ή περισσότερες από τις μεθόδους Εναλλακτικής Θεραπείας;	Ήθελα να αποφύγω τις παρενέργειες των φαρμάκων		3
	Μου την σύστησε ένας φίλος/συνάδελφος που είχε θετική εμπειρία		5
	Η συμβατική θεραπεία απέτυχε		-
	Γιατί είναι συμβατή με την ιδεολογία και τον τρόπο ζωής μου		1
	Οι γονείς/συγγενείς μου τις χρησιμοποιούν για τα προβλήματα της υγείας τους		2
	Λόγω αποτυχίας του συμβατικού γιατρού να κάνει σωστή διάγνωση		-
	Είμαι δυσαρεστημένος/η από τη στάση και συμπεριφορά του συμβατικού γιατρού		-
	Από παιδί με αυτό τον τρόπο αντιμετωπίζω τα προβλήματα υγείας μου		-
	Η ασθένεια μου είναι σοβαρή με μικρή πιθανότητα ανάρρωσης		-
	Γιατί ενισχύει την αποτελεσματικότητα της συμβατικής θεραπευτικής αγωγής		-
Είχατε χρησιμοποιήσει στο παρελθόν κάποια μορφή Εναλλακτικής Θεραπείας πριν από την εμφάνιση του παρόντος προβλήματος υγείας σας;		102 (92,7)	8 (7,3)
Από τη χρήση των παραπάνω Εναλλακτικών Θεραπειών παρουσιάστηκαν παρενέργειες;		7	1

Στο **σχήμα 4** παρουσιάζεται η κατανομή αποκρίσεων στην ερώτηση «Στο νοσοκομείο (στην κλινική είτε στο τμήμα ημερήσιας νοσηλείας) έχετε δει να υπάρχουν ενημερωτικά φυλλάδια που να σας πληροφορούν για τα πλεονεκτήματα αλλά και πιθανούς κινδύνους από τη χρησιμοποίηση συμπληρωματικών ή εναλλακτικών θεραπειών;». Το 10,9% ή 12 ασθενείς αποκρίνονται καταφατικά δηλώνοντας την παρουσία σχετικών φυλλαδίων στον υγειονομικό χώρο που επισκέπτονται.

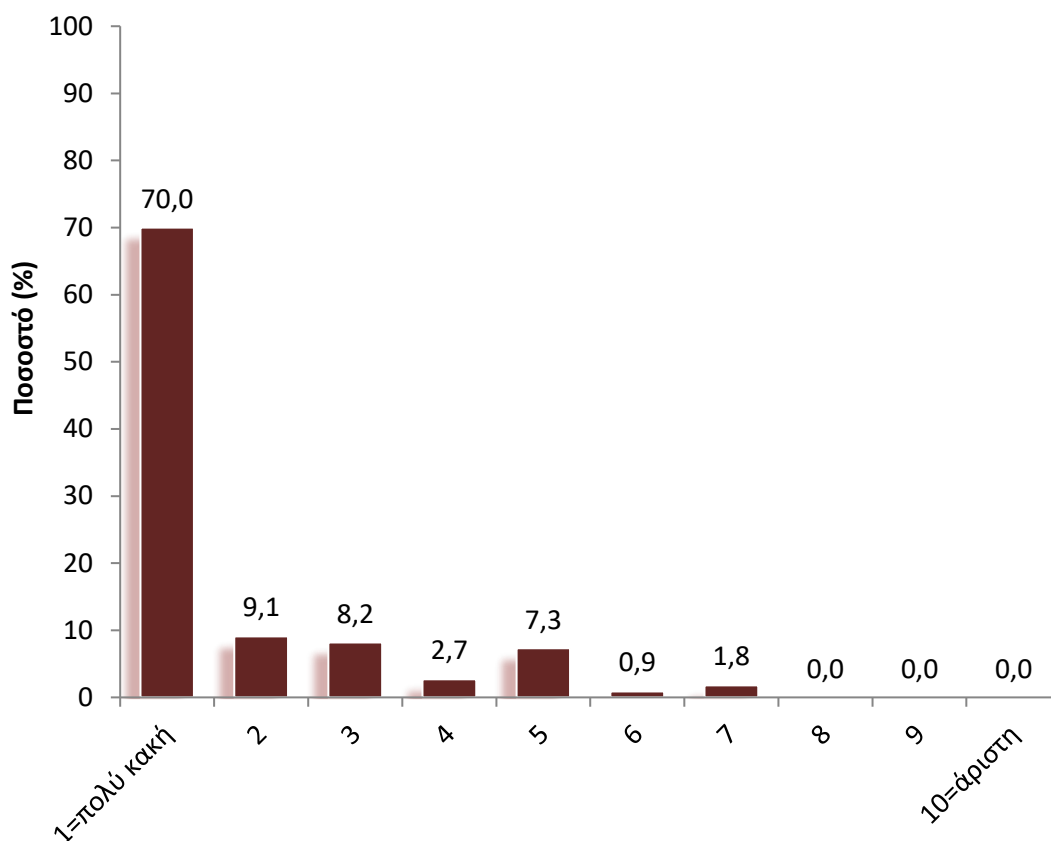
Σχήμα 4. Απαντήσεις στην ερώτηση «Στο νοσοκομείο (στην κλινική είτε στο τμήμα ημερήσιας νοσηλείας) έχετε δει να υπάρχουν ενημερωτικά φυλλάδια που να σας

πληροφορούν για τα πλεονεκτήματα αλλά και πιθανούς κινδύνους από τη χρησιμοποίηση συμπληρωματικών ή εναλλακτικών θεραπειών;».



Στην αξιολόγηση της επάρκειας των γνώσεων τους από τους ίδιους (σχήμα 5), οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους ή το 70,0% και σε κλίμακα από 1=πολύ κακή γνώση έως 10=άριστη, δηλώνει ή αυτοαξιολογεί τον εαυτό του ότι έχει πολύ κακή γνώση. Συνολικά το 97,3% έχουν βαθμολογία γνώσεων έως 5 ενώ η μέση βαθμολογία όλων ανέρχεται μόλις σε 1,8 μονάδες με άριστη την 10, υποδηλώνοντας εμφανώς ένα σημαντικό έλλειμμα ενημέρωσης και γνώσεων.

Σχήμα 5. Απαντήσεις στην ερώτηση «Πόσο επαρκείς θεωρείται τις γνώσεις σας σχετικά με τη χρήση και την εφαρμογή των Συμπληρωματικών – Εναλλακτικών θεραπειών;».

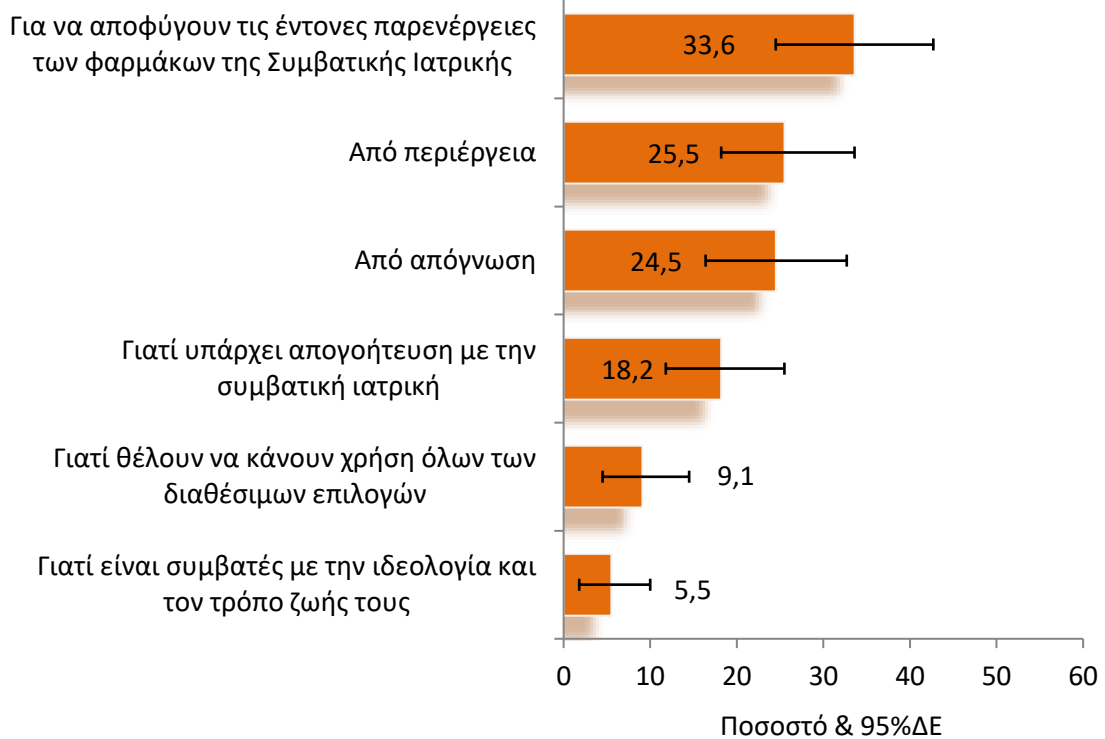


Διαβάθμιση επάρκειας γνώσης (αυτοεκτίμηση)

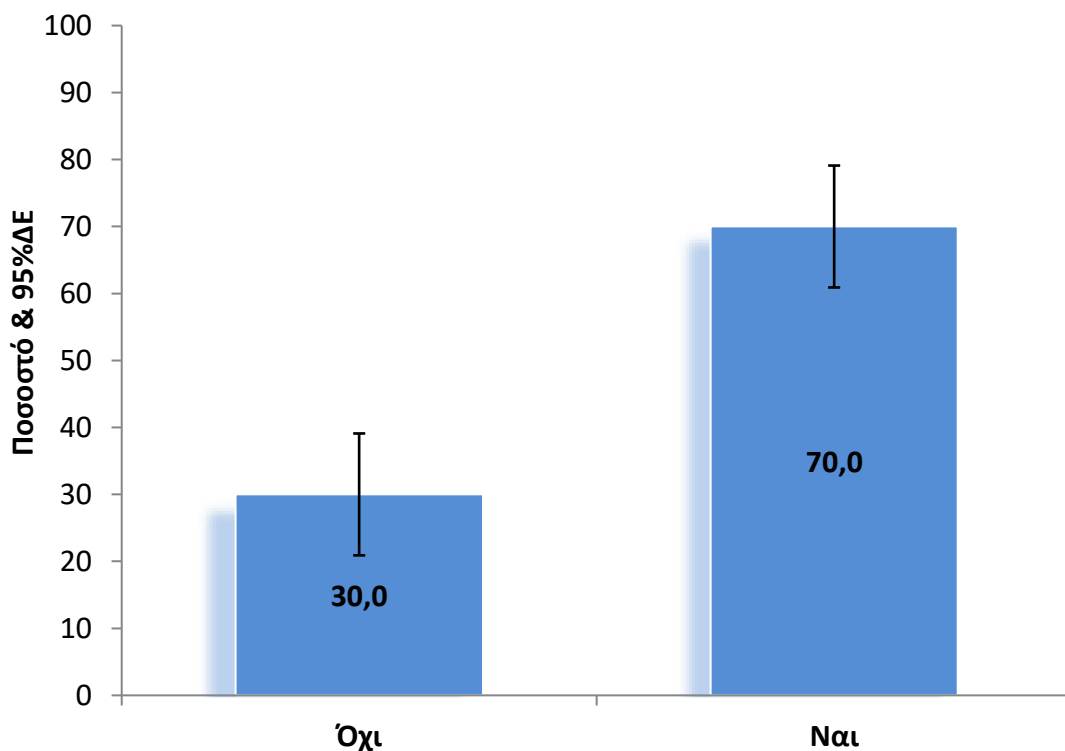
Στο **σχήμα 6** παρουσιάζεται η κατανομή αποκρίσεων σε πολλαπλές επιλογές στην ερώτηση «Ποιος θεωρείτε πως είναι ο κύριος λόγος που πολλοί ασθενείς επιλέγουν Συμπληρωματικές – Εναλλακτικές θεραπείες;». Ιεραρχικά και μεταξύ άλλων, ο πρώτος λόγος αναφοράς από το 33,6% διατυπώνεται το «για να αποφύγουν τις έντονες παρενέργειες των φαρμάκων της Συμβατικής Ιατρικής». Ακολουθεί η διατύπωση από το 25,5% «από περιέργεια» ή από το 24,5% «από απόγνωση».

Επίσης και από το **σχήμα 7** που αφορά την ερώτηση «Θα θέλατε να μάθετε περισσότερα για τις συμπληρωματικές μεθόδους και τις εφαρμογές τους;», σημαντικά περισσότεροι ασθενείς ή το 70,0% απαντά καταφατικά ($p < 0,05$). Τέλος, στην πολλαπλή απόκριση «Εάν δεν είχατε το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας θα χρησιμοποιούσατε Συμπληρωματικές – Εναλλακτικές θεραπείες στην καθημερινή σας ζωή;» (**σχήμα 8**), σημαντικά περισσότεροι ασθενείς ή το 51,8% απάντησε «όχι», ωστόσο το 33,6% ανταποκρίνεται θετικά και στην περίπτωση που εκείνη θα σχετίζεται με την πρόληψη ασθενειών.

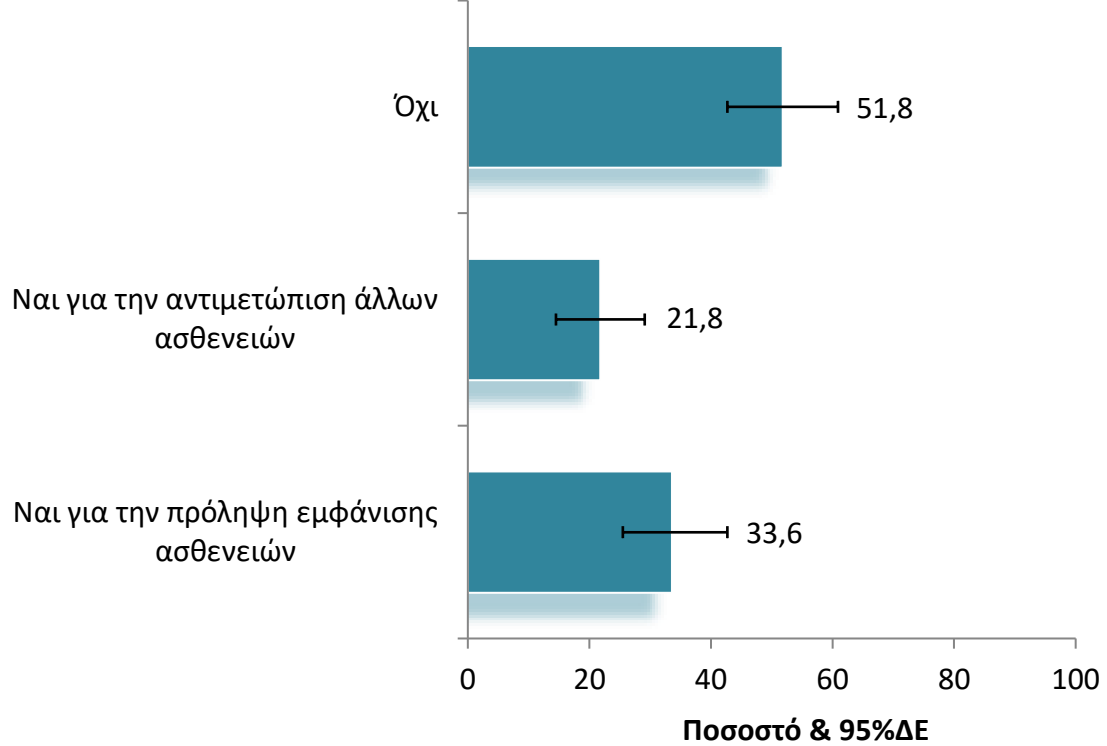
Σχήμα 6. Απαντήσεις στην ερώτηση «Ποιος θεωρείτε πως είναι ο κύριος λόγος που πολλοί ασθενείς επιλέγουν Συμπληρωματικές – Εναλλακτικές Θεραπείες;».



Σχήμα 7. Απαντήσεις στην ερώτηση «Θα θέλατε να μάθετε περισσότερα για τις συμπληρωματικές μεθόδους και τις εφαρμογές τους;».



Σχήμα 8. Απαντήσεις στην ερώτηση «Εάν δεν είχατε το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας θα χρησιμοποιούσατε Συμπληρωματικές – Εναλλακτικές θεραπείες στην καθημερινή σας ζωή;» (πολλαπλές αποκρίσεις).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Συζήτηση

6.1 Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της χρήσης των συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών (ΣΕΘ) σε ενήλικες ογκολογικούς ασθενείς με συμπαγείς όγκους, που επισκέπτονταν μεγάλο γενικό νοσοκομείο της περιφέρειας. Η χρονική περίοδος της διάγνωσης θα έπρεπε να είναι τουλάχιστον τρεις μήνες, έτσι ώστε καθώς η νόσος προχωρούσε, οι ασθενείς να εμφανίζουν συμπτώματα από τη νόσο ή τη θεραπεία, που θα τους οδηγούσε στη σκέψη να χρησιμοποιήσουν είτε συμπληρωματικές θεραπείες ως προσθήκη στη συμβατική-παραδοσιακή ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, είτε να επιλέξουν να σταματήσουν τη συμβατική θεραπεία και να εφαρμόσουν αποκλειστικά εναλλακτικές θεραπείες. Καθώς ελάχιστες ερευνητικές μελέτες έχουν γίνει παγκοσμίως που να καλύπτουν το σύνολο των ΣΕΘ και τα ερευνητικά τους ερωτήματα ποικίλουν ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή και την κουλτούρα των ατόμων, η ερευνητική ομάδα χρησιμοποίησε ένα δικό της ερωτηματολόγιο, ύστερα από τη μελέτη της ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας, που να προσαρμόζεται στις τοπικές συνθήκες.

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από περίπου ίσο αριθμό ανδρών και γυναικών που σε πολύ μεγάλο ποσοστό ήταν μεγάλης ηλικίας. Γενικά από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η μεγάλη ηλικία είναι συχνά χαρακτηριστικό γνώρισμα των ογκολογικών ασθενών. Όμως πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση έδειξε ότι η χρήση ΣΕΘ σε ογκολογικούς ασθενείς ήταν πιο συχνή σε νεαρότερα άτομα, γυναίκες, άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, με υψηλότερο εισόδημα και όσοι είχαν χρησιμοποιήσει ΣΕΘ στο παρελθόν (Keene et al., 2019 και Bahall, 2017). Επίσης αρκετοί ασθενείς της παρούσας έρευνας ζούσαν με τη σύζυγο, τα παιδιά ή τους γονείς τους. Είχαν δηλαδή υποστηρικτικό δίκτυο/άτυπους φροντιστές οι οποίοι τους φρόντιζαν και κάλυπταν τις ανάγκες τους, δημιουργώντας ένα πλέγμα ασφαλείας γύρω από αυτούς.

Οι ασθενείς που επισκέφτηκαν το ογκολογικό τμήμα έπασχαν από ποικίλους καρκίνους. Αν και η δειγματοληψία δεν ήταν τυχαία, φαίνεται σαφώς η επικράτηση των καρκίνων του παχέος εντέρου, του μαστού και του πνεύμονα στο συνολικό ογκολογικό πληθυσμό της Κρήτης. Η επίπτωση του καρκίνου από 40 χώρες της Ευρώπης και 25 καρκίνους το 2018 έδειξε παρόμοια αποτελέσματα. Οι πιο συχνές θέσεις καρκίνου ήταν οι καρκίνοι του γυναικείου μαστού (523.000 περιστατικά), ακολουθούμενες από ορθοκολικό (500.000), πνεύμονα (470.000) και καρκίνο του προστάτη (450.000). Αυτοί οι τέσσερις καρκίνοι αντιπροσωπεύουν το μισό της συνολικής επιβάρυνσης του καρκίνου στην Ευρώπη (Ferlay et al., 2018).

Αρκετά μικρός αριθμός ασθενών αναφέρει ότι γνωρίζει τον ορισμό των ΣΕΘ. Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό ασθενών δεν γνωρίζει ότι πάσχει από καρκίνο, άρα δεν έχει λόγο να αναζητεί και άλλες μορφές θεραπειών για να

αντιμετωπίσουν το πρόβλημά τους. Επίσης οι ΣΕΘ δεν χρησιμοποιούνται σε μεγάλη συχνότητα από τις Δυτικές κοινωνίες και δεν υπάρχουν επαρκείς, πλήρως τεκμηριωμένες κλινικές μελέτες που να υποδεικνύουν τη χρησιμότητά τους έναντι των παραδοσιακών παρεμβάσεων, εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων. Για παράδειγμα η έρευνα των Balneaves et al. διαπίστωσε ότι οι Κινέζοι ογκολογικοί ασθενείς που έχουν παράδοση αιώνων σε ΣΕΘ ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν ΣΕΘ (65%) σε ποσοστά σημαντικά υψηλότερα από ό,τι Καναδοί ασθενείς με το ίδιο νόσημα (Balneaves et al., 2018).

Οι περισσότεροι ασθενείς της παρούσας έρευνας με βάση τις απαντήσεις τους φαίνεται να έχουν μια ασαφή εικόνα των ΣΕΘ. Συνήθως συνδυάζουν τη συμπληρωματική θεραπεία με τον βελονισμό ή τη χρήση κάποιου φαρμάκου ή βοτάνου ή την αρωματοθεραπεία. Αντίστοιχη εικόνα έχουν για την εναλλακτική θεραπεία. Αν και ο συνολικός αριθμός των ασθενών που απαντούν στην ερώτηση είναι μικρός, φαίνεται ότι κατανοούν ότι είναι, όπως αναφέρουν, «κάτι εκτός από τις κανονικές θεραπείες», «βελονισμός- αρωματοθεραπεία χωρίς την κλασική ιατρική». Όπως αναφέρουν οι Ζουμάκης και συν. όλο και περισσότεροι ογκολογικοί ασθενείς χρησιμοποιούν τουλάχιστον μια ΣΕΘ είτε κατά τη διάρκεια είτε μετά τη συμβατική θεραπεία, άρα απαιτείται μεγαλύτερη ενημέρωση για αυτές τις θεραπείες για την αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών (Ζουμάκης και συν., 2019).

Η ανάδειξη ασφαλών συμπερασμάτων από τη χρήση των συμπληρωματικών θεραπειών είναι δύσκολη, δεδομένου ότι μικρός αριθμός ασθενών στην παρούσα έρευνα αναφέρει τη χρήση τους το τελευταίο εξάμηνο λόγω του καρκίνου. Αντίθετα, έρευνα σε 101 εξωτερικούς ασθενείς που υποβάλλονταν σε ακτινοθεραπεία έδειξε ότι το 38% χρησιμοποιούσε ΣΕΘ και από αυτούς το 53% βιταμίνες, το 29% αντιοξειδωτικά, το 29% τεχνικές διαλογισμού και πνευματικότητας και το 18% βότανα (Gillett et al., 2012). Αντίστοιχα, στην παρούσα έρευνα, η κύρια επιλογή τους ήταν ο βελονισμός, η αρωματοθεραπεία και η ομοιοπαθητική, ενώ βοηθήθηκαν περισσότερο από τον βελονισμό. Η Αμερικανική Εταιρεία Κλινικής Ογκολογίας δημοσίευσε πρόσφατα κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση των ανεκπλήρωτων αναγκών των επιζώντων από καρκίνο και τη διαχείριση του χρόνιου πόνου στους επιζώντες των καρκίνων ενηλίκων, η οποία τονίζει τη σημασία της εφαρμογής ολοκληρωμένων θεραπειών συμπεριλαμβανομένου του βελονισμού. Αυτή η ανασκόπηση επικεντρώνεται σε τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές βελονισμού για χρόνια πόνο σε επιζώντες από καρκίνο, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης του σε περιφερική νευροπάθεια που προκαλείται από χημειοθεραπεία και άλλους πόνους. Η ενέργεια της αυτή δείχνει τη σταδιακή ενσωμάτωση των ΣΕΘ στην καθημερινή κλινική πρακτική για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων από τη νόσο και τη θεραπεία (Lu & Rosenthal, 2018).

Οι ασθενείς της παρούσας έρευνας δεν ανέφεραν παρενέργειες, ενώ συνολικά μόλις τρεις ανέφεραν παρενέργειες από άλλη χρήση και συγκεκριμένα για ημικρανίες, πόνο στη μέση και ρευματοειδή αρθρίτιδα. Συστηματική ανασκόπηση της

αποτελεσματικότητας, της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας και των βλαβών του βελονισμού, των χειρισμών της σπονδυλικής στήλης, της κινητοποίησης και των τεχνικών μασάζ στη διαχείριση του πόνου στην πλάτη, το λαιμό και τον θώρακα έδειξε ότι το όφελος από τις ΣΕΘ ήταν κυρίως εμφανές αμέσως ή λίγο μετά το τέλος της θεραπείας και στη συνέχεια μειώθηκε στη διάρκεια του χρόνου. Πολύ λίγες μελέτες ανέφεραν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Furlan et al., 2010).

Οι ασθενείς είχαν θετική εικόνα για τις συμπληρωματικές θεραπείες ως προς την προσφορά τους στη βελτίωση των συμπτωμάτων και η επιλογή τους είχε ως βασικό κριτήριο τη θετική εμπειρία άλλων ατόμων. Η ενημέρωση των ασθενών στην παρούσα εργασία για τις συμπληρωματικές θεραπείες είχε γίνει σε πολύ μικρό ποσοστό κυρίως από συγγενείς, φίλους και μέσω διαδικτύου και όχι από επαγγελματίες υγείας. Παρόμοια αποτελέσματα για τον τρόπο ενημέρωσης έδειξε η έρευνα του Bahall με τους ασθενείς να αναφέρουν ότι γνώριζαν για τις ΣΕΘ μέσω φίλων (69,3%) και της οικογένειας (69,3%) (Bahall, 2017). Η θετική εικόνα των ασθενών αντικατοπτρίζεται και από τη σχετική αρθρογραφία στον ελληνικό έντυπο τύπο. Μελέτη στο πλαίσιο διερεύνησης της συχνότητας εμφάνισης θετικών και αρνητικών αναφορών για τις ΣΕΘ το 2015 με βάση συγκεκριμένα κριτήρια ανάδειξε συνολικά 88 άρθρα, από τα οποία αξιοποιήσιμα σύμφωνα με τα κριτήρια της μελέτης ήταν τα 43. Από αυτά τα 12 σχολιάζουν αρνητικά τις ΣΕΘ και τα 31 θετικά, ενώ οι περισσότερες δημοσιεύσεις αφορούν στο βελονισμό (19 άρθρα). Τονίζεται επίσης ότι σε αρκετά παρατηρούνται αδυναμίες στην τεκμηρίωση των ειδήσεων και ο αναγνώστης επιβάλλεται να είναι προσεκτικός στην αξιολόγηση της πληροφορίας (Νικολακάκος, 2015).

Υπό άλλες συνθήκες, όπως να πάσχουν από διαφορετικές ασθένειες ή για την πρόληψη εμφάνισης άλλων ασθενειών, οι ασθενείς της παρούσας μελέτης δήλωσαν θετικοί στη χρήση των ΣΕΘ. Φαίνεται ότι οι ογκολογικοί ασθενείς δεν διακινδυνεύουν να ακολουθήσουν μια άλλη θεραπευτική πρακτική, όταν το νόσημα είναι πολύ σοβαρό, όπως ο καρκίνος γιατί ενδεχομένως θεωρούν ότι η μη τήρηση της συμβατικής αγωγής να έθετε σε κίνδυνο τη ζωή τους.

Οι περισσότεροι ασθενείς επέλεξαν να ενημερώσουν τον γιατρό τους, πιθανότατα για να επιβεβαιώσουν ότι η παράλληλη χρήση των ΣΕΘ με τη συμβατική θεραπεία δεν θα τους προκαλούσε επιπλέον προβλήματα. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι ΣΕΘ δεν είναι όλες αποτελεσματικές σε ασθενείς με καρκίνο και ορισμένες μπορεί να είναι επικίνδυνες για τον ασθενή, ενώ οι γιατροί πρέπει να είναι γνώστες στο που θα βρουν αξιόπιστες πληροφορίες για τους ασθενείς και για τους ίδιους (Cassileth & Deng, 2004). Επίσης το ένα τρίτο των ασθενών είχε συζητήσει τη χρήση των ΣΕΘ με επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες πίστευαν ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι σε θέση να συζητήσουν (58%) και να εξετάσουν (54%) τη χρήση των μεθόδων ΣΕΘ στη φροντίδα του καρκίνου (Wobe et al., 2019). Επιπρόσθετα, τονίζεται ότι, η ένταξη ανοικτού διαλόγου σχετικά με τις ΣΕΘ στην ογκολογική περίθαλψη,

συμπεριλαμβανομένης της αναγνώρισης των προτιμήσεων, των αξιών, των επιθυμιών και των γνώσεων των ασθενών και η παροχή πληροφοριών σχετικά με τις ΣΕΘ διευρύνει τις ευκαιρίες για βελτίωση της υγείας, της ποιότητας ζωής και της ευημερίας των ασθενών (Stie et al., 2020).

Σε σχέση με τις εναλλακτικές θεραπείες μόλις επτά άτομα την είχαν επιλέξει στο παρελθόν. Είναι προφανές ότι η υιοθέτησή τους είναι πολύ δύσκολη απόφαση, διότι το άτομο διακόπτει τη συμβατική θεραπεία, ακολουθεί θεραπευτικές επιλογές που συχνά δεν είναι αποδεκτές από την ιατρική στο Δυτικό κόσμο και επιλέγει να επισκέπτεται τον θεράποντα «συμβατικό» γιατρό μόνο για συμπτώματα που δεν αντιμετωπίζονται ικανοποιητικά από τις εναλλακτικές θεραπείες. Η εφαρμογή του βελονισμού, της ομοιοπαθητικής και της αρωματοθεραπείας αποτέλεσαν τις κύριες εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές. Οι συγκεκριμένες θεραπείες και η ενημέρωση τους για αυτές ήταν παρόμοια με τους ασθενείς που εφάρμοσαν συμπληρωματικές θεραπείες. Στην Ελλάδα πρόσφατα σε μικρό δείγμα επαγγελματιών υγείας διαπιστώθηκε ότι 9 στα 10 άτομα είχαν γνώση του όρου εναλλακτικές θεραπείες. Επίσης το 80% ανέφερε ότι δεν εφαρμόζονταν στα ελληνικά νοσοκομεία και ότι σε ποσοστό 70% δεν θεωρούσαν ότι είναι αναγκαία η ένταξη των ΣΕΘ στο πρόγραμμα σπουδών των επαγγελματιών υγείας (Κοσκινάς, 2019).

Οι κύριες αιτίες επιλογής τους ήταν η μείωση ή εξάλειψη των παρενεργειών των συμβατικών θεραπειών και η ενημέρωση από συναδέλφους ή φίλους που είχαν θετική εμπειρία από τη χρήση τους. Σε δείγμα 755 ασθενών σε ογκολογικό κέντρο στη Σουηδία οι κύριοι λόγοι για τη χρήση των ΣΕΘ ήταν η βελτίωση της σωματικής, γενικής και συναισθηματικής ευεξίας και η αύξηση της ικανότητας του σώματος να καταπολεμά τον καρκίνο (Wode et al., 2019).

Τέλος, μέχρι σήμερα υπάρχουν πολλές επιφυλάξεις για την πλήρη υιοθέτηση των ΣΕΘ διότι το επίπεδο των πληροφοριών που υποστηρίζουν τα οφέλη της χρήσης στο περιβάλλον του καρκίνου είναι περιορισμένο και οι σχετικές ανεπιθύμητες ενέργειες και αλληλεπιδράσεις με τη συμβατική ιατρική ενδέχεται να μην έχουν μελετηθεί πλήρως (Jones et al., 2019).

6.2 Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα έρευνα αν και παρουσιάζει σημαντικά στοιχεία για τη χρήση των ΣΕΘ, ενέχει ορισμένες αδυναμίες που δυσχεραίνουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της. Το δείγμα της έρευνας ήταν από ένα νοσοκομείο και μια γεωγραφική περιοχή της Ελλάδας στο οποίο δεν βρέθηκαν ασθενείς με αιματολογικούς καρκίνους. Είναι πιθανό σε μεγαλύτερες πόλεις ή σε ιδρύματα υγείας με εμπειρία στη χρήση ΣΕΘ, τα ποσοστά συμμετοχής των ασθενών να ήταν μεγαλύτερα. Το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από τους ερευνητές, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά και δεν υπήρχαν επαρκή στοιχεία για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων. Το δείγμα της μελέτης ήταν μικρό και αφορούσε μια συγκεκριμένη ομάδα ογκολογικών ασθενών. Πιθανότατα οι ασθενείς με προχωρημένη νόσο που οι θεραπείες θα είχαν αποτύχει

να χρησιμοποιούσαν περισσότερο τις ΣΕΘ. Τέλος παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς ρωτήθηκαν για τη χρήση ΣΕΘ για ένα μεγάλο διάστημα πριν τη συνέντευξη είναι πολύ πιθανό να μην έχει συμπεριληφθεί η άποψη πολλών ασθενών που εφαρμόζουν εναλλακτικές θεραπείες, διότι δεν θα επισκέπτονταν το νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Παρά τα μειονεκτήματά της δίνει μια πρώτη εικόνα της εφαρμογής των ΣΕΘ σε ελληνικό πληθυσμό και χρήσιμα συμπεράσματα για τον σχεδιασμό καλύτερων μελετών στο μέλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

Συμπεράσματα

7.1 Συμπέρασμα

Η παρούσα έρευνα αποσκοπούσε στην καταγραφή των απόψεων των ογκολογικών ασθενών στη χρήση των ΣΕΘ και είναι μια από τις ελάχιστες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα. Διαπιστώθηκε ότι στη συγκεκριμένη ομάδα ογκολογικού πληθυσμού η χρήση τους ήταν πολύ περιορισμένη. Από την ποικιλία των ΣΕΘ που μπορούν να εφαρμοστούν στην καθημερινή κλινική πρακτική, οι ασθενείς αναγνώριζαν και χρησιμοποιούσαν συχνότερα τον βελονισμό, την αρωματοθεραπεία και την ομοιοπαθητική. Η χρήση των συγκεκριμένων θεραπευτικών επιλογών, όπως ανέφεραν, δεν είχε παρενέργειες, αλλά ούτε ήταν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από την αποτελεσματικότητά των παρεμβάσεων.

Η ενημέρωση γινόταν κυρίως από συγγενείς και φίλους ή από το διαδίκτυο και δεν συμμετείχαν επαγγελματίες υγείας, ώστε να τους περιγράψουν και να εξηγήσουν τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των ΣΕΘ, πιθανότατα λόγω και της δικής τους άγνοιας. Τέλος υπήρχε μια θετική στάση για τη χρήση τους για την πρόληψη ή τη θεραπεία άλλων ασθενειών, αλλά όχι για τον καρκίνο.

7.2 Προτάσεις για έρευνα

Η παρούσα έρευνα αποτελεί ένα σημαντικό βήμα διερεύνησης της χρήσης των ΣΕΘ σε ογκολογικούς νοσηλευόμενους ασθενείς. Από τα συμπεράσματά της φαίνεται ότι απαιτείται συστηματική ενημέρωση των ασθενών και των φίλων ή συγγενών, που συχνά με την άποψη τους επηρεάζουν την τελική απόφαση του ασθενή, με ενημερωτικά φυλλάδια, βίντεο και άλλες μορφές εκπαιδευτικής παρέμβασης, αλλά και των επαγγελματιών υγείας που φροντίζουν τους ασθενείς.

Είναι απαραίτητο οι μελλοντικές έρευνες να επεκταθούν σε επαγγελματίες υγείας ως προς την αξιολόγηση του επιπέδου γνώσης τους στις ΣΕΘ, αλλά και της επιθυμίας τους να ενημερώσουν κατάλληλα τους ασθενείς, ανεξάρτητα από τα προσωπικά τους πιστεύω σχετικά με αυτές τις θεραπείες. Όσο περισσότερο γίνεται κατανοητή η ανάγκη διεπιστημονικής προσέγγισης της νόσου και οι πολυδιάστατες πλευρές της θεραπείας για τον καρκίνο, τόσο απαραίτητη είναι η συγκέντρωση όλων των δυνάμεων, ακόμη και ιδιωτών που ασχολούνται με τις ΣΕΘ για την επιτυχή αντιμετώπιση της νόσου.

Όλες οι ΣΕΘ δεν είναι αποτελεσματικές και εφαρμόσιμες σε όλους τους ασθενείς. Απαιτούνται, λοιπόν, περισσότερες μελέτες σε ασθενείς με διαφορετικούς τύπους καρκίνου, διαφορετικού σταδίου, σε νοσηλευόμενους και επιβίωσαντες, ώστε να διαπιστωθεί σε ποιες περιπτώσεις υπάρχει βέλτιστο αποτέλεσμα και σε κόστος που μπορεί να πληρώσει το σύστημα υγείας ή ο ασθενής.

Οι κλινικές έρευνες πρέπει να ακολουθούν όλους τους κανόνες σωστής διεξαγωγής ερευνών και να αποκλείονται τελικά, επιλογές όχι σωστά τεκμηριωμένες. Είναι επίσης σημαντικό να διερευνώνται οι μηχανισμοί και οι αιτίες που ωθούν στη χρήση ή μη χρήση τους, όπως η ικανοποίηση και η ποιότητα ζωής των ατόμων που επιλέγουν να ακολουθήσουν εναλλακτικές θεραπείες, καθώς και οι παράγοντες που τους ωθούν να ακολουθήσουν τη συγκεκριμένη επιλογή.

Τέλος είναι σημαντικό οι προπτυχιακοί φοιτητές των σχολών επιστημών υγείας να εκπαιδεύονται για τις ΣΕΘ και με αυτόν τρόπο να έχουν μια ολιστική προσέγγιση των διαφορετικών θεραπευτικών επιλογών που έχουν ασθενείς με καρκίνο για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα συμπτώματα της νόσου και τις παρενέργειες της θεραπείας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Α.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αλεβιζόπουλος Ν. Ορίζοντας τον Καρκίνο. Στο: Γκοβίνα Ο, Κωνσταντινίδης Θ. Βασικές Αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής & Ανακουφιστικής Φροντίδας. Από την θεωρητική προσέγγιση στην κλινική φροντίδα. Εκδόσεις: Broken Hill Publishers LTD. Λευκωσία, 2019.
- Αποστόλου Ε., (2013). Εναλλακτικές – Συμπληρωματικές Μέθοδοι Θεραπείας : Τρέχουσες απόψεις των επαγγελματιών υγείας για εκπαίδευση, Διπλωματική.
- Αθανάτου Ε. Κ. Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική. Έκδοση ΣΤ΄. Αθήνα, 2002, σελ. 57 – 70, 146, 281, 336, 442, 492 – 497.
- Ανδρουλάκης Γ., (2001). Περιεγχειρητική φροντίδα, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πασχαλίδης, σ. 244-252, Αθήνα.
- Βαρθολομαίος Τ. «Εγχειρίδιο Συμπληρωματικής – Εναλλακτικής Θεραπευτικής», Πύρινος Κόσμος, Αθήνα, 2005.
- Βασιλόπουλος Γ. Χειρουργική Θεραπεία Ογκολογικών Ασθενών. Στο: Γκοβίνα Ο, Κωνσταντινίδης Θ. Βασικές Αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής & Ανακουφιστικής Φροντίδας. Από την θεωρητική προσέγγιση στην κλινική φροντίδα. Εκδόσεις: Broken Hill Publishers LTD. Λευκωσία, 2019.
- Βαρταλά Σ., (2009). Στάσεις των χρηστών Συμπληρωματικής – Εναλλακτικής Θεραπευτικής (ΣΕΘ) απέναντι στην συμβατική ιατρική. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.
- Βασιλείου Χ. Γολεμάτη., (1985). Εγχειρίδιο Χειρουργικής Παθολογίας, Τόμος Α, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.
- Βασιλειάδου Α., (2008). Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα. Τόμος 1ος . 5^η έκδοση. Εκδόσεις: Βήτα.
- Βαλλνέφερ Χ., Ροττάουσερ Α. «Κινεζική λαϊκή ιατρική και βελονισμός» Πύρινος Κόσμος, Αθήνα, 1978.
- Γεννατάς Κ Σ., (2003). Χημειοθεραπεία – Πρακτικές εφαρμογές. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, Οκτώβριος 2002 – Ιανουάριος 2003, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
- Γεωργιάδη Ε. Οι θεραπευτικές ιδιότητες της μουσικής στο πέρασμα των αιώνων, το βήμα του Ασκληπιού, 2007, 6(2).
- Δάνα Κ., (2019). Η Ρεφλεξολογία Στην Αποκατάσταση Των Παθήσεων: Εναλλακτική ή Συμπληρωματική Τεχνική.
- Δρίτσας Θ., (2002). Οι θεραπευτικές ιδιότητες της μουσικής. Ο αυλός του Πάνα στο φως της σύγχρονης τομογραφίας. Διάλεξη στο Μέγαρο Μουσικής Αθηνών.
- Δοκουτσίδου Ε. Καρκίνοι του Γαστρεντερικού Συστήματος. Στο: Γκοβίνα Ο, Κωνσταντινίδης Θ. Βασικές Αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής & Ανακουφιστικής

- Φροντίδας. Από την θεωρητική προσέγγιση στην κλινική φροντίδα. Εκδόσεις: Broken Hill Publishers LTD. Λευκωσία, 2019.
- Ζαχαρής Α, Καμπουρέλλη Α. Περιεγχειρητική εκπαίδευση ασθενούς που υποβάλλεται σε καρδιοχειρουργική επέμβαση φροντίδας. Το βήμα του Ασκληπιού, 2011, 10(2).
- Ζουμάκης Μ, Καιταλίδου Ε, Πέτρου Ι. Η εφαρμογή των εναλλακτικών θεραπειών στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Ελληνικό περιοδικό Νοσηλευτικής επιστήμης 2019, 12(1):13-22.
- Κίτου Α, Μαρινάκη Σ, Ρανουτσάκη Α., (2009). Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας. Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Κούβαρης Ι. Συνοπτική ακτινοθεραπευτική ογκολογία. Αθήνα, 2010.
- Κωνσταντινίδης Θ, Τσάτσου Ι, Παπαγεωργίου Δ. Νοσηλευτική Προσέγγιση Ασθενών που Υποβάλλονται σε Χημειοθεραπεία. Στο: Γκοβίνα Ο, Κωνσταντινίδης Θ. Βασικές Αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής & Ανακουφιστικής Φροντίδας. Από την θεωρητική προσέγγιση στην κλινική φροντίδα. Εκδόσεις: Broken Hill Publishers LTD. Λευκωσία, 2019.
- Κωνσταντινίδης Θ, Τσάτσου Ι, Γκοβίνα Ο. Νοσηλευτική Προσέγγιση στην Ακτινοθεραπεία. Στο: Γκοβίνα Ο, Κωνσταντινίδης Θ. Βασικές Αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής & Ανακουφιστικής Φροντίδας. Από την θεωρητική προσέγγιση στην κλινική φροντίδα. Εκδόσεις: Broken Hill Publishers LTD. Λευκωσία, 2019.
- Κριτωτάκης Η, Μάγκος Χ, Σπυριδάκης Κ., (2007). Χημειοθεραπεία στους ογκολογικούς αρρώστους και ποιότητα ζωής – εργασία. Ανώτατο Τεχνολογικό Ίδρυμα Ηράκλειο Κρήτης. Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Καυγά Α. Επιδημιολογία του Καρκίνου. Στο: Γκοβίνα Ο, Κωνσταντινίδης Θ. Βασικές Αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής & Ανακουφιστικής Φροντίδας. Από την θεωρητική προσέγγιση στην κλινική φροντίδα. Εκδόσεις: Broken Hill Publishers LTD. Λευκωσία, 2019.
- Κοσκινάς Ν. Οι εναλλακτικές μορφές ιατρικής αποδεκτές ή όχι;. Διπλωματική εργασία. ΠΜΣ Δημόσια Υγεία. Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, 2019.
- Κάρλου – Σταύρακα Χ., (2003). Η πληροφόρηση – εκπαίδευση ασθενών με καρκίνο. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, Οκτώβριος 2002 – Ιανουάριος 2003, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
- Κορνέζη Α., (2018). Η ρεφλεξολογία συναντά τα πέντε στοιχεία και τους μεσημβρινούς. Έκδοση: Etra.
- Κυριακίδου Ε., (2000). Κοινωνική Νοσηλευτική. Νοσηλευτική Διεργασία: 119 – 122.
- Κυβέλλος Σ., (2003). Εναλλακτική Ιατρική στη σημερινή οικογένεια. Το Παιδί μου κι εγώ.
- Λεσι Μεριεμε, Φωτιάδου Αθανασία., (2018). «Συμπληρωματικές/ Εναλλακτικές Θεραπείες του πόνου και ο ρόλος του νοσηλευτή».

- Λιτός Ι, Σαλούστρος Ε, Καρκίνος του Μαστού. Στο: Γκοβίνα Ο, Κωνσταντινίδης Θ. Βασικές Αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής & Ανακουφιστικής Φροντίδας. Από την θεωρητική προσέγγιση στην κλινική φροντίδα. Εκδόσεις: Broken Hill Publishers LTD. Λευκωσία, 2019.
- Λαβδανίτη Μ. Γυναίκες με καρκίνο μαστού που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Νοσηλευτική προσέγγιση. Νοσηλευτική, 2007, 46(2):181–188.
- Λοίζου Χ.Μ, Γεωργίου Σ, Ορφανού Ε, Χριστοδούλου Ν, Βασιλείου Α, Χριστοδούλου Α, Κυριακίδης Ξ., (2003). Ποιες είναι οι αιτίες του καρκίνου; Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.medlook.net.
- Λοίζου Χ.Μ, Γεωργίου Σ, Ορφανού Ε, Χριστοδούλου Ν, Βασιλείου Α, Χριστοδούλου Α, Κυριακίδης Ξ., (2004). Καρκίνος νεφρών: Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο.
- Μπανκουσλί, Ι. Πρακτική Προσέγγιση στην Κλινική Ογκολογία. Εκδόσεις Παρισιανού. Αθήνα, 2008.
- Μαντούδη Α. Στο: Γκοβίνα Ο, Κωνσταντινίδης Θ. Βασικές Αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής & Ανακουφιστικής Φροντίδας. Από την θεωρητική προσέγγιση στην κλινική φροντίδα. Εκδόσεις: Broken Hill Publishers LTD. Λευκωσία, 2019.
- Νικολακάκος Ν. Δημοσιογραφική κάλυψη των εναλλακτικών και συμπληρωματικών μεθόδων θεραπείας από τον διαδικτυακό έντυπο τύπο. Διπλωματική εργασία. ΠΜΣ Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, 2015.
- Παπανδριανός Νικόλαος Ι. Βασικές Αρχές Ακτινοθεραπείας. Στο: Γκοβίνα Ο, Κωνσταντινίδης Θ. Βασικές Αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής & Ανακουφιστικής Φροντίδας. Από την θεωρητική προσέγγιση στην κλινική φροντίδα. Εκδόσεις: Broken Hill Publishers LTD. Λευκωσία, 2019.
- Πεφάνης Π. «Συνοπτική ιστορία της ιατρικής – Ανιχνεύοντας την αβεβαιότητα» Εξάντας, Αθήνα, 2004.
- Πολυκανδριώτη Μ. Κακοήθη Νοσήματα Αιμοποιητικού Ιστού. Στο: Γκοβίνα Ο, Κωνσταντινίδης Θ. Βασικές Αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής & Ανακουφιστικής Φροντίδας. Από την θεωρητική προσέγγιση στην κλινική φροντίδα. Εκδόσεις: Broken Hill Publishers LTD. Λευκωσία, 2019.
- Πολυχρονάκη Ιωάννη Μ., (2014). Μελέτη Επαγγελματικών Παραγόντων Κινδύνου για την Πρόκληση Λευχαιμίας, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Ραγιά Α. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας – Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας στο Γενικό Νοσοκομείο. Αθήνα 2005, 169 – 174.
- Ραφτόπουλος Β, Ραφτόπουλος Α, Κοτρώτσιου Ε, Παραλίκας Θ. «Προσέγγιση της συμβουλευτικής διάστασης του νοσηλευτή εκπαιδευτή». Νοσηλευτική, Ιανουάριος-Μάρτιος 2003, σελ. 42, 1, 97-109.
- Σαχίνη Κ. Α. – Πάνου Μ. Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Έκδοση Β΄. Αθήνα, 2004. Τόμος 1^{ος}, σελ. 56 – 57, 172 – 190.
- Σαχίνη Κ. Α. – Πάνου Μ. Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Έκδοση Β΄. Αθήνα, 2004. Τόμος 2^{ος}, σελ. 234 – 292.339, 453.

- Σαχίνη Κ. Α. – Πάνου Μ., (2004). Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Έκδοση Β'. Αθήνα, 2004. Τόμος 3^{ος}, σελ. 293-481.
- Σκόνδρας Κ., (2017). Καρκίνος παχέος εντέρου – Διάγνωση – Θεραπεία – Πρόληψη, GastroDiagnosis Παθήσεις Πεπτικού Συστήματος.
- Σινάκος Ζ., (1988). Ανεπιθύμητες ενέργειες αντινεοπλασματικής χημειοθεραπείας. Ελληνική Ιατρική, 54(1):1-2.
- Σωτηροπούλου – Λόντου., (1997). Απώτερες επιπλοκές της ακτινοθεραπείας η/ και της χημειοθεραπείας. Ελληνική Ογκολογία, 33(1), 027 – 33.
- Τσιονοπούλου Π., (2016). Βελτιστοποίηση απεικονιστικού ελέγχου σε ασθενείς με πολλαπλό μυέλωμα. Πανεπιστήμιο Πατρών. Τμήμα Ιατρικής.
- Τσόμπανου Μ, Πέτσιος Κ.: Αρωματοθεραπεία Η θεραπευτική δύναμη των αισθήσεων. Το βήμα του Ασκληπιού, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2004, 3^{ος} τόμος, 4^ο τεύχος.
- Φωτιάδου Α. Πτυχιακή εργασία: « Συμπληρωματικές/ εναλλακτικές θεραπείες του πόνου και ο ρόλος του νοσηλευτή», Ιωάννινα, 2018.
- Χανιώτης Ι. Φ. – Δημήτριος Ι. Χ. Νοσολογία Παθολογία. Αθήνα, 2002. Λίτσας. Τόμος Α', σελ. 230-231, 237 – 238.
- Χαλκίδου Ο., (2016). Καρκίνος του πνεύμονα και ο ρόλος του νοσηλευτή. Ανώτατο Τεχνολογικό Ίδρυμα Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας. Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Butcher G., (2008). Γαστρεντερολογία Έγχρωμο Εικονογραφημένο Εγχειρίδιο. Μεταφρασμένο από τα Αγγλικά από Γ. Κολιό. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Dalby A., (2000). Σειρήνια Δείπνα. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, Ηράκλειο.
- Dollemore D, Giuliucci M, Haigh J, Kirchheime S and Callahan J., (2004). New Choices in Nature Healing. Μεταφρασμένο από αγγλικά από ομάδα των εκδόσεων: ΑΛΚΥΩΝ.
- European Society of Medical Oncology / ESMO. Ορθοκολικός Καρκίνος: ένας οδηγός για τους ασθενείς. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Ομάδα Νέων Ελλήνων Ογκολόγων. Εκδόσεις Reliable Cancer Therapies, 2013.
- Fayers P, Machin D. Ποιότητα ζωής (αξιολόγηση, ανάλυση και ερμηνεία), επιμέλεια Λέκκας Φάνης, επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα, 2006 σ.7-19.
- Gillanders A.. Ρεφλεξολογία. Έκδοση: Αλκίμαχον, 2008.
- Ignatavicius D, Workman L., (2008). Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη για Συνεργατική Φροντίδα. Τόμος ΙΙ. Μεταφρασμένο από τα Αγγλικά από Α. Βασιλειάδου. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Kunz B, Kunz K., (2012). Ρεφλεξολογία. Έκδοση: Κλειδάριθμος.
- LeMone P, Burke K, Bauldoff G., (2014). Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς (Τόμος Ι, Κεφάλαιο 14). Εκδόσεις: Λαγός Δημήτριος.

- Runge M.S, Greganti M.A., (2009). Παθολογία βασικές αρχές. 1η έκδοση. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Γ. Βαϊόπουλος και συν. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- Woodhead K, Wicler P. Περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, επιμέλεια Παυλάτου Νίκη, επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Λαγός, Αθήνα, 2005.
- Weiner M. «Το πλήρες βιβλίο της Ομοιοπαθητικής», Διόπτρα, Αθήνα, 1992.

Ξενόγλωσση

- American Society of PeriAnesthesia Nurses. Standards, recommended practices, and guidelines. Denver:, 2004.
- American Cancer Society. Cancer facts and figures 2009. Atlanta: Author, 2010a.
- Carper E, Haas M. Advanced Practice nursing in radiation Oncology. *Semin Oncol Nurs.* 2006;22(4):203-211.
- Baena Ruiz R, Salinas Hernández P. Diet and cancer: risk factors and epidemiological evidence. *Maturitas.* 2014;77(3):202-208.
- Bahall M. Prevalence, patterns, and perceived value of complementary and alternative medicine among cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. *BMC Complement Altern Med.* 2017;17(1):345.
- Balneaves LG, Wong ME, Porcino AJ, Truant TLO, Thorne SE, Wong ST. Complementary and alternative medicine (CAM) information and support needs of Chinese-speaking cancer patients. *Support Care Cancer.* 2018;26(12):4151-4159.
- Cassileth B, Trevisan C, Gubili J. Complementary therapies for cancer pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2007;11(4):265-259.
- Cassileth BR, Deng G. Complementary and alternative therapies for cancer. *Oncologist.* 2004;9(1):80-89.
- Anestakis D, Dimosiari A, Tzelepis D, Dakis K, Iakovidou-Kritsi Z. Colon cancer: An epidemiological study in Northern Greece, 2010.
- Chik YM, Ip WY, Choi KC. The Effect of Upper Limb Massage on Infants' Venipuncture Pain. *Pain Manag Nurs.* 2017;18(1):50-57.
- Calzone KA. Genetic biomarkers of cancer risk. *Semin Oncol Nurs.* 2012;28(2):122-128.
- Chang HY, Chang HL. A review of nurses' knowledge, attitudes, and ability to communicate the risks and benefits of complementary and alternative medicine. *J Clin Nurs.* 2015;24(11-12):1466-1478.
- DeSantis CE, Lin CC, Mariotto AB, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. *CA Cancer J Clin.* 2014;64(4):252-271.
- Deconinck E. Illegal Adulterations of (Traditional) Herbal Medicines and Dietary Supplements for the Treatment of Pain. In: R. Watson, S. Zibadi eds 2017. *Nutritional Modulators of Pain in the Aging Population.* p. 3-8, 2017.
- European Lung Foundation, European Respiratory Society, www.europeanlung.org, Οκτώβριος, 2016.

- Embong NH, Soh YC, Ming LC, Wong TW. Perspectives on reflexology: A qualitative approach. *J Tradit Complement Med*. 2016;7(3):327-331. Published 2016 Dec 3.
- Fanelli G, Fanelli A. Developments in managing severe chronic pain: role of oxycodone-naloxone extended release. *Drug Des Devel Ther*. 2015;9:3811-3816. Published 2015 Jul 22.
- Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *Eur J Cancer*. 2018;103:356-387.
- Furlan AD, Yazdi F, Tsertsvadze A, et al. Complementary and alternative therapies for back pain II. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2010;(194):1-764.
- Gosselin-Acomb TK. Role of the radiation oncology nurse. *Semin Oncol Nurs*. 2006;22(4):198-202.
- Gillett J, Lentile C, Hiscock J, Plank A, Martin JM. Complementary and alternative medicine use in radiotherapy: what are patients using? *J Altern Complement Med*. 2012;18(11):1014-1020.
- Hall H et al. 'International Journal of Nursing Studies Nurses ' attitudes towards complementary therapies : A systematic', *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier Ltd, 69, pp. 47–56.
- Hübner J, Hanf V. Commonly used methods of complementary medicine in the treatment of breast cancer. *Breast Care (Basel)*. 2013;8(5):341-347.
- Islami F, Torre LA, Jemal A. Global trends of lung cancer mortality and smoking prevalence. *Transl Lung Cancer Res*. 2015;4(4):327-338.
- Iconomou G, Viha A, Kalofonos HP, Kardamakis D. Impact of cancer on primary caregivers of patients receiving radiation therapy. *Acta Oncol*. 2001;40(6):766-771.
- Irigaray P, Newby JA, Clapp R, et al. Lifestyle-related factors and environmental agents causing cancer: an overview. *Biomed Pharmacother*. 2007;61(10):640-658.
- Jargin SV. Hormesis and homeopathy: The artificial twins. *J Intercult Ethnopharmacol*. 2015;4(1):74-77.
- John GM, Hershman DL, Falci L, Shi Z, Tsai WY, Greenlee H. Complementary and alternative medicine use among US cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2016;10(5):850-864.
- Jones E, Nissen L, McCarthy A, Steadman K, Windsor C. Exploring the Use of Complementary and Alternative Medicine in Cancer Patients. *Integr Cancer Ther*. 2019;18:1534735419846986.
- Kramlich D. Introduction to complementary, alternative, and traditional therapies. *Crit Care Nurse*. 2014;34(6):50-57.
- Key TJ, Verkasalo PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol*. 2001;2(3):133-140.
- Keene MR, Heslop IM, Sabesan SS, Glass BD. Complementary and alternative medicine use in cancer: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. 2019;35:33-47.

- Lawless J. The encyclopedia of Essential oils, Great Britain, Element Books Limited, 1992.
- Leon M et al. European Code against cancer, 4th Edition: tobacco and cancer. *Cancer Epidemiology*. 2015;39(1):520-533.
- Lu W, Rosenthal DS. Oncology Acupuncture for Chronic Pain in Cancer Survivors: A Reflection on the American Society of Clinical Oncology Chronic Pain Guideline. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2018;32(3):519-533.
- Magill L. The meaning of the music: the role of music in palliative care music therapy as perceived by bereaved caregivers of advanced cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2009;26(1):33-39.
- Mofredj A, Alaya S, Tassaioust K, Bahloul H, Mrabet A. Music therapy, a review of the potential therapeutic benefits for the critically ill. *J Crit Care*. 2016;35:195-199.
- Merrijoy K, Beverly W, Bernice P, Mike S. «Complementary and Alternative Medicine - Challenge and Change», Routledge, London and New York, 2003.
- McEwen D. Ambulatory surgery. In M.H. Meeker & J.C. Rothrock (Eds). *Alexanders care of the patient in surgery* (12th ed.). St.Louis: Mosby, 2002.
- Martin-Moreno JM, Soerjomataram I, Magnusson G. Cancer causes and prevention: a condensed appraisal in Europe in 2008. *Eur J Cancer*. 2008;44(10):1390-1403.
- NCCAM. CAM Basics. Ημερομηνία πρόσβασης [14-08-2013] από: http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/D347_05-25-2012.pdf, 2012.
- Oncology Nursing Society. Oncology Nursing Society position paper on quality cancer care. Retrieved March 10, 2009, from <http://www.ons.org/publications/positions/QualityCancerCare.shtml>, 2009.
- PDQ Adult Treatment Editorial Board. Adult Non-Hodgkin Lymphoma Treatment (PDQ®): Health Professional Version. In: *PDQ Cancer Information Summaries*. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); June 26, 2020.
- PDQ Adult Treatment Editorial Board. Adult Hodgkin Lymphoma Treatment (PDQ®): Patient Version. In: *PDQ Cancer Information Summaries*. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); April 3, 2020.
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(2):74-108.
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Estimating the world cancer burden: Globocan 2000. *Int J Cancer*. 2001;94(2):153-156.
- Price S, Price L. *Aromatherapy for Health Professionals*, London, Churchill Livingstone, 1995.
- Price S. *The Aromatherapy Workbook*, London, Thorsons, 1993.
- Plotnikof G.A. Herbal Medicines. In: R. Lindquist, M. Snyder, M.F.Tracyeds. *Complementary and Alternative Therapies in Nursing*. New York: Springer Publishing Company. p. 345-364, 2014.
- Richie RC, Swanson JO. Breast cancer: a review of the literature. *J Insur Med*. 2003;35(2):85-101.

- Sant M, Allemani C, Tereanu C, et al. Incidence of hematologic malignancies in Europe by morphologic subtype: results of the HAEMACARE project [published correction appears in *Blood*. 2011 Mar 24;117(12):3477]. *Blood*. 2010;116(19):3724-3734.
- Shengelia R, Parker SJ, Ballin M, George T, Reid MC. Complementary therapies for osteoarthritis: are they effective?. *Pain Manag Nurs*. 2013;14(4):e274-e288.
- Saha BL, Seam MOR, Islam MM, et al. General perception and self-practice of complementary and alternative medicine (CAM) among undergraduate pharmacy students of Bangladesh. *BMC Complement Altern Med*. 2017;17(1):314. Published 2017 Jun 14.
- Shepard N, Kelvin JF. The nursing role in radiation oncology. *Semin Oncol Nurs*. 1999;15(4):237-249.
- Sifri R, Gangadharappa S, Acheson LS. Identifying and testing for hereditary susceptibility to common cancers. *CA Cancer J Clin*. 2004;54(6):309-326.
- Satchidananda SS. The yoga sutras of Patanjali. 16th ed. Yogaville, Virginia US: Integral Yoga Publications, 2011.
- Stie M, Jensen LH, Delmar C, Nørgaard B. Open dialogue about complementary and alternative medicine (CAM) integrated in conventional oncology care, characteristics and impact. A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2020;S0738-3991(20)30321-9.
- Thomas KJ, Nicholl JP, Coleman P. Use and expenditure on complementary medicine in England: a population based survey. *Complement Ther Med*. 2001;9(1):2-11.
- Tadman M, Roberts D, Foulkes M. Oxford Systemic anti – cancer therapy, ch 17. *Handbook of Cancer Nursing* 2nd ed. Oxford university Press, 2019.
- Tisserand R, Balacs T. *Essential Oil Safety*, London, Churchill Livingstone, 1995.
- Varela-Rey. M. Alcohol, DNA, Methylation and cancer. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2013;35(1):25-35.
- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Greece, source: Globocan, 2018.
- World Health Organization. *A National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. WHO, Geneva. 2nd Ed. American Institute for Cancer Research. *Everything Doesn't Cause Cancer*”, 2002.
- Wode K, Henriksson R, Sharp L, Stoltenberg A, Hök Nordberg J. Cancer patients' use of complementary and alternative medicine in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Complement Altern Med*. 2019;19(1):62.
- Yap S. H. ‘Acupuncture in pain management’, *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*. Elsevier Ltd, 17(9):448–450.

Β. Άδεια διεξαγωγής έρευνας

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



24.06.2020 19:15:08
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΨΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗΡΙΑ
ΑΠΟ
ΒΑΣΙΛΕΙΑ
ΔΗΜΟΤΑΚΗ

Ηράκλειο, 24/06/2020

Α. Π.: 28064

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: **Μανουράς Ανδρέας**
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: dprogram@hc-crete.gr

ΠΡΟΣ: 1. Κα Φωτοπούλου Αφροδίτη,
2. κα Στέφου Μαρίνα, Φοιτήτριες του
Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ

ΚΟΙΝ:

- 1) κ. Διοικητή Γ.Ν. Βενιζέλιο - Πανάνειο
- 2) κ. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας,
- 3) κ. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στο Γ.Ν. Βενιζέλιο - Πανάνειο, στο πλαίσιο Πτυχιακής Εργασίας».

ΣΧΕΤΙΚΑ:

1. Το με αρ. πρωτ. 10747/11-6-2020 έγγραφο της Αναπληρώτριας Διοικήτριας Γ.Ν. Βενιζέλιο.
2. Η με αρ. 22/συν. 2/19-02-2020 θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Βενιζέλιο – Πανάνειο.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, **εγκρίνουμε** τη διεξαγωγή έρευνας στο Γ.Ν. Βενιζέλιο -Πανάνειο, και συγκεκριμένα τη διανομή **ανώνυμου ερωτηματολογίου σε ασθενείς της Παθολογικής Ογκολογικής Κλινικής**, στο πλαίσιο εκπόνησης Πτυχιακής εργασίας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, από τις φοιτήτριες κ.κ. Φωτοπούλου Αφροδίτη και Στέφου Μαρίνα, με θέμα: **«Συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες σε νοσηλευόμενους ογκολογικούς ασθενείς»**, υπό την επίβλεψη του Εκπαιδευτικού κ. Κωνσταντίνιδη Θεοχάρη.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) πριν την παρουσίαση της εργασίας θα **προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο του Γ.Ν. Βενιζέλιο -Πανάνειο**. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στις ερευνήτριες ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ ΤΗΣ 7^{ΗΣ} ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ

ΜΠΟΡΜΠΟΥΔΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

Συνημμένα: Φόρμα περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας

Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης

Γ. Δείγμα ερωτηματολογίου

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Αγαπητέ/η Κύριε/α,

Το παρόν ανώνυμο ερωτηματολόγιο διερευνά τη χρήση των Συμπληρωματικών και Εναλλακτικών θεραπειών (ΣΕΘ) σε ασθενείς που νοσηλεύονται στην Παθολογική Ογκολογική Κλινική και στο τμήμα ημερήσιας νοσηλείας του Βενιζέλειου Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης. Αποτελεί μεθοδολογικό εργαλείο σχετικής μελέτης που πραγματοποιούμε στο πλαίσιο της πτυχιακής μας εργασίας. Η συμμετοχή σας απαιτεί 10 περίπου λεπτά από το χρόνο σας για να απαντήσετε με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις που ακολουθούν.

Θα θέλαμε να τονίσουμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Όλα τα στοιχεία που θα σας ζητηθούν θα είναι εμπιστευτικά και θα είναι σε γνώση μόνο των ερευνητών και του επιβλέποντα της πτυχιακής μας εργασίας. Τα επεξεργασμένα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν συλλογικά και ανώνυμα. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Είμαστε στη διάθεση σας να απαντήσουμε σε πιθανές απορίες σας (οι φοιτήτριες Αφροδίτη Φωτοπούλου, Μαρίνα Στέφου, email: marina.stefou98@gmail.com).

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τον χρόνο που θα μας διαθέσετε.

Εάν συμφωνείτε παρακαλώ υπογράψτε ή μονογράψτε παρακάτω:

(Το παρόν φύλλο θα αποκολληθεί από το ερωτηματολόγιο πριν την επεξεργασία των ερωτηματολογίων για να διαφυλαχτεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων).

Υπογραφή/μονογραφή.....

Ημερομηνία.....

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε το ακόλουθο ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και θα χρησιμοποιηθεί για επιστημονικούς σκοπούς. Η συνεργασία και η ειλικρίνεια στις απαντήσεις σας είναι απαραίτητη και πολύτιμη.

A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ - ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

(Σημειώστε ένα X)

1. Φύλο:

α. Γυναίκα β. Άνδρας

2. Ηλικία:

α. 18-28 β. 29-38 γ. 39-48 δ. 49-58 ε. 59 και άνω

3. Οικογενειακή κατάσταση:

α. Άγαμος/η β. Έγγαμος/η γ. Διαζευγμένος/η δ. Χήρος/α

4. Μορφωτικό επίπεδο:

α. Δεν πήγα σχολείο β. Απόφοιτος δημοτικού γ. Απόφοιτος γυμνασίου
δ. Απόφοιτος λυκείου ε. Απόφοιτος τεχνικής σχολής στ. Απόφοιτος ανώτατης σχολής ΤΕΙ

5. Ζείτε με:

α. Τον/την σύζυγο β. Τον/την σύζυγο και τα παιδιά γ. Τους γονείς μου
δ. Μόνος/η ε. Άλλο Παρακαλώ αναφέρετε με ποιόν.....

6. Έχετε παιδιά;

α. Όχι β. Ναι . Αν ΝΑΙ, αριθμός παιδιών: _____

7. Επαγγελματική κατάσταση:

α. Δημόσιος υπάλληλος β. Άνεργος γ. Συνταξιούχος
δ. Ιδιωτικός υπάλληλος ε. Άλλο

8. Ζείτε σε:

α. Πόλη β. Χωριό

9. Πως θα χαρακτηρίζατε την οικονομική σας κατάσταση:

- α. Άριστη β. Πολύ καλή γ. Καλή δ. Μέτρια ε. Κακή

B. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ και ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

10. Γνωρίζετε τι είναι οι Συμπληρωματικές και οι Εναλλακτικές Θεραπείες;

- α. Όχι β. Ναι Αν ναι, δώστε έναν σύντομο ορισμό.

Συμπληρωματικές Θεραπείες είναι

.....
.....
.....
.....
.....

Εναλλακτικές θεραπείες είναι

.....
.....
.....
.....

Δείτε τους ορισμούς στην τελευταία σελίδα αφού γράψετε τους δικούς σας και μην διορθώσετε στη συνέχεια αυτά που έχετε γράψει.
Συνεχίστε αφού διαβάσετε τους ορισμούς.

B1. Συμπληρωματικές Θεραπείες

11. Είχατε στο παρελθόν κάποιο πρόβλημα υγείας και χρησιμοποιήσατε κάποια μέθοδο Συμπληρωματικής Θεραπείας;

- α. Όχι β. Ναι . Αν Ναι, τι πρόβλημα υγείας;

.....

12. Τους τελευταίους έξι μήνες και αφού αρρωστήσατε από το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας για το οποίο και νοσηλεύεστε σήμερα, χρησιμοποιήσατε κάποια μέθοδο Συμπληρωματικής Θεραπείας;

- α. Όχι β. Ναι

Αν απαντήσατε **Ναι** στην ερώτηση 11 ή στην ερώτηση 12 συνεχίστε στις επόμενες ερωτήσεις, διαφορετικά πηγαίετε στην ερώτηση 18.

13. Με ποιο τρόπο έχετε ενημερωθεί για τη χρήση των Συμπληρωματικών Θεραπειών;

- α. Φίλοι/οικογένεια β. Μ.Μ.Ε./Διαδίκτυο γ. Βιβλία/περιοδικά
 δ. Νοσοκομείο – διεπιστημονική ομάδα ε. Άλλο.....

14. Για ποιο λόγο επιλέξατε μία ή περισσότερες από τις μεθόδους Συμπληρωματικής Θεραπείας;

- α. Μου την σύστησε ένας φίλος/συνάδελφος που είχε θετική εμπειρία
 β. Γιατί είναι συμβατή με την ιδεολογία και τον τρόπο ζωής μου
 γ. Οι γονείς/συγγενείς μου τις χρησιμοποιούν για τα προβλήματα υγείας τους
 δ. Από παιδί με αυτό τον τρόπο αντιμετωπίζω τα προβλήματα υγείας μου
 ε. Η ασθένεια μου είναι σοβαρή με μικρή πιθανότητα ανάρρωσης
 στ. Άλλο _____

15. Ποια από τις παρακάτω μεθόδους συμπληρωματικής θεραπείας χρησιμοποιείτε ή χρησιμοποιήσατε τους τελευταίους έξι μήνες; (οι επιλογές μπορούν να είναι πάνω από μία)

Είδος Συμπληρωματικής Θεραπείας	Χρονικό διάστημα	Πόσο βοηθητικές ήτ Κυκλώστε την απάντησ από 1=καθόλου έως 5=πά			
α. Αρωματοθεραπεία	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
β. Βελονισμός	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
γ. Ομοιοπαθητική	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
δ. Παραδοσιακή κινέζικη ιατρική	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
ε. Κατευθυνόμενος οραματισμός	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
στ. Προοδευτική μυϊκή χαλάρωση	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
ζ. Ρεφλεξολογία	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
η. Χειροπρακτική	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
θ. Βοτανοθεραπεία	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
ι. Μουσικοθεραπεία	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
ια. Συμπληρώματα διατροφής	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
ιβ. Άλλο; _____		1	2	3	4
ιγ. Άλλο; _____		1	2	3	4

16. Από τη χρήση των παραπάνω Συμπληρωματικών Θεραπειών εμφανίσατε παρενέργειες;

- α. Όχι β. Ναι

Αν ναι, παρακαλώ αναφέρετε μερικές από αυτές:

.....

17. Ζητήσατε την γνώμη του θεράποντα ιατρού σας για την συνδυαστική χρήση των Συμπληρωματικών Θεραπειών και της κλασσικής ιατρικής;

- α. Ναι
 β. Όχι . Εάν όχι, γιατί;
- α. Ξέχασα να το αναφέρω
 β. Δεν είναι σημαντικό να το γνωρίζει ο γιατρός
 γ. Ο γιατρός δεν θα το καταλάβαινε
 δ. Ο γιατρός δεν θα είχε γνώσεις για αυτές τις θεραπείες
 ε. Ο γιατρός θα το απέρριπτε
 στ. Άλλο _____

B2. Εναλλακτικές Θεραπείες

18. Έχετε χρησιμοποιήσει στο παρελθόν κάποια μορφή Εναλλακτικής Θεραπείας μετά από την εμφάνιση του προβλήματος υγείας σας;

- α. Όχι . Αν απαντήσετε όχι συνεχίστε στην ερώτηση 23
 β. Ναι . Εάν **Ναι**, ποια/ες από τις παρακάτω; (οι επιλογές μπορούν να είναι πάνω από μία)

Είδος Εναλλακτικής Θεραπείας	Χρονικό διάστημα	Πόσο βοηθητικές ήταν; Κυκλώστε την απάντησή σας από 1=καθόλου έως 5=πάρα πολύ				
		1	2	3	4	5
α. Αρωματοθεραπεία	<input type="checkbox"/> _____	1	2	3	4	5
β. Βελονισμός	<input type="checkbox"/> _____	1	2	3	4	5
γ. Ομοιοπαθητική	<input type="checkbox"/> _____	1	2	3	4	5
δ. Παραδοσιακή κινέζικη ιατρική	<input type="checkbox"/> _____	1	2	3	4	5

ε. Κατευθυνόμενος οραματισμός	<input type="checkbox"/>	_____	1	2	3	4	5
στ. Προοδευτική μυϊκή χαλάρωση	<input type="checkbox"/>	_____	1	2	3	4	5
ζ. Ρεφλεξολογία	<input type="checkbox"/>	_____	1	2	3	4	5
η. Χειροπρακτική	<input type="checkbox"/>	_____	1	2	3	4	5
θ. Βοτανοθεραπεία	<input type="checkbox"/>	_____	1	2	3	4	5
ι. Μουσικοθεραπεία	<input type="checkbox"/>	_____	1	2	3	4	5
ια. Συμπληρώματα διατροφής	<input type="checkbox"/>	_____	1	2	3	4	5
ιβ. Άλλο; _____			1	2	3	4	5
ιγ. Άλλο; _____			1	2	3	4	5

19. Με ποιο τρόπο έχετε ενημερωθεί για τη χρήση των Εναλλακτικών Θεραπειών;

- α. Φίλοι/οικογένεια β. Μ.Μ.Ε./Διαδίκτυο γ. Βιβλία/περιοδικά
δ. Νοσοκομείο – ε. Άλλο.....
διεπιστημονική ομάδα

20. Για ποιο λόγο επιλέξατε μία ή περισσότερες από τις μεθόδους Εναλλακτικής Θεραπείας;

(οι επιλογές μπορούν να είναι πάνω από μία)

- α. Ήθελα να αποφύγω τις παρενέργειες των φαρμάκων
β. Μου την σύστησε ένας φίλος/συνάδελφος που είχε θετική εμπειρία
γ. Η συμβατική θεραπεία απέτυχε
δ. Γιατί είναι συμβατή με την ιδεολογία και τον τρόπο ζωής μου
ε. Οι γονείς/συγγενείς μου τις χρησιμοποιούν για τα προβλήματα της υγείας τους
στ. Λόγω αποτυχίας του συμβατικού γιατρού να κάνει σωστή διάγνωση
ζ. Είμαι δυσαρεστημένος/η από τη στάση και συμπεριφορά του συμβατικού γιατρού
η. Από παιδί με αυτό τον τρόπο αντιμετωπίζω τα προβλήματα υγείας μου
θ. Η ασθένεια μου είναι σοβαρή με μικρή πιθανότητα ανάρρωσης
ι. Γιατί ενισχύει την αποτελεσματικότητα της συμβατικής θεραπευτικής αγωγής
ια. Άλλο _____

21. Είχατε χρησιμοποιήσει στο παρελθόν κάποια μορφή Εναλλακτικής Θεραπείας πριν από την εμφάνιση του παρόντος προβλήματος υγείας σας; (οι επιλογές μπορούν να είναι πάνω από μία)

- α. Όχι β. Ναι

22. Από τη χρήση των παραπάνω Εναλλακτικών Θεραπειών παρουσιάστηκαν παρενέργειες;

α. Όχι β. Ναι . Αν απαντήσατε **Ναι**, παρακαλώ αναφέρετε μερικές από αυτές που είχατε:

.....
.....
.....

23. Γνωρίζετε ότι πολλές Συμπληρωματικές Θεραπείες βελτιώνουν τα συμπτώματα της νόσου ή των θεραπειών;

α. Ναι β. Όχι

24. Στο νοσοκομείο (στην κλινική είτε στο τμήμα ημερήσιας νοσηλείας) έχετε δει να υπάρχουν ενημερωτικά φυλλάδια που να σας πληροφορούν για τα πλεονεκτήματα αλλά και πιθανού κινδύνους από τη χρησιμοποίηση συμπληρωματικών ή εναλλακτικών θεραπειών;

α. Ναι β. Όχι

25. Πόσο επαρκείς θεωρείται τις γνώσεις σας σχετικά με τη χρήση και την εφαρμογή των Συμπληρωματικών – Εναλλακτικών θεραπειών; (Βαθμολογείστε από το 1= πολύ κακή έως το 10= άριστη)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Ποιος θεωρείτε πως είναι ο κύριος λόγος που πολλοί ασθενείς επιλέγουν Συμπληρωματικές – Εναλλακτικές Θεραπείες;

- α. Γιατί είναι συμβατές με την ιδεολογία και τον τρόπο ζωής τους
- β. Γιατί υπάρχει απογοήτευση με την συμβατική ιατρική
- γ. Γιατί θέλουν να κάνουν χρήση όλων των διαθέσιμων επιλογών
- δ. Για να αποφύγουν τις έντονες παρενέργειες των φαρμάκων της Συμβατικής Ιατρικής
- ε. Από περιέργεια
- στ. Από απόγνωση
- ζ. Άλλο _____

27. Θα θέλατε να μάθετε περισσότερα για τις συμπληρωματικές μεθόδους και τις εφαρμογές τους;

α. Ναι β. Όχι

28. Εάν δεν είχατε το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας θα χρησιμοποιούσατε Συμπληρωματικές – Εναλλακτικές Θεραπείες στην καθημερινή σας ζωή;

α. Όχι

β. Ναι για την αντιμετώπιση άλλων ασθενειών

γ. Ναι για την πρόληψη εμφάνισης ασθενειών

ΜΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΕΙΡΑ. ΑΦΟΡΑ ΤΟΥΣ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ

ΚΩΔ. ΕΡΩΤΗΜ:

ΗΜΕΡ.

D:

S:

Ορισμοί:

- **Συμπληρωτική θεραπεία** είναι ο συνδυασμός της κλασσικής θεραπείας με την ταυτόχρονη χρήση άλλων θεραπειών, όπως αρωματοθεραπεία, βελονισμός, ομοιοπαθητική, μουσικοθεραπεία, βοτανοθεραπεία, γιόγκα, συμπληρώματα διατροφής κ.ά. Δηλαδή ο ασθενής ακολουθεί τη θεραπεία που του συνέστησε ο ιατρός για το πρόβλημα της υγείας και ταυτόχρονα εφαρμόζει (την συμπληρώνει) με μια από τις θεραπείες όπως αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω γιατί θεωρεί ότι μπορεί να αυξήσουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα και να έχει λιγότερες παρενέργειες από τη νόσο ή τις θεραπείες στις οποίες υποβάλλεται.

- **Εναλλακτική θεραπεία** είναι η θεραπεία που χρησιμοποιείται μόνη της στη θέση της κλασσικής ιατρικής. Τέτοιες θεραπείες είναι η αρωματοθεραπεία, ο βελονισμός, η ομοιοπαθητική, η μουσικοθεραπεία, η βοτανοθεραπεία κ.ά. Δηλαδή ο ιατρός σας προτείνει μια συγκεκριμένη θεραπεία και εσείς την αρνείστε και επιλέγετε να χρησιμοποιήσετε κάποια άλλη μορφή, όπως οι παραπάνω, π.χ. επιλέγετε να λάβετε κάποιο φυτό που σας πρότειναν (κάποια άτομα, συνήθως μη ιατροί) ότι έχει σημαντική θεραπευτική δράση. Ο όρος εναλλακτική θεραπεία, σημαίνει διαφορετική προσέγγιση στο σύμπτωμα του ασθενή από αυτή της συμβατικής ιατρικής την οποία και αντικαθιστά πλήρως. Συχνά χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα ευρύ φάσμα των πρακτικών της υγειονομικής περίθαλψης που δεν είναι μέρος της παράδοσης μιας χώρας και δεν έχει ενσωματωθεί στο εθνικό σύστημα υγείας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

