



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“Κατανοώντας τις ανάγκες των ατόμων με καρκίνο του νεφρού και ο ρόλος του νοσηλευτή στην παροχή φροντίδας”

Φοιτήτρια:

Αναστασία Αποστόλου

Επιβλέπων Καθηγητής:

Δρ. Στέφανος Μαντζούκας

(RN, PhD, FEANS)

Τμήμα Νοσηλευτικής

Σχολή Επιστημών Υγείας

Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα 2024

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία θα ήθελα να εκφράσω από καρδιάς την ευγνωμοσύνη μου στους ανθρώπους οι οποίοι συνέβαλαν ο καθένας ξεχωριστά με τον τρόπο του στην περάτωση της.

Για αρχή, οφείλουν να αποδοθούν θερμά ευχαριστήρια για τα μέλη της επιτροπής αξιολόγησης και συγκεκριμένα:

- Στον Καθηγητή Δρ. Στέφανο Μαντζούκα
- Στην Καθηγήτρια Αθηνά Πάσχου
- Στην Καθηγήτρια Ελπινίκη Λάιου

Ευχαριστώ ολόψυχα τον επιβλέποντα αυτής της πτυχιακής εργασίας, τον Δρ. Στέφανο Μαντζούκα, για την επιλογή και την ανάθεση του θέματος, τη συνεχή καθοδήγηση και τις πολύτιμες συμβουλές του καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειας αυτής.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ θα ήθελα να εκφράσω, στην οικογένειά μου, στους γονείς μου Παναγιώτη και Θωμά, στις αδερφές μου Χρύσα και Δανάη, και στον σύζυγο μου Λευτέρη για την αγάπη, τη στήριξη και τη υπομονή τους.

Πίνακας Περιεχομένων

<u>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</u>	<u>2</u>
<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</u>	<u>6</u>
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</u>	<u>7</u>
<u>1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	<u>7</u>
<u>1.2. ΑΝΑΣΤΟΧΑΣΜΟΣ.....</u>	<u>9</u>
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</u>	<u>10</u>
<u>2. ΣΤΟΧΟΣ & ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</u>	<u>10</u>
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</u>	<u>11</u>
<u>3.1. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....</u>	<u>11</u>
<u>3.2. ΟΡΙΣΜΟΣ</u>	<u>15</u>
<u>3.3. ΑΝΑΤΟΜΙΑ.....</u>	<u>16</u>
<u>3.4. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....</u>	<u>17</u>
<u>3.5. ΠΡΟΛΗΨΗ.....</u>	<u>20</u>
<u>3.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ</u>	<u>20</u>
<u>3.6.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ.....</u>	<u>20</u>

<u>3.6.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ</u>	<u>21</u>
<u>3.6.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ.....</u>	<u>22</u>
<u>3.7. ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ - ΣΥΝΟΨΗ.....</u>	<u>23</u>
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</u>	<u>26</u>
<u>4.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</u>	<u>26</u>
<u>4.2. ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ.....</u>	<u>27</u>
<u>4.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....</u>	<u>27</u>
<u>4.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....</u>	<u>28</u>
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</u>	<u>29</u>
<u>5.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ / ΕΥΡΗΜΑΤΑ</u>	<u>29</u>
<u>5.2 ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ 1: ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ</u>	<u>30</u>
<u>5.3 ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ 2: ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ</u>	<u>32</u>
<u>5.4 ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ 3: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΚΑΙ ΑΙΜΟΔΙΑΛΥΣΗΣ / ΑΝΑΙΜΙΑ.....</u>	<u>33</u>
<u>5.5 ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ 4: ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</u>	<u>34</u>
<u>5.6 ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ 5: ΚΟΠΩΣΗ.....</u>	<u>34</u>

<u>5.7 ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....</u>	<u>36</u>
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....</u>	<u>37</u>
<u>6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u>	<u>37</u>
<u>ΛΙΣΤΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ</u>	<u>39</u>

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το νεφροκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί μια κακοήθεια που ξεκινάει από τα νεφρικά κύτταρα και αποτελεί την συχνότερη μορφή καρκίνου των νεφρών στους ενήλικες, ενώ στον συνολικό αριθμό καρκίνων αποτελεί το 2%. Τα κύρια αίτια αποτελούν η αυξημένη ηλικία, το φύλο, τα άλλα συνοδά νοσήματα, οι κληρονομικοί παράγοντες κ.α. **Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας ανασκοπικής εργασίας αποτελούν η αναζήτηση και συλλογή των σύγχρονων επιστημονικών δεδομένων που αφορούν στις ανάγκες των ασθενών που νοσούν από τον καρκίνο των νεφρών καθώς και στον ρόλο του νοσηλευτή στην παροχή φροντίδας. **Μεθοδολογία:** Για την διεξαγωγή της εν λόγω έρευνας πραγματοποιήθηκε εκτενής έρευνα στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Scopus, ScienceDirect, την μηχανή αναζήτησης Google Scholar κ.α. **Αποτελέσματα:** Από την αναζήτηση αυτή προέκυψαν συνολικά 123 άρθρα, τα οποία μέσω των κριτηρίων αποκλεισμού και συνάφειας, συγκεντρώθηκαν 8 άρθρα που αφορούσαν στις ανάγκες των ασθενών αυτών. Οι ανάγκες των ασθενών που προκύπτουν από τον καρκίνο των νεφρών, αφορούν στις επιπτώσεις της χρόνια νεφρικής ανεπάρκειας, στον αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης, στην αναιμία λόγω αιμοκάθαρσης και αιμοδιάλυσης, στην παρηγορητική φροντίδα τους και, τέλος, στην κόπωση που βιώνουν. **Συμπεράσματα:** Τα ανωτέρω κλινικά χαρακτηριστικά, έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινότητα των ασθενών τόσο ενδονοσοκομειακά, όσο και στην κοινοτική νοσηλευτική, με προεκτάσεις που αφορούν στην ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών, ενώ όπως επισημάνθηκε, κρίσιμος και ζωτικής σημασίας είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην κατανόηση των αναγκών αυτών και τον οργανωμένο σχεδιασμό ενός πλάνου ολοκληρωμένων παροχών φροντίδας, τόσο στο άτομο όσο και στην οικογένειά του.

- **Λέξεις κλειδιά:** Καρκίνος του νεφρού, Νοσηλευτής, Ανάγκες ασθενών, Πλάνο φροντίδας

1.1. Εισαγωγή

Ο καρκίνος των νεφρών αντιπροσωπεύει περίπου το 2% όλων των τύπων καρκίνου που απαντώνται στον άνθρωπο, με τους Stebbing & Gore (2001) να εκτιμούν πως καταγράφονται 95.000 θάνατοι ετησίως με αυτή την αιτιολογία. Επιδημιολογικά, εμφανίζεται να είναι ο 10^{ος} συνηθέστερος καρκίνος που διαγιγνώσκεται σε άνδρες και ο 14^{ος} πιο κοινός στις γυναίκες (Office for National Statistics UK, 2005). Ως παράγοντες κινδύνου εμφανίζονται η κληρονομικότητα, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η νεφρική νόσος, καθώς και άλλοι όπως η χρήση αντιυπερτασικής αγωγής, τα αναλγητικά φάρμακα αλλά και η έκθεση σε καρκινογόνες ουσίες, ενώ το 75% των διαγνώσεων αφορούν σε άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών (Ljungberg et al., 2011; Qayyum et al., 2013). Θεραπευτικά, η τυπική θεραπεία είναι κατά κύριο λόγο η χειρουργική επέμβαση με σκοπό την απομάκρυνση του πρωτογενούς όγκου, ενώ η χημειοθεραπεία δεν εμφανίζει μεγάλη αποτελεσματικότητα στο βαθμό τουλάχιστον που αυτό επιτυγχάνεται με ανοσολογικές παρεμβάσεις (Atkins, 2005; Coppin et al., 2008).

Οι ασθενείς μπορεί συχνά να βιώνουν τον αντίκτυπο της νόσου με άμεσα αποτελέσματα ή ακόμα και συνδυαστικά μέσω της θεραπείας της ασθένειας. Παρόλο που υπάρχει κάποια βιβλιογραφία (Cella et al., 2007; Harding et al., 2007; Lesage et al., 2007) που εξετάζει και αναλύει την συμπτωματική επίδραση του καρκίνου των νεφρών και τη θεραπεία, το έργο αυτό δεν παρέχει πλήρη κάλυψη σχετικά με την επίδραση στην ποιότητα ζωής και τις ανάγκες αυτών των ασθενών.

Η διαχείριση του καρκίνου των νεφρών μέσω των διαφόρων πρακτικών που εξετάζονται, αναλύονται και εφαρμόζονται ανά τον κόσμο, με σκοπό την βελτίωση της πρόγνωσης της νόσου αλλά και την πορεία της υγείας των ασθενών, έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια (Cella et al., 2007). Παρόλα αυτά, φαίνεται να υπάρχει αρκετά σημαντικό χάσμα μεταξύ των πλάνων φροντίδας και κατευθυντήριων γραμμών παροχής φροντίδας στους ασθενείς αυτούς και στην πρακτική εφαρμογή τους από τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαιτέρως τους νοσηλευτές (Harding et al., 2007). Για αυτό και

κρίνεται σημαντικό το νοσηλευτικό προσωπικό που εμπλέκεται στην παροχή φροντίδας των ασθενών να είναι ειδικά καταρτισμένο και ο ρόλος του επιστημονικά τεκμηριωμένος και σχεδιασμένος, ώστε το πλάνο φροντίδας να κατευθύνεται όχι μόνο στην εξατομικευμένη παροχή φροντίδας στο άτομο και την οικογένειά του, αλλά και στην προετοιμασία των ασθενών για την πρόβλεψη των μελλοντικών σωματικών, συναισθηματικών και κοινωνικών αναγκών του (Bird and Hayter, 2009).

Στην παρούσα εργασία, εξετάζονται αυτές οι ανάγκες των ασθενών με καρκίνο του νεφρού σχετικά με τους τομείς που αναφέρθηκαν, καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκτίμηση, τον σχεδιασμό και την αρωγή του στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας του. Για την ανάπτυξη του συγκεκριμένου θέματος, η παρούσα εργασία δομείται σε 7 κύρια κεφάλαια, που το καθένα εμφανίζει συγκεκριμένη θεματολογία. Συγκεκριμένα, μετά το παρόν κεφάλαιο της *Εισαγωγής (1.1)* και του *Αναστοχασμού (1.2)*, ακολουθεί το *Κεφάλαιο 2*, όπου αναλύονται ο κύριος σκοπός και οι επιμέρους στόχοι εκπόνησης της παρούσας εργασίας. Στην συνέχεια, στο *Κεφάλαιο 3* παρατίθεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την υπάρχουσα βιβλιογραφία για το πώς προσεγγίζει το παρόν θέμα, ενώ παράλληλα επισημαίνονται η ανατομία και η παθοφυσιολογία της συγκεκριμένης νόσου. Στο ίδιο κεφάλαιο υπογραμμίζεται ο ρόλος του νοσηλευτή στην παροχή φροντίδας των ασθενών αυτών, όπως και συγκεκριμένες συστάσεις πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του νεφρού. Το *Κεφάλαιο 4* αποτελεί το κεφάλαιο ανάλυσης της μεθοδολογίας η οποία ακολουθήθηκε για την διεκπεραίωση της παρούσας ανασκόπησης, όπως η διαδικασία συλλογής των δεδομένων μέσω της αναφοράς των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού, καθώς και της περιγραφής του δείγματος. Επακολούθως, στο *Κεφάλαιο 5* παρατίθενται διακριτά τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων επιλεγθέντων άρθρων στις ακόλουθες *θεματικές ενότητες*. Τέλος, στο *Κεφάλαιο 6* συζητούνται τα αποτελέσματα που προέκυψαν εν συνόλω με την υπάρχουσα βιβλιογραφία καθώς και με αντικρουόμενα ή συμφωνούντα στοιχεία άλλων μελετών, ενώ στο *Κεφάλαιο 7* γίνεται επιλογική παράθεση των συμπερασμάτων στα οποία καταλήγει η παρούσα εργασία.

1.2. Αναστοχασμός

Το συγκεκριμένο θέμα της παρούσας εργασίας προέκυψε από την ιδιαιτερότητα που εμφανίζει η παθοφυσιολογία και η κλινική εικόνα των ασθενών που νοσούν από καρκίνο του νεφρού. Συγκεκριμένα, η σημαντική λειτουργικότητα των νεφρών και η πεπλεγμένη εμπλοκή των νεφρών στην ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας, της πίεσης του αίματος, της απέκκρισης και επαναρρόφησης σημαντικού αριθμού μεταβολιτών, φανερώνεται στον υψηλό δείκτη θνησιμότητας που εμφανίζεται στους ασθενείς αυτούς. Όπως αναφέρουν πολλές πηγές ο ολοένα και αυξανόμενο υιοθετούμενος δυτικός τρόπος ζωής έχει οδηγήσει στην ραγδαία αύξηση των περιπτώσεων καρκίνου του νεφρού (Padala et al., 2020). Παράλληλα, οι νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις και τα νέα χημειοθεραπευτικά σχήματα έχουν οδηγήσει σε σημαντική διαφοροποίηση της κλινικής εικόνας των ασθενών και κατ' επέκταση των αναγκών τους.

Οι ανωτέρω λόγοι, ώθησαν στην εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας με επίκεντρο τις ανάγκες των ασθενών αυτών, καθώς και τις παρεμβάσεις που οφείλουν να κάνουν οι νοσηλευτές στο σχεδιασμό του πλάνου παροχής νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. Στόχος & Σκοποί της Εργασίας

Οι λόγοι που υποδηλώνουν -εκ μέρους μου- την εκπόνηση της παρούσας εργασίας έγκεινται, εκτός από το προσωπικό ενδιαφέρον σχετικά με την παθοφυσιολογία και την διαχείριση των νόσων που αφορούν στα νεφρά και τις γενικότερες παθήσεις που σχετίζονται με αυτά, και στην επιστημονική προσέγγιση του θέματος. Ειδικότερα, όπως αναφέρθηκε, τα συνεχώς εξελισσόμενα νέα δεδομένα όσον αφορά στα περιστατικά του καρκίνου του νεφρού, οι νέες επεμβατικές μέθοδοι, καθώς και η ανάπτυξη των νοσηλευτικών μεθόδων αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών, μέσα από την αξιολόγηση των αναγκών τους, αποτέλεσαν οι κύριοι λόγοι εκπόνησης του συγκεκριμένου θέματος της παρούσας εργασίας.

Ο κύριος σκοπός, λοιπόν, της παρούσας εργασίας βασίζεται στον εντοπισμό και την ανάλυση των αναγκών των ασθενών με καρκίνο του νεφρού, καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή στις ορθές πρακτικές παροχής φροντίδας των ασθενών αυτών.

Ως επιμέρους στόχοι τέθηκαν:

- Η αναγνώριση των αναγκών φροντίδας των ατόμων με καρκίνο του νεφρού,
- Η ανάλυση της παροχής φροντίδας του νοσηλευτή στην κλινική εικόνα των ασθενών με αυτόν τον τύπο καρκίνου
- Και, τέλος, η ανασκόπηση των ζητημάτων φροντίδας που προκύπτουν στους ασθενείς αυτούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Αρκετές είναι οι μελέτες που αξιολογούν την ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρκίνο του νεφρού. Πολλές εξ' αυτών μελετούν και αναλύουν την ψυχολογική κατάσταση στην οποία εκπίπτουν οι περισσότεροι ασθενείς που νοσούν από καρκίνους, με τη χρήση διαφόρων διαγνωστικών εργαλείων, τα οποία υπολογίζουν αλγοριθμικά το επίπεδο άγχους, κατάθλιψης και πίεσης που μπορεί να αισθάνονται οι ασθενείς, καταστάσεις που επηρεάζουν σημαντικά την υγεία τους και την εξέλιξη της νόσου, και που θα πρέπει να αποτελέσουν σημαντικό παράγοντα στην παροχή φροντίδας υγείας των νοσηλευτών στις εξατομικευμένες παρεμβάσεις τους. Για την βέλτιστη όμως παροχή φροντίδας, όπως αυτή υποδεικνύεται μέσα από την Νοσηλευτική Διεργασία, αρχικά ο νοσηλευτής θα πρέπει να κατανοήσει τις ανάγκες των ασθενών αυτών. Έτσι, στο παρόν κεφάλαιο θα αναλυθούν τα δεδομένα που υπάρχουν στην παρούσα βιβλιογραφία σχετικά με την ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρκίνο του νεφρού, καθώς επίσης και στις έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με αυτή την αξιολόγηση.

Αρχικά, οι Anastasiadis και συν. (2003) μελετώντας την ποιότητα ζωής των ατόμων με καρκίνο του νεφρού πραγματοποίησαν μια μελέτη σχετικά με τις επιπτώσεις του νεφροκυτταρικού καρκινώματος μέσα από το ερωτηματολόγιο SF-12 Health Survey. Πιο συγκεκριμένα, ξεκινώντας από 301 συμμετέχοντες και μέσω κριτηρίων αποκλεισμού, κατέληξαν σε 84 ασθενείς, οι οποίοι επέστρεψαν ολοκληρωμένα τα ερωτηματολόγια που τους είχαν δοθεί, με το εν λόγω διαγνωστικό τεστ να χρησιμοποιείται για να αξιολογήσει την σωματική λειτουργία, τον σωματικό πόνο, την γενικότερη υγεία, την κοινωνική λειτουργία καθώς και την συναισθηματική και ψυχική υγεία των ερωτηθέντων. Συμπερασματικά, οι Anastasiadis και συν. κατέληξαν πως η συνολική υγεία των ασθενών σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα της ζωής τους, σημειώνοντας βαθμολογία ελαφρώς χαμηλότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού. Παράλληλα, συμπέραναν πως ο σακχαρώδης διαβήτης και η αρτηριακή υπέρταση εμφανίζονταν ως οι πιο συχνές συννοσηρότητες, με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους. Σημαντικό

κρίνεται επίσης να αναφερθεί πως κατά την αξιολόγηση των ασθενών, σημειώθηκε πως η πλειονότητα των ασθενών της τάξης του 55% αξιολογήθηκαν μέσω του κλινικού εργαλείου CES-D με βαθμολογία μεγαλύτερη από 16, γεγονός που υποδεικνύει στατιστικά σημαντικά επίπεδα κατάθλιψης, ενώ οι ασθενείς σημείωσαν πως δεν είχαν λάβει την απαραίτητη ενημέρωση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την παρουσία ανεπιθύμητων ενεργειών της χειρουργικής και φαρμακευτικής θεραπείας.

Έπειτα, οι Cella και συν. (2011) αξιολόγησαν τις ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφάνισαν οι ασθενείς με στοχευμένες μοριακές ανοσοθεραπείες έναντι του καρκίνου του νεφρού. Ειδικότερα, μελετώντας τα φάρμακα sunitinib, sorafenib, pazopanib, temsirolimus και Everolimus, ανέφεραν τις ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφανίζονταν πιο συχνά όπως απεικονίζονται στον παρακάτω Πίνακα.

Common adverse events of approved molecular targeted agents for mRCC in pivotal trials					
	Sunitinib	Sorafenib	Pazopanib	Temsirolimus	Everolimus
Common grade 3 or 4 AEs (≥5% of patients)	Neutropenia (18%)	HFS (6%)	Lymphopenia (5%)	Anemia (20%)	Anemia (9%)
	Lymphopenia (18%)	Fatigue (5%)		Asthenia (11%)	
	Hypertension (12%)			Hyperglycemia (11%)	
	Fatigue (11%)			Dyspnea (9%)	
	Diarrhea (9%)			Infection (5%)	
	HFS (9%)			Pain (5%)	
	Asthenia (8%)				
	Nausea (5%)				

Όπως απεικονίζεται, κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες των θεραπειών που εφαρμόζονται σε αυτούς τους ασθενείς, όσον αφορά την sunitinib, αποτελούν: η ουδετεροπενία σε ποσοστό 18%, η λεμφοπενία σε ποσοστό 18% και η υπέρταση σε ποσοστό 12%, ενώ αντίθετα η αγωγή με Temsirolimus εμφανίζει αναιμία σε ποσοστό 20%, ασθένεια σε ποσοστό 11% και υπεργλυκαιμία σε ποσοστό 11%.

Εξετάζοντας παράλληλα, τον δείκτη HRQOL (Health-Related Quality of Life) οι Cella και συν. κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι πιο κοινές θεραπείες όπως η sunitinib, που αποτελεί θεραπεία εκλογής πρώτης γραμμής, η sorafenib (θεραπεία δεύτερη γραμμής)

και η Pazopanib, εμφανίζουν σημαντικά αποτελέσματα στους ασθενείς. Χαρακτηριστικά, στον παρακάτω Πίνακα απεικονίζονται συλλογικά τα αποτελέσματα αυτού του διαγνωστικού εργαλείου στην υγεία των ασθενών.

Summary of HRQOL outcomes with approved multitargeted tyrosine kinase inhibitors for mRCC

Sunitinib (first-line)	Sorafenib (second-line)	Pazopanib (first- and second-line)
● Clinically meaningful differences in scores versus IFN-α (after cycle 4 for FKSI-DRS; at all cycles for all other measures) ● Fewer severe disease-specific symptoms than with IFN-α ● Greater toxicity-adjusted PFS rate than with IFN-α	● FKSI-10 total score did not differ significantly from placebo; maintained HRQOL similar to placebo ● Improvement in some symptoms (coughing, loss of breath, fever, ability to enjoy life, worry) ● Did not worsen amount of energy, fatigue, sleep quality, pain, weight loss ● Prolonged median time to health status deterioration ● Baseline FKSI predictive of OS rate	● Maintained HRQOL similar to placebo

Abbreviations: DRS, disease-related symptoms; FKSI, FACT-Kidney Cancer Symptom Index; HRQOL, health-related quality of life; IFN- α , interferon-alfa; mRCC, metastatic renal cell carcinoma; OS, overall survival; PFS, progression-free survival.

Συμπερασματικά, η ποιότητα της ζωής των ασθενών επηρεάζεται σημαντικά από την εκάστοτε επιλεγθείσα θεραπεία αντιμετώπισης, με αποτέλεσμα ο νοσηλευτής να πρέπει να αναγνωρίσει άμεσα ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τις ανάγκες του ασθενούς, ώστε να τροποποιηθεί ανάλογα και η φαρμακευτική του θεραπεία, με σκοπό την βελτίωση των συμπτωμάτων του, καταλήγοντας πως πρέπει να γίνουν περισσότερες έρευνες σχετικά με τις επιδράσεις των φαρμακευτικών αγωγών που λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί, ώστε να βελτιωθούν οι παροχές φροντίδας τους.

Στη συνέχεια, οι Rossi και συν. (2018) ερευνώντας μέσω μελέτης ανασκόπησης τόσο των διαφόρων χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιούνται για τον καρκίνο του νεφρού, όσο και άλλων θεραπευτικών αντιμετώπισεων όπως οι διάφορες φαρμακευτικές αγωγές, συγκέντρωσαν στοιχεία σχετικά με την ποιότητα της ζωής των ασθενών αυτών. Για την αξιολόγηση των επιπέδων αυτών επεσήμαναν συγκεκριμένα διαγνωστικά τεστ όπως το HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) το οποίο αποτελείται από 14 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής όπου αξιολογούνται τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης, ενώ υπάρχουν και άλλα παρόμοια τεστ τα οποία είναι πιο γενικά για την

κατάσταση της υγείας των ασθενών με καρκίνο. Συμπερασματικά, οι Rossi και συν. καταλήγουν πως ορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις όπως η λαπαροσκοπική νεφρεκτομή, εμφανίζουν καλύτερα βραχύχρονα αποτελέσματα εν συγκρίσει με την λαπαροτομική μέθοδο, καθώς επίσης και ότι η μερική νεφρεκτομή σχετίζεται με καλύτερη μετεγχειρητική λειτουργικότητα του ασθενούς. Τέλος, σημειώνεται ότι μεγάλης σημασίας αποτελεί η διαχείριση της ποιότητα ζωής των ασθενών με τοπικό νεφροκυτταρικό καρκίνωμα.

Επιπροσθέτως, μελετώντας τις ανάγκες των ασθενών με καρκίνο του νεφρού, οι Bukowski και συν. (2007) καθόρισαν την επίπτωση της θεραπείας με sorafenib σε σύγκριση με το placebo, αναφορικά με την ποιότητα ζωής και τα συμπτώματα που εμφάνισαν οι ασθενείς, ενώ για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων χρησιμοποιήθηκαν ορισμένα τεστ. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποίησαν το τεστ FACT (Functional Assessment of Cancer Therapy), το FKSI (Kidney Cancer Symptom Index), το εργαλείο QOL (Quality of Life) και τέλος το εργαλείο FACT-G (FACT0 General). Μέσω των εργαλείων αυτών ο Bukowski και συν. κατέληξαν πως οι ασθενείς που έλαβαν το sorafenib εμφάνισαν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα έναντι του εικονικού φαρμάκου, όπως ο βήχας, η δύσπνοια, η ποιότητα της ζωής και το άγχος για την επιβάρυνση της υγείας τους. Έτσι, συμπέραναν πως ορισμένες θεραπείες οδηγούν στην καλύτερη επιβίωση των ασθενών καθώς έχουν χαμηλότερο τοξικολογικό προφίλ.

Τα ευρήματα των Carpetianio και συν. (2019) οι οποίοι ερεύνησαν τις επιπτώσεις και την κατάσταση της υγείας των ασθενών με καρκίνο του νεφρού, επισημαίνουν πως υπάρχει μια σημαντική αναντιστοιχία μεταξύ των συστάσεων που δίδονται από την Ευρωπαϊκή Ένωση Ουρολογίας (EAU; European Association of Urology) και της κλινικής πρακτικής. Καταλήγοντας, συμπεραίνουν πως πρέπει να γίνεται ολιστική προσέγγιση στην παροχή φροντίδας των ασθενών αυτών και όχι καθαρά χειρουργικοκεντρική προσέγγιση.

Τέλος, στην ανασκοπική μελέτη των Bird & Hayter (2009) από ένα αρχικό πλήθος 873 άρθρων, κατέληξαν να μελετήσουν συνολικά 16 έρευνες σχετικά με τις επιπτώσεις του νεφρικού καρκίνου και ειδικότερα της θεραπείας αυτού, καθώς και στην ποιότητα ζωής

των ασθενών που νοσούν. Πιο συγκεκριμένα, ερευνώντας το πλήθος αυτό της βιβλιογραφίας, τόνισαν την σημαντική θέση που κατέχει ο νοσηλευτής στην παροχή φροντίδας υγείας, καθώς και στην αναγνώριση των αναγκών των ασθενών, ώστε να είναι σε θέση να γνωρίζουν τις επιπτώσεις της θεραπείας και της ίδιας της νόσου, συμβάλλοντας στην παροχή φροντίδας όχι μόνο στα άτομα που νοσούν αλλά και στις οικογένειές τους.

Επίσης, οι νοσηλευτές μέσα από την ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών τους βοηθούν να πάρουν αποφάσεις που αφορούν στην θεραπεία τους. Ταυτόχρονα, όπως σημειώνουν, η ενασχόληση των νοσηλευτών θα πρέπει να αφορά και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προς αυτούς τους ασθενείς, μέσω της εμπλοκής και άλλων ειδικοτήτων των νοσηλευτών. Συνοπτικά, από την μελέτη ανασκόπησης οι Atzpodien et al. (2003) σημειώνουν ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική αύξηση των αναγκών των ασθενών που λάμβαναν θεραπεία, ενώ αντίθετα οι ασθενείς οι οποίοι ανταποκρίθηκαν θετικά στην θεραπεία τους δεν εμφάνισαν σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους. Έπειτα, σε παλαιότερη μελέτη των Ficarra et al. (2000) και μελετώντας μέσω των διαγνωστικών εργαλείων GHQ (General Health Questionnaire) και HADS επεσήμαναν πως οι ασθενείς με καρκίνο του νεφρού RCC είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τον φυσιολογικό πληθυσμό, ωστόσο η ποιότητα αυτή ήταν ίδια ή χειρότερη σε σχέση με άλλες χρόνιες παθήσεις, όπως η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II. Τέλος, στην σύγκριση τους δεν βρέθηκε μεγάλη διαφορά στα επίπεδα άγχους και της γενικότερης υγείας σε σχέση με ασθενείς οι οποίοι θα πραγματοποιούσαν επέμβαση για μια καλοήγη κατάσταση.

3.2. Ορισμός

Ο καρκίνος του νεφρού, αποτελεί μια ομάδα καρκίνων και μπορεί να είναι πρωτογενής ή μεταστατικός. Οι πρωτογενείς κακοήθειες του νεφρού ξεκινούν από τα νεφρικά κύτταρα, ωστόσο έχουν αναφερθεί περιπτώσεις στις οποίες εξορμούνται από την νεφρική πύελο. Αντίθετα, οι μεταστατικοί όγκοι των νεφρών προέρχονται από άλλες πρωτοπαθείς εστίες σε άλλα όργανα όπως είναι ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος του πνεύμονα, διάφορα

λεμφώματα ή ύπαρξη μελανώματος. Η συσχετικά άμεση διήθηση της νεφρικής φλέβας καθιστά την διάγνωση του νεφρικού καρκινώματος δυνατή σε ιδιαίτερα προχωρημένο στάδιο, καθώς μπορεί να εμφανίζονται μεταστάσεις σε άλλα όργανα όπως στο ήπαρ, στους λεμφαδένες και στους πνεύμονες. Τέλος, οι ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου εμφανίζουν ιδιαίτερα αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του νεφρού (Vogelzang and Stadler, 1998; Rasmussen, 2013; Malyszko et al., 2020).

3.3. Ανατομία

Οι νεφροί είναι οπισθοπεριτοναϊκά όργανα και εντοπίζονται στην οπίσθια κοιλιακή περιοχή. Συγκεκριμένα, βρίσκονται μέσα στον εξωπεριτοναϊκό ιστό, πλαγίως από τη σπονδυλική στήλη (από τον σπόνδυλο Θ_{12} έως τον O_3), με τον δεξιό νεφρό να βρίσκεται ελαφρώς χαμηλότερα σε σχέση με τον αριστερό λόγω της σχέσης του με το ήπαρ, ενώ διαφορά εντοπίζεται και στο μεταξύ τους μέγεθος, με τον αριστερό νεφρό να έχει μεγαλύτερο μήκος και να είναι λεπτότερος.

Η πρόσθια επιφάνεια του δεξιού νεφρού σχετίζεται με πολυάριθμα μορφώματα και συγκεκριμένα με το δεξιό επινεφρίδιο (από πάνω), με τον ήπαρ, με την κατιούσα μοίρα του δωδεκαδακτύλου και τέλος με τμήμα του ενδοπεριτοναϊκού λεπτού εντέρου, κατεβαίνοντας αντίστοιχα. Ομοίως ο αριστερός νεφρός καλύπτεται κατεβαίνοντας από το αριστερό επινεφρίδιο, τον ενδοπεριτοναϊκό στόμαχο και τον σπλήνα, το οπισθοπεριτοναϊκό πάγκρεας και τέλος από την αρχή του κατιόντος κόλονος και την ενδοπεριτοναϊκή νήστιδα, με τη σειρά αντιστοίχως (Wallace, 1998).

Ανατομικά, οι νεφροί καλύπτονται από ένα μοναδικό συνδυασμό περιτονίας και λίπους που ονομάζεται περινεφρικό λίπος και το οποίο περικλείεται σε μια μεμβανώδη πάχυνση της εξωπεριτοναϊκής περιτονίας (νεφρική περιτονία). Στο έσω χείλος του νεφρού βρίσκονται η πύλη του νεφρού, απ' όπου αναδύονται και εισχωρούν τα νεφρικά αγγεία, τα λεμφαγγεία και τα νεύρα. Επιπροσθέτως, κάθε νεφρό αποτελείται από τον εξωτερικό και τον εσωτερικό νεφρικό φλοιό, ο οποίος αποτελείται από μια ταινία υπόλευκου ιστού η οποία περιβάλλει εξ ολοκλήρου τον νεφρικό μυελό. Προεκτείνοντας τον νεφρικό

φλοιού, οι νεφρικές στήλες εισχωρούν εντός του οργάνου και διαιρούν τον νεφρικό μυελό σε περαιτέρω πυραμιδικά τμήματα (νεφρικές πυραμίδες). Οι βάσεις των πυραμίδων αυτών κατευθύνονται προς το εξωτερικό, ενώ οι κορυφές εκβάλουν στον νεφρικό κόλπο. Εκεί, οι κορυφαίες προβολές (νεφρικές θηλές) καταλήγουν στις μείζονες κάλυκες, οι οποίες με τη σειρά τους συγχωνεύονται προς το σχηματισμό της νεφρικής πυέλου (Sampaio, 2000; Drake, 2019).

Η αιμάτωση και παροχέτευση κάθε νεφρού πραγματοποιείται από την νεφρική αρτηρία, η οποία αποτελεί πλάγιο κλάδο της κοιλιακής αορτής και την αριστερή και δεξιά νεφρική φλέβα, που καταλήγουν στην άνω κοίλη φλέβα αντίστοιχα. Όσον αφορά στο λεμφικό σύστημα, η λεμφική αποχέτευση του οργάνου γίνεται από τους οσφυϊκούς λεμφαδένες παρά της νεφρικής αρτηρίας (Drake, 2019) .

3.4. Παθοφυσιολογία

Τα νεφροκυτταρικά καρκινώματα αναπτύσσονται διηθητικά μέσα στο νεφρικό παρέγχυμα και μπορούν να εισβάλλουν σε παρακείμενες ανατομικές δομές. Παλαιότερα, υπήρχε σύγχυση με τον ορισμό του νεφροκυτταρικού καρκινώματος ως υπερνέφρωμα καθώς η ιστογένεσή του δεν ήταν γνωστή και συγγέονταν τα νεοπλασματικά κύτταρα με τα κύτταρα του φλοιού των επινεφριδίων (Capitanio and Montorsi, 2016).

Μορφολογικά, τα νεφροκυτταρικά καρκινώματα εμφανίζονται συνήθως ως μονήρης ετερόπλευρος όγκος που εντοπίζεται συνήθως στους πόλους του νεφρού. Κατά τον χρόνο της νόσησης οι όγκοι έχουν συχνά μεγαλύτερη διάμετρο από τρία έως δεκαπέντε εκατοστά. Επίσης, τα νεφροκυτταρικά καρκινώματα αναπτύσσουν εν μέρει ψευδοκάψα στην επαφή τους με το γειτονικό περιβάλλον παρέγχυμα, ενώ οι μεγαλύτεροι όγκοι είναι δυνατόν να εισβάλλουν στο περινεφρικό λίπος, στη νεφρική πύελο ή στις νεφρικές φλέβες. Σε σπάνιες περιπτώσεις, μπορεί να παρατηρηθεί επέκταση προς τον δεξιό καρδιακό κόλπο μέσω της δημιουργίας νεοπλασματικών θρόμβων μέσα στην κάτω κοίλη φλέβα. Ιστολογικά, τα νεφροκυτταρικά καρκινώματα διακρίνονται σε διανοκυτταρικά, θηλώδη, χρωμόφοβα και καρκινώματα από αθροιστικά σωληνάρια. Η συχνότητα

εμφάνισης των ανωτέρω νεφροκυτταρικών καρκινωμάτων είναι της τάξης του 83% για τα διαυγοκυτταρικά καρκινώματα, και κατά σειρά με ποσοστό εμφάνισης 11%, 5% και <1% για τα καρκινώματα στα αθροιστικά σωληνάρια αντίστοιχα (Petejova and Martinek, 2016; Hsieh et al., 2017).

Επιδημιολογικά, η συχνότητα νεφροκυτταρικών καρκινωμάτων μεταξύ όλων των κακοηθών όγκων είναι της τάξης του 1-3% και επομένως είναι σχετικά σπάνια. Ωστόσο, στους ενήλικες εμφανίζεται να είναι ο συχνότερος κακοήθης όγκος. Η ετήσια συχνότητα νέων περιπτώσεων στην Ευρώπη ανέρχεται στις 4-5 ανά 100.000 κατοίκους, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής εμφανίζουν αξιοσημείωτη αύξηση. Παράλληλα, οι άνδρες εμφανίζουν να έχουν μεγαλύτερο επιπολασμό της νόσου, και συγκεκριμένα 2-3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα από τις γυναίκες, ενώ το 80% όλων των νεφροκυτταρικών καρκινωμάτων έχει εντοπιστεί πως εμφανίζεται μεταξύ του 50^{ου} και 69^{ου} έτους της ηλικίας, με στατιστικά σημαντική αιχμή στο 60^ο έτος. Στον παρακάτω Πίνακα απεικονίζονται τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν στον επιπολασμό των ασθενών (ανδρών και γυναικών) με καρκίνο του νεφρού στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής για το έτος 2020 από τους Tahbaz et al. (2018).

Estimated number of new cases of kidney cancer in 2020 in the United States of America				
Year	Estimated number of new cancers (all ages)	Male	Female	Both sexes
2012		36 345	21 877	58 222
	Ages <65	20 107	11 324	31 431
	Ages ≤65	16 238	10 553	26 791
2020		43 290	25 304	68 594
	Ages <65	21 321	11 947	33 268
	Ages ≤65	21 969	13 357	35 326
	Demographic change	6945	3427	10 372
	Ages <65	1214	623	1837
	Ages ≤65	5731	2804	8535

Οι οικογενείς μορφές είναι ιδιαίτερα σπάνιες και διαγιγνώσκονται σε νεότερους ασθενείς συχνότερα πριν το 40^ο έτος. Χαρακτηριστικά, στην περίπτωση του συνδρόμου των von Hippel-Lindau (όπου εντοπίζονται νεφροκυτταρικό καρκίνωμα, κύστει των νεφρών, φαιοχρωμοκύττωμα, αιμαγγειοβλάστωμα στην παρεγκεφαλίδα και το νωτιαίο μυελό,

αγγειώματα του αμφιβληστροειδούς, κύστεις του παγκρέατος) τα καρκινώματα του νεφρού είναι συχνά αμφοτερόπλευρα, πολλαπλά και διαυαγοκυτταρικού τύπου.

Τέλος, διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν καταφέρει να συσχετίσουν την εμφάνιση των νεφροκυτταρικών καρκινωμάτων με συγκεκριμένους παράγοντες, όπως η κατάχρηση της νικοτίνης, η υψηλή αρτηριακή πίεση και η παχυσαρκία. Πειραματικά, σε ζωικά μοντέλα έχειδειχθεί πως θετική συσχέτιση εμφανίζεται και με την ύπαρξη αρωματικών υδρογονανθράκων, αμινών, νιτροζαμινών, διαλυτικών μέσων, αφλατοξινών, οιστρογόνων, ακτινοβολίας κ.α, χωρίς άμεση συσχέτιση στους νεφρούς του ανθρώπου. Όσον αφορά στον άνθρωπο, σημαντικό ρόλο παίζει η απενεργοποίηση μερικών ογκοκατασταλτικών γονιδίων ή η ενεργοποίηση ορισμένων ογκογονιδίων, ενώ μπορεί να οφείλονται και σε σύνθετες γονιδιακές μεταβολές.

Ολοκληρώνοντας, τα νεφροκυτταρικά καρκινώματα μεθίστανται συνήθως αιματογενώς και σε αρκετές περιπτώσεις προτού γίνει αντιληπτός ο πρωτοπαθής όγκος στον οργανισμό του ασθενούς. Χαρακτηριστικά αναφέρεται πως σε νεκροτομές έχει ανευρεθεί πως οι μεταστάσεις στον πνεύμονα αποτελούν τουλάχιστον το 75%, στα οστά περί του 40%, στο ήπαρ το 30%, στον εγκέφαλο το 15% ενώ τέλος στα επινεφρίδια περί του 20% (Böcker et al., 2007; Hancock and Georgiades, 2016).

Τα ανωτέρω κλινικά σημεία, η κληρονομικότητα που μπορεί να εμφανίσουν και η υποψιασμένη, στοχευμένη και αιτιολογημένη αφύπνιση του νοσηλευτή, μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς με νεφροκυτταρικό καρκίνωμα στην παρακολούθηση της υγείας τους συνεχώς, με ιδιαίτερη έμφαση στα όργανα και συστήματα που αναφέρθηκαν και έχειδειχθεί πως εμφανίζουν σημαντική συσχέτιση με τους διάφορους τύπους νεφρικού καρκίνου. Χαρακτηριστικά, στις μεταστάσεις ο νοσηλευτής θα πρέπει να αφυπνεί τους ασθενείς του, μέσω της καλλιέργειας της αυτοφροντίδας και της καλλιέργειας της πρόληψης, με σκοπό τον έγκαιρο εντοπισμό του μεταστατικού σημείου για την αποτελεσματική αντιμετώπισή του (Böcker et al., 2007).

3.5. Πρόληψη

Οι νεφροκυτταρικοί καρκίνοι εμφανίζουν κλινικοπαθοφυσιολογικές συσχετίσεις μέσω κάποιων αρκετά κοινών συμπτωμάτων. Πιο συγκεκριμένα, η κλασική τριάδα συμπτωμάτων στους ασθενείς με καρκίνο του νεφρού εμφανίζεται να είναι η μακροσκοπική αιματουρία, οι πόνοι στην οσφύ και ο ψηλαφητός όγκος του νεφρού, ο οποίος εμφανίζεται περί του 10% των συνολικών περιπτώσεων. Το κύριο κλινικό σύμπτωμα αποτελεί η μακροσκοπική αιματουρία, η οποία συνδέεται συχνά από παρανεοπλασματικά σύνδρομα όπως ερυθροκυττάρωση, υπερασβεσταιμία, αρτηριακή υπέρταση, σύνδρομο Cushing, ηωσινοφιλία, καθώς και λευχαιμοειδείς αντιδράσεις, ενώ σε περιπτώσεις προχωρημένης νεοπλασματικής εξέλιξης της νόσου εμφανίζονται απώλεια σωματικού βάρους, πυρετός, υπερασβεσταιμία κ.α.

3.6. Νοσηλευτικοί ρόλοι

3.6.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη

Ο νοσηλευτής, καλείται να αναγνωρίσει τα κλινικά σημεία και να τα συσχετίσει με την ύπαρξη νεφροκυτταρικού καρκινώματος, ενώ παράλληλα να αναγνωρίσει την θετική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων κινδύνου που μπορεί να εμφανίζονται στην ζωή του ασθενούς, καθιστώντας πιο αυξημένη την πιθανότητα να νοσήσει από την πάθηση αυτή (Noble and Page, 2012).

Πιο συγκεκριμένα, όπως αναφέρουν ο Tahbaz και οι συνεργάτες του (2018), οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του νεφρού αφορούν εκτός από το κάπνισμα όπως αναφέρθηκε και μια σειρά άλλων νόσων. Χαρακτηριστικά, αναφέρονται η παχυσαρκία, με την αύξηση του Δείκτη Μάζας σώματος κατά 5Kg/m^2 να οδηγεί αντίστοιχα στον αυξημένο κίνδυνο κατά 25% στους άνδρες και 34% στις γυναίκες (Renehan et al., 2008). Έπειτα, επισημαίνει πως η υπέρταση ενός ασθενή επίσης μπορεί να σχετίζεται άμεσα με αυτόν τον τύπο καρκίνου, με την μετα-ανάλυση των Hidayat και συν. (Hidayat et al., 2017) να υπογραμμίζει πως για κάθε 10mm στήλης Hg τόσο στην

διαστολική όσο και στην συστολική αρτηριακή πίεση, αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του νεφρού κατά 10 και 22% αντίστοιχα. Παράλληλα, σημαντικός παράγοντας κινδύνου εμφανίζεται να είναι η ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη, μεταβολικού συνδρόμου, ενώ το ύψος στους ενήλικες έχει φανεί να ενοχοποιείται για την ύπαρξη καρκίνου του νεφρού (Kabat et al., 2013).

Εκτός αυτών, ο νοσηλευτής για την πρόληψη της νόσου θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τις φαρμακευτικές αγωγές που μπορεί να επάγουν την εμφάνιση νεφροκυτταρικού καρκινώματος, όπως είναι οι αναλγητικές αγωγές (π.χ. φαινακετίνη, ασπιρίνη κ.α.), οι αντιυπερτασικές αγωγές αλλά και άλλες φαρμακευτικές αγωγές όπως κάποια αντιδιαβητικά φάρμακα (π.χ. η μετφορμίνη), κ.α. (Becker et al., 2017).

3.6.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή ατόμου στην κλινική

Ο νοσηλευτής, κατά την εισαγωγή του ασθενούς στη κλινική οφείλει να ακολουθήσει ορισμένες διαδικασίες με σκοπό την ορθή και αποτελεσματική δημιουργία ενός πλάνου φροντίδας, σύμφωνα με την νοσηλευτική διεργασία. Συγκεκριμένα, το σχέδιο φροντίδας που πρέπει να συντάσσεται για τους κινδύνους και τις παθήσεις των ασθενών, ακολουθεί τις αρχές της Νοσηλευτικής Διεργασίας, η οποία αποτελείται από πέντε κύρια στάδια. Αρχικά, την αξιολόγηση, την διάγνωση/αναγνώριση των αναγκών του ατόμου, έπειτα τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και, τέλος την εκτίμηση των αποτελεσμάτων (Doenges et al., 2009).

Αρχικά, η νοσηλευτική διάγνωση περιλαμβάνει τον εντοπισμό του οξέος πόνου, της ανησυχίας και του φόβου του ασθενούς, την μειωμένη σωματική κινητικότητα, το αναποτελεσματικό μοτίβο αναπνοής ή ακόμα και τη δυσκολία αυτής κ.α. Η αναγνώριση των προαναφερθέντων συμπτωμάτων, οδηγούν τον νοσηλευτή στην νοσηλευτική διάγνωση, ώστε να δομηθεί σε συνεργασία με όλους του επαγγελματίες υγείας της εκάστοτε δομής ένα νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας. Για το λόγο αυτό ο νοσηλευτής θα πρέπει να διενεργήσει ορισμένα διαγνωστικά τεστ, όπως το νεφρικό υπερηχογράφημα, η υπολογιστική τομογραφία σάρωσης, η νεφρική αγγειογραφία, η ουρογραφία, η νεφροτομογραφία, η ακτινογραφία νεφρού-ουρητήρα-ουροδόχου κύστεως, καθώς και

άλλες πρόσθετες εξετάσεις που αξιολογούν την ηπατική λειτουργία, καθώς και την λειτουργία των παρακείμενων ιστών και οργάνων, με σκοπό την αξιολόγηση της επικινδυνότητας της νόσου και του βαθμού που αυτή έχει εξελιχθεί και εξελίσσεται.

Χαρακτηριστικά, πριν από την οποιαδήποτε επέμβαση για την οποία κλιθεί ο ασθενής, θα πρέπει ο νοσηλευτής να βεβαιωθεί για την προσαρμογή του οργανισμού στην απώλεια του νεφρού ή μέρους αυτού, παρέχοντας μέτρα άνεσης όπως η σωστή στάση του σώματος, η εκπαίδευση του ασθενούς και η ενημέρωσή του σχετικά με τις πιθανές εκβάσεις της επέμβασης που πρόκειται να κάνει, τόσο των ωφελειών όσο και του κόστους που μπορεί αυτή να έχει, ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια μετά την επέμβαση, μέχρι την ενδεχόμενη επιστροφή του οργανισμού σε κάποια κανονικότητα (Moldawer & Wood, 2020).

3.6.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την επιστροφή του ατόμου στο σπίτι

Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά την οποιαδήποτε επεμβατική αντιμετώπιση του νεφροκυτταρικού καρκινώματος του ασθενούς, έχει σημαντικές και καίριες προεκτάσεις για την υγεία του. Πιο συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ορίσει συγκεκριμένο πλάνο φροντίδας ανάλογα με τις εξατομικευμένες απαιτήσεις του ασθενούς και κατανοώντας πλήρως τόσο τις σωματικές όσο και ψυχολογικές του ανάγκες. Αρχικά, θα πρέπει να καλλιεργήσει το αίσθημα της αυτοφροντίδας στον ασθενή, καθώς και της θέλησης για προσπάθεια ιδιαίτερα όσον αφορά την κινητικότητά του. Έπειτα, θα πρέπει ο ασθενής να ενθαρρύνεται στον βήχα, την αναπνοή και την λειτουργία του διαφράγματος, ενώ είναι σημαντικό όσον αφορά την βάδιση η προσπάθεια του ασθενούς και η ενθάρρυνσή του ώστε να περπατήσει εντός 24 ωρών από την χειρουργική επέμβαση. Παράλληλα, σημαντική είναι η επαρκής πρόσληψη υγρών και η παρακολούθηση της εξόδου αυτών, ώστε να υπάρχει ομοιόσταση στην ισορροπία των υγρών του οργανισμού. Στη συνέχεια, θα πρέπει να γίνονται συνεχώς εργαστηριακές εξετάσεις με σκοπό την παρακολούθηση της πορείας του ασθενούς, ενώ ο νοσηλευτής θα πρέπει να ελέγχει τις τιμές για ενδεχόμενη ύπαρξη αναιμίας, πολυκυτταραιμίας, ή άλλων μη φυσιολογικών εργαστηριακών τιμών που μπορεί να υποδηλώνουν την ύπαρξη κάποιας ηπατικής ή οστικής βλάβης που μπορεί να έχει προέλθει από κάποια

φαρμακευτική αγωγή ή κάποια ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία. Τέλος, ιδιαίτερα σημαντικό στο πλαίσιο της κοινοτικής θεραπευτικής νοσηλευτικής βοήθειας του ασθενούς, σημαντικό ρόλο παίζει η κατάλληλη εκπαίδευση και ενημέρωση της οικογένειας του ασθενούς, με σκοπό να ενθαρρύνει τον ασθενή τόσο στην εξωτερίκευση των φόβων και ανησυχιών του, όσο και την μείωση των επιπέδων του άγχους, που πολλές φορές επιβαρύνει σημαντικά την υγεία των ασθενών αυτών στο πλαίσιο της κατ' οίκον φροντίδας (Böcker et al., 2007; Pierorazio et al., 2016; Sibbons et al., 2019).

3.7. Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας - Σύνοψη

Σύμφωνα με τα ανωτέρω στοιχεία, όπως παρατέθηκαν από την υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με τις επιδράσεις τόσο των χειρουργικών επεμβάσεων και των φαρμακευτικών αγωγών των ασθενών με καρκίνο του νεφρού, όσο και των ψυχολογικών επιβαρύνσεων όπως αυτές σημειώθηκαν από διαγνωστικά εργαλεία μέτρησης του άγχους και της κατάθλιψης, βλέπουμε πως αυτά επικεντρώνονται κυρίως στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Χαρακτηριστικά, οι φαρμακευτικές αγωγές και οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν μελετηθεί σε κάποιο σημαντικό βαθμό σχετικά με τις επιπτώσεις που επιφέρουν στον ασθενή και στην γενικότερη ποιότητα της ζωής του. Ωστόσο, οι ανάγκες των ασθενών αυτών δεν πρέπει να περιορίζονται αποκλειστικά και μόνο στην θεραπεία του νεφρικού καρκίνου, αλλά θα πρέπει να δίνεται έμφαση και στην αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών των θεραπειών αυτών.

Πιο συγκεκριμένα, σε πολλές περιπτώσεις αναφέρεται η επίδραση της γενικής κατάστασης των ασθενών στην ψυχολογική υγεία τους μειώνοντας σημαντικά το γενικότερο επίπεδο ζωής τους καθώς και την ανταπόκριση τους στην θεραπεία. Συγκρίνοντας τις προαναφερθείσες πηγές μεταξύ τους σχετικά με τις επιδράσεις αυτές, συμπεραίνουμε πως ο νοσηλευτής έχει καθοριστικό ρόλο στην ενημέρωση και εκπαίδευση του ασθενούς μέσω της οποίας μπορεί να συμβάλει ο ίδιος στην ανάπτυξη του σχεδίου φροντίδας του. Με αυτόν τον τρόπο μειώνονται τα επίπεδα άγχους, καθώς λαμβάνει γνώση και ενημέρωση για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει, έχοντας ενεργό ρόλο στη λήψη αποφάσεων για την υγεία του.

Στη συνέχεια, για την παροχή αυξημένης ποιότητας φροντίδας στους ασθενείς καθώς και την αναγνώριση διαφόρων πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών από την εφαρμογή της θεραπείας καθίσταται αναγκαία η εκπαίδευση και η συνεχής ενημέρωση των νοσηλευτών για τις ήδη υπάρχουσες και νέες θεραπευτικές παρεμβάσεις για τον καρκίνο του νεφρού. Πιο συγκεκριμένα, η συνεχής προσθήκη ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων και βιολογικών παραγόντων αυξάνει τον αριθμό των ανεπιθύμητων ενεργειών και η έγκαιρη αναγνώρισή τους συμβάλει στην ανακούφιση των ασθενών από τα συμπτώματα αυτά καθώς και στην βελτίωση και περαιτέρω μελέτη των θεραπειών αυτών. Η προσθήκη αυτή των νέων φαρμάκων στην θεραπευτική φαρέτρα δίνει την επιλογή στους ασθενείς και στους επαγγελματίες υγείας να έχουν τη δυνατότητα να επιλέγουν τους κινδύνους και τις παρενέργειες που χαρακτηρίζουν την κάθε θεραπευτική γραμμή, ενεργώντας συνεργικά και σύμφωνα με τα οφέλη και τους κινδύνους.

Μία ακόμα διάσταση που πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στο πλάνο φροντίδας του νοσηλευτή, είναι οι κοινωνικές προεκτάσεις του ασθενούς, καθώς η νόσος αυτή αποτελεί μια χρόνια κατάσταση, επηρεάζοντας σε μεγάλο βαθμό αρνητικά τόσο το άτομο που νοσεί, όσο και την οικογένειά του στην ποιότητα ζωής τους.

Στην ανάπτυξη μιας θεραπευτικής σχέσης πολύ σημαντική είναι η κατανόηση των ασθενών και των αναγκών τους καθώς οι επιλογές που έχουν είναι περιορισμένες και δύσκολες για κάθε τομέα της ζωής τους. Επομένως, κρίνεται επιτακτική η αποτελεσματική επικοινωνία των νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας με τον ασθενή αλλά και μεταξύ τους. Για την αποτελεσματικότητα και ολιστική προσέγγιση της θεραπείας του ατόμου με καρκίνο του νεφρού, πρέπει να γίνεται εξατομικευμένη προσέγγιση καθώς οι ανάγκες των ασθενών διαφέρουν ανάλογα με τις διάφορες παραμέτρους και δημιουργεί στους ασθενείς ρεαλιστικές προσδοκίες για την πορεία της υγείας τους και την θετική έκβαση της θεραπείας.

Τέλος, η σημαντική επιρροή του καρκίνου του νεφρού στα υπόλοιπα συστήματα του οργανισμού όπως το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό και το ενδοκρινικό αποτελεί σημαντικό κομμάτι της εκπαίδευσης των νοσηλευτών για την αναγνώριση των κλινικών συμπτωμάτων που προκύπτουν από τις ανεπιθύμητες ενέργειες τόσο του θεραπευτικών

προσεγγίσεων, όσο και της νόσου αυτής καθαυτής. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αρτηριακή υπέρταση, μια χρόνια κατάσταση που συνοδεύει τους ασθενείς αυτούς.

Ολοκληρώνοντας, η παρούσα εργασία αποτελεί μια προσπάθεια ανάδειξης της εν λόγω ελλιπούς βιβλιογραφικής κάλυψης του αντικειμένου, ενώ ταυτόχρονα επισημαίνονται οι κύριες ανάγκες των ασθενών αυτών, ώστε ο νοσηλευτής να είσαι σε θέση να συμβάλλει ενεργά στο πλάνο φροντίδας των ασθενών αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα εργασία, αποτελεί δευτερογενή μελέτη και συγκεκριμένα διεξάγεται με σκοπό την συγκέντρωση, ανάλυση και αξιολόγηση δεδομένων που έχουν ήδη συλλεχθεί πρωτογενώς από άλλους ερευνητές, στο πλαίσιο προηγούμενης δικής τους πρωτογενούς έρευνας. Σε αντίθεση με την πρωτογενή μελέτη, στην δευτερογενή συγκεντρώνονται μια σειρά δημοσιευμένων ερευνών που αναφέρονται σχετικά με το θέμα που πρόκειται να αναλυθεί και να διερευνηθεί, χρησιμοποιώντας τα δεδομένα των μελετών αυτών ή τα αποτελέσματά τους, με σκοπό την επαγωγή νέων συμπερασμάτων, εξυπηρετώντας έτσι τις ανάγκες της νέας δευτερογενούς έρευνας που προκύπτει (Watson et al., 2008). Ως πηγές δευτερογενών ερευνών μπορούν να χρησιμοποιηθούν άλλες δευτερογενείς μελέτες, που καταλήγουν σε συμπεράσματα χρήσιμα για την παρούσα εργασία ή σε συγκριτικά συμπεράσματα που μπορούν να βοηθήσουν στην διεξαγωγή συγκεκριμένων αποτελεσμάτων, παράλληλα ως πηγές μπορούν να χρησιμοποιηθούν μετα-αναλύσεις, οι οποίες επίσης καταλήγουν σε συμπεράσματα μεγαλύτερης αποδοχής και μεγαλύτερης σημαντικότητας, ενώ τέλος μπορούν να χρησιμοποιηθούν άρθρα πρωτογενούς έρευνας όπως κλινικές μελέτες κ.α. Τέλος, ως βάσεις δεδομένων μπορούν να χρησιμοποιηθούν στοιχεία επιδημιολογικά και ερευνητικά από διεθνείς οργανισμούς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), διεθνή Ινστιτούτα κ.α.

Κατά την δευτερογενή έρευνα, ο ερευνητής συλλέγει τις πρωτογενείς πληροφορίες που θέλει να αναλύσει σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα που έχει επιλέξει, μέσα από το πλήθος των πρωτογενών ερευνών που αναλύθηκαν ανωτέρω, θέτοντας ορισμένα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού. Χαρακτηριστικά, σε ορισμένες μελέτες τίθενται χρονικά κριτήρια, με σκοπό την διεξαγωγή σύγχρονων συμπερασμάτων (π.χ. μελέτη άρθρων της τελευταίας δεκαετίας κ.ο.κ), ή κριτήρια που αφορούν στην γλώσσα γραφής των μελετών, ή στον τύπο των πρωτογενών άρθρων που σκοπεύει ο ερευνητής να αναλύσει, επί παραδείγματι δευτερογενή έρευνα αποκλειστικά κλινικών μελετών συγκεκριμένου τύπου. Αντίθετα, ως κριτήρια αποκλεισμού τίθενται ορισμένοι

παράγοντες οι οποίοι αποκλείουν τα αρχικά συλλεχθέντα άρθρα που είναι σχετικά με το θέμα προς ανάλυση, από την δευτερογενή έρευνα. Ως τέτοια μπορεί να είναι το μικρό κλινικό δείγμα σε μια κλινική δοκιμή (π.χ. αριθμός συμμετεχόντων μεγαλύτερος από 1000 κ. ο. κ.).

4.2. Ηλεκτρονική Αναζήτηση

Η αναζήτηση που έλαβε χώρα για την παρούσα δευτερογενή έρευνα - εργασία περιλαμβάνει την ηλεκτρονική αναζήτηση των άρθρων που αφορούν στο συγκεκριμένο θέμα της “κατανόησης των αναγκών των ασθενών με καρκίνο του νεφρού και του ρόλου του νοσηλευτή στην παροχή φροντίδας”. Η αναζήτηση περιελάμβανε τόσο πρωτογενή, όσο και άλλα δευτερογενή άρθρα χρησιμοποιώντας τα συμπεράσματά τους σχετικά με το εν λόγω θέμα, για την δημιουργία πρωτότυπων και καινοτόμων συμπερασμάτων, κυρίως σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών αυτών. Ως κριτήρια ένταξης τέθηκαν η αγγλική γλώσσα των άρθρων, καθώς και να αποτελούν έρευνες της τελευταίας εικοσαετίας (2000-2021).

4.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η μεθοδολογία της παρούσας εργασίας περιελάμβανε την αναζήτηση των άρθρων που επρόκειτο να μελετηθούν, σε σύγχρονες μηχανές αναζήτησης όπως το Pubmed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), Scopus (<https://www.scopus.com/home.uri>) , ScienceDirect (<https://www.sciencedirect.com/>), Reaxys (<https://www.reaxys.com/>), GoogleScholar (<https://scholar.google.com/>), EBSCO (<https://www.ebsco.com/>) και Iatronet (<https://www.iatronet.gr/>). Στις μηχανές αναζήτησης αυτές χρησιμοποιήθηκαν συγκεκριμένες λέξεις-κλειδιά σχετικές με το θέμα, όπως Renal cancer AND nursing (καρκίνος του νεφρού ΚΑΙ νοσηλευτική), Kidney Cancer AND Quality Of Life (Καρκίνος του νεφρού ΚΑΙ Ποιότητα της Ζωής), Renal Cancer AND Management (Καρκίνος του νεφρού ΚΑΙ Διαχείριση), Renal Cancer AND Nurses' role (Καρκίνος του

νεφρού ΚΑΙ Ο ρόλος του νοσηλευτή), Kidney Cancer AND Nursing Management (Καρκίνος του νεφρού ΚΑΙ Νοσηλευτική Διαχείριση).

4.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Από την παραπάνω αναζήτηση συλλέχθηκαν συνολικά από το σύνολο των μηχανών αναζήτηση, όπως αυτές αναφέρθηκαν, 123 άρθρα. Αποκλείοντας άρθρα που δεν εμφάνιζαν σχετικότητα με τον θέμα και συγκεκριμένα με τις ανάγκες των ασθενών και τον ρόλο του νοσηλευτή στην παροχή φροντίδας, διαχωρίστηκαν 30 άρθρα από αυτά, ενώ στη συνέχεια θέτοντας τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού, συγκεντρώθηκαν καταληκτικά 8 άρθρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Αποτελέσματα / Ευρήματα

Από την ανωτέρω μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, τα επιστημονικά άρθρα που αναφέρονται στις επιπτώσεις του νεφροκυτταρικού καρκινώματος και των παρεμβάσεων που προκύπτουν για την θεραπεία του, μέσα από τις ανάγκες των ασθενών αυτών είναι τα εξής:

- 1) Ellis, R. J. (2019). Chronic kidney disease after nephrectomy: A clinically-significant entity? *Translational Andrology and Urology*, 8(S2), S166–S174., των Gelfand, S. L., Scherer, J. S., & Koncicki, H. M. (2020).
- 2) Kidney Supportive Care: Core Curriculum 2020. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation*, 75(5), 793–806, το άρθρο των Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., & Higginson, I. J. (2020).
- 3) Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 38(9), 905–914, το άρθρο των Hofmann, J. N., Törner, A., Chow, W.-H., Ye, W., Purdue, M. P., & Duberg, A.-S. (2011).
- 4) Risk of kidney cancer and chronic kidney disease in relation to hepatitis C virus infection: A nationwide register-based cohort study in Sweden. *European Journal of Cancer Prevention: The Official Journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*, 20(4), 326–330, των Kaymakcalan, M. D., Je, Y., Sonpavde, G., Galsky, M., Nguyen, P. L., Heng, D. Y. C., Richards, C. J., & Choueiri, T. K. (2013).

- 5) Risk of infections in renal cell carcinoma (RCC) and non-RCC patients treated with mammalian target of rapamycin inhibitors. *British Journal of Cancer*, 108(12), 2478–2484, των Moldawer, N. P., & Wood, L. S. (2020).
- 6) The Critical Role of the Oncology Nurse as a Partner in the Management of Patients With Advanced Kidney Cancer: Toxicity Management, Symptom Control, and Palliative Care. *Cancer Journal* (Sudbury, Mass.), 26(5), 460–463., το άρθρο των Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., & Masson, P. (2017).
- 7) Chronic Kidney Disease. *The Lancet*, 389(10075), 1238–1252 και το άρθρο των Yarbrow, C. H., Wujcik, D., & Gobel, B. H. (Eds.). (2018).
- 8) *Cancer nursing: Principles and practice* (Eighth edition). Jones & Bartlett Learning.

5.2 Θεματική Ενότητα 1: ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Στους ασθενείς με καρκίνο του νεφρού ως θεραπεία εκλογής τις περισσότερες φορές αποτελεί η ολική νεφρεκτομή, ειδικά στις περιπτώσεις στις οποίες έχουν διηθηθεί γειτονικοί ιστοί όπως αυτός των επινεφριδίων ή υπάρχει μετάσταση σε επιχώριους λεμφαδένες. Παράλληλα, σημαντικό κρίνεται να αναφερθεί πως η παρουσία όγκου σε έναν από τους νεφρούς του ατόμου, θα πρέπει να οδηγεί στην διερεύνηση και εξέταση παρουσίας νεφροκυτταρικού καρκινώματος και στον ετερόπλευρο νεφρό, καθώς πολλές φορές οδηγείται ο ασθενής στην ολική νεφρεκτομή και των δύο νεφρών. Σε αντίθετες περιπτώσεις όπου συμβαίνει μερική νεφρεκτομή ενός ή και των δύο νεφρών, το λειτουργικό παρέγχυμα μειώνεται με αποτέλεσμα την μείωση της σπειραματικής διήθησης, της σωληναριακής απέκκρισης και επαναρρόφησης. Οι καταστάσεις αυτές οδηγούν στην συσσώρευση διαφόρων μεταβολικών προϊόντων που σε αυξημένες συγκεντρώσεις καθίστανται τοξικές για τον οργανισμό. Η κατάσταση αυτή περιγράφει τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η οποία αποτελεί μια κατάσταση μη αναστρέψιμη, με σημαντικές επιπτώσεις στην διατήρηση της σύστασης του pH και του όγκου του εξωκυττάριου υγρού. Παράλληλα, με την έκπτωση αυτή των οργάνων επέρχεται

απορύθμιση στην παραγωγή των ορμονών και ενζύμων που εκκρίνονται από τα νεφρά, όπως η ερυθροποιητίνη και η βιταμίνη D αντιστοίχως (Ellis, 2019).

Με την απώλεια λειτουργικού παρεγχύματος επηρεάζεται η οξεοβασική ισορροπία και οι ηλεκτρολύτες, με αποτέλεσμα η επαναρρόφηση του νατρίου και του ύδατος να μην γίνεται με τον ενδεδειγμένο τρόπο με κίνδυνο την αφυδάτωση. Παράλληλα, η νεφρική ανεπάρκεια καθώς εξελίσσεται οδηγεί στην μείωση της απέκκρισης του καλίου προκαλώντας υπερκαλιαιμία. Οι επιπτώσεις αυτές είναι ιδιαίτερα σημαντικές, καθώς μπορούν να προκαλέσουν ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές και αρρυθμίες, μυϊκή αδυναμία και παραισθησίες. Άλλος ένας ηλεκτρολύτης που επηρεάζεται από την δυσλειτουργία των νεφρών, στην νεφρική ανεπάρκεια που προκαλείται από τον καρκίνο, είναι η μειωμένη απορρόφηση του ασβεστίου λόγω της επηρεασμένης ενεργοποίησης της βιταμίνης που συμβάλλει στην απορρόφηση του, επηρεάζοντας έτσι ακόμα και την υγεία των οστών και των οδόντων. Με την πάροδο της νεφρικής ανεπάρκειας που προκαλείται, δημιουργείται μεταβολική οξέωση την οποία ο οργανισμός προσπαθεί να αντιρροπήσει με την αναπνοή Kussmaul (αναπνευστική αλκάλωση). Τέλος, η μειωμένη αποβολή των υγρών του οργανισμού όπως αναφέρθηκε, οδηγεί στην κατακράτησή τους και την πρόκληση αρτηριακής υπέρτασης. Οι αυξημένες πιέσεις των αγγείων είναι ιδιαίτερα πιθανό να επηρεάσουν τις μεμβράνες διάχυσης των κυψελίδων και να προκαλέσουν πνευμονικό οίδημα. Ολοκληρώνοντας, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια οδηγεί σε απώλεια των πρωτεϊνών στα ούρα (πρωτεϊνουρία), η οποία μειώνει την κολλοειδωσμοτική πίεση με αποτέλεσμα την διάχυση υγρών στους διάμεσους ιστούς και την πρόκληση γενικευμένου οιδήματος στον οργανισμό (Ellis, 2019).

Τα ανωτέρω κλινικά σημεία που προκαλούνται στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, επαγόμενη από νεφροκυτταρικό καρκίνο, είτε από επέμβαση (μερική ή ολική) αυτού, έχουν σαν αποτέλεσμα την δημιουργία συγκεκριμένων αναγκών του ασθενούς, τις οποίες καλείται ο νοσηλευτής μέσω του ενεργού του ρόλου στην παροχή φροντίδας να καλύψει. Από τα ανωτέρω προκύπτει ότι ο ασθενής χρειάζεται συνεχή μέτρηση και ρύθμιση των ηλεκτρολυτών καθώς και παρακολούθηση της διόρθωσης αυτών ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Επιπλέον, πρέπει να αποφεύγεται η χρήση μεγάλου αριθμού υγρών διότι η αποβολή τους είναι περιορισμένη (Webster et al., 2017).

5.3 Θεματική Ενότητα 2: ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ

Παράλληλα με την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, οι ασθενείς που εμφανίζουν νεφροκυτταρικό καρκίνο καλούνται να αντιμετωπίσουν έναν ακόμα σημαντικό παράγοντα κινδύνου και συγκεκριμένα τις επεμβατικές μεθόδους με τις οποίες αντικαθίσταται η λειτουργία των νεφρών όπως η αιμοκάθαρση και η περιτοναϊκή κάθαρση · διαδικασίες οι οποίες αυξάνουν πολύ τον κίνδυνο για λοίμωξη. Επίσης, από την κατάσταση αυτή επηρεάζεται η λειτουργία των λευκών αιμοσφαιρίων που αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες προάσπισης του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού, οδηγώντας στην έκπτωση αυτού, με αποτελέσματα που σχετίζονται με την αυξημένη πιθανότητα νόσησης από παθογόνους μικροοργανισμούς. Η αύξηση διαφόρων μεταβολικών προϊόντων όπως η ουρία επηρεάζει τόσο την κυτταρική όσο και την χημική ανοσία. Η απάντηση των T λεμφοκυττάρων στα διάφορα αντιγόνα, είναι ανεπαρκής λόγω της ελλιπούς αντιγονοπαρουσίασης με τα μονοκύτταρα. Η αντισωματική ανταπόκριση στην ανοσοποίηση είναι πτωχή παρά το γεγονός ότι τα επίπεδα των ανοσοσφαιρινών του ορού μπορούν να βρίσκονται σε φυσιολογικά όρια. Η πτώση του ανοσοποιητικού συστήματος, αυξάνει την ευπάθεια σε λοιμώξεις βακτηριακές όπως από σταφυλόκοκκο, αλλά και την επανενεργοποίηση λοιμώξεων από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης.

Οι ανάγκες που προκύπτουν στον ασθενή από τις ανωτέρω καταστάσεις αφορούν κυρίως στην προάσπιση της υγείας του και στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού του συστήματος. Πιο συγκεκριμένα, ο ασθενής πρέπει να ενισχύσει τις προσωπικές αλλά και οικιακές (σε περίπτωση που η θεραπεία συνεχιστεί κατ' οίκον) πρακτικές υγιεινής, παράλληλα πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει και να ανακουφίσει άμεσα τυχόν συμπτώματα από μια ενδεχόμενη λοίμωξη. Τέλος, έχει ιδιαίτερη σημασία για τον ασθενή η προσοχή μεταξύ των διαπροσωπικών σχέσεων και η τήρηση των κανόνων υγιεινής και ατομικής προστασίας, ενώ κρίσιμη θεωρείται και η ανάγκη για συνεχή εξέταση των ενδοαγγειακών καθετήρων και άλλων συσκευών που μπορεί να φέρει όπως ο καθετήρας ουροδόχου κύστεως (Hofmann et al., 2011).

5.4 Θεματική Ενότητα 3: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΚΑΙ ΑΙΜΟΔΙΑΛΥΣΗΣ / ΑΝΑΙΜΙΑ

Η αιμοκάθαρση αποτελεί έναν από τους συχνότερους τρόπους αντιμετώπισης της νεφρικής νόσου σε ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο. Η διαδικασία αυτή είναι εξατομικευμένη για κάθε ασθενή και αποτελεί χρονοβόρο διαδικασία, κρίσιμη όμως για την αποβολή των μεταβολικών παραπροϊόντων από τον οργανισμό. Η περιτοναϊκή κάθαρση αποτελεί μια ικανότητα εφαρμογής της θεραπείας στο σπίτι των ασθενών, ωστόσο η διαδικασία αυτή αντιμετωπίζει τα συμπτώματα της νεφρικής ανεπάρκειας που προκύπτουν, χωρίς ωστόσο να αποτελεί θεραπεία της υποκείμενης νόσου. Τόσο η αιμοκάθαρση όσο και η περιτοναϊκή κάθαρση των ασθενών με καρκίνο του νεφρού, αποτελούν διαδικασίες στις οποίες υποβάλλονται οι ασθενείς για μακρά χρονικά διαστήματα με αποτέλεσμα να διατρέχουν ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών και λοιμώξεων συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Kaymakcalan et al., 2013; Gelfand et al., 2020).

Επιπρόσθετα, η επηρεασμένη λειτουργία των νεφρών προκαλεί ανεπαρκή παραγωγή ερυθροποιητίνης λόγω της μειωμένης λειτουργικής νεφρικής μάζας. Ως αποτέλεσμα προκαλείται αναιμία η οποία είναι συνήθως ορθόχρωμη ορθοκυτταρική. Πιο συγκεκριμένα, ορίζεται ως αιμοσφαιρίνη Hb περιφερικού αίματος $Hb < 12g/dL$ στους άνδρες και $Hb < 11g/dL$ στις γυναίκες. Η αναιμία προκαλεί πολλά συμπτώματα που σχετίζονται με την μειωμένη ποιότητα ζωής καθώς επηρεάζεται η καθημερινότητα των ασθενών. Τα συμπτώματα αυτών είναι η καταβολή των δυνάμεων, η μειωμένη αντοχή στην άσκηση και σε διάφορες δραστηριότητες, η κατάθλιψη και οι καρδιαγγειακές επιπλοκές. Σε καταστάσεις αναιμίας η νοσηρότητα και η θνητότητα από καρδιαγγειακά συμβάματα αυξάνεται, αυξάνοντας τον κίνδυνο εισαγωγής στο νοσοκομείο και παράτασης ενδεχόμενης νοσηλείας. Η έγκαιρη αναγνώριση και κάλυψη των αναγκών που προκύπτουν από την αναιμία βελτιώνουν την κλινική πορεία των ασθενών (Yarbro et al., 2018; Henson et al., 2020).

5.5 Θεματική Ενότητα 4: ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η διάγνωση του νεφρικού καρκίνου πολλές φορές συμβαίνει σε προχωρημένα στάδια στα οποία μπορεί να υπάρχουν ήδη μεταστάσεις σε άλλα όργανα, καθιστώντας τη νόσο αθεράπευτη. Οι ασθενείς παρά τους εφαρμοζόμενους θεραπευτικούς χειρισμούς συνεχίζουν να βιώνουν εμμένοντα και παραμένοντα συμπτώματα που αυξάνουν την καταπόνησή τους. Στόχος της διαχείρισης των συμπτωμάτων είναι η κατά τον δυνατόν έγκαιρη πρόληψη ή η εξάλειψη των συμπτωμάτων της νόσου, η διευθέτηση των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας και ο περιορισμός των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων που προκύπτουν από τη νόσο (Henson et al., 2020). Τέτοια συμπτώματα είναι ο πόνος, η κόπωση, η απώλεια σωματικού βάρους, η διαταραχή του ύπνου, η μείωση της όρεξης και διαταραχές από το γαστρεντερικό όπως δυσκοιλιότητα και διάρροιες. Σε αυτό το σημείο η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού είναι καθοριστική καθώς σχετίζεται άμεσα με την φροντίδα του ασθενούς, αλλά θα πρέπει να συνεργάζεται στενά με γιατρούς και άλλα μέλη της ομάδας για να παρέχουν διεπιστημονική φροντίδα. Καθ' όλη την διάρκεια παροχής φροντίδας στον ασθενή τελικού σταδίου, καθοριστική είναι και η παροχή υποστήριξης και ενημέρωσης της οικογένειας, ώστε να συμβάλλει στη φροντίδα και στην απόκτηση ρεαλιστικών προσδοκιών (Gelfand et al., 2020; Moldawer & Wood, 2020).

5.6 Θεματική Ενότητα 5: ΚΟΠΩΣΗ

Η σχετιζόμενη με τον καρκίνο κόπωση ορίζεται από τον HCCN ως μια οδυνηρά επίπονη, υποκειμενική αίσθηση σωματικής, συναισθηματικής και νοητικής κόπωσης ή εξάντλησης η οποία σχετίζεται με τον καρκίνο, την θεραπεία του και η οποία δεν είναι ανάλογη πρόσφατης δραστηριότητας, παρεμποδίζοντας τη συνήθη λειτουργία του ατόμου. Η εταιρεία νοσηλευτικής ογκολογίας ορίζει την σχετιζόμενη με τον καρκίνο κόπωση, ως ένα αίσθημα εξουθενωτικής κούρασης ή ολικής έλλειψης ενέργειας. Συνήθεις εκφράσεις της κόπωσης περιλαμβάνουν το αίσθημα αδυναμίας ή εξάντλησης, τα οποία πρακτικά αποτυπώνονται στις απλές καθημερινές δραστηριότητες των

ασθενών, όπως η δυσκολία να ανέβει το άτομο τις κλίμακες και να διανύσει μικρές αποστάσεις (Yarbro et al., 2018).

Παράλληλα, μία αιτία πρόκλησης της κόπωσης αποτελεί η αναιμία, με τους αναιμικούς ασθενείς να βιώνουν μεγαλύτερη κόπωση από τους μη αναιμικούς ασθενείς. Αυτή η ανάγκη των ασθενών, προκύπτει από την αύξηση των επιπέδων των κυτοκινών, που μειώνουν την έκκριση ερυθροποιητίνης η οποία αμβλύνει την ανταπόκριση των ασθενών στην σχετιζόμενη με τον καρκίνο αναιμία, οδηγώντας τους ασθενείς σε αυξημένα επίπεδα κόπωσης. Ο παράγοντας αυτός, οδηγεί και σε άλλες προεκτάσεις που αφορούν στην ψυχική υγεία των ασθενών όπως αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην διαχείριση των αναγκών που προκύπτουν από τα προαναφερθέντα κλινικά χαρακτηριστικά ξεκινάει με την αξιολόγηση της κόπωσης. Πιο συγκεκριμένα, η κόπωση είναι ένα υποκειμενικό σύμπτωμα και επομένως η καλύτερη μέθοδος για τη συλλογή έγκυρων πληροφοριών είναι η αξιολόγηση από τον ίδιο τον ασθενή. Για τον λόγο αυτό η επικοινωνία θα πρέπει να προάγεται μεταξύ τόσο του νοσηλευτή και του ασθενούς, όσο και μεταξύ αυτού και της οικογένειάς του. Ωστόσο, η αξιολόγηση των ασθενών για την ταξινόμηση των επιπέδων κόπωσης, με σκοπό την οργάνωση ενός ολοκληρωμένου πλάνου φροντίδας, περιλαμβάνει την διεξαγωγή συγκεκριμένων εργαλείων αξιολόγησης - ερωτηματολογίων, όπως το FACT F, EORTC QLQC30 και FQ. Οι περισσότεροι ασθενείς χρήζουν συμπτωματικής θεραπείας για την κόπωση, με φαρμακολογικές ή μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις, ενώ η μεγαλύτερη πλειοψηφία των ασθενών με σχετιζόμενη με τον νεφρικό καρκίνο κόπωση, δεν λαμβάνουν τις κατάλληλες θεραπείες (Yarbro et al., 2018).

Τέλος, η συμβολή του νοσηλευτή στην θεραπεία της κόπωσης αφορά στην συμπτωματική φαρμακολογική αντιμετώπιση με την χορήγηση διαφόρων φαρμάκων, αλλά και στον σχεδιασμό μη φαρμακολογικής θεραπείας που σχετίζονται με την διατήρηση ημερολογίου, την παροχή πληροφοριών, το σχέδιο κατανάλωσης ενέργειας και την φυσική άσκηση.

5.7 Σύνοψη αποτελεσμάτων

Όπως αναφέρθηκε, συνοπτικά, εκτός από την αναγνώριση των άμεσων αναγκών των ασθενών που προκύπτουν από αυτή καθ' αυτή την κλινική κατάσταση στην οποία βρίσκονται, σημαντικές ανάγκες απορρέουν όσον αφορά και στις επιπτώσεις που επέρχονται από αυτόν τον τύπο καρκίνου. Πιο συγκεκριμένα, οι κύριες επιπτώσεις του νεφροκυτταρικού καρκινώματος εντοπίζονται στην ανάπτυξη χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, στον κίνδυνο για ανάπτυξη λοίμωξης, στην εμφάνιση αναιμίας και στην ανάγκη αιμοκάθαρσης ή αιμοδιάλυσης -ιδιαίτερα μετά από επεμβάσεις αφαίρεσης-, στην ανάπτυξη κόπωσης και στην εφαρμογή ανακουφιστικής φροντίδας.

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, είναι το τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής νόσου και απαιτεί συνεχή παρακολούθηση, καθώς επηρεάζει την απέκκριση των μεταβολικών προϊόντων και την αύξηση της συγκέντρωσης των ηλεκτρολυτών, που μπορεί να γίνει απειλητική για την ζωή του ασθενούς. Για τον λόγο αυτό η σωστή εφαρμογή της αιμοκάθαρσης ή αιμοδιάλυσης καθώς και η παρακολούθηση και ενημέρωση του ασθενούς κατά την εκτέλεση τους, είναι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής αυτών.

Η ευαλωτότητα των ασθενών αυτών αυξάνει τον κίνδυνο για λοίμωξη, επομένως η εφαρμογή των νοσηλευτικών διεργασιών με ορθό τρόπο και η στενή παρακολούθηση των ασθενών για σημεία λοίμωξης μπορεί να οδηγήσει στην αποφυγή ή στην έγκαιρη αντιμετώπισή της. Για την βελτίωση του επιπέδου και της ποιότητας ζωής, η αντιμετώπιση της κόπωσης είναι μια νοσηλευτική ευθύνη σε συνεργασία πάντα με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.

Η αναιμία, μία από τις κύριες αιτίες της κόπωσης, αποτελεί συχνά εύρημα στους ασθενείς με νεφροκυτταρικό καρκίνωμα. Επομένως, η αντιμετώπιση και η εφαρμογή θεραπευτικών μεθόδων και κυρίως ερυθροποιητίνης είναι σημαντικές. Τέλος, η ανακουφιστική φροντίδα αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας και πρέπει να εφαρμόζεται παράλληλα με αυτή, γιατί βελτιώνει το επίπεδο ζωής, υποστηρίζοντας τους ασθενείς και την οικογένειά τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6. Συζήτηση Αποτελεσμάτων - Συμπεράσματα

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του νεφρού είναι καθοριστικός και ζωτικής σημασίας και η συμβολή τους μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους. Συνοπτικά, ο καρκίνος των νεφρών αποτελεί ένα σοβαρό νόσημα το οποίο κατά την στιγμή της διάγνωσής του μπορεί να βρίσκεται σε μεταστατικό στάδιο. Σαν αποτέλεσμα αυτού, η αντιμετώπιση βασίζεται κυρίως στην βελτίωση της ποιότητας ζωής και την υποστήριξη των ασθενών, εφόσον πλέον το νόσημα βρίσκεται σε στάδιο που δεν επιδέχεται θεραπείας. Η στενή σχέση του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της θεραπείας του ασθενούς, καθιστά τον ρόλο του σημαντικό, όχι μόνο στην εφαρμογή της θεραπείας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του ίδιου του καρκίνου και των φαρμακευτικών σχημάτων που λαμβάνει, αλλά και στην έγκαιρη αναγνώριση των ανεπιθύμητων ενεργειών που προκύπτουν. Αναφορικά, ο νοσηλευτής βρίσκεται αντιμέτωπος με σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις που μπορεί να προκύψουν από την επεμβατική προσέγγιση, την αιμοκάθαρση, την αναιμία, τον κίνδυνο λοιμώξεων, τις μεταστάσεις, τη χρόνια κόπωση, την κατάθλιψη, κ.ά. και καλείται να τις προσδιορίσει και να παρέμβει.

Το νεφροκυτταρικό καρκίνωμα επηρεάζει πολλά συστήματα του οργανισμού και γι' αυτό κρίνεται σημαντική η πολύπλευρη αντιμετώπιση των ασθενών και η διεπιστημονική παρακολούθηση τους. Η εφαρμογή των θεραπειών καθώς και η εξέταση των ανεπιθύμητων ενεργειών αυτών αποτελεί έναν κύριο παράγοντα που επηρεάζει την ποιότητα της ζωής και επομένως, πρέπει να βρίσκεται στο επίκεντρο των ερευνών για την θεραπεία και την ανακουφιστική φροντίδα των ασθενών.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην θεραπεία των ασθενών αυτών είναι πολύ σημαντικός. Ωστόσο, ο αριθμός των μελετών για τις ανάγκες που προκύπτουν στην εφαρμογή της θεραπείας και την παρακολούθηση τους, τόσο ενδονοσοκομειακά όσο και στην κοινότητα, είναι ιδιαίτερα μικρός. Παράλληλα, οι παρεμβάσεις που πρέπει να γίνονται σε κάθε σύμβαμα που προκύπτει, θα πρέπει επίσης να μελετηθούν περαιτέρω, γιατί επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την κλινική πορεία των ασθενών, την βελτίωση της

ποιότητας της ζωής τους και την σωστή εφαρμογή της θεραπείας τους, αφού ο νοσηλευτής είναι σε θέση να σχεδιάσει και να εφαρμόσει ένα ολοκληρωμένο πλάνο φροντίδας, έχοντας ενεργητικό ρόλο στην διεπιστημονική ομάδα που παρακολουθεί τον ασθενή. Η σχέση νοσηλευτή και ασθενή είναι καθοριστική, καθώς η ανάπτυξη λεκτικών και μη-λεκτικών δεξιοτήτων βοηθούν στην αποτελεσματικότητα του συνόλου των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Μια πρόταση για μελλοντική έρευνα, για την εύρεση του συνόλου των αναγκών που αντιμετωπίζει ο ασθενής στην συγκεκριμένη νόσο, θα ήταν η χρήση ερωτηματολογίου στον ίδιο αλλά και στο οικογενειακό του περιβάλλον.

Περαιτέρω διερεύνηση χρήζει η ενημέρωση αλλά και η εκπαίδευση του νοσηλευτικού δυναμικού για τη βέλτιστη φροντίδα αυτής της τόσο ευαίσθητης ομάδας ασθενών. Ένα από τα κύρια σημεία που εκλείπουν σχετικά με αυτόν τον τύπο καρκίνου, αποτελεί η δύναμη της ενημέρωσης των ασθενών και των οικογενειών τους όσον αφορά στην θεραπεία και στις επιπτώσεις των συνολικών παρεμβάσεων. Ολοκληρώνοντας, ο συντονισμός αυτών αποτελεί πρόκληση στη συνεισφορά για την παροχή μιας εξατομικευμένης ανθρωποκεντρικής φροντίδας, που ο νοσηλευτής αποτελεί έμπρακτα το θεμελιώδες μέλος της, με το οποίο ο ασθενής δύναται να νοιώσει εμπιστοσύνη και ασφάλεια.

ΛΙΣΤΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

- Atkins, M. B. (2005). Management of advanced renal cancer. *Kidney International*, 67(5), 2069–2082. <https://doi.org/10.1111/j.1523-1755.2005.00309.x>
- Atzpodien, J., Küchler, T., Wandert, T., & Reitz, M. (2003). Rapid deterioration in quality of life during interleukin-2- and α -interferon-based home therapy of renal cell carcinoma is associated with a good outcome. *British Journal of Cancer*, 89(1), 50–54. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600996>
- Becker, C., Jick, S. S., Meier, C. R., & Bodmer, M. (2017). Metformin and the risk of renal cell carcinoma: A case–control analysis. *European Journal of Cancer Prevention*, 26(3), 257–262. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000246>
- Bird, J., & Hayter, M. (2009). A review of the literature on the impact of renal cancer therapy on quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), 2783–2800. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02875.x>
- Böcker, W., Πατσούρης, Ε. Σ., & Denk, H. (2007). Παθολογική ανατομική.
- Capitanio, U., & Montorsi, F. (2016). Renal cancer. *The Lancet*, 387(10021), 894–906. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00046-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00046-X)
- Cella, D., Yount, S., Brucker, P. S., Du, H., Bukowski, R., Vogelzang, N., & Bro, W. P. (2007). Development and Validation of a Scale to Measure Disease-Related Symptoms of Kidney Cancer. *Value in Health*, 10(4), 285–293. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00183.x>
- Coppin, C., Le, L., Wilt, T. J., & Kollmannsberger, C. (2008). Targeted therapy for advanced renal cell carcinoma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006017.pub2>

Doenges, M., Moorhose, M. F., & Murr, A. C. (2009). Οδηγός Ανάπτυξης Σχεδίου Νοσηλευτικής Φροντιδας (1η Ελληνική). Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.

Drake, R. L. (2019). Gray's anatomy for students (4th edition). Elsevier.

Ellis, R. J. (2019). Chronic kidney disease after nephrectomy: A clinically-significant entity? Translational Andrology and Urology, 8(S2), S166–S174.
<https://doi.org/10.21037/tau.2018.10.13>

Ficarra, V., Righetti, R., D'Amico, A., Pilloni, S., Balzarro, M., Schiavone, D., Malossini, G., & Mobilio, G. (2000). General State of Health and Psychological Well-Being in Patients after Surgery for Urological Malignant Neoplasms. Urologia Internationalis, 65(3), 130–134.
<https://doi.org/10.1159/000064857>

Gelfand, S. L., Scherer, J. S., & Koncicki, H. M. (2020). Kidney Supportive Care: Core Curriculum 2020. American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation, 75(5), 793–806.
<https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.10.016>

Hancock, S. B., & Georgiades, C. S. (2016). Kidney Cancer. The Cancer Journal, 22(6), 387–392. <https://doi.org/10.1097/PPO.0000000000000225>

Harding, G., Cella, D., Robinson, D., Mahadevia, P. J., Clark, J., & Revicki, D. A. (2007). Symptom burden among patients with renal cell carcinoma (RCC): Content for a symptom index. Health and Quality of Life Outcomes, 5, 34.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-34>

Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., & Higginson, I. J. (2020). Palliative Care and the Management of Common Distressing

Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 38(9), 905–914. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>

Hidayat, K., Du, X., Zou, S.-Y., & Shi, B.-M. (2017). Blood pressure and kidney cancer risk: Meta-analysis of prospective studies. *Journal of Hypertension*, 35(7), 1333–1344. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001286>

Hofmann, J. N., Törner, A., Chow, W.-H., Ye, W., Purdue, M. P., & Duberg, A.-S. (2011). Risk of kidney cancer and chronic kidney disease in relation to hepatitis C virus infection: A nationwide register-based cohort study in Sweden. *European Journal of Cancer Prevention: The Official Journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*, 20(4), 326–330. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0b013e32834572fa>

Hsieh, J. J., Purdue, M. P., Signoretti, S., Swanton, C., Albiges, L., Schmidinger, M., Heng, D. Y., Larkin, J., & Ficarra, V. (2017). Renal cell carcinoma. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1), 17009. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.9>

Kabat, G. C., Heo, M., Kamensky, V., Miller, A. B., & Rohan, T. E. (2013). Adult height in relation to risk of cancer in a cohort of Canadian women. *International Journal of Cancer*, 132(5), 1125–1132. <https://doi.org/10.1002/ijc.27704>

Kaymakcalan, M. D., Je, Y., Sonpavde, G., Galsky, M., Nguyen, P. L., Heng, D. Y. C., Richards, C. J., & Choueiri, T. K. (2013). Risk of infections in renal cell carcinoma (RCC) and non-RCC patients treated with mammalian target of rapamycin inhibitors. *British Journal of Cancer*, 108(12), 2478–2484. <https://doi.org/10.1038/bjc.2013.278>

- Lesage, K., Joniau, S., Fransis, K., & Van Poppel, H. (2007). Comparison between open partial and radical nephrectomy for renal tumours: Perioperative outcome and health-related quality of life. *European Urology*, 51(3), 614–620. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2006.10.040>
- Ljungberg, B., Campbell, S. C., Choi, H. Y., Cho, H. Y., Jacqmin, D., Lee, J. E., Weikert, S., & Kiemeny, L. A. (2011). The epidemiology of renal cell carcinoma. *European Urology*, 60(4), 615–621. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2011.06.049>
- Malyszko, J., Tesarova, P., Capasso, G., & Capasso, A. (2020). The link between kidney disease and cancer: Complications and treatment. *The Lancet*, 396(10246), 277–287. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30540-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30540-7)
- Moldawer, N. P., & Wood, L. S. (2020). The Critical Role of the Oncology Nurse as a Partner in the Management of Patients With Advanced Kidney Cancer: Toxicity Management, Symptom Control, and Palliative Care. *Cancer Journal (Sudbury, Mass.)*, 26(5), 460–463. <https://doi.org/10.1097/PPO.0000000000000476>
- Noble, H., & Page, K. (2012). Renal cell cancer: Nurses' role in prevention and management. *British Journal of Nursing*, 21(Sup17), S18–S22. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.Sup17.S18>
- Office for National Statistics (2005a) Cancer Statistics Registrations; Registrations of Cancer Diagnosed in 2003, Engla. (n.d.).
- Padala, S. A., Barsouk, A., Thandra, K. C., Saginala, K., Mohammed, A., Vakiti, A., Rawla, P., & Barsouk, A. (2020). Epidemiology of Renal Cell Carcinoma. *World Journal of Oncology*, 11(3), 79–87. <https://doi.org/10.14740/wjon1279>

- Petejova, N., & Martinek, A. (2016). Renal cell carcinoma: Review of etiology, pathophysiology and risk factors. *Biomedical Papers*, 160(2), 183–194. <https://doi.org/10.5507/bp.2015.050>
- Pierorazio, P. M., Johnson, M. H., Patel, H. D., Sozio, S. M., Sharma, R., Iyoha, E., Bass, E. B., & Allaf, M. E. (2016). Management of Renal Masses and Localized Renal Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Urology*, 196(4), 989–999. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2016.04.081>
- Qayyum, T., Oades, G., Horgan, P., Aitchison, M., & Edwards, J. (2013). The epidemiology and risk factors for renal cancer. *Current Urology*, 6(4), 169–174. <https://doi.org/10.1159/000343534>
- Rasmussen, F. (2013). Metastatic renal cell cancer. *Cancer Imaging*, 13(3), 374–380. <https://doi.org/10.1102/1470-7330.2013.9035>
- Renahan, A. G., Tyson, M., Egger, M., Heller, R. F., & Zwahlen, M. (2008). Body-mass index and incidence of cancer: A systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *The Lancet*, 371(9612), 569–578. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60269-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60269-X)
- Sampaio, F. J. B. (2000). RENAL ANATOMY. *Urologic Clinics of North America*, 27(4), 585–607. [https://doi.org/10.1016/S0094-0143\(05\)70109-9](https://doi.org/10.1016/S0094-0143(05)70109-9)
- Sibbons, A., Pillai, R., Corr, J., & Persaud, S. (2019). Nurse-led renal cancer follow-up is safe and associated with high patient satisfaction—An audit from the East of England. *Ecancermedicalscience*, 13. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.955>
- Stebbing, J., & Gore, M. (2001). The current status of interferon- α treatment in advanced renal cancer: INTERFERON- α IN ADVANCED RENAL CANCER. *BJU*

International, 87(7), 599–601. <https://doi.org/10.1046/j.1464-410x.2001.02140.x>

Tahbaz, R., Schmid, M., & Merseburger, A. S. (2018). Prevention of kidney cancer incidence and recurrence: Lifestyle, medication and nutrition. *Current Opinion in Urology*, 28(1), 62–79. <https://doi.org/10.1097/MOU.0000000000000454>

Vogelzang, N. J., & Stadler, W. M. (1998). Kidney cancer. *The Lancet*, 352(9141), 1691–1696. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)01041-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)01041-1)

Wallace, M. A. (1998). Anatomy and Physiology of the Kidney. *AORN Journal*, 68(5), 799–820. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)62377-6](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)62377-6)

Watson R, McKenna H., Cowman S. & Keady J. (2008). *Nursing Research: Design and Methods*. Elsevier, UK. (n.d.).

Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., & Masson, P. (2017). Chronic Kidney Disease. *The Lancet*, 389(10075), 1238–1252. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5)

Www.cancerresearchuk.org. (n.d.).

Yarbro, C. H., Wujcik, D., & Gobel, B. H. (Eds.). (2018). *Cancer nursing: Principles and practice* (Eighth edition). Jones & Bartlett Learning.