



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**« ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ »**



**Σπουδάστρια: ΓΙΑΝΝΟΥΚΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ**

**A.M. 17265**

**Εισηγήτρια: Ζαμπίρα Ίρις**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2019**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	
3.1 ΟΡΙΣΜΟΙ.....	9
3.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	9
3.1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....	9
3.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ.....	9
3.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ .....	10
3.3.1 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ.....	10
3.3.2 ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΧΩΡΗΤΙΚΟΤΗΤΕΣ.....	10
3.4 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....	11
3.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....	12
3.6 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ... ..	12
3.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....	14
3.8 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....	14
3.9 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....	15
3.10 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....	15
3.11 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....	16

3.12 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....	16
3.13 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....	16
3.13.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε άτομα με καρκίνο του πνεύμονα σε αραιοκατοικημένες περιοχές.....	16
3.13.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στον προσυμπτωματικό έλεγχο ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.....	17
3.13.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα...	18
3.13.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καπνίσματος.....	19
3.13.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προαγωγή της υγείας και της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.....	20
3.13.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προεγχειρητική φροντίδα ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.....	20
3.13.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετεγχειρητική φροντίδα ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.....	21
3.13.8 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα...	22
3.13.9 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	25
4.2 ΣΚΟΠΟΣ.....	25
4.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	25
4.4 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	25
4.5 ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	28

5.1 Πώς επηρεάζεται η φροντίδα σε επιζώντες του καρκίνου του πνεύμονα.....	28
5.2 Πώς συμβάλλουν οι νοσηλευτές στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.....	29
5.3 Πώς επιδρούν οι διάφορες μέθοδοι αντιμετώπισης του καρκίνου του πνεύμονα στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	38
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	39

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι μια κακοήθης μάζα προσβάλλει τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες οδηγώντας τους συχνά και στο θάνατο. Πρόκειται για νόσο που σχετίζεται σε μεγάλο ποσοστό με το κάπνισμα. Οφείλεται στην ανάπτυξη μη φυσιολογικών κυττάρων στον πνεύμονα ενώ τόσο η θεραπεία όσο και η πρόγνωση εξαρτώνται από το στάδιο της νόσου και την ύπαρξη μεταστάσεων.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή του καρκίνου του πνεύμονα, η διερεύνηση των αιτιών, των συμπτωμάτων και της θεραπείας αυτού καθώς επίσης και ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα ασθενών που πάσχουν από αυτή τη νόσο.

**Υλικό-Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση για τον καρκίνο του πνεύμονα και το ρόλο του νοσηλευτή, η οποία εστιάζει στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Διεξήχθη λοιπόν αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Pubmed αλλά και σε επιστημονικά συγγράμματα για την ανεύρεση πληροφοριών σχετικά με την νόσο, το ρόλο του νοσηλευτή σε αυτή αλλά και τη συνεισφορά του στην ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών, δημοσιευμένες κυρίως κατά την τελευταία δεκαετία.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα που προέκυψαν ανέφεραν ότι η ποιότητα ζωής συσχετίζεται τόσο με τα συμπτώματα που προκαλεί η ίδια η νόσος όσο και με εκείνα που εμφανίζονται εξαιτίας των θεραπειών. Επομένως οι νοσηλευτές εστιάζουν στην καλύτερη διαχείριση των συμπτωμάτων και την παροχή της κατάλληλης ψυχολογικής υποστήριξης για τη βελτίωση της καθημερινής ζωής των ασθενών αυτών.

**Συμπεράσματα:** Οι πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι σε μια νόσο όπως ο καρκίνος του πνεύμονα, μεγαλύτερη σημασία έχει η ποιότητα ζωής από ότι η διάρκεια της επιβίωσης. Οι παρεμβάσεις των νοσηλευτών στη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων είναι εφικτές και αποδεκτές από τους ασθενείς και για να βελτιώσουν πρωτίστως την ποιότητα ζωής τους και στη συνέχεια την παράταση της επιβίωσης τους.

**Λέξεις-κλειδιά:** καρκίνος πνεύμονα, όγκος πνεύμονα, καρκίνωμα του πνεύμονα, ποιότητα ζωής, νοσηλευτής, νοσηλευτικές παρεμβάσεις

## ABSTRACT

**Bakground:** Lung cancer is a malignant mass that affects both men and women, often leading to death. It is a disease associated with a high intake of smoking. Due to the development of abnormal cells in the lung and treatment and prognosis depend on the stage of the disease and on the existence of metastases.

**Aim:** The purpose of this thesis is to describe lung cancer, investigate its the causes, symptoms and treatment as well as to present the contribution of the nurse to the care of patients that suffer from this disease.

**Methods:** A literature review was conducted on lung cancer and on the nurse's role, focusing on the quality of life of these patients. Therefore, a research was conducted on Pubmed's database as well as on scientific textbooks to gather information published mainly during the past ten years concerning the disease, the role of the nurse in it and his/her contribution to the quality of life of these patients..

**Results:** The results indicate that the quality of life of these patients is related to both symptoms caused by the disease itself and to those caused by the treatments. Nurses therefore focus on how to manage symptoms in a better way and on providing appropriate psychological support to improve the daily lives of these patients.

**Conclusions:** Recent studies show that as far as lung cancer is concerned, the quality of life these patients is more important than their actual survival, Nurses' interventions in order to treat symptoms are feasible and acceptable to patients and their first goal is to improve their quality of life followed by the extension of their survival.

**Key-words:** lung cancer, lung tumor, lung carcinoma, quality of life, nurse, nursing interventions

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο «Καρκίνος του πνεύμονα και ο ρόλος του νοσηλευτή» απαρτίζεται συνολικά από έξι κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αποτελείται από την εισαγωγή, όπου γίνεται μια επιγραμματική αναφορά στο περιεχόμενο των κεφαλαίων που θα αναλυθούν εκτενέστερα παρακάτω ενώ στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι στόχοι και οι σκοποί της εργασίας. Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται λόγος για το αντικείμενο που εξετάζει η εργασία, δηλαδή τον καρκίνο του πνεύμονα και το ρόλο του νοσηλευτή. Στη συνέχεια, το τέταρτο κεφάλαιο αποτελεί μια παράθεση της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε για τη συλλογή και τη σύνθεση των νεότερων δεδομένων όσον αφορά το ρόλο των νοσηλευτών και πώς σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται η παράθεση του περιεχομένου των άρθρων που προέκυψαν από τη μεθοδολογία του τετάρτου κεφαλαίου. Το έκτο κεφάλαιο αποτελείται από τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη διεξαγωγή της παρούσας εργασίας. Τέλος παρατίθεται και η βιβλιογραφία που μελετήθηκε.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Δεδομένου ότι ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί την πιο συχνή αιτία θανάτου στους ανθρώπους και παρόλα αυτά η διάγνωση του γίνεται συνήθως σε προχωρημένο στάδιο σκοπός αυτής της εργασίας είναι η διερεύνηση πληροφοριών που σχετίζονται με την νόσο αυτή αλλά και ποιος είναι ο ρόλος του νοσηλευτή. Συνεπώς στόχοι της εργασίας είναι η αποσαφήνιση για το πως ο νοσηλευτής βοηθά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών αλλά και στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που προκύπτουν από τη νόσο και τις θεραπείες αυτής.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

#### 3.1 Ορισμοί

##### 3.1.1 Ορισμός καρκίνου

Ο καρκίνος χαρακτηρίζεται από τη αιφνίδια δημιουργία μη φυσιολογικών κυττάρων στον ανθρώπινο οργανισμό. Τα μη φυσιολογικά αυτά κύτταρα μπορεί να είναι καλοήθη ή κακοήθη. Ωστόσο με την έννοια του καρκίνου αναφέρεται κανείς στα κακοήθη κύτταρα. Χαρακτηριστικό φαινόμενο της νόσου αυτής είναι η δυνατότητα της να μεταφέρεται και σε άλλους ιστούς, κύτταρα ή όργανα του σώματος (μετάσταση) (Damjanov, 2009).

##### 3.1.2 Ορισμός καρκίνου του πνεύμονα

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η ανάπτυξη μη φυσιολογικών κυττάρων, αποτελώντας μια μάζα, τα οποία εμφανίζονται αρχικά στους πνεύμονες και πιο συγκεκριμένα στους βρόγχους, στα βρογχιόλια ή στον υπεζωκότα και στη συνέχεια να κάνει μεταστάσεις σε άλλα σημεία του ανθρώπινου οργανισμού (Damjanov, 2009).

#### 3.2 Ανατομία πνευμόνων

Ο πνεύμονας απαντάται σε ζεύγη και αποτελεί όργανο του αναπνευστικού συστήματος. Διακρίνεται σε δεξιό και αριστερό και έχουν το σχήμα ημικώνου. Ως προς τη σύστασή τους, φυσιολογικά σε υγιή άτομα, είναι ελαφροί, σπογγώδεις και με απαλή ροζ απόχρωση. Στο δεξιό πνεύμονα διακρίνονται τρεις λοβοί, ο άνω, ο μέσος και ο κάτω, ενώ στον αριστερό παρατηρούνται δύο, ο άνω και ο κάτω λοβός. Ο καθένας ξεχωριστά αποτελείται από μία κορυφή, μία βάση και δύο επιφάνειες, την έσω και την έξω. Ακόμα έχουν και από τρία χείλη, το πρόσθιο, το οπίσθιο και το κάτω. Το βρογχικό δένδρο, τα πνευμονικά λοβία, τα αγγεία και τα νεύρα αποτελούν επίσης μέρος των πνευμόνων (Platzer et al., 2011).

### 3.3 Φυσιολογία πνευμόνων

Κύρια λειτουργία των πνευμόνων είναι η ανταλλαγή αερίων που πραγματοποιείται με την αναπνοή. Η πρόσληψη, δηλαδή, οξυγόνου και η αποβολή διοξειδίου του άνθρακα από το αίμα. Σκοπός της λειτουργίας αυτής είναι η παροχή ενέργειας για την επίτευξη διάφορων βιοχημικών διαδικασιών της κυτταρικής αναπνοής (Vander et al., 2011). Ωστόσο απαραίτητη για να γίνει μια σωστή περιγραφή της πνευμονικής λειτουργίας ενός ατόμου είναι η κατανόηση των όγκων των πνευμόνων και των χωρητικότητων αναφορικά με την αναπνοή (Mulroney & Myers, 2010). Ένας αναπνευστικός κύκλος περιλαμβάνει μια εισπνοή και μια εκπνοή, όπου εισπνοή είναι η ανταλλαγή αέρα από το περιβάλλον προς τις κυψελίδες και εκπνοή η ανάποδη διαδικασία (Vander et al., 2011). Σε έναν ήρεμο φυσιολογικό αναπνευστικό κύκλο, ο όγκος του αέρα που εισέρχεται και εξέρχεται υπολογίζεται περίπου στα 4L (Vander et al., 2011).

#### 3.3.1 Πνευμονικοί Όγκοι

- 1) Αναπνεόμενος όγκος (VT) είναι ο όγκος του αέρα που καταλαμβάνεται και αποβάλλεται από τους πνεύμονες όσο εκτελείται η διαδικασία της εισπνοής και της εκπνοής σε ήρεμη κατάσταση και υπολογίζεται περίπου 500 mL (Mulroney & Myers, 2010).
- 2) Υπολειπόμενος όγκος (RV) είναι ο όγκος του αέρα που εξακολουθεί να βρίσκεται στους πνεύμονες μετά από μια πολύ μεγάλη εκπνοή (Mulroney & Myers, 2010).
- 3) Εκπνευστικός εφεδρικός όγκος (ERV) είναι ο πρόσθετος όγκος αέρα που εκπνέει το άτομο έπειτα από την εκπνοή μιας ήρεμης αναπνοής (Mulroney & Myers, 2010).
- 4) Εισπνευστικός εφεδρικός όγκος (IRV) είναι ο πρόσθετος όγκος αέρα που εισπνέει το άτομο ύστερα από την εισπνοή μιας ήρεμης αναπνοής (Mulroney & Myers, 2010).

#### 3.3.2 Αναπνευστικές χωρητικότητες

- 1) Ολική πνευμονική χωρητικότητα (TLC) είναι ο όγκος του αέρα που βρίσκεται στους πνεύμονες έπειτα από μια πολύ βαθιά εισπνοή. Η τιμή αυτής της χωρητικότητας φυσιολογικά ανέρχεται στα 7L (Mulroney & Myers, 2010).

- 2) Ζωτική χωρητικότητα (VC) είναι ο όγκος του αέρα μιας μέγιστης εκπνοής που επέρχεται μιας μέγιστης εισπνοής ( Mulroney & Myers, 2010).
- 3) Λειτουργική υπολειπόμενη χωρητικότητα (FRC) είναι ο όγκος του αέρα που υπάρχει στους πνεύμονες έπειτα από μια ήρεμη εκπνοή (Mulroney & Myers, 2010).
- 4) Εισπνευστική χωρητικότητα (IC) είναι ο όγκος του αέρα μιας μέγιστης εισπνοής έπειτα από μια ήρεμη εκπνοή (Mulroney & Myers, 2010).

### **3.4 Παθοφυσιολογία καρκίνου του πνεύμονα**

Όσον αφορά την εμφάνιση του καρκίνου του πνεύμονα, αυτή συμβαίνει όταν τα φθαρμένα επιθηλιακά κύτταρα των βρόγχων μεταβάλλονται σε καρκινικά. Η μετάλλαξη αυτή καλείται βρογχογενές καρκίνωμα. Συνήθως προκαλείται γενετική ανωμαλία του χρωμοσώματος 3. Η πλειοψηφία των πρωτοπαθών βλαβών αφορούν την κακοήγη μετάλλαξη του επιθηλίου των αεραγωγών. Ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου του πνεύμονα διαφοροποιούνται οι νεοπλασίες αυτές ως προς την επίπτωση τους, τα συμπτώματα και τον τρόπο με τον οποίο εξαπλώνονται. Ο μικροκυτταρικός τύπος καρκίνου αποτελεί το 25% των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Αυτός ο τύπος καρκίνου εξελίσσεται ταχέως με την εμφάνιση πρόωρων μεταστάσεων. Επίσης εμφανίζουν επιπτώσεις σε σημεία, τα οποία δεν πλήττονται άμεσα από τον όγκο αυτό. Ο μη μικροκυτταρικός τύπος καρκίνου καταλαμβάνει το 75% των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Ωστόσο ανεξάρτητα από τον τύπο του καρκίνου του πνεύμονα, το βρογχογενές καρκίνωμα, είναι επιθετικό, διηθείται τοπικά ενώ προκαλεί μεγάλης έκτασης απομακρυσμένες μεταστάσεις. Οι νεοπλασίες αυτές ξεκινάνε με φθορά στο βλεννογόνο, η οποία εξελίσσεται και δημιουργεί όγκους που φράσσουν τους βρόγχους. Ωστόσο υπάρχει περίπτωση να επεκταθούν σε διπλανό πνευμονικό ιστό. Οι μεταστάσεις συνήθως γίνονται μέσω του λεμφικού συστήματος στους λεμφαδένες ή άλλα όργανα του ανθρώπινου σώματος. Αυτά τα όργανα μπορεί να είναι ο εγκέφαλος, τα οστά ή το ήπαρ (LeMone et al., 2014).

### **3.5 Παράγοντες Κινδύνου καρκίνου του πνεύμονα**

Το κάπνισμα έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση του καρκίνου του πνεύμονα. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα τσιγάρα καπνίζουν οι άνθρωποι ημερησίως, έχουν όλο και μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο στον πνεύμονα (Bennett & White, 2013). Εκτός από την ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζει το άτομο, εξαρτάται και το χρονικό διάστημα κατά το οποίο είναι καπνιστής (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014). Έναν ακόμα παράγοντα που σχετίζεται με την εμφάνιση της νόσου και τον αναφέρουν οι Bennett & White (2013) είναι το παθητικό κάπνισμα. Άλλοι ενοχοποιητικοί παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου είναι η έκθεση στον αμίαντο και σε διάφορους βιομηχανικούς ρύπους τους οποίους το άτομο εισπνέει σε καθημερινή βάση (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014). Οι Bennett & White (2013) ισχυρίζονται ότι το οικογενειακό ιστορικό ή το ιστορικό άλλων πνευμονικών παθήσεων όπως είναι η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια είναι εξίσου επιβαρυντικοί παράγοντες. Από την άλλη πλευρά, ο Andreoli (2009) προσθέτει συγκεκριμένα χημικά στοιχεία και ενώσεις, όπως είναι το αρσένιο, το χρώμιο ή οι μεθυλαιθέρες, και χρόνιες παθήσεις των πνευμόνων όπως η ινοκυστική ή το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας.

### **3.6 Ταξινόμηση και Σταδιοποίηση καρκίνου του πνεύμονα**

Ο καρκίνος του πνεύμονα διακρίνεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τον πρωτοπαθή και τον δευτεροπαθή. Υποκατηγορία του πρωτοπαθή αποτελεί ο μη μικροκυτταρικός, στον οποίο ανήκουν το καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων, το αδenoκαρκίνωμα και το μεγάλο νευροενδοκρινικό καρκίνωμα μεγάλου κυττάρου (Woodard & Jablons, 2016). Ο μικροκυτταρικός αποτελεί υποκατηγορία του πρωτοπαθή καρκίνου του πνεύμονα (Woodard & Jablons, 2016). Στον δευτεροπαθή κατατάσσονται τα νεοπλάσματα που έχουν προκύψει από κάποια μετάσταση από καρκίνο του μαστού, του προστάτη, των νεφρών ή των οστών (Woodard & Jablons, 2016). Η σταδιοποίηση της νόσου εξαρτάται από τρεις παράγοντες, το μέγεθος του όγκου, κατά πόσο έχουν προσβληθεί λεμφαδένες και από την ύπαρξη μετάστασης (Woodard & Jablons, 2016).

Ανάλογα με το μέγεθος του όγκου, με βάση την απεικόνιση στην τομογραφία, υπάρχει ο τύπος T (Woodard & Jablons, 2016):

- TX: όταν το καρκίνωμα δεν μπορεί να εντοπισθεί και να εκτιμηθεί
- T0: δεν υπάρχει πρωτογενής όγκος
- T1: ο όγκος έχει διάμετρο μικρότερη ή ίση από 3 εκατοστά και περικλείεται περίσπλαχνος υπεζωκότας
- T1a: όγκος μικρότερος ή ίσος με 2 εκατοστά
- T1b: όγκος μικρότερος ή ίσος με 2 εκατοστά αλλά και μικρότερος ή ίσος από 3 εκατοστά
- T2: ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 3 εκατοστά αλλά μικρότερος ή ίσος από 5 εκατοστά. Καρκίνωμα με εισβολή του σπλαχνικού υπεζωκότα. Ο όγκος περικλείει τον κύριο βρόγχο σε απόσταση μεγαλύτερη ή ίση με 2 εκατοστά από την καρδιά. Παρατηρείται ατελεκτασία ή αποφρακτική πνευμονοπάθεια χωρίς να περιλαμβάνεται ολόκληρος ο πνεύμονας.
- T2a: όγκος μεγαλύτερος από 3 εκατοστά αλλά μικρότερος ή ίσος από 5 εκατοστά
- T2b: όγκος μεγαλύτερος από 5 εκατοστά αλλά μικρότερος ή ίσος από 7 εκατοστά
- T3: ο όγκος έχει μέγεθος πάνω από 7 εκατοστά. Επεκτείνεται στο θωρακικό τοίχωμα, το διάφραγμα, το φρενικό νεύρο, το μεσοθωράκιο του υπεζωκότα ή το βρεγματικό περικάρδιο. Ο όγκος περικλείει τον κύριο βρόγχο σε απόσταση μικρότερη από 2 εκατοστά από την καρδιά. Προκαλεί ατελεκτασία ή αποφρακτική πνευμονοπάθεια ολόκληρου του πνεύμονα. Στον ίδιο λοβό παρατηρούνται ξεχωριστοί όγκοι.
- T4: ο όγκος έχει οποιοδήποτε μέγεθος και διηθείται στην καρδιά, στα μεγάλα αγγεία, στην τραχεία, στον οισοφάγο, στο σπονδυλικό σώμα, στο λαρυγγικό νεύρο

Ανάλογα με την κατάσταση των λεμφαδένων (Woodard & Jablons, 2016):

- NX: η κατάσταση των λεμφαδένων δεν μπορεί να εκτιμηθεί
- N0: δεν έχουν προσβληθεί οι περιφερικοί λεμφαδένες
- N1: προσβολή των ομόπλευρων περιβραχιόνιων ή πυλαίων λεμφαδένων και ενδοπνευμονικών λεμφαδένων
- N2: προσβάλλονται οι λεμφαδένες του μεσοθωράκιου ομοπλεύρως

- N3: προσβολή ετερόπλευρων πυλαίων λεμφαδένων ή μεσοθωρακίου και ομόπλευρους ή ετερόπλευρους υπερκλειδίους λεμφαδένες

Ανάλογα τις απομακρυσμένες μεταστάσεις (Woodard & Jablons, 2016):

- MX: η ύπαρξη μεταστάσεων δεν μπορεί να αξιολογηθεί
- M0: δεν υπάρχουν μεταστάσεις
- M1: εμφάνιση απομακρυσμένων μεταστάσεων
- M1a: Ξεχωριστοί όγκοι σε λοβό του άλλου πνεύμονα. Όγκος στον υπεζωκότα ή κακοήγη υπεζωκοτική ή περικαρδιακή συλλογή.
- M1b: απομακρυσμένες μεταστάσεις σε εξωθωρακικά όργανα

### **3.7 Κλινική Εικόνα καρκίνου του πνεύμονα**

Στα αρχικά στάδια της νόσου παρατηρείται βήχας ο οποίος έχει διάρκεια περίπου τρεις εβδομάδες ή και περισσότερο. Ωστόσο, υπάρχει περίπτωση ο βήχας να προϋπάρχει αλλά να μεταβάλλεται η φύση του (Bennett & White, 2013). Μερικά ακόμα συμπτώματα είναι τα αιμορραγικά πτύελα, ο θωρακικός πόνος, αίσθημα αδυναμίας, ανορεξία, απώλεια βάρους και η δύσπνοια (Bennett & White, 2013). Σύμφωνα με τη Χαρατσή-Γιωτάκη (2014) υπάρχουν και ορισμένα σύνδρομα και παθήσεις που εμφανίζονται όπως το σύνδρομο Pancoast, το σύνδρομο Horner, το παρανεοπλασματικό σύνδρομο, οστεολυτικές βλάβες και η μεταναστευτική θρομβοφλεβίτιδα.

### **3.8 Διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα**

Η διάγνωση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα γίνεται όλο και πιο σύνθετη με αποτέλεσμα να εφευρίσκονται νέοι μέθοδοι για λήψη δειγμάτων των ιστών και απεικόνιση. Ωστόσο υπάρχουν αρκετές διαγνωστικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα όπως η ακτινογραφία θώρακα, η οποία είναι μη επεμβατική μέθοδος, χαμηλού κόστους και χρησιμοποιούνται πολύ μικρές δόσεις ακτινοβολίας. Όμως οι πληροφορίες που προέρχονται από την συγκεκριμένη εξέταση είναι περιορισμένες (Bennett & White, 2013).

Άλλη μέθοδος που χρησιμοποιείται είναι η αξονική τομογραφία του θώρακα, όπου φαίνονται καλύτερα οι όγκοι. Σε συνδυασμό με την ιατρική εκτίμηση πρόκειται για μια αρχική εικόνα της νόσου προκειμένου να ξεκινήσει ο ασθενής τις θεραπείες. Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι που μπορούν να αναφερθούν είναι η βρογχική βιοψία των λεμφαδένων, το ενδοβρογχικό υπερηχογράφημα, η μεσοθωρασκόπηση, η ιστολογική εξέταση στην περιοχή του λαιμού. Ωστόσο αυτές οι τεχνικές δεν έχουν εξακριβωθεί ούτε ως προς την αξιοπιστία τους ούτε για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούν (Bennett & White, 2013).

### **3.9 Επιδημιολογία καρκίνου του πνεύμονα**

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί το πιο κοινό αίτιο θανάτου ετησίως σε όλο τον κόσμο. Σύμφωνα με τους Woodard & Jablons (2016) μέσα σε διάστημα μιας δεκαετίας διαγνώστηκαν 94708 νέα περιστατικά με καρκίνο του πνεύμονα. Αν και εμφανίζεται πιο συχνά στους άνδρες, η επίδραση της νόσου στις γυναίκες παρουσιάζει μια συνεχή αύξηση τα τελευταία χρόνια (Bennett & White, 2013). Ωστόσο και στα δύο φύλα ενοχοποιητικός παράγοντας έχει αποδειχθεί το κάπνισμα (Bennett & White, 2013). Πιο συγκεκριμένα, περίπου το 90% των περιπτώσεων οφείλεται σε αυτόν τον παράγοντα εξαιτίας του βενζοπυρενικού διολεποξειδίου (Andreoli, 2009). Εντούτοις, με αρκετά μεγάλο ποσοστό κινδύνου συνδέονται και οι παθητικοί καπνιστές (Andreoli, 2009).

### **3.10 Πρόληψη καρκίνου του πνεύμονα**

Αποτελώντας το κάπνισμα τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο του πνεύμονα, σημαντικό ρόλο για την πρόληψη διαδραματίζουν οι μέθοδοι με τις οποίες οι καπνιστές θα παροτρυνθούν να το σταματήσουν, τονίζοντας τις επιβλαβείς επιπτώσεις που επιφέρει στον οργανισμό τους. Για αυτό το λόγο, οργανισμοί και εταιρείες έχουν προβεί σε ενέργειες όπως η δημιουργία ετικετών στα τσιγάρα όπου σε κάθε πακέτο αναγράφονται οι συνέπειες του ενώ παράλληλα έχει γίνει απαγόρευση της προβολής τους μέσω διαφημίσεων στις τηλεοράσεις (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014). Παρόλα αυτά κάθε προσπάθεια αποτροπής του καπνίσματος φέρει ελάχιστα θετικά αποτελέσματα λόγω του εθισμού που προκαλεί η νικοτίνη (Longo, 2011).

Για τη μείωση της εμφάνισης της νόσου, σε πειραματικό στάδιο βρίσκεται και η χημειοπροφύλαξη. Αν και δεν υπάρχουν ακόμα επαρκή στοιχεία για την αποτελεσματικότητά της, ορισμένοι παράγοντες της καταδεικνύονται για την αύξηση της απειλής για τους χρόνιους καπνιστές (Longo, 2011).

### **3.11 Θεραπεία στον καρκίνο του πνεύμονα**

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται κατά τη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα είναι η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία. Όταν έχει προηγηθεί έγκαιρη διάγνωση, πραγματοποιείται, απομάκρυνση με χειρουργικό τρόπο, του πνεύμονα, ενός λοβού ή μέρος του λοβού. Εντούτοις η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιείται όταν υπάρχουν μεταστάσεις. Όσον αφορά την ακτινοθεραπεία, αξιοποιείται συνήθως όταν ο όγκος έχει κάνει μεταστάσεις στα οστά ή στον εγκέφαλο. Η χημειοθεραπεία αποτελεί τη μορφή της θεραπείας για τα μικροκυτταρικά καρκινώματα. Αρκετά συχνά ωστόσο, χρησιμοποιείται ως θεραπευτική αγωγή και ο συνδυασμός ακτινοθεραπείας με χημειοθεραπεία (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014).

### **3.12 Πρόγνωση του καρκίνου του πνεύμονα**

Η νόσος κατηγοριοποιείται σε έξι στάδια και διαγιγνώσκεται όταν ο όγκος βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο. Συνεπώς, η πρόγνωση επηρεάζεται από τον τύπο του καρκινώματος και κατ' επέκταση από την άμεση διάγνωση του (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014). Για παράδειγμα, η επέκταση του όγκου στους λεμφαδένες αποτελεί παράγοντα που ελαχιστοποιεί την θετική πρόγνωση. Επίσης όταν στη σταδιοποίηση υπάρξει ο παράγοντας M, ο χρόνος επιβίωσης μειώνεται κάτω από τα πέντε χρόνια (Woodard & Jablons, 2016). Ωστόσο, σύμφωνα με τους Woodard & Jablons (2016) μια μέση επιβίωση των ασθενών κυμαίνεται περίπου στα πέντε χρόνια από τη διάγνωση.

### **3.13 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα**

#### **3.13.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε άτομα με καρκίνο του πνεύμονα σε αραιοκατοικημένες περιοχές.**



Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί μια συχνά εμφανιζόμενη νόσο τόσο στο ανδρικό όσο και στο γυναικείο φύλο σε οποιοδήποτε σημείο του κόσμου. Πρόκειται για μια ασθένεια που χρήζει τακτικής παρακολούθησης και σε ορισμένες περιπτώσεις οι ασθενείς χρειάζεται να κάνουν εισαγωγή σε κάποιο νοσοκομείο για κάποιο χρονικό διάστημα. Ωστόσο τα άτομα που μένουν κοντά σε επαρχίες συγκριτικά με τα άτομα που μένουν στις πόλεις δεν έχουν την ίδια δυνατότητα πρόσβασης στο νοσοκομείο και λόγω της απόστασης αλλά και από άποψη οικονομικής ευχέρειας εξαιτίας των αυξημένων δαπανών για τις θεραπείες τους. Για το λόγο αυτό οι νοσηλευτές οφείλουν να έχουν στενή συνεργασία με τους ασθενείς προκειμένου να τους βοηθήσουν να διαχειρίζονται μόνοι τους ή με τη βοήθεια της οικογένειάς τους τα συμπτώματα ή τις επιπλοκές της θεραπείας τους. Αυτό επιτυγχάνεται με μια μέθοδο που παρόλο που βρίσκεται σε αρχικό στάδιο έχει παρουσιάσει θετικά αποτελέσματα στους ασθενείς. Η μέθοδος περιλαμβάνει στην αρχή λήψη ζωτικών σημείων στο νοσοκομείο και λήψη ιστορικού ενώ μετέπειτα οι ασθενείς θα αποχωρήσουν για το σπίτι τους έχοντας μαζί τους ένα μόνιτορ συνεχούς καταγραφής των ζωτικών σημείων και με συχνές ερωτήσεις σε περίπτωση αλλαγής των συμπτωμάτων. Με αυτό τον τρόπο οι ασθενείς έχουν οι ίδιοι μεγαλύτερη επίγνωση της κατάστασής τους και εμπλέκονται πιο άμεσα στη φροντίδα τους νιώθοντας έτσι περισσότερη ασφάλεια, λαμβάνοντας και μια πιο οικονομική υγειονομική περίθαλψη (Petitte et al., 2014).

### **3.13.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στον προσυμπτωματικό έλεγχο ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα**

Ο καρκίνος του πνεύμονα όταν διαγιγνώσκεται βρίσκεται ήδη σε προχωρημένο στάδιο, παρόλο που αν διαγνωσθεί σε πρωταρχικά στάδια υπάρχει η πιθανότητα να αντιμετωπισθεί χειρουργικά επιφέροντας θετικά αποτελέσματα για τον ασθενή. Για το λόγο αυτό κρίνεται αναγκαίος ο προσυμπτωματικός έλεγχος των ατόμων, ιδιαίτερα αυτών που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο. Ο ρόλος των νοσηλευτών σε αυτό το στάδιο είναι να παρέχουν τις απαραίτητες και έγκυρες πληροφορίες στα άτομα σχετικά με τον καρκίνο του πνεύμονα, τις διαγνωστικές εξετάσεις, τους κινδύνους και τα οφέλη από αυτές. Πλεονέκτημα του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η ανίχνευση της νόσου πιθανά την κατάλληλη στιγμή και επομένως να οδηγήσει σε αυξημένα ποσοστά επιβίωσης. Οι νοσηλευτές πρέπει να βοηθήσουν τα άτομα που υπάρχει

κίνδυνος εμφάνισης της νόσου να λάβουν τις σωστές αποφάσεις όσον αφορά την περίθαλψη που θέλουν να λάβουν ενώ παράλληλα, στην περίπτωση που είναι καπνιστές, να τους βοηθήσουν διακόψουν αυτή τους τη συνήθεια (Lehto, 2014).

Οι Sorrie et al. (2016), εστιάζουν επίσης στη σπουδαιότητα και χρησιμότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου, καθώς οι άνθρωποι πέρα από την κληρονομικότητα, έρχονται καθημερινά σε επαφή με παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του καρκίνου του πνεύμονα. Τέτοιοι είναι το κάπνισμα είτε ενεργητικά είτε παθητικά, αλλά και εισπνέοντας διάφορους περιβαλλοντικούς ρύπους όπως για παράδειγμα ο αμίαντος. Οι άνθρωποι έχουν την τάση οτιδήποτε έχει σχέση με ιατρικές εξετάσεις να το συνδέουν κατά μεγάλη πιθανότητα με κάτι αρνητικό με συνέπεια να ανησυχούν και να φοβούνται.

Κάτι αντίστοιχο συμβαίνει και με τις διαγνωστικές εξετάσεις για τον καρκίνο του πνεύμονα. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι άκρως απαραίτητος και υποστηρικτικός. Κύριο μέλημα του είναι να καθησυχάσει τους υποψήφιους προς εξέταση και να τους διαβεβαιώσει πως μέσα από τον έλεγχο αυτό τους δίνεται η δυνατότητα να ανιχνεύσουν πιθανό όγκο σε αρχικό στάδιο. Ο όγκος αυτός θα μπορεί να αφαιρεθεί ακόμα και χειρουργικά, αυξάνοντας έτσι τα ποσοστά επιβίωσης του. Ακολούθως θα είναι σε θέση να λάβει αποτελεσματικότερη θεραπεία, σε σχέση με κάποιον που διαγιγνώσκεται με προχωρημένο στάδιο καρκίνου, όπου εκεί θα έχουν εμφανιστεί και τα πρώτα συμπτώματα. Παράλληλα ο νοσηλευτής από την πλευρά του, είναι σε θέση να απαντήσει και σε πιθανές απορίες που δημιουργούνται στους ασθενείς όσον αφορά την πάθηση και τις διαδικασίες ανίχνευσης της, ενώ συγχρόνως τους παροτρύνει σε περίπτωση που καπνίζουν, να σταματήσουν το κάπνισμα, βοηθώντας τους έτσι να αποκτήσουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής (Sorrie et al., 2016).

### **3.13.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα**

Ο εξειδικευμένος νοσηλευτής στον καρκίνο του πνεύμονα κατέχει σημαντική θέση στη φροντίδα των ασθενών αυτών, καθώς είναι το πρώτο άτομο με το οποίο έρχονται άμεσα σε επαφή. Ο νοσηλευτής μεριμνά για την υποστήριξη των ασθενών σωματικά και ψυχικά, για παροχή έγκυρων πληροφοριών αλλά αποτελεί και το μέσον με το οποίο συντονίζονται όλοι οι επαγγελματίες υγείας για την παροχή όσο το δυνατόν

καλύτερης και αποτελεσματικότερης υγειονομικής περίθαλψης. Η διάρκεια της περίθαλψης που λαμβάνουν οι ασθενείς στο νοσοκομείο διαρκεί μερικές ημέρες, γεγονός που σημαίνει ότι ο νοσηλευτής έρχεται αντιμέτωπος με καθημερινές ανάγκες των ασθενών που πρέπει να διευθετήσει, όπως η αυτοδιαχείριση των συμπτωμάτων, η συναισθηματική φόρτιση που βιώνουν, ιδιαίτερα αν βρίσκονται σε τελικό στάδιο της νόσου, και οτιδήποτε άλλο απασχολεί τον κάθε ασθενή ξεχωριστά (McPhillips et al., 2015).

#### **3.13.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καπνίσματος**

Το κάπνισμα είναι ο βασικότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα ασκώντας μεγάλη επιρροή στα συμπτώματα των ασθενών με αποτέλεσμα η ποιότητα ζωής τους να επηρεάζεται ανάλογα με τη ποσότητα και τη χρονική διάρκεια του (McDonnell et al., 2014). Η έννοια του καπνίσματος, δεν περιλαμβάνει μόνο τον ενεργητικό καπνιστή αλλά περιλαμβάνει και τον παθητικό καπνιστή, ο οποίος μπορεί να βρίσκεται στον ίδιο χώρο με άλλα άτομα που καπνίζουν εισπνέοντας τον ατμοσφαιρικό καπνό, μία κατάσταση που δεν μπορεί εύκολα να αποφύγει. Οι νοσηλευτές, στην περίπτωση αυτή, αξιολογούν την ποιότητα ζωής των ασθενών και πώς αυτή σχετίζεται με το κάπνισμα προκειμένου να δημιουργήσουν το κατάλληλο πλάνο φροντίδας με όσο το δυνατόν πιο ορθές παρεμβάσεις. Ταυτόχρονα παρέχουν τις κατάλληλες πληροφορίες στο άτομο και την οικογένεια του, για τα προβλήματα που προκαλεί ο καπνός αλλά και τα ευεργετικά οφέλη από την αποφυγή του (Sarna et al., 2012). Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για έναν νέο-διαγνωσθέντα ασθενή, οι συμβουλές αυτές πρέπει να δίνονται έγκαιρα για την αύξηση των θετικών αποτελεσμάτων κατά τη διάρκεια της νόσου (Ostroff & Dhingra, 2007). Το έργο αυτό του νοσηλευτή, γίνεται δυσκολότερο και θέλει περισσότερο χρόνο για να πραγματοποιηθεί, όταν πρόκειται για χρόνιο ενεργητικό καπνιστή, ο οποίος παρουσιάζει σημεία εθισμού και επομένως δυσκολία στη διακοπή του καπνίσματος (Cataldo et al., 2010). Συνοψίζοντας ο νοσηλευτής κατέχει βασικό ρόλο στην αξιολόγηση και τις ενέργειες παύσης του καπνίσματος για την εξασφάλιση όσο το δυνατόν καλύτερης ποιότητας ζωής, τελεσφόρας θεραπείας, αύξηση της επιβίωσης και μείωση κινδύνου εμφάνισης είτε άλλης νεοπλασίας είτε της ίδιας σε άλλο χρόνο (Parson et al., 2010).

### **3.13.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προαγωγή της υγείας και της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα**

Σε μια τόσο σοβαρή πάθηση, η οποία δύσκολα θεραπεύεται εντελώς, ουσιαστικό ρόλο παίζει η βελτίωση της ποιότητας ζωής και της διάθεσης με οποιοδήποτε τρόπο για να οδηγηθούν οι ασθενείς σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερη επιβίωση. Δεδομένου ότι οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα παρουσιάζουν συχνά κόπωση, πρέπει να ξεκουράζονται καλά. Ωστόσο αρκετοί παρουσιάζουν διαταραχές του ύπνου, όπως καθυστέρηση έναρξης του ή μειωμένη ποιότητα ή μικρής διάρκειας ύπνο. Μερικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τον ύπνο είναι οι διαταραχές της διάθεσης, ο πόνος ή η δύσπνοια, ορισμένα δηλαδή από τα συμπτώματα της νόσου. Ακόμη, οι ασθενείς που εμφανίζουν διαταραχές του ύπνου, κατά τη διάρκεια της ημέρα εμφανίζουν συχνά υπνηλία. Συνεπώς ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτές τις περιπτώσεις εστιάζει στην διαχείριση των συμπτωμάτων τόσο της ίδιας της πάθησης όσο και της θεραπείας που λαμβάνουν οι ασθενείς (Dean et al., 2013).

### **3.13.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προεγχειρητική φροντίδα ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα**

Συνήθως όταν ένα άτομο οδηγείται σε χειρουργική επέμβαση του πνεύμονα, χρήζει και της κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας προεγχειρητικά. Η φροντίδα αυτή, δε διαφέρει αρκετά σε σχέση με αυτή που προσφέρεται σε άλλες παθήσεις. Πιο αναλυτικά, περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού με ερωτήσεις αναφορικά με το κάπνισμα και την συνύπαρξη άλλων χρόνιων νοσημάτων για να μειωθούν ή και να προληφθούν πιθανά μετεγχειρητικά προβλήματα. Η ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη από τους νοσηλευτές, τόσο του ίδιου του ασθενή όσο και της οικογένειάς του, καθώς ανησυχούν για την παρουσία της συγκεκριμένης νόσου αλλά και για την έκβαση της επικείμενης εγχείρησης είναι απαραίτητη (LeMone et al., 2014).

Σημαντικό μέρος της προεγχειρητικής φροντίδας καταλαμβάνει και η παροχή επαρκούς πληροφόρησης για το τι πρόκειται να ακολουθήσει μετεγχειρητικά κατά την περίοδο της αποκατάστασης. Είναι μια διαδικασία που πιθανά να χρειαστεί χρόνο και ύπαρξη πλήρους συνείδησης προκειμένου να έχει κατανοήσει, να εκφράσει

απορίες αλλά και να είναι πιο συνεργάσιμος ο ασθενής στις ενέργειες που θα ακολουθήσουν μετά την επέμβαση. Υπάρχει περίπτωση, μετά την εγχείρηση ο ασθενής να φέρει ενδοτραχειακό σωλήνα και να υποστηρίζεται με μηχανικό αερισμό, συνεπώς ο νοσηλευτής θα πρέπει προηγουμένως να τον έχει προετοιμάσει για την δυσκολία που θα αντιμετωπίσει στην επικοινωνία με άλλα άτομα. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να εκπαιδεύσει τον ασθενή στους τρόπους με τους οποίους θα μπορεί να εκφραστεί όπως με σήματα με τα χέρια ή ίσως γραπτώς (LeMone et al., 2014).

Τέλος, υπάρχει η πιθανότητα ο ασθενής μετά το πέρας της επέμβασης να χρειαστεί να νοσηλευθεί σε μονάδα εντατικής θεραπείας όπου θα υποβοηθείται με διάφορα μηχανήματα που θα του είναι πρωτόγνωρα, οπότε ο νοσηλευτής θα πρέπει από πριν να του έχει εξηγήσει αναλυτικά πώς λειτουργούν και τι του προσφέρουν και να τον έχει καθησυχάσει ότι όλα αυτά είναι φυσιολογικά και μέρος της μετάβασης από το χειρουργείο σε μια σχεδόν φυσιολογική ζωή (LeMone et al., 2014).

### **3.13.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετεγχειρητική φροντίδα ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα**

Μετά από μια επέμβαση στον πνεύμονα, ο ασθενής με καρκίνο του πνεύμονα λαμβάνει και την ανάλογη φροντίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό. Αρχικά, γίνεται εκτίμηση, από τον νοσηλευτή, της αναπνευστικής κατάστασης του ασθενούς η οποία περιλαμβάνει τον έλεγχο κορεσμού σε οξυγόνο, του βάθους και της συχνότητας των αναπνοών, των αναπνευστικών ήχων, των αερίων αρτηριακού αίματος. Ακολούθως, ρόλος του νοσηλευτή είναι και η τακτική παρακολούθηση του πόνου και η ανακούφιση του με τη χορήγηση των κατάλληλων αναλγητικών φαρμάκων για τη αποφυγή μη επαρκούς αναπνευστικής λειτουργίας (LeMone et al., 2014).

Προεγχειρητικά, ο ασθενής ενημερώνεται για τις διαδικασίες που ακολουθούν στην αποκατάσταση του, επομένως στη φάση της μετεγχειρητικής φροντίδας ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τον ασθενή να βήχει και να παίρνει βαθιές αναπνοές ενώ σε ασθενείς που είναι διασωληνωμένοι εκτελεί επιπλέον και ενδοτραχειακές αναρροφήσεις για την μείωση απόφραξης των αεροφόρων οδών. Η διατήρηση επιτυχούς μηχανικού αερισμού σε συνδυασμό πιθανά με τη χρήση αναπνευστήρα είναι ενέργειες των νοσηλευτών για την επίτευξη αποτελεσματικότερου αερισμού. Ένα ακόμα σημείο που εστιάζει η μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών είναι η προσεκτική

φροντίδα του χειρουργικού τραύματος μέσω άσηπτης τεχνικής για αποφυγή πιθανών μολύνσεων. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει και προσφέρει βοήθεια, επίσης, στους ασθενείς να αλλάζουν τακτικά θέσεις και να κινητοποιηθούν άμεσα προκειμένου να εξασφαλίσουν την βατότητα των αεροφόρων οδών και την μείωση εμφάνισης επιπλοκών όπως είναι η πνευμονική εμβολή. Τέλος, ο νοσηλευτής παρεμβαίνει στη διατροφή του χειρουργημένου ασθενή, ιδιαίτερα αν είναι διασωληνωμένος, παρέχοντας εντερική ή παρεντερική σίτιση και σταδιακά εμπλουτίζει το διαιτολόγιο του με μικρά γεύματα (LeMone et al., 2014).

### **3.13.8 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα**

Τα τελευταία χρόνια δίνεται όλο και μεγαλύτερη έμφαση στη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του πνεύμονα, μιας και αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Οι νοσηλευτές επεμβαίνουν σε διάφορα στάδια της νόσου, όπως τη διάγνωση, κατά τη διάρκεια της θεραπείας αλλά και μετά για την διαχείριση των πιθανών επιπλοκών από αυτή. Αρχικά οι νοσηλευτές έχουν πληροφορήσει επαρκώς τους ασθενείς για το τι επιλογές έχουν όσον αφορά τη θεραπεία που θα λάβουν, αναφέροντας τους τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά, για να εκφράσουν την επιθυμία τους για το ποια θεραπεία θεωρούν ότι θα αντέξουν (NICE, 2011). Για παράδειγμα, σε ορισμένες θεραπείες υπάρχει περίπτωση να εμφανιστούν εξανθήματα, οπότε αυτό πρέπει να το έχουν αναφέρει οι νοσηλευτές στους ασθενείς, για να τους χορηγήσουν την κατάλληλη ενυδατική κρέμα για να μην αντιμετωπίσουν αισθητικό πρόβλημα και θελήσουν να διακόψουν τη θεραπεία (Boucher et al., 2011).

Οι υδαρείς κενώσεις είναι επίσης πρόβλημα που ενδέχεται να προκύψει κατά τη λήψη θεραπείας, όπου εκεί οι νοσηλευτές παρακινούν τους ασθενείς να λαμβάνουν αρκετής ποσότητας υγρών από το στόμα ενώ παράλληλα τους χορηγούν αντιδιαρροϊκά φάρμακα (Bennett & White, 2013). Εφόσον αντιμετωπιστούν τα διαφορετικά συμπτώματα που θα εμφανίσουν οι ασθενείς, επόμενος στόχος τους είναι η αύξηση της λειτουργικότητας του ασθενή και η υποστήριξη προκειμένου να αποδεχθούν τη διάγνωση και να διαχειριστούν όσο το δυνατόν καλύτερα τα συμπτώματα που εμφανίζονται κάθε φορά. Άλλα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν είναι η ανορεξία, η κόπωση και η δύσπνοια. Αυτά είναι προβλήματα

που πρέπει να αξιολογηθούν άμεσα από τους νοσηλευτές, οι οποίοι σε επικοινωνία πάντα με τους γιατρούς καλούνται να τα αντιμετωπίσουν για να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών (Borneman et al., 2012).

Οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα συχνά εξακολουθούν να εμφανίζουν συμπτώματα παρά τη χειρουργική θεραπεία που έλαβαν. Τέτοια συμπτώματα είναι ο βήχας, η κόπωση, ο πόνος ή η ψυχολογική δυσφορία (Kim et al., 2016). Σκοπός των νοσηλευτών είναι να ενημερώσουν τους επιζώντες ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα σχετικά με τις θεραπείες που διενεργήθηκαν, τις επιπτώσεις αυτών αλλά και τους τρόπους με τους οποίους θα εξασφαλίσουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής (Jacobsen et al., 2016). Οι τρόποι αυτοί, επικεντρώνονται στις ευθύνες που εκπαιδεύεται να αναλάβει ο κάθε ασθενής όσον αφορά τη φροντίδα του εαυτού του (Reb et al., 2017). Οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τη σημασία να νιώθουν οι επιζώντες ασφάλεια, καθώς δεν επιθυμούν να βιώσουν ξανά την ίδια κατάσταση. Για το λόγο αυτό και τους παρέχουν τις απαραίτητες συμβουλές και πληροφορίες προκειμένου να έχουν μια πλήρη εικόνα της πάθησης και της σοβαρότητας της, για να είναι σε θέση αν τυχόν συμβεί κάτι μελλοντικά να γνωρίζουν και πώς θα το διαχειριστούν μόνοι τους (Reb et al., 2017). Μακροπρόθεσμα όλοι αυτοί οι χειρισμοί θα οδηγήσουν σε καλύτερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη επιβίωση (Klemanski et al., 2016).

### **3.13.9 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία.**

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται είτε ως μόνιμη θεραπεία είτε δρώντας ανακουφιστικά, συνήθως συνδυαστικά με χημειοθεραπεία ή χειρουργείο, για την ελάττωση του μεγέθους της κακοήθους μάζας. Παρόλο που αυτή η θεραπεία στοχεύει τα καρκινικά κύτταρα, υπάρχει η πιθανότητα να υποστούν βλάβη και ορισμένα φυσιολογικά. Ο νοσηλευτής παρεμβαίνει με σκοπό να αντιμετωπίσει ο ίδιος αλλά και να εκπαιδεύσει τόσο τον ασθενή όσο και τα μέλη της οικογένειας του για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας. Ελέγχει την καρδιακή, αναπνευστική και πεπτική λειτουργία για την αποφυγή παθήσεων όπως η πνευμονίτιδα, η περικαρδίτιδα ή η οισοφαγίτιδα. Ο νοσηλευτής παροτρύνει, επίσης, να κάνουν τακτικά γεύματα και να λαμβάνουν οι ασθενείς επαρκή υγρά, για να έχουν οι αναπνευστικές εκκρίσεις τους αραιή σύσταση (LeMone et al., 2014).

Όσον αφορά την εκπαίδευση, στην περίπτωση πνευμονίτιδας, τους μαθαίνει τεχνικές για αποτελεσματικότερη αναπνοή αλλά και ποιες θέσεις βοηθούν ενώ παράλληλα τους πληροφορεί ότι η κατάσταση αυτή διαρκεί όσο πραγματοποιείται η θεραπεία. Για την περικαρδίτιδα, ο νοσηλευτής ενημερώνει για τα συμπτώματα που ίσως εμφανιστούν, όπως πόνος στο στήθος, ταχυκαρδία ή τάση για λιποθυμία, επειδή αυτά μπορεί να προκύψουν έως ένα χρόνο μετά το τέλος της θεραπείας για να ξέρει ο ασθενής και τι του συμβαίνει και πώς θα το διαχειριστεί. Στην περίπτωση πεπτικής δυσλειτουργίας παρέχει συμβουλές για την αποφυγή καυτερών ή ξινών φαγητών, το αλκοόλ και το κάπνισμα. Ενθαρρύνει τον ασθενή να ξεκουράζεται και να τρέφεται καλά καθώς η ακτινοθεραπεία προκαλεί συνήθως κόπωση, η οποία θα επηρεάζει τη διάθεση του (LeMone et al., 2014).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

#### 4.1 Το είδος της έρευνας

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια δευτερογενή μελέτη, συλλογής νεότερων δεδομένων, για το ρόλο του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα και τις επιπτώσεις της νόσου στην ποιότητα ζωής των πασχόντων.

#### 4.2 Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα της παρούσας έρευνας που διεκπεραιώθηκε, αποτελείται από 9 επιστημονικά άρθρα που δημοσιεύθηκαν στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Pubmed, τα τελευταία πέντε χρόνια και είναι δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα.

#### 4.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Pubmed. Τα άρθρα που παρουσιάστηκαν από την αναζήτηση, αξιολογήθηκαν βάσει των κριτηρίων επιλεξιμότητας που τέθηκαν. Κριτήρια αποδοχής ήταν όσα άρθρα περιλάμβαναν πρωτογενή έρευνα, αναφέρονταν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα και στην ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν όσα άρθρα δεν αναφέρονταν γενικά στον καρκίνο του πνεύμονα, σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις ή σε ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.

#### 4.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Pubmed. Κατά την ανεπτυγμένη αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά καρκίνος πνεύμονα, όγκος πνεύμονα, καρκίνωμα του πνεύμονα, ποιότητα ζωής, νοσηλευτής, νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Συγκεκριμένα ο αλγόριθμος ήταν ο εξής: “lung cancer” AND nurs\* AND “quality of life” και προέκυψαν 400 αποτελέσματα άρθρων. Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκαν τα φίλτρα της κατηγορίας των άρθρων να είναι νοσηλευτικά περιοδικά και προέκυψαν 144 άρθρα, το είδος να είναι ανθρώπινο και παρουσιάστηκαν 136 άρθρα, η γλώσσα να είναι τα αγγλικά και τα άρθρα ήταν 132 και τέλος η χρονολογία δημοσίευσης να είναι τα τελευταία πέντε χρόνια όπου προβλήθηκαν 30 άρθρα. Οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων που προέκυψαν από

την ηλεκτρονική αναζήτηση ελέγχθηκαν σε σύγκριση με τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Οι αιτίες αποκλεισμού των μελετών καταγράφηκαν. Από τα τριάντα άρθρα αποκλείστηκαν τα είκοσι ένα και περιλήφθηκαν τα εννιά σύμφωνα με τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού. Τα κύρια χαρακτηριστικά αυτών των μελετών παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε αφηγηματική σύνθεση των αποτελεσμάτων των μελετών που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης μετά από ανάλυση του περιεχομένου τους.

#### 4.5 Επιλογή μελετών και σύνθεση δεδομένων

a/a	Συγγραφέας (και συν.), έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός μελέτης	Κύρια ευρήματα
1	Reb, A., et al. 2017, United States	Μικτή Μελέτη	Εκτίμηση της επίδρασης της εκπαίδευσης αυτοδιαχείρισης των συμπτωμάτων επιζώντων ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.	Η εκπαίδευση από τους νοσηλευτές των ασθενών που επέζησαν από τον καρκίνο του πνεύμονα, να διαχειρίζονται τη φροντίδα της υγείας τους εμφάνισε θετικά αποτελέσματα στις ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου και επομένως στην ποιότητα της ζωής τους.
2	Dose, A.M. et al., 2017, Rochester	Πιλοτική περιγραφική μελέτη	Η αποδοχή μιας θεραπείας που αφορά την αξιοπρέπεια στη ζωή ασθενών με προηγμένο καρκίνο του πνεύμονα	Η θετική στάση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα απέναντι σε ένα σχέδιο φροντίδας αναφορικά με την αξιοπρέπεια του, το οποίο βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους.
3	Sherry, V. et al., 2017, Pennsylvania	Ποσοτική μελέτη	Ο έλεγχος του επιπέδου της δυσφορίας και πώς επιδρά στην ζωή αλλά και την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.	Η διαχείριση των συμπτωμάτων και ιδιαίτερα της δυσφορίας σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους.
4	Abrams, S., 2016, North Carolina	Ποσοτική μελέτη	Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε προγράμματα για διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα.	Η παροχή οδηγιών στους επαγγελματίες υγείας για παρεμβάσεις διακοπής τους καπνίσματος είχαν θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.

5	Choi, S. & Ryu, E., 2018, Korea	Ποσοτική μελέτη	Η εξέταση της επίδραση της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.	Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης κρίνεται αναγκαία για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.
6	Lin, Y.Y. et al., 2015, Taiwan	Ποσοτική μελέτη	Ο έλεγχος της επίδρασης της σωματικής άσκησης στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.	Το περπάτημα με την κατάλληλη υποστήριξη βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.
7	Lee, K. et al., 2019, Korea	Συγχρονική μελέτη	Η διερεύνηση των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που συμμετέχουν σε πειραματικές θεραπείες.	Τα συμπτώματα από τη θεραπεία επηρέαζαν την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.
8	Dai, Y.L. et al., 2017, Taiwan	Ποσοτική μελέτη	Ο έλεγχος της επίδρασης των κύκλων χημειοθεραπείας στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.	Η αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών των χημειοθεραπειών βελτιώνει την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.
9	Reinke, L.F. et al., 2014, Seattle	Ποσοτική μελέτη	Η εκτίμηση των συμπτωμάτων σε νεοδιαγνωσθέντα ασθενή με καρκίνο του πνεύμονα και πώς επιδρούν στην ποιότητα ζωής τους.	Μέσω της έγκαιρης ανίχνευσης και διαχείρισης των συμπτωμάτων από τους νοσηλευτές, βελτιώνονται οι ψυχοσωματικές επιπτώσεις της νόσου σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα.

**Πίνακας 1.** Κύρια χαρακτηριστικά των άρθρων που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρατεθούν τα ευρήματα από την επιλογή μελετών που αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο 4.5.

#### 5.1 Πώς επηρεάζεται η φροντίδα σε επιζώντες του καρκίνου του πνεύμονα

Οι επιζώντες από τον καρκίνο του πνεύμονα, αν και θεωρείται ότι τουλάχιστον προσωρινά θεραπεύθηκαν, εμφανίζουν συμπτώματα μετά την χειρουργική επέμβαση όπως χρόνιο πόνο, βήχα, κόπωση ή ψυχολογική δυσφορία. Για το λόγο αυτό, στη βασική φροντίδα του καρκίνου του πνεύμονα πρέπει να περιλαμβάνεται και αυτή η κατηγορία των ασθενών. Στόχος, λοιπόν, αυτής τη φροντίδας είναι αρχικά η παροχή πληροφοριών από τους νοσηλευτές στους επιζώντες σχετικά με τις θεραπείες που έλαβαν και με τις επιπτώσεις των θεραπειών που πιθανά να εμφανιστούν αργότερα. Ένα ακόμα βασικό μέλημα της φροντίδας είναι η ενημέρωση των ασθενών για τους τρόπους με τους οποίους θα μπορέσουν να διατηρήσουν μετέπειτα σε ένα καλό επίπεδο την ψυχοσωματική τους κατάσταση. Ο σχεδιασμός της φροντίδας αυτής πρέπει να δίνει τη δυνατότητα στους επιζώντες να συνεργάζονται με τους νοσηλευτές για να αποκτήσουν ενεργό συμμετοχή στη φροντίδα του εαυτού τους. Σύμφωνα με τους Reb et al. (2017), θα ήταν ωφέλιμο να δημιουργηθεί ένα μοντέλο αυτοδιαχείρισης χρόνιας φροντίδας, με σκοπό την ελαχιστοποίηση των πιθανοτήτων για εμφάνιση υποτροπών της νόσου. Πιο συγκεκριμένα, για να είναι το μοντέλο αυτό ολοκληρωμένο, οι νοσηλευτές συνεργάζονται με τους επιζώντες για να λάβουν υπόψη και τις δικές τους επιθυμίες ή ανάγκες. Οι νοσηλευτές παροτρύνουν τους ασθενείς να αναλάβουν οι ίδιοι τη φροντίδα του εαυτού τους, τόσο με την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων όσο και με την κατάκτηση των στόχων του πλάνου φροντίδας. Μέσα από αυτό το μοντέλο αυτοδιαχείρισης, δίνεται η ευκαιρία στους επιζώντες να αντιληφθούν καλύτερα τη φροντίδα της θεραπείας τους και τότε είναι απαραίτητη η αναζήτηση βοήθειας από κάποιον ειδικό. Ταυτόχρονα επιχειρούν να πραγματοποιήσουν αλλαγές στον τρόπο ζωής τους για να υιοθετήσουν στην πορεία υγιεινούς τρόπους ζωής. Όταν τέθηκε σε εφαρμογή αυτό το μοντέλο φροντίδας, οι επιζώντες καθησυχάστηκαν για την πορεία της υγείας τους και ενισχύθηκαν οι ικανότητές τους να φροντίζουν τον εαυτό τους. Παράλληλα ήταν σε θέση να γνωρίζουν τι μπορεί να αντιμετωπίσουν μελλοντικά και πώς να το διαχειριστούν. Αν

και οι επιζώντες επωφελήθηκαν από αυτή την παρέμβαση, οι Reb et al. (2017) αναφέρουν ότι υπήρχε μια διαφορά απόψεων για τη χρονική στιγμή που θα πρέπει να λαμβάνεται. Ορισμένοι, για παράδειγμα, θεωρούσαν ότι πρέπει να χρησιμοποιείται πριν την επέμβαση, άλλοι αμέσως μετά ενώ άλλοι μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Παρόλα αυτά, εστιάζοντας στα αποτελέσματα της παρέμβασης, οι επιζώντες παρουσίασαν βελτίωση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής τους κατάστασης και ένιωθαν πιο ασφαλείς φροντίζοντας οι ίδιοι τον εαυτό τους.

## **5.2 Πώς συμβάλλουν οι νοσηλευτές στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα**

Το κάπνισμα αποτελεί την βασικότερη αιτία εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα. Υπάρχουν άτομα που προσπαθούν να σταματήσουν να καπνίζουν και άλλα που δυσκολεύονται να το αφήσουν καθώς το θεωρούν ως ένα είδος παρηγοριάς για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν. Οι ασθενείς που συνεχίζουν το κάπνισμα και μετά τη διάγνωση της νόσου αυξάνουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας ενώ αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης άλλου τύπου καρκίνου ή εμφάνιση του ίδιου καρκίνου στην αρχική περιοχή εντόπισης. Ακόμη, οι ίδιοι, εξαιτίας της μη διακοπής του καπνίσματος, αυξάνουν και τα ποσοστά θνησιμότητας της νόσου και επομένως και τη διάρκεια επιβίωσης τους. Συνεπώς είναι ωφέλιμη η παρέμβαση των νοσηλευτών για διακοπή αυτής της θανατηφόρας συνήθειας των ατόμων με καρκίνο του πνεύμονα. Βασικό εργαλείο για την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών είναι η σωστή και επαρκής γνώση των τρόπων με τους οποίους θα παροτρύνουν τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα αλλά και πώς αυτοί οι τρόποι θα εφαρμοστούν στην πράξη. Ωστόσο, ο κάθε άνθρωπος είναι διαφορετικός, οπότε οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν την ευελιξία να τροποποιήσουν τις παρεμβάσεις από άτομο σε άτομο. Σύμφωνα με τον Abrams (2016) υπάρχει ένα πρόγραμμα σπουδών με τίτλο “Rx for Change curriculum”, το οποίο είναι δωρεάν, μπορεί να χρησιμοποιηθεί από νοσηλευτές και τους παρέχει πληροφορίες και συμβουλές για το πώς να βοηθήσουν τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα. Το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει για παράδειγμα, εκτός από τις βασικές πληροφορίες γύρω από τον καπνό, υποθέσεις και για το πώς μπορεί να εξελιχθεί η συζήτηση με τους ασθενείς. Επιπλέον στο πρόγραμμα δίνονται και οδηγίες για τη χρήση των πέντε A (ask, advise,

assess, assist, arrange) και των πέντε R (relevance, risks, rewards, roadblocks, repetition). Για τους ασθενείς που πήραν απόφαση να σταματήσουν το κάπνισμα χρησιμοποιούνται τα πέντε A παράλληλα με ενθάρρυνση λήψης και φαρμάκων. Αντίθετα, για όσους διστάζουν να το σταματήσουν, οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα πέντε R, τα οποία αφορούν κυρίως τους λόγους για να το κάνουν. Ακόμα οι νοσηλευτές πρέπει να δημιουργήσουν μια προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος με αυτούς τους ασθενείς αλλά να είναι και σε θέση να αντιμετωπίσουν τις επιπλοκές από αυτή την προσπάθεια. Έπειτα γίνεται επανέλεγχος μετά από κάποιο διάστημα για να ελέγξουν οι νοσηλευτές τυχόν προβλήματα στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος για να επαναπροσδιορίσουν τις παρεμβάσεις. Το πρόγραμμα αυτό δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένο, ωστόσο κρίνεται απαραίτητο να τεθεί σε ευρεία εφαρμογή ως μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών κα ακολουθώντας της πρόγνωσης της νόσου.

Συγκριτικά με τον καρκίνο σε άλλα όργανα του ανθρώπου, ο καρκίνος του πνεύμονα δεν παρουσιάζει συγκεκριμένα συμπτώματα ή τρόπους ανίχνευσης σε πρώιμο στάδιο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα μικρό ποσοστό των πασχόντων να διαγιγνώσκονται σε αρχικό στάδιο και να αποκτούν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής. Συνεπώς όταν εμφανιστούν συμπτώματα, η νόσος βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο. Επομένως στόχος των θεραπειών του καρκίνου του πνεύμονα είναι η ελαχιστοποίηση των συμπτωμάτων για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητας του ατόμου και όχι άμεσα η αύξηση της χρονικής διάρκειας της ζωής του. Οι Choi & Ryu (2016) πραγματοποίησαν μελέτη για να εξακριβώσουν τα συμπτώματα που παρουσίασαν οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα σε προχωρημένο στάδιο, να ελέγξουν την κατάθλιψη σε σύγκριση με τα υπόλοιπα συμπτώματα της νόσου και πώς αυτή επιδρά στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Από τη μελέτη προέκυψε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχε συνύπαρξη συμπτωμάτων, μερικά εκ των οποίων είναι η κόπωση, η δυσφορία και η θλίψη. Ωστόσο, η κατάθλιψη ήταν αυτή που ασκούσε μεγαλύτερη επιρροή στην ποιότητα ζωής των ασθενών διαταράσσοντας τη διάθεση τους σε διάφορα θέματα της καθημερινότητας τους όπως για παράδειγμα τις διαπροσωπικές σχέσεις ή καθημερινές δραστηριότητες. Λόγοι που αύξησαν τα ποσοστά κατάθλιψης στους ασθενείς είναι η συνειδητοποίηση από τους ίδιους ότι η νόσος έχει μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας αλλά και ότι δεν είναι σίγουρο ότι η θεραπεία θα είναι εξίσου αποτελεσματική για τον καθένα τους. Όταν οι νοσηλευτές

αξιολόγησαν την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, τους υποστήριξαν ψυχολογικά και την ίδια περίοδο τους χορήγησαν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, παρατήρησαν ότι η διάθεση των ασθενών άλλαξε.

Εκτός από την κατάθλιψη, οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα έχει παρατηρηθεί ότι εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους εξαιτίας της γνώσης τους για τα ποσοστά θνησιμότητας της νόσου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δυσχεραίνουν την πορεία της νόσου και τα αποτελέσματα της θεραπείας της. Τα ψυχικά αυτά συμπτώματα μειώνουν την αξιοπρέπεια των ατόμων και ακολούθως την ποιότητα ζωής τους. Από την άλλη αυξάνει το βαθμό εξάρτησης των πασχόντων για φροντίδα από τρίτα άτομα. Συνεπώς στόχος ενός πλάνου φροντίδας ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα είναι η διατήρηση της αξιοπρέπειας και επομένως της ποιότητας ζωής τους, συγχρόνως με την αύξηση των ποσοστών επιβίωσης τους. Μέσα από το πλάνο φροντίδας δίνεται έμμεσα η ευκαιρία στους ασθενείς να αναθεωρήσουν κάποιες αξίες και πράγματα για τη ζωή. Δεδομένου ότι η διάγνωση γίνεται σε προχωρημένο στάδιο, οι ασθενείς έχουν μικρό προσδόκιμο ζωής άρα κρίνεται αναγκαία η άμεση η αντιμετώπιση της ψυχολογικής κατάστασης τους. Σύμφωνα με τους Dose et al. (2017) η δημιουργία φροντίδας αξιοπρέπειας δεν είναι διαδεδομένη μέθοδος και συνήθως χρησιμοποιείται παράλληλα με την παρηγορητική φροντίδα προς το τέλος της ζωής των ασθενών. Κατά τη διάρκεια αυτής της θεραπείας ο νοσηλευτής αξιολογεί σε τρεις διαφορετικές συνεδρίες τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή και στο τέλος της τρίτης του παρέχει το κατάλληλο πλάνο φροντίδας. Λίγο πριν δοθεί το πλάνο αυτό, ο νοσηλευτής έχει ζητήσει από τον ασθενή να αναφέρει και τα δικά του όνειρα και σκέψεις που έχει για το μέλλον του. Τα ευρήματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι μέσα από αυτή την παρέμβαση και μέσα από τον προσωπικό αναστοχασμό του κάθε ασθενή βελτιώθηκε συνολικά η ποιότητα ζωής τους και η αξιοπρέπεια ενώ ταυτόχρονα μειώθηκαν τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους που είχαν. Συνεπώς οι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο όχι μόνο στη διαδικασία χορήγησης των χημειοθεραπειών αλλά και στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ασθενών, διαδικασίες οι οποίες μπορούν να γίνουν και παράλληλα. Οι ασθενείς έρχονται αρκετά συχνά σε άμεση επαφή με τους νοσηλευτές οπότε τους εμπιστεύονται πιο εύκολα ιστορίες της ζωής τους και ανησυχίες τους. Έτσι, οι νοσηλευτές με την παροχή φροντίδας εστιασμένης και στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα ελαχιστοποιούν τους προβληματισμούς των ασθενών βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους.

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της έρευνας τους, οι Dose et al. (2017) θεωρούν ότι η παροχή παρηγορητικής φροντίδας επειδή έγινε συνδυαστικά με το πλάνο αξιοπρέπειας, θα πρέπει και τα δύο να πραγματοποιούνται νωρίτερα και όχι προς το τέλος της ζωής.

Καθώς η διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα γίνεται συνήθως σε προχωρημένο στάδιο, οι ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα σε μεγάλο βαθμό, ιδιαίτερα αυτό της δυσφορίας. Αυτή η δυσφορία οφείλεται σε αρκετούς παράγοντες πέρα από τα συμπτώματα της ίδιας της νόσου ή της θεραπείας της. Τέτοιοι παράγοντες είναι οι οικονομικοί, συναισθηματικοί, πνευματικοί ή ψυχοκοινωνικοί. Όταν οι ασθενείς νιώθουν δυσφορία, αυτή επιδρά στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου οδηγώντας σε χαμηλή ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς παρατηρώντας το αρνητικό αυτό συναίσθημα, παρουσιάζουν άρνηση να συνεχίσουν τη θεραπεία, καθιστώντας έτσι αναγκαία και άμεση την αντιμετώπιση του. Στην έρευνα των Shery et al. (2017) εξετάστηκε το επίπεδο δυσφορίας σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα προκειμένου να μελετηθούν οι αρνητικές επιδράσεις στη ζωή τους. Η διαδικασία περιλάμβανε τη συμπλήρωση από τους ασθενείς ενός ερωτηματολογίου όπου θα κατέγραφαν σε μια κλίμακα από το μηδέν έως το δέκα το επίπεδο της δυσφορίας τους την τελευταία εβδομάδα και να απαντήσουν με ναι ή όχι για πιθανά προβλήματα που αντιμετώπισαν επίσης την τελευταία εβδομάδα. Οι συμμετέχοντες βρίσκονταν στην αρχή της πρώτης θεραπείας, κατά τη διάρκεια επόμενων θεραπειών ή σταμάτησαν να λαμβάνουν θεραπεία. Εάν ο ασθενής είχε βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του τέσσερα, του δόθηκαν οδηγίες διαχείρισης των προβλημάτων σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας για να λάβουν μια ολοκληρωμένη παρέμβαση. Έπειτα από ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα που όριζαν οι νοσηλευτές, οι ασθενείς συμπλήρωσαν ξανά το ερωτηματολόγιο για να συγκριθούν τα αποτελέσματα με το αρχικό. Η δυσφορία υπήρχε ανεξάρτητα από τη φάση της θεραπείας γι' αυτό θα πρέπει να εξετάζεται καθ' όλη τη διάρκεια της προκειμένου το σύμπτωμα να είναι εύκολα αντιμετωπίσιμο. Ελέγχοντας την αιτία της δυσφορίας του κάθε ασθενή μεμονωμένα, τον παρέπεμπαν και στον ειδικό που θα μπορούσε να επιλύσει το πρόβλημα. Για παράδειγμα, κάποιοι ασθενείς βρίσκονταν σε άβολη θέση λόγω απώλειας μαλλιών από τη χημειοθεραπεία που λάμβαναν. Έτσι οι νοσηλευτές τους παραπέμπανε αρχικά σε κάποιο κατάστημα με περούκες προκειμένου να τους βοηθήσουν να νιώσουν καλύτερα με την εξωτερική τους εικόνα. Μετέπειτα τους παροτρύναν να γραφτούν σε



κάποιο ενθαρρυντικό πρόγραμμα που θα πραγματοποιείται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Κάποιοι άλλοι ασθενείς αντιμετώπιζαν προβλήματα με τη θρέψη τους και εφόσον δεν μπορούσαν να τραφούν καλά, δυσανασχετούσαν. Στις περιπτώσεις αυτές τους χορηγήθηκαν συμπληρώματα και τους συνταγογραφήθηκαν προκειμένου να μπορέσουν να τα αγοράσουν με χαμηλότερη τιμή. Η πλειοψηφία των ασθενών, στην αρχική αξιολόγηση θεώρησαν την δυσφορία τους αρκετά σοβαρή, κρίνοντας ότι ο έλεγχος και η αντιμετώπιση της πρέπει να αποτελούν βασικό κομμάτι της νοσηλευτικής φροντίδας. Επομένως, οι νοσηλευτές παίζουν καθοριστικό ρόλο στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αλλά και γενικότερα στην αντιμετώπιση της πορείας της νόσου.

Γύρω από την έννοια ποιότητα ζωής, αναφέρονται όλες οι όψεις ενός όσο το δυνατόν πιο εύκολου τρόπου ζωής, όπως για παράδειγμα οι κοινωνικές και οι λειτουργικές. Οι Lin et al. (2015) θεωρούν ότι η σωματική άσκηση δύναται να προάγει την ευεξία και ακολούθως να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Οι ασθενείς επιλέγουν το περπάτημα ως μια εύκολη λύση εφόσον μπορούν να το πραγματοποιούν οποιαδήποτε στιγμή επιθυμούν. Ωστόσο η δυσκολία εντοπίζεται στο κατά πόσο οι ασθενείς είναι σε θέση να αφιερώσουν χρόνο για αυτή και να την συνεχίσουν σε καθημερινή βάση. Μερικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τη διάθεση των ασθενών για περπάτημα είναι το αν λαμβάνουν κάποια θεραπεία εκείνη την περίοδο ή κατά πόσο υπάρχει ψυχολογική υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο για συνέχιση της άσκησης για περισσότερο διάστημα. Για παράδειγμα, όσοι ασθενείς δε λάμβαναν θεραπεία συνέχιζαν να ασκούνται σε σχέση με εκείνους που βρίσκονταν στο πρόγραμμα κάποιας θεραπείας. Ακόμα όσοι είχαν αυξημένα επίπεδα υποστήριξης συνέχιζαν την άσκηση σε αντίθεση με όσους είχαν χαμηλότερα επίπεδα, οι οποίοι την περιορίζαν σταδιακά. Επομένως οι νοσηλευτές ενεργούν αρχικά αξιολογώντας τη συχνότητα, το βαθμό δυσκολίας και τη διάρκεια της άσκησης του κάθε ασθενή. Στη συνέχεια τους ενημερώνουν για τα ευεργετικά οφέλη του περπατήματος, μιας χαμηλού κόστους άσκησης, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Παράλληλα, οι νοσηλευτές ενθαρρύνουν όσους δεν ασκούνται, να ξεκινήσουν να το κάνουν και να μην το διακόψουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ όσους ασκούνται να το συνεχίσουν επίσης για όλη τους τη ζωή. Ακόμα οι νοσηλευτές πρέπει να εξετάζουν τους δυσμενείς παράγοντες που αποθαρρύνουν τον κάθε ασθενή ξεχωριστά να συνεχίσει την άσκηση στη ζωή του. Η ελαχιστοποίηση αυτών των

παραγόντων θα οδηγήσει πιθανά στο επιθυμητό αποτέλεσμα, το οποίο είναι η υιοθέτηση της άσκησης ως συνήθεια στην καθημερινή ζωή των ασθενών αυτών. Οι Lin et al. (2015) αναφέρουν ότι όσοι ασθενείς ασκούνταν και όσοι λάμβαναν υποστήριξη από άτομα του κοντινού τους περιβάλλοντος ή των επαγγελματιών υγείας διατηρούσαν τακτική άσκηση, η οποία βελτίωνε σημαντικά την ποιότητα ζωής τους συγκριτικά με τους υπόλοιπους.

### **5.3 Πώς επιδρούν οι διάφορες μέθοδοι αντιμετώπισης του καρκίνου του πνεύμονα στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα**

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα αποτελεί μια παράμετρο που σχετίζεται άμεσα και με την πιθανή διάρκεια της επιβίωσης τους. Ταυτόχρονα, ο παράγοντας αυτός επηρεάζεται σημαντικά από τα συμπτώματα που βιώνει ο καθένας τους κατά τη διάρκεια της νόσου. Τα συμπτώματα αυτά διαφέρουν ανάλογα το στάδιο της νόσου και τη θεραπεία που λαμβάνουν οι ασθενείς. Ιδιαίτερα όταν οι ασθενείς λαμβάνουν μέρος σε πειραματικές θεραπευτικές αγωγές, τα συμπτώματα πιθανά να είναι και πρωτόγνωρα τόσο για τους ίδιους όσο και για τους επαγγελματίες υγείας. Ένα σύμπτωμα περιγράφεται ως προς την ένταση, τη χρονική διάρκεια που συμβαίνει αλλά και την ποιότητα του. Υπάρχει περίπτωση οι ασθενείς να εμφανίσουν είτε ένα-ένα τα συμπτώματα, είτε συγχρόνως πολλά μαζί. Τρεις παράγοντες υπάρχουν που σχετίζονται με τα συμπτώματα. Ο πρώτος είναι ο φυσιολογικός, δηλαδή η λειτουργία του σώματος, η παθολογία ή το επίπεδο της ενέργειας. Δεύτερος είναι ο ψυχολογικός δηλαδή η συναισθηματική ανταπόκριση στη νόσο ή η έλλειψη σιγουριάς και γνώσεων όσον αφορά τα συμπτώματα. Ο τρίτος αφορά το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον όπως για παράδειγμα η οικογενειακή κατάσταση, η υποστήριξη από τον περίγυρο, ο τρόπος ζωής ή οι διαθέσιμοι πόροι για την υγεία. Επομένως πρωταρχικός στόχος των νοσηλευτών είναι η αξιολόγηση του κάθε συμπτώματος και η διαχείριση του ολιστικά. Σύμφωνα με τους Lee et al. (2019) οι ασθενείς που έλαβαν μέρος σε κλινικές δοκιμές ανέφεραν συμπτώματα όπως έλλειψη ενέργειας, πόνος, δύσπνοια και χαμηλή ποιότητα ζωής που σχετιζόταν με την ψυχική τους υγεία. Ωστόσο οι ασθενείς αυτοί, επειδή συμμετέχουν σε πειραματικές θεραπείες παρακολουθούνται στενά από επαγγελματίες υγείας προκειμένου να αντιμετωπίσουν εγκαίρως τις ανεπιθύμητες ενέργειες που πιθανά να προκληθούν.

Συνεπώς οι νοσηλευτές οφείλουν να παρέχουν την καλύτερη δυνατή ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς, να τους βοηθούν να διαχειρίζονται οποιοδήποτε σύμπτωμα για να διατηρήσουν σταθερή την κατάσταση της υγείας τους και να μπορέσουν να συνεχίσουν τη θεραπεία τους. Ακόμα, επειδή οι θεραπείες για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι ακριβές, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εξετάζουν την οικονομική δυνατότητα των ασθενών καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας προκειμένου να βεβαιωθούν ότι τους παρέχεται η κατάλληλη θεραπεία και πιθανή οικονομική υποστήριξη για αυτή.

Είναι σημαντικό λοιπόν, η αξιολόγηση των συμπτωμάτων που εμφανίζει ο ασθενής να πραγματοποιείται καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου, από τη διάγνωση μέχρι και τη θεραπεία αλλά και μετά από αυτή. Σε ασθενείς που διαγνώστηκαν πρόσφατα με καρκίνο του πνεύμονα, ανεξαρτήτως της σταδιοποίησης του, εμφανίζονται αρκετά συμπτώματα. Το γεγονός αυτό, τους οδηγεί σε τακτικές επισκέψεις σε γιατρούς για τους πρώτους έξι μήνες περίπου μέχρις ότου λάβουν αρκετές πληροφορίες σχετικά με την νόσο και τις θεραπείες της. Οι Reinke et al. (2014) αναφέρουν ότι σε ασθενείς με μια πρόσφατη διάγνωση της νόσου παρατηρείται μειωμένη τακτική παρακολούθηση των συμπτωμάτων και επομένως ανεπαρκή αντιμετώπιση τους. Συχνά τα συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα και της θεραπείας του μπερδεύονται με τα συμπτώματα συνυπαρχουσών παθήσεων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η αντιμετώπιση τους. Επομένως, όταν οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα αρχίζουν να εμφανίζουν συμπτώματα, τότε χρήζουν άμεσης παρηγορητικής φροντίδας. Στην παρούσα μελέτη οι συγγραφείς αναφέρουν ότι στους ασθενείς που προσφέρθηκε παρηγορητική φροντίδα βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής και η διάθεση τους. Όταν τα συμπτώματα αξιολογούνταν εβδομαδιαίως και συνδυάζονταν με ταυτόχρονη παροχή παρηγορητικής φροντίδας, παρατάθηκε επίσης και η επιβίωση τους. Ένα ακόμα θέμα που αναφέρουν οι Reinke et al. (2014) αφορά τις επιθυμίες των ασθενών να λαμβάνουν περισσότερες και ορθότερες πληροφορίες σχετικά με την νόσο και τη δική τους κατάσταση της υγείας. Πιο συγκεκριμένα, επιθυμούσαν να γνωρίζουν τη χρονική διάρκεια που τους απομένει, τι επιλογές έχουν ως προς τις θεραπείες που πρόκειται να λάβουν ενώ αρκετοί ήταν και οι ασθενείς που ήθελαν να κάνουν συζητήσεις με τους επαγγελματίες υγείας ως προς ότι αφορά τον τελικού σταδίου καρκίνο και το τέλος της ζωής. Πληροφορίες στις οποίες οι επαγγελματίες υγείας δεν δίνουν ιδιαίτερη σημασία με αποτέλεσμα οι ασθενείς να παρερμηνεύουν και το

σκοπό των θεραπειών. Για παράδειγμα, όσοι ασθενείς λάβανε τις πληροφορίες που επιθυμούσαν αλλά και παρηγορητική φροντίδα, επιλέξανε να μην λάβουν άλλη χημειοθεραπεία ή να λάβουν λιγότερη όσο πλησίαζαν προς το τέλος της ζωής τους. Καταλήγοντας, οι Reinke et al. (2014) τονίζουν την σημασία των επαγγελματιών υγείας στην τακτική παρακολούθηση και την παροχή παρηγορητικής φροντίδας των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα από τη διάγνωση μέχρι και μετά τη θεραπεία προκειμένου αυξηθούν τα θετικά αποτελέσματα των ψυχοσωματικών επιπτώσεων και επομένως να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.

Όσον αφορά την ποιότητα ζωής των ασθενών με προηγμένο καρκίνο του πνεύμονα που λαμβάνουν χημειοθεραπεία, αυτή διαφέρει ανάλογα το στάδιο της θεραπείας αυτής. Παρόλο που οι αρχικές οδηγίες για τη χορήγηση την πρώτης χημειοθεραπείας αναφέρουν ότι δεν πρέπει να είναι πάνω από τέσσερις με έξι κύκλους, πρόσφατες μελέτες κάνουν λόγο για τέσσερις κύκλους ανάλογα τον κάθε ασθενή. Στη μελέτη των Dai et al. (2016), οι συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια των κύκλων χημειοθεραπείας εμφάνισαν βελτίωση στα φυσικά συμπτώματα και στο άγχος που αντιμετώπιζαν αλλά παρουσίασαν επιδείνωση της κατάθλιψης που βίωναν. Για παράδειγμα ο πόνος στο χέρι, τον ώμο ή τον θώρακα ελαττώθηκε. Αντίθετα, κατά τη διάρκεια των κύκλων της χημειοθεραπείας αυξήθηκε η απώλεια των τριχών, αντανακλώντας στην ψυχολογία των ασθενών και αυξάνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τα επίπεδα της κατάθλιψης. Οι ψυχοσωματικές αυτές επιπτώσεις τους έκαναν να νιώθουν ότι δεν ήταν ικανοί σε αρκετούς τομείς. Τέτοιοι τομείς είναι ο οικογενειακός, ο επαγγελματικός ή ακόμα και η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες. Για το λόγο αυτό, όταν οι ασθενείς λαμβάνουν χημειοθεραπεία έχουν ανάγκη από υποστήριξη από το κοντινό τους περιβάλλον. Αυτό ωφελεί καθώς νιώθουν ότι λαμβάνουν συμπαράσταση και βοήθεια για τις δυσμενείς επιπτώσεις των θεραπειών. Ωστόσο, ο κοινωνικός περίγυρος μειώνεται όσο αυξάνεται η ηλικία των ασθενών. Συγχρόνως όσο μεγαλώνουν οι άνθρωποι αποκτούν και δυσκολία κοινωνικοποίησης λόγω επιδείνωσης της σωματικής τους λειτουργίας. Όταν οι ασθενείς είναι νεότεροι εκτός από το πιθανό οικογενειακό περιβάλλον που έχουν, είναι σε θέση να είναι ανεξάρτητοι και να μπορούν να φροντίσουν τον ίδιο τους τον εαυτό. Στη συγκεκριμένη μελέτη οι ασθενείς είχαν ως στήριγμα την οικογένεια τους, επομένως αναλάμβαναν εκείνοι μεγάλο μέρος της φροντίδας των ασθενών και της αντιμετώπισης των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας. Επομένως οι ογκολογικοί

νοσηλευτές επικεντρώνονται στην παροχή των κατάλληλων οδηγιών και συμβουλών, στους ασθενείς και τις οικογένειες τους, αναφορικά με τις παρενέργειες της θεραπείας και της κατάλληλης ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών. Οι παρεμβάσεις αυτές των νοσηλευτών θα πρέπει να υπάρχουν πριν από τη θεραπεία αλλά μέχρι και το τέλος αυτής. Βέβαια θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και οι ασθενείς χωρίς κοινωνικό περιβάλλον. Στην περίπτωση αυτή, την υποστήριξη για τη συνέχιση και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας την παρέχουν οι νοσηλευτές.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, έπειτα από τη διάγνωση τους εμφανίζουν πληθώρα συμπτωμάτων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, σε μεγάλο βαθμό να επηρεάζεται αρνητικά η ψυχολογία τους, επιβαρύνοντας και την ποιότητα ζωής τους. Συνεπώς ο ρόλος του νοσηλευτή είναι επικεντρώνεται στην έγκαιρη ανίχνευση της νόσου, στην πρόληψη και την ψυχολογική υποστήριξη. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να παρεμβαίνει παρέχοντας αρχικά τις κατάλληλες πληροφορίες στον ασθενή σχετικά με την κατάσταση της υγείας του και με την πορεία της θεραπείας που θα λαμβάνει. Σκοπός δηλαδή σε πρώτο στάδιο είναι να τον καθησυχάσει για οποιαδήποτε ανησυχία και απορία έχει σχετικά με την νόσο και την επίδραση της στην καθημερινή του ζωή. Έπειτα ο νοσηλευτής εστιάζοντας στο κάθε σύμπτωμα ξεχωριστά έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να επιτύχει μια καλύτερη ποιότητα ζωής και πιθανά μεγαλύτερη επιβίωση από ότι θα οριζόταν στον κάθε ασθενή κατά την διάρκεια της διάγνωσης του. Ωστόσο, ο ρόλος των νοσηλευτών πρέπει να περιλαμβάνει δεξιότητες και παρεμβάσεις για τη σωστή αντιμετώπιση όλων των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα, ανεξαρτήτως του σταδίου που βρίσκεται η νόσο καθώς το κάθε στάδιο έχει τις δικές του δυσκολίες και συμπτώματα στον κάθε ασθενή ξεχωριστά.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abrams, S., 2016. A Sustainable Smoking Cessation Program for Patients With Lung Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20 (4), p. 106–111.

Andreoli, E.T. et al., 2009. *Cecil Βασική Παθολογία*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Χ. Μουτσόπουλος. Αθήνα: ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ.

Bennett, A., & White, J., 2013. *Improving care and quality of life for patients with lung cancer*. *Nursing Standard*, 28(9), 50–58.

Borneman, T. et al., 2012. A qualitative analysis of cancer-related fatigue in ambulatory oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16 (1), p. 26-32.

Boucher, J., Olsen, L., Piperdi, B., 2011. Preemptive management of dermatologic toxicities associated with epidermal growth factor receptor inhibitors. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 15 (5), p. 501-508.

Cataldo, J.K., Dubey, S. & Prochaska, J.J. 2010. Smoking cessation: An integral part of lung cancer treatment. *Oncology*, 78 (5-6), p. 289–301.

Choi, S. & Ryu, E., 2016. Effects of symptom clusters and depression on the quality of life in patients with advanced lung cancer. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), p. 1-8.

Dai, Y.L., Yang, C.T., Chen, K.H. & Tang, S.T. 2016. Changes to and Determinants of Quality of Life in Patients With Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer Undergoing Initial Chemotherapy. *Journal of Nursing Research*, 25 (3), p. 203-215.

Damjanov, I., 2009. *Παθοφυσιολογία*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Χ. Μουτσόπουλος. Αθήνα: Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ.

Dean, G. E., et al., 2013. *Sleep, Mood, and Quality of Life in Patients Receiving Treatment for Lung Cancer*. *Oncology Nursing Forum*, 40(5), 441–451.

Dose, A., et al., 2017. Feasibility and Acceptability of a Dignity Therapy/Life Plan Intervention for Patients With Advanced Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 44(5), p. 194-202.

Jacobsen, P.B. et al., 2016. Identification of Key Gaps in Cancer Survivorship Research: Findings From the American Society of Clinical Oncology Survey. *Journal of oncology practice*, 12 (3), p. 190–193.

Kim, J.Y. et al., 2016. The impact of lung cancer surgery on quality of life trajectories in patients and family caregivers. *Lung Cancer*. 101, p. 35–39.

Klemanski, D.L., Browning, K.K., Kue, J., 2016. Survivorship care plan preferences of cancer survivors and health care providers: a systematic review and quality appraisal of the evidence. *Journal of Cancer Survivorship: research and practice*, 10 (1), p. 71-86.

Lee, K., Oh, E.G., Kim, S. & Kim, S.W., 2019. Symptom experiences and health related quality of life among non-small cell lung cancer patients participating in clinical trials. *Journal of Clinical Nursing*. 28 (11-12), p. 2111-2123.

Lehto, R.H., 2014. Lung Cancer Screening Guidelines The Nurse's Role in Patient Education and Advocacy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18 (3), p. 338-342.

LeMone, P., Burke, K. & Bauldfff, G., 2014. *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Η. Παπανουδάκη-Μπροκαλάκη. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

Lin, Y.Y., Liu, M.F., Tzeng, J.I. & Lin, C.C., 2015. Effects of Walking on Quality of Life Among Lung Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 38 (4), p. 253–259.

Longo, D.L., 2011. *Αιματολογία και Ογκολογία*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Κ.Ν Συρίγος. Αθήνα: Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ.

McDonnell, K. K., et al., 2014. Emerging Issues on the Impact of Smoking on Health-Related Quality of Life in Patients With Lung Cancer and Their Families. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18 (2), p. 171–181.

McPhillips, D. et al., 2015. The role of a nurse specialist in a modern lung-cancer service. *British Journal of Nursing*, 24 (4), p. 21-27.

Mulroney, S.E. & Myers, A.K., 2010. *Βασικές Αρχές Φυσιολογίας του Ανθρώπου*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Γ. Ανωγειανάκης, Ε. Παπαδημητρίου & Δ. Χανιώτης. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.



National Institute for Health and Care Excellence, 2011. The Diagnosis and Treatment of Lung Cancer (Update). Clinical guideline, No. 121. London: NICE

Ostroff, J. & Dhingra, L.K., 2007. Smoking cessation and cancer survivors. In: M. Feuerstein, eds. 2007. *Handbook of cancer survivors*. New York: Springer. p. 303–322.

Parson, A., Daley, A., Begh, R., & Aveyard, P., 2010. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: Systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ*, 340, p. 55–69.

Petitte, T. M., et al., 2014. Feasibility Study: Home Telemonitoring for Patients With Lung Cancer in a Mountainous Rural Area. *Oncology Nursing Forum*, 41 (2), p. 153–161.

Platzer, W., et al., 2011. *Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Λ.Δ Αρβανίτης. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.

Reb, A., et al., 2017. Empowering survivors after colorectal and lung cancer treatment: Pilot study of a Self-Management Survivorship Care Planning intervention. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, p. 125-134.

Reinke, L.F. et al., 2014. Assessment and Management of Symptoms for Outpatients Newly Diagnosed With Lung Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33 (2), p. 178–183.

Sarna, L. et al., 2012. Making a difference: Nursing scholarship and leadership in tobacco control. *Nursing Outlook.*, 61 (1), p. 31-42.

Sherry, V., et al., 2017. Metastatic Lung Cancer and Distress: Use of the Distress Thermometer for Patient Assessment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21 (3), p. 379–383.

Sorrie, K., Cates, L. & Hill, A., 2016. The Case for Lung Cancer Screening: What Nurses Need to Know. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20 (3), p. 82-87.

Vander, A., Sherman, J., Luciano, D. & Τσακόπουλος, Μ., 2011. *Φυσιολογία του Ανθρώπου: Μηχανισμοί Λειτουργίας του Οργανισμού*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Ν. Γελαδάς & Μ. Τσακόπουλος. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

Χαρατσή-Γιωτάκη, Ε., 2014. *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Ιωάννινα: ΧΑΡΑΤΣΗ-ΓΙΩΤΑΚΗ ΕΛΕΝΗ.