



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.»*



Εισηγητρια: Κ.Οικονομου Βασιλική

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: Μπλετσογιαννη Ιωάννα

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΟΙΤΗΤΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ: 14288

Ιωάννινα, 2018

EΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Νιώθω την ανάγκη να αφιερώσω την παρούσα εργασία στους ανθρώπους που αποτέλεσαν το αντικείμενο της έρευνάς μου και στις οικογένειές τους. Οι άνθρωποι αυτοί είναι αγωνιστές της ζωής, καθημερινά δίνουν μαθήματα ζωής και παρά τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζουν βρίσκουν το κουράγιο να μάχονται ενάντια στον καρκίνο.

Ευχαριστώ θερμά την εισηγητριά μου την Κ.Οικονομου Βασιλική, για τη συνεργασία, τις γνώσεις και τις προτάσεις της στη βελτίωση της πτυχιακής εργασίας καθώς και όλους όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωσή της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	5
Abstract	6
Κεφάλαιο 1ο: Εισαγωγή	7
Κεφάλαιο 2° : Στόχοι και σκοποί της εργασίας	8
Κεφάλαιο 3: Βιβλιογραφική ανασκόπηση	10
3.1 Βασικοί ορισμοί	10
3.2 Ανατομία του πνεύμονα	11
3.3 Φυσιολογία του πνεύμονα	13
3.4 Παθοφυσιολογία	14
3.5 Πρόληψη	17
3.6 Το παρόν και το μέλλον στη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα	22
3.6.1. Είδη θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του πνεύμονα	22
3.6.2 Νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα	29
3.6.3 Εμβόλιο για τον καρκίνο του πνεύμονα	30
3.7 Νοσηλευτικοί ρόλοι	30
3.7.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα	30

3.7.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή στην κλινική του ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα	31
3.7.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά παραμονή στην κλινική ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα	32
3.7.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία	32
3.7.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενή που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία	33
3.7.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη προεγχειρητική ετοιμασία ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα	34
3.7.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετεγχειρητική φάση ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα	35
3.7.8 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα της ψυχοκοινωνικής υγείας ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα	36
3.7.9 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη μετανοσοκομειακή φροντίδα	38
Κεφάλαιο 4 ^ο : Σχετικές έρευνες	41
Κεφάλαιο 5 ^ο : Αποτελέσματα / Ευρήματα	53
Κεφάλαιο 6 ^ο : Συζήτηση αποτελεσμάτων	55
Κεφάλαιο 7 ^ο : Συμπεράσματα	60
Βιβλιογραφία	62

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ : Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εξερευνήσουμε σε βάθος τις εμπειρίες ανθρώπων που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του πνεύμονα και έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση είτε σε χημειοθεραπεία είτε σε ακτινοθεραπεία.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Βιβλιογραφική ανασκόπηση σε συνδυασμό με μελέτη ερευνών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί μια χρόνια κατάσταση, που συνοδεύεται και από σωματικά προβλήματα όπως οι παρενέργειες από χημειοθεραπεία και από ψυχολογικά προβλήματα όπως το άγχος για υποτροπή της νόσου και από κοινωνικοοικονομικά που αντιμετωπίζουν υπό το βάρος της διάγνωσης της νόσου. Οι ασθενείς αυτοί έχουν ανάγκη από ιδιαίτερη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα αλλά και από σημαντική ψυχολογική υποστήριξη. Ακόμη και ως εξωνοσοκομειακοί ασθενείς, θα χρειαστούν ιατρική φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη στο υπόλοιπο της ζωής τους, για να επιστρέψουν στη καθημερινότητά τους με τη μεγαλύτερη δυνατή ψυχική, σωματική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα, αφού παρά την ίαση, οι ασθενείς στιγματίζουν τον εαυτό τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της έρευνας συμβάλλουν στη θεωρητική κατανόηση της εμπειρίας τους, καθώς αναδεικνύονται σημαντικές πτυχές που αφορούν στη διαχείριση των νέων δεδομένων της ζωής τους ενώ προβάλλεται η θετική εξέλιξη της πορείας της ζωής τους. Με τη βοήθεια του περιβάλλοντός τους και με τη λήψη εξατομικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας νίκησαν τη νόσο και αγάπησαν περισσότερο το «εγώ» τους.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος πνεύμονα, σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα, στρατηγικές αντιμετώπισης, ψυχολογικές διαταραχές, νοσηλευτικές διεργασίες και φροντίδα

Abstract

Aim: The purpose of this particular investigation is to explore in depth the experiences of people who have been diagnosed with lung cancer and who have undergone surgery or chemotherapy or radiotherapy.

Method: Bibliography review in conjunction with researches study.

Results: Lung cancer is a chronic condition that is accompanied by physical problems such as side effects from chemotherapy and psychological problems such as anxiety about disease's recurrence and socioeconomic problems faced by the diagnosis. These patients are in need of special medical and nursing care but also significant psychological support. Even outpatients will need medical care and psychological support to the rest of their life, so as to return to their previous life with the utmost mental, physical, social and occupational functioning, because despite the healing, patients stigmatize themselves.

Conclusion: The research results contribute to the theoretical understanding of their experience while important aspects relating to the management of the new data of their life are highlighted although the positive development of the course of their lives is publicized. With the help of their surroundings and personalized mental health services they defeated the disease and they love more their "ego" than in the past.

Keywords: Lung cancer, physical and psychological symptoms, confrontation strategies, psychological disorders, nursing process and care

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος της εργασίας, που περιλαμβάνει τα τρία πρώτα κεφάλαια, εισάγει τους αναγνώστες στις βασικές γνώσεις που χρειάζονται για να αντιληφθούν την πορεία της υγείας του ασθενούς που έχει προσβληθεί από καρκίνο του πνεύμονα. Μέσω των βιβλιογραφικών αναζητήσεων, επισημαίνεται επίσης και ο ρόλος του νοσηλευτή και πως μπλέκεται σε όλη τη διαδικασία, την πρόληψη και ολόκληρη τη φροντίδα του ασθενούς. Εκτός από την προσωπική προσπάθεια για να ανταπεξέλθει στη δύσκολη κατάσταση την οποία βιώνει ο πάσχων, υπάρχουν και οι αφανείς ήρωες δίπλα του, όπως το οικογενειακό, φιλικό και κοινωνικό του περιβάλλον, αλλά και οι θεράποντες ιατροί, οι ψυχολόγοι και οι νοσηλευτές που τον στηρίζουν.

Το δεύτερο μέρος αποτελεί το ερευνητικό μέρος, στο οποίο παρουσιάζω τα αποτελέσματα από τη κατάθεση εμπειριών των ανθρώπων για το πώς είναι να υπόκειται σε θεραπεία αντιμετώπισης του καρκίνου του πνεύμονα, είτε αφορά σε χημειοθεραπεία είτε σε ακτινοθεραπεία είτε σε χειρουργική επέμβαση. Στόχος της διερεύνησης δεν είναι απλά να καταγραφεί μια συμπεριφορά ή μια εμπειρία αλλά η ολιστική κατανόηση του φαινομένου. Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να διευκρινίσω ένα στοιχείο που αφορά στην αξιοπιστία και την εγκυρότητα των ευρημάτων της έρευνάς μου. Δεν επεδίωκα τη γενίκευση των αποτελεσμάτων γιατί η έρευνα δεν είναι ποσοτική αλλά ποιοτική. Στόχο έχει να καταδείξει όσο το δυνατόν περισσότερες λεπτομέρειες για τα βιώματα του κάθε ανθρώπου όπως ο καθένας αντιμετώπισε την εμπειρία της νόσου. Προσπάθησα να παρουσιάσω τις απόψεις απαλλαγμένη από προηγούμενες γνώσεις σχετικά με το φαινόμενο και από κάθε προκατάληψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΤΟΧΟΙ & ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο καρκίνος των πνευμόνων και οι θεραπευτικές μέθοδοι αντιμετώπισής του, αποτελούν αντικείμενο επιστημονικών ερευνών και ψυχοκοινωνικών αναλύσεων ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, όπως και όλες οι μορφές καρκίνου. Ο καρκίνος προσβάλλει πολλές πτυχές της ζωής του ασθενούς, πέρα από την υγεία του, όπως οι πεποιθήσεις που έχει το άτομο για τον εαυτό του, το περιβάλλον και τις σχέσεις του, τα οποία τίθενται ξαφνικά υπό αμφισβήτηση. Τα συνήθη ερωτήματα που «βομβαρδίζουν» το μυαλό ενός ατόμου όταν έρχεται αντιμέτωπο με την ασθένεια είναι αν θα είναι αρκετά δυνατό ώστε να ανταπεξέλθει στη θεραπεία, την πορεία της ασθένειάς του ενώ διακατέχεται από αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα που σχετίζονται με την πιθανότητα θανάτου του.

Η παρούσα εργασία εξυπηρετεί και προσωπικούς και επαγγελματικούς σκοπούς. Επειδή δε χρειάζεται να μας χτυπήσει την πόρτα μια σοβαρή ασθένεια, για να ενημερωθούμε σχετικά, καλό θα είναι να όλοι να είμαστε εκ των προτέρων ενήμεροι. Εξάλλου, στις μέρες μας, λίγο πολύ όλοι έχουμε είτε στο οικογενειακό είτε στο οικείο μας περιβάλλον κάποιο πρόσωπο που έχει προβληθεί είτε που πιθανότατα να προσβληθεί στο μέλλον από κάποιου τύπου καρκίνο, οπότε μπορούμε να το βοηθήσουμε αν έχουμε ορθά ενημερωθεί. Και σε επαγγελματικό επίπεδο, σα νοσηλευτές θα κληθούμε στο μέλλον να αντιμετωπίσουμε τέτοια περιστατικά. Είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος του νοσηλευτή, καθώς παρέχει εξατομικευμένη πληροφόρηση, προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε ασθενούς, φροντίζει στη δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης, στηρίζει ψυχολογικά τους ασθενείς και τους εφοδιάζει με θάρρος για να συνεχίσουν την πορεία της ζωής τους.

Δεν πρόκειται αποκλειστικά για μια βιβλιογραφική ανασκόπηση αλλά και για μια ποιοτική έρευνα που έχει σαν στόχο να εξερευνήσει σε βάθος τις εμπειρίες ανθρώπων που προβλήθηκαν από καρκίνο του πνεύμονα, ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου, αναφορικά με το πώς είναι να υπόκειται σε επέμβαση, τις ψυχολογικές επιπτώσεις της επέμβασης, για το πώς βίωσαν τις χημειοθεραπείες και τις ακτινοθεραπείες, το πώς συνέχισαν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, τις σκέψεις πριν και μετά τη θεραπεία και πολλά άλλα ενδιαφέροντα στοιχεία που προέκυψαν μετά από προσωπική επαφή μαζί τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1 Βασικοί ορισμοί

Ο όρος «καρκίνος» αποδίδεται σε μια ομάδα ασθενειών που κύριο γνώρισμά τους είναι ο ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός των κυττάρων. Ενώ τα φυσιολογικά κύτταρα στο σώμα αυξάνονται, διαιρούνται και καταστρέφονται με ελεγχόμενο τρόπο, τα καρκινικά κύτταρα συνεχίζουν να διαιρούνται με άναρχο και αφύσικο ρυθμό, έχοντας σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη μιας μάζας κυττάρων, που καλείται όγκος (Burstein, Harris, Morrow, 2011).

Ο όρος «βρογχογενής καρκίνος» ή «καρκίνος του πνεύμονα» χαρακτηρίζει τη διαδικασία ανάπτυξης και σχηματισμού κακοήθους όγκου στην περιοχή των πνευμόνων, ενώ καταλαμβάνει την τρίτη συχνότερη μορφή καρκίνου – ύστερα από τον καρκίνο του μαστού και του προστάτη - σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί ουσιαστικά κυτταρική νόσο αφού προκαλείται από αφύσικο και άναρχο πολλαπλασιασμό παθογόνων κυττάρων στους ιστούς του πνεύμονα, οποίος με τη σειρά του προκαλεί το σχηματισμό κακοήθους όγκου. Τα καρκινικά κύτταρα έχουν τη δυνατότητα διείσδυσης σε γειτονικούς ιστούς οπότε είναι σε θέση να επεκταθούν και να προκαλέσουν επιβλαβείς συνέπειες στη γενικότερη λειτουργία του οργανισμού (Lehto 2011).

Ο καρκίνος του πνεύμονα διαιρείται σε δύο μεγάλες ομάδες, την μικροκυτταρικού τύπου και τη μη μικροκυτταρικού τύπου, που περιλαμβάνουν διαφορετικούς τρόπους πρόγνωσης και θεραπείας. Ο πρώτος τύπος καρκίνου του πνεύμονα σχετίζεται άμεσα με το κάπνισμα, αναπτύσσεται και εξελίσσεται ραγδαίως και θεωρείται ότι δεν αντιμετωπίζεται με επέμβαση. Γι' αυτό το λόγο, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος μπορεί να μην εμφανίζει κάποια μετάσταση, στην ουσία πιθανότατα να έχει κάνει μεταστάσεις την

ώρα της διάγνωσης. Βέβαια, αυτός ο τύπος ανταποκρίνεται σε καλό επίπεδο στην ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία. Ο δεύτερος τύπος καρκίνου πνεύμονα που ανέφερα διαιρείται σε τρεις υποκατηγορίες, τον πλακώδη, το μεγαλοκυτταρικό τύπο και το αδеноκαρκίνωμα. Το αδеноκαρκίνωμα, όμως, δεν έχει άμεση σχέση με το κάπνισμα, σε αντίθεση με τα υπόλοιπα. Αυτός ο τύπος καρκίνου του πνεύμονα εξαπλώνεται σε τοπικό επίπεδο και καθυστερεί να πραγματοποιήσει απομακρυσμένες μεταστάσεις. Για την πλήρη θεραπεία σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η χειρουργική θεραπεία αλλά όταν η νόσος εντοπίζεται σε προχωρημένα στάδια, αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία και ακτινοβολία (Chang, Rivera, 2015).

3.2 Ανατομία

Οι πνεύμονες χαρακτηρίζονται ως τα σπουδαιότερα όργανα του αναπνευστικού συστήματος, γιατί εκεί πραγματοποιείται η ανταλλαγή αναπνευστικών αερίων. Είναι τοποθετημένοι στη θωρακική κοιλότητα ενώ στο χώρο ανάμεσά τους βρίσκονται όργανα όπως η καρδιά, η τραχεία και ο οισοφάγος. Ο κάθε πνεύμονας σχηματικά μοιάζει με κώνο με κορυφή προς τα πάνω και βάση προς τα κάτω που εντοπίζεται πάνω στο διάφραγμα, έναν αναπνευστικό μυ (οι υπόλοιποι αναπνευστικοί μύες βρίσκονται στις πλευρές).

Ο μηχανισμός της αναπνοής περιλαμβάνει τη φάση της εισπνοής και τη φάση της εκπνοής. Η εισπνοή υλοποιείται ενεργητικά μέσω των μεσοπλευρίων μυών και της συστολής του διαφράγματος, διευρύνοντας τη θωρακική κοιλότητα αφού όταν κατεβαίνει το διάφραγμα, οι πλευρές ανεβαίνουν προς τα πάνω και έξω. Η εκπνοή, από την άλλη, περιλαμβάνει τη χαλάρωση των αναπνευστικών μυών, των μεσοπλευρίων μυών και του διαφράγματος, με αποτέλεσμα να στενεύει ο χώρος της θωρακικής κοιλότητας, να συμπιέζεται ο αέρας στους πνεύμονες και να εξέρχεται στην ατμόσφαιρα από τα αεραγωγά όργανα (Κατρίτση, Κελέκη, Κούβελα, 2012)..

Ο δεξιός πνεύμονας διαιρείται σε τρία μέρη που καλούνται λοβοί κι ο αριστερός πνεύμονας σε δύο. Στον κάθε πνεύμονα εισέρχονται ο κλάδος της πνευμονικής αρτηρίας, ο βρόγχος, οι βρογχικές αρτηρίες ενώ εξέρχονται οι πνευμονικές και βρογχικές φλέβες.

Ο δεξιός βρόγχος διαιρείται με δύο μεσολόβιες σχισμές και αποτελείται από τρία βρογχικά στελέχη, τον άνω, τον μέσο και τον κάτω λοβό, ο οποίος περιλαμβάνει το στελεχιαίο βρόγχο, που με τη σειρά του διαιρείται στους τμηματικούς κλάδους. Ο πάνω λοβός περιλαμβάνει τρεις κλάδους τον κορυφαίο, τον οπίσθιο και τον πρόσθιο, ο μεσαίος λοβός διαθέτει δύο κλάδους τον κορυφαίο και τον έξω ενώ ο κάτω λοβός χωρίζεται σε πέντε κλάδους τον κορυφαίο, τον έσω βασικό, τον έξω βασικό, τον πρόσθιο βασικό και τον οπίσθιο βασικό (Αιγυπτιάδου και συν, 2001).

Ο αριστερός πνεύμονας, από την άλλη, διαθέτει μονάχα μία μεσολόβια σχισμή και διαιρείται σε πάνω και κάτω λοβό. Εδώ ο κύριος βρόγχος διαχωρίζεται στην αρχή σε δύο στελεχιαίους βρόγχους. Ο στελεχιαίος βρόγχος του πάνω λοβού διαιρείται σε δύο κλάδους, τον ανιόντα που δίνει τον κορυφαίο, τον πρόσθιο και τον οπίσθιο τμηματικό κλάδο, και τον κατιόντα, ο οποίος δίνει τον πάνω και τον κάτω τμηματικό κλάδο. Ο στελεχιαίος βρόγχος του κάτω λοβού διαθέτει τέσσερις τμηματικούς κλάδους, τον κορυφαίο, τον έξω βασικό, τον πρόσθιο βασικό και τον οπίσθιο βασικό.

Οι τμηματικοί κλάδοι των πνευμόνων διακλαδίζονται συνέχεια σε μικρότερους κλάδους, δηλαδή τους λοβιακούς κλάδους, τους ενδολοβιακούς κλάδους και τα βρόγchia ή αλλιώς βρογχιόλια, τα οποία το καθένα χωρίζεται σε δύο με πέντε κυψελωτούς κλάδους που καταλήγουν στις κυψελίδες. Αυτές αποτελούν μικρές κοιλότητες με λεπτό τοίχωμα που επικοινωνεί με τα τριχοειδή αγγεία με σκοπό την ανταλλαγή αερίων.

Τέλος, τα βρογχικά στελέχη διαιρούμενα σε μικρότερα κλαδιά, σχηματίζουν το βρογχικό δένδρο, καταλήγοντας στις πνευμονικές κυψελίδες. Τα αιμοφόρα αγγεία περιβάλλουν τις κυψελίδες, οι οποίες αποτελούν ελάχιστους χώρους των πνευμόνων κι εκεί ανταλλάσσονται τα αναπνευστικά αέρια, δηλαδή εισέρχεται το οξυγόνο προς και εξέρχεται το διοξείδιο του άνθρακα. Οι πνεύμονες περιβάλλονται εξωτερικά από λεπτό υμένα (υπεζωκώς) και εκτός από το βρογχικό δέντρο αποτελούνται από αγγεία, νεύρα και συνδετικό ιστό (Κατρίτση, Κελέκη, Κούβελα, 2012).

3.3 Φυσιολογία

Η κύρια λειτουργία της αναπνοής είναι ο εφοδιασμός των κυττάρων των ιστών με οξυγόνο και η αποβολή του παραγόμενου από αυτά διοξειδίου του άνθρακα (Χατζημπούγιας, 2000). Ο μηχανισμός της ανταλλαγής των αναπνευστικών αερίων στους πνεύμονες λειτουργεί με την εξισορρόπηση των μερικών πιέσεων του οξυγόνου και του διοξειδίου του άνθρακα ανάμεσα στο αίμα του πνευμονικού τριχοειδούς και του κυψελιδικού αέρα, ενώ η ανταλλαγή των αερίων στους πνεύμονες πραγματοποιείται προς την κατεύθυνση που οριοθετείται από τη διαφορά της μερικής πίεσης του κάθε αερίου.

Στο κυψελιδοτριχοειδικό πρότυπο, ένα τριχοειδές αιματώνει μια κυψελίδα. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η κυψελίδα εμπεριέχει κυψελιδικό αέρα με σταθερή σύνθεση, η απόσταση της κυψελιδο-τριχοειδικής επαφής είναι περίπου ένα χιλιοστό του μέτρου και ο χρόνος της επαφής αυτής διαρκεί ένα δευτερόλεπτο περίπου. Κατά την αρχή της επαφής, το τριχοειδικό αίμα περιλαμβάνει τις μερικές πιέσεις του μικτού φλεβικού αίματος, δηλαδή της μερικής πίεσης του O_2 και της μερικής πίεσης του CO_2 . Κατά την επαφή, αυτές οι μερικές πιέσεις έχουν την τάση να εξισορροπηθούν προοδευτικά με εκείνες του κυψελιδικού αέρα ώστε τελικά να φθάσουν τις τιμές που καλούνται «τελικές μερικές τριχοειδικές πιέσεις $PC'O_2$ και $PC'CO_2$ » (Johnson, Miller 1968)

Ο κανονικός λειτουργικός πνεύμονας είναι ένα ανομοιογενές όργανο αφού το πάχος της κυψελιδοτριχοειδικής μεμβράνης διαφέρει, τα αναπνευστικά αέρια περνούν διαμέσου αρκετών στοιβάδων ποικίλης σύνθεσης σε συστατικά ενώ το μέγεθος των κυψελίδων όπως και η αιμάτωσή τους στις διάφορες περιοχές των πνευμόνων διαφέρει. Παρά τη λειτουργική ανομοιογένεια του πνεύμονα, όμως, οι συνθήκες ανταλλαγής των αναπνευστικών αερίων στους πνεύμονες πληρούνται σε ολοκληρωμένο επίπεδο (Κατρίτση, Κελέκη, Κούβελα, 2012).

Όσον αφορά στη μηχανική της αναπνοής, διακρίνουμε την κοιλιακή αναπνοή και τη θωρακική, οι οποίες συνδυάζονται μεταξύ τους στην μικτή αναπνοή. Στην πρώτη

αναπνοή, διευρύνεται προς τα κάτω ο θωρακικός χώρος με τη συστολή του διαφράγματος. Κατά τη λήξη της μυϊκής συστολής, χαλαρώνει το διάφραγμα και ανεβαίνει, αφού οι πνεύμονες, των οποίων τα ελαστικά στοιχεία τους διαπλατύνθηκαν κατά την εισπνοή, ασκούν έλξη και οπισθοχωρούν τα κοιλιακά σπλάχνα προς τα πάνω. Κατά τη θωρακική αναπνοή, οι πλευρές ανεβαίνουν και ο θωρακικός χώρος μεγεθύνεται εκτός από πάνω προς τα κάτω και σε εγκάρσια και σε κατά μέτωπο διεύθυνση. Κατά την ήρεμη αναπνοή, εισπνευστική λειτουργία κυρίως ασκούν οι σκαληνοί μυς, οι έξω μεσοπλεύριοι μυς, οι *μεσοχόνδριοι μυς* των ανώτερων μεσοπλεύριων διαστημάτων και ο πρόσθιος οδοντωτός μυς με την άνω μοίρα του ενώ στην βαθιά εισπνοή συμβάλλουν και οι κατώτεροι έξω μεσοπλεύριοι μυς (Pocock, Richards, 2006).

3.4 Παθοφυσιολογία

Χαρακτηριστικό γνώρισμα του καρκίνου είναι ο ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός ανώμαλων κυττάρων, τα οποία δεν υπακούν στον έλεγχο, την ανάπτυξη ή την καταστροφή συγκριτικά με τη συμπεριφορά των φυσιολογικών κυττάρων του οργανισμού. Καθημερινά, σε ένα υγιή οργανισμό εκατομμύρια κύτταρα διαιρούνται, πολλαπλασιάζονται και καταστρέφονται και νέα κύτταρα παίρνουν τη θέση εκείνων που υφίστανται βλάβες και πεθαίνουν. Αυτός ο ασταμάτητος μηχανισμός επιδιορθώνει και αναζωογονεί τους ιστούς και τα όργανα ενός σώματος. Η λειτουργία του πολλαπλασιασμού και αντικατάστασης των κυττάρων, ελέγχεται από το γενετικό κώδικα DNA των κυττάρων. Οποιαδήποτε αλλοίωση που θα υποστεί το DNA, ενδέχεται να αποτελέσει αιτία έναρξης μιας παθολογικής διαδικασίας ανεξέλεγκτου πολλαπλασιασμού καρκινικών κυττάρων (The National Lung Screening Trial Research Team 2011).

Σε κάποιες περιπτώσεις μπορούν να συμβούν αλλαγές στο γενετικό κώδικα, κατά τη διαίρεση των κυττάρων. Οι ανωμαλίες αυτές μπορούν να μεταφερθούν στα παιδιά οπότε έχουμε τις περιπτώσεις κληρονομικών καρκίνων. Οι μεταλλάξεις, οι μεταθέσεις τμημάτων του DNA μεταξύ χρωμοσωμάτων, η ύπαρξη ογκογονιδίων, η απώλεια μέρους

του DNA και η αδρανοποίηση των καταστολέων των ογκογονιδίων αποτελούν ανωμαλίες του γενετικού κώδικα που δημιουργούν τη νόσο του καρκίνου. Οι περισσότεροι τύποι καρκίνου δημιουργούνται λόγω αδρανοποίησης των καταστολέων των ογκογονιδίων, που επιτρέπουν στα τελευταία να αναπτύξουν καρκινογόνο δράση. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ένας τύπος κακοήθους αύξησης των κυττάρων στους πνεύμονες. Επειδή στη λειτουργία των κυττάρων περιλαμβάνεται η διαίρεση, η αναπαραγωγή και η επισκευή των φθαρμένων ιστών του πνεύμονα, αν τα κύτταρα χάσουν την ικανότητα τους να ελέγχουν την διαίρεση, λαμβάνει χώρα η υπερβολική ανάπτυξη κυττάρων, δημιουργείται ο όγκος και αναδύεται ο καρκίνος του πνεύμονα (Knopf 2005, Lehto 2011, The National Lung Screening Trial Research Team 2011).

Ο καρκίνος του πνεύμονα κατηγοριοποιείται σε δύο κατηγορίες, τον μικροκυτταρικό καρκίνο και τον μη μικροκυτταρικό καρκίνο, ο οποίος περιλαμβάνει το αδеноκαρκίνωμα το καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων και το μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα. Ο κάθε τύπος της νόσου καθορίζεται από την παρουσία των καρκινικών κυττάρων στην ιστολογική εξέταση (Knopf 2005).

Ο μικροκυτταρικός τύπος σχετίζεται άμεσα με το κάπνισμα, αφού προσβάλλει άτομα που ανήκουν στην κατηγορία των βαρέων καπνιστών, αναπτύσσεται και διασπείρεται με ταχύ ρυθμό και γι' αυτό θεωρείται ότι δεν αντιμετωπίζεται με χειρουργική επέμβαση αλλά ανταποκρίνεται πολύ καλά στη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία. Αυτός ο τύπος καρκίνου καταλαμβάνει το 25% με 30% των περιπτώσεων της νόσου.

Το αδеноκαρκίνωμα, που αποτελεί τον πιο κοινό τύπο καρκίνου, εμφανίζεται στο μικροσκόπιο καρκινικά κύτταρα που έχουν σχήμα κυλίνδρου ή κύβου και αναπτύσσεται κατά μήκος των εξωτερικών άκρων των πνευμόνων και κάτω από τον ιστό επένδυσης των βρόγχων. Οι μη καπνιστές πάντοτε αναπτύσσουν αδеноκαρκίνωμα (Lu, Onn, Vaporciyan et al., 2010).

κυρίως τους άνδρες και καταλαμβάνει το 25% με 30% των περιπτώσεων της νόσου. Τα πλακώδη κύτταρα εμφανίζονται στο μικροσκόπιο σαν λέπια ψαριών.

Αναπτύσσεται συνήθως σε βρόγχους και δύναται να παραμείνει στο στήθος δίχως εξάπλωση για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα συγκριτικά με άλλες μορφές καρκίνου.

Ο μεγαλοκυτταρικός καρκίνος καταλαμβάνει το 10% με 20% του συνόλου των περιπτώσεων. Τα κύτταρα που δεν έχουν χαρακτηριστεί πλακώδη, αδenoκαρκινώματα, βρίσκονται στους μικρούς βρόγχους. Διαιρείται σε δύο υποκατηγορίες, το γιγαντοκυτταρικό καρκίνωμα που έχει μια ταχέως εξελισσόμενη πορεία και πολύ μικρό ποσοστό επιβίωσης, και το καρκίνωμα από διφυγή κύτταρα (Runge & Greganti 2009, The National Lung Screening Trial Research Team 2011).

Το στάδιο της νόσου εξαρτάται από ορισμένους παράγοντες όπως το μέγεθος του όγκου και αν προσβάλλει διάφορα όργανα του θώρακα, την ύπαρξη ή όχι μεταστατικής εστίας και την ύπαρξη ή όχι διηθημένων λεμφαδένων και ποιας ομάδας αυτών.

Στάδιο I. Ο όγκος περιορίζεται στον πνεύμονα χωρίς να έχει μεταδοθεί στους λεμφαδένες και είναι μικρότερος από πέντε εκατοστόμετρα.

Στάδιο II. Ο όγκος ενδέχεται να έχει αυξηθεί περισσότερο από πέντε εκατοστόμετρα ή επίσης μπορεί να έχει μεταδοθεί στους κοντινούς λεμφαδένες.

Στάδιο III. Ο όγκος σε αυτή τη φάση ενδέχεται να έχει αυξηθεί και να εισβάλει σε άλλα κοντά στους πνεύμονες όργανα.

Στάδιο IV. Ο όγκος έχει μεταδοθεί πέρα από τον πνεύμονα που έχει επηρεαστεί στον άλλο πνεύμονα ή στις απόμακρες περιοχές του σώματος. Ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα περιγράφεται ως περιορισμένος, δηλαδή δείχνει ότι ο καρκίνος περιορίζεται σε ένα πνεύμονα, ή ως εκτενής που δείχνει ότι ο καρκίνος έχει διαδώσει πέρα από τον έναν πνεύμονα (mayo clinic 2003, The National Lung Screening Trial Research Team 2011).

3.5 Πρόληψη

Η προληπτική ιατρική ενασχολείται με την έγκαιρη διάγνωση που αποσκοπεί στη καλύτερη θεραπεία και έκβαση νοσημάτων που δεν έχουν ακόμα κλινικά εκδηλωθεί. Σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης, οι εξετάσεις προ-κλινικού ελέγχου είναι ιδιαίτερα σημαντικές γιατί μπορεί να επιμηκύνουν το χρόνο επιβίωσης, να μειώσουν τις επιπλοκές και πιθανόν να αυξήσουν την πιθανότητα πλήρους ίασης.

Προϋπόθεση για την ευχαρίστηση και την υψηλή ποιότητα ζωής είναι η υγεία του ατόμου. Η καλή υγεία είναι μια ιδιαίτερα σημαντική και επιθυμητή κατάσταση η οποία όπως είναι γνωστό επιτυγχάνεται με υγιεινό τρόπο ζωής, καλή διατροφή, σωματική άσκηση και με αποχή από το κάπνισμα. Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο με τα κατάλληλα προληπτικά και θεραπευτικά μέτρα που λαμβάνονται, βελτιώνουν τα επίπεδα της υγείας.

Τα προληπτικά μέτρα μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες, τα μέτρα πρωτογενούς και τα μέτρα δευτερογενούς πρόληψης. Στην πρωτογενή πρόληψη περιλαμβάνονται μέτρα που συσχετίζονται με τον έλεγχο όλων των παραγόντων που προκαλούν καρκίνο στον άνθρωπο και ενισχύουν το ανοσοποιητικό σύστημα με αλλαγές στον τρόπο ζωής και την διατροφή. Σημαντικό ρόλο στην απομάκρυνση του κινδύνου του καρκίνου διαδραματίζουν οι προσωπικές επιλογές σχετικά με τον τρόπο ζωής, για παράδειγμα η υιοθέτηση μιας σωστής διατροφής πλούσια σε φρούτα και λαχανικά σε συνδυασμό και με φυσική άσκηση τουλάχιστον 30' την ημέρα, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των πνευμόνων ενώ η αποχή από το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα είναι σημαντική για την πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα (Περάκη & συνεργ., 2000).

Στη δευτερογενή πρόληψη, από την άλλη, περιλαμβάνονται μέτρα που εφαρμόζονται, δηλαδή οι διάφορες εξετάσεις, με τις οποίες μπορεί να γίνει διάγνωση ορισμένων τουλάχιστον μορφών καρκίνου, όπως και μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες σε έναν οργανισμό. Αναλυτικότερα, τα τεστ προληπτικού ελέγχου μπορούν να ανιχνεύσουν τον καρκίνο

έγκαιρα, δηλαδή όταν είναι ακόμα καλά αντιμετωπίσιμος. Στις μέρες μας, η ετήσια ιατρική προληπτική εξέταση είναι σημαντική και περιλαμβάνει λεπτομερή εξέταση που αποκαλύπτει έκθεση σε καρκινογόνα, ανίχνευση πρώιμων κλινικών σημείων καρκινωμάτων και διερεύνηση οικογενειακών προδιαθέσεων.

Η πρόληψη αφορά την αποφυγή των παραγόντων που μπορούν να οδηγήσουν ή να επιταχύνουν τη δημιουργία ενός όγκου στον πνεύμονα, όπως το κάπνισμα, η ακτινοβολίες, οι τοξικές ουσίες που διαμέσου της αναπνοής καταλήγουν στους πνεύμονες. Γι αυτό το λόγο, θα πρέπει όλοι να διακόψουν το κάπνισμα, να αποφεύγουν την επαφή με συσκευές που ακτινοβολούν, να χρησιμοποιούν κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας όταν χρειάζεται ενώ πρέπει να τονώσουν ιδιαίτερα το ανοσοποιητικό του οργανισμού τους για να καταπολεμά δυσλειτουργίες που αντιμετωπίζει εντάσσοντας το περπάτημα, την άθληση, τη σωστή διατροφή και αρκετές ώρες ύπνου στο καθημερινό τους πρόγραμμα.

Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου του καρκίνου πνεύμονα συνοψίζονται στους παρακάτω:

- **Κάπνισμα:** είναι η κυριότερη αιτία του καρκίνου των πνευμόνων. Ο καπνός περιέχει πολλές καρκινογόνες ουσίες, που αλλοιώνουν το χαρακτήρα των κυττάρων τα οποία με το πέρασμα του χρόνου μπορούν να γίνουν καρκινικά. Η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου στους πνεύμονες είναι εξαρτώμενη από τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει κάποιος (Peto, Lopez, Boreham et al., 2006). Οι καπνιστές πούρων και πίπας προβάλλουν λιγότερες πιθανότητες για εμφάνιση της νόσου συγκριτικά με τους καπνιστές τσιγάρων. Όμως το ποσοστό κινδύνου είναι πιο ψηλό από τους μη καπνιστές. Επίσης, η εισπνοή του καπνού των τσιγάρων από τους μη καπνιστές αυξάνει λίγο τον κίνδυνο για καρκίνο, αν και είναι πολύ μικρός (Taylor, Najafi, Dobson, 2007). Αν κάποιος διακόψει το κάπνισμα μειώνει αρκετά γρήγορα τον κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου στον πνεύμονα και με την πάροδο 15 περίπου χρόνων εντάσσεται στις ίδιες πιθανότητες που έχει ένας μη καπνιστής
- **Φύλο:** οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες.

- Ηλικία: ο κίνδυνος προσβολής από τον καρκίνο αυτό αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας.
- Κληρονομικότητα τα άτομα που έχουν πρώτου βαθμού συγγένεια με πάσχοντες από καρκίνο του πνεύμονα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν απ' ότι ο υπόλοιπος πληθυσμός (Brownson, Ross, Chang, Jian Davis, James, 1992).
- Ακτινοβολία: η συχνή έκθεση σε ακτινοβολία προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα.
- Ατμοσφαιρική ρύπανση: η συχνότητα της νόσου τείνει να αυξάνεται στους πληθυσμούς που ζουν στις μεγάλες πόλεις με υψηλή ατμοσφαιρική ρύπανση.
- Δίαιτα: δίαιτα φτωχή σε βιταμίνες Α, Β και καροτίνη αυξάνει τη συχνότητα της νόσου.
- Επάγγελμα: έχει παρατηρηθεί αύξηση της συχνότητας της νόσου σε ορισμένα επαγγέλματα, όπως μάγειρες, οικοδόμοι, υδραυλικοί, άνθρωποι που ασχολούνται με δέρματα, οδηγοί φορτηγών, και εργάτες αμιάντου. Η συχνή εισπνοή αμιάντου, σε συνδυασμό μάλιστα με το κάπνισμα, αυξάνουν τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο στους πνεύμονες, αφού η εισπνοή του μπορεί να προκαλέσει καρκίνο στις μεμβράνες που καλύπτουν τους πνεύμονες. Ακόμη, η επαφή με διάφορα είδη χημικών ουσιών όπως το χρώμιο και το ουράνιο μπορεί να προκαλέσουν, πολύ σπάνια όμως, καρκίνο στους πνεύμονες.

Μεγάλο κομμάτι της πρόληψης αφορά στην έγκαιρη διάγνωση που όλοι πρέπει απαραίτητα να εντάξουν στον ετήσιο προγραμματισμό τους και να προγραμματίζουν τον ετήσιο τους ιατρικό έλεγχο. Η αμέλεια ή ο φόβος ενδέχεται να οδηγήσουν στην καθυστερημένη διάγνωση και αρκετές φορές στην αποτυχία θεραπείας εξαιτίας αυτής της καθυστέρησης.

Τα συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα τις περισσότερες φορές δεν είναι εμφανή αλλά εκδηλώνονται όταν η ασθένεια έχει πλέον προχωρήσει. Ορισμένα από τα συμπτώματα είναι:

- χρόνιος βήχας
- αιμόπτυση
- παρατεταμένη βραχνάδα φωνής
- πνευμονία χωρίς ενδείξεις βελτίωσης

- συριγμός
- ανορεξία και απώλεια βάρους δίχως προφανή λόγο
- δύσπνοια
- ελαττωμένη αναπνοή
- δυσχερής κατάποση
- επαναλαμβανόμενα περιστατικά βρογχίτιδας
- αμβλύς πόνος στο στήθος σε βήχα βαθιά ή αναπνοή
- οίδημα στην περιοχή του λαιμού ή του τραχήλου
- πυρετός ή δέκατα (Dragven Stover Dmitrovsy, 2003) (Liao, Liao, Shun, Yu, Yang, Lai , 2011).

Ορισμένες φορές, επίσης, ενδέχεται να εμφανιστούν συμπτώματα από άλλα συστήματα πέραν του αναπνευστικού, που δε φαίνεται να συσχετίζονται με τον πνεύμονα και την αναπνοή. Αυτό συμβαίνει όταν ο καρκίνος έχει επεκταθεί και σε άλλα όργανα. Τέτοια συμπτώματα μπορεί να είναι:

- βράγχος φωνής
- ζάλη
- οστικά άλγη
- κίτρινο χρώμα του δέρματος
- αδυναμία και μούδιασμα στα χέρια ή στα πόδια, συνήθως από την ίδια πλευρά
- σκληρή διόγκωση στο πλάι του αυχένα

Όσων αφορά στη θεραπευτική αντιμετώπιση καρκίνου του πνεύμονα, πλέον τα όπλα για την αντιμετώπισή του, έχουν αυξηθεί και δεν περιορίζονται μόνο στην κλασσική χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Οι συνηθέστερες θεραπευτικές επιλογές για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι:

1. Χειρουργική θεραπεία: Η χειρουργική αφαίρεση τον όγκου παραμένει η πρώτη επιλογή για τον καρκίνο του πνεύμονα, όταν βρίσκεται σε αρχικά στάδια. Όταν ο καρκίνος είναι σχετικά σε αρχικό στάδιο, αλλά είναι τοπικά προχωρημένος και η αφαίρεση του είναι δύσκολη, ξεκινά προεγχειρητικά χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία, ώστε να μικρύνει ο καρκίνος και να γίνει δυνατή η χειρουργική

αφαίρεση. Η πλήρης ίαση επιτυγχάνεται σε μεγάλο ποσοστό των ασθενειών αυτών.

2. Ακτινοθεραπεία: Προεγχειρητική ακτινοβολία χρησιμοποιείται, όπως προαναφέρθηκε, για τη σμίκρυνση του όγκου, ώστε να γίνει η χειρουργική αφαίρεση του εύκολη. Μετεγχειρητική ακτινοβολία: εφαρμόζεται μετά τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Η σκοπιμότητά της είναι η αποστείρωση της περιοχής από τυχόν υπολειμματικά καρκινικά κύτταρα. Η ακτινοβολία είναι πολύ χρήσιμη, όταν συνδυάζεται με τη χημειοθεραπεία, ιδίως σε άτομα που πάσχουν από μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα.
3. Χημειοθεραπεία: σε συνδυασμό με τις άλλες μεθόδους θεραπείας παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της νόσου. Πλέον υπάρχει η δυνατότητα χορήγησης της χημειοθεραπείας στοχευμένα σε κάθε ασθενή ανάλογα με τον μοριακό τύπο του όγκου του και με την ανταπόκριση που θα έχει ο ασθενής στο κάθε χημειοθεραπευτικό φάρμακο αφού μπορούν να ελεγχθούν τα παραπάνω πριν ξεκινήσει το σχήμα στα "τυφλά". Μετεγχειρητική χημειοθεραπεία: έχει σκοπό να λειτουργήσει συστηματικά και να καταστρέψει τυχόν υπολειμματική νόσο. Σε συνδυασμό με την ακτινοβολία: χρησιμοποιείται κυρίως σε άτομα που πάσχουν από μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (Νιζάμη, 2015).
4. Βιολογικές θεραπείες: οι βιολογικές θεραπείες έρχονται με πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα και αφορούν συνήθως εξατομικευμένες θεραπείες με μονοκλωνικά αντισώματα και με ειδική θεραπεία σε ορμονοεξαρτώμενους όγκους. Τέλος η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα εξελίσσεται συνεχώς με νέες αναίμακτες διαδικασίες που στοχεύουν στην γρηγορότερη ανάρρωση του ασθενή αλλά και μείωση του προβλεπόμενου χρόνου αναμονής για την εισαγωγή μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας.

Ο σκοπός της πρόληψης είναι η ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης ή εξέλιξης μιας νόσου, τραύματος, ή ανικανότητας και η προστασία της θετικής υγείας. Δεδομένου ότι οι μεγαλύτεροι εχθροί για την υγεία δεν είναι τα μικρόβια, οι ιοί και ο καρκίνος, αλλά η φτώχεια, η άγνοια και η εκμετάλλευση ανθρώπου από άνθρωπο, οι υπηρεσίες υγείας που φιλοδοξούν να προάγουν την πρόληψη, θα πρέπει να επικεντρωθούν στην βελτίωση του

κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού, στην εκπαίδευση αυτού και την αναθεώρηση των ανθρωπίνων σχέσεων (Τριχόπουλος, 1982).

3.6 Το παρόν και το μέλλον στη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα

3.6.1. Είδη θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του πνεύμονα

Η θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα βασίζεται στον ιστολογικό τύπο (μικροκυτταρικός τύπος -μη μικροκυτταρικός τύπος) και διαφέρει. Σαν αρχική θεραπεία για τον μη μικροκυτταρικό καρκίνο θεωρείται η χειρουργική, ενώ για τον μικροκυτταρικό αποτελεί η χημειοθεραπεία συνδυασμένη με φάρμακα. Η χειρουργική για τον μικροκυτταρικό καρκίνο ενδείκνυται για ειδικές περιπτώσεις κατά τις οποίες η ασθένεια δεν έχει εξαπλωθεί και για τους ασθενείς που λαμβάνουν μία αρχική δόση χημειοθεραπείας. Η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία εφαρμόζονται και για τους δύο ιστολογικούς τύπους καρκίνου του πνεύμονα.

Ας δούμε, όμως, τις θεραπείες αναλυτικά:

➤ Χειρουργική

Οι κυριότερες χειρουργικές τεχνικές αφαίρεσης ενός όγκου είναι οι εξής:

- Σφηνοειδής εκτομή, κατά την οποία αφαιρείται μικρό τμήμα του πνεύμονα που έχει προσβληθεί με ένα κομμάτι υγιούς ιστού.
- Τμηματική εκτομή, κατά την οποία αφαιρείται μεγαλύτερο τμήμα του πνεύμονα.
- Λοβεκτομή, κατά την οποία αφαιρείται ολόκληρος ο λοβός ενός πνεύμονα.
- Πνευμονεκτομή, κατά την οποία αφαιρείται ολόκληρος ο πνεύμονας (LoCicero et al, 2000).

➤ **Χημειοθεραπεία:** Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιεί φάρμακα, τα οποία χορηγούνται ενδοφλέβια ή λαμβάνονται από το στόμα, για να καταπολεμήσει τα καρκινικά κύτταρα. Αν προτείνεται μετά από χειρουργική επέμβαση, αποσκοπεί στη μείωση την πιθανότητας μεταστάσεων ενώ αν προτείνεται πριν από

χειρουργική επέμβαση αποσκοπεί στη μείωση του μεγέθους του όγκου ώστε να καταφέρει στην πορεία να υποβληθεί ο ασθενής σε χειρουργική αφαίρεση. Σε κάποιες περιπτώσεις χρησιμοποιείται για την ανακούφιση των συμπτωμάτων του πόνου σε προχωρημένα στάδια της νόσου (Garassino, Torri, Michetti et al., 2011).

- **Ακτινοθεραπεία:** χρησιμοποιεί ακτίνες Χ αποσκοπώντας να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα. Σε όγκους των δυο πρώτων σταδίων προτιμάται η στερεοτακτική ακτινοθεραπεία καθώς παρουσιάζει ισάξια αποτελέσματα με τη χειρουργική αφαίρεση. Εντοπίζονται τεσσάρων ειδών ακτινοθεραπείες (Ikushima, 2010).
- Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία για τη σμίκρυνση του όγκου προκειμένου να καταστήσει τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου πιο εύκολη.
- Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, η οποία εφαρμόζεται έπειτα από τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου προκειμένου να αποστειρωθεί η περιοχή από καρκινικά κύτταρα που πιθανόν να έχουν παραμείνει.
- Ριζική ακτινοθεραπεία, η οποία προτιμάται ως αρχική θεραπεία για χειρουργήσιμη νόσο των τριών πρώτων σταδίων σε ασθενείς που δεν είναι εφικτό να υποβληθούν σε χειρουργική αφαίρεση. Σε ασθενείς του τρίτου σταδίου III είναι πολύ αποτελεσματική, ιδιαίτερα αν συνδυαστεί με χημειοθεραπεία, κυρίως σε πάσχοντες από μη μικροκυτταρικό καρκίνο.
- Ανακουφιστική ακτινοθεραπεία που απευθύνεται σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του πνεύμονα και αποσκοπεί στην ανακούφιση του πόνου (Fairchild, Harris, Barnes et al., 2008).
- Στοχευμένες θεραπείες χαρακτηρίζονται οι φαρμακευτικές αγωγές που στοχεύουν στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, οι οποίες προσβάλλουν λιγότερο ποσοστό υγιούς ιστού προκαλώντας μειωμένες παρενέργειες (Hirsch et al, 2016):
- Bevacizumab (Avastin): το οποίο χρησιμοποιείται συνδυαστικά με χημειοθεραπεία και προτείνεται για προχωρημένο και υποτροπιάζοντα μη

μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα. Συνοδεύεται, όμως, με κίνδυνο αιμορραγίας, θρόμβων αίματος και υψηλή αρτηριακή πίεση.

- Erlotinib (Tarceva), η οποία αναστέλλει τις χημικές ουσίες που βοηθούν τα καρκινικά κύτταρα να αναπτύσσονται και να πολλαπλασιάζονται και προτείνεται για προχωρημένο και υποτροπιάζοντα μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα με συγκεκριμένη γενετική μετάλλαξη. Συνοδεύεται, όμως, με δερματικό εξάνθημα και διάρροιες.
- Crizotinib (Xalkori), το οποίο προτείνεται για προχωρημένο μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα με συγκεκριμένη γενετική μετάλλαξη. Συνοδεύεται, όμως, με παρενέργειες όπως η ναυτία και προβλήματα όραση.

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθούν οι προτεινόμενες θεραπείες που είναι κατάλληλες για κάθε τύπο καρκίνου του πνεύμονα:

➤ **Μικροκυτταρικός καρκίνος**

Ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα έχει την πιο επιθετική τάση για εξάπλωση συγκριτικά με άλλους τύπους πνευμονικού καρκίνου, αλλά και την καλύτερη ανταπόκριση σε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Επειδή οι ασθενείς που προσβάλλονται από τον συγκεκριμένο τύπο έχουν τάση για μακρινές μεταστάσεις, η χειρουργική αντιμετώπιση ή η ακτινοθεραπεία σπανίως έχει σαν αποτέλεσμα τη μακρά επιβίωση (Spiro, James, Rudd et al. 2006).

Θεραπεία νόσου περιορισμένου σταδίου

- Συνδυασμός χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας θώρακος.
 - Συνδυασμός χημειοθεραπείας σε ασθενείς με κακή πνευμονική λειτουργία είτε άσχημη βιολογική κατάσταση.
 - Χειρουργική αφαίρεση με χημειοθεραπεία ή χημειοθεραπεία με ακτινοβολία θώρακος σε ασθενείς σταδίου I13(Jänne PA, Freidlin B, Saxman S et al, 2002).

Θεραπεία νόσου εκτεταμένου σταδίου

- συνδυασμένη χημειοθεραπεία με τα κάτωθι σχήματα με παρόμοια αποτελέσματα στην επιβίωση.
- κυκλοφωσφαμίδη με δοξορουβικίνη και βινκριστίνη.
- κυκλοφωσφαμίδη με δοξορουβικίνη και ετοποσίδη.
- ετοποσίδη με πλατίνα ή καρβοπλατίνα.
- ιφωσφαμίδη με καρβοπλατίνα και ετοποσίδη (Sundstrom, Bremnes, Kaasa et al, 2002).
- κυκλοφωσφαμίδη με δοξορουβικίνη και ετοποσίδη με βινκριστίνη.
- κυκλοφωσφαμίδη με ετοποσίδη και βινκριστίνη.
- ετοποσίδη.
- πλατίνα με ετοποσίδη και πακλιταξέλη.
- ακτινοθεραπεία σε μεταστατικές εστίες.

Υποτροπιάζουσα νόσος

- Ανακουφιστική ακτινοθεραπεία.
- χημειοθεραπεία διάσωσης σε ασθενείς ευαίσθητους στην κύρια χημειοθεραπεία.
- τοπική ανακούφιση με ενδοβρογχικά laser, ενδοβρογχικά ελάσματα και βραχυθεραπεία.
- κλινικές ερευνητικές μελέτες πρώτης και δεύτερης φάσης(Sundstrom, Bremnes, Kaasa et al, 2002).

➤ Μη μικροκυτταρικός καρκίνος

Παρόλο που η χειρουργική αφαίρεση αποτελεί τη βασική θεραπευτική επιλογή στους ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο, η χημειοθεραπεία συνδυασμένη με την ακτινοθεραπεία επιλέγεται ως ανακουφιστική επιλογή. Η χημειοθεραπεία σε ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο της νόσου παρουσιάζει μέτριου επιπέδου βελτίωση στην επιβίωση ενώ προσφέρει βραχείας διάρκειας βελτίωση των συμπτωμάτων της νόσου (Chao, Guowen, Xiuxin, Zhiwu, Jian, 2016: 38–42).

Οι τελευταίες μελέτες ερευνούν συνδυασμούς τοπικής χειρουργικής και ακτινοβολίας με ταυτόχρονη χημειοθεραπεία και ανοσοθεραπεία ενώ νέα φάρμακα όπως πακλιταξέλη, τοποτεκάνη, δοσεταξέλη, ιρινοτεκάνη, γεμισιταμίνη και βινορελμπίνη αποδείχθηκαν δραστικά στη θεραπεία του συγκεκριμένου τύπου καρκίνου του πνεύμονα.

- **Λανθάνων μη μικροκυτταρικός καρκίνος πνεύμονα**

Οι όγκοι που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία θεραπεύονται με χειρουργική αφαίρεση. Η θεραπεία επιλέγεται έπειτα από τον καθορισμό του σταδίου και είναι παραπλήσια με εκείνη των υπολοίπων μη μικροκυτταρικών καρκίνων ίδιου σταδίου (Detterbeck, Boffa, Tanoue, 2009).

- **Στάδιο 0 μη μικροκυτταρικού καρκίνου**

- Χειρουργική αφαίρεση με τη μικρότερη σε έκταση δυνατή τεχνική ώστε να επιτρέπει το μέγιστο δυνατό πνευμονικό παρέγχυμα εξαιτίας του κινδύνου εμφάνισης δευτεροπαθών καρκίνων.

- Ενδοσκοπική φωτοδυναμική θεραπεία (Detterbeck, Boffa, Tanoue, 2009).

- **Στάδιο I μη μικροκυτταρικού καρκίνου**

- Λοβεκτομή ή τμηματεκτομή, σφηνοειδής εκτομή ή δίκην περιχειρίδος.

- Θεραπευτική ακτινοβολία.

- Κλινικές μελέτες συμπληρωματικής χημειοθεραπείας έπειτα από χειρουργική αφαίρεση.

- Μελέτες συμπληρωματικής χημειοπροφύλαξης.

- Ενδοσκοπική φωτοδυναμική θεραπεία (Detterbeck, Boffa, Tanoue, 2009).

- **Στάδιο II μη μικροκυτταρικού καρκίνου**

- Λοβεκτομή, πνευμονεκτομή ή τμηματεκτομή ή σφηνοειδής ή δίκην περιχειρίδος.

- Ακτινοθεραπεία για ασθενείς με αντενδείξεις για χειρουργείο.

- Κλινικές μελέτες συμπληρωματικής χημειοθεραπείας έπειτα από χειρουργική αφαίρεση (Ardizzoni et al, 2005).

- Κλινικές μελέτες ακτινοθεραπείας έπειτα από χειρουργική αφαίρεση.

- **Στάδιο IIIA μη μικροκυτταρικού καρκίνου**

- Χειρουργική αντιμετώπιση σε ασθενείς με απουσία ογκώδους λεμφαδενοπάθειας.

-Αποκλειστική ακτινοθεραπεία για ασθενείς που δεν έχουν δυνατότητα λήψης νεοσυμπληρωματικής χημειοθεραπείας (Baka et al,2005).

- Χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες.

- **Όγκοι κορυφής του πνεύμονα**

- Ακτινοθεραπεία και χειρουργική αντιμετώπιση(Baka et al,2005)

- Αποκλειστική ακτινοθεραπεία(Baka et al,2005)

- Αποκλειστική χειρουργική αντιμετώπιση

- Χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες

- Κλινικές ερευνητικές εργασίες.

- **Όγκοι θωρακικού τοιχώματος**

- Χειρουργική αντιμετώπιση

- Χειρουργική αντιμετώπιση με ακτινοβολία

- Αποκλειστική ακτινοβολία(Baka et al,2005)

- Χημειοθεραπεία συνδυασμένη με άλλες θεραπείες.

- **Στάδιο IIIB μη μικροκυτταρικού καρκίνου**

Οι ασθενείς του συγκεκριμένου σταδίου ωφελούνται από το συνδυασμό χημειοθεραπείας με ακτινοθεραπεία, είτε από αποκλειστική ακτινοθεραπεία, σύμφωνα με τις περιοχές που έχουν επηρεαστεί από τον καρκίνο και τη σωματική κατάσταση του ασθενούς. Αρκετές μελέτες ασθενών με ανεγχείρητο καρκίνο τρίτου σταδίου

αποδεικνύουν ότι συμπληρωματική είτε ταυτόχρονη χημειοθεραπεία με πλατίνα και ακτινοβολία του θώρακα, έχει βελτιωμένα αποτελέσματα επιβίωσης συγκριτικά με την αποκλειστική θεραπεία με ακτινοθεραπεία (Baka et al, 2005).

- **T4 ή N3, MO**

- Αποκλειστική ακτινοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία συνδυασμένη με ακτινοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία συνδυασμένη με ακτινοθεραπεία και στη συνέχεια χειρουργική επέμβαση
- Αποκλειστική χημειοθεραπεία (Detterbeck, Boffa, Tanoue, 2009).

- **Στάδιο IV μη μικροκυτταρικού καρκίνου**

- Ακτινοθεραπεία για την ανακούφιση των συμπτωμάτων που προκαλούνται από την τοπική ανάπτυξη του καρκίνου
- Χημειοθεραπεία. Τα κάτωθι σχήματα παρουσιάζουν παρόμοια αποτελέσματα επιβίωσης:
 - ✓ Καρβοπλατίνα με πακλιταξέλη.
 - ✓ Πλατίνα με βινορελμίνη.
 - ✓ Πλατίνα με δοσεταξέλη.
 - ✓ Πλατίνα με πακλιταξέλη.
 - ✓ Πλατίνα με γεμισιταμίνη.
- Νεότερα χημειοθεραπευτικά σχήματα χωρίς πλατίνα ενδέχεται να παρουσιάσουν ίδιο ποσοστό ανταπόκρισης με τα πλατινούχα.
- Ενδοβρογχική θεραπεία με laser και ή βραχυθεραπεία για αποφρακτικές βλάβες (Detterbeck, Boffa, Tanoue, 2009).

- **Υποτροπιάζων μη μικροκυτταρικός καρκίνος**

- Χημειοθεραπεία με τα κάτωθι πλέον εν χρήσει σχήματα:

- ✓ Καρβοπλατίνα με πακλιταξέλη.
 - ✓ Πλατίνα με πακλιταξέλη.
 - ✓ Πλατίνα με γεμισιταμπίνη.
 - ✓ Πλατίνα με βινορελμπίνη.
 - ✓ Πλατίνα με δοσεταξέλη.
- Ανακουφιστική ακτινοθεραπεία.
 - Χειρουργική αφαίρεση σε απομονωμένες εγκεφαλικές μεταστάσεις.
 - Θεραπεία με laser ή ακτινοθεραπεία για ενδοβρογχικές αλλοιώσεις.
 - Ραδιοχειρουργική(Detterbeck, Boffa, Tanoue, 2009).

3.6.2 Νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα

Οι στοχευμένες θεραπείες αποτελούν το ισχυρότερο μέσο για την καταπολέμηση του καρκίνου αφού εμποδίζουν την αγγειογένεση που απαιτεί ο όγκος προκειμένου να αναπτυχθεί. Το ερευνητικό ιατρικό ενδιαφέρον έχει στραφεί τελευταία σε αυτές τις θεραπείες, οι οποίες έχουν αρχίσει να παρουσιάζουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα και αυξημένο όφελος επιβίωσης σε αρκετούς ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (Hirsch et al, 2016).

Ο καλύτερα διερευνημένος στόχος για το μη μικροκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονα είναι ο EGFR, τον οποίο παρεμποδίζουν τα νέα φάρμακα που έχουν εγκριθεί ως 2^{ης} και 3^{ης} γραμμής θεραπεία, το Iressa (gefitinib) και το Tarceva (Erlotinib). Είναι διαθέσιμα σε χάπια διευκολύνοντας τη χορήγησή τους. Προσφάτως εγκρίθηκε και το Avastin (bevacizumab), το οποίο χορηγείται ενδοφλέβια.

Στη χημειοθεραπεία, τα κυτταροστατικά φάρμακα χορηγούνται συνήθως ενδοφλέβια, αλλά ορισμένα μπορούν να ληφθούν και από τη στοματική κοιλότητα. Απώτερος στόχος της χημειοθεραπείας είναι η συρρίκνωση του όγκου και ο έλεγχος των

συμπτωμάτων από τη νόσο βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής, αλλά προς το παρόν δεν οδηγεί σε πλήρη ίαση. Ορισμένα από τα φάρμακα αυτά είναι: η σισπλατίνη, η δοσεταξέλη, η καρβοπλατίνη, η πακλιταξέλη, η κυκλοφωσφαμίδη, η ετοποσίδη, η ιφωσφαμίδη, η γεμισιταμίνη, η βινορελμίνη και η πεμετρεξέδη.

Τα νέα φάρμακα προβάλλουν ήπιες παρενέργειες που αντιμετωπίζονται εύκολα. Για να αυξηθεί η αποδοτικότητά τους, οι νέες στοχευμένες θεραπείες πρέπει να εξατομικευτούν, ώστε να γνωρίζουμε ποιοι ασθενείς ωφελούνται και από ποια φάρμακα.

3.6.3 Εμβόλιο για τον καρκίνο του πνεύμονα

Τα τελευταία χρόνια έχει πραγματοποιηθεί τεράστια πρόοδος στον τομέα της ανοσολογίας και της ανοσοθεραπείας του καρκίνου. Η βελτίωση των ποικίλων εμβολίων αποσκοπεί στην ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος για τα καρκινικά κύτταρα ώστε να καταφέρει να τα καταπολεμήσει. Ωστόσο, μέχρι τώρα δεν έχει αποδειχθεί ότι κάποιο εμβόλιο σχετίζεται με τη βελτιωμένη πρόοδο του καρκίνου του πνεύμονα (Hirschowitz, Hiestand., Yannelli, 2006, 93–104).

Τα στοχεύοντα φάρμακα έχουν σημαντική αποτελεσματικότητα αλλά απευθύνονται σε συγκεκριμένους υπότυπους καρκίνου του πνεύμονα. Εξαιτίας της ιδιαιτερότητάς τους, των παρενεργειών που τα συνοδεύουν και του αυξημένου κόστους τους, η χρήση τους πρέπει να πραγματοποιείται από ειδικούς ιατρούς.

3.7 Νοσηλευτικοί ρόλοι

3.7.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα

Ο καρκίνος του πνεύμονα μπορεί να επιτευχθεί μέσω πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών φροντίδας της υγείας, γι' αυτό και ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος. Ο νοσηλευτής που αποτελεί μέλος της υγειονομικής ομάδας έχει σαν απώτερο σκοπό να προάγει την υγεία του ατόμου (Dewit,2009). Στις υποχρεώσεις του υπάγονται η κοινοποίηση των πιθανών αιτιολογικών και προστατευτικών

παραγόντων που προκαλούν την ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα, η καθοδήγηση των καθημερινών συνηθειών και η διαμόρφωση νέων προτύπων συμπεριφοράς. Στόχος της νοσηλεύτριας είναι, επίσης, να επισημάνει τη σημαντικότητα της έγκαιρης διάγνωσης και προσέλευσης στον αρμόδιο ιατρό, ενώ λαμβάνοντας ένα ολοκληρωμένο ιστορικό του ασθενούς προσπαθεί να εντοπίσει τους παράγοντες που πιθανόν οδηγούν τον ασθενή σε καθυστερημένη προέλευση, να τους παραμερίσει και να ενημερώσει σωστά τον ασθενή. Αιτίες καθυστέρησης μπορεί είναι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως το κόστος των απαιτούμενων εξετάσεων, της επέμβασης, της νοσηλείας και το κόστος των ιατρών, η έλλειψη σωστής πληροφόρησης και ψυχολογικοί παράγοντες όπως ο φόβος, η ντροπή, ο αρνητισμός και η κατάθλιψη.

3.7.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή στην κλινική του ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα

Όταν ο νοσηλευτής συναντά έναν ασθενή που πάσχει από καρκίνο του πνεύμονα κατά την εισαγωγή του στην κλινική, συνειδητοποιεί ότι ο τρόπος που αντιδρά εξελίσσεται σε τρεις φάσεις.

- Η πρώτη είναι η φάση κατά την οποία ο ασθενής ανακαλύπτει ότι πάσχει από την ασθένεια και χαρακτηρίζεται από έντονη ανησυχία καθώς η αναγγελία της σκάει ως κεραυνός εν αιθρία δημιουργώντας πρωτόγνωρο στρες που οδηγεί τον ασθενή στα όρια του πανικού (Flannery, 2005).
- Στη δεύτερη φάση, όταν πλέον η ασθενής συνειδητοποιήσει τη νόσο συνοδεύεται από συναισθήματα φόβου, άγχους και άρνηση της ασθένειας.
- Τέλος, κατά την τρίτη φάση, ο ασθενείς χαρακτηρίζεται από ανάμεικτα συναισθήματα, δηλαδή τη μία στιγμή υπερισχύουν η αποδοχή, η ελπίδα και η θετική προσαρμογή και από την άλλη στιγμή μπορεί να υπερισχύσουν η απελπισία και οι αρνητικές σκέψεις για την πορεία της θεραπείας, την έκβαση της επέμβασης και γενικότερα την πορεία της ζωής του. Είναι πολύ έντονο στους καρκινοπαθείς το συναίσθημα ότι είναι αβοήθητοι και έχουν ανάγκη από ιδιαίτερη μεταχείριση από το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ τα λεγόμενα και οι πράξεις των νοσηλευτών ασκούν θετική ή αρνητική επιρροή στην ψυχική τους

ισορροπία. Και επειδή αυτή η μορφή του καρκίνου δεν περιλαμβάνει μια απλή θεραπεία ή μια επέμβαση ρουτίνας αλλά έχει υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, είναι ακόμη πιο ευαίσθητη η ψυχολογία τους (Liao, Liao, Shun, Yu, Yang, Lai , 2011).

3.7.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά παραμονή στην κλινική ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα

Οι νοσηλευτές, παρακολουθώντας συστηματικά τους ασθενείς, αναγνωρίζουν τις προσωπικές τους δυνάμεις και τις ενεργοποιούν, χρησιμοποιώντας όλα τα διαθέσιμα τεχνικά μέσα έτσι ώστε ν' αντιμετωπίσουν τις παρενέργειες της ζωής του ασθενούς . (Kirkova, Davis , Walsh, Tiernan, O'Leary, LeGrand, Lagman, Russell, 2006) Barsevick, 2007). Με την τακτική παρακολούθηση και αξιολόγηση της ανταπόκρισης του ασθενούς στο θεραπευτικό πρόγραμμα, οι νοσηλευτές δημιουργούν ένα πλάνο που θα καλύψει όλη τη διάρκεια της θεραπείας, από την εισαγωγή τους ασθενούς στην κλινική έως την μετεγχειρητική τους πορεία, δίνοντας στον ασθενή την ασφάλεια ότι είναι προστατευμένος και ότι πέρα από το οικογενειακό τους περιβάλλον υπάρχει κι άλλο ένα άτομο που ενδιαφέρεται και τους φροντίζει. (Radwin, Farquhar, Knowles, Virchick, 2005).

Στη φάση αυτή, ο νοσηλευτής καλείται να διαδραματίσει το ρόλο του συνδετικού κρίκου ανάμεσα στον ασθενή και την ογκολογική ομάδα, αφού είναι εξειδικευμένος και ορθά ενημερωμένος για την ιστορία της νόσου, για το θεραπευτικό πρόγραμμα που θα ακολουθήσει ο πάσχων, ώστε να αποσαφηνίσει τις πληροφορίες που του δίδονται στον ασθενή (Sanson-Fisher, Girgis, Boyes, Bonevski, Burton, Cook, 2000) . Ο νοσηλευτής της ογκολογίας χρησιμοποιεί ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο φροντίδας στοχεύοντας στην παροχή βέλτιστης ποιότητας φροντίδας στους ασθενείς του.

3.7.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία

Σχεδόν όλα τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που χορηγούνται για κακοήθεις όγκους, προκαλούν εμετούς, ναυτία, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του

μυελού των οστών. Ο ασθενής παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις, διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες, ναυτία, εμετούς, διάρροια, διαταραχή υγρών-ηλεκτρολυτών, προβλήματα που προέρχονται από κακή λειτουργία του ήπατος, των νεφρών, του κεντρικού νευρικού συστήματος καθώς και ψυχολογικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής της σωματικής εικόνας.

Σκοπός του νοσηλευτή είναι η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας, η έγκαιρη διαπίστωση πιθανών επιπλοκών και δυσχερειών για την αντιμετώπισή τους και η ελαχιστοποίηση των ψυχικών συνεπειών. Οφείλει να προετοιμάσει τον ασθενή με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν την έναρξη της θεραπείας δημιουργώντας ένα κλίμα κατανόησης, να του χορηγήσει αντιεμετικά και υπακτικά φάρμακα πριν τη θεραπεία, να μεριμνήσει για επαρκή υδάτωση και πρόσληψη τροφής, να παρακολουθήσει την κατάσταση των ούρων και των κοπράνων για αιμορραγία και να εντοπίσει πιθανές εκδηλώσεις που υποδεικνύουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο κεντρικό νευρικό σύστημα, τους νεφρούς ή το ήπαρ, να λάβει μέτρα για την αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα, να προστατέψει τον ασθενή από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις) και να τον καθοδηγήσει να αποδεχθεί την παροδική αλλαγή της σωματικής του εικόνας (Llonch , Weycker , Glass , Gao , Borker , Barber , Oster, 2011).

3.7.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενή που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία

Ο ασθενής που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία παρουσιάζει αναιμία, δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου, ναυτία, εμετούς, ανορεξία, δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, κινδύνους αιμορραγίας (θρομβοπενία), κινδύνους λοίμωξης (λευκοπενία) και ψυχολογικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής της σωματικής εικόνας. Ο ρόλος του νοσηλευτή περιλαμβάνει την έγκαιρη ενημέρωση του ασθενούς για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας με σκοπό να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους, η επεξήγηση της διαδικασίας της ακτινοθεραπείας

περιγράφοντας τον εξοπλισμό που χρησιμοποιείται, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου, την εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος όταν εφαρμόζεται το ραδιοϊσότοπο στο σώμα του ασθενούς, τη λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από τη θεραπεία και την έγκαιρη αντιμετώπιση τους όταν εκδηλωθούν.

Σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάσει εμετούς και ναυτία, ο νοσηλευτής χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντισταμινικά φάρμακα, μικρά συχνά γεύματα υψηλής θερμιδικής αξίας, ενθαρρύνει τον ασθενή να λαμβάνει άφθονα υγρά, σημειώνει τις αντιδράσεις του. Αν εντοπίσει αντιδράσεις στο βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας, προτείνει ήπια στοματική υγιεινή για να απομακρυνθούν οι νεκρωμένοι ιστοί, την αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο, τη διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν ξεκινήσει η ακτινοθεραπεία και χορηγεί υγρά και βιταμίνες από άλλες οδούς. Σε περίπτωση διάρροιας, χορηγεί αντιδιαρροϊκά φάρμακα και ειδική δίαιτα με μικρό υπόλειμμα ενώ αν εντοπίσει αντιδράσεις το δέρμα, παρακολουθεί τον ασθενή για ξηρότητα, ερυθρότητα, απολέπιση, προστατεύει το δέρμα της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό και τραυματισμό από στενά ενδύματα, του παρέχει συμβουλές για να αποφεύγει την επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά που περιέχουν βαρέα μέταλλα και του συστήνει να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν, επιθέματα και λευκοπλάστη. Σε περίπτωση που ο άρρωστος παρουσιάσει αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, πιθανόν να χρειαστεί βοήθεια στην ατομική του υγιεινή και στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής του ενώ σημαντική είναι η υποστήριξη του πάσχοντος να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα ενδεχόμενη παροδική αλλαγή στη σωματική του εικόνα (Chan, Richardson, Richardson , 2011).

3.7.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη προεγχειρητική ετοιμασία ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα

Η προεγχειρητική φροντίδα που παρέχει ο νοσηλευτής στην ασθενή που έχει δρομολογηθεί να υποβληθεί σε επέμβαση περιλαμβάνει τη σωματική και τη ψυχολογική και προετοιμασία (Ανδρουλάκης, 2001).

Στη σωματική προετοιμασία περιλαμβάνεται η βοήθεια του ασθενή να ολοκληρώσει τις διαγνωστικές εξετάσεις και η νοσηλευτική εκτίμηση της κατάστασής του. Εκτιμά, δηλαδή, ποια συμπτώματα υπάρχουν, καταγράφει το ιστορικό καπνίσματος αν υπάρχει και πόσα τσιγάρα καπνίζει, ποια η καρδιοπνευμονική του ανοχή κατά τις καθημερινές του δραστηριότητες, ποια δραστηριότητα του προκαλεί δύσπνοια, πώς είναι η αναπνοή του και αν συνοδεύεται από άλλες παθολογικές καταστάσεις. Ταυτόχρονα, χρησιμοποιεί μέτρα για την ελαχιστοποίηση της βρογχικής έκκρισης, καθοδηγεί τον ασθενή να βήχει με κλειστή γλωττίδα ώστε να αυξηθεί η ενδοπνευμονική πίεση, του χορηγεί αντιμικροβιακά φάρμακα για λοιμώξεις και φροντίζει για την εφύγρανση του εισπνεόμενου αέρα για να ρευστοποιηθούν οι εκκρίσεις (Παπαχρήστος 2006).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογικά προετοιμασία της ασθενούς είναι καθοριστικός. Θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για το τι θα αντιμετωπίσει πριν, κατά τη διάρκεια και ύστερα από την επέμβαση ώστε ο ασθενής να αντιληφθεί τη διαδικασία αλλά κυρίως να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης ώστε να τον καθησυχάσει και να τον βοηθήσει να μετριάσει τους φόβους του (American Cancer Society, 2013). Σε όλες τις επεμβάσεις, η ψυχολογική προετοιμασία είναι ζωτικής σημασίας, αφού ο ασθενής διακατέχεται από έντονα συναισθήματα φόβου για ενδεχόμενο θάνατο.

3.7.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετεγχειρητική φάση ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει την ταχεία αποκατάσταση της φυσιολογικής καρδιοπνευμονικής λειτουργίας και η έγκαιρη πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών. Παρακολουθεί στενά την παρακολούθηση των αερίων του αρτηριακού αίματος, προβαίνει στην αναρρόφηση των εκκρίσεων μέχρι ο ασθενής να είναι ικανός να τις αποβάλλει από μόνος του, αξιολογεί την κατάσταση των

αναπνοών του και επιβλέπει σε συχνά χρονικά διαστήματα τους καρδιακούς σφυγμούς και τις αναπνοές του και μετά την ανάνηψή του ανυψώνει το κεφάλι του κατά 30°- 40° . Παράλληλα, επιβλέπει την αγωγή του συστήματος παροχέτευσης του θώρακα, χορηγεί εφυγρασμένο οξυγόνο για να εξασφαλίσει την άμεση οξυγόνωση, εκτιμά αν ο ασθενής παρουσιάζει αναπνευστική δυσχέρεια, τον ενθαρρύνει να παράγει αποτελεσματικό βήχα (αφού ο μη αποτελεσματικός μη επίμονος βήχας εξαντλεί τον ασθενή και οι εκκρίσεις οδηγούν σε πνευμονία), βοηθά στη σταθερή υποστήριξη του θώρακα της χειρουργημένης πλευράς και χορηγεί φάρμακα για την ελαχιστοποίηση του πόνου (Barlesi et al, 2005).

3.7.8 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα της ψυχοκοινωνικής υγείας ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα

Παρόλο που τα συναισθήματα των ανθρώπων για τη νόσο και τη θεραπεία ή την επέμβαση είναι κοινά, η συναισθηματική και ψυχολογική αντίδραση διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο καθώς εξαρτάται από παράγοντες όπως ο τρόπος που προσαρμόζεται στα καινούργια δεδομένα και η χρονική στιγμή της διάγνωσης και της επέμβασης.

Οι πιο πολλοί άνθρωποι όταν έρθουν αντιμέτωποι με τη διάγνωση του καρκίνου αρχικά αντιδρούν με έκπληξη και άρνηση ενώ στη συνέχεια ακολουθεί θυμός, άγχος και κατάθλιψη. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι αντιδράσεις αυτές σταδιακά ελαττώνονται καθώς ο ασθενής αντιμετωπίζει την ασθένειά του. Η στάση του θεράποντα ιατρού και η υποστήριξη της οικογένειας και του στενού κοινωνικού του περιβάλλοντος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ομαλή προσαρμογή του ατόμου στα νέα δεδομένα (Sanson-Fisher, Girgis, Boyes, Bonevski, Burton, Cook 2000).

Παρόλα αυτά, εντοπίζεται μια μειοψηφία ασθενών, η οποία αναπτύσσει μόνιμες ψυχολογικές διαταραχές. Οι ασθενείς που η αντίδρασή τους στη αρχική διάγνωση ήταν θετική, συμπεριφέρονται υπεραναπληρωτικά όταν ο καρκίνος εξαπλώνεται ή

επανεμφανίζεται αλλά αυτές οι διαταραχές ενδέχεται να συνεχιστούν για αρκετά χρόνια ακόμη και αν ο καρκίνος έχει θεραπευτεί.

Συνήθως, στα αρχικά στάδια της ασθένειας η θεραπεία προκαλεί την περισσότερη καταπόνηση συγκριτικά με την ίδια την ασθένεια, ενώ η επέμβαση αντιμετωπίζεται ως αναγκαίο στοιχείο αφού θεωρείται ως λύση που θα εξαλείψει τον καρκίνο από το σώμα του. Αντιθέτως, η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία είναι δύσκολα αποδεκτές από τον ασθενή ιδιαίτερα όταν πρόκειται για προληπτικό μέτρο. Η ραδιοθεραπεία ενδέχεται να προκαλέσει ναυτία και κόπωση οπότε είναι δύσκολο να ξεχωρίσεις αυτά τα συγκεκριμένα συμπτώματα από τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Η απόσυρση, ο εκνευρισμός, η αρνητική στάση στη θεραπεία και οι παράλογες προσδοκίες αποτελούν επιβαρυντικοί παράγοντες στη ραδιοθεραπεία (Lowe, Molassiotis, 2011).

Η ορθή εκπαίδευση και ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών τους διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο καθώς τους ωθεί να βελτιώσουν τη συναισθηματική κατάσταση, να επανέλθουν όσο πιο γρήγορα γίνεται στην προηγούμενη καθημερινότητά τους, να αποκτήσουν αισθήματα εκτίμησης της ζωής, να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους και να απολαμβάνουν ακόμη και τις μικρές χαρές της ζωής (Ρηγάτος 2007).

Ιδιαίτερη θεραπευτική επίδραση ασκεί και ομαδική ψυχοθεραπεία ατόμων που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο όπως και οι προσωπικές συνεδρίες με ειδικούς της ψυχικής υγείας, κατά τις οποίες ο ασθενής στηρίζεται ψυχολογικά και ενημερώνεται για την πορεία της κατάστασής του. Στις ομάδες αυτές συνήθως συναντάμε δύο τύπους αντιδράσεων. Από τη μια πλευρά, είναι οι ασθενείς που βιώνουν αισθήματα ανησυχίας για πιθανή επανεμφάνιση της νόσου, αισθήματα απογοήτευσης, αβεβαιότητας, κατάθλιψης και από την άλλη πλευρά εκείνοι που μετά την επέμβαση αναπτύσσουν θετικά συναισθήματα, αυξημένη αυτοεκτίμηση, αισθήματα καλής πρόθεσης και εκτιμάνε την κάθε στιγμή της ζωής τους (Tanseth ,Hokland, Tindholdt , 2008). Οι συνεδρίες αυτές βοηθούν τους ασθενείς που εκφράζουν αρνητικές σκέψεις και να έρθουν σε επαφή με τους ασθενείς που βιώνουν μετατραυματική ανάπτυξη (Πατέρας, Πατηράκη – Κουρμπάνη, Αναγνωστόπουλος, Κουτσιαύτη, Στάνηρα, Κόκκαλης, 2004).

Ο νοσηλευτής για να ενισχύσει την ψυχολογία της ασθενούς θα πρέπει να την ωθήσει :

- ✓ αμέσως μετά τη θεραπεία ή την επέμβαση να ξεκινήσει τη ψυχολογική θεραπεία
- ✓ να τον προετοιμάσει για τις ενδεχόμενες συναισθηματικές εκρήξεις που ακολουθούν την ασθένεια, που δεν ευθύνεται ο ίδιος και είναι απολύτως φυσιολογικές
- ✓ να τον ενθαρρύνει να ανταλλάξει εμπειρίες με άλλους πάσχοντες ασθενείς
- ✓ να του εκφράσει με λεπτομέρειες την ψυχολογική της κατάσταση
- ✓ να αντιληφθεί ότι οι αλλαγές στο σώμα του είναι αποτέλεσμα των θεραπειών, όπως για παράδειγμα η χημειοθεραπείες που υποβλήθηκε.
- ✓ να συζητά με το σύζυγο ή τη σύζυγο και την οικογένειά του / της για τα προβλήματα που προκύπτουν και για τα συναισθήματά του / της ενώ για κανένα λόγο δε θα πρέπει να παραμερίσει τις καθημερινές ασχολίες και συνήθειες. (Lemone&Bourke, 2004).

Οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι ενημερωμένοι για τις επιπτώσεις που προκαλεί η ασθένεια στη ψυχοσωματική οντότητα του ατόμου και να προσπαθούν με όλες τους τις γνώσεις και τις ικανότητες να τον βοηθήσουν να τις ξεπεράσει.

3.7.9 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη μετανοσοκομειακή φροντίδα

Έπειτα από τη θεραπεία ή την επέμβαση ο ασθενής ενδέχεται να παρουσιάσει ορισμένες ανεπιθύμητες παρενέργειες, τις οποίες ο νοσηλευτής με τις γνώσεις και την εμπειρία του μπορεί να αντιμετωπίσει. Ας δούμε σε κάθε περίπτωση, τρόπους και συμβουλές αντιμετώπισης.

Σύντομα, μετά την έναρξη της θεραπείας, πιθανόν να εντοπιστεί κάποιο εξάνθημα, συχνότερα στο πρόσωπο, το στήθος και την πλάτη, το οποίο συνοδεύεται από κνησμό, αίσθημα καύσης, ευαισθησία ή ξηροδερμία και μπορεί να μοιάζει με ακμή ή ξηροδερμία Στην περίπτωση αυτή, συστήνει στον ασθενή να απευθυνθεί σε έναν ειδικό ιατρό που θα του συστήσει κάποια δερματολογική αγωγή. Επίσης, κατά την διάρκεια της

θεραπείας πιθανόν ο ασθενής να αισθάνεται συχνά την ανάγκη να ξεκουραστεί ή να κοιμηθεί οπότε πρέπει να προσαρμόσει τις καθημερινές του δραστηριότητες και την εργασία του στις ανάγκες του οργανισμού του. Πρέπει να διακόψει το τσιγάρο, να υιοθετήσει έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής και να φροντίσει την διατροφή του.

Επιπλέον, ορισμένες χημειοθεραπείες μπορεί να προκαλέσουν νευροπάθεια. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να συστήσει ελαφρά λυγίσματα ή εκτάσεις των δακτύλων των χεριών και των ποδιών σε καθημερινή βάση για να βελτιώσει την κατάσταση. Αν εντοπιστεί ξηροστομία συστήνει πλύσιμο δοντιών έπειτα από κάθε γεύμα, πλύσεις στόματος με χαμομήλι ή χλιαρό νερό ενώ σε περίπτωση δυσκολίας κατάποσης η τροφή καλό θα είναι να έχει υγρή μορφή. Ακόμη, σε περίπτωση διάρροιας, η πρόσληψη άφθονων υγρών, αφεψημάτων ή αναψυκτικών που στερούνται ζάχαρης βοηθάει στην αποφυγή της αφυδάτωσης ενώ πρέπει να προτιμώνται οι ήπιες τροφές και να αποφεύγονται τα πικάντικα τρόφιμα (Lemone, 2006).

Σύμφωνα με την Τελιοπούλου (2008), η ανορεξία αποτελεί ένα κοινό σύμπτωμα στα άτομα με καρκίνο και συσχετίζεται με το άγχος και την κατάθλιψη. Συνήθως εμφανίζεται κατά τα πρώιμα στάδια της ασθένειας αλλά και όταν ο όγκος μεγαλώσει και εξαπλωθεί. Κάθε ασθενής είναι πολύ σημαντικό να τρέφεται σωστά. Είναι κατανοητό ότι είναι δύσκολο να διατηρήσει την όρεξή του όταν πονάει το στόμα του, η γλώσσα του είναι ερεθισμένη ή δυσκολεύεται στην κατάποση. Αν η ανορεξία επιμείνει, ο ασθενής πρέπει να αναζητήσει την συμβουλή ιατρού.

Στην εκπαίδευση του ασθενούς για μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, ο νοσηλευτής μπορεί να του συστήσει ασκήσεις πλήρους τροχιάς βραχίονος και ώμου της χειρουργημένης πλευράς, που πρέπει να υλοποιούνται καθημερινά αρκετές φορές και ασκήσεις βαθέων αναπνοών για τις πρώτες τουλάχιστον εβδομάδες. Επειδή οι μυς του θώρακος έχουν μια αδυναμία για χρονικό διάστημα περίπου μισού έτους, ο ασθενής πρέπει να αποφεύγει την άρση βάρους άνω των εννέα κιλών μέχρι την πλήρη επούλωση. Επίσης, πρέπει να συστήνει στον ασθενή να σταματήσει κάθε δραστηριότητα που θα του προκαλέσει κόπωση, θωρακικό πόνο ή βράχυνση φωνής και να αποφεύγει κάθε παράγοντα που μπορεί να του προκαλέσει παροξυσμούς βήχα.

Σε περίπτωση που ο ασθενής υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι σε 2 εβδομάδες. Είναι απολύτως φυσιολογικό να νιώθει εξασθετισμένος για αρκετό διάστημα μετά την επέμβαση. Η ανάρρωση του κάθε ασθενούς, όμως, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως το νεαρό της ηλικίας, η προεγχειρητική γενική του κατάσταση, η γρήγορη κινητοποίηση και η συνεργασία με τον φυσιοθεραπευτή, που περιλαμβάνονται στους ευνοϊκούς παράγοντες μιας ταχείας μετεγχειρητικής πορείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Σχετικές έρευνες

Προκειμένου να εμβαθύνω στο θέμα, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σχετικών ερευνών βασισμένες στις παρακάτω πληροφορίες:

- i. Πως αντιμετώπισαν αρχικά τη νόσο του καρκίνου οι ασθενείς και το ευρύτερο περιβάλλον τους
- ii. Πως αντιμετώπισαν οι ασθενείς την ανακοίνωση της επιλογής της θεραπείας από τον θεράποντα ιατρό (πρώτες σκέψεις και αντιδράσεις)
- iii. Ψυχολογικές επιπτώσεις από τη θεραπεία ή την επέμβαση, πάλι ή πιθανή παραίτηση από τη ζωή
- iv. Πόσο προετοιμασμένοι ψυχολογικά ήταν οι πάσχοντες, πριν και μετά τη θεραπεία ή την επέμβαση με το ενδεχόμενο ενός επικείμενου θανάτου.
- v. Ανησυχίες των εθελοντών για τα προσφιλή τους πρόσωπα εξαιτίας πιθανής κληρονομικότητας του καρκίνου και του ενδεχόμενου τα παιδιά τους να υποβληθούν στην ίδια επέμβαση στο μέλλον
- vi. Αλλαγές στη θεώρηση της ζωής όσον αφορά τον τρόπο που τη βιώνουμε, τα λάθη, τις εμπειρίες, τις σχέσεις και άλλα.
- vii. Επιδιώξεις και σχέδια για το μέλλον.

Η ψυχολογική αντίδραση κατά τη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα θεωρείται πολύπλοκη. Μεταβλητές όπως η σχετιζόμενη με τον καρκίνο συμπτωματολογία, η σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα, η συννοσηρότητα, ο

κυτταρικός τύπος και η θεραπεία αποτελούν έγκυρους προγνωστικούς παράγοντες της ψυχολογικής αντίδρασης (Kurtz et al., 2002).

Ψυχική υγεία ασθενών με καρκίνο πνεύμονα (Weiss et al., 2012)

ABSTRACT

Background: Lung cancer is a very common type of cancer. The psychological reactions of these patients haven't been studied yet.

Aim: The examination of the mental health of lung cancer patients.

Methods: A bibliographical review of relevant articles was conducted at the electronic data bases of Pubmed, Ppsych Info and Scholar Google by key-words. The quest included researches and reviews which have been published in Greek and English language between 1990- 2013.

Results: Lung cancer is the second most common type of cancer and the main cause of death from cancer. The psychological reaction depends on the symptomatology, the co- morbidity, the cell type, the physical and social functionality, the therapy. The most important needs of the patients are the emotional ones as well as the need of information. The patients mention the highest levels of psychological discontent and stigmatization in comparison to other types of cancer. They show lots of psychological disorders, with depression to be the most common (11%- 44%). Very few researches have examine the confrontation strategies. Health professionals are the main source of information for the patients and the help that they provide is correlated with all the dimensions of the quality of life (except of the social ones). Oncologists don't recognize in a satisfying degree the patients with distress. Most of the patients use in a limited degree the mental health services. Important determinants of survival are the emotional distress, depression and the coping strategies. Different methods of psychotherapy can be applied in order to diminish the psychological distress. The behavioural interventions decrease nausea and sickness and the disturbance of pain and anxiety. The palliative and

supportive care have to be applied as soon as possible. The psychological reactions of patient's present diversification in recent years because of the change of perceptions about the disease. In the past the diagnosis of lung cancer was treated like a fatal diagnosis but now is considered a form of cancer with effective treatment. The increasing social support and wealth of knowledge for lung cancer cultivate a more favorable environment in which patients manage to cope with the disease more successfully today compared with the past.

Conclusion: The psychological reaction in lung cancer is complicated. There is need for appliance of psychotherapeutic interventions at the patients, in order to increase their survival probabilities and improve their mental health and their quality of life. Future researches are necessary for the investigation of the role of the psychological factors in survival, adaptation and improvement of the quality of life of these patients. Keywords: Lung cancer, psychological symptoms, confrontation strategies, psychological disorders, psychotherapy

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί συχνή μορφή καρκίνου. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις αυτών των ασθενών δεν έχουν μελετηθεί εκτεταμένα.

Σκοπός: Η διερεύνηση της ψυχικής υγείας των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα.

Υλικό-μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικών άρθρων στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed, Psych Info και στο Scholar Google με λέξεις-κλειδιά. Η αναζήτηση περιλάμβανε ερευνητικές εργασίες και ανασκοπήσεις οι οποίες έχουν δημοσιευτεί στην ελληνική και αγγλική γλώσσα μεταξύ 1990- 2013.

Αποτελέσματα: Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η δεύτερη συχνότερη μορφή καρκίνου και η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο. Η ψυχολογική αντίδραση εξαρτάται από τη συμπτωματολογία, τη συννοσηρότητα, τον κυτταρικό τύπο, τη σωματική και

κοινωνική λειτουργικότητα, τη θεραπεία. Οι πιο σημαντικές ανάγκες των ασθενών είναι οι συναισθηματικές και οι ανάγκες πληροφόρησης. Οι ασθενείς αναφέρουν τα υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και στιγματισμού σε σύγκριση με άλλες μορφές καρκίνου. Εμφανίζουν πλήθος ψυχολογικών διαταραχών, με πιο συχνή την κατάθλιψη (11-44%). Ελάχιστες έρευνες έχουν διερευνήσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι επαγγελματίες υγείας είναι η βασική πηγή πληροφόρησης των ασθενών και η βοήθεια που παρέχουν συσχετίζεται με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής (εκτός από τις κοινωνικές). Οι ογκολόγοι δεν αναγνωρίζουν σε ικανοποιητικό βαθμό τους ασθενείς με δυσφορία. Οι περισσότεροι ασθενείς χρησιμοποιούν σε περιορισμένο βαθμό τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Σημαντικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της επιβίωσης είναι η συναισθηματική δυσφορία, η κατάθλιψη και οι στρατηγικές αντιμετώπισης. Για τη μείωση της ψυχικής δυσφορίας μπορούν να εφαρμοστούν διάφορες μέθοδοι ψυχοθεραπείας. Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις μειώνουν τη ναυτία και τον εμετό και την ενόχληση από τον πόνο και το άγχος. Η παρηγορητική και υποστηρικτική φροντίδα πρέπει να εισάγονται όσο το δυνατόν νωρίτερα. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις των ασθενών παρουσιάζουν διαφοροποίηση τα τελευταία χρόνια, εξαιτίας της τροποποίησης των αντιλήψεων για τη νόσο. Στο παρελθόν η διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα αντιμετωπιζόταν σα μια μοιραία διάγνωση, ενώ πλέον θεωρείται μια μορφή καρκίνου με αποτελεσματική θεραπεία. Η αυξανόμενη κοινωνική στήριξη και η πληθώρα γνώσεων για τον καρκίνο του πνεύμονα καλλιεργούν ένα πιο ευνοϊκό περιβάλλον, στο οποίο οι ασθενείς καταφέρνουν να αντιμετωπίσουν τη νόσο με μεγαλύτερη επιτυχία σήμερα σε σύγκριση με το παλαιότερα χρόνια (Weiss et al., 2012).

Συμπεράσματα: Η ψυχολογική αντίδραση στον καρκίνο του πνεύμονα είναι πολύπλοκη. Υπάρχει ανάγκη για εφαρμογή ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στους ασθενείς, προκειμένου να αυξηθούν οι πιθανότητες επιβίωσής τους και να βελτιωθεί η ψυχική υγεία και η ποιότητα ζωής τους. Απαιτούνται μελλοντικές έρευνες για να διερευνηθεί ο ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων στην επιβίωση, στην προσαρμογή και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος πνεύμονα, ψυχολογικά συμπτώματα, στρατηγικές αντιμετώπισης, ψυχολογικές διαταραχές, ψυχοθεραπεία.

Η κατανόηση των αναγκών των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα κατά τη διάρκεια της προδιαγνωστικής φάσης (Wiljer et al., 2012).

Abstract

Patients with lung cancer have numerous and varying needs spanning across the cancer trajectory. Wiljer et al. (2012) studied the needs of cancer patients mainly during the pre-diagnosis phase. High levels of anxiety were reported by many participants (45.6 %). Informational (32.1 %), and emotional (24.1 %) needs were reported as most important while the majority (89.0 %) reported these needs were met. Most participants sought information throughout, with many (38.6 %) rating their oncology health care providers to be the best source of information. The majority (70.0 %) reported that they were not directed to any resources to help address their anxiety. During pre-diagnosis, informational and emotional needs appear most important, and for the majority, these were reportedly met. Although many experienced high levels of anxiety, few were directed to resources to address it.

Περίληψη

Οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα έχουν ποικίλες ανάγκες που εντοπίζονται καθ' όλη την πορεία της νόσου. Οι Wiljer et al. (2012) μελέτησαν τις ανάγκες των ασθενών κυρίως στην προδιαγνωστική φάση. Τα αποτελέσματα παρουσίασαν υψηλά επίπεδα άγχους για πολλούς συμμετέχοντες (45,6%). Ως πιο σημαντικές αξιολογήθηκαν οι ανάγκες πληροφόρησης (32,1%) και οι συναισθηματικές ανάγκες (24,1%) ενώ η πλειοψηφία (89%) παραδέχθηκε ότι οι ανάγκες τους καλύφθηκαν. Παράλληλα, σε

ποσοστό 38,6% επιβεβαίωσαν ότι οι εκπρόσωποι της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν την καλύτερη πηγή πληροφοριών. Η πλειοψηφία (70,0%) ανέφεραν ότι δεν απευθύνθηκαν σε οποιεσδήποτε πηγές για την αντιμετώπιση του άγχους τους. Κατά τη διάρκεια της προ-διάγνωσης, εμφανίζονται κατά κύριο λόγο πληροφοριακές και συναισθηματικές ανάγκες, και για την πλειοψηφία, αυτά αναφέρθηκαν ότι συνάντησαν. Παρά το γεγονός ότι πολλοί αντιμετώπισαν υψηλά επίπεδα άγχους, λίγοι κατευθύνθηκαν σε πηγές για την αντιμετώπισή του.

Στίγμα, ντροπή, και κατηγορία βιωμένα από ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα: ποιοτική μελέτη (Chapple et al., 2004).

Abstract

OBJECTIVES: To draw on narrative interviews with patients with lung cancer and to explore their perceptions and experience of stigma.

DESIGN: Qualitative study.

SETTING: United Kingdom.

PARTICIPANTS: 45 patients with lung cancer recruited through several sources.

RESULTS: Participants experienced stigma commonly felt by patients with other types of cancer, but, whether they smoked or not, they felt particularly stigmatised because the disease is so strongly associated with smoking. Interaction with family, friends, and doctors was often affected as a result, and many patients, particularly those who had stopped smoking years ago or had never smoked, felt unjustly blamed for their illness. Those who resisted victim blaming maintained that the real culprits were tobacco companies with unscrupulous policies. Some patients concealed their illness, which sometimes had adverse financial consequences or made it hard for them to gain support

from other people. Some indicated that newspaper and television reports may have added to the stigma: television advertisements aim to put young people off tobacco, but they usually portray a dreadful death, which may exacerbate fear and anxiety. A few patients were worried that diagnosis, access to care, and research into lung cancer might be adversely affected by the stigma attached to the disease and those who smoke.

CONCLUSION: Patients with lung cancer report stigmatisation with far reaching consequences. Efforts to help people to quit smoking are important, but clinical and educational interventions should be presented with care so as not to add to the stigma experienced by patients with lung cancer and other smoking related diseases.

Οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα αισθάνονται σε σημαντικό βαθμό στιγματισμένοι, στοιχείο που μεγεθύνει τον κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης και επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Στις 15 δημοσιευμένες μελέτες των Chambers et al. (1999- 2011), το στίγμα συνδέθηκε με φτωχότερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία των ασθενών (Chambers et al., 2012). Η συσχέτιση στίγματος με την επιβάρυνση των συμπτωμάτων δεν έχει εκτεταμένα διερευνηθεί, αν και σε σχετική έρευνα εντοπίστηκαν ισχυρές θετικές συσχετίσεις ανάμεσα στο άγχος και το στίγμα. Παράλληλα, το στίγμα παρείχε μια σημαντική εξήγηση της διακύμανσης στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων πέρα από εκείνη της ηλικίας, του άγχους και της κατάθλιψης κατά 1,3% (Cataldo & Brodsky, 2013). Σε παρόμοια μελέτη των Gonzalez & Jacobsen σε 95 ασθενείς που λάμβαναν χημειοθεραπεία βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στο στίγμα και την καταθλιπτική συμπτωματολογία (Gonzalez & Jacobsen, 2012).

Περίληψη

Στόχοι: Για να εντρυφήσετε σε αφηγηματικές συνεντεύξεις με ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα και να διερευνήσετε τις αντιλήψεις και την εμπειρία του στιγματισμού τους.

Σχέδιο: Ποιοτική μελέτη.

Σύνθεση: Ηνωμένο Βασίλειο.

Συμμετέχοντες: 45 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που προσλαμβάνονται μέσω διαφόρων πηγών.

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες βιώνουν το στίγμα πιο συχνά από τους ασθενείς με άλλους τύπους καρκίνου, αλλά, ανεξάρτητα αν κάπνιζαν ή όχι, αισθάνθηκαν ιδιαίτερα στιγματισμένοι, επειδή η ασθένεια είναι έντονα συνδεδεμένη με το κάπνισμα. Η αλληλεπίδραση με την οικογένεια, τους φίλους, και τους γιατρούς συχνά επηρεάζονται ως αποτέλεσμα, και πολλοί ασθενείς, ιδιαίτερα εκείνοι που είχαν σταματήσει το κάπνισμα χρόνια πριν ή δεν είχαν καπνίσει ποτέ, αισθάνθηκαν ότι άδικα κατηγορήθηκαν για την ασθένειά τους. Όσοι παρέμειναν θύματα κατηγορίας υποστήριξαν ότι οι πραγματικοί ένοχοι ήταν οι καπνοβιομηχανίες με αδίστακτους πολιτικές. Μερικοί ασθενείς απέκρυψε την ασθένειά τους, που μερικές φορές είχε αρνητικές οικονομικές συνέπειες ή κατέστησε δύσκολο για αυτούς να κερδίσουν την υποστήριξη από τους άλλους ανθρώπους. Ορισμένοι ανέφεραν ότι οι εφημερίδες και η τηλεόραση μπορεί να έχουν συμβάλει στο στίγμα: οι τηλεοπτικές διαφημίσεις αποσκοπούν να απομακρύνουν τους νέους από τον καπνό, αλλά συνήθως απεικονίζουν έναν φοβερό θάνατο, το οποίο μπορεί να επιδεινώσει το φόβο και το άγχος. Μερικοί ασθενείς ανησυχούν ότι η διάγνωση, ως πρόσβαση στην περίθαλψη και την έρευνα για τον καρκίνο του πνεύμονα ενδέχεται να επηρεαστούν δυσμενώς από την στίγμα που συνδέεται με την ασθένεια και σε όσους καπνίζουν.

Σύνοψη: Οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα ανέφεραν στιγματισμό με εκτεταμένες συνέπειες. Οι προσπάθειες για να βοηθήσουν τους ανθρώπους να σταματήσουν το κάπνισμα είναι σημαντικές, αλλά οι κλινικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να παρουσιάζονται με προσοχή έτσι ώστε να μην προσθέσουν το στίγμα που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα και άλλες ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα.

Οι διαφορές στην ψυχολογική αντίληψη του καρκίνου του πνεύμονα μεταξύ των ασθενών, ιατρικού προσωπικού και φοιτητών της ιατρικής. (Sagan D1, Sak J, Wiechetek M, Pawlikowski J, Olszewska E, Cieślak T., 2012)

Abstract

OBJECTIVES: In clinical practice, medical staff is often unaware that what they think about patient's disease differs much from the perceptions and feelings of the patient. The aim of the study was to analyse the differences in psychological perception of lung cancer between patients treated with combined regimen for lung cancer (n = 30), medical staff (n = 94) and medical students (n = 303).

METHODS: A total of 427 persons were enrolled in this questionnaire study using Imagination and Perception of Illness Scale (IPIS) by Sak. The IPIS scale items described: loss of motivation to carry out specific activities (eight items), mental sphere destruction (six items), physical sphere destruction (eight items), pessimism (four items), being a burden to others (three items) and loss of control over the illness (three items). A seven-point scale from '0', meaning the choice of maximum positive feature, to '6', meaning the choice of maximum negative feature, was used. The higher result obtained within a given factor signified the more negative perception of the illness.

RESULTS: In all IPIS items, the results among patients were significantly lower than among medical staff or students ($P = 0.018$ and $P = 0.001$, respectively). Medical staff and students perceive lung cancer as causing more profound destruction in patient's mental and physical spheres than patients do.

CONCLUSIONS: Patients treated for lung cancer with combined regimen perceive their disease more optimistically than what is imagined by medical staff and students, and may underestimate the threat. It may be explained by psychological adaptation of patients to their disease during prolonged treatment. We believe that informing lung cancer patients in detail about their illness should be recommended to enhance self-awareness and doctor-patient cooperation.

Περίληψη

ΣΤΟΧΟΙ: Στην κλινική πρακτική, το ιατρικό προσωπικό συχνά δεν γνωρίζει ότι αυτό που σκέφτονται για τη νόσο του ασθενούς διαφέρει πολύ από τις αντιλήψεις και τα συναισθήματα του ασθενούς. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να αναλυθούν οι διαφορές στην ψυχολογική αντίληψη του καρκίνου του πνεύμονα μεταξύ των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με συνδυασμένη αγωγή για τον καρκίνο του πνεύμονα ($n = 30$), το ιατρικό προσωπικό ($n = 94$) και τους φοιτητές ιατρικής ($n = 303$).

ΜΕΘΟΔΟΙ: Συνολικά 427 άτομα συμμετείχαν σε αυτή τη μελέτη ερωτηματολογίου χρησιμοποιώντας την κλίμακα της φαντασίας και της αντίληψης της ασθένειας (IPIS) από τον Sak. Τα στοιχεία της κλίμακα IPIS περιγράφονται: η απώλεια των κινήτρων για την εκτέλεση συγκεκριμένων δραστηριοτήτων (οκτώ είδη), η καταστροφή της ψυχικής σφαίρας (έξι είδη), η καταστροφή της φυσικής σφαίρας (οκτώ είδη), η απαισιοδοξία (τέσσερα στοιχεία), το να είσαι ένα βάρος σε άλλους (τρία στοιχεία) και η απώλεια του ελέγχου επί της ασθένειας (τρία στοιχεία). Χρησιμοποιήθηκε μια επτά-σημείων κλίμακα από το «0», σημαίνοντας την επιλογή του μέγιστου θετικού χαρακτηριστικού, μέχρι το «6», που σημαίνει η επιλογή του μέγιστου αρνητικού χαρακτηριστικού. Το υψηλότερο αποτέλεσμα που επιτεύχθηκε σε ένα δεδομένο παράγοντα σηματοδότησε την πιο αρνητική αντίληψη της ασθένειας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε όλα τα αντικείμενα IPIS, τα αποτελέσματα μεταξύ των ασθενών ήταν σημαντικά χαμηλότερα από ό, τι μεταξύ του ιατρικού προσωπικού και τους φοιτητές ($P = 0.018$ και $P = 0,001$, αντίστοιχα). Το ιατρικό προσωπικό και οι φοιτητές αντιλαμβάνονται τον καρκίνο του πνεύμονα ως αποτέλεσμα πιο βαθιάς καταστροφής στη ψυχική και σωματική σφαίρα του ασθενούς από ό, τι οι ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία για καρκίνο του πνεύμονα με συνδυασμένη αγωγή αντιλαμβάνονται τη νόσο τους πιο αισιόδοξα από ό, τι φαντάζονταν το ιατρικό προσωπικό και οι φοιτητές, και μπορεί να υποτιμούν την απειλή. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από την ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών στη νόσο τους κατά τη διάρκεια παρατεταμένης θεραπείας. Πιστεύουμε ότι η ενημέρωση των ασθενών

με καρκίνο του πνεύμονα σε λεπτομέρειες σχετικά με την ασθένειά τους θα πρέπει να συνιστάται για την ενίσχυση της αυτογνωσίας και της συνεργασίας ιατρού-ασθενή.

Περισσότερα: Η κοινωνική υποστήριξη που αποδεικνύεται ευεργετική κατά την προσαρμογή των καρκινοπαθών, κατηγοριοποιείται σε τρεις βασικούς τύπους, τη συναισθηματική, την πληροφοριακή και τη έμπρακτη υποστήριξη. Οι ασθενείς αποδέχονται τη συναισθηματική υποστήριξη ως την πιο σημαντική και βοηθητική μορφή συντροφικής υποστήριξης (Blanchard et al., 1996). Η δυνατότητα να εκφράζουν τις σκέψεις τους για την ασθένεια σε κάποιον που πιστεύουν πως έχει ειλικρινείς προθέσεις και δεν προβάλλει επικριτική διάθεση συσχετίζεται με την ελαχιστοποίηση των επίμονων και αρνητικών σκέψεων (Cordova et al., 2001), ενώ η ικανοποίηση από τη συναισθηματική υποστήριξη σχετίζεται άμεσα με μειωμένα επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης και κατ' επέκταση με βελτίωση της ποιότητας ζωής (Northouse & Peters – Golden, 1993). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή 14 καρκινοπαθών (16-22 ετών), βασικότερες στρατηγικές αντιμετώπισης αποδείχθηκαν η κοινωνική υποστήριξη και η θετική πίστη στην ανάκαμψη (Kyngas et al., 2001).

Αντιμετώπιση και επιβίωση στον καρκίνο του πνεύμονα: μια 10ετή παρακολούθηση (Faller H1, Bülzebruck H., 2002).

Abstract

OBJECTIVE: Little evidence is available to clarify the influence of psychological variables on the outcome of cancer. The authors studied whether style of coping was predictive of survival in lung cancer.

METHOD: A cohort of 103 patients newly diagnosed with cancer was followed for 10 years. Coping was assessed before treatment by using both self-reports and interviewer ratings.

RESULTS: In a survival analysis with adjustment for known biomedical prognostic factors such as tumor stage, histological classification, and Karnofsky

performance status, a depressive coping style, assessed by patients' self-reports, was linked with shorter survival (relative risk=1.91), and an active coping style, as assessed by interviewers' ratings, was linked with longer survival (relative risk=0.72).

CONCLUSIONS: These results support the hypothesis that style of coping predicts survival in lung cancer. The observational design of the study, however, precludes any causal interpretation.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Λίγα στοιχεία είναι διαθέσιμα για να διευκρινιστεί η επίδραση των ψυχολογικών μεταβλητών σχετικά με την έκβαση του καρκίνου. Οι συγγραφείς μελέτησαν κατά πόσο το στυλ της αντιμετώπισης ήταν προβλέψιμο για την επιβίωση στον καρκίνο του πνεύμονα.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Μια ομάδα 103 ασθενών που διαγνώστηκαν πρόσφατα με καρκίνο παρακολούθηθηκε για 10 χρόνια. Η αντιμετώπιση αξιολογήθηκε πριν από τη θεραπεία με τη χρήση δύο αυτο-αναφορών και τις βαθμολογίες των συνεντευξιαζόμενων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε μια ανάλυση επιβίωσης με ρύθμιση για γνωστούς βιοϊατρικούς προγνωστικούς παράγοντες, όπως το στάδιο του όγκου, η ιστολογική ταξινόμηση, και η κατάσταση απόδοσης Karnofsky, ένα καταθλιπτικό στυλ αντιμετώπισης, που αξιολογείται από την αυτο-αναφορά των ασθενών, συνδεόταν με μικρότερη επιβίωση (σχετικός κίνδυνος = 1,91), και ένα ενεργό στυλ αντιμετώπισης, όπως εκτιμάται από αξιολογήσεις των συνεντευξιαζόμενων συνδέθηκε με μεγαλύτερη επιβίωση (σχετικός κίνδυνος = 0,72).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την υπόθεση ότι το στυλ της αντιμετώπισης προβλέπει την επιβίωση στον καρκίνο του πνεύμονα. Η παρατήρησης του σχεδιασμού της μελέτης, ωστόσο, αποκλείει οποιαδήποτε αιτιώδη ερμηνεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ / ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Όλοι οι ασθενείς συνήθως αναφέρουν ότι ζούσαν ανέμελα και ανυποψίαστα την καθημερινότητά τους, θεωρώντας ότι ορισμένες καταστάσεις συμβαίνουν μόνο στους άλλους, μέχρι τη στιγμή που άκουσαν το γιατρό τους να τους το ανακοινώνει. Οι απόψεις τους συγκλίνουν και σε ένα ακόμη σημείο. Μετά από το πρώτο σοκ της ανακοίνωσης της επέμβασης, ακολούθησε ο πόνος, η θλίψη, ο φόβος του θανάτου και ο έντονος θυμός που συνόδευε την ερώτηση «γιατί να συμβεί σε μένα;».

Σύμφωνα με μαρτυρίες ασθενών, μετά τη διάγνωση του καρκίνου και κυρίως μετά την επέμβαση ή την ολοκλήρωση της θεραπείας, οι οικογενειακές και φιλικές σχέσεις τους δοκιμάστηκαν και άλλες τροποποιήθηκαν. Κάποιοι πάσχοντες χαρακτηρίστηκαν από τάσεις προσέγγισης και άλλοι από τάσεις απομάκρυνσης από τους οικείους τους εξαιτίας της άσχημης ψυχολογίας και της αμηχανίας εξαιτίας των αλλαγών στην εμφάνισή τους. Το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον τους κατακλύζονταν από ανάμεικτα συναισθήματα καθώς από τη μια πλευρά κυριαρχούσε η λύπη για την κατάστασή τους ενώ παράλληλα έπρεπε να παρουσιάζουν αισιόδοξη στάση. Οι χημειοθεραπείες, οι ακτινοθεραπείες και η φαρμακευτική αγωγή έχουν αποτέλεσμα έως κάποιο βαθμό. Αλλά η αφοσίωση, η αγάπη, η υποστήριξη και η θετική σκέψη του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος διαδραματίζει εξίσου σημαντικό ρόλο.

Ο ρόλος της οικογένειας είναι ιδιαίτερα σημαντικός και αυτό γιατί είναι ο κεντρικός πυρήνας. Επειδή η διάγνωση του καρκίνου, όποιας μορφής και να είναι, προκαλεί σημαντικό ψυχολογικό άγχος στον πάσχοντα, ο ρόλος της οικογένειας είναι να βοηθήσει το άτομο να βελτιώσει την ποιότητα ζωής με τέτοιον τρόπο ώστε να βελτιωθούν και τα αποτελέσματα θεραπείας (Γκοβίνα, Πατηράκη, 2005). Παρέχει ασφάλεια και βοηθά τον ασθενή να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει τη μάχη του

με τον καρκίνο, στοιχείο που λειτουργεί ως θεραπευτική αντιμετώπιση. Ακόμα, η δημιουργία ενός ήσυχου και ήρεμου περιβάλλοντος βοηθά τον ασθενή που βρίσκεται σε κατάσταση πανικού. Συμβολή, επίσης, της οικογένειας είναι να τονίσει στον ασθενή πως η ζωή του δεν τελείωσε, αλλά πρέπει να συνεχίσει τις προηγούμενες ασχολίες που είχε και την επικοινωνία με τους φίλους του, λαμβάνοντας τα κατάλληλα μέτρα προφύλαξης. Μειώνοντας το επίπεδο άγχους του, θα στρέψει το ενδιαφέρον του στην ίαση.

Ο ρόλος των γιατρών είναι ιδιαίτερα υποστηρικτικός για όλους τους πάσχοντες. Στέκονται δίπλα τους ανθρώπινα, τους αντιμετωπίζουν με αξιοπρέπεια, τους ενθαρρύνουν μέχρι τέλους. Ακόμα και σε περιπτώσεις ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο, οι νοσηλευτές προσφέρουν ανακούφιση και διευκολύνουν την αποδοχή της κατάστασης από τον ασθενή και τους οικείους του. Η κατάλληλη εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη απ' τους επαγγελματίες υγείας βοηθούν τον ασθενή να αντιμετωπίσει με τον καλύτερο τρόπο τον καρκίνο. Έτσι, λοιπόν, ο νοσηλευτής έχοντας ήδη δημιουργήσει μια ειλικρινή επαφή με τον ασθενή δίνει τη δυνατότητα στον πάσχοντα να εκφράσει τις ανησυχίες, τους φόβους και τα συναισθήματά του, συμβάλλοντας σημαντικά στην υποστήριξη αυτής της δύσκολης περιόδου προσφέροντας τις πληροφορίες που απαιτούνται (Γκοβίνα, Πατηράκη, 2005).

Σημαντική θετική επίδραση ασκεί στην ψυχολογία τους και η ψυχοθεραπεία. Τους ωθεί να επαναπροσδιορίσουν τη ζωή, τις αξίες τους, τα προσωπικά τους όρια και τις προτεραιότητές τους. Αν και φαίνεται οξύμωρο, ο καρκίνος δίνει την αφορμή να χαλαρώσουν τους καθημερινούς τους ρυθμούς, να ασχοληθούν περισσότερο με τον αυτό τους και να νιώθουν ευγνωμοσύνη για την κάθε στιγμή της ζωής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα σκάει σαν κεραυνός εν αιθρία και αποδιοργανώνει τη ζωή του ασθενούς και της οικογένειάς του. Οι ανησυχίες για την πορεία της υγείας τους, η αναζήτηση των κατάλληλων ιατρών και της αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης, οι φόβοι που ελλοχεύουν τη θεραπεία σε συνδυασμό με τη σωματική καταπόνηση που συνήθως χαρακτηρίζει τη νόσο, δημιουργούν πολύπλοκα σωματικά, ψυχολογικά, οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα στους ασθενείς. Τα αισθήματα κατά την ανακοίνωση της ασθένειας είναι ποικίλα, ενώ μπορούν να μεταβληθούν από μέρα σε μέρα.. Ανεξάρτητα από τις δηλώσεις του ασθενή, που πιθανόν αρχικά αρνείται πως έχει επηρεαστεί ψυχολογικά εξαιτίας των παρενεργειών της αγωγής, ο θεράπων γιατρός και οι οικείοι του θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι όσον αφορά στις ψυχολογικές και συναισθηματικές του ανάγκες.

Η απειλή που συνοδεύει τη διάγνωση του καρκίνου μπορεί να ερμηνευθεί με αρκετούς τρόπους. Για ορισμένους ερμηνεύεται ως πρόκληση, για άλλους ως απειλή που πρέπει να ξεπεραστεί και για άλλους ως απώλεια. Το προσωπικό νόημα που δίνει το κάθε άτομο στην ασθένειά του αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της προσαρμογής στην ασθένεια. Όταν η βασική αντίληψη για τη ασθένεια είναι η απώλεια, το άτομο βιώνει καταθλιπτικό συναίσθημα, όταν η ασθένεια ερμηνεύεται ως απειλή της υγείας, τότε καταλαμβάνει τον ασθενή έντονο άγχος ενώ όταν το νόημα που το άτομο προσδίδει στη νόσο είναι εισβολή, τότε βιώνει θυμό. Αντίθετα, τα άτομα που αντιμετωπίζουν τη αρρώστια ως πρόκληση προβάλλουν θετική στάση απέναντι στην αγωγή, διαδραματίζουν ενεργό ρόλο στην αποθεραπεία τους και επιδιώκουν να συνεχίσουν τη ζωή τους θετικά και με περισσότερη ελπίδα για το μέλλον.

Ένα από τα πιο συχνά συναισθήματα που βιώνει κάποιος που αντιμετωπίζει τον καρκίνο του πνεύμονα, είναι εκείνο της αίσθησης ότι το άτομο είναι μόνο του. Αυτή η απομόνωση ενδέχεται να επηρεάσει τα άτομα σε διαφορετικά στάδια της ασθένειας, από την αρχική διάγνωση, κατά την διάρκεια της θεραπείας καθώς και μετέπειτα. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους οι άνθρωποι αισθάνονται μόνοι. Συχνά, το αίσθημα της απομόνωσης λαμβάνει μεγαλύτερη ένταση όταν δεν προσπαθεί το άτομο να εκφράσει τα συναισθήματά του, παρόλο που καθίσταται δύσκολο να εκφράσουν στο οικείο τους περιβάλλον τις πραγματικές τους σκέψεις. Αρχικά, επιλέγουν να τους δείξουν ότι είναι καλά, αγωνιζόμενοι να ανταπεξέλθουν στο δύσκολο έργο που κλήθηκαν να διεκπεραιώσουν και χρησιμοποιούν δικαιολογίες για την αλλαγή της διάθεσής τους. Όταν, όμως, βλέπουν ότι δεν μπορούν να διαχειριστούν από μόνοι τους τις υποθέσεις τους, αισθάνονται ότι επιβαρύνουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα, νιώθοντας αισθήματα ενοχής που μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη ή ακόμη και σε επιθετικότητα.

Είναι φυσικό, όταν ενημερώνεται κάποιος ότι πάσχει από καρκίνο του πνεύμονα, να ανησυχεί για το ότι πρόκειται να του συμβεί, την τελική έκβαση, το θάνατο και τους αγαπημένους του ανθρώπους. Το άγχος αποτελεί μία φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού απέναντι στον κίνδυνο, αφού η αίσθηση ότι απέναντι σε κάτι απειλητικό για εκείνον τον αφυπνεί, καθιστώντας τον ικανό να εναντιωθεί σε αυτόν τον κίνδυνο. Οι εθελοντές που παραδέχθηκαν ότι είχαν καταληφθεί από άγχος, παραπονιούνταν για αίσθημα κόπωσης, δυσκολία συγκέντρωσης, δυσκολία στον ύπνο και ευερεθιστότητα.

Η ανακοίνωση ότι κάποιος πάσχει από καρκίνο του πνεύμονα, η διαδικασία των θεραπειών, οι επαναλαμβανόμενες εξετάσεις αλλά και ο αντίκτυπος στην προσωπική τους ζωή είναι ορισμένοι από τους λόγους που μπορεί ένα άτομο να έχει άσχημη διάθεση, αν και η θλίψη υποχωρεί σταδιακά και το άτομο δραστηριοποιείται ξανά και προσπαθεί να επιστρέψει στην καθημερινότητα του. Σε ορισμένες, όμως, περιπτώσεις η άσχημη διάθεση έδειξε να επιδείνωση παρά σημάδια βελτίωσης. Το άτομο ενδέχεται να μη λαμβάνει ικανοποίηση από δραστηριότητες που παλαιότερα τον ευχαριστούσαν, να χάνει το ενδιαφέρον του και να νιώθει ευερέθιστος ή να παρουσιάζει διαταραχή στον ύπνο και απώλεια της όρεξής του. Επιπλέον, το άτομο μπορεί να βιώνει αισθήματα

απαξίωσης προς τον εαυτό του και να αντιμετωπίζει δυσκολίες στη συγκέντρωση αλλά και στη μνήμη του.

Όσων αφορά στην εικόνα του σώματος, που αποτελεί την εσωτερική αναπαράσταση που έχει ο καθένας για την εξωτερική του εμφάνιση, διαταράσσεται με ποικίλους τρόπους όταν ένα άτομο πάσχει από καρκίνο αφού οι θεραπείες επιφέρουν ριζικές αλλαγές στο σώμα όπως είναι η απώλεια μαλλιών, η αφαίρεση μελών του σώματος, χειρουργικά σημάδια, κηλίδες στο δέρμα, αλλαγή του σωματικού βάρους και άλλα. Ορισμένες αλλαγές είναι μόνιμες ενώ άλλες είναι παροδικές. Ακόμη και αν τα σημάδια δεν είναι εμφανή από τους άλλους, είναι υπαρκτά για εκείνον που τα έχει και διαταράσσεται η εικόνα του εαυτού του. Αισθάνονταν προδομένοι από το σώμα τους και θεωρούσαν ότι έχουν χάσει τους ρόλους τους. Ορισμένοι, όμως, διαμορφώνουν μία θετική εικόνα για τον εαυτό τους, εκτιμούν την ανθεκτικότητα του οργανισμού τους και επαναξιολογούν την αξία της υγιεινής ζωής και καλής φυσικής κατάστασης.

Στην ψυχολογία, ο φόβος και το άγχος συχνά περιγράφονται σαν δύο διαφορετικές έννοιες. Ο φόβος θεωρείται το συναίσθημα που είναι άμεσα συνδεδεμένο με κάποια συγκεκριμένη απειλή ή κίνδυνο ενώ το άγχος θεωρείται ένα γενικευμένο συναίσθημα που προκαλείται από μια απροσδιόριστη κατάσταση. Είναι απολύτως φυσιολογικό κάθε άτομο που απειλείται η ζωή του από μια σοβαρή αρρώστια να βιώνει άγχος καθώς αντιμετωπίζει την πιθανότητα να πεθάνει.. Είναι σημαντικό να καταλάβει ο άρρωστος από πού προέρχονται οι φόβοι του και πως συνδέονται με τον τρόπο που αντιμετωπίζει τη ζωή γενικότερα. Γι' αυτό, σκοπός της ψυχολογικής παρέμβασης είναι να βοηθήσει το άτομο να εντοπίσει, να εκφράσει και να αποδεχθεί τους φόβους που κρύβονται πίσω από το άγχος θανάτου.

Ο φόβος που αντιμετωπίζει οποιοδήποτε άτομο προβληματίζεται με το θάνατό του μπορεί να λάβει ποικίλες μορφές.

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

- ο φόβος εξάρτησης: όταν ο ασθενής φοβάται περισσότερο μην χάσει τον αυτοέλεγχό του, μην περιοριστούν οι ικανότητες και δραστηριότητές του καθώς και η ανεξαρτησία του

- ο φόβος του πόνου: κάθε ασθενής δέχεται πιο ομαλά τον πόνο όταν μπορεί να τον δικαιολογήσει ή όταν γνωρίζει ότι θα ανακουφιστεί μετέπειτα. Για εκείνον που πεθαίνει, φοβάται πως θα έχει έναν επώδυνο ή αργό θάνατο δίχως να μπορεί να αντιληφθεί την αιτία
- ο φόβος της ταπείνωσης: όταν ο ασθενής πλησιάζει στον θάνατο φοβάται μήπως παραμορφωθεί και υποστεί απώλειες στο επίπεδο της αυτοεκτίμησης και ακεραιότητάς του. Επειδή αισθάνεται ανήμπορος μπροστά στην απειλή του θανάτου, φοβάται ότι θα χάσει την αξιοπρέπεια και τον αυτοσεβασμό του, νιώθοντας ότι δεν θα είναι αποδεκτός ή αγαπητός από τα συγγενικά του πρόσωπα
- ο φόβος της απομόνωσης, της απόρριψης και της μοναξιάς: συχνά συγγενείς που υποφέρουν να βλέπουν τον ασθενή να πεθαίνει απομακρύνονται από εκείνον πρόωρα
- ο φόβος του αποχωρισμού: Κάθε άρρωστος που πρόκειται να πεθάνει, προβληματίζεται πώς θα αντιμετωπίσουν οι συγγενείς του το θάνατό του, τι θα απογίνουν οι δικοί του χωρίς αυτόν.

Η κατάθλιψη αποτελεί κοινή ψυχιατρική επιπλοκή σε όλους τους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, ανεξάρτητα από το στάδιο και την πορεία της νόσου. Είναι πολύ σημαντικό για τους θεράποντες νοσηλευτές και ιατρούς να αναγνωρίζουν και να διαχωρίζουν το άγχος που σχετίζεται με την ασθένεια από τα κλινικά συμπτώματα της καταθλιπτικής διαταραχής.

Παράλληλα, η σχετιζόμενη με τον καρκίνο του πνεύμονα κόπωση, παρεμβαίνει στη λειτουργικότητα του ατόμου, σχετίζεται με την ποιότητα ζωής αλλά και με την ψυχολογική και λειτουργική νοσηρότητα, συνδέεται άμεσα με τη κατάθλιψη, τη αίσθηση του αβοήθητου και την επιθυμία για έναν γρήγορο και ανώδυνο θάνατο. Οι ασθενείς με καρκίνο αντιλαμβάνονται την εξάντληση ως ένα πολύ δυσάρεστο σύμπτωμα που σχετίζεται άμεσα με τον καρκίνο και τη θεραπεία του, πιο δυσάρεστο ακόμα και από τον πόνο ή τη ναυτία.

Επιπλέον ατομικοί παράγοντες που διαμορφώνουν την προσαρμοστικότητα στον καρκίνο είναι οι προσωπικοί, οι οποίοι συμπεριλαμβάνουν την προϋπάρχουσα

προσωπικότητα, τη δύναμη του εγώ, την ικανότητα προσαρμογής και αντιμετώπισης των νέων δεδομένων, την επίδραση του καρκίνου στη συγκεκριμένη φάση της ζωής του, το βαθμό υποστήριξης από το οικείο περιβάλλον του ασθενούς αλλά και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών σχετίζεται με διάφορες παραμέτρους όσον αφορά τον καρκίνο γενικότερα και τον καρκίνο του πνεύμονα ειδικότερα. Σχεδόν οι μισοί από τους εθελοντές υπέδειξε ελλιπή γνώση ή μάλλον αδιαφορία για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και ελάχιστο ενδιαφέρον για προληπτικές εξετάσεις και θεραπείες που συντελούν την προσπάθεια διακοπής του.

Επιπλέον, οι ασθενείς παραδέχονται πως η προσφορά του νοσηλευτή στη ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς είναι ιδιαίτερα σημαντική για εκείνους, καθώς τους δίνεται η ευκαιρία να αισθανθούν άνετα και να εκφράσουν τις ανησυχίες, τους φόβους και άλλα συναισθήματά τους, σε ένα ακόμη πρόσωπο πέρα από τα οικεία τους, που έδειξε πραγματικό ενδιαφέρον για την πορεία της υγείας τους. Είναι λογικό να υπάρχουν ασθενείς που δε νιώθουν έτοιμοι να συζητήσουν και να εκφράσουν τις ανησυχίες και τα ερωτήματά τους, αλλά η δημιουργία ενός ήσυχου και ήρεμου περιβάλλοντος βοηθά τον ασθενή που διακατέχεται από φόβο. Τέλος, ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται από όλους τους πάσχοντες στη συμβολή της οικογένειας στην ψυχολογική υποστήριξή τους, η οποία βοηθά τον ασθενή να αντιμετωπίσει τον καρκίνο με τον καλύτερο τρόπο. Είναι εξαιρετικά σημαντική η επικοινωνία με τα οικεία πρόσωπα του ασθενούς και η υποστήριξή τους, κυρίως την περίοδο που διακατέχονται από το άγχος που δημιουργείται απ' την αναμονή των αποτελεσμάτων των διαγνωστικών εξετάσεων ή όταν έρχονται αντιμέτωποι με την ανάγκη να υποβληθούν σε επώδυνες διαγνωστικές διαδικασίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όλοι οι ασθενείς αρχικά αντιμετωπίζουν τη νόσο σα μια πραγματική απώλεια που συνοδεύεται από θλίψη και ψυχικό πόνο. Απαιτείται χρόνος προκειμένου να αποδεχθούν τη νέα κατάσταση ενώ διακατέχονται συνεχώς από αρνητικές σκέψεις και αμφιβολία σχετικά με την εικόνα και την πορεία της υγείας τους. Αυτές οι σκέψεις χαρακτηρίζουν τη δύσκολη ψυχικά περίοδο έπειτα από τη θεραπεία και την επέμβαση.

Όποια και αν είναι η παρέμβαση που επιλέγει ο θεράπωντας ιατρός ως κατάλληλη για την απαλλαγή από τον καρκίνο του πνεύμονα, γίνεται αποδεκτή σα μια αναπόφευκτη απόφαση που σώζει τη ζωή τους. Αυτή η αίσθηση αποτελεί αντανάκλαση του τρόπου που δέχονται ο κοινωνικός περίγυρος τη νόσο τους. Από τη μια πλευρά, φαίνεται ότι συμβιβάζονται με το στίγμα που τους συνοδεύει αλλά ταυτόχρονα επιθυμούν να το αποποιηθούν. Η κατάσταση αυτή γίνεται εμφανής μέσω της τροποποιημένης τους συμπεριφοράς κατά τους διαπροσωπικές σχέσεις. Επομένως, καθίσταται καθοριστικός ο ρόλος του κοινωνικού περιγύρου προκειμένου να μειωθεί αυτή η αίσθηση της διαφορετικότητας και του στιγματισμού ως καρκινοπαθείς.

Οι περισσότεροι ασθενείς εστιάζουν στη συνολική ανανοηματοδότηση της ζωής που τους προσέφερε αυτή η εμπειρία, στον επαναπροσδιορισμό των προτεραιοτήτων, στην αίσθηση της προσωπικής τους ανάπτυξης, την νέα εκτίμηση της ζωής, την ανακατάταξη των διαπροσωπικών σχέσεων και τον μεγαλύτερο σεβασμό προς τον εαυτό τους. Αν και οξύμωρο, η θεραπεία και η επέμβαση αποτελούν εφελτήριο για μια καλύτερη ποιότητα ζωής καθώς αξιολογούν τους στόχους, τις αξίες και τις προτεραιότητές τους. Στην ουσία τους βγάζει από το λήθαργο της ρουτίνας που μέχρι τότε ζούσαν και επαναπροσδιορίζουν τι πραγματικά χρειάζονται στη ζωή τους και πώς θέλουν να τη ζήσουν από εδώ και πέρα.

Όπως είναι εμφανές, ο ρόλος του νοσηλευτή, δεν περιορίζεται μόνο στην οργανική, αλλά επεκτείνεται και στην ψυχολογική κατάσταση. Όπως αναφέρει και ο Κυζιρίδης (2005), η εποχή που ο καρκίνος θεωρούνταν στίγμα έχει παρέλθει, αφού αποτελεί μια ασθένεια του συνόλου του ανθρώπινου οργανισμού και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με σφαιρικό και ολιστικό τρόπο. Κλείνοντας, λοιπόν, καταλήγω σε προσωπικό επίπεδο στο συμπέρασμα ότι αυτή η πτυχιακή εργασία, μου έδωσε τη δυνατότητα να διευρύνω τους ορίζοντές μου και να αποκτήσω νέες γνώσεις που θα με βοηθήσουν στο μέλλον να τις εφαρμόσω σε πιθανούς ασθενείς, έχοντας μια πιο πλήρη εικόνα των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν αλλά ταυτόχρονα γνωρίζοντας καλύτερα τον τρόπο που μπορώ να τους χειριστώ και να συμμετάσχω ενεργά στη βελτίωση της ψυχολογίας τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αιγυπτιάδου και συν (2001). *Ανατομία- Φυσιολογία*. 3ης έκδοσης. Θεσσαλονίκη: Οργανισμός εκδόσεων Διδακτικών βιβλίων.
- Ανδρουλάκης Γεώργιος Α. (2001). *Περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα*. Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης
- Γκοβίνα Ο. & Πατηράκη Ε. (2005). *Η οικογένεια ως χορηγός φροντίδας ασθενών με καρκίνο προχωρημένου σταδίου*. Νοσηλευτική 44 (1), 63-70.
- Κατρίτση, Κελέκη, Κούβελα, *Στοιχεία ανατομίας - Στοιχεία φυσιολογίας*, Εκδόσεις Ιδρύματος Ευγενιδίου, Αθήνα 2012, σελ 99-106.
- Κυζιρίδης Θ.Χ. (2005). *Ψυχοπαθολογία του καρκίνου*. Νοσηλευτική 44 (2), 186-193.
- Μπουλουτζα Πεννυ, (2008), «Αδιαφορία Ελλήνων για την Πρόληψη του Καρκίνου», [Διαθέσιμο στο: http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_03/10/2008_286909], (Ημερ/νία πρόσβασης: 19/09/2016)
- Νιζάμη Μαρία. *Καρκίνος πνεύμονα μια νόσος με “ύπουλα” συμπτώματα*. Δημοσιεύτηκε στο Ιατρικό Ένθετο "ΛΟΓΟΙ ΥΓΕΙΑΣ" της Εφημερίδας "ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ" την Τετάρτη 28 Οκτωβρίου 2015
- Παπαχρήστος ΧΙ (2006). *Εισαγωγή στη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του*
- *πνεύμονα*. Διαθέσιμο σε www.iatronet.gr [Ημερομηνία ανάκτησης 31/08/2016].

- Πατέρας Χ., Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε., Αναγνωστόπουλος Φ., Κουτσιαύτη Π., Στάνηρα Σ., Κόκκαλης Γ.Α., (2004). *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*. Αθήνα.
- Περάκη Β.Ν., Μπαρώνα Φ.Γ., Παπασιδέρη Ι.Σ., (2000), *Αγωγή σε θέματα Υγείας : Ο ανθρώπινος οργανισμός*, Αθήνα: Συμμετρία.
- Ρηγάτος Α. Γεράσιμος, *Θέματα Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας*, Εκδ. ASCENT, Αθήνα, 2007
- Τελιοπούλου Ζ. (2008). *Καρκίνος και διατροφή*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
- <http://www.dietup.gr/gynaika/diatrofi/1271.html> (30/08/2016).
- Τριχόπουλος Δ., (1982), «*Επιδημιολογία*», Αθήνα: Λίτσας.
- Χατζημπούγιας Ι (2000). *Στοιχεία Ανατομικής Του Ανθρώπου*. 4ης έκδοσης. Θεσσαλονίκη

Διεθνής

- American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures 2014*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2014
- Ardizzoni A, Favaretto A, Boni L et al. (2005). *Platinum- etoposide chemotherapy in elderly patients with small- cell lung cancer: results of a randomized multicenter phase II study assessing attenuated- dose or full- dose with lenograstim prophylaxis- - a Forza Operativa Nazionale Italiana Carcinoma Polmonare and Gruppo Studio Tumori Polmonari Veneto (FONICAP- GSTPV) study*. J Clin Oncol.;23(3):569.
- Baka, Faivre-Finn, Papakotoulas, Blackall, Anderson, Lorigan, Thatcher (2005). *Platinum based chemotherapy with thoracic radiotherapy in stage III good performance status NSCLC patients*. Eur. J. C 3/3, -ECCO 13 Educational Book.

- Barlesi F, Boyer L, Doddoli C, Antoniotti S, Thomas P, Auquier P (2005). *The place of patient satisfaction in quality assessment of lung cancer thoracic surgery*. Chest, 128:3475-3481.
- Brownson, Ross C.; Chang, Jian C.; Davis, James R. (1992). *Gender and Histologic Type Variations in Smoking-Related Risk of Lung Cancer*. Epidemiology Lippincott-Raven Publishers. 3:61-64
- Burstein HJ, Harris JR, Morrow M.(2011). *Malignant tumors of the breast*. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds.DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2011
- Cataldo, JK. & Brodsky, JL. (2013). *Lung cancer stigma, anxiety, depression and symptom severity*. Oncology, 85(1):33-40.
- Chambers, SK., Dunn, J. , Occhipinti, S., Hughes, S., Baade, P., Sinclair, S., Aitken, J., Youl, P., O'Connell, DL. (2012). *A systematic review of the impact of stigma and nihilism on lung cancer outcomes*.BMC Cancer, 20;12:184.
- Chan CW, Richardson A, Richardson J (2011). *Managing symptoms in patients with advanced lung cancer during radiotherapy: results of a psychoeducational randomized controlled trial*. The Netherlands School of Nursing, 41(2):347-57.
- Chang, L; Rivera, MP (2015). Chapter 112: *Clinical evaluation, diagnosis, and staging of lung cancer*. In Grippi, MA; Elias, JA; Fishman, JA; Kotloff, RM; Pack, AI; Senior, RM.Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders (5th ed.). McGraw-Hill.
- Chao Zhang , Guowen Wang, Xiuxin Han, Zhiwu Ren, Jian Duo (2016), *Comparison of the therapeutic effects of surgery combined with postoperative radiotherapy and standalone radiotherapy in treating spinal metastases of lung cancer*, Clinical Neurology and Neurosurgery, Volume 141, pp 38–42

- Chapple, A., Ziebland, S., McPherson, A.(2004). *Stigma, shame and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study*, BMJ, 19;328(7454):1470
- Cordova, MJ., Cunningham, LL., Carlson, CR., Andrykowski, MA. (2001). *Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study*. Health Psychology, 20(3): 176- 185.
- Detterbeck FC, Boffa DJ, Tanoue LT. *The New Lung Cancer Staging System*. Chest 2009
- Dewit C.Susan (2009). *Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες και Πρακτική*, τόμος II (επιμέλεια / μετάφραση Λαμπρινού Α. & Λεμονίδου Χ.). Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ Πασχαλίδης, Αθήνα .
- Dragven KHStover D Dmitrovsy E (2003). *Lung cancer prevention: The Guidelines*. Chest, 123:60S-71S.
- Fairchild, A; Harris K, Barnes E et al. (August 2008). *Palliative thoracic radiotherapy for lung cancer: a systematic review*. Journal of Clinical Oncology 26 (24)
- Faller H. & Bulzebruck H. (2002). *Coping and survival in lung cancer: a 10-year follow-up*. Am J Psychiatry, 159 (12): 2105-7.
- Flannery M. (2005). *Core curriculum for oncology nursing*. 4th ed. St. Louis, Missouri:Elsevier Saunders
- Garassino MC, Torri V, Michetti G et al. (2011). *Outcomes of small- cell lung cancer patients treated with second- line chemotherapy: a multi- institutional retrospective analysis*. Lung Cancer. 2011 Jun;72(3):378- 83.
- Gonzalez, BD. & Jacobsen, PB. (2012). *Depression in lung cancer patients: the role of perceived stigma*. Psychooncology, 21(3):239-246

- Hirsch Fred R, Giorgio V Scagliotti, James L Mulshine, Regina Kwon, Walter J Curran Jr, Yi-Long Wu, Luis Paz-Ares (2016), *Lung cancer: current therapies and new targeted treatments*, In Press, Corrected Proof
- Hirschowitz Edward A. , Hiestand David M., Yannelli John R. (2006), *Vaccines for Lung Cancer*. Journal of Thoracic Oncology, Volume 1, Issue 1, P. 93–104.
- Ikushima, H (2010). *Radiation therapy: state of the art and the future*. Journal of Medical Investigation 57 (1–2)
- Jänne PA, Freidlin B, Saxman S et al. (2002). *Twenty- five years of clinical research for patients with limited- stage small cell lung carcinoma in North America*. Cancer. .;95(7):1528.
- Johnson RL, Miller JM. (1968). *Distribution of ventilation, blood flow and gas transfer coefficients in the lung*. J Appl Physiol; 25: 1-15.
- Kirkova J., Davis M.P., Walsh D., Tiernan E., O’Leary N., LeGrand S.B., Lagman R.L., Russell K.M.(2006). *Cancer symptom assessment instruments: a systematic review*. J Clin Oncol.
- Knopf K (2005). *Lung Cancer*. Available at www.healthcentral.com [Accessed 17/01/2012]. Kvale PA, Simoff M, Prakash UBS (2003). *Palliative care*. Chest, 123:284S-311S
- Kurtz, ME., Kurtz, JC., Stommel, M., Given, CW., Given, B. (2002). *Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with lung cancer-a longitudinal analysis*. Psychooncology, 11(1):12-22
- Kyngäs, H., Mikkonen, R., Nousiainen, EM., Ryttilähti, M., Seppänen, P., Vaattovaara, R., Jämsä, T.(2001). *Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer*. Eur J Cancer Care, 10(1):6-11.

- Liao YC, Liao WY, Shun SC, Yu CJ, Yang PC, Lai YH (2011). *Symptoms, psychological distress, and supportive care needs in lung cancer patients*. Support care cancer
- Lehto RH (2011). *Identifying Primary concerns in patients newly diagnosed with lung cancer*. Oncology Nursing Forum
- Lemone P., & Burke K. (2006). *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική*. Μτφρ. Παναγιωτακη-Μπροκαλάκη, Η. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.
- Llonch MV, Weycker D, Glass A, Gao S, Borker R, Barber B, Oster G (2011). *Healthcare costs in patients with metastatic lung cancer receiving chemotherapy*. BMC health services research
- LoCicero J, Ponn RB, Daly BDT. (2000), *Surgical Treatment of Non-Small Cell Lung Cancer*. In: Shields TW, LoCicero J, Ponn RB (eds), *General Thoracic Surgery*, 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Lowe M, Molassiotis A (2011). *A longitudinal qualitative analysis of the factors that influence patient distress within the lung cancer population*. School of Nursing, 74(2):344-8
- Lu, C. Onn A, Vaporciyan AA et al. (2010). « *Cancer of the Lung*». Holland-Frei Cancer Medicine (8th έκδοση). People's Medical Publishing House
- Mayo Clinic. 2003. *Lung Cancer*. Available at <http://www.mayoclinic.com/health/lungcancer/DS00038> [Accessed 30/08/2016].
- Northouse, LL. & Peters-Golden, H.(1993). *Cancer and the family: strategies to assist spouses*. Semin Oncol Nurs,9(2):74-82.
- Peto, R. Lopez AD, Boreham J et al. (2006). *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000: Indirect estimates from National Vital Statistics*. Oxford University Press.

- Pocock, Gillian; Richards, Christopher D. (2006). *Human physiology : the basis of medicine* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press. pp. 315–318.
- Radwin L, Farquhar S, Knowles M, Virchick B. *Cancer patients' descriptions of their nursing care*. Journal of Advanced Nursing, 2005, 50(2): 162-169
- Runge M, & Greganti MA (2004). *Παθολογία: βασικές αρχές*. 1η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης ΕΠΕ.
- Sagan, D., Sak, J., Wiechetek, M., Pawlikowski, J., Olszewska, E., Cieślak, T.(2012). *Differences in psychological perception of lung cancer between patients, medical staff and medical students*.Eur J Cardiothorac Surg, 41(3):607-11.
- Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L. Cook P. *The unmet supportive care needs of patients with cancer*. Cancer 2000, 88(1):225–36
- Spiro SG, James LE, Rudd RM et al. (2006). *Early compared with late radiotherapy in combined modality treatment for limited disease small- cell lung cancer: a London Lung Cancer Group multicenter randomized clinical trial and meta- analysis*. J Clin Oncol.;24(24):3823.
- Sundstrom S, Bremnes RM, Kaasa S et al. (2002). *Cisplatin and etoposide regimen is superior to cyclophosphamide, epirubicin, and vincristine regimen in small- cell lung cancer: results from a randomized phase III trial with 5 years' follow- up*. J Clin Oncol. 2002;20(24):4665.
- Tanseth K.A., Hokland B.M., Tindholdt TT (2008). *Quality of life, patient satisfaction and cosmetic outcome after breast reconstruction using DIEP flap or expandable breast implant*. J,Plast. Reconstr. and Aesthetic.
- Taylor, R; Najafi F, Dobson A (2007). *Meta-analysis of studies of passive smoking and lung cancer: effects of study type and continent*. International Journal of Epidemiology 36 (5): 1048–1059.

- The National Lung Screening Trial Research Team (2011). *Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening*. The New England journal of medicine, 365:395-409.
- Weiss t., Weinberger M., Schwerd AM, Holland J. (2012). *A 30-year perspective on psychosocial issue in lung cancer: how lung cancer “Came out of the Closet”*. Thorac Surg Clin, 22(4): 449-56.
- Wiljer, D., Walton, T., Gilbert, J., Boucher, A., Ellis, PM., Schiff, S., Sellick, SM., Simunovic, M., Bezjak, A., Urowitz, S. (2012). *Understanding the needs of lung cancer patients during the pre-diagnosis phase*. J Cancer Educ, 27(3):494-500

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΜΥΘΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

- **«Γιατί να σταματήσω το κάπνισμα; Η ζημιά στον οργανισμό μου έχει ήδη γίνει!»**

Πραγματικότητα: Είκοσι λεπτά από το τελευταίο τσιγάρο η αρτηριακή πίεση γίνεται κανονική, οι καρδιακοί παλμοί επανέρχονται στο φυσιολογικό τους ρυθμό και η θερμοκρασία του σώματος επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα. Μετά από 8 ώρες το επίπεδο του μονοξειδίου του άνθρακα στο αίμα επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα και το οξυγόνο στο αίμα αυξάνεται. Μετά από 24 ώρες η γεύση και η όσφρηση βελτιώνονται. Μετά από 72 ώρες η αναπνοή γίνεται ευκολότερη, αφού οι αεραγωγοί των πνευμόνων χαλαρώνουν. Μετά από δύο μήνες βελτιώνεται η κυκλοφορία του αίματος, ο πρώην καπνιστής νιώθει μεγαλύτερη ζωντάνια, μπορεί να ανεβαίνει τις σκάλες, να

περπατά γρηγορότερα και να γυμνάζεται χωρίς να λαχανιάζει και η λειτουργία των πνευμόνων αυξάνεται έως και 30%. Μετά από 5 χρόνια μειώνεται σχεδόν στο μισό ο κίνδυνος του αιφνίδιου θανάτου από καρδιακή προσβολή. Μετά από 10 χρόνια αντικαθίστανται με φυσιολογικά τα προ-καρκινικά κύτταρα που δημιουργούνται από το κάπνισμα και ο κίνδυνος για την εκδήλωση καρκίνου του πνεύμονα, καρδιοπαθειών και εγκεφαλικών επεισοδίων γίνεται σχεδόν ο ίδιος με αυτόν που διατρέχουν τα άτομα που δεν κάπνισαν ποτέ .

➤ **«Το κάπνισμα μου προσφέρει απόλαυση και διέξοδο από το άγχος και το στρες»**

Πραγματικότητα: Όταν η νικοτίνη στο αίμα σας πέφτει σε χαμηλά επίπεδα έχετε συμπτώματα στέρησης, είστε νευρικοί και νιώθετε άγχος. Καπνίζοντας, αυξάνονται τα επίπεδα νικοτίνης, γίνεστε λιγότερο νευρικοί και μειώνεται το άγχος. Επομένως, το κάπνισμα είναι ο τρόπος που ικανοποιείται ο εθισμός στη νικοτίνη και η απόλαυση που δημιουργείται είναι αποτέλεσμα αυτού του εθισμού.

➤ **«Δεν έχω τη δύναμη να σταματήσω το κάπνισμα»**

Πραγματικότητα: Η θέληση και η αποφασιστικότητα, εξελίσσονται και αλλάζουν. Η απόφαση να διακόψετε το κάπνισμα ενισχύεται, αν αναλογιστείτε όλα όσα έχετε καταφέρει μέχρι σήμερα στη ζωή σας. Αντλήστε δύναμη και βάλτε τους στόχους σας. Μετά τις πρώτες δύσκολες μέρες, θα νιώσετε περήφανοι για τον εαυτό σας. 4ος Μύθος: «Δεν υπάρχει κανείς που μπορεί να με βοηθήσει να κόψω το κάπνισμα» Πραγματικότητα: Υπάρχει και καταρχήν είναι ο εαυτός σας. Πολλοί πρώην καπνιστές λένε ότι κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα όταν σταμάτησαν να ψάχνουν γύρω τους για βοήθεια και στράφηκαν στον εαυτό τους για να βρουν τη δύναμη να κόψουν το τσιγάρο.

Με ποιο τρόπο μπορούμε να διακόψουμε το κάπνισμα;

Το να διακόψει κανείς το κάπνισμα δεν είναι εύκολη υπόθεση. Ούτε όμως και αδύνατο. Οι περισσότεροι το κόβουν από μόνοι τους. Αρκεί να το αποφασίσουν και να δείξουν θέληση, ειδικά τις πρώτες μέρες. Στην προσπάθεια αυτή ασφαλώς βοηθάει κάποια προετοιμασία και ορισμένες πρακτικές ρυθμίσεις:

- Δημιουργήστε ένα ευνοϊκό περιβάλλον. Μειώστε τους πειρασμούς, εξαφανίστε τα τσιγάρα και τα τασάκια από το περιβάλλον σας.
- Αποφεύγετε μέρη που καπνίζουν και γεμίστε το χρόνο σας με δραστηριότητες που σας ταιριάζουν (διάβασμα, μουσική, άσκηση, σινεμά).
- Σταματήστε το κάπνισμα μαζί με ένα άλλο μέλος της οικογένειας, ένα φίλο, ένα συνάδελφο. Η ψυχολογική αλληλοβοήθεια είναι αποτελεσματική.
- Ανακοινώστε επίσης στο περιβάλλον σας ότι σταματήσατε να καπνίζετε.
- Διαλέξτε την κατάλληλη στιγμή της διακοπής, μακριά από επαγγελματικά και οικογενειακά προβλήματα.
- Για τους λίγους καπνιστές που μπορεί να αυξηθεί το βάρος τους μετά τη διακοπή, αρχίστε από πριν να τρώτε υγιεινά και μικρότερες μερίδες, προτιμώντας τα φρούτα αντί για τα γλυκά, χυμούς και πολύ νερό αντί για αλκοόλ.
- Μην αφήνεται άλλους να καπνίζουν στο σπίτι σας ή στο χώρο εργασίας σας (που έτσι κι αλλιώς απαγορεύεται) και αποφύγετε τις πρώτες μέρες μέρη με πολλούς καπνιστές, προτιμώντας μέρη που απαγορεύεται το κάπνισμα.
- Για να μειώσετε το άγχος από τη στέρηση της νικοτίνης, αναγνωρίστε τις καταστάσεις που σας δημιουργούν άγχος, πάρτε πολλές βαθιές αναπνοές, πίνετε πολύ νερό, μάθετε να εκφράζεται τα συναισθήματά σας, αποκτήστε ένα χόμπι και κάντε συχνά γυμναστική.
- Πάνω απ' όλα όμως, το μυστικό της επιτυχίας είναι η θέληση και η αποφασιστικότητα.

Τι γίνεται όμως εάν προσπαθήσουμε να κόψουμε το τσιγάρο και δεν τα καταφέρουμε; Πρώτα απ' όλα δεν απελπιζόμαστε και δεν τα παρατάμε. Λίγοι τα κατάφεραν με την πρώτη. Γι' αυτό και ξαναδοκιμάζουμε φροντίζοντας όλα όσα αναφέραμε την προηγούμενη εβδομάδα. Αν όμως τα πράγματα είναι όντως δύσκολα, τότε μπορούμε να απευθυνθούμε σε ειδικούς και να ζητήσουμε βοήθεια.

Αν και αυτά δεν είναι αρκετά, τότε κανείς μπορεί να καταφύγει είτε σε υποκατάστατα νικοτίνης (τσίχλες, αυτοκόλλητα, εισπνοές) είτε σε ειδικά φάρμακα με την καθοδήγηση γιατρού. Σύντομα δε αναμένεται στη χώρα μας ένα νέο αποτελεσματικό φάρμακο. Βέβαια, τα φαρμακευτικά προϊόντα είναι πολύ πιο αποτελεσματικά όταν εντάσσονται σε προγράμματα συμβουλευτικής παρέμβασης, τα οποία είναι τελικά και τα πιο αποτελεσματικά μέσα διακοπής καπνίσματος. (Μπουλουτζα, 2008).