

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Αλλαγή του σωματικού ειδώλου σε ασθενείς
με καρκίνο – Νοσηλευτική παρέμβαση**



Σπουδαστές

*Κοσσιώρης Ευστράτιος
Πλώτα Άννα*

Επιμέλεια

*Καθηγήτρια
Γάκη Ελένη*

ΠΑΤΡΑ 2009

**Πίνακας εξωφύλλου: Pablo
Picasso: Κορίτσι μπροστά σε
καθρέφτη.**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Περίληψη.....	1
Εισαγωγή.....	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1) Σωματικό είδωλο – Αλλαγή της εικόνας σώματος – Διαταραχή της εικόνας σώματος και καρκίνος.....	4
1.2) Αυτοεκτίμηση – Αυτοαντίληψη και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη – Αυτοεικόνα.....	6
1.3) Διαταραχή εικόνας σώματος – Νοσηλευτική διάγνωση	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1) Στοιχεία επιδημιολογίας καρκίνου - Ταξινόμηση ειδών καρκίνου και θεραπειών εκλογής τους που επιφέρουν αλλαγή στο σωματικό είδωλο	11
2.2) Επιδημιολογικά διαγράμματα	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1) Ολιστικό μοντέλο φροντίδας υγείας και Νοσηλευτική	17
3.2) Η ανάγκη της ελπίδας σε ασθενείς με καρκίνο – Ο ρόλος του Νοσηλευτή	19
3.3) Ολιστική προσέγγιση της ελπίδας	21
3.4) Η ψυχολογική δύναμη εναντίον του καρκίνου	23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1) Νοσηλευτική παρέμβαση σε καρκινοπαθείς που έχουν υποστεί αλλαγή του σωματικού ειδώλου, στα πλαίσια του Ολιστικού μοντέλου φροντίδας	26
4.2) Νοσηλευτική παρέμβαση κατά περίπτωση	27
4.3) Χημειοθεραπεία	43
4.4) Ακτινοθεραπεία	52
4.5) Αλωπεκία - Τριχόπτωση.....	57
4.6) Ακρωτηριασμός.....	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1) Γνωστική προσέγγιση σε καρκινοπαθείς με διαταραχή της εικόνας σώματος – Ο ρόλος του Νοσηλευτή	60
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1) Αλλαγή του σωματικού ειδώλου σε παιδιά με καρκίνο – ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις	66
6.2) Νοσηλευτική παρέμβαση σε παιδιά με καρκίνο που έχουν υποστεί διαταραχή της εικόνας σώματος	67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1) Οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον	70
7.2) Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1) Νοσηλευτική διεργασία στην κλινική πράξη	87
Συμπεράσματα	93
Βιβλιογραφία	95

Περίληψη

Η διαταραχή της εικόνας σώματος συνιστά επίπτωση πολλών περιπτώσεων καρκίνου. Η αυτοαντίληψη, η αυτοεκτίμηση και η αυτοεικόνα του καρκινοπαθούς διαταράσσονται. Οι θεραπείες εκλογής σε αρκετές περιπτώσεις καρκίνου, επιφέρουν και αυτές με τη σειρά τους αλλαγές στο σωματικό είδωλο των ασθενών.

Η μαστεκτομή στον καρκίνο του μαστού, η τραχειοστομία στον καρκίνο του λάρυγγα, η κολοστομία και ειλεοστομία στους όγκους παχέως εντέρου και στον καρκίνο του λεπτού εντέρου, ο ακρωτηριασμός στη χειρουργική θεραπεία των νεοπλασιών των οστών, είναι μερικές από τις περιπτώσεις εκείνες, που φέρουν δυνητικά μεταβολή της αντίληψης του εαυτού και ψυχοκοινωνικό ανισοζύγιο στους ασθενείς.

Η ελπίδα συνιστά κεντρικό ζητούμενο στο σχέδιο φροντίδας των ασθενών με καρκίνο, και η προάσπιση αυτής μέριμνα ζωτικής σημασίας για την καλή πορεία της νόσου.

Το Ολιστικό μοντέλο φροντίδας υγείας προσφέρει μια ολοκληρωμένη Νοσηλευτική απάντηση στις ανάγκες του ασθενή με καρκίνο και στην υποστήριξη αυτού όταν απειλείτε η σωματική του ακεραιότητα.

Επίσης η Γνωστική ψυχοθεραπεία στα πλαίσια της Νοσηλευτικής πρακτικής μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εφόδιο για τον Νοσηλευτή, στα προβλήματα που άπτονται της Ψυχοπαθολογίας του καρκίνου.

Η αλλαγή του σωματικού ειδώλου στα παιδιά με καρκίνο συνιστά ένα δύσκολο και ευαίσθητο κομμάτι για όλους τους επιστήμονες της ομάδας υγείας. Η προσέγγιση του παιδιού με καρκίνο απαιτεί ιδιαίτερους χειρισμούς και την κατάλληλη ευαισθησία.

Εισαγωγή

Σκοπός της παρούσης βιβλιογραφικής έρευνας είναι να αναδείξει το πρόβλημα της διαταραχής της σωματικής εικόνας των ασθενών με καρκίνο. Στοχεύει κυρίως στην ενημέρωση του Νοσηλευτικού προσωπικού. Παράλληλα όμως απευθύνεται και σε κάθε ενδιαφερόμενο στο χώρο της υγείας, ο οποίος θέλει να λάβει γνώση γι' αυτό το λεπτό και ταυτόχρονα ζωτικής σημασίας ζήτημα, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειές τους.

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση, παρατίθενται και περιγράφονται αρχικά ορισμοί «κλειδιά», οι οποίοι ευελπιστούμε, θα βοηθήσουν στην εν τω βάθει κατανόηση των προβλημάτων που άπτονται της αδόκητης αλλαγής του σωματικού ειδώλου στο άτομο. Στη συνέχεια δίδονται στοιχεία επιδημιολογίας του καρκίνου, τα οποία πιστεύουμε ότι βοηθούν στην ευρύτερη αντίληψη του όλου ζητήματος.

Επίσης ένα ιδιαίτερα σημαντικό κομμάτι της εργασίας αυτής θεωρούμε ότι αποτελεί η αναφορά και ανάλυση του Ολιστικού μοντέλου φροντίδας υγείας, ως δόκιμου εννοιολογικού εργαλείου ιδιαίτερα στην Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική.

Στο τέλος του πρώτου μέρους της έρευνας παρατίθεται η γνωστική προσέγγιση στα ζητήματα που έχουν να κάνουν με τη σωματική ασθένεια και άρα και με τη διαταραχή της εικόνας του σώματος. Όσον αφορά τη γνωστική προσέγγιση και θεραπεία, επιχειρείται η ένταξή της στα πλαίσια της Νοσηλευτικής πρακτικής.

Στο δεύτερο μέρος της έρευνας προσεγγίζεται το ζήτημα της αλλαγής του σωματικού ειδώλου στα παιδιά με καρκίνο. Ένα ιδιαίτερα δύσκολο κομμάτι της Νοσηλευτικής φροντίδας στο οποίο πιστεύουμε η παρούσα εργασία συμβάλλει με την παροχή πολύτιμων πληροφοριών.

Από όλα τα παραπάνω, ευελπιστούμε η παρούσα βιβλιογραφική έρευνα να αποτελέσει ένα χρήσιμο εφόδιο για κάθε Νοσηλεύτη που αντιμετωπίζει παρόμοιες καταστάσεις στο Νοσοκομείο ή στην Κοινότητα, έναν κατατοπιστικό οδηγό για κάθε εργάτη της υγείας, μέλος της υγειονομικής ομάδας, αλλά ακόμα και να αποδειχθεί κατά το μέτρο του δυνατού, ένα υποστηρικτικό εγχειρίδιο για κάθε πολίτη ο οποίος ίσως βιώνει ανάλογες καταστάσεις στην οικογένειά του ή στο συγγενικό του περιβάλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1) Σωματικό είδωλο – Αλλαγή της εικόνας σώματος – Διαταραχή της εικόνας σώματος και καρκίνος

Σύμφωνα με την ξένη βιβλιογραφία δύο αρκετά περιγραφικοί ορισμοί για τη έννοια του σωματικού ειδώλου (Body Image) είναι οι εξής : Σωματικό είδωλο ορίζεται η ατομική αντίληψη για την φυσική – εξωτερική – και εσωτερική εμφάνιση του εαυτού, η αντίληψη των λειτουργιών του και των ικανοτήτων του.¹ Ένας ποιο επιγραμματικός αλλά σαφής ορισμός μας δηλώνει ότι « Σωματικό είδωλο είναι η ψυχική εικόνα του σώματος τόσο εξωτερικά όσο και εσωτερικά ».²

Οποιαδήποτε μεταβολή που δεν σχετίζεται με τη φυσιολογική ανάπτυξη του σώματος (αλλαγές στην εφηβεία, γήρας κ. λ. π) ταξινομείται ως αλλαγή της εικόνας σώματος. Οι μεταβολές αυτού του είδους μπορεί να προέλθουν από εσωτερικές ή εξωτερικές διεργασίες η από το συνδυασμό αυτών. Οι εσωτερικές διεργασίες περιλαμβάνουν αλλαγές που μπορεί να προέρχονται από κληρονομικές ανωμαλίες, ορμονικές ανωμαλίες, ψυχιατρικές διαταραχές (σωματοδυσμορφική διαταραχή κ. α) και πλήθος άλλων αιτίων. Οι εξωτερικές μεταβολές μπορεί να περιλαμβάνουν τραύματα, μολύνσεις, εγκαύματα και άλλες επείγουσες καταστάσεις. Στις εξωτερικές μεταβολές περιλαμβάνονται και πολλές περιπτώσεις νεοπλασιών,³ οι οποίες και θα μας απασχολήσουν στην παρούσα μελέτη, όπως και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις εκλογής για την αντιμετώπισή τους, οι οποίες « χρεώνονται » μεγάλο μέρος των σωματικών μεταβολών των ασθενών.

Η εικόνα σώματος που έχει το κάθε άτομο είναι σημαντική για την αίσθηση της ασφάλειας, της αυτοεκτίμησης, της αυτοαντίληψης και της ταυτότητάς του γενικότερα.³ Οι διαταραχές στην εικόνα που έχει το άτομο για το σώμα του μπορούν να έχουν ποικίλες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, όπως συναισθήματα θλίψης, άγχους, ανασφάλειας, τάσεις κοινωνικής απομόνωσης κ. α

Οι αντιδράσεις στις αλλαγές του σώματος επηρεάζονται κατά ένα κύριο λόγο από τους εξής παράγοντες:

- Την ηλικία
- Τη λειτουργική σπουδαιότητα του μέλους του σώματος
- Τη σπουδαιότητα της φυσικής εμφάνισης για το άτομο
- Κατά πόσο το πάσχον μέλος είναι ορατό στους άλλους
- Κατά πόσο η αποκατάσταση είναι εφικτή
- Την ταχύτητα με την οποία έγινε η αλλαγή
- Η προ της αλλαγής ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται σε δύσκολες καταστάσεις⁴

Πολλές περιπτώσεις καρκίνου και η θεραπείες εκλογής τους μπορούν να διαταράξουν την εικόνα σώματος του ασθενή. Ενδεικτικά, τέτοιες περιπτώσεις καρκίνου, μπορεί να είναι ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος του προστάτη, ο καρκίνος του παχέως εντέρου και άλλες λιγότερο συχνές περιπτώσεις καρκίνου οι οποίες θα εξεταστούν σε επόμενο κεφάλαιο.

Ο Νοσηλευτής αναλαμβάνει τον σημαντικότερο ρόλο στην αντιμετώπιση των διαταραχών της αλλαγής του σωματικού ειδώλου του ασθενούς, μιας και η διαταραχή της εικόνας σώματος στα πλαίσια της νόσου συνιστά ακραιφνή Νοσηλευτική διάγνωση και άπτεται απόλυτα των παρεμβάσεων και των στόχων και της φιλοσοφίας της Νοσηλευτικής φροντίδας

Ο Νοσηλευτής εφαρμόζοντας Νοσηλευτικές μεθόδους προσαρμογής και κατάλληλες τεχνικές μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή στην απαιτούμενη ποιότητα ζωής.³

1.2) Αυτοεκτίμηση – Αυτοαντίληψη και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη – Αυτοεικόνα

Η αυτοεκτίμηση δείχνει το βαθμό στον οποίο το άτομο, συναισθηματικά, αποδέχεται και επιδοκιμάζει τον εαυτό του. Πολλές φορές η έννοια της αυτοεκτίμησης συγχέεται με αυτήν της αυτοαντίληψης . Η αυτοαντίληψη σαν όρος, εκφράζει τη γνωστική πλευρά της αυτογνωσίας και αναφέρεται σε ένα γενικότερο προβληματισμό σχετικά με τον εαυτό⁵

Επιπροσθέτως το περιεχόμενο της αυτοαντίληψης αποτελείται από στοιχεία της κοινωνικής ταυτότητας, από προδιαθέσεις και σωματικά χαρακτηριστικά.⁵

Όσον αφορά τώρα τα σωματικά χαρακτηριστικά, τα οποία συνιστούν το τρίτο στοιχείο που συνθέτει το περιεχόμενο της αυτοαντίληψης, η αντίληψη αυτών επηρεάζεται από το εξελικτικό στάδιο που βρίσκονται τα άτομα.

Η εμπειρία δηλαδή του ατόμου για τον σωματικό εαυτό του δεν είναι σταθερή σε όλα τα στάδια της ζωής του, αλλά διαφοροποιείται ανάλογα με το επίπεδο της ωρίμανσής του⁵

Στην προσχολική ηλικία των 3-5 ετών, τα παιδιά αντιλαμβάνονται περισσότερο το σωματικό εαυτό και προσδιορίζονται με περιγραφικούς χαρακτηρισμούς, για τα φυσικά χαρακτηριστικά τους αλλά και για τις φυσικές δραστηριότητες που είναι σε θέση να επιτελούν π.χ (έχω πράσινα μάτια , μπορώ και δένω τα κορδόνια μου) .

Η αντίληψη του εαυτού με βάση το σωματικό εαυτό και τα εξωτερικά υπαισέρχονται και προσδιορισμοί, με βάση τη γνωστική ικανότητα, την κοινωνική αποδοχή και τους τρόπους συμπεριφοράς.

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας αναπτύσσεται η ικανότητα πιο αφηρημένων περιγραφών γύρω από τον εαυτό περιλαμβάνοντας σκέψεις, επιθυμίες και συναισθήματα. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά ηλικίας 11-17 ετών, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά των μικρότερων ηλικιών στηρίζουν τις αξιολογήσεις τους σε εξωτερικά χαρακτηριστικά, ενώ τα μεγαλύτερα παιδιά επικεντρώνονται σε εσωτερικά χαρακτηριστικά, που αντικατοπτρίζουν την προσωπικότητά τους.

Επίσης ένα αρκετά σημαντικό και ενδιαφέρον ερευνητικό εύρημα στα πλαίσια ερευνών της γνωστικής ψυχολογίας, επισημαίνει με έναν διαφορετικό τρόπο, τη διαφοροποίηση της αυτοεικόνας ανάλογα με το στάδιο ωρίμανσης του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι οι μεγαλύτερες αλλαγές στην αυτοαντίληψη συντελούνται στους ενήλικες και οι λιγότερες στα παιδιά προεφηβικής ηλικίας.

Για τους ενήλικες δηλαδή αποδεικνύεται ευκολότερη η αλλαγή της γενικής αυτοαντίληψης, ενώ στα παιδιά αλλάζουν ευκολότερα οι επιμέρους πτυχές του εαυτού.⁶ Τα συμπεράσματα αυτά μπορούν να φανούν ιδιαίτερα χρήσιμα όσον αφορά στην υποστηρικτική Νοσηλευτική φροντίδα στις περιπτώσεις παιδιών με καρκίνο και τα οποία αντιμετωπίζουν αλλαγές στο σωματικό τους είδωλο και οι οποίες θα εξεταστούν στη συνέχεια.

Συνοψίζοντας, η αυτοεικόνα ενός ατόμου περιλαμβάνει τρία στάδια :

- Την εικόνα του σώματος
- Την αυτοεκτίμησή του
- Την κοινωνική του ταυτότητα

Το κάθε στάδιο αναπτύσσεται από τη γέννηση του ατόμου και αντανακλά σε όλες τις αλλαγές της εικόνας σώματος που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ζωής του.³

Η εικόνα σώματος είναι η ψυχολογική εμπειρία ενός ατόμου στο πως βλέπει και αντιλαμβάνεται το σώμα του. Ο συνδυασμός δηλαδή του ιδεατού και πραγματικού σε ότι αφορά το σώμα του. Η αυτοεικόνα ενός ατόμου επηρεάζεται από την άποψη που έχει για τα φυσικά χαρακτηριστικά του και τις φυσικές του ικανότητες.³

Είναι χρήσιμο να αναφερθεί ότι ένας μεγάλος αριθμός ερευνών έχει δείξει ότι οι αυτοαξιολογήσεις σχετίζονται με την ελκυστικότητα που θεωρεί το άτομο ότι έχει, παρά με τη φυσική του ελκυστικότητα. Οι γυναίκες, συνήθως, είναι λιγότερο ικανοποιημένες από την εξωτερική τους εμφάνιση σε σχέση με τους άνδρες. Το γεγονός αυτό υποστηρίζεται στο ότι από τη μέση παιδική ηλικία τα κορίτσια βασίζουν την αυτοεκτίμησή τους σχεδόν αποκλειστικά στην εξωτερική τους εμφάνιση, σε αντίθεση με τα αγόρια, με αποτέλεσμα η διαρκής αυτοαξιολόγηση να οδηγεί στα εφηβικά χρόνια σε μείωση της αυτοεκτίμησης.⁵

Τα όποια ευρήματα σχετικά με την αντίληψη που έχουν τα άτομα για την εικόνα του σώματός τους θα πρέπει πάντα να συνδυάζονται και με τα μηνύματα που περνάει ο σύγχρονος πολιτισμός για τη σημαντικότητα της εξωτερικής εμφάνισης. Με την έμφαση στη νεότητα, στη φυσική κατάσταση του σώματος (από την καταναλωτική σκοπιά) και στην επιβεβλημένη από τα Μ. Μ. Ε σωματική αποδοχή του αντίθετου φύλου- η και του ίδιου ακόμα- ως μέτρο προσωπικής αξίας.^{5,7}

Οι έρευνες δείχνουν εξάλλου, ότι τα παιδιά γνωρίζουν καλά και από πολύ νωρίς τα πολιτιστικά κριτήρια σχετικά με την ομορφιά και την ελκυστικότητα.

Η εικόνα που διαμορφώνει ένας άνθρωπος για τον εαυτό του, καθορίζει το βαθμό στον οποίο θα αποδεχθεί τις δυνατότητες, τις αδυναμίες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, ώστε να καταφέρει να εξελιχθεί σε μία δημιουργική προσωπικότητα.⁵

1.3) Διαταραχή εικόνας σώματος – Νοσηλευτική διάγνωση

Η φάση εκτίμησης της Νοσηλευτικής διεργασίας ακολουθείται από διατύπωση της Νοσηλευτικής διάγνωσης, η οποία βγαίνει από την ανάλυση, σύνθεση και περίληψη των δεδομένων. Η Νοσηλευτική διάγνωση δίνει τη βάση για την επιλογή των Νοσηλευτικών παρεμβάσεων, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της φροντίδας υγείας.⁸

Σύμφωνα με τον NANDA (North Nursing Diagnosis Association), τον Αμερικάνικο σύνδεσμο για της Νοσηλευτικές διαγνώσεις, η διαταραχή της εικόνας σώματος ορίζεται ως διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος ή υποτίμηση της γνώμης που έχει το άτομο για αυτό.^{9,10}

Τα αναφερόμενα υποκειμενικά στοιχεία μπορεί να περιλαμβάνουν φόβο απόρριψης, αρνητικά συναισθήματα για το σώμα, επικέντρωση σε παλαιότερη καλή φυσική κατάσταση με δυσκολία προσαρμογής, προσωποποίηση της απώλειας (σε περίπτωση ακρωτηριασμού), άρνηση για αποδοχή της πραγματικής μεταβολής⁸ αλλά και θετικές αντιδράσεις. Τέτοιες μπορεί να είναι η έμφαση του ατόμου στις υπάρχουσες δυνάμεις, επέκταση των ορίων του σώματος για να ενσωματώσει αντικείμενα του περιβάλλοντος και η αύξηση των επιτευγμάτων του.⁹

Παρενθετικά, αξίζει να αναφερθεί η προβολή από τα Μ. Μ. Ε - αν και όχι συχνή - ως μια πραγματική κοινωνική προσφορά, ιστοριών διαφόρων ατόμων που προσαρμόζονται πολύ θετικά μετά από αδόκητες μεταβολές ή από κληρονομικές ανωμαλίες που έχουν επίπτωση στη σωματική τους εικόνα.³

Στα αντικειμενικά παρατηρήσιμα στοιχεία σύμφωνα με τον NANDA πιστοποιείται η αλλαγή του σωματικού ειδώλου, μετά από απώλεια μέρους του σώματος ή μεταβολής στη λειτουργικότητά του. Όσον αφορά τώρα τη διαταραχή της εικόνας σώματος, παρατηρείται η εκούσια αποφυγή του ασθενούς να κοιτάζει το μέρος εκείνο του σώματος που έχει υποστεί μεταβολή. Ακόμη αποφεύγει το άγγιγμα και την έκθεση του επίμαχου σωματικού μέρους. Μπορεί ακόμη να παρατηρηθούν προσπάθειες τραυματισμού στο μη λειτουργικό μέρος του σώματος, αλλαγές στις κοινωνικές σχέσεις και διαταραχή στην ικανότητα να εκτιμήσει τη θέση του σώματός του στον περιβάλλοντα χώρο.⁹

Σχετιζόμενοι παράγοντες σύμφωνα με τον NANDA μπορεί να είναι βιοσωματικοί παράγοντες όπως η εγκυμοσύνη, χρόνιες ασθένειες, η παχυσαρκία, αλλαγές στο σώμα που σχετίζονται με την εφηβεία ή με τη γήρανση, η απώλεια μέρους του σώματος ή έκπτωση της λειτουργίας αυτού, γνωστικοί ή αντιληπτικοί παράγοντες, ψυχοκοινωνικοί, πολιτισμικοί ακόμα και θρησκευτικοί⁹

Η διαταραχή της αντίληψης του εαυτού, είναι μια πιο ευρεία διάγνωση η οποία εμπεριέχει τις Νοσηλευτικές διαγνώσεις της διαταραχής της εικόνας σώματος, της διαταραχής της αυτοεκτίμησης και της δυσχέρειας εκπλήρωσης του ρόλου του ασθενούς.

Η διαταραχή της αυτοεκτίμησης ορίζεται ως το σύνολο των αρνητικών αισθημάτων αυτοαξιολόγησης, τα οποία είναι άμεσα ή έμμεσα εκφραζόμενα.

Η δυσχέρεια εκπλήρωσης του ρόλου, ορίζεται ως διαταραχή στον τρόπο αντίληψης του ρόλου του ασθενούς.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1) Στοιχεία επιδημιολογίας καρκίνου – Ταξινόμηση ειδών καρκίνου που επιφέρουν αλλαγή στο σωματικό είδωλο

Από διάφορες βιοστατιστικές μελέτες, μπορεί να υποστηριχτεί ότι η συχνότητα του καρκίνου παγκόσμια, αυξάνει σταθερά τα τελευταία χρόνια. Η αύξηση αυτή, εστιάζεται κυρίως σε τρεις βασικούς παράγοντες :

- Παρουσία νεοφανών, εξωγενών, περιβαλλοντικών παραγόντων
- Αύξηση του μέσου όρου ζωής των ανθρώπων, η οποία έχει ως αποτέλεσμα και την αύξηση του αριθμού των ατόμων ηλικίας άνω των 60-65 ετών, ηλικία κατά την οποία παρουσιάζουν μεγάλη συχνότητα τα νεοπλάσματα
- Διάγνωση διαφόρων μορφών καρκίνου, οι οποίες στο παρελθόν, από αδυναμία διάγνωσης, καταχωρούνταν σε άλλες ομάδες παθήσεων ή παρέμεναν αδιευκρίνιστες.¹¹

Στην Ελλάδα η επίπτωση των κακοήθων νεοπλασιών, γενικά είναι μικρότερη από ότι στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα, η νεοπλασματική θνησιμότητα να είναι αντίστοιχα μικρότερη.¹²

Παρακάτω παρατίθενται ορισμένα κατατοπιστικά στατιστικά διαγράμματα και επιδημιολογικοί δείκτες από την ξένη βιβλιογραφία, σε συνηθισμένους τύπους καρκίνου, αλλά και σε πιο σπάνιους. Από τα είδη αυτών των νεοπλασιών και από τις θεραπείες εκλογής τους, όσον αφορά στην επίπτωση που έχουν στη μεταβολή του σωματικού ειδώλου και στην αντίληψη της εικόνας του σώματος των ασθενών αλλά και όσον αφορά στο σχεδιασμό της Νοσηλευτικής φροντίδας, θα μας απασχολήσουν οι εξής :

Σε μια πιο γενική προσέγγιση,

- Όγκοι της υπόφυσης
- Νεοπλάσματα των οστών
- Καρκίνος του αιδοίου και του κόλπου
- Καρκίνος των όρχεων και του πέους
- Καρκίνος των ωοθηκών
- Σύνδρομο Cushing
- Καρκίνος στόματος

Σε μια πιο ειδική προσέγγιση,

- Καρκίνος του λάρυγγα
- Όγκοι της ουροδόχου κύστης
- Καρκίνος τραχήλου της μήτρας
- Καρκίνος του μαστού
- Ορθοκολονικοί όγκοι
- Καρκίνος του προστάτη
- Όγκοι λεπτού εντέρου

Όσον αφορά στις θεραπείες εκλογής,

- Χημειοθεραπεία
- Ακτινοθεραπεία
- Τροποποιητές βιολογικής απάντησης
- Χειρουργικές επεμβάσεις – Ακρωτηριασμός.^{8,10,13,14}

2.2) Επιδημιολογικά διαγράμματα

Table 1
Estimated new cancer cases, World 2000

Cancer	Male	Female	Both sexes	%
Oral cavity	170 000	97 000	267 000	2.7
Nasopharynx	46 000	19 000	65 000	0.6
Other pharynx	101 000	22 000	123 000	1.2
Oesophagus	279 000	133 000	412 000	4.1
Stomach	558 000	318 000	876 000	8.7
Colon/rectum	499 000	446 000	945 000	9.4
Liver	398 000	166 000	564 000	5.6
Pancreas	116 000	101 000	216 000	2.1
Larynx	142 000	19 000	161 000	1.6
Lung	902 000	337 000	1 239 000	12.3
Melanoma of skin	650 00	67 000	133 000	1.3
Breast	0	1 050 000	1 050 000	10.4
Cervix uteri	0	471 000	471 000	4.7
Corpus uteri	0	189 000	189 000	1.9
Ovary, etc.	0	192 000	192 000	1.9
Prostate	543 000	0	543 000	5.4
Testis	49 000	0	49 000	0.5
Bladder	260 000	76 000	336 000	3.3
Kidney, etc.	118 000	71 000	189 000	1.9
Brain, nervous system	100 000	76 000	176 000	1.8
Thyroid	33 000	89 000	123 000	1.2
Non-Hodgkin's lymphoma	167 000	121 000	287 000	2.9
Hodgkin's disease	380 00	24 000	62 000	0.6
Multiple myeloma	390 00	34 000	74 000	0.7
Leukaemia	144 000	113 000	257 000	2.6
All sites but skin	5 318 000	4 738 000	10 056 000	100.0

15 MOST COMMON CANCERS, WORLD 2000

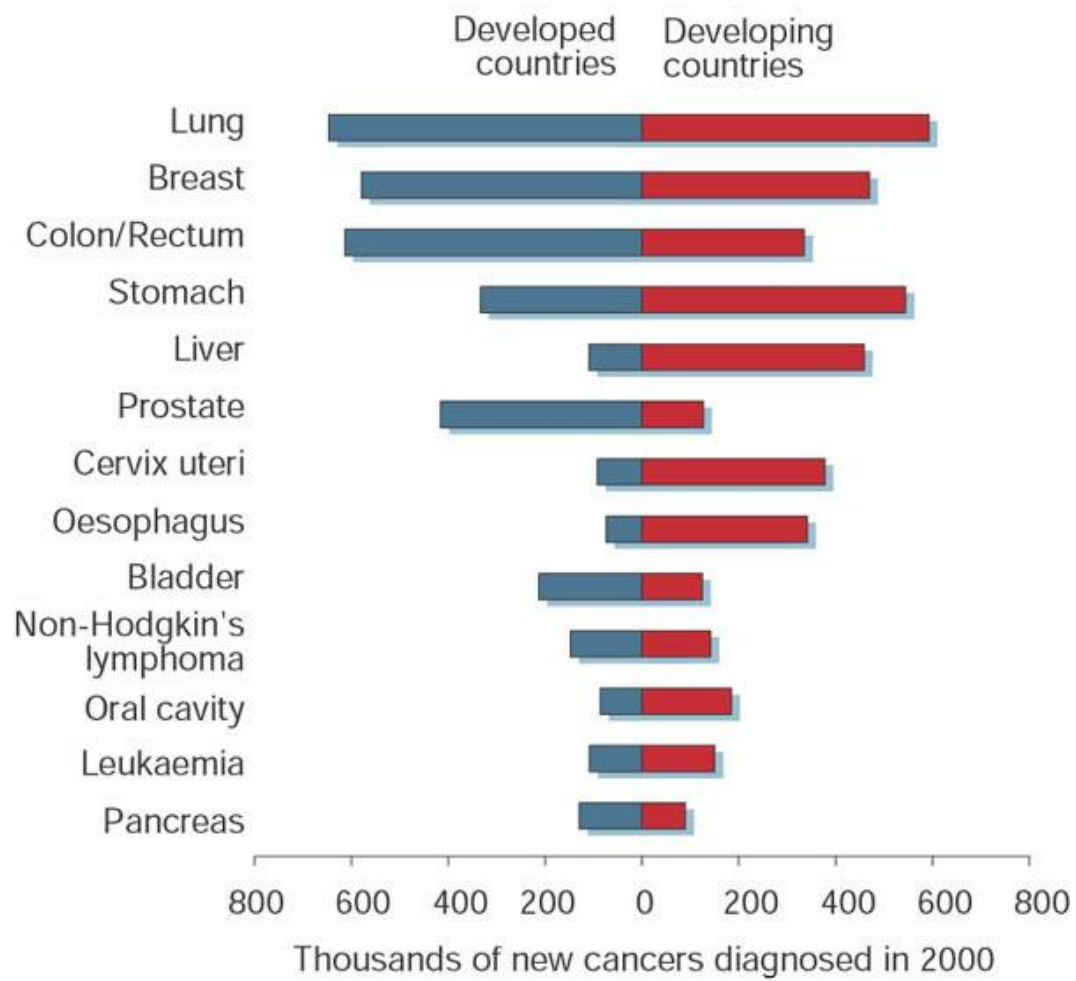
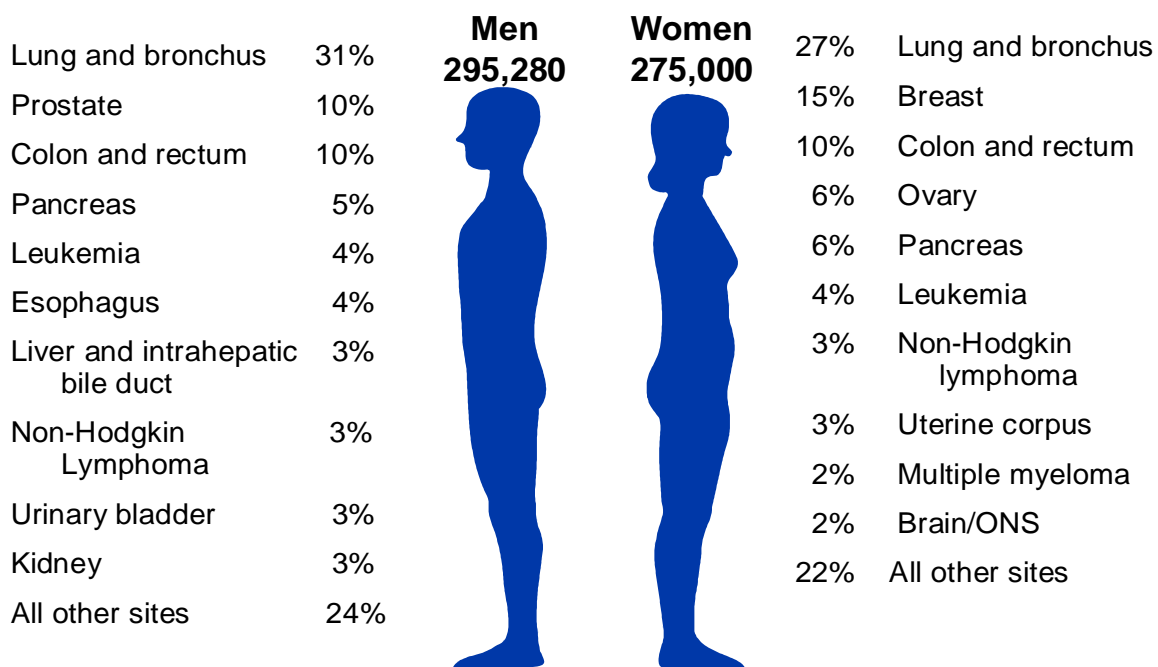


Table 2
Estimated cancer deaths, World 2000

Cancer	Male	Female	Both sexes	%
Oral cavity	81 000	47 000	128 000	2.1
Nasopharynx	27 000	11 000	38 000	0.6
Other pharynx	64 000	15 000	79 000	1.3
Oesophagus	227 000	111 000	338 000	5.4
Stomach	405 000	241 000	647 000	10.4
Colon/rectum	255 000	238 000	492 000	7.9
Liver	384 000	165 000	549 000	8.8
Pancreas	112 000	101 000	213 000	3.4
Larynx	79 000	11 000	89 000	1.4
Lung	810 000	293 000	1 103 000	17.8
Melanoma of skin	20 000	17 000	37 000	0.6
Breast	0	373 000	373 000	6.0
Cervix uteri	0	233 000	233 000	3.8
Corpus uteri	0	45 000	45 000	0.7
Ovary, etc.	0	114 000	114 000	1.8
Prostate	204 000	0	204 000	3.3
Testis	9 000	0	9 000	0.1
Bladder	99 000	33 000	132 000	2.1
Kidney, etc.	57 000	34 000	91 000	1.5
Brain, nervous system	72 000	56 000	128 000	2.1
Thyroid	9 000	17 000	26 000	0.4
Non-Hodgkin's lymphoma	93 000	68 000	161 000	2.6
Hodgkin's disease	16 000	9 000	25 000	0.4
Multiple myeloma	30 000	27 000	57 000	0.9
Leukaemia	109 000	86 000	195 000	3.1
All sites but skin	3 522 000	2 686 000	6 209 000	100.0

2005 Estimated US Cancer Deaths*



ONS=Other nervous system.
Source: American Cancer Society, 2005.

Στις Η. Π. Α υπολογίζεται ότι 1,37 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου θα εντοπιστούν το 2005. Οι καρκίνοι του προστάτη και του μαστού θα είναι οι πιο συχνά διαγνωσθέντες καρκίνοι στους άνδρες και τις γυναίκες και θα ακολουθούνται από τον καρκίνο του πνεύμονα και τους όγκους παχέως εντέρου τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1) Ολιστικό μοντέλο φροντίδας υγείας και Νοσηλευτική

Πριν επιχειρήσουμε την εξέταση για την ανάγκη της ελπίδας στους καρκινοπαθείς, τον Νοσηλευτικό ρόλο και την ολιστική προσέγγιση αυτής – της ελπίδας - στην πράξη, θεωρούμε σκόπιμο να αναφερθούν ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά του ολιστικού μοντέλου φροντίδας.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρείται ένα διαρκώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ψυχοσωματική διερεύνηση της οντότητας του ασθενή.¹⁶ Οι δυσιστικές απόψεις είναι πια ξεπερασμένες. Ο άνθρωπος για τη Νοσηλευτική φροντίδα συνιστά ψυχοσωματική ολότητα.¹⁷ Οι Νοσηλευτές ακολουθούν ολιστική προσέγγιση για τη φροντίδα των ασθενών τους. Η ολιστική προσέγγιση λαμβάνει υπόψη τις βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνιολογικές και πνευματικές ανάγκες του ατόμου.¹⁸

Όσον αφορά τις θεωρητικές της βάσεις, η Ολιστική προσέγγιση έχει τις ρίζες της, σύμφωνα με την ταξινόμηση της Fawcett η οποία βασίζεται στην αντιμετώπιση των μεταβολών, στα θεωρητικά μοντέλα της αμοιβαίας αλληλεπίδρασης. Ο άνθρωπος θεωρείται ως μια δραστήρια ολότητα η οποία αλληλεπιδρά με το περιβάλλον. Ο άνθρωπος δηλαδή είναι ολιστικό ον. Οι Νοσηλευτικές θεωρίες αλληλεπιδραστικών διαδικασιών, εντάσσονται μεταξύ των θεωριών των αναγκών και των θεωρητικών μοντέλων των ενοποιητικών διαδικασιών.

Όσον αφορά τις δύο αυτές διαφορετικές κατηγορίες θεωριών, στις πρώτες, οι οποίες σύμφωνα με την ταξινόμηση της Fawcett ορίζονται και ως θεωρίες αντίδρασης, ο άνθρωπος θεωρείται ως βιο-ψυχο-κοινωνικο-πνευματική οντότητα.

Αντιδρά με το περιβάλλον (για το λόγο αυτό και η ονομασία θεωρίες αντίδρασης) με αιτιοκρατικό τρόπο. Οι μεταβολές είναι προβλέψιμες καθώς ο άνθρωπος ζει και προσαρμόζεται.

Οι δεύτερες θεωρίες των ενοποιητικών διαδικασιών οι οποίες σύμφωνα με τη Fawcett ορίζονται και ως θεωρίες ταυτόχρονης δράσης, προσεγγίζουν τον άνθρωπο ως μη αναγώγιμο ενιαίο ον και ως αδιαίρετο ενεργειακό πεδίο. Αναγνωρίσιμο δηλαδή από πρότυπα αμοιβαίας αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον.

Οι μελετητές της ολιστικής προσέγγισης υποστηρίζουν τη θεωρία των συστημάτων και συμφωνούν ότι ο άνθρωπος βρίσκεται σε διαρκή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του. Βασικό σημείο της προσέγγισης του ολισμού το οποίο συνιστά κύριο χαρακτηριστικό και στο μοντέλο διατήρησης της Myra Estrin Levine, είναι η θεώρηση της ενιαίας ολοκληρωμένης απάντησης του ατόμου σε δυνάμεις του περιβάλλοντος. Η θεώρηση του ανθρώπου ως προσαρμοστικού ολιστικού όντος σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του είναι ευνόητη και εφαρμόσιμη στη Νοσηλευτική.¹⁹ Για αυτό άλλωστε είναι τόσο έντονη η επιρροή που ασκεί σε αυτή.

Μερικά από τα θεμελιώδη πιστεύω που κατέχουν κεντρική θέση στην ολιστική προσέγγιση είναι τα εξής :

- Κάθε άτομο αποτελεί μοναδική ολότητα σώματος, μυαλού και πνεύματος.
- Κάθε άτομο έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει τις γνώσεις και τις ικανότητές του, και να γίνει πιο στοργικό με τον εαυτό του και με τους άλλους.
- Οι άνθρωποι έχουν φυσική ροπή προς την υγεία.
- Το κεντρικό μέρος των προσπαθειών ανάρρωσης είναι το άτομο και όχι η ασθένεια ή ο τραυματισμός.

- Η σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών θα πρέπει να είναι μια σχέση αμοιβαίας συνεργασίας¹⁸.

Συνοψίζοντας λοιπόν από τα παραπάνω η Νοσηλευτική είναι θεωρία και πράξη με ολική θεώρηση και αντιμετώπιση του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.²⁰

3.2) Η ανάγκη της ελπίδας σε ασθενείς με καρκίνο – Ο ρόλος του Νοσηλευτή

Ο Καρκίνος είναι η ασθένεια που προκαλεί τον περισσότερο φόβο στους ασθενείς, σημαντικό ψυχολογικό άγχος και συναισθηματική φόρτιση όχι μόνο στους ίδιους αλλά και στο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον. Ακόμα έχει σημαντικές συναισθηματικές επιδράσεις και σε όσους ασχολούνται επαγγελματικά με τη νόσο.

Η διάγνωση του καρκίνου φέρνει τον ασθενή, μπροστά σε σκέψεις για απώλεια της υγείας και της καλής του κατάστασης, για συντόμευση του χρόνου ζωής του, για αλλαγή της σωματικής του εικόνας και του ρόλου του στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.²¹

Όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με τον καρκίνο, το αίσθημα της ελπίδας είναι εκείνο που μπορεί να το παρακινήσει, να το δραστηριοποιήσει, να του δώσει νόημα και λόγο να υπάρχει στη ζωή. Η διατήρηση της ελπίδας και της προσδοκίας για ευνοϊκή έκβαση, είναι έννοιες ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση της αλλαγής της σωματικής εικόνας και τις ψυχολογικές της επιπτώσεις. Για τη συνέχιση των καθημερινών δραστηριοτήτων, τη διατήρηση ενός λειτουργικού ρόλου μέσα στην οικογένεια και την πιθανότητα μεγαλύτερης επιβίωσης.

Γενικότερα, το αίσθημα της ελπίδας στα άτομα με καρκίνο, σχετίζεται με την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από τη νόσο και τη βελτίωση του επιπέδου της ποιότητας ζωής, μέσα από τη συνεχή τους απασχόληση και την κατά το δυνατό, φυσική τους ανεξαρτησία.²²

Η ελπίδα είναι η καρδιά και το κέντρο ύπαρξής μας. Είναι η κινητήρια δύναμη που μας ωθεί να ζήσουμε το μέλλον του επόμενου λεπτού. Είναι η αιτία που μας κρατά στη ζωή. Η ελπίδα όμως δεν είναι σχεδόν ποτέ αυθύπαρκτη. Όλοι ψάχνουν γύρω τους για κάτι πάνω στο οποίο θα στηριχθούν.¹⁷

Ο προσανατολισμός του ασθενή στο να κρατά πάντα ζωντανή την ελπίδα μέσα του πρέπει να συνιστά βασικό στόχο του Νοσηλευτή.

Πρέπει ο Νοσηλευτής, να θυμίζει πάντα στον ασθενή ότι η ελπίδα σβήνει πάντα τελευταία και ότι η απουσία ευτυχισμένων στιγμών είναι προσωρινή. Βοηθώντας τον ασθενή να σκέπτεται θετικά, τον βοηθάει να ξαναβρεί τη δύναμή του και να ελπίζει ότι κάποια στιγμή το μέλλον θα γίνει καλύτερο, αντιμετωπίζοντας έτσι όλες τις αβεβαιότητες και τους φόβους του. Η ανανέωση της ελπίδας, είναι ακριβώς αυτή που θα βοηθήσει τον ασθενή να θέσει σαν στόχο της ζωής του την αντιμετώπιση της ασθένειας με σθένος και να αποκτήσει νέο νόημα στη ζωή.¹⁶

Ακόμα και στις περιπτώσεις αυτές όπως οι δύσκολες περιπτώσεις καρκίνου, που δεν μπορεί να δοθεί στον ασθενή ελπίδα μέσα από φυσικούς και ψυχολογικούς δρόμους, τότε ο Νοσηλευτής οφείλει να προσπαθήσει ταπεινά, απλά και με πίστη να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι μπορεί να στρέψει τις ελπίδες του στο Θεό, που δεν εγκαταλείπει το πλάσμα του και πως μπορεί σε Εκείνον μονάχα να στηριχθεί.¹⁷

3.3) Ολιστική προσέγγιση της ελπίδας

Σύμφωνα με αυτά που αναπτύχθηκαν παραπάνω, γίνεται κατανοητό ότι η ελπίδα είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη φροντίδα.

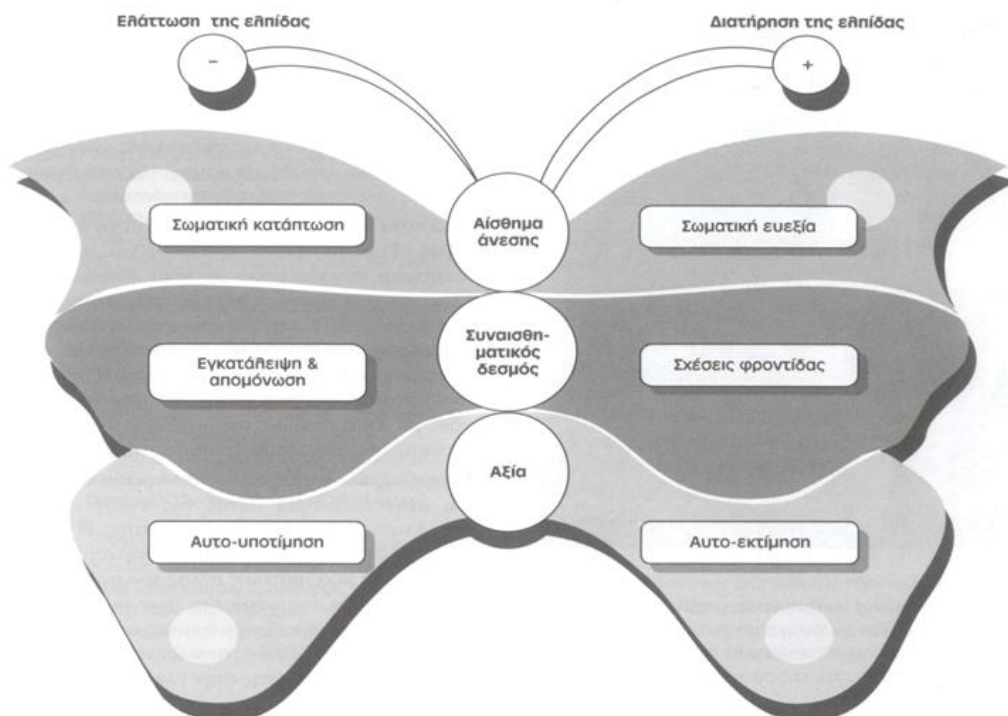
Οι άνθρωποι όμως είναι εκ γενετής πολύπλοκα ολιστικά όντα, με αποτέλεσμα η ολιστική φροντίδα να είναι απαραίτητη για την προάσπιση της ελπίδας και γενικότερα για την ποιοτική ανακουφιστική φροντίδα.

Για την αντιμετώπιση των όποιων δυσκολιών μπορεί να προκύψουν όσον αφορά στην προσέγγιση των ασθενών, εξ' αιτίας της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης φύσης, παρατίθεται ένα συμβολικό μοντέλο, χρήσιμο για τους Νοσηλευτές, το οποίο προσπαθεί να συλλάβει και να παρουσιάσει κατά το δυνατόν, τον πιο ολιστικό εγγενή χαρακτήρα της ελπίδας.

Τα δυναμικά αλληλοεξαρτώμενα χαρακτηριστικά των στοιχείων άνεση, δεσμός, αξία μέσα από τη βίωση μιας καταληκτικής ή δυσίατης νόσου αποδίδονται με την εικόνα της πεταλούδας. Η πεταλούδα ως σύμβολο, συνιστά έναν δημιουργικό, οπτικό και ευκολομνημόνευτο τρόπο παρουσίασης, των βασικών στοιχείων του εννοιολογικού αυτού μοντέλου.

Η πεταλούδα παρέχει έναν ιδιαίτερα εύστοχο συμβολισμό της ελπίδας. Αντιπροσωπεύοντας τη μεταβατικότητα και την ευαισθησία, η εύθραυστη ομορφιά της πεταλούδας έχει τη δυνατότητα ανύψωσης του πνεύματος. Η ιπτάμενη πεταλούδα ξεπερνά όλα τα εγκόσμια με μια πραγματικά μαγική δύναμη. Είναι ταυτόχρονα κάτι ευχάριστο και δραματικό. Διαθέτει δηλαδή, την ευθραυστότητα και την ευαισθησία της ελπίδας. Είναι ένα σύμβολο για την ίδια τη ζωή.

Το παρακάτω εννοιολογικό μοντέλο δίνει ένα πλαίσιο αναφοράς για τους Νοσηλευτές, μέσω του οποίου θα μπορέσουν να διερευνήσουν τη έννοια της ελπίδας για τους αρρώστους και τους συγγενείς τους και να εφαρμόσουν στρατηγικές για την προαγωγή της.²³



3.4 Η ψυχολογική δύναμη εναντίον του καρκίνου

Η ψυχολογική δύναμη μπορεί να βοηθά στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των καρκινοπαθών ασθενών.

Η κατάθλιψη, οι φόβοι, η αύξηση του βάρους, η μοναξιά και η αβεβαιότητα για το μέλλον είναι καταστάσεις που παρατηρούνται συχνά σε καρκινοπαθείς ασθενείς μετά από τις θεραπείες τους. Οι αρνητικές σωματικές και ψυχικές καταστάσεις επηρεάζουν δυσμενώς την εξέλιξη των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία ή που παρακολουθούνται για καρκίνο. Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό να είμαστε σε θέση να βοηθήσουμε τους ασθενείς αυτούς στο να αυξήσουν και να οργανώσουν τις ψυχικές τους δυνάμεις για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις πολλαπλές προκλήσεις που τους θέτει ο καρκίνος.

Η ψυχική δύναμη είναι αναγκαία για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα της ασθένειάς τους και να αντεπεξέλθουν στις αλλαγές της σωματικής εικόνας που ενδεχομένως προκαλούν ο καρκίνος ο ίδιος ή η θεραπεία τους.

Η εσωτερική ψυχική δύναμη θα τους επιτρέψει να βρουν ξανά το δρόμο τους, να νιώσουν ξανά τους σκοπούς της ζωής τους και να μπορέσουν να ζήσουν πιο ολοκληρωμένα τη ζωή τους. Όμως είναι γεγονός ότι σήμερα δεν δίνεται στο βαθμό που απαιτείται η υποστήριξη στον ψυχικό κόσμο των ασθενών. Η υποστήριξη αυτή είναι απαραίτητη για να επιτευχθούν οι ευεργετικές επιδράσεις που αναφέρουμε πιο πάνω.¹⁶

Αρχικά είναι αναγκαίο να διερευνάται στον κάθε ασθενή ξεχωριστά, η εξατομικευμένη ψυχική και πνευματική κατάσταση. Χρειάζεται ένα ερωτηματολόγιο που να διευκρινίζει την εσωτερική ψυχική δύναμη του κάθε ασθενούς.

Πρόσφατα επιστήμονες από το πανεπιστήμιο της Βιργινίας, έχουν δημιουργήσει ένα τυποποιημένο ερωτηματολόγιο με στόχο την αναγνώριση των ιδιαιτεροτήτων της εσωτερικής ψυχικής δύναμης του κάθε καρκινοπαθούς ασθενούς.



Εξετάζονται στο ερωτηματολόγιο αυτό, οι σχέσεις του ασθενούς με τη θρησκεία, οι ικανότητες του στην επίλυση προβλημάτων, η πνευματική του κατάσταση και η συναισθηματική του σταθερότητα.

Αφού αναγνωριστούν με βάση το ερωτηματολόγιο αυτό οι βασικοί τομείς του ψυχικού κόσμου του ασθενούς, γίνονται εισηγήσεις για παρεμβάσεις που στόχο έχουν την ενδυνάμωση της ψυχολογικής κατάστασης και καταπολέμηση του άγχους, των φόβων και της κατάθλιψης.

Η μέθοδος αυτή κωδικοποιεί την αναγνώριση των ψυχικών αναγκών των καρκινοπαθών ασθενών. Με τον τρόπο αυτό μπορούν να γίνουν ειδικές παρεμβάσεις εκεί που απαιτείται, σε τομείς του ψυχικού κόσμου του καρκινοπαθούς που χρειάζεται βοήθεια και ισχυροποίηση.

Ο καρκίνος δεν επηρεάζει μόνο τη σωματική υγεία. Επηρεάζει τον τρόπο που νιώθουμε, που σκεφτόμαστε και που κάνουμε αυτά που μας αρέσουν.

Προκαλεί συναισθηματικές μεταβολές που συχνά εκπλήττουν. Ο τρόπος σκέψης αλλάζει και γενικά δημιουργούνται νέες καταστάσεις στη λειτουργία του πνευματικού μας κόσμου.

Οι εμπειρίες του κάθε ασθενούς με τον καρκίνο είναι ξεχωριστές. Τα αισθήματα, οι φόβοι, οι αβεβαιότητες, το άγχος και η συναισθηματική εμπλοκή ή αστάθεια είναι επίσης ξεχωριστά για τον κάθε ασθενή.

Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό να δίνεται προσοχή και φροντίδα στο ψυχικό και συναισθηματικό κόσμο του καρκινοπαθούς ακριβώς όπως δίνεται φροντίδα στη σωματική ασθένεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1) Νοσηλευτική παρέμβαση σε καρκινοπαθείς που έχουν υποστεί αλλαγή του σωματικού ειδώλου, στα πλαίσια του Ολιστικού μοντέλου φροντίδας

Η αλλαγή στη σωματική ακεραιότητα και εμφάνιση του αρρώστου με καρκίνο είναι συχνό πρόβλημα και απαιτεί ιδιαίτερη αντιμετώπιση.¹¹ Οι μεταβολές που επέρχονται στο σώμα εξαιτίας των χειρουργικών επεμβάσεων, της ακτινοθεραπείας ή της χημειοθεραπείας, η καχεξία, η κακοσμία, ο ακρωτηριασμός μελών, διαφοροποιούν την εμφάνιση του αρρώστου, δημιουργούν αναπηρίες και επηρεάζουν την ιδέα που έχει για την εικόνα του εαυτού του.

Σε περίπτωση που υποστεί ακρωτηριασμό, ή μείνουν μετεγχειρητικές ουλές, αλλάξει η υφή του δέρματός του, χάσει τα μαλλιά του ή αδυνατίσει υπερβολικά, οι αλλαγές αυτές δεν περνούν απαρατήρητες και ενδέχεται να έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση του ασθενούς.^{11,24} Ο Νοσηλευτής είναι συνήθως ο πρώτος που θα έλθει σε επαφή με τον ασθενή που προσπαθεί να αποδεχθεί και να μάθει να ζει με τις μεταβολές που έχουν παρουσιαστεί στο σώμα του. Αυτός είναι που πολύ συχνά θα είναι ο πρώτος που θα πληροφορήσει τον ασθενή για τις αλλαγές που έχουν γίνει στο σώμα του. Επομένως είναι απαραίτητο για το Νοσηλευτή να κατανοεί τον εξαιρετικής σημασίας ρόλο του.^{11,3}

Η ανασφάλεια και ο φόβος της απόρριψης που αισθάνεται ο ασθενής μπορούν να μειωθούν με την εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας που απαιτεί ευαισθησία και γνώση. Ένας μορφασμός, μια χειρονομία ή ένας άσχημος χαρακτηρισμός μπορεί να προσβάλει τον ασθενή, με αποτέλεσμα την άρνησή του για βοήθεια.

Ο Νοσηλευτής θα πρέπει να φέρεται στον ασθενή του με αξιοπρέπεια και ως ένα άτομο άξιο με θετικά στοιχεία. Είναι απαραίτητη η άνευ όρων αποδοχή του ασθενούς και η διαβεβαίωση, ότι με συνεργασία μπορεί να ξεπεράσει οποιοδήποτε πρόβλημα.³

Ο Νοσηλευτής πρέπει να επέμβει και να χρησιμοποιήσει τεχνικές επικοινωνίας και συμβουλευτικής, έτσι ώστε να βοηθήσει τον ασθενή να αποδεχθεί και να προσαρμοσθεί στη νέα κατάσταση ζωής. Πρέπει παράλληλα να γίνει κατανοητό ότι η διαδικασία της αποδοχής της νέας εμφάνισης και της διαταραχής της σωματικής ακεραιότητας του ασθενούς παίρνει αρκετό χρόνο, τόσο για τον ίδιο όσο και για τους συγγενείς και τους γνωστούς του. Όσον αφορά στην επικοινωνία με τον ασθενή οποιαδήποτε μορφή κι αν έχει αυτή (ομιλία, ακρόαση, συμβολική) αυτή θα είναι επιτυχής, όταν ο Νοσηλευτής είναι αληθινά διαθέσιμος για τον ασθενή του.^{3,11,16,20}

4.2) Η Νοσηλευτική διεργασία στην αντιμετώπιση της διαταραχής της εικόνας σώματος

Σε γενικές γραμμές η Νοσηλευτική διεργασία ξεκινά από την αναγνώριση και καταγραφή των προβλημάτων του ασθενούς, με σκοπό στη συνέχεια, να σχεδιαστεί ένα πλάνο φροντίδας²¹ που θα αφορά στην ανακάλυψη και διόρθωση των μηχανισμών εκείνων που παρεμβαίνουν στη βιο-ψυχο-κοινωνική ομοιότητα του ασθενούς.

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση της διαταραχής της εικόνας σώματος η Νοσηλευτική φροντίδα κατευθύνεται ως εξής: Ο Νοσηλευτής θα πρέπει πρώτα να εκτιμήσει για σημεία που άπτονται της διαταραχής της εικόνας του εαυτού. Τέτοια μπορεί να είναι η άρνηση να κοιτάξει στον καθρέπτη ή να αγγίξει το μέρος του σώματός του που υπέστη τη μεταβολή, η απόσυρση από τους οικείους του κ. α.

Εν συνεχεία, προσπαθεί να καθορίσει τη σημασία που έχουν για τον ασθενή οι μεταβολές στο σώμα του, ενώ παράλληλα τον ενθαρρύνει να εκφράσει τα συναισθήματά του και σημειώνει τις όποιες αντιδράσεις του.

Ενισχύεται ο ασθενής στα πλαίσια της συζήτησης με το Νοσηλευτή, στο να γίνουν κατανοητές από τον ίδιο οι βελτιώσεις που αναμένονται πραγματικά να γίνουν στο σώμα του, έτσι ώστε να έχει όσο το δυνατό ρεαλιστικές ελπίδες για την κατάστασή του. Η εφαρμογή μέτρων ώστε να ανακτήσει ο ασθενής την αυτοεκτίμησή του κρίνονται αναγκαία όπως επίσης και η εφαρμογή μέτρων υποβοήθησης του ασθενούς για την προσαρμογή του στις ενδεχόμενες μεταβολές της σεξουαλικής του λειτουργίας.¹⁰ Τέτοια μέτρα μπορεί να είναι η ψυχοθεραπεία, η συμβουλευτική, η θεραπεία συμπεριφοράς κ. α.²¹

Επίσης ο Νοσηλευτής ενθαρρύνει τον ασθενή να εκτελεί δραστηριότητες, οι οποίες φέρουν τον ασθενή «κατά πρόσωπο» με τις επελθούσες αλλαγές π. χ άσκηση, μπάνιο. Οι δραστηριότητες που απαιτούν από τον ασθενή την αποδοχή των σωματικών του αλλαγών βοηθούν στη συνειδητοποίησή τους.

Στο θεραπευτικό – προληπτικό πλαίσιο της Νοσηλευτικής φροντίδας σημαντικό είναι να γίνεται από πλευράς του Νοσηλευτή αξιολόγηση και υποστήριξη της συμπεριφοράς που δείχνει θετική προσαρμογή. Τέτοια θετική συμπεριφορά, μπορεί να είναι η προθυμία στην περιποίηση τραυμάτων, η συμμόρφωση με την αγωγή, η έκφραση θετικών συναισθημάτων, η διατήρηση καλών σχέσεων με τους οικείους.

Σε γενικές γραμμές η Νοσηλευτική παρέμβαση στοχεύει στο να συνεχίσει ο ασθενής το συνήθη ρόλο του, τα ενδιαφέροντά του και τις κοινωνικές του δραστηριότητες. Εάν υπάρχει αδυναμία άσκησης των προηγούμενων ενασχολήσεων λόγω των λειτουργικών αλλαγών, βοηθείται ο ασθενής να βρει καινούριες.

Σημαντική πτυχή για την εκτίμηση της φροντίδας του αρρώστου είναι η υποστήριξη των μελών της υγειονομικής ομάδας όπου χρειάζεται, εφόσον ο ασθενής δείχνει απρόθυμος ή ανίκανος να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες.¹⁰

β) Νοσηλευτική παρέμβαση κατά περίπτωση

Παραπέμπεται στον ασθενή η καθοδήγηση του για συνεργασία και παροχή συμβουλών από ανάλογες υπηρεσίες

1) Όγκοι της υπόφυσης

Οι όγκοι της υπόφυσης είναι αποτέλεσμα της μη ομαλής κυτταρικής ανάπτυξης ενός ή περισσότερων από τα εκκριτικά κύτταρα του αδένου δηλαδή των χρωμόφοβων, των οξεόφιλων και βασεόφιλων κυττάρων. Ανάλογα με την εντόπιση, την λειτουργία και το μέγεθος του όγκου παρατηρείται συγκεκριμένη συμπτωματολογία συνυφασμένη με το είδος του όγκου.

Οι χρωμόφοβοι όγκοι προκαλούν την υπολειτουργία του αδένου. Τα συμπτώματα σε ασθενείς αυτού του είδους ορίζονται ως εξής: παχυσαρκία, ξηρό μαλακό δέρμα, κεφαλαλγία, απώλεια libido, ανωμαλίες όρασης, πολυουρία, πολυφαγία, ελάττωση μεταβολισμού και υποθερμία.

Οι οξεόφιλοι όγκοι εκκρίνουν προλακτίνη και αυξητική ορμόνη. Προκαλούν γιγαντισμό σε παιδική ηλικία, μεγαλακρία δηλαδή αύξηση σκελετού χεριών, ποδιών, θώρακα κ.τ.λ. Προκαλούν κεφαλαλγία, οπτικές διαταραχές όπως απώλεια διάκρισης χρωμάτων.

Όσον αφορά στη Νοσηλευτική αντιμετώπιση των αλλαγών που άπτονται της σωματικής εικόνας, γίνεται εκτίμηση των κινητικών και των αισθητικών ελλειμμάτων, διατηρούνται οι μυϊκοί τόνοι με κινήσεις πλήρους τροχιάς και σωστής θέσης σώματος, ενώ γίνονται προσπάθειες ενθάρρυνσης από τον Νοσηλευτή, αύξησης των δραστηριοτήτων των ασθενών σε βαθμό ανοχής.

Επίσης ενθαρρύνονται οι ασθενείς να εκφράζουν τα συναισθήματα τους για τις μεταβολές στη σεξουαλική δραστηριότητα, τους οικογενειακούς και κοινωνικούς τους ρόλους.¹²

2) Νεοπλάσματα των οστών

Τα νεοπλάσματα των οστών διακρίνονται σε πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή, καλοήθη ή κακοήθη.

Οι καλοήθεις όγκοι μπορεί να είναι το οστέωμα, το οστεοειδές οστέωμα, το καλοήθες οστεοβλάστωμα, το χόνδρωμα, το οστεοχόνδρωμα, το καλοήθες χονδροβλάστωμα, το μη οστεοπλαστικό ίνωμα και το οστεοκλάστωμα. Οι κακοήθεις όγκοι μπορεί να είναι το οστεοσάρκωμα, το ινοσάρκωμα, το χονδροσάρκωμα και το κακοήθες οστεοκλάστωμα. Τα μεταστατικά νεοπλάσματα του σκελετού αποτελούν το 13% του συνόλου των κακοήθων νεοπλασμάτων του.

Οι όγκοι που μεταθίστανται στα οστά είναι καρκινώματα μαστού, προστάτη, νεφρών, θυρεοειδή και ωοθηκών. Είναι ιδιαίτερα σύνηθες να εντοπίζονται στις περιοχές των πλευρών της σπονδυλικής στήλης των ανωνύμων οστών του άνω άκρου του μηριαίου και το βραχιόνιο.

Στις περιπτώσεις αυτές δημιουργείται έντονη δυσφορία καθώς υπάρχει μειωμένη τροχιά κινήσεων, έντονος πόνος, διόγκωση, ευαισθησία και κατ' επέκταση νευρολογικές διαταραχές.

Ο νοσηλευτής παρεμβαίνει και έχει ως σκοπό την μείωση της αγωνίας και του φόβου που πιθανόν να έχει ο ασθενής διότι είναι πολύ πιθανό να επέλθει αλλαγή του σωματικού ειδώλου με έναν πιθανό ακρωτηριασμό καθώς και την χειρουργική επέμβαση.

Προσπαθεί να δημιουργήσει την θετική εικόνα του σωματικού ειδώλου με συζητήσεις με τον ασθενή για τη νόσο, την θεραπεία και την αποκατάσταση. Βοηθά τον άρρωστο στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων του, έτσι ώστε να ξεπεράσει με αυτό τον τρόπο κάποιο ψυχικό τραύμα που ίσως έχει δημιουργηθεί από την διάγνωση και τον ακρωτηριασμό που πιθανόν κρίνεται να υποστεί ο ίδιος. Σημαντικό ρόλο ασκεί ο Νοσηλευτής ενημερώνοντας όσον αφορά στην ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία καθώς και τις ανεπιθύμητες ενέργειές τους.¹³

3) Καρκίνος του αιδοίου

Ο καρκίνος του αιδοίου είναι σπάνιος .Παρουσιάζεται συνήθως μετά το 60ο έτος της ηλικίας και συχνά σε έδαφος λευκοπλακίας του αιδοίου.Τα συμπτώματα αποτελούν αρχικά ο κνησμός και εν συνεχεία πόνοι τοπικοί και προς το υπογάστριο και τις βουβωνικές χώρες. Στις περιπτώσεις αυτές η ασθενής καλείται να υποστεί χειρουργική επέμβαση προκειμένου να γίνει εκτομή του αιδοίου.

Επίσης χρησιμοποιείται και η ακτινοθεραπεία – χημειοθεραπεία αλλά σε λιγότερο βαθμό.¹²

Μετά την επέμβαση είναι πιθανό να επέλθει σε πρόωρη εμμηνόπαυση και περαιτέρω προβλήματα όπως άγχος, ιλίγγους, προβλήματα ύπνου και κατάθλιψη.

Επίσης υπάρχει η πιθανότητα να μειωθεί η ικανότητα για σεξουαλική διάθεση λόγω της χειρουργικής επέμβασης και των συμπτωμάτων.

Τούτο συμβαίνει διότι με την υποβολή της χειρουργικής επέμβασης και των ακτινοθεραπειών δημιουργούνται προβλήματα όσον αφορά την σεξουαλική δραστηριότητα και την κατατομή των γεννητικών οργάνων. Η σεξουαλική πράξη καθίσταται δύσκολη τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά διότι υπάρχει ο φόβος για την πρόκληση του πόνου και των αιμορραγιών.²²

Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται στην ενθάρρυνση για εξωτερίκευση των συναισθημάτων και της κατάστασης της ασθενούς όπως επίσης και σε συμβουλές διαπραγματεύσεως με τον ακρωτηριασμό του σώματός. Προσπάθεια μείωσης της επίδρασης που έχει αυτό, καθώς και ανύψωση του ηθικού, με παράλληλη καθοδήγηση γύρω από τον σεξουαλικό παράγοντα και ενθάρρυνση για επανένταξη και κοινωνική προσαρμογή.^{12,23}

4) Καρκίνος του κόλπου

Ο καρκίνος του κόλπου είναι πολύ σπάνιος και αποτελεί το 0,5% των καρκινωμάτων των γυναικείων οργάνων. Η συχνότητα του φαινομένου γίνεται αισθητή μετά την εμμηνόπαυση. Οι αρχικές αλλοιώσεις δεν προκαλούν συμπτώματα αργότερα όμως εμφανίζονται εκδηλώσεις όπως αιμορραγία, κάκωσμο έκκριμα, κνησμός και δυσκοιλιότητα. Πόνοι παρουσιάζονται σε προχωρημένα στάδια.

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η ασθενής ως βιοψυχοκοινωνική οντότητα γίνεται εκτίμηση προηγούμενου σεξουαλικού ιστορικού για να διαπιστωθούν πιθανά προβλήματα που οφείλονται στη σεξουαλική δυσλειτουργία. Δημιουργείται κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον για την άνεση της ασθενούς και γίνεται παράλληλα, διάλογος με την ασθενή για την μέγιστη αποκατάσταση της σεξουαλικότητάς της.^{12,9}

4) Καρκίνος του λάρυγγα

Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι ιάσιμος όταν ανιχνεύεται έγκαιρα και εκδηλώνεται συχνότερα στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Η εμφάνιση του συνδέεται με κάπνισμα, αλκοόλ, φωνητική τάση, χρόνια λαρυγγίτιδα, έκθεση σε ατμοσφαιρικούς ρύπους και ουσίες ερεθιστικές. Τα συμπτώματα του καρκίνου του λάρυγγα εμφανίζονται ως εξής : πόνος, βρόγχος φωνής, δύσπνοια, δυσφαγία και δύσσοσμη αναπνοή.

Ανάλογα με την έκταση του όγκου καθορίζεται και η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου. Σε προχωρημένο στάδιο γίνεται ολική λαρυγγεκτομή.

Η μέριμνα του νοσηλευτή βασίζεται πάνω στη μείωση του stress, άγχους, αγωνίας και φόβο του ασθενούς. Έχει ως στόχο τη μείωση του φόβου, την δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να έχει την δυνατότητα να επικοινωνεί και να εκφράζεται ελεύθερα. Έχει, επίσης, ως στόχο την εξασφάλιση ασφάλειας και αποτροπή από συναισθήματα ματαιώσης και απαισιοδοξίας καθώς ο ασθενής θα μπορεί να επικοινωνεί μόνο με τη βοήθεια επιπρόσθετων μηχανημάτων – διαδικασιών (αεραγωγό, χρήση σημειωμάτων).

Μεριμνάται η προσέγγιση του ασθενούς θετικά, δίνοντάς του με αυτόν τον τρόπο την ικανότητα ατομικής φροντίδας και βελτίωσης του σωματικού ειδώλου και κατ' επέκταση αυτοεκτίμησης. Επίσης αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι η οργανωμένη και εξειδικευμένη Νοσηλευτική εκπαίδευση για κάθε άρρωστο με μόνιμη τραχειοστομία, οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα αυτοφροντίδας.^{7,24}

5) Καρκίνος στόματος

Ο καρκίνος στόματος εμφανίζεται στη στοματική κοιλότητα και αναπτύσσεται από το πλακώδες επιθήλιο. Αρχίζει κυρίως με μια περιοχή υπερκεράτωσης που προχωρεί προς αλλοίωση.

Το κάπνισμα και το αλκοόλ συμβάλλουν στην προκειμένη αιτιολογία¹¹. Η θνησιμότητα στους άνδρες είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τις γυναίκες.

Παρουσιάζει κυρίως απώλεια βάρους σωματικού και εξαντλημένη όψη. Η αλλαγή της στοματικής κοιλότητας επιφέρει επίσης ψυχολογικές και ιδιαίτερα σωματικές μεταπτώσεις γι' αυτό το λόγο η θεραπεία είναι επιθετική και συνδυάζει την χειρουργική επέμβαση – εκτομή και θεραπεία, ακτινοθεραπεία.

Αξίζει να σημειωθεί ότι και στον καρκίνο του στόματος παρέχεται η δυνατότητα στον ασθενή να υποβάλλει τις τυχόν απορίες του και την έκφραση των φόβων του.

και γίνεται διδασκαλία για την χρησιμοποίηση διαφόρων μέσων επικοινωνίας προκειμένου να μην παραμορφωθεί η ομιλία.

Αναγκαία παρέμβαση αποτελεί η παροχή βοήθεια για την αποδοχή του νέου σωματικού ειδώλου και η ενθάρρυνση για τις κοινωνικές επαφές με τον περίγυρο^{11,12}.

6) Καρκίνος τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος τραχήλου μήτρας είναι ένας από τους συχνότερους καρκίνους που εμφανίζονται στις γυναίκες¹².

Στην Ελλάδα ο καρκίνος του τραχήλου φαίνεται να μειώνεται διαχρονικά παρόλα αυτά¹¹.

Ο καρκίνος συνοδεύεται από λευκόρροια, κολπική αιμορραγία και κηλίδες αίματος.

Η ασθενής αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα ψυχολογικά, ανησυχία και ιδιαίτερο φόβο καθώς με τη θεραπεία την οποία δίνεται και η οποία αποτελεί την χειρουργική επέμβαση, μεταβάλλεται η σωματική εικόνα της ασθενούς. Προκύπτουν προβλήματα σεξουαλικής φύσεως και κυρίως αναπαραγωγής.

Ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνει την ασθενή για την σεξουαλική δραστηριότητα και την γονιμότητά της. Ενθαρρύνει την ασθενή να εκφράσει τους φόβους και τις αδυναμίες της.

Υποστηρίζει την άρρωστη ψυχολογικά και ηθικά στην συγκινησιακή της φόρτιση και προσαρμογή. Κατανοεί την ασθενή και προπάντων δεν την αποθαρρύνει κατά την περίοδο της προσαρμογής στο νέο σωματικό είδωλο καθώς η ασθενής περικλείεται από τάσεις κατάθλιψης και ανησυχίες νευρικότητας λόγω της ξαφνικής μεταβολής¹².

7) Καρκίνος του πέους και των όρχεων

Η συγκεκριμένη μορφή καρκίνου προσβάλλει τους άνδρες και έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια ενός ή εξολοκλήρου του τμήματος του πέους. Είναι μια μορφή καρκίνου που προκαλεί σοβαρές σεξουαλικές δυσκολίες διότι η σεξουαλική ικανοποίηση μπορεί να συμβεί μέσω των ηβικών οστών, του περινέου, του οσχέου και μέσω της ουρηθροστομίας.

Τα σεξουαλικά προβλήματα του καρκίνου εξαρτώνται από τον τύπο του όγκου. Κατά την αφαίρεση των όρχεων αμβλύνεται η γονιμότητα και σεξουαλική δραστηριότητα .

Καθήκον του νοσηλευτή είναι να εξυψώσει το ηθικό του ασθενούς. Να κατορθώσει μέσα από συζητήσεις και διάλογο να εξυπηρετήσει τον ασθενή στο να εξωτερικεύσει αυτά που νιώθει και να βοηθήσει στην σταθεροποίηση της ψυχολογικής υγείας, δεδομένου του ότι η αφαίρεση μερική η ολική των γεννητικών οργάνων μπορεί να κάνει τον ασθενή να νιώσει μη αποδεκτός από τον εαυτό του και από τα μέλη του αντίθετου φύλου^{4,25}.

Είναι γεγονός ότι όσον αφορά την αφαίρεση μερική η ολική των γεννητικών οργάνων, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, το 70% των ανησυχιών μπορούν να διαλυθούν αν καθίσει κάποιος και αφουγκραστεί ειλικρινά τον ασθενή. Οι περισσότερες από τις παραμένουσες ανησυχίες και αμφιβολίες μπορούν να αντιμετωπισθούν, διορθώνοντας μια παραπλανητική ή εσφαλμένη πληροφορία και βοηθώντας το ζευγάρι να επικοινωνήσει.⁴

8) Καρκίνος των ωοθηκών

Ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας, από τις 1000 γυναίκες προσβάλλονται οι 10 και από αυτές επιζούν μόνο 1 ή 2.

Στα αρχικά στάδια του καρκίνου, τα σημεία και τα συμπτώματα δεν είναι ειδικά και μπορεί να συμπεριλάβουν την κοιλική αιμορραγία. Στην συνέχεια μπορεί να συμπεριλάβουν γαστρεντερική δυσφορία, πόνο ράχης, συμπτώματα απόφραξης του ουροποιητικού ή λοίμωξη.

Η αντιμετώπιση είναι η ωοθηκεκτομή, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία¹².

Κατά την ωοθηκεκτομή αφαιρείται ένα μέρος ωοθηκών και στην αμοφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομή η ασθενής παραμένει «στείρα» δηλαδή απέχει από την παραγωγική διαδικασία^{12,9}.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις καθήκον του νοσηλευτή είναι να αξιολογήσει τα σημεία και συμπτώματα διαταραχής της εικόνας της ασθενούς για το σώμα της.

Καθορίζει τη σημασία που έχει για την ασθενή η απώλεια των οργάνων αναπαραγωγής. Εφαρμόζει μέτρα για την διευκόλυνση της αντιμετώπισης του αισθήματος της θλίψης.

Βοηθά στην αποκατάσταση της αυτοεκτίμησης της ασθενούς. Βοηθά στη διευκόλυνση προσαρμογής της ασθενούς στις συνέπειες της απώλειας των οργάνων αναπαραγωγής. Βοηθάει την ασθενή προκειμένου να βρει μεθόδους αντιμετώπισης του προβλήματος.

Επίσης, αξιολογεί τον τύπο συμπεριφοράς που δείχνει θετική προσαρμογή στην απώλεια των οργάνων αναπαραγωγής. Βοηθά παράλληλα στην ανάκτηση της αυτοεκτίμησης και επανεκτίμηση των σχέσεων με προσωπικό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον⁹.

9) Σύνδρομο Cushing

Το σύνδρομο Cushing προκαλείται από υπερδραστηριότητα του φλοιού των επινεφριδίων. Προέρχεται από την υπερέκκριση κορτιζόλης. Δημιουργείται σε αδένωμα, καρκίνωμα του φλοιού.

Την εμφάνιση του συνδρόμου ακολουθεί η υπερβολική αύξηση του βάρους, κόπωση, αδυναμία, μεγάλη κάμψη των γονάτων, πόνος στη ράχη και λοιμώξεις του δέρματος.

Η παρέμβαση του νοσηλευτή έχει ως σκοπό :

- την επανένταξη του ασθενούς ατόμου στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις,
- την υποστήριξη του ασθενούς, όσον αφορά την ατομική του φροντίδα

- την ενθάρρυνση του ασθενούς να ακολουθήσει το διαιτητικό σχήμα ώστε να συντελέσει στη μείωση του σωματικού βάρους και την ανακούφισή του όσον αφορά την αλλαγή της σωματικής του διάπλασης
- υποστήριξη του ασθενούς στις κυριαρχικές βιολογικές του δραστηριότητες όπως βάδισμα, προκειμένου να αποφευχθεί η πτώση που θα επιφέρει κατάγματα
- ενθάρρυνση του ασθενούς για την εξωτερίκευση του φόβου και της ανησυχίας και τέλος
- η διαβεβαίωση του ασθενούς για το πέρασμα των σωματικών αλλαγών¹³

10) Καρκίνος μαστού

Ο καρκίνος μαστού κάνει την εμφάνισή του στις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου καθώς και την Ελλάδα. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες οικονομικο-κοινωνικές τάξεις. Φαίνεται να αποτελεί στη χώρα μας το συχνότερο είδος καρκίνου στις γυναίκες και αυξάνεται με ανησυχητικό ρυθμό¹¹.

Η εμφάνιση του καρκίνου του μαστού προκαλεί ανησυχία στην ασθενή και σύγχυση. Ο καρκίνος μαστού θεραπεύεται με μαστεκτομή είτε απλή είτε ολική. Με την μαστεκτομή γίνεται χειρουργική αφαίρεση όλου ή μέρους του μαστού.

Προκαλεί υψηλά επίπεδα άγχους στην ίδια αλλά και την οικογένειά της, στην προσπάθειά τους να αποδεχθούν, να κατανοήσουν αλλά και να αντιμετωπίσουν τις σοβαρές συνέπειες της νόσου^{9,26}.

Δημιουργούνται περιορισμοί που απαιτούν από την ασθενή αλλαγή τρόπου ζωής και προσαρμογή στα νέα δεδομένα της καθημερινότητάς της.

Η μεταβολή αυτή του σωματικού ειδώλου δημιουργεί στην ασθενή ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα, άγχος, θυμό, μελαγχολία, καταπίεση, έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος καθώς το γυναικείο στήθος αποτελεί επιβεβαίωση της σεξουαλικότητας της γυναίκας^{9,24,26}.

Καταλυτικός αποτελεί ο παράγοντας της παρουσίας του νοσηλευτή στην διεκπεραίωση και αποκατάσταση της ασθενούς.

Ο νοσηλευτής αφιερώνει χρόνο στην ακρόαση των προβλημάτων της ασθενούς

Την ενθαρρύνει στο να μειώσει το άγχος, την κατάθλιψη.

Ενισχύει το θετικό πνεύμα και την θετική εικόνα με στόχο την προσαρμογή της ασθενούς στη νέα εικόνα του σωματικού της ειδώλου προάγοντας την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης, ενώ παράλληλα ενθαρρύνει την επαφή με προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, Εφαρμόζοντας μέτρα για την διευκόλυνση της προσαρμογής της ασθενούς στην σεξουαλική – ερωτική της ζωή.

Ενθαρρύνει την επαφή της ασθενούς με άλλα άτομα, τις επισκέψεις και την υποστήριξη των οικείων της και ιδιαίτερα του συντρόφου, αν πιθανόν υπάρχει, καθώς παίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματικότερη προσαρμογή στην νέα της εικόνα και αξιολογεί τον τύπο συμπεριφοράς που δείχνει θετική προσαρμογή στην απώλεια του μαστού^{9,24,26}

11) Καρκίνος προστάτη

Ο καρκίνος προστάτη αποτελεί τον τύπο του κακοήθους όγκου του ουροποιογεννητικού συστήματος στον άνδρα. Εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών και είναι αδenoκαρκίνωμα κυρίως. Η μορφή αυτή καρκίνου δεν είναι ανιχνεύσιμη στα πρώτα στάδια. Στην συνέχεια περιορίζεται στον προστάτη και επεκτείνεται μέσα από την προστατική τη σπερματοδόχο κύστη στο ήπαρ, οστά και πνεύμονα.

Η παρέμβαση που γίνεται εξαρτάται από το στάδιο της νόσου, την ηλικία και τα συμπτώματα⁷.

Εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία και χειρουργική επέμβαση προστατεκτομή. Με την προστατεκτομή γίνεται αφαίρεση του προστάτη και στην ολική προστατεκτομή γίνεται αφαίρεση προστάτη, σπερματοδόχων κύστεων, μέρος του σπερματικού πόρου και του αυχένα της κύστης.

Στις περιπτώσεις αυτές δημιουργούνται αρκετά προβλήματα σεξουαλικότητας διότι με την χειρουργική αφαίρεση επέρχεται η στυτική ανικανότητα. Ο ασθενής λόγω της ψυχοσωματικής μεταβολής χρήζει ιδιαίτερης μεταχείρισης. Διαταράσσεται η αντίληψη του εαυτού του.

Συνεπώς, ο νοσηλευτής οφείλει να εφαρμόσει μέτρα για τη διευκόλυνση της αποκατάστασης της σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Οφείλει να εξυπηρετήσει στην διευκόλυνση της αντιμετώπισης της θλίψης.

Ενθαρρύνει τον ασθενή, υποστηρίζει την συμπεριφορά που δείχνει θετική προσαρμογή στις μεταβολές αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο την αυτοεκτίμηση του ασθενούς. Βοηθά στην προσαρμογή του ασθενούς κατά την επικοινωνία μεταξύ του ίδιου και των οικείων του και ενθαρρύνει τη χρησιμοποίηση ομάδων υποστήριξης^{7,9,24}.

12) Όγκοι λεπτού εντέρου

Οι όγκοι του λεπτού εντέρου καλοήθεις – κακοήθεις είναι σπάνιοι. Η μορφή αυτή καρκίνου επεκτείνεται στο ήπαρ και στους λεμφαδένες. Τα συμπτώματα περιορίζονται σε κακουχία, ανορεξία, απώλεια βάρους, κοιλιακό πόνο και αιμορραγίες.

Η χειρουργική παρέμβαση ποικίλλει ανάλογα με το στάδιο της νόσου και τις εκδηλώσεις της. Συνίσταται : χειρουργική εκτομή, ακτινοβολία, κορτικοστεροειδή¹².

13) Όγκοι παχέως εντέρου

Είναι ο πιο συχνός και το καρκίνωμα και του κόλου και του ορθού.

Η εμφάνισή του σχετίζεται με περιβαλλοντικούς παράγοντες και γενετικούς παράγοντες. Η μορφή καρκίνου πιθανολογεί να μετατοπισθεί στην ουροδόχο κύστη ή τον κόλπο.

Τα συμπτώματα που εμφανίζει ορίζονται σε δυσκοιλιότητα με διάρροια, ένταση όταν υποβάλλεται σε σωματική άσκηση, παρουσία αίματος σε μάζες κοπρανώδεις, ανορεξία, απώλεια βάρους.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου σχετίζεται άμεσα με τη χρήση κολοστομίας.

Ο νοσηλευτής κρίνεται υπεύθυνος για την ενημέρωση της κολοστομίας προς τον ασθενή. Κρίνεται υπεύθυνος στην παροχή βοήθειας και ενθάρρυνσης καθώς ο ασθενής υπόκειται σε ψυχοκοινωνικές και σεξουαλικές αλλαγές.

Βοηθά στην επανεκτίμηση του ελέγχου στις καθημερινές δραστηριότητες καθώς και την ισορροπία της αλληλεπίδρασης στην επικοινωνία με τον περίγυρο – οικογενειακό - κοινωνικό και ενθαρρύνει την αντιμετώπιση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας καθώς δημιουργεί ανησυχία και αμηχανία^{12,24,27}.

14) Όγκοι ουροδόχου κύστης

Παρατηρούνται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες. Τα σαρκώματα έχουν την τάση να εισχωρούν μέσα στα τοιχώματα της κύστης. Οι εκδηλώσεις κυμαίνονται σε ανώδυνη αιματουρία, συχνουρία, δυσουρία, πόνο και αίσθημα ούρησης.

Η νοσηλευτική παρέμβαση επικεντρώνεται στη θεραπευτική σχέση ασθενούς με νοσηλευτικό προσωπικό διότι ο νοσηλευτής κρίνεται αυτός που ενθαρρύνει την έκφραση του φόβου και της αγωνίας.

Συζητάτε η θετική εικόνα της θεραπείας και υποβάλλεται χημειοθεραπεία – ακτινοθεραπεία και υποστηρίζονται τα στάδια της χημειοθεραπείας – ακτινοθεραπείας με την ανάλογη διδασκαλία του ασθενούς^{7,9}.

Όσον αφορά τις θεραπείες των μορφών καρκίνου συνίσταται όπως προαναφέραμε στη νοσηλευτική παρέμβαση η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπείας και οι τροποποιητές βιολογικής απάντησης.

15) Τροποποιητές βιολογικής απάντησης

Οι τροποποιητές βιολογικής απάντησης είναι παράγοντες ή μέθοδοι θεραπείας που έχουν την ικανότητα να μεταβάλλουν την ανοσολογική σχέση ανάμεσα σε όγκο και ασθενή ώστε να επιφέρουν θεραπευτικό αποτέλεσμα⁷.

4.3) Χημειοθεραπεία : Τα βασικά σημεία

Υπάρχουν σήμερα τουλάχιστον 80 διαφορετικά είδη χημειοθεραπευτικών φαρμάκων τα οποία επίσης κάποτε αποκαλούνται αντικαρκινικά φάρμακα. Ο κάθε τύπος χημειοθεραπευτικού φαρμάκου, έχει το δικό του τρόπο δράσης. Κατά γενικό κανόνα όλα σκοτώνουν τα καρκινικά κύτταρα ή παρεμβαίνουν στους μηχανισμούς ανάπτυξης και πολλαπλασιασμού τους. Η πρόληψη δημιουργίας μεταστάσεων δηλαδή δευτερογενών εντοπισμών της νόσου που προέρχονται από την πρωτογενή εστία σε όργανα όπως οι πνεύμονες, ο εγκέφαλος, το συκώτι και τα οστά, περιλαμβάνονται στις ευεργετικές δράσεις της χημειοθεραπείας.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μόνα τους είτε σε συνδυασμούς μεταξύ τους. Η χημειοθεραπεία που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από το είδος του καρκίνου που θα πρέπει να αντιμετωπισθεί και την έκταση που έχει πάρει στον οργανισμό τόσο τοπικά όσο και σε επίπεδο μεταστάσεων. Στους περισσότερους ασθενείς, η χημειοθεραπεία χορηγείται διαμέσου ενδοφλέβιων υγρών. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν επίσης να δοθούν ενδομυϊκώς ή από το στόμα.

Η χημειοθεραπεία φτάνει σχεδόν σε όλα τα μέρη του σώματος. Αυτό βοηθά στην εξάλειψη των καρκινικών κυττάρων που έχουν διασκορπιστεί από την αρχική εστία του καρκίνου. Στον εγκέφαλο και στους όρχεις, η διείσδυση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είναι χαμηλή. Έτσι στα εν λόγω όργανα μπορεί να χρειαστεί διαφορετική θεραπεία. (δυστυχώς τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα καταστρέφουν όχι μόνο καρκινικά κύτταρα αλλά και υγιή, φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού.²⁸

Ενώ τα καρκινικά κύτταρα συνήθως δεν ανακάμπτουν μετά από την έκθεση τους στη χημειοθεραπεία, τα φυσιολογικά κύτταρα έχουν μηχανισμούς επιδιόρθωσης που τους επιτρέπουν να αναζωογονηθούν και να λειτουργήσουν ξανά φυσιολογικά.



Τα κύτταρα της βλεννογόνου του πεπτικού συστήματος, δηλαδή αυτά που καλύπτουν την εσωτερική επιφάνεια του στόματος, του οισοφάγου, του στομαχιού και του εντέρου όπως επίσης και τα κύτταρα που δημιουργούν τις τρίχες και τα κύτταρα του μυελού των οστών που δημιουργούν το αίμα, είναι πολύ ευαίσθητα στη χημειοθεραπεία λόγω του ότι ανανεώνονται συνεχώς. Είναι για το λόγο αυτό που οι ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία παθαίνουν στοματίτιδα, άφθες στο στόμα, έχουν ενοχλήσεις στο στομάχι, χάνουν τα μαλλιά τους και νιώθουν έντονη κόπωση και αδυναμία.

Για τη λευχαιμία και το πολλαπλούν μυέλωμα, η χημειοθεραπεία είναι η βάση της θεραπείας. Σε άλλες μορφές καρκίνου, η χημειοθεραπεία είναι μέρος μιας ευρύτερης στρατηγικής αντιμετώπισης που περιλαμβάνει ακτινοθεραπεία ή και χειρουργική επέμβαση.

Η χημειοθεραπεία εκτός από το γεγονός ότι σκοτώνει τα καρκινικά κύτταρα, μειώνει ή εξαφανίζει τους κακοήθεις όγκους και καταπολεμά τις μεταστάσεις, μπορεί να ανακουφίζει από τον πόνο που προκαλεί ο καρκίνος. Η ανακουφιστική δράση της χημειοθεραπείας όσον αφορά στην καταπράυνση του πόνου, μπορεί να προσφερθεί τόσο στα αρχικά στάδια της νόσου όσο και όταν ο καρκίνος δεν μπορεί να εξαλειφθεί και χρειάζεται καταπολέμηση του πόνου που πιθανόν να προκαλεί. Προσφέρει έτσι βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

Ο κάθε τύπος χημειοθεραπευτικού φαρμάκου έχει τις δικές του επιπλοκές. Αυτές μπορεί να είναι λιγότερο ή περισσότερο σοβαρές ανάλογα με τις αντιδράσεις και τη γενική κατάσταση του ασθενούς. Είναι πολύ σημαντικό οι γιατροί να ενημερώνουν λεπτομερώς τους ασθενείς τους για τις παρενέργειες που δυνατόν να αναμένονται από τη χημειοθεραπεία που θα χορηγηθεί. Η ενημέρωση πρέπει να γίνεται πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί σε νοσοκομείο, σε κλινική, στο ιατρείο ή στο σπίτι του ασθενούς. Κάποτε η θεραπεία χορηγείται εύκολα από το στόμα. Σε άλλες περιπτώσεις δίνεται με ένεση ή διαμέσου ενδοφλέβιων υγρών. Υπάρχουν διάφορα σχήματα χημειοθεραπείας με χορήγηση φαρμάκων ημερησίως, εβδομαδιαίως ή μηνιαίως. Συχνά υπάρχουν περίοδοι διακοπής για ανάκαμψη του οργανισμού μεταξύ των χορηγήσεων των φαρμάκων.

Οι γιατροί χρησιμοποιούν διάφορες μεθόδους, κλινικές, εργαστηριακές (αναλύσεις αίματος) και απεικονιστικές (αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, ακτινογραφίες, σπινθηρογράφημα) για να αξιολογούν την εξέλιξη και ανταπόκριση της νόσου στις θεραπείες όπως επίσης και το πόσο καλά ανέχεται ο ασθενής τη χημειοθεραπεία που λαμβάνει.

Είναι γεγονός ότι η χημειοθεραπεία συνοδεύεται από πολλές παρενέργειες. Συχνά οι ασθενείς παρουσιάζουν κούραση, ναυτία, εμετούς, διάρροια, άφθες στο στόμα, στοματίτιδα, απώλεια μαλλιών, εξανθήματα και καταστολή του μυελού των οστών με μείωση των λευκών, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων στο αίμα. Τα προβλήματα στο μυελό των οστών και στο αίμα που προκαλεί η χημειοθεραπεία είναι αιτίες που αυξάνουν τον κίνδυνο για μολύνσεις και αιμορραγία.²⁸

Οι παρενέργειες εξαρτώνται από το είδος και τη δόση του φαρμάκου που χορηγείται. Ορισμένα φάρμακα προκαλούν περισσότερες αλλεργικές αντιδράσεις, μωδιάσματα, μυρμηγκιάσματα στα χέρια και πόδια. Επίσης είναι δυνατόν να προκληθεί φλεγμονή στο σημείο και στη φλέβα που χορηγείται ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο. Μερικά φάρμακα έχουν τον κίνδυνο πρόκλησης αιμορραγίας από την ουροδόχο κύστη.

Υπάρχουν τρόποι αντιμετώπισης των επιπλοκών αυτών τις οποίες γνωρίζουν καλά οι γιατροί. Η στενή παρακολούθηση του ασθενούς που λαμβάνει χημειοθεραπεία ή η εισαγωγή του στο νοσοκομείο, επιτρέπουν την έγκαιρη αντιμετώπιση στον καλύτερο δυνατό βαθμό ανάλογα με την περίπτωση και των επιπλοκών που πιθανόν να συμβούν. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα όταν χρησιμοποιηθούν στην αρχή της εγκυμοσύνης, έχουν τον κίνδυνο να προκαλέσουν συγγενείς ανωμαλίες. Για αυτό εάν μια γυναίκα είναι ή πιθανόν να είναι έγκυος, πρέπει να ενημερώνει το γιατρό της.

Επίσης η χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλεί στειρότητα. Είναι σημαντικό για τους ασθενείς που βρίσκονται σε ηλικία τεκνοποίησης, να συζητούν τα θέματα στειρότητας με τους γιατρούς τους. Υπάρχουν περιπτώσεις που μπορεί να διαφυλαχθούν σπέρμα ή ωάρια για σκοπούς μεταγενέστερης τεχνητής γονιμοποίησης στα πλαίσια οικογενειακού προγραμματισμού.

Οι ασθενείς που παίρνουν χημειοθεραπεία πρέπει να ενημερώνουν το γιατρό τους εάν παρουσιάζουν πυρετό, ρίγος, εξάνθημα, πρήξιμο των χεριών, ποδιών ή μέρους του προσώπου τους, εμετούς, διάρροια, αίμα στα ούρα ή στα κόπρανα, αιμορραγία ή μώλωπες, δυσκολίες στην αναπνοή, έντονους πονοκέφαλους και ανεξήγητο πόνο που είναι έντονος και διαρκεί.

Εάν δημιουργηθεί πόνος, κοκκίνισμα, πρήξιμο στο σημείο που έχει τοποθετηθεί ενδοφλέβια ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο, πρέπει να ενημερώνεται ο γιατρός. Υπάρχουν τοπικές ή γενικές θεραπείες που μπορούν να βοηθούν.

Επίσης μπορούν να ληφθούν μέτρα για την ελαχιστοποίηση πιθανοτήτων πρόκλησης ξανά του ίδιου προβλήματος. Οι ασθενείς πρέπει να ζητούν μια λεπτομερή και πλήρη ενημέρωση από το γιατρό τους για τη χημειοθεραπεία που πρόκειται να λάβουν και τις πιθανές επιπλοκές της. Μπορούν έτσι να προσαρμόζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες σύμφωνα με το τι είναι δυνατόν να αναμένουν.

Για παράδειγμα πολλές χημειοθεραπείες επηρεάζουν το δέρμα καθιστώντας το περισσότερο ευαίσθητο στην ηλιακή ακτινοβολία. Γνωρίζοντας την επιπλοκή αυτή οι ασθενείς, είναι σε θέση να λαμβάνουν μέτρα προστασίας από τον ήλιο, να περιορίζουν τις ώρες έκθεσης τους στον ήλιο και να χρησιμοποιούν τις ειδικές αντηλιακές κρέμες με ψηλό δείκτη προστασίας.

Παράλληλα είναι σημαντικό να συζητούν με το γιατρό τους για άλλα φάρμακα που ενδεχομένως λαμβάνουν. Υπάρχουν αλληλεπιδράσεις μεταξύ χημειοθεραπείας και ορισμένων άλλων φαρμάκων. Ασπιρίνη, αντιβιοτικά και υπνωτικά φάρμακα είναι δυνατόν να αντενδείκνυνται όταν λαμβάνονται ορισμένες χημειοθεραπείες.

Τελειώνοντας θέλουμε να τονίσουμε ότι η χημειοθεραπεία είναι ένα πολύτιμο αλλά δύσκολο και επικίνδυνο όπλο που διαθέτουμε κατά του καρκίνου. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο του ή σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία και τη χειρουργική επέμβαση. Η χορήγηση της χημειοθεραπείας από έμπειρη ομάδα γιατρών και νοσηλευτών όπως επίσης και η πλήρης ενημέρωση του ασθενούς για το είδος και τις επιπλοκές της χημειοθεραπείας που χορηγείται, μεγιστοποιούν τις πιθανότητες επιτυχούς αντιμετώπισης του καρκίνου.^{11,28}



Ιάσιμες θεωρούνται με την χημειοθεραπεία ορισμένες μορφές καρκίνου όπως το χοριοκαρκίνωμα, σεμίνωμα, λέμφωμα Burkitt, λεμφοβλαστική λευχαιμία κλπ. Το φάρμακο χορηγείται γενικά με ένεση ή ενδοφλεβίως. Σε μερικούς τύπους κακοήθειας, όπως στη νόσο του Hodgkin, στη λευχαιμία και στον καρκίνο των όρχεων, η χημειοθεραπεία μπορεί να πετύχει πλήρη ανάρρωση, ακόμα κι αν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί.

Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο υποβάλλονται σήμερα σε χημειοθεραπεία σε αρχικό ή σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, με σκοπό είτε την ίαση ή την ανακούφιση. Οι περισσότερες επιτυχίες της χημειοθεραπείας οφείλονται στην χορήγηση πολλών και όχι ενός φαρμάκου. Σήμερα υπάρχουν τουλάχιστον 80 είδη διαφορετικών χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται πιο συχνά μετά από μια επέμβαση για αφαίρεση του καρκίνου, ακόμα κι αν δεν υπάρχουν σημεία ότι ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί. Αυτό ονομάζεται επικουρική χημειοθεραπεία. Σε μερικούς καρκίνους, ιδιαίτερα του μαστού και του παχέος εντέρου, η επικουρική χημειοθεραπεία έχει δείξει ότι μειώνει τις πιθανότητες επανεμφάνισης του καρκίνου. Και τα άτομα με καρκίνο που κάνουν αυτή τη θεραπεία ζουν γενικά περισσότερο σε σχέση με αυτούς που δεν την κάνουν.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να γίνει και πριν από μια επέμβαση, για να συρρικνώσει τον καρκίνο και να κάνει την επέμβαση πιο εύκολη ή πιο αποτελεσματική. Αυτή ονομάζεται προεγχειρητική χημειοθεραπεία και χρησιμοποιείται για καρκίνους στο κεφάλι, στο λάρυγγα και στο στήθος. Σε περιπτώσεις που ο καρκίνος δεν μπορεί να θεραπευτεί η χημειοθεραπεία μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής. Αυτή ονομάζεται παρηγορητική χημειοθεραπεία.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση περισσότερων από ένα φαρμάκων. Η συνδυαστική χημειοθεραπεία αφορά τη χορήγηση μιας ομάδας φαρμάκων που δρουν ταυτόχρονα, για να σκοτώσουν τα καρκινικά κύτταρα. Το μειονέκτημα των αντικαρκινικών φαρμάκων είναι ότι συχνά επηρεάζουν και τα φυσιολογικά κύτταρα εκτός από τα καρκινικά.

Τα φυσιολογικά κύτταρα που είναι πιθανότερο να επηρεαστούν είναι αυτά που διαιρούνται γρήγορα, όπως αυτά που βρίσκονται στο μυελό των οστών, στο βλεννογόνο της γαστρεντερικής οδού, στο αναπαραγωγικό σύστημα και στους θύλακες των τριχών. Αφού ολοκληρωθεί η θεραπεία, αυτά τα κύτταρα συνήθως αναρρώνουν.

Ανάλογα με το συγκεκριμένο φάρμακο που χρησιμοποιείται η χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει διάφορες παρενέργειες. Αυτές είναι τριχόπτωση, πληγές στο στόμα, δυσκολία στην κατάποση, ξηροστομία, ναυτία, εμετός, διάρροια, αιμορραγία και λοίμωξη. Πιο σπάνια προβλήματα περιλαμβάνουν βλάβη στην καρδιά, στο ήπαρ, στους πνεύμονες, στα νεφρά ή στα νεύρα. Η βλάβη στα νεύρα προκαλεί συνήθως μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα των χεριών ή των ποδιών. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι παρενέργειες εξαφανίζονται, μόλις ολοκληρωθεί η θεραπεία. Οι ειδικοί εργάζονται, για να μειώσουν ή και να απαλείψουν εντελώς αυτές τις παρενέργειες.

17) Καταπολέμηση καρκινικών κυττάρων

1. Κάθε άνθρωπος έχει καρκινικά κύτταρα στο σώμα του. Αυτά τα καρκινικά κύτταρα δεν φαίνονται στις συνήθεις εξετάσεις, εφόσον δεν έχουν πολλαπλασιαστεί σε ορισμένα δισεκατομμύρια. Όταν ο γιατρός διαβεβαιώνει τους καρκινοπαθείς ότι δεν υπάρχουν πλέον καρκινικά κύτταρα στο σώμα τους μετά από θεραπεία, αυτό σημαίνει απλώς ότι είναι αδύνατη η ανίχνευση των καρκινικών κυττάρων στις εξετάσεις τους, επειδή ο αριθμός τους δεν ανέρχεται καν στο ανιχνεύσιμο ποσό.

2. Καρκινικά κύτταρα εμφανίζονται από 6 έως και περισσότερες από 10 φορές στη ζωή ενός ανθρώπου.

3. Όταν το ανοσοποιητικό σύστημα ενός ατόμου είναι ισχυρό, τα καρκινικά κύτταρα καταστρέφονται και έτσι αποτρέπεται ο πολλαπλασιασμός τους και κατά συνέπεια ο σχηματισμός όγκων.

4. Όταν κάποιος έχει καρκίνο αυτό υποδεικνύει ότι παρουσιάζει πολλαπλές διατροφικές ελλείψεις. Κάτι τέτοιο μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς, περιβαλλοντικούς και διατροφικούς παράγοντες, καθώς και στον τρόπο ζωής του ατόμου.

5. Για να ξεπεραστούν οι πολλαπλές διατροφικές ελλείψεις, πρέπει να αλλάξει η διατροφή και να συμπεριληφθούν συμπληρώματα, τα οποία θα ενισχύσουν το ανοσοποιητικό σύστημα.

6. Η χημειοθεραπεία έχει να κάνει με τη δηλητηρίαση των ραγδαία αναπτυσσόμενων καρκινικών κυττάρων, αλλά και με την καταστροφή των ραγδαία αναπτυσσόμενων υγιών κυττάρων στο μυελό των οστών, την γαστρεντερική οδό κ.λπ. και μπορεί να προκαλέσει οργανικές βλάβες, στο ήπαρ, τους νεφρούς, την καρδιά, τους πνεύμονες κ.λπ.

7. Η ακτινοβολία καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα και παράλληλα, καυτηριάζει, σημαδεύει και καταστρέφει υγιή κύτταρα, ιστούς και όργανα.

8. Η αρχική θεραπεία με ακτινοβολίες και χημειοθεραπεία συχνά μειώνει το μέγεθος ενός όγκου. Ωστόσο, η παρατεταμένη χρήση χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας δεν έχει ως αποτέλεσμα την περαιτέρω καταστροφή ενός όγκου.

9. Όταν το σώμα φέρει υπερβολικό τοξικό φορτίο από χημειοθεραπείες και ακτινοβολίες, το ανοσοποιητικό σύστημα έχει είτε κατασταλεί είτε καταστραφεί, έτσι το άτομο μπορεί να υποκύψει σε διάφορα είδη μολύνσεων και επιπλοκών.

10. Η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία μπορούν να προκαλέσουν τη μετάλλαξη των καρκινικών κυττάρων, ούτως ώστε να γίνουν πιο ανθεκτικά με αποτέλεσμα να καταστρέφονται πιο δύσκολα. Οι χειρουργικές επεμβάσεις μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την εξάπλωση των καρκινικών κυττάρων και σε άλλες περιοχές.^{11,28,29}



4.4) Ακτινοθεραπεία για τον καρκίνο

Η υψηλή ενέργεια που χορηγείται στα κύτταρα (ιονίζουσα ακτινοβολία) καταστρέφει το γενετικό υλικό στον πυρήνα τους με αποτέλεσμα να προκαλεί το θάνατο τους. Η ακτινοθεραπεία επηρεάζει όχι μόνο τα καρκινικά κύτταρα αλλά και τα κανονικά κύτταρα που βρίσκονται στο πεδίο ακτινοβολίας του ασθενούς.

Τα υγιή κύτταρα όταν υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία έχουν περισσότερες δυνατότητες επιδιόρθωσης των προβλημάτων που υφίστανται σε σύγκριση με τα καρκινικά κύτταρα. Για να ελαχιστοποιηθούν οι επιδράσεις της υψηλής ενέργειας στα υγιή κύτταρα όργανα και ιστούς, η ακτινοθεραπεία χορηγείται εστιασμένη στην περιοχή που υπάρχει ο καρκίνος ή οι μεταστάσεις του.

Η ακτινοθεραπεία είναι σε θέση να μειώνει το μέγεθος των κακοηθών όγκων και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να τους εξουδετερώνει πλήρως. Η μείωση του μεγέθους ενός καρκίνου που πετυχαίνει η ακτινοθεραπεία, μπορεί να επιτρέπει τη χειρουργική του αφαίρεση που διαφορετικά δεν θα ήταν δυνατό να γίνει.^{28,29}

Η ακτινοθεραπεία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την ανακούφιση από τους πόνους που προκαλεί ο καρκίνος ή οι μεταστάσεις του. Στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει ελπίδα ίασης από καρκίνο, η ακτινοθεραπεία σε αριθμό περιστατικών μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ανακουφιστική θεραπεία για την αντιμετώπιση του πόνου όταν άλλες θεραπείες δεν μπορούν να χορηγηθούν ή όταν αυτές έχουν αποτύχει. Ο συνδυασμός ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας, χρησιμοποιείται στη θεραπεία κατά του καρκίνου με στόχο τη μεγιστοποίηση των πιθανοτήτων ίασης του ασθενούς.

Η εξωτερική ακτινοθεραπεία βασίζεται στη χορήγηση δέσμης ακτίνων υψηλής ενέργειας στην περιοχή που έχει προσβληθεί από τον καρκίνο. Χορηγείται σε μικρές δόσεις κάθε μέρα για περίοδο μερικών εβδομάδων ανάλογα με την περίπτωση. Ο γραμμικός επιταχυντής είναι σύγχρονο μηχάνημα που χορηγεί δέσμες ακτινοβολίας υψηλής ενέργειας που χορηγούνται με ακρίβεια στα πλαίσια εξωτερικής ακτινοθεραπείας. Για την εξωτερική ακτινοθεραπεία υπάρχουν επίσης οι πηγές κοβαλτίου που είναι παλαιότερης τεχνολογίας και έχουν διαφορετικές ενδείξεις.

Η εσωτερική ακτινοθεραπεία που αποκαλείται επίσης βραχυθεραπεία, γίνεται με την τοποθέτηση μικρών ποσοτήτων ραδιενεργού υλικού στους ιστούς στους οποίους έχει αναπτυχθεί ο καρκίνος. Η βραχυθεραπεία είναι μια μορφή ακτινοθεραπείας που χορηγείται από βραχεία απόσταση διότι η πηγή της ακτινοβολίας τοποθετείται εντός του κακοήθους όγκου. Με χειρουργικό τρόπο εμφυτεύονται εντός του όγκου, στερεά ραδιενεργά ισότοπα. Σήμερα στη βραχυθεραπεία χρησιμοποιούνται κυρίως ραδιενεργές παλλάδιο, ιρίδιο, ιώδιο 125, φωσφόρο και άλλα.

Τα στερεά ραδιενεργά ισότοπα μπορούν να τοποθετηθούν εντός του ιστού του καρκίνου (ενδοϊστική εφαρμογή) όπως στον καρκίνο του προστάτη ή μέσα σε κοιλότητες οργάνων που παρουσιάζουν καρκίνο

όπως η μήτρα (ενδοκοιλιακή εφαρμογή). Με τη βραχυθεραπεία ο θεραπευτής καταφέρνει να χορηγήσει υψηλή δόση ακτινοβολίας σε ολόκληρη την καρκινική μάζα χωρίς να επηρεάζει τους γειτονικούς ιστούς. Οι επιπλοκές της ακτινοθεραπείας μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες. Εξαρτώνται από την ποσότητα της ενέργειας που χορηγείται, το είδος της ακτινοθεραπείας, τα όργανα και τις ανατομικές περιοχές που ακτινοβολούνται.^{28,29}

Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται:

1. Ερυθρότητα του δέρματος στην περιοχή που ακτινοβολείται
2. Κούραση
3. Στειρότητα λόγω ακτινοθεραπείας στα γεννητικά όργανα (όρχεις, ωθήκες)
4. Ανορεξία, ναυτία, εμετοί
5. Απώλεια μαλλιών και ξηρότητα στόματος στις περιπτώσεις που η ακτινοθεραπεία χορηγείται στο κεφάλι ή στο λαιμό
6. Διάρροια όταν η ακτινοθεραπεία περιλαμβάνει και το έντερο
7. Αναιμία και ανεπάρκεια μυελού οστών στις περιπτώσεις που το πεδίο που περιλαμβάνεται στην ακτινοθεραπεία επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την παραγωγή έμμορφων στοιχείων του αίματος από το μυελό οστών
8. Προβλήματα μελλοντικής ανάπτυξης των ιστών

Η ακτινοθεραπεία στοχεύει στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων με την χρήση υψηλής δόσης ακτινοβολίας. Κατά την χορήγηση της επηρεάζονται ελάχιστα τα υγιή κύτταρα της γύρω περιοχής.

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται συνήθως στην θεραπεία του καρκίνου στο απευθυσμένο. Κανονικά δεν χορηγείται στην αντιμετώπιση του καρκίνου στο κώλον παρά μόνο περιστασιακά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων όταν υπάρχουν.

Προφυλακτική ακτινοθεραπεία

Η προφυλακτική ακτινοθεραπεία χορηγείται κυρίως μετ' εγχειρητικά για την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων που πιθανόν να έχουν παραμείνει στην περιοχή και που είναι δύσκολο να διαγνωστεί η ύπαρξή τους λόγω του μικροσκοπικού μεγέθους τους. Μερικές φορές προφυλακτική ακτινοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί και προ-εγχειρητικά σε μεγάλους όγκους με σκοπό την συρρίκνωση τους προς διευκόλυνση της χειρουργικής διαδικασίας και της αφαίρεσης.

Ακτινοθεραπεία σε δευτεροπαθής όγκους

Σε περίπτωση επανεμφάνισης της ασθένειας, η ακτινοθεραπεία χορηγείται για αδρανοποίηση του όγκου, ιδίως στην περιοχή της λεκάνης, για ανακούφιση από τα συμπτώματα και κυρίως τον έλεγχο του πόνου.

Πως γίνεται η ακτινοθεραπεία;

Η ακτινοθεραπεία γίνεται συνήθως σε νοσοκομείο κάθε μέρα σε εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς. Η ολοκλήρωση της θεραπείας είναι διαφορετική από άτομο σε άτομο και εξαρτάται από την εικόνα του προβλήματος.

Ο ιατρός θα σας ενημερώσει για το είδος και την διάρκεια της ακτινοθεραπείας που χρειάζεστε.

Ο σχηματισμός της ακτινοθεραπείας

Για να είναι σίγουρο το όφελος που θα έχετε από την ακτινοθεραπεία, θα πρέπει να γίνει καλός προγραμματισμός και σχεδιασμός της θεραπείας. Αυτό γίνεται την πρώτη μέρα της επίσκεψης σας σε κατάλληλα εξοπλισμένο χώρο στο ακτινοθεραπευτικό τμήμα με τη βοήθεια του αξονικού τομογράφου. Στα σημεία που θα περάσει η ακτινοβολία, ο ακτινογράφος θεραπείας θα τοποθετήσει με ηλεκτρονική ακρίβεια κάποια σημάδια από μελάνι στο δέρμα της περιοχής και τα οποία θα παραμείνουν μέχρι να ολοκληρωθεί το πρόγραμμα της ακτινοθεραπείας. Σχετικές οδηγίες για την φροντίδα της περιοχής που θα ακτινοβοληθεί θα σας δοθούν πριν αποχωρήσετε.

Η χορήγηση της ακτινοθεραπείας διαρκεί μόνο μερικά λεπτά, αφού ξαπλώσετε στο ειδικό κρεβάτι του ακτινοθεραπευτικού μηχανήματος, στη θέση που θα σας υποδείξει ο ακτινογράφος θεραπείας. Στο δωμάτιο της ακτινοθεραπείας θα είστε απομονωμένος για λίγα λεπτά μέχρι να χορηγηθεί η ακτινοβολία, θα μπορείτε όμως να συνομιλείτε με τον ακτινογράφο θεραπείας ο οποίος θα σας βλέπει διαμέσου του κλειστού συστήματος παρακολούθησης του τμήματος.

Παρενέργειες Η ακτινοθεραπεία στο έντερα, μπορεί να παρουσιάσει κάποιες παρενέργειες, όπως διάρροιες, ναυτία, κόπωση, κυστίτιδα και ερεθισμό του δέρματος. Αυτές οι παρενέργειες είναι ήπιες συνήθως και ο ιατρός σας θα σας καθοδηγήσει με ειδικές συμβουλές, ειδικό διαιτολόγιο ή και να σας χορηγήσει κάποια φάρμακα για την πρόληψη και την αντιμετώπισή τους. Όλες οι παρενέργειες συνήθως υποχωρούν σταδιακά μετά την συμπλήρωση της ακτινοθεραπείας.^{11,28,29}

4.5) Αλωπεκία – Τριχόπτωση



Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα έχουν δράση όχι μόνο στα καρκινικά κύτταρα αλλά και στα υγιή. Η αλωπεκία είναι μια συχνή παρενέργεια της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας στο κεφάλι, που φαίνεται να αποτελεί μια αρκετά τραυματική εμπειρία για τους ασθενείς μετά την διάγνωση. Οι τρίχες πέφτουν συνήθως κατά συστάδες, κυρίως κατά το πλύσιμο ή το βούρτσισμα. Ο γιατρός μπορεί να σας ενημερώσει από πριν, αν η τριχόπτωση είναι πιθανή παρενέργεια της θεραπείας σας.

Παρόλο που οι ασθενείς ενημερώνονται, ότι αυτή η απώλεια των μαλλιών είναι αναστρέψιμη μετά το τέλος των θεραπειών, πολλές φορές αρνούνται την χημειοθεραπεία για να μην χάσουν τα μαλλιά τους.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που φαίνεται να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και να καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο με τον οποίο επουλώνουν οι ασθενείς το τραύμα της αλωπεκίας. Οι παράγοντες αυτοί είναι το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό-οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο των ασθενών.

Σύμφωνα με μελέτη που έγινε το 2004 στην παθολογική – ογκολογική κλινική του Μεταξά, διαπιστώθηκαν τα παρακάτω:

- Η αλωπεκία καταπονεί ως επί το πλείστον ψυχικά τις γυναίκες. Η απώλεια μαλλιών για τις γυναίκες, ισοδυναμεί με απώλεια της θηλυκότητας και της σεξουαλικότητας.
- Οι άνδρες φαίνεται να αντιδρούν πιο ψύχραιμα από ότι οι γυναίκες, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν παραμένει ένα τραύμα και για αυτούς.
- Το πρόβλημα γιγαντώνεται στα μικρά παιδιά. Είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στο στίγμα της αιφνίδιας απώλειας μαλλιών.
- Όλοι οι ασθενείς που βιώνουν την αλωπεκία διαφοροποιούν ποιοτικά και ποσοτικά τις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις τους, προσπαθώντας να προσαρμοστούν πρώτοι οι ίδιοι, στην αλλαγή σωματικού ειδώλου.

Η συμβολή των γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων και άλλων φορέων υγείας κρίνεται πολύτιμη, στην προσπάθεια που κάνει ο ασθενής. Προσπάθεια που έχει να κάνει με την αποδοχή της νέας εικόνας του εαυτού του που του επιβάλλει η αλωπεκία. Η ψυχολογική παρέμβαση που καλούνται οι λειτουργοί υγείας να προσφέρουν πρέπει να είναι συμβουλευτική και υποστηρικτική.

Τι μπορείτε να κάνετε

- Αν γνωρίζετε ότι η τριχόπτωση είναι πιθανή, μπορεί να θέλετε να αγοράσετε μια περούκα, πριν ξεκινήσει η θεραπεία, έτσι ώστε να την ταιριάξετε με το χρώμα και την υφή των μαλλιών σας.
- Μερικοί άνθρωποι επιλέγουν να φορούν τουρμπάνια ή μαντίλια.
- Άλλοι κόβουν τα μαλλιά τους κοντά, πριν ξεκινήσουν να πέφτουν, έτσι ώστε η διαδικασία της τριχόπτωσης να μην προκαλεί εντύπωση.
- Να περιποιείστε τα μαλλιά σας με ήπια σαμπουάν και μαλακές βούρτσες.

- Να αποφεύγετε τις υψηλές θερμοκρασίες, όταν τα στεγνώνετε.
- Χρησιμοποιήστε αντηλιακό για την προστασία του κρανίου σας από τον ήλιο.^{28,30}

4.6) Ακρωτηριασμός

Ο ακρωτηριασμός θεωρείται «διορθωτική» επέμβαση που γίνεται με σκοπό να ανακουφίσει τον ασθενή από έντονα και επίμονα ενοχλήματα. Συνήθως αποτελεί αποτέλεσμα τραυματισμού στις νεαρές ηλικίες και γίνεται αποκοπή του άκρου του σώματος^{9,31}.

Ο ακρωτηριασμός γίνεται και σε περιπτώσεις εκτεταμένης βλάβης – καταστροφής των ιστών. Σκοπός του ακρωτηριασμού είναι η μείωση της αγωνίας και φόβου και η βοήθεια συνειδητοποίησης και προσαρμογής στην νέα κατάσταση.

Η νοσηλευτική παρέμβαση εστιάζεται στη μείωση ανησυχίας. Ενθαρρύνεται η ικανότητα μετακίνησης και της υλοποίησης των ατομικών δραστηριοτήτων με ασφάλεια. Ενθαρρύνεται η έκφραση των συναισθημάτων και σκέψεων σχετικά με την αλλαγή της εικόνας του σώματος.

Γίνεται εκτίμηση συμπτωμάτων θλίψης και προσπάθεια αντιμετώπισής τους. Δημιουργείται μια ατμόσφαιρα ενδιαφέροντος χωρίς κριτική διάθεση και αρνητισμό. Ενθαρρύνεται η στήριξη και η ομαλή επικοινωνία με τον περίγυρο καθώς η απώλεια του μέλους οδηγεί στον θυμό, την απογοήτευση και την απομόνωση και στηρίζεται η ανάπτυξη ρεαλιστικών ελπίδων για την περαιτέρω επιτυχής αποκατάστασης^{9,13}.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1) Γνωστική προσέγγιση σε καρκινοπαθείς με διαταραχή της εικόνας σώματος – Ο ρόλος του Νοσηλευτή

Η διάγνωση του καρκίνου, πέρα από τα σημαντικά ψυχοκοινωνικά προβλήματα που προκαλεί, συνοδεύεται σε μεγάλη συχνότητα από ψυχιατρικές εκδηλώσεις, όπως η αγχώδης διαταραχή και η κατάθλιψη. Οι σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας, το άγχος του αποχωρισμού αγαπημένων προσώπων, η απόσυρση από την επαγγελματική ζωή απαιτούν την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση από τους επαγγελματίες υγείας.

Η διάγνωση του καρκίνου μαζί με τις σκέψεις για απώλεια της υγείας και της συντόμευσης του χρόνου ζωής φέρνει στον ασθενή και την ανησυχία για την αλλαγή της σωματικής εικόνας και έτσι επιτείνει το άγχος όσον αφορά στη συνέχιση του ρόλου του στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Το άγχος είναι η συχνότερη ψυχιατρική διαταραχή στους ογκολογικούς ασθενείς όπως επίσης και η κατάθλιψη.

Τα νευροψυχιατρικά προβλήματα είναι αποτέλεσμα ουσιών που εκκρίνονται από τον καρκίνο ή μεταστάσεων στον εγκέφαλο. Αξίζει να αναφερθεί ότι στους παράγοντες κινδύνου για την ύπαρξη νευροψυχιατρικών συνδρόμων στους ογκολογικούς ασθενείς μπορεί να περιλαμβάνονται καρκινικοί νόσοι που περιορίζουν τις δραστηριότητες του ασθενή ή που προκαλούν δυσμορφίες. Όπως επίσης και εκείνες οι θεραπείες εκλογής που έχουν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες.²¹

Η γνωστική ψυχοθεραπεία για την οποία θα γίνει λόγος παρακάτω, συνιστά ένα εξειδικευμένο θεραπευτικό μοντέλο δόκιμο στη Νοσηλευτική πρακτική, που ενδύκνεται στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων των ογκολογικών ασθενών.

Η γνωστική θεραπεία είναι σχετικά είναι σχετικά καινούρια μορφή ψυχοθεραπείας. Το θεωρητικό υπόβαθρο της γνωστικής ψυχοθεραπείας, ουσιαστικά ξεκινά στις αρχές της δεκαετίας του 1960 όπου αναπτύσσεται ένας καινούριος κλάδος στην επιστήμη της ψυχολογίας που ονομάζεται γνωστική ψυχολογία. Η γνωστική ψυχολογία φέρνει στο προσκήνιο τις δυνατότητες επεξεργασίας των μηνυμάτων του περιβάλλοντος από το ίδιο το άτομο. Αυτή η νέα θεώρηση της ανθρώπινης μάθησης δίνει έμφαση στη «μορφοποιό» σημασία των γνωστικών διαδικασιών, οι οποίες παρεμβαίνουν ως ενδιάμεσες μεταβλητές μεταξύ των επιδράσεων του περιβάλλοντος και της συμπεριφοράς. Έτσι πλέον ο άνθρωπος δεν θεωρείται έρμαιο των εξωτερικών συνθηκών, και η διαμόρφωση της συμπεριφοράς του οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε γνωστικές και συναισθηματικές παραμέτρους.³³

Η γνωστική ψυχοθεραπεία βασίζεται κατ' αρχήν στη γνωστική θεωρία του Aaron Tim Beck και χρησιμοποιείται με επιτυχία στη θεραπεία της κατάθλιψης και των αγχώδων και άλλων διαταραχών. Υποστηρίζει ότι η βάση για τη καταθλιπτική ή αγχώδη συμπεριφορά και συμπτωματολογία, είναι τα αρνητικά παραμορφωμένα «γνωστικά σχήματα».³⁴

Ως γνωστικά σχήματα νοούνται αντιλήψεις για τον εαυτό και τον κόσμο, που δημιουργούνται μέσα από γονεϊκές και κοινωνικές επιδράσεις καθώς και μέσα από εμπειρίες. Πρόκειται για σφαιρικές, άκαμπτες και υπεργενικευμένες αντιλήψεις, τόσο θεμελιωμένες και βαθιές, που παρ' ότι δεν γίνονται πάντα αντιληπτές, αντιμετωπίζονται ως απόλυτες αλήθειες. Έτσι επιδρούν στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε και επεξεργαζόμαστε τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, επηρεάζοντας καθοριστικά τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά μας.

Τέτοιες αρνητικού χαρακτήρα αντιλήψεις έρχονται στην επιφάνεια σε χρονικές περιόδους ψυχολογικής πίεσης, ενώ σε ορισμένες διαταραχές ενδέχεται να είναι συνεχώς ενεργοποιημένες.³³

Σύμφωνα με τη θεωρία του Beck αρνητικά γνωστικά σχήματα μαζί με σιωπηλές αρνητικές υποθέσεις, γνωστικές παραμορφώσεις και αυτόματες αρνητικές σκέψεις συνιστούν τον πυρήνα της καταθλιπτικής διάθεσης. Οι γνωστικές παραμορφώσεις και οι σιωπηλές υποθέσεις συνιστούν τη βάση των αυτόματων αρνητικών σκέψεων. Οι αυτόματες αρνητικές σκέψεις αποτελούν τη έκφραση των αρνητικών γνωστικών σχημάτων.³⁴

Η γνωστική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον ψυχιατρικό και ογκολογικό νοσηλευτή προσφέροντάς του αρχές και τεχνικές, ώστε να χειριστεί αποτελεσματικά τα κλινικά προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος.³² Στο θέμα που μας αφορά, στους ογκολογικούς ασθενείς που αντιμετωπίζουν διαταραχή της εικόνας του σώματός τους.

Τα άτομα που προσβάλλονται από μια απειλητική για τη σωματική τους ακεραιότητα, ασθένεια, εμφανίζουν όπως αναφέρθηκε παραπάνω, κλινική ψυχολογική επιβάρυνση. Κάθε ασθένεια που είναι απειλητική για τη σωματική ακεραιότητα επιδρά στο άτομο και σε υπαρξιακό επίπεδο. Οι υπαρξιακές αυτές αλλαγές βιώνονται ως αβεβαιότητα, ευαλωτότητα, απομόνωση, δυσφορία και χαρακτηρίζονται από ανάγκη επαναπροσδιορισμού του εαυτού, των στόχων και των αναγκών του ατόμου.

Στο σημείο αυτό της ψυχολογικής επιβάρυνσης τοποθετείται η γνωστική ψυχοθεραπεία, η οποία επικαλείται την αντίληψη του ατόμου για την πραγματικότητα ως τον καθοριστικό παράγοντα της συναισθηματικής και συμπεριφορικής αντίδρασής του απέναντι στην ασθένεια.

Μάλιστα θεωρείται πως η ψυχολογική δυσφορία δεν προέρχεται μόνο από την ασθένεια καθαυτή, αλλά και από το προσωπικό νόημα που της αποδίδει ο ασθενής.³⁵ Η πιθανότητα αναπηρίας στους ογκολογικούς ασθενείς, τους καθιστά άτομα ψυχολογικά ευάλωτα με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

Οι συγκεκριμένες τεχνικές της γνωστικής ψυχοθεραπείας μπορούν να τροποποιήσουν αυτές τις αντιδράσεις. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η ένταση του όποιου συναισθηματικού stress σχετίζεται περισσότερο με το χαρακτήρα του ασθενούς παρά με το χαρακτήρα της νόσου.^{21,33} Οι στρατηγικές της γνωστικής θεραπείας στοχεύουν στη διόρθωση των δυσλειτουργικών αυτόματων σκέψεων, γνωστικών σχημάτων και γνωστικών παραμορφώσεων.³⁵

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση της διαταραχή της εικόνας σώματος, κρίνεται σκόπιμο, στη παρούσα βιβλιογραφική μελέτη, να περιοριστούμε στη περιγραφή των γνωστικών παραμορφώσεων και στη συνέχεια, σε μια γενική αναφορά των γνωστικών μεθόδων τροποποίησής τους.

Πριν από αυτό όμως, είναι ωφέλιμο να κάνουμε μια προσπάθεια ενσωμάτωσης της γνωστικής θεραπείας, στη Νοσηλευτική πρακτική, μέσα από την ιστορική αναδρομή.

Η πρώτη αναφορά για εφαρμογή των τεχνικών της γνωστικής – συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας από Νοσηλευτές έγινε το 1959 από τους Ayllon και Michael οι οποίοι δίδαξαν μια ομάδα νοσηλευτών με σκοπό της τροποποίησης της συμπεριφοράς χρονίων ψυχικά ασθενών οι οποίοι παρέμεναν για μεγάλα χρονικά διαστήματα σε ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Ένα παρόμοιο πρόγραμμα εκπαίδευσης σε Νοσηλευτές, εφάρμοσε αργότερα ο ψυχίατρος και ερευνητής Isaak Marks. Τα αποτελέσματα της εφαρμογής της γνωστικής ψυχοθεραπείας από τους Νοσηλευτές απέφεραν σημαντική μείωση του κόστους στο σύστημα υγείας, λόγω της μικρότερης παραμονής των ασθενών σε αυτό και η εκπαίδευση των

Νοσηλευτών στη συγκεκριμένη θεραπεία άρχισε να γίνεται απαραίτητη στην Αγγλία και τη Σκωτία. Παρόμοια εξέλιξη παρατηρήθηκε και στις Η.Π.Α.

Η γνωστική θεραπεία είναι μια βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία 12-20 συνεδριών, με στόχο την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου προσαρμογής του ασθενούς στις στρεσογόνες καταστάσεις που αντιμετωπίζει στην καθημερινή του ζωή. Ο κύριος ρόλος είναι εκπαιδευτικός και εστιάζεται στην ανεύρεση και διόρθωση διαστρεβλωμένων σκέψεων, υποθέσεων και συμπεριφορών.

Η γνωστική ψυχοθεραπεία συνιστά ένα πολύτιμο εφόδιο τόσο στην εδραίωση της θεραπευτικής σχέσης Νοσηλευτή – ασθενή όσο και στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων που προκύπτουν. Η ποικιλία των θεραπευτικών τεχνικών που προσφέρει και η ευελιξία του σχεδιασμού και της εφαρμογής της, την κάνουν ιδανική για όλες τις δομές στις οποίες εργάζεται ο Νοσηλευτής.³² Έτσι θα αποτελέσει ένα χρήσιμο «πρακτικό εργαλείο» για τον ογκολογικό Νοσηλευτή όσον αφορά στη ψυχολογική προσέγγιση του ασθενούς με καρκίνο.

Επίσης βοηθά τον ογκολογικό Νοσηλευτή, να εκτιμά ανάλογα με το είδος του καρκίνου και της εφαρμοζόμενης θεραπείας, τις ψυχολογικές και ψυχιατρικές επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν και ενημερώνει τον ασθενή όσο και την οικογένειά του, έτσι ώστε να συμμετάσχουν όλοι μαζί στη διαμόρφωση της θεραπευτικής φροντίδας.

Μερικά παραδείγματα γνωστικών διαστρεβλώσεων, γνωστών και ως γνωστικών λαθών είναι τα εξής:

- Επιλεκτική προσοχή ή επιλεκτική αφαίρεση > Το άτομο επιλέγει μιαν αρνητική λεπτομέρεια και μειώνει την όλη εμπειρία

- Υπεργενίκευση > Από ένα μεμονωμένο αρνητικό γεγονός το άτομο βγάζει γενικά αρνητικά συμπεράσματα
- Προσωποποίηση > Το άτομο ερμηνεύει τα γεγονότα ότι αντανακλούν την προσωπική του αξία.
- Μεγιστοποίηση ή ελαχιστοποίηση > Το άτομο μεγιστοποιεί ή ελαχιστοποιεί προς την αρνητική πάντα κατεύθυνση τη σημασία των γεγονότων.
- Αυθαίρετη εξαγωγή συμπερασμάτων > Το άτομο βγάζει εσφαλμένα αρνητικά συμπεράσματα.
- Διχοτομικός τρόπος σκέψης > Το άτομο βλέπει τα πράγματα από την πλευρά του όλου ή τίποτα.³⁴

Μερικές από τις τεχνικές οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν για την τροποποίηση των γνωστικών παραμορφώσεων είναι οι εξής:

- Ο ονοματισμός των παραμορφώσεων στο πλαίσιο των αυτόματων σκέψεων, ώστε να αποδυναμωθεί το συναισθηματικό τους αντίκτυπο
- Η προσπάθεια αποφυγής σκέψεων καταστροφολογίας μέσω της σκόπιμης μεγιστοποίησης των αρνητικών επιπτώσεων ενός πιθανού κατά τη γνώμη του ασθενούς γεγονότος.
- Η αντίκρουση της διχοτόμου σκέψης, μέσω της βαθμολόγησης της έντασης των συναισθημάτων του ασθενούς και τον έλεγχο της αξιοπιστίας των αυτόματων σκέψεών του.³⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1) Αλλαγή του σωματικού ειδώλου σε παιδιά με καρκίνο – Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις

Ο παιδικός καρκίνος διαφέρει από αυτό τον ενηλίκων στο ότι τα καρκινώματα είναι πολύ σπάνια. Από τους σημαντικούς παιδικούς καρκίνους όσον αφορά στη συχνότητα εμφάνισής τους, αυτοί που προκαλούν αλλαγή στη σωματική εικόνα του παιδιού είναι πολύ λίγοι. Μερικοί από αυτούς είναι οι οστικοί όγκοι και τα διάφορα σαρκώματα των μαλακών ιστών.³⁶

Το βάρος όσον αφορά την ενδεχόμενη διαταραχή της εικόνας σώματος σε παιδιά με καρκίνο επικεντρώνεται στις θεραπείες εκλογής.

Οι θεραπείες εκλογής στους παιδικούς όγκους είναι η χειρουργική επέμβαση, η ακτινοθεραπεία και η συμβατική χημειοθεραπεία η οποία γίνεται με συνδυασμό φαρμάκων και είναι ιδιαίτερα περίπλοκη. Οι άμεση επιπλοκή των θεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες έχουν αντίκτυπο στη σωματική εικόνα του παιδιού είναι η αλωπεκία η οποία είναι αντιστρεπτή.

Στις απώτερες επιπλοκές της θεραπείας των παιδικών καρκίνων αυτές που αφορούν την αλλαγή του σωματικού ειδώλου, είναι η ενδοκρινική δυσλειτουργία που πλήττει κυρίως την ανάπτυξη και την εφηβεία αλλά και άλλες λειτουργίες (π. χ θυρεοειδής) και οι εντοπισμένες διαταραχές της ανάπτυξης μετά από τοπική ακτινοθεραπεία.³⁶

Ο καρκίνος και η θεραπεία του καθιστούν τα παιδιά ιδιαίτερα ευαίσθητα μιας και βιώνουν μια πληθώρα από στρεσογόνες σωματικές και ψυχολογικές εμπειρίες. Ανάλογα με την ηλικία ένας υπαρκτός φόβος στα παιδιά είναι αυτός της δυσμορφίας. Ο φόβος απώλειας των μαλλιών είναι ο πιο συχνός. Η αλωπεκεία είναι αιτία πειράγματος μεταξύ των παιδιών, ιδιαίτερα στο χώρο του σχολείου. Επίσης η απώλεια βάρους, ο ακρωτηριασμός και η χρήση ιατρικών συσκευών (π. χ καθετήρων Hickman) επιδρούν με τη σειρά τους αρνητικά στην εικόνα σώματος και προκαλούν αρνητικά αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης.^{36,37}

Οι αλλαγές στην εμφάνιση προκαλούν αισθήματα άγχους και ντροπής στο παιδί με αποτέλεσμα το φόβο και την άρνηση επιστροφής στο σχολείο. Το παιδί με καρκίνο υπάρχει ο κίνδυνος να απομονωθεί κοινωνικά. Το παιδί με καρκίνο φοβάται την απόρριψη από τους συμμαθητές του κάτι που δημιουργεί προβλήματα προσαρμογής λόγω του ότι κάθε παιδί έχει την ανάγκη να δημιουργήσει φίλιες και να ανήκει σε μια ομάδα.

Ένας ακόμη ανασταλτικός παράγοντας κοινωνικοποίησης μπορεί να είναι και η «ετικέτα» της σοβαρής ή πιθανόν θανατηφόρας ασθένειας που δημιουργεί ο καρκίνος, με αποτέλεσμα το παιδί να παρουσιάζει αντιστάσεις για κοινωνική συμμετοχή.^{36,38}

6.2) Νοσηλευτική παρέμβαση σε παιδιά με καρκίνο που έχουν υποστεί διαταραχή της εικόνας σώματος

Η ψυχοδυναμική άποψη υποστηρίζει ότι κάθε επέμβαση στο σώμα του παιδιού μπορεί να γίνει αφορμή να ενεργοποιηθούν ιδέες και φαντασιώσεις. Η σημασία λοιπόν της όποιας Νοσηλευτικής ή Ιατρικής επέμβασης στα παιδιά με καρκίνο δεν εξαρτάται μόνο από τη σοβαρότητά της, αλλά και από την έκταση και το είδος των φαντασιώσεων, καθώς και με τον τρόπο που ερμηνεύονται οι επεμβάσεις και οι εμπειρίες που το παιδί βιώνει.³⁹

Σύμφωνα με τους Visintainer και Wolfer μέσα στις πέντε κατηγορίες απειλών που δέχεται ένα παιδί όταν εισάγεται στο νοσοκομείο περιλαμβάνεται ο φόβος της σωματικής βλάβης, του τραυματισμού και του ακρωτηριασμού. Η ψυχολογική αναστάτωση συνδέεται κυρίως τόσο με τις μεταβολές που φέρνει η ασθένεια όσο και με τις αγχώδεις φαντασιώσεις του παιδιού με επίκεντρο το σώμα του.³⁹

Όπως έγινε αναφορά σε προηγούμενο κεφάλαιο, δεν είναι τυχαίο ότι στα παιδιά προεφηβικής ηλικίας, πολλές φορές συντελούνται πιο δύσκολα μεταβολές στην αυτοαντίληψη από ότι στους ενηλίκους. Αυτό δεν έχει να κάνει μόνο με το ότι τα παιδιά έχουν ανεπαρκή κατανόηση του εαυτού, αλλά και με το γεγονός της αυξημένης φαντασιακής δυναμικής τους η οποία μπορεί να μπει εμπόδιο στις διαδικασίες προσαρμογής.

Από την άλλη η φαντασία των παιδιών μπορεί να διευκολύνει την διαδικασία προσαρμογής. Για αυτό, χρειάζονται οι κατάλληλοι χειρισμοί από τους Νοσηλευτές.

Ο Νοσηλευτής από τη θέση και το ρόλο του, μπορεί να ελαττώσει της πηγές που προκαλούν stress και άγχος Αυτό μπορεί να το επιτύχει με την πληροφόρηση του παιδιού και των γονιών του και με κατάλληλες τεχνικές ψυχολογικής υποστήριξης. Τελευταία έχουν αποδειχθεί χρήσιμες, τεχνικές θεραπείας της συμπεριφοράς. Η απόσπαση της προσοχής, η διακοπή της σκέψης και η θετική συζήτηση με τον εαυτό είναι μερικές από αυτές. Επίσης η χρησιμοποίηση παιχνιδιών και εποπτικών μέσων μπορεί να αποδειχθεί πολύ χρήσιμη στην πληροφόρηση του παιδιού για τη νόσο, την εξέλιξή της και τις πιθανές επιπτώσεις της^{37,41}

Ο Νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τα όποια προβλήματα μπορεί να παρουσιαστούν στα παιδιά με καρκίνο. Ο Νοσηλευτής θα κληθεί να ακούσει το παιδί και να μιλήσει μαζί του.

Θα αποτελέσει τον πρώτο αποδέκτη των φόβων και των ανησυχιών του παιδιού. Θα πρέπει να καθησυχάσει το παιδί και να το ενθαρρύνει στην επανένταξή του στο σχολείο και στις κοινωνικές δραστηριότητες.

Όσον αφορά στην ενδεχόμενη υπερπροστατευτικότητα των γονιών του παιδιού με καρκίνο, ο Νοσηλευτής πρέπει να συζητήσει μαζί τους και να τους δώσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, όπως επίσης και να αφουγκραστεί τους φόβους και τις ανησυχίες τους, οι οποίες πολλές φορές συνιστούν τροχοπέδη στη επανένταξη του παιδιού.³⁶

Για τις όποιες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η διαταραχή της εικόνας σώματος στα παιδιά με καρκίνο θα πρέπει να παρασχεθεί ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα, όπως επίσης και να ληφθεί υπόψη ότι το αίσθημα ελέγχου στο παιδί επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τον αριθμό και το είδος των αλλαγών, καθώς επίσης και από τις συγκεκριμένες προσωπικές προσαρμογές του παιδιού.³⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1) Οικογενειακό και Φίλικό Περιβάλλον

Ο καρκίνος πρέπει να αποτελεί οικογενειακή υπόθεση, καθώς η οικογένεια και οι φίλοι του ασθενούς μπορούν να του προσφέρουν σημαντική βοήθεια (εφόσον ανταποκριθούν στον ρόλο τους). Πριν από μερικές δεκαετίες, ορισμένα νοσήματα δεν συζητούνταν ποτέ δημοσίως, ακόμη και μεταξύ φίλων και συγγενών. Για παράδειγμα, η φυματίωση σπάνια αναφερόταν μπροστά σε άλλους και οποιαδήποτε συζήτηση για τον καρκίνο «γινόταν ψιθυριστά». Ακόμα και σήμερα, πολλοί άνθρωποι εξακολουθούν να αποφεύγουν να μιλούν για τον καρκίνο. Από τον ασθενή και μόνο εξαρτάται πόσο ειλικρινής και ανοιχτός θα είναι στο θέμα της νόσου ή της θεραπευτικής αγωγής. Η γνωστοποίηση της διάγνωσης σε συγγενείς ή φίλους αποτελεί δικαίωμά του.

Στην περίπτωση, όμως, που ο ασθενής επιθυμεί να γνωστοποιήσει το πρόβλημα της υγείας του, η συζήτηση της κατάστασης δεν πρέπει να οδηγεί σε μεμψιμοιρία. Παρόλο που η φράση «μην ανησυχείς, όλα θα πάνε καλά» είναι κοινωνικά αποδεκτή, θεραπευτικά είναι αναποτελεσματική. Αυτού του είδους η «συμπαράσταση» έρχεται σε αντίθεση με την πραγματικότητα, ενώ η ουσιαστική συμπαράσταση κωδικοποιείται στην φράση «λυπάμαι για ό,τι περνάς, αλλά θα είμαι δίπλα σου για να σου συμπαρασταθώ». Δεν υπάρχει κανένας συγκεκριμένος (σωστός) τρόπος, ούτε και κατάλληλες λέξεις. Πρέπει μόνος του ο ασθενής να βρει τον δικό του άνετο χώρο και τις δικές του κατάλληλες λέξεις.⁴²

Για παράδειγμα, εάν δεν θέλει να χρησιμοποιήσει την λέξη καρκίνος, πρέπει να αισθάνεται ελεύθερος να χρησιμοποιήσει μία άλλη λέξη (π.χ. βλάβη) ή να μιλήσει – αόριστα – για πρόβλημα υγείας. Μερικοί ασθενείς προτιμούν να κρατήσουν μυστική την νόσο τους και να μην μιλούν για αυτήν σε κανέναν, εκτός από την οικογένειά τους. Άλλοι επιλέγουν έναν ή δύο στενούς φίλους, οι οποίοι θεωρούν ότι μπορούν να τους προσφέρουν συμπαράσταση (όποτε παρουσιαστεί ανάγκη). Μολονότι φαίνεται δύσκολο, είναι σκόπιμο να «ανοιχτεί» ο ασθενής στην οικογένεια και τους στενούς του φίλους, εάν νιώθει άνετα.

Η απουσία ειλικρίνειας και αυθορμητισμού προκαλεί στους φίλους και τους συγγενείς δυσάρεστες υποψίες. Ο καλύτερος τρόπος ελέγχου του φόβου του ασθενούς και του περιβάλλοντός του είναι να τον αντιμετωπίσουν από κοινού. Βέβαια, αυθορμητισμός δεν σημαίνει ότι σε κάθε συζήτηση ο ογκολογικός ασθενής οφείλει να αναλύει λεπτομερώς τα προβλήματά του, ούτε να απαντά σε όποιον τον ρωτά περιγράφοντας εξονυχιστικά τις εξελίξεις. Η αδιάκοπη μεμψιμοιρία του ασθενούς, που επιδιώκει να αποσπάσει την συμπάθεια και τον οίκτο, αναγκάζει τους άλλους να τον κρατούν σε απόσταση. Από την άλλη πλευρά, η αποφυγή κάθε οδυνηρής συζήτησης δεν είναι ο καταλληλότερος τρόπος για να ξεπερνά ο ασθενής τις δυσκολίες και να συνεχίζει την ζωή του.

Τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς είναι χρήσιμο να ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την νόσο, την θεραπεία, τις παρενέργειες και τους τρόπους αντιμετώπισης. Κατά την γνωστοποίηση της διάγνωσης, ο φόβος για τον καρκίνο (ανεξάρτητα από το στάδιο ή εάν είναι ιάσιμος) περιορίζει την αποδοτικότητα της ενημέρωσης από τον ιατρό. Ο ασθενής δυσκολεύεται να αφομοιώσει τις πληροφορίες, να εκφράσει τα συναισθήματά του και να υποβάλλει ερωτήσεις. Συνεπώς, είναι χρήσιμη η συμμετοχή συγγενών ή φίλων κατά την ενημέρωση.⁴¹

Παρόλο που η νόσος προσβάλλει μόνο ένα μέλος της οικογένειας, ολόκληρη η οικογένεια – ως σύνολο – «νοσεί». Ο καρκίνος είναι ιδιαίτερα οδυνηρός για τα μέλη της οικογένειας, ιδίως εάν ο ασθενής νοσηλεύεται για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Υπάρχει μεγάλη ανησυχία για την τελική επιβίωση του δικού τους ανθρώπου, αλλά και για την παρούσα κατάστασή του (π.χ. εάν πονάει). Η περίοδος του αποχωρισμού μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα τραυματική. Τα μέλη της οικογένειας, που επωμίζονται επιπλέον βάρος εξαιτίας της κατάστασης, εμφανίζουν έντονο άγχος. Παράλληλα, διάφορα προβλήματα πρέπει να αντιμετωπιστούν:

- Πώς θα αντιμετωπιστούν οι ανάγκες;
- Πώς θα τακτοποιηθεί το θέμα της περίθαλψης;
- Πώς θα καλυφθούν τα έξοδα;
- Πού θα βρεθούν άλλα άτομα να μοιραστούν την φροντίδα του ασθενούς, ώστε να μπορέσουν οι ίδιοι να επιστρέψουν στην εργασία τους;

Για αυτούς τους λόγους, συχνά «επιστρατεύονται» συγγενείς, οι οποίοι πρέπει – με την σειρά τους – να αναδιοργανώσουν την ζωή τους. Όταν ο ασθενής απουσιάζει στο νοσοκομείο ή επιστρέφει στο σπίτι εξαντλημένος από την θεραπευτική αγωγή, τα παιδιά μπορεί να νιώσουν παραμελημένα και να δοκιμάσουν ένα αίσθημα απώλειας. Τόσο ο ασθενής όσο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, πρέπει να τα διαβεβαιώνουν ότι η αγάπη τους παραμένει αμείωτη. Ιδίως τα μικρότερα παιδιά, πρέπει να καθησυχάζονται ότι δεν ευθύνονται για την νόσο. Επίσης, οι έφηβοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στο άγχος.

Έχουν τις ίδιες ανησυχίες με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, αλλά και την ίδια ανάγκη - με τα μικρότερα παιδιά - να τους δίδονται διαβεβαιώσεις αγάπης. Παράλληλα, ενδέχεται να επωμίζονται πρόσθετες ευθύνες, που κανονικά ανήκουν σε ενηλίκους.^{42,43}

Εάν δεν μπορέσουν να ανταποκριθούν, είναι πιθανό να επαναστατήσουν μειώνοντας τις επισκέψεις στο νοσοκομείο, μην εκπληρώνοντας τις υποχρεώσεις τους ή αποκτώντας κακές συνήθειες. Είναι δεδομένο ότι δεν συμπαραστέκονται αποτελεσματικά όλες οι οικογένειες στον ασθενή, καθώς δεν είναι όλοι οι άνθρωποι ικανοί (σε ώρα κρίσης) να φερθούν στοργικά και να συμπαρασταθούν έξυπνα και διακριτικά. Ακόμα και στις στενότερα συνδεδεμένες οικογένειες μπορεί να απειληθούν οι σχέσεις, εξαιτίας της πίεσης μίας μακροχρόνιας νόσου.

Η συναισθηματική και σωματική εξάντληση, η συνεχής ανησυχία και φροντίδα μπορεί να τους εξουθενώσουν. Ο θυμός και η ενοχή μπορεί να εκδηλωθούν με ξαφνικά ξεσπάσματα, κατηγορίες, αδιαφορία ή υπερπροστατευτική συμπεριφορά. Επίσης, μπορεί να αναδυθούν στην επιφάνεια προβλήματα σχέσεων του παρελθόντος. Τα μέλη της οικογένειας δεν πρέπει να ξεχνούν ότι είναι απαραίτητο να αφιερώνουν στον εαυτό τους λίγο χρόνο, ώστε να αναπαύονται, να χαλαρώνουν και να διατηρούν την συναισθηματική και την ψυχολογική τους ισορροπία. Τα μέλη των οικογενειών ασθενών τελικού σταδίου βιώνουν μία διεργασία θρήνου, που χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος, οργή, ενοχή, κατάθλιψη, έντονη αμφιθυμία και προοδευτική συναισθηματική απο-επένδυση από τον ασθενή.

Η παραπάνω ψυχική διεργασία εμφανίζει ψυχολογικό αντίκτυπο στον ασθενή. Ο ασθενής μπορεί να νιώθει ενοχές για το πρόβλημα, που αντιμετωπίζει η οικογένειά του, να αισθάνεται προδομένος μέσα από την διαδικασία της απο-επένδυσης ή αντίθετα να την αποδέχεται πλήρως. Γενικά, η συμπεριφορά του εξαρτάται από την στάση, που έχει απέναντι στο ενδεχόμενο του θανάτου.⁴²

7.2) Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

Με την γνωστοποίηση της διάγνωσης, πρέπει να αρχίζει η προσπάθεια ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του ασθενούς (μαζί με την θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου). Κάθε ασθενής καλείται να επιλέξει εάν θα παραμείνει δραστήριος και θα συμμετάσχει ενεργά στην αποκατάσταση της υγείας του ή θα αναθέσει την ευθύνη της αποκατάστασης στην υγειονομική ομάδα. Πολλοί ασθενείς δεν ξέρουν ότι έχουν την δυνατότητα αυτής της επιλογής, με αποτέλεσμα – χωρίς να το θέλουν – να συμπεριφέρονται παθητικά και ακολουθούν «τυφλά» τις οδηγίες του ιατρού. Σήμερα, όμως, είναι γνωστό ότι μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην θεραπεία, επηρεάζοντας την έκβαση της νόσου και βελτιώνοντας την ποιότητα της ζωής τους. Βέβαια, η ενεργός συμμετοχή του ασθενούς στην θεραπεία πρέπει να βρίσκεται σε συμφωνία με την θεραπευτική αγωγή, που συστήνουν οι ιατροί και η οποία αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη της θετικής έκβασης. Βασικός πυρήνας της ενεργού συμμετοχής του ασθενούς είναι η υιοθέτηση θετικών στάσεων κατά την διάρκεια της θεραπείας:

1. Ο ασθενής πρέπει να κάνει σχέδια για το μέλλον. Μόνοι οι άνθρωποι, που πιστεύουν ότι δεν υπάρχει μέλλον, δεν προγραμματίζουν τις επόμενες φάσεις της ζωής τους. Η απώλεια της ελπίδας είναι ένα από τα πλέον δυσάρεστα συναισθήματα, που γνωρίζει ο άνθρωπος. Είναι σημαντικό να κατανοήσει ότι η διάγνωση του καρκίνου δεν ισοδυναμεί με θανατική καταδίκη. Σήμερα, υπάρχουν εκατομμύρια άνθρωποι, για τους οποίους ο καρκίνος αποτελεί ανάμνηση. Για όλες τις μορφές καρκίνου υπάρχει κάποιο ποσοστό ανταπόκρισης στην θεραπεία. Στις ΗΠΑ, επιτυγχάνεται ίαση στο 40 - 50% των καρκινοπαθών. Ένα – επιπλέον – ποσοστό ασθενών ζουν πολλά χρόνια, αφού επιτυγχάνεται έλεγχος της νόσου (όπως συμβαίνει και σε πολλές άλλες χρόνιες νόσους).

2. Ο ασθενής πρέπει να αντιμετωπίζει το αίσθημα της μοναξιάς και της απομόνωσης. Η κοινωνία αρέσκεται να πιστεύει ότι είναι πρόθυμη να βοηθήσει στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με ειδικές ανάγκες ή αυτών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Η πραγματικότητα, όμως, είναι διαφορετική. Οι εργοδότες και οι συνάδελφοι στην εργασία μπορεί να τους κρατούν σε απόσταση. Η οικογένεια και οι φίλοι, που αρχικά τους συμπαραστέκονται, τείνουν να απομακρύνονται με την πάροδο του χρόνου, διότι έχουν τα δικά τους προβλήματα και ζουν την δική τους ζωή. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο ασθενής εύκολα μπορεί να νιώσει εγκατάλειψη και μοναξιά. Ακόμα και όταν το περιβάλλον του ασθενούς είναι υποστηρικτικό, αυτός ενδέχεται να νιώθει αποκομμένος. Όλες οι σοβαρές νόσοι οδηγούν στην απομόνωση, που αισθάνεται ο άνθρωπος όταν αναλογίζεται τον θάνατο. Μερικοί ασθενείς στρέφονται τόσο πολύ στον εαυτό τους, ώστε χάνουν την επαφή με τους άλλους ανθρώπους. Ο ασθενής πρέπει να συζητήσει το πρόβλημα της απομόνωσης (εφόσον προκύψει) με τον ιατρό του, ώστε να λάβει την απαραίτητα ψυχολογική υποστήριξη από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, οι ιατροί και οι νοσηλευτές οφείλουν να μπορούν να διακρίνουν τους ασθενείς, που έχουν απομονωθεί από το περιβάλλον, και να κάνουν τις απαραίτητες παρεμβάσεις.

3. Ο ασθενής πρέπει να διατηρεί τον έλεγχο της ζωής του στον μέγιστο – δυνατό βαθμό. Η περίοδος, που αρχίζει με την γνωστοποίηση της διάγνωσης, χαρακτηρίζεται από μεγάλο βαθμό εξάρτησης του ασθενούς από το ιατρο-νοσοκομειακό σύστημα. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας, οι ιατροί και οι νοσηλευτές καθορίζουν τον χρόνο που θα φάει, θα κοιμηθεί, θα πλυθεί ή θα περπατήσει. Επίσης, οι περισσότεροι ασθενείς δεν αισθάνονται άνετα όταν πρέπει να εκθέσουν το σώμα τους στους ιατρούς ή τους νοσηλευτές.

Αλλά και μετά από την έξοδο από το νοσοκομείο, ο ασθενής – συχνά – εξαρτάται από την οικογένεια και τους φίλους του για ζητήματα της προσωπικής του φροντίδας. Μερικοί ασθενείς νιώθουν ενοχές, καθώς αισθάνονται ότι «γίνονται βάρος» στα αγαπημένα τους πρόσωπα. Είναι βασικό ο ασθενής να αποδεχτεί ότι, για ορισμένο χρονικό διάστημα, θα χάσει την πλήρη ανεξαρτησία του. Ο αυτοσεβασμός του, όμως, θα ενισχυθεί εάν αναλάβει πρωτοβουλίες και ευθύνες σε τομείς, που μπορεί να τους χειριστεί:

- Να αναλάβει όσο το δυνατόν περισσότερες εργασίες, που αφορούν την προσωπική του φροντίδα.

- Να τηρεί με ακρίβεια τις οδηγίες σχετικά με την διατροφή και την άσκησή του.

- Να επιλέξει προσεκτικά κάποιες μικροδουλειές στο σπίτι, να ασχοληθεί με τον κήπο ή τα κατοικίδια ζώα ή να βρει μία άλλη διέξοδο που θα τονώσει το ηθικό του.

4. Ο ασθενής πρέπει να επιλέγει με προσοχή τις λέξεις, που χρησιμοποιεί για την κατάσταση της υγείας του. Ένας ασθενής, που περιγράφει τον εαυτό του ως θύμα μίας μοιραίας νόσου, οδηγείται από μόνος του στην απελπισία.

5. Ο ασθενής πρέπει να επιδιώκει την χαρά και την ευχαρίστηση, ακόμα και υπό τις δεδομένες συνθήκες. Είναι γνωστό ότι τα ευχάριστα συναισθήματα ενισχύουν το ανοσοποιητικό σύστημα και – γενικά – συμβάλλουν στην ενδυνάμωση του οργανισμού.

6. Ο ασθενής πρέπει να διαμορφώνει την σχέση, που επιθυμεί, με τον ιατρό του. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, μερικοί ασθενείς θέλουν – απλά – να ακολουθούν τις ιατρικές οδηγίες και άλλοι ζητούν να μαθαίνουν λεπτομέρειες, συμμετέχοντας στην διαδικασία λήψης των αποφάσεων.

Οι περισσότεροι ιατροί είναι - σήμερα - αρκετά ενημερωμένοι σχετικά με αυτό το θέμα και είναι σε θέση να ανταποκριθούν σε όλο το εύρος των απαιτήσεων.

7. Εφόσον το επιθυμεί, ο ασθενής είναι σκόπιμο να επικοινωνεί με άλλους ασθενείς. Η συναναστροφή δημιουργεί ομαδικό πνεύμα και συμβάλλει την βίωση ευχάριστων συναισθημάτων. Επίσης, ανακουφίζει από την ένταση, αφού – μέσα στο κύκλο των άλλων ογκολογικών ασθενών – ο ασθενής δεν χρειάζεται να βρίσκεται συνεχώς σε αμυντική θέση.

Η ψυχαγωγία αποτελεί σημαντική παράμετρο της ζωής του ανθρώπου, η οποία αποκτά ακόμα μεγαλύτερη σημασία σε περιόδους διαταραχής της υγείας. Μία ευχάριστη δραστηριότητα συμβάλλει στην εκτόνωση και χαλάρωση του ασθενούς, αλλά - επίσης - ενισχύει την αυτοεκτίμησή του και δημιουργεί αίσθημα ευεξίας. Κατά την διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, ο ασθενής πιθανώς να παραμελήσει την ανάγκη για ψυχαγωγία. Στην πραγματικότητα, όμως, παρά τους περιορισμούς που ανακύπτουν, οι ασθενείς μπορούν να αρχίσουν κάποιες ψυχαγωγικές δραστηριότητες κατά την διάρκεια της νοσηλείας και να τις συνεχίσουν όταν επιστρέψουν στο σπίτι. Η ομαδική ή ατομική απασχόληση, δίπλα σε άλλους ανθρώπους, έχει πολλά πλεονεκτήματα. Η κοινωνική συναναστροφή δίδει την ευκαιρία να συζητηθούν διάφορα προβλήματα και ανησυχίες. Επιπλέον, δίδει την ευκαιρία να συζητηθούν άλλα θέματα, άσχετα με τον καρκίνο. Ο ασθενής μπορεί να κανονίσει εξόδους με φίλους, εφόσον η σωματική του κατάσταση το επιτρέπει. Ίσως αρκестεί σε έναν περίπατο στο πάρκο ή επιλέξει το θέατρο ή τον κινηματογράφο. Εάν έχει συγκεκριμένα ενδιαφέροντα, μπορεί να επισκεφθεί ένα μουσείο ή μία βιβλιοθήκη για να συλλέξει νέες πληροφορίες ή απλώς να διευρύνει τις γνώσεις του.⁴³

Εκτός από τις δραστηριότητες με άλλους ανθρώπους, ο ασθενής μπορεί να επιλέξει να ασχοληθεί με διάφορα χόμπι:

1. Ζωγραφική ή άλλη καλλιτεχνική δραστηριότητα.
2. Μουσική. Σύμφωνα με έρευνες, η μουσική δεν είναι μόνο απολαυστική, αλλά και θεραπευτική.
3. Παρακολούθηση κινηματογραφικών έργων.
4. Πλέξιμο ή κέντημα.
5. Δημιουργία συλλογών (γραμματόσημα, νομίσματα κτλ).

Ο ασθενής πρέπει να επιλέξει μόνος του την ψυχαγωγική δραστηριότητα, που προτιμάει. Σκόπιμο είναι να διαλέξει κάτι που θα τον αποσπά από τα προβλήματα της υγείας του. Η ψυχαγωγία ανακουφίζει από το άγχος, ενισχύει την θετική στάση και αποτελεί σπουδαίο παράγοντα στην πορεία προς την ίαση και την αποκατάσταση.

Ο καρκίνος επηρεάζει το σύνολο των εκδηλώσεων της ζωής του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης και της σεξουαλικότητας. Οι μεταβολές της σωματικής εικόνας, η μειωμένη ενεργητικότητα, η αγωνία για την επιβίωση και το άγχος - λόγω των οικογενειακών και οικονομικών δυσκολιών - επηρεάζουν την έκφραση της σεξουαλικότητας και δημιουργούν προβλήματα στην ερωτική επιθυμία. Εάν, όμως, ο ασθενής απολάμβανε την σεξουαλικότητά του πριν από την εμφάνιση της νόσου, οι πιθανότητες να διατηρήσει ή να ανακτήσει την ερωτική του αυτοπεποίθηση είναι πάρα πολλές (ανεξάρτητα από τις αλλαγές που έχει επιφέρει η νόσος και η θεραπεία). Ίσως, ορισμένες φορές, να υποχρεωθεί να προσαρμόσει τις σεξουαλικές του συνήθειες και - για αυτόν τον λόγο - θεωρείται σημαντική η άνετη επικοινωνία μεταξύ των σεξουαλικών συντρόφων. Είναι γενικά παραδεκτό ότι τα θέματα της σεξουαλικής υγείας των ασθενών με χρόνια νοσήματα - ιδίως των καρκινοπαθών - έχουν τεθεί στο περιθώριο επί μακρόν (πιθανώς με ευθύνη των μελών της ομάδας

φροντίδας, που συχνά δυσκολεύονται ή αδιαφορούν να συζητήσουν αυτήν την διάσταση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ασθενών τους).

Τα σεξουαλικά προβλήματα, που προκύπτουν μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, πιθανώς να οφείλονται – σε μεγάλο βαθμό – στο άγχος. Ο ασθενής πρέπει να συζητάει τους προβληματισμούς του με τον ιατρό, πριν από την έναρξη της θεραπείας. Η ενημέρωση, σχετικά με τις πιθανές μεθόδους αντιμετώπισης, είναι δυνατό να περιορίσουν το άγχος. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η διάκριση των οργανικών και ψυχολογικών αιτίων των σεξουαλικών προβλημάτων δεν είναι εύκολη. Εάν ο ασθενής επιτυγχάνει στύση κατά την διάρκεια του αυνανισμού ή ξυπνάει την νύχτα με στύση, το πρόβλημα είναι συνήθως ψυχολογικό (άγχος). Ιδιαίτερα συχνό ψυχολογικό αίτιο θεωρείται το άγχος των ανδρών ασθενών για την επίτευξη στύσης. Εάν το ζευγάρι αναζητήσει άλλα είδη ερωτικών εκφράσεων, θα αντιληφθεί ότι - με τον καιρό - η στύση θα επανέλθει ή ότι διάφορες σεξουαλικές επιλογές μπορούν να προσφέρουν παρόμοια επίπεδα απόλαυσης. Πολλά ζευγάρια αναφέρουν ότι έμαθαν να έχουν ιδιαίτερα ευχάριστες σεξουαλικές εμπειρίες χωρίς να επιτυγχάνεται στύση ή ακόμα και σεξουαλική επαφή, καθώς – σε πολλές μορφές σεξουαλικής διέγερσης – δεν απαιτείται ένα πέος σε στύση. Η υπομονή, η επικοινωνία και ο χρόνος αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για την αντιμετώπιση του άγχους για την επίτευξη στύσης. Εάν η στύση δεν επανέλθει και η συνουσία έχει ιδιαίτερη σημασία για το ζευγάρι, ο ασθενής μπορεί να ζητήσει την συμβουλή ενός ειδικού ψυχιάτρου.

Σημαντική βοήθεια μπορεί να προσφέρουν – επίσης – ομάδες καρκινοπαθών, που έχουν ανάλογα προβλήματα. Εφόσον το πρόβλημα της στύσης παραμένει άλυτο, ο ασθενής μπορεί να ζητήσει την βοήθεια ουρολόγου – ανδρολόγου.^{4,43}

Η σύγχρονη ανδρολογία μπορεί να αντιμετωπίσει τις διαταραχές της στύσης με κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου της ουροδόχου κύστης μπορεί να μειώσει την σεξουαλική επιθυμία, να περιορίσει την ικανότητα του άνδρα να επιτυγχάνει στύση και να προκαλέσει παλίνδρομη εκσπερμάτωση ή άλλα προβλήματα κατά τον οργασμό, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται η άμβλυνση της έντασης της σεξουαλικής πράξης. Περίπου οι μισές γυναίκες, που υποβάλλονται σε αυτή την θεραπεία, καταλήγουν να διαθέτουν βραχύτερο και στενότερο κόλπο, οπότε δυσχεραίνεται η είσοδος του πέους. Η ειλικρινής επικοινωνία με τον σύντροφό τους αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Ορισμένες λιπαντικές ουσίες συμβάλλουν τον περιορισμό του προβλήματος.

Οι ασθενείς μετά από λαρυγγεκτομή πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με ζητήματα, που αφορούν τους ήχους και τις οσμές που εξέρχονται από την στομία. Εάν εφαρμοστεί ένα προστατευτικό κάλυμμα της στομίας ή ο ασθενής φορέσει μία αθλητική μπλούζα, ο ήχος της αναπνοής αμβλύνεται και η αίσθηση του αέρα - που εξέρχεται από τη στομία - ελαχιστοποιείται.

Η ψυχολογική υποστήριξη είναι απαραίτητη σε όλες τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού, επειδή ο μαστός αποτελεί ιδιαίτερο σεξουαλικό σύμβολο. Σεξουαλικά προβλήματα παρουσιάζονται ακόμη και στο 10% των γυναικών, που με την βιοψία διαπιστώνεται καλοήθης βλάβη. Σεξουαλική δυσλειτουργία παρατηρείται στο 30%- 40% των γυναικών, που έχουν υποβληθεί σε ριζική μαστεκτομή. Αντίθετα, όταν αφαιρούνται ογκίδια, τα οποία αλλοιώνουν ελάχιστα την εικόνα του σώματος, τα προβλήματα είναι σημαντικά πιο περιορισμένα. Μετά την μαστεκτομή, η γυναίκα ανησυχεί για την εμφάνισή της. Όταν γδύνεται μπροστά στον σύντροφό της, νιώθει άχαρη και αδέξια.

Αυτό είναι απόλυτα φυσικό, λόγω της σημασίας που αποδίδουν τα κοινωνικά πρότυπα στην εικόνα του υγιούς μαστού. Παρόλα αυτά, με την πάροδο του χρόνου, οι περισσότερες γυναίκες ξεπερνούν την αμηχανία και νιώθουν πάλι άνετες με το σώμα τους. Μερικές ασθενείς εξοικειώνονται με το σώμα τους, κοιτάζοντας την εικόνα τους στον καθρέπτη και αγγίζοντας την περιοχή της ουλής. Στην αρχή, η γυναίκα είναι σκόπιμο να κοιτάζεται στον καθρέπτη μόνη της και κατόπιν με τον σύντροφό της. Τα συναισθήματα, που προκαλούνται από την νέα εικόνα του σώματος, πρέπει να συζητούνται ελεύθερα μεταξύ τους. Ο σύντροφος της ασθενούς πιθανώς να δυσκολεύεται να μιλήσει για θέματα, που αφορούν την σεξουαλικότητα, και – συχνά – αναμένει το πρώτο βήμα από την ασθενή. Ενδεχομένως, να φοβάται μήπως την φέρει σε δύσκολη θέση.

Ορισμένες φορές, όμως, η στάση αυτή εκλαμβάνεται ως απόρριψη. Μολονότι, η γυναίκα συχνά νιώθει ότι διακινδυνεύει πάρα πολλά θίγοντας πρώτη το θέμα, μετά αισθάνεται σημαντική ανακούφιση. Το άλγος αποτελεί συχνό πρόβλημα. Εάν η τομή ή οι μύες της περιοχής είναι ευαίσθητοι, η πίεση πρέπει να είναι περιορισμένη. Είναι σκόπιμο η γυναίκα να ξαπλώνει από την υγιή πλευρά, ώστε να ελέγχει καλύτερα τις κινήσεις της και να περιορίζεται ο ερεθισμός της τομής. Επίσης, εάν νιώσει πόνο κατά την σεξουαλική πράξη, πρέπει να σταματήσει και να εξηγήσει στον σύντροφό της τον λόγο. Με την σωστή επικοινωνία, οι σεξουαλικοί σύντροφοι μπορούν να διαπιστώσουν στάσεις, που τους προσφέρουν ηδονή. Οι πειραματισμοί και ο χρόνος είναι οι βασικοί παράγοντες, που επιτρέπουν την αναγνώριση των αποτελεσματικότερων τρόπων προσαρμογής στην απώλεια του μαστού. Η επικοινωνία με άλλες γυναίκες, που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, αποτελεί σημαντικό τρόπο ψυχολογικής υποστήριξης, αλλά και ενημέρωσης σχετικά με κατάλληλα ρούχα ή προθέσεις (ομάδες υποστήριξης γυναικών με μαστεκτομή).

Τέλος, σημαντικός αριθμός γυναικών θεωρεί ότι έχει ιδιαίτερη σημασία η αποκατάσταση του μαστού, μέσω τεχνικών της πλαστικής χειρουργικής.

Η σεξουαλική δυσλειτουργία των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου, που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αντιμετώπιση, είναι σοβαρότερη σε σύγκριση με την αντίστοιχη των ασθενών, που υποβλήθηκαν στον ίδιο τύπο επέμβασης για κάποιο άλλο μη νεοπλασματικό αίτιο (π.χ. ασθενείς με ειλεοστομία εξαιτίας ελκώδους κολίτιδος). Έχουν γενικά αυξημένα σεξουαλικά προβλήματα, που αποδίδονται κυρίως στην αμηχανία για την ενδεχόμενη αντίδραση των συντρόφων τους στην στομία. Γι' αυτόν τον λόγο, πρέπει να ενημερώνονται για την φροντίδα της στομίας και τις «φαινομενικά ασήμαντες» λεπτομέρειες (π.χ. ειδικά γυναικεία εσώρουχα που καλύπτουν την στομία και διευκολύνουν την σεξουαλική διέγερση).

Τα επίπεδα των οιστρογόνων μίας ασθενούς, που υποβάλλεται σε γυναικολογική επέμβαση για την αντιμετώπιση του καρκίνου, είναι πιθανό να κατέλθουν πρόωρα. Η κατάσταση έχει χαρακτήρες πρόωρης εμμηνόπαυσης και συνοδεύεται από εξάψεις, ιλίγγους, διαταραχές ύπνου, άγχος και κατάθλιψη. Ο αντίκτυπος στον ερωτικό σύντροφο μπορεί να είναι σημαντικός. Υπάρχει το ενδεχόμενο να μειωθεί η διάθεση του ζευγαριού για σεξουαλική επαφή. Οποσδήποτε, η σχέση κλυδωνίζεται από τα αισθήματα εγκατάλειψης και απόρριψης, που συχνά εκδηλώνονται. Όμως, τα προβλήματα αυτά μπορούν να αντιμετωπιστούν με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη του ζευγαριού. Η υστερεκτομή και η ακτινοθεραπεία των γυναικείων γεννητικών οργάνων προκαλούν προβλήματα στο στάδιο του ερεθισμού. Η χειρουργική επέμβαση επηρεάζει συνήθως τον οργασμό, ενώ η ακτινοβολία καθιστά επώδυνη την επαφή. Η συχνότητα των επαφών μειώνεται. Παρόμοια προβλήματα έχουν και όσες γυναίκες υποβάλλονται σε υστερεκτομή για καλοήγη νόσο.⁴³

Φαίνεται ότι η σεξουαλική επιθυμία μειώνεται τους πρώτους έξι μήνες, αλλά μετά από ένα έτος επανέρχεται στο κανονικό. Εάν μετά από την εφαρμογή θεραπείας, για καρκίνο των γεννητικών οργάνων, η σεξουαλική επαφή είναι επώδυνη, συνιστάται γυναικολογική εξέταση ώστε να διαπιστωθεί η αιτία. Το πρόβλημα μπορεί να συσχετίζεται με την χειρουργική επέμβαση, την ακτινοβολήση ή την χημειοθεραπεία ή να οφείλεται σε άλλη αιτία (π.χ. λοίμωξη). Εάν η αιτία είναι η μη επαρκής έκκριση υγρών, η χρήση ειδικών προϊόντων (π.χ. υδατοδιαλυτά λιπαντικά ή έλαια) μπορεί να ελαττώσει την τριβή. Τα τεχνητά λιπαντικά διευκολύνουν την συνουσία, όταν τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων προκαλούν ξηρότητα του κόλπου.

Σε μερικές περιπτώσεις, η εφαρμογή μικρών ποσοτήτων οιστρογόνων συμβάλλει στην αποκατάσταση των εκκρίσεων και της ατροφίας του κόλπου (σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού δεν συνιστάται η χρήση οποιουδήποτε σκευάσματος οιστρογόνων). Η ριζική χειρουργική επέμβαση στον κόλπο ή το αιδοίο αλλοιώνει την φυσιολογική εικόνα των γεννητικών οργάνων και η σεξουαλική πράξη καθίσταται δυσχερής, τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά (εξαιτίας του φόβου για την πρόκληση άλγους και αιμορραγίας). Σε αυτές τις περιπτώσεις, μεγάλη βοήθεια μπορούν να προσφέρουν η πλαστική χειρουργική αποκατάσταση των οργάνων και η ψυχολογική υποστήριξη του ζευγαριού.

Περίπου το 20% των ασθενών, που πάσχουν από την νόσο του Hodgkin, αναφέρει ότι έχασε το ενδιαφέρον για την σεξουαλική πράξη. Η νόσος Hodgkin δεν επηρεάζει συνήθως την ικανότητα για στύση, αλλά διάφορες διαταραχές στις ωοθήκες είναι δυνατό να προκαλέσουν επώδυνες επαφές. Τα συζυγικά προβλήματα οφείλονται κυρίως στην μακροχρόνια θεραπεία και στην ελαττωμένη γονιμότητα.

Ακόμα και το ενδεχόμενο χειρουργικής θεραπείας ή ακτινοθεραπείας στην περιοχή των γεννητικών οργάνων είναι δυνατό να προκαλέσει στον ασθενή ιδιαίτερο άγχος και ανησυχία. Συνήθως, είναι αδύνατο να προβλεφθούν οι παρενέργειες της θεραπείας. Σε μερικούς ασθενείς, η θεραπεία επηρεάζει την ικανότητα στύσης, την εκσπερμάτωση ή την σεξουαλική πράξη, ενώ σε άλλους ενδέχεται να μην προκαλέσει καμία ή ελάχιστη αλλαγή της σεξουαλικής λειτουργίας. Οι άνδρες, που χάνουν ένα τμήμα του πέους, εξακολουθούν να έχουν στύση, οργασμό και εκσπερμάτωση. Φυσικά, η πλήρης αφαίρεση του πέους προκαλεί σοβαρές σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Ο οργασμός μπορεί να επιτευχθεί μέσω της διέγερσης των ηβικών οστών, του περινέου ή του όσχεου και η εκσπερμάτωση μέσω της ουρηθροστομίας. Τα σεξουαλικά προβλήματα στον καρκίνο των όρχεων εξαρτώνται από τον τύπο του όγκου. Σε μη σεμινωματώδεις όγκους, εφόσον αφαιρούνται ο όρχις και οι λεμφαδένες της περιοχής, αμβλύνεται η σεξουαλική δραστηριότητα και περιορίζεται η γονιμότητα. Ορισμένοι άνδρες με σεμίνωμα, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε αφαίρεση του όρχεως και ακτινοθεραπεία, αναφέρουν χαμηλή ή καμία σεξουαλική δραστηριότητα, ελάττωση της επιθυμίας, προβλήματα κατά την στύση ή τον οργασμό και μειωμένη ποσότητα σπέρματος.

Με την διαγνωστική βιοψία του προστάτη, είναι δυνατό να ελαττωθεί η ποσότητα του σπερματικού υγρού κατά την εκσπερμάτωση. Παρόμοια προβλήματα μπορεί να προκαλέσει η χειρουργική αφαίρεση του προστάτη, ενώ εξαιτίας της ορμονοθεραπείας είναι πιθανό να χαθεί εντελώς η ικανότητα στύσης και εκσπερμάτωσης. Με τις νέες χειρουργικές τεχνικές, μειώνονται αρκετά τα προβλήματα της στύσης και της εκσπερμάτωσης. Προβλήματα στύσης και παλίνδρομη εκσπερμάτωση προκαλούνται – επίσης – εξαιτίας της ακτινοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, επειδή οι περισσότερες μορφές καρκίνου εμφανίζονται σε άτομα άνω των 50 ετών, πολλοί ασθενείς έχουν ήδη βιώσει μία φυσιολογική μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας. Η μείωση αυτή είναι δυνατό να επιταχυνθεί εξαιτίας και της χορήγησης ορισμένων φαρμάκων, όπως είναι:

1. Αντικαρκινικά φάρμακα
2. Ορμονοθεραπεία
3. Αντιυπερτασικά φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των β-αναστολέων)
4. Αναλγητικά
5. Αντικαταθλιπτικά
6. Υπναγωγά

Η αυτοεκτίμηση του ανθρώπου εξαρτάται από την δυνατότητα να είναι δραστήριος, παραγωγικός και ικανός να φροντίζει τον εαυτό του και τους άλλους. Η εργασία δεν είναι απαραίτητη μόνο για οικονομικούς λόγους, αλλά και για ψυχολογικούς. Η μείωση της αυτοεκτίμησης, που συχνά ακολουθεί την διάγνωση του καρκίνου ή την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής, μπορεί να επιδεινωθεί εάν ο ασθενής παραμένει ανενεργός και εξαρτημένος από την οικογένεια και τους φίλους του. Είναι σημαντικό να αναζητήσει τρόπους για να επιστρέψει στην ενεργό παραγωγική διαδικασία (επιστροφή στην εργασία ή εκμάθηση μίας νέας τέχνης). Εφόσον αυτό δεν είναι εφικτό, ακόμα και η συμμετοχή στις καθημερινές δουλειές του σπιτιού μπορεί να είναι σημαντική. Βέβαια, η επιστροφή στην εργασία μπορεί να συνοδεύεται από προβλήματα. Κάποια αναπηρία είναι πιθανό να μην επιτρέπει την ενασχόληση του ασθενούς με την ίδια εργασία ή ο ασθενής μπορεί να αντιμετωπίσει διακρίσεις ή προκαταλήψεις στον χώρο εργασίας. Οι συνάδελφοι πιθανώς να κρατούν τον ασθενή σε απόσταση, συχνά επειδή δεν ξέρουν τον κατάλληλο τρόπο για να του συμπεριφερθούν.⁴³

Από την άλλη πλευρά, οι εργοδότες φοβούνται την μειωμένη απόδοση ενός καρκινοπαθούς υπαλλήλου ή τις οικονομικές απώλειες λόγω των αναρρωτικών αδειών για θεραπευτικούς λόγους.

Έρευνα της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, κατά την δεκαετία του 1970, αποκάλυψε ότι οι καρκινοπαθείς στις Η.Π.Α. αντιμετωπίζουν διακρίσεις σχετικά με τις προσλήψεις, τις απολύσεις, την ανάθεση έργων, τις απολαβές και την συμπεριφορά απέναντί τους στον χώρο εργασίας. Σχεδόν το 25% των καρκινοπαθών (που έλαβαν μέρος στην έρευνα) ανέφεραν ότι είτε τους απέρριψαν μία αίτηση εργασίας, επειδή υποβάλλονταν σε θεραπευτική αγωγή, είτε αποτέλεσαν στόχο αρνητικής συμπεριφοράς στον χώρο εργασίας. Τουλάχιστον οι μισοί ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα συνδεδεμένο με την νόσο. Είναι σημαντικό ο ασθενής να διατηρήσει μία θετική στάση, παρά τις ενδεχόμενες απορρίψεις, και η πολιτεία να λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα.^{24.43}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1) Νοσηλευτική διεργασία στην κλινική πράξη

Α) Καρκίνος στομάχου

Όνοματεπώνυμο	-
Ημερομηνία Εισαγωγής	16/09/2008
Διάγνωση	Καρκίνος στομάχου
Χειρουργική Παρέμβαση	Ολική αφαίρεση
Ηλικία	43
Χρόνια Νοσήματα	Αναιμία
Εργαστηριακές Εξετάσεις	P.S.A. 6 mg/ml, Ενδοσκοπική βιοψία
Συμπτώματα	Ανορεξία, απώλεια σωματικού βάρους, δυσφαγία
Ιστορικό Νόσου	Γαστρορραγία

B) νοσηλευτική διεργασία (Καρκίνος στομάχου)

Ασθένεια	Ανάγκες Ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση – Αποτελέσματα
Ca στομάχου	Ανησυχία, άγχος. Πόνος στην περιοχή της κοιλιάς.	Ο ασθενής να ηρεμήσει και υποχώρηση και ύφεση του πόνου	Νοσηλευτική φροντίδα, τοποθέτηση αναπαυτικής θέσης, εξασφάλιση ήσυχου και δροσερού περιβάλλοντος, ψυχολογική υποστήριξη. Αλλαγή Θέσεων για αποφυγή κλινοστατισμού, χορήγηση αναλγητικών.	Νοσηλευτική τοποθέτηση σε ανάρροπη θέση, έγινε λήψη αποτελεσμάτων ατρικών εξετάσεων, χορήγηση αναλγητικών.	Απόκτηση καλής ψυχολογικής κατάστασης και ελάττωση παρεκτροπών στο φυσιολογικό. Εξάλειψη έντονου πόνου ύστερα από τη χορήγηση παυσίπων. Ο ασθενής αναφέρει ότι έχει μειωθεί ο πόνος στο ελάχιστο.
	Αλλαγή εμφάνισης και λειτουργίας του σώματος.	Εφαρμογή μέτρων για τη προσαρμογή στην αλλαγή της εμφάνισης και της λειτουργίας του σώματος.	Προγραμματισμός υλοποίησης μέτρων προσαρμογής για τη βελτίωση της εμφάνισης και λειτουργίας του σώματος.	Εφαρμόζονται μέτρα για τη βελτίωση της εμφάνισης και λειτουργίας του σώματος (π.χ. καθοδήγηση στη χρήση βοηθημάτων, στην επιλογή ενδυμάτων που κρύβουν τις σωματικές αλλαγές).	Ο ασθενής αρχίζει να προσαρμόζεται στις αλλαγές της εμφάνισής του, της λειτουργίας του σώματος (π.χ. την αποδοχή της σωματικής αλλαγής και ανύψωση αυτοεκτίμησης).

<p>Διαταραχή αντίληψης του εαυτού – άρνηση. Μείωση αυτοσεβασμού – ψυχολογική κατάπτωση.</p>	<p>Εφαρμογή μέτρων για την καταπολέμηση της άρνησης, της θλίψης, του θυμού και άλλων συναισθηματικών εναλλαγών, προκειμένου να γίνει αποδοχή της παρούσης κατάστασης.</p>	<p>Προγραμματισμός υλοποίησης μέτρων για την αντιμετώπιση της άρνησης και των συναισθηματικών εναλλαγών.</p>	<p>Εφαρμόζονται μέτρα υποβοήθησης του ασθενούς για να ανακτήσει την χαμένη του αυτοεκτίμηση. Εφαρμόζονται μέτρα για την αντιμετώπιση της αρνητικής του συμπεριφοράς, ενθαρρύνοντας με θετικά σχόλια για τον εαυτό του ασθενούς.</p>	<p>Ο ασθενής αρχίζει να συνειδητοποιεί και να αντιδρά θετικά στην κατάσταση που επικρατεί. Συμμετέχει σε δραστηριότητες ενώ αρνούνται.</p>
<p>Αλλαγή συμπεριφοράς του ατόμου προς κοινωνικοποίηση και συναναστροφή με τον εαυτό του και το περιβάλλον γύρω του.</p>	<p>Εφαρμογή μέτρων για την παρακίνηση του ασθενούς προς συμμετοχή σε ατομικές – κοινωνικές δραστηριότητες.</p>	<p>Προγραμματισμός εφαρμογής μέτρων υποβοήθησης του ασθενούς για την απόκτηση της ατομικής περιποίησης.</p>	<p>Εφαρμόζονται μέτρα υποβοήθησης του ασθενούς για την ατομική περιποίηση, καθώς και χρήση μπάνιου και συχνής άσκησης.</p>	<p>Αποκτά ενδιαφέρον για την ατομική του εμφάνιση. Αποκτά διάθεση και αποδέχεται το νέο τρόπο ζωής, συμπεριλαμβανομένου τους περιορισμούς της νόσου και της αγωγής.</p>

A) Κλινικά ευρήματα (Ορθοκολικός Καρκίνος)

Όνοματεπώνυμο	-
Ημερομηνία Εισαγωγής	21/08/2008
Διάγνωση	Καρκίνος του παχέως εντέρου (ορθό)
Χειρουργική Παρέμβαση	Μερική αφαίρεση
Ηλικία	37
Χρόνια Νοσήματα	-
Εργαστηριακές Εξετάσεις	Colon Cancer Check
Συμπτώματα	Αίμα στα κόπρανα, διάρροια, δυσφορία στο στομάχι, εμετός
Ιστορικό Νόσου	-

B) Νοσηλευτική διεργασία (Καρκίνος του παχέως εντέρου-ορθό)

Ασθένεια	Ανάγκες Ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση – Αποτελέσματα
Ca παχέως εντέρου(ορθό)	Ανησυχία, άγχος. Πόνος οξύς στην κάτω περιοχή της κοιλιάς.	Ο ασθενής να ηρεμήσει και υποχώρηση πόνου.	Νοσηλευτική φροντίδα, τοποθέτηση αναπαικτικής θέσης, εξασφάλιση ήσυχου και δροσερού περιβάλλοντος, ψυχολογική υποστήριξη. Αλλαγή Θέσεων για αποφυγή κλινοστατισμού, χορήγηση αναλγητικών.	Νοσηλευτική τοποθέτηση σε ανάρροπη θέση, έγινε λήψη αποτελεσμάτων ιατρικών εξετάσεων, χορήγηση αναλγητικών.	Απόκτηση καλής ψυχολογικής κατάστασης και ελάττωση παρεκτροπών στο φυσιολογικό. Εξάλειψη έντονου πόνου ύστερα από τη χορήγηση παυσίπων.
	Μειωμένη αυτοαντίληψη και αυτοεικόνα. Ψυχολογικές μεταπτώσεις (κατάπτωση).	Ανύψωση ηθικού και αυτοαντίληψης. Μείωση – καταπολέμηση ψυχολογικών μεταπτώσεων. Ο ασθενής να αντιμετωπίσει τις συναισθηματικές του εναλλαγές και να τις εξισορροπήσει ούτως ώστε να αποδεχτεί την κατάσταση της υγείας του.	Λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών μεταπτώσεων. Την καταπολέμηση της κατάθλιψης, του ψυχικού πόνου. Λήψη μέτρων για την βελτίωση της λειτουργίας και της	Εφαρμόζονται μέτρα για την κατάθλιψη και των ψυχολογικών μεταπτώσεων, π.χ. χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, ενθάρρυνση του ασθενούς και επιδοκίμασία σε ο,τιδήποτε πράττει. Περιορισμός της αρνητικής κριτικής. Βοήθεια προς ανακάλυψη των δυνάμεών του και χρήση επαίνου για τις πράξεις του.	Ο ασθενής αντιλαμβάνεται το πρόβλημά του ως μία μορφή μη μεμονωμένου προβλήματος. Συνειδητοποιεί την κατάσταση και αποδέχεται ως έχει τον νέο τρόπο ζωής. Είναι ικανός να αντιμετωπίσει τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και τα αποτελέσματά της.

	<p>Αλλαγή στη λειτουργία του σώματος, του τρόπου ζωής και των ρόλων στον ασθενή.</p>	<p>Ο ασθενής να εξασφαλίσει την ποιότητα ζωής που του αρμόζει και να εξοικειωθεί με τα νέα δεδομένα.</p>	<p>εμφάνισης του σώματος.</p>	<p>Μείωση του συναισθήματος τυχόν ντροπής που θα έχει αναπτυχθεί στον ασθενή με την εξασφάλιση ατομικού δωματίου για τη χρησιμοποίηση ειδικών αποσμητικών μετά την κένωση του εντέρου, προκειμένου να αποφευχθεί η δυσοσμία στο χώρο. Καθοδήγηση του ασθενούς στη χρήση βοηθημάτων και στην επιλογή ενδυμάτων που κρύβουν τις σωματικές μεταβολές.</p>	<p>Ο ασθενής πλέον με τη θέλησή του συμμετέχει στη θεραπευτική αγωγή και ικανοποιεί τις βασικές του ανάγκες. Αποβάλλει το αίσθημα της ντροπής. Αποδέχεται τη σωματική του αλλαγή και αναγνωρίζει το σκοπό της χρησιμοποίησης των προσφερόμενων συστημάτων υποστήριξης.</p>
--	--	--	-------------------------------	--	--

Συμπεράσματα

Η αλλαγή στο σωματικό είδωλο των ασθενών με καρκίνο και οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει αυτή, συνιστά κατεξοχήν Νοσηλευτική ευθύνη. Κάτι τέτοιο συνάγεται από το γεγονός ότι η Διαταραχή της αντίληψης του εαυτού, στα πλαίσια της νόσου, συνιστά ακραιφνή Νοσηλευτική διάγνωση.

Ο Νοσηλευτής λόγω της ιδιαίτερης θέσης και του ρόλου του, κατέχει ρόλο κλειδί στην διαδικασία προσαρμογής του καρκινοπαθούς. Πρώτος αυτός ως επιστήμονας υγείας θα έρθει σε επαφή με τον καρκινοπαθή και θα αφουγκραστεί τους φόβους και τις ανησυχίες του.

Η Νοσηλευτική μέσα από το μοντέλο Ολιστικής φροντίδας υγείας είναι σε θέση καλύτερα από οποιαδήποτε άλλη επιστήμη υγείας, να οργανώσει εκείνες τις παρεμβάσεις, στο χώρο του νοσοκομείου αλλά και έξω από αυτό, με τις οποίες θα μπορέσει να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του καρκινοπαθούς, του οποίου απειλείται η αντίληψη της εικόνας του σώματός του και κατά συνέπεια το αίσθημα της αυτοεκτίμησής του.

Μέσα από κατάλληλες τεχνικές επικοινωνίας, ο Νοσηλευτής μπορεί να παράσχει όλα τα διαπιστευτήρια που χρειάζεται ο ογκολογικός ασθενής, όχι μόνο για να αποδεχτεί τον εαυτό του, αλλά και για να επανενταχτεί δημιουργικά στις προηγούμενες κοινωνικές του δραστηριότητες.

Η αλλαγή του σωματικού ειδώλου περιλαμβάνει βεβαίως ένα αρκετά ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων. Ο καρκίνος αποτελεί ένα μέρος μόνο αυτών. Η Νοσηλευτική είναι βέβαιο ότι με τη συνεχόμενη πρόοδο, τόσο στην έρευνα όσο και στη κλινική εφαρμογή της, μπορεί να είναι αποτελεσματική σε κάθε περίπτωση.

Η αλλαγή του σωματικού ειδώλου, αποτελεί ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο ζήτημα το οποίο αφορά πολλούς ανθρώπους είτε άμεσα είτε έμμεσα. Είναι στενά συνδεδεμένο με το φόβο του διαφορετικού. Ωστόσο, το δικαίωμα στη διαφορετικότητα είναι στενά συνδεδεμένο με την ποιότητα της ζωής.

Η φύση δεν πρέπει να το ξεχνάμε, βασίζεται στις διαφορές. Το ίδιο και οι ανθρώπινες κοινωνίες. Αρκεί μόνο να αναπτύξουμε όλοι σαν άτομα τις ευαίσθησιες εκείνες που θα αξιοποιήσουν τις όποιες ιδιαιτερότητες του καθενός, είτε αυτές αφορούν το φαινότυπό του, είτε τα νοητικά, είτε τα πνευματικά του χαρακτηριστικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sue C. Delaune, Patricia K., Lander. << FUNDAMENTALS OF NURSING: STANDARDS and PRACTICE.>>, Delmar Publishers, United States of America, 1998.
2. Potter Perry, << Fundamentals of Nursing.>>, Mosby – year book Inc, 4th edition, United States of America, 1997.
3. Μιχαλοπούλου Α., Μιχαλοπούλου Ε., <<Ο ρόλος των Νοσηλευτών στην αντιμετώπιση της διαταραχής της εικόνας σώματος του ασθενούς.>>, Νοσηλευτική 2002, 41:253-257.
4. Μόσχου - Κάκκου Α., <<Ογκολογική Νοσηλευτική. Σημειώσεις.>>, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τ. Ε. Ι Πάτρας, 1999.
5. Χατζηχρήστου Χ κ.α., << Πρόγραμμα προαγωγής της ψυχικής υγείας και της μάθησης – Κοινωνική και συναισθηματική αγωγή στο σχολείο. Θεματική ενότητα: Διαστάσεις της αυτοαντίληψης, αυτοεκτίμηση.>>, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 2004.
6. Λεοντάρη Α., <<Αυτοαντίληψη.>>, Β' Έκδοση, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 1998.
7. Barbara C. Long, Wilma J. Phipps., <<Medical – Surgical Nursing.>>, The C. V Mosby Company, second edition, United States of America, 1998.
8. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., <<Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική: Νοσηλευτικές διαδικασίες.>>, Τόμος 1^{ος}, Β' Έκδοση, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2004.
9. Rosalinda Alfaro-Le Fevre., <<Εφαρμόζοντας τη Νοσηλευτική διεργασία: Προάγοντας τη συνεργατική φροντίδα.>>, 5^η Έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2005.

10. Susan P., Suzanne C., et al., <<Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική: Σχεδιασμός Νοσηλευτικής φροντίδας.>>, 3^η Έκδοση, Λαγός Π. Δημήτριος, Αθήνα, 1997.
11. Μαλγαρινού Α., Κωνσταντινίδου Σ., <<Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική.>> Β' Τόμος – Μέρος 2^ο, 20^η Έκδοση, Εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα, 2003.
12. Τριχοπούλου Α., κ. α., <<Προληπτική Ιατρική.>>, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 1986.
13. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., <<Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική: Νοσηλευτικές διαδικασίες.>>, Τόμος 2ος, Β' Έκδοση, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2004.
14. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., <<Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική: Νοσηλευτικές διαδικασίες.>>, Τόμος 3ος, Β' Έκδοση, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2004.
15. Χριστόπουλος Χ., <<Καρκίνος: Στατιστικά στοιχεία από την Ελλάδα και τον κόσμο. Κ. Ε. Κ Πανεπιστημίου Πατρών.>>, Παρουσίαση στα πλαίσια του προγράμματος: « Διεπιστημονική προσέγγιση στην πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου », Πάτρα, 2007.
16. Παπαγεωργίου Δ., <<Ολιστική προσέγγιση της φροντίδας υγείας, γεφυρώνοντας το χάσμα μεταξύ της ψυχής, του σώματος και του πνεύματος του ασθενή.>>, Νοσηλευτική 2000, 39:189-194.
17. Γιαννοπούλου Α., <<Διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη Νοσηλευτική.>>, 6^η Έκδοση, Εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα, 2005.
18. Susan C. de Wit., <<Βασικές αρχές και δεξιότητες της Νοσηλευτικής φροντίδας.>>, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα, 2001.
19. Melanie McEwen, Evelyn W., <<Νοσηλευτικές Θεωρίες.>>, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2004.

20. Ραγιά Α., <<Διαπροσωπική διάσταση της Ολικής Νοσηλευτικής.>>, Νοσηλευτική 2004, 43:153-160.
21. Κυζιρίδης Χ., <<Ψυχοπαθολογία του καρκίνου. Ανασκόπηση.>>, Νοσηλευτική 2005, 44:186-192.
22. Σαββοπούλου Γ., <<Μόνιμη κολοστομία: Αλλαγή του σωματικού ειδώλου – Ψυχολογικές επιπτώσεις και αντιμετώπιση.>>, www.in.gr, mhtml: [file:///G:/Health news.mht. 4/4/2008](file:///G:/Health%20news.mht.4/4/2008)
23. Shaun Kinghorn, Richard Gamlin., <<Ανακουφιστική Νοσηλευτική: Εξασφαλίζοντας φροντίδα και ποιότητα ζωής.>>, Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2004.
24. Malin D., et. al., <<Ο Καρκίνος.>>, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα, 1992.
25. Νέστωρ Α., κ. α., <<Μόνιμη τραχειοστομία: Αξιολόγηση εκπαίδευσης και αυτοφροντίδας.>>, Νοσηλευτική 2001, 40:85-91.
26. Θεοδούλα Α., Βασιλική Κουτσοπούλου., <<Αποκατάσταση γυναικών μετά από μαστεκτομή: Ο ρόλος των Νοσηλευτών. Ανασκόπηση.>>, Νοσηλευτική 2003, 42:308-315.
27. Σαββοπούλου Γ., <<Μόνιμη κολοστομία: Δεν είναι το μοναδικό πρόβλημα.>>, Νοσηλευτική 2001, 40: 94-103.
28. www.medlook.net – 11/07/06.
29. Χ. Μ. Μουτσόπουλος, Δ.Σ. Εμμανουήλ. ,<< Βασικές Αρχές Παθοφυσιολογίας>>, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
30. Κωνσταντινίδης Θ.,<< Το πρόβλημα της αλωπεκίας σε ασθενείς με καρκίνο.>>, Νοσηλευτική 2002, 41: 385-391.
31. Πετρίδης Α. <<Εγχειρίδιο Χειρουργικής>>, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 2004.
32. Κούκια Ε., Σταθόπουλος Θ., <<Ψυχιατρικοί Νοσηλευτές και γνωσιακή Ψυχοθεραπεία.>>, Νοσηλευτική 2002, 41:55-58.

33. Ευθυμίου Κ., Μαυροειδή Α., κ. α., <<Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας.>>, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 2006.
34. Μάνος Ν., <<Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής.>>, UNIVERSITY STUDIO PRESS. Θεσσαλονίκη, 1997.
35. Καρανικόλα Μ., Ζαφειροπούλου-Κουτρούμπα Α., <<Η εφαρμογή της γνωστικής ψυχοθεραπείας στη σωματική ασθένεια.>> Νοσηλευτική 2004, 43:23-32.
36. Candy D., Davies G., et al., <<Κλινική Παιδιατρική και υγεία του παιδιού.>>, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2002.
37. Κυρίτση Ε., <<Συνηθέστερα προβλήματα που δημιουργεί ο καρκίνος και η θεραπεία στα παιδιά και ο τρόπος αντιμετώπισής τους.>>, Νοσηλευτική 1998, 37:327-331.
38. Κούκια Ε., <<Το παιδί με καρκίνο και το σχολείο: Ο ρόλος του Νοσηλευτή.>>, Νοσηλευτική 1997, 38:233-237.
39. Μόσχος Ν., Γαλανοπούλου Ε., κ. α., <<Συμβουλευτικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες σε παιδιά και εφήβους ασθενείς κατά την περιεγχειρητική περίοδο.>>, Νοσηλευτική 2001, 40:70-73.
40. Ευαγγέλου Ε., <<Εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο: Ο ρόλος της οικογένειας στη φροντίδα του.>>, Νοσηλευτική 2001, 40:27-38.
41. Kathleen M., Speer et al., <<Παιδιατρική Νοσηλευτική.>>, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα, 1999.
42. Αναγνωστόπουλος Φ., Παπανδρέου Δ., << Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας>>, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 1997.
43. Στεφανής Κ., <<Ψυχολογικές και Ψυχιατρικές πλευρές του καρκίνου.>> Εθνικό συμβούλιο ογκολογίας, Αθήνα, 1981.