

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ. Ε. Υ. Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*“ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ
ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ.”*



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Δρ. Μ. ΚΙΤΡΟΥ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΙΤΣΑ

-ΠΑΤΡΑ 2010-

Πίνακας περιεχομένων

Πρόλογος.....	7
Ευχαριστίες.....	10
Εισαγωγή	11
Κεφάλαιο 1.....	16
1.Ο Πνεύμονας.....	16
1.1 Η ανατομία του πνεύμονα.....	16
1.2 Δομή & Λειτουργία του πνεύμονα	16
1.3 Η φυσιολογία των πνευμόνων	29
1.3.1 Ποια είναι η λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος	30
1.3.2 Αναπνευστικός κύκλος ή φάσεις της εισπνοής και της εκπνοής.....	30
1.3.3 Μηχανική της αναπνοής	32
1.3.4 Διαδικασία Πνευμονικής κυκλοφορίας.....	32
1.3.5 Όγκος και χωρητικότητα.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	36
2. Η ιστορική αναδρομή του καρκίνου – ορισμός.....	36
2.1 Τι είναι όμως καρκίνος;	37
2.1.1 Ο όρος καρκινογένεση.....	37
2.1.2 Τα είδη των όγκων.....	38
2.1.3 Η βιολογία του καρκινικού κυττάρου.....	39
2.1.4 Παθολογική ανατομική.....	39
2.2 Αιτιολογία	43
2.2.1 Εξωγενείς παράγοντες καρκίνου του πνεύμονα.....	43
2.2.1.1 Το κάπνισμα: ο μεγάλος ένοχος.....	43
2.2.1.2 Το παθητικό κάπνισμα	44
2.2.1.3 Ο αμίαντος.....	45
2.2.1.4 Το ραδιενεργό αέριο ραδόνιο.....	46
2.2.1.5 Η μόλυνση του περιβάλλοντος.....	46
2.2.1.6 Ήθη- Καθιστική ζωή.....	46
2.2.1.7 Η διατροφή και η φυσική δραστηριότητα	46
2.2.2 Ενδογενείς παράγοντες του καρκίνου του πνεύμονα.....	47
2.2.2.1 Η ύπαρξη άλλων νοσημάτων.....	47
2.2.2.2 Ένα χαμηλό ανοσοποιητικό σύστημα	47
2.2.2.3 Το οικογενειακό ιστορικό.....	48
2.2.2.4 Ηλικία	48
2.2.2.5 Φύλο.....	49
2.2.2.6 Φυλή.....	49
2.2.2.7 Ορμόνες	49
2.3 Επιδημιολογία	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	51
3. Συνήθη συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα	51
3.1 Άλλα συμπτώματα.....	52
3.1.1 Ειδικό Σύμπτωμα για τον Καρκίνο του Πνεύμονα.....	53
3.2.1 Η δύσπνοια.....	54

3.2.2 Η αιμόπτυση.....	54
3.2.3 Η πληκτροδακτυλία.....	55
3.2.4 Ο όγκος Pancoast.....	55
3.2.5 Το σύνδρομο της άνω κοίλης φλέβας.....	55
3.2.6 Το βράγχος (η βραχνάδα) της φωνής.....	56
Κεφάλαιο 4.....	58
4. Πρόγνωση-Διάγνωση.....	58
4.1 Η απεικόνιση.....	59
4.1.1 Απλή ακτινογραφία θώρακος.....	60
4.1.2 Το υπερηχογράφημα.....	61
4.1.3 Η αξονική τομογραφία.....	61
4.1.5 Τομογραφία με εκπομπή ποζιτρονίων.....	62
4.1.6 Τομογραφία εκπομπής απλών φωτονίων.....	63
4.1.7 Το σπινθηρογράφημα οστών.....	63
4.1.8 Το octreoscan.....	64
4.1.9 Μέθοδος ανίχνευσης των χημικών ιχνοστοιχείων της αναπνοής.....	64
4.2 Διερεύνηση - Παρακλινικός Έλεγχος Ασθενών.....	66
4.2.1 Η κυτταρολογική εξέταση πτυέλων.....	67
4.2.2 Η βιοψία με βελόνα.....	68
4.2.3 Η βρογχοσκόπηση.....	68
4.2.4 Η Παρακέντηση.....	68
4.2.5 Η Μεσοθωρακοτομή-Θωρακοσκόπηση.....	69
4.2.6 Η Μεσοθωρακοσκόπηση.....	69
4.2.7 Η εικονική βρογχοσκόπηση. (εικόνα 6).....	69
4.2.8 Οι καρκινικοί δείκτες.....	69
4.3 Σταδιοποίηση και οι μεθοδοι της.....	70
4.3.1 Τα στάδια του μη μικροκυτταρικού καρκίνου.....	71
4.3.2 Τα στάδια του μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα.....	71
Κεφάλαιο 5.....	73
5.Θεραπεία.....	73
5.1 Χειρουργική Αντιμετώπιση.....	73
5.1.1 Η γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή.....	73
5.1.2 Ο προεγχειρητικός έλεγχος.....	74
5.1.2.1 Γενικές εξετάσεις.....	74
5.1.2.2 Έλεγχος της αναπνευστικής λειτουργίας.....	74
5.1.2.3 Απεικονιστικές εξετάσεις.....	74
5.1.2.4 Ιστολογική επιβεβαίωση του καρκίνου του πνεύμονα.....	74
5.1.3 Τι είδους αναισθησία απαιτεί η επέμβαση για τον καρκίνο του πνεύμονα.....	76
5.1.4 Οι εκτομές του πνευμονικού παρεγχύματος που γίνονται για τη θεραπεία του βρογχογενούς καρκίνου είναι οι ακόλουθες:.....	76
5.1.5 Η θεραπεία της πλευρόδεσης.....	77
5.1.6 Η κρυοχειρουργική.....	78
5.1.7 Θεραπεία του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα.....	78
5.1.8 Θεραπεία του μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα.....	80
5.1.9 Το μετεγχειρητικό στάδιο.....	85
5.1.10 Ο ασθενής αισθάνεται δύσπνοια και πόνο.....	86
5.2 Η Επιστροφή στο σπίτι.....	86
5.3 Χημειοθεραπεία.....	87

5.3.1 Η χημειοθεραπεία μετά το χειρουργείο.....	88
5.3.2 Συνεχής παρακολούθηση μετά την χημειοθεραπεία.....	89
5.4 Ακτινοθεραπεία.....	89
5.4.1 Εφαρμογές ακτίνων Laser στον καρκίνο του πνεύμονα.....	90
5.5 Βιολογικές Θεραπείες.....	93
5.5.1 Τι είναι οι βιολογικές θεραπείες.....	93
5.5.2 Τα πλεονεκτήματα των βιολογικών θεραπειών.....	93
5.6 Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στον καρκίνο του πνεύμονα.....	94
5.6.1 Τα συνήθη χορηγούμενα φάρμακα.....	94
5.6.2 Ο συνδυασμός φαρμάκων, με τα καλύτερα αποτελέσματα.....	95
Κεφάλαιο 6.....	96
6. Ο προληπτικός έλεγχος.....	96
6.1 –Πώς γίνεται ο προληπτικός έλεγχος;.....	96
6.2 – Υπάρχει πιθανότητα μείωσης της εμφάνισης του καρκίνου του πνεύμονα;.....	97
• Να μην υποβάλλεται σε παθητικό κάπνισμα	98
6.2.1 Η διακοπή του καπνίσματος μικραίνει τις πιθανότητες.....	98
6.2.2 Η υγιεινή διατροφή μειώνει τις πιθανότητες.....	98
6.2.3 Προληπτικά φάρμακα.....	99
6.2.4 Η σωματική άσκηση μειώνει τον κίνδυνο.....	99
6.3 Τα στάδια της Πρόληψης.....	99
6.3.1 - Πού στοχεύει το κάθε στάδιο;.....	101
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....	103
7. Η εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.....	103
7.1 Το ιστορικό υγείας ενημερώνεται σχετικά με:.....	103
7.1.2 Η φυσική εκτίμηση περιλαμβάνει τα εξής:.....	105
7.1.3.Οι διαγνωστικές εξετάσεις αφορούν τα παρακάτω:.....	105
7.2 .Προεγχειρητική φροντίδα αρρώστου με θωρακοτομή.....	106
7.3 Μετεγχειρητική φροντίδα αρρώστου με θωρακοτομή.....	108
7.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στα βασικά συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα:.....	112
7.4.1 θεραπεία του βήχα.....	112
7.4.2 θεραπεία της δύσπνοιας.....	112
7.4.3 θεραπεία της αιμόπτυσης.....	113
7.4.4 θεραπεία της απώλειας βάρους και της ανορεξίας.....	113
7.4.5 θεραπεία της ναυτίας, του εμέτου και της δυσκοιλιότητας.....	114
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.....	119
8.1 Ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς.....	119
8.2 Ψυχιατρικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου.....	119
8.3 Διερεύνηση των ψυχολογικών προβλημάτων των καρκινοπαθών.....	122
8.4 Τα έντονα προβλήματα των καρκινοπαθών (σωματικά – ψυχολογικά – ψυχιατρικά).....	126
8.4.1 Χρόνιος πόνος στον καρκίνο.....	126
8.4.2 Αγχώδης διαταραχή.....	127
8.4.3 Καταθληπτική διαταραχή.....	127
8.4.4 Οργανικές διαταραχές.....	127
8.4.5 Προσαρμοστικές διαταραχές.....	128
8.5 Ο Ασθενής σε ψυχολογική κρίση λόγω της ασθένειας.....	130
8.5.1 Χαρακτηριστικά του ατόμου που βρίσκεται σε κρίση.....	131
8.5.2 Το προσωπικό υγείας και ο άρρωστος που βρίσκεται σε κρίση.....	132

8.5.3 Η αναζήτηση και η αποδοχή βοήθειας σε καταστάσεις κρίσης	132
8.6 Στάδια της νόσου και ψυχολογική παρέμβαση.....	133
8.7 Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση.....	144
8.7.1 Ατομική ψυχοθεραπεία.....	146
8.7.2 Εναλλακτικές ψυχοδυναμικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	149
8.7.3 Σύνθετες Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις	152
8.8 Ποιότητα ζωής	152
8.9 Ο Καρκίνος ως κίνητρο ζωής και δράσης	154
8.10 Στροφή ζωής	155

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9..... 157

9 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο	157
9.1 Ο ρόλος του γενικού – οικογενειακού γιατρού.....	157
9.1.1 Πρόληψη: Αναφέρονται ενδεικτικοί ρόλοι για τον γενικό γιατρό, ενώ μπορεί να υπάρξουν και άλλοι.....	157
9.1.2 Διάγνωση:	158
9.1.3 Θεραπεία:.....	159
9.1.4 Αποκατάσταση:.....	160
9.1.5 Τελικό στάδιο:	161
9.2 Ο ρόλος του ψυχιάτρου και του ψυχολόγου	163
9.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή	166

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10..... 171

10.1 Μέθοδοι προσέγγισης του οικογενειακού περιβάλλοντος.....	171
10.1.1 Η πρώτη αντίδραση του οικογενειακού προβλήματος στη διάγνωση.....	172
10.2 Τύποι συμπεριφοράς οικογενειών και κοινωνικού λειτουργού.....	173
10.2.1 Το οικογενειακό περιβάλλον να εμφανιστεί υπενεργητικό.	173
10.2.2 Περιβάλλον υπερπροστατευτικό:	174
10.2.3 Η ανθυποβολή της οικογένειας.....	174
10.3 Το άρρωστο παιδί και έφηβος.....	176
10.3.1 Η ψυχολογική αντιμετώπιση της οικογένειας, του παιδιού και εφήβου με καρκίνο στην πορεία της αρρώστιας.....	176
10.3.2 Περίοδος της διάγνωσης	177
10.3.3 Περίοδος της θεραπείας	186
10.3.4 Η κρίση της υποτροπής.....	188
10.3.5 Η κρίση της αποθεραπείας.....	189
10.3.6 Περίοδος κοντά στο θάνατο.....	190
Πίνακας 2: Απόκτηση γνώσεων σχετικά με την αρρώστια	191
10.2 Οι γονείς και τα αδέρφια του άρρωστου παιδιού	193
10.5 Ο θάνατος ενός παιδιού – εφήβου	198
10.5.1 Το πένθος των μελών της οικογένειας (γονείς, αδέρφια, συγγενείς).....	198
10.6 Ο έφηβος και η χρόνια αρρώστια	203
10.7 Η αλλαγή του σωματικού ειδώλου στο παιδί με καρκίνο	204
10.8 Άρρωστος γονιός (Νέος – Ωριμος – Γηράσκων).....	208
10.8.1 Ενήλικος 19-20 χρόνων.	210
10.8.2 Ωριμος ενήλικος 31-45 ετών.....	211
10.8.3 Ο μεγαλύτερος ενήλικος 46-65 ετών.	212
10.8.4 Ο γηράσκων ενήλικος 66 και άνω.	213
10.9 Βιοψυχοκοινωνικές ιδιαιτερότητες σε ηλικιωμένους με καρκίνο	214
10.10 Δικαιώματα του άρρωστου που πεθαίνει.....	218

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11	222
11.1 Οργάνωση αντικαρκινικών υπηρεσιών.....	222
11.2 Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ασθενών με καρκίνο	223
ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	236
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ -ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	240
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	241
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	243
SUMMARY	245
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	247

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Είναι γνωστό ότι, ο καρκίνος αποτελεί μια πολυπαραγοντική νόσο. Σήμερα, είναι η συχνότερη θανατηφόρα αρρώστια στην Ελλάδα, διαπίστωση που προκύπτει μέσα από σύγκριση με άλλες ασθένειες και παράγοντες που προκαλούν επίσης μεγάλη θνησιμότητα.

Αυτές οι ασθένειες και οι παράγοντες, κατά αύξοντα αριθμό θανάτων, είναι τα αγγειακά νοσήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος, η στεφανιαία νόσος, τα τροχαία ατυχήματα, τα λοιμώδη νοσήματα και οι αυτοκτονίες.

Είναι μια πολύ σοβαρή αρρώστια, κατά την οποία παρουσιάζεται σε κάποιο μέρος του σώματος ένας μικρός όγκος ο οποίος προέρχεται από πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Ο όγκος αυτός αυξάνει απεριόριστα και μπαίνει μέσα στο γύρω υγιή ιστό, προχωρεί κατόπιν σε άλλα μέρη του σώματος και πολλές φορές, αν δεν τον αφαιρέσουν γρήγορα, ξαναπαρουσιάζεται και τελικά οδηγεί τον άνθρωπο στο θάνατο.

Ο αγώνας της ιατρικής επιστήμης για την ανακάλυψη της αιτίας και του κατάλληλου φαρμάκου για τη θεραπεία του καρκίνου συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Ένας αντικαρκινικός αγώνας έχει αναληφτεί από όλους τους επιστήμονες του κόσμου.

Κάθε λαός συντρέχει τις επιστημονικές έρευνες τους βοηθώντας με χρηματικές ενισχύσεις, για να νικηθεί η επάρατη αυτή ασθένεια.

Οι περισσότεροι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο φοβούνται να μιλήσουν γι' αυτό στο περιβάλλον τους γιατί ο καρκίνος θέτει σε κίνδυνο την κοινωνική,

την επαγγελματική, την προσωπική ζωή. Οι κοινωνικές προκαταλήψεις έχουν συχνά ως αποτέλεσμα τον κοινωνικό αποκλεισμό και την απομόνωση. Καθώς λοιπόν γύρω από τον καρκίνο οι κοινωνικές προκαταλήψεις έχουν επιβάλει ένα καθεστώς σιωπής το άτομο υποφέρει χωρίς να μπορεί να εκφραστεί. Είναι πολύ σημαντικό για κάθε επαγγελματία υγείας να γνωρίζει τη γνωστική αυτή διάσταση της νόσου που επηρεάζει τα συναισθήματα του ατόμου, την αντίδρασή του απέναντι στη θεραπευτική της αντιμετώπιση, τις προσδοκίες και τις ανάγκες του. Εξίσου σημαντικό είναι να βρίσκεται σε επαφή με τις δικές του προκαταλήψεις γιατί αυτές είναι που σε ένα υποσυνείδητο επίπεδο καθορίζουν τον τρόπο που αντιμετωπίζει τους ασθενείς. Η γνώση αυτή μπορεί να τον βοηθήσει να έρθει κοντά στον ασθενή, να κατανοήσει καλύτερα τις ανάγκες και τους φόβους του, να εδραιώσει μια σχέση εμπιστοσύνης και ουσιαστικής επικοινωνίας. Μια σχέση αυτής της μορφής είναι, ότι χρειάζεται ο ασθενής για να εκφράσει τους βαθύτερους φόβους και τις ανάγκες και δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή να παρέμβει για να ανακουφίσει και τον ψυχικό πόνο του ασθενή που τις περισσότερες φορές είναι παραγνωρισμένος.

Επομένως, **ο σκοπός της εργασίας μου**, είναι να προσφέρει γνώσεις στους νοσηλευτές σχετικά με τον καρκίνο του πνεύμονα και ειδικότερα:

α) Κατανόηση της αιτιολογίας του καρκίνου, κλινικής εμφάνισης, διάγνωσης, πρόγνωσης, θεραπείας, συμμετοχής στην πρόληψη.

β) Κατανόηση της σημασίας του ρόλου των νοσηλευτών στον ογκολογικό ασθενή για την παροχή υψηλής ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας και ψυχολογικής στήριξης του ίδιου και της οικογένειάς του.

Η προσπάθειά μου κινείται στα πλαίσια της πληροφόρησης για την πιο σωστή αντιμετώπιση ενός καρκινοπαθούς, τις ανάγκες και την ψυχολογική του κατάσταση ώστε να ευαισθητοποιηθούμε και να προσφέρουμε τις υπηρεσίες

μας. Όταν υπάρχει το κατάλληλο υπόβαθρο και οι απαιτούμενες γνώσεις τότε μόνο μπορούμε να προσεγγίσουμε να βοηθήσουμε και να ανοίξουμε την ψυχή του αρρώστου μας γιατί ο πόνος αυτός είναι πολύ μεγαλύτερος από το σωματικό.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ,

Αυτή την εργασία την αφιερώνω στην αγαπημένη μου θεία που εφύγε νωρίς κ άδικα από αυτή την νόσο,η όποια μεχρι τελευταία στιγμή και έχοντας συνείδηση το αποτέλεσμα δεν έπαψε να ελπίζει για την ζωή. Επίσης καθοριστικό ρόλο έπαιξε και η ψυχολογική υποστήριξη που μου προσέφεραν οι γονείς μου όλο αυτό το διάστημα κατά το οποίο γραφόταν το παρόν πόνημα, καθώς και στον καθηγητή μου,τον κύριο Κίτρου που δέχτηκε να παρουσιάσω το προτεινόμενο από μενα θέμα της πτυχιακής μου.

Αγαπημένη μου θεία

Θα μου λείψεις...

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ελλάδα η πρώτη αιτία θανάτου σε σύγκριση με οποιαδήποτε άλλη είναι ο καρκίνος των πνευμόνων.

Το θέμα «καρκίνος του πνεύμονα» απασχολεί μεγάλο ποσοστό ερευνητών ανά τον κόσμο. Αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχουν πολλά αναπάντητα ερωτήματα ως προς το ζήτημα της θεραπείας.

Στη συγκεκριμένη νόσο το ποσοστό επιβίωσης είναι μικρό, διότι η νόσος του καρκίνου του πνεύμονα γίνεται συμπτωματική όταν ο καρκίνος έχει ήδη εγκατασταθεί. και δεν έχει βρεθεί κάποια θεραπεία που να τον καταπολεμά.

Οι επιστήμονες όμως στέλνουν αισιόδοξα μηνύματα για το μέλλον,αφού νέες μέθοδοι θεραπείας μελετώνται και δίνουν θετικά αποτελέσματα.

Στόχος της εργασίας αυτής είναι να συγκεντρώσουμε στοιχεία για να γνωρίσουμε καλύτερα όλα όσα σχετίζονται με τον καρκίνο του πνεύμονα.

Η πτυχιακή μου,αποτελείται από έντεκα ενδιαφέρον κεφάλαια.

Στο **πρώτο μέρος και συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο**,περιγράφεται η ανατομία και η δομή του πνεύμονα,καθώς η λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος ,ο αναπνευστικός κύκλος και η πνευμονική κυκλοφορία.

Στο **δεύτερο κεφάλαιο**,γίνεται μια αναδρομή στην ιστορία του καρκίνου,και πιο συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στον ορισμό του,στα είδη όγκων,στη βιολογία του καρκινικού κυττάρου,στην παθολογική ανατομική καθώς και στους παράγοντες που μπορούν να τον προκαλέσουν.

Στο **τρίτο κεφάλαιο**, αναλύονται τα σημαντικότερα συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα.

Στη συνέχεια, στο **τέταρτο κεφάλαιο**, γίνεται αναφορά στη πρόγνωση-διάγνωση του καρκίνου, στην απεικόνισή του, στη διερεύνηση και στον παρακλινικό έλεγχο των ασθενών, καθώς και στα στάδια του.

Στο **πέμπτο κεφάλαιο**, περιγράφεται με λεπτομέρεια η θεραπεία της ασθένειας αυτής, καθώς και οι τρόποι θεραπείας της. Επίσης, τα φάρμακα που χρησιμοποιούμε στον καρκίνο του πνεύμονα και ο συνδυασμός χορήγησης τους.

Στο **έκτο κεφάλαιο** γράφεται η πρόληψη και ο προληπτικός έλεγχος, καθώς και η πιθανότητα μείωσης του καρκίνου του πνεύμονα.

Στο **έβδομο κεφάλαιο**, περιγράφεται η εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου, οι διαγνωστικές εξετάσεις που γίνονται καθώς και η θεραπεία των συμπτωμάτων του μετά και κατά την διάρκεια της θεραπείας. Επίσης τονίζεται και η απαραίτητη και κατάλληλη διαίτα που απαιτείται να κάνει ο ασθενής.

Στο δεύτερο μέρος, το οποίο αρχίζει με το **όγδοο κεφάλαιο**, αναλύεται η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, οι ψυχιατρικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου, καθώς και τα έντονα προβλήματα των καρκινοπαθών.

Είναι αξιοσημείωτο να τονιστεί ότι, στο **ένατο κεφάλαιο**, σε συνοχή με το όγδοο κεφάλαιο, περιγράφονται οι μέθοδοι προσέγγισης του οικογενειακού περιβάλλοντος γενικά στους καρκινοπαθείς, και οι τύποι συμπεριφοράς οικογενειών και κοινωνικού λειτουργού. Σημαντική αναφορά γίνεται στο άρρωστο παιδί και έφηβο από καρκίνο, καθώς και στον νέο-ώριμο-γηράσκων άρρωστο, στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου του παιδιού με καρκίνο και στις

βιοψυχοκοινωνικές ιδιαιτερότητές των αρρώστων αυτών.Επίσης,τονίζεται η περίεργη περίοδος κοντά στο θάνατο και τα δικαιώματα του αρρώστου που πεθαίνει.

Στο **δέκατο κεφάλαιο**,αναφέρομαι στις μεθόδους προσέγγισης του οικογενειακού περιβάλλοντος,στην αντίδραση-ψυχολογία της οικογένειας με την πρώτη διάγνωση της ασθένειας,στους τύπους συμπεριφοράς της οικογένειας και του κοινωνικού λειτουργού.Με ιδιαίτερη προσοχή τονίζεται και η περίοδος κοντά στο θάνατο καθώς και στα δικαιώματα που έχει ο κάθε ασθενής από αυτή την αρρώστια.

Στο **ενδέκατο κεφάλαιο**,σημειώνεται η υπάρξη και παρουσία διαφόρων αντικαρκινικών υπηρεσιών που υπάρχουν καθώς και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών με καρκίνο γενικά.

Τέλος,στο τρίτο μέρος αναφέρεται η εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική παρέμβαση σε αρρώστους,με την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας.



A yellow scroll graphic with a blue outline, featuring a vertical strip on the left side and a small circular tab on the top right. The text is centered on the scroll.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.0 ΠΝΕΥΜΟΝΑΣ

ΑΕΡΑΓΩΓΟΙ ΚΑΙ ΑΙΜΟΦΟΡΑ ΑΓΓΕΙΑ

1.1 Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Κάθε πνεύμονας υποδιαιρείται σε μικρότερα τμήματα που ονομάζονται λοβοί. Ο δεξιός πνεύμονας αποτελείται από τρεις λοβούς: τον άνω, μέσο και κάτω λοβό, ενώ ο, λίγο μικρότερος, αριστερός πνεύμονας αποτελείται από δύο λοβούς: τον άνω και κάτω. Συνολικά οι πνεύμονές μας ζυγίζουν 900 έως 1000 γραμμάρια. Ο πνεύμονάς μας γεμίζει με ατμοσφαιρικό αέρα μέσω του στόματος, φάρυγγα, λάρυγγα και της τραχείας η οποία διακλαδίζεται υπό την μορφή κλαδιών δένδρου σε πολύ μικρούς αεραγωγούς. Έτσι ο πνεύμονας θυμίζει ένα ανεστραμμένο δένδρο.¹

1.2 ΔΟΜΗ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Το αναπνευστικό σύστημα χρησιμεύει για τη μεταφορά του οξυγόνου (O₂) από την ατμόσφαιρα στα κύτταρα του οργανισμού και την απομάκρυνση του διοξειδίου του άνθρακα (CO₂) από τα κύτταρα του οργανισμού στην ατμόσφαιρα.

Ο εισπνεόμενος αέρας διέρχεται από τη ρινική ή στοματική κοιλότητα, το φάρυγγα, το λάρυγγα, την τραχεία με τους βρόγχους και φτάνει στους πνεύμονες. Ο αέρας κατά τη διέλευση του από τα διάφορα τμήματα της αναπνευστικής οδού καθαρίζεται, υγραίνεται και θερμαίνεται. Ο συνολικός όγκος αέρα που καθημερινά διέρχεται από το αναπνευστικό σύστημα είναι περίπου 10.000 λίτρα.²

Οι πνεύμονες είναι τα βασικά όργανα της αναπνοής. Η κύρια λειτουργία τους είναι η οξυγόνωση του φλεβικού αίματος. Μέσα σ' αυτούς, ο εισπνεόμενος αέρας έρχεται σε στενή σχέση με το αίμα των πνευμονικών τριχοειδών. Οι πτωματικοί πνεύμονες έχουν συρρικνωθεί, σκληρυνθεί και αποχρωματισθεί, όμως οι φυσιολογικοί πνεύμονες, κατά τη διάρκεια της ζωής είναι φυσιολογικά, ελαφροί, μαλακοί και σπογγώδεις. Παρουσιάζουν μεγάλη ελαστικότητα και ο όγκος τους περιορίζεται στο ένα τρίτο περίπου, όταν η θωρακική κοιλότητα είναι ανοιχτή. Κάθε πνεύμονας πληρεί το δικό του ημιθωράκιο και είναι ακτινοδιαπερατός.²

Οι πνεύμονες υγιών ανθρώπων που ζουν σε καθαρό περιβάλλον έχουν χρώμα ζωηρό ροζ, αλλά σε κατοίκους πόλεων είναι συχνά σκοτεινοί και διάστικτοι, λόγω της συσσώρευσης εισπνεόμενων μορίων σκόνης, που παγιδεύονται στα μόνιμα πνευμονικά φαγοκύτταρα. Κάθε πνεύμονας έχει κωνικό σχήμα και περιέχεται μέσα στο δικό του υπεζωκοτικό σάκο. Μεταξύ των πνευμόνων παρεμβάλλονται η καρδιά και τα μεγάλα αγγεία του μέσου μεσοθωρακίου. Οι πνεύμονες συνδέονται με την καρδιά και την τραχεία με τα μορφώματα των ριζών των πνευμόνων (πνευμονικές αρτηρίες, πνευμονικές φλέβες και κύριοι βρόγχοι) και με το περικάρδιο με τους πνευμονικούς συνδέσμους. Οι σκληρυμένοι πνεύμονες του ταριχευμένου πτώματος, παρουσιάζουν επιφανειακά εντυπώματα, τα οποία σχηματίζονται από παρακείμενα σε αυτούς μορφώματα, π.χ. της πλευρές και την αορτή, αλλά δεν είναι ορατά κατά τις επεμβάσεις ή σε πρόσφορα νεκροτομηθέντα δείγματα. Κάθε πνεύμονας έχει κορυφή, βάση, ρίζα και πύλη.²

Η **κορυφή του πνεύμονα** εκτείνεται δια του άνω θωρακικού στομίου μέσα στο θόλο του υπεζωκότα. Η κορυφή του πνεύμονα εκτείνεται ως 3 εκ. πάνω από το πρόσθιο άκρο της πρώτης πλευράς και του πλευριτικού της χόνδρου και το έσω άκρο της κλείδας. Τα οστικά αυτά μορφώματα μαζί με τα μαλακά μόρια

που την περιβάλλουν συντελούν στην προστασία της κορυφής. Η κορυφή του πνεύμονα έρχεται σε σχέση με την υποκλείδια αρτηρία, η οποία παράγει μια αύλακα στη μεσοπνευμόνια επιφάνεια του ταριχευμένου πνεύμονα. Η αρτηρία αυτή διαχωρίζεται από τον θόλο με πέταλο της εν τω βάθη τραχηλικής περιτονίας.²

Η **βάση του πνεύμονα** είναι η κοίλη διαφραγματική επιφάνεια του πνεύμονα, η οποία έρχεται σε σχέση με το θόλο του διαφράγματος. Η βάση του δεξιού πνεύμονα παρουσιάζει μεγαλύτερη κοίλανση διότι ο δεξιός θόλος του διαφράγματος ανέρχεται σε υψηλότερο επίπεδο. Το κάτω της χείλος είναι λεπτό και οξύ και εισδύει στον πλευροδιαφραγματικό κόλπο.¹

Η **ρίζα του πνεύμονα** εξυπηρετεί τη στήριξη του πνεύμονα και αποτελεί την ‘οδό’ διέλευσης των ανατομικών στοιχείων που εισέρχονται και εξέρχονται από τις πύλες του πνεύμονα. Συνδέει την έσω επιφάνεια του πνεύμονα με την καρδιά και την τραχεία και περιβάλλεται από τον υπεζωκότα. Στο σημείο αυτό ο τοιχωματικός υπεζωκότας ανακάμπτει στο σπλαχνικό υπεζωκότα.²

Η **πύλη του πνεύμονα** αποτελεί το σημείο πρόσφυσης της ρίζας στον πνεύμονα. Περιέχει τον κύριο βρόγχο, τα πνευμονικά αγγεία (μια αρτηρία και δυο φλέβες), τα βρογχικά αγγεία, τα λεμφαγγεία και τα νεύρα που εισέρχονται και εξέρχονται από τον πνεύμονα.²

Οι **κύριες διαφορές μεταξύ του δεξιού και του αριστερού πνεύμονα**. Ο δεξιός πνεύμονας έχει τρεις λοβούς, ο αριστερός δύο. Ο δεξιός πνεύμονας είναι μεγαλύτερος και πιο βαρύς από τον αριστερό, αλλά είναι βραχύτερος και πιο πλατύς λόγω της υψηλής θέσης του δεξιού θόλου του διαφράγματος και της προς τα αριστερά θέσης της καρδιάς και του περικαρδίου. Το πρόσθιο χείλος

του δεξιού πνεύμονα είναι ευθύ, ενώ στο πρόσθιο χείλος του αριστερού πνεύμονα εμφανίζεται η βαθιά καρδιακή εντομή.²

Λοβοί και σχισμές πνευμόνων

Ο δεξιός πνεύμονας χωρίζεται σε δυο μεσολόβιες σχισμές σε τρεις λοβούς (άνω-μέσο-κάτω) και ο αριστερός με μια μεσολόβια σχισμή σε δυο (άνω-κάτω).^{1,2}

Οι βρόγχοι χωρίζονται μέσα στον πνεύμονα για την εξυπηρέτηση των λοβών του ως εξής:

Ο δεξιός βρόγχος χωρίζεται αρχικά στους τρεις στελεχιαίους και ο κάθε στελεχιαίος στους τμηματικούς.²

Ο άνω λοβός του δεξιού πνεύμονα έχει τρεις τμηματικούς βρόγχους (κορυφαίο-πίσω-εμπρός), ο μέσος λοβός δυο (κορυφαίο-έξω) και ο κάτω λοβός πέντε (κορυφαίο-έσω βασικό – έξω βασικό – εμπρός βασικό –πίσω βασικό)².

Ο αριστερός βρόγχος χωρίζεται σε δυο στελεχιαίους βρόγχους (πάνω-κάτω) για τους δυο λοβούς του αριστερού πνεύμονα. Ο στελεχιαίος βρόγχος του πάνω λοβού χωρίζεται στη συνέχεια σε δυο κλάδους; Τον ανιόντα και τον κατιόντα. Ο στελεχιαίος βρόγχος του κάτω λοβού δίνει τέσσερις τμηματικούς κλάδους: τον κορυφαίο, τον έξω βασικό, τον πρόσθιο βασικό και τον οπίσθιο βασικό.^{1,3}

Οι δέκα τμηματικοί βρόγχοι του δεξιού πνεύμονα και οι εννέα του αριστερού μαζί με τους αντίστοιχους κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας καθορίζουν και τα ομώνυμα βρογχοπνευμονικά τμήματα στα οποία χωρίζεται κάθε πνεύμονας. Οι τμηματικοί κλάδοι των βρόγχων με τη συστηματική τους απόσχιση καταλήγουν στα τελικά βρόγχια ή βρογχιόλια και αυτά σε κυψελωτούς πόρους, των οποίων το τοίχωμα αποτελείται από πυκνές κυψελίδες. Στις κυψελίδες

επομένως καταλήγει τελικά ο εισπνεόμενος αέρας όπου και έρχεται σε επικοινωνία με τα τριχοειδή αγγεία που προέρχονται από την απόσχιση των ενδολαβίων αρτηριδίων και με τον τρόπο αυτό επιτελείται η ανταλλαγή των αερίων στο τοίχωμα των κυψελίδων.^{1,3}

Επιφάνειες των πνευμόνων

Κάθε πνεύμονας έχει τρεις επιφάνειες (πλευρική, μεσοπνευμόνιο και διαφραγματική), οι οποίες λαμβάνουν τις ονομασίες τους από τα ανατομικά στοιχεία με τα οποία έρχονται σε σχέση.³

Η **έξω ή πλευρική επιφάνεια του πνεύμονα** είναι κυρτή και έρχεται σε σχέση με τον πλευρικό υπεζωκότα, ο οποίος τη διαχωρίζει από τις πλευρές, τους πλευρικούς χόνδρους και τους εσώτατους μεσοπλεύριους μύες. Η οπίσθια μοίρα της πλευρικής επιφάνειας έρχεται σε σχέση με τους θωρακικούς σπονδύλους και για το λόγο αυτό αναφέρεται μερικές φορές ως σπονδυλική μοίρα της πλευρικής επιφάνειας.³

Η **έσω ή μεσοπνευμόνιος επιφάνεια του πνεύμονα** είναι κοίλη, διότι έρχεται σε σχέση με το μέσο μεσοθωράκιο, που περιέχει το περικάρδιο και την καρδιά. Τα δύο τρίτα της καρδιάς βρίσκονται προς τα αριστερά, άρα ευνόητο είναι ότι η περικαρδιακή κοιλότητα εισέρχεται βαθύτερα στον αριστερό πνεύμονα. Η μεσοπνευμόνιος επιφάνεια του πτωματικού πνεύμονα παρουσιάζει καρδιακό εντύπωμα, που παράγεται από την καρδιά και τα μεγάλα αγγεία. Στην έσω επιφάνεια εμφανίζεται η ρίζα του πνεύμονα, την οποία περιβάλλει ο υπεζωκότας, σχηματίζοντας ‘θήκη’. Ο πνευμονικός σύνδεσμος φέρεται προς τα κάτω από την υπεζωκοτική θήκη της ρίζας του πνεύμονα.⁴

Ίσως συναντήσετε δυσκολία στην κατανόηση της εικόνας της ρίζας του πνεύμονα, της υπεζωκοτικής της θήκης και του πνευμονικού συνδέσμου, που

κρέμεται κάτω από αυτήν. Οι Tobias et al. (1988) προσέφεραν μια καλή αντιστοιχία, η οποία κάπως τροποποιήθηκε εδώ: Φορέστε μια μεγάλη ιατρική ποδιά και φέρτε το άνω σας άκρο και τα δάκτυλα σε απαγωγή. Η ρίζα του πνεύμονα παρομοιάζεται ε τον πήχη και το βραχίονά σας, το μανίκι της ποδιάς σας παριστά την υπεζωκοτική θήκη του σπλαχνικού υπεζωκότα, ο πνευμονικός σύνδεσμος αντιστοιχεί στην κοίλανση του μανικιού, που κρέμεται από τον καρπό σας και τα δάκτυλά σας που βρίσκονται σε απαγωγή παριστούν τους κλάδους των κυρίων βρόγχων και τα πνευμονικά αγγεία.⁴

Η κάτω ή διαφραγματική επιφάνεια του πνεύμονα είναι κοίλη, συχνά αναφέρεται ως βάση του πνεύμονα, λόγω της υψηλότερης θέσης του δεξιού θόλου του διαφράγματος. Προς τα έξω και πίσω, η διαφραγματική επιφάνεια αφορίζεται με λεπτό οξύ χείλος που προβάλλει μέσα στον πλευροδιαφραγματικό κόλπο του υπεζωκότα.

Όταν οι κλινικοί ιατροί αναφέρονται στη βάση του πνεύμονα, δεν αναφέρονται συνήθως στην στη διαφραγματική επιφάνειά του ή την ανατομική βάση του, η οποία έρχεται σε σχέση με το διάφραγμα. Μιλούν για το κάτω όριο της οπίσθιας επιφάνειας του κάτω λοβού. Για την ακρόαση αυτής της περιοχής, ο κλινικός ιατρός τοποθετεί το στηθοσκόπιο στην κάτω οπίσθια επιφάνεια του θωρακικού τοιχώματος στο επίπεδο του 10^{ου} θωρακικού σπονδύλου.³

Χείλη των πνευμόνων

Κάθε πνεύμονας έχει τρία χείλη: το πρόσθιο, το οπίσθιο και το κάτω.

Πιο συγκεκριμένα:

Το πρόσθιο χείλος του πνεύμονα είναι λεπτό και οξύ και επικαλύπτει το περικάρδιο. Στο πρόσθιο χείλος του αριστερού πνεύμονα παρατηρείται η καρδιακή εντομή. Σε κάθε πνεύμονα το πρόσθιο χείλος αντιστοιχεί στα όρια

μεταξύ πλευρικής και μεσοπνευμόνιας επιφάνειας και συμπίπτει με το πρόσθιο χείλος του υπεζωκότα. Κατά τη βαθιά εισπνοή το πρόσθιο χείλος του πνεύμονα εισέρχεται μέσα στον πλευροδιαφραγματικό κόλπο του υπεζωκότα.^{3,4}

Το **οπίσθιο χείλος του πνεύμονα** είναι πλατύ, με στρογγυλεμένα όρια, αντιστοιχεί 2 εκ. περίπου δεξιά και αριστερά της μέσης γραμμής μέσα σε κοίλανση στα πλάγια της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.³

Το **κάτω χείλος του πνεύμονα** ορίζει τη διαφραγματική επιφάνεια του πνεύμονα και τη χωρίζει από τη πλευρική επιφάνεια. Είναι λεπτό και οξύ και προσεκβάλλει μέσα στον πλευροδιαφραγματικό κόλπο του υπεζωκότα κατά τη διάρκεια όλων των φάσεων της αναπνοής. Προς τα έσω είναι αμβλύ και κυκλικό και χωρίζει τη διαφραγματική από τη μεσοπνευμόνια επιφάνεια.³

Προβολή των πνευμόνων στην επιφάνεια

Τα πρόσθια χείλη των πνευμόνων ακολουθούν τις στερνικές γραμμές των ανακάμψεων του υπεζωκότα, εκτός από την καρδιακή εντομή κάτω απ' το επίπεδο του τέταρτου πλευρικού χόνδρου. Η προβολή των ορίων των πνευμόνων πάνω στην επιφάνεια του θώρακα καθορίζεται από τα παρακάτω κλινικά σημεία.⁴

Η κορυφή του πνεύμονα αντιστοιχεί σε μία γραμμή που ξεκινά από άνω και έξω της στερνοκλειδικής άρθρωσης και φέρεται ως ένα σημείο 2,5 εκ. πάνω από το έσω τριτημόριο της κλείδας. Ακολουθώντας συνεχίζει προς τα κάτω και έξω μέχρι την αρχή του έξω τριτημορίου της κλείδας.⁴

Το πρόσθιο χείλος του δεξιού πνεύμονα αντιστοιχεί στο πρόσθιο χείλος του δεξιού υπεζωκότα. Μεταξύ των επιπέδων του δεύτερου και τέταρτου χόνδρου, το πρόσθιο χείλος είναι κοντά στο μέσο επίπεδο. Εδώ, το πρόσθιο χείλος

παρεκκλίνει προς τα έξω σε ένα σημείο περίπου 2,5 εκ. έξω από το αριστερό χείλος του στέρνου για να σχηματίσει την καρδιακή εντομή. Μετά φέρεται προς τα κάτω και ελαφρά προς τα έσω στον έκτο αριστερό πλευρικό χόνδρο.⁴

Τα κάτω χείλη των πνευμόνων αντιστοιχούν σε μια γραμμή που ξεκινά από το κάτω άκρο της γραμμής του πρόσθιου χείλους και διασταυρώνει την έκτη πλευρά στη μεσοκλειδική γραμμή, την 8^η πλευρά στη μέση μασχαλιαία γραμμή και την 10^η πλευρά στη μέση ωμοπλατιαία γραμμή. Αυτά τα χείλη καταλήγουν περίπου 2,5 εκ. έξω από την ακανθώδη απόφυση του Θ10 σπονδύλου. Η θέση προβολής του κάτω χείλους του υπεζωκότα συγκριτικά με τη θέση του κάτω χείλους των πνευμόνων αντιστοιχεί δυο πλευρές πιο κάτω σε κάθε μια από τις τρεις κάθετες γραμμές που μόλις αναφέρθηκαν. Στα παιδιά τα κάτω χείλη του πνεύμονα βρίσκονται σε ύψος μιας πλευράς πιο πάνω απ' ό τι στους ενήλικες. Θυμηθείτε, τα επίπεδα των κάτω χειλέων των πνευμόνων ποικίλουν ανάλογα με τη φάση της αναπνοής. Οι δείκτες που μόλις περιγράφηκαν ισχύουν για την ήρεμη αναπνοή.⁴

Προβολή δείκτες των πνευμονικών σχισμών στην επιφάνεια. Η προβολή της λοξής μεσολόβιας σχισμής είναι ουσιαστικά η ίδια για κάθε πνεύμονα και αντιστοιχεί σε μια γραμμή που φέρεται από την ακανθώδη απόφυση του Θ2 σπονδύλου γύρω από το θώρακα, ως την έκτη πλευρική άρθρωση. Η προβολή της οριζόντιας μεσολόβιας σχισμής του δεξιού πνεύμονα αντιστοιχεί σε μια γραμμή, που φέρεται από το πρόσθιο χείλος του πνεύμονα κατά μήκος του τέταρτου πλευρικού χόνδρου ως τη λοξή σχισμή.⁴

Οι βρόγχοι, οι ρίζες και τα βρογχοπνευμονικά τμήματα των πνευμόνων

Οι κύριοι βρόγχοι, ένας για τον κάθε πνεύμονα, φέρονται προς τα κάτω και έξω από το διχασμό της τραχείας στο επίπεδο της στερνικής γωνίας ως τις ρίζες

των πνευμόνων. Όπως και στη τραχεία, τα βρογχικά τοιχώματα ενισχύονται από δακτυλιοειδή χόνδρινα ημικρίκια. Ο βρόγχος, συνοδεύει την πνευμονική αρτηρία μέχρι τις πύλες του πνεύμονα, όπου διακλαδίζεται. Κάθε κύριος βρόγχος, αποσχίζεται με χαρακτηριστικό τρόπο, ο οποίος συχνά αναφέρεται ως **βρογχικό δέντρο**.^{3,4}

Ο δεξιός κύριος βρόγχος έχει μεγαλύτερη διάμετρο, είναι βραχύτερος και φέρεται περισσότερο κάθετα από τον αριστερό. Έχει μήκος περίπου 2,5 εκ. Ο αριστερός κύριος βρόγχος έχει μήκος περίπου 5 εκ. και φέρεται προς τα κάτω και έξω, κάτω από το αορτικό τόξο και μπροστά από τον οισοφάγο και την κατιούσα αορτή. Μέσα σε κάθε πνεύμονα, οι βρόγχοι διαιρούνται με ένα σταθερό τρόπο και με σταθερές κατευθύνσεις, έτσι ώστε κάθε κλάδος τροφοδοτεί ένα καθορισμένο τμήμα του πνεύμονα. Κάθε κύριος βρόγχος, αποσχίζεται σε δευτερογενείς βρόγχους ή **τμηματικούς βρόγχους** που κατανέμονται σε συγκεκριμένα τμήματα των πνευμόνων, που καλούνται βρογχοπνευμονικά τμήματα. Κάθε κύριος βρόγχος αποσχίζεται σε δευτερογενείς βρόγχους ή **τμηματικούς βρόγχους** που κατανέμονται σε συγκεκριμένα τμήματα των πνευμόνων, που καλούνται βρογχοπνευμονικά τμήματα.^{3,4}

Οι **ρίζες των πνευμόνων** σχηματίζονται από τα στοιχεία που εισέρχονται και εξέρχονται από τις πύλες των πνευμόνων. Συνδέουν τις μεσοπνευμόνιες επιφάνειες των πνευμόνων με την καρδιά και την τραχεία. Τα κύρια στοιχεία στις ρίζες των πνευμόνων είναι οι κύριοι βρόγχοι και τα πνευμονικά αγγεία. Άλλα μορφώματα (μεταξύ των οποία παρεμβάλλεται συνδετικός ιστός) είναι οι βρογχικές αρτηρίες και φλέβες, τα νεύρα, τα λεμφικά αγγεία και οι λεμφαδένες. Κάθε πνευμονική αρτηρία φέρεται εγκεκαρσίως μέσα στην πύλη μπροστά από τον αντίστοιχο βρόγχο. Οι δύο πνευμονικές φλέβες σε κάθε πνεύμονα (άνω και κάτω) ανεβαίνουν από την πύλη στο δεξιό κόλπο της καρδιάς.⁴

Βρογχοπνευμονικό τμήμα είναι το τμήμα του πνεύμονα, στο οποίο διανέμεται ένας τμηματικός βρόγχος. Μέσα σ' αυτό ο βρόγχος αποσχίζεται περαιτέρω. Κάθε τμήμα έχει πυραμοειδές σχήμα με την κορυφή του προς τη ρίζα του πνεύμονα και τη βάση του στην πλευρική επιφάνεια. Κάθε τμήμα ονομάζεται ανάλογα με τον τμηματικό βρόγχο που φτάνει σ' αυτό. Ο αριστερός άνω λοβός έχει ένα γλωσσοειδές βρογχοπνευμονικό τμήμα. Κάθε βρογχοπνευμονικό τμήμα έχει το δικό του τμηματικό βρόγχο, αρτηρία και φλέβα.^{3,4}

Κατά τη βρογχοσκόπηση (εξέταση της εσωτερικής μορφολογίας της τραχείας και των βρόγχων με ειδικό εργαλείο) στο εσωτερικό της τραχείας και αντίστοιχα προς το διχασμό της παρατηρείται μια χόνδρινη ακρολοφία, που ονομάζεται **τροπίδα**. Φυσιολογικά, η τροπίδα φέρεται αβελιαία μεταξύ των δύο στομίων των κυρίων βρόγχων. Αν διογκωθούν οι τραχηλικοί λεμφαδένες στη γωνία μεταξύ των κύριων βρόγχων (π.χ.. λόγω λεμφογενούς εξάπλωσης καρκινικών κυττάρων από βρογχογενές καρκίνωμα) η τροπίδα συσπάται, πλαταίνει προς τα πίσω και ακινητοποιείται. Οι μορφολογικές μεταβολές της τροπίδας είναι σημαντικά διαγνωστικά στοιχεία για τον ιατρό που εκτελεί τη βρογχοσκόπηση και συντελούν στη διαφοροδιάγνωση των ασθενειών του αναπνευστικού συστήματος. Ο βλεννογόνος της τροπίδας, που αποτελεί μια από τις πιο ευαίσθητες περιοχές του τραχειοβρογχικού δένδρου σχετίζεται με το αντανακλαστικό του βήχα. Για παράδειγμα, όταν ένα παιδί εισροφά ένα φιστίκι, πνίγεται και βήχει. Όταν το φιστίκι περάσει την τροπίδα, ο βήχας συνήθως σταματά, αλλά η επακόλουθη χημική βρογχίτιδα (φλεγμονή του βρόγχου) που προκαλείται από ουσίες που ελευθερώνονται από το φιστίκι και η σύμπτωση του πνεύμονα (ατελεκτασία) περιφερικά του ξένου σώματος συχνά επιφέρει δυσχέρεια στην αναπνοή (δύσπνοια). Οι εκκρίσεις των πνευμόνων, που περνούν προς την τροπίδα συνήθως προκαλούν βήχα, ο οποίος βοηθά στην εξαγωγή τους.³

Λόγω του μικρότερου μήκους, της μεγαλύτερης διαμέτρου του δεξιού βρόγχου και της πιο κάθετης φοράς του σε σχέση με τον αριστερό βρόγχο, τα ξένα σώματα και τα εισροφούμενα υλικά είναι πιο πιθανό να εισέλθουν και να εγκατασταθούν στο μέσο ή τον οπίσθιο λοβαίο βρόγχο του δεξιού, παρά του αριστερού πνεύμονα. Κατά την οδοντιατρική πράξη είναι πιθανό να συμβεί εισρόφηση ξένου σώματος, όπως τμήματος δοντιού ή οδοντιατρικού υλικού. Για την αποφυγή αυτού του συμβάντος, μερικοί οδοντίατροι τοποθετούν ένα μικρό λαστιχένιο φράγμα μέσα στο στόμα.⁴

Η γνώση της φυσιολογικής ανατομικής των βρογχοπνευμονικών τμημάτων είναι ουσιώδης για την ακριβή ερμηνεία των ακτινογραφιών του θώρακα και για τη χειρουργική εκτομή των νοσούντων τμημάτων. Βρογχικές και πνευμονικές ανωμαλίες (π.χ.. όγκος ή απόστημα) συχνά εντοπίζονται σε ένα βρογχοπνευμονικό τμήμα και μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά χωρίς σοβαρή βλάβη του παρακείμενου πνευμονικού ιστού. Οι καρδιοθωρακοχειρουργοί συχνά αναφέρονται στο έσω βασικό τμήμα του πνεύμονα ως το καρδιακό τμήμα. Κατά τη χειρουργική θεραπεία του **καρκίνου του πνεύμονα** (Ginsberg, 1989) ο χειρουργός μπορεί να αφαιρέσει ολόκληρο τον πνεύμονα (πνευμονεκτομή), ένα λοβό (λοβεκτομή) ή ένα ή περισσότερα βρογχοπνευμονικά τμήματα (τμηματοεκτομή ή σφηνοειδής εκτομή).⁴

Αν και κάθε βρογχοπνευμονικό τμήμα αρδεύεται από δικό του νεύρο, αρτηρία και φλέβα, ο χώρος μεταξύ τους διασχίζεται από κλάδους των πνευμονικών φλεβών και μερικές φορές από κλάδους των πνευμονικών αρτηριών. Το γεγονός ότι τα τμήματα ορίζονται από αυτές τις μεσοτμηματικές φλέβες, αποτελεί ένα ορόσημα κατά τη χειρουργική εκτομή ενός τμήματος. Κάθε βρογχοπνευμονικό τμήμα περιβάλλεται από συνδετικό ιστό που συνέχεια με το σπλαχνικό υπεζωκότα. Τα διαφράγματα του συνδετικού ιστού, που διαχωρίζουν τα τμήματα εμποδίζουν τον αέρα να περάσει μεταξύ των

τμημάτων. Έτσι, ο αέρας ενός βρογχοπνευμονικού τμήματος, του οποίου ο τμηματικός βρόγχος έχει αποφραχθεί, εισέρχεται στο αίμα. Με τον τρόπο αυτό προκαλείται η τμηματική ατελεκτασία ή σύμπτωση των τοιχωμάτων του προσβεβλημένου τμήματος του πνευμονικού ιστού.⁴

Η γνώση των διακλαδώσεων του βρογχικού δένδρου είναι απαραίτητη για τον καθορισμό της κατάλληλης θέσεως παροχέτευσης μιας φλεγμονώδους εστίας του πνεύμονα. Για παράδειγμα, όταν ασθενής με βρογχεκτασία (διάταση των πνευμόνων) τοποθετείται στο κρεβάτι στην αριστερή του/ της πλευρά, οι εκκρίσεις του δεξιού πνεύμονα και των βρόγχων κυλούν προς την τροπίδα της τραχείας. Όταν φθάσουν σε αυτή την πολύ ευαίσθητα περιοχή, ενεργοποιείται το αντανακλαστικό του βήχα και ο ασθενής βγάζει πυώδη πτύελα καθαρίζοντας το δεξιό βρογχικό δέντρο. Σε βρογχεκτασία της γλωσσίδας του αριστερού πνεύμονα, η παροχέτευση των εκκρίσεως επιτυγχάνεται με κατάκλιση του ασθενούς στη δεξιά του πλευρά. Τα στοματοφαρυγγικά και τα ρινοφαρυγγικά εκκρίματα, που περιέχουν βακτήρια μπορεί να εισροφηθούν μέσα στους πνεύμονες και να προκαλέσουν φλεγμονή των πνευμόνων (πνευμονίτιδα ή **πνευμονία**) ή πνευμονικό απόστημα σε ένα ή περισσότερα βρογχοπνευμονικά τμήματα. Η θέση των βαριά αρρώστων ή αναίσθητων ασθενών πρέπει να μεταβάλλεται τακτικά προκειμένου να υποβοηθηθεί ο καλός αερισμός των πνευμόνων τους. Η συνήθης ύπτια θέση που λαμβάνεται στο κρεβάτι, με την κεφαλή ελαφρά ανασηκωμένη με ένα μαξιλάρι, ελαφρά βοηθά στην παροχέτευση των πνευμόνων.^{2,3}

Ένας όγκος μπορεί να αποφράξει ένα τμηματικό βρόγχο και να προκαλέσει ατελεκτασία του βρογχοπνευμονικού του τμήματος, λόγω της απορρόφησης του αέρα του τμήματος από το αίμα που εξακολουθεί να κυκλοφορεί σ' αυτό. Η ατελεκτασική μοίρα του πνεύμονα μπορεί να καθοριστεί ακτινογραφικά με τη χρησιμοποίηση μιας τεχνικής γνωστής ως βρογχογραφίας. Μόνο σε μια πλευρά

του βρογχικού δένδρου ενίεται υγρό κάθε φορά, διότι το σκιαγραφικό υλικό παρεμποδίζει τη ροή του αέρα στους τμηματικούς βρόγχους που σκιαγραφούνται. Αν πληρωθούν συγχρόνως και οι δυο πλευρές με σκιαγραφικό υλικό, μπορεί να εμφανιστεί μειωμένη οξυγόνωση του αίματος στον ασθενή. Η βρογχογραφία, έχει ευρύτατη αντικατασταθεί από την αξονική τομογραφία και την ενδοσκόπηση (εξέταση του εσωτερικού των βρόγχων) με τη χρησιμοποίηση βρογχοσκοπίου.^{2,4}

Αγγεία και νεύρα του πνεύμονα

Κάθε πνεύμονας έχει δύο είδη αιμοφόρων αγγείων:

- 1) Τα πνευμονικά (μικρή κυκλοφορία) και
- 2) Τα βρογχικά για τη θρέψη του πνευμονικού ιστού.

Τα πνευμονικά αγγεία κάθε πνεύμονα είναι μια πνευμονική αρτηρία με την οποία έρχεται το φλεβικό αίμα από τη δεξιά κοιλία και οι δυο πνευμονικές φλέβες που μεταφέρουν το οξυγονωμένο στους πνεύμονες αίμα στον αριστερό κόλπο.^{2,4}

Οι πνευμονικές αρτηρίες (δεξιά – αριστερή) μπαίνουν στους πνεύμονες από τις πύλες τους και ακολουθούν την πορεία και τις διακλαδώσεις των βρόγχων μέχρι του τελικού τμήματός τους. Η αριστερή πνευμονική αρτηρία συνδέεται με το αορτικό τόξο με τον αρτηριακό σύνδεσμο που αποτελεί, στο τέλειον, το υπόλειμμα του βοτάλλειου πόρου, ο οποίος στο έμβρυο είναι αναστομωτική αρτηρία μεταξύ αρτηρίας και πνευμονικής αρτηρίας.⁴

Τα βρογχικά αγγεία είναι οι βρογχικές αρτηρίες και φλέβες. Οι βρογχικές αρτηρίες είναι 2-3. Εκφύονται από τη θωρακική αορτή και μπαίνουν στον πνεύμονα από τις πύλες του. Οι βρογχικές φλέβες αθροίζονται σε 2-3 στελέχη και δεξιές εκβάλλουν στην άζυγο φλέβα και οι αριστερές στην ημιάζυγο.³

Τα νεύρα των πνευμόνων προέρχονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα και είναι κλάδοι του συμπαθητικού (διαστολή βρόγχων-σύσπαση αγγείων) και του παρασυμπαθητικού (σπασμός βρόγχων-διαστολή αγγείων).³

1.3 Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Η κύρια λειτουργία των πνευμόνων είναι η ανταλλαγή του οξυγόνου με το διοξείδιο και η μεταφορά των αερίων μεταξύ των πνευμόνων και των κυττάρων των διαφόρων οργάνων που γίνεται με την κυκλοφορία του αίματος. Το εισπνεόμενο οξυγόνο διαχέεται από τους πνεύμονες στην αιματική κυκλοφορία και προσφέρεται στα κύτταρα του οργανισμού. Ενώ το διοξείδιο του άνθρακα που παράγεται από τα κύτταρα του οργανισμού μεταφέρεται μέσω της αιματικής κυκλοφορίας στους πνεύμονες και απομακρύνεται με την εκπνοή. Έτσι λοιπόν ο εισπνεόμενος αέρας περιέχει 19,9% οξυγόνο , 0,03% διοξείδιο του άνθρακα και 80% άζωτο , ενώ ο εκπνεόμενος αέρας περιέχει περίπου 16% οξυγόνο , 4% διοξείδιο του άνθρακα και 80% άζωτο .³

Ο κύριος ομοιοστατικός ρόλος του αναπνευστικού συστήματος είναι η διατήρηση των φυσιολογικών επιπέδων οξυγόνου, διοξειδίου του άνθρακα και pH μέσα στο αρτηριακό αίμα. Το αίμα αυτό ακολούθως κατανέμεται σε ενεργούς μεταβολικά ιστούς με την κυκλοφορία. Οι πιέσεις των αερίων αίματος οι οποίες καθορίζουν τις συγκεντρώσεις του οξυγόνου και του διοξειδίου του άνθρακα στο πλάσμα και στα ερυθροκύτταρα ελέγχονται από την ανταλλαγή των αερίων μεταξύ του κυψελιδικού αέρα και του αίματος της πνευμονικής κυκλοφορίας. Η κλίση των πιέσεων η οποία καθορίζει την ανταλλαγή διατηρείται λόγω της συνεχούς ανάμειξης του κυψελιδικού αέρα με νέο αέρα που μεταφέρεται στους πνεύμονες με τη διαδικασία της αναπνοής. Μηχανισμοί επανατροφοδότησης ρυθμίζουν τα αέρια στο αρτηριακό αίμα. Μεταβολές στο ρυθμό του πνευμονικού αερισμού μεταβάλλουν την μερική πίεση του οξυγόνου

και του διοξειδίου στις κυψελίδες. Τελικά η κυτταρική αναπνοή χρησιμοποιεί οξυγόνο για να απελευθερώσει ενέργεια δια μέσου της οξείδωσης των μορίων των τροφών, παράγει διοξείδιο του άνθρακα και ο συνολικός ρυθμός απελευθέρωσης της ενέργειας αναφέρεται ως μεταβολικό πηλίκιο.⁵

1.3.1 .ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το αναπνευστικό σύστημα χρησιμεύει για τη μεταφορά του οξυγόνου (O₂) από την ατμόσφαιρα στα κύτταρα του οργανισμού και την απομάκρυνση του διοξειδίου του άνθρακα (CO₂) από τα κύτταρα του οργανισμού στην ατμόσφαιρα. Ο εισπνεόμενος αέρας διέρχεται από τη ρινική ή στοματική κοιλότητα, το φάρυγγα, το λάρυγγα, την τραχεία με τους βρόγχους και φτάνει στους πνεύμονες. Ο αέρας κατά τη διέλευσή του από τα διάφορα τμήματα της αναπνευστικής οδού καθαρίζεται, υγραίνεται και θερμαίνεται. Ο συνολικός όγκος αέρα που καθημερινά διέρχεται από το αναπνευστικό σύστημα είναι περίπου 10.000 λίτρα ανά ημέρα. Έτσι λοιπόν ο εισπνεόμενος αέρας περιέχει 19,9% οξυγόνο O₂, 0,03 διοξείδιο του άνθρακα (CO₂) και 80% άζωτο (N₂) ενώ ο εκπνεόμενος αέρας περιέχει περίπου 16% οξυγόνο (O₂), 4% διοξείδιο του άνθρακα (CO₂) και 80% άζωτο (N₂).⁶

1.3.2 ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ Η ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΙΣΠΝΟΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΚΠΝΟΗΣ.

Εισπνοή

Η εισπνοή είναι η διεργασία εισόδου αέρα στους πνεύμονες. Αυτή αποτελεί ενεργητικό φαινόμενο και διακρίνεται σε ήρεμη και σε βαθιά εισπνοή. Η

ήρεμη εισπνοή γίνεται με τη σύσπαση κυρίως του διαφράγματος, διευρύνει τη θωρακική κοιλότητα, των έξω μεσοπλεύριων μυών που ανυψώνουν το πλευρικό τοίχωμα του θώρακα, των έσω-μεσοπλεύριου που ανυψώνουν τις δυο πρώτες πλευρές. Η βαθειά εισπνοή γίνεται με τη βούληση ή αντανακλαστικώς, κατά την άσκηση και οφείλεται στη σύσπαση των μυών της ήρεμης εισπνοής και των βοηθητικών αναπνευστικών μυών.^{5,6}

Με τη σύσπαση όλων αυτών των μυών αυξάνεται ο όγκος της θωρακικής κοιλότητας και γίνεται μεγαλύτερη εισρόφηση του αέρα του περιβάλλοντος. Η ενδοϋπεζωκοτική πίεση μπορεί να κατέλθει στα 60-100mmHg. Κάτω της ατμοσφαιρικής πίεσης ενώ συγχρόνως διευκολύνεται η ροή του αίματος προς την καρδιά. Η μέγιστη εισπνοή τελειώνει απότομα με κλείσιμο της γλωττίδας, σύσπαση των κοιλιακών και σε μια αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης.⁶

Εκπνοή

Αυτή είναι η διεργασία αποβολής αέρα από τους πνεύμονες και διακρίνεται σε ήρεμη και σε βαθειά εκπνοή. Η ήρεμη εκπνοή αποτελεί καθ' υπέροχη παθητικό φαινόμενο και οφείλεται σε α) άρση σύσπασης των εισπνευστικών μυών, β) σε επαναφορά των εκτυγμένων πνευμόνων και του θωρακικού τοιχώματος, γ) σε επαναφορά των απωθημένων κοιλιακών σπλάχνων από την εισπνοή και δ) στην δράση, ίσως του διαχόνδριου μέρους των έσω μεσοπλεύριων μυών. Η βαθειά εκπνοή γίνεται με τη βούληση ή αντανακλαστικά όταν αυξάνει ο πνευμονικός αερισμός όπως κατά τη διάρκεια της άσκησης. Αποτελεί ενεργητικό φαινόμενο και οι μύες που δρουν είναι α) οι έσω μεσοπλεύριοι, β) οι τρίγωνοι του στέρνου, οι μικροί οπίσθιοι και κάτω οδοντωτοί γ) οι κοιλιακοί δ) οι οσφυϊκοί μύες και οι μύες του περινέου και ε) το διάφραγμα των μυών αυτών ανεβάζει την ενδοπνευμονική πίεση κατά 20-30mmHg πάνω από την ατμοσφαιρική πίεση αλλά αυτό παροδικό μπορεί να φτάσει και στα 30mmHg. Σε μέγιστη σύσπαση των κοιλιακών μυών η

ενδοκοιλιακή πίεση μπορεί να φτάσει στα 150-200mmHg και να προκαλέσει το σταμάτημα της ροής του αίματος στην κοιλιακή αορτή.⁷

1.3.3 ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

Η μηχανική της αναπνοής αφορά την κίνηση των θωρακικών τοιχωμάτων. Με τη σύσπαση των θωρακικών τοιχωμάτων επέρχεται διεύρυνση της θωρακικής κοιλότητας.⁷

Η διεύρυνση αυτή επιφέρει μια μείωση της ενδοϋπεζωκοτικής πίεσης που φυσιολογικά είναι χαμηλότερη της ατμοσφαιρικής πίεσης και μια έλξη μέσω των πετάλων του υπεζωκότα πάνω στους πνεύμονες, οι οποίοι αναπτύσσονται. Η διεύρυνση των αναπνευστικών αυτών προκαλεί τη διαστολή του κυψελιδικού αέρα και την πτώση της πίεσεως του. Τότε μέσα στη ρίνα, το στόμα, την τραχεία, και στο βρογχικό δένδρο ρέει αέρας με ατμοσφαιρική πίεση. Με τη χάλαση των εισπνευστικών μυών, τα θωρακικά τοιχώματα και οι πνεύμονες κινούνται προς τη θέση της εκπνοής. Με τη σύμπτυξη των πνευμόνων, η πίεση εντός κυψελιδών γίνεται μεγαλύτερη της ατμοσφαιρικής πίεσης και ο αέρας εξέρχεται-εκπνέεται. Έτσι, με τη μηχανική της αναπνοής εξασφαλίζεται ο πνευμονικός αερισμός.^{6,7}

1.3.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ.

Αιμοφόρα αγγεία

Η πνευμονική κυκλοφορία αρχίζει με το στέλεχος της πνευμονικής αρτηρίας στο οποίο φτάνει το μεικτό φλεβικό αίμα που εξωθείται από τη δεξιά κοιλία. Η αρτηρία αυτή κατόπιν διακλαδίζεται διαδοχικά, κατά τρόπο ανάλογο με το

σύστημα των αεραγωγών. Πραγματικά, οι πνευμονικές αρτηρίες συνοδεύουν τους βρόγχους στην πορεία τους προς το κέντρο των λοβίων μέχρι τα τελικά βρογχιόλια. Πέρα από το σημείο αυτό διασπώνται και δημιουργούν το τριχοειδικό δίκτυο που καλύπτει τα τοιχώματα των κυψελίδων. Το πυκνό δίκτυο των τριχοειδών στα κυψελιδικά τοιχώματα αποτελεί μια ιδιαίτερα αποτελεσματική διάταξη για την ανταλλαγή των αερίων. Το οξυγονωμένο αίμα συγκεντρώνεται στη συνέχεια από το τριχοειδικό δίκτυο με μικρές πνευμονικές φλέβες που διέρχονται μεταξύ των λοβίων και τελικά ενώνονται δημιουργώντας τις μεγάλες φλέβες που παροχετεύονται μέσα στον αριστερό κόλπο.^{8,9}

1.3.5 ΌΓΚΟΣ ΚΑΙ ΧΩΡΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται όταν γίνεται αναφορά σε υποδιαιρέσεις του πνευμονικού όγκου. Από τη συσχέτιση δύο ή περισσότερων όγκων αναπνεόμενου αέρα καθορίζονται οι διάφορες χωρητικότητες:

Ζωτική χωρητικότητα (ΖΧ ή FRC) : αυτή είναι ο μέγιστος όγκος αέρα που αποβάλλεται από τους πνεύμονες με ισχυρή εκπνευστική προσπάθεια, αφού έχει προηγηθεί αυτής μια μέγιστη εισπνοή και αποτελεί περίπου το 80% της ολικής χωρητικότητας ποικίλλει σε φυσιολογικά άτομα και κυμαίνεται από 1400 μέχρι 7000ml, με μέση τιμή στους άνδρες 4000ml και στις γυναίκες 3400ml και εκφράζει το μέγιστο των αναπνευστικών δυνατοτήτων του ατόμου, δηλαδή τη συνολική ικανότητα να κινεί αέρα μέσα και έξω από τους πνεύμονες.¹⁰

Λειτουργική υπολειπόμενη χωρητικότητα (ΛΥΧ): Αυτή είναι η ποσότητα του αέρα που παραμένει στους πνεύμονες μετά το τέλος μιας ήρεμης εκπνοής και είναι ίση με το άθροισμα του υπολειπόμενου όγκου αέρα και του εκπνευστικού εφεδρικού όγκου αέρα η τιμή της είναι 2,4 λίτρα.¹⁰

Ολική χωρητικότητα των πνευμόνων (OX): Αυτή είναι η ποσότητα του αέρα που περιέχεται στους πνεύμονες κατά το τέλος μιας μέγιστης εισπνοής. Δηλαδή, είναι το άθροισμα του αναπνεόμενου όγκου αέρα, του εκπνευστικού όγκου αέρα, του υπολειπόμενου όγκου αέρα και του εισπνευστικού όγκου αέρα. Η τιμή της είναι 5.400 μέχρι 6 λίτρα.¹⁰

Εισπνευστική χωρητικότητα: Αυτή είναι η μέγιστη ποσότητα του αέρα η οποία μπορεί να εισπνευσθεί μετά το τέλος μιας ήρεμης εισπνοής, δηλαδή αποτελεί το άθροισμα του αναπνεόμενου όγκου αέρα και του εισπνευστικού εφεδρικού όγκου αέρα.¹⁰

A yellow scroll graphic with a blue outline, featuring a vertical strip on the left side and a small circular detail at the top right corner. The text is centered on the scroll.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ – ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο Ιπποκράτης ήταν αυτός που έδωσε στην πάθηση του καρκίνου το όνομά της διότι παρομοίασε τον όγκο με την εικόνα του κάβουρα. Πολύ αργότερα, ο Yalsalva, το 1704 υποστήριξε ότι αρχικά ο καρκίνος ήταν ένα τοπικό φαινόμενο που μπορούσε να αφαιρεθεί χειρουργικά ενώ σε πιο προχωρημένο στάδιο ο καρκίνος μπορούσε μέσω των λεμφαγγείων να μεταφερθεί αλλού στο σώμα.¹¹

Ο καρκίνος είναι πάθηση η οποία μπορεί να προσβάλλει κάθε ιστό και όργανο του σώματος. Ο όρος αναφέρεται σε περίπου 150-200 διαφορετικές παθήσεις που ωστόσο έχουν 2 κοινά χαρακτηριστικά στοιχεία: την απεριόριστη αύξηση των κυττάρων και τις δυσλειτουργίες τις οποίες προξενεί η ίδια πάθηση.¹²

Φυσιολογικά, τα κύτταρα ενός οργανισμού αναπτύσσονται με ένα συγκεκριμένο ρυθμό έτσι ώστε να αντικατασταθούν αυτά που πεθαίνουν. Σε αρκετές όμως περιπτώσεις ο οργανισμός μπορεί να παράγει περισσότερα κύτταρα από εκείνα που πραγματικά χρειάζεται. Η συγκέντρωση αυτών των παραπάνω κυττάρων έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων. Οι περισσότεροι από αυτούς είναι συνήθως αβλαβείς. Για να γίνει ένας όγκος επικίνδυνος πρέπει τα κύτταρα που τον αποτελούν να εισβάλλουν σε ιστούς και να μεταφερθούν σε άλλα μέρη του σώματος.¹¹

2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΜΩΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ;

Τον καρκίνο θα μπορούσαμε να τον περιγράψουμε σαν μια κατηγορία ασθενειών ή διαταραχών που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη διαίρεση. Αυτή η ανεξέλεγκτη αύξηση προκαλείται από δυσλειτουργία στο DNA, με συνέπεια τις μεταλλάξεις στα γονίδια που ελέγχουν την κυτταροδιαίρεση. Αυτές οι μεταλλάξεις προκαλούνται συχνά από χημικές ουσίες ή φυσικούς παράγοντες αποκαλούμενες καρκινογόνες ουσίες. Μερικές μεταλλάξεις εμφανίζονται αυθόρμητα, ή μπορούν να κληρονομηθούν ως μεταλλάξεις γραμμών μικροβίων. Ο όρος καρκίνος δεν υπονοεί μια συγκεκριμένη νόσο, αλλά μια ομάδα νόσων. Επίσης, ο καρκίνος δεν είναι ένα τοπικό πρόβλημα αλλά μια γενικευμένη κατάσταση τόσο σωματική όσο και ψυχική. Πρέπει να γίνει σαφές ότι ο καρκίνος οφείλεται στην κακή αιμάτωση των κυττάρων και ότι έχει σχέση με ψυχολογικούς παράγοντες, την διατροφή και τον αρνητικό τρόπο ζωής. Μια θεραπεία λοιπόν, για να είναι αποτελεσματική πρέπει να λαμβάνει υπόψη της όλους τους παραπάνω παράγοντες.¹³

Τέλος η σημερινή αντιμετώπιση του καρκίνου είναι ατελής. Η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να είναι ολιστική δηλαδή σφαιρική, πολύπλευρη και σύνθετη.¹³

2.1.1 Ο ΟΡΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

Καρκινογένεση είναι η διαδικασία μετατροπής ενός κυττάρου, ή ενός πληθυσμού κυττάρων, από φυσιολογικό σε κακοήθες. **Καρκινογόνος παράγων** είναι κάθε ουσία που υποκινεί τη διαδικασία της καρκινογένεσης. Η δράση του καρκινογόνου παράγοντα εξαρτάται και από τη δόση, η οποία είναι αθροιστική και συχνά μη αναστρέψιμη.¹⁴

2.1.2 ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ.

Τα είδη των καρκίνων ανάλογα με το που αναπτύσσονται έχουν και τη τάση να λειτουργούν διαφορετικά και χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- ∅ **Καρκινώματα**: Αναπτύσσονται στους ιστούς και καλύπτουν την επιφάνεια ή την εσωτερική μεμβράνη των οργάνων και το επιθήλιο. Αρκετοί επιθηλιακοί καρκίνοι αναπτύσσονται σ' ένα όργανο το οποίο εκκρίνει μία καθορισμένη ουσία. Για παράδειγμα, ο πνευμονικός ιστός εκκρίνει βλέννες, ο μαστός γάλα και το πάγκρεας παγκρεατικά υγρά.¹⁴

- ∅ **Σαρκώματα**: Είναι όγκοι των μαλακών ιστών ή των οστών. Έχουν την ικανότητα να αναπτυχθούν σε κάθε τμήμα του υποστηρικτικού ή συνδετικού ιστού, στους μυς, τα οστά, τα νεύρα, τους τένοντες, ή τα αιμοφόρα αγγεία. Τύποι σαρκώματος είναι το οστεοσάρκωμα, το χονδροσάρκωμα, ινοσάρκωμα, μυοσάρκωμα και το αγγειοσάρκωμα. Στο όργανο που μπορεί να αναπτυχθεί καρκίνωμα, είναι δυνατόν να αναπτυχθεί και σάρκωμα, εφόσον το όργανο περιέχει και συνδετικό ιστό.¹⁴

- ∅ **Λεμφώματα και λευχαιμίες**: Αναπτύσσονται στους λεμφαδένες και στα αιμοποιητικά κύτταρα του μυελού των οστών. Τα λεμφώματα είναι όγκοι που εμφανίζονται στους λεμφαδένες, δηλαδή στους μικρούς στρογγυλούς, σχηματισμούς που βρίσκονται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Σχεδόν πάντοτε είναι κακοήθης. Οι λευχαιμίες είναι καρκίνοι των λευκών αιμοσφαιρίων.¹⁴

2.1.3 Η ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΚΥΤΤΑΡΟΥ

Η νόσος που ονομάζεται καρκίνος ορίζεται καλύτερα από 4 χαρακτηριστικά, τα οποία διαφοροποιούν τα καρκινικά από τα φυσιολογικά κύτταρα: είναι η κλωνικότητα, η αυτονομία, η αναπλασία και η μετάσταση.

Û **Κλωνικότητα:** Όταν ένα κύτταρο, πολλαπλασιάζεται και σχηματίζει ένα κλώνο κακοηθών κυττάρων.

Û **Αυτονομία:** Όταν συμβεί ο κακοήθης μετασχηματισμός, τότε οι περιβαντολλογικές επιδράσεις που ρυθμίζουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων καταργούνται.

Û **Αναπλασία:** Όταν έχουμε έλλειψη της φυσιολογικής, συντονισμένης διαφοροποίησης.

Û **Μετάσταση:** Όταν τα καρκινικά κύτταρα εμφανίζουν την ιδιότητα για απεριόριστη ανάπτυξη και ανεξέλεγκτη διασπορά σε άλλα μέρη του ανθρωπίνου σώματος.¹⁵

2.1.4 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι κατάταξης ή ταξινόμησης των ιστολογικών τύπων του καρκίνου του πνεύμονα. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ οι ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του πνεύμονα μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής¹⁶:

Παθολογοανατομική ταξινόμηση του καρκίνου του πνεύμονα:

1) **Επιδερμοειδής καρκίνος**

2) Μικροκυτταρικά αναπλαστικά καρκινώματα

- a) Κυτταρικός τύπος FusiForm
- b) Κυτταρικός πολυγωνικός τύπος
- c) Λεμφοκυτταροειδής τύπος Coat cell)
- d) Άλλοι τύποι

3) Αδενοκαρκίνωμα

- a) Βρογχογενές
- b) Βρογχοκυψελιδικό

4) Μεγαλοκυτταρικός

5) Συνδυασμός επιδερμοειδούς και αδενοκαρκινώματος

6) Καρκινοειδή

7) Όγκοι βρογχικών αδένων

8) Θηλώδεις όγκοι του επιφανειακού επιθηλίου

9) Μικτοί όγκοι και καρκινοσαρκώματα

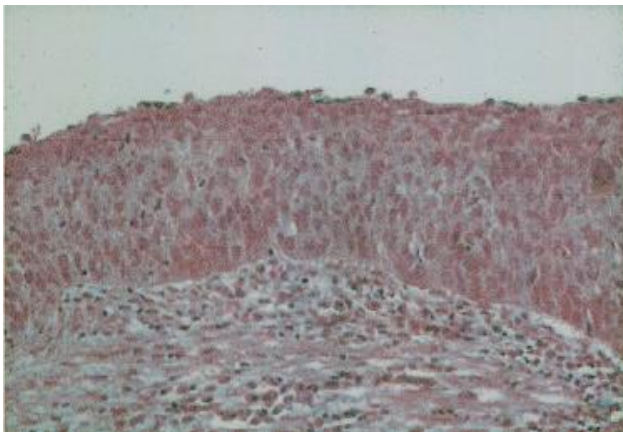
10) Σαρκώματα

11) Αταξινόμητα

12) Μεσοθηλώματα

13) Μελανώματα

Εικόνα 5: Το εκ πλακωδών επιθηλίων

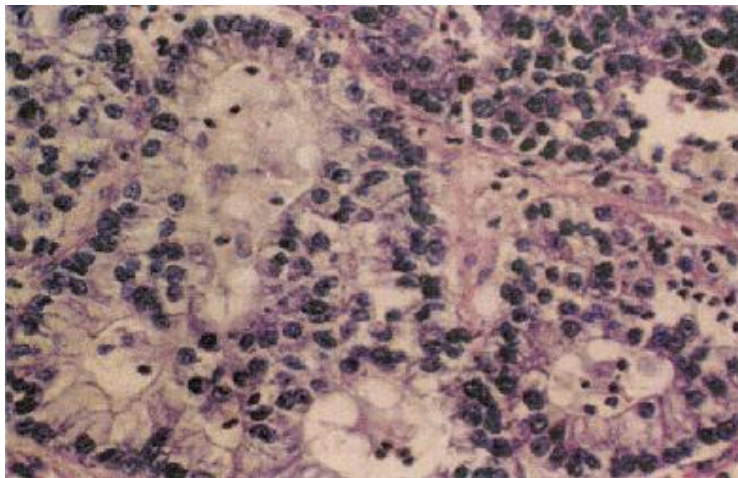


Πηγή:<http://www.lungcancer.gr>

Από τους παραπάνω ιστολογικούς τύπους θα κάνουμε μια μικρή αναφορά στους τέσσερις συχνότερους:

A) Επιδερμοειδές ή πλακώδες καρκίνωμα: Απαντά στο 35% των αρρώστων με βρογχογενή καρκίνο. Είναι συνηθέστερος στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Έχει την τάση να εμφανίζεται κεντρικά στους μεγάλους βρόγχους και τελικά να επεκτείνεται στους πυλαίους λεμφαδένες, αλλά διασπείρεται εκτός του θώρακα βραδύτερα από άλλους ιστολογικούς τύπους. Οι μεγάλες βλάβες μπορεί να υφίστανται κεντρική νέκρωση, με αποτέλεσμα τη σπληναιοποίηση^{14,16}.

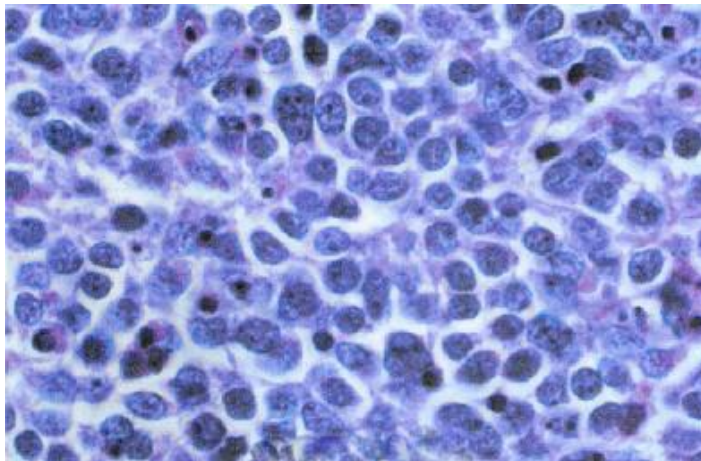
Εικόνα 6: Αδενοκαρκίνωμα του πνεύμονα



B) Αδενοκαρκίνωμα: Απαντά στο 25% των αρρώστων με βρογχογενή καρκίνο, ενώ η συχνότητα αυξάνεται διαρκώς κατά τα τελευταία έτη¹¹. Είναι συχνότερος σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 40 ετών, γυναίκες και μη καπνιστές. Μπορεί να εμφανίζεται ως κεντρικές βλάβες όπως ο ακανθοκυτταρικός τύπος, αλλά συνήθως εντοπίζεται περιφερικότερα και πολλές φορές εμφανίζεται σε συσχέτιση με περιφερικές ουλές του πνεύμονα. Γενικά αυτός ο όγκος

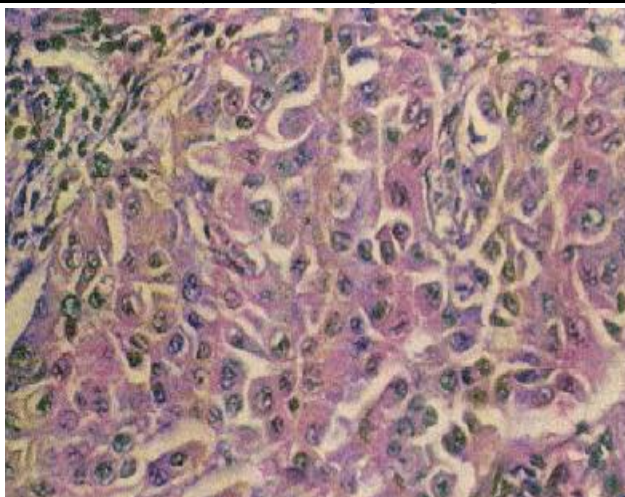
αναπτύσσεται με βραδύτητα και σχηματίζει μικρότερες μάζες σε σύγκριση με τους άλλους υπότυπους, αλλά έχει την τάση να μεθίστανται ευρέως σε πρώιμα στάδια.^{14,16}

Εικόνα 7: Μικροκυτταρικό καρκίνωμα του



Γ) Μικροκυτταρικό καρκίνωμα: Απαντά στο 20% των αρρώστων με βρογχογενέςκαρκίνο.Είναι συνηθέστερος στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες,και συσχετίζεται ισχυρά με το κάπνισμα σιγαρέτων.Κατά γενικό κανόνα εμφανίζεται ως ελαφρά γκρίζες, με κεντρική εντόπιση μάζες, με επέκταση στο παρέγχυμα του πνεύμονα και πρώιμη προσβολή των λεμφαδένων των πυλών και του μεσοθωρακίου. Το μικροκυτταρικό καρκίνωμα είναι ταχέως αναπτυσσόμενη βλάβη, η οποία έχει την τάση να να διηθεί ευρύτατα τους ιστούς και να δημιουργεί μεταστάσεις νωρίς κατά την πορεία του και γι' αυτό σπάνια μόνο μπορεί να εξαιρεείται με χειρουργική επέμβαση.^{14,17}

Εικόνα 8:Μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα



Πηγή:<http://www.lungcancer.gr>

Δ) Μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα: Απαντά στο 15% των αρρώστων με βρογχογενές καρκίνο.

Το μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα συνιστεί μια ομάδα από νεοπλάσματα τα οποία στερούνται διαφοροποίησης των κυττάρων τους και πιθανώς αντιπροσωπεύει νεοπλάσματα από πλακώδη ή αδενικά κύτταρα τα οποία είναι τόσο αδιαφοροποίητα ώστε να επιδέχονται οποιαδήποτε κατάταξη.^{14,17}

Τα κύτταρα είναι μεγάλα συνήθως είναι αναπλαστικά, και διαθέτουν μεγάλους φυσαλιδιώδεις πυρήνες. Έχει κακή πρόγνωση εξαιτίας της τάσης του να επεκτείνεται σε απομακρυσμένες θέσεις, νωρίς κατά την πορεία του.^{14,17}

2.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

2.2.1 ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

2.2.1.1 ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ: Ο ΜΕΓΑΛΟΣ ΕΝΟΧΟΣ.

Είναι πλέον τεκμηριωμένο, πέραν πάσης αμφιβολίας, ότι το κάπνισμα ενοχοποιείται για τις περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα. Εννέα στους δέκα (90%) ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα είναι ενεργοί ή πρώην καπνιστές και ο καρκίνο του πνεύμονα είναι 10 φορές συχνότερος στους καπνιστές απ' ό,τι στους μη-καπνιστές. Ο κίνδυνος αυξάνει όσο αυξάνει η ποσότητα και η διάρκεια του καπνίσματος και όσο μικρότερη είναι η ηλικία

έναρξης. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει 4.000 χημικές ουσίες, 55 από τις οποίες είναι δυνητικά καρκινογόνες. Επιπλέον, το κάπνισμα ευθύνεται και για άλλες κακοήθειες, όπως ο καρκίνος του λάρυγγα, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστης κ.ά., αλλά και για το 80-90% των χρόνιων αναπνευστικών νοσημάτων και το 23-40% των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου.¹⁸

Οι στρατηγικές διακοπής καπνίσματος είναι επιτυχείς στην Βόρεια Αμερική και στη Δυτική Ευρώπη, αλλά οι κάτοικοι των αναπτυσσόμενων χωρών συνεχίζουν να καπνίζουν με αυξανόμενη συχνότητα. Παγκοσμίως, οι παθήσεις που σχετίζονται με το κάπνισμα προκαλούν περισσότερους θανάτους κάθε χρόνο από ό,τι το αλκοόλ, η κοκαΐνη, η ηρωίνη, οι αυτοκτονίες, οι δολοφονίες, τα τροχαία ατυχήματα, οι πυρκαγιές και το AIDS συνολικά. Κάθε 10 δευτερόλεπτα ένα άτομο πεθαίνει εξαιτίας της κατανάλωσης καπνού. Η Ελλάδα είναι δυστυχώς η πρώτη χώρα της Ευρώπης σε κατά κεφαλήν κατανάλωση τσιγάρων. Η αντικαπνιστική εκστρατεία πρέπει να είναι συνεχής, να χρησιμοποιεί σύγχρονες μεθόδους, να προάγει την άποψη ότι το κάπνισμα δεν είναι μόδα, ούτε μαγκιά και να επικεντρώνεται στα παιδιά, τα μεγάλα θύματα της αυτής της βλαβερής συνήθειας, τόσο ως ενεργοί όσο και ως παθητικοί καπνιστές. Αντίθετα απ' ό,τι πιστεύεται, η διακοπή καπνίσματος είναι πολύ σημαντική και γι' αυτούς που έχουν ήδη νοσήσει με καρκίνο του πνεύμονα, καθώς φαίνεται ότι η διακοπή αυτής της βλαβερής συνήθειας ενισχύει το αποτέλεσμα της θεραπείας. Είναι λοιπόν σημαντικό να υπάρχουν οργανωμένα ιατρικά διακοπής του καπνίσματος στα κέντρα παρακολούθησης ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.^{18,19}

2.2.1.2 ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.

Η έκθεση των μη-καπνιστών στον καπνό του τσιγάρου των καπνιστών ονομάζεται «παθητικό κάπνισμα». Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι ενήλικες που συζούν με καπνιστές και δεν καπνίζουν έχουν 15% περισσότερες

πιθανότητες να νοσήσουν από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα και να καταλήξουν από αυτές, σε σύγκριση με ενήλικες που κατοικούν σε σπίτι όπου δεν υπάρχουν καπνιστές. Όσον αφορά στον καρκίνο του πνεύμονα, αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης του κατά 20-30%. Μέτρα όπως η απαγόρευση των διαφημίσεων προϊόντων καπνού και η υψηλή φορολόγησή τους, η αποφυγή καπνίσματος στους δημόσιους χώρους και η υιοθέτηση προτύπων από την κοινωνία που αποθαρρύνουν το κάπνισμα είναι αποτελεσματικά ώστε ένας μη καπνιστής (και κυρίως παιδί και έφηβος) να μην υιοθετήσουν αυτή τη βλαβερή συνήθεια.^{18,19}

2.2.1.3 Ο ΑΜΙΑΝΤΟΣ.

Ο αμίαντος αποτελεί την κοινή ονομασία για ομάδα ορυκτών που χρησιμοποιούνταν σε βιομηχανίες και σε εμπορικές κατασκευές κυρίως τις δεκαετίες '50-'60. Έκθεση σε αμίαντο έχει παρατηρηθεί σε ναυπηγεία, μεταλλεία αμιάντου, βιομηχανίες μονωτικών υλικών, εργασιακούς χώρους επισκευής φρένων.

Άτομα που εκτίθενται σε αμίαντο και καπνό τσιγάρου έχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα.

Έχει βρεθεί ότι τα σωματίδια αμιάντου μπορούν να συμβάλλουν στη μεταφορά συγκεντρωμένων καρκινογόνων του καπνού στα κύτταρα που επενδύουν τους πνεύμονες.

Ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο ο αμίαντος, μόνος του ή σε συνδυασμό με τον καπνό του τσιγάρου, οδηγεί σε καρκίνο πνεύμονα παραμένει αδιευκρίνιστος.¹⁸

2.2.1.4 ΤΟ ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΟ ΑΕΡΙΟ ΡΑΔΟΝΙΟ.

Το ραδόνιο είναι ένα αόρατο, και άγευστο ραδιενεργό αέριο το οποίο φυσιολογικά ανευρίσκεται στο έδαφος και στα πετρώματα.¹⁸

Μπορεί να προκαλέσει βλάβες στους πνεύμονες και να οδηγήσει σε καρκίνο του πνεύμονα.

2.2.1.5 Η ΜΟΛΥΝΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ.

Έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ καρκίνου του πνεύμονα και έκθεσης σε συγκεκριμένους ρύπους της ατμόσφαιρας, όπως τα παραπροϊόντα της καύσης του πετρελαίου και άλλων φυσικών καυσίμων.¹⁹

2.2.1.6 ΉΘΗ- ΚΑΘΙΣΤΙΚΗ ΖΩΗ

Η ελεύθερη σεξουαλική ζωή, με τους πολλούς και συχνά εναλλασσόμενους ερωτικούς συντρόφους, σχετίζεται με τη νεοπλασία καθώς μάλιστα ορισμένοι ογκογόνοι ιοί μεταδίδονται με την αφροδίσια επαφή. Ιδιαίτερα ευάλωτος σε τέτοια εξέλιξη είναι ο τράχηλος της μήτρας.¹⁹

Επίσης από έρευνες έχει παρατηρηθεί ότι το 32% των καρκίνων του παχέος εντέρου μπορεί να έχουν σχέση με την καθιστική ζωή. Οι επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που εξασκούνται τακτικά έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου και του μαστού.¹⁹

2.2.1.7 Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ Η ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Μελέτες για την συσχέτιση διατροφής και καρκίνου του πνεύμονα είχαν αμφιλεγόμενα αποτελέσματα. Η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ καθώς και η πλούσια διατροφή σε χοληστερόλη μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για καρκίνο πνεύμονα. Πάντως είναι δύσκολο να ξεκαθαριστεί ποιο ποσοστό του κινδύνου

από το αλκοόλ οφείλεται στο κάπνισμα καθώς πολλά άτομα συνήθως πίνουν και καπνίζουν.¹⁹

2.2.2 ΕΝΔΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

2.2.2.1 Η ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ.

Οι ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια έχουν 4-6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο πνεύμονα ανεξάρτητα από τις καπνιστικές τους συνήθειες.

Χρόνιες πνευμονικές νόσοι όπως η αμιάντωση (νόσος των πνευμόνων από αμιάντο), το άσθμα, η χρόνια βρογχίτιδα, το **εμφύσημα**, η φυματίωση, φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου πνεύμονα.

Όλες οι παραπάνω νόσοι προκαλούν βλάβες στο πνευμονικό και μπορούν να οδηγήσουν σε ανάπτυξη καρκίνου στους πνεύμονες.²⁰

2.2.2.2 ΈΝΑ ΧΑΜΗΛΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ .

Άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα με το ανοσοποιητικό τους σύστημα παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου πιθανώς ως αποτέλεσμα ελαττωμένης ικανότητας τους να καταπολεμήσουν τις λοιμώξεις από ιούς που σχετίζονται με συγκεκριμένες μορφές καρκίνου.

Σε αυτή την ομάδα περιλαμβάνονται άτομα μεταμοσχευμένα που λαμβάνουν άνισο-κατασταλτικά φάρμακα (φάρμακα που καταστέλλουν και άρα κάνουν ανίσχυρο το ανοσοποιητικό σύστημα), που πάσχουν από AIDS, ή ακόμη που έχουν γεννηθεί με κάποια γενετική ασθένεια που επηρεάζει το ανοσοποιητικό σύστημα.²⁰

2.2.2.3 ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ.

Ένα από τα βασικά ερωτήματα που απασχολεί τους γιατρούς είναι γιατί ορισμένοι καρκίνοι έχουν τάση να εμφανίζονται περισσότερο μέσα σε ορισμένες οικογένειες. Οι στενοί συγγενείς κάποιου που εκδήλωσε ορισμένους τύπους καρκίνου, έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν οι ίδιοι από εκείνο τον καρκίνο ή από άλλους.

Όπως προκύπτει από κλινικές παρατηρήσεις, ορισμένοι τύποι καρκίνου διαθέτουν ένα γενετικό υπόβαθρο που κληρονομείται σύμφωνα με τους νόμους του Mendel..

Ο κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα μπορεί να αυξηθεί εάν οι γονείς, τα αδέρφια ή τα παιδιά ενός ατόμου πάσχουν από την νόσο. Αυτό, όμως, μπορεί να οφείλεται και στο ότι τα άτομα της οικογενείας πιθανώς μοιράζονται κοινές συμπεριφορές και συνήθειες όπως το κάπνισμα και η διατροφή. Ακόμη λόγω συμβίωσης στο ίδιο περιβάλλον είναι πιθανό να εκτίθενται στα ίδια καρκινογόνα όπως για παράδειγμα το ραδόνιο²⁰

2.2.2.4 ΗΛΙΚΙΑ

Ο καρκίνος σχετίζεται με την ηλικία· είναι συχνός σε άτομα άνω των 55 ετών, και σπάνιος στους νέους.. Ο λόγος της αύξησης της συχνότητας του καρκίνου με την πάροδο της ηλικίας δεν είναι προφανής, αν και πιθανότερες είναι δύο εκδοχές: α) Η υπόθεση των σωματικών μεταλλάξεων· όσο περισσότερο χρόνο εκτίθεται ένα κύτταρο σε καρκινογόνες ουσίες τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα της κακοήθους εξαλλαγής, β) Η παρακμή της

ανοσολογικής ικανότητας· η ικανότητα εξουδετέρωσης εστιών δυνητικής κακοήθειας φαίνεται να εκπίπτει με την πάροδο της ηλικίας.²⁰

2.2.2.5 ΦΥΛΟ

Εκτός από την ανάπτυξη νεοπλασμάτων που είναι αποκλειστικά του φύλου (καρκίνος του προστάτη στον άνδρα, καρκίνος της μήτρας στη γυναίκα), η συχνότητα της ανάπτυξης άλλων νεοπλασμάτων, μη ειδικών του φύλου, δεν είναι όμοια στα δύο γένη. Ο καρκίνος του πνεύμονα π.χ. εκδηλώνεται κυρίως στους άνδρες, ενώ ο καρκίνος του μαστού είναι 100 φορές πιο συχνός στις γυναίκες. Οι διαφορές αυτές είναι λιγότερο έκδηλες σε άλλα όργανα..¹⁹

2.2.2.6 ΦΥΛΗ

Το μόνο σίγουρο είναι, ότι δεν υπάρχει ανθρώπινη φυλή απόλυτα θωρακισμένη σε κάποια μορφή καρκίνου, αν και υπάρχουν φυλές με διαφορετική νόσηση σε διάφορες μορφές του όγκου. Πιστεύεται ότι στις διαφορές αυτές καθοριστικό ρόλο παίζει το περιβάλλον.¹⁹

2.2.2.7 ΟΡΜΟΝΕΣ

Πράγματι, υπάρχουν όγκοι που η ανάπτυξη τους εξαρτάται από την παρουσία συγκεκριμένων ορμονών, χωρίς το ερέθισμα των οποίων οι όγκοι υποστρέφονται. Τέτοιοι όγκοι ονομάζονται ορμονοεξαρτώμενοι¹⁹

2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η επιδημιολογία του καρκίνου είναι η επιστήμη που μελετά την κατανομή και την εξέλιξη της νόσου σε πληθυσμούς που ζουν κάτω από διαφορετικές

συνθήκες καθώς και των παραγόντων που διαμορφώνουν και επηρεάζουν τα παραπάνω.

Ασχολείται με τα αίτια του καρκίνου, τους παράγοντες κινδύνου και τις επιπτώσεις που έχει η έκθεση σε αυτούς, με την κατανομή της κάθε μορφής καρκίνου χρονικά, γεωγραφικά, φυλετικά, και ανά κοινωνικά στρώματα, καθώς και με την επιβίωση των ασθενών. Οργανώνει συγκεκριμένες μελέτες και βγάζει συμπεράσματα. Όλα τα παραπάνω έχουν σκοπό να βοηθήσουν στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, και την κατάλληλη αντιμετώπιση του καρκίνου.¹⁹



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. ΣΥΝΗΘΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο καρκίνος του πνεύμονα συχνά δεν παρουσιάζει συμπτώματα παρά μόνο αφού φτάσει σε εκτεταμένο στάδιο ή έχει επεκταθεί και σε άλλα όργανα εκτός της κοιλότητας του θώρακα. Έτσι, λιγότερο από 20% των ασθενών διαγιγνώσκονται έγκαιρα, που κατά συνέπεια οι πιθανότητες για πλήρη ίαση είναι μεγαλύτερες. Τα συνηθέστερα συμπτώματα με τα οποία εμφανίζονται οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα είναι²¹:

- **Βήχας**, με ή χωρίς απόχρεμψη
- **Απώλεια σωματικού βάρους**
- **Δύσπνοια**
- **Θωρακικός πόνος** (συχνά επιδεινώνεται με την αναπνοή)

- **Αιμόπτυση**
- **Πληκτροδακτυλία**
- **Πυρετός, ή δεκαδική πυρετική κίνηση (δέκατα)**
- **Αδυναμία, καταβολή, εύκολη κόπωση**
- **Οίδημα (πρήξιμο) κεφαλής και τραχήλου**
- **Δυσκολία στην κατάποση της τροφής**
- **Συριγμός της αναπνοής κατά την εισπνοή**
- **Βράγχος (βραχνάδα) φωνής**

Τις περισσότερες φορές η ανακάλυψη του όγκου είναι τυχαία, οπότε ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός²³.

3.1 ΆΛΛΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.

Συχνά τα σημεία και τα συμπτώματα της νόσου δεν φαίνεται να σχετίζονται με τον πνεύμονα και την αναπνοή.

Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις που ο **καρκίνος** έχει επεκταθεί και σε άλλα όργανα (μεταστάσεις). Τέτοια συμπτώματα που τελικά μπορεί να οδηγήσουν στην **διάγνωση** καρκίνου είναι²¹:

✓ Οστικά άλγη

✓ Αδυναμία και μούδιασμα στα χέρια ή στα πόδια, συνήθως ομόπλευρα (δεξιά ή αριστερά)

✓ Ζάλη

✓ Κίτρινο χρώμα του δέρματος και του «λευκού» του ματιού (ίκτερος)

✓ Σκληρή διόγκωση στο πλάι του αυχένα

3.1.1 ΕΙΔΙΚΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

Κανένα από τα προαναφερθέντα συμπτώματα δεν εμφανίζεται μόνο στον καρκίνου του πνεύμονα.

Τόσο αυτά που σχετίζονται άμεσα με το αναπνευστικό²⁰:

• βήχας,

• δύσπνοια,

• αιμόπτυση.

όσο και τα γενικά:

• πυρετός,

ÿ ανορεξία,

ÿ απώλεια βάρους,

ÿ αδυναμία.

Εμφανίζονται και σε παθήσεις που δεν χαρακτηρίζονται ως κακοήθεις.

Συμπτώματα όμως από το αναπνευστικό σε ενεργό ή πρώην καπνιστή που επιμένουν για περισσότερο από 15 ημέρες, παρά την φαρμακευτική αγωγή, πρέπει να ελέγχονται με μεγαλύτερη προσοχή με **ακτινογραφία θώρακα**, εξετάσεις αίματος κλπ.²⁰

3.2 Τα σημαντικότερα συμπτώματα

3.2.1 Η ΔΥΣΠΝΟΙΑ.

Δύσπνοια είναι ένας ιατρικός όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει το υποκειμενικό αίσθημα δυσκολίας στην αναπνοή που αναφέρει ένας ασθενής. Περιγράφει ότι έχει «κομμένη ανάσα» ή «δεν του επαρκεί ο αέρας». Φυσιολογικά συμβαίνει στην έντονη άσκηση. Παρουσιάζεται σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα αλλά και σε πολλές άλλες πνευμονικές (όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια των καπνιστών – Χ.Α.Π) ή καρδιακές (όπως η καρδιακή ανεπάρκεια) παθήσεις^{18,20}.

3.2.2 Η ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ.

Η αποβολή αίματος με βήχα λέγεται αιμόπτυση. Μπορεί να αφορά σε αποβολή καθαρού αίματος, ζωηρού κόκκινου χρώματος, ή χρωματισμένων με

αίμα φλεγμάτων. Παρουσιάζει διαβαθμίσεις ως προς την ένταση και κατατάσσεται σε μικρή, όταν η ποσότητα αίματος δεν ξεπερνά τα 10 ml την ημέρα, (ένα κουτάλι σούπας), μέτρια όταν φτάνει τα δύο ποτήρια (500 ml) και μεγάλη όταν ξεπερνά αυτή την ποσότητα. Εκτός από τον καρκίνο του πνεύμονα, αιμόπτυση ή αιμόφυρτα πτύελα εμφανίζουν καπνιστές χωρίς καρκίνο, αλλά και ασθενείς με άλλες πνευμονικές παθήσεις.¹⁸

3.2.3 Η ΠΛΗΚΤΡΟΔΑΚΤΥΛΙΑ.

Πρόκειται για παραμόρφωση του σχήματος των νυχιών που γίνονται εξογκωμένα σαν το άκρο πλήκτρου τύμπανου. Εμφανίζεται σε βρογχικό άσθμα, καθώς και σε πολλές πνευμονικές παθήσεις, όπως και στον καρκίνο του πνεύμονα.²⁰

3.2.4 Ο ΟΓΚΟΣ PANCOAST

Όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στο ανώτερο τμήμα του πνεύμονα, μπορεί να προσβάλει (να πιέζει) το νεύρο που περνά από το άνω μέρος του θώρακα στον αυχένα και τότε ονομάζεται όγκος Pancoast. Το συχνότερο σύμπτωμα αυτών των όγκων είναι ο πόνος στον αντίστοιχο ώμο.²⁰

3.2.5 ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΑΝΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ..

Το σύνδρομο της άνω κοίλης φλέβας παρατηρείται όταν η απόφραξη της άνω κοίλης φλέβας διακόπτει τη φλεβική επιστροφή του αίματος από την κεφαλή, τα άνω άκρα και τον θώρακα προς τον δεξιό κόλπο. Κλινικά οι ασθενείς αναφέρουν: προοδευτική εμφάνιση δύσπνοιας, οίδημα προσώπου,

βήχα, οίδημα του βραχίονα, στηθάγχη, δυσφαγία, ναυτία και κεφαλαλγία, διαταραχές της όρασης, διάταση των φλεβών του λαιμού και του θώρακα.²¹

3.2.6 ΤΟ ΒΡΑΓΧΟΣ (Η ΒΡΑΧΝΑΔΑ) ΤΗΣ ΦΩΝΗΣ.

Πρόκειται για βράχνιασμα, παροδικό ή μόνιμο, το οποίο οφείλεται σε πίεση των νεύρων (τα ονομαζόμενα λαρυγγικό και παλίνδρομο λαρυγγικό, νεύρα) που κινούν τις φωνητικές χορδές, Η πίεση μπορεί να προκαλείται από τον ίδιο τον όγκο (συνηθέστερα σε όγκους του αριστερού άνω λοβού), ή από διογκωμένους λεμφοαδένες. Άλλες φορές η φωνή ελαττώνεται σε ένταση.²⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. ΠΡΟΓΝΩΣΗ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση εξαρτάται από τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου και από το γεγονός εάν έχει κάνει μεταστάσεις ή όχι.

Δυστυχώς η πρόοδος που έχει παρατηρηθεί στην αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα είναι περιορισμένη. Ένας από τους λόγους για τους οποίους ο καρκίνος έχει δυσμενή πρόγνωση, είναι διότι αργεί η διάγνωση. Συνήθως, όταν ανακαλύπτεται ο καρκίνος στον ασθενή, είναι ήδη σε προχωρημένο στάδιο και τα θεραπευτικά όπλα είναι ήδη αποτελεσματικά. Οι υπάρχουσες θεραπείες έχουν αποτύχει να βελτιώσουν την επιβίωση των ατόμων που πάσχουν από την νόσο αυτή²².

Η πρόγνωση στον καρκίνο του πνεύμονα είναι δυσμενέστερη σε ασθενείς με:

1) Εκτεταμένη νόσο

2) Κακή γενική κατάσταση

3) Ηλικία άνω των 70 ετών

4) μεικτό ιστολογικό τύπο

5) οστικές, ηπατικές ή εγκεφαλικές μεταστάσεις.

6) χαμηλό νάτριο ορού.

Βλέπουμε λοιπόν ότι,ο καρκίνος του πνεύμονα έχει άσχημη πρόγνωση.Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε ότι υπάρχει μια πολύ αποτελεσματική πρόληψη που είναι η αποφυγή του ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος²².

4.1 Η ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ.

Απεικόνιση ονομάζουμε την λήψη και αξιολόγηση εικόνων των εσωτερικών και εξωτερικών οργάνων του ανθρώπου που λαμβάνονται με ειδικά μηχανήματα που χρησιμοποιούν διαφορετικές μορφές ενέργειας (π.χ.. ακτίνες Χ.). Η απεικόνιση δεν αποτελεί θεραπεία αλλά βοηθά τον γιατρό να πάρει τις απαραίτητες αποφάσεις.

Μας βοηθάει στη συλλογή πληροφοριών σχετικά με²³:

(α) την ανίχνευση ύποπτων περιοχών και ανωμαλιών που μπορεί να συνιστούν καρκίνο.

(β) την εντόπιση, το μέγεθος της κακοήθειας και τα σημεία στα οποία έχει εξαπλωθεί (σταδιοποίηση).

(γ) τη λήψη κατευθυνόμενης βιοψίας με σκοπό την κατευθυνόμενη θεραπεία (π.χ.. ακτινοθεραπεία), που είναι ακριβής και λιγότερο βλαπτική για τους φυσιολογικούς ιστούς.

(δ) τον τακτικό έλεγχο των αποτελεσμάτων της θεραπείας (σμίκρυνση όγκου, νέες εντοπίσεις, υποτροπή). Οι κυριότερες μέθοδοι απεικόνισης είναι:

- Απλή ακτινογραφία θώρακος

- Υπερηχογράφημα
- Αξονική τομογραφία .
- Μαγνητική τομογραφία
- Τομογραφία με εκπομπή ποζιτρονίων
- Τομογραφία εκπομπής απλών φωτονίων
- Το σπινθηρογράφημα οστών
- Το octreoscan.

Πρέπει να τονίσουμε ότι:

- ✓ Ως επί των πλείστων οι απεικονιστικές εξετάσεις είναι ανώδυνες.
- ✓ Μπορεί οι απεικονιστικές εξετάσεις να μην αποκαλύψουν μια καρκινική βλάβη.
- ✓ Καμία εξέταση δεν είναι απολύτως ακριβής ή αλάνθαστη.

4.1.1 ΑΠΛΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ

Η απλή ακτινογραφία αποτελεί βασική ακτινολογική μέθοδο που φωτογραφίζει τα οστά και τα εσωτερικά όργανα του ανθρώπου.

Συνήθως είναι η πρώτη εξέταση που θα ζητήσει ο γιατρός σας. Πρόκειται για το απεικονιστικό αποτέλεσμα μετά από έκθεση του οργανισμού σε ακτινοβολία X. Αποτελεί απλή, ασφαλή, ανώδυνη, μη επεμβατική, ανέξοδη και γρήγορη διαδικασία που χρησιμοποιείται στον προεγχειρητικό έλεγχο (πριν το

χειρουργείο) καθώς και στην αναγνώριση πλήθους νόσων της καρδιάς, των πνευμόνων και των οστών²³.

Η έκθεση στην ακτινοβολία εγκυμονεί πάντοτε κάποιους κινδύνους για τους ιστούς του οργανισμού. Ωστόσο η ποσότητα της ακτινοβολίας στην οποία εκτίθεστε είναι μικρή.

Οι πληροφορίες που παίρνουμε από την ακτινογραφία θώρακος δεν είναι πάντα αρκετές ώστε να αποσαφηνίσουν την αιτία του προβλήματος (π.χ.. αν πρόκειται για κακοήθεια, για φλεγμονή, για τραυματισμό)²³.

4.1.2 ΤΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ.

Η τεχνική αυτή βασίζεται στη ιδιότητα των υπερήχων (ήχοι με συχνότητες υψηλότερες από αυτές που μπορεί να ακούσει ο άνθρωπος) να ανακλώνται.

Η τεχνική απεικονίζει όργανα συμπαγή όπως το ήπαρ ή οι πνεύμονες που είναι γεμάτοι αέρα.

Έχει την δυνατότητα να ανιχνεύει όγκους, να κατευθύνει την διενέργεια βιοψιών, να δείχνει μεταβολές στη δομή εσωτερικών οργάνων²³.

4.1.3 Η ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ.

Αποτελεί τεχνική που χρησιμοποιεί ακτίνες X για να παράγει λεπτομερείς εικόνες των οργάνων στο εσωτερικό του σώματος.

Ο αξονικός τομογράφος στέλνει κύματα ακτινοβολίας X στην περιοχή του σώματος που μας ενδιαφέρει για κλάσματα δευτερολέπτου και παίρνει εικόνες λεπτών τομών («φέτες») από όργανα ή ολόκληρα διαμερίσματα του σώματος.

Η αξονική τομογραφία θώρακος παράγει λεπτομερείς εικόνες των πνευμόνων. Εκτιμά την ύπαρξη και την έκταση όγκων, φλεγμονών και άλλων μεταβολών των εσωτερικών οργάνων.

Επιτρέπει την διενέργεια πολύ λεπτών τομών και άρα παρέχει λεπτομερέστερη απεικόνιση και υψηλή ευκρίνεια^{22,23}.

4.1.4 Η μαγνητική τομογραφία.

Η μαγνητική τομογραφία υπερέρχει της αξονικής τομογραφίας. Παράγει υψηλής ευκρίνειας δισδιάστατες και τρισδιάστατες εικόνες λεπτών τομών. Σε αντίθεση με την αξονική τομογραφία δεν χρησιμοποιεί ακτινοβολία X αλλά ένα ισχυρό μαγνητικό πεδίο.

Διαφορετικοί ιστοί (συμπεριλαμβανομένων των όγκων) εκπέμπουν περισσότερο ή λιγότερο ισχυρά σήματα αναλόγως της χημικής τους δομής. Δεν εκθέτει τον οργανισμό σε ακτινοβολία. Ασθενείς που φέρουν μεταλλικά αντικείμενα στον οργανισμό τους, για παράδειγμα βηματοδότες ή μεταλλικές βαλβίδες, θα πρέπει να ενημερώνουν το γιατρό πριν υποβληθούν στην εξέταση²².

4.1.5 ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕ ΕΚΠΟΜΠΗ ΠΟΖΙΤΡΟΝΙΩΝ.

Αποτελεί διαγνωστική εξέταση που βασίζεται στην ανίχνευση ακτινοβολίας από την εκπομπή ποζιτρονίων. Τα ποζιτρόνια είναι μικρά σωματίδια που εκπέμπονται από μία ραδιενεργό ουσία η οποία χορηγείται στον ασθενή. Χρησιμοποιείται συνήθως για την ανίχνευση όγκων και για τον προσδιορισμό

της έκτασής τους. Ανιχνεύει την ύπαρξη καρκίνου, ελέγχει την αιματική ροή και βλέπει το πώς λειτουργούν τα όργανα. Με τον συνδυασμό αξονικής τομογραφίας μπορούμε να διακρίνουμε τους φυσιολογικούς από τους μη φυσιολογικούς ιστούς. Η τεχνική είναι πιο ακριβής στην ανίχνευση μεγαλύτερων από 2 εκ. και πιο επιθετικών όγκων²³.

Είναι πιο ακριβές στη **σταδιοποίηση** των όγκων και στην ακριβή εντόπισή τους. Η εξέταση είναι ωστόσο δαπανηρή και θα πρέπει να εκτελείται μόνο εάν το κρίνεται σκόπιμο²².

4.1.6 ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΕΚΠΟΜΠΗΣ ΑΠΛΩΝ ΦΩΤΟΝΙΩΝ.

Χρησιμοποιούνται ραδιενεργοί ανιχνευτές και ένα σύστημα σάρωσης δεδομένων που μεταφέρονται στον υπολογιστή για το σχηματισμό δισδιάστατων και τρισδιάστατων εικόνων. Οι ανιχνευτές εδώ όμως περιέχουν αντισώματα που προσκολλώνται στα **καρκινικά κύτταρα**²².

4.1.7 ΤΟ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΟΣΤΩΝ.

Το **σπινθηρογράφημα** οστών αποτελεί εξέταση που ανιχνεύει περιοχές έντονης ανάπτυξης ή καταστροφής οστού. Για παράδειγμα: φλεγμονές, τραύματα, μεταστάσεις από κακοήθειες. Συχνά ανιχνεύει το πρόβλημα μήνες νωρίτερα από την απλή **ακτινογραφία**. Ένας ραδιενεργός ανιχνευτής χορηγείται ενδοφλεβίως στον ασθενή και κατανέμεται μέσω των αγγείων στα οστά. Η εξέταση είναι σχετικά ασφαλής, με μικρή έκθεση στην **ακτινοβολία**²².

4.1.8 TO OCTREOSCAN.

Ορισμένοι όγκοι του πνεύμονα φέρουν υποδοχείς, δηλαδή, μια ορμόνη που βρίσκεται σε πολλά συστήματα. Το octreoscan απεικονίζει αυτούς τους υποδοχείς. Η εξέταση διαρκεί 1-3 ημέρες²².

4.1.9 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΧΗΜΙΚΩΝ ΙΧΝΟΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

Στην επισκόπηση των δομών του αναπνευστικού συστήματος χρησιμεύουν και άλλες τεχνικές επεμβατικές όπως η βρογχοσκόπηση, η μεσοθωρακοσκόπηση, το VATS οι οποίες βοηθούν κυρίως στη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα .

Επίσης μια νέα-υπό δοκιμή- μέθοδος διάγνωσης ασθενειών για ιώσεις και καρκίνο ερευνάται στη Γερμανία.

Γερμανοί επιστήμονες ερευνούν μια καινούρια μέθοδο ταχείας διάγνωσης ασθενειών. Χρησιμοποιούν ένα ειδικό μηχάνημα, το οποίο έχει πολλές ομοιότητες με εκείνο των αλκοτέστ, καθώς αναλύει τα αέρια της εκπνοής .υποστηρίζουν ότι από τα χνώτα, μπορούν να διαγνώσουν τον καρκίνο των πνευμόνων.

Οι επιστήμονες του Ντόρτμουντ έχουν αναπτύξει μια συσκευή ανάλυσης, με την οποία ανιχνεύονται σε πρώιμο στάδιο ιώσεις και καρκίνοι του πνεύμονα. Το φύσημα σε ένα ειδικό στόμιο διαρκεί μερικά λεπτά της ώρας. Στο κομπιούτερ, που είναι συνδεδεμένο με το σπιρομέτρη, (έτσι λέγεται το μηχάνημα) εμφανίζονται πολλές καμπύλες. που δείχνουν τα αέρια που έχουν εντοπιστεί στον εμπνεόμενο αέρα. Η εικόνα των καμπύλων ήταν διαφορετική όταν

επρόκειτο για υγιείς ανθρώπους και ασθενείς. Στη συνέχεια προσπαθούν να ταυτοποιήσουν τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της εκπνοής με ένα συγκεκριμένο είδος καρκίνου. Το σπιρόμετρο καταγράφει συγκεντρώσεις αερίων σε επίπεδο νάνο ή πίκο. Είναι εξαιρετικά μικρό».

Το 2006 το ομοσπονδιακό υπουργείο Έρευνας και Τεχνολογίας της Γερμανίας χρηματοδότησε την ερευνητική ομάδα και βράβευσε το Ινστιτούτο της Γερμανικής Πνευμονολογικής Εταιρίας του Ντόρμουν για την εφεύρεση αυτή, διότι, εκτιμήθηκε πως το συγκεκριμένο μηχάνημα μπορεί να διαγνώσει καρκίνο στον πνεύμονα σε πολύ πρώιμο στάδιο.

Οι γιατροί, επίσης, μπορούν ακόμη να δουν αν η φαρμακευτική αγωγή ενός καρκινοπαθή ασθενή έχει αποτελέσματα. Η επιτυχία της χημειοθεραπείας ή μιας εγχείρισης είναι μετρήσιμες χάρη στο σπιρόμετρο.

Μελλοντικά, ίσως, αυτού του είδους η ανάλυση να επεκταθεί. Ακόμη βέβαια είναι σε ερευνητικό στάδιο²⁴.

4.1.10 Μέθοδος ανίχνευσης των ήχων της αναπνοής

Δυναμική Ηχογραφία Πνευμόνων (ΔΗΠ) ή Vibration Response Imaging (VRI) Τους ήχους που παράγονται με την αναπνοή (φυσιολογικοί ή παθολογικοί), μπορούμε να ακούσουμε εύκολα αν ακουμπήσουμε το αυτί μας ή αν βάλουμε ένα στηθοσκόπιο στο θώρακα. Το ίδιο ακριβώς κάνουν και οι ερευνητές που σχεδίασαν το σύστημα «Δυναμική Ηχογραφία Πνευμόνων»). Το σύστημα αυτό, πολύ συνοπτικά, είναι μια ηλεκτρονική συσκευή που έχει την δυνατότητα να συλλαμβάνει (με ειδικά υπερευαίσθητα μικρόφωνα), να ψηφιοποιεί, να επεξεργάζεται, να απεικονίζει και να αποθηκεύει τους ήχους της αναπνοής²⁴.

Οι πληροφορίες που αποκομίζει ο γιατρός από αυτήν την εξέταση είναι αρκετές και συγκεκριμένες. Γίνεται ψηφιακή ανασύσταση των πνευμόνων με βάση τους ήχους της αναπνοής, που καταγράφηκαν με το σύστημα και η εικόνα είναι χαρακτηριστική. Η εικόνα δεν είναι στατική αλλά δυναμική (και μάλιστα σε σχεδόν πραγματικό χρόνο), που σημαίνει ότι μεταβάλλεται με την εισπνοή ή την εκπνοή και την βλέπουμε μερικά δευτερόλεπτα αργότερα²⁴.

Τα παραπάνω δεδομένα έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά, τα οποία ο γιατρός εκτιμά και αποφαινεται για την ύπαρξη ή όχι παθολογίας του πνεύμονα, για την φύση της, για την πορεία της κλπ.

Δεν υπάρχουν σοβαρές αντενδείξεις. Είναι μια εξέταση απλή, Αναίμακτη, δεν εκπέμπει ακτινοβολία.

Μπορεί να εντοπίσει διάφορες παθολογικές καταστάσεις των πνευμόνων και να παρακολουθήσει την εξέλιξή τους, όπως επίσης και τα αποτελέσματα των θεραπευτικών χειρισμών²⁴.

4.2 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ - ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΈΛΕΓΧΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Όταν υπάρχει υποψία ότι ένας ασθενής πάσχει από καρκίνο του πνεύμονα θα πρέπει:

- Ø Να γίνουν συγκεκριμένες εξετάσεις για να επιβεβαιωθεί ή να αποκλειστεί η αρχικά **διάγνωση**

Και

Ø Ακολουθώς να καθοριστεί η έκταση της νόσου (να καθοριστεί το στάδιο).

Το πρώτο βήμα είναι η καταγραφή λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού που να περιλαμβάνει τα συμπτώματα του ασθενούς, την καπνιστική του συνήθεια και την πιθανή επαγγελματική έκθεση σε καρκινογόνες ουσίες. Ακολουθεί η ιατρική φυσική εξέταση με έμφαση στην λειτουργία του αναπνευστικού. Απλές εξετάσεις αίματος βοηθούν όχι τόσο στη διάγνωση αλλά στον καθορισμό της έκτασης της νόσου²³.

Επέκταση (μετάσταση) στο συκώτι ή στα οστά συχνά προκαλεί παρεκκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές ουσιών (ενζύμων ή στοιχείων) που εύκολα προσδιορίζονται με απλές βιοχημικές εξετάσεις αίματος. Απαραίτητο για την διάγνωση (για να είμαστε απολύτως βέβαιοι) του καρκίνου είναι η λήψη κομματιού (βιοψία) ή κυττάρων από την περιοχή της βλάβης. Για τον πνεύμονα οι πιο εύκολες μέθοδοι είναι η κυτταρολογική εξέταση πτυέλων η βρογχοσκόπηση και η βιοψία δια βελόνης . Σε δύσκολες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται χειρουργικές μέθοδοι, που απαιτούν γενική αναισθησία, όπως η μεσοθωρακοσκόπηση, η μεσοθωρακοτομή και η θωρακοσκόπηση²³.

4.2.1 Η ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΠΤΥΕΛΩΝ.

Πρόκειται για την πιο ανώδυνη εξέταση για τον ασθενή. Φλέγματα, που προέρχονται από βαθύ βήχα, εξετάζονται στο εργαστήριο για τυχόν παρουσία καρκινικών κυττάρων. Το μειονέκτημα της μεθόδου είναι ότι συχνά συμβαίνει ασθενείς να πάσχουν από καρκίνο αλλά η εξέταση πτυέλων να μην έχει καρκινικά κύτταρα^{23,24}.

4.2.2 Η ΒΙΟΨΙΑ ΜΕ ΒΕΛΟΝΑ

Η αφαίρεση ενός μικρού κομματιού από ύποπτη περιοχή του πνεύμονα μέσω μιας λεπτής βελόνας που μπαίνει από το δέρμα λέγεται **βιοψία** δια βελόνης. Για την καθοδήγηση της βελόνας στο σωστό σημείο συχνά χρησιμοποιούνται οι υπέρηχοι ή η αξονική τομογραφία θώρακος. Το μικρό κομμάτι, που αναρροφάται με τη βοήθεια μίας σύριγγας (όπως παίρνουμε το αίμα για εξέταση), αποστέλλεται σε ειδικό εργαστήριο και ελέγχεται στο μικροσκόπιο για την παρουσία καρκινικών κυττάρων²³.

4.2.3 Η ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ

Βρογχοσκόπηση ονομάζεται ο έλεγχος του εσωτερικού του πνεύμονα (βρόγχων) με ειδικό όργανο ενδοσκόπησης που λέγεται βρογχοσκόπιο. Είναι ασφαλής μέθοδος και γίνεται με τοπική αναισθησία χρησιμοποιώντας το φάρμακο που χρησιμοποιούν οι οδοντίατροι για να μην πονάμε, τη ξυλοκαΐνη. Το βρογχοσκόπιο μοιάζει με εύκαμπτο λεπτό σωλήνα που έχει οπτικές ίνες (φως). Μπαίνει από την μύτη και «οδηγείται» από τον γιατρό στο σημείο της βλάβης στον πνεύμονα. Με τη διαδικασία της **βρογχοσκόπησης** μπορούμε να πάρουμε κύτταρα ή μικρό κομμάτι ιστού από ύποπτες για καρκίνο περιοχές. Επειδή είναι εύκολη και ασφαλής, η **βρογχοσκόπηση** χρησιμοποιείται για τον έλεγχο πολλών άλλων παθήσεων του αναπνευστικού εκτός του καρκίνου²⁴.

4.2.4 Η ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ.

Πρόκειται για απλή διαδικασία κατά την οποία αφαιρείται (αναρροφάται), με την βοήθεια μια λεπτής βελόνας και μίας σύριγγας, υγρό που βρίσκεται γύρω από τον πνεύμονα κάτω από το θωρακικό τοίχωμα. Το υγρό αποστέλλεται για μικροσκοπική εξέταση για τυχόν παρουσία καρκινικών κυττάρων. Η θωρακοκέντηση βοηθά όχι μόνο στην **διάγνωση** αλλά και στην ανακούφιση των ασθενών με μεγάλες ποσότητες²¹.

4.2.5 Η ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ-ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΗΣΗ

Πρόκειται για χειρουργικές μεθόδους που βοηθούν στη διάγνωση (βεβαίωση) του καρκίνου και στον καθορισμό της έκτασης της νόσου (σταδιοποίηση) στον θώρακα, όταν οι άλλες πιο ανώδυνες μέθοδοι αποτύχουν. Μπορούμε να αφαιρέσουμε μικρά ή και μεγαλύτερα κομμάτια ιστού από ύποπτες περιοχές. Ο ασθενής οδηγείται σε οργανωμένο χειρουργείο και να λάβει γενική αναισθησία. Δεν θεωρούνται όμως «μείζονες» επεμβάσεις²¹.

4.2.6 Η ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΗΣΗ.

Με τη διαδικασία αυτή ελέγχονται τα όργανα και οι λεμφαδένες που βρίσκονται ανάμεσα στους δύο πνεύμονες. Γίνεται με το μεσοθωρακοσκόπιο, ένα όργανο που μοιάζει με λεπτό σωλήνα με φως, το οποίο μπαίνει από μία μικρή τομή που γίνεται στο εμπρός χαμηλότερο τμήμα του λαιμού²².

4.2.7 Η ΕΙΚΟΝΙΚΗ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ. (ΕΙΚΟΝΑ 6)

Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε εξαιρετικά βαριά κατάσταση και δεν μπορεί να υποβληθεί σε βρογχοσκόπηση, μπορεί να γίνει συνδυασμός αξονικής τομογραφίας και υπολογιστικών προγραμμάτων, ώστε να γίνει προσομοίωση του αυλού των βρόγχων. Όμως δεν υποκαθιστά την ινοβρογχοσκόπηση, μια και η τελευταία παρέχει τη δυνατότητα λήψης κυτταρολογικού και βιοψικού υλικού²².

4.2.8 ΟΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ.

Καρκινικοί δείκτες ονομάζονται ουσίες που παράγονται κυρίως από καρκινικά κύτταρα. Αυτές οι ουσίες βρίσκονται στο αίμα, στα ούρα και στους καρκινικούς ιστούς. Διαφορετικοί τύποι καρκίνου παράγουν διαφορετικά είδη τέτοιων ουσιών. Οι δείκτες αυτοί έχουν βοηθητικό μόνο ρόλο στη διάγνωση και στην παρακολούθηση της νόσου. Η συχνή παρακολούθηση, σε τακτά

χρονικά διαστήματα, βοηθά στον έλεγχο της ανταπόκρισης στην θεραπεία ή στην έγκαιρη αναγνώριση της επανεμφάνισης του καρκίνου (υποτροπή)²².

4.3 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΗΣ.

Το **στάδιο** του καρκίνου του πνεύμονα είναι ένας τρόπος αξιολόγησης της εντόπισης και του μεγέθους της πρωτοπαθούς εστίας στον πνεύμονα καθώς και της εξάπλωσής του στους **λεμφαδένες** και σε απομακρυσμένα όργανα.

Η διαδικασία καθορισμού του σταδίου καλείται **σταδιοποίηση**. Το **στάδιο** του καρκίνου και ο **ιστολογικός του τύπος** είναι οι δύο κύριοι παράγοντες που καθορίζουν το είδος της καλύτερης θεραπείας και την πρόγνωση του καρκίνου του πνεύμονα²³.

Η **σταδιοποίηση** του καρκίνου του πνεύμονα γίνεται με διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις. Αυτές είναι τυπικά:

- Η **βιοψία** (η κυτταρολογική εξέταση),
- Οι **αξονικές τομογραφίες θώρακα**.
- Το **σπινθηρογράφημα** οστών.
- Η **μαγνητική τομογραφία**.

Το **στάδιο** δεν μπορεί να καθοριστεί αν οι παραπάνω εξετάσεις δεν ολοκληρωθούν.

Κάθε είδος καρκίνου ακολουθεί ένα μοναδικό σύστημα **σταδιοποίησης**.

Στην περίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα τα στάδια του μη **μικροκυτταρικού** και του **μικροκυτταρικού** καρκίνου διαφέρουν²³.

4.3.1 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Τα στάδια του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα περιγράφονται με έναν αριθμό από το 1 έως και το 4 (I-IV).

Το στάδιο I δεν χαρακτηρίζεται από προσβολή των λεμφαδένων της γύρω περιοχής.

- Το στάδιο II χαρακτηρίζεται από προσβολή των λεμφαδένων της γύρω περιοχής.
- Το στάδιο III: Χωρίζεται στις υποκατηγορίες IIIA και IIIB.
- Το σταδίου IIIA έχει εξαπλωθεί στους λεμφαδένες του μεσοθωρακίου, προς την πλευρά που εντοπίζεται ο καρκίνος.
- Το σταδίου IIIB. Όταν ο καρκίνος εξαπλώνεται στους λεμφαδένες του μεσοθωρακίου της αντίθετης πλευράς.
- Το Στάδιο IV: Στο στάδιο αυτό ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε διαφορετικούς λοβούς του ίδιου ή του άλλου πνεύμονα ή έχει δώσει μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα²⁴.

4.3.2 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

Η σταδιοποίηση του μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα βοηθά στην επιλογή των ασθενών που μπορεί να αποκομίσουν όφελος από την ακτινοθεραπεία σε συνδυασμό με τη χημειοθεραπεία.²⁴.

∅ Περιορισμένη νόσος σημαίνει ότι ο καρκίνος εντοπίζεται μόνο σε μια περιοχή του θώρακα και περιλαμβάνει τον πνεύμονα και τοπικούς λεμφαδένες. Η περιοχή αυτή μπορεί να ακτινοβοληθεί.

∅ Εκτεταμένη νόσος σημαίνει ότι ο καρκίνος έχει επεκταθεί και σε άλλα σημεία του θώρακα ή έξω από αυτόν.

A yellow scroll graphic with a blue border and rounded corners, featuring a vertical strip on the left side and a small circular detail at the top right corner. The text is centered on the scroll.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

5.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

5.1.1 Η ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.

Η βιολογική ηλικία του ασθενή, η καλή γενική κατάσταση και η απουσία σοβαρών υποκείμενων νόσων **αποτελούν σημαντικά κριτήρια επιτυχημένης χειρουργικής επέμβασης⁴.**

5.1.2 Ο ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

5.1.2.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.

Μια σειρά απλών εξετάσεων όπως η γενική εξέταση αίματος και ο πλήρης βιοχημικός και έλεγχος πήκτικότητας του αίματος. Απαραίτητο είναι να ελεγχθεί η καρδιακή λειτουργία π.χ.. με ηλεκτροκαρδιογράφημα²⁶.

5.1.2.2 ΈΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ.

Αποτελεί καθοριστική εξέταση διότι προσδιορίζει τη δυνατότητα για επαρκή αναπνευστική λειτουργία μετά την αφαίρεση τμήματος ή και ολόκληρου του πνεύμονα. Ασθενείς με προϋπάρχοντα αναπνευστικά προβλήματα μπορεί να εκτιμηθεί ότι δεν μπορούν να εξασφαλίσουν επαρκή αναπνευστική λειτουργία μετά το χειρουργείο²⁶.

5.1.2.3 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.

Η προεγχειρητική σταδιοποίηση με τη χρήση απεικονιστικών εξετάσεων όπως αξονικές τομογραφίες, μαγνητικές τομογραφίες, κ.λ.π²⁶.

5.1.2.4 ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

Όταν η ιστολογική επιβεβαίωση είναι ανέφικτη προεγχειρητικά, γίνεται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.

Ο καρκίνος του πνεύμονος αποτελεί το 20% όλων των καρκίνων στον άνδρα και το 11% στις γυναίκες. Περίπου το 25% έως 30% του μη μικροκυτταρικού

καρκίνου του πνεύμονος κατά τη διάγνωση βρίσκεται σε τοπικά προχωρημένο στάδιο, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό (50%) βρίσκεται σε τελικό στάδιο με γενικευμένες μεταστάσεις και μόνο το 25% βρίσκεται σε στάδιο I ή II^{21,25}.

Τα τελευταία χρόνια σημειώθηκε μεγάλη πρόοδος στην χειρουργική τεχνική και στην τεχνική της αναισθησίας σε ότι αφορά την χειρουργική του πνεύμονα. Επίσης η επιλογή των ασθενών όπως και η προεγχειρητική τους προετοιμασία είναι πιο ορθή και πιο ολοκληρωμένη αντίστοιχα. Η μετεγχειρητική υποστήριξη των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική θεραπεία και η παρακολούθησή τους, σε συνδυασμό με την ανεκτίμητη συμβολή των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας συνέβαλαν σημαντικά στην μείωση της περιεγχειρητικής νοσηρότητας και θνητότητας²⁶.

Η χειρουργική θεραπεία παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος στην θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα και είναι ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης που προσφέρει μακρόχρονη επιβίωση, τουλάχιστον σε ότι αφορά τους ασθενείς με καρκίνο αρχικού σταδίου αλλά και άλλους που βρίσκονται σε πιο προχωρημένο στάδια μετά από πολύ αυστηρή επιλογή²⁶.

Η απόφαση για το είδος της επέμβασης και την έκταση της εκτομής του πνευμονικού ιστού εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως το μέγεθος και η εντόπιση του όγκου, η επέκταση της νόσου ή όχι προς τους επιχώριους λεμφαδένες, από την καρδιαναπνευστική λειτουργία, την ηλικία και την γενική κατάσταση του ασθενούς. Σε κάθε περίπτωση ο σκοπός της επέμβασης θα είναι η ριζική αφαίρεση της βλάβης με τη διατήρηση όσο τον δυνατόν περισσότερου λειτουργικού πνευμονικού ιστού²⁶.

5.1.3 ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙ Η ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

Η χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα απαιτεί την χορήγηση γενικής αναισθησίας στον ασθενή²³.

5.1.4 ΟΙ ΕΚΤΟΜΕΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΠΑΡΕΓΧΥΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΒΡΟΓΧΟΓΕΝΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΚΟΛΟΥΘΕΣ:

α) πνευμονεκτομή: Η αφαίρεση ολόκληρου του πνεύμονος γίνεται όταν ο όγκος εντοπίζεται στον κύριο βρόγχο αλλά μακριά από την τρόπιδα τουλάχιστον δυο εκατοστά. Επίσης, η πνευμονοεκτομή διενεργείται όταν υπάρχει διήθηση των λεμφαδένων της πύλης ή όταν ο όγκος διηθεί δυο λοβούς. Όταν υπάρχει διήθηση των λεμφαδένων του μεσοθωρακίου χωρίς τη συμμετοχή των λεμφαδένων της πύλης και ο όγκος περιορίζεται σε έναν λοβό τότε συνιστάται να γίνει λοβεκτομή²³.

β)λοβεκτομή : Η εκτομή ενός λοβού ενδείκνυται όταν ο όγκος περιορίζεται στον ένα λοβό και η βλάβη βρίσκεται τουλάχιστον δυο εκατοστά από το σύστοιχο λοβαίο βρόγχο. Είναι δυνατό να γίνει λοβεκτομή όταν ο όγκος διηθεί τον άνω και κάτω λοβό ή τον κάτω και μέσο λοβό²³.

γ) Περιορισμένη εκτομή: Η αφαίρεση ενός λοβού ή σφηνοειδής εκτομή πνευμονικού ιστού γίνεται για μικρό όγκο που εντοπίζεται περιφερικά ή όταν ο

ασθενής έχει περιορισμένη αναπνευστική εφεδρεία και τέλος όταν πρόκειται για άτομα μεγάλης ηλικίας²³.

δ) εκτομή πνευμονικού παρεγχύματος με συνεξαίρεση θωρακικού τοιχώματος: Η αφαίρεση τμήματος ή λοβού ή ολόκληρου του πνεύμονα με τμήμα θωρακικού τοιχώματος ενδείκνυται για όγκους που εντοπίζονται περιφερικά στο πνευμονικό παρέγχυμα και επεκτείνονται κατά συνέχεια ιστού στα παρακείμενα μαλακά μόρια²³.

ε) βρογχοπλαστική: Η επέμβαση αυτή γίνεται όταν ο όγκος εντοπίζεται στο στόμιο του λοβαίου ή κυρίου βρόγχου, οπότε γίνεται η ανάλογη λοβεκτομή ή πνευμονεκτομή²³.

Οι ασθενείς που είναι υποψήφιοι για χειρουργική θεραπεία είναι εκείνοι που έχουν μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα και μάλιστα όταν βρίσκεται σε αρχικό κλινικό στάδιο. Αντίθετα οι ασθενείς που πάσχουν από μικροκυτταρικό καρκίνο σπάνια είναι υποψήφιοι για χειρουργική θεραπεία και μόνο όταν πρόκειται για καρκίνο πρώτου σταδίου και σπανιότερα για καρκίνο δεύτερου σταδίου²⁴.

5.1.5 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΛΕΥΡΟΔΕΞΗΣ.

Πρόκειται για μια επεμβατική τεχνική με την οποία επιτυγχάνεται η διακοπή της παραγωγής υγρού στην υπεζωκοτική κοιλότητα του θώρακα. Η τεχνική αυτή μπορεί να γίνει με τοπική αναισθησία. Στην αρχή ο χειρουργός τοποθετεί, με μια μικρή τομή, ένα σωληνάκι στον θώρακα του ασθενή με το οποίο παροχετεύεται σταδιακά το πλευριτικό υγρό. Στη συνέχεια εγχύεται ένα φάρμακο στην υπεζωκοτική κοιλότητα με το οποίο συνήθως διακόπτεται η παραγωγή του υγρού και ο ασθενής ανακουφίζεται¹³.

Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που ο καρκίνος του πνεύμονα συνοδεύεται από παρουσία μεγάλης ποσότητας υγρού σε έναν «σάκο» που φυσιολογικά περιβάλλει τον πνεύμονα και βρίσκεται κάτω από το δέρμα και τους μύς του θωρακικού τοιχώματος.

Το υγρό αυτό πιέζει τον πνεύμονα και μπορεί να προκαλέσει δυσκολία στην αναπνοή. Η αφαίρεσή του προκαλεί άμεση ανακούφιση του ασθενούς, αλλά όταν αναπαράγεται πολύ γρήγορα ένας τρόπος για να αντιμετωπιστεί αυτή η κατάσταση είναι η εξάλειψη του σάκου μέσα στον οποίο αποθηκεύεται, «κολλώντας» τα δύο φύλλα του μεταξύ τους¹³.

Η διαδικασία αυτή λέγεται πλευρόδεση και γίνεται με έγχυση ειδικής σκληρυντικής ουσίας εντός του σάκου αφού πρώτα αφαιρεθεί όλο το υγρό.

5.1.6 Η ΚΡΥΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Είναι η τεχνική με την οποία παγώνουν και καταστρέφουν καρκινικό ιστό. Η τεχνική χρησιμοποιείται σε προχωρημένα στάδια του καρκίνου του πνεύμονα κυρίως για τον έλεγχο των συμπτωμάτων¹³.

5.1.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο μη μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα αντιμετωπίζεται με χειρουργική εξαίρεση του όγκου, όπου αυτό είναι δυνατό, με ακτινοθεραπεία, με αντινεοπλασματική χημειοθεραπεία ή με συνδυασμό των παραπάνω²⁶.

Θεραπεία εκλογής του ΜΜΚΠ (ο όρος περιλαμβάνει το πλακώδες, το αδενοκαρκίνωμα και το μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα) που αποτελεί το 80% όλων των κακοήθων όγκων του πνεύμονα παραμένει η ριζική εκτομή του όγκου. Μετά τη ριζική εκτομή του όγκου πενταετής επιβίωση αναμένεται στο 65% των ασθενών του σταδίου I και στο 45% των ασθενών του σταδίου II. Το 50% των υποτροπών της νόσου αναμένεται να εμφανιστεί στα πρώτα 2 μετεγχειρητικά χρόνια, ενώ ένα επιπλέον 40% των υποτροπών αναμένεται να εμφανιστεί στα επόμενα 2 έτη. Στο 80% των ασθενών έχουμε επανεμφάνιση της νόσου με μορφή απομακρυσμένων μεταστάσεων²⁶.

Ο ρόλος της χειρουργικής θεραπείας στην αντιμετώπιση του ΜΜΚΠ: η χειρουργική θεραπεία – αφαίρεση του όγκου παραμένει ο κύριος τρόπος θεραπείας με στόχο την ίαση για τον μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα. Αφαιρείται ο λοβός του πνεύμονα ή αν ενδείκνυται γίνεται ευρεία αφαίρεση του όγκου. Μερικές φορές πρέπει να αφαιρεθεί ολόκληρος ο πνεύμονας²⁶.

Ο ρόλος της χημειοθεραπείας στην αντιμετώπιση του ΜΜΚΠ: ο ρόλος της χημειοθεραπείας δεν έχει μέχρι σήμερα αποσαφηνιστεί πλήρως, αν και αποδείχθηκε ότι είναι αποτελεσματικότερη μετά την εφαρμογή σκευασμάτων πλατίνας. Έχει αναφερθεί ότι έως το Στάδιο II της νόσου η ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία ξεπερνά το 50%. Στο στάδιο IV η ανταπόκριση είναι πολύ μικρότερη¹⁸. Όταν συνδυάζεται η πλατίνα με άλλα φάρμακα, όπως τη Vinblastine, τη Vindesine ή την etoposide, η ανταπόκριση φτάνει το 30% στο Στάδιο IV της νόσου. Αν και δεν έχει παρατηρηθεί σαφής βελτίωση στην επιβίωση με τη χρήση των φαρμάκων αυτών στο Στάδιο IV, φαίνεται ότι προσφέρουν πρόσκαιρο όφελος μειώνοντας το μέγεθος του όγκου και ανακουφίζονται από τα συμπτώματα. Πρόσφατες μελέτες με πρωτόκολλα όπου χρησιμοποιήθηκε και πλατίνα έδειξαν ότι η μέση επιβίωση παρατείνεται κατά 4-5 μήνες. Σύμφωνα με αυτές τις ενδιαφέρουσες εργασίες, η χημειοθεραπεία

πρέπει να αρχίζει όσο γίνεται νωρίτερα, με την ελπίδα ότι θα βελτιωθεί η επιβίωση²⁶.

Ο ρόλος της ακτινοβολίας στην αντιμετώπιση του ΜΜΚΠ: αν η χειρουργική θεραπεία δεν είναι εφικτή, είτε διότι η κατάσταση του ασθενούς δεν το επιτρέπει είτε_ διότι η προσβολή των λεμφαδένων έχει τέτοια έκταση που δεν είναι δυνατή η ριζική αφαίρεση του όγκου χειρουργικά, η ακτινοβολία μπορεί να αποτελέσει την βασική θεραπεία^{25,26}.

Συνδυασμός χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας σε ανεγχείρητο ΜΜΚΠ: στο παρελθόν οι ασθενείς με ανεγχείρητο ΜΜΚΠ αντιμετώπιζονταν μόνο με ακτινοθεραπεία. Η μελέτη του Dillman όμως έδειξε τη σημαντική αύξηση της διαίρεση επιβίωσης ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με συνδυασμένη χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία σε σύγκριση με εκείνους που έλαβαν μόνο ακτινοθεραπεία (14 μήνες έναντι 10). Μάλιστα η 3ετής και 5ετής επιβίωση ήταν διπλάσια στην πρώτη ομάδα²¹.

5.1.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα κατ' αρχήν δεν αποτελεί χειρουργική πάθηση και στις περιπτώσεις που επιχειρείται χειρουργική θεραπεία τότε αυτή πρέπει να συνοδεύεται από χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία του μεσοθωρακίου²¹. Μερικές φορές, όγκοι κλινικού σταδίου παραμένουν αδιάγνωστοι και μόνο μετά τη χειρουργική τους εξαίρεση ανευρίσκεται ότι πρόκειται περί μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα. Στις περιπτώσεις αυτές η προσθήκη μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας έχει αναφερθεί ότι προσφέρει πολύ καλά αποτελέσματα μακράς επιβίωσης. Ωστόσο παραμένει

αμφιλεγόμενη η υπεροχή της χειρουργικής αντιμετώπισης συγκριτικά με την χημειοθεραπεία²³.

Αξίζει να αναφερθεί ότι οι υποψήφιοι για οποιονδήποτε τύπο χειρουργικής εκτομής αποτελούν πολύ μικρό ποσοστό των ασθενών με μικροκυτταρικό καρκίνο και αυτό διότι κατά τη διάγνωση το 90% των ασθενών έχουν ήδη προχωρημένη νόσο.

Ο ρόλος της χειρουργικής θεραπείας στην αντιμετώπιση του ΜΚΚΠ: η εξαίρεση της αρχικής εστίας του καρκίνου προσφέρει ελάχιστη βοήθεια στον συγκεκριμένο τύπο του καρκίνου, μολονότι πολύ λίγοι ασθενείς ενδέχεται να ωφεληθούν από την αφαίρεση της αρχικής εστίας και στη συνέχεια να υποβληθούν σε συστηματική χημειοθεραπεία. Αυτό προϋποθέτει επαρκή αναπνευστική λειτουργία, και εντόπιση της νόσου μόνο στον πνεύμονα απ' όπου προήλθε ή στους σύστοιχους πυλαίους λεμφαδένες²³.

Ο ρόλος της χημειοθεραπείας στην αντιμετώπιση του ΜΚΚΠ: επειδή συχνά υπάρχουν αφανείς και μη διαγνώσιμες μεταστάσεις, η χημειοθεραπεία αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας του μικροκυτταρικού καρκίνου, διότι αντιμετωπίζει και τους όγκους που είναι πολύ μικροί για να εντοπιστούν. Εφόσον επιτευχθεί πλήρης ύφεση, δεν υπάρχει λόγος να παραταθεί η χημειοθεραπεία..Δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις πως η παράταση της χημειοθεραπείας πέραν των έξι μηνών προσφέρει μεγαλύτερη ωφέλεια¹⁸. Ακόμα η συνδυασμένη χημειοθεραπεία αποδίδει συχνά και η μέση επιβίωση έχει φτάσει τα δυο χρόνια. Έχουν προταθεί διάφορα σχήματα όπως ο συνδυασμός κυκλοφωσφαμιδίου, μεθοτρεξάτης, αδριαμυκίνης και βινκρυστίνης²³.

Η αποτυχία της χημειοθεραπείας οφείλεται κατά κύριο λόγο στην ανάπτυξη αντίστασης στους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες.

Για να καταστραφεί ένα κύτταρο όγκου από ένα αντικαρκινικό φάρμακο πρέπει **1) το φάρμακο να φτάσει στο κύτταρο του όγκου 2) το κύτταρο να εισέλθει στη φάση του κυτταρικού κύκλου, η οποία επηρεάζεται από το φάρμακο και 3) το κύτταρο να μην είναι ανθεκτικό στο φάρμακο.** Οι μεγάλοι όγκοι είναι γενικά, πιο ανθεκτικοί στην χημειοθεραπεία απ' ό τι οι μικροί, επειδή τα αντικαρκινικά φάρμακα δεν εισέρχονται σε μεγάλους όγκους. Επίσης στους μεγάλους όγκους τα κύτταρα δεν επηρεάζονται από ειδικά της μη ειδικά της S φάσης φάρμακα και επομένως η δραστική ανάπτυξη του όγκου επανεγκαθίσταται. Εάν πολλαπλασιάζονται τα ανθεκτικά κύτταρα ο όγκος που δημιουργήθηκε από αυτά θα είναι ανθεκτικός στα φάρμακα. Το πρόβλημα αυτό αντιμετωπίστηκε με την εναλλασσόμενη θεραπεία με διαφορετικούς συνδυασμούς φαρμάκων χωρίς όμως να αυξήσει την επιβίωση^{22,23}.

Ο ρόλος της ακτινοβολίας στην αντιμετώπιση του ΜΚΚΠ: δόσεις ακτινοβολίας πάνω από τα 5000cgy είναι απαραίτητες για θεραπεία των όγκων του θώρακα. Αν η ακτινοβολία συνδυαστεί με τη χημειοθεραπεία επιτυγχάνεται μεγαλύτερη ανταπόκριση και καλύτερη επιβίωση. Επίσης, για να ελεγχθεί η αρχική εστία ο συνδυασμός ακτινοβολίας και χημειοθεραπείας υπερέχει της απλής χημειοθεραπείας. Δεν έχει αποδειχθεί όμως ακόμη πως αυτό ισχύει και για τις μεταστάσεις²³.

Έρευνες έχουν δείξει κάπως καλύτερη επιβίωση με τη συνδυασμένη θεραπεία, υπό την προϋπόθεση ότι η έναρξη της χημειοθεραπείας δεν καθυστερεί χάριν της ακτινοβολίας. Αυτό ο συνδυασμός, όμως συνοδεύεται από αυξημένη συχνότητα παρενεργειών και θνησιμότητας, λόγω τοξικής επίδρασης στους πνεύμονες και το μυελό των οστών²³.

Μερικοί ασθενείς έχουν μεγάλη μάζα όγκου στο κέντρο του θώρακα, η οποία πιέζει τη μεγάλη φλέβα που παροχετεύει το αίμα από το κρανίο και τα άνω άκρα (άνω κοίλη φλέβα). Η πίεση αυτή εμποδίζει τη ροή του αίματος με αποτέλεσμα να προκαλεί οίδημα του προσώπου, των χεριών μερικές φορές δε και του εγκεφάλου. Αν υπάρχει το συνδρομο άνω κοίλης φλέβας, μπορεί να χορηγηθεί χημειοθεραπεία ή ο συνδυασμός της με ακτινοβολία²⁴.

Λόγω των συχνών μεταστάσεων στον εγκέφαλο στους ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα ειδικά στους ασθενείς με μεγαλύτερη επιβίωση, πολλοί γιατροί εφαρμόζουν προφυλακτική ακτινοβολήση του κρανίου. Έτσι μειώνεται η συχνότερη ανάπτυξη των κλινικώς εμφανών εγκεφαλικών μεταστάσεων, ιδιαίτερα στους ασθενείς με πλήρη ανταπόκριση στη θεραπεία. Δεν έχει αποδειχθεί όμως ότι μ' αυτόν τον τρόπο παρατείνεται η επιβίωση. Είναι πιθανό να παρουσιαστούν επιπλοκές αργότερα από τη θεραπεία αυτή, όπως σημαντικά νευρολογικά, ψυχικά και διανοητικά προβλήματα, ειδικά στους ασθενείς που έλαβαν ημερησίως υψηλές δόσεις ακτινοβολίας. Ίσως είναι προτιμότερο να χορηγούνται μικρότερες δόσεις ημερησίως²⁴.

Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι, πολλά κέντρα δεν συνιστούν την προφυλακτική ακτινοβολήση εγκεφάλου επειδή δεν έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στην παράταση της επιβίωσης, ενώ είναι γνωστές οι νευρολογικές επιπλοκές. Η ακτινοβολήση του εγκεφάλου συνιστάται απαραίτητως εφόσον εμφανιστούν μεταστάσεις στον εγκέφαλο²⁴.

Νέα φάρμακα στην θεραπεία του ΜΚΚΠ: από τα καινούργια φάρμακα που έχουν εφαρμοσθεί στη θεραπεία του μικροκυτταρικού καρκίνου πνεύμονος, η πακλιταξέλη ως θεραπεία πρώτης γραμμής σε ασθενείς με εκτεταμένη νόσο, επέφερε ανταπόκριση σε ποσοστό 41%. Η δοσιταξέλη έχει επίσης μελετηθεί σε

ασθενείς οι οποίοι δεν είχαν λάβει προηγούμενα άλλη θεραπεία, με κάπως αλληλοσυγκρουόμενα αποτελέσματα. Σε μια μελέτη υπήρξε μόνο μια μερική ανταπόκριση μεταξύ 12 ασθενών, ενώ σε μια άλλη μελέτη υπήρξαν 12 ανταποκρίσεις μεταξύ 46 ασθενών. Από τα νεότερα φάρμακα η ιρινοτεκάνη ως θεραπεία πρώτης γραμμής δοκιμάστηκε μόνο επί 8 ασθενών με αποτέλεσμα ανταπόκρισης στους μισούς από αυτούς. Το άλλο παράγωγο της καμπτοθεκίνης, η τοποτεκάνη χορηγήθηκε επίσης σε ασθενείς με εκτεταμένη νόσο, που όμως δεν είχαν πάρει προηγούμενα άλλη θεραπεία, με ποσοστό ανταπόκρισης 39%^{23,24}.

Από τα καινούργια φάρμακα επίσης η τζεμισιταμπίνη μελετήθηκε σε μια ομάδα ασθενών ως θεραπεία πρώτης γραμμής σε ποσοστό ανταπόκρισης 27%. Από τα καινούργια φάρμακα τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για την θεραπεία του ΜΚΚΠ υπάρχει ένα είδος πλατίνης που χορηγείται από το στόμα και είναι το σκεύασμα GM216. Η θεραπεία με το συγκεκριμένο φάρμακο χορηγήθηκε σε ομάδα ασθενών που δεν βρέθηκε ικανή να λάβει συνδυασμένη χημειοθεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ποσοστό ανταπόκρισης 38% με ήπια τοξικότητα²⁴.

Σχετικά με τις αντενδείξεις της χειρουργικής θεραπείας συνοψίζονται ως εξής:

- 1. Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.**
- 2. Παρουσία νεοπλασματικής υπεζωκοτικής συλλογής.**
- 3. Παράλυση διαφράγματος λόγω διήθησης του φρενικού νεύρου.**
- 4. Βράγχος φωνής λόγω παράλυσης φωνητικής χορδής από διήθηση του κάτω λαρυγγικού νεύρου.**
- 5. Διήθηση οργάνων του μεσοθωρακίου επιβεβαιωμένη με την αξονική Τομογραφία.**
- 6. Παρουσία συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας.**

7. Παρουσία άλλης σοβαρής συστηματικής νόσου.

8. Σημαντική έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργία μη επιτρέπouσα τη ριζική χειρουργική αφαίρεση.

Ιδιαίτερη σημασία έχει δοθεί στην μετεγχειρητική θνησιμότητα αλλά και στην επιβίωση των ασθενών μετά από την χειρουργική θεραπεία²⁴.

Η περιεγχειρητική θνησιμότητα έχει μειωθεί σημαντικότερα τελευταία χρόνια όπως αναφέρθηκε από την ομάδα μελέτης του καρκίνου του πνεύμονα στις ΗΠΑ, που αφορούσε περισσότερες από 2000 θωρακοτομές. Από την έρευνα αυτή αναφέρθηκε ότι για το σύνολο των εκτομών του πνεύμονα η θνησιμότητα είναι μόλις 3,7% για την πνευμονεκτομή 6,2% για τη λοβεκτομή 2,9% και για τις μικρότερες εκτομές 1,4%. Επίσης, από την ίδια ομάδα αναφέρθηκε ότι η θνησιμότητα στους ασθενείς ηλικίας κάτω των 60 ήταν 1,3 και 4,1% στους ασθενείς ηλικίας 60-69 ετών, ενώ ήταν 7,1 στους ασθενείς ηλικίας 70 και άνω²¹.

Η πενταετής επιβίωση για το σύνολο των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική θεραπεία κυμαίνεται από 7,5 έως 45% και οι ευρείες αυτές διακυμάνσεις οφείλονται στον διαφορετικό ιστολογικό τύπο, το μετεγχειρητικό παθολογοανατομικό στάδιο, την επέκταση της νόσου στους λεμφαδένες και την εφαρμογή άλλων μορφών συμπληρωματικής θεραπείας. Ασθενείς με όγκο T1 ή T2 έχουν πενταετή επιβίωση που υπερβαίνει το 80% και το 62% αντίστοιχα²³.

5.1.9 ΤΟ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ.

Κατά την μετεγχειρητική ανάρρωση ο ασθενής θα διαπιστώσει ότι φέρει στο θώρακα του κάποιες παροχτεύσεις (σωληνάκια) που ο ρόλος τους είναι να

απομακρύνουν αίμα και σωματικά υγρά από την περιοχή του τραύματος. Οι παροχετεύσεις αυτές θα απομακρυνθούν όταν δεν θα έχουν πλέον περιεχόμενο, περίπου σε 7 ημέρες. Εξετάσεις αίματος, ακτινογραφίες θώρακος, χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής για την αντιμετώπιση λοιμώξεων αποτελούν μέρος της μετεγχειρητικής περιόδου εξατομικευμένα για κάθε ασθενή²³.

5.1.10 Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΙΣΘΑΝΕΤΑΙ ΔΥΣΠΝΟΙΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟ.

Ασθενείς με ιστορικό αναπνευστικής νόσου ίσως χρειαστούν μια επιπρόσθετη φροντίδα. Αναπνευστικές ασκήσεις με την βοήθεια φυσιοθεραπευτή θα βοηθήσουν να αποκτήσουν σταδιακά επαρκή αναπνευστική λειτουργία.

Ο πόνος είναι υπαρκτός τις πρώτες ημέρες μετά το χειρουργείο. Όμως υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός αναλγητικών φαρμάκων που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ώστε να εξασφαλίσει στον ασθενή μια ανώδυνη μετεγχειρητική ανάρρωση. Πιο σπάνια, κάποιοι ασθενείς αντιμετωπίζουν το αίσθημα του πόνου εβδομάδες ή μήνες μετά το χειρουργείο. Συνήθως, αυτό οφείλεται στον τραυματισμό κάποιου νεύρου κατά τη διάρκεια της επέμβασης²⁶.

5.2 Η ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Συνήθως ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι σε 2 εβδομάδες. Η ανάρρωση του κάθε ασθενούς εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και δεν μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια. Η προεγχειρητική καλή γενική κατάσταση, το νεαρό της ηλικίας, η γρήγορη κινητοποίηση, η συνεργασία με φυσιοθεραπευτή αποτελούν ευνοϊκούς παράγοντες μιας καλής και ταχείας μετεγχειρητικής πορείας^{24,25}.

5.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αυτό το σχέδιο φροντίδας εστιάζεται στη χρήση κυτταροτοξικών φαρμάκων στη θεραπεία του καρκίνου. Τα φάρμακα χρησιμοποιούνται μόνα ή σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση και /ή ακτινοθεραπεία για να επιτευχθεί ίαση, έλεγχος ή ανακούφιση από τα συμπτώματα της προχωρημένης νόσου³⁰. Η συνδυασμένη χημειοθεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα από τη μονοθεραπεία^{23,25}.

Στόχος της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή όλων των κακοήθων κυττάρων χωρίς να προκληθεί μόνιμη βλάβη των φυσιολογικών. Η επιτυχία της θεραπείας εξαρτάται από το μέγεθος, τον τύπο και την εντόπιση του όγκου, σε συνδυασμό με τη γενική κατάσταση του ασθενούς, τυχόν προηγούμενη χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία και την κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος²⁴.

Τα κυτταροτοξικά φάρμακα ταξινομούνται σύμφωνα με τη χημική δομή τους ή τη δράση τους στον κύκλο ζωής του κυττάρου. Ορισμένα δεν έχουν σχέση με το κύκλο ζωής του κυττάρου και θα το καταστρέψουν ανεξάρτητα από τη φάση πολλαπλασιασμού του. Αλλά σχετίζονται με τον κύκλο ζωής και είναι πιο αποτελεσματικά εναντίον των κυττάρων που πολλαπλασιάζονται με ταχείς ρυθμούς²⁵.

Τα κυτταροτοξικά φάρμακα πιστεύεται ότι καταστρέφουν ένα σταθερό ποσοστό των κυττάρων του όγκου με κάθε δόση, γιατί μόνο ένα ποσοστό των καρκινικών κυττάρων βρίσκεται στη φάση της διαίρεσης και έτσι παρουσιάζει ευαισθησία στα φάρμακα²⁵.

Θεωρητικά, όσο μεγαλύτερος είναι ο ρυθμός ανάπτυξης του όγκου, τόσο περισσότερα καρκινικά κύτταρα θα καταστραφούν. Τα κύτταρα στη φάση

ηρεμίας ανταποκρίνονται λιγότερο στους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες και είναι περισσότερο ικανά να αποκαθιστούν τις βλάβες, αν προσβληθούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Στους ασθενείς με καρκίνο συνήθως χορηγείται συνδυασμός φαρμάκων τα οποία δίνονται μαζί ή με καθορισμένη σειρά ή πρωτόκολλο. Η αθροιστική και μερικές φορές η συνεργική δράση που παρατηρείται όταν τα φάρμακα χρησιμοποιούνται μαζί, προκαλεί την καταστροφή αυξημένου ποσοστού των καρκινικών κυττάρων του όγκου χωρίς ταυτόχρονα να αυξάνεται η φαρμακευτική τοξικότητα. Τα φάρμακα επιλέγονται για συνδυασμένη χρήση με βάση την αποτελεσματικότητά τους, τη δράση στον κυτταρικό κύκλο, την τοξικότητα και τους άλλους φαρμακολογικούς τους χαρακτήρες.²⁴

Τα κυτταροτοξικά φάρμακα δεν διακρίνουν το φυσιολογικό από το καρκινικό κύτταρο και επομένως μπορεί να παρατηρηθούν ορισμένες παρενέργειες και τοξικά φαινόμενα από τη χρήση τους. Τα φάρμακα έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση σε ταχέως πολλαπλασιαζόμενα καρκινικά και φυσιολογικά κύτταρα. Επειδή τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν δρουν εκλεκτικά μόνο στα καρκινικά, αλλά και στα φυσιολογικά κύτταρα, η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία είναι πραγματικά μια πρόκληση²⁴.

5.3.1 Η ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΤΑ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ.

Πολλοί ασθενείς μετά την ανάρρωση από το χειρουργείο πρέπει να λάβουν επικουρική χημειοθεραπεία. Οι κλινικές μελέτες δείχνουν βελτίωση στην πενταετή επιβίωση κατά 5-15% όταν μετά το χειρουργείο ακολουθεί επικουρική χημειοθεραπεία.²⁵

5.3.2 ΣΥΝΕΧΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Επειδή υπάρχει κίνδυνος υποτροπής του καρκίνου στην ίδια εστία, που είχε παρουσιαστεί αρχικά ή κάπου αλλού στο σώμα, επιβάλλεται, μετά την ολοκλήρωση των κύκλων της χημειοθεραπείας, η τακτική παρακολούθηση του ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό, με σκοπό την έγκαιρη ανίχνευση της επανεμφάνισης του όγκου.

Πριν την αναχώρησή του ασθενούς από την Ογκολογική Μονάδα θα του δοθεί ραντεβού για την επίσκεψή του στα εξωτερικά ιατρεία για τις τακτικές αιματολογικές εξετάσεις και τον έλεγχο ρουτίνας με απεικονιστικές εξετάσεις. Αυτό θα συνεχιστεί για μερικά χρόνια, αρχικά ανά συχνά χρονικά διαστήματα, τα οποία μετά την παρέλευση της πενταετίας θα γίνουν αραιότερα. Στα χρονικά διαστήματα από το ένα ραντεβού έως το επόμενο, τυχόν νέα συμπτώματα ή προβλήματα θα πρέπει να αναφερθούν στον ιατρό.²⁵

5.4 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία είναι ένας από τους κύριους τρόπους θεραπείας του καρκίνου. Χρησιμοποιείται μόνη ή σε συνδυασμό με τη χειρουργική και την χημειοθεραπεία για να επιτευχθούν παρηγορητικά ή θεραπευτικά αποτελέσματα. Αν και θεωρείται λιγότερο αποτελεσματική από τη χειρουργική αντιμετώπιση, η ακτινοθεραπεία μπορεί να εξασφαλίσει μακροχρόνια επιβίωση σε ορισμένους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα.²⁴

Η ακτινοθεραπεία, η οποία μπορεί να είναι είτε εξωτερική (τηλεθεραπεία) είτε εσωτερική (βραχυθεραπεία) είναι τοπική μορφή θεραπείας στην οποία η

καταστροφή των κυττάρων συμβαίνει μόνο στην περιοχή όπου εφαρμόζεται η θεραπεία. Είναι περισσότερο αποτελεσματική σε όγκους με καλή οξυγόνωση και με ταχύ ρυθμό ανάπτυξης. Δυστυχώς, η ακτινοθεραπεία δεν έχει εκλεκτική δράση μόνο στα καρκινικά κύτταρα και έτσι μεταβολές της κυτταρικής δομής και λειτουργίας συμβαίνουν τόσο στα καρκινικά, όσο και στα φυσιολογικά κύτταρα, όμως έχουν μεγαλύτερη ικανότητα αποκατάστασης των βλαβών²⁴.

Η ακτινοθεραπεία προκαλεί περίπλοκες μεταβολές στα κύτταρα, που αρχίζουν αμέσως και συνεχίζονται για απεριόριστη περίοδο. Ο χρόνος του κυτταρικού θανάτου και οι παρενέργειες που υφίσταται ο ασθενής εξαρτώνται από τον αριθμό των grays (Gy) ή centigrays που δέχεται από το αν διασπώνται και οι δύο έλικες του DNA ή όχι, από την κατάσταση της κυτταρικής μεμβράνης από το ρυθμό μιτώσεων του κυττάρου και από τη βλάβη στην αναπαραγωγική ικανότητα του κυττάρου. Οι παρενέργειες που μπορεί να παρουσιάσουν όλοι οι ασθενείς που δέχονται εξωτερική ακτινοβολία είναι: αντίδραση του δέρματος στη θέση που ακτινοβολήθηκε, κόπωση, κακουχία και ανορεξία. Άλλες παρενέργειες μπορεί να παρουσιαστούν ανάλογα με την ανατομική θέση που ακτινοβολείται, το ρυθμό μιτώσεων των κυττάρων στο πεδίο ακτινοθεραπείας, τον καταμερισμό της δόσης, την ολική δόση και τη γενική κατάσταση του ασθενούς²⁴.

5.4.1 ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΑΚΤΙΝΩΝ LASER ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Η φωτοδυναμική θεραπεία ή φωτοχημειοθεραπεία είναι μια καινούρια σχετικά θεραπεία που βασίζεται στην χρήση των Laser. Χρησιμοποιείται σαν εναλλακτική πρόταση αντί της χειρουργικής στην αντιμετώπιση μικρών σε έκταση και βάθος διεύθυνσης κακοήθων εξεργασιών²⁵.

Επομένως, οι τεχνικές laser χρησιμοποιούνται με επιτυχία στη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα όταν η νόσος αναπτύσσεται ενδοαυτικά σε δυο ξεχωριστές οντότητες:

α) Σε πρώιμες μορφές καρκίνου του πνεύμονα, όπως ακτινολογικά μη εμφανής και ο *in situ* καρκίνος.

β) Σε προχωρημένη τοπική νόσο που προκαλεί απόφραξη ή και αιμορραγία.

Η επιλογή των ασθενών γίνεται ως εξής:

1. Ηλικία μεγαλύτερη των 75 ετών.
2. Αποδεδειγμένος με βιοψία ή ψήκτρα πλακώδης καρκίνος του πνεύμονα.
3. Μη εμφανής συμβατή βλάβη στη G.T. θώρακος.
4. Αρνητική μεσοθωρακοσκόπηση επί παρουσίας διογκωμένων λεμφαδένων στη G.T. θώρακος.
5. Βρογχοσκοπική επιβεβαίωση ότι ο όγκος εντοπίζεται επιφανειακά.
6. Το μέγεθος του όγκου δεν υπερβαίνει το 1cm².
7. Εντόπιση σε ορατή περιοχή του βρογχικού δένδρου με το βρογχοσκόπιο.
8. Συνθήκες που επιτρέπουν την χειρουργική εξαίρεση²¹.

Τα κριτήρια αποκλεισμού από την φωτοδυναμική θεραπεία είναι σημαντικά και αξίζει να τα τονίσουμε:

1. Συνυπάρχουσες καταστάσεις που αποκλείουν την πιθανότητα χειρουργικής επέμβασης σαν προοπτική.
2. Αναμενόμενη μετεγχειρητική Fev₁ μικρότερη του 0,75L.T.
3. Πάχυνση του βρογχικού τοιχώματος.
4. Η παρουσία καρκίνου που δεν έχει θεραπευθεί.

Η μέθοδος που ακολουθείται σ' αυτή τη θεραπεία είναι η ενδοφλέβια έγχυση αιματοπορφυρίνης IX σε δόση 3mg/kg ή παράγωγου αιματοπορφυρίνης σε δόση 2,5mg/kg. Μετά την πάροδο 40-50 ωρών εφαρμόζεται η ακτινοβολία laser με τη βοήθεια εύκαμπτου βρογχοσκοπίου²⁵.

Η θεραπευθείσα περιοχή δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες μεταβολές αμέσως μετά τη θεραπεία. Οι μεταβολές παρατηρούνται 6-48 ώρες μετά και αφορούν τοπικό οίδημα του βλεννογόνου, διόγκωση και τοπική νέκρωση. Αν οι μεταβολές αυτές επηρεάσουν τη διάμετρο του βρόγχου τότε θα εμφανισθεί βήχας, δύσπνοια και συριγματώδης αναπνοή. Σε σπάνιες περιπτώσεις θα απαιτηθεί βρογχοσκόπηση προκειμένου να απομακρυνθούν νεκρωμένοι ιστοί ώστε να αποκατασταθεί η αναπνευστική λειτουργία²⁶.

Στις περισσότερες φορές ο ασθενής αποβάλλει του νεκρωμένους ιστούς ο ίδιος με βήχα. Το αποτέλεσμα της θεραπείας ελέγχεται ανά τρίμηνο. Ο επανέλεγχος του ασθενούς περιλαμβάνει: **ακτινομορφολογικό έλεγχο με α/α θώρακος, G.T. θώρακος και βρογχοσκόπηση²⁶.**

Οι εργασίες από την Αμερική και την Ιαπωνία μας επιτρέπουν να συμπεραίνουμε ότι η **φωτοδυναμική θεραπεία** είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του πρώιμου επιφανειακού πλακώδη καρκίνου του πνεύμονος, ιδιαίτερα όταν το μέγεθος της βλάβης δεν υπερβαίνει το 1cm².

5.5 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

5.5.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Παρόλο που η κλασική χημειοθεραπεία έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα αρχικού σταδίου, δεν φαίνεται να ωφελεί εξίσου τους ασθενείς με τοπικά προχωρημένη ή μεταστατική νόσο²⁶.

Παράλληλα, η γνώση της βιολογίας του καρκίνου του πνεύμονα οδήγησε στη διατύπωση της υπόθεσης ότι θεραπείες οι οποίες στοχεύουν τα βιολογικά αυτά μόρια μπορεί να βοηθήσουν στην καταπολέμηση του καρκίνου του πνεύμονα²⁶.

5.5.2 ΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ.

Οι βιολογικές θεραπείες ως «έξυπνες βόμβες» κατευθύνονται σε ειδικούς στόχους στα καρκινικά κύτταρα, αφήνοντας ανεπηρέαστα τα φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού. Κατ' αυτόν τον τρόπο η θεραπεία γίνεται περισσότερο συγκεκριμένη, πιο ειδική και λιγότερο τοξική. Τα βιολογικά φάρμακα που έχουν αποτελεσματικότητα στον καρκίνο του πνεύμονα εντάσσονται στην κατηγορία των μονοκλωνικών αντισωμάτων και των μικρών μορίων με δραστικότητα τυροσινικής κινάσης και την ευαισθητοποίησή του ειδικά απέναντι στα καρκινικά κύτταρα, προκειμένου να τα καταπολεμήσει²⁶.

Μέχρι σήμερα κανένα εμβόλιο δεν έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με βελτίωση της πρόγνωσης όσον αφορά τον καρκίνο του πνεύμονα.

5.6 ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

Στη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα χρησιμοποιούνται διάφορα κυτταροστατικά φάρμακα, που αναστέλλουν τον πολλαπλασιασμό και την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων²³.

5.6.1 ΤΑ ΣΥΝΗΘΗ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.

Συνήθως αυτά χορηγούνται σε διαφορετικούς συνδυασμούς. Μερικά από αυτά τα φάρμακα είναι:

- η σισπλατίνη,
- η καρβοπλατίνη,
- η δοσεταξέλη,
- η πακλιταξέλη,
- η ετοποσίδη,
- η κυκλοφωσφαμίδη,
- η ιφωσφαμίδη,
- η βινορελμπίνη,
- η γεμισιταμπίνη,
- η πεμετρεξέδη.

Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, όπως και οι παρενέργειες των συνδυασμών διαφέρουν αρκετά²³.

5.6.2 Ο ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ, ΜΕ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.

Συγκεκριμένα σχήματα χημειοθεραπευτικών φαρμάκων χρησιμοποιούνται διεθνώς για τον μικροκυτταρικό και μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα. Ο Παθολόγος - Ογκολόγος εκτιμώντας τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου, την κλινική κατάσταση του ασθενούς, αλλά και τις επιθυμίες του ίδιου του αρρώστου, θα επιλέξει το πιο κατάλληλο σχήμα²⁵.

A yellow scroll graphic with a blue border and rounded corners. The text 'ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6' is centered on the scroll.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6. Ο ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ο κύριος σκοπός του προληπτικού ελέγχου είναι η έγκαιρη διάγνωση της κακοήθειας που θα οδηγήσει στη μείωση των πιθανοτήτων ο ασθενής να πεθάνει από τη συγκεκριμένη νόσο.²⁷

6.1 –ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Ο ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ;

Ο προληπτικός έλεγχος γίνεται με συγκεκριμένες εργαστηριακές εξετάσεις όπως οι εξετάσεις αίματος ή παρακλινικές εξετάσεις, όπως η κολονοσκόπηση. Υπάρχουν εξετάσεις με μεγάλη ευαισθησία και ειδικότητα για συγκεκριμένες κακοήθειες.

Μία εξέταση έχει μεγάλη ευαισθησία όταν διαγιγνώσκει τη νόσο και μεγάλη ειδικότητα όταν αποκλείει τη νόσο.

Αυτό σημαίνει ότι οι εξετάσεις αυτές μας δείχνουν με πολύ μικρή πιθανότητα λάθους ότι ένας ασθενής πάσχει από την συγκεκριμένη κακοήθεια.²⁷

Ο προληπτικός έλεγχος για τον καρκίνο του πνεύμονα που χρησιμοποιεί την απλή ακτινογραφία θώρακος ή την αξονική τομογραφία θώρακος ενέχει κάποιους κινδύνους.

Οι απεικονιστικές εξετάσεις μπορούν να έχουν ψευδώς θετικά αποτελέσματα, δηλαδή να δίνουν κάποιο στοιχείο ως κακοήθεια χωρίς αυτό να είναι αλήθεια.

Έτσι, ο ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε μια σειρά εξετάσεων, πολλές από τις οποίες είναι επώδυνες και επικίνδυνες, χωρίς κανένα απολύτως λόγο.

6.2 – ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ;

Για να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα πρέπει να εξαλειφθούν, όσο το δυνατό περισσότερο οι παράγοντες κινδύνου της νόσου.

Αν και υπάρχει κληρονομική προδιάθεση για τον καρκίνο του πνεύμονα δεν υπάρχει κάποιος γενετικός έλεγχος που θα βοηθούσε στην έγκαιρη διάγνωση του.

Οι άνθρωποι δεν ευθύνονται για τα γονίδια που κληρονομούν από τους γονείς τους ούτε μπορούν να τα ελέγξουν.

Μπορούν όμως να ελέγξουν τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του καρκίνου του πνεύμονα και κυρίως τη διακοπή του καπνίσματος.

Επίσης αφού δεν μπορεί να τροποποιηθεί, προς το παρόν, το γενετικό υλικό του ατόμου, πρέπει να προσέχει κάθε άτομο τα ακόλουθα:

- Να μην υποβάλλεται σε **παθητικό κάπνισμα**
- Να μην εκτίθεται σε **μολυσμένα περιβάλλοντα**
- Να μην εκτίθεται σε εκπομπές **ραδιενεργών** σωματιδίων .
- Να μην εκτίθεται σε **ίνες άσβεστου (αμίαντος)**²⁷.

6.2.1 Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΜΙΚΡΑΙΝΕΙ ΤΙΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΕΣ..

Εάν διακόψετε το κάπνισμα δεν εξαλείφεται η πιθανότητα να εμφανίσετε καρκίνο του πνεύμονα, μειώνεται όμως σημαντικά.

Δεν εξαλείφεται, γιατί δεν είναι ο μόνος αιτιολογικός παράγοντας, αλλά και γιατί πρέπει να περάσουν πολλά χρόνια για να ισοβαθμιστεί ο κίνδυνος ενός πρώην καπνιστή με αυτόν ενός ανθρώπου που δεν κάπνισε ποτέ.

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα υποδιπλασιάζεται μετά από τα πρώτα δέκα χρόνια διακοπής. Γι' αυτό, είναι σημαντικό κάποιος να μην καπνίζει²⁵.

6.2.2 Η ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΙΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΕΣ..

Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι η συστηματική κατανάλωση φρούτων και λαχανικών ίσως μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα. Το

ίδιο αποτέλεσμα φαίνεται να έχουν δίαιτες πλούσιες σε βιταμίνη Α και βιταμίνη C.

Η κατανάλωση πράσινου τσαγιού, επίσης, φαίνεται να αποτελεί προληπτικό παράγοντα. Αντίθετα, η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα²⁵.

6.2.3 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.

Παρόλο που για άλλα είδη καρκίνου έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα βιταμινούχα σκευάσματα όπως η β-καροτένη (ένα παράγωγο της βιταμίνης Α) αυτό δεν ισχύει στον καρκίνο του πνεύμονα.

Αντίθετα, μάλιστα, η λήψη αυτής της βιταμίνης από τους καπνιστές έχει ακριβώς τα αντίθετα αποτελέσματα^{19,25}.

6.2.4 Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ.

Από τις μελέτες που έχουν γίνει φαίνεται η σωματική άσκηση να μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα .

Η σωματική άσκηση βοηθάει τη λειτουργία του οργανισμού αλλά και συντελεί και στην ψυχολογική τόνωση λόγω της σωματικής ευεξίας²³.

6.3 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.

Η πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα μπορεί να γίνει, όπως άλλωστε και κάθε καρκίνου, σε τρία στάδια. Αυτά είναι η πρωτογενής, η δευτερογενής και η τριτογενής πρόληψη.

Η **Πρωτογενής Πρόληψη** του καρκίνου του πνεύμονα περιλαμβάνει την παρέμβαση στους αιτιολογικούς παράγοντες, ώστε να ανατραπεί η δημιουργία του. Αυτό συνεπάγεται την ιατρική αξιολόγηση των ατόμων που παρουσιάζουν χρόνια βήχα και χρόνιες αναπνευστικές λοιμώξεις. Επίσης μπορεί να γίνει πρόληψη σε καπνιστές και καπνίστριες με ακτινογραφία του θώρακα κάθε έξη μήνες. Πρόληψη γίνεται επιπροσθέτως με την αποφυγή του καπνίσματος και της έκθεσης στον καπνό και στον αμίαντο, με τον έλεγχο των γενετικών παραγόντων και της ανοσολογικής κατάστασης του οργανισμού μας που συμβάλει στην ανάπτυξη κακοήθειας. Τέλος, με τον έλεγχο του ψυχολογικού στρες, που ενοχοποιείται σαν αιτιολογικός παράγοντας της ανάπτυξης βρογχογενούς καρκινώματος²⁵.

Η **Δευτερογενής Πρόληψη** του καρκίνου του πνεύμονα περιλαμβάνει την αναγνώριση των προκαρκινικών αλλοιώσεων ή την ανίχνευση των καρκινωμάτων με σκοπό την αντιμετώπισή τους.

Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με συχνό έλεγχο για να αναγνωριστούν σε έγκαιρο στάδιο οι αλλοιώσεις που μπορεί να υπάρχουν. Ο έλεγχος αυτός περιλαμβάνει ακτινογραφία του θώρακα, αξονική τομογραφία και έλεγχο καρκινικών δεικτών. Αυτό, βέβαια, δεν μπορεί να γίνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα σε κάθε άνθρωπο, όμως μπορεί να εφαρμόζεται από τα άτομα που είναι πιο επιρρεπή στον καρκίνο, δηλ. τους καπνιστές, τους ανθρώπους που παθαίνουν συχνά αναπνευστικές λοιμώξεις και που πάσχουν από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Επίσης, μπορεί να γίνεται να γίνεται έλεγχος σε άτομα που εκτίθενται σε βιομηχανικά προϊόντα όπως αρωματικούς υδρογονάνθρακες, αλκυλιούχους παράγοντες, μέταλλα και ιονίζουσες ακτινοβολίες. Τέλος, σε άτομα που πάσχουν από φυματίωση, βρογχεκτασία, σαρκοείδωση, διάχυτη πνευμονική ίνωση και σκληροδερμία. Η δευτερογενής

πρόληψη περιλαμβάνει τις δραστηριότητες αυτές που έχουν στόχο να παρέχουν ικανή προστασία στον πληθυσμό από μία ασθένεια μειώνοντας την διάρκεια και την βαρύτητά της²⁵.

Η **Τριτογενής Πρόληψη** του καρκίνου του πνεύμονα περιλαμβάνει εκείνες τις δραστηριότητες που έχουν ως στόχο τον περιορισμό των χρόνιων συνεπειών μίας ασθένειας ελαχιστοποιώντας την λειτουργική ανικανότητα που μπορεί να φέρει μια ασθένεια (ibid.).

Στη συγκεκριμένη περίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα, αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που δημιουργεί ο καρκίνος, όπως του βήχα, της αιμόπτυσης, του συριγμού, της δύσπνοιας, του πυρετού, του θωρακικού πόνου, τις επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις του αναπνευστικού, της απώλειας βάρους, του πόνου, της καρδιακής ανεπάρκειας, των αρρυθμιών, της πλευρίτιδας και του συνδρόμου της άνω κοίλης φλέβας.

Με την αντιμετώπιση αυτών των συμπτωμάτων επιτυγχάνεται η μη παραίτηση του ασθενή από τις φυσικές δραστηριότητες που θα πραγματοποιούσε και η μη εξάρτηση του εαυτού του από άλλους²⁷.

6.3.1 - ΠΟΥ ΣΤΟΧΕΥΕΙ ΤΟ ΚΑΘΕ ΣΤΑΔΙΟ;

- Ø Στη **πρωτογενή πρόληψη** σημαντικό ρόλο παίζει η ενημέρωση του κοινού, η οποία είναι σχεδόν ανύπαρκτη για τον καρκίνο του πνεύμονα

- Ø Στη **δευτερογενή πρόληψη**, η ενημέρωση αναφέρεται στους ανθρώπους που είναι ήδη καπνιστές και είναι ήδη αντιμέτωποι με τους παράγοντες που προκαλούν καρκίνο του πνεύμονα.

Ø Στη **τριτογενή πρόληψη**, η ενημέρωση περιλαμβάνει την εξήγηση στον ήδη ασθενή από καρκίνο του πνεύμονα, τη σπουδαιότητα που έχει στην καλή εξέλιξη της νόσου η φυσική κατάσταση, η καλή θρέψη και η καλή ψυχολογία²⁸.

A yellow scroll graphic with a blue border and rounded corners, featuring a vertical strip on the left side and a small circular tab on the top right. The text is centered on the scroll.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7. Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.

Η εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου είναι ζωτικής σημασίας για τη μετέπειτα πορεία της υγείας του. Λαμβάνεται το ιστορικό υγείας και εκτελούνται η φυσική εκτίμηση και οι διαγνωστικές εξετάσεις¹.

7.1 ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΑΙ ΣΧΕΤΙΚΑ

ΜΕ:

- α) την ηλικία**
- β) το φύλο**

γ) το πολιτιστικό υπόστρωμα

δ) το επάγγελμα: έκθεση σε καπνό ή σκόνη αμιάντου

ε) την κοινωνικοοικονομική κατάσταση

στ) τις διαιτητικές συνήθειες: απώλεια βάρους σώματος, όρεξη για φαγητό.

ζ) την χρήση αλκοόλ

η) την καπνιστική συμπεριφορά

- ο χρόνος έναρξης καπνίσματος
- ο αριθμός τσιγάρων/24ωρο
- η εισπνοή του καπνού του τσιγάρου.

θ) το ιστορικό βήχα: πότε άρχισε, ποια ώρα παρουσιάζεται, είναι παραγωγικός,

χαρακτηριστικά πτυέλων

ι) τις συνθήκες ζωής: αναγνώριση δινητικών πηγών stress, έγγαμος ή άγαμος, δομή οικογένειας και τη θέση του σ' αυτή.

ιβ) Το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου πνεύμονα

ιγ) Την κατάσταση των ούλων: ο καρκίνος μπορεί να προκαλέσει εξελκώσεις και αιμορραγίες ούλων.

ιδ) τα παράπονα για πόνους στο θώρακα: εντοπισμένο ή επηρεαζόμενο από την αναπνευστική λειτουργία, ήπιο ή έντονο, ακτινοβολούντα σε άλλες περιοχές.

ιε) την εκτίμηση ύπαρξης φόβου και αγωνίας του αρρώστου για την κατάστασή του.

ιστ) την ομάδα αίματος.²

7.1.2 Η ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΤΑ ΕΞΗΣ:

α) Εξέταση θώρακα: μπορεί να υπάρξει αμβλύτητα στην επίκρουση και αύξηση των αναπνευστικών ήχων. Μειωμένη έκπτυξη εξαιτίας πόνου.

β) Δύσπνοια

γ) καχεξία

δ) ψηλάφηση λεμφαδένων: η διήθησή τους μαζί με άλλες μεταβολές μπορεί να δείχνουν μετάσταση.³

7.1.3.ΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΑ

ΠΑΡΑΚΑΤΩ:

α) ακτινογραφία θώρακα για πνευμονική πύκνωση ατελεκτασία και νομισματοειδή σκίαση πνεύμονα.

β) κυτταρολογική εξέταση πρόσφατων πτυέλων.

γ) βρογχοσκόπηση με εύκαμπτο ινοπτικό βρογχοσκόπιο για λεπτομερή εξέταση των βρογχικών τμημάτων και αναγνώριση της πηγής των κακοήθων κυττάρων και της πιθανής έκτασης επικείμενης χειρουργικής επέμβασης.

δ) ακτινοσκοπική βρογχοϊνοσκόπηση για ανίχνευση μικρών πρώιμων βρογχογενών καρκινωμάτων.

ε) σπινθηρογραφήματα: πνεύμονα, οστών, μυελού οστών, ήπατος, εγκεφάλου.

στ) υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου, μαγνητική αντιχητική απεικόνιση εγκεφάλου.

ζ) μεσοπνευμονιοσκόπηση, για αξιολόγηση επέκτασης του όγκου στους πυλαίους λεμφαδένες του δεξιού πνεύμονα και μεσοπνευμονιοτομή για πρόσβαση στους πυλαίους λεμφαδένες του αριστερού πνεύμονα.

- η) πνευμονική αγγειογραφία, για εκτίμηση της όλης πνευμονικής κατάστασης.
- θ) δοκιμασίες καρδιακής και πνευμονικής λειτουργίας.
- ι) δοκιμασίες λειτουργίας επινεφριδίων για τυχόν μετάσταση και ανεπάρκεια.³

7.2 .ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ

Η/Ο νοσηλεύτρια-της καλείται να παίζει σημαντικό ρόλο στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς. Ιδιαίτερα στην προεγχειρητική φροντίδα πρέπει να βοηθήσει τον καρκινοπαθή να ξεπεράσει τα σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα που έχει και να τον προετοιμάσει κατάλληλα για το χειρουργείο.

Η/Ο νοσηλεύτρια-της λοιπός εκτός από την ψυχολογική στήριξη του ασθενούς πρέπει να εκτελέσει κάποιες λειτουργίες για να εξασφαλιστεί η άριστη δυνατή κατάσταση του αρρώστου για την επέμβαση².

Ø Εκτιμάται η κατάσταση του ασθενούς:

-Ποια σημεία και συμπτώματα υπάρχουν.

-Ποιο είναι το ιστορικό καπνίσματος του αρρώστου. Πόσα τσιγάρα καπνίζει την ημέρα..

- Ποια είναι η καρδιοπνευμονική του ενοχή όταν κάνει μπάνιο, τρώει, περπατάει, κ.α.
- Γενική όψη, διανοητική εγρήγορση, συμπεριφορά, βαθμός θρέψης.
- Αν υπάρχουν άλλες παθολογικές καταστάσεις.
- Πως είναι η αναπνοή του.
- Πόση δραστηριότητα του προκαλεί δύσπνοια.

Για τη βελτίωση του κυψελιδικού αερισμού και όλης της αναπνευστικής λειτουργίας εκτελούνται τα εξής:

- Ενθάρρυνση του αρρώστου να σταματήσει το κάπνισμα, επειδή αυξάνει το βρογχικό αερισμό.
- Χρησιμοποίηση όλων των μέτρων για ελαχιστοποίηση βρογχικής έκκρισης.
- Μέτρηση ποσού πτυέλων κάθε μέρα σε αρρώστους με πολλή απόχρεμψη.
- Διδασκαλία αρρώστου να βήχει με κλειστή γλωττίδα, για να αυξάνει την ενδοπνευμονική πίεση.
- Εφύγρανση του εισπνεόμενου αέρα για ρευστοποίηση των εκκρίσεων.
- Χορήγηση βρογχοδιασταλτικών σε βρογχοσπασμό.
- Ενθάρρυνση λήψης βαθιών αναπνοών.
- Χορήγηση αντιμικροβιακών για λοιμώξεις.
- Εφαρμογή προγράμματος αναπνευστικών ασκήσεων που ενθαρρύνουν την χρησιμοποίηση των κοιλιακών μυών.
- Βρογχική παροχέτευση σε αρρώστους με πολλές εκκρίσεις².

Ø. Η αξιολόγηση και η διόρθωση των καταστάσεων του κυκλοφορικού για πρόληψη επιπλοκών είναι πολύ σημαντικές και περιλαμβάνουν:

- Μελέτη αποτελεσμάτων εργαστηριακών εξετάσεων.
- Παρακολούθηση του αρρώστου και των αντιδράσεών του στις διάφορες

καθημερινές δραστηριότητες.

- Χορήγηση καρδιοτονωτικών σε αρρώστους με καρδιακή ανεπάρκεια.
- Διόρθωση αναιμίας, αφυδάτωση και υποπρωτεϊναιμίας, με ενδοφλέβιες εγχύσεις, τεχνητή σίτιση, μεταγγίσεις ανάλογα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Χορήγηση αντιπηκτικών προφυλακτικά για μείωση πιθανότητας σχηματισμού θρόμβων στις εν τω βάθει φλέβες και πνευμονικής εμβολής.

Προετοιμασία αρρώστου για τη χειρουργική εμπειρία, παρέχοντάς του εξηγήσεις και

επιδέξια φροντίδα..

- Προσανατολισμός του αρρώστου για την μετεγχειρητική περίοδο.
- Εφαρμογή σωλήνων και φιάλες παροχέτευσης θώρακα.
- Οξυγονοθεραπεία για βελτίωση αερισμού.
- Μέτρα για μείωση δυσχέρειας.
- Ασκήσεις κάτω άκρων.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει τις ψυχολογικές του ανάγκες.
- Εξασφάλιση γραπτής συγκατάθεσης.
- Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία.¹⁰

7.3 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ

Η μετεγχειρητική φροντίδα πρέπει να εκτελείται προσεκτικά και έχει ως σκοπό να αποκαταστήσει τη φυσιολογική καρδιοπνευμονική λειτουργία το

ταχύτερο δυνατό και να προλάβει ή να αντιμετωπίσει επιπλοκές. Γι' αυτούς τους λόγους οι νοσηλευτές έχουν τα παρακάτω καθήκοντα¹⁰:

1. Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού.
2. Χρησιμοποίηση σωστής τεχνικής για αναρρόφηση του βρογχικού δένδρου.
3. Διατήρηση συνεχούς νοσηλευτικής επίβλεψης του αρρώστου.
4. Λήψη αρτηριακής πίεσης, σφυγμών και αναπνοής κάθε 15min.
5. Αξιολόγηση χαρακτήρα αναπνοών και χρώματος αρρώστου.
6. Παρακολούθηση συχνότητας και ρυθμού του καρδιακού παλμού μέσω ακρόασης και παρακολούθησης του ΗΚΓ για αρρυθμίες. Για την αντιμετώπισή τους λήψη αμέσως αντιαρρυθμικών μέτρων.
7. Διατήρηση μιας αρτηριακής γραμμής για διευκόλυνση συχνών προσδιορισμών αερίων αίματος ηλεκτρολυτών ορού ΗΒ και ΗCT και άμεσης αρτηριακής πίεσης.
8. Παρακολούθηση της κεντρικής αρτηριακής πίεσης.
9. Ανύψωση της κεφαλής κατά 30ο-40ο, αφού ανανήψει ο άρρωστος.
10. Επίβλεψη και προσεκτική αγωγή του κλειστού συστήματος παροχέτευσης θώρακα.
11. Χορήγηση εφυγρασμένου οξυγόνου για εξασφάλιση μέγιστης οξυγόνωσης, παρακολούθηση αερίων αίματος.
12. Εκτίμηση αρρώστου για αναπνευστική δυσχέρεια και συσφυγκτικό αίσθημα στο θώρακα.
13. Παρακολούθηση για ανησυχία, συχνά είναι το πρώτο σημείο υποξίας.
14. Ενθάρρυνση και προαγωγή αποτελεσματικού βήχα. Ο επίμονος μη αποτελεσματικός βήχας εξαντλεί τον άρρωστο και οι εκκρίσεις οδηγούν σε ατελεκτασία και πνευμονία.
15. Βοήθεια του αρρώστου να βήχει κάθε μια έως δυο ώρες κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ώρου και μετά.

- 16.Βαθιά αναπνοή, σύσπαση των κοιλιακών μυών και βίαιος βήχας.
- 17.Χρησιμοποίηση προωθητικού σπιρομέτρου. Αν συνεχίζουν να ακούγονταιρόγχοι, η βρογχοσκοπική αφαίρεση των εκκρίσεων κρίνεται απαραίτητη.
- 18.Τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι με τα πόδια υποστηριγμένα σεσκαμνί.
- 19.Ακρόαση και των δυο ημιθωρακίων για διαπίστωση τυχόν αλλαγής στους αναπνευστικούς ήχους. Μειωμένοι ήχοι μπορεί να δείχνουν ατελεκτασία τουπνευμονικού παρεγχύματος ή υποαεριζόμενες κυψελίδες.
- 20.Εξασφάλιση διαφόρων μέσων απαλλαγής από τον πόνο διότι μειώνει τη θωρακική έκπτυξη και τον αερισμό και εξαντλεί τον άρρωστο.
- 21.Χορήγηση ναρκωτικών για απαλλαγή από τον πόνο ώστε και αναπνέει βαθιά και να βήχει πιο αποτελεσματικά.
- 22.Αποφυγή καταστολής της καρδιοπνευμονικής λειτουργίας με μεγάλη δόση.
- 23.ναρκωτικών.
- 24.Σωστή τοποθέτηση στο κρεβάτι.
- 25.Υποστήριξη σωλήνων παροχέτευσης ώστε να μην έλκουν το θωρακικό.
- 26.Τοίχωμα.
- 27.Παρακολούθηση ωριαίας αποβολής ούρων για έμμεσο έλεγχο του όγκου παλμού και της αιμάτωσης των οργάνων.
- 28.Χορήγηση αίματος και παρεντερικών διαλυμάτων με βραδύτερο ρυθμό, το νευμονικό οίδημα από τις ενδοφλέβιες χορηγήσεις είναι μια συνεχής απειλή.
- 29.Διατήρηση σωστής μηχανικής σώματος.
- 30.Ανυψωμένο θώρακα για καλύτερο αερισμό.
- 31.Άρρωστοι με περιορισμένη αναπνευστική εφεδρεία δεν πρέπει να γυρίζουν προς ο μη χειρουργημένο πλάι γιατί περιορίζεται ο αερισμός.

- 32.Αλλαγή θέσης για αποφυγή συλλογής και παραμονής εκκρίσεων στα εξαρτημένα.τμήματα των πνευμόνων.
- 33.Καθιστή θέση όταν βήχει ο άρρωστος.
- 34.Παρακολούθηση για σημεία οξείας γαστρικής διάτασης.
- 35.Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα.
- 36.Διατήρηση λειτουργίας του για αποφυγή εμετών.
- 37.Παρακολούθηση και λήψη μέτρων για επιπλοκές θωρακοτομής.
- 38.Αναπνευστική ανεπάρκεια.
- 39.Αιμορραγία από τομή.
- 40.Αναπνευστική οξέωση.
- 41.Καρδιακές αρρυθμίες.
- 42.Πνευμονία, ατελεκτασία.
- 43.Νεφρική ανεπάρκεια.
- 44.Γαστροπληγία.
- 45.Υποδόριο εμφύσημα.
- 46.Μετατόπιση μεσοθωρακίου.
- 47.Αποκατάσταση λειτουργίας ώμου και κορμού.
- 48.Ενθάρρυνση αναπνευστικών ασκήσεων για κινητικότητα ώμου.
- 49.Έγερση αμέσως μετά την πνευμονική και κυκλοφορική αντιστάθμιση.
- 50.Ενθάρρυνση για προοδευτική ανάληψη δραστηριοτήτων.

7.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ:

7.4.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΒΗΧΑ

Ο βήχας είναι σύνηθες και συχνά βασανιστικό σύμπτωμα των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Ο βήχας είναι έντονος και επηρεάζει την καθημερινή δραστηριότητα και τον ύπνο των ασθενών. Χρησιμοποιούνται ειδικά φάρμακα που τον καταστέλλουν άμεσα χωρίς να έχουν δράση έναντι του καρκίνου. Τα φάρμακα αυτά υπάρχουν με την μορφή σιροπιών, χαπιών ή εισπνεόμενης σκόνης και θα πρέπει πάντα να χρησιμοποιούνται μόνο μετά την οδηγία του θεράποντος ιατρού γιατί οι παρενέργειές κάποιων εξ αυτών επηρεάζουν την αναπνευστική λειτουργία¹¹.

7.4.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΔΥΣΠΝΟΙΑΣ

Η δυσκολία στην αναπνοή που εκφράζει την ανάγκη του ασθενούς για περισσότερο αέρα ή για μεγαλύτερη ανάσα ονομάζεται δύσπνοια. Είναι από τα πιο συχνά συμπτώματα που εμφανίζουν ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα.

Η αναγνώριση του κύριου αιτίου που προκαλεί δύσπνοια βοηθά και στην καλύτερη αντιμετώπιση. Όταν η κύρια αιτία είναι η τοπική επέκταση του καρκίνου, η αντιμετώπιση του συμπτώματος εστιάζεται στην προσπάθεια σμίκρυνσης και καταστροφής του όγκου.

Στους ασθενείς που η γενεσιουργός αιτία δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί, η συμπληρωματική χορήγηση οξυγόνου, με ειδικές συσκευές συμπύκνωσης του ατμοσφαιρικού αέρα, βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Η «εξάσκηση» των μυών της αναπνοής, η εκμάθηση ειδικού τρόπου αναπνοής μπορεί να βοηθήσουν πολύ.

Όταν η δύσπνοια οφείλεται σε σοβαρή αναιμία αντιμετωπίζεται με επιτυχία με μετάγγιση αίματος²⁰.

7.4.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΠΤΥΣΗΣ.

Η αιμόπτυση είναι θορυβώδες σύμπτωμα και προκαλεί μεγάλο άγχος στον ασθενή. Ο ασθενής θα πρέπει να ξαπλώσει στο πλάι με την πάσχουσα πλευρά του πνεύμονα προς τα κάτω και να μείνει ακίνητος μέχρι η αιμόπτυση να σταματήσει και να διακόψει τα φάρμακα που εμποδίζουν την πήξη του αίματος. Αν η αιμόπτυση είναι μεγάλη ή δεν αντιμετωπίζεται με τις παραπάνω οδηγίες, ο ασθενής πρέπει να διακομίζεται στο νοσοκομείο για ειδική αγωγή²⁰.

7.4.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.

Η απώλεια βάρους είναι πολύ πιθανή κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου του πνεύμονα.

Για την **αναπλήρωση** συνιστώνται τρόφιμα που περιέχουν πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας όπως ασπράδια αυγών, γαλακτοκομικά προϊόντα, όσπρια, στήθος πουλερικών και ωμό αγνό ελαιόλαδο, ψάρια πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα όπως σολωμό, σαρδέλες, σκουμπρί, τσίρο κτλ. και αν το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του δίνουμε ξηρούς καρπούς όπως καρύδια, αμύγδαλα κτλ.

Η ανορεξία είναι ένα πρόβλημα που παρατηρείται κατά την χημειοθεραπεία. Υπάρχουν φάρμακα που θα βοηθήσουν. Πρέπει να ξέρουμε ότι και το φαγητό είναι μέρος της θεραπείας και προσπαθούμε να βρούμε τρόπους που ταιριάζουν στην ιδιοσυγκρασία του ασθενούς.

Αναζητούμε ιδανικές συνθήκες για να απολαύσει το φαγητό του όπως το να τρώει στο τραπέζι, με σωστό φωτισμό, καθαρό και ήσυχο περιβάλλον χωρίς άγχος και εντάσεις²².

7.4.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΑΥΤΙΑΣ, ΤΟΥ ΕΜΕΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ.

Ναυτία:

Πρέπει να βρίσκεται σε χώρο που δεν έχει έντονες οσμές και που υπάρχει καλός αερισμός και σωστή θερμοκρασία. Να φοράει άνετα ρούχα χωρίς κορσέδες και σφιχτές ζώνες.

Το άγχος επιδεινώνει την κατάσταση σας. Αν θέλει να φάει κάτι, θα αρχίσει τρώγοντας στεγνή τροφή όπως φρυγανιές, κράκερ κτλ σε μικρές ποσότητες, αποφεύγοντας να πίνει υγρά (ιδίως στην αρχή της ναυτίας), λιπαρά, σοκολάτες, αλκοόλ, καφέ, τσάι, γλυκά, σιρόπια, μέλι, ξύδι, ξινά φρούτα και αεριούχα ποτά²².

Έμετος

Καταρχάς εντοπίζονται οι πιθανές αιτίες που τον προκαλούν όπως π.χ. το να έχει φάει ο ασθενής κάποιο φαγητό που δεν επιτρέπεται στην περίπτωση του.

- Να Τρώει 6-8 μικρά και ελαφριά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Να πίνει πολλές και μικρές ποσότητες υγρών τουλάχιστον μισή ώρα πριν και μετά το κάθε γεύμα.

- Να αποφεύγει να ξαπλώσει, αν δεν έχουν περάσει τουλάχιστον 2 ώρες από το τέλος του γεύματος.

- Μετά από τουλάχιστον μισή ώρα από ένα επεισόδιο εμετού και αφού έχετε ξεπλύνει το στόμα του με νερό, να αρχίσει να πίνει δροσερά υγρά σε πολύ μικρές δόσεις (π.χ. με ένα κουτάλι) όπως χαμομήλι, χυμό μήλου ή κρύο γάλα 0% χωρίς λακτόζη.

- Πολύ αργότερα και στεγνή τροφή όπως φρυγανιές²².

Δυσκοιλιότητα:

Εφόσον δεν υπάρχουν προβλήματα με το στομάχι όπως εμετούς, **ναυτίες** κτλ. τότε εφαρμόζονται τα παρακάτω:

1. Τα φρούτα να τρώγονται με τον φλοιό τους όπως μήλα, ροδάκινα, βερίκοκα, αχλάδια κ.λ.π.
2. Να τρώνε ολόκληρο το φρούτο παρά να πίνουν το χυμό του.
3. Να Διαλέγουν αμυλώδη λαχανικά όπως καλαμπόκι, μπιζέλια, φασόλια, αρακάς, πατάτες κτλ.
4. Να Διαλέγουν δημητριακά ολικής αλέσεως, καθώς και πιτυρούχο, μαύρο ή ολικής αλέσεως ψωμί και φρυγανιές.
5. Να πίνουν υγρά όπως νερό, σούπες κτλ.
6. Να πηγαίνουν τακτικά στην τουαλέτα.

Επομένως,θα πρέπει ο ασθενής να εφαρμόσει **την κατάλληλη διαίτα** βάση εντολών του γιατρού και του νοσηλευτή.Η οποία είναι η εξής:

- Τουλάχιστον 5 μερίδες φρούτων και λαχανικών την ημέρα (1 μερίδα 80 γρ. λαχανικών ή 1 φρούτο).
- Περιορισμός κόκκινου κρέατος σε 1 με 2 φορές την εβδομάδα.

- Αποφυγή κατανάλωσης τηγανιτών, αλλαντικών και γαλακτομικών με υψηλά λιπαρά.

- Ψάρι 2 με 3 φορές την εβδομάδα.
- Αποφυγή του αλκοόλ.
- Προϊόντα ολικής αλέσεως.
- Καθημερινή άσκηση για βελτίωση των καύσεων²².



ΜΕΡΟΣ 2

A yellow scroll graphic with a blue outline, featuring a vertical strip on the left side and a circular tab on the top right. The text is centered on the scroll.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Το πλέγμα σχέσεων γύρω από τη διάγνωση «καρκίνος» είναι πολύ σύνθετο. Πρώτον, είναι μια αρρώστια που στην κοινή αντίληψη συνδέεται με τον πόνο και τον επικείμενο θάνατο, που είναι «*στίγμα*» και που φέρνει το άτομο μπροστά σε μια κρίσιμη κατάσταση (φυσικό, συγκινησιακό, κοινωνικό, υπαρξιακό). Δεύτερον, είναι ο άρρωστος με το δικό του χαρακτήρα, βιώματα, ανάγκες, συναισθήματα, αδυναμίες. Τρίτον, είναι ο γιατρός με τη δική του προσωπικότητα, παιδεία, στάση απέναντι στη ζωή και το θάνατο, την ιδιαίτερη επαφή του στις ανθρώπινες σχέσεις, τα δικά του διλήμματα, ευθύνες και φόβους. Ακόμη είναι το οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου, το υπόλοιπο νοσηλευτικό περιβάλλον και τέλος η αλληλεπίδραση όλων αυτών των παραγόντων σε ένα δυναμικό χώρο. Το να καθοριστούν όλοι αυτοί οι παράγοντες, ώστε να γίνουν συγκεκριμένες μορφές δράσης στο χώρο αυτό, είναι σαφώς δύσκολο, όμως υπάρχουν γενικοί προσανατολισμοί και τακτικές στους καρκινοπαθείς.²⁷

8.2 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Ένα σημαντικό ενδιαφέροντος ζήτημα είναι οι επιπτώσεις του καρκίνου από την ψυχική σφαίρα. Για την κάλυψη αυτής της παραμέτρου είναι αναγκαία η σχετική εκπαίδευση του προσωπικού, καθώς οι επιπτώσεις αυτές επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Στις διάφορες σχετικές δημοσιεύσεις (Ρηγάτος

2007) τα ποσοστά των ψυχιατρικών εκδηλώσεων ποικίλλουν, ανάλογα με το κέντρο από το οποίο προέρχεται η μελέτη, την ειδικότητα του ερευνητή, το είδος και το στάδιο της νόσου και διάφορες άλλες μεταβλητές.²⁷

Μια γενικότερη θεώρηση συναφών εργασιών (Ρηγάτος 2007) δείχνει ότι κατά προσέγγιση ένας στους δύο ασθενείς θα εμφανίσει ψυχιατρικές επιπτώσεις ως αποτέλεσμα της νόσου. Από αυτούς που εμφανίζουν ψυχιατρική νοσηρότητα ποσοστό περί το 70% εμφανίζει συναισθηματικές διαταραχές του τύπου του αντιδραστικού άγχους και της αντιδραστικής κατάθλιψης. Μείζονα κατάθλιψη εμφανίζει ποσοστό 10-15% των ασθενών, ενώ ανάλογο ποσοστό εμφανίζει οργανικό ψυχοσύνδρομο. Η εκπαίδευση πρέπει να αναφέρεται στην ευαισθητοποίηση των υγειονομικών, στη διαγνωστική του προβλήματος και στη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η συνεργασία με τον επαγγελματία λειτουργό ψυχικής υγείας είναι, βεβαίως, αυτονόητη. Ιδιαίτερος επιτακτική είναι η ανάγκη διάγνωσης της μείζονος κατάθλιψης. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής εμφανίζει, για μεγάλο μέρος της ημέρας και κάθε μέρα τα ακόλουθα συμπτώματα²⁷:

- Καταθλιπτικό συναίσθημα
- Αξιοσημείωτη μείωση ενδιαφέροντος για κάθε δραστηριότητα
- Σημαντική μεταβολή του σωματικού βάρους (μεγαλύτερη του 5% προς τα άνω ή προς τα κάτω) κάθε μήνα
- Αϋπνία ή υπερυπνία
- Ψυχοκοινωνική ανησυχία ή αναβολή
- Κόπωση ή/και απώλεια της ενεργητικότητας .
- Συναισθήματα αυτοϋποτίμησης ή ενοχής
- Δυσκολία στη συγκέντρωση κατά τη λειτουργία της σκέψης
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου

- Η παρουσία 5 από τα 9 πιο πάνω συμπτώματα θέτει τη διάγνωση. Η χορήγηση των σύγχρονων αντικαταθλιπτικών, με επαρκή και ταχεία ανταπόκριση και μικρή τοξικότητα, βοηθάει στην αντιμετώπιση του προβλήματος και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών²⁷.

Εκτός από τις αμιγώς ψυχιατρικές εκδηλώσεις, ευαισθητοποίηση πρέπει να υπάρξει και για τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των θεραπευτικών μεθόδων. Τελείως επιγραμματικά, θα αναφερθούν οι κυριότερες από αυτές κατά θεραπευτικό κλάδο^{27,28}.

Χειρουργική: Ακρωτηριασμός. Αλλαγή στην εικόνα του σώματος. Διαταραχή του ρόλου στην οικογένεια. Πιθανή αναπηρία, μερική ή πλήρης ανικανότητα για εργασία. Ανάγκη αλλαγής επαγγέλματος. Οικονομικές επιπτώσεις. Μείωση κοινωνικής συμμετοχής²⁷.

Ακτινοθεραπεία: Τοπικές βλάβες γειτονικών οργάνων: ακτινική οισοφαγίτιδα, πνευμονίτιδα, κυστίτιδα, κολίτιδα κ.λ.π. Ανάγκη για αντιμετώπιση κάθε μιας από τις τοπικές βλάβες. Εγκαύματα. Υπέρχρωση δέρματος. Συστηματικές βλάβες όπως: θρομβοπενία, λευκοπενία, αναιμία, καταστολή ανοσίας, με τις σωματικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που κάθε μια από τις συστηματικές βλάβες συνεπάγεται²⁸.

Χημειοθεραπεία: Επηρεάζει σοβαρά την καθημερινή ζωή με συχνές νοσηλείες, φλεβοκεντήσεις, λευκοπενία (που οδηγεί σε λοιμώξεις), θρομβοπενία (εκχυμώσεις, αιμορραγίες), αναιμία (κακουχία, αδυναμία). Βλάβες βλεννογόνων (τοπικά ενοχλήματα, πόνος, δυσφαγία). Διάρροιες, ναυτία, εμετοί. Αλωπεκία. Αλλαγές στα νύχια, χρωστικές εναποθέσεις στο δέρμα. Νευρίτιδες, επακόλουθος βαθμός αναπηρίας²⁸.

Ορμονοθεραπεία: Αλλαγή της εικόνας του σώματος ανάλογης του φαρμάκου: θηλεοποίηση, γυναικομαστία (σε άνδρες υπό θεραπεία για Ca προστάτου). Μεταβολή βάρους, πανσεληνοειδές προσωπείο, τοπικές εναποθέσεις λίπους, τριχοφυΐα, φλεβοθρομβώσεις, οστεοπενία κ.λ.π. (σε γυναίκες υπό θεραπεία για Ca μαστού). Για καθένα από αυτά απαιτείται ιδιαίτερη ανάπτυξη μέσα από το συγκεκριμένο πρίσμα της Ψυχοκοινωνικής αντίληψης³⁵.

8.3 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ.

Μετά τη διάγνωση του καρκίνου και κατά την διάρκεια της θεραπείας οι ασθενείς βρίσκονται αντιμέτωποι με την πρόκληση της νόσου. Δημιουργούνται προβλήματα στις σχέσεις με τους γύρω, οι προτεραιότητες αλλάζουν. Τροποποιούνται οι αντιλήψεις για την ζωή. Θα πρέπει να ξεπεράσουν πάρα πολλά εμπόδια, διαφορετικά, είναι πιθανόν να αναπτύξουν κάποια μορφή ψυχολογικής δυσλειτουργίας όπως το άγχος και τη κατάθλιψη⁴⁰.

Πρώτα απ' όλα οι ασθενείς νιώθουν ανασφάλεια, όσον αφορά την ασθένειά τους που εκφράζεται με:

- Ø Τον φόβο του άγνωστου και του απροσδόκητου του παρόντος και του μέλλοντος, δηλαδή ότι σε κάθε χρονική στιγμή είναι πιθανό να ξαναεμφανιστεί η νόσος και να τους οδηγήσει σε νέες ταλαιπωρίες.
- Ø Των στερήσεων και των θυσιών που θα απαιτηθούν.
- Ø Του πόνου, της αναπηρίας, της χρόνιας αρρώστιας.
- Ø Τον φόβο του θανάτου⁴⁰.

Η ανασφάλεια επηρεάζεται και αυξάνεται από:

- Ø Την παραπληροφόρηση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης που σε κάθε χρονική στιγμή δηλώνουν την αβεβαιότητα όσον αφορά την θεραπεία και την επιβίωση από την νόσο του καρκίνου.
- Ø Τις πολύπλοκες και διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις.
- Ø Τις προγραμματισμένες εξετάσεις ρουτίνας, καθώς και κάθε επίσκεψη στο νοσοκομείο.
- Ø Κάθε νέο σύμπτωμα.
- Ø Μερικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν το συναίσθημα της ανασφάλειας ζητώντας περισσότερες πληροφορίες από διάφορες πηγές και έτσι ανταποκρίνονται θετικότερα στην νόσο τους. Από την άλλη, πολλοί βιώνουν έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και αξιολόγησης από όλους τους επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την θεραπευτική ομάδα του ασθενούς⁴¹.

Οι νοσηλευτές βρίσκονται συνέχεια κοντά στον ασθενή με αποτέλεσμα να έχουν την δυνατότητα να επισημαίνουν και να αξιολογούν καλύτερα όλα τα ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών⁴².

Επίσης μπορούν να παρέμβουν πολλαπλά κατά τη διάρκεια της νοσηλείας:

- Ø Στην επισήμανση των προβλημάτων.
- Ø Την συμβουλευτική αντιμετώπιση καθώς και
- Ø Στην χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής.

Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα της παροχής βοήθειας και υποστήριξης τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στην οικογένεια του με αποτέλεσμα την βελτίωση της ποιότητας της ζωής του⁴⁶.

Οι δυτικές κοινωνίες δίνουν μεγάλη σημασία στην εικόνα του σώματος και στη σωματική τελειότητα. Η αλλαγή του σωματικού ειδώλου έχει πάρα πολλές ψυχολογικές επιπτώσεις και μειωμένη προσπάθεια για συνέχιση της ζωής. Οι ασθενείς νιώθουν πολύ δύσκολα, να αντέξουν και να σηκώσουν το βάρος της αλλαγής του σώματός τους. Έχουν την αντίληψη, ότι παύουν πια να είναι ένα, αλλά έχουν χωριστεί σε κομμάτια. Το σημαντικό πρόβλημα της αλλαγής του οραματικού ειδώλου μπορεί να αντιμετωπισθεί, εάν επισημανθεί ότι είναι φαινόμενο παροδικό και αναστρέψιμο. Η παρέμβαση ειδικών επιστημόνων (πλαστικής χειρουργικής, προσθετικής) την κατάλληλη στιγμή δίνει την δυνατότητα αποκατάσταση⁴⁴.

Όσον αφορά την απώλεια της σεξουαλικότητας, εκτός των περιπτώσεων εκείνων που οφείλεται σε ενδοκρινολογική δυσλειτουργία, στις υπόλοιπες των περιπτώσεων το άγχος και η κατάθλιψη συχνά συνοδεύουν τον ασθενή και η ανάγκη για ψυχική παρέμβαση είναι επιβεβλημένη⁴⁵.

Πολλοί ασθενείς αναφέρουν, ότι η προσωπική ή η συζυγική τους ζωή αλλάζει προς το χειρότερο λόγω των θεραπειών. Είναι πιθανό η όλη διαδικασία να επιφέρει την αλλαγή του σωματικού ειδώλου λόγω της ασθένειας ή και της θεραπείας⁴⁶.

Τα προβλήματα στις σεξουαλικές σχέσεις δημιουργούνται γιατί οι παρενέργειες της συντηρητικής θεραπείας έρχονται να προστεθούν στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να οδηγηθεί ο ασθενής στην χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η άρνηση του καρκίνου από το κοινωνικό σύνολο, η αποφυγή της συζήτησης από φίλους και συγγενείς δημιουργεί ένα αίσθημα απόρριψης και αρνητικής αντίληψης από το κοινωνικό περίγυρο που οδηγεί στην αρνητική εικόνα σώματος με αποτέλεσμα την σεξουαλική δυσλειτουργία. Η πολυδιάστατη λοιπόν αιτιολογία των σεξουαλικών διαταραχών, απαιτεί και ανάλογο νοσηλευτικό πλαίσιο φροντίδας, που θα απευθύνεται στις προσωπικές

ανάγκες του ασθενούς. Απαιτεί καλή γνώση και επικοινωνίας, των μεθόδων προσέγγισης, καθώς και επαγγελματική εμπειρία⁴⁷.

Όμως για να είναι ικανός ο νοσηλευτής, να αξιολογήσει τις ψυχολογικές δυσλειτουργίες του ασθενούς, θα πρέπει να αναπτύξει δυνατότητες επικοινωνίας μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων και εξάσκησης. Με την επιδέξια επικοινωνία και την προσεκτική παρατήρηση ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται τις διάφορες ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών. Με υπομονή, προσοχή, ενδιαφέρον και δημιουργία περιβάλλοντος, που να εμπνέει ασφάλεια, δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή ελεύθερα και χωρίς ενδοιασμούς, να ξεδιπλώσει τον εαυτό του⁴⁸.

Εύστοχα για την διερεύνηση των ψυχολογικών προβλημάτων των ασθενών, οι νοσηλευτές στηρίζουν την επικοινωνία σε ειλικρινή διάλογο (νοσηλευτών – ασθενών). Ένα μεγάλο θέμα προς συζήτηση με τον ασθενή είναι η διάγνωση του καρκίνου ως νόσος. Από την συμπεριφορά, τα λεγόμενά του, την ανοικτή συζήτηση και την θέση του, φαίνονται οι άμυνες και οι ψυχολογικές δυσλειτουργίες που πιθανόν να του παρουσιαστούν ή που τις βιώνει ήδη⁴⁹.

Είναι σημαντικό να αξιολογείται το πόσο ανοικτός είναι ο ασθενής σε μια τέτοια συζήτηση. Ίσως αισθάνεται τον καρκίνο σαν στίγμα, νιώθει μη αποδεκτός από τον κοινωνικό περίγυρο τώρα που πάσχει από την επάρατο νόσο, ή νιώθει σαν λεπρός. Ποιος πάλι αισθάνεται απομονωμένος από τον κοινωνικό του περίγυρο επειδή οι γύρω του δεν ξέρουν τι να του πουν, πώς να του συμπεριφερθούν, ενώ αυτός το λαμβάνει ως άρνηση και οδηγείται στην απομόνωση και ταυτόχρονα γίνεται πιο ευάλωτος σε παθολογικές ψυχολογικές αντιδράσεις. Μέσα από τον εποικοδομητικό διάλογο και την ουσιαστική επικοινωνία ο ασθενής θα νιώσει ενισχυμένος και θα αντιμετωπίζει με πίστη, άνεση και ασφάλεια όλες τις δυσκολίες. Αποκτά ελπίδα, υπερπηδά κινδύνους και τέλος φθάνει στην παραδοχή⁵⁰.

Η σταδιοποίηση της ψυχολογικής προσαρμογής επιχειρήθηκε πρώτη φορά από την Kübler–Ross (1969) που αναφέρει τα ακόλουθα στάδια (άρνηση, οργή, διαπραγματεύση, κατάθλιψη, αποδοχή). Σήμερα πιστεύεται ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις στην διάγνωση του καρκίνου και η προσαρμογή είναι οι ίδιες μ' εκείνες των άλλων καταστροφικών γεγονότων. Υπάρχουν με σταθερά πρότυπα αντίδρασης καθώς επιτυγχάνεται η προσαρμογή, αλλά ταυτόχρονα υπάρχει και μεγάλη ποικιλία στο βαθμό της δυσφορίας και οι αντιδράσεις διαμορφώνονται με βάση τους μηχανισμούς άμυνας, τις στρατηγικές αντιμετώπισης και την διαθέσιμη υποστήριξη⁵¹.

8.4 ΤΑ ΕΝΤΟΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ (ΣΩΜΑΤΙΚΑ – ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ – ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ)

8.4.1 ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ.

Ο πόνος είναι μια από τις δύο συχνότερες στερεότυπες αντιλήψεις του κοινού σχετικά με τον καρκίνο. Η δεύτερη είναι ο θάνατος. Ως σύμπτωμα ο πόνος αναφέρεται σε διάφορα ποσοστά που ποικίλλουν ανάλογα με την εντόπιση και το στάδιο της νόσου, τη θεραπευτική αγωγή, τα υποστηρικτικά συστήματα και άλλα. Μια μέση τιμή, που καλύπτει τα ποσοστά από 30% ως 85% που έχουν ευρεθεί σε διάφορες εργασίες, είναι της τάξεως του 50% για τον προχωρημένο καρκίνο. Πάντως, γενικώς υπάρχει παγκοσμίως η εντύπωση ότι ο πόνος και υποδιαγιγνώσκεται και υποθεραπεύεται. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Εταιρεία Μελέτης του Πόνου (IASP), *«Πόνος είναι η αισθητηριακή και συγκινησιακή εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή δυννητική βλάβη ιστού ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης.»*⁵²

Τα τελευταία χρόνια, ως αποτέλεσμα της σχετικής εκπαίδευσης, έχει αλλάξει η αντίληψη των γιατρών για τον πόνο. Σημαντική είναι στην κατεύθυνση αυτή η παρέμβαση του Π.Ο.Υ., που έχει καθιερώσει τυποποιημένη μέθοδο αντιμετώπισης του πόνου. Οι οδηγίες του Π.Ο.Υ. στηρίζονται στην κλιμάκωση της ισχύος των αναλγητικών και στη συμπλήρωση των αναλγητικών με άλλα φάρμακα, που ονομάζονται βοηθητικά.⁵³

8.4.2 ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η αγχώδης διαταραχή χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονη και συνδυασμένη εμφάνιση επίμονων φυσικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων διάρκειας 1-2 εβδομάδων. Πρωταρχικά τα ψυχολογικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν αδυναμία *με* επαναλαμβανόμενες ανήσυχες σκέψεις και αντιλήψεις, νευρικότητα και ανησυχία. Τα φυσικά συμπτώματα είναι γαστρεντερικές διαταραχές, καρδιαγγειακές και διαταραχές στο κεντρικό νευρικό σύστημα καθώς και στο γενετήσιο.⁵⁴

8.4.3 ΚΑΤΑΘΛΗΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η καταθλιπτική διαταραχή συνδυάζεται με τον καρκίνο και χαρακτηρίζεται από μικρής έως σοβαρής διάρκειας ψυχολογικών διαταραχών (2-4 εβδομάδων) που εμφανίζεται με τα ακόλουθα συμπτώματα: απαισιόδοξες σκέψεις, κακή διάθεση, αδυναμία να αισθανθούν χαρά, ενοχή, αδυναμία και απώλεια κάθε αισθήματος ελπίδας.⁵⁴

8.4.4 ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι οργανικές διαταραχές παρουσιάζονται μετά από προφανείς βλάβες στον εγκέφαλο λόγω της νόσου ή της θεραπείας που επηρεάζουν τις εγκεφαλικές λειτουργίες.⁴⁹

8.4.5 ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.

Οι Προσαρμοστικές διαταραχές διαρκούν 1-2 εβδομάδες και παρουσιάζονται σαν συναισθηματικές υπερβολικές αντιδράσεις στο στρες. Η κατάθλιψη είναι η πιο σημαντική και συχνή ψυχιατρική διαταραχή, αφού ασθενείς με καρκίνο έχουν αρκετούς λόγους που θα μπορούσαν να αποτελέσουν επισπεύδουσες αφορμές για την έκλυση μιας μείζονος κατάθλιψης (μελαγχολία). Δεν είναι σπάνιο η κατάθλιψη να περάσει απαρατήρητη σ' ένα γενικό νοσοκομείο στα πολυάσχολα ογκολογικά τμήματα.⁴⁹

Το *οξύ οργανικό παραλήρημα* είναι μια εξίσου σημαντική ψυχιατρική διαταραχή λόγω συχνής παρουσίας του. Συχνά παρουσιάζει διάφορα διαγνωστικά προβλήματα. Παρουσιάζεται ως διαταραχή επιπέδου συνείδησης, κυμαινόμενες περιόδους ανησυχίας, αϋπνίας, ταραχής, επιθετικότητας. Σε πολλές περιπτώσεις υπάρχουν προβλήματα από τις ψευδαισθήσεις και τις παραισθήσεις, όπως τράβηγμα ορών, καθετήρων.⁵⁰

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες οι οποίοι θα επηρεάσουν την εμφάνιση ή όχι των διαταραχών, το είδος, καθώς και την διάρκειά τους. Αυτοί είναι:

- Ø Η ηλικία και το φύλο
- Ø Το είδος του καρκίνου και το στάδιο της νόσου καθώς και το είδος της θεραπείας.
- Ø Ο πόνος που δεν αντιμετωπίζεται.
- Ø Προηγούμενη εμπειρία από τον καρκίνο στο γύρω περιβάλλον καθώς και οι παρούσες συνθήκες που βιώνει ο ασθενής την διάγνωση του καρκίνου.
- Ø Ο κοινωνικός περίγυρος και η υποστήριξη που έχει ο ασθενής μας από τους γύρω του καθώς και οι μηχανισμοί άμυνας που έχει.

- Ø Οι αντιλήψεις όσον αφορά την κουλτούρα και τα θρησκευτικά του πιστεύω.
- Ø Ο τύπος της προσωπικότητας του ασθενούς, τα προσωπικά του πιστεύω γύρω από τη νόσο και την υγεία.
- Ø Η στάση του κατά τη διάρκεια της ζωής του στο θέμα καρκίνος.
- Ø Προηγούμενο ιστορικό ατομικό - οικογενειακό ψυχιατρικής διαταραχής.⁴⁹

Το αναπτυξιακό στάδιο κατά το οποίο συμβαίνει η νόσηση αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς και την προσαρμογή του. Από τη γέννηση του μέχρι τη βιολογική ενηλικίωσή του το άτομο διέρχεται από διάφορα στάδια ψυχολογικής ωρίμανσης μέσω μιας μακράς και συμπλοκής διεργασίας στην οποία βέβαια τα πρώτα χρόνια της ζωής έχουν καθοριστική σημασία. Έτσι, π.χ. νόσηση στο πρώτο στάδιο της ζωής (από την γέννηση έως 2 ετών) οδηγούν σε σημαντική διαταραχή στο αίσθημα ανεξαρτησίας από το περιβάλλον και απώλεια ανάπτυξης της εικόνας εαυτού. Για τους εφήβους ο καρκίνος αποτελεί πλήγμα στην διαδικασία επιβεβαίωσης και της σταθεροποίησης του εγώ, με αποτέλεσμα την δημιουργία έντονου άγχους. Συχνά παρατηρούνται στους έφηβους έλλειψη συνεργασίας με τους υγειονομικούς ή ακόμα και άρνηση της νόσου. Στους μεσήλικες η έναρξη της νόσου συνοδεύεται από απαισιόδοξες σκέψεις για την πρόγνωση της νόσου. Στην γεροντική ηλικία υπάρχει αποδιοργάνωση των γνωστικών λειτουργιών και μείωση της κριτικής ικανότητας σε σχέση με την αρρώστια, έτσι επαυξάνεται το στρες και το άγχος.⁵⁶

Όσον αφορά το φύλο, οι γυναίκες αντιδρούν πιο έντονα σε νόσους που προσβάλλουν άμεσα τη θηλυκότητά τους και προκαλούν συναισθηματικές μεταβολές, ενώ οι άντρες σε ότι συνεπάγεται εξάρτηση από τους άλλους. Σε ότι αφορά την προσωπικότητα, ασθενείς με υστερική δομή αντιδρούν με παλινδρόμηση και εξάρτηση. Στόχος στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας

στον άρρωστο είναι να νοιώσει ικανός και ανεξάρτητος κατά τη διάρκεια της ασθένειάς του. Αυτό φαίνεται να βοηθά αρκετά σ' αυτές τις περιπτώσεις των ασθενών γιατί δεν μπορούν να πιστέψουν και να δεχθούν ότι έγιναν καλά από τη νόσο τους και πρέπει απλώς να παρακολουθούνται από τον γιατρό τους σε τακτά χρονικά διαστήματα. Αυτό συμβαίνει, όταν επίσης οι ασθενείς κρύβουν ιστορικό ατομικό - οικογενειακό ψυχιατρικής διαταραχής. Η μόρφωση και η κοινωνική θέση μπορούν να διαμορφώσουν την αντίδραση στη νόσο. Άτομα μορφωμένα κατανοούν καλύτερα τη νόσο τους και αποδέχονται ευκολότερα τον ρόλο του ασθενούς. Συνήθως τέτοια άτομα κινητοποιούν μηχανισμούς άμυνας όπως η άρνηση και η απώθηση.⁵⁶

Αποφασιστικό ρόλο παίζει η προηγούμενη εμπειρία με τον καρκίνο από το στενό περιβάλλον όπως επίσης και το πως ο κοινωνικός περίγυρος αντιμετωπίζει την νόσο καρκίνος. Εάν ο ασθενής αισθάνεται, ότι οι νοσηλευτές και οι γιατροί του νοιάζονται γι' αυτόν, ακόμη και όταν βρίσκεται στο σπίτι του με το τέλος της κάθε θεραπείας, τότε γίνεται πιο πρόθυμος να συνεργαστεί και να ακολουθήσει το θεραπευτικό σχήμα που του προτείνουν. Στόχος είναι ο άνθρωπος με καρκίνο και όχι ο καρκίνος ως ασθένεια. Η νοσηλευτική εκτίμηση του σωματικού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου του ασθενή παρέχουν απαραίτητα και σημαντικά στοιχεία για τον άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων.⁵⁷

8.5 Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η διάγνωση μιας ασθένειας, η αναπηρία, η υποτροπή, το τελικό στάδιο, μπορεί να οδηγήσουν ένα άτομο σε ψυχολογική κρίση. Οι ίδιες καταστάσεις θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν από ένα άλλο άτομο απλά ως στρεσογόνα προβλήματα που απαιτούν επίλυση.⁵⁷

8.5.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΚΡΙΣΗ.

Σύμφωνα με τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1995) μερικά από τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν τον άρρωστο που βρίσκεται σε κρίση, αρχικά, περιλαμβάνουν την εμφάνιση ενός αιφνίδιου και απροσδόκητου γεγονότος που απαιτεί άμεση δραστηριοποίηση από την πλευρά του ατόμου. Το γεγονός αυτό ερμηνεύεται ως καταστροφικό και εξαιρετικά απειλητικό, καθώς επιφέρει ένα σοβαρό ρήγμα στο σύστημα αξιών του ατόμου, ανατρέποντας όλες τις πεποιθήσεις και προτεραιότητές του. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που στο παρελθόν υπήρξαν αποτελεσματικές, δεν επαρκούν για την αντιμετώπιση της νέας κατάστασης. Το άτομο χάνει την ικανότητά του να σκεφθεί ψύχραιμα ή να αφομοιώσει πληροφορίες που του παρέχονται. Νιώθει παγιδευμένο σε μια κατάσταση που μοιάζει «αδιέξοδη» και αδυνατεί να θέσει στόχους ή/και να επεξεργαστεί εναλλακτικές λύσεις στο πρόβλημά του. Συχνά αισθάνεται ότι «*όλα τελειώνουν εδώ*» ή αναφέρει ότι «*τίποτα δεν έχει νόημα πια*». Η αίσθηση του χρόνου διαστρεβλώνεται. Το παρελθόν εξιδανικεύεται, ενώ το μέλλον μοιάζει ανύπαρκτο ή απειλητικό. Ο χρόνος παγώνει στο παρόν, μέσα στο οποίο δεν διακρίνονται ούτε επιλογές, ούτε λύσεις για τη διαφυγή από την αφόρητη πραγματικότητα.⁵⁷

Επιπλέον, το άτομο έχει έντονη την αίσθηση μοναξιάς και δεν είναι σε θέση να ζητήσει βοήθεια ή να επωφεληθεί της υποστήριξης που ενδεχομένως του παρέχει το περιβάλλον. Πολλοί άρρωστοι που βρίσκονται σε κρίση δεν θυμούνται καν την παρουσία άλλων ατόμων στο πλευρό τους. Βιώνουν ένα υποκειμενικό αίσθημα μοναξιάς, καθώς πιστεύουν ότι κανείς δεν μπορεί να τους κατανοήσει. Συχνά αποσύρονται και αποξενώνονται, γεγονός που διαταράσσει τις κοινωνικές τους σχέσεις. Τα στοιχεία όμως που διαφοροποιούν το άτομο που βρίσκεται σε κρίση από το άτομο που βιώνει έντονο στρες είναι (α) η ερμηνεία

που το άτομο αποδίδει στο συγκεκριμένο γεγονός και η υποκειμενική εκτίμηση των αποθεμάτων που διαθέτει για να το αντιμετωπίσει και (β) η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιεί.⁵⁰

8.5.2 ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΚΡΙΣΗ

Ο ρόλος του επαγγελματία της υγείας που παρεμβαίνει στην κρίση είναι υποστηρικτικός και ταυτόχρονα ενεργός. Καθοδηγεί, χωρίς να επιβάλλεται, και συχνά παρεμβαίνει χωρίς να υπάρχει σαφές αίτημα από την πλευρά του αρρώστου ή του συγγενή που βρίσκεται σε κρίση. Είναι σημαντικό να παρατηρεί προσεκτικά τη λεκτική και μη λεκτική συμπεριφορά του ατόμου και να αξιολογεί τις ανάγκες του καθώς και τις απαιτήσεις που επιβάλλουν οι περιστάσεις της κρίσης. Εξίσου απαραίτητο είναι να αναγνωρίζει τις φυσιολογικές αντιδράσεις στα πλαίσια της κρίσης και να διευκολύνει την έκφρασή τους.⁵⁰

8.5.3 Η ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΔΟΧΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΡΙΣΗΣ

Είναι εύκολο να βοηθιούνται μερικοί άνθρωποι που φαίνονται ικανοί να χρησιμοποιήσουν αυτό που τους προσφέρεται. Για άλλους, αυτό είναι πολύ δύσκολο γιατί τίποτα δεν τους ικανοποιεί και όποιος προσπαθήσει να τους βοηθήσει, θα απογοητευθεί. Ορισμένες μορφές βοήθειας θα μπορούσαν να εκπέμψουν στον ασθενή αρνητικά και ταπεινωτικά μηνύματα για τον εαυτό του. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα όταν η κρίση προκαλεί κατάρρευση της εικόνας εαυτού

στον ασθενή. Όταν κάποιος είχε προς τα έξω την εικόνα του αυτάρκους, του επαρκούς, του πάντοτε ικανού, του ισχυρού, του δυνατού, του κυρίαρχου των καταστάσεων και «*χρήσιμου*» στους άλλους, το να του παρασχεθεί βοήθεια θα ερμηνευόταν σαν εξάρτηση, αδυναμία και απόδειξη της προσωπικής ανεπάρκειας χειρισμού των πραγμάτων. Μπορεί να πιστεύει ότι θα πρέπει να στηρίζεται μόνο στις δικές του δυνάμεις, να κρατά τα προβλήματα για τον εαυτό του, να μην απασχολεί και να μην γίνεται βάρος στους άλλους, ότι, αν ζητήσει βοήθεια, ίσως χάσει την εκτίμηση των άλλων ή ίσως οι άλλοι δείξουν οίκτο. Άρα είναι προτιμότερο να απομονωθεί και να τα «*φέρει εις πέρας*» μόνος του.^{50,51}

Κάτι που δυσκολεύει τους ασθενείς που δέχονται βοήθεια σε μια κρίσιμη κατάσταση είναι η ντροπή και η αναξιοπρέπεια που νιώθουν για το ότι βρίσκονται σε αυτή την αδύναμη θέση και η αίσθηση ότι δεν έχουν τη δυνατότητα να ανταποδώσουν τη βοήθεια ή να προσφέρουν κάτι σε αντάλλαγμα. Συχνά όμως ξεχνούν ότι πάντα υπάρχει η ευκαιρία να προβούν σε «*κοινωνική πληρωμή*» της βοήθειας, που δεν είναι άλλη από την έκφραση της ευγνωμοσύνης. Είναι πολύ σημαντικό να δείξουν ότι αναγνωρίζουν και εκτιμούν αυτό που τους δίνουν οι άλλοι. Η ικανότητα όμως να νιώσουν και να δείξουν ευγνωμοσύνη ελαττώνεται όταν αισθάνονται φόβο και ζήλια για το πρόσωπο που τους βοηθά, αφού αυτό δε βρίσκεται στη δική τους οδυνηρή θέση.⁵¹

8.6 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Μια ψυχολογική παρέμβαση πρέπει να λάβει υπ' όψη της το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από τον ίδιο τον άρρωστο, την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό

περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της αρρώστιας (πρώιμο - ενδιάμεσο - τελικό). Το ψυχολογικό σχήμα και η παρέμβαση ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης της νόσου έχει ως ακολούθως:

1η Φάση - Πρώιμο στάδιο

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και shock, που ακολουθούνται ή από άρνηση που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Άλλοι λοιπόν αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση, άλλοι αναζητούν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος. Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν μπορεί να αποκλεισθεί, το άτομο θα πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Μέχρι τη στιγμή της εισαγωγής, πολλά άτομα θα είναι αγχώδη, ανήσυχα, σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν ένα φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το άτομο είναι αναγκασμένο να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνονται, ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις. Όλα αυτά μπορούν να προκαλέσουν ένα συναίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψης βοήθειας.⁵⁸

Υπάρχουν όμως και οι μακροπρόθεσμες διαστάσεις που συνδέονται πρώτον με τις επιπτώσεις που θα έχει η αρρώστια στην οικογενειακή, κοινωνική ζωή, επαγγελματική δραστηριότητα και στα οικονομικά, και δεύτερο, με την κακοήθεια της αρρώστιας που βιώνεται ως μια απειλή στη συνέχεια της υγείας και της ίδιας της ζωής.⁵⁹

Ωστόσο ο τρόπος κατά τον οποίο ο ασθενής θα αντιμετωπίσει τη νοσηλεία, την ασθένεια και τις συνέπειές της (στον ίδιο και στους άλλους) εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο μέρος από το πώς είχε στο παρελθόν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα, κρίσεις και εντάσεις στη ζωή. Αν για

παράδειγμα δεν είχε ποτέ στο παρελθόν συζητήσει με άλλους τα συναισθήματα ή τα προσωπικά του προβλήματα ανοιχτά και εποικοδομητικά, γίνεται δυσκολότερη η προσαρμογή του στο στάδιο αυτό.⁵⁹

Οι στόχοι στη φάση αυτή είναι οι εξής:

- Να βοηθηθεί ο ασθενής να μπορεί να ζει με τη γνώση της σοβαρής αρρώστιας και των συνεπειών της.
- Να βοηθηθεί να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και τις άλλες σχετικές ανησυχίες.
- Να βοηθηθεί να προσαρμοστεί στη νέα (αλλαγμένη) εικόνα σώματος και εαυτού.
- Να βοηθηθεί να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον.⁵⁹

Οι πρώτες συναντήσεις με τον ασθενή πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωσή του γύρω από τη λειτουργία της πτέρυγας του νοσοκομείου που έχει εισαχθεί και στην ενημέρωσή του στους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό προσωπικό (επισκέψεις γιατρών, νοσηλεύτριας, χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, θέματα κοινωνικής υπηρεσίας, ζητήματα διατροφής). Κατόπιν λαμβάνεται ένα λεπτομερειακό ιστορικό. Αν ο άρρωστος πρόκειται να υποβληθεί σε μια χειρουργική επέμβαση, ενημερώνεται και προετοιμάζεται ψυχολογικά. Στην περίπτωση μιας γυναίκας που πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή α) περιγραφή των διαδικασιών που οι ασθενείς θα περάσουν πριν και μετά την επέμβαση, δίνονται πληροφορίες για τη διαδικασία της επέμβασης, την έκτασή της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής. Με το να είναι προετοιμασμένος, δεν δημιουργείται ασυνέπεια μεταξύ προσδοκωμένων και βιουμένων γεγονότων, το άγχος μειώνεται και αίρεται μια πιθανή ψυχολογική αντίφαση. β) Αντιμετωπίζονται λανθασμένες αντιλήψεις γύρω από την αρρώστια, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τα μετεγχειρητικά

προβλήματα και ενθαρρύνονται να δουν αυτές τις πλευρές με ένα θετικό τρόπο ξεπερνώντας αδικαιολόγητους και αβάσιμους φόβους.⁶⁰

2η Φάση - Ενδιάμεσο στάδιο

Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη εφαρμογής άλλων μορφών θεραπείας. Ο άρρωστος έχει μια γνώση της εξέλιξης της υγείας του με βάση τη φυσική του κατάσταση, την ένταση και έκταση του πόνου, την αδυναμία και καχεξία και άλλα συμπτώματα, όπως αιμορραγίες και άλλα. Μερικοί ασθενείς καθυστερούν να δουν το γιατρό όταν εμφανίζονται συμπτώματα πιθανής υποτροπής του καρκίνου. Είναι αυτοί οι ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν να αντικρίσουν την επιστροφή του καρκίνου, μια και αυτό θα ανακινούσε παλιούς φόβους για τη διάγνωση. Η επανεμφάνιση θα σήμαινε γι' αυτούς την αρχή του τέλους που τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να το αποτρέψουν, θα δημιουργείτο φόβος για τις παρενέργειες της αντικαρκινικής θεραπείας, η οποία θα εφαρμοστεί στο νέο αυτό στάδιο ανάπτυξης της αρρώστιας και θα βρίσκονταν δικαιολογίες για να αρνηθούν την υποτροπή (*«Χάνω βάρος γιατί δεν πρόσεξα την διατροφή», «Η δύσπνοια προκλήθηκε από κρύωμα όταν βγήκαμε για να επισκεφτούμε κάποιους συγγενείς»*).⁵⁵

Άλλοι άρρωστοι κατηγορούν το γιατρό ή την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου, μπορεί να αμφισβητήσουν τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους και να θελήσουν να προσανατολισθούν σε όχι πάντα επιστημονικά παραδεκτές λύσεις, όπως φαρμακευτικά σκευάσματα βιταμινών, γαιτροσόφια, διαλογισμό. Ο γιατρός πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή ότι μια τέτοια αγωγή είναι άνευ αξίας και να τον κατευθύνει στις παραδεκτές θεραπείες. Ο γιατρός μπορεί ακόμα να του προτείνει να δει έναν άλλο ογκολόγο για μια δεύτερη γνώμη ή να σταθεί πρόθυμος να συζητήσει με τον άρρωστο νέες διαθέσιμες θεραπείες που μέχρι τότε δεν είχαν θεωρήσει.⁵⁴

Ορισμένοι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο βρίσκουν πως η ατέλειωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων είναι μια ιδιαίτερα δυσάρεστη πλευρά της νοσηλείας. Η αναμονή των αποτελεσμάτων φαίνεται πως είναι από τις πιο δύσκολες στιγμές, ενώ όταν τα αποτελέσματα βγουν και επιβεβαιώνουν τις υποψίες, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσουν στον άρρωστο και την οικογένειά του το θεραπευτικό πρόγραμμα που σχεδιάζουν. Επίσης πρέπει να εξηγηθούν οι παρενέργειες της θεραπείας, ώστε ο ασθενής να είναι έτοιμος να τις αντιμετωπίσει με ψυχραιμία.⁵⁵

Χωρίς κάποια εξήγηση, ο ασθενής μπορεί να αποδώσει αυτές τις παρενέργειες της θεραπείας σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του εξαιτίας επιδείνωσης της αρρώστιας και να θορυβηθεί ιδιαίτερα. Πρέπει ο ογκολόγος να εξηγήσει στον ασθενή και τους συγγενείς του τα υπέρ και τα κατά της χημειοθεραπείας και να προετοιμάσει τον ασθενή να τα δεχθεί.⁶¹

Θα πρέπει να γίνει σαφές στον άρρωστο ότι τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να τον απασχολούν και να τον ενοχλούν, όμως υπάρχει ο κλονισμός της υγείας του από την αρρώστια που είναι σοβαρότερος. Πρέπει να υπομείνει τις παρενέργειες, οι οποίες άλλωστε με το πέρασμα του χρόνου θα εκλείψουν και η προτεραιότητα να δοθεί στην αντιμετώπιση της κυρίως νόσου. Όταν ο ασθενής υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, ο ακτινοθεραπευτής γιατρός θα πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή πώς λειτουργεί αυτή η θεραπεία, ποια αποτελέσματα και ποιες παρενέργειες μπορεί να φέρει, ώστε να μειωθεί το άγχος και ο φόβος, όταν οι παρενέργειες εμφανισθούν. Επίσης ανάλογη πληροφόρηση πρέπει να έχουν και οι συγγενείς του αρρώστου, ώστε να διευκρινισθούν ορισμένες αντιλήψεις όπως ότι ο ασθενής γίνεται ραδιενεργός και τον εγκαταλείπουν.⁶²

Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή του ασθενούς. Ο έντονος πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί τον αναγκάζουν να μην μπορεί να εργασθεί πια, να παραμένει στο σπίτι, να σταματήσει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που παλιότερα τον ευχαριστούσαν. Η ζωή του μπορεί να διακόπτεται από επανειλημμένες εισόδους στο νοσοκομείο για χημειοθεραπεία ή ακτινοβολίες, ενώ ο ανεξέλεγκτος πόνος μπορεί να του θυμίζει συνεχώς ότι κάτι το μοιραίο επίκειται. Με την επιδείνωση της αρρώστιας ο ασθενής φοβάται ότι ο γιατρός και η οικογένειά του θα τον εγκαταλείψουν. Έτσι μερικοί ασθενείς γίνονται πράοι, υπάκουοι, χωρίς παράπονα, ώστε να αποφύγουν καταστάσεις που ίσως οδηγούσαν τους άλλους στο να τους εγκαταλείψουν. Πρέπει να βεβαιωθεί ο ασθενής ότι ο γιατρός και οι συγγενείς θα μείνουν κοντά του, θα κάνουν τα πάντα για να νιώθει περισσότερο ανακουφισμένος. Πρέπει να ακούσουν τις ανησυχίες, τους φόβους, τις ανάγκες του, να τον υποστηρίξουν συναισθηματικά, να του δώσουν κουράγιο και ελπίδα στη μάχη του αυτή με τη μεταστατική νόσο. Τότε θα μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη, οι συγχυτικές αντιδράσεις, οι ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας και κάποια αποδιοργάνωση που κλιμακώνεται, η επαφή μαζί του θα βελτιωθεί, θα γίνει πιο συνεργάσιμος και θα έχει περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους φροντίζουν γι' αυτόν.⁵⁸

3η Φάση -Τελικό στάδιο

Σ' αυτό το στάδιο, όπου η θεραπεία είναι μόνο ανακουφιστική, ο άρρωστος μαζί και ο γιατρός αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο θανάτου. Κατά τη διάρκεια της τελικής αυτής φάσης της αρρώστιας, ο ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται πως ξέρει ότι πρόκειται να πεθάνει, αλλά την ίδια στιγμή μπορεί να εκφράζεται σαν να μη γνωρίζει τίποτα για την αρρώστια του. Ή ο άρρωστος μπορεί να κατηγορήσει το γιατρό του ότι δεν τον είχε προειδοποιήσει για τις επιπλοκές ή για τον

ενδεχόμενο θάνατο, παρά το γεγονός ότι καθ' όλη τη διάρκεια της αρρώστιας μπορεί να ενημερωνόταν για την πρόγνωση της.⁶³

Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ένα ξαφνικό σοκ στον καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. Θα έχει περάσει πολλούς μήνες σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, θα έχει υποβληθεί σε εγχειρήσεις, θα έχει μπει και βγει από πολλές μονάδες νοσοκομείων, πιθανόν να έχει δει άλλους αρρώστους να πεθαίνουν στα νοσοκομεία από την ίδια αρρώστια. Αλλά ο φυσικός θάνατος που όλα τα ζωτικά όργανα παύουν να λειτουργούν, είναι μόνο μια μορφή θανάτου. Υπάρχει ο κοινωνικός θάνατος, όπου ο άρρωστος απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους ή με αυτοεγκατάλειψη ή οι συγγενείς απομακρύνονται και σταματούν να τον επισκέπτονται. Υπάρχει ο ψυχικός θάνατος, στον οποίο ο ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό του. Συνήθως ο ψυχικός και ο φυσικός θάνατος συμβαίνουν ταυτόχρονα, αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται το θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον αγώνα απελπισμένα - στηριζόμενοι στο ανίατο του καρκίνου - και αρνούνται να συνεχίσουν να ζουν. Ακόμη υπάρχει ο βιολογικός θάνατος, που ορίζεται από την απουσία συνείδησης ή γνωστικών λειτουργιών.⁶³

Είναι σημαντικό για τον άρρωστο σ' αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι ο γιατρός, οι νοσηλεύτριες, ο ψυχολόγος δεν πρόκειται να τον εγκαταλείψουν αλλά ότι θα μείνουν δίπλα του και θα είναι διαθέσιμοι να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες του, να παρέχουν ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή.⁶⁴

Η Kübler-Ross (1969) περιγράφει τις αντιδράσεις του καρκινοπαθούς από τη στιγμή που έρχεται άμεσα ή έμμεσα αντιμέτωπος με τη φύση της αρρώστιας του μέχρι τις τελευταίες ώρες της ζωής του. Στην πρώτη λοιπόν φάση, τη φάση της άρνησης, ο άρρωστος έχει την τάση να αρνηθεί (ασυνείδητα και άρα ακούσια) το γεγονός της ασθένειας. Η συνήθης αντίδραση είναι: « Όχι,

δεν μπορεί να είμαι εγώ». Η άρνηση είναι ένας υγιής τρόπος αναμέτρησης με μια κρίσιμη και οδυνηρή κατάσταση, με την οποία μερικοί από τους αρρώστους αυτούς πρέπει να ζήσουν για μακρό χρόνο. Κατά τον ίδιο τρόπο που αρνούνται να πιστέψουν τον αιφνίδιο και αναπάντεχο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, έτσι και ο ασθενής αρνείται τη φύση και τις επιπτώσεις της αρρώστιας του. Η άρνηση λειτουργεί σαν εξουδετερωτής της σύγκρουσης ύστερα από απροσδόκητες, συγκλονιστικές ειδήσεις, είναι ένας μηχανισμός αυτοπροστασίας που επιτρέπει στον άρρωστο να συγκεντρωθεί και να κινητοποιήσει με τον καιρό άλλους μηχανισμούς άμυνας. Έτσι σύντομα η άρνηση, σαν προσωρινή άμυνα, αντικαθίσταται από μια μερική αποδοχή. Η άρνηση που κρατιέται ως το τέλος είναι σπάνια. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι ασθενείς αποφεύγουν (ή φοβούνται) οποιαδήποτε επικοινωνία με τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού, που πιθανόν να λύγιζαν την άρνησή τους, μιλώντας στους ασθενείς για τον καρκίνο. Παρά την άρνηση όμως, έχει παρατηρηθεί ότι κάποιο μέρος του εαυτού του αρρώστου πρέπει να αντιμετωπίζει την πραγματικότητα της αρρώστιας, εφόσον ο άρρωστος δέχεται να υποβληθεί σε νοσοκομειακή περίθαλψη και θεραπεία.⁵¹

Η αντίδραση *άρνησης* αντί να διατυπωθεί με λόγια, μπορεί να εκφρασθεί με ενέργειες, όπως να απευθυνθεί ο άρρωστος σε άλλους γιατρούς με την ελπίδα ότι θα τον καθησυχάσουν, ή συχνότερα για να «μπερδέψει τα ίχνη» με τρόπο ώστε να πεισθεί ότι υπάρχει ακόμη αμφιβολία στη διάγνωση, ότι η κατάσταση δεν είναι ξεκαθαρισμένη ή ακόμα ότι έγινε λάθος. Από τον αρχικό κλονισμό και τη μαζική άρνηση ο καρκινοπαθής βαθμιαία θα αναλάβει το πότε θα εγκαταλείψει την άρνησή του για να χρησιμοποιήσει άλλους μηχανισμούς άμυνας εξαρτάται από το πώς ενημερώθηκε ο άρρωστος για την αρρώστια του, το πώς προετοιμαζόταν για να αντιμετωπίσει καταστάσεις έντασης κατά τη διάρκεια της ζωής του, ποιος θα είναι κοντά του να τον υποστηρίξει.⁵⁵

Ακολουθεί η φάση της *οργής ή εξέγερσης*. Ο ασθενής βρίσκει τη μοίρα του άδικη και αδικαιολόγητη: «γιατί να είμαι εγώ και όχι άλλος». Η οργή, η διαμαρτυρία, η δυσαρέσκεια μετατίθεται προς όλες τις κατευθύνσεις: οι γιατροί δεν είναι καλοί, κρατούν τους αρρώστους για πολλές μέρες στο νοσοκομείο, δε σέβονται τις επιθυμίες του, δεν ξέρουν ποια είναι η σωστή δίαιτα που πρέπει να ορίσουν. Μεγαλύτερος στόχος της οργής του γίνονται οι νοσηλευτές. Μόλις εγκαταλείψουν το δωμάτιο χτυπά το κουδούνι. Η επίσκεψη της οικογένειάς του γίνεται γεγονός οδυνηρό. Διαπληκτίζεται με τους συγγενείς του, τους κατηγορεί για έλλειψη αγάπης, κατανόησης, φροντίδας και ενδιαφέροντος προς αυτόν. Τότε τα μέλη της οικογένειας αντιδρούν με λύπη, δάκρυα, ενοχή ή αποφεύγουν μελλοντικές συναντήσεις με τον άρρωστο, και έτσι η οργή και η στενοχώρια του αρρώστου επαυξάνεται.⁵⁵

Το ζήτημα εδώ είναι ότι ελάχιστοι βάζουν τον εαυτό τους στη θέση του αρρώστου και απορούν από που να προέρχεται αυτός ο θυμός και η ευερεθιστότητα. Ίσως όμως και να οργίζονταν αν όλες οι δραστηριότητες της ζωής τους διακόπτονταν πρόωρα, αν περίμεναν, μετά από χρόνια σκληρού μόχθου, να χαρούν μερικά χρόνια ανάπαυσης και απόλαυσης της ζωής, μόνο και μόνο για να τους βρει αυτή η τύχη. Τι άλλο θα έκαναν παρά να αφήσουν την οργή τους να ξεσπάσει πάνω σε ανθρώπους που πολύ πιθανόν να απολαύσουν όλα αυτά τα πράγματα, που είναι υγιείς. Πάνω σε ανθρώπους που παραγγέλλουν επίπονες εξετάσεις, που διατάσσουν περιορισμούς, ενώ μετά το τέλος της εργασίας τους μπορούν να κάνουν οτιδήποτε για να χαρούν τη ζωή. Όπου και να κοιτάξει λοιπόν ο άρρωστος αυτό τον καιρό, θα βρει αιτίες για παράπονα. Θα σηκώσει τη φωνή του, θα σταθεί απείθαρχος, θα έχει απαιτήσεις και θα ζητήσει να τον προσέχουν, ίσως για να θυμίσει στους άλλους πως δεν είναι ακόμα νεκρός αλλά ζει. Αν του δοθεί σεβασμός, προσοχή, αν προσπαθούν να τον καταλάβουν παρά να τον κρίνουν, γρήγορα θα χαμηλώσει τη φωνή του και θα μειώσει τις οργισμένες απαιτήσεις του. Μπορούν να δεχθούν οτιδήποτε μόνο κάτω από δικούς τους όρους και αν ο χρόνος των γιατρών είναι

περιορισμένος, αυτοί οι ασθενείς χάνουν την ευκαιρία που τους δίνουν. Κι όμως είναι πιο απελπισμένοι απ' όλους. Αν επιτρέψουν σε τέτοιους ασθενείς να είναι ο εαυτός τους και να εκτονώνονται, μπορεί να δείξουν άλλες πλευρές του εαυτού τους, ευαίσθητες, ευχάριστες, αποδεκτές.⁶⁵

Έρχεται ύστερα η *φάση της διαπραγμάτευσης*, που χαρακτηρίζεται από την τάση για ικεσίες, που παίρνουν τη μορφή τάματος. Εδώ γίνεται ένα είδος συμφωνίας για να αναβληθεί το αναπόφευκτο. «*Αν μου υποσχεθείτε ότι θα γίνω καλά, σε αντάλλαγμα θα είμαι καλός, πειθαρχικός και υπάκουος*». Ή «*να κάνετε ό,τι μπορείτε για να κάνω Πάσχα με την οικογένειά μου*». Ο άρρωστος πιστεύει ότι θα αμειφθεί για την καλή του συμπεριφορά με τη μείωση του πόνου του, με προέκταση της ζωής του, θα κατορθώσει να ζήσει αρκετά για να παραστεί στο γάμο του παιδιού του, για να τακτοποιήσει υποθέσεις του. Η διαπραγμάτευση είναι πραγματικά μια προσπάθεια αναβολής. Βέβαια, και να του παραχωρηθεί η αναβολή ή να του γίνει μια ειδική χάρη δεν πρέπει να περιμένουν ότι θα κρατήσει την υπόσχεση για καλή συμπεριφορά ή μια ζωή αφιερωμένη σε κάποιο σκοπό στη ζωή ή στο Θεό. Συχνά οι υποσχέσεις συνδέονται με μια ενοχή, φόβο ή τιμωρία για διάφορους λόγους και πρέπει να αναζητείται το βαθύτερο νόημα και κίνητρο τέτοιων συμπεριφορών.⁶⁶

Ακολουθεί η *καταθλιπτική φάση*. Ο άρρωστος που βαδίζει προς το θάνατο, νιώθοντας τα συμπτώματα να εντείνονται, να γίνεται πιο αδύναμος, οι πόνοι ισχυρότεροι, δεν μπορεί να κρύψει πια την απελπισία, τη θλίψη και την πίκρα του. Κλαίει και μιλάει για αυτοκτονία, εκδηλώνει αισθήματα ενοχής, αυτομομφής, αυτοϋποτίμησης. Η κατάθλιψη αυτής της φάσης είναι είτε αντιδραστική (η εξέλιξη της αρρώστιας όντας ένα υπαρκτό εξωτερικό εκλυτικό αίτιο) είτε προπαρασκευαστική, που προετοιμάζει τον άρρωστο για τον τελικό αποχωρισμό από αυτόν τον κόσμο.⁶⁷

Στη δεύτερη αυτή μορφή κατάθλιψης, οι ενθαρρύνσεις και οι διαβεβαιώσεις δεν έχουν νόημα. Ο άρρωστος βρίσκεται στην πορεία απώλειας του καθετί και όλων των αγαπημένων του προσώπων, ώστε δεν έχει σημασία να του πουν ότι δεν πρέπει να λυπάται. Η φάση αυτή είναι συνήθως μια σιωπηλή περίοδος με ανάγκη για άγγιγμα του χεριού, μια ζεστή παρουσία χωρίς πολλά λόγια σε αντίθεση με την αντιδραστική μορφή στην οποία ο άρρωστος έχει πολλά να μοιραστεί με τους άλλους.⁶⁸

Εδώ θα απαλλάξουν τον άρρωστο από περιττό άγχος, ταλαιπωρία και ταραχή αν προσπαθήσουν να κατανοήσουν αν ο άρρωστος είναι έτοιμος να αγωνιστεί για τη ζωή του (π.χ. με το να δεχθεί επιπρόσθετη θεραπεία) ή είναι έτοιμος να προετοιμαστεί για να πεθάνει.⁶⁸

Η τελευταία φάση, η *φάση της αποδοχής*, είναι το στάδιο που σαν να έχει φύγει ο πόνος, ο αγώνας να 'χει τελειώσει και έρχεται ο καιρός για την τελική ανάπαυση πριν από το μακρύ ταξίδι. Μερικοί ασθενείς πέρασαν την κατάθλιψη και την εξέγερση αλλά είναι περισσότερο απογοητευμένοι έχοντας αφηθεί σε μια μοιρολατρική εγκατάλειψη και απομόνωση παρά σε γαλήνη. Άλλοι ωστόσο ασθενείς είναι ήρεμοι. Ο άρρωστος θέλει να μείνει μόνος ή τουλάχιστον να μην ενοχλείται από τα προβλήματα του εξωτερικού κόσμου. Θα αντικρίσει τις τελευταίες στιγμές ηρεμότερα αν του επιτραπεί να αποσπάσει τον εαυτό του απ' όλες τις σημαντικές σχέσεις της ζωής του. Μια ματιά, ένα σφίξιμο του χεριού, μπορούν να πουν περισσότερο από πολλές λέξεις και να βεβαιώσουν τον άρρωστο ότι δεν εγκαταλείπεται μόνος, αλλά ότι θα βρίσκονται οι δικοί του άνθρωποι κοντά του μέχρι το τέλος, όπου ο κύκλος της ζωής κλείνει.⁶⁹

Πίσω απ' όλα αυτό τα στάδια και τις φάσεις κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλο αυτό είναι απλώς ένας εφιάλτης και όχι αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο για να αντέξει ακόμη λίγο καιρό. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι

γιατροί πρέπει να πουν ψέματα στον ασθενή. Σημαίνει ότι μοιράζονται μαζί του την ελπίδα ότι κάτι απρόβλεπτο μπορεί να αλλάξει τη ροή των πραγμάτων. Θα πρέπει να προσέξουν ώστε να μην προκαλέσουν απελπισία στον άρρωστο, ενώ χρειάζεται ακόμα την ελπίδα. Αν εγκαταλείψουν έναν τέτοιο άρρωστο και παραιτηθούν, μπορεί να εγκαταλείψει και ο ίδιος τον εαυτό του και η περαιτέρω ιατρική βοήθεια θα μπορούσε να έρχεται πολύ αργά, βρίσκοντας τον απροετοίμαστο για μια νέα μάχη.⁷⁰

Στον ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να γίνονται τακτικές επισκέψεις υποστηρίζοντάς τον και δείχνοντάς του ότι δεν ξεχνιέται. Ζητείται από την οικογένεια, φίλους και συγγενείς του να μην τον εγκαταλείψουν. Συζητείται το θέμα της επιδείνωσης της κατάστασης με τον ίδιο τον άρρωστο και φροντίζουν να έχει διευθετήσει όλες τις υποθέσεις του. Του δίνουν την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, τις ανάγκες, τα συναισθήματά του και του δείχνουν κατανόηση, συμπάρασταση. Βεβαιώνεται ότι εκτός του ελέγχου των σοβαρών συμπτωμάτων, στον άρρωστο χορηγείται αγωγή για τον έλεγχο του πόνου. Η οποιαδήποτε ανακούφιση από τον αφόρητο πόνο είναι τόσο σημαντική για το πρόσωπο που πεθαίνει όσο και η συναισθηματική υποστήριξη. Επίσης σημαντικό είναι να αφήνονται οι άρρωστοι όσοι είναι ικανοί για συνεργασία, να συναποφασίζουν με τους γιατρούς για τη στιγμή που θα πάρουν τα αναλγητικά τους.⁷¹

8.7 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Εκτός όμως από τη συμβολή του ψυχολόγου στην αντιμετώπιση αυτών των πρακτικών προβλημάτων του καρκινοπαθούς που συνδέονται, τόσο με τη νόσο όσο και με τη θεραπευτική προσέγγισή της, η κύρια ψυχολογική προσφορά έγκειται στο επιλεγμένο ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα (Bahnsen 1975) που θα εφαρμόσει ο ψυχολόγος, δηλαδή ατομική (αναλυτική, υποστηρικτική,

συμπεριφορική) ψυχοθεραπεία και ομαδική ψυχοθεραπεία, ανάλογα με το ποια θα κριθεί σαν η πιο κατάλληλη. Στόχος είναι να τροποποιηθεί η συμπεριφορά αλλάζοντας διαστάσεις της προσωπικότητας.⁷²

Η προσωπικότητα του ατόμου με καρκίνο έχει ορισμένα χαρακτηριστικά, όπως φτωχή συγκινησιακή εκφόρτιση, αδυναμία έκφρασης προς τα έξω επιθετικών συναισθημάτων, τάση για απόθεση και άρνηση κρίσιμων καταστάσεων, προσπάθεια να είναι αρεστό και συμπαθές στους άλλους, να τους ικανοποιεί δίνοντας μικρή προτεραιότητα στις δικές του ανάγκες και επιθυμίες, υπάρχει διάθεση αυτομομφής και προδιάθεση για βίωση απελπισίας και απόγνωσης. Ακριβώς αυτά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας καθορίζουν και τον τρόπο που το άτομο θα αντιδράσει όταν βρεθεί μπροστά σε έντονα γεγονότα.⁷³

Ο Baltrusch (1978) έχει προτείνει ένα ψυχοδυναμικό μοντέλο για την καρκινογένεση. Σ' αυτό, οι πρώτες παιδικές εμπειρίες αποτελούν τη βάση για τη μεταγενέστερη ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου. Στους καρκινοπαθείς, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, σημειώθηκε διαταραχή και εξασθένηση των σχέσεων με τα αντικείμενα. Οι γονείς αυτών των ατόμων περιγράφονται ως ψυχροί, απόμακροι και απορριπτικοί, απαιτώντας από τα παιδιά τους να δεχθούν και να ακολουθήσουν τα κοινωνικά πρότυπα, όπως και να ανταποκριθούν και να πραγματώσουν τις δικές τους προσδοκίες γι' αυτά και τις υπερβολικές προσταγές τους. Σαν συνέπεια, τα παιδιά αισθάνονται απομονωμένα, ανασφαλή και ανεπαρκή. Αργότερα, η οργάνωση της ψυχολογικής τους άμυνας χαρακτηρίζεται από την άρνηση, την απόθεση και την ολοκληρωτική απώλεια της ικανότητας να γνωρίσουν στους άλλους τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους. Κάτω από ρεαλιστικές και ευχάριστες διαπροσωπικές σχέσεις κρύβεται πάντα μια καταπιεσμένη, ρηχή και ψυχρή προσωπική ζωή. Νιώθουν ανασφάλεια και πιστεύουν πως το να εμπλακούν σε έντονες, βαθιές ανθρώπινες σχέσεις θα τους πληγώσει, θα πονέσουν, ώστε τις

θεωρούν πια επικίνδυνες, απειλητικές και δημιουργούν μόνο επιφανειακές σχέσεις. Ακόμα έχουν την πεποίθηση ότι «*κάτι δεν πάει καλά*» μέσα τους και είναι ανίκανοι να απολαύσουν υγιείς ανθρώπινες σχέσεις.⁷⁴

Η πρώτη ανάγκη των καρκινοπαθών, προκειμένου να διατηρήσουν κάτι, προσκολλώνται στο πρόβλημά τους και εξαρτώνται έντονα από άλλα άτομα, δημιουργώντας συμβιωτικές σχέσεις, χωρίς αυτονομία και αυθεντικότητα. Για να κρατήσουν λοιπόν την αμυντική θωράκισή τους έχουν ανάγκη από το να είναι πάντα ικανοί να αρνούνται, να απωθούν, να καταπνίγουν τα συναισθήματα τους και τις συγκρούσεις που βιώνουν σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Έτσι, στέκονται ανίκανοι να εκφράσουν τη συναισθηματική ένταση που νιώθουν, το άγχος, την οργή, την ταραχή, τη στενοχώρια, την επιθετικότητα, κρύβουν την ενόχλησή τους ή προσποιούνται ότι δεν συμβαίνει τίποτα. Η σεξουαλικότητά τους παραμένει ανώριμη, ενώ υφίστανται πολλαπλές αναστολές (Σκάρλος 1991). Σε περιόδους ψυχοκοινωνικού stress αυξάνουν την έκθεσή τους στο αλκοόλ, το κάπνισμα, προσπαθώντας έτσι να εκφορτίσουν την ένταση, το άγχος, μη λεκτικά. Η ένταση κρύβεται επιμελώς κάτω από ένα προσωπίο ξεγνοιασιάς, γαλήνης και ηρεμίας. Αργότερα εκφράζονται αισθήματα απελπισίας, απόγνωσης, παραίτησης και απόσυρσης, μια γενική κατάθλιψη που εκφράζεται λεκτικά. Όλες αυτές οι καταστάσεις δημιουργούν παρατεινόμενο stress που έχει ως αποτέλεσμα την παράλυση ή εξασθένηση του ανοσοβιολογικού συστήματος, που θεωρείται μια προϋπόθεση για καρκινογένεση.⁷⁵

8.7.1 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αρχίζοντας ατομική ψυχοθεραπεία με έναν καρκινοπαθή, στόχος είναι να μάθει ο άρρωστος να αισθάνεται ενεργητικός, με εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να εκφράζει τα δικά του συναισθήματα, αντιλήψεις, ανάγκες, ακόμη και αν όλα

αυτά δεν είναι πλήρως αποδεκτά από τους άλλους και να του δοθεί η δύναμη και η ελπίδα να αγωνιστεί για τη ζωή του. Ο ψυχολόγος απέναντι στον άρρωστο, προσπαθεί να τον βοηθήσει να κατανοήσει τον εαυτό του, να εκτιμήσει και ν' αναπτύξει τις θετικές πλευρές του χαρακτήρα του, να ωριμάσει μέσα από την καταστροφή, να βρει ένα νόημα στη ζωή και μια ανθρώπινη επαφή, είναι πολύ σημαντική. Ακόμη και αν ο θάνατος είναι αναπόφευκτος, αυτό που έχει αξία είναι πώς ζει κανείς μέχρι την ώρα που πεθαίνει και ότι αυτό μπορεί ακόμα να γίνει χωρίς απομόνωση και αυτοεγκατάλειψη. Δίνεται στον άρρωστο η ευκαιρία για μια διέξοδο, να εξελιχθεί σ' αυτό που ο ίδιος είναι και όχι εκείνο που οι άλλοι θέλουν να είναι.⁷⁶

Τα αποτελέσματα της εφαρμογής ψυχοθεραπείας σε καρκινοπαθείς είναι ενθαρρυντικά σε σχέση με την προσδοκώμενη επιβίωση.⁷

Στην κατεύθυνση αυτή έχει αναπτυχθεί η μέθοδος των Simonton και Creighton (1978) που είναι μια πολυδιάστατη προσέγγιση του καρκίνου. Το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών τους είναι σχεδόν διπλάσιο από εκείνο των ασθενών άλλων ιδρυμάτων και η ποιότητα ζωής και ο βαθμός δραστηριότητας όλων όσων εισάγονται με το χαρακτηρισμό «αθεράπευτος» βρίσκονται σε πολύ υψηλό επίπεδο.⁷⁷

Ένας από τους πρώτους στόχους της μεθόδου τους είναι να ανατρέψουν την καθιερωμένη εικόνα του καρκίνου, εφόσον είναι ασυμβίβαστη με τις διαπιστώσεις των σύγχρονων ερευνών. Οι άρρωστοι παρακινούνται να δουν τον καρκίνο όχι σαν ένα τοπικό πρόβλημα αλλά σαν μια διαταραχή του συστήματος του οργανισμού, όχι σαν ένα ξένο, νέο «πλάσμα» που βασανίζει το σώμα τους, αλλά σαν αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ανάμεσα στους βιολογικούς, ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ένα δεύτερο βήμα είναι να βοηθηθούν οι καρκινοπαθείς να συνειδητοποιήσουν ότι δεν είναι πάντα θύματα

της αρρώστιας αλλά ότι και οι ίδιοι μπορεί να συνέβαλαν στην ανάπτυξή της, να παρακολουθήσουν την εξέλιξη της αρρώστιάς τους και να αποκαλύψουν τις σημαντικότερες καταστάσεις stress του πρόσφατου παρελθόντος. Ένα τρίτο βήμα είναι να ενισχυθεί η πίστη των αρρώστων στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας και της αμυντικής και ανανηπτικής ικανότητας του οργανισμού τους.

77

Η κύρια τεχνική ενίσχυσης του αμυντικού συστήματος είναι η μέθοδος της χαλάρωσης και της διανοητικής (ενοραματικής) φαντασίωσης. Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να απεικονίσει στη φαντασία του συμβολικές εικόνες του καρκίνου του και του τι πιστεύει ότι συμβαίνει στο σώμα του. Για παράδειγμα τα λευκά αιμοσφαίρια μπορεί να παρασταθούν ως ένας στρατός από ιππότες επάνω σε λευκά άλογα, που επιτίθενται, νικούν και εξοντώνουν τον εχθρό, που δεν είναι άλλος από τα καρκινικά κύτταρα παριστάμενα ως μικρά, αργά κινούμενα όντα. Ο σκοπός της χαλάρωσης προσπαθώντας να διδάξει στον ασθενή ένα είδος αναγνώρισης του σώματός του, δημιουργώντας μια κατάσταση φιλικής παρουσίας που μπορεί να εμπιστευθεί, αποβλέποντας στην δημιουργία μιας εμπιστευτικής φαντασίας για το γεγονός της χημειοθεραπείας, ικανοποιεί την ανάγκη απομάκρυνσης του καταδιωκτικού χαρακτήρα του χημειοθεραπευτικού φαρμάκου.^{76,77}

Ακόμη και η ψυχανάλυση ακολουθεί αυτόν τον δρόμο με σκοπό να δώσει τη δυνατότητα στον ασθενή της αποκατάστασής του από τη διεργασία της κατάθλιψης, του άγχους και της αποδιοργάνωσης. Κάθε ενέργεια που τείνει να ελαττώσει την ταλαιπωρία του ασθενή από τον πόνο, τον εμετό και το επικείμενο άγχος του θανάτου έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει τη σχέση του ασθενούς με την ασθένεια.⁷⁸

Μέσα από τη χαλάρωση δεν δημιουργούνται συγκινησιακές καταστάσεις που υπάρχουν κατά την ώρα και πριν τη χημειοθεραπεία και εξαλείφονται οι εσφαλμένες αυτές αμυντικές καταστάσεις που αναπτύσσονται. Ένα από τα πολλά πλεονεκτήματα που προσφέρει η τεχνική της χαλάρωσης είναι ότι αν υιοθετηθεί η μέθοδος αυτή, χρησιμεύει για όλη τη ζωή και παραμένει ως ένα ψυχοπροφυλακτικό μέσο που μπορεί να χρησιμοποιείται για τη λύση των διαφόρων ψυχοσωματικών καταστάσεων, αδιαθεσίας και stress. Οι καρκινοπαθείς ενθαρρύνονται στο να εντοπίσουν υγιέστερους τρόπους αντιμετώπισης των κρίσιμων καταστάσεων stress στη ζωή τους, να αναδιοργανώσουν το σύστημα αξιών και πεποιθήσεών τους για την αρρώστια και τη θεραπεία, να επανεξετάσουν το σύστημα πίστης τους για τις κοινωνικές σχέσεις και τα γεγονότα της ζωής τους και τις ευρύτερες αντιλήψεις τους για τον κόσμο.⁷⁸

8.7.2 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Το αυξανόμενο ενδιαφέρον για ψυχοσωματικές (ή εναλλακτικές) παρεμβάσεις για άτομα με καρκίνο δεν είναι επιστημονικά αστήρικτο. Το μεθοδολογικό πρόβλημα για την αξιολόγηση αυτών των προσεγγίσεων έγκειται όχι τόσο στις σχετικά λίγες ποσοτικές μελέτες, που ωστόσο καταδεικνύουν κάποια θεραπευτική δυναμικότητα, όσο στον επιστημονικό χώρο (ή μετα-παράδειγμα) όπου κινούνται παρόμοιες μελέτες. Όντας έξω από τα πλαίσια του ρασιοναλιστικού επιστημονικού παραδείγματος που αντικειμενοποιεί τις συνθήκες για να μετρήσει το αποτέλεσμα, οι μελέτες αυτές ενστερνίζονται την υποκειμενικότητα ως σημαντικό συστατικό, απαραίτητο για την επίτευξη θεραπευτικού δυναμικού. Με άλλα λόγια το άτομο διαμορφώνει τις συνθήκες της θεραπείας του και δεν είναι απλά μια στατιστική μονάδα. Για λόγους, λοιπόν, επιστημονικής ακρίβειας είναι μεθοδολογικά ασύμβατο να

αξιολογηθούν πολλές από τις μελέτες εναλλακτικών παρεμβάσεων με τα κριτήρια που ανωτέρω εφαρμόστηκαν.⁷⁹

Η *εικονοποίηση* είναι η τεχνική της συγκέντρωσης σε νοητικές εικόνες ή νοητικές αλληλουχίες συμβάντων που προάγουν την ανάρρωση. Χρησιμοποιείται ευρέως σε παιδιά και σε άτομα με καρκίνο. Το άτομο εστιάζει, για παράδειγμα, στην εικόνα καταστροφής καρκινικών κυττάρων από ανοσιακά (κύτταρα αντίστασης). Η εικονοποίηση μπορεί να είναι υποβοηθούμενη με εικόνες από τον νοσηλευτή αλλά έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν οι εικόνες παράγονται από το ίδιο το άτομο και είναι ανατομικά σωστές. Προαπαιτείται χαλάρωση και εστιασμένη συγκέντρωση, τα οποία είναι συστατικά των περισσότερων εναλλακτικών παρεμβάσεων. Στην επαναξιολόγηση του δείγματος μιας τυχαιοποιημένης μελέτης ύπνωσης/εικονοποίησης αναφέρθηκε μείωση της θνητότητας και αύξηση της διάρκειας επιβίωσης σε γυναίκες με κακοήθεια. Ομοίως, οι Rapkin και οι συνεργάτες του, παρουσίασαν ενδείξεις ότι η πιθανότητα επιπλοκών μειώνεται με τη χρήση εικονοποίησης και οι Richardson και οι συνεργάτες του ανέφεραν, εκτός από τη βελτίωση στην ψυχολογική ανταπόκριση, και βελτίωση ανοσολογικών παραμέτρων. Μείωση του πόνου έχει επίσης αναφερθεί. Παρά τα μεθοδολογικά προβλήματα σχετικών νοσηλευτικών μελετών, η εικονοποίηση φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα στον πόνο.⁸⁰

Ο διαλογισμός στοχεύει στη *διεύρυνση της συνειδητότητας και αυτοσυνειδητότητας* μέσω συγκέντρωσης της προσοχής. Υπάρχουν δημοσιευμένες και ανεκδοτικές αναφορές περιπτώσεων ύφεσης νεοπλάσματος μετά από εντατικό διαλογισμό, πλην όμως οι κλινικές μελέτες είναι λίγες. Μελέτες στον καρκίνο μαστού και προστάτου έχουν δείξει ευνοϊκές οργανικές

επιδράσεις του διαλογισμού, πιθανόν μέσω αύξησης ενός νευροπεπτιδίου, της μελατονίνης.⁸¹

Η τεχνική του θεραπευτικού αγγίγματος που αναπτύχθηκε την δεκαετία του '70 έγινε ευρέως αποδεκτή. Πολλά μεταπτυχιακά προγράμματα εξειδίκευσης στο θεραπευτικό άγγιγμα λειτουργούν σήμερα στις ΗΠΑ και διεθνώς. Έχοντας αναπτυχθεί από νοσηλεύτρια, θεωρείται η νοσηλευτική «συμβολή» στις εναλλακτικές θεραπείες. Εδώ πρέπει να γίνει ένας διαχωρισμός: οι μαλάξεις δεν αποτελούν θεραπευτικό άγγιγμα. Το οποίο είναι κατά κύριο λόγο βιοενεργειακή θεραπεία χωρίς απτική επαφή του θεράποντα με τον αποδέκτη. Παρότι, ευρέως χρησιμοποιούμενο στον καρκίνο, οι ποσοτικές ερευνητικές μελέτες είναι πολύ λίγες. Οι Giasson και Bouchard (1998), αναφέρουν προαγωγή της ευεξίας και μείωση συμπτωμάτων με το θεραπευτικό άγγιγμα.⁸²

Το γέλιο έχει ευνοϊκές αιμοδυναμικές επιδράσεις αλλά και ανοσολογικές: διεγείρει την ανοσία και την νευροενδοκρινική απόκριση. Πλην όμως, στον καρκίνο οι μελέτες είναι σπάνιες, παρότι υπάρχουν πολλές αναφορές κλινικών περιπτώσεων. Η προσευχή, μια άλλη παρέμβαση που έχει δώσει ενθαρρυντικά ερευνητικά αποτελέσματα επίσης δεν έχει μελετηθεί στον καρκίνο. Η ακρόαση μουσικής είναι μια δημοφιλής τεχνική με θετικά αποτελέσματα σε ομάδες όπως οι νοσηλευόμενοι σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Οι μελέτες στον καρκίνο είναι σπάνιες. Σε μια πρόσφατη πιλοτική μελέτη ο Burns και οι συνεργάτες του (2001) αναφέρουν θετικά ανοσιακά και ψυχολογικά αποτελέσματα.⁸³

8.7.3 ΣΥΝΘΕΤΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Στο παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τύποι συμπεριφορικών παρεμβάσεων, τεχνικών διαχείρισης στρες και γνωσιακής θεραπείας που μπορούν να συνδυασθούν (Πίνακας1). Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και ψυχοκοινωνική υποστήριξη είτε ομαδική είτε ατομική μπορεί να προστεθούν.⁸⁴

8.8 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Ένα μεγάλο αντικείμενο της Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, για το οποίο χρειάζεται συστηματική εκπαίδευση, ώστε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες αντιλήψεις και στάσεις είναι η ποιότητα ζωής. Η έννοια έχει προκύψει μετά τις θεραπευτικές προόδους, δηλαδή την επίτευξη υψηλών ποσοστών υφέσεων και την επίτευξη ιάσεων. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), *«Ποιότητα ζωής είναι η αντίληψη του ατόμου που αφορά την κατάσταση της ζωής του στα πολιτισμικά πλαίσια και στα πλαίσια του συστήματος αξιών εντός των οποίων ζει και σε σχέση με τις επιδιώξεις, τις προσδοκίες, τα πρότυπα, τα ενδιαφέροντα και τους στόχους που το άτομο αυτό θέτει»*.⁸⁴

Η ποιότητα ζωής αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου. Είναι ζητούμενο και κατά τις διαγνωστικές δοκιμασίες και κατά τους θεραπευτικούς χειρισμούς. Είναι ζητούμενο και μετά τη θεραπεία στην περίοδο ύφεσης της νόσου, αλλά και στο τελικό στάδιο των αρρώστων που εξελίσσονται αρνητικά. Κατά τους θεραπευτικούς χειρισμούς, λ.χ. πρέπει να επιλέγεται το είδος της επέμβασης έτσι ώστε και το άριστο αποτέλεσμα να διασφαλίζεται και να προκαλείται η μικρότερη δυνατή αναπηρία. Ανάλογα σχεδιάζεται και η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία.⁸⁴

Στη συνέχεια πρέπει να υποδεικνύονται και να εφαρμόζονται διαδικασίες σωματικής και Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ώστε ο θεραπευμένος ασθενής να επανεντάσσεται ομαλά χωρίς ψυχοτραυματισμούς και προβλήματα στο κοινωνικό σύνολο. Στο τελικό στάδιο, η ποιότητα ζωής παίρνει την έννοια της εφαρμογής υποστηρικτικής θεραπείας του ασθενούς, όχι μόνο για τα σωματικά του προβλήματα και την κάλυψη του πόνου, αλλά και του φόβου και της αγωνίας για τον επερχόμενο θάνατο. Η ποιότητα ζωής πρέπει ακόμα να είναι ένα σταθερό ζητούμενο σε όλα τα ερευνητικά πρωτόκολλα, ώστε η πρόοδος της επιστήμης να μη γίνεται εις βάρος της ευημερίας των ατόμων. Οι αντιλήψεις για ποιότητα ζωής έχουν επιφέρει μεταβολές στους θεραπευτικούς χειρισμούς. Έχουν καθιερωθεί περιορισμένες επεμβάσεις σε συνδυασμό με προεγχειρητική χημειοθεραπεία (λ.χ. οστεοσάρκωμα, Ca λάρυγγα κ.ά.) ή με τη συμπληρωματική θεραπεία (χημειο-ακτινο-ορμονοθεραπεία, όπως σε Ca μαστού). Στο χώρο της φαρμακολογίας οι αντιλήψεις οδήγησαν σε κυτταροστατικά προϊόντα με μικρότερη τοξικότητα και στην ανάπτυξη προστατευτικών σκευασμάτων ή αντιδότων. Σημαντική ήταν η ανάπτυξη προϊόντων που ελέγχουν αποτελεσματικά τη ναυτία και τους εμετούς, που παλαιότερα αποτελούσαν αληθινό εφιάλτη για ασθενείς και γιατρούς. Το ίδιο σπουδαία επέδρασε στην ποιότητα ζωής και η ανάπτυξη των αυξητικών παραγόντων της λευκής και της ερυθράς σειράς. Ειδικές συσκευές για αποφυγή των προβληματικών φλεβοκεντήσεων εμφυτεύονται υποδορίως, ενώ ειδικοί καθετήρες μπορούν να παροχετεύουν πλευριτική συλλογή υγρού, χωρίς να απαιτούνται συχνές παρακεντήσεις. Σήμερα έχουν αναπτυχθεί κατάλληλα ερωτηματολόγια, ώστε αυτό το απολύτως υποκειμενικό κριτήριο της ποιότητας ζωής να μπορεί να μετρηθεί και να αποτυπωθεί με αντικειμενικό τρόπο για επιλογή των πιο αποτελεσματικών και αποδεκτών από τον ασθενή ενεργειών.^{83,84}

8.9 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΣ ΚΙΝΗΤΡΟ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΗΣ

Οι άνθρωποι, υπό την ψυχική πίεση που τους ασκεί η διάγνωση ενός κακοήθους νοσήματος, αντιδρούν με διαφορετικούς τρόπους. Άλλοι γίνονται επιθετικοί, άλλοι άβουλοι, ενώ κάποιο μικρό ποσοστό αντιδρά δυναμικά όχι μόνο στην αρρώστια, αλλά και στη ζωή.⁸⁵

Οι θεραπευτικές πρόοδοι και οι μεταβολές στις κοινωνικές αντιλήψεις έχουν συμβάλλει, ώστε το φαινόμενο της εκδήλωσης θετικών στάσεων απέναντι στη ζωή να γίνεται ολοένα και συχνότερο. Αρκετά βιβλία κυκλοφορούν από άτομα που όχι απλώς επέζησαν, αλλά βρήκαν και νόημα ζωής μετά τις δραματικές εμπειρίες του καρκίνου. Παγκοσμίως γνωστή είναι η περίπτωση του τενόρου Χοσέ Καρέρας, ο οποίος μετά την αντιμετώπιση του αιματολογικού κακοήθους νοσήματος από το οποίο έπασχε, όχι μόνο ξαναγύρισε στις καλλιτεχνικές του δραστηριότητες, αλλά και έγινε ιδρυτής ενός πολύ δραστήριου διεθνούς οργανισμού για την επιστημονική έρευνα και την αρωγή ατόμων με νεοπλασίες.⁸⁵

Η μέριμνα καθενός για τον εαυτό του, οι τριβές με την καθημερινότητα, οι επιδράσεις και οι αλληλεπιδράσεις του σύγχρονου τρόπου ζωής έχουν καταφέρει στους περισσότερους, αν όχι σε όλους, να αντιστρέψουν τις έννοιες «ουσιαστικό» και «μη ουσιαστικό». Έτσι φτάνουν όλοι να επιδιώκουν ως ουσιαστικό το καταναλωτικό αγαθό, το μεγαλύτερο εισόδημα, την επαγγελματική καταξίωση, την αναγνωρισιμότητα στον χώρο κ.λ.π., παραμελώντας την ενασχόληση με τον εαυτό, με την ψυχική ομοίωση, τις σχέσεις με τον άνθρωπο και τη φροντίδα των παιδιών - στα οποία, για να ισορροπούν τις ενοχές, παρέχουν μη ουσιαστικά καταναλωτικά αγαθά. Αντιμετωπίζοντας ένα πρόβλημα, τον καρκίνο, που φτάνει να απειλεί τη ζωή και που φέρνει μπροστά σε φοβερά υπαρξιακά ερωτήματα και, εφόσον αυτές οι

καταστάσεις αντιμετωπίζονται με επιτυχία ως προς το βιολογικό τους σκέλος, βρίσκονται μπροστά σε μια νέα πραγματικότητα.^{84,85}

8.10 ΣΤΡΟΦΗ ΖΩΗΣ

Το σοκ του κινδύνου ζωής και το αίσθημα πίεσης του χρόνου από τον ενδόμυχο φόβο ότι θα ξαναεμφανισθεί το πρόβλημα της μετάστασης του καρκίνου. Άνθρωποι που μετά από μια τόσο οδυνηρή εμπειρία, όπως είναι ο καρκίνος, άλλαξαν ριζικά τη στάση τους στη ζωή, τόλμησαν να εδραιώσουν ή να καταργήσουν σχέσεις (π.χ. να χωρίσουν ένα σύντροφο με τον οποίο υπέφεραν και να παντρευτούν αυτόν που ήθελαν), να αλλάξουν εργασία, να ασχοληθούν με τα χόμπι τους, να διασκεδάσουν, να χορέψουν, να κάνουν συναναστροφές, να ζήσουν όπως οι ίδιοι πάντοτε ήθελαν.⁸⁶

Κεφαλαίο 9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο καρκίνος αποτελεί κατ' εξοχήν το νόσημα, για το οποίο η συνεργασία των ειδικών αποτελεί την προϋπόθεση για την ορθή και έγκαιρη διάγνωση, ακόμα δε περισσότερο για τη θεραπευτική αντιμετώπιση.⁸⁷

9.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ

Ο γιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (γενικά οικογενειακός γιατρός) έχει ρόλο σε όλες τις φάσεις της αντιμετώπισης ασθενών με καρκίνο. Συγκεκριμένα, οι αρμοδιότητες του καλύπτουν τις φάσεις της πρόληψης, της διάγνωσης, της θεραπείας και της αποκατάστασης, καθώς, και την παρηγορητική θεραπεία του τελικού σταδίου.^{87,88}

9.1.1 ΠΡΟΛΗΨΗ: ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΓΙΑΤΡΟ, ΕΝΩ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΥΠΑΡΞΟΥΝ ΚΑΙ ΑΛΛΟΙ.

α.) Ενημέρωση του πληθυσμού της περιοχής του σε συλλογικό επίπεδο, κατά περίπτωση και σε ατομικό, για τα μέσα και τις δυνατότητες πρωτογενούς πρόληψης (αποφυγή καπνίσματος, σωστή διατροφή, τρόπος ζωής, αποφυγή επαγγελματικών καρκινογόνων κ.λ.π.).

β.) Ενημέρωση για τις δυνατότητες δευτερογενούς – προσυμπτωματικής διάγνωσης. Εκπαίδευση γυναικών για αυτοεξέταση μαστού. Οργάνωση και συμμετοχή σε πληθυσμιακούς ελέγχους (screening),για:

1. καρκίνο μαστού (ψηλάφηση – μαστογραφία),
2. καρκίνο τραχήλου μήτρας (δοκιμασία Παπανικολάου),
3. καρκίνο εντέρου (Haemoccult test ή συναφείς διαγνωστικές διαδικασίες),
4. ενημέρωση και διευκόλυνση ειδικών ελέγχων σε καθορισμένες πληθυσμιακές ομάδες, π.χ. έλεγχος PSA σε μεσήλικες – υπερήλικες άνδρες.^{87,88}

9.1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Ιδιαίτερη ευαισθησία πρέπει να επιδεικνύεται για τους ευκολοδιάγνωστους με την κλινική εξέταση όγκους, όπως επιθηλιώματα δέρματος, εξεργασίες στόματος – γλώσσας, σπίλους ύποπτους εξαλλαγής, καρκίνο μαστού, καρκίνο όρχεως (κυρίως αναφέρεται κρυψορχία στο αναμνηστικό), καρκίνο πέους (ιδίως αν αναφέρεται ή διαπιστώνεται φίμωση), καρκίνο πρωκτού κ.λ.π.⁷⁰

Ιδιαίτερη ευαισθησία επίσης πρέπει να επιδεικνύεται για την πλήρη διερεύνηση παθολογικών εκδηλώσεων που μπορεί να υποδηλώνουν νεοπλασία, όπως:

1. αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα σε γυναίκες μετά την κλιμακτήριο,
2. βήχας - αιμόπτυση σε καπνιστές,
3. αναιμία (καμία θεραπεία χωρίς αιτιολογική διάγνωση),

4. αιματουρία σε άτομα χωρίς γνωστή νεφρολιθίαση, ιδίως σε καπνιστές. Ο καρκίνος της κύστεως τείνει να γίνει το συχνότερο νεόπλασμα στην Ελλάδα, αν δεν είναι ήδη.⁷⁰

Η παραπομπή σε μεγαλύτερα και πιο εξοπλισμένα νοσοκομεία ή σε ειδικά κέντρα είναι πάντα αποδοτικότερη, αν συνοδεύεται από ένα ενημερωτικό σημείωμα με τα ευρήματα και τις σκέψεις του παραπέμποντος.

9.1.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Η θεραπεία (χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία) γίνεται στο ειδικό νοσοκομείο ή το αρμόδιο τμήμα του γενικού νοσοκομείου. Όμως, ο γενικός – οικογενειακός γιατρός διατηρεί και σε αυτές τις διαδικασίες σημαντικό ρόλο. Ενδεικτικά:

1. Παρακολούθηση για απώτερη μετεγχειρητική επιπλοκή (π.χ. ειλεός από συμφύσεις, μετεγχειρητική κήλη, λεμφικό οίδημα κ.λ.π.).
2. Παρακολούθηση για εκδηλώσεις μυελοκαταστολής, δηλαδή για αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία (και επιπτώσεις τους) μετά από χημειοθεραπεία ή/ και ακτινοθεραπεία.
3. Αντιμέτωπιση καθυστερημένων εκδηλώσεων τοξικότητας, όπως ναυτία, εμετοί, διάρροιες κ.λ.π.
4. Επισήμανση ή/ και αντιμετώπιση απώτερων τοξικών εκδηλώσεων.
5. Υπάρχει η δυνατότητα εφαρμογής ορισμένων κύκλων θεραπείας με τα πιο απλά και συνήθη σχήματα χημειοθεραπείας, εφ' όσον είναι εξοικειωμένο με τα κυτταροστατικά και πάντα σε συνεννόηση με το ειδικό κέντρο.

6. Σημαντικό ρόλο παίζει κατά τη φάση αυτή ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, ιδιαιτέρως λόγω και των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ ασθενών και οικογενειακού γιατρού.
7. Παρακολούθηση για την αποτελεσματικότητα και την τοξικότητα ορμονικών χειρισμών, ιδίως εκείνων που διαρκούν επί μακρόν, όπως π.χ. η προφυλακτική ορμονοθεραπεία με ταμοξιφαίνη – πέντε χρόνια..
8. Σε συνεννόηση με τον ειδικό ογκολόγο υπάρχει δυνατότητα για διεξαγωγή και εκτίμηση από τον γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας των δεδομένων από, του αναγκαίους περιοδικούς ελέγχους.⁸⁹

9.1.4 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Η σωματική αποκατάσταση είτε με πλαστικές επεμβάσεις είτε με εφαρμογή ειδικών προθέσεων είναι αντικείμενο του γενικού νοσοκομείου και των εξειδικευμένων επαγγελματιών. Οι γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορούν να συμβάλουν στην ψυχολογική αποκατάσταση των ασθενών με καρκίνο, να τους υποστηρίξουν για την ομαλή επαναφορά τους στο ρόλο που είχαν στη οικογένεια πριν αρρωστήσουν, να τους βοηθήσουν στη επανένταξή τους στο κοινωνικό σώμα επιδρώντας όχι μόνο στους ίδιους, αλλά και στον κοινωνικό περίγυρο. Ο γενικός, γιατρός μπορεί να συμβάλει στον επαγγελματικό επαναπροσανατολισμό ενός θεραπευμένου καρκινοπαθούς, καθώς γνωρίζει τις δεξιότητες και τα ενδιαφέροντα που είχε πριν αρρωστήσει, αλλά και τις δυνατότητες της τοπικής «αγοράς εργασίας». Ακόμα ο γιατρός, με το κύρος που διαθέτει στην τοπική κοινωνία, μπορεί να συμβάλει κινητοποιώντας τους αρμοδίους για την εξεύρεση αυτής της νέας θέσης εργασίας.⁹⁰

9.1.5 ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ:

Τα περισσότερα από τα συμπτώματα του τελικού σταδίου μπορούν να αντιμετωπισθούν τόσο σπίτι όσο και στις μικρές τοπικές υγειονομικές μονάδες, με την ίδια αποτελεσματικότητα και με πολύ πιο ανθρώπινες και φιλικές συνθήκες από ότι σε ένα κεντρικό νοσοκομείο.⁹¹

Τα φάρμακα που διατίθενται σήμερα για την αντιμετώπιση των διαφόρων συμπτωμάτων είναι κατά κανόνα αποτελεσματικά, οι δε γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι κατά κανόνα καλά ενημερωμένοι για τις ενδείξεις και τις χρήσεις τους από τον ιατρικό τύπο και τα συνέδρια, τόσο τα γενικά όσο και τα ειδικότερα του κλάδου τους. 91

Ο σύγχρονος γενικός γιατρός μπορεί να εφαρμόσει με ευχέρεια και ασφάλεια κάθε μικρή ανακουφιστική πράξη, όπως π.χ. να προβεί σε εφαρμογή καθετήρα κύστεως, εφαρμογή φλεβοκαθετήρα, να εκτελέσει ανακουφιστική παρακέντηση θώρακα για το ταχέως αναπαραγόμενο κακώθες πλευριτικό υγρό, να προβεί σε παρακέντηση μεταστατικού ασκίτη κ.λ.π. Υπάρχουν επίσης εύχρηστες συσκευές οξυγόνου για χρήση στο σπίτι του ασθενούς, ενώ με τα υπάρχοντα ηλεκτρικά αεροσπρώματα επιτυγχάνεται η πρόληψη των κατακλίσεων.⁹¹

Τυχόν ανάγκη μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας απαιτεί τη συμμετοχή του παθολόγου ογκολόγου, ενώ η ακτινοθεραπεία προϋποθέτει τη συμμετοχή του ακτινοθεραπευτή ογκολόγου. Και στις δύο περιπτώσεις, ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι καθοριστικός, ενώ στη δεύτερη απαιτούνται και εξειδικευμένοι τεχνικοί και φυσικοί. Για τη συνολική, μετά τη θεραπεία, υποστήριξη του ασθενούς θα χρειασθεί η παρέμβαση ψυχιάτρων, καθώς και ψυχολόγου, κοινωνικού λειτουργού και φυσιοθεραπευτή.⁹¹

Διάφορες ειδικότητες τεχνικών είναι κατά περίπτωση αναγκαίες για τη συνολική αντιμετώπιση του ασθενούς. Όπως:

α) Κατασκευαστές περουκών για την αλωπεκία που προκαλείται από τη χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία.

β) Τεχνίτες, ορθοπεδικοί για κατασκευή ζωνών στήριξη ειδικών ναρθήκων, τεχνητών μελών κ.λ.π..

γ) Κατασκευαστές τεχνητών μαστών ή/ και ειδικών ρούχων (π.χ. μαγιό) για γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή.

Για την αντιμετώπιση του πόνου έχει επεκταθεί τα τελευταία χρόνια η συστηματική χορήγηση οπιούχων με μακρά δράση από του στόματος, καθώς και η εφαρμογή αυτοκόλλητων συσκευασιών φαιτανύλης. Η φαιτανύλη έχει εκτοπίσει διάφορες επεμβατικές μεθόδους που ήταν σε χρήση παλαιότερα, όπως η εφαρμογή ειδικών συσκευών για την υποδόρια ή τη νωτιαία χορήγηση οπιούχων.⁹²

Η πρόοδος στην αντιμετώπιση του πόνου είναι επίσης αποτέλεσμα της βελτίωσης των γνώσεων και της τυποποίησης – συστηματοποίησης των θεραπευτικών χειρισμών, σύμφωνα και με τις προτάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO). Η συνοδός των τελικών σταδίων ανορεξία και η απώλεια βάρους βελτιώνονται με τη χορήγηση από του στόματος ορμονικών σκευασμάτων, όπως η μεγεστρόλη.⁹²

Όσο για την ψυχική διάθεση, είναι φανερό πως είναι σαφώς καλύτερη, αν ο ασθενής βρίσκεται πιο κοντά στο σπίτι και τους συγγενείς του, αν σταθερά περιστοιχίζεται από φίλους και γνωστούς που του εκδηλώνουν την αγάπη τους, αντί να αντιμετωπίζεται ως κάποιος ανώνυμος ετοιμοθάνατος που «στερεί ένα από τα λιγοστά κρεβάτια, αναγκαίο για κάποιον άλλο ασθενή που θα ήταν σε κατάσταση να υποβληθεί σε θεραπεία».⁹²

Ένας ακόμα ρόλος με τον οποίο επιφορτίζεται ο γενικός – οικογενειακός γιατρός είναι η παροχή της αναγκαίας εκπαίδευσης σε συγγενείς που

φροντίζουν ασθενείς με καρκίνο («Care givers»). Η εκπαίδευση μπορεί να περιλαμβάνει την πρόληψη ή/ και τη φροντίδα κατακλίσεων, την αλλαγή τραυμάτων, την εφαρμογή ενέσεων ενδομυϊκών ή υποδορίων, τη χορήγηση των υπόλοιπων φαρμάκων, την τροποποίηση της διατροφής κ.λ.π. Ακόμα επιφορτίζεται στην εκπαίδευση του ή των ικανότερων από τους οικείους για την επισήμανση συμπτωμάτων ή την παρακολούθηση και τη καταγραφή τους (π.χ. πυρετός), αλλά και για την ψυχολογική υποστήριξη του συγγενούς τους.⁹²

9.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ

Ειδικώς για τον ψυχίατρο ή/ και τον ψυχολόγο, ο ρόλος τους μπορεί να αρχίζει αρκετά πρώιμα, όπως π.χ. ήδη από τη διάγνωση της νόσου. Στόχος είναι να μπορέσει ο ασθενής να αντεπεξέλθει στο shock της διάγνωσης και να αποδεχθεί με λογική τη νέα κατάσταση, ώστε να επιτύχει κατά το δυνατό τη μικρότερη ψυχολογική επιβάρυνση. Μετά την επέμβαση ο ρόλος τους εστιάζεται στη βοήθεια για την αποδοχή της νέας εικόνας του σώματος (π.χ. ακρωτηριασμός). Εξ ίσου αναγκαία είναι η παρέμβασή τους, για τον ίδιο λόγο, κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας και της ορμονοθεραπείας που μπορεί να επηρεάζουν, εκτός από τα άλλα, και την εικόνα του σώματος (αλωπεκία, υπέρχρωση δέρματος, αύξηση σωματικού βάρους κ.λ.π.).⁹²

Η παρουσία και η παρέμβαση του ψυχιάτρου ή /και του ψυχολόγου μπορεί να απαιτηθεί για αρκετό διάστημα, ακόμα και μετά τη συμπλήρωση της θεραπείας, ώστε να συμβάλλουν στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την απρόσκοπτη επανένταξη του θεραπευμένου στο κοινωνικό σύνολο. Ο κοινωνικός λειτουργός παίρνει το ιστορικό του ασθενή και μαζί με τον ψυχολόγο αναγνωρίζουν τις ψυχικές παραμέτρους που τον αφορούν. Σε συμβούλιο όλης της ομάδας, οι δύο ειδικοί καταθέτουν το ιστορικό, ενημερώνοντας για την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή: τι φοβάται, τι αντέχει να ακούσει, τι μπορεί να παλέψει και τι υποστηρικτικά συστήματα

διαθέτει (φίλοι, συγγενείς, σύντροφος...). Ο γιατρός εξηγεί το ιατρικό κομμάτι και μαζί η ομάδα αποφασίζει πώς θα γίνει η ανακοίνωση της διάγνωσης, πώς θα προετοιμασθεί ο ασθενής για την θεραπεία, πώς θα δεχτεί τις συνέπειές της. Πολλές φορές ο γιατρός ανακοινώνει την διάγνωση με την παρουσία του ψυχολόγου αν το επιθυμεί ο ασθενής και αν αυτό κριθεί ωφέλιμο. Έτσι και ο γιατρός βγάζει από πάνω του το άγχος της ανακοίνωσης, αλλά και το άγχος της αντίδρασης του ασθενή, ο οποίος αισθανόμενος την προστασία του νοσοκομειακού χώρου αντιδρά συνήθως θετικά στην θεραπεία. Παράλληλα ο ψυχολόγος κρατώντας συνεχή συνεργασία μαζί του, έχει την δυνατότητα να αξιοποιεί τα αρνητικά συναισθήματά του, να τα δουλεύουν μαζί και έτσι να προστατεύει το νοσηλευτικό προσωπικό από ποικίλες αρνητικές αντιδράσεις: θυμό ασθενή, άρνηση θεραπείας, επιθετικότητα, ειρωνεία. Είναι βεβαίως αυτονόητο ότι ακόμα πιο απαραίτητος αλλά και πιο δύσκολος – είναι ο ρόλος του ψυχιάτρου και του ψυχολόγου σε περιπτώσεις υποτροπής της νόσου, κατά τη γενίκευσή της και κατά το τελικό στάδιο.⁹²

Όμως, ανάγκη υποστήριξης δεν έχουν μόνο οι ασθενείς. Οι συγγενείς που τους συμπαραστέκονται έχουν επίσης την ανάγκη συμπαράστασης από τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Οι άνθρωποι αυτοί, εκτός από τη συναισθηματική τους φόρτιση από τη νόσο του συγγενούς (συζύγου, γονέα, παιδιού κ.λ.π.), έχουν και άλλα προβλήματα: ενοχές από πραγματικές ή φανταστικές πράξεις ή παραλείψεις προς τον συγγενή τους, προβολή στον εαυτό τους του φόβου της νόσου, οικονομική ανασφάλεια, αυξημένη απασχόληση, παραμέληση της εργασίας τους και άλλα.⁹¹

Ανάλογη ανάγκη υποστήριξης έχουν και οι επαγγελματίες – λειτουργοί υγείας που ασχολούνται με καρκινοπαθείς, κυρίως γιατροί και νοσηλεύτριες αντικαρκινικών νοσοκομείων. Η ανάγκη αυτή προκύπτει από το φόβο για την έκβαση της νόσου, από την ανησυχία για τις επιπτώσεις των εφαρμοζόμενων

θεραπειών, από τον κίνδυνο αμφισβήτησης του ρόλου τους λόγω κακής πορείας της νόσου και βεβαίως από την προβολή του φόβου της νόσου στους ίδιους ή σε συγγενικά τους πρόσωπα. Στους επαγγελματίες υγείας έχει περιγραφεί και αναγνωρίζεται, με συγκεκριμένα κριτήρια που περιλαμβάνονται στο DSM III της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, το σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης, γνωστό και με τα ονόματα επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματική καταπόνηση και με τον αγγλικό όρο burn out.⁹⁰

Η κοινωνική λειτουργός στα πλαίσια της συνεργασίας της θεραπευτικής ομάδας και η πραγματοποίηση ομάδων νοσηλευτών και γιατρών με τον κοινωνικό λειτουργό, όπου γίνεται η εκφόρτιση των συναισθημάτων τους. Γιατί παρόλο που οι περισσότεροι θεωρούν, ότι οι νοσηλευτές έχουν συνηθίσει πια την φροντίδα των αρρώστων, οι νοσηλευτές ειδικά, έχουν ένα μεγάλο βάρος και ψυχικό κόστος από την καθημερινή και τόσο άμεση επαφή με τον ασθενή. Θα ήταν άδικο να παραγνωρίσει κανείς την καθημερινή φθορά του νοσηλευτή από εικόνες παραμορφωμένων σωμάτων, ανοιχτών τραυμάτων, από ήχους καθημερινών βογκητών, από την επαφή με τον θάνατο. Οι νοσηλευτές όσο κι αν είναι αυτό το επάγγελμά τους, δεν μπορούν να αυτοπροστατεύονται πάντα από το συναίσθημα της απώλειας κάποιου ασθενή (όπως και οι γιατροί πολλές φορές) από το ψυχικό βάρος του καθημερινού πόνου.⁹¹

Όταν η θεραπευτική ομάδα λειτουργεί καλά και συνεργάζεται καλά, το ψυχικό βάρος μοιράζεται, τα συναισθήματα εκδηλώνονται και οι ειδικοί αποφορτίζονται. Έτσι με ψυχραιμία, περισσότερο κέφι και ηρεμία, εργάζονται καλύτερα με τον ασθενή (χωρίς κουρασμένα πρόσωπα, απότομες συμπεριφορές και απωθημένα που ζουν προς τον ασθενή ή την οικογένειά του). Του δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας και τον βοηθάει να είναι πιο συνεργάσιμος και πιο δεκτικός. Μαθαίνοντας μέσα στο νοσοκομείο να ελέγχει τα συναισθήματα που η κατάστασή του προκαλεί, αποκτά τον έλεγχο της ίδιας της κατάστασης και αυτό γιατί είναι ο καλύτερος οδηγός για την κοινωνική του

επανεξέταση. Από μια ευρύτερη οπτική γωνία, ανάγκη ψυχολογικής – ψυχιατρικής βοήθειας απαιτεί και ολόκληρο το κοινωνικό σώμα, ώστε να συμβάλει στην ομαλή επανεξέταση των θεραπευμένων καρκινοπαθών.⁹¹

Το πόσο ακόμα ως πριν λίγα χρόνια το κοινωνικό σύνολο ήταν ανώριμο για την αποδοχή ασθενών με καρκίνο φαίνεται από τις πρόσφατες αντιδράσεις περιοίκων κατά της ανέγερσης ξενώνα για παιδιά με καρκίνο, παρά τις προσπάθειες των εθελοντικών σωματείων που ασχολούνται με το ζήτημα και χρηματοδοτούν την ανέγερση.⁹²

9.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή διότι μπορεί να προστατεύσει τον ασθενή από πολλούς κινδύνους.

- α) Ο νοσηλευτής συμβάλλει στην παρακολούθηση για πιθανές επιπτώσεις της μυελοτοξικότητας από τη χημειοθεραπεία (αλλά και την ακτινοθεραπεία):
1. Η συστηματική παρακολούθηση της θερμοκρασίας μπορεί να αποκαλύψει πυρετό που να οφείλεται σε αρχόμενη λοίμωξη ως αποτέλεσμα λευκοπενίας από τη χημειοθεραπεία. Η επισήμανσή του θα οδηγήσει στην έγκαιρη εφαρμογή της αναγκαίας θεραπείας.
 2. Η συστηματική εξέταση του δέρματος, π.χ. κατά τη διάρκεια της φροντίδας ή της αλλαγής ρούχων, για εκχυμώσεις μπορεί να αποκαλύψει εγκαίρως θρομβοπενία από τη θεραπεία. Το ίδιο μπορεί να αποκαλυφθεί, αν παρατηρήσει κατά την εφαρμογή ενδομυϊκών ενέσεων εκχυμώσεις στους γλουτούς. Επίσης, μπορεί να επισημάνει εγκαίρως την παρουσία αίματος στα ούρα και άλλα.
- β) Συμβάλλει στην πρόληψη της βλεννογονίτιδας ή/και της μυκητιασικής στοματίτιδας από χημειοθεραπεία, παροτρύνοντας και διευκολύνοντας

προληπτικές πλύσεις του στόματος, γαργαρισμούς κ.λ.π. Επίσης, μπορεί να επισημάνει μια τέτοια επιπλοκή, ώστε να εφαρμοσθεί εγκαίρως η κατάλληλη θεραπεία .

γ) Έλεγχος για άλλες εκδηλώσεις τοξικότητας, όπως μείωση της ποσότητας ούρων, μεταβολές της καρδιακής λειτουργίας (πτώση πίεσεως, ταχυκαρδία κ.λ.π.), αλλεργικές εκδηλώσεις, βήχας, δύσπνοια κ.λ.π..

δ) Σημαντική για την καλύτερη ρύθμιση των προβλημάτων του ασθενούς είναι η αναφορά του νοσηλευτικού προσωπικού για εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό σύστημα των ασθενών υπό χημειοθεραπεία. Η διάρροια ή η δυσκοιλιότητα μπορεί να είναι αποτέλεσμα της δράσης φαρμάκων και (ούτως ή άλλως) πρέπει να αντιμετωπισθεί. Η μη πρόσληψη υγρών, όπως και η απώλεια υγρών εξαιτίας πολλών εμετών, πρέπει επίσης να αναφερθεί για να αντιμετωπισθεί .

ε) Ειδικότερα για τους εμετούς, οι παρατηρήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού (αριθμού εμετών, είδος, ποσότητα, διάρκεια, χρονική απόσταση από τη θεραπεία κ.λ.π.) όχι μόνο συμβάλλουν καθοριστικά στην οξεία αντιμετώπιση, αλλά και ρυθμίζουν την (πιθανώς αυξημένη) αντιέμεση που πρέπει να χορηγηθεί σε επόμενους κύκλους .

στ) Ο νοσηλευτής του θαλάμου παρατηρεί την ομαλή ροή των ενδοφλεβίων διαλυμάτων, ώστε να επισημανθεί ενωρίς τυχόν κακή λειτουργία του αγγείου ή των συσκευών και να προληφθούν τόσο η εξαγγείωση όσο και η πιθανή αλλοίωση του διαλύματος από παρατεταμένη παραμονή του .

ζ) Έλεγχος για άλλες επιπτώσεις της νοσηλείας, όπως κατακλίσεις, αποστήματα από ενέσεις, εξέλιξη καρκινικών ελκών, επιμολύνσεις εξελκωμένων βλαβών, φλεβοθρομβώσεις κ.λ.π.

Ανάλογες επισημάνσεις μπορεί να κάνει ο νοσηλευτής και για τις ανεπιθύμητες επιδράσεις της ακτινοθεραπείας. Μπορεί να διαπιστώσει περιοχές με ακτινικό ερεθισμό ή εγκαύματα, επιμολύνσεις τέτοιων περιοχών, εκχυμώσεις από θρομβοπενία ή διάφορες αιμορραγικές εκδηλώσεις, πυρετό, ανορεξία, ναυτία, εμετούς, επιπτώσεις από την κατάποση, την ούρηση, την αφόδευση και πολλά άλλα.⁹³

Εκτός όμως από την εποπτεία των ασθενών υπό χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να αναπτύξει και άλλους ρόλους, τόσο προς την κατεύθυνση των ασθενών όσο και προς την κατεύθυνση των υγιών συγγενών τους. Επειδή οι νοσηλευτές παραμένουν επί αρκετό χρόνο κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας τους μέσα στους θαλάμους, πολύ συχνά αναπτύσσουν θετική σχέση με τους ασθενείς. Η σχέση αυτή τους επιτρέπει να προβαίνουν σε:

• Παρότρυνση των ασθενών για καλή συνεργασία στην εφαρμογή των, ούτως ή άλλως, δύσκολα αποδεκτών αντικαρκινικών θεραπειών.

• Ενθάρρυνση των ασθενών στη θεραπεία λόγω φόβου ή παρουσία ανεπιθύμητων συμπτωμάτων. Ιδιαίτερος επικοινωνητικός είναι ο ρόλος των νοσηλευτών σε γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού, καθώς και σε όσες η αλωπεκία αποτελεί παράγοντα αποτρεπτικό της θεραπείας.

• Υποστήριξη των ασθενών με συνομιλία για απλά, καθημερινά ζητήματα.

• Παρότρυνση των συγγενών για συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης ή για προσυμπτωματικό έλεγχο σε ατομική βάση.

• Συμβολή στην εξασφάλιση ανθρώπινων συνθηκών και αξιοπρεπούς νοσηλείας για τους ανίατους ασθενείς και τους ασθενείς τελικού σταδίου .

• Οι Νοσηλευτές, επίσης, συμμετέχουν σε όλες τις διαδικασίες αποκατάστασης.

Η ευαισθητοποίηση και η κατάλληλη εκπαίδευση είναι αυτονόητες. Ήδη, είναι πολλά τα προγράμματα, στα οποία συμμετέχει νοσηλευτικό προσωπικό, όπως σε:

• Συμμετοχή στο πρόγραμμα για γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή «Reach to Recovery» και σε άλλα σχετικά προγράμματα.

• Εκπαίδευση ασθενών με στομίες, π.χ. εκμάθηση του τρόπου περιποίησης ειλεοστομίας/ κολοστομίας, του τρόπου έκπλυσης του εντέρου με την ειδική συσκευή κ.ο.κ.

• Εκπαίδευση ασθενών και συγγενών για σίτιση από γαστροστομία.

• Εκπαίδευση ασθενών και συγγενών για χειρισμό των ειδικών καθετήρων και των συλλεκτών σε περιπτώσεις νεφροστομίας, ουρητηροστομίας, κυστεοστομίας. Επίσης, εκπαίδευση ασθενών με μόνιμους καθετήρες, ώστε να μπορούν να κινητοποιούνται χωρίς προβλήματα από τους ουροσυλλέκτες.

• Εκπαίδευση ασθενών με παραπληγία.

• Παρότρυνση ασθενών και συγγενών για συμμετοχή προγράμματα αποκατάστασης, ψυχοκοινωνικής υποστήριξης κ.λ.π.⁹³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Οικογένεια, είναι το σύνολο προσώπων που συνδέονται με δεσμό φυσικό ή νομικό και ζουν κάτω από την ίδια στέγη. Η λέξη προέρχεται από το επίθετο οικογενής, που σημαίνει αυτός που γεννιέται στον οίκο. Είναι φυσικό το κάθε πρόβλημα που προκύπτει σε ένα μέλος, ή ακόμη και συναίσθημα χαρά που μπορεί να προκύψει λόγω κάποιου γεγονότος, ακόμη και η κάθε εμπειρία που δέχεται το ένα μέλος της οικογένειας να περνάει και στα υπόλοιπα μέλη.⁹⁴

Το χρονικό διάστημα που ο ασθενής αντιμετωπίζει τα στάδια της νόσου του, έχει να αντιμετωπίσει και το κοινωνικό στίγμα της λέξης καρκίνος. Πολλές αντιδράσεις και προβλήματα δημιουργούνται όχι μόνο στον ασθενή αλλά και στην οικογένειά του. Ο κοινωνικός λειτουργός με τις γνώσεις, με τη σωστή αξιολόγηση και με τους κατάλληλους χειρισμούς, γνωρίζοντας:⁹⁴

- τους τύπους αντιδράσεων της οικογένειας
- τη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας
- τα στάδια εξέλιξης της νόσου και πώς επηρεάζουν το οικογενειακό περιβάλλον, είναι σε θέση να υποστηρίξει και να βοηθήσει

ψυχολογικά, κοινωνικά, ακόμη και πρακτικά προβλήματα, ώστε να αντιμετωπίσει την όλη κατάσταση.⁹⁴

10.1.1 Η ΠΡΩΤΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Όταν η οικογένεια ενημερωθεί, ότι ένα μέλος της πάσχει από καρκίνο, οδηγείται σε αποδιοργάνωση, δημιουργούνται αισθήματα οργής, λύπης στα υπόλοιπα μέλη, αναδύονται όλες οι προκαταλήψεις μέσα από ένα πανικό, ηττοπάθεια και αδιέξοδο. Ψυχολογικά είναι επηρεασμένα τα μέλη της οικογένειας, αλλά δημιουργούνται και πρακτικά προβλήματα. Αυτό συμβαίνει είτε πρόκειται για τον πατέρα, που όχι μόνο έχει συχνά την οικονομική ευθύνη της οικογένειας, αλλά εμπνέει σιγουριά και ασφάλεια στα μέλη της στον παραδοσιακό του ρόλο, είτε πρόκειται για την μητέρα, που μπορεί να έχει μέρος της οικονομικής ευθύνης, αλλά είναι το άτομο που ισορροπεί την οικογένεια με την ανάγκη, την τρυφερότητα, την ζεστασιά.⁹⁴

Όταν η διάγνωση αφορά παιδιά, εδώ είναι τελείως διαφορετικά. Οι γονείς κυριεύονται με απελπισία και δυστυχία, νιώθουν ενοχές για την ασθένεια και ανεπάρκεια στο ρόλο τους.

- Τι σημαίνει να πληροφορηθεί η οικογένεια ότι κάποιο μέλος της είναι άρρωστο από καρκίνο;
- Ποιους μηχανισμούς μπορεί να αναπτύξει;
- Πώς θα αντιμετωπίσει την πορεία του προβλήματος;
- Πώς θα συμπεριφερθεί στον ασθενή η οικογένειά του;
- Πρέπει να το συζητήσει ή είναι μυστικό που προκαλεί ντροπή;

Όλα αυτά τα ερωτήματα προκαλούν σύγχυση και πανικό στην οικογένεια που αν δεν απαντηθούν δεν θα μπορέσει η οικογένεια να έχει δύναμη για να αντιμετωπίσει τον άρρωστο και την αρρώστιά του, με αποτελεσματικό τρόπο, για να βοηθηθεί ο ασθενής. Σ' αυτό χρειάζεται η συμβολή των ειδικών επιστημόνων, όπως κοινωνικού λειτουργού, οικογενειακού θεραπευτού, ψυχολόγου, νοσηλευτριών, και άλλων.⁹⁴

10.2 ΤΥΠΟΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Οι τρόποι αντίδρασης εξαρτώνται από την ιδιομορφία της οικογένειας, από θρησκευτικές και φιλοσοφικές αντιλήψεις, νοοτροπία περίγυρου, και άλλα.⁹⁴

Είναι δυνατόν να εμφανιστούν οι εξής αντιδράσεις:

10.2.1 ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΝΑ ΕΜΦΑΝΙΣΤΕΙ ΥΠΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ.

Αμέσως μετά το σοκ της διάγνωσης και την αμηχανία που θα βρεθούν, ακολουθεί μια έξαρση της ενεργητικότητας των συγγενών η οποία τείνει να εξαφανίσει τον ασθενή και να τον υποκαταστήσει πλήρως ως πρόσωπο. Οι συγγενείς παρέχουν υπερβολική φροντίδα, η οποία προβληματίζει τον ασθενή. Ο ασθενής αισθάνεται αφύσικα με τους οικείους του πριν ακόμη συνειδητοποιήσει τι του συμβαίνει. Βέβαια όταν τους έχει ανάγκη, ίσως δεν μπορέσουν να είναι ουσιαστικά κοντά του. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να διαγνώσει αυτόν τον τρόπο αντίδρασης να κατευθύνει και να μετριάσει την ενεργητικότητά τους, για να νιώσει ο ασθενής πιο άνετα και φυσιολογικά και

για να μην κουρασθούν και οι δύο πλευρές. Θα πρέπει να καταλάβουν τα μέλη της οικογένειας ότι πρέπει να είναι δίπλα του διακριτικά και να βοηθηθεί το άτομο να ενεργοποιήσει τους μηχανισμούς άμυνας και ακόμη να γνωρίζουν, ότι την βοήθειά τους θα την χρειασθεί ο ασθενής αργότερα .⁹⁵

10.2.2 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΥΠΕΡΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟ:

Η οικογένεια βάζει τον ασθενή στο περιθώριο. Δεν του επιτρέπει να συμμετέχει σε δραστηριότητες, ίσως και αυτές που θα μπορούσε να έχει. Σταδιακά εγκαταλείπει τους ρόλους, τα καθήκοντα, ψυχαγωγία, υποχρεώσεις, εργασία. Χάνει την ταυτότητά του. Το οικογενειακό περιβάλλον, πέρα από την αγάπη, μπορεί να περιλαμβάνει και «παθολογικές καταστάσεις», να έχει δηλ. κάποιες ενοχές για κάτι και να προσπαθεί με αυτή την συμπεριφορά να δικαιωθεί. Η παρέμβαση σ' αυτόν τον τύπο οικογένειας θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει την αυτοπεποίθηση του στην εργασία και την προσωπική ζωή, κατευθύνοντας παράλληλα τους συγγενείς σε άλλες δραστηριότητες. Επίσης, θα πρέπει οι συγγενείς να αφήνουν τον ασθενή να αναλαμβάνει ευθύνες.⁹⁶

10.2.3 Η ΑΝΘΥΠΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.

Η αυθυποβολή της οικογένειας ταλαιπωρεί, όταν ο ασθενής δεν το έχει ανάγκη. Οι συγγενείς ξεπερνούν τα όρια υπερπροστασίας και φτάνουν στα όρια της προσωπικής αυτοτιμωρίας. Τα αίτια μπορεί να είναι υπερβολικής ανάγκης, μπορεί όμως να υποβόσκουν αισθήματα ενοχής και έτσι να αυτοϋποβάλλονται σε μια μορφή εξιλέωσης. Ο κοινωνικός λειτουργός πολύ προσεκτικά και με λεπτούς χειρισμούς, θα πρέπει να ανιχνεύσει τα πραγματικά συναισθήματα, που βρίσκονται μπερδεμένα με τις απαιτήσεις του κοινωνικού περίγυρου.⁹⁶

Άλλες αντιδράσεις που εκδηλώνει το οικογενειακό περιβάλλον, είναι ο θυμός, η οργή. Σ' αυτή την περίπτωση πολλές φορές συμβαίνει ο ασθενής να κατηγορείται σαν απόλυτα υπεύθυνος της κατάστασης της υγείας του και κατ' επέκταση όλων των προβλημάτων που απορρέουν από αυτή. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού έγκειται στην προσπάθεια της σωστής διοχέτευσης του θυμού.⁹⁶

Όταν η οικογένεια είναι υπερεξαρτημένη από τον ασθενή, η πρώτη αντίδραση μπορεί να είναι η άρνηση. Είναι απαραίτητο όμως η οικογένεια να μεταβεί σε ένα επόμενο στάδιο της αποδοχής της πραγματικότητας, διότι εάν δεν γίνει αυτό, εγκυμονείτε ο εξής κίνδυνος: η οικογένεια θα συνεχίσει τις απαιτήσεις από τον ασθενή όπως και στο παρελθόν, ενώ ο ασθενής δεν θα μπορεί να ανταποκριθεί και έτσι θα προκύψουν προβλήματα δυσεπικοινωνίας και τα αντίστοιχα ψυχολογικά προβλήματα.⁹⁶

Απ' όσα αναφέρθηκαν παραπάνω δεν αποτελούν τίποτα το «απόλυτο» στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Πρέπει να τονιστεί η αναγκαιότητα της προσέγγισης, τόσο του οικογενειακού περιβάλλοντος, όσο και του ασθενούς από τον κοινωνικό λειτουργό που ασχολείται για να:

- βρεθούν λύσεις σε πρακτικά προβλήματα
- εκφορτισθεί η οικογένεια
- συνειδητοποιήσει το μέγεθος του προβλήματος όλη η οικογένεια
- βοηθήσει στην αποκατάσταση του ασθενούς
- συμβάλει στην αποδοχή των προκαταλήψεων σε κοινωνικό επίπεδο.
- προετοιμασθεί ο ασθενής και η οικογένειά του στην αποδοχή του θανάτου.

Σημαντικοί είναι οι παράγοντες που καθορίζουν την έκταση της τραγικότητας στην οικογένεια του ασθενούς, οι οποίοι είναι:

- Ø το πιο μέλος της οικογένειας είναι άρρωστο
- Ø πώς προδιαγράφεται η εξέλιξη και η πορεία της νόσου
- Ø το πνευματικό επίπεδο των μελών της οικογένειας, η καλλιέργειά τους και η μεταξύ τους επικοινωνία
- Ø σημαντικότερη είναι η οικονομική κατάσταση αυτή⁹⁶.

10.3 ΤΟ ΑΡΡΩΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΣ

10.3.1 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ, ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ.

Στα τελευταία χρόνια αναρίθμητες ιατρικές ανακαλύψεις πάνω στη θεραπεία του καρκίνου στα παιδιά έχουν ουσιαστικά αλλάξει την πρόγνωση και το μέλλον αυτών των αρρώστων. Σήμερα ο καρκίνος δεν θεωρείται μια πάθηση που αναπόφευκτα οδηγεί στο θάνατο. Ο γιατρός δεν αντιμετωπίζει ένα παιδί «που πεθαίνει», αλλά ένα παιδί άρρωστο «που ζει χρόνια» με μια αρρώστια που απειλεί μεν τη ζωή του αλλά του δίνει την ευκαιρία τις περισσότερες φορές να ζήσει για μεγάλα χρονικά διαστήματα σε ύφεση και μερικές φορές να φθάσει σε πλήρη αποθεραπεία.⁹⁷

Σαν συνέπεια αυτής της προόδου το ενδιαφέρον της ιατρικής πέρασε από την καθαρά σωματική φροντίδα σε μια παράλληλη φροντίδα της ψυχικής υγείας

του παιδιού που επηρεάζεται και συχνά τραυματίζεται από την εμπειρία του καρκίνου. Ο όρος «θεραπεία» αναφέρεται όχι μόνο σε μια ιατροφαρμακευτική προσπάθεια αντιμετώπισης της αρρώστιας, αλλά και σε μια ολοκληρωμένη θεώρηση του παιδιού (holistic), που θα δημιουργήσει τις κατάλληλες προϋποθέσεις για να προωθηθεί παράλληλα με την βιολογική και η συναισθηματική, πνευματική και κοινωνική του εξέλιξη.⁹⁷

Ένα παιδί με καρκίνο δεν παύει, επειδή αρρώστησε, να μεγαλώνει και να εξελίσσεται. Οι δυσκολίες και δοκιμασίες όμως που αντιμετωπίζει είναι αναντίρρητα μεγαλύτερες απ' αυτούς των συνομηλίκων υγιών παιδιών. Στις δυσκολίες αυτές, το περιβάλλον του προσφέρει άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο την ευκαιρία να έχει μια φυσιολογική εξέλιξη μέσα από μη φυσιολογικές συνθήκες και περιόδους έντονου stress. Το περιβάλλον αυτό καθορίζεται από την οικογένεια του παιδιού, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και το σχολείο αλλά και από όλες τις κοινωνικές εμπειρίες που θα ζήσει στη διάρκεια της αρρώστιας του. Σ' αυτό το περιβάλλον η ισότιμη συνεργασία ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών αποτελεί την απαραίτητη προϋπόθεση για μια σωστή και υπεύθυνη αντιμετώπιση του παιδιού και της οικογένειάς του.⁹⁷

10.3.2 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Η διάγνωση του καρκίνου σ' ένα παιδί δημιουργεί μεγάλη «κρίση» και δοκιμασία στη δομή της οικογένειας. Στη διάρκεια των πρώτων 6 εβδομάδων από τη διάγνωση, το παιδί, οι γονείς και τα αδέρφια ψάχνουν να βρουν μια νέα ισορροπία μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, που θα τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τη νέα πραγματικότητα.⁹⁷

Σε μια μακροχρόνια έρευνα οι Grobstein, Kaplan & Smith μελέτησαν το 1976 τη συναισθηματική και κοινωνική προσαρμογή των μελών της οικογένειας που ζει με ένα παιδί που έχει λευχαιμία. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι το 87% των οικογενειών είχαν σοβαρές δυσκολίες να προσαρμοστούν και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις ιατρικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της αρρώστιας. Η έρευνα αυτή συνεχίστηκε και μετά το θάνατο του παιδιού. Οι οικογένειες που στην αρχική περίοδο της διάγνωσης δεν προσαρμόστηκαν αποτελεσματικά είχαν μέλη με περισσότερα και σοβαρότερα ψυχολογικά και ψυχοσωματικά προβλήματα, τόσο πριν όσο και μετά το θάνατο του παιδιού. Αντίθετα, η συχνότητα των προβλημάτων αυτών ήταν σημαντικά μειωμένη στις οικογένειες που τα μέλη τους είχαν υιοθετήσει αποτελεσματικότερους τρόπους αντιμετώπισης της αρρώστιας και των συνθηκών της μακροχρόνιας θεραπείας.⁹⁷

Το σημαντικότερο συμπέρασμα της έρευνας αυτής τονίζει τη σημασία που έχει η αρχική αντιμετώπιση της οικογένειας μπρος στη διάγνωση του καρκίνου, που καθορίζει και τη μακροχρόνια προσαρμογή στην εμπειρία της αρρώστιας και στις καταστάσεις που απορρέουν από αυτήν. Κατά συνέπεια η έγκαιρη, η κατάλληλη υποστήριξη και η καθοδήγηση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά την οικογένεια να δεχτεί τη νέα αυτή πραγματικότητα και να προσαρμοστεί αποτελεσματικά. Σημαντικά γεγονότα, όπως η διάγνωση, η υποτροπή, η μεταμόσχευση οργάνων, η αποθεραπεία, ο επικείμενος θάνατος, σηματοδοτούν την έναρξη κρίσιμων μεταβατικών περιόδων στον κύκλο της ζωής μιας οικογένειας που καλείται να αναθεωρήσει και να επαναπροσδιορίσει τους στόχους, τις αξίες, τις προτεραιότητες και την πορεία της.⁹⁷

Σύμφωνα με το μοντέλο των Folkman και Lazarus (1984), δεν είναι τόσο τα ίδια τα γεγονότα που προκαλούν την κρίση, όσο το νόημα και οι ερμηνείες που αποδίδονται σ' αυτά και οι στρατηγικές /μέθοδοι που ενεργοποιεί το άτομο και η οικογένεια για να αντιμετωπιστεί η νέα πραγματικότητα. Με άλλα λόγια, οι αντιλήψεις των μελών της οικογένειας σχετικά με την αρρώστια και τις επιπτώσεις της καθορίζουν τις στρατηγικές/μεθόδους αντιμετώπισής της:

1. Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται την αρρώστια και τις επιπτώσεις της ως «*πρόκληση*» και κινητοποιούνται για να ξεπεράσουν τις δυσκολίες, αναζητούν πληροφορίες, αναπτύσσουν νέες δεξιότητες και προσαρμόζονται αποτελεσματικά, έχοντας πεποίθηση στις δυνάμεις τους.
2. Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως «*δοκιμασία*» επηρεαζόμενες από τις θρησκευτικές τους αντιλήψεις και πεποιθήσεις. Συχνά πιστεύουν ότι δοκιμάζεται η πίστη, η αντοχή ή οι σχέσεις τους.
3. Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως «*κακοτυχία*» και συνήθως βιώνουν, ταυτόχρονα με τη διάγνωση, και άλλες απροσδόκητες στρεσογόνες εμπειρίες, όπως ανεργία, θάνατο κ.λ.π. Η αρρώστια θεωρείται ένα πρόσθετο γεγονός που απειλεί τη συνοχή και ισορροπία του οικογενειακού συστήματος.
4. Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως «*θέλημα της μοίρας*» και δέχονται τις ιατρικές συμβουλές χωρίς να τις αμφισβητούν και χωρίς να αναζητούν πληροφόρηση. Πιστεύουν ότι όσα συμβαίνουν βρίσκονται έξω από τον έλεγχό τους και θεωρούν χρέος τους να τα υπομένουν παθητικά και καρτερικά.
5. Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται την αρρώστια και τις επιπτώσεις της ως «*τιμωρία*» και έχουν μια αρνητική και απαισιόδοξη αντίληψη για τη ζωή. Όταν βιώνουν ενοχές, δέχονται παθητικά τη θεραπεία, είτε γιατί

πιστεύουν ότι «την αξίζουν» είτε για να εξιλεωθούν. Άλλες εξοργίζονται με την αδικία που «σημαδεύει» τη ζωή τους και εκδηλώνουν έντονη επιθετικότητα προς το περιβάλλον τους. Δυσκολεύονται να εμπιστευθούν το προσωπικό υγείας, οικτίζουν το άρρωστο παιδί και παρουσιάζουν τις περισσότερες δυσκολίες προσαρμογής.⁹⁸

Ποιοι όμως είναι οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν σε μια «αποτελεσματική προσαρμογή» και πώς μπορεί να βοηθήσει κανείς τους γονείς και το παιδί σ' αυτήν την αρχική φάση;

Έχει συχνά τονιστεί ότι ο κυριότερος παράγοντας για αποτελεσματική προσαρμογή είναι η δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Αυτή η επικοινωνία που στηρίζεται και ενθαρρύνεται από τη στάση των γονιών, προϋποθέτει ότι οι γονείς :

- Έχουν καταλάβει σωστά και έχουν συνειδητοποιήσει τη φύση της αρρώστιας του παιδιού τους.
- Έχουν την ικανότητα να ενημερώσουν και να συζητήσουν ανοιχτά το θέμα της αρρώστιας και της θεραπείας με όλα τα μέλη της οικογένειας.
- Έχουν μια φυσιολογική συναισθηματική αντίδραση απέναντι στη διάγνωση που περιλαμβάνει το αρχικό shock, άρνηση, θυμό, κατάθλιψη και άγχος ώσπου να φθάσουν να αποδεχτούν τη νέα πραγματικότητα.
- Έχουν μία ενθαρρυντική στάση προτρέποντας όλα τα άλλα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν ανοιχτά τα δικά τους συναισθήματα.

Από την πρώτη κιόλας στιγμή της διάγνωσης ο παιδίατρος επηρεάζει με τη στάση του τους γονείς και συμβάλλει σημαντικά στη διαδικασία της προσαρμογής τους).⁹⁸

Μερικές από τις βασικότερες προϋποθέσεις για σωστή και ευαισθητοποιημένη ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση περιλαμβάνουν:

1. Απλή και κατανοητή πληροφόρηση της διάγνωσης με απλοποιημένες έννοιες όλων των ιατρικών όρων.
2. Ενημέρωση σχετικά με τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της, που πρέπει να γίνεται σταδιακά, μέσα από σύντομες αλλά συχνές συναντήσεις των γονιών και του γιατρού.

Στη διάρκεια της πρώτης συνάντησης και κάτω από την κυριαρχία του shock, οι γονείς έχουν μεγάλη δυσκολία να συγκρατήσουν πληροφορίες σχετικά με την αρρώστια ή τη θεραπεία της. Γι αυτό και ο γιατρός θα χρειαστεί να επαναλάβει πολλές φορές τα ίδια πράγματα για να τους δώσει τη δυνατότητα να τα αφομοιώσουν. Παράλληλα, όταν τους ενθαρρύνει να εκφράσουν ανοιχτά όλες τις απορίες, τους φόβους και τις ανησυχίες τους και προσφέρει μια υπεύθυνη πληροφόρηση, κερδίζει την εμπιστοσύνη τους. Έτσι αποφεύγεται η παραπληροφόρηση, που προκύπτει όταν οι γονείς καταφεύγουν

σε ακατανόητα ιατρικά βιβλία ή μη εξειδικευμένους γιατρούς για να βρουν απάντηση στα ερωτήματά τους.⁹⁸

3. Ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση που πρέπει να βασίζεται στην ελπίδα για το μέλλον.

Είναι απαραίτητο να συνειδητοποιήσει ο γονιός από την αρχή ότι η ζωή του παιδιού του απειλείται άμεσα ή και αργότερα από την αρρώστια αυτή. Είναι όμως εξίσου σημαντικό να πιστεύει ότι ο αγώνας που αρχίζει δεν είναι μάταιος και να στηρίζει τις προσδοκίες του στην ελπίδα ότι θα γίνει κάθε τι δυνατό για να ξεπεραστεί η αρρώστια.⁹⁸

Η πρόγνωση που βάζει ο γιατρός στην αρχική αυτή φάση πρέπει να μπαίνει πάντα με κάποια επιφύλαξη, κι αυτό γιατί υπάρχουν πολλοί παράγοντες που θα επηρεάσουν την όλη πορεία της θεραπείας. Δύο από τους κυριότερους αυτούς παράγοντες, που δεν μπορεί να προβλέψει ο γιατρός όταν μιλά με στατιστικές πιθανότητες, είναι:

- α) η αντίδραση και δεκτικότητα του οργανισμού στα τοξικά φάρμακα και
- β) οι ψυχικές δυνάμεις που κινητοποιεί το παιδί για την αντιμετώπιση της αρρώστιας του.

Υπάρχουν στην εποχή μας έρευνες που υποστηρίζουν ότι η ψυχική κατάσταση ενός ανθρώπου επηρεάζει σημαντικά ορισμένες βιολογικές λειτουργίες και κατά προέκταση και την εξέλιξη της πάθησης. Μπορεί λοιπόν ο γιατρός να μιλήσει σε γενικές γραμμές, ότι η πορεία της αρρώστιας ενός παιδιού προβλέπεται «καλή» ή «δύσκολη» ή «αβέβαιη». Όταν όμως με τη διάγνωση προδικάζει ταυτόχρονα και την τύχη ενός παιδιού ή βάζει καθορισμένα χρονικά όρια στη ζωή αφαιρώντας από τους γονείς κάθε ελπίδα, δυσκολεύει σημαντικά την προσαρμογή τους στη σκληρή πραγματικότητα.

4. Κατανόηση ορισμένων κοινών φυσιολογικών συναισθημάτων και αντιδράσεων, που οι γονείς εκδηλώνουν μπρος στη διάγνωση.

Τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις αυτές αποτελούν ένα μέρος μιας απαραίτητης διεργασίας που βοηθά το γονιό να δεχτεί προοδευτικά την πραγματικότητα, να καταλάβει τη σοβαρότητα της αρρώστιας και να συνεργαστεί για τη θεραπεία της.

Περιλαμβάνουν το αρχικό shock που συνοδεύεται από άρνηση ή δυσπιστία να δεχτεί ο γονιός μια τόσο οδυνηρή πραγματικότητα. Μερικές φορές αντιδρά αμφισβητώντας τις ικανότητες του γιατρού ή τα αποτελέσματα των ιατρικών εξετάσεων και ελπίζει ότι «κάποιο λάθος» έγινε στη διάγνωση. Η άρνηση αυτή είναι ένας προστατευτικός μηχανισμός άμυνας που βοηθά το γονιό να αντιμετωπίσει την έντονη κρίση με λιγότερη συναισθηματική φόρτιση. Όταν όμως παρατείνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα ή όταν οδηγεί σε μη συνεργασιμότητα ή σε πλήρη αντίθεση προς οποιαδήποτε θεραπεία, τότε η παρεμβολή ενός ψυχολόγου θεωρείται απαραίτητη για να βοηθήσει τους γονείς να ξεπεράσουν μια άρνηση που έχει πάρει παθολογικές διαστάσεις.⁹⁸

Ο θυμός είναι επίσης μια πολύ κοινή αντίδραση και εκφράζει τη βαθύτερη απελπισία κι ένα αίσθημα αδικίας και διαμαρτυρίας («γιατί να τύχει σε μας αυτό το κακό;»). Η επιθετικότητα του γονιού σ' αυτή την αρχική φάση κατευθύνεται άλλοτε προς το Θεό, άλλοτε προς το νοσηλευτικό προσωπικό κι άλλοτε προς τον ίδιο τον εαυτό του. Είναι πολύ συνηθισμένη η τάση του να ενοχοποιεί τον εαυτό του γιατί δεν έφερε έγκαιρα ή δε φρόντισε αρκετά το παιδί του να μην αρρωστήσει. Μερικές φορές μάλιστα φαντάζεται ότι μετέδωσε την αρρώστια με κληρονομικό τρόπο. Ακόμα κι αν ο γονιός δεν εκφράσει ανοιχτά τις ενοχές του, είναι σημαντικό να καθησυχάζεται από το γιατρό που προκαταβολικά τον απαλλάσσει από ένα άσκοπο επιπρόσθετο άγχος. Όταν ο γονιός αρχίζει να συνειδητοποιεί τη σοβαρότητα της αρρώστιας, περνάει περίοδο κατάθλιψης, που είναι απαραίτητη για να αρχίσει μια συνειδητή διεργασία προσαρμογής στη νέα κατάσταση.⁹⁸

Πολύ πιο γρήγορα θα αποδεχτεί και θα προσαρμοστεί ο γονιός στη νέα κατάσταση αν έχει την ευκαιρία να μοιραστεί με το περιβάλλον του αυτά τα συναισθήματα αντί να τα καταπνίγει και να καταφεύγει σε συναισθηματική απομόνωση. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ενθαρρύνει τους γονείς

να εκφράσουν ανοιχτά όλα τα συναισθήματά τους, να εξηγεί ότι αυτά αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις μπρος στη διάγνωση και να καθοδηγεί τους γονείς στο πώς να συμπεριφερθούν προς το άρρωστο παιδί και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.⁹⁸

Σήμερα οι περισσότεροι γονείς αντιμετωπίζουν το παιδί με υπερπροστασία. Κάνουν το παν για να του κρύψουν την αλήθεια, δίνοντας ψεύτικες πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία, ενώ ταυτόχρονα γίνονται υπερβολικά ανεκτικοί σε θέματα πειθαρχίας. Η υπερπροστασία και ο οίκτος δίνουν στο παιδί ένα μήνυμα ότι είναι «αδύναμο», «ανίκανο», «διαφορετικό», «θύμα της μοίρας». Το δυσκολεύουν ν' αντιμετωπίσει την αρρώστια του με το απαραίτητο θάρρος, υπευθυνότητα και αυτοπεποίθηση ότι θα ξεπεραστεί. Παράλληλα δημιουργούν σοβαρές μακροχρόνιες επιπτώσεις στη γενικότερη συναισθηματική και κοινωνική του εξέλιξη.^{97,98}

Η πείρα έχει δείξει από αυτούς που ασχολήθηκαν, ότι η βοηθητική στάση για το άρρωστο παιδί είναι η συμπεριφορά που βασίζεται σε 3 απαραίτητα κριτήρια (τα 3 «Σ»):

ΣΕΒΑΣΜΟΣ – ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ – ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ

Ο Σεβασμός προϋποθέτει μία ανοιχτή και ειλικρινή επικοινωνία μεταξύ προσωπικού και παιδιού. Αυτή η επικοινωνία μπορεί να δημιουργηθεί όταν από τη μία πλευρά το προσωπικό ενημερώνει το παιδί σχετικά με την αρρώστια και κυρίως το προετοιμάζει για τις θεραπευτικές διαδικασίες που θα υποστεί. Από την άλλη πλευρά το ενθαρρύνει να εκφράσει ελεύθερα τις απορίες και ανησυχίες του, ώστε να του δοθούν οι σωστές απαντήσεις και μία κατάλληλη υποστήριξη. Πρόσφατα δημοσιεύτηκε από την Ογκολογική Μονάδα του Νοσοκομείου Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού» μία εικονογραφημένη ιστορία που

απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 7 -14 χρονών με κάποια μορφή λευχαιμίας ή λεμφώματος.⁹⁹

Η ιστορία αυτή σκοπό έχει να ενημερώσει το παιδί – που ταυτίζεται με τον ήρωα – για το τι του συμβαίνει και τι πρόκειται να επακολουθήσει. Παράλληλα του δίνεται χρόνος για να προετοιμαστεί ψυχικά, ενώ πρακτικά κατευθύνεται στο πώς να αντιμετωπίσει μερικές δύσκολες καταστάσεις.

Το παιδί που δεν ενημερώνεται, δίνει στα ερωτήματά του φανταστικές απαντήσεις που είναι συχνά τρομακτικότερες και εφιαλτικότερες από την ίδια την πραγματικότητα. Το παιδί επίσης που δεν προετοιμάζεται, τραυματίζεται ψυχικά για όσα του συμβαίνουν και δυσκολεύεται να συνεργαστεί και να εμπιστευτεί το προσωπικό που το φροντίζει.^{98,99}

Η *Συνεργασία* προϋποθέτει ότι ο γιατρός και το παιδί συνειδητοποιούν ότι ο ρόλος του καθενός είναι εξίσου σημαντικός στην πορεία της θεραπείας, την οποία από κοινού θα αντιμετωπίσουν. Τη συνεργασία του παιδιού κερδίζει ο γιατρός όταν από την πρώτη κιόλας στιγμή το ενθαρρύνει και το προσκαλεί να συμμετέχει ενεργητικά στη θεραπεία του αντί να την υπομένει παθητικά και υποτακτικά. Υπάρχουν συγκεκριμένες «υπευθυνότητες» ή «ευθύνες» που ένα παιδί, ανάλογα με την ηλικία του, μπορεί να αναλάβει μαθαίνοντας συνειδητά να φροντίζει τον εαυτό του. Έτσι μπορεί να εξασκηθεί να παίρνει μονάχο του φάρμακα ή το σφυγμό του, να παρακολουθεί το βάρος ή τη θερμοκρασία του κρατώντας διαγράμματα, να φροντίζει τη διαίτά του ή ακόμα να ερμηνεύει τα αποτελέσματα της γενικής ανάλυσης αίματος και να ξέρει πώς να προστατεύει τον εαυτό του όταν έχει χαμηλά λευκά ή βρίσκεται σε συνθήκες απειλητικές για την υγεία του. Είναι επίσης σημαντικό να δίνεται η ευκαιρία στο παιδί να παίρνει αποφάσεις που αφορούν το ίδιο και τη θεραπεία του.¹⁰⁰

Η ενεργητική συμμετοχή ενός παιδιού στη θεραπεία του είναι ένας από τους βασικότερους παράγοντες που το βοηθούν να δεχτεί μία κατάσταση την οποία νιώθει ότι τουλάχιστον μερικώς ελέγχει.¹⁰⁰

Η *συμπαράσταση* προϋποθέτει μία βαθύτερη κατανόηση του ψυχικού κόσμου του παιδιού. Όλα τα παιδιά χρησιμοποιούν έμμεσους, συμβολικούς και μη λεκτικούς τρόπους για να εκφράσουν τα βαθύτερα συναισθήματα και τις σκέψεις τους. Μέσα από το παιχνίδι, τη ζωγραφική τους και την συμπεριφορά τους «μιλούν» για το πώς ερμηνεύουν και βλέπουν τον εαυτό τους, τους άλλους και τις εμπειρίες τους. Η ουσιαστική συμπαράσταση μπορεί να υπάρξει όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι ευαισθητοποιημένο στις ανάγκες των άρρωστων παιδιών και στη συμβολική γλώσσα που χρησιμοποιούν για να τις εκφράσουν. Με την κατανόηση αυτή μπορούν να τους προσφέρουν την κατάλληλη υποστήριξη και να τα βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την καινούργια πραγματικότητα.¹⁰⁰

10.3.3 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Αφού περάσει η αρχική εμπειρία της διάγνωσης και το παιδί που βρίσκεται σε ύφεση επιστρέψει στο σπίτι του, η οικογένεια αρχίζει τη διαδικασία προσαρμογής της σ' ένα νέο ρυθμό ζωής. Τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσει στη διάρκεια της μακροχρόνιας θεραπείας είναι συχνά σύνθετα και πολλαπλά (Kagen-Goodheart 1977). Εν τούτοις, δύο γεγονότα που ξεχωρίζουν, τη φέρνουν και πάλι σε κρίση που απαιτεί νέους μηχανισμούς προσαρμογής. Τα γεγονότα αυτά είναι η ενδεχόμενη υποτροπή της αρρώστιας και η πιθανότητα αποθεραπείας του παιδιού⁹⁹.

Προβλήματα που είναι άμεσα συνδεδεμένα με τη θεραπεία αποδίδονται συχνά στις παρενέργειες των φαρμάκων. Η ξαφνική αύξηση του βάρους, η

αλωπεκία, η αδιαθεσία και αδυναμία, η νευρική ένταση που προκαλούν τα φάρμακα στο παιδί, επηρεάζουν αναμφισβήτητα την εικόνα που έχει για τον εαυτό του, την εν γένει συμπεριφορά του και τις σχέσεις του με τους άλλους. Παράλληλα η πιθανότητα επανεισαγωγής στο Νοσοκομείο λόγω λοίμωξης ή επιπλοκής στη θεραπεία προκαλεί νέα ψυχική αναστάτωση στην οικογένεια.⁹⁹

Προβλήματα που είναι έμμεσα συνδεδεμένα με την αρρώστια παρουσιάζονται συχνά στο σχολικό περιβάλλον, όταν το παιδί βρίσκει δυσκολίες να προσαρμοστεί, επειδή νιώθει να «ξεχωρίζει» από τους συνομηλίκους του. Προβλήματα επίσης παρουσιάζονται όταν η οικογένεια έρχεται αντιμέτωπη με την προκατάληψη, τον οίκτο ή την απόρριψη του κοινωνικού συνόλου, που δεν της προσφέρει την υποστήριξη που έχει τόσο ανάγκη. Επιπρόσθετο άγχος προκαλούν και οι οικονομικές επιβαρύνσεις που προκύπτουν από συχνές μετακινήσεις λόγω της θεραπείας ή από αλλαγή κατοικίας της οικογένειας για να βρίσκεται κοντά σε θεραπευτικό κέντρο.⁹⁸

Παράλληλα και τα αδέλφια του άρρωστου παιδιού παρουσιάζουν συχνά προβλήματα συμπεριφοράς στο σπίτι ή στο σχολείο. Αυτό συμβαίνει, διότι οι γονείς τις περισσότερες φορές στρέφουν αποκλειστικά την προσοχή και φροντίδα τους προς το άρρωστο παιδί. Έτσι λοιπόν τ' αδέλφια μεγαλώνουν μέσα σ' ένα κλίμα όπου αισθάνονται αγνοημένα και παραμελημένα. Συχνά κυριαρχούνται από ένοχα συναισθήματα που πηγάζουν από ανταγωνιστική διάθεση και επιθετικότητα για τον (την) αδελφό(ή) τους, που βρίσκεται στο κέντρο προσοχής της οικογένειας. Τα προβλήματα που δημιουργεί η εμπειρία του καρκίνου στη ζωή των παιδιών αυτών είναι μεγάλα με μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις στη μετέπειτα εξέλιξή τους.⁹⁸

Γι' αυτό, μια προληπτική και έγκαιρη καθοδήγηση των γονιών στο πώς να αντιμετωπίσουν τα αδέλφια του άρρωστου παιδιού είναι απαραίτητη. Η προσαρμογή τους διευκολύνεται όταν ενημερώνονται με ειλικρίνεια, όταν έχουν την ευκαιρία να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματα τους και όταν τους

δίνεται η δυνατότητα να επισκέπτονται και να εξοικειώνονται με το χώρο νοσηλείας και το προσωπικό που ασχολείται με το άρρωστο αδελφάκι τους.¹⁰¹

10.3.4 Η ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ

Η πρώτη υποτροπή της αρρώστιας του παιδιού φέρνει την οικογένεια και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αντιμέτωπους με μια κρίση που τις περισσότερες φορές είναι εντονότερη από την αρχική κρίση της διάγνωσης. Αυτό συμβαίνει γιατί στην περίοδο της ύφεσης η οικογένεια έχει την ευκαιρία να προσαρμοστεί σ' ένα νέο «φυσιολογικό» ρυθμό ζωής και να «ξεχάσει» ότι το παιδί πάσχει από μία τόσο σοβαρή και συχνά ανίατη αρρώστια. Παράλληλα και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενθαρρύνεται και αισιοδοξεί επειδή συνειδητοποιεί ότι οι θεραπευτικές του φροντίδες έχουν ένα θετικό αποτέλεσμα στην εξέλιξη της αρρώστιας του παιδιού. Όταν όμως παρουσιάζονται τα γνωστά συμπτώματα που είχαν κάποτε οδηγήσει τους γιατρούς στη διάγνωση και όταν ξαναρχίζει ο ίδιος κύκλος θεραπείας, τότε η απειλή του καρκίνου γίνεται πιο αισθητή και η αβεβαιότητα για το μέλλον πιο έντονη.⁹⁹

Οι αντιδράσεις των γονιών μοιάζουν με εκείνες που είχαν εκδηλώσει στην περίοδο της διάγνωσης. Εντονότερος όμως παρουσιάζεται ο πόνος τους όταν μειώνονται οι ελπίδες τους. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό εξάλλου, που αντιλαμβάνεται τη γενικότερη σημασία της υποτροπής στην πορεία της αρρώστιας, νιώθει να περιορίζονται οι θεραπευτικές του δυνατότητες. Το παιδί διαισθάνεται τη διάχυτη ανησυχία και αναζητά στο περιβάλλον του ένα διάλογο που μοιάζει να είναι δυσκολότερος από κάθε προηγούμενη φορά.⁹⁹

10.3.5 Η ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Όταν το παιδί – έφηβος συμπληρώσει τα απαραίτητα χρόνια θεραπείας, η οικογένεια βρίσκεται και πάλι μπροστά σε μια νέα σημαντική αλλαγή. Οι γονείς δυσκολεύονται να πιστέψουν για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα ότι το παιδί τους θεωρείται πια «καλά». Αγωνιούν με το παραμικρό και διατηρούν την υπερπροστατευτική τους συμπεριφορά. Το άγχος και η υπερπροστασία δημιουργούν συχνά προβλήματα για το παιδί και τον έφηβο, που έχει ανάγκη να αποκτήσει μια νέα εικόνα για τον εαυτό του, εικόνα «φυσιολογικού» και «υγιούς» παιδιού και εφήβου.¹⁰¹

Η σημαντικότερη έρευνα που πρόσφατα μελέτησε τις ψυχολογικές επιπτώσεις της εμπειρίας του καρκίνου στην προσαρμογή των παιδιών που αποθεραπεύονται, τονίζει ότι ένας μεγάλος αριθμός απ' αυτά παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα). Διαπίστωσαν ότι όσο μικρότερο είναι σε ηλικία το παιδί όταν γίνεται η διάγνωση και αρχίζει η θεραπεία, τόσο λιγότερα είναι τα προβλήματα προσαρμογής που παρουσιάζει μετά την αποθεραπεία του. Αντίθετα, παιδιά σχολικής ηλικίας και ιδιαίτερα οι έφηβοι έχουν μεγαλύτερες δυσκολίες προσαρμογής, διότι η μακροχρόνια εμπειρία της θεραπείας στιγματίζει βαθύτερα και αναστέλλει τη φυσιολογική τους εξέλιξη.

Οι Koocher και O' Malley (1980) αναφέρουν ότι τόσο το παιδί ή ο έφηβος που θεραπεύεται από καρκίνο, όσο και η οικογένεια του, ζουν με την απειλή της επανεμφάνισης της ασθένειας για πολλά χρόνια μετά την αποθεραπεία. Παρόλο που, σε γενικές γραμμές, τα περισσότερα θεραπευμένα παιδιά προσαρμόζονται ικανοποιητικά, ένας σημαντικός αριθμός παρουσιάζει διαταραχές που εκδηλώνονται με αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, ταυτόχρονα με μια αρνητική εικόνα που διατηρεί το παιδί ή ο έφηβος για τον εαυτό του.¹⁰¹

10.3.6 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Ένα υγιές παιδί περνάει από τρία στάδια μέχρι να κατανοήσει την έννοια του θανάτου. Σε μία πρώτη φάση, μέχρι την ηλικία των έξι χρόνων, αναγνωρίζει το θάνατο σαν ένα παροδικό φαινόμενο, το οποίο παίρνει στη φαντασία του τη μορφή «ύπνου» ή «προσωρινού αποχωρισμού». Σε μια δεύτερη φάση το παιδί αρχίζει να θεωρεί το θάνατο σαν ένα οριστικό γεγονός, μη αναστρέψιμο, που συμβαίνει όμως μονάχα στους άλλους. Δυσκολεύεται να φανταστεί ότι κι εκείνο μπορεί να πεθάνει. Όταν φτάσει στην ηλικία των εννέα με δέκα χρόνων έχει τη δυνατότητα να αντιληφθεί το θάνατο σαν κάτι το αναπόφευκτο, οριστικό, αμετάβλητο και σαν μέρος του κύκλου ζωής κάθε ζωντανού οργανισμού. Διάφοροι συγγραφείς ισχυρίζονται ότι αυτή η διαμόρφωση της έννοιας του θανάτου επηρεάζεται παράλληλα και από πολλούς παράγοντες, όπως π.χ. το περιβάλλον του παιδιού, κοινωνικές και θρησκευτικές αντιλήψεις, τις προσωπικές του εμπειρίες σχετικά με το θάνατο, καθώς και την πνευματική και συναισθηματική του εξέλιξη.¹⁰⁰

Μια αξιοσημείωτη περιγραφική έρευνα στον τομέα αυτόν έρχεται σήμερα να τονίσει ότι, ανεξάρτητα από ηλικία, όταν ένα παιδί πλησιάζει στο θάνατο, συνειδητοποιεί ότι πεθαίνει και κατανοεί απόλυτα την έννοια του θανάτου όπως και ο ενήλικας. Αυτή η γνώση ωριμάζει προοδευτικά καθώς το παιδί ερμηνεύει και συνθέτει τα γεγονότα και τις εμπειρίες του σταδιακά μέσα από τις διάφορες φάσεις της αρρώστιας του. Η Bluebond-Langner περιγράφει πέντε στάδια συνειδητοποίησης που καθένα χαρακτηρίζεται από την απόκτηση κάποιας ουσιαστικής πληροφόρησης σχετικά με την αρρώστια, τη θεραπεία και την πρόγνωση. Παράλληλα περιγράφει πέντε αντίστοιχα στάδια που το παιδί διαμορφώνει μια εικόνα για τον εαυτό του σε συνάρτηση με τη φάση που βρίσκεται η αρρώστια του.¹⁰¹

Από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης, το παιδί συνειδητοποιεί ότι αυτή η αρρώστια που έχει (ακόμα κι αν δεν ξέρει τ' όνομά της) είναι σοβαρή. Σιγά σιγά αρχίζει να μαθαίνει τα φάρμακα και τις παρενέργειές τους. Με τον καιρό καταλαβαίνει το σκοπό της θεραπείας και καταφέρνει να συνδυάζει την κάθε θεραπευτική διαδικασία με τις προϋποθέσεις και συνθήκες που την επιβάλλουν. Μέχρι τη στιγμή που θα αντιμετωπίσει μια υποτροπή, δεν έχει λόγο να υποψιάζεται ότι υπάρχουν δυσκολίες στο ξεπέραςμα αυτής της αρρώστιας. Όταν όμως αρχίζει νέος κύκλος θεραπείας, τότε πια συνειδητοποιεί ότι τα φάρμακα που προορίζονται να το θεραπεύσουν δεν είναι πάντοτε αποτελεσματικά. Μέσα από αλλεπάλληλες υποτροπές μαθαίνει ότι η αρρώστια του περιλαμβάνει εναλλασσόμενες περιόδους που είναι «καλά» και περιόδους που είναι «άρρωστο». Αρχίζει δε να πιστεύει ότι θα διατηρηθεί σ' αυτή την κατάσταση για πάντα. Όταν όμως ακούσει ή δει το θάνατο κάποιου άλλου παιδιού, που ξέρει ότι πάσχει από την ίδια αρρώστια, τότε φτάνει να συνειδητοποιήσει ότι ο κύκλος συνεχών υποτροπών και υφέσεων καταλήγει κάποτε στο θάνατο. Στους πίνακες (2 και 3 περιγράφονται τα στάδια που περνούν) το παιδί και ο έφηβος όταν ενημερώνονται για την αρρώστια τους.¹⁰⁰

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

1 διάγνωση	2 περίοδος ύφεσης	3 1^η υποτροπή	4 αλλεπάλληλες υποτροπές	5 τελική φάση
Συνειδητοποιεί ότι «αυτή» είναι μια	Αποκτά γνώσει σχετικά με	Μαθαίνει το σκοπό της	Αντιλαμβάνεται ότι η αρρώστια	Αντιλαμβάνεται ότι η αρρώστια

σοβαρή αρρώστια	τα ονόματα και τις παρενέργειες των φαρμάκων	θεραπείας και τον διαφόρων διαδικασιών και επεμβάσεων	είναι μια σειρά από αλληπάλληλες υποτροπές και υφέσεις (-θάνατος)	είναι μια σειρά από αλληπάλληλες υποτροπές και υφέσεις και καταλήγει στο θάνατο (+θάνατος)
-----------------	--	---	---	--

Πηγή: (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1986α)

Πίνακας 3: Διαμόρφωση προσωπικής ταυτότητας

1 διάγνωση	2 περίοδος ύφεσης	3 1 ^η υποτροπή	4 αλληπάλληλες υποτροπές	5 τελική φάση
«Είμαι σοβαρά άρρωστος»	«Είμαι σοβαρά άρρωστος και θα γίνω καλά»	«Είμαι πάντοτε άρρωστος αλλά θα γίνω καλά»	«Είμαι πάντοτε άρρωστος και δεν θα γίνω ποτέ καλά»	«Πεθαίνω»

Πηγή: (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1986α)

Η αντιμετώπιση του παιδιού και του εφήβου όταν πεθαίνει εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Αρχικά όλα τα παιδιά δεν έχουν τις ίδιες απορίες και ανησυχίες όταν πλησιάζουν προς το θάνατο. Καθένα εκφράζει με το δικό του, μοναδικό, έμμεσο ή άμεσο τρόπο τις έγνοιες και τα συναισθήματά του. Εναπόκειται λοιπόν στο περιβάλλον να του δίνει την ευκαιρία να εκφράζεται και να μην απομονώνεται συναισθηματικά. Παράλληλα, με ευαισθησία να ακούει κανείς και να ερμηνεύει τη μη λεκτική συμπεριφορά του, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις συγκεκριμένες απορίες και τους προβληματισμούς που το απασχολούν. Δεν υπάρχουν απαντήσεις σ' όλες τις ερωτήσεις των παιδιών. Μερικές φορές μια σιωπηλή συμπαράσταση που ταυτόχρονα αποδέχεται την ελεύθερη έκφραση του παιδιού, είναι η ουσιαστικότερη υποστήριξη που μπορεί να παρέχει κανείς.⁹⁹

Όταν το παιδί ή ο έφηβος μπαίνει στο τελικό στάδιο της ζωής του, εκφράζει άμεσα, έμμεσα ή συμβολικά τη γνώση ή διαίσθηση του ότι πεθαίνει και αποχαιρετά τα αγαπημένα του πρόσωπα. Στην πραγματικότητα, όπως αναφέρει η Raimbault (1983), «γνωρίζει» ότι δεν γνωρίζει τι είναι ο θάνατος – πράγμα που κανείς άλλωστε δεν ξέρει, αλλά βιώνει ορισμένα συναισθήματα, φαντασιώσεις και πεποιθήσεις που εκδηλώνει μέσα στις ζωγραφιές, το παιχνίδι και την επικοινωνία του με τους άλλους.¹⁰⁰

Συχνά, σε αυτό το τελικό στάδιο, το παιδί ή ο έφηβος βιώνει προοδευτική απόσυρση και συναισθηματική αποεπένδυση από τις σχέσεις του με αγαπημένα άτομα, που όμως δεν είναι ολική. Τις περισσότερες φορές διατηρεί ή αναπτύσσει ένα στενό δεσμό με κάποιο άτομο που εμπιστεύεται και πιστεύει ότι θα το συνοδεύσει στην πορεία προς το θάνατο. Η ανάγκη του να αποσυρθεί δεν παύει να συνυπάρχει με την ανάγκη του να ανήκει στο οικογενειακό σύστημα και να αναγνωρίζεται ως μέλος του. Ένας σημαντικός αριθμός παιδιών και εφήβων ολοκληρώνουν κάποιο έργο, στόχο, αφήνουν κάποιο μήνυμα ή δίνουν συμβουλές σε αγαπημένα τους άτομα και ταυτόχρονα νόημα στην ύπαρξη τους. Μέσα από μια δυναμική διαδικασία αλληλεπίδρασης, το παιδί ή ο έφηβος επηρεάζεται από το άμεσο περιβάλλον του (συγγενείς, προσωπικό, άλλα άρρωστα παιδιά), ενώ συγχρόνως το επηρεάζει, και συχνά επιλέγει, συνειδητά ή ασυνείδητα, τη στιγμή και τις συνθήκες μέσα στις οποίες πεθαίνει.¹⁰¹

10.2 ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Οι αντιδράσεις τους ποικίλλουν κατά την περίοδο της διάγνωσης και συχνά περιλαμβάνουν σοκ και άρνηση («αποκλείεται, κάποιο λάθος έχει γίνει...»), θυμό («γιατί να τύχει αυτό σε εμάς;»), ενοχές («δεν ήμουν αρκετά καλός γονιός,

ικανός να προστατεύσω το παιδί μου...»), άγχος («τι θα απογίνει το παιδί μας;»), απόγνωση («δεν θα τα βγάλουμε πέρα...»). Βρίσκονται από την μια στιγμή στην άλλη, μέσα στην πιο μεγάλη ανθρώπινη οδύνη και νιώθουν αδύναμοι και ανήμποροι. Όταν η χρόνια αρρώστια είναι συγγενής ή κληρονομική, βιώνουν αυξημένες ενοχές επειδή έφεραν στον κόσμο ένα ανάπηρο παιδί. Όταν η ασθένεια απειλεί τη ζωή του παιδιού, οι γονείς γρήγορα διαπιστώνουν ότι παρόλο που η ιατρική διαθέτει θεραπευτικά μέσα για να αντιμετωπίσει την κρισιμότητα της κατάστασης και να ελέγξει την αρρώστια, δεν παρέχει καμία διαβεβαίωση σχετικά με την έκβασή της. Έτσι έρχονται αντιμέτωποι με απαιτητικές και δύσκολες συνθήκες ζωής, στα πλαίσια των οποίων πρέπει να μάθουν να ζουν με τη χρόνια αναπηρία και πιθανόν την αβεβαιότητα για την τελική έκβαση της ασθένειας. Η γονεϊκή τους ταυτότητα απειλείται καθώς δεν στάθηκαν «ικανοί» να φέρουν στο κόσμο ένα υγιές παιδί ή δεν κατάφεραν να το προστατεύσουν. Παράλληλα, απειλείται η φιλοσοφία τους για τη ζωή, οι αξίες, τα σχέδια, τα όνειρα, οι προσδοκίες και οι ελπίδες τους. Βρίσκονται αντιμέτωποι με σημαντικές αναθεωρήσεις και ριζικές αλλαγές που επηρεάζουν την υπόσταση και τη δομή τις οικογένειας.¹⁰⁰

Ορισμένοι γονείς σε μια απελπισμένη προσπάθεια να περιχαρακώσουν, να ελέγξουν και να εξουδετερώσουν τον «εχθρό» τροποποιούν την αντίληψη που έχουν για το χρόνο. Με άλλα λόγια, επιδιώκουν να «σταματήσουν» το χρόνο και παράλληλα την εξέλιξη των γεγονότων που απειλούν την οικογένεια τους. Το παρελθόν μοιάζει απόμακρο, αποκομμένο από το παρόν, εξιδανικευμένο ή ξεχασμένο, ενώ το απειλητικό μέλλον απωθείται, καθώς αποφεύγουν να προγραμματίσουν και να θέσουν μακροπρόθεσμους στόχους. Αυτή η ακινητοποίηση είναι συνήθως παροδική. Όταν όμως παρατείνεται, έχει αρνητικές επιπτώσεις στην προσαρμογή της οικογένειας η οποία παύει να ζει και να εξελίσσεται, και προβληματίζεται μόνο για το πώς θα «επιβιώσει» μπροστά στις τρέχουσες δυσκολίες που αντιμετωπίζει.

Μερικοί γονείς υιοθετούν προστατευτική στάση, αποφεύγοντας να ενημερώσουν το παιδί τους για την αρρώστια, τη θεραπεία και την πρόγνωση, και άλλοι προωθούν μια ανοιχτή επικοινωνία, παρ' όλες τις δυσκολίες που μια παρόμοια τακτική ενδεχόμενα παρουσιάζει. Σύμφωνα με τη μελέτη των Barbarin, Chesier και Paris (1986) η απόφαση Αμερικανών γονιών σχετικά με το περιεχόμενο της ενημέρωσης, τόσο προς το παιδί τους που έπασχε από καρκίνο, όσο και προς τα αδέρφια του, βρέθηκε να εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, οι σημαντικότεροι των οποίων ήταν: (1) η ηλικία του παιδιού τη στιγμή της διάγνωσης (όσο μικρότερο ήταν, τόσο πιο περιορισμένη και η πληροφόρησή του), (2) η ύπαρξη άλλων παιδιών στην οικογένεια (οι συζητήσεις ήταν συχνότερες όταν τα αδέρφια ήταν μεγαλύτερα των έξι ετών), (3) οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των γονιών και η φιλοσοφία τους για τη ζωή και (4) η ψυχολογική στήριξη των γονιών από το προσωπικό υγείας. Παρόλο που το φύλο του γονιού, η μόρφωση, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο δεν επηρέαζαν τη διαδικασία της ενημέρωσης, οι μεγαλύτερης ηλικίας γονείς ήταν συνήθως πιο πρόθυμοι να διατηρήσουν μια ανοιχτή επικοινωνία.¹⁰²

Στην Ελλάδα, οι περισσότεροι γονείς και τα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού υιοθετούν προστατευτική στάση, αποφεύγοντας να ενημερώσουν το παιδί που πάσχει από μία απειλητική για τη ζωή του αρρώστια (Kosmidis & Papadatou 1995). Εκείνο, με τη σειρά του, αντιλαμβάνεται ότι κάτι σοβαρό συμβαίνει, αλλά καθώς στερείται ουσιαστικής υποστήριξης, απομονώνεται σ' ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από συνομωσία σιωπής ή εγκλωβίζεται μέσα σε ένα κλίμα προσποίησης.^{103,104}

Συνήθως το παιδί με το χρόνιο νόσημα και η μητέρα του διαμορφώνουν μια στενή σχέση μέσα από την οποία αλληλοπροστατεύονται. Σε μεγάλο βαθμό, η μητέρα μονοπωλεί την παροχή υποστήριξης προς το παιδί στις κρίσιμες φάσεις

της αρρώστιας. Δημιουργεί ένα μικρόκοσμο, μέσα στον οποίο απομονώνεται μαζί με το παιδί της, γεγονός που διαταράσσει τη δυναμική των σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, με αποτέλεσμα να αλλάζουν ακόμα και οι ρόλοι.^{99,100}

Συνήθως αυτές οι αλλαγές επηρεάζουν περισσότερο τα αδέλφια του άρρωστου παιδιού. Αγνοημένα και στερημένα της φροντίδας των γονιών τους, συχνά εμφανίζουν οργανικά ή προβλήματα συμπεριφοράς που εκδηλώνονται στο σχολείο ή στο σπίτι. Η παρατεταμένη παραμέληση των αναγκών τους μπορεί να έχει σοβαρές και μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις στη γενικότερη ψυχοκοινωνική τους εξέλιξη, γεγονός που υπογραμμίζει την αναγκαιότητα μιας έγκαιρης ψυχολογικής παρέμβασης από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης.¹⁰⁰

Σύμφωνα με τον Spinetta (1981), τα παιδιά αυτά υποφέρουν εξίσου, αν όχι περισσότερο, από το άρρωστο παιδί, καθώς στερούνται συναισθηματικής στήριξης.

Όταν η υγεία του παιδιού επιδεινώνεται, οι ελπίδες για ίαση μειώνονται και η απειλή του θανάτου γίνεται έντονα αισθητή. Με την αναγνώριση ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος, οι γονείς αρχίζουν να βιώνουν μια διεργασία θρήνου που τους προετοιμάζει ψυχολογικά για τον επικείμενο χωρισμό. Σύμφωνα με τη Rando (1986), ο θρήνος αυτός δεν οφείλεται μονάχα στις απώλειες που επίκεινται στο άμεσο μέλλον, αλλά περιλαμβάνει και τις απώλειες που συνέβησαν στο παρελθόν ή που βιώνονται στο παρόν, καθώς η κατάσταση του άρρωστου παιδιού χειροτερεύει. Για παράδειγμα, μια μητέρα θρηνεί τα όνειρα που έκανε για το ζωηρό, όμορφο, υγιές παιδί της που «έχασε» εξαιτίας της αρρώστιας (παρελθόν), θρηνεί τις καθημερινές απώλειες καθώς το παιδί της γίνεται ολοένα και πιο αδύναμο, εξαρτημένο, θλιμμένο, αμίλητο, απόμακρο (παρόν), και θρηνεί το παιδί που θα χάσει με όλα όσα αυτό αντιπροσωπεύει στη

ζωή της (μέλλον). Αν και οι εκδηλώσεις θρήνου των μελών της οικογένειας έχουν εκτενώς περιγραφεί στη βιβλιογραφία (Rando 1986), απαραίτητη είναι η διεξαγωγή νέων ερευνών για να προσδιοριστούν τα ποιοτικά χαρακτηριστικά και η θεραπευτική αξία της διεργασίας αυτής. Σε καμιά περίπτωση ο θρήνος που βιώνεται εν όψει του επικείμενου θανάτου δεν υποκαθιστά ούτε μειώνει το θρήνο που ακολουθεί κατά την περίοδο του πένθους. Απλώς προετοιμάζει ψυχολογικά τα μέλη της οικογένειας που ενεργοποιούνται και οργανώνονται για να αντιμετωπίσουν τις νέες συνθήκες που θα προκύψουν με το θάνατο του παιδιού.¹⁰⁰

Η τελική φάση στη ζωή ενός παιδιού, καθώς και οι συνθήκες μέσα στις οποίες πεθαίνει, επηρεάζουν τη μετέπειτα προσαρμογή των γονιών στο θάνατο του παιδιού (Martinson & Papadatou 1994). Ερευνητικά αποτελέσματα επισημαίνουν ότι οι γονείς προσαρμόζονται αποτελεσματικότερα στην απώλεια του παιδιού τους, όταν έχουν τη δυνατότητα να το φροντίσουν στο σπίτι, σε σύγκριση με τους γονείς των οποίων το παιδί νοσηλεύεται στο νοσοκομείο στην τελική φάση της ζωής του. Η φροντίδα του παιδιού στο σπίτι επιτρέπει στους γονείς να αντλήσουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από το ρόλο που αναλαμβάνουν και μειώνει τα αισθήματα αδυναμίας, ανεπάρκειας και ενοχών, συγκριτικά με τους γονείς παιδιών που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο (Lauer & Mulhern 1983). Άλλες μελέτες τονίζουν τις θετικές επιπτώσεις της συμμετοχής των υγιών αδελφών στη φροντίδα του άρρωστου παιδιού, ιδιαίτερα όταν αυτή παρέχεται στο σπίτι. Παρ' όλα τα πλεονεκτήματα της κατ' οίκον νοσηλείας, δεν επιλέγουν όλες οι οικογένειες να περάσουν τις τελικές στιγμές της ζωής του παιδιού τους στο σπίτι. Ιατρικοί και ιδιαίτερα ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την απόφασή τους, η οποία πρέπει να γίνεται πάντα σεβαστή από τα μέλη του προσωπικού υγείας.^{99,100}

10.5 Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΕΝΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ – ΕΦΗΒΟΥ

10.5.1 ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (ΓΟΝΕΙΣ, ΑΔΕΛΦΙΑ, ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ)

Τα μέλη της οικογένειας δεν θρηνούν μόνο το θάνατο του παιδιού θρηνούν επίσης και την απώλεια της οικογένειας όπως ακριβώς την είχαν ζήσει και την ήξεραν τόσα χρόνια. Όσο και αν έχουν προετοιμαστεί ψυχολογικά, ο θάνατος διαταράσσει την ισορροπία του οικογενειακού συστήματος, αναγκάζοντας τα μέλη του να αναζητούν μια νέα δυναμική ισορροπία, διαφορετική από εκείνη που υπήρχε προηγουμένως. Υιοθετούν νέους ρόλους, θέτουν νέους κανόνες, αναθεωρούν τους στόχους, τις αξίες και τις προτεραιότητές τους. Οι αλλαγές αυτές είναι αναπόφευκτες και απαραίτητες για τη διαμόρφωση μιας νέας ισορροπίας. Το πένθος τους είναι μακροχρόνιο και επηρεάζεται από ατομικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Παρόλο που ο θάνατος αφορά το συγκεκριμένο παιδί, το κάθε μέλος θρηνεί την απώλεια μιας διαφορετικής, προσωπικής και μοναδικής σχέσης που είχε αναπτύξει μαζί του.¹⁰²

Για τους γονείς, ο θάνατος του παιδιού ανατρέπει όλους τους νόμους της φύσης. Είναι αδιανόητος και κατά συνέπεια ανεξήγητος. Το πένθος τους παρουσιάζει ιδιαιτερότητες ως προς την πολυπλοκότητα, χρονιότητα και ένταση, με αποτέλεσμα να παρερμηνεύεται, καθώς παρουσιάζει μια εικόνα «παθολογίας» σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια ενός περιπεπλεγμένου πένθους. Τις περισσότερες φορές αποτελεί μια φυσιολογική πορεία θρήνου η οποία, για να γίνει κατανοητή, απαιτεί τη βαθύτερη μελέτη των ιδιαιτεροτήτων που τη χαρακτηρίζουν.¹⁰²

Κάθε γονιός δεν θρηνεί μόνο το χαμό του παιδιού του, αλλά και όλα τα όνειρα, τις προσδοκίες, τις ανάγκες, τις σκέψεις, τα συναισθήματα που είχε

εναποθέσει σ' αυτό το παιδί από τη στιγμή της σύλληψής του. Θρηνεί ένα κομμάτι από τον εαυτό του. Θρηνεί την ταυτότητα που είχε ως «γονιός» του συγκεκριμένου παιδιού. Η αίσθηση κενού, ανασφάλειας, σύγχυσης και κατάθλιψης διαρκούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Συνοδεύονται από αυξημένα συναισθήματα ενοχής, καθώς ο γονιός ανατρέχει σε όλες εκείνες τις στιγμές που δεν ανταποκρίθηκε στα ιδανικά του, σύμφωνα με τα οποία έπρεπε να είναι «τελείως» στο ρόλο του, διαρκώς διαθέσιμος, καλός, υπομονετικός, προστατευτικός και απόλυτα δοτικός προς το παιδί του. Αυτές οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες για το ρόλο που έπρεπε να έχει παίζει αυξάνουν τις ενοχές και την αίσθηση ότι απέτυχε ως γονιός, επηρεάζοντας αρνητικά την αυτοεκτίμησή του. Όταν τις αναγνωρίσει ως φυσιολογικές αντιδράσεις και τις επεξεργαστεί, θα διευκολυνθεί σημαντικά στην ολοκλήρωση της διεργασίας του θρήνου που βιώνει. Όταν όμως οι αυξημένες ενοχές του παρατείνονται μέσα στο χρόνο και καταφεύγει σε αυτοτιμωρητικές και αυτοκαταστροφικές πράξεις, τότε το πένθος του παίρνει παθολογικές διαστάσεις.¹⁰²

Παρ' όλες τις δυσκολίες, τη χρονιότητα και την πολυπλοκότητα του πένθους, οι γονείς επιβιώνουν. Η άποψη ότι το στρες από τη χρόνια αρρώστια και το θάνατο ενός παιδιού αυξάνουν τη συχνότητα των διαζυγίων αποτελεί μύθο. Χωρίς αμφιβολία, η συζυγική σχέση δοκιμάζεται, καθώς απορροφημένοι από το θρήνο τους οι δύο σύντροφοι δεν είναι σε θέση να στηρίξουν ο ένας τον άλλο όπως συνέβαινε στο παρελθόν. Άλλοτε, πάλι, αλληλοπροστατεύονται, με αποτέλεσμα να μην μοιράζονται τα συναισθήματά τους άλλοτε μεταθέτει ο ένας στον άλλο το θυμό που προκαλεί η απώλεια του παιδιού. Συχνά φοβούνται ότι, πέρα από το παιδί, κινδυνεύει να χαθεί και η δική τους σχέση. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναγνωρίσει το ζευγάρι ότι ο καθένας έχει το δικό του μοναδικό τρόπο να πενθεί και ότι η διεργασία του θρήνου αποτελεί προσωπική εμπειρία. Σε καμιά περίπτωση δεν «ξεχνιέται» το παιδί, όμως η αίσθηση του κενού που προκάλεσε ο θάνατος του διατηρείται και εντάσσεται μέσα στην καθημερινή

ζωή, αποτελώντας αναπόσπαστο μέρος της. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα (Martinson 1991), τα συμπτώματα θρήνου παραμένουν έκδηλα επτά έως εννέα χρόνια μετά το θάνατο του παιδιού, γεγονός που τονίζει τη χρονιότητα του πένθους των γονιών.¹⁰⁰

Ο θάνατος ενός παιδιού έχει σημαντικές και μακροχρόνιες ψυχολογικές επιπτώσεις στα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας που δεν θρηνούν μονάχα την απώλεια του/ της αδελφού/ής τους, αλλά και την απώλεια της φροντίδας και συναισθηματικής διαθεσιμότητας των γονιών, οι οποίοι απορροφημένοι από τον δικό τους, αλλά και την απώλεια της φροντίδας και συναισθηματικής διαθεσιμότητας των γονιών, οι οποίοι απορροφημένοι από το δικό τους πόνο δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους. Επτά με εννέα χρόνια μετά το θάνατο του /της αδελφού /ής τους αναφέρουν εκδηλώσεις θρήνου τις οποίες αποδίδουν στο συγκεκριμένο θάνατο. Οι σημαντικότερες εκδηλώσεις περιλαμβάνουν μια τάση κοινωνικής απομόνωσης, αισθήματα μοναξιάς και θλίψης, αλλά και την απόκτηση ωριμότητας που συνδέουν με την εμπειρία της αρρώστιας η οποία σημάδεψε τη ζωή τους (Martinson & Papadatou 1994). Σύμφωνα με την Davies (1991), οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιδράσεις των παιδιών στο θάνατο του /της αδελφού /ής τους είναι: (α) ο βαθμός του συναισθηματικού δεσμού που προϋπήρχε ανάμεσα στα αδέρφια (όσο στενότερος ήταν ο δεσμός, τόσο μεγαλύτερη η ένταση των εκδηλώσεων θρήνου και οι δυσκολίες προσαρμογής), (β) τα χαρακτηριστικά του οικογενειακού περιβάλλοντος (όσο στενότερες ήταν οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, τόσο λιγότερα προβλήματα εμφανίστηκαν μετά το θάνατο του παιδιού) και (γ) η αυτοεκτίμηση του παιδιού. Όταν κυριαρχούσαν αισθήματα ενοχής (π.χ. «είμαι υπεύθυνος για το θάνατο»), ή αισθήματα ανεπάρκειας (π.χ. «δεν είμαι τόσο καλός όσο ο αδελφός μου»), τότε τα ψυχολογικά προβλήματα ήταν συχνότερα και παρεμπόδιζαν την ολοκλήρωση της διεργασίας του θρήνου.¹⁰¹

Η οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να στηρίζεται στη βαθιά γνώση των διεργασιών θρήνου που βιώνουν τόσο οι ενήλικες, όσο και τα παιδιά που βρίσκονται αντιμέτωπα με το θάνατο ενός μέλους της οικογένειας. Καθένας τους είναι δυνατό να βιώνει μια ατομική διεργασία θρήνου, αυτή όμως ολοκληρώνεται μέσα σε ένα οικογενειακό σύστημα το οποίο επηρεάζεται, αλλάζει και εξελίσσεται μέσα στο χρόνο.⁹⁹

Ερευνητές έχουν αναλυτικά περιγράψει μια συμπεριφορά και διαδικασία «θρήνου» που εκδηλώνεται πριν ακόμα το παιδί πεθάνει (Worden 1982). Αυτός ο «προπαρασκευαστικός θρήνος» αρχίζει με τη συνειδητοποίηση ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος. Είναι μία φυσιολογική και απαραίτητη αντίδραση που ίσως έχει θετικές επιπτώσεις στην προσαρμογή της οικογένειας στο χαμό του παιδιού.¹⁰⁰

Στη διαδικασία του «προπαρασκευαστικού θρήνου», τα μέλη της οικογένειας, ενώ αρχίζουν να «συμφιλιώνονται» με τη σκέψη του θανάτου, περνούν ταυτόχρονα από στιγμές άρνησης και διατηρούν περιοδικά μια ελπίδα που έρχεται σε αντίφαση με την πραγματικότητα. Αόριστες σκέψεις γύρω από το θάνατο χαρακτηρίζουν τους φόβους και συχνά τους εφιάλτες τους, ενώ εντείνεται το άγχος τους μπροστά στον αναμενόμενο «χωρισμό». Πολλές φορές αρχίζουν να σκέφτονται «τι θ' απογίνουν» και «πώς θ' αλλάξει η ζωή τους», την οποία προσπαθούν να φανταστούν χωρίς το παιδί τους. Αυτή η νοητική προετοιμασία έχει σημαντικές θετικές επιπτώσεις στην προσαρμογή της οικογένειας στις μετά το θάνατο καινούργιες συνθήκες ζωής.¹⁰³

Σημαντικό είναι ο γονιός να ενημερώνεται από τον ίδιο το γιατρό εάν το παιδί έπαψε να ανταποκρίνεται στη θεραπεία και επίκειται ο θάνατός του. Συγχρόνως πρέπει να καθησυχάζεται ότι θα παρέχονται στο παιδί μέχρι την τελευταία του στιγμή όλες οι

απαραίτητες φροντίδες για να μην υποφέρει και να νιώθει άνετα. Ένας ευαίσθητος γιατρός δεν πρέπει να καταβάλει «ηρωικές» προσπάθειες για τη διάσωση του παιδιού που πεθαίνει. Πρέπει ν' αποφεύγει άσκοπες επεμβάσεις που παρατείνουν λίγες ώρες τη ζωή και που ταλαιπωρούν και τραυματίζουν ψυχολογικά όλη την οικογένεια. Μ' άλλα λόγια, πρέπει να σέβεται τον άρρωστο και την οικογένειά του και να τους δίνει την άνεση και την ευκαιρία να ζήσουν με αξιοπρέπεια τις τελευταίες στιγμές. Μετά το θάνατο του παιδιού μερικές οικογένειες διατηρούν την επαφή τους με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Αυτός ο δεσμός είναι επιθυμητός και πρέπει να επιδιώκεται από το ίδιο το προσωπικό που βοήθησε τα μέλη της οικογένειας στην προσαρμογή τους και μοιράστηκε έντονες εμπειρίες κατά τη διάρκεια της αρρώστιας. Ο ψυχολόγος και ο κοινωνικός λειτουργός είναι στη πιο κατάλληλη θέση για να συμβουλέψουν και να στηρίξουν. Είναι δε σημαντικό η πρώτη συνάντηση να γίνεται στο σπίτι της οικογένειας λίγο μετά το θάνατο του παιδιού.⁹⁹

Ενώ κάθε μέλος αντιδρά με το δικό του τρόπο, τη διαδικασία του πένθους διακρίνουν διάφορες φάσεις, που είναι κοινές για όλα τα άτομα. Τις πρώτες μέρες μετά το θάνατο, παράλληλα με μια σωματική δυσφορία και έντονη συναισθηματική φόρτιση, τα μέλη της οικογένειας δυσκολεύονται να πιστέψουν ότι το παιδί τους πέθανε και συχνά το ονειρεύονται και τ' αναζητούν στην καθημερινή τους ζωή. Με την πάροδο όμως του χρόνου η συνειδητοποίηση της οριστικότητας του θανάτου συνοδεύεται από κατάθλιψη, απελπισία και πόνο, που εμποδίζει τη λειτουργικότητα της οικογένειας. Η διαδικασία του πένθους ολοκληρώνεται όταν οι γονείς και τα αδέρφια αρχίζουν να οργανώνουν τη ζωή τους και να προσαρμόζονται σ' ένα περιβάλλον απ' όπου απουσιάζει το παιδί. Εγκαταλείπουν σιγά-σιγά την τάση τους για κοινωνική απομόνωση και κατευθύνουν την ενεργητικότητά τους στη δημιουργία νέων σχέσεων μέσα στο περιβάλλον τους.^{98,99}

10.6 Ο ΕΦΗΒΟΣ ΚΑΙ Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

Ο έφηβος που πάσχει από μια χρόνια αρρώστια συχνά βιώνει ένα σύνολο προκλήσεων ή δυσκολιών που συνδέονται με τις ιδιαιτερότητες της εξελικτικής φάσης την οποία διέρχεται. Οι σημαντικότερες από αυτές περιλαμβάνουν: (α) την ανεξαρτητοποίηση και αυτονομία του που παρεμποδίζονται από την ασθένεια, τους περιορισμούς που επιβάλλει η θεραπεία ή / και την υπερπροστατευτική στάση των γονιών και του προσωπικού υγείας, (β) την αποδοχή της εικόνας σώματος και της εικόνας εαυτού που επηρεάζεται από την αρρώστια και την αντίληψη που έχει για αυτές, (γ) την ένταξη στην «ευάλωτη» ομάδα των συνομηλίκων που απειλείται από την αναπηρία του εφήβου και (δ) την αβεβαιότητα με την οποία αντιμετωπίζει το μέλλον του.⁹⁹

Συχνά το προσωπικό υγείας αντιμετωπίζει προβλήματα στη συνεργασία του με τον έφηβο. Το ποσοστό των εφήβων που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια και δεν συμμορφώνονται με τις ιατρικές οδηγίες και τη λήψη φαρμάκων κυμαίνεται μεταξύ 47 και 59 % (Festa & Lanzowsky 1992). Όταν μάλιστα η χρόνια αρρώστια απειλεί τη ζωή τους, τα ποσοστά της μη συμμόρφωσης αυξάνονται. Δυστυχώς, η κατάλληλη ενημέρωση του εφήβου σχετικά με την αρρώστια και τους κινδύνους της, αν και θεωρείται απαραίτητη, δεν επαρκεί για να τον κινητοποιήσει να συμμορφωθεί με τις ιατρικές εντολές. Γνωστικοί και συναισθηματικοί παράγοντες παρεμβαίνουν και επηρεάζουν μια προσωπική υποκειμενική ανάλυση σχετικά με το όφελος και το κόστος της προτεινόμενης αγωγής. Με άλλα λόγια, ο έφηβος αξιολογεί κατά πόσο θα τον ωφελήσει (π.χ. στην ανακούφιση συμπτωμάτων, στον έλεγχο της αρρώστιας) και κατά πόσο θα τον βλάψει (π.χ. με τις παρενέργειες, την εξάρτηση, το στίγμα από πιθανές εμφανείς σωματικές αλλαγές κλπ) ή θα παρεμποδίσει την καθημερινή του δραστηριότητα και λειτουργία. Έφηβοι μεγαλύτεροι των δεκατεσσάρων ετών είναι σε θέση να επεξεργαστούν πολλές όψεις της αρρώστιας και της θεραπείας τους. Μπορούν να εκτιμήσουν τι είναι «καλό» και

«ωφέλιμο» για τους ίδιους, στηριζόμενοι στις μελλοντικές τους βλέψεις και επιδιώξεις.¹⁰²

Σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της μη συμμόρφωσης παίζουν οι σχέσεις των εφήβων με τους γονείς, με τους οποίους συχνά συγκρούονται και διαφωνούν για το ποιος έχει την ευθύνη της χορήγησης των φαρμάκων. Τα περισσότερα προβλήματα της επικοινωνίας οφείλονται στην τάση των εφήβων για αυτονομία και στην ανάγκη των γονιών να ελέγξουν το άγχος τους προστατεύοντας το «παιδί» του οποίου απειλείται. Οι έφηβοι, στους οποίους δίνεται η δυνατότητα να διατηρήσουν την αυτονομία τους και να ασκήσουν έλεγχο στα θέματα υγείας που αντιμετωπίζουν, συμμορφώνονται καλύτερα στη θεραπευτική αγωγή σε σύγκριση με λιγότερο αυτόνομους εφήβους.¹⁰¹

Κατά συνέπεια, οι παρεμβάσεις που σκοπό έχουν να ενθαρρύνουν τον έφηβο να συμμορφωθεί με την θεραπεία δεν πρέπει να περιορίζονται απλώς στην παροχή πληροφόρησης πάνω σε θέματα υγείας, αλλά να επικεντρώνονται στις υποκειμενικές του εκτιμήσεις καθώς και στις στρατηγικές που υιοθετεί τόσο ο ίδιος, όσο και η οικογένεια του, για να αντιμετωπίσουν τις αντιξοότητες που προβάλλει η εμπειρία της χρόνιας και απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας.¹⁰⁰

10.7 Η ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΙΔΩΛΟΥ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η αρρώστια στην αντίληψη κάθε παιδιού φαίνεται να είναι ένα επεισόδιο φυσικό, αναπόφευκτο και παροδικό. Από τις πρώτες κιόλας μέρες το παιδί με καρκίνο βρίσκεται αντιμέτωπο μπροστά σε ένα πλήθος από αρνητικές καταστάσεις, που προϋποθέτουν δυσκολίες και αυτό καλείται να τις αντιμετωπίσει, όπως :

- την ταλαιπωρία της ίδιας της αρρώστιας και τις επιπτώσεις της στη φυσική του κατάσταση, που αναστέλλουν έμμεσα ή άμεσα τη φυσική του ενεργητικότητα,
- την επείγουσα συνήθως εισαγωγή του στο νοσοκομείο ή/και στο χειρουργείο (συχνά απροετοίμαστο),
- την απομάκρυνσή του από το σπίτι του και τα αγαπημένα του πρόσωπα,
- την αναβολή ή/και τη διακοπή της καθημερινής του δραστηριότητας (σχολείο, παιχνίδι...),
- την ταλαιπωρία των ιατρικών εξετάσεων, ακόμη,
- και αυτή την κατάσταση της διάχυτης ανησυχίας και αγωνίας των γονιών του στην αναμονή της διάγνωσης, ενώ η αναστάτωσή τους μετά την ανακοίνωση της μεταφέρεται έμμεσα ή άμεσα στο παιδί μέσα από τη στάση και συμπεριφορά τους .

Η συναισθηματική ζωή του παιδιού οριοθετείται από την αντίληψη σε ευχάριστες και δυσάρεστες αισθήσεις, όταν βρίσκονται σε ισορροπία αυτές, όλα πάνε καλά. Αντίθετα, αν ο πόνος και η δυσαρέσκεια υπερτερούν, η γέννηση πολλών, ψυχολογικών προβλημάτων είναι αναπόφευκτη. Έτσι τα παιδιά που υποφέρουν από μια τέτοια αρρώστια, της οποίας η πορεία προϋποθέτει επώδυνες και επίπονες ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις (εξετάσεις, θεραπεία...), ο κίνδυνος να λαβωθούν να τραυματιστούν είναι πολύ μεγάλος. Για τα μικρά παιδιά κάτω των 6 χρόνων, η εμπειρία μιας τέτοιας αρρώστιας ή η εμπειρία μιας σοβαρής χειρουργικής επέμβασης φαίνεται να είναι ιδιαίτερα τραυματική στην εικόνα σώματος και εαυτού. Η δυσαρέσκεια που συσσωρεύεται από τη σωματική του αλλαγή και οι φαντασιώσεις του γύρω από αυτή προκαλούν την αιτία μιας σοβαρής ψυχοσυναισθηματικής καθυστέρησης ή τουλάχιστον την αναστολή της ψυχικής του ανάπτυξης.⁹⁸

Κάθε επώδυνη και πειστική διαδικασία: παραμονή στο κρεβάτι, υποχρεωτική δίαιτα, θεραπευτική αγωγή με τις παρενέργειές της (αλωπεκία, βάρος...), γίνονται από το παιδί αυτής της ηλικίας αντιληπτά σαν μια «τιμωρία» για κάτι που δεν έκανε ποτέ ή για κάτι που έκανε ή σκέφτηκε κάποτε να «τιμωρείται» τώρα μέσα στο νοσοκομείο, μέσα στο χειρουργείο, μέσα σε ένα άγνωστο και απειλητικό περιβάλλον, ενώ οι γονείς του - αν και «παντοδύναμοι» στην αντίληψή του - δεν κάνουν τίποτα που να το προστατέψουν από αυτά που περνά η δεν έκαναν τίποτα που να κρατήσει την αρρώστια μακριά του. Έτσι ο φόβος, η αγωνία και ο πανικός φαίνεται να είναι τα σπουδαιότερα συναισθήματα που κυριαρχούν στο παιδί, ιδιαίτερα τις πρώτες μέρες και το κάνουν να αντιδρά έντονα όταν πρόκειται να αφήσει το σώμα του στο γιατρό για να το εξετάσει και να θεραπεύσει. Μια ανεπιθύμητη παρενέργεια της χημειοθεραπείας ή/και της ακτινοθεραπείας κρανίου είναι η πτώση των μαλλιών. Το γεγονός αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τους γονείς αλλά και για τα παιδιά, ανάλογα με την ηλικία τους. Για τα μικρά παιδιά η «φαλάκρα» έχει μικρή σημασία. Τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας δείχνουν κάποιο μικρό ενδιαφέρον για την απώλεια των μαλλιών τους, ιδιαίτερα όταν αυτό επηρεάζει το είδωλο του φύλου τους. Για παράδειγμα, ένα κορίτσι 4 χρόνων ενοχλήθηκε γιατί φαινόταν σαν αγόρι. Από τη στιγμή που οι γονείς του υπερτόνισαν με φορέματα τη θηλυκότητά της, αυτή έπαψε να ανησυχεί για την παροδική της αλλαγή. Ωστόσο, οι γονείς φαίνεται να είναι εκείνοι που δυσκολεύονται να προσαρμοστούν σε αυτή την αλλαγή και την μεταφέρουν έμμεσα ή άμεσα στο παιδί. Μερικές φορές δεν θέλουν να παραδεχθούν την ανησυχία τους και δικαιολογούν αυτή την αλλαγή στο παιδί με «αφελείς» τρόπους, όπως «... έπεσαν τα μαλλιά σου γιατί έπιασες ψείρες ή σε κούρεψα για να μην πιάσεις ψείρες...», «... έπεσαν τα μαλλάκια σου για να βγουν τα καινούργια... όπως πέφτουν τα δοντάκια...». Κάθε δικαιολογία των γονιών στοχεύει πάντα στην προστασία των παιδιών, παρ' όλο που και τα μικρά παιδιά είναι σε θέση να καταλάβουν απόλυτα τι ακριβώς τους συμβαίνει.⁹⁸

Στα μεγαλύτερα παιδιά, που έχουν επίγνωση της κατάστασής τους και της σοβαρότητας της αρρώστιας τους, τα αποτελέσματα των παρενεργειών της θεραπείας ή μιας χειρουργικής επέμβασης ξεσηκώνουν τους χειρότερους φόβους, σε βαθμό μάλιστα που τα κάνει να αισθάνονται ότι έχουν χάσει ένα σπουδαίο μέρος του σώματός τους ή ότι έχει χαθεί και παραμορφωθεί σοβαρά η φιγούρα τους. Αντιμετωπίζουν ένα έντονο, επίπονο συναίσθημα αποστέρησης για την έλλειψη της αυτονομίας τους και της ελευθερίας γύρω από το σώμα τους. Επίσης θίγεται επικίνδυνα η «*εικόνα εαυτού*» με αποτέλεσμα να πέφτουν συχνά σε κατάθλιψη και απογοήτευση. Ιδιαίτερα τα παιδιά στην περίοδο της προεφηβείας και εφηβείας τους - όπου η εμφάνιση παίζει σημαντικό ρόλο στην υπαρξιακή τους δομή - το κτύπημα τόσο της αρρώστιας όσο και το αποτέλεσμα μιας χειρουργικής επέμβασης ή παρενέργειας στηγματίζουν όχι μόνο την ταυτότητα της προσωπικότητάς τους, αλλά καθορίζουν ουσιαστικά τη συναισθηματική και κοινωνική τους αποκατάσταση. Η βιοψία όρχεων σε εφήβους με λευχαιμία επηρεάζει σημαντικά τη σεξουαλική τους συμπεριφορά, ιδιαίτερα όταν δεν γνωρίζουν το λόγο για τον οποίο γίνεται αυτή η εξέταση και αυτό γιατί κρατείται επιμελημένα το μυστικό (από τους γονείς και τους άλλους) σε ό, τι αφορά την αρρώστια. Πράγμα που εντείνει τους φόβους του εφήβου και ξεσηκώνει φαντασιώσεις και συγκρούσεις τέτοιες, που συχνά είναι πιο οδυνηρές και από αυτή την πραγματικότητα.⁹⁹

Στα παιδιά πάνω από 12 χρόνων, η φύση της αρρώστιας και οι επιπτώσεις της αποτελούν τον «*καταλύτη*» στην εικόνα σώματος και εαυτού, τους. Έτσι το «*στραπατσάρισμα*» της ταυτότητας, η απώλεια του ιδιωτικού, ο μειωμένος έλεγχος, η περιορισμένη αυτονομία τους, η μειωμένη εικόνα σώματος και εαυτού (νιώθουν συχνά κατώτεροι και διαφορετικοί, το άγχος, οι συγκρούσεις και οι ενοχές, είναι σημεία που καθορίζουν την αλλαγή του σωματικού και συναισθηματικού τους ειδώλου. Τα μεγάλα παιδιά, για παράδειγμα, έχουν πολύ μεγάλη δυσκολία να

αποδεχτούν και να αντιδράσουν σωστά στην απώλεια των μαλλιών τους. Έχουν ανάγκη να εκφράζουν τους φόβους και την οργή τους.⁹⁷

Υπάρχουν πολλές μορφές αντίδρασης μπροστά στην ψυχολογική καταπίεση που δέχονται και στη μειωμένη αυτοεκτίμησή τους, Όπως, ενούρηση, tics, εκρήξεις θυμού, καταθλιπτικές αντιδράσεις, απάθεια ή/και απόρριψη του σωματικού τους εγώ. Επίσης, οι έφηβοι που δεν ελέγχουν πια το σώμα τους γιατί χρειάζεται διαρκώς να το εκθέτουν σε γιατρούς και νοσηλευτές για να το φροντίσουν ή η αλλαγή της σωματικής τους εικόνας, κάνει να γίνονται ευαίσθητοι σε συναισθήματα ντροπής που συνοδεύονται πάντα με την απώλεια της αυτοεκτίμησής τους. Έτσι, προσπαθούν ή καταφέρνουν για την «προστασία» τους να απομονωθούν με έντονο το συναίσθημα της αποστέρησης, αφού χάνουν κάτι το πολύ σημαντικό από τη ζωή που κινείται γύρω τους, από τον απλό περίπατο με τους φίλους τους μέχρι σοβαρές κοινωνικές εμπειρίες. Αυτές οι ελλείψεις μπορούν να εκφραστούν στα μεγάλα παιδιά πιο δυνατά και από αυτό το φόβο και την απειλή του θανάτου. Ο καρκίνος μπαίνει στη ζωή του εφήβου για να καθορίσει τα όρια της ζωής του σ' ένα διαρκές «πρέπει» ανάμεσα σε αυτόν και στις ανάγκες του, απόλυτα ισοπεδωμένος στα «καπρίτσια» της αρρώστιας και της θεραπείας της. Ο τρόπος που το παιδί θα εκδηλώσει το άγχος του και τον προβληματισμό του σχετικά με αυτό που του συμβαίνει είναι απόλυτα εξαρτημένο από τις εσωτερικές του συγκρούσεις και την εικόνα που έχει διαμορφώσει για τον εαυτό του και το σώμα του.⁹⁷

10.8 ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΓΟΝΙΟΣ (ΝΕΟΣ – ΏΡΙΜΟΣ – ΓΗΡΑΣΚΩΝ)

Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς τελικού σταδίου έχει μελετηθεί λεπτομερώς από την Kübler–Ross, ήδη από το 1969. Η τυποποίηση των

σταδίων είναι αρκετά εύστοχη, ώστε να γίνεται αποδεκτή ακόμα έως σήμερα. Η ταξινόμηση της Kübler–Ross έχει ισχύ και για τον ασθενή τελικού σταδίου, αλλά και για τις αντιδράσεις στη διάγνωση του καρκίνου. Και ακόμα έχει ισχύ και για τον ίδιο τον ασθενή, αλλά και για τους συγγενείς του που και στις δύο περιπτώσεις (διάγνωση και τελικό στάδιο) περνούν από ανάλογες ψυχικές καταστάσεις.

- *Στάδιο I. Άρνηση της πραγματικότητας.* Ο ασθενής αμφισβητεί την αλήθεια που του ανακοινώνεται. Υποθέτει λάθη των γιατρών, ζητάει άλλες γνώμες, δεν αξιολογεί ενοχλήματα και συμπτώματα, κάνει μακροπρόθεσμους σχεδιασμούς. Σε άλλες περιπτώσεις, βλέπει με αδιαφορία το πρόβλημά του, ως εάν αυτό αφορούσε τρίτο πρόσωπο.
- *Στάδιο II. Οργή ή εξέγερση.* Ο ασθενής επαναστατεί κατά των γεγονότων, συχνά και κατά των γιατρών, είτε για τη διάγνωση είτε για καθυστέρηση της διάγνωσης. Επαναστατεί ακόμα κατά των οικείων του, κατά της κοινωνίας ή κατά του Θεού.
- *Στάδιο III. Διαπραγματέυση ή παζάρεμα.* Ο ασθενής, έχοντας αποδεχθεί την πραγματικότητα, προσπαθεί να εξασφαλίσει τις μεγαλύτερες δυνατότητες θεραπείας και τις καλύτερες συνθήκες αντιμετώπισής του. Υπόσχεται αμοιβές και δώρα, προσεύχεται και τάζει στα Θεία, εκφράζει την ευγνωμοσύνη προς τους οικείους του και άλλα.
- *Στάδιο IV: Κατάθλιψη.* Ο πάσχων, έχοντας δει ότι το πρόβλημά του δεν έχει αντιμετωπισθεί επαρκώς και ικανοποιητικά, παρά τη μέχρι τότε θεραπεία και παρά τη δική του συνεργασία και στάση, καταλαμβάνεται από δευτερογενή

κατάθλιψη, συχνά και με αυτοκτονικό ιδεασμό, που όμως σπάνια πραγματοποιείται.

- *Στάδιο V. Ηρεμη αποδοχή της αλήθειας.* Μετά τη μακρά διαδρομή της νόσου και με την εμπειρία των θεραπειών, των υποτροπών, των νέων συμπτωμάτων, ο ασθενής προσπαθεί να συμφιλιωθεί με την κατάσταση, αντλώντας από τη ζωή τις τελευταίες χαρές, και να ετοιμαστεί για τον επερχόμενο θάνατο.

Είναι αυτονόητο ότι ούτε όλοι οι ασθενείς περνούν από όλα τα στάδια, ούτε η διαδοχή των σταδίων είναι πάντα η τυπική, ενώ υπάρχουν συχνά παλινδρομήσεις ή και αναμίξεις αντιδράσεων. Πάντως, η ταξινόμηση αυτή εξακολουθεί να διευκολύνει για τη συστηματική κατανόηση των ψυχολογικών αντιδράσεων των βαρέως πασχόντων.⁹⁹

10.8.1 ΕΝΗΛΙΚΟΣ 19-20 ΧΡΟΝΩΝ.

Χαρακτηρίζεται το στάδιο αυτό ως με τη μεγαλύτερη ενεργητικότητα και αφθονία, χωρίς εν τούτοις να παραβλέπεται το γεγονός ότι μπορεί να είναι και το στάδιο των πιο συντριπτικών στρες. Οι κυριότεροι ρόλοι αυτού του σταδίου είναι οι στενές σχέσεις με τους άλλους και ιδιαίτερα οι σεξουαλικές και η καριέρα. Παρ' όλο που αυτό το στάδιο χαρακτηρίζεται από εγωκεντρισμό, εν τούτοις αρχίζει η προσπάθεια εξεύρεσης ισορροπίας μεταξύ του εγωκεντρισμού και του κοινωνικού περίγυρου για την επίτευξη των στόχων της καριέρας και των σχέσεων.^{98,99}

Ο αντίκτυπος της αλλαγής της σωματικής εικόνας στο νέο ενήλικο είναι σημαντικός λόγω της σύνδεσης της αλλαγής με τη μειωμένη ελκυστικότητα και την εξ αυτής της μειωμένης ελκυστικότητας μειωμένη ικανότητα να αποσπάσει

αγάπη από τους άλλους και τη μειωμένη ικανότητα να εγκαταστήσει ή να διατηρήσει μια συντροφική σεξουαλική σχέση. Ειδικότερα παραμορφώσεις στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου μεταβάλλουν βίαια τη σωματική εικόνα και συχνά οδηγούν σε συναισθήματα ασχήμιας και ντροπής με αποτέλεσμα απομόνωση και απελπισία. Η κολοστομία, παρ' όλο που δεν φαίνεται, οδηγεί σε συναισθήματα απώλειας ελέγχου, αμηχανίας, συναισθήματα ότι είναι κανείς μολυσμένος και μισαρός και μερικές φορές σε σοβαρές παλίνδρομες αντιδράσεις. Η αισθητική άρνηση δεν είναι ικανή να παραμερίσει το ψυχολογικό τραύμα του ασθενούς και του συζύγου.

Η μαστεκτομή, υστερεκτομή, ορχεκτομή και άλλες παθήσεις στα γεννητικά όργανα, είναι ιδιαίτερα δύσκολο να αντιμετωπισθούν από τον ασθενή και το σύντροφό του, γιατί και εδώ η αισθητική άρνηση δεν είναι ικανή να παραμερίσει το ψυχολογικό τραύμα.

10.8.2 ΏΡΙΜΟΣ ΕΝΗΛΙΚΟΣ 31-45 ΕΤΩΝ

Αυτό το αναπτυξιακό στάδιο χαρακτηρίζεται ως η πιο σταθερή περίοδος της ζωής. Έχει επιτευχθεί η παγίωση των στόχων καριέρας και των κοινωνικών στόχων. Η σωματική ικανότης παραμένει ίδια, αν και μικρά σημάδια γήρανσης εμφανίζονται, π.χ. λίγες ρυτίδες, αρθρίτιδες, μείωση όρασης. Λόγω της επίτευξης των στόχων και της αναγνώρισης ή των καλύτερων συνθηκών διαβίωσης οι συζυγικές καθώς και οι φιλικές σχέσεις χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Ο κυριότερος αντίκτυπος από την αλλαγή της σωματικής εικόνας λόγω αλωπεκίας, κούρασης και παραμορφώσεων, είναι η μεγέθυνση της αίσθησης της γήρανσης και της σωματικής ευπάθειας που βιώνεται ομαλά με την ηλικία.

Έτσι συναισθήματα κατάθλιψης και απομόνωση παρατηρούνται λόγω της αίσθησης της προώρου γήρανσης. Αλλά με το ίδιο πνεύμα, ασθενείς που είναι σε ύφεση μπορεί να παρερμηνεύουν μικρά σωματικά συμπτώματα της ηλικίας ως σημεία υποτροπής και να αναπτύσσουν φοβικές αντιδράσεις ή συνεχή δυσφορία.⁹⁹

10.8.3 Ο ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟΣ ΕΝΗΛΙΚΟΣ 46-65 ΕΤΩΝ.

Κατά το στάδιο αυτό παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές στη σωματική, συναισθηματική και κοινωνική σφαίρα. Αλλαγές δέρματος, οστεοπόρωση, τάση αύξησης του βάρους και ορμονικές αλλαγές λόγω της εμμηνόπαυσης, αλλαγές που φέρνουν την αίσθηση της σωματικής ευπάθειας και προκαλούν εστίαση της προσοχής του ατόμου στη σωματική παρακολούθηση. Υπάρχει στροφή των ενδιαφερόντων από τον έξω κόσμο στον έσω και μια αίσθηση της καμπής της ζωής.⁹⁷

Στις γυναίκες βέβαια σήμερα δεν παρατηρείται τόσο το σύνδρομο του άδειου σπιτιού από την αποχώρηση των παιδιών, επειδή όλο και πιο πολλές γυναίκες αναλαμβάνουν σε αυτό το στάδιο πιο δραστήριο ρόλο στη δουλειά ή σε εθελοντικές εργασίες. Η ίδια αίσθηση προώρου γήρατος παρατηρείται και σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο από τις αλλαγές της σωματικής εικόνας και ίσως πιο πολύ αφού πράγματι ο αντίκτυπος από την αλωπεκία, την απώλεια βάρους ή τις επιπτώσεις του χειρουργείου, είναι πιο έντονος στη σωματική εμφάνιση.⁹⁶

Αξιοσημείωτο είναι ότι άτομα που χρησιμοποιούν την άρνηση σαν ένα μηχανισμό εναντίον του φόβου γήρανσης και που έχουν δώσει μεγάλη έμφαση στη νεανική εμφάνιση ή σχολαστικότητα στην εμφάνιση του σώματος, έχουν ειδικές δυσκολίες στην προσαρμογή στις αλλαγές της σωματικής εικόνας από τη νόσο και τις θεραπείες της. Μερικοί από αυτούς είναι σε αυξημένο κίνδυνο για σοβαρές ψυχολογικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη ή και η αυτοκτονία.⁹⁷

10.8.4 Ο ΓΗΡΑΣΚΩΝ ΕΝΗΛΙΚΟΣ 66 ΚΑΙ ΑΝΩ.

Οι δραστηριότητες γίνονται κάπως περιορισμένες, αυξάνονται τα χρόνια νοσήματα (διαβήτης, καρδιοπάθειες, πνευμονικό εμφύσημα) και ίσως διαταραχές μνήμης. Πρόσφατες έρευνες έχουν αποδείξει ότι δεν ταυτίζεται αυτό το στάδιο ούτε με διαταραχές μνήμης ούτε με αλλαγές της προσωπικότητας. Οι περισσότερες περιπτώσεις διαταραχών μνήμης και αλλαγών της προσωπικότητας οφείλονται είτε σε άνοιες, όπως η νόσος του Alzheimer, είτε σε συναισθηματικές διαταραχές λόγω απωλειών σημαντικών προσώπων ή αντικειμένων αγάπης.⁹⁹

Γενικότερα χαρακτηρίζεται από κάποια απόσυρση και προσαρμογή στη συνταξιοδότηση. Ο αντίκτυπος της νόσου και των θεραπειών στη σωματική εικόνα συχνά συνοδεύεται από μεγαλύτερη λειτουργική ανικανότητα στις προσωπικές φροντίδες υγιεινής και αυτοεξυπηρέτησης, με αποτέλεσμα να διαταράσσονται οι σχέσεις του ατόμου με την οικογένεια και να δημιουργούνται δυσφορίες από το αίσθημα της εξάρτησης από άλλους.^{98,99}

Η αποθάρρυνση από αυτή τη διαταραχή καθώς και από την αλωπεκία, τις παραμορφώσεις και την επαύξηση των διαταραχών της ηλικίας συχνά οδηγούν το άτομο σε απομόνωση και κατάθλιψη.

Η μεγαλύτερη ευπάθεια του σώματος και του μυαλού στις επιλοκές της νόσου και τις παρενέργειες των θεραπειών κάνει ώστε να υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος οργανικού παραληρήματος και μεγαλύτερος κίνδυνος αυτοκτονίας ως εκ τούτου και αφ' ετέρου δυσκολία των ασθενών στην αφομοίωση πληροφόρησης που επιφέρει μεγαλύτερη διαταραχή στις σχέσεις τους με την οικογένεια και το προσωπικό.⁹⁹

Ασθενείς με υψηλά επίπεδα δυσφορίας είχαν συζύγους με υψηλά επίπεδα δυσφορίας. Αντίστροφα, ασθενείς με χαμηλά επίπεδα δυσφορίας είχαν συζύγους που βίωναν λιγότερη δυσφορία. Το σημαντικό ήταν ότι το μέγεθος της αναφερομένης δυσφορίας των μελών της οικογένειας εμφανίζεται πιο κοντά προς το προφίλ του φυσιολογικού πληθυσμού παρά του ψυχιατρικού πληθυσμού.⁹⁷

10.9 ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Μεγάλη αναλογία των περιπτώσεων καρκίνου εμφανίζεται σε άτομα της τρίτης ηλικίας (πίνακας 4). Αν το όριο στους ηλικιωμένους είναι το 65ο έτος, υπάρχει η εξής αναλογία και οι τύποι καρκίνου σε:

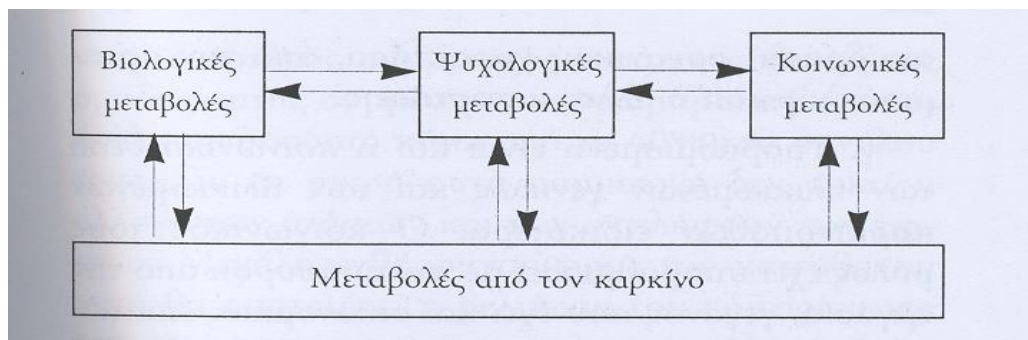
Οι επιπτώσεις του καρκίνου, βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές Σχήμα 1. είναι περισσότερες και εντονότερες σε άτομα της τρίτης ηλικίας. Αυτό οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, οι οποίοι θα καταγραφούν παρακάτω.^{96,99}

α. Οι βιολογικές επιπτώσεις είναι μεγαλύτερες λόγω της υπάρχουσας συννοσηρότητας, που αφορά όλα τα όργανα και τα συστήματα.

1. Καρδιαγγειακό: Υπέρταση, διαταραχές ρυθμού, διαταραχές αιμάτωσης, καρδιακή ανεπάρκεια, αρτηριοσκλήρυνση, περιφερική αγγειοπάθεια κ.α.
2. Αναπνευστικό: Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, αναπνευστικές λοιμώξεις, διαταραχές οξυγόνωσης

3. Μεταβολικές διαταραχές: Σακχαρώδης διαβήτης, υπερχοληστεριναιμία, υπερλιπιδαιμία, υπερούριχαιμία, ουραιμία
4. Ουροποιητικό: Συχνές λοιμώξεις από κατακράτηση λόγω υπερτροφίας προστάτη, έκπτωση νεφρικής λειτουργίας κ.ά.
5. Ερειστικό σύστημα: Εκφυλιστικές αρθροπάθειες, οστεοπόρωση, κατάγματα

Σχήμα 1 Αλληλεπιδράσεις βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών μεταβολών σε ηλικιωμένους καρκινοπαθείς.



Πηγή:
(Ρηγάτ
ος
2007).

Η συννοσηρότητα αυτή δημιουργεί διαγνωστικά και διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα, περιορίζει τις δυνατότητες τόσο της χειρουργικής όσο και της φαρμακευτικής θεραπείας, ενώ υποβαθμίζει συνολικά την ποιότητα ζωής.

β. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις στους ηλικιωμένους καρκινοπαθείς είναι σύνθετες. Υπάρχουν τα γενικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας, τα γενικά προβλήματα του καρκίνου, τα ψυχολογικά προβλήματα από το πάσχον όργανο. Δεν πρέπει να παραβλέπονται ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις (όπως λ.χ. καταθλιπτική αντίδραση) οργανικού χαρακτήρα, από την αρτηριοσκλήρωση ή άλλες καταστάσεις.

γ. Υποβαθμισμένη είναι και η κοινωνική θέση των ηλικιωμένων γενικώς και των ηλικιωμένων καρκινοπαθών ειδικότερα. Ο κοινωνικός τους ρόλος έχει

υποβαθμισθεί με την απόσυρση από την εργασία, γεγονός που έχει και οικονομικές επιπτώσεις. Ο ρόλος στην οικογένεια έχει περιορισθεί, καθώς τα παιδιά έχουν απομακρυνθεί από την πατρική οικογένεια και ήδη τα απασχολεί η νέα τους οικογένεια. Από τους φίλους του κοινωνικού κύκλου άλλοι έχουν απομακρυνθεί, άλλοι εμφανίζουν προβλήματα υγείας και άλλα.⁹⁶

Η έννοια της Γηριατρικής και του γηριατρικού ασθενούς είναι μάλλον η έννοια της λέξης επικοινωνία. Σύμφωνα με τα λεξικά, επικοινωνία είναι οι αμοιβαίες σχέσεις, εμπορικές ή κάθε άλλου είδους, μεταξύ λαών και κοινωνικών ομάδων. Σύμφωνα με ένα δεύτερο παραπλήσιο ορισμό, πρόκειται για αμοιβαία επαφή, συνάντηση, συνομιλία, κοινή δραστηριότητα μεταξύ ατόμων ή και ομάδων.⁹⁵

Η επικοινωνία με τον γηριατρικό ασθενή είναι η αμοιβαία γιατρού ή άλλου μέλους της θεραπευτικής ομάδας με ένα άτομο που είναι ηλικιωμένο και, επιπλέον, πάσχει από καρκίνο. Η επικοινωνία είναι εξορισμού αμφίδρομη διαδικασία. Ο γιατρός παρέχει πληροφορίες, δηλαδή ενημερώνει τον ασθενή για τη διάγνωση, τη θεραπεία που θα ακολουθήσει και την πρόγνωση της νόσου. Ο ασθενής ανταποκρίνεται στο γιατρό με τρόπο, που άμεσα ή έμμεσα δείχνει την αποδοχή ή την απόρριψη της διάγνωσης και της πρόγνωσης, ενώ δίνει ρητές πληροφορίες για την αποδοχή και για την τοξικότητα της θεραπείας. Η επικοινωνία γίνεται⁹⁶:

α) Με την ενημέρωση για τη διάγνωση με δυσκολία τόσο όσο και για τα νεότερα άτομα. Στην πραγματικότητα, οι αντιδράσεις είναι οι ίδιες που εμφανίζονται σε όλους τους ασθενείς ασχέτως ηλικίας. Η πρώτη αντίδραση είναι η αμφισβήτηση της διάγνωσης (άρνηση), την οποία ακολουθεί οργή για το άδικο της τύχης και μάλιστα τώρα που περίμενε να απολαύσει χωρίς προβλήματα τις χαρές από παιδιά κι εγγόνια, χωρίς εργασιακές ευθύνες και

άλλα. Συνήθως ακολουθεί η φάση, την οποία οι ψυχολόγοι ονομάζουν παζάρεμα: «Να ζήσω μερικά χρόνια να παντρέψω και το τελευταίο παιδί ή να δω εγγόνι ή να πάει το εγγόνι στο σχολείο».

β) Η εφαρμογή ή όχι θεραπείας εξαρτάται μάλλον από τη γενική κατάσταση παρά από την αριθμητική ηλικία. Η εφαρμογή επιθετικών σχημάτων και η επακόλουθη τοξικότητα θα βλάψει σοβαρά την ποιότητα ζωής και θα κλονίσει τη σχέση γιατρού - αρρώστου και την επικοινωνία τους.

γ) Η επικοινωνία γιατρού - ασθενούς, όσον αφορά στο θέμα της πρόγνωσης, είναι ακόμα πιο δύσκολη και από εκείνη της διάγνωσης.


δ) Κατά την επικοινωνία με καρκινοπαθείς ασθενείς της τρίτης ηλικίας, θα πρέπει να αξιολογούνται οι αλληλεπιδράσεις των βιολογικών μεταβολών του γήρατος με τις ψυχολογικές και τις κοινωνικές μεταβολές. Όπως η κατάσταση των οργάνων και των συστημάτων (υπέρταση, διαταραχές ρυθμού, διαταραχές αιμάτωσης, μείωση ανοσίας κ.λ.π.). Οι δε ψυχολογικές μεταβολές εξαρτώνται από την προηγούμενη προσωπικότητα, αλλά και από εξωγενείς παράγοντες. Οι μεταβολές που έχουν οργανικό υπόστρωμα και υπολογίζονται στο 25%, δεν θα πρέπει να παραβλέπονται, έναντι ποσοστού 75% που έχει εξωγενή προέλευση. Όσο για τις κοινωνικές μεταβολές, αυτές αναφέρονται στην απομάκρυνση από την εργασία με τη συνταξιοδότηση, που συνεπάγεται οικονομική μείωση, αλλά και μείωση της κοινωνικής θέσης και της ισχύος. Η απομάκρυνση των παιδιών από το σπίτι, η απώλεια του γονικού ρόλου, η πιθανή απώλεια του ή της συζύγου, η μοναξιά, η απομόνωση κ.λ.π. περιπλέκουν ακόμα περισσότερο την κατάσταση.

Η καλή επικοινωνία θα απαιτήσει τη διεύρυνση με πρόσκληση για συμμετοχή στην αντιμετώπιση του ηλικιωμένου καρκινοπαθούς άλλων λειτουργών υγείας. Ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτρια - νοσηλεύτρια, κατά περίπτωση φυσιοθεραπευτής, εργοθεραπευτής και άλλοι ειδικοί θα συμβάλουν ουσιαστικά στην καλύτερη και πιο ολοκληρωμένη αντιμετώπιση. Γιατί τα σωστά μηνύματα από την επικοινωνία, δεν είναι μόνο να προστεθούν χρόνια στη ζωή. Αλλά να προστεθεί ζωή στα χρόνια.⁹⁷

10.10 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

1. Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και αξιοπρέπεια.
2. Το δικαίωμα να είναι αποδέκτης της φροντίδας και προσοχής των μελών του προσωπικού υγείας, ακόμα και όταν ο στόχος δεν είναι πλέον η θεραπεία, αλλά η ανακούφιση και η υποστήριξη.
3. Το δικαίωμα να είναι αποδέκτης εξειδικευμένης φροντίδας που του παρέχει ικανό προσωπικό, ευαισθητοποιημένο τόσο στις ανάγκες του αρρώστου που πεθαίνει, όσο και στις ανάγκες του συγγενικού και φιλικού του περιβάλλοντος.
4. Το δικαίωμα να ανακουφίζεται- όσο είναι εφικτό- από ενδεχόμενο οργανικό πόνο.
5. Το δικαίωμα να μην εγκαταλείπεται για να πεθάνει μόνος.
6. Το δικαίωμα να παίρνει ειλικρινείς απαντήσεις στις ερωτήσεις που υποβάλλει και να συμμετέχει στη λήψη των αποφάσεων που τον αφορούν.
7. Το δικαίωμα να διατηρεί την ατομικότητά του, έχοντας τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του σχετικά με το θάνατο, χωρίς να κρίνεται γι' αυτά.

8. Το δικαίωμα να διατηρεί την ελπίδα του, οποιαδήποτε κι αν είναι η μορφή και το περιεχόμενό της.
9. Το δικαίωμα να βρίσκει κατάλληλη ανταπόκριση στις ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές του ανάγκες.
10. Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται ως άτομο που ΖΕΙ, που έχει συναισθήματα, σκέψεις, ανάγκες και επιθυμίες μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του¹⁰¹.



ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

A yellow scroll graphic with a blue outline and a blue shadow. The scroll is unrolled in the middle, with the top and bottom edges curled up. The text is centered on the unrolled part.

Κεφάλαιο 11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

11.1 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Το πρώτο εξειδικευμένο ογκολογικό κέντρο ιδρύεται στην Αθήνα το 1935 από τον Αριστοτέλη Κούζη. Πρόκειται για το Νοσοκομείο «Ο Άγιος Σάββας» του Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου. Το Νοσοκομείο διαθέτει χειρουργικό τμήμα και χειρουργικές υποειδικότητες, καθώς και ακτινοθεραπευτικό τμήμα. Ο παθολόγος - σύμβουλος υποστηρίζει τους αρρώστους στα παθολογικά του προβλήματα, αλλά δεν ασκεί παθολογική ογκολογία. Το Νοσοκομείο «Ο Άγιος Σάββας» παρέμεινε ο μόνος οργανωμένος ογκολογικός φορέας ως το 1967. Το έτος 1967 λειτούργησε το Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Ινστιτούτο Πειραιά, που είχε ιδρυθεί από τον Γεώργιο Κατσαφάδο το 1958. Το 1957 ιδρύεται στη Θεσσαλονίκη από τον Αλέξη Συμεωνίδη το Αντικαρκινικό Ινστιτούτο, που όμως θα λειτουργήσει ως Ογκολογικό Νοσοκομείο αρκετά αργότερα, το 1974. Το έτος 1959, 24 χρόνια μετά την ίδρυση του Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας», θα συγκροτηθεί για πρώτη φορά από το τότε Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας το πρώτο νομικό πλαίσιο για την οργάνωση του αντικαρκινικού αγώνα στην Ελλάδα, ο νόμος 3941/2-5-1959 (ΦΕΚ 39, τεύχος 10) με 17 άρθρα (Γκαράς 1982). Όλη αυτή την περίοδο δεν υφίσταται ειδική απασχόληση με την παθολογία των όγκων.¹⁰⁰

Οι υπάρχουσες κλινικές είναι χειρουργικές και ακτινοθεραπευτικές, τόσο εκείνες των αντικαρκινικών κέντρων , όσο και οι πανεπιστημιακές (Ακτινοθεραπευτικά Τμήματα στο Μαιευτήριο «Αλεξάνδρα» και στο Αρεταίειο Νοσοκομείο, 1958). Οι πρώτοι παθολόγοι με ιδιαίτερη ενασχόληση με τη Χημειοθεραπεία του καρκίνου εμφανίζονται από το 1967 και μετά.¹⁰¹

11.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η χρόνια ασθένεια, η οποία σταδιακά οδηγεί στην αναπηρία και μερικές φορές ως το θάνατο, είναι μια κατάσταση που έχει αντίκτυπο στη φυσική, κοινωνική, συναισθηματική και οικονομική ζωή των ανθρώπων που την υφίστανται καθώς και των οικογενειών που βιώνουν την ασθένεια μαζί τους. Σαν αποτέλεσμα του γεγονότος αυτού παρατηρούνται φαινόμενα που κυρίως ονομάζονται λειτουργικές απώλειες ή λειτουργικές δυσκολίες που πλήττουν τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και την οικογένειά του με συνέπεια να καθιστούν απαραίτητη την αλλαγή του τρόπου ζωής και την προσαρμογή του σε μια νέα κατάσταση, που μπορεί η ασθένεια, όπως ο καρκίνος, θα ήταν απαραίτητο ίσως, να κάνουν χρήση των υπηρεσιών αποκατάστασης που υπάρχουν στην κοινότητα.¹⁰⁰

Η αποκατάσταση είναι κατά κύριο λόγο, μια προσέγγιση, μια φιλοσοφία, μια συμπεριφορά και μια διαδικασία που περιλαμβάνει μια ολοκληρωμένη εξατομικευμένη φροντίδα τόσο του ασθενούς όσο και της οικογενείας του, προκειμένου να ξαναποκτήσει την μέγιστη σωματική και ψυχολογική του ισορροπία και παράλληλα να ξαναεπιστρέψει στην καθημερινή του ζωή με τη μεγαλύτερη φυσική, πνευματική, ψυχική κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση.¹⁰¹

Ο καρκίνος είναι αρρώστια που μπορεί να προσβάλει τη ζωή του κάθε ατόμου, δημιουργώντας συναισθήματα φόβου, πανικού, αδυναμίας, ανασφάλειας, απαισιοδοξίας για το μέλλον, και πάρα πολλά άλλα που φαίνεται ότι πραγματικά τον κυριεύουν καθώς αντιμετωπίζει μια χρόνια νόσο που δεν

ξέρει για πόσο μεγάλο ή μικρό χρονικό διάστημα θα είναι αντιμέτωπος. Καλείται ωστόσο να μάθει να ζει μαζί με τον καρκίνο και παράλληλα να συνεχίσει τον βιολογικό και ψυχολογικό του αγώνα .

Κάθε άνθρωπος με καρκίνο έχει το δικό του μοναδικό και ξεχωριστό τρόπο να τον αντιμετωπίζει και αυτό έχει να κάνει με την προσωπικότητα και την ιδιοσυγκρασία του κάθε ατόμου και τον τρόπο με τον οποίο μέχρι τώρα αντιμετώπιζε τις δύσκολες καταστάσεις της ζωής του. Από την πρώτη επαφή με την αρρώστια ξεκινώντας αρχικά από την υποψία και στη συνέχεια τη διάγνωση του καρκίνου, την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο, τα διάφορα θεραπευτικά μέσα (χειρουργεία, χημειοθεραπείες, ακτινοβολίες, κτλ) που μεταβάλλουν την εξωτερική του εικόνα, καθώς και ο φόβος για το άγνωστο και το απροσδόκητο της ασθένειας δημιουργεί στον άνθρωπο μεγάλο αριθμό ψυχικών καταπονήσεων που συνοδεύονται και από τους φόβους της πορείας τους στο παρόν και στο μέλλον, τις στερήσεις και τις θυσίες που θα απαιτηθούν, και τέλος τους φόβους του πόνου, της αναπηρίας, του χρόνιου νοσήματος και τελικά του θανάτου⁹⁸.

Και επιπλέον η συνεχής και μακροχρόνια επίβλεψη και παρακολούθηση από το θεράποντα ιατρό, η επανεμφάνιση συμπτωμάτων, η ανίχνευση υποτροπής, η δημιουργία μεταστάσεων, ο χρόνιος πόνος, η αλλαγή της εικόνας σώματος, από τα διάφορα θεραπευτικά μέσα, όλα αυτά είναι μια πολύ μεγάλη ψυχολογική κρίση για κάθε άνθρωπο που νοσεί από καρκίνο. Όλα τα παραπάνω αποτελούν στρεσογόνες καταστάσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ο κάθε άνθρωπος που νοσεί από καρκίνο πέρα από το βιολογικό του αγώνα. Η ικανότητα ή η αδυναμία να τις αντιμετωπίσει δεν εξαρτάται μόνο από το ίδιο άτομο αλλά και από ένα άλλο πλήθος παραγόντων που βρίσκονται σε άμεση αλληλεπίδραση μαζί του. Εξαρτάται από το φυσικό περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται, το φύλο,

το μορφωτικό και πολιτιστικό του επίπεδο, τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις, τα κίνητρα και την στάση ζωής που είχε πριν αρρωστήσει, τις οικογενειακές, επαγγελματικές και οικονομικές δυσκολίες ή ευκολίες τις οποίες αντιμετωπίζει, την ηλικία του, καθώς και από το στάδιο της αρρώστιας και τέλος την σοβαρότητα της κατάστασής του⁹⁹.

Ο καρκίνος αποτελεί μια οδυνηρή εμπειρία και ο κάθε άνθρωπος με προσωπικό τρόπο βίωσης και έκφρασης των αναγκών, που προέρχονται από το πώς εισπράττει την ασθένεια, τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της (οικονομικές, επαγγελματικές, κοινωνικές, ψυχολογικές) υποβάλλεται σε χιλιάδες στερήσεις και συμβιβασμούς. Δεν είναι καθόλου εύκολο να αποκτήσει κανείς ισορροπία και να επανέλθει στο καθημερινό τρόπο ζωής και πολύ περισσότερο να ελέγξει την πληθώρα των συναισθημάτων από την στιγμή που παίρνει τη διάγνωση ότι πάσχει από καρκίνο. Εδώ λοιπόν έρχεται να προστεθεί η έννοια της αποκατάστασης¹⁰⁰.

Η αποκατάσταση θα πρέπει να ξεκινάει από την πρώτη στιγμή που ένα άτομο μαθαίνει ότι πάσχει από καρκίνο. Και επειδή ως έννοια είναι πολυδιάστατη και πολυμορφική ίσως είναι καλό να συμμετέχουν σε αυτή εκπρόσωποι διαφόρων ειδικοτήτων (γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές) και να συνεργάζονται όλοι μαζί για αυτό που λέγεται ποιότητα ζωής τόσο του ασθενούς όσο και των οικογενειών τους¹⁰¹.

Σκοπός της αποκατάστασης, θα μπορούσε κανείς να πει, ότι είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου και παράλληλα η μεγιστοποίηση της λειτουργικότητας του και η μείωση της εξάρτησης άσχετα με το χρόνο

επιβίωσης του. Δηλαδή με άλλα λόγια δεν έχει σημασία το πόσο μπορεί κανείς να ζει, αλλά το πώς ζει. Είναι δύσκολο να ορισθεί, η ακριβής σημασία του όρου ποιότητα ζωής. Γιατί ποιότητα ζωής για κάθε άνθρωπο μπορεί να σημαίνει κάτι διαφορετικό. Για μερικούς ποιότητα ζωής μπορεί να είναι η επιστροφή στις επαγγελματικές του δραστηριότητες, ενώ για κάποιον άλλο, η ανάληψη ξανά του γονικού ρόλου, στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Έτσι ο όρος «*ποιότητα ζωής*» είναι καθαρά υποκειμενικός και εξατομικευμένος. Επομένως και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση θα πρέπει να βασίζεται αρχικά στην αρχή της εξατομίκευσης προκειμένου να έχει απήχηση σε πραγματικές ανάγκες του κάθε ατόμου και να προάγει την προσωπική ποιότητα¹⁰¹ .

Πέρα από την αρχή της εξατομίκευσης ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης θα πρέπει να προϋποθέτει την συνειδητή συμμετοχή του αρρώστου και της οικογένειάς του. Αυτό σημαίνει πρώτα από την σκοπιά του αρρώστου ότι θα πρέπει να είναι γνώστης ότι πάσχει από καρκίνο, να είναι ενήμερος για την διαδικασία των θεραπειών του και της πορείας της ασθένειάς του. Προϋποθέτει την συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με θέματα που αφορούν την φροντίδα του και την συνείδηση ότι είναι ισότιμο μέλος στην ομάδα αποκατάστασης της οικογενείας του και της κοινότητας. Απαιτεί την τόνωση της ελπίδας του για την βελτίωση της υγείας του και συναισθηματική υποστήριξη σε όλα τα στάδια της αρρώστιας του. Να του παρέχεται το δικαίωμα να αναπτύξει αυτόνομη βούληση, έτσι ώστε να έχει ενεργή συμμετοχή στις διαδικασίες της αρρώστιας του. Προϋποθέτει να ευρύνει την ικανότητά του για ανεξαρτησία σχετικά με την αυτοφροντίδα του, ότι είναι δυνατόν ή την επίβλεψη αυτής όταν δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί μόνος του .

Δεν είναι ωστόσο το άτομο μόνο που είναι αναγκαίο να συμμετέχει στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Και το οικογενειακό περιβάλλον θα πρέπει να

συμμετέχει στα προγράμματα αποκατάστασης προκειμένου να υπάρχει ολοκληρωμένη φροντίδα. Γιατί για να βοηθηθεί ο ασθενής θα πρέπει η οικογένεια να προχωρήσει σε αλλαγές ρόλων, αρμοδιοτήτων και καθηκόντων προκειμένου να αποκτήσει την ισορροπία ύστερα από την αρρώστια. Πολλές φορές το οικογενειακό περιβάλλον καλείται να έλθει αντιμέτωπο με την έλλειψη κρατικών υπηρεσιών με αποτέλεσμα να αναλαμβάνουν ευθύνες στις οποίες δεν μπορούν να ανταποκριθούν, με συνέπεια να λυγίζουν οικονομικά, ψυχολογικά, κοινωνικά, ηθικά και επαγγελματικά πολλές φορές, έχοντας το αίσθημα της ανικανότητας προς τα αγαπημένα τους πρόσωπα και την ελλιπή φροντίδα προς αυτούς¹⁰⁰.

Απαραίτητη είναι η εμπλοκή της οικογένειας του ασθενούς στα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τόσο με την έννοια της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε όλα τα μέλη της οικογένειας που αυτό θα βοηθήσει και την δική του συναισθηματική αποφόρτιση και την πιο σωστή στάση απέναντι στο άτομο που νοσεί όσο και με την έννοια της πληροφόρησης, της γνώσης σχετικά με το καρκίνο και των πηγών βοήθειας της κοινότητας προκειμένου να είναι ενήμεροι για να μπορούν να βοηθήσουν τον άνθρωπό τους σε κάθε στάδιο της αρρώστιας του⁹⁸.

Άλλη μια παράμετρος που ίσως είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη ενός προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο, είναι ο ρόλος της κοινότητας και πως ο καρκινοπαθής κινείται μέσα σε αυτή. Σήμερα η εξέλιξη της ιατρικής και η προβολή του καρκίνου από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης το κοινωνικό στίγμα έχει μειωθεί. Η πρόληψη και η ενημέρωση ευρύτερου κοινού έχει σκοπό να ευαισθητοποιήσει και να κινητοποιήσει τα άτομα σχετικά με το θέμα του καρκίνου. Έτσι τα άτομα τα οποία έχουν νοσήσει, να μην απομονώνονται κοινωνικά αλλά να παραμένουν ενεργά μέλη της

κοινότητας, που ζουν και να διατηρούν τις κοινωνικές τους σχέσεις και συναναστροφές κερδίζοντας έτσι, ποιότητα ζωής⁹⁸.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού για την αποκατάσταση είναι σημαντικός. Χωρίς βέβαια να μειώνεται ο ρόλος και η σημασία των άλλων ειδικοτήτων που μπορούν να πάρουν μέρος σε προγράμματα αποκατάστασης. Ο ασθενής ύστερα από την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, έχοντας πλέον υποστεί αρκετές αλλαγές στη ζωή του, ξεκινώντας αρχικά, από την αλλαγή περιβάλλοντος και την διατάραξη της καθημερινότητάς του, την αποκοπή του από τις παλαιές του ασχολίες και πολλές φορές την παραίτησή του από αυτές, την αλλαγή της εικόνας του σώματός του που πιθανόν να έχει υποστεί, την ανάγκη να προσαρμοστεί να ζει με μια χρόνια αρρώστια, και πολλές άλλες αλλαγές τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό συναισθηματικό επίπεδο, καλείται ωστόσο να επιστρέψει στο παλαιό οικογενειακό, κοινωνικό περιβάλλον του⁹⁹.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού ξεκινάει από την στιγμή της διάγνωσης, βοηθώντας τον ασθενή να δεχτεί όσο το δυνατό πιο ομαλά την αρρώστια του και τις αλλαγές που προκάλεσε αυτή, αποφορτίζοντάς τον παράλληλα από τα συναισθήματα και τις αγωνίες που τον κατακλύζουν. Όμως και όταν πια επιστρέψει στο οικογενειακό του περιβάλλον δεν σημαίνει ότι έχει τελειώσει με τα πρόβλημά του, αφού θα πρέπει να επισκέπτεται συχνά το θεράποντα ιατρό του, πιθανόν να συνεχίζει και τις θεραπείες του και εκτός νοσοκομείου, ενώ παράλληλα έχει να αντιμετωπίσει το οικογενειακό του και κοινωνικό του περιβάλλον, μέσα στο οποίο θα πρέπει να προσαρμοστεί ξανά. Όλα αυτά λοιπόν αποτελούν στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή του αρρώστου, που τον ισοπεδώνουν συναισθηματικά ενώ παράλληλα η σωματική του αδυναμία τον καθιστά σχεδόν αδύνατη την ανάρρωσή του (σωματικά και ψυχολογικά)⁹⁹.

Έτσι όσοι άνθρωποι φθάνουν σε ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ο Κοινωνικός Λειτουργός καλείται να:

- Αποφορτίσει τον ασθενή από τα συναισθήματα της αρρώστιας που πραγματικά τον κατακλύζουν. Έχει να αντιμετωπίσει, δηλαδή, συναισθήματα, όπως η κατάθλιψη, η απογοήτευση, η ανασφάλεια για το μέλλον, η άρνηση, ο θυμός, η θλίψη, η οργή, η ενοχή, η δυσπιστία και αμφιθυμία των συναισθημάτων του ατόμου που πάσχει από καρκίνο.
- Ενισχύσει την σχέση του ασθενή με τον γιατρό του, προκειμένου να υπάρχει καλύτερη συνεργασία μεταξύ τους, ενώ παράλληλα προσπαθεί να ενισχύσει την ενεργή συμμετοχή του αρρώστου σχετικά με τα δικαιώματα για την υγεία του.
- Βοηθήσει, επίσης, το άτομο να αποκτήσει νέα ισορροπία σε όλα τα επίπεδα της ζωής του (προσωπικό, οικογενειακό, επαγγελματικό, κοινωνικό) και τέλος
- Βοηθήσει σε πρακτικά και οικονομικά ζητήματα που πολλές φορές μπορεί να είναι και ανυπέρβλητα εμπόδια για κάποιο ασθενή.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού δεν σταματάει μόνο στο άτομο αλλά, επεκτείνεται και στην οικογένεια και στο κοινωνικό περιβάλλον. Εδώ ο κοινωνικός λειτουργός έχει να κάνει με την κοινωνική απομόνωση των ατόμων με καρκίνο και καλείται να ενισχύσει την ανοικτή επικοινωνία, τόσο με την οικογένεια, όσο και με το κοινωνικό σύνολο⁹⁸.

Τα μέλη της οικογένειας έχοντας τους δικούς τους φόβους και τις δικές τους ανασφάλειες, σε αυτό που λέγεται καρκίνος, υιοθετούν μια υπερπροστατευτική στάση απέναντι στον άρρωστο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα ψεύτικο κλίμα ευφορίας και αισιοδοξίας οδηγώντας όμως και τον ασθενή και την οικογένεια του σε ένα μπλοκάρισμα της μεταξύ τους επικοινωνίας που φυσικά έχει ως αντίκτυπο την κοινωνική απομόνωσή τους⁹⁹.

Έτσι λοιπόν καλείται να σπάσει αυτή την έλλειψη επικοινωνίας και να βοηθήσει στην ανοικτή επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογενείας. Έτσι η οικογένεια όταν βοηθηθεί υποστηρικτικά με αποτέλεσμα να αποφορτίζεται από τις ενοχές και το άγχος για τη φροντίδα του ασθενούς, ενώ παράλληλα να συνεχίσουν την δική τους ζωή, όσο το δυνατόν πιο ομαλά χωρίς να θεωρούν ότι εγκαταλείπουν τον άνθρωπό τους. Μέχρι τώρα έχει αναφερθεί η κοινωνική ταυτότητα της αρρώστιας του καρκίνου, η έννοια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και ο ρόλος της Κοινωνικού Λειτουργού. Παρακάτω αναφέρονται τα Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που υπάρχουν στο Ελλαδικό χώρο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο¹⁰⁰.

Ένας από τους πρωτοπόρους στο χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία με το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ατόμων με Καρκίνο. Σκοπός του Προγράμματος είναι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το άτομο με καρκίνο και η οικογένειά του και λειτουργεί από το 1983.¹⁰¹

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι ένας εξωνοσοκομειακός φορέας που βρίσκεται σε άμεση συνεργασία με νοσοκομεία, κλινικές, ιατρικό και νοσοκομειακό προσωπικό καθώς και με άλλους φορείς και ειδικότητες προκειμένου να αντιμετωπίσει υπεύθυνα, το θέμα της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε κάθε άτομο που προσβάλλεται από καρκίνο ανεξάρτητα από το φύλο, την εντόπιση της νόσου, την ηλικία και την μόρφωση με μόνη προϋπόθεση την πληροφόρηση για την διάγνωση της αρρώστιας.¹⁰⁰

Οι στόχοι του Προγράμματος είναι:

1. Να βοηθηθούν τα άτομα να εκφράσουν τα συναισθήματα τους, από την πορεία τους μέσα στην ασθένεια και πως αυτοί την βιώνουν.
2. Να αντιμετωπίσουν τα άμεσα προβλήματα που συνδέονται με την αρρώστια.
3. Να βοηθηθούν να ζουν με την γνώση της σοβαρής ασθένειας και των συνεπειών της και να μπορούν να αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και άλλες σχετικές ανησυχίες.
4. Να βοηθηθούν τα άτομα στο να προσαρμοστούν στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού.
5. Να ευαισθητοποιηθούν σε θέματα που αφορούν προσωπικά προβλήματα και ανάγκες.
6. Να ενεργοποιηθούν προς την κοινωνική τους επανένταξη.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των στόχων του Προγράμματος είναι η μέθοδος της συνέντευξης και σε ένα δεύτερο επίπεδο είναι η μέθοδος της ομαδικής διεργασίας. Με την μέθοδο της συνέντευξης τόσο ο ασθενής όσο και κάποιο μέλος της οικογένειάς του ενθαρρύνεται να έλθει σε επαφή με τα συναισθήματά του, να τα αναγνωρίσει και στη συνέχεια να τα παραδεχτεί ώστε να συμφιλιωθεί μαζί τους και αυτό είναι μια πρώτη συμφιλίωση με την ασθένεια. Ένα δεύτερο σημείο είναι το άτομο να βοηθηθεί να εκφράσει τους φόβους του και τις ανησυχίες του για την αρρώστια προάγοντας έτσι την ανοικτή επικοινωνία και σταδιακά την έξοδό του από την απομόνωση που βρίσκεται. Μέσα από την συνέντευξη γίνονται γνωστές οι ανάγκες του κάθε ατόμου και αυτό βοηθάει ώστε να συμμετέχει το ίδιο το άτομο ενεργά σε αυτό που λέγεται αποκατάσταση.¹⁰⁰

Η μέθοδος της ομαδικής διεργασίας είναι ένα άλλο μέσο ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι του Προγράμματος. Αυτή τη στιγμή στο Κέντρο λειτουργούν δυο Ομάδες. Η μια είναι Υποστήριξης και η άλλη είναι οικογενειακού περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα, η Ομάδα Υποστήριξης έχει ως στόχο να βρεθούν μαζί άτομα που έχουν το ίδιο πρόβλημα υγείας, να επικοινωνήσουν μεταξύ τους, να μοιραστούν τα συναισθήματά τους, να έλθουν σε επαφή με διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης της αρρώστιας, και το πιο σημαντικό να συνειδητοποιήσουν τη δύναμη της επικοινωνίας ενάντια στην κοινωνική απομόνωση.¹⁰¹

Η Ομάδα Οικογενειακού Περιβάλλοντος συγκεκριμένα πρόκειται για μια ομάδα νέων που ο ένας από τους δυο γονείς έχει νοσήσει από καρκίνο. Στόχος σε αυτή την ομάδα είναι:

- Να οδηγηθεί το άτομο να πάρει την καλύτερη δυνατή στάση απέναντι στον ασθενή και να επικοινωνήσει μαζί του.
- Να ενθαρρυνθεί η οικογένεια να συζητήσει με τον ασθενή τις ιδιαίτερες ανάγκες του και τα συναισθήματα του.
- Να βοηθηθούν τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν τα δικά τους προβλήματα που δημιουργούνται από την εμφάνιση της ασθένειας και να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα δηλαδή την ένταση, τις ενοχές και την θλίψη τους .

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης πέρα από το υποστηρικτικό κομμάτι διοργανώνει και κοινωνικές δραστηριότητες που σκοπό έχουν την αντιμετώπιση του προβλήματος της απομόνωσης που συχνά παρατηρείται μετά την ασθένεια και τη συμβολή στην κοινωνική επανένταξη του ατόμου. Οι κοινωνικές δραστηριότητες έχουν και ψυχαγωγικό χαρακτήρα, όπως η ετήσια

κοπή της Χριστουγεννιάτικης πίτας, ημερήσιες εκδρομές, ανοικτά απογεύματα στο Κέντρο και άλλες εκδηλώσεις που άμεσο στόχο έχουν την προαγωγή της ποιότητας ζωής του κάθε ατόμου.¹⁰⁰

Εκτός από το Πρόγραμμα της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ατόμων με Καρκίνο της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, υπάρχουν και άλλα Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στον ελλαδικό χώρο. Πρόσφατα ιδρύθηκε ένας Σύλλογος Γονιών Παιδιών με Νεοπλασματική Ασθένεια «Η ΦΛΟΓΑ» που προσφέρει την απαραίτητη υποστήριξη και συμπαράσταση που χρειάζονται οι οικογένειες στις δύσκολες αυτές στιγμές. Παράλληλα ο Σύλλογος οργανώνει επιμορφωτικές εκδηλώσεις για τη σωστή ενημέρωση των γονιών σε ιατρικά θέματα που αφορούν τα παιδιά τους. Εκδίδει ένα Ενημερωτικό Δελτίο για τους γονείς κι ένα ξεχωριστό για τα παιδιά. Συντονίζει ομάδες συζήτησης που με την καθοδήγηση ψυχολόγων βοηθούν τους γονείς να βρουν αποτελεσματικούς τρόπους προσαρμογής. Παρέχει διευκολύνσεις στις οικογένειες και αγωνίζεται για μια άριστη ιατρική και ψυχική φροντίδα των παιδιών. Η αλληλοϋποστήριξη που βρίσκουν οι γονείς μέσα σ' αυτόν το Σύλλογο πολλές φορές παίζει καθοριστικό ρόλο στην προσαρμογή τους. Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης λειτουργούν στην Κύπρο και σε χώρες του εξωτερικού. Η αποκατάσταση στον ελλαδικό χώρο έχει κάνει αρκετά βήματα με πολλά προγράμματα που παρέχουν ψυχολογική βοήθεια, ενημέρωση και οικονομική ενίσχυση των ασθενών. Προγράμματα που απευθύνονται μόνο σε ασθενείς ή μόνο σε οικογένειες για ολοκληρωμένη αποκατάσταση αυτών¹⁰⁰.

Τα Προγράμματα του εξωτερικού έχουν επιτυχία σε αυτό που λέγεται ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Διότι υπάρχει πληροφόρηση για το τι είναι καρκίνος και βοήθεια από την κοινότητα. Τους παρέχεται ψυχολογική

υποστήριξη τόσο από ειδικούς όσο και από άλλους καρκινοπαθείς που είναι υγιείς, αλλά υπάρχουν και τα διαμορφωμένα νοσοκομεία τα λεγόμενα Hospice, όπου δέχονται ασθενείς οποιουδήποτε σταδίου. Η έννοια της αποκατάστασης, θα πρέπει να γίνει συνείδηση σε όλες τις ειδικότητες που απασχολούνται στο χώρο της υγείας και εντός νοσοκομείου και εκτός, και να γίνει αυτοσκοπός για όλους, διότι τότε μόνο μιλάμε για ποιότητα ζωής για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση⁹⁹.



ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

Θα αναφερθώ ενδεικτικά σε τρεις περιπτώσεις με καρκίνο πνεύμονα, διαφορετικού ιστολογικού τύπου.

Ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα

Ασθενής Χ:

Ο ασθενής Γ.Β. είναι 67 ετών και στο επάγγελμα κουρέας εισήλθε στο Νοσοκομείο Ερυθρός σταυρός στις 5-11-2007.

Συνήθειες του Γ.Β.: Κάπνιζε 2 πακέτα τσιγάρα την ημέρα και έκανε συχνή χρήση οينوπνεύματος.

Οικογενειακό ιστορικό:-

Ατομικό ιστορικό:-

Αίτια εισόδου: Τρεις ημέρες πριν την εισαγωγή του εμφάνισε υψηλό πυρετό 39-40°C οξείας ενάρξεως με έντονο ρίγος. Ακόμα είχε έντονο βήχα, ανορεξία, ελαττωμένη αποβολή ούρων και χάσιμο βάρους τους τελευταίους 3 μήνες.

Παρούσα νόσος: Διεγνώσθη βρογχογενές αδιαφοροποίητο καρκίνωμα πνεύμονα, μικροκυτταρικού τύπου.

Εργαστηριακές εξετάσεις:

Έγινε προγραμματισμός των ακόλουθων εξετάσεων:

- Αιματολογικός – βιοχημικός έλεγχος
- α/α θώρακος
- Αξονική τομογραφία θώρακος
- βρογχοσκόπηση
- κυτταρολογική πτυέλων.

Οι εξετάσεις έδειξαν:

- Κυτταρολογική πτυέλων: θετικά
- α/α θώρακος: ευρέθη σκίαση στον δεξιό πνεύμονα
- αξονική τομογραφία: εικόνα συμβατή με μικροκυτταρικό τύπου καρκίνωμα.
- βρογχοσκόπηση: θετικά βρογχικά εκκρίματα.

Προγραμματισμός

Εφαρμογή χημειοθεραπείας PLATINA-VELBE, κατά τη διάρκεια αυτής εμφανίστηκαν τα ακόλουθα: Ναυτία, έμετος, αλωπεκία.

Μετά συνεστήθη ακτινοθεραπεία.

Κατά τη διάρκεια αυτής παρουσιάστηκε ακτινοδερματίτιδα.

Ασθενής Ψ:

Η ασθενής Ξ.Θ. είναι 54 ετών και στο επάγγελμα δασκάλα εισήλθε στο Νοσοκομείο Ερυθρός σταυρός στις 4-1-2008.

Συνήθειες: Η Ξ.Θ.: Κάπνιζε ελάχιστα τσιγάρα την ημέρα.

Οικογενειακό ιστορικό: Η μητέρα της πέθανε από καρκίνο στομάχου.

Ατομικό ιστορικό: Δεν είχε άλλοτε νοσηλευτεί

Αίτια εισόδου: Δύο ημέρες πριν την εισαγωγή έκανε αιμόπτυση από έντονο βήχα.

Παρούσα νόσος: Διεγνώσθη βρογχογενές αδιαφοροποίητο καρκίνωμα πνεύμονα, μικροκυτταρικού τύπου.

Εργαστηριακές εξετάσεις:

Έγινε προγραμματισμός των ακόλουθων εξετάσεων:

- Αιματολογικός – βιοχημικός έλεγχος
- α/α θώρακος
- Αξονική τομογραφία θώρακος
- βρογχοσκόπηση
- κυτταρολογική πτυέλων.

Οι εξετάσεις έδειξαν:

- Κυτταρολογική πτυέλων: θετικά
- α/α θώρακος: ευρέθη σκίαση στον αριστερό πνεύμονα
- αξονική τομογραφία: εικόνα συμβατή με μικροκυτταρικό τύπου καρκίνωμα.
- βρογχοσκόπηση: θετικά βρογχικά εκκρίματα.

Προγραμματισμός

Εφαρμογή χημειοθεραπείας PLATINA-VELBE, κατά τη διάρκεια αυτής εμφανίστηκαν τα ακόλουθα: βήχας και έμετος,

Μετά συνεστήθη ακτινοθεραπεία. Κατά τη διάρκεια αυτής παρουσιάστηκαν ψυχολογικά προβλήματα από το άγχος και το φόβο των εξετάσεων και την πορεία της υγείας της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ -ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα,με όσα αναφέρα στην εργασία αυτή,ότι οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για την δημιουργία καρκίνου του πνεύμονα είναι:

- Ø **Κάπνισμα**: είναι το κυριότερο αίτιο και ευθύνεται σχεδόν για το 85% των κακοηθών νεοπλασμάτων του πνεύμονα. Ο καπνός περιέχει πολλές καρκινογόνες ουσίες, που αλλοιώνουν το χαρακτήρα των κυττάρων τα οποία με το πέρασμα του χρόνου μπορούν να γίνουν καρκινικά. Όσο πιο πολύ καπνίζει κανείς τόσο πιο πολύ κινδυνεύει από τον καρκίνο.
- Ø **Ηλικία**: ο κίνδυνος προσβολής αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας. Άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών έχουν 300 φορές μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της νόσου από άτομα ηλικίας μικρότερης των 30 ετών.
- Ø **Φύλο**: οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες.
- Ø **Κληρονομικότητα**: υπάρχουν ενδείξεις ότι τα άτομα που έχουν συγγένεια πρώτου βαθμού με πάσχοντες από καρκίνο του πνεύμονα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από τον καρκίνο αυτόν από ότι ο υπόλοιπος πληθυσμός.
- Ø **Δίαιτα**: διαίτα φτωχή σε βιταμίνες Α, Β και καροτίνη αυξάνει τη συχνότητα της νόσου.
- Ø **Ακτινοβολία**: η συχνή έκθεση σε ακτινοβολία προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα.

Ø **Επάγγελμα:** έχει παρατηρηθεί αύξηση της συχνότητας της νόσου σε ορισμένα επαγγέλματα, άνθρωποι που ασχολούνται με δέρματα , εργάτες αμύαντου κάρβουνου κ.α..

Ø **Ατμοσφαιρική ρύπανση:** είναι γνωστή η αύξηση της συχνότητας της νόσου στους πληθυσμούς που ζουν στις μεγάλες πόλεις με υψηλή ατμοσφαιρική ρύπανση.

Επίσης, συμπεράναμε ότι, η κατά μέτωπο αντιπαράθεση με το φόβο, τον πανικό, το άγχος, την ανασφάλεια και αβεβαιότητα για το μέλλον, με την πιθανότητα θανάτου, όπως τη ζουν τα άτομα με καρκίνο, αγγίζει θεμελιώδη υπαρξιακά προβλήματα. Οι καρκινοπαθείς υποχρεώνονται να αναθεωρήσουν τους στόχους και τις προτεραιότητες στη ζωή τους και να αναρωτηθούν για το νόημα της ύπαρξής τους. Γιατί να μην ελπίζουν, τότε πως θα βρουν την θέληση να αγωνιστούν για τη ζωή τους και να εξασφαλίσουν την ομοιοστατική ισορροπία ψυχής και σώματος, που τόσο επικίνδυνα κάποτε διαταράχθηκε

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ...

Ο πιο σημαντικός τρόπος για τον έλεγχο του καρκίνου του πνεύμονα, είναι η προφύλαξη.

Η διακοπή του καπνίσματος είναι το πρώτο βήμα για την προφύλαξη από τη νόσο. Το 90% των πασχόντων από καρκίνο του πνεύμονα δεν θα αντιμετώπιζε την πάθηση, αν δεν κάπνιζε. Οι καπνιστές πρέπει να ελέγχονται από τους γιατρούς τους συχνότερα.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση εξαρτάται από την έκταση της νόσου. Γενικά, οι τρεις κλασικοί τρόποι θεραπείας χειρουργική, χημειοθεραπεία, ακτινοβολία δίνουν πολλές φορές καλά αποτελέσματα μέχρι και πλήρη ίαση, όταν η νόσος βρίσκεται σε αρχικά στάδια.

Άρα ένας προληπτικός έλεγχος, αν και δεν είναι απόλυτα αξιόπιστος, πρέπει να γίνεται, κυρίως από τους ηλικιωμένους και όσους ανήκουν σε άτομα υψηλού κινδύνου.

Όπως είδαμε η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με Καρκίνο του Πνεύμονα. είναι αναγκαία και για το λόγο αυτό πρέπει να υπάρχει θετική αλληλεπίδραση ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού. Εδώ φαίνεται και η σημαντική αναγκαιότητα των νοσηλευτικών σχολών να παρέχουν μαθήματα ψυχολογίας και ανθρώπινης επικοινωνιακής συμπεριφοράς.

Απαραίτητο για την καλύτερη λειτουργία στη σχέση και στη θεραπεία του καρκινοπαθούς γενικά είναι να:

A) βελτιωθούν τα επαγγελματικά προγράμματα όλων των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τον καρκίνο. Τα προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών πρέπει να τροποποιηθούν, έτσι ώστε όλοι οι επαγγελματίες υγείας να είναι σε θέση να εκτιμούν τον καρκινικό πόνο και να τον αντιμετωπίζουν ανάλογα με την ειδικότητά τους.

B) χρηματοδοτηθούν μελέτες που ερευνούν τις διαστάσεις του καρκινικού πόνου, την εκτίμηση και την αντιμετώπισή του.

Γ) ενημερωθεί το ευρύ κοινό, έτσι ώστε να συνειδητοποιήσει, ότι ο καρκίνος δεν είναι πάντα επώδυνος, ότι υπάρχουν διάφορα μέσα για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου και ότι τα αναλγητικά φάρμακα προσφέρουν επαρκή αναλγησία και η χρήση τους δεν εγκυμονεί κινδύνους (π.χ. εξάρτηση, ανοχή).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να προσφέρει γνώσεις στους νοσηλευτές σχετικά με τον καρκίνο του πνεύμονα και ειδικότερα:

α) Κατανόηση της αιτιολογίας του καρκίνου, κλινικής εμφάνισης, διάγνωση, πρόγνωση θεραπείας, συμμετοχή στην πρόληψη.

β) Κατανόηση της σημασίας του ρόλου των νοσηλευτών στον ογκολογικό ασθενή

για την παροχή υψηλής ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας και ψυχολογικής στήριξης

του ίδιου και της οικογένειάς του.

Ο καρκίνος σήμερα αποτελεί τη μεγαλύτερη μάστιγα της ανθρωπότητας.

Την τελευταία δεκαετία εκατομμύρια άνθρωποι θρήνησαν δικά τους, συγγενικά πρόσωπα, τα οποία χάθηκαν από την τρομερή αυτή νόσο. Τα υπάρχοντα διαγνωστικά, προληπτικά και θεραπευτικά μέτρα προφανώς παρά τη σχετική αποτελεσματικότητά τους δεν κατέστησαν επαρκή για τη μείωση των θανάτων.

Ο καρκίνος του πνεύμονα εξακολουθεί να είναι ο πρώτος στη μακριά λίστα προσβολών και θανάτων από καρκίνο. Το κάπνισμα, η ατμοσφαιρική ρύπανση, οι ιονίζουσες ακτινοβολίες και οι διάφοροι επαγγελματικοί παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι δύσκολο να απομονωθούν ή να αποφευχθούν μερικές φορές. Στην τρομακτική αυτή λίστα

έχουν προστεθεί τα τελευταία χρόνια και οι σοβαρές επιπτώσεις στο αναπνευστικό σύστημα από το παθητικό κάπνισμα.

Ο βρογχογενής καρκίνος, αυτή η μεγάλη απειλή έχει προξενήσει σε αμέτρητους ανθρώπους τρομερό πόνο, θλίψη και πολλά δάκρυα. Έχει οδηγήσει επίσης πολλούς ασθενείς στην απόγνωση και στην κατάθλιψη αφού η ελπίδα για ίαση τις περισσότερες φορές δεν είναι δυνατή.

Το αν μπορεί να προσφερθεί θεραπεία σε ασθενή με καρκίνο του πνεύμονα εξαρτάται από:

- Τον τύπο, την εντόπιση και την έκταση του όγκου.
- Την καρδιοαναπνευστική κατάσταση του ασθενούς
- Την αναμενόμενη μετά τη θεραπεία λειτουργική επάρκεια ή μη του πνευμονικού αερισμού.

Συμπέρασμα, στο σημείο αυτό, είναι απαραίτητος ο ρόλος του νοσηλευτή. Με τους κατάλληλους χειρισμούς και την εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα όπως επίσης και με τη βαθειά ψυχολογική υποστήριξη αφήνει το δικό του στίγμα στον αγώνα του καρκινοπαθούς.

Επίσης, ο καρκινοπαθής είναι ανθρώπινη ύπαρξη και όλες οι ενέργειες και οι παρεμβάσεις θα πρέπει να κατατείνουν στην αποτελεσματικότερη, ανθρωπινότερη και αξιοπρεπέστερη αντιμετώπιση του, ανεξάρτητα από το κόστος (οικονομικό, κοινωνικό και ηθικό).

SUMMARY

The purpose of this essay is to give extra knowledge to all nurses about the lung cancer and specifically.

a) The fully understanding of the cause of cancer, its clinical symptoms, diagnosis forecast cure an precaution.

b) The fully understanding of the importance in the role of nurses about the contribution of high quality care an physiological support to the oncology patient his family.

Today lung cancer is one of the biggest plagues in humanity. In the last decate, millions of people have morned many family members that were gone because of this terrible disease. The today's measures that are related to diagnosis, forecast and cure are obviously except of a relatively efficiency, not sufficient for the reducing of deaths.

Lung cancer is still number on the long list of attacks and deaths of cancer in general. Smoking ionized radiatious and the various deadly factors in our working places that have been responsible for lung cancer are very difficult to be isolated or avoided some times. In this scary list, in the last few years have been also added the serene consequences in the respiratory system due to passive smoking.

The brochogeniac cancer, this big threat, has endured to countless people great pain, sorrow and many tears. It has also lead many people in despare and depression since hope for healing is most times impossible.

If many be offered actually treatment to a patient all from lung cancer depends on:

The type, the location and the extent of the tumour.

The cardiopneumony states of the patient.

The sufficient functioning of the pneumony system after treatment.

In this point the role of nurses is of great importance. Last but not least nurses leave their own unique mark with the right handling and the special nursing care as also the fully psychological support in this great struggle of the oncology patient.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Δαϊκός Γ.Κ., “Το παθητικό κάπνισμα”, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τόμος Β, Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα, 2002, σελ. 28-33.
2. Σπηλιώτη Ιωάννης. Δ., “Ο Καρκίνος: Από την άγνοια στο φόβο”, Τόμος 4^{ος}, Αχαϊκές εκδόσεις, Πάτρα, 1999, σελ. 252-263
3. Ράπτη, Σωτηρίου., “Εσωτερική Παθολογία.”, 1^{ος} τόμος, 2^η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα, 2006., σελ. 565-572
4. Δόσιος Θ., “Καρκίνος του πνεύμονα”, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τόμος 3^{ος}, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2004, σελ 102-115.
5. Τσίκος Ν., “Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ”, Αλεξόπουλος Δημ.- Βαργεμέζης, Βασ.-Βέμμος Κων., Γεωργόπουλος Δημ., Επιμέλεια της Ελληνικής έκδοσης “Γενικές αρχές και κλινική πράξη της Ιατρικής Παθολογίας”, Τόμος 3^{ος}, έκδοση 19^η, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα, 2005, σελ. 564-570
6. Μπεσμπέας Σ., “Σεμινάριο Νοσηλευτικής με θέμα Πρόληψη και έγκυρη διάγνωση του καρκίνου-αποκατάσταση του καρκινοπαθούς”, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία., Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 1991, σελ. 23-26
7. Φερτάκης Α., “Παθολογική Φυσιολογία”, 1^{ος} τόμος, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1990, σελ. 221-226

8. Πάτακας Δ.Α., “Επίτομή Πνευμονολογία.” University studio Press., Τόμος 4^{ος}, Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών , Θεσσαλονίκη 2005, σελ.245-246
9. Dollinger M. M.D., “Ο καρκίνος διάγνωση και πρόληψη”, Τόμος 6^{ος}, Εκδόσεις κάτοπτρο, Αθήνα 1992 . σ. 466-477
10. Ρούσος Χαράλαμπος., “Φυσιολογία και Παθοφυσιολογία”, Γενική επιμέλεια στο John B. West. του αναπνευστικού, Τόμος 1^{ος}, Ιατρικές εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα 2002, σελ. 3-13
11. <http://www.lancancer.gr/content/view/sd.html>, ημερομηνία πρόσβασης 12/02/2010, ώρα πρόσβασης, 13.00.
12. Παυλίδης Νικόλαος Επιμέλεια “Εισαγωγή στην κλινική Ογκολογία ΔΟΠΟΕ (Διαπανεπιστημιακή Ομάδα Παθολόγων Ογκολόγων Ελλάδας).”, Παραγωγή Earamond, “Ασθενείς τελικού σταδίου-Θεραπευτικές κατευθύνσεις”, Επιστημονικές εκδόσεις, Αθήνα, 2003 ,σ. 111-113
13. Μπεσμπέας Σ. Σιδέρης Ε., “Σεμινάριο Νοσηλευτικής με θέμα Περιβάλλον και καρκίνος”, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία., Αθήνα, 1991, σελ. 113
14. Μπεχράκης Σ., “ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ”, Θεάκος Π.Ν., , Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα ,2004, σελ 50-60

15. Ποτηράκη-Κουρμπάνη, Ελισάβετ Επιμέλεια στο Jessica Corner et Christopher Bailey, “Νοσηλευτική ογκολογία το πλαίσιο της φροντίδας”, Τόμος 2^{ος}, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα ,2006,σελ.45-70
16. Κουβέλας Ηλίας, Επιμέλεια στο Robert M. Berne. Matthew N. Levy. “Αρχές Φυσιολογίας”,Μετάφραση Φεβρωνία Αγγελάτου, Γεωργία Βουκελάτου, Παναγιώτης Γιομπρές,Τόμος 2^{ος},Έκδοση 1^η, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις ,Κρήτης. Ηράκλειο, 2002.σελ. 462-463,σ.480-481,σ.499-501,σ.514-515,σ.530-532.
17. Παπαδημητρίου Σ. Κωνσταντίνος. “Ειδική Παθολογική Ανατομική (Συστηματική Παθολογία)”,Τόμος 1^{ος}, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας,Αθήνα ,1990, σ. 50-66
18. Πισιμίση Ε., (1998) “Κάπνισμα –Καρκίνος του Πνεύμονα”, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία,Τόμος 6^{ος},Εκδόσεις ΒΗΤΑ,Αθήνα ,2001,σελ 23-50.
19. Μπιλάλης Π., “Κάπνισμα και υγεία.”, Τόμος 2^{ος},Γ’ έκδοση ,Εκδόσεις Υιοί Θεοδώρου Βγόντζα, Αθήνα, 1997,σ. 64-67
20. Σεϊτανίδης, Β Γεωργιλής, Κ. Αποστολάκης Ι., “Εξελίξεις στην Παθολογία”, Τόμος 2^{ος},Έκδοση του διαγνωστικού και θεραπευτικού κέντρου Αθηνών Υγεία.,Αθήνα 1996,σελ.633-643
21. Κακλαμάνης Ν., Καμμάς Α., “Η ανατομική του ανθρώπου”,Τόμος 4^{ος},edition M,Αθήνα ,1998,σελ112-120

22. Φουτζήλας Γεωρ.-Μπαρμπούνης, “Βασικές αρχές θεραπείας καρκίνου”, University studio Press., 1^{ος} τόμος ,Εκδόσεις ΒΗΤΑ,Θεσσαλονίκη, 2006,σελ. 271-272
23. Ρούσος Χαράλαμπος., “Κλινική Πνευμονολογία”, Επιμέλεια στο Richard Albert. Stephen Srimo. James Jett., Μεταφραστές: Αγραφιώτης Μιχάλης, Αθανασά Ζωή- Βλάσης Κώστας, Τόμος 2^{ος},Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης., Αθήνα,σελ.653-687
24. Βαϊόπουλος Γ, Γουργουλιάνης Κ, Κατσάμπας Α, Παγκάλης Γ, Ρούσος Χ, Βλυχού, Μαριάννα Καναβάρος Παναγιώτης. Μετάφραση- Επιμέλεια στο Stern, JR. Jack T. “Βασικές έννοιες της ανατομίας”,Τόμος 2^{ος} ,Επιστημονικές Ιατρικές εκδόσεις Λαρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 2003,σελ. 18-19
25. <http://www.medlook.net/pages/Greek/articlesvarious/sd.html>,ημερομηνία πρόσβασης,22-02-2010,ώρα πρόσβασης 19.30.
26. Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, “Πρόληψη έγκυρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο”, Τόμος 1^{ος},Εκδόσεις ΒΗΤΑ,,Αθήνα,1980,σελ.223-240
27. Abrams R., “The patient with cancer – His changing pattern of communication”,Medical Encyclopedia,Μετάφραση:Χ. Νικολαΐδης,Τόμος 2^{ος},Εκδόσεις Φυτράκη-Hachette,Αθήνα,1998,σελ. 317 – 322
28. Πολύζος Α., “Θεραπεία του Μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονος”,Τόμος 2^{ος},Ιατρικές εκδόσεις,Αθήνα, 2007,σελ.23-40

29. Δημητρίου Θ., “Κλινική Ανατομία”, Γενική επιμέλεια-επίβλεψη στο Keith L. Moore ,Μετάφραση Φίσκα Α, Τόμος 2^{ος} ,I 3^η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ ,ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ,Αθήνα,1998,σελ.50-55
30. Σιβρίδης Ε.Λ. “Συνοπτική Παθολογική Ανατομική”, Τόμος 1ος ,εκδόσεις εταιρεία αξιοποίησης και διαχείρισης περιουσίας Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, Αθήνα 1998,σελ.25-50
31. Adams-Greenly M (1986) Psychological staging of paediatric cancer patients and their families, Cancer, 58: 449-453
32. Αναγνωστόπουλος Φ & Βελισσαρόπουλος Χ (1984) Ομαδική ψυχοθεραπεία με καρκινοπαθείς, Ελληνική Ογκολογία, 20(4): 247 – 26
33. Αναγνωστόπουλος Φ & Γαλανοπούλου Κ., “Ψυχολογική παρέμβαση σε καρκινοπαθείς-Σεμινάριο Ογκολογίας Αδελφών Νοσοκόμων”,Αθήνα 3-5 Σεπτεμβρίου 2000.
34. Ρηγάτος Γ., “Χρόνιος Πόνος στον Καρκίνο-Νέοι ορίζοντες”,Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Ελληνικής Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα,1996, σελ 385-386
35. Ρηγάτος Γ., “Εγκόλπιο Ογκολογίας”,Τόμος 2^{ος}, 3^η έκδοση, Εκδόσεις Ascent, Αθήνα,2006, σελ. 21-30, 44-55
36. Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου Ε., “Ακτινοθεραπεία”,Τόμος 3^{ος}, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα,1996, σελ. 111-121

37. Παπαδάτου Δ. “Όταν ο γιατρός ανακοινώνει τη διάγνωση, Ενημερωτικό Δελτίο Φλόγα”, Τόμος 1^{ος}, Εκδοσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1984, σελ. 10-11, 174 – 179
38. Χατζηγιαννάκης Μ., “Θεραπεία νεοπλασμάτων”, Τόμος 3^{ος}, 2^η έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 1996, σελ. 43 – 47
39. Σολδάτος Κ. “Ψυχολογική αντίδραση στη σωματική αρρώστια, Εισήγηση στη διαιτητική συζήτηση Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα στο Γενικό Νοσοκομείο”, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα, 1984, σελ. 280 – 284
40. Χατζηγιαννάκης Μ., “Θεραπεία νεοπλασμάτων”, Τόμος 3^{ος}, 2^η έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 1996, σελ. 43 – 47
41. Αναγνωστόπουλος Φ., “Ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς στο: Επείγουσα θεραπευτική Ογκολογία”, Κοσμίδης Π επιμέλεια, Τόμος 2^{ος}, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2009, σελ. 135 – 151
42. Μπεσμπέας Σ., “Πρόληψη & Έγκαιρη Διάγνωση Νοσημάτων Φθοράς”, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα, 2002 σελ. 23-27, 568-593, 961-964
43. Ραγιά Α., “Νοσηλευτική Επικοινωνία στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Συναισθηματικές σχέσεις Νοσηλευτικού Προσωπικού με ασθενείς που πάσχουν”, Τόμος 4^{ος}, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999, σελ. 56-80
- Ρηγάτος Γ., “Πρόσωπα και ζητήματα, Δοκίμια για την ιατρική στη λογοτεχνία”, Τόμος 3^{ος}, 2^η έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 1998, σελ. 3-9, 24-29

44. Ρηγάτος Γ., “Ψυχοκοινωνική Ογκολογία”, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Ascent, Αθήνα, 2000, σελ. 11-34, 91-93, 148 – 152,
45. Ζώρας Ο., “Χειρουργική Ογκολογία-Τα νέα σύνορα της Γενικής χειρουργικής”, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 1991, σελ. 13 – 14
46. Χούντα Α., “Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, Ποιότητα ζωής”, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Ελληνικής Ογκολογίας, Αθήνα, 1991 σελ. 265 – 268
47. Ρηγάτος Γ., “Θέματα Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας”, Τόμος 1^{ος}, 4^η έκδοση, Εκδόσεις Ascent, Αθήνα, 2007, σελ. 3-10, 16-18, 73–97, 144-147, 180-184
48. Παρασκευόπουλος Ι., “Εξελικτική Ψυχολογία”, Τόμος 3^{ος}, 2^η έκδοση, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα, 1985, σελ. 158-159
49. Παπαδαντωνάκη Α., “Ποιότητα ζωής καρδιολογικών ασθενών – Νοσηλευτική προσέγγιση”, Τόμος 3^{ος}, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα, 1993, σελ. 45-60
50. Κόνιαρη Ε., “Καρκίνος του μαστού/Νοσηλευτική παρέμβαση”, Τόμος 5^{ος}, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 1991, σελ. 113-135
51. Hersh S., “Psychologic aspects of patients with cancer. In: Cancer, Principles & Practice of oncology”, Devita VT, Hellman S & Rosenberg SA Eds, Lippincott, Washington, 1982, pp. 264 – 277

52. Χαρτοκόλλη Κ., “Πρόληψη και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες- Στο: Πρόληψη & Έγκαιρη Διάγνωση Νοσημάτων Φθοράς”,Μπεσμπέας Σ. επιμέλεια,Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα,2002, σελ. 945 – 948
53. Δαΐκος Γ., “Η ποιότητα της Ιατρικής και η ποιότητα της ζωής”,Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις ΒΗΓΑ,Αθήνα,2005,σελ.185 – 191
54. Cassileth B & Stinnett J., “Psychosocial problems, In Clinical care of the Terminal Cancer Patient”(Cassileth BR & Cassileth PA Eds), Springer Publishing, New York,2003, pp. 108-118
55. Δοντάς Ν., “Ποιότητα Ζωής και Νοσήματα φθοράς. Στο: Πρόληψη & Έγκαιρη Διάγνωση Νοσημάτων Φθοράς”,Μπεσμπέας Σ επιμέλεια,Τόμος 4^{ος}, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα,2003, σελ. 25 – 30
56. Χατήρα Κ., “Κλινική ψυχολογική παρέμβαση στο παιδί και τον έφηβο με βαρύ και χρόνιο νόσημα”,Τόμος 2^{ος}, Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα,2000, σελ. 51 – 56
57. Peck A. & Boland J., “Emotional reactions to radiation treatment- Cancer”, New York,1977,pp.,180 – 184
58. Kastenbaum R., “Death Society and Human Experience”, 4th edition, Macmillan, New York,1991,pp130-150

59. Καλαντζή-Αζίζι Α., “Οικογένεια: Ψυχοκοινωνικές-Ψυχοθεραπευτικές Προσεγγίσεις”, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1991, σελ. 199-220.
60. Παπαδάτου Δ., “Ο άρρωστος που πεθαίνει και το άμεσο περιβάλλον του- Στο: Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας” Αναγνωστόπουλος Φ & Παπαδάτου Δ. Επιμέλεια., Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995, σελ. 171-172
61. Silberfarb P. & Greer S. “Psychological concomitants of cancer- Clinical aspect”, Amsterdam Journal of Psychotherapy, New York, 1982, pp. 470 – 478
62. Παπαδάτου Δ., “Ο άρρωστος που πεθαίνει και η οικογένειά του- Στο: Ψυχολογική προσέγγιση Ατόμων με καρκίνο”, Αναγνωστόπουλος Φ & Παπαδάτου Δ. επιμέλεια., Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα, 1986, σελ. 123-234
63. Kübler-Ross G., “On Death and Dying”, Macmillan, New York, 1969, pp 221-350
64. Goldberg J., “Psychotherapeutic Treatment of Cancer patients”, Free Press, New York, 1981, pp. 112-140
65. Baltrusch H., “Psychosomatic cancer research-Present status and future perspectives, In: Psychologies et Cancer”, Masson, Washington DC, 1978, pp 230-25

66. Ραγιά Α., “Ψυχοκοινωνική Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Αρρώστων με κακοήθη Νοσήματα”, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1992, σελ. 15-19
67. Μπεσμπέας Σ., “Έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του Παχέως Εντέρου”, Haemocult Test, Μάχη και Ελπίδα, Αθήνα, 1986, σελ. 20-21
68. Porteny R., “Optimal pain control in elderly cancer patients”, Geriatrics, England, 1987, pp. 33-44
69. Kawamura T., “The differential effect of stress on natural Killer T. (NKT) and NK cell function”, Clinical & Experimental Immunology, England, 1991, pp 384 – 390
70. Maguire P., “Psychological and social consequences of cancer. In: Recent Advances in clinical oncology”, Williams CJ & Whitehouse JM Eds, Churchill Livingstone, New York, 1982, pp. 375 – 384
71. Burns S, Harbuz M, “A pilot study into the therapeutic effects of music therapy at a cancer help center -Alternative Therapies in Health and Medicine”, Μετάφραση Χ.Σπηλιάδη, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 2005, σελ. 48-56
72. Σκάρλος Δ., “Η φροντίδα του καρκινοπαθούς «τελικού σταδίου». Στο: Πρόληψη και έγκαιρη Διάγνωση του καρκίνου-Αποκατάσταση του Καρκινοπαθούς”, Μπεσμπέας Σ. Επιμέλεια, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 1991, σελ. 91 – 98

73. Giasson M., & Bouchard L., “Effect of therapeutic touch on the well – being of persons with terminal cancer- Journal of holistic Nursing”,New York,1998,pp, 383-398
74. Meyerowitz B, Watkins I & Sparks F., “Psychosocial implications of adjuvant chemotherapy”, Cancer,New York,1983,pp., 1541 – 1545
75. Fawzy F., “Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn’t, European Journal of Cancer”, England,2003,pp. 559-564
76. Dorn L & Fletchner J., “Reasoning about illness in ill and healthy children and adolescents, cognitive and emotional developmental aspects, Development and Behavior in Pediatrics”,New York,1999,pp. 266-273
77. Φράιμπεργκ Σ., “Τα μαγικά χρόνια”, Μετάφραση Παπαθανασιάδη Ρ, Τόμος 2^{ος},Εκδόσεις Φλόγα, Αθήνα,2003,σελ.55-78
78. Leshan L., “You Can fight for Your Life”, M. Evans, New York,1977,pp.,35-60
79. Ρώτας Ρ., “Αποφεύγεται το stress”,Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα,1995, σελ., 120 – 127
80. Ξενικάκη-Ρηγοπούλου Ε., “Αλλαγή της σωματικής εικόνας, μια ξεχασμένη νοσηλευτική προτεραιότητα στον άρρωστο με καρκίνο”,Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα,1992, σελ. 91-96

81. Simonton O. & Creighton J. “Getting Well Again”, Tarcher, Los Angeles,1978,pp.234-250
82. Δημομελέτη Δ., “Μέθοδοι Προσέγγισης Οικογενειακού Περιβάλλοντος. Στο: Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-Ογκολογίας”,Δοντάς Ν, Μπεσμπέας Σ & Πατηράκη Ε επιμέλεια.,Τόμος 5^{ος}, Β’ έκδοση, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2009,σελ. 232 –236
83. Χατήρα Κ., “Η ψυχολογική αντιμετώπιση της οικογένειας και του παιδιού με καρκίνο στην πορεία της αρρώστιας- Στο: Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο”,Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ. Επιμέλεια,Τόμος 3^{ος}, Εκδόσεις Φλόγα, Αθήνα,1986 σελ. 181-195
84. Χατήρα Κ., “Το παιδί με καρκίνο και ο πόνος- Στο: Πρόληψη & Έγκαιρη Διάγνωση Νοσημάτων Φθοράς”,Μπεσμπέας Σ επιμέλεια,Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα,2002, σελ. 909 – 922
85. Πλατή Χ., “Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας/τη στην αποκατάσταση του καρκίνου. Στο: Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση του Καρκίνου- Αποκατάσταση του Καρκινοπαθούς” Μπεσμπέας Σ επιμέλεια,Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα,1991, σελ. 103-111
86. Skynner R., “Πλαίσια θεώρησης της οικογένειας σαν σύστημα.- Στο: Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής” Μανωλόπουλος Σ & Τσιάντης Γ επιμέλεια, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα,1987,σελ.45-70

87. Richardson M, Grimm E, “Coping life attitudes and responses to imagery and group support after breast cancer treatment- Alternative Therapies in Health and Medicine”,New York,1997,pp., 62 – 70
88. Χούλης Ν., “Καρκίνος & Ογκολογικά φάρμακα- Στο: Πρόληψη & Έγκαιρη Διάγνωση Νοσημάτων Φθοράς”,Μπεσμπέας Σ. Επιμέλεια,Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα,2002, σελ. 541-548
89. Papadatou D., “Adolescents dying of cancer” Acta Oncologica,New York,1988,pp. 837-839
90. Αναγνωστόπουλος Φ & Παπαδάτου Δ., “Ψυχολογική Προσέγγιση ατόμων με καρκίνο”,Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Φλόγα, Αθήνα,2008, σελ. 47-66
91. Αναγνωστόπουλος Φ & Παπαδάτου Δ., “Ψυχολογία στο χώρο της υγείας”, Τόμος ΒΗΤΑ,Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα,1995, σελ. 18 – 20.
92. Silberfarb P, Philibert D & Levine P., “Psychosocial aspects of neoplastic disease: II Affective and cognitive effects of chemotherapy in cancer patients”, Amsterdam Journal of Psychiatry,1980,pp., 597 – 601
93. Στεφανής Κ., “Ψυχολογικές και ψυχιατρικές πλευρές του καρκίνου- Στο: Κλινική Ογκολογία”, Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, Αθήνα,1981, σελ. 211-230

94. Wallance E., "Analysis of recent literature concerning relaxation and imagery interventions for cancer pain", *Cancer Nursing*, New York, 1997, pp. 79-87
95. Τσανίρα Σ., "Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών με Καρκίνο- Στο: Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας", Δοντάς Ν, Μπεσμπέας Σ & Πατηράκη Ε επιμέλεια, Β τόμος, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2002, σελ. 221 – 227
96. Κωσταντινίδου Α., "Ομάδες ψυχολογικής στήριξης: ένας δρόμος προς την αναζήτηση νοήματος και ποιότητας ζωής", στο: 11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, εκδόσεις Ελληνική Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα, 2007, σελ 39-44
97. Kosmidis H., & Papadatou D., "Child dying at home or in hospital, Experiences of Greek mothers. In: Children and Death", Papadatou D Eds., Hemisphere Publishing, Washington, 1995, pp339-540
98. Lombardi F., & Soccorsi S., "Capturing death, Families of children recovering from oncological disease", *Family Systems Medicine*, America, 1987, pp., 191-205
99. Lauer M., & Mulhern R., "A comparison study of parental adaptation following a child's death at home or in the hospital", *Pediatrics*, New York, 1983, pp., 107-112
100. Μπάρδη Γ., "Το ανθρώπινο γονιδίωμα & ο καρκίνος. Στο: Πρόληψη & Έγκαιρη Διάγνωση Νοσημάτων Φθοράς," Μπεσμπέας Σ.

Επιμέλεια, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα, 2002, σελ. 587-593

101. Ζιώγα Δ., “Ομάδες ψυχολογικής στήριξης: ένας δρόμος προς την αναζήτηση νοήματος και ποιότητας ζωής”, Στο: 11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Τόμος 3^{ος}, Εκδόσεις Ελληνική Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα, 2007, σελ 39-48
102. Ζαγούρας Σ., “Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο- Στο: Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας, Δόντας Ν., Μπεσμπέας Σ. & Πατηράκη Ε. επιμέλεια, Τόμος 3^{ος}, Β’ έκδοση, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2002, σελ. 229-231.
103. Ψαράκη Ε., “Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην διεπιστημονική ομάδα, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Ελληνική Ογκολογία, Αθήνα, 1991, σελ., 139-145
104. Worden W., “Grief Counseling and Grief Therapy” Springer, New York, 1982, pp. 123-140.