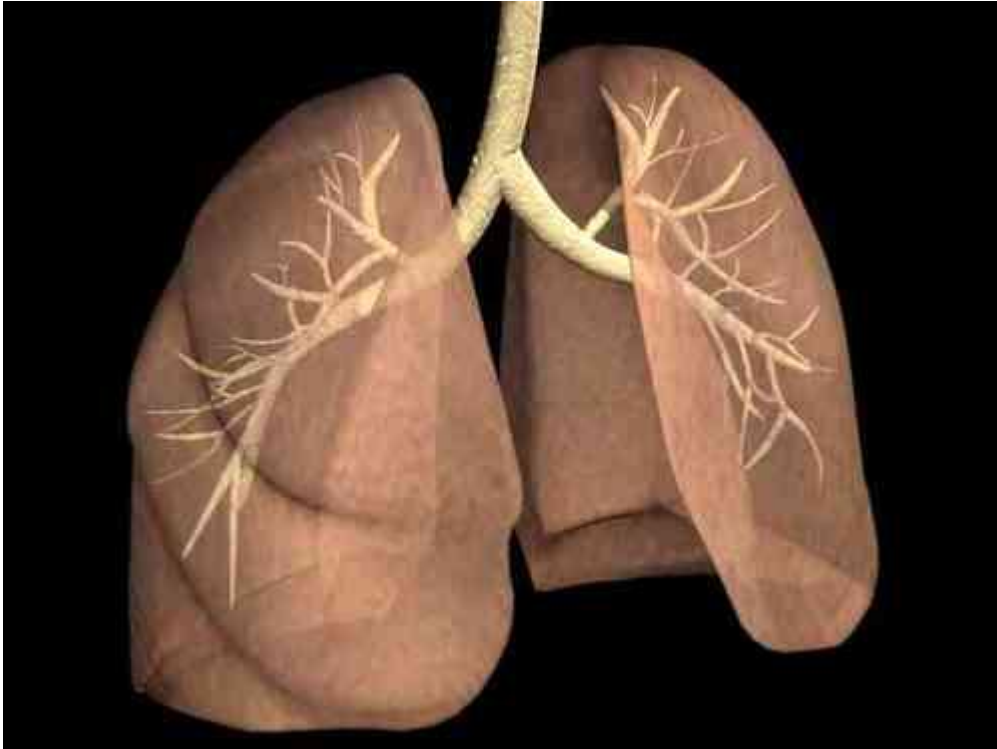


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΦΙΛΤΙΣΕΝΙΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ
ΛΙΑΓΚΟ ΟΛΓΑ

ΠΑΤΡΑ

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2012

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η συχνότερη νεοπλασία και μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Ενώ παλαιότερα ο καρκίνος του πνεύμονα αφορούσε περισσότερο τον ανδρικό πληθυσμό, σήμερα λόγω της δραματικής αύξησης της συχνότητας του καπνίσματος που σημειώνεται στις γυναίκες, ο καρκίνος αυτός προσβάλλει ένα μεγάλο και συνεχώς αυξανόμενο αριθμό γυναικών.

Χωρίζεται σε δυο μεγάλες ομάδες: το μικροκυτταρικό και το μη μικροκυτταρικό τύπο, που έχουν διαφορετικούς τρόπους θεραπείας και πρόγνωσης. Ο μικροκυτταρικός τύπος καρκίνου του πνεύμονα έχει άμεση σχέση με το κάπνισμα, αναπτύσσεται και διασπείρεται ταχέως και για το λόγο αυτό θεωρείται ότι δεν αντιμετωπίζεται με επέμβαση. Ο τύπος αυτός ανταποκρίνεται πολύ καλά στη χημειοθεραπεία και στην ακτινοθεραπεία. Ο μη μικροκυτταρικός τύπος καρκίνου πνεύμονα διαιρείται σε τρεις υποομάδες: τον πλακώδη, το αδenoκαρκίνωμα και το μεγαλοκυτταρικό τύπο. Το αδenoκαρκίνωμα είναι το μοναδικό που δεν έχει άμεση σχέση με το κάπνισμα. Ο μη μικροκυτταρικού τύπου καρκίνος του πνεύμονα εξαπλώνεται τοπικά και αργά να δώσει απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Οι άρρωστοι που προσβάλλονται από τον καρκίνο του πνεύμονα μπορούν να εμφανίσουν ποικίλα συμπτώματα. Απ' αυτά το συχνότερο είναι ο βήχας, ο οποίος όμως σπανίως αξιολογείται έγκαιρα από τον άρρωστο ή ακόμα και από τους γιατρούς. Άλλα συμπτώματα μπορεί να είναι η δύσπνοια, η αιμόπτυση, ο αναπνευστικός συριγμός, ο θωρακικός πόνος, η βραχνάδα, η ανορεξία, η καταβολή των δυνάμεων, η απώλεια βάρους, ο πυρετός και άλλα.

Οι σύγχρονες θεραπευτικές μέθοδοι είναι τρεις: εγχείρηση, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Το είδος της θεραπείας που εφαρμόζεται στον κάθε άρρωστο, εξαρτάται κυρίως από δύο παράγοντες: από τη μορφή (τον ιστολογικό τύπο) του όγκου και από το στάδιο της νόσου, δηλαδή από το πόσο έχει εξαπλωθεί η νόσος. Όσο νωρίτερα εφαρμόζεται η θεραπεία, τόσο καλύτερα είναι τα αποτελέσματα. Με έγκαιρη και κατάλληλη θεραπεία, αρκετοί ασθενείς μπορούν να επιβιώσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και να έχουν καλή ποιότητα ζωής.

Η καλύτερη αντιμετώπισή του είναι η πρόληψη, η οποία επιτυγχάνεται με την αποφυγή του καπνίσματος και την έκθεση σε μολυσμένα περιβάλλοντα. Επιπλέον οι διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις όπως η ακτινογραφία θώρακος, η αξονική και η μαγνητική τομογραφία είναι βασικές στην δευτερογενή πρόληψη.

Η γνώση λοιπόν του τί ακριβώς είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, πότε και γιατί εμφανίζεται, με ποιες διαγνωστικές εξετάσεις επιβεβαιώνεται και ποιές είναι οι διαθέσιμες θεραπείες, είναι απαραίτητη για την κατανόηση αυτής της πολύ σοβαρής και συχνής ασθένειας-μάστιγας.

Η σωστή νοσηλευτική φροντίδα ωστόσο έχει σπουδαίο ρόλο στην, όσο το δυνατόν, καλύτερη αντιμετώπιση της κακοήθειας, όσο και στην ψυχολογική υποστήριξη αυτών των ασθενών, δεδομένου ότι μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό επιβιώνει πέρα της πενταετίας.

ABSTRACT

Cancer of the lines suggested by UAN is increasing neoplasia and one of the main causes of death for both men and women. While older cancer lines suggested by UAN was more the male population, today the Dr professional growth in frequency of kapnis of which is reduced in women, cancer that infects a large and continuously cadavers number women.

Divided into two major groups: the ikrokyttariko and the ikrokyttariko type, which have different ways of treatment and prognostic. The ikrokyttarikos type of cancer of the lines suggested by UAN has direct relation to the kapnis, developed and utilized expeditiously and therefore deemed not deal with regarded with e Convention. This formula responds very well to chemical eiotherapeia and radiotherapy. The type of cancer and ikrokyttarikos lines suggested by UAN ypoo is divided into three groups: the plakwdi, the adenokarkinw and the egalokyttariko type. The adenokarkinw is the unique that has no direct connection with the kapnis. the ikrokyttarikoy the cancer type lines suggested by UAN spreads locally and is slow to give to akrys of certain etastaseis.

The sick were susceptible to cancer lines suggested by UAN can experience a variety of fanisoyn and ptw. From them the most common is cough, who however rarely evaluated promptly by the sick or even by doctors. Other the ptw parts may be shortness of breath, the century of the respiratory optysi, syrig number, thwrakikos pain, anorexia, brachnada, the payment of under s, weight loss, fever, and more.

Modern therapeutic methods are three: surgery, radiotherapy and chemical eiotherapeia. The type of treatment that implemented in every sick, depends mainly on two factors: on the form (type istologiko) in volume and at the stage of the disease, i.e. how the disease is spread. The earlier implemented the treatment, the better are the results. With timely and appropriate treatment, many patients can survive for a large period and to have a good quality of life.

The best address of is to prevent tackle it, which is accomplished with the apofygitoy kapnis system and report to a primary environments. In addition the various diagnostic tests such as scan, thoracic axial and agnitiki the demography is essential in secondary prevention.

Knowledge is what exactly is cancer of the lines suggested by UAN, when and why statuses, with which diagnostic tests confirmed and what are the available streatments, is indispensable for the understanding of this very serious and frequent illness-astigas. Proper nursing care, however, has an important role in, as far as possible, best dealt with reaction of malignancy, and psychological support of patients, since only a very small percentage surviving beyond five years.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	2
Πρόλογος.....	10
Εισαγωγή.....	11

Μέρος Α - ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Κεφάλαιο 1 : Αναπνευστικό σύστημα-Ανατομία πνεύμονα.....	13
1.1 Θωρακικό τοίχωμα	13
1.2 Οι αεροφόρες οδοί.....	13
1.2.1 Τραχειοβρογχικό δένδρο	14
1.2.2 Τραχεία.....	14
1.2.3 Στελεχιαίοι (κύριοι) και τμηματικοί βρόγχοι.....	15
1.2.4 Βρογχιόλια.....	15
1.3 Πνευμονικό παρέγχυμα.....	15
1.3.1 Υπεζωκότας.....	17
1.3.2 Νεύρωση του πνεύμονα.....	17
1.3.3 Λεμφαδένες.....	17
1.3.4 Πνευμονική κυκλοφορία.....	18
1.3.5 Βρογχική κυκλοφορία.....	18
Κεφάλαιο 2 : Φυσιολογία της αναπνευστικής λειτουργίας.....	19
2.1. Η μηχανική της αναπνοής.....	19
2.2. Όγκοι και χωρητικότητες του αναπνευστικού συστήματος....	21
2.3. Η ανταλλαγή των αερίων.....	23
2.4. Η κυκλοφορία στους πνεύμονες.....	23

Μέρος Β – ΓΕΝΙΚΑ & ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Κεφάλαιο 3 : Καρκίνος του πνεύμονα.....	25
3.1 Γενικά στοιχεία.....	25
3.2 Ορισμός του καρκίνου του πνεύμονα.....	26
3.3 Είδη καρκίνου.....	26
3.4 Κλινική εικόνα.....	27
3.5 Αιτίες που προκαλούν καρκίνο του πνεύμονα.....	27
3.5.1 Το κάπνισμα.....	27
3.5.2 Το παθητικό κάπνισμα.....	28
3.5.3 Ο αμίαντος.....	28
3.5.4 Το ραδιενεργό αέριο ραδόνιο.....	29
3.5.5 Η ύπαρξη άλλων νοσημάτων.....	29
3.5.6 Το ανοσοποιητικό σύστημα προδιαθέτει την ανάπτυξη καρκίνου πνεύμονα.....	30
3.5.7 Κληρονομικότητα	30

3.6 Διάγνωση.....	30
3.6.1 Η κυτταρολογική εξέταση πτυέλων.....	31
3.6.2 Βρογχοσκόπηση.....	31
3.6.3 Η βιοψία δια βελόνης.....	31
3.6.4 Η θωρακοκέντηση.....	32
3.6.5 Μεσοθωρακοσκόπηση, Μεσοθωρακοτομή, Θωρακοσκόπηση.....	32
3.6.6 Η εικονική βρογχοσκόπηση.....	33
3.6.7 Οι καρκινικοί δείκτες και η χρήση τους.....	33
3.6.8 Η απεικόνιση.....	33
3.6.8.1 Η απλή ακτινογραφία θώρακος (x-ray).....	35
3.6.8.2 Το υπερηχογράφημα (Ultrasonography,Us).....	35
3.6.8.3 Η αξονική ή υπολογιστική τομογραφία (Computed-axial-tomography, (CT/CAT).....	36
3.6.8.4 Ο μαγνητικός συντονισμός (μαγνητική τομογραφία Magnetic Resonance Imaging, MRI).....	36
3.6.8.5 Η εξέταση PET (Τομογραφία με εκπομπή ποζιτρονίων Positron emission tomography).....	36
3.6.8.6 Το SPECT (Υπολογιστική τομογραφία εκπομπής απλών φωτονίων -Single photon emission computed tomography)	37
3.6.8.7 Το σπινθηρογράφημα οστών (Bone-scan).....	37
3.6.8.8 Το octreoscan.....	37
3.6.9 Οι απεικονιστικές μέθοδοι και η χρήση τους.....	38
Κεφάλαιο 4 : Στατιστικά στοιχεία καρκίνου πνεύμονα.....	39
4.1 Συχνότητα του καπνίσματος.....	39
4.2 Συγκριτικά στοιχεία μεταξύ των φύλων.....	39
4.3 Διαφορές κατά ηλικία.....	39
4.4 Κοινωνικές διαφορές.....	40
4.5 Στοιχεία για το κάπνισμα στα παιδιά και τους εφήβους.....	40
4.6 Στοιχεία για την ηλικία έναρξης.....	41
4.7 Θνησιμότητα από νοσήματα σχετιζόμενα με το κάπνισμα.....	42
4.8 Στοιχεία για τον καρκίνο τραχείας, βρόγχων, πνευμόνων.....	42
4.9 Παγκόσμια στατιστικά στοιχεία καρκίνου πνεύμονα.....	43
4.10 Στατιστικά στοιχεία στην Ευρώπη.....	44
4.11 Στατιστικά στοιχεία για την Ελλάδα.....	45

Μέρος Γ - ΠΡΟΛΗΨΗ – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Κεφάλαιο 5 : Πρόληψη του Ca του πνεύμονα.....	48
5.1 Μέθοδοι για την μείωση των πιθανοτήτων εμφάνισης Ca του πνεύμονα	48
5.1.1 Η διακοπή του καπνίσματος βοηθάει.....	49

5.1.2 Η υγιεινή διατροφή μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα	49
5.2. Ο προληπτικός έλεγχος (screening).....	50
Κεφάλαιο 6 : Θεραπευτική αντιμετώπιση του Ca του πνεύμονα..	52
6.1 Χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα.....	52
6.1.1 Είδη θωρακοχειρουργικών επεμβάσεων που χρησιμοποιούνται για τον καρκίνο του πνεύμονα.....	52
6.1.2 Ο προεγχειρητικός έλεγχος.....	53
6.1.3 Μετεγχειρητική πορεία ασθενούς.....	54
6.1.4 Ο ρόλος της χημειοθεραπείας πριν το χειρουργείο.....	54
6.1.5 Ο ρόλος της χημειοθεραπείας μετά το χειρουργείο.....	54
6.1.6 Η πλευρόδεση.....	55
6.2. Χημειοθεραπεία.....	55
6.3. Ακτινοθεραπεία.....	55

Μέρος Δ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Κεφάλαιο 7 : Προβλήματα και ποιότητα ζωής του ασθενή με Ca πνεύμονα.....	58
7.1 Σωματική διάσταση.....	58
7.1.1 Ανορεξία.....	58
7.1.2 Διάρροια.....	58
7.1.3 Δυσκοιλιότητα.....	59
7.1.4 Ναυτία και εμετός.....	59
7.1.5 Διατροφικές διαταραχές	60
7.1.6 Ερεθισμός στοματικής κοιλότητας	60
7.1.7 Διαταραχές γεύσης.....	60
7.1.8 Κούραση.....	61
7.1.9 Πόνος.....	62
7.1.10 Τριχόπτωση – αλωπεκία.....	62
7.1.11 Λεμφοίδημα – Οίδημα άκρων.....	63
7.1.12 Οστεοπόρωση.....	63
7.1.13 Στομίες.....	63
7.1.14 Λοιμώξεις.....	64
7.1.15 Μετάσταση.....	64
7.1.16 Δερματικά προβλήματα.....	64
7.1.17 Νευρολογικά προβλήματα.....	67
7.1.18 Διαταραχές συνείδησης.....	65
7.1.19 Διαταραχές ύπνου.....	66
7.1.20 Σεξουαλικά προβλήματα.....	66
7.2 Ψυχολογική διάσταση.....	67

7.2.1 Συναισθηματικές συνέπειες.....	67
7.2.2 Μοναξιά και απομόνωση.....	67
7.2.3 Ενοχές.....	68
7.2.4 Στρες-άγχος-πανικός.....	68
7.2.5 Θλίψη και κατάθλιψη.....	68
7.2.6 Εικόνα του σώματος.....	69
7.2.7 Σεξουαλικότητα.....	70
7.2.8 Άγχος και φόβος θανάτου.....	70
7.3 Κοινωνικοοικονομική διάσταση.....	73

Μέρος Ε – ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ & Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Κεφάλαιο 8: Νοσηλευτικές ανάγκες ασθενούς με Ca πνεύμονα	74
8.1 Ο άρρωστος στο νοσοκομείο.....	74
8.2.Φυσικές ανάγκες.....	76
8.3 Ανάγκη ασφάλειας.....	76
8.4 Ανάγκη στοργής και αναγνωρίσεως.....	77
8.5 Ανάγκη δημιουργικότητας	77
8.6 Ανάγκη να γνωρίζει και να καταλαβαίνει.....	78
8.7 Αισθησιακές ανάγκες.....	78
8.8 Ανάγκη αποδοχής.....	79
Κεφάλαιο 9 : Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη & φροντίδα ασθενή με Ca πνεύμονα.....	81
9.1 Στην πρόληψη.....	81
9.2 Στην διάγνωση.....	81
9.3 Στην πορεία της νόσου.....	85
9.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προεγχειρητική φροντίδα του ασθενή.....	86
9.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην μετεγχειρητική φροντίδα.....	88
9.6 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.....	92
9.7 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία.....	93
9.8 Διδασκαλία του ασθενή και του περιβάλλοντός του κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο.....	95
9.8.1 Αρχές μάθησης.....	96
9.8.2 Αρχές διδασκαλίας.....	96
9.8.3 Οι διδακτικές ικανότητες των νοσηλευτών	96
9.8.4 Αξιολόγηση της κατάστασης και των αναγκών του ασθενή.....	97
9.8.5 Προγραμματισμός και εκτέλεση της διδασκαλίας.....	97

9.8.6 Εκτίμηση των αποτελεσμάτων της διδασκαλίας	98
9.8.7 Διδασκαλία ασθενούς.....	98
9.9 Διδασκαλία οικογένειας.....	99
9.10 Καθήκοντα νοσηλεύτη στη νοσηλεία στο σπίτι.....	101
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	103
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.....	105
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	108
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	109

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι μια χρόνια κατάσταση, που εκτός από τα σωματικά προβλήματα (πχ. παρενέργειες από χημειοθεραπεία) που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, υπάρχουν τα ψυχολογικά (πχ. φόβος για υποτροπή της νόσου) και τα κοινωνικοοικονομικά (πχ. οικονομική απομόνωση) που αντιμετωπίζουν υπό το βάρος της διάγνωσης του καρκίνου. Έτσι, οι ασθενείς αυτοί χρήζουν ιδιαίτερης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας καθώς και ψυχολογικής υποστήριξης. Ένα μεγάλο ποσοστό των πασχόντων θα διανύσουν μακρά πορεία και για μεγάλο χρονικό διάστημα θα βρεθούν εκτός νοσοκομείου μετά την αρχική θεραπεία (εγχείρηση, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) την οποία καθόρισε και παρακολούθησε ο ειδικός ογκολόγος. Ο ασθενής μετά από μια ή περισσότερες θεραπείες ως εξωνοσοκομειακός πια ασθενής, στο υπόλοιπο της ζωής του θα χρειαστεί ιατρική φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη, για να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής με τη μεγαλύτερη δυνατή σωματική, ψυχική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση¹.

Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα, αποτελεί από μόνη της μια επιστήμη, καθώς συνδυάζει επαγγελματική κατάρτιση, ανθρώπινη αλληλεγγύη, ψυχολογική υποστήριξη, οικογενειακή ενδυνάμωση. Το νοσηλευτικό προσωπικό που αντιμετωπίζει καθημερινά τέτοιους είδους περιστατικά, έρχεται και αυτό όπως και ο ασθενής τους, αντιμέτωπος ταυτόχρονα με την ζωή και το θάνατο, μέσα από πολύτροπες πράξεις και αποδεικνύουν τον επαγγελματισμό που απαραίτητως πρέπει να κατέχουν αλλά το μεγαλείο της ανθρώπινης ψυχής τους¹.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η προέλευση της λέξης Καρκίνος, αποδίδεται στον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη, που έμεινε στην ιστορία ως «πατέρας της ιατρικής». Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους «καρκίνος» και «καρκίνωμα» για να περιγράψει διάφορους όγκους που εμφάνιζαν εσωτερικά ή εξωτερικά έλκη και διογκώσεις. Στην Ελληνική γλώσσα οι λέξεις αυτές αναφέρονται στα καβούρια, τα οποία θυμίζουν τον καρκίνο, αφού οι ακτινωτές μεταστάσεις των καρκινικών κυττάρων, φέρνουν αμυδρά στο μυαλό τη μορφή που έχουν τα πόδια και οι δαγκάνες του καβουριού. Ο καρκίνος (όγκος) είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κύτταρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος²⁷.

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Μάλιστα κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η συχνότητά του έχει αυξηθεί, κυρίως στις γυναίκες. Ο καρκίνος του πνεύμονα ευθύνεται για το 34% περίπου των θανάτων από καρκίνο στους άνδρες και για το 23% στις γυναίκες²⁷.

Προκαλεί τους περισσότερους θανάτους από ότι όλοι οι υπόλοιποι καρκίνοι, οι καρκίνοι του παχέος εντέρου, του μαστού και του προστάτη. Υπολογίζεται ότι το 60% των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα πεθαίνουν σε 1 χρόνο από τη διάγνωση²⁷.

Ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα αυξάνεται με τον αριθμό των τσιγάρων και τη χρονική διάρκεια που ένα άτομο καπνίζει. Εκτός από το ενεργητικό κάπνισμα, το παθητικό κάπνισμα είναι επίσης παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο για την πάθηση. Η έκθεση σε ραδόνιο, αρσενικό, αμιάντο και ραδιενεργό σκόνη, αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο πνεύμονα. Το ίδιο επίσης συμβαίνει σε άτομα που εκτίθενται σε αυξημένη ακτινοβολία εξαιτίας του επαγγέλματός τους, του περιβάλλοντος ή για ιατρικούς λόγους. Άτομα που έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του πνεύμονα, έχουν επίσης περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν τη νόσο.

Δυστυχώς, στις περισσότερες περιπτώσεις, ο καρκίνος των πνευμόνων δεν προκαλεί συμπτώματα παρά μόνο όταν έχει ήδη επεκταθεί. Το γεγονός αυτό καθιστά τη νόσο ιδιαίτερα επικίνδυνη με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Εάν η πάθηση ανιχνευθεί έγκαιρα, τότε οι πιθανότητες διάσωσης του ασθενούς αυξάνονται σημαντικά. Γι'αυτό είναι αναγκαίο, εάν υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα που εμπνέουν ανησυχία, να ζητείται άμεση η συμβουλή του γιατρού²⁷.

Η θεραπεία βασίζεται στη χειρουργική αφαίρεση του όγκου, όταν αυτό είναι εφικτό, στην ακτινοθεραπεία και στη χημειοθεραπεία²⁷.

Η προστασία από καρκινογόνες ουσίες που ευθύνονται για την πρόκληση καρκίνου του πνεύμονα όπως οι τοξικές ουσίες του καπνού, το ραδόνιο, ο αμιάντος, η ραδιενεργός σκόνη, η υπερβολική έκθεση σε ακτινοβολία στο επαγγελματικό περιβάλλον ή για ιατρικούς σκοπούς, είναι απαραίτητη για την

πρόληψη. Η καλύτερη πρόληψη για την αντιμετώπιση της μάστιγας του καρκίνου του πνεύμονα, είναι η αποφυγή ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος όλων των καπνιστικών προϊόντων²⁷.

Σε αυτή την εργασία, λοιπόν θα ασχοληθούμε με την ανάλυση και την επισήμανση των αιτιών της ασθένειας αυτής αλλά πολύ περισσότερο να αναδείξουμε την σημαντική πρόσφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, προκειμένου να αντιμετωπίσει μία από τις μεγαλύτερες μάστιγες, τον καρκίνο του πνεύμονα²⁷.

Η εργασία μας χωρίζεται στα εξής μέρη:

Στο πρώτο μέρος περιέχει την ανατομία του πνεύμονα και την φυσιολογία της αναπνευστικής λειτουργίας²⁷.

Στο δεύτερο μέρος ασχολείται ειδικότερα με τον καρκίνο του πνεύμονα, τα στατιστικά στοιχεία που απορρέουν από την έρευνα για την ασθένεια αυτή.

Στο τρίτο μέρος τις μεθόδους που χρειάζονται για την πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα και τα θεραπευτικά μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπισή του²⁷.

Στο τέταρτο μέρος αναφέρονται διεξοδικά τα προγράμματα και η ποιότητα ζωής του ασθενή με καρκίνο του πνεύμονα²⁷.

Στο πέμπτο μέρος γίνεται λόγος για τον πολύτιμο ρόλο του νοσηλευτή στην φροντίδα του ασθενή με καρκίνο του πνεύμονα²⁷.

ΜΕΡΟΣ Α

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ-ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

1.1 ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΤΟΙΧΩΜΑ

Οι συνιστώσες του αναπνευστικού συστήματος είναι το θωρακικό τοίχωμα, οι αεροφόρες οδοί, το πνευμονικό παρέγχυμα καθώς και η πνευμονική, βρογχική και λεμφική κυκλοφορία⁸.

Το θωρακικό τοίχωμα αποτελείται από οστά και μύες. Τα οστά του θωρακικού τοιχώματος είναι οι θωρακικοί σπόνδυλοι, τα 12 ζεύγη των πλευρών και το στήρνο, ενώ οι μύες του θωρακικού τοιχώματος είναι το διάφραγμα και οι μεσοπλεύριοι μύες. Το διάφραγμα αποτελείται από δύο κυρίως μυϊκά τμήματα, το πλευρικό και τα σκέλη του οσφυϊκού, τα οποία ενώνονται με τον κεντρικό τένοντα του διαφράγματος. Η συστολή του μετατοπίζει το περιεχόμενο της κοιλιακής κοιλότητας προς τα έξω, ανυψώνει και εκτείνει το θωρακικό τοίχωμα⁸.

Οι μεσοπλεύριοι μύες διακρίνονται σε έξω και έσω. Εκφύονται από το κατώτερο χείλος των πλευρών και οι έξω κατευθύνονται πλαγίως εμπρός, οι δε έσω κατευθύνονται πλαγίως προς τα πίσω. Η κατεύθυνση των μυϊκών ινών των έξω και έσω μεσοπλεύριων σχηματίζει ορθή γωνία. Οι έξω μεσοπλεύριοι είναι εισπνευστικοί ενώ οι έσω είναι εκπνευστικοί μύες⁸.

1.2 ΟΙ ΑΕΡΟΦΟΡΕΣ ΟΔΟΙ

Είναι η ρινική κοιλότητα, ο λάρυγγας και το τραχειοβρογχικό δέντρο. Η ρινική κοιλότητα απαρτίζεται από τις ρινικές κόγχες και το ρινικό διάφραγμα. Λειτουργικός σκοπός της, πλην της λειτουργίας της όσφρησης και του αντανακλαστικού του παταμού, είναι η διόδος, εφύγρανση, θέρμανση και κάθαρση του εισπνεόμενου αέρα, χάρη στο πυκνό δίκτυο αιμοφόρων αγγείων το οποίο έχει και στο επιθήλιο της, το οποίο μπορεί να συγκρατεί εισπνεόμενα σωματίδια. Οι αδενοειδείς εκβλαστήσεις και οι αμυγδαλές αποτελούν συγκεντρώσεις λεμφικού ιστού με ουσιαστική συμβολή στο αμυντικό σύστημα του αναπνευστικού συστήματος⁸.

Οι φωνητικές χορδές του λάρυγγα αποτελούν την είσοδο της τραχείας και σηματοδοτούν τη μετάπτωση από το ανώτερο στο κατώτερο αναπνευστικό σύστημα⁸.

1.2.1 ΤΡΑΧΕΙΟΒΡΟΓΧΙΚΟ ΔΕΝΔΡΟ

Αποτελείται από σειρά διακλαδιζόμενων σωλήνων (βρόγχοι), οι οποίοι σταδιακά γίνονται στενότεροι και πιο πολυάριθμοι καθώς εισχωρούν στους πνεύμονες. Σε αυτό συμπεριλαμβάνονται η τραχεία, οι δύο στελεχιαίοι βρόγχοι, οι λοβαίοι, οι τμηματικοί και υποτμηματικοί βρόγχοι, τα βρογχιόλια και τα τελικά βρογχιόλια⁸.

Το τοίχωμα των αεραγωγών αποτελείται από τρεις χιτώνες: α) το βλεννογόνο, β) τον υποβλεννογόνο και γ) το συνδετικό. Ο βλεννογόνος είναι σε άμεση επαφή με τα εισπνεόμενα αέρια και σωματίδια και αποτελείται από κροσσωτό επιθήλιο. Οι ρυθμικές κινήσεις των κροσσών μετατοπίζουν συνεχώς τη βλέννη που τους καλύπτει προς την τραχεία και το φάρυγγα, όπου και αποβάλλεται ή καταπίνεται. Σε φυσιολογικά άτομα υπολογίζεται ότι αποβάλλονται και καταπίνονται κάθε μέρα 80 με 100 ml βλέννης. Με τον τρόπο αυτό απομακρύνονται μηχανικά και διάφορα σωματίδια. Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας αποτελείται από βλεννογόνους αδένες, λείες μυϊκές ίνες και λεμφοκύτταρα. Εδώ ανευρίσκονται και συναθροίσεις λεμφοκυττάρων, οι οποίες μοιάζουν ιστολογικά με τις πλάκες του Peyer του εντέρου. Τα λεμφοκύτταρα αυτά συμμετέχουν στην άμυνα του πνεύμονα, παράγοντας ανοσοσφαιρίνες που εκκρίνονται στον αυλό των βρόγχων, αλλά και αντιδρώντας σε εισπνεόμενα παθογόνα και σωματίδια⁸.

Ο συνδετικός χιτώνας παρέχει δομική υποστήριξη στους αεραγωγούς. Στην τραχεία και τους βρόγχους αποτελείται τόσο από χόνδρινο, όσο και από ελαστικό συνδετικό ιστό. Οι χόνδροι γίνονται όλο και λιγότεροι περιφερικότερα, μέχρι να εξαφανιστούν πλήρως από τα βρογχιόλια και μετά⁸.

1.2.2 ΤΡΑΧΕΙΑ

Εκτείνεται μετά τον κρικοειδή χόνδρο του λάρυγγα και για 10 με 11 εκατοστά, οπότε διχάζεται στους στελεχιαίους (κύριους) βρόγχους. Σε φυσιολογικούς ενήλικες, το ήμισυ της τραχείας βρίσκεται εξωθωρακικά και το άλλο ενδοθωρακικά⁸.

Ο διχασμός της τραχείας γίνεται στο ύψος του πέμπτου θωρακικού σπονδύλου οπισθίως και στο ύψος της λαβής του στέρνου προσθίως. Η θέση της τραχείας μεταβάλλεται κατά την αναπνοή, ώστε το κατώτερο άκρο να μετακινείται κατά ένα με δύο εκατοστά προς τα κάτω και προς τα έσω κατά την ήρεμη εισπνοή. Το πρόσθιο και τα πλάγια τοιχώματα της τραχείας αποτελούνται από περίπου είκοσι χόνδρινους δίσκους σχήματος ημικυκλίου, ενώ το οπίσθιο τοίχωμα της τραχείας είναι μεμβρανώδες και χωρίς χόνδρους. Στο οπίσθιο όμως τοίχωμα βρίσκονται δεσμίδες μυϊκών ινών, οι οποίες εισέρχονται εντός των οπισθίων άκρων των χόνδρων⁸.

Ακριβώς στο σημείο της εισόδου του στελεχιαίου βρόγχου στο πνευμονικό παρέγχυμα, οι χόνδροι περιβάλλουν πλήρως τους βρόγχους. Τα οπίσθια άκρα δηλαδή των χόνδρων συνενώνονται πλήρως και η μεμβρανώδης μοίρα εξαφανίζεται. Στο σημείο στο οποίο ο χόνδρος περιβάλλει πλήρως τον αεραγωγό, η μυϊκή στοιβάδα αναδιατάσσεται πλήρως. Δεν εισέρχεται πλέον κατά δεσμίδες εντός του χόνδρου όπως στην τραχεία, αλλά σχηματίζει χωριστή στοιβάδα επί τα εντός του χόνδρου, με αποτέλεσμα ο αεραγωγός να μπορεί να αποφραχθεί πλήρως μετά από σύσπαση του μυός, γεγονός που δεν συμβαίνει στην τραχεία⁸.

1.2.3 ΣΤΕΛΕΧΙΑΙΟΙ (ΚΥΡΙΟΙ) ΚΑΙ ΤΜΗΜΑΤΙΚΟΙ ΒΡΟΓΧΟΙ

Ο δεξιός στελεχιαίος βρόγχος είναι βραχύτερος (2,5 cm περίπου) του αριστερού (5 cm περίπου) και φαίνεται να αποτελεί τη φυσιολογική συνέχεια της τραχείας, ενώ η έκφυση του αριστερού στελεχιαίου γίνεται υπό οξεία γωνία. Αποτέλεσμα αυτού είναι τα εισροφούμενα ξένα σώματα να ενσφηνώνονται συχνότερα δεξιά⁸.

Ο δεξιός στελεχιαίος βρόγχος, αφού δώσει τη διακλάδωση για τον άνω λοβό (δεξιός άνω βρόγχος), πορεύεται προς τα κάτω, καλούμενος στη συνέχεια διάμεσος βρόγχος. Ο διάμεσος βρόγχος δίνει διακλαδώσεις για το μέσο λοβό (ο οποίος υπάρχει μόνο στο δεξιό πνεύμονα) και το δεξιό κάτω λοβό. Ο αριστερός στελεχιαίος βρόγχος διέρχεται κάτω του αορτικού τόξου και διαιρείται σε βρόγχο για τον αριστερό άνω και βρόγχο για τον αριστερό κάτω λοβό.

Ο βρόγχος για τον άνω λοβό αριστερά, δίνει τη διακλάδωση για τη γλωσσίδα(lingula) και το βρόγχο του ιδίως άνω λοβού⁸.

1.2.4 ΒΡΟΓΧΙΟΛΙΑ

Καθώς η διακλάδωση των τμηματικών βρόγχων συνεχίζεται, το χόνδρινο στοιχείο στο τοίχωμα τους γίνεται όλο και υποπλαστικότερο όσο η διάμετρος των βρόγχων μικραίνει, μέχρι πλήρους εξαφάνισης του στους βρόγχους με διάμετρο 1 mm, οι οποίοι ονομάζονται βρογχιόλια⁸.

1.3 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΠΑΡΕΓΧΥΜΑ

Στο ύψος όπου ο διχασμός των βρογχολίων αρχίζει να παρουσιάζει κυψελίδες, αυτά ονομάζονται αναπνευστικά βρογχιόλια, ενώ το αμέσως προηγούμενο βρογχιόλιο πριν από το αναπνευστικό ονομάζεται τελικό βρογχιόλιο. Η διάμετρος του τελικού βρογχολίου είναι περίπου 0,5 χιλιοστά και καθένα από αυτά τροφοδοτεί με αέρα τη δική του περιφερειακή μονάδα του πνεύμονα που ονομάζεται λοβίδιο. Το λοβίδιο αποτελεί τη βασική ανατομική μονάδα του πνευμονικού παρεγγύματος. Στο επίπεδο του λοβιδίου, τα αναπνευστικά βρογχιόλια υποδιαιρούνται περαιτέρω σε αναπνευστικά

βρογχιόλια 1ης, 2ης και 3ης τάξης. Επιτελούν διπλό ρόλο, τόσο ως αεραγωγοί, όσο και ως το πρώτο μέρος του συστήματος ανταλλαγής των αερίων στον πνεύμονα. Τα αναπνευστικά βρογχιόλια όσο προχωρούν περιφερικότερα περιβάλλονται όλο και περισσότερο από κυψελιδικούς σάκκους και κυψελίδες. Οι κυψελίδες είναι το σημείο όπου επιτελείται η κύρια λειτουργία των πνευμόνων, η ανταλλαγή των αναπνευστικών αερίων, δηλαδή η πρόσληψη οξυγόνου και η αποβολή διοξειδίου του άνθρακα. ο τοίχωμα των κυψελίδων είναι πολύ λεπτό και αποτελείται από δύο κύριους τύπους κυττάρων, τα πνευμονοκύτταρα τύπου I και II⁸.

Τα πνευμονοκύτταρα τύπου I είναι μεγάλα επίπεδα κύτταρα που καλύπτουν πάνω από 90% της επιφάνειας των κυψελίδων. Είναι κύτταρα υψηλής διαφοροποίησης, μεταβολικώς ανενεργά, που δεν πολλαπλασιάζονται και λόγω της μεγάλης επιφάνειας και του μικρού τους πάχους είναι τρωτά και καταστρέφονται από διάφορα παθογόνα αιτία που τα προσβάλλουν από το αίμα ή τον αέρα. Η κύρια λειτουργία τους είναι η ανταλλαγή των αερίων, που επιτυγχάνεται μέσω παθητικής διάχυσης⁸.

Τα πνευμονοκύτταρα τύπου II είναι μικρά κυβοειδή κύτταρα τα οποία εμφανίζουν σημαντική μεταβολική δραστηριότητα και παράγουν την επιφανειοδραστική ουσία (surfactant). Η επιφανειοδραστική ουσία είναι ένα πολύπλοκο μείγμα από πρωτεΐνες και λιπίδια, το οποίο ελαττώνει την επιφανειακή τάση των κυψελίδων και εμποδίζει τη δημιουργία ατελεκτασιών⁸.

Η ανταλλαγή των αερίων γίνεται στην κυψελιδοτριχοειδική μεμβράνη, το τμήμα του πνεύμονα όπου οι κυψελίδες και τα πνευμονικά τριχοειδή έρχονται σε ανατομική επαφή μεταξύ τους. Οι τελικές αναπνευστικές μονάδες επικοινωνούν μεταξύ τους με τους κυψελιδικούς πόρους του Kohn και τις διόδους του Lambert. Οι πρώτοι συνδέουν μεταξύ τους κυψελίδες, ενώ οι δίοδοι του Lambert συνδέουν τελικά και αναπνευστικά βρογχιόλια ή και μεγαλύτερους βρόγχους. Οι επικοινωνίες αυτές αποτελούν οδούς παράπλευρου αερισμού⁸.

Η διακλάδωση του βρογχικού δέντρου μοιάζει με εκείνη του δέντρου. Σε κάθε σημείο διακλάδωσης εκφύονται συνήθως δύο κλάδοι, οι οποίοι όμως δεν είναι ακριβώς ίδιοι ούτε στο μήκος, ούτε στο εύρος. Ο αριθμός των διακλαδώσεων των αεραγωγών από το σημείο της κυρίας τρόπιδας μέχρι του τελικού βρογχιολίου, δεν είναι καθόλου σταθερός για όλους τους βρόγχους και ποικίλλει από 7 έως 24, ανάλογα με το πόσο απέχει ο βρόγχος από την πύλη του πνεύμονα. Ο αριθμός των τελικών βρογχιολίων και επομένως και των αναπνευστικών μονάδων, υπολογίζεται σε 20-30.000. Η επιφάνεια διατομής των αγωγών των αναπνευστικού συστήματος, ξεκινάει από την τραχεία στα 2 cm² και μπορεί να φτάσει συνολικά τις μερικές χιλιάδες τετραγωνικά εκατοστά. Αποτέλεσμα όλων αυτών των διακλαδώσεων είναι η ταχύτητα του ρεύματος του αέρα η οποία είναι αρκετά σημαντική στην τραχεία, να μηδενίζεται στο επίπεδο της κυψελίδας, διότι εκεί δεν χρειάζεται μετακίνηση αέρα, αλλά αντίθετα μάλλον ακινησία, ώστε να επιτυγχάνεται μέσω διάχυσης η ανταλλαγή των αερίων⁸.

1.3.1 ΥΠΕΖΩΚΟΤΑΣ

Μεταξύ του θωρακικού τοιχώματος και των πνευμόνων υπάρχει ένας λεπτός υμένας ο οποίος ονομάζεται υπεζωκότας. Αυτός αποτελείται από 2 τμήματα (πέταλα): ένα εσωτερικό (σπλαγγχνικός υπεζωκότας) το οποίο καλύπτει τους πνεύμονες κι ένα εξωτερικό (τοιχωματικός υπεζωκότας) το οποίο καλύπτει το θωρακικό τοίχωμα. Τα 2 πέταλα του υπεζωκότα σχηματίζουν μία κοιλότητα μεταξύ τους την υπεζωκοτική, η οποία περιέχει μία μικρή ποσότητα υγρού (πλευριτικό υγρό) και η οποία σε φυσιολογικές συνθήκες είναι λιγότερη από 1ml. Το υγρό αυτό λειτουργεί σαν λιπαντικό (αποφυγή τριβής μεταξύ των πετάλων του υπεζωκότα κατά τις αναπνευστικές κινήσεις). Η αύξηση αυτής της ποσότητας του πλευριτικού υγρού, η οποία συμβαίνει μόνο σε παθολογικές καταστάσεις, ονομάζεται πλευριτική συλλογή ή υγρή πλευρίτιδα¹⁹.

1.3.2 ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

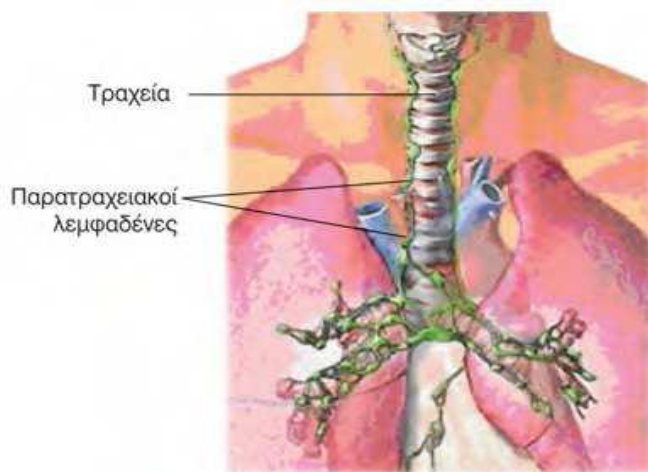
Γίνεται τόσο από τη συμπαθητική (μέσω της συμπαθητικής αλύσου) όσο και από την παρασυμπαθητική οδό (μέσω του πνευμονογαστρικού νεύρου). Σημειώνεται ότι οι λείες μυϊκές ίνες των αεραγωγών φαίνεται να λαμβάνουν άμεση νεύρωση μόνο από το παρασυμπαθητικό⁸.

1.3.3 ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ

Σχηματισμένοι λεμφαδένες, με βλαστικά κέντρα και καθορισμένη κολλοειδή κατασκευή, εμφανίζονται εντός των πνευμόνων κατά τη γέννηση και αυξάνουν αρκετά κατά το πρώτο έτος της ζωής. Στους ενήλικες, οι λεμφαδένες βρίσκονται κυρίως εντός των πυλών στον περιβρογχικό ιστό και δεν έρχονται σε άμεση επαφή με το αναπνευστικό επιθήλιο⁸.

Οι ομάδες των λεμφαδένων, οι οποίες παρεμβάλλονται στη ροή της λέμφου από τους πνεύμονες στη φλεβική κυκλοφορία μέσω των θωρακικών πόρων είναι:

- Οι πνευμονικοί (ενδοπνευμονικοί) λεμφαδένες, οι οποίοι εντοπίζονται κυρίως στις διακλαδώσεις των μεγάλων (λοβαίων) βρόγχων.
- Οι πυλαίοι λεμφαδένες, οι οποίοι βρίσκονται στη θέση εισόδου στους πνεύμονες των στελεχιαίων βρόγχων και των αγγείων.
- Οι τραχειοβρογχικοί λεμφαδένες.
- Οι λεμφαδένες του αορτικού τόξου, οι οποίοι είναι μόνο αριστερά και εντοπίζονται κάτω από το αορτικό τόξο.
- Οι παρατραχειακοί λεμφαδένες.
- Οι κατώτεροι εν τω βάθει τραχηλικοί (σκαληνοί) λεμφαδένες⁸.



Εικ. 1. Οι λεμφαδένες

Πηγή: *www. National Canser Institute, 9-6-2012, ώρα 19.30 μ.μ.*

1.3.4 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

Η πνευμονική κυκλοφορία (η οποία αποκαλείται "μικρή κυκλοφορία") παρεμβάλλεται μεταξύ της δεξιάς και της αριστερής κοιλίας. Ξεκινάει από την πνευμονική βαλβίδα, η οποία είναι η έξοδος της δεξιάς κοιλίας και εκτείνεται έως τα στόμια εισόδου των τεσσάρων πνευμονικών φλεβών στον αριστερό κόλπο. Η κύρια λειτουργία της είναι η μεταφορά ολόκληρης της καρδιακής παροχής με χαμηλή πίεση στην κυψελιδοτριχοειδική μεμβράνη, ώστε να επιτευχθεί η ανταλλαγή των αερίων⁸.

Η πνευμονική κυκλοφορία περιλαμβάνει το στέλεχος της πνευμονικής αρτηρίας, την αριστερή και δεξιά κύρια πνευμονική αρτηρία και τους λοβαίους κλάδους τους, τις ενδοπνευμονικές αρτηρίες, τα αρτηρίδια, τα τριχοειδή, τα φλεβίδια και τις μεγάλες πνευμονικές φλέβες⁸.

Λόγω σημαντικών διαφορών στην επιμέρους φυσιολογία τους, η πνευμονική κυκλοφορία μπορεί να διαχωριστεί λειτουργικά σε εξωκυψελιδικά και κυψελιδικά αγγεία. Τα μικρά αγγεία που συμμετέχουν στην ανταλλαγή υγρών και διαλυτών συστατικών αποκαλούνται συνολικά πνευμονική μικροκυκλοφορία⁸.

1.3.5 ΒΡΟΓΧΙΚΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

Ξεκινάει απευθείας από τη συστηματική κυκλοφορία και αρδεύει κυρίως την τραχεία, τους βρόγχους και τα βρογχιόλια, τα τοιχώματα των ενδοπνευμονικών αρτηριών και φλεβών και τους λεμφαδένες. Σε μικρότερο βαθμό παρέχει αιμάτωση και στις κυψελίδες. Επικοινωνεί με την πνευμονική κυκλοφορία, ώστε ένα μέρος του αίματος που διέρχεται από τις βρογχικές αρτηρίες, επιστρέφει στην αριστερή κοιλία μέσω των πνευμονικών φλεβών¹⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

2.1. Η ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

Η ενέργεια που χρειάζεται ο ζωντανός οργανισμός προέρχεται, άμεσα ή έμμεσα, από την οξειδωτική διάσπαση (καύση) διαφόρων οργανικών θρεπτικών ουσιών μέσα στα κύτταρα. Έτσι, με την εξαίρεση μερικών παρασιτικών οργανισμών και μικροβίων, όλα τα ζώα και τα φυτά έχουν ανάγκη από μοριακό οξυγόνο. Στον άνθρωπο το οξυγόνο αυτό παραλαμβάνεται από τον ατμοσφαιρικό αέρα, στον οποίο αντίστοιχα αποδίδεται το CO₂ που παράγεται στον οργανισμό ως τελικό προϊόν της οξείδωσης του άνθρακα των καιόμενων ουσιών. Η ανταλλαγή αυτή του O₂ και του CO₂ μεταξύ του περιβάλλοντος και του οργανισμού αποτελεί την αναπνοή. Η εσωτερική αναπνοή αντιστοιχεί στην ανταλλαγή των δύο αυτών αναπνευστικών αερίων μεταξύ των κυττάρων του οργανισμού και του εξωκυτταρικού υγρού που τα περιβάλλει, ο όρος εξωτερική αναπνοή αφορά αντίθετα την ανταλλαγή O₂ και CO₂ μεταξύ του εξωτερικού περιβάλλοντος και του σώματος, δηλαδή αναφέρεται στην "πρώτη", πρόσληψη του O₂ από το σώμα και στην αντίστοιχη "τελική" αποβολή του CO₂. Στον άνθρωπο η εξωτερική αναπνοή γίνεται στους πνεύμονες. Τον συνδετικό κρίκο μεταξύ της εσωτερικής και της εξωτερικής αναπνοής αποτελεί η μεταφορά των αναπνευστικών αερίων από το αίμα²¹.

Κατά την αναπνοή το αίμα των πνευμονικών τριχοειδών στις κυψελίδες παραλαμβάνει O₂ από τον εξωτερικό αέρα ενώ συγχρόνως αποδίδει σε αυτόν CO₂. Η επεξεργασία αυτή, δηλαδή η μετατροπή του αίματος από φλεβικό σε αρτηριακό, είναι η κύρια λειτουργία των πνευμόνων. Προϋπόθεση για την ομαλή εκτέλεση της είναι η διαρκής ανανέωση του κυψελιδικού αέρα μέσα στους πνεύμονες η οποία επιτυγχάνεται με τη βοήθεια των αναπνευστικών κινήσεων ή αναπνοών²¹.

Η κάθε "αναπνοή" αποτελείται από την α) εισπνοή, δηλαδή τη μεγέθυνση του όγκου της θωρακικής κοιλότητας λόγω καθόδου του διαφράγματος και κίνησης των πλευρών προς τα έξω και επάνω κατόπιν συστολής των αντίστοιχων εισπνευστικών μυών και την β) εκπνοή, δηλαδή την ελάττωση του όγκου της θωρακικής κοιλότητας λόγω κινήσεων του διαφράγματος και των πλευρών ακριβώς αντίθετων προς τις προηγούμενες. Στην ήρεμη αναπνοή η εκπνοή γίνεται παθητικά -μετά τη χάλαση των εισπνευστικών μυών- με την επενέργεια της ελαστικότητας των πνευμόνων και του βάρους των πλευρών. Στην έντονη όμως αναπνοή γίνεται και αυτή ενεργητικά, λόγω συστολής και των εκπνευστικών μυών²¹.

Οι εισπνευστικοί μύες διαιρούνται σε κύριους και σε επικουρικούς.

1. Οι κύριοι εισπνευστικοί μύες είναι το διάφραγμα και οι έξω μεσοπλεύριοι μύες. Το διάφραγμα φράζει το κάτω στόμιο της θωρακικής κοιλότητας και νευρώνεται από το φρενικό νεύρο. Στη χάλαση το διάφραγμα εμφανίζει μία κύρτωση προς τα επάνω όταν αυτό συσπασθεί κατά την εισπνοή η κύρτωση του αποπλάτνεται και έτσι το τενοντώδες κέντρο του κατεβαίνει στην ήρεμη εισπνοή 1,0-1,5 cm και στη βαθεία μέχρι 5,0 cm. Η μετακίνηση αυτή του διαφράγματος αυξάνει την κατακόρυφη διάμετρο του θώρακα. Οι έξω μεσοπλεύριοι μύες εκφύονται από την εκάστοτε ανώτερη πλευρά και φερόμενοι προς τα εμπρός και κάτω καταφύονται στο άνω χείλος της αμέσως κατώτερης πλευράς. Αυτοί νευρώνονται από τα μεσοπλεύρια νεύρα και η σύσπασή τους προκαλεί μετακίνηση των πλευρών προς τα επάνω και έξω. Επειδή η φυσιολογική φορά των πλευρών είναι προς τα εμπρός και κάτω, η κίνηση αυτή απομακρύνει το πρόσθιο άκρο τους από τη σπονδυλική στήλη με αποτέλεσμα μία αντίστοιχη κίνηση του στέρνου το οποίο φέρεται προς τα εμπρός, έτσι προκαλείται μία αύξηση τόσο της προσθιοπίσθιας όσο και της εγκάρσιας διαμέτρου του θώρακα²¹.

2. Οι επικουρικοί εισπνευστικοί μύες (στερνοκλειδομαστοειδείς, μείζονες και ελάσσονες θωρακικοί, πρόσθιοι οδοντωτοί κ.ά.) ενεργοποιούνται στην έντονη εισπνοή. Την πιο σημαντική επενέργεια φαίνεται ότι ασκούν οι σκαληνοί και οι στερνοκλειδομαστοειδείς²¹.

Οι επικουρικοί μύες δρουν προκαλώντας ανύψωση των πλευρών.

Όλοι οι εκπνευστικοί μύες γενικά χαρακτηρίζονται ως επικουρικοί αφού, δεν χρησιμοποιούνται στην ήρεμη αναπνοή. Σε αυτούς ανήκουν οι έσω μεσοπλεύριοι μύες, οι οποίοι εκφύονται από το άνω χείλος της εκάστοτε κατώτερης πλευράς και φερόμενοι προς τα επάνω και εμπρός καταφύονται στην αμέσως υπερκείμενη πλευρά, με τη δράση τους οι πλευρές κινούνται προς τα κάτω και έσω. Άλλοι σημαντικοί εκπνευστικοί μύες είναι οι κάτω οδοντωτοί και προπάντων οι κοιλιακοί μύες οι οποίοι κατά τη σύσπασή τους αυξάνουν την ενδοκοιλιακή πίεση, με αποτέλεσμα να πιέζονται έμμεσα οι θόλοι του διαφράγματος προς τα επάνω, ενώ παράλληλα έλκουν τις κατώτερες πλευρές προς τα κάτω²¹.

Κατά τη φυσιολογική ήρεμη αναπνοή τον κύριο ρόλο παίζει το διάφραγμα, δεδομένου ότι η μέση εγκάρσια επιφάνεια του μυός αυτού είναι 250 cm² και η μέση μετακίνηση του 1,25 cm, έπεται ότι η κίνηση αυτή προκαλεί μεταβολή όγκου -300 ml, το 60% περίπου του συνόλου του αναπνεόμενου όγκου. Στην έντονη αναπνοή η ποσοστιαία συμβολή των κινήσεων των πλευρών αυξάνεται σχετικά, ενώ υπάρχουν αρκετές ατομικές διαφορές ως προς τη σχετική αναλογία συμβολής της κοιλιακής (διαφραγματικής) και της θωρακικής (πλευρικής) αναπνοής στη συνολική αναπνευστική λειτουργία. Ο τύπος της αναπνοής επηρεάζεται επίσης από την ηλικία, τον τρόπο ζωής γενικά, την ύπαρξη κύησης κ.ά²¹.

Κατά την εισπνοή τα κάτω χείλη των πνευμόνων εκπτύσσονται στους σφηνοειδείς πλευροδιαφραγματικούς χώρους. Η εμφάνιση των χώρων αυτών οφείλεται στην απομάκρυνση των περιφερικών τμημάτων του διαφράγματος από τα πλευρικά τοιχώματα καθώς οι θόλοι του μυός αυτού αποπλατύνονται κατά την εισπνοή. Η έκταση της έκπτυξης των πνευμόνων διερευνάται με την επίκρουση του θωρακικού τοιχώματος²¹.

2.2 ΟΓΚΟΙ ΚΑΙ ΧΩΡΗΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Στον χώρο των αεροφόρων οδών μέχρι και τα τελικά βρογχιόλια, (νεκρός χώρος), δεν γίνεται ανταλλαγή αερίων. Κατά τη δίοδο του όμως από εκεί ο εισπνεόμενος αέρας θερμαίνεται, υγραίνεται και καθαρίζεται από αιωρούμενη σκόνη κτλ., και γίνεται έτσι πιο κατάλληλος για την επαφή του με τις κυψελίδες. Ο νεκρός χώρος αντιστοιχεί σε ml στο διπλάσιο περίπου του βάρους του σώματος σε kg, έτσι ο μέσος όρος για τον φυσιολογικό ενήλικα είναι περίπου 150 ml. Από τον αέρα επομένως που εισπνέεται σε κάθε αναπνοή τα τελευταία 150 ml μένουν στον νεκρό χώρο και δεν έρχονται σε επαφή με τις κυψελίδες, ενώ παράλληλα τα τελευταία 150 ml του αέρα που εκπνέεται δεν βγαίνουν στον εξωτερικό αέρα αλλά μένουν επίσης στον νεκρό χώρο και ξαναμπαίνουν στην κυψελιδική περιοχή κατά την επομένη εισπνοή. Σύμφωνα με τα παραπάνω σε έναν όγκο αναπνοής 500 ml μόνο τα 350 ml φθάνουν στις κυψελίδες και συμβάλλουν στην ανταλλαγή των αερίων²⁵.

Οι όγκοι αέρα που υπάρχουν ή μπορούν να προσληφθούν μέσα στον κυψελιδικό χώρο είναι οι εξής:

- **Ο αναπνεόμενος όγκος αέρα:** ο όγκος εκείνος που εισπνέεται ή εκπνέεται στην ήρεμη αναπνοή.
- **Ο εισπνευστικός εφεδρικός όγκος:** ο όγκος που μπορεί να προσληφθεί επιπλέον με μία μέγιστη εισπνευστική προσπάθεια μετά τη λήξη μίας ήρεμης εισπνοής.
- **Ο εκπνευστικός εφεδρικός όγκος:** ο όγκος αέρα που μπορεί να εκδιωχθεί από τους πνεύμονες με μία μέγιστη εκπνευστική προσπάθεια μετά τη λήξη μίας ήρεμης εκπνοής.
- **Ο υπολειπόμενος όγκος αέρα:** ο όγκος αέρα που μένει μέσα στους πνεύμονες μετά τη λήξη μίας μέγιστης εκπνοής. Ένα μέρος του αέρα αυτού φεύγει από τους πνεύμονες όταν αυτοί εμφανίσουν μερική ή ολική σύμπτωση (π.χ. σε πνευμοθώρακα), ενώ το υπόλοιπο (ελάχιστος όγκος αέρα) παραμένει και δεν μπορεί να απομακρυνθεί παρά μόνο με ειδική κατεργασία των πνευμόνων μετά από αφαίρεση τους από το σώμα²⁵.

Άθροίσματα δύο ή περισσότερων όγκων αποτελούν τις καλούμενες **χωρητικότητες**: Έτσι **η ολική χωρητικότητα** είναι το άθροισμα όλων των παραπάνω όγκων, ενώ ο όρος **ζωτική χωρητικότητα** αντιστοιχεί στο άθροισμα των τριών πρώτων, άρα ουσιαστικά προς τον μέγιστη όγκο αέρα που μπορεί κανείς να εκπνεύσει μετά από μία μέγιστη εισπνοή. Οι όγκοι και οι χωρητικότητες γενικά εκτός από τον υπολειπόμενο όγκο - και από τις χωρητικότητες που τον περιέχουν-μπορούν να μετρηθούν με απλά σχετικά όργανα, τα σπιρόμετρα ή πνοόμετρα. Πιο συχνά προσδιορίζεται η ζωτική χωρητικότητα, της οποίας η φυσιολογική τιμή - όπως άλλωστε και των υπόλοιπων όγκων και χωρητικοτήτων- διαφέρει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και τη σωματική διάπλαση. Οι τιμές αυτές μπορούν να υπολογισθούν κατά προσέγγιση στους ενήλικες με τους εξής τύπους:

Ø Άνδρες: Ζωτική χωρητικότητα (ml)=[27,63-(0,112 χ ηλικία)] x ύψος (cm)

Ø Γυναίκες: Ζωτική χωρητικότητα (ml)=[21,78-(0,1 χ ηλικία)] x ύψος (cm)

Χαρακτηριστική ελάττωση της ζωτικής χωρητικότητας εμφανίζεται με την πρόοδο της ηλικίας - ιδίως μετά τα 40-50 χρόνια - και αυτό διότι:

1. ελαττώνεται η ελαστικότητα των πνευμόνων πράγμα που οδηγεί σε αύξηση του υπολειπόμενου όγκου αέρα και
2. εμφανίζεται προοδευτική δυσκαμψία των θωρακικών τοιχωμάτων με αποτέλεσμα την ελάττωση της ολικής χωρητικότητας²⁵.

Παθολογικές καταστάσεις οδηγούν επίσης σε μείωση της ζωτικής χωρητικότητας, είτε επειδή ελαττώνεται το ποσό του πνευμονικού παρεγχύματος που βρίσκεται σε φυσιολογική κατάσταση (π.χ. σε καρκίνο του πνεύμονα), είτε από εξωπνευμονικά αίτια που προκαλούν περιορισμό των αναπνευστικών κινήσεων (π.χ. υγρή πλευρίτιδα, κυφωσκωλίωση)²⁵.

Ο κατά λεπτό όγκος αναπνεόμενου αέρα (ΚΛΑΑ) που φυσιολογικά στην ηρεμία αντιστοιχεί στα 5-8 L μπορεί σε συνθήκες έντονης εργασίας να αυξηθεί σημαντικά και να υπερβεί τα 100 L.

Οι κυριότερες απλές λειτουργικές δοκιμασίες του αναπνευστικού συστήματος είναι:

- Η μέτρηση των διαφόρων όγκων και χωρητικοτήτων με απλά σπιρόμετρα (πνοόμετρα).
- Η μέτρηση του μέγιστου εκούσιου αερισμού: Πρόκειται για τον μέγιστο όγκο αέρα που μπορεί να αναπνεύσει ένα άτομο μέσα σε ένα λεπτό. Συνήθως η μέτρηση γίνεται για διάστημα 10 ή 15 sec και το αποτέλεσμα ανάγεται σε 1 min. Οι λαμβανόμενες φυσιολογικές τιμές ποικίλλουν από 100-170 L/min ανάλογα με το φύλο, την ηλικία κτλ.
- Ο προσδιορισμός του "χρονομετρούμενου" όγκου βίαιας εκπνοής (forced expiratory volume-FEV): Στη δοκιμασία αυτή, που γίνεται με ειδικό σπιρόμετρο, το άτομο μετά από μία μέγιστη εισπνοή καλείται να εκπνεύσει όσο πιο έντονα και γρήγορα μπορεί. Φυσιολογικά εκπνέονται

μέσα στο πρώτο δευτερόλεπτο (FEV_{1,0}) τα 80% και μέσα στα πρώτα 3 δευτερόλεπτα (FEV_{3,0}) τα 95% τουλάχιστον της ζωτικής χωρητικότητας. Οι τιμές αυτές προοδευτικά ελαττώνονται με την πάροδο της ηλικίας έτσι ώστε στην ηλικία των 60 ετών ο FEV_{1,0} αντιστοιχεί φυσιολογικά μόνο στα 65% περίπου της ζωτικής χωρητικότητας²⁵.

2.3 Η ΑΝΤΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΑΕΡΙΩΝ

Έχει αναφερθεί προηγούμενα ότι σε κάθε ήρεμη εισπνοή περίπου 350 ml νέου αέρα φθάνουν στον κυψελιδικό χώρο και ανακατεύονται με τον αέρα που υπάρχει ήδη εκεί, ουσιαστικά δηλαδή με τον αέρα ο οποίος αντιστοιχεί στο άθροισμα του εκπνευστικού εφεδρικού και του υπολειπόμενου όγκου. Έτσι σε κάθε ήρεμη αναπνοή δεν γίνεται αντικατάσταση του όλου ποσού του κυψελιδικού αέρα αλλά μόνο του 15% περίπου, το ποσοστό αυτό γίνεται μεγαλύτερο όταν αυξάνεται το βάθος των αναπνοών. Κατά τη συνεχή αυτή προσθήκη O₂ και αφαίρεση CO₂, επειδή ακριβώς το ποσοστό αντικατάστασης του αέρα είναι σχετικά μικρό, οι διακυμάνσεις των μερικών πιέσεων του O₂ και του CO₂ στον κυψελιδικό αέρα έχουν περιορισμένη έκταση¹⁴.

Η ανταλλαγή των αερίων στους πνεύμονες γίνεται παθητικά, με διάχυση, χωρίς κατανάλωση ενέργειας. Απαραίτητες προϋποθέσεις για να ικανοποιεί ο ρυθμός της ανταλλαγής αυτής τις ανάγκες του οργανισμού είναι:

- **Η επιφάνεια ανταλλαγής να έχει επαρκή έκταση.**
- **Οι διαχωριστικές στιβάδες να είναι λεπτές και ευδιαπέραστες.**
- **Οι διαφορές των μερικών πιέσεων των αερίων στις δύο πλευρές της διαχωριστικής επιφάνειας να είναι αρκετά μεγάλες και προπαντός να μην ελαττώνονται κάτω από ορισμένα κατώτατα όρια¹⁴.**

Όλοι οι παραπάνω όροι εκπληρώνονται στον φυσιολογικό οργανισμό: Η συνολική επιφάνεια των κυψελίδων είναι αρκετά μεγάλη (50-90 m²). Το διαχεόμενο O₂ έχει να περάσει βέβαια πολλά διαδοχικά στρώματα (επιφανειοδραστική ουσία, κυψελιδικό επιθήλιο, διάμεσο υγρό του πνεύμονα, τοίχωμα τριχοειδών, πλάσμα, μεμβράνη ερυθροκυττάρων) πριν ενωθεί με την αιμοσφαιρίνη όμως όλα αυτά τα στρώματα είναι λεπτότατα (συνολικό πάχος περίπου 1,0 μm) και ευδιαπέραστα. Το CO₂ διατρέχει τις ίδιες στιβάδες με αντίθετη φορά¹⁴.

2.4 Η ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΣΤΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ

Το βασικό στέλεχος της πνευμονικής αρτηρίας και οι κύριοι κλάδοι της έχουν σχετικά μεγάλες διαμέτρους σε συνδυασμό με λεπτά τοιχώματα, φτωχά σε λείες μυϊκές ίνες και ανήκουν, όπως άλλωστε και ολόκληρη η μικρή κυκλοφορία, στο σύστημα χωρητικότητας του κυκλοφορικού συστήματος. Τα πνευμονικά-τριχοειδή έχουν βραχύ μήκος, μεγάλη σχετικά διάμετρο καθώς και πολλαπλές πλατιές αναστομώσεις. Το αίμα ουσιαστικά μοιάζει να περνά από τις

κυψελίδες σαν ένα λεπτό στρώμα που κινείται ανάμεσα σε δύο ενδοθηλιακές μεμβράνες οι οποίες συνδέονται μεταξύ τους με κάθετα ενδοθηλιακά στηρίγματα. Οι πνεύμονες αιματώνονται επιπλέον και από τις βρογχικές αρτηρίες οι οποίες φέρνουν αρτηριακό αίμα από την αορτή και χρησιμεύουν κυρίως για την τροφοδότηση του συνδετικού ιστού των βρόγχων και των πνευμόνων, το αίμα αυτό καταλήγει επίσης διαμέσου των πνευμονικών φλεβών στον αριστερό κόλπο¹⁴.

Οι τιμές της πίεσης του αίματος στην πνευμονική κυκλοφορία είναι σημαντικά μικρότερες από ότι στη σωματική: Έτσι η **μέγιστη τιμή** στην πνευμονική αρτηρία είναι 20-25 mm Hg, ενώ η **ελάχιστη** 8-10 mm Hg, η **μέση πίεση** είναι 13-15 mm Hg, δηλαδή υπάρχει αρκετά μεγάλη διαφορά (8-10 mm Hg) με το άλλο άκρο της μικρής κυκλοφορίας, τις πνευμονικές φλέβες, όπου η πίεση είναι 1-7 mm Hg (μέση τιμή 4,0 mm Hg). Η διαφορά αυτή είναι ακριβώς η κινητήρια δύναμη που προωθεί το αίμα διαμέσου των πνευμόνων¹⁴.

ΜΕΡΟΣ Β

ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Κανονικά κύτταρα

Εικ. 2

Καρκινικά κύτταρα

Πηγή: www. National Canser Institute, 9-6-2012, ώρα 19.30 μ.μ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο καρκίνος του πνεύμονα παρουσιάζει μια αύξηση συχνότητας στους άνδρες και αποτελεί ένα από τα κυριότερα αίτια θανάτου.

Η πρόσφατη αύξηση του ποσοστού καπνιστών στο γυναικείο φύλλο, εξάλλου, είναι η αιτία αύξησης του καρκίνου στις γυναίκες, με ταχύτερο μάλιστα ρυθμό από ό,τι στους άνδρες, σε σημείο ώστε να έχει ξεπεράσει τον καρκίνο του μαστού ως αιτία θανάτου.

Μελέτες έχουν δείξει ότι άτομα που καπνίζουν 20 τσιγάρα τη μέρα, παρουσιάζουν καρκίνο πνεύμονα δέκα φορές συχνότερα από τους μη καπνιστές.

Επειδή υπάρχει μια ασυμπτωματική περίοδος στην ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα, γι' αυτό κάθε άτομο που είναι καπνιστής για 15 – 20 χρόνια πρέπει να κάνει, περιοδικά, ακτινογραφική, κυτταρολογική και κλινική εξέταση.

Επειδή το 70% των αρρώστων, όταν γίνεται η διάγνωση, ο καρκίνος έχει ήδη διηθήσει στα τοπικά λεμφογάγγλια και έχει επεκταθεί σε άλλες περιοχές, ο δείκτης επιβίωσης είναι χαμηλός.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο καρκίνος του πνεύμονα αναπτύσσεται σε μέρη του πνεύμονα όπου υπάρχει από πριν ουλώδης ιστός (φυματίωση, ίνωση)¹.

3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Το αναπνευστικό σύστημα είναι κατάλληλος χώρος να αναπτυχθούν πρωτοπαθή και δευτεροπαθή μορφώματα καλοήθη και κακοήθη. Στους πρωτογενείς ανήκουν το σάρκωμα και το καρκίνωμα του πνεύμονα ή βρογχογενές καρκίνωμα¹.

Σάρκωμα του πνεύμονα: Είναι εξαιρετικά σπάνιος κακοήθης όγκος. Η θεραπεία είναι χειρουργική, αλλά η πρόγνωση είναι βαριά, εξαιτίας ταχείας αιματογενούς διασποράς¹.

Βρογχογενές καρκίνωμα ή πνευμονικός καρκίνος: Αποτελεί το πιο συνηθισμένο κακοήθες νεόπλασμα του πνεύμονα. Η συχνότητα του βρογχογενούς καρκινώματος είναι μεγαλύτερη στους εργαζόμενους ορυχείων ουρανίου, χρωμίου, νικελίου, ασβέστου, πίσσας. Το βρογχογενές καρκίνωμα είναι πολύ συχνό στην ηλικία των 50-60 ετών, πολύ σπάνιο κάτω από 35 χρόνων. Είναι συχνότερο στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες. Τα συμπτώματα είναι: βήχας, αιμόπτυση, δύσπνοια, πόνος, απόχρεμψη, ανορεξία, καταβολή δυνάμεων, απώλεια σωματικού βάρους κλπ. Η θεραπεία είναι χειρουργική και περιλαμβάνει εξαίρεση του λοβού ή ολόκληρου του πνεύμονα, ανάλογα με τη θέση του νεοπλασματος και συντηρητική με ακτινοβολία (ραδιενεργό κοβάλτιο) και κυτταροστατικά φάρμακα¹.

Δευτερογενείς κακοήθεις όγκοι (μεταστατικοί): Ο πνεύμονας αποτελεί συνηθισμένο έδαφος μεταστάσεων από κακοήθη νεοπλασμάτα άλλων οργάνων (μαστοί, παχύ έντερο, προστάτης, νεφρά, θυρεοειδής). Η θεραπεία είναι χειρουργική και η πρόγνωση βαριά¹.

3.3 ΕΙΔΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο καρκίνος του πνεύμονα χωρίζεται σε δύο μεγάλες ομάδες: μικροκυτταρικού τύπου και μη μικροκυτταρικού τύπου, που έχουν διαφορετικούς τρόπους θεραπείας και πρόγνωσης¹.

Ο μικροκυτταρικός τύπος καρκίνου του πνεύμονα έχει άμεση σχέση με το κάπνισμα, αναπτύσσεται και διασπείρεται ταχέως και για το λόγο αυτό θεωρείται ότι δεν αντιμετωπίζεται με επέμβαση. Θεωρητικά έχει κάνει μεταστάσεις την ώρα της διάγνωσης ακόμα και αν ο εργαστηριακός έλεγχος δεν έχει διαπιστώσει κάποια μετάσταση. Ο τύπος αυτός ανταποκρίνεται πολύ καλά στη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία¹.

Ο μη μικροκυτταρικός τύπος καρκίνου πνεύμονα διαιρείται σε τρεις υποομάδες: τον πλακώδη, το αδenoκαρκίνωμα και το μεγαλοκυτταρικό τύπο. Το αδenoκαρκίνωμα είναι το μοναδικό που δεν έχει άμεση σχέση με το κάπνισμα. Ο μη μικροκυτταρικού τύπου καρκίνος του πνεύμονα εξαπλώνεται τοπικά και αργά να δώσει απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η χειρουργική θεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στην πλήρη θεραπεία. Όταν η νόσος βρίσκεται σε προχωρημένα στάδια, η αντιμετώπισή της περιλαμβάνει χημειοθεραπεία και ακτινοβολία¹.

3.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

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, όταν οι πιθανότητες για πλήρη ίαση είναι μεγαλύτερες. Τα συνηθέστερα συμπτώματα με τα οποία εμφανίζονται οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα είναι:

- Βήχας, με ή χωρίς απόχρεμψη
- Απώλεια σωματικού βάρους
- Δύσπνοια
- Θωρακικός πόνος (που συχνά επιδεινώνεται με την αναπνοή)
- Αιμόπτυση
- Πληκτροδοκτυλία
- Πυρετός, ή δεκατική 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

Ορισμένες φορές η ανακάλυψη του όγκου είναι τυχαία, οπότε ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός¹.

3.5. ΑΙΤΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

3.5.1 Το κάπνισμα

Είναι απολύτως τεκμηριωμένο ότι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει 4.000 χημικές ουσίες, 55 από τις οποίες είναι δυνητικά καρκινογόνες. Το κάπνισμα ευθύνεται για το 80-90% των χρόνιων αναπνευστικών νοσημάτων, 23- 40% των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου και είναι ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα¹.

Συγκεκριμένα το 80-85% των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα είναι καπνιστές και οι καπνιστές έχουν 20 φορές περισσότερες πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου πνεύμονα από ότι οι μη καπνιστές. Έχει υπολογιστεί ότι 9 στους 10 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα ήταν καπνιστές. Το παθητικό κάπνισμα: Η έκθεση των μη-καπνιστών στον καπνό του τσιγάρου των καπνιστών ονομάζεται «παθητικό κάπνισμα»¹.

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι ενήλικες που συζούν με καπνιστές 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%¹.

Κατά το κάπνισμα, χημικές καρκινογόνες ουσίες, που βρίσκονται στον καπνό του τσιγάρου, εισέρχονται στους πνεύμονες και προκαλούν βλάβες στο γενετικό υλικό (DNA) των κυττάρων των πνευμόνων, μεταβάλλοντας σημαντικά γονίδια (περιοχές δηλαδή του γενετικού υλικού σημαντικές για συγκεκριμένες λειτουργίες του κυττάρου). Με τον καιρό, τα κύτταρα που έχουν υποστεί βλάβη χάνουν τον έλεγχο του πολλαπλασιασμού και της ανάπτυξης τους και καθίστανται καρκινικά¹.

Το 87% των καρκίνων του πνεύμονα σχετίζονται με κάπνισμα. Περισσότεροι από τους μισούς πρωτοδιαγνωσθέντες ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα ήταν πρώην καπνιστές. Ο κίνδυνος αυξάνει με τα έτη καπνίσματος και με τον αριθμό τσιγάρων που καπνίζει κανείς ημερησίως. Οι καπνιστές παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο για άλλους τύπους καρκίνου όπως: ουροδόχου κύστεως, νεφρών, παγκρέατος, τραχείας, στοματικής κοιλότητας, λάρυγγα, οισοφάγου, τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες, καθώς και για άλλες ασθένειες όπως εμφύσημα, χρόνια βρογχίτιδα, οστεοπόρωση, σακχαρώδη διαβήτης, καρδιαγγειακές νόσους¹.

3.5.2 Το παθητικό κάπνισμα

Η έκθεση των μη-καπνιστών στον καπνό του τσιγάρου των καπνιστών ονομάζεται «παθητικό κάπνισμα». Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι ενήλικες που συζούν με καπνιστές 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%²⁷.

3.5.3 Ο αμίαντος

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 πνεύμονα²⁷.

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 αδιευκρίνιστος²⁷.



Εικ. 3

Εργοστάσιο Μεγαλουπόλεως

Πηγή: www.BeStrong.org.gr, Νοσηλευτές/τριες Ογκολογικών ασθενών, 9-6-2012, ώρα 19.00 μ.μ.

3.5.4 Το ραδιενεργό αέριο ραδόνιο

Το ραδόνιο είναι ένα άορατο, και άγευστο ραδιενεργό αέριο το οποίο φυσιολογικά ανευρίσκεται στο έδαφος και στα πετρώματα. Εργάτες σε μεταλλεία εκτίθενται σε ραδόνιο και σε μερικές περιοχές των ΗΠΑ ραδόνιο βρίσκεται και μέσα στις κατοικίες. Μπορεί να προκαλέσει βλάβες στους πνεύμονες και να οδηγήσει σε καρκίνο του πνεύμονα. Η μόλυνση του περιβάλλοντος: Έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ καρκίνου του πνεύμονα και έκθεσης σε συγκεκριμένους ρύπους της ατμόσφαιρας, όπως τα παραπροϊόντα της καύσης του πετρελαίου και άλλων φυσικών καυσίμων²⁷.

3.5.5 Η ύπαρξη άλλων νοσημάτων

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 αμίαντο), 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 παρέγχυμα και μπορούν να οδηγήσουν σε ανάπτυξη ουλώδους ιστού στους πνεύμονες²⁷.

3.5.6 Το ανοσοποιητικό σύστημα προδιαθέτει την ανάπτυξη καρκίνου πνεύμονα

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 ανοσοκατασταλτικά 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 σύστημα²⁷.

3.5.7 Κληρονομικότητα

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 μπορεί να οφείλεται 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 ραδόνιο. Τέλος μπορεί να οφείλεται στο ότι έχουν κληρονομήσει τον ίδιο κίνδυνο στα γονίδια τους²⁷.

3.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Όταν υπάρχει υποψία ότι ένας ασθενής πάσχει από καρκίνο του πνεύμονα ο γιατρός θα πρέπει να ζητήσει συγκεκριμένες εξετάσεις για να επιβεβαιώσει ή να αποκλείσει αρχικά τη διάγνωση και ακολούθως να καθορίσει την έκταση της νόσου (να καθορίσει το στάδιο)²⁶.

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 νόσου. 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 θωρακοσκόπηση²⁶.

3.6.1 Η κυτταρολογική εξέταση πτυέλων

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 κύτταρα¹².

3.6.2 Βρογχοσκόπηση



Εικ. 4

Βρογχοσκόπιο

Πηγή: www.BeStrong.org.gr, Νοσηλεύτές/τριες Ογκολογικών ασθενών, 9-6-2012, ώρα 19.00 μ.μ.

Βρογχοσκόπηση ονομάζεται ο έλεγχος του εσωτερικού του πνεύμονα (βρόγχων) με ειδικό όργανο ενδοσκόπησης που λέγεται βρογχοσκόπιο. Είναι ασφαλής μέθοδος (κίνδυνος επιπλοκών <2%) 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 καρκίνου¹².

3.6.3 Η βιοψία διά βελόνης

Η αφαίρεση ενός μικρού κομματιού από ύποπτη περιοχή του πνεύμονα μέσω μίας λεπτής βελόνης που μπαίνει από το δέρμα λέγεται βιοψία διά βελόνης. Για την καθοδήγηση της βελόνης 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 κυττάρων. Συνήθως μετά την διαδικασία γίνεται ακτινογραφία θώρακος στον ασθενή για να βεβαιωθούμε ότι δεν υπάρχει διαφυγή αέρα από τον πνεύμονα¹².

3.6.4 Η θωρακοκέντηση

Πρόκειται για απλή διαδικασία κατά την οποία ο γιατρός αφαιρεί (αναρροφά), 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 (εύρεση καρκινικών κυττάρων) αλλά και στην ανακούφιση των ασθενών με μεγάλες ποσότητες υγρού αφού ο γιατρός μπορεί να αφαιρέσει με την μέθοδο αυτή μεγάλες ποσότητες που φτάνουν το 1 λίτρο κάθε φορά¹².

3.6.5 Μεσοθωρακοσκόπηση, Μεσοθωρακοτομή, Θωρακοσκόπηση

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. Χρειάζεται ο ασθενής να οδηγηθεί σε οργανωμένο χειρουργείο και να λάβει γενική αναισθησία (να κοιμηθεί). Δεν θεωρούνται όμως «μείζονες» επεμβάσεις¹².

- **Μεσοθωρακοσκόπηση:** 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 λαιμού¹².
- **Μεσοθωρακοτομή:** Μία μικρή τομή γίνεται στο ανώτερο τμήμα του θώρακα, κοντά στο κέντρο, και ελέγχεται η περιοχή μεταξύ των δύο πνευμόνων¹².
- **Θωρακοσκόπηση:** Με την μέθοδο αυτή ελέγχονται τα όργανα που βρίσκονται στην κοιλότητα του θώρακα με τη βοήθεια του θωρακοσκοπίου, ενός λεπτού σωλήνα με φως, που μπαίνει από μία λεπτή τομή που γίνεται ανάμεσα σε δύο πλευρά¹².

3.6.6 Η εικονική βρογχοσκόπηση

Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε εξαιρετικά βαρεία 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 υλικού¹².

3.6.7 Οι καρκινικοί δείκτες και η χρήση τους

Καρκινικοί δείκτες ονομάζονται ουσίες που παράγονται κυρίως από καρκινικά κύτταρα αλλά μπορεί να παραχθούν και από φυσιολογικά. Αυτές οι ουσίες βρίσκονται στο αίμα, στα ούρα και στους καρκινικούς ιστούς (όργανα που πάσχουν από καρκίνο). Διαφορετικοί τύποι καρκίνου παράγουν διαφορετικά είδη τέτοιων ουσιών. Όμως, ο ίδιος καρκινικός δείκτης μπορεί να παρουσιάζεται αυξημένος σε περισσότερους από έναν τύπους καρκίνου. Επιπλέον δεν είναι βέβαιο ότι κάθε ασθενής που έχει καρκίνο έχει και αυξημένα επίπεδα καρκινικών δεικτών, ιδίως όταν βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο, όπως και ότι κάθε ασθενής που έχει κάποιον δείκτη αυξημένο πάσχει απαραίτητα από κακοήγη νόσο. Οι δείκτες αυτοί έχουν βοηθητικό μόνο ρόλο στη διάγνωση και στην παρακολούθηση της νόσου. Μετρήσεις των τιμών τους συχνά συνδυάζονται με άλλες εξετάσεις, όπως η βιοψία, για την ασφαλή διάγνωση. Η συχνή παρακολούθηση, σε τακτά χρονικά διαστήματα, βοηθά στον έλεγχο της ανταπόκρισης στην θεραπεία ή στην έγκαιρη αναγνώριση της επανεμφάνισης του καρκίνου (υποτροπή)¹².

3.6.8 Η Απεικόνιση

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

Μας βοηθάει στη συλλογή πληροφοριών σχετικά με:

- (α) την ανίχνευση ύποπτων περιοχών και ανωμαλιών που μπορεί να συνιστούν καρκίνο**
- (β) την εντόπιση, το μέγεθος της κακοήθειας και τα σημεία τα 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 στον καρκίνο του πνεύμονα είναι:

- Απλή ακτινογραφία θώρακος (Ro)
- Υπολογιστική ή αξονική τομογραφία (CT).
- Μαγνητική τομογραφία ή μαγνητικός συντονισμός (MRI).
- Υπερηχογράφημα (U/S)
- Τομογραφία με εκπομπή ποζιτρονίων (PET).
- Υπολογιστική τομογραφία εκπομπής απλών φωτονίων (SPECT).
- Η συνδυασμένη μέθοδος (PET/CT).
- Το σπινθηρογράφημα οστών (Scanning).
- Το octreoscan.

Ως επί των πλείστων οι απεικονιστικές εξετάσεις είναι ανώδυνες. Ίσως κατά την έγχυση των σκιαγραφικών ουσιών (την στιγμή της ένεσης) να αισθανθεί κανείς μια στιγμιαία ενόχληση. Αυτό όμως θα είναι παροδικό και δεν θα επηρεάσει την υπόλοιπη διαδικασία. Οι εξετάσεις μπορεί ωστόσο να αποβούν ενοχλητικές λόγω του μακρού χρόνου διάρκειάς τους ή αναμονής για την έναρξή τους. Ακόμη, λόγω της συγκεκριμένης στάσης σώματος που απαιτούν ορισμένες από αυτές μπορούν να γίνουν δυσάρεστες κυρίως για άτομα με κινητικά προβλήματα. Μην διστάσετε να συζητήσετε για όλα τα παραπάνω με τον γιατρό σας πριν υποβληθείτε σε οποιαδήποτε εξέταση¹².

Όπως δεν υπάρχει φάρμακο στο οποίο να αποκλείεται κάθε πιθανότητα αλλεργίας, έτσι και οι ουσίες που χρησιμοποιούνται για την διενέργεια ορισμένων εξετάσεων δεν είναι βέβαιο ότι δεν θα προκαλέσουν αντίδραση. Ωστόσο αυτή η πιθανότητα είναι μικρή. Σε περίπτωση που έχει προηγηθεί αλλεργική αντίδραση στο παρελθόν είτε από την ίδια ή παρόμοια εξέταση είτε μετά από λήψη φαρμάκων ή και σε άλλες περιπτώσεις, ενημερώστε τον γιατρό σας ώστε να σας προετοιμάσει κατάλληλα για την εξέταση, ή να την τροποποιήσει με σκοπό να γίνει καλύτερα ανεκτή από εσάς¹².

Καμία εξέταση δεν είναι απολύτως ακριβής ή αλάνθαστη. Άλλες εξετάσεις είναι πιο ευαίσθητες για συγκεκριμένες βλάβες κι άλλες για πιο ειδικές. Είναι στην κρίση του γιατρού να επιλέξει την καταλληλότερη εξέταση για εσάς. Κάθε οργανισμός είναι διαφορετικός και ξεχωριστός και πάντα μέσα από αυτό το πρίσμα της «μοναδικότητας» οι γιατροί λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία και γενικά με την αντιμετώπισή σας. Η απεικόνιση δεν σημαίνει και διάγνωση, απλά δείχνει ενδεχομένως την ύπαρξη μίας ασυνήθιστης/αφύσικης δομής στον οργανισμό¹².

3.6.8.1 Η απλή ακτινογραφία θώρακα (X-ray)

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 οστών. Η έκθεση στην ακτινοβολία εγκυμονεί πάντοτε κάποιους κινδύνους για τους ιστούς του οργανισμού. Ωστόσο η ποσότητα της ακτινοβολίας στην οποία εκτίθεστε είναι τόσο μικρή – ακόμη μικρότερη σε ορισμένες περιπτώσεις από αυτήν που εκτίθεστε στο φυσικό σας περιβάλλον. Απαγορεύεται η έκθεση εγκύου σε αυτού του είδους εξέταση. 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)¹².

3.6.8.2 Το υπερηχογράφημα (Ultrasonography, U/S)

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 περιέχοντα υγρό όπως η ουροδόχος κύστη και δεν είναι ιδιαίτερα ευκρινής για δομές όπως τα οστά ή οι πνεύμονες που είναι γεμάτοι αέρα. Έχει την δυνατότητα να ανιχνεύει όγκους, να κατευθύνει την διενέργεια βιοψιών, να δείχνει μεταβολές στη δομή εσωτερικών οργάνων ή ακόμα πολλές φορές και να θεραπεύει όπως στην περίπτωση λίθων του ουροποιητικού συστήματος (λιθοτριψία). Αποτελεί εύκολη, ανώδυνη, ανέξοδη τεχνική χωρίς τη χρήση επιβλαβούς ακτινοβολίας¹².

3.6.8.3 Η αξονική ή υπολογιστική τομογραφία (Computed-axial-tomography, (CT/CAT)

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, του εγκεφάλου, του ήπατος, του παγκρέατος, των επινεφριδίων, των οστών και άλλων οργάνων.

Εκτιμά την ύπαρξη και την έκταση όγκων, φλεγμονών και άλλων μεταβολών των εσωτερικών οργάνων¹².

Υψηλής ευκρίνειας αξονική τομογραφία (High resolution computed tomography, HRCT): Επιτρέπει την διενέργεια πολύ λεπτών τομών και άρα παρέχει λεπτομερέστερη απεικόνιση και υψηλή ευκρίνεια.

Ελικοειδής αξονική τομογραφία (Spiral or helical computed tomography, Spiral CT): Χρησιμοποιείται για την έγκαιρη ανίχνευση πολύ μικρών όγκων (ελικοειδής σάρωση με χαμηλή δόση ακτινοβολίας). Λαμβάνει συνεχείς εικόνες του σώματος με ταχεία ελικοειδή κίνηση έτσι ώστε να μην υπάρχουν κενά ανάμεσα στις λήψεις¹².

3.6.8.4 Ο μαγνητικός συντονισμός (μαγνητική τομογραφία- Magnetic Resonance Imaging, MRI)

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 εξέταση¹².

3.6.8.5 Η εξέταση PET (Τομογραφία με εκπομπή ποζιτρονίων- Positron emission tomography)

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 καθώς και για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας της αντινεοπλασματικής θεραπείας μέσα από τον χαρακτηρισμό βιοχημικών αλλαγών (κυρίως του μεταβολισμού της γλυκόζης) του όγκου. Ανιχνεύει την ύπαρξη καρκίνου, ελέγχει την αιματική ροή και βλέπει το πώς λειτουργούν τα όργανα. Με τον συνδυασμό αξονικής τομογραφίας και PET (PET/CT) μπορούμε να διακρίνουμε τους φυσιολογικούς από τους μη φυσιολογικούς ιστούς. Η τεχνική είναι πιο ακριβής στην ανίχνευση μεγαλύτερων από 2 εκ. και πιο επιθετικών όγκων¹².

Το PET/CT είναι πιο ακριβές από το PET στη σταδιοποίηση των όγκων και στην ακριβή εντόπισή τους. Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας – ανιχνεύοντας τα καρκινικά κύτταρα που πεθαίνουν και άρα χρησιμοποιούν λιγότερη γλυκόζη. Η έκθεση σε

ραδιενέργεια είναι μικρή και δεν επηρεάζει τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού. Οι εγκυμονούσες ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνουν το γιατρό ώστε πριν υποβληθούν στην εξέταση να εκτιμώνται οι κίνδυνοι σε σύγκριση με τα οφέλη. Η εξέταση είναι ωστόσο δαπανηρή και θα πρέπει να εκτελείται μόνο εάν το κρίνει σκόπιμο ο ιατρός σας¹².

3.6.8.6 Το SPECT (Υπολογιστική τομογραφία εκπομπής απλών φωτονίων-Single photon emission computed tomography)

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 κύτταρα¹².

3.6.8.7 Το σπινθηρογράφημα οστών (Bone-scan)

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. Αν και το σπινθηρογράφημα οστών ανιχνεύει διαταραχές του μεταβολισμού με μεγάλη ευαισθησία, δεν διαχωρίζει την αιτία των διαταραχών. Άλλες εξετάσεις συνήθως εκτελούνται για τον παραπάνω σκοπό. Και πάλι η περίπτωση εγκυμοσύνης καθώς και η συμβίωση με εγκυμονούσα ή παιδιά θα πρέπει να αναφερθεί στον γιατρό. Η εξέταση είναι σχετικά ασφαλής, με μικρή έκθεση στην ακτινοβολία¹².

3.6.8.9 Το octreoscan

Ορισμένοι όγκοι του πνεύμονα παρουσιάζουν νευροενδοκρινικούς χαρακτήρες και φέρουν υποδοχείς σωματοστατίνης (μιας ορμόνης που βρίσκεται σε πολλά συστήματα και όταν συνδεθεί με τους υποδοχείς της αναστέλλει πολλές φυσιολογικές λειτουργίες). Το octreoscan απεικονίζει αυτούς τους υποδοχείς. Η εξέταση διαρκεί 1-3 ημέρες¹².

Η ακτινοβολία και η ραδιενέργεια στην οποία εκτίθεστε είναι πολύ μικρής δόσης και ελεγχόμενη. Κίνδυνο διατρέχουν όσοι εκτίθενται σε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας και με μεγάλη συχνότητα (προσθετική δράση).

Βρέθηκε ένα οζίδιο στον πνεύμονα μου στην απλή ακτινογραφία ή στην αξονική τομογραφία. Η απεικόνιση βλαβών των πνευμόνων ή άλλων οργάνων με τις παραπάνω τεχνικές αποτελεί έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση και όχι διάγνωση. Εξάλλου αναφέραμε ότι με τις απεικονιστικές εξετάσεις ανιχνεύονται και καλοήθειες παθήσεις, όπως φλεγμονές, τραύματα και άλλα. Η περαιτέρω

εξέταση (για παράδειγμα η λήψη βιοψίας με διαφορετικές τεχνικές) κρίνεται σε πολλές περιπτώσεις απαραίτητη για την διευκρίνιση της φύσης των βλαβών (καλοήθεια ή κακοήθεια) και την οριστική διάγνωση¹².

3.6.9 Οι απεικονιστικές μέθοδοι και η χρήση τους

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 (ταυτόχρονη λήψη βιοψιών).

Η προετοιμασία πριν από τις παραπάνω εξετάσεις:

- Την ειδική προετοιμασία που πρέπει να λάβει ο ασθενής για κάθε εξέταση (ειδικά φάρμακα, διατροφή πριν και μετά την εξέταση, λήψη υγρών κτλ.).
- Τους κινδύνους που ενέχει η κάθε εξέταση (αποφυγή και αντιμετώπιση των επιπλοκών). Σε συνενόηση με τον γιατρό για άλλες νόσους, αλλεργίες, φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής, για περίπτωση εγκυμοσύνης ή θηλασμού, βηματοδότη, μεταλλικών βαλβίδων ή άλλων μεταλλικών αντικειμένων που φέρει στο σώμα του, για το οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο ζείτε (εγκυμονούσες, μικρά παιδιά) και για τυχόν ιδιαιτερότητες του, όπως κινητικά προβλήματα (δυσκολία στην μετακίνηση, στην όρθια στάση ή κατάκλιση), αγχώδεις διαταραχές ή «κλειστοφοβία». Ο γιατρός ενημερώνει για την διάρκεια και την διαδικασία της εξέτασης, την επικινδυνότητα, το αν είναι επώδυνη ή όχι και γενικά για το πώς θα προετοιμαστεί ο ασθενής κατάλληλα ώστε να υποβληθεί σε αυτήν περιορίζοντας στο ελάχιστο τυχόν δυσάρεστα συναισθήματα¹².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

4.1 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ο Π.Ο.Υ. υπολογίζει ότι στην Ευρώπη περίπου 215 εκ. κατοίκων καπνίζουν, από τα οποία τα 130 εκατ. είναι άνδρες. Το ποσοστό καπνιστών στους άνδρες είναι κατά μέσο όρο 34% στη Δυτική Ευρώπη και 47% στην Ανατολική, ενώ στις γυναίκες, 25% στη Δυτική Ευρώπη και 20% στην Ανατολική²¹. Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία καπνιστών μεταξύ των δυτικοευρωπαϊκών χωρών (37,6%). Κατά την τελευταία δεκαετία παρατηρείται μείωση του ποσοστού, αλλά παρόλα αυτά, παραμένει το υψηλότερο μεταξύ των χωρών της Δυτικής Ευρώπης. Παρά τη διαφανόμενη μείωση των καπνιστών, ο μέσος ετήσιος αριθμός τσιγάρων κατ' άτομο παρουσιάζει αύξηση. Στη δεκαετία 1991 - 2001 αυξήθηκε κατά 29,7% και έφτασε τα 3.089,4 τσιγάρα και τελικά, το 2004 τα 3.199,8 τσιγάρα. Η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο αριθμό καταναλισκόμενων τσιγάρων κατ' άτομο στη Δυτική Ευρώπη. Μετά το 2000, ο μέσος ετήσιος κατά κεφαλή αριθμός τσιγάρων στην Ελλάδα είναι διπλάσιος από ότι στη Γερμανία, Γαλλία και Μ. Βρετανία και πενταπλάσιος από ότι στη Νορβηγία²³.

4.2 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΦΥΛΩΝ

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα στα οποία στηρίζονται τα στοιχεία του Π.Ο.Υ. το 2000, το ποσοστό καπνιστών μεταξύ των ανδρών έφτανε στην Ελλάδα το 46,8%, ενώ μεταξύ των γυναικών το 29%²². Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αττική το 2002, σε άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών, το ποσοστό καπνιστών βρέθηκε στους άνδρες, 51% και στις γυναίκες 39%²³. Σε σύγκριση με τις άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα φαίνεται να έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών, όχι μόνο στους άνδρες αλλά και στις γυναίκες. Δεδομένου ότι στις γυναίκες η έναρξη του καπνίσματος άρχισε αργότερα και είναι ακόμη σε εξέλιξη, το ποσοστό των καπνιστριών αφενός ποικίλλει στις διάφορες ηλικίες και αφετέρου παρουσιάζει ακόμη τάσεις αύξησης²³.

4.3 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, η συχνότητα του καπνίσματος στην Ελλάδα, παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά στις ηλικίες 35 - 44 ετών κάτι που επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αττική. Σε άλλη

μελέτη, το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στις ηλικίες 25 - 35 ετών). Μεταξύ των νέων, το κάπνισμα, συνολικά στην Ευρώπη, φαίνεται να φτάνει περίπου το 30%. Το ποσοστό είναι κατά κανόνα υψηλότερο στα αγόρια, αλλά σε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης έχει εξισωθεί μεταξύ των δύο φύλων. Στη μελέτη ESPAD που πραγματοποιήθηκε σε σπουδαστές ηλικίας 17 - 18 ετών, σε 7 χώρες, το ποσοστό καπνιστών στην Ελλάδα, ήταν στους άνδρες 50% και στις γυναίκες 47%, ενώ σε μελέτη που έγινε το 2001 σε φοιτητές 17 - 30 ετών, το ποσοστό στους άνδρες βρέθηκε 44% και στις γυναίκες 42%³³.

4.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ

Σύμφωνα με όλα τα διαθέσιμα στοιχεία από διάφορες χώρες, το κάπνισμα συνδέεται άμεσα με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και την απασχόληση. Το 2002, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι κοινωνικές ομάδες με το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών ήταν οι άνεργοι (54%) και οι χειρωνακτες εργάτες (51%) έναντι ενός μέσου όρου 35%²³.

Στη Μ. Βρετανία, μόνο το 10% των γυναικών και το 12% των ανδρών των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων καπνίζουν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα είναι πάνω από τριπλάσιο³⁴.

Στην Ισπανία, το 2003, η απόκλιση του ποσοστού καπνιστών ανάμεσα στα υψηλότερα και χαμηλότερα επαγγελματικά στρώματα έφτανε το 44,4% στους άνδρες και το 10,1% στις γυναίκες³².

Σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο, το 2003, στη Γαλλία, η απόκλιση του ποσοστού καπνιστών μεταξύ των αποφοίτων πανεπιστημίου και των αποφοίτων στοιχειώδους εκπαίδευσης έφτανε το 60% ενώ ανάμεσα στα υψηλότερα και χαμηλότερα εισοδήματα το 30%²⁸. Αντίστοιχες διαφορές έχουν παρατηρηθεί και σε άλλες χώρες. Τα στοιχεία αυτά προσδιορίζουν τις ομάδες υψηλού κινδύνου προς τις οποίες πρέπει να κατευθυνθούν οι προσπάθειες πρόληψης³².

4.5 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

Σύμφωνα με τη μελέτη HBSC του Π.Ο.Υ. σε παιδιά σχολικής ηλικίας, την περίοδο 2001/2²⁹, η Ελλάδα φαίνεται να παρουσιάζει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά παιδικού καπνίσματος: Το ποσοστό των παιδιών που καπνίζουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα στην ηλικία των 13 ετών, είναι 4,9% στα αγόρια και 3% στα κορίτσια, ενώ στην ηλικία των 15 ετών, είναι 13,5% και 14,1% αντίστοιχα. Παρατηρείται μάλιστα μια αισθητή μείωση των ποσοστών σε σχέση με την έρευνα HBSC του 1997/8, στην οποία το ποσοστό καπνιστών βρέθηκε 18% στα αγόρια και 19% στα κορίτσια. Ας σημειωθεί ότι στην ηλικία των 15 ετών, υπάρχουν χώρες όπου το ποσοστό καπνίσματος είναι διπλάσιο έως τριπλάσιο έναντι της Ελλάδος³².

Αντίστοιχα χαμηλά ποσοστά καπνίσματος στις ηλικίες 12 - 17 ετών διαπιστώνει και άλλη μελέτη, στην οποία το ποσοστό καπνιστών μεταξύ των αγοριών ήταν 8,9% και μεταξύ των κοριτσιών 9,5%.

Τέλος, στη μελέτη GYTS που διενεργήθηκε το έτος 2004 - 2005 σε μαθητές Γυμνασίου, το 32.1% των μαθητών Γυμνασίου δήλωσε ότι είχε δοκιμάσει τσιγάρο στο παρελθόν ενώ το 16,2% των μαθητών δήλωσε ότι ήταν τακτικοί καπνιστές. Επιπλέον, 1 στους 4 μαθητές καπνιστές δήλωσε ότι είχε καπνίσει για πρώτη φορά σε ηλικία μικρότερη των 10 ετών. Συγχρόνως, το 20% των μη καπνιστών μαθητών θεωρεί ότι θα καπνίζει την επόμενη σχολική χρονιά. Σχετικά με το παθητικό κάπνισμα το 89.8% των μαθητών Γυμνασίου δήλωσε ότι εκτέθηκαν στο παθητικό κάπνισμα στο σπίτι τους και το 94,1% σε δημόσιο χώρο³².

Σχετικά με την πρόσβαση στα τσιγάρα το 95% (89,5 - 97,7) των μαθητών γυμνασίου δήλωσε ότι αγόραζε τα τσιγάρα χωρίς κάποιον περιορισμό ή άρνηση πώλησης.

Τέλος, το 16,7% των μαθητών γυμνασίου δήλωσε ότι του προσφέρθηκαν τσιγάρα δωρεάν από εκπρόσωπο εταιρίας καπνού. Το χαμηλά ποσοστά παιδικού και εφηβικού καπνίσματος που παρατηρούνται στη χώρα μας φαίνεται να έρχονται σε αντίθεση με τα υψηλά ποσοστά καπνιστών και καπνιστριών που παρατηρούνται στους ενήλικες. Η διαπίστωση αυτή μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η έναρξη του καπνίσματος γίνεται στην Ελλάδα σε μεγαλύτερη ηλικία από τις άλλες χώρες, αλλά είναι μονιμότερη. Πράγματι, στη μελέτη ESPAD, το ποσοστό των καπνιστών 17 - 18 ετών στην Ελλάδα είναι ήδη από τα υψηλότερα (50 και 47%), ενώ αν υπολογίσει κανείς μόνο τα ποσοστά αυτών που καπνίζουν πάνω από 11 τσιγάρα την ημέρα, τα ποσοστά και των δύο φύλων είναι πολύ υψηλότερα όλων των άλλων χωρών της έρευνας³².

4.6 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ

Η έναρξη του καπνίσματος συνήθως γίνεται κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Λίγοι άνθρωποι αρχίζουν το κάπνισμα σε ηλικία άνω των 20 ετών (λιγότερο από 10%). Σύμφωνα με τη μελέτη HBSC, η μέση ηλικία πρώτης δοκιμής τσιγάρου στα παιδιά που ήδη καπνίζουν στα 15 τους, κυμαίνεται στις διάφορες χώρες μεταξύ 11 και 13 ετών. Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη μέση ηλικία έναρξης στους καπνιστές ηλικίας 15 ετών, η οποία στα μεν αγόρια είναι 13,7 έτη ενώ στα κορίτσια 13 έτη. Συνυπολογίζοντας τα δεδομένα από τη μελέτη ESPAD, τα στοιχεία της Eurostat και τα υψηλά ποσοστά καπνιστών μεταξύ των ενηλίκων, φαίνεται αρκετά πιθανό, ότι στη χώρα μας, ένα μεγάλο ποσοστό καπνιστών αποκτά τη συνήθεια του καπνίσματος σε ηλικία άνω των 15 ετών. Η διαπίστωση αυτή προσδιορίζει τις ομάδες ηλικιών προς τις οποίες κατά προτεραιότητα πρέπει να στραφούν οι προσπάθειες για την πρόληψη του καπνίσματος⁴.

Ενώ στη διεθνή, αλλά και την ελληνική βιβλιογραφία συναντάται μία πληθώρα ερευνών σχετικά με τις αποτελεσματικότερες τεχνικές και παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος, είναι σαφώς λιγότερες οι έρευνες που απαντούν στο ερώτημα, ποιοι είναι οι παράγοντες εκείνοι που συνδέονται τόσο με την έναρξη όσο και τη διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς, και επομένως, τη συνεπακόλουθη δυσκολία διακοπής του καπνίσματος⁴.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η έναρξη του καπνίσματος συνδέεται με παράγοντες, όπως κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, κοινωνική πίεση από τους συνομηλίκους, οικογενειακά και κοινωνικά πρότυπα. Η διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς συνδέεται τόσο με βιολογικές (συμπτώματα στέρησης) όσο και με ψυχολογικές μεταβλητές (σύνδεση του καπνίσματος με θετικά συναισθήματα, όπως χαλάρωση και απόλαυση, αλλά και καταστροφικές πεποιθήσεις του καπνιστή σε περίπτωση διακοπής του καπνίσματος)⁴.

4.7 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Στην Ευρώπη υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο, περίπου 1,2 εκατ. θάνατοι οφείλονται στο κάπνισμα και αντιπροσωπεύουν περίπου 14% του συνόλου των θανάτων. Μόνο εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος, σύμφωνα με ορισμένες εκτιμήσεις, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σημειώνονται ετησίως 79.000 θάνατοι³². Υπολογίζοντας το μέγεθος του προβλήματος με βάση τα χαμένα έτη ζωής λόγω πρόιμου θανάτου ή αναπηρίας (DALY's), το κάπνισμα, στην Ευρώπη, ευθύνεται για το 12,3% χαμένων ετών ζωής. Στη συντριπτική πλειονότητα των χωρών της Δυτικής Ευρώπης, είναι η πρώτη αιτία χαμένων ετών ζωής λόγω θανάτου ή αναπηρίας³².

Έχει υπολογισθεί, ότι το προσδόκιμο ζωής των καπνιστών μειώνεται κατά 5 ως 8 χρόνια και ότι χάνονται κατά μέσο όρο 5,5 λεπτά ζωής για κάθε τσιγάρο που καπνίζεται, δηλαδή περίπου όσο και ο χρόνος καπνίσματος του τσιγάρου. Στην Ελλάδα, η οφειλόμενη στο κάπνισμα θνησιμότητα φτάνει το 19,3%, ενώ το ποσοστό των χαμένων ετών ζωής το 12,9%³¹.

4.8 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΕΙΑΣ, ΒΡΟΓΧΩΝ, ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Η συνολική προτυποποιημένη θνησιμότητα από καρκίνο τραχείας, βρόγχων και πνευμόνων σημείωσε διαχρονικά στην Ελλάδα αύξηση. Η ίδια τάση παρατηρείται και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης. Αντίθετα, σε ορισμένες άλλες, όπως η Μ. Βρετανία, η Φινλανδία και η Γερμανία, σημειώθηκε μείωση. Το 2004, η προτυποποιημένη θνησιμότητα όλων των ηλικιών στην Ελλάδα έφτανε τους 38,9 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, ενώ ειδικά στις ηλικίες 0 - 64 ετών, τους 18,4 θανάτους. Η αύξηση που παρατηρήθηκε σε σχέση με το 1970, ήταν 52,4% και 46,4% αντίστοιχα. Σε

σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα παρουσιάζει την τέταρτη υψηλότερη θνησιμότητα μεταξύ των χωρών, τόσο στο σύνολο των ηλικιών όσο και στις ηλικίες κάτω των 65 ετών³³.

4.9 ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Για το 2007 σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου στην ετήσια έκθεση που παρουσίασε, ανακοίνωσε ότι κάθε μέρα πέθαιναν από καρκίνο σε όλο τον κόσμο 20.000 άνθρωποι δηλ. 7,6 εκατομμύρια περίπου θάνατοι. Επίσης, κατά το ίδιο έτος, τουλάχιστον 12,3 εκατομμύρια νέα κρούσματα καρκίνου έχουν διαγνωστεί. Η πλειονότητα των νέων κρουσμάτων, 6,7 εκατ. και 4,7 εκατ. των θανάτων έχουν σημειωθεί στις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ 5,4 εκατ. κρούσματα και 2,9 εκατ. θάνατοι έχουν σημειωθεί στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες²⁴.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο αναμένεται να ξεπεράσει τα 10 εκατομμύρια το 2020 και οι νέες περιπτώσεις της νόσου να αυξηθούν στα 16 εκατομμύρια.

Το 15% όλων των καρκίνων συνδέονται με τη μόλυνση σύμφωνα με την έκθεση Global Cancer Facts & Figures για το 2007. Η έκθεση αποκαλύπτει επίσης, ότι στις ανεπτυγμένες χώρες οι τρεις πιο κοινοί τύποι καρκίνου στους άντρες είναι του προστάτη, των πνευμόνων και του παχέος εντέρου, ενώ στις γυναίκες του μαστού, του παχέος εντέρου και του πνεύμονα. Στις αναπτυσσόμενες χώρες όμως, οι πιο κοινές μορφές καρκίνου είναι των πνευμόνων, του στομάχου, του ήπατος για τους άνδρες και του μαστού, του τράχηλου της μήτρας, του στόμαχου για τις γυναίκες²⁴.

Η έκθεση περιέχει επίσης ένα τμήμα αφιερωμένο στα προϊόντα καπνού, η οποία εκτιμάται ότι προκάλεσε το θάνατο πέντε εκατομμυρίων ατόμων το 2000. Σχεδόν το 1/3 από αυτούς πέθαναν από καρκίνο και περίπου 100 εκατομμύρια άνθρωποι στη διάρκεια του 20ου αιώνα ως σύνολο. Προβλέψεις δείχνουν ότι περισσότερο από ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι θα πεθάνουν ως αποτέλεσμα της χρήσης του καπνού, τον 21ου αιώνα²⁴.

Ο καρκίνος είναι από τις πρώτες αιτίες θανάτου παγκοσμίως και το 70% αυτών συμβαίνουν στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ο καρκίνος ευθύνεται για το 13% των θανάτων στο σύνολο των 58 εκατομμυρίων το 2005. Στις περισσότερες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα²⁴.

α) Οι πιο γνωστές αιτίες θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως είναι:

- Ο καρκίνος του πνεύμονα με 1,3 εκατ. θανάτους το χρόνο.
- Ο καρκίνος του στομάχου με σχεδόν 1 εκατ. θανάτους το χρόνο.

- Ο καρκίνος του ήπατος με 662.000 θανάτους το χρόνο.
- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 665.000 θανάτους το χρόνο.
- Ο καρκίνος του μαστού με 502.000 θανάτους το χρόνο.

β) Όσον αφορά στους άνδρες οι πιο συχνές αιτίες θανάτου, με βάση τον αριθμό των θανάτων παγκοσμίως είναι:

- ο καρκίνος του πνεύμονα
- του στομάχου
- του ήπατος
- του παχέος εντέρου
- του οισοφάγου
- του προστάτη

γ) Οι πιο συχνές αιτίες θανάτου στις γυναίκες είναι:

- ο καρκίνος του μαστού
- του πνεύμονα
- του στομάχου
- του παχέος εντέρου
- της μήτρας

Τα τελευταία χρόνια το ποσοστό επιβίωσης έχει αυξηθεί σημαντικά για όλα τα είδη καρκίνου εκτός από τους καρκίνους του πνεύμονα, του παγκρέατος και του ήπατος. Παρ' όλα αυτά, το ποσοστό επιβίωσης διαφέρει σημαντικά όχι μόνο από χώρα σε χώρα και από πόλη σε πόλη, αλλά και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο μέσα στην ίδια πόλη. Συνολικά η 5ετής επιβίωση υπολογίζεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 30 και 60%²⁴.

4.10 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Στην Ευρώπη, εκτιμάται ότι γύρω στα 3,2 εκατ. νέες περιπτώσεις καρκίνου διαγνώστηκαν το 2006, δηλαδή 300.000 περισσότερες από τις αντίστοιχες εκτιμήσεις του 2004, εκ των οποίων το 53% είναι άνδρες και 47% γυναίκες³⁵.

- Ο καρκίνος του μαστού με 429.900 περιπτώσεις (13.5%).
- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 412.900 περιπτώσεις (12.9%).
- Ο καρκίνος του πνεύμονα με 386.300 περιπτώσεις (12.1%)²⁴.

Από στοιχεία της ίδιας μελέτης φαίνεται ότι ο αριθμός των θανάτων έφτασε τα 1,7 εκατ. (56% άνδρες και 44% γυναίκες) το 2006. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο με 334.800 θανάτους, κατέχοντας το 1/5 των συνολικών θανάτων, ενώ υπολογίζεται ότι αριθμός των νέων

περιπτώσεων θα διπλασιαστεί, ιδιαίτερα στην Νότια και Ανατολική Ευρώπη μέχρι το 2020, κυρίως εξαιτίας της χρήσης του καπνού.

- Ο καρκίνος του πνεύμονα με 334.800 θανάτους.
- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 207.400 θανάτους.
- Ο καρκίνος του μαστού με 131.900 θανάτους.
- Ο καρκίνος του στομάχου με 118.200 θανάτους.

Τα τελευταία χρόνια το ποσοστό επιβίωσης έχει αυξηθεί σημαντικά για όλα τα είδη καρκίνου εκτός από τους καρκίνους του πνεύμονα, του παγκρέατος και του ήπατος. Παρ' όλα αυτά το ποσοστό επιβίωσης διαφέρει σημαντικά όχι μόνο από χώρα σε χώρα και από πόλη σε πόλη, αλλά και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο μέσα στην ίδια πόλη. Συνολικά η 5ετής επιβίωση υπολογίζεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 30 και 60%²⁴.

4.11 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ), η θνησιμότητα από καρκίνο παραμένει γενικά χαμηλότερη απ' ότι στις αναπτυγμένες χώρες της Δυτικής και Κεντρικής Ευρώπης, του Καναδά και της Ν. Ζηλανδίας. Μεταξύ 27 χωρών η Ελλάδα κατατάσσεται το 2004 στην 19η θέση ως προς τη θνησιμότητα στους άνδρες με προτυποποιημένο για την ηλικία δείκτη θνησιμότητας ίσο με 209/100.000 πληθυσμό²⁹.

Τέλος, βρισκόμαστε στην 23η θέση ως προς τη θνησιμότητα στις γυναίκες με 108/100.000 πληθυσμό³⁶. Η ευνοϊκή θέση της χώρας μας είναι σε κάποιο βαθμό πραγματική και σε κάποιο βαθμό πλασματική.

Οι διαγνωστικές ελλείψεις και τα σφάλματα ταξινόμησης καθώς και οι δυσκολίες στη διαπίστωση και στην πιστοποίηση της αιτίας του θανάτου, οδηγούν κατά κανόνα σε υποεκτίμησης της ειδικής κατά αιτία θνησιμότητας²⁹.

Για το λόγο αυτό ο καταλληλότερος τρόπος παρακολούθησης της διαχρονικής εξέλιξης της νόσου είναι η καταγραφή των περιπτώσεων καρκίνου μέσα από τα αρχεία νεοπλασιών σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο. Δυστυχώς, όμως στη χώρα μας δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για την επίπτωση του καρκίνου και ως εκ τούτου η επιδημιολογική παρακολούθηση γίνεται έμμεσα μέσω των στοιχείων θνησιμότητας²⁹.

Μια από της πηγές πληροφόρησης για την κατάσταση στην Ελλάδα λοιπόν είναι τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας. Βλέποντας λοιπόν κάποιος τα σχετικά στοιχεία ανακαλύπτει αυτό που ισχύει στις περισσότερες χώρες του κόσμου, ότι ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η αυξητική τάση στους θανάτους από καρκίνο τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες την 20ετία από το 1980 έως και το 2006 είναι φαινόμενο το οποίο είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό εάν λάβουμε υπόψη μας

ότι οι δείκτες θνησιμότητας από καρκίνο ακολουθούν πτωτικές τάσεις στις περισσότερες οικονομικά αναπτυγμένες χώρες από τα μέσα του 1980²⁹.

Η προτυπωμένη θνησιμότητα από κακοήγη νεοπλάσματα στην Ελλάδα είναι μικρότερη από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ανερχόταν, το 2004, σε 161,9 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, έναντι 182,43 στην Ε.Ε. Ωστόσο, ο ρυθμός με τον οποίο μειώνεται η θνησιμότητα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι μεγαλύτερος απ' ό,τι στον ελληνικό χώρο, όπου η θνησιμότητα από κακοήγη νεοπλάσματα παραμένει στα ίδια περίπου επίπεδα τα τελευταία 20 χρόνια, με μικρές διακυμάνσεις (161,14 το 1985 και 161,9 ανά 100.000, το 2004)²⁹.

Μελετώντας τα στοιχεία κατά ηλικιακή ομάδα, παρατηρείται μείωση της θνησιμότητας στις ηλικίες ως 75 ετών και μια αξιοσημείωτη αύξηση από τα 75 έτη και μετά. Οι άνδρες, τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη, εμφανίζουν πολύ υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας από κακοήγη νεοπλάσματα, σε σύγκριση με τις γυναίκες. Στην Ελλάδα, οι άνδρες έχουν δείκτη θνησιμότητας 218,84 ανά 100.000 και οι γυναίκες 114,7, διαφορά συγκρίσιμη με αυτή που παρατηρείται συνολικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αξίζει να τονιστεί ότι στην ηλικιακή ομάδα 30-44 ετών, η θνησιμότητα των γυναικών είναι υψηλότερη απ' ό,τι των ανδρών, εξαιτίας της αυξημένης επίπτωσης του καρκίνου του μαστού²⁹.

Μελέτη της κατά ηλικία θνησιμότητας από κακοήγη νεοπλάσματα, δείχνει ότι στις ηλικίες από 0-29 ετών, κυριότερη αιτία θανάτου είναι τα νεοπλάσματα του λεμφικού και αιμοποιητικού ιστού. Από την ηλικία των 30 ετών και μετά, κυρίαρχη θέση καταλαμβάνουν οι νεοπλασίες του αναπνευστικού συστήματος. Μεταξύ 30 και 59 ετών, σημαντική είναι η θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες, ενώ από τα 75 έτη και μετά, σε σημαντικές αιτίες θνησιμότητας εξελίσσονται τα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου και του προστάτη, για τον ανδρικό πληθυσμό²⁹.

Στους άνδρες, η πρώτη αιτία θανάτου μεταξύ των κακοήθων νεοπλασμάτων, είναι τα νεοπλάσματα της τραχείας, των βρόγχων και των πνευμόνων, με μεγάλη διαφορά από τη δεύτερη, που είναι ο καρκίνος του προστάτη. Η Ελλάδα απέτυχε να μειώσει ουσιαστικά την επίπτωση των νεοπλασμάτων του αναπνευστικού συστήματος στους άνδρες, καθώς τα τελευταία 15 χρόνια, η ελάττωση της θνησιμότητας από νεοπλάσματα του αναπνευστικού ήταν μόλις 3,2%. Στο ίδιο χρονικό διάστημα, η αντίστοιχη μείωση στην Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν 15,7%. Στον ελληνικό ανδρικό πληθυσμό, η θνησιμότητα παρουσίασε μικρή αύξηση 1,1% την περίοδο 1990-1996 και πτώση 2,4% την περίοδο 1996 - 2004²⁹.

Στις γυναίκες, τα κακοήγη νεοπλάσματα που προκαλούν συχνότερα το θάνατο είναι τα νεοπλάσματα του μαστού και ακολουθούν τα νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος, του παχέος εντέρου και του λεμφικού και αιμοποιητικού ιστού. Στα νεοπλάσματα της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα, η θνησιμότητα στο γυναικείο φύλο είναι μικρότερη απ' ό,τι στο ανδρικό²⁹.

Κατά τα τελευταία 15 χρόνια, η θνησιμότητα στις γυναίκες από αυτά, όχι μόνο δεν μειώθηκε, αλλά αυξήθηκε κατά 10,7%. Συγκρινόμενη, ωστόσο, με την αύξηση κατά 27,9% που σημειώθηκε στην Ε.Ε., η αύξηση χαρακτηρίζεται ως σχετικά περιορισμένη, αν και είναι ανησυχητικό το ότι αποτελεί σταθερό φαινόμενο από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 και μετά. Για τις κακοήθεις νεοπλασίες του μαστού, αξίζει να σημειωθεί η αύξηση της θνησιμότητας στις γυναίκες άνω των 75 ετών (από 87,47 το 1990 σε 120,38 το 1996 και σε 179,87 το 2004), η οποία και αναχαιτίζει την πτωτική τάση που παρατηρείται στις νεότερες ηλικίες²⁹.

Με εξαίρεση τα κακοήθη νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος και της ουροδόχου κύστης, η Ελλάδα εμφανίζει χαμηλότερη θνησιμότητα από την Ευρωπαϊκή Ένωση στις επιμέρους κατηγορίες κακοήθων νεοπλασιών. Εντούτοις, η πορεία της θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα στην Ελλάδα δεν ακολουθεί την πτωτική πορεία που εδραιώνεται στην Ευρώπη, για τις περισσότερες από τις κατηγορίες κακοηθειών. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση των ατόμων με ηλικία μεγαλύτερη από 75 έτη, όπου μόνο η θνησιμότητα από καρκίνο του στομάχου δεν παρουσιάζει αύξηση. Η μεγάλη θνησιμότητα της ομάδας αυτής παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της συνολικής εικόνας του ελληνικού πληθυσμού. Μόνο την πενταετία 2000-2005 πέθαναν στην Ελλάδα από καρκίνο 148.712 άνθρωποι.

- Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θανάτου στους άντρες με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες εντοπίσεις.
- Ακολουθούν ο καρκίνος του προστάτη και του παχέος εντέρου, οι οποίοι παρουσιάζουν σταθερά αυξητικές τάσεις σε όλο το διάστημα των 25 ετών.
- Στις γυναίκες η πιο συχνή αιτία θανάτου είναι ο καρκίνος του μαστού ο οποίος παρουσιάζει αυξητική τάση το 2003 μετά από μια μικρή μείωση που σημείωσε από το 1996 και μετά.
- Ακολουθούν ο καρκίνος του πνεύμονα και του παχέος εντέρου με σταθερά αυξητικές τάσεις.
- Τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, ο καρκίνος του στομάχου παρουσιάζει πτωτική τάση ακολουθώντας τις τάσεις που παρατηρούνται στην Ευρώπη αντίθετα με τα νεοπλάσματα που αναφέρθηκαν παραπάνω.
- Στα παιδιά ο καρκίνος είναι σχετικά σπάνιος (εκτιμάται ότι προσβάλλει 1 στα 600 παιδιά) και τα πιο συχνά νεοπλάσματα είναι του εγκεφάλου, Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) και οι λευχαιμίες.
- Η θνησιμότητα από καρκίνο διαφοροποιείται ανά περιοχή στην Ελλάδα. Για τα πιο συχνά νεοπλάσματα παρατηρείται υψηλότερη συχνότητα στο Βορρά σε σχέση με το Νότο, εύρημα το οποίο επιβεβαιώνεται με αρκετές μελέτες²⁹.

ΜΕΡΟΣ Γ

ΠΡΟΛΗΨΗ-ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Πρόληψη είναι μια πολύπλοκη αλλά συνάμα και απλή διαδικασία που έχει ως σκοπό τη μείωση των πιθανοτήτων για την εμφάνιση μίας ασθένειας, με την τροποποίηση ή την εξάλειψη ορισμένων παραγόντων κινδύνου. Ο καρκίνος του πνεύμονα ευθύνεται για πολλούς θανάτους ετησίως τόσο στη χώρα μας όσο και παγκοσμίως. Έχει γίνει και εξακολουθεί να γίνεται σημαντική επιστημονική έρευνα για τα αίτια της νόσου και για τις τακτικές πρόληψης, ώστε ένα άτομο να μην εμφανίσει καρκίνο του πνεύμονα. Συνοπτικά, έχει αποδειχθεί ότι για να εμφανίσει ένα άτομο καρκίνο του πνεύμονα υπάρχει συνεργασία μεταξύ του γενετικού υλικού και των παραγόντων κινδύνου. Ως παράγοντα κινδύνου ορίζουμε κάθε παράγοντα που γνωρίζουμε ότι αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου. Για τον καρκίνο ο πιο γνωστός παράγοντας κινδύνου είναι το κάπνισμα, ενεργητικό και παθητικό. Πρόληψη, λοιπόν, σημαίνει με μία κουβέντα, την εξάλειψη του καπνίσματος¹⁰.

5.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΩΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Για να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα πρέπει να εξαλειφθούν όσο το δυνατό περισσότεροι παράγοντες κινδύνου της νόσου. Σίγουρα, δεν μπορεί να αλλάξει το γενετικό υλικό του καθενός μπορεί όμως ακολουθήσει τις παρακάτω συμβουλές:

- Διακοπή καπνίσματος (αν καπνίζει)
- Όχι στο παθητικό κάπνισμα
- Αποφυγή στην έκθεση σε μολυσμένο περιβάλλον (αυξημένη ατμοσφαιρική ρύπανση)
- Αποφυγή την έκθεση σε περιβάλλον με αυξημένες εκπομπές ραδονίου ή άλλων ραδιενεργών σωματιδίων
- Αποφυγή στην έκθεση σε ίνες άσβεστου (αμίαντος) (αυτές βρίσκονται σε επαγγελματικούς χώρους όπως τα ορυχεία, τα μηχανοστάσια των πλοίων και αλλού)
- Η υγιεινή διατροφή μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα¹⁰.

5.1.1 Η διακοπή του καπνίσματος βοηθάει

Η διακοπή του καπνίσματος ελαττώνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου. Ο κίνδυνος συνεχίζει να μειώνεται σταδιακά για 10 με 15 χρόνια (ενώ κανείς απέχει από το κάπνισμα) καθώς οι πνεύμονες αναρρώνουν. Η διακοπή του καπνίσματος είναι ευεργετική για όλες τις ηλικίες, και τα οφέλη είναι μεγαλύτερα όσο νωρίτερα κανείς διακόψει το κάπνισμα. Η διακοπή του καπνίσματος ελαττώνει κατά 30-50% τον κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα μετά από 10 χρόνια συγκριτικά με αυτούς που συνεχίζουν να καπνίζουν και κατά 50% τον κίνδυνο για καρκίνο του οισοφάγου και της στοματικής κοιλότητας 5 χρόνια μετά την διακοπή. Δεκαπέντε έτη μετά την διακοπή του καπνίσματος ο κίνδυνος του καρκίνου του πνεύμονα ελαττώνεται σχεδόν στο επίπεδο εκείνων των ατόμων που δεν κάπνισαν ποτέ¹⁰.

Δεν υπάρχει καμία επιστημονική τεκμηρίωση σε αυτόν τον ισχυρισμό. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνονται ημερησίως και η χρονική διάρκεια καπνίσματος τόσο περισσότερο αυξάνονται οι πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου πνεύμονα, ανεξάρτητα από το είδος του τσιγάρου¹⁰.

Τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος είναι πολλαπλά. Καταρχήν βελτιώνεται η αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπείας επειδή ο καπνός παρεμβαίνει στο μηχανισμό δράσης των κυτταροστατικών φαρμάκων. Επίσης ο ασθενής που εξακολουθεί να καπνίζει εμφανίζει συχνότερα λοιμώξεις αναπνευστικού από ότι ο μη καπνιστής και έτσι δυσχεραίνεται η σωστή και προγραμματισμένη θεραπεία του. Η διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών, δηλαδή μειώνει το βήχα, την απόχρεμψη (παραγωγή πτυέλων). Η διακοπή του καπνίσματος βοηθάει στη γρήγορη επούλωση της μετεγχειρητικής τομής καθώς και στη μείωση των ενδεχόμενων πνευμονικών μετεγχειρητικών επιπλοκών μετά από πνευμονεκτομή. Η συνέχιση του καπνίσματος αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ενός άλλου τύπου καρκίνου¹⁰.

5.1.2 Η υγιεινή διατροφή μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα

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 πνεύμονα¹⁰.

5.2 Ο ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (screening)

Προληπτικός έλεγχος (screening) είναι η διάγνωση μίας νόσου πριν η νόσος αυτή εκδηλώσει συμπτώματα. Πιο συγκεκριμένα είναι η πρόωρη διάγνωση μιας κακοήθειας, ενός συγκεκριμένου καρκίνου, πριν ο ασθενής αρχίσει να αισθάνεται άρρωστος¹⁰.

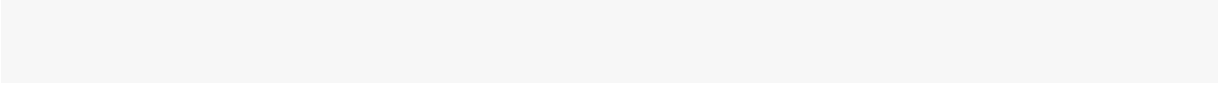
Ο κύριος σκοπός του προληπτικού ελέγχου είναι η έγκαιρη διάγνωση της κακοήθειας που θα οδηγήσει στη μείωση των πιθανοτήτων ο ασθενής να πεθάνει από τη συγκεκριμένη νόσο. Επίσης, πολύ σημαντικό είναι η έγκαιρη διάγνωση μιας κακοήθειας να οδηγήσει στην αύξηση των θεραπευτικών χειρισμών με τελικό στόχο πάντα την αύξηση της επιβίωσης¹⁰.

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. Για παράδειγμα, τέτοιες εξετάσεις είναι το test-PAP (κυτταρολογική εξέταση κολπικού επιχρίσματος) ειδική για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες, η μέτρηση του PSA (προστατικού αντιγόνου) για τον καρκίνο του προστάτη στους άνδρες, η κολονοσκόπηση σε συνδυασμό με βιοψία εντερικού βλεννογόνου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου¹⁰.

Δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη εξέταση που να μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προληπτικός έλεγχος (screening test) στον καρκίνο του πνεύμονα. Έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες στην κατεύθυνση αυτή, χωρίς ακόμη να έχουμε σαφή αποτελέσματα. Η απλή ακτινογραφία θώρακος και η κυτταρολογική εξέταση πτυέλων χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα χωρίς να τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητά τους. Σε εξέλιξη βρίσκονται διεθνείς μελέτες για την αποτελεσματικότητα της χαμηλής δόσης υψηλής ευκρίνειας αξονικής τομογραφίας θώρακος (low dose high resolution chest CT). Τα πρώτα αποτελέσματα αναμένονται τα επόμενα 3-4 χρόνια¹⁰.

Ο προληπτικός έλεγχος για τον καρκίνο του πνεύμονα που χρησιμοποιεί την απλή ακτινογραφία θώρακος ή την αξονική τομογραφία θώρακος ενέχει κάποιους κινδύνους. Δεν έχει αποδειχτεί ότι σε ένα άτομο η διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα πριν δώσει συμπτώματα που να τον οδηγήσουν στο γιατρό παρατείνει την επιβίωση. 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. Οι εξετάσεις αυτές μπορεί να δώσουν ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα, δηλαδή να υπάρχει καρκίνος του πνεύμονα χωρίς να ανιχνεύεται

από τις εξετάσεις. Οι απεικονιστικές αυτές μέθοδοι (ακτινογραφία και αξονική θώρακος) ακτινοβολούν το άτομο και αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης κακοήθειας¹⁰.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6'

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ Ca ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

6.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο καρκίνος του πνεύμονα δεν αντιμετωπίζεται πάντα με χειρουργική επέμβαση. Αυτό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες κυριότεροι από τους οποίους είναι οι ακόλουθοι:

A. Ο ιστολογικός τύπος του ΚΠ. Η χειρουργική επέμβαση χρησιμοποιείται κατεξοχήν στην αντιμετώπιση του μη μικροκυτταρικού ΚΠ. Δεν αποτελεί θεραπευτική επιλογή για τον μικροκυτταρικό ΚΠ, εκτός από σπάνιες μεμονωμένες περιπτώσεις όπου ο ογκολόγος ιατρός θα κρίνει ότι υπάρχει ένδειξη.

B. Το μέγεθος (στάδιο) και η ανατομική θέση του όγκου του ΚΠ. Η χειρουργική αφαίρεση αποτελεί θεραπεία εκλογής των πρώιμων σταδίων (περιορισμένη νόσος) του μη μικροκυτταρικού ΚΠ. Συνήθως, αντιμετωπίζονται οι ασθενείς με στάδιο I (πολύ περιορισμένη νόσος) και II (περιορισμένη νόσος) και επιλεγμένοι ασθενείς σταδίου III (τοπικά εκτεταμένη νόσος). Πολύ σπάνια και εξατομικευμένα μπορεί να υποβληθεί σε χειρουργείο ασθενής με μεμονωμένη μετάσταση και χειρουργήσιμη πρωτοπαθή εστία.

Γ. Η γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή. Η βιολογική ηλικία του ασθενή, η καλή γενική κατάσταση και η απουσία σοβαρών υποκείμενων νόσων αποτελούν σημαντικά κριτήρια επιτυχημένης έκβασης και καλύτερης πρόγνωσης¹⁵.

6.1.1 Είδη θωρακοχειρουργικών επεμβάσεων που χρησιμοποιούνται για τον Καρκίνο του Πνεύμονα

Υπάρχουν τρεις κύριοι τύποι επεμβάσεων:

A. Τμηματεκτομή είναι η αφαίρεση ενός μικρού τμήματος του πνεύμονα μέσα στο οποίο εμπεριέχεται ο όγκος.

B. Λοβεκτομή είναι η αφαίρεση ενός λοβού του πνεύμονα. Είναι η πιο συχνή επέμβαση για περιορισμένη νόσο.

Γ. Πνευμονεκτομή είναι η αφαίρεση του ενός πνεύμονα. Η επιλογή κάθε φορά του τύπου της επέμβασης εξαρτάται από παράγοντες που

μπορούν να προσδιοριστούν εν μέρει προεγχειρητικά π.χ. οι αναπνευστικές εφεδρείες αλλά και διεγχειρητικά (δηλ. κατά τη διάρκεια του χειρουργείου). Έτσι, είναι δυνατόν ο χειρουργός κατά τη διάρκεια της επέμβασης να τροποποιήσει τον αρχικό σχεδιασμό εάν διαπιστώσει ότι η νόσος είναι περισσότερο εκτεταμένη από ότι είχε προσδιοριστεί με τον προεγχειρητικό απεικονιστικό έλεγχο. Σε κάθε περίπτωση ο στόχος είναι η πλήρης εξαίρεση του όγκου με την μικρότερη δυνατή απώλεια πνευμονικού παρεγχύματος¹⁵.

6.1.2 Ο προεγχειρητικός έλεγχος

A. Γενικές εξετάσεις

Ο ιατρός, με στόχο να προσδιορίσει τη γενική κατάσταση του ασθενή ανάλογα με το ιατρικό ιστορικό,, θα πραγματοποιήσει 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 ηλεκτροκαρδιογράφημα.

B. Έλεγχος της αναπνευστικής λειτουργίας

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 χειρουργείο και ο ογκολόγος να τους προτείνει μια εναλλακτική θεραπευτική αντιμετώπιση που θα τους εξασφαλίσει την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής.

Γ. Απεικονιστικές εξετάσεις

Η προεγχειρητική σταδιοποίηση με τη χρήση απεικονιστικών εξετάσεων όπως αξονικές τομογραφίες, μαγνητικές τομογραφίες, σπινθηρογράφημα οστών, PET scanning κλπ πραγματοποιούνται προκειμένου να προσδιοριστεί η έκταση-στάδιο της νόσου, η ανατομική θέση του όγκου και συνεπώς η θεραπεία εκλογής για κάθε ασθενή.

Δ. Ιστολογική επιβεβαίωση του ΚΠ

Η προεγχειρητική τεκμηρίωση του ΚΠ με τη λήψη βιοψιών με ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές όπως η βιοψία με τη χρήση βελόνης υπό αξονικό τομογράφο, ή με τη χρήση της βρογχοσκόπησης ή τη λήψη υγρού από τον θώρακα αποτελεί τη συνήθη τακτική. Η προεγχειρητική τεκμηρίωση του ιστολογικού τύπου είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό των θεραπευτικών επιλογών. Σε λιγότερες περιπτώσεις, όταν η ιστολογική επιβεβαίωση είναι ανέφικτη προεγχειρητικά, γίνεται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης¹⁵.

6.1.3 Μετεγχειρητική πορεία ασθενούς

Κατά την μετεγχειρητική ανάρρωση ο ασθενής θα διαπιστώσει ότι φέρει στο θώρακα του κάποιες παροχετεύσεις 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 ασθενή¹⁵.

Ο πόνος αποτελεί ίσως την μεγαλύτερη ανησυχία των ασθενών που υποβάλλονται σε μια θωρακοχειρουργική επέμβαση. Ο πόνος είναι υπαρκτός τις πρώτες ημέρες μετά το χειρουργείο. Όμως ο ιατρός έχει στην διάθεση του ένα μεγάλο αριθμό αναλγητικών φαρμάκων που μπορεί να χρησιμοποιήσει ώστε να εξασφαλίσει στον ασθενή μια ανώδυνη μετεγχειρητική ανάρρωση αρκεί ο ασθενής να συνεργαστεί μαζί του. 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 επέμβασης. Ο πόνος αυτός μπορεί να παρουσιάσει ύφεση - εάν όμως παραμένει, μπορεί ο ασθενής να συμβουλευτεί ένα ιατρείο πόνου¹⁵.

Συνήθως ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι σε 2 εβδομάδες. Είναι φυσιολογικό να αισθάνεται κουρασμένος και αδύναμος για αρκετό διάστημα μετά την επέμβαση. 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 πορείας¹⁵.

6.1.4 Ο Ρόλος της χημειοθεραπείας πριν από το χειρουργείο

Αυτό αφορά μια υποομάδα ασθενών με μη μικροκυτταρικό ΚΠ. Ο λόγος για τον οποίο χορηγείται η χημειοθεραπεία είναι να συρρικνωθούν οριακά μη χειρουργήσιμοι τοπικά εκτεταμένοι όγκοι ώστε να μπορούν να εξαιρεθούν πλήρως. Η εξατομικευμένη προσέγγιση του ασθενούς από τον ειδικό ιατρό θα βοηθήσει στον σωστό σχεδιασμό της θεραπείας του¹⁵.

6.1.5 Ο ρόλος της χημειοθεραπείας μετά το χειρουργείο

Πολλοί ασθενείς μετά την ανάρρωση από το χειρουργείο θέτουν το ερώτημα εάν πρέπει να λάβουν επικουρική χημειοθεραπεία. Οι κλινικές μελέτες δείχνουν βελτίωση στην πενταετή επιβίωση κατά 5-15% όταν μετά το χειρουργείο ακολουθεί επικουρική χημειοθεραπεία¹⁵.

6.1.6 Η πλευρόδεση

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 ανακουφίζεται¹⁵.

6.2. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χημειοθεραπεία είναι η χρήση αντινεοπλασματικών μέσων για προαγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων με παρεμπόδιση της λειτουργίας τους και της αναπαραγωγής τους. Χρησιμοποιείται κυρίως στη θεραπεία λευχαιμιών, λεμφωμάτων και άλλων παθήσεων των αιμοποιητικών κυττάρων, αλλά και σε διάσπαρτο μεταστατικό καρκίνο. Δηλαδή, χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου δεν μπορούν να βοηθήσουν η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική θεραπεία¹⁵.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με χειρουργική θεραπεία και ακτινοθεραπεία ή και με τις δύο, με σκοπό: α) να μειώσει το μέγεθος όγκου προεγχειρητικά και β) να καταστρέψει κακοήθη κύτταρα που απέμειναν μετά τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου¹⁵.

Οι στόχοι της χημειοθεραπείας (ίαση, έλεγχος, παρηγορητική) πρέπει να είναι ρεαλιστικοί, επειδή αυτοί καθορίζουν τα φάρμακα που θα χρησιμοποιηθούν και την επιθετικότητα του θεραπευτικού σχήματος.

Τα χημειοθεραπευτικά σχήματα των κακοήθων νεοπλασμάτων εφαρμόζονται σε επαναλαμβανόμενες συνεδρίες. Θανάτωση 100% των κακοήθων κυττάρων είναι σχεδόν αδύνατη. Ένας στόχος της χημειοθεραπείας, ωστόσο, είναι να καταστρέψει αρκετά κακοήθη κύτταρα, ώστε να είναι δυνατή η καταστροφή των υπολοίπων από το ανοσοποιητικό σύστημα του ξενιστή¹⁵.

Τα χημειοθεραπευτικά σχήματα που διακόπτουν την κυτταρική δραστηριότητα σε ορισμένες φάσεις του κύκλου δίνονται σε τέτοιους συνδυασμούς, ώστε να καταστρέφουν το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό κακοήθων κυττάρων χωρίς να προκαλούν σοβαρά τοξικά φαινόμενα στον ξενιστή¹⁵.

6.3. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ακτινοθεραπεία είναι η χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας για διακοπή κυτταρικής ανάπτυξης. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να επιλεγεί όταν ο θεραπευτικός σκοπός είναι ίαση, όπως σε νόσο του Hodgkin, καρκίνο όρχεων, εντοπισμένου καρκίνου κεφαλής και λαιμού και καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η ακτινοθεραπεία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για έλεγχο

κακοήθους νόσου, όταν υπάρχει τοπική διήθηση γαγγλίων, ή προφυλακτικά για να εμποδίσει λευχαιμική διήθηση στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό. Παρηγορητική ακτινοβολία χρησιμοποιείται συχνά προκειμένου να μειώσει συμπτώματα μεταστατικής νόσου, ειδικά όταν αυτή αφορά εγκέφαλο, οστά και μαλακούς ιστούς¹⁵.

Ιονίζουσες ακτινοβολίες είναι οι ακτινοβολίες που, όταν βομβαρδίζουν την ύλη, προκαλούν τον ιονισμό της. Υπάρχουν δύο είδη ιονίζουσας ακτινοβολίας, η ηλεκτρομαγνητική (ακτίνες X και Γ και η σωματιδιακή [σωματίδια α,β (ηλεκτρόνια), πρωτόνια και νετρόνια]).¹⁵

Ο ιονισμός στη ζώσα ύλη ακολουθείται από ολόκληρη σειρά αλυσιδωτών αντιδράσεων, οι οποίες καταλήγουν σε αλλοίωση ζωτικών για τη λειτουργία του κυττάρου μεγαλομορίων. Η μεγαλύτερη βλάβη από τον ιονισμό προκαλείται στο μόριο του DNA, οι αλυσίδες της έλικας του οποίου σπάζουν οδηγώντας στον κυτταρικό θάνατο. Η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί επίσης να ιονίσει το νερό του υγρού του σώματος και να οδηγήσει στο σχηματισμό ελεύθερων ριζών, οι οποίες επίσης προκαλούν μη αναστρέψιμες βλάβες στο DNA¹⁵.

Ο κυτταρικός θάνατος μπορεί να συμβεί αμέσως, αν δεν γίνει επιδιόρθωση του DNA, ή κατά την κυτταρική διαίρεση, όταν το κύτταρο που υπέστη βλάβη επιχειρεί μίτωση και πεθαίνει. Τέλος, εξαιτίας των αποτελεσμάτων της ακτινοβολίας, ένα νεοπλασματικό κύτταρο μπορεί να καταστεί στείρο και να πεθάνει με φυσικό θάνατο, χωρίς όμως να αφήσει απογόνους¹⁵.

Τα κύτταρα είναι περισσότερο επιρρεπή στα καταστρεπτικά αποτελέσματα της ιονίζουσας ακτινοβολίας κατά τη διάρκεια της σύνθεσης του DNA και της μίτωσης (πρώιμη S, G2 και M φάση του κύκλου του κυτταρικού κύκλου). Κατά συνέπεια, οι πιο ευαίσθητοι στην ακτινοβολία ιστοί του σώματος είναι εκείνοι που υφίστανται συχνή κυτταρική διαίρεση, όπως ο μυελός των οστών, ο λεμφικός ιστός, το επιθήλιο του γαστρεντερικού συστήματος και οι γεννητικοί αδένες. Αντίθετα, μύες, χόνδροι και συνδετικός ιστός, είναι από τους λιγότερους ευαίσθητους στην ιονίζουσα ακτινοβολία ιστοί¹⁵.

Ακτινοευαίσθητος όγκος, είναι ο όγκος που μπορεί να καταστραφεί από μια δόση ακτινοβολίας, η οποία, ωστόσο, επιτρέπει αναγέννηση των κυττάρων στους φυσιολογικούς ιστούς.

Παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα των ιονιζουσών ακτινοβολιών στους ιστούς είναι οι εξής:

- Το είδος της ακτινοβολίας
- Η δόση της ακτινοβολίας
- Ο ρυθμός της δόσης
- Το είδος του ιστού
- Η έκταση του ακτινοβολούμενου πεδίου
- Η οξυγόνωση του ιστού, που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινευαίσθησία, γι'αυτό η ακτινοθεραπεία συχνά συνδυάζεται με υπερβαρική οξυγόνωση

- Η θερμοκρασία, που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινευαισθησία επειδή επηρεάζει το ρυθμό κυκλοφορίας του αίματος, και επομένως, την οξυγόνωση του ιστού
- Διάφορες ουσίες που ελαττώνουν την ακτινευαισθησία, όπως:
 - Ουσίες που περιέχουν τη ρίζα σουλφιδρίλιο (-SH), όπως κυστιδίνη, κυστίνη, γλουταθείο κ.ά.
 - Ουσίες που προκαλούν ανοξία (παρααμινοπροπιοφαινόνη)
 - Ουσίες που αναστέλλουν τη δράση ορισμένων ενζύμων (κυανούχα)¹⁵.

ΜΕΡΟΣ Δ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ Ca ΚΑΙ Η ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

7.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Οι πάσχοντες από καρκίνο του πνεύμονα εμφανίζουν πολλά σωματικά προβλήματα όπως είναι οι παρενέργειες των διάφορων θεραπευτικών μεθόδων (ακτινοβολία, χημειοθεραπεία, χειρουργικές επεμβάσεις) που χρησιμοποιούν για την αντιμετώπιση και τον περιορισμό μετάστασης της νόσου¹⁷.

7.1.1 ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η ανορεξία αποτελεί ένα κοινό σύμπτωμα στα άτομα με καρκίνο. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ανορεξία συσχετίζεται με το στρες, το άγχος, την κατάθλιψη ή θεωρείται συνέπεια της νόσου. Η ανορεξία μπορεί να εμφανιστεί στα πρώιμα στάδια της ασθένειας ή αργότερα, όταν ο όγκος μεγαλώσει και εξαπλωθεί. Πολλοί ασθενείς μπορεί να έχουν ανορεξία ακόμη και όταν βγει η διάγνωση του με καρκίνο. Όμως σχεδόν όλοι οι καρκινοπαθείς οι οποίοι έχουν εξαπλωμένο καρκίνο αναπτύσσουν ανορεξία. Η ανορεξία αποτελεί την πιο κοινή αιτία υποσιτισμού στα άτομα με καρκίνο. Κάθε ασθενής είναι πολύ σημαντικό να τρέφεται σωστά. Μπορεί είναι δύσκολο να διατηρήσει την όρεξή του όταν πονάει το στόμα του και η γλώσσα του είναι ερεθισμένη ή δυσκολεύεται να καταπιεί. Οι παρενέργειες αυτές διαρκούν μόνο 3 – 8 ημέρες. Εάν η ανορεξία επιμείνει, ο ασθενής πρέπει να αναζητήσει την συμβουλή ιατρού ή διαιτολόγου¹⁷.

7.1.2 ΔΙΑΡΡΟΙΑ

Η διάρροια χαρακτηρίζεται από αυξημένη κινητικότητα του εντέρου και υδαρείς κενώσεις. Μερικές φορές, οι συσπάσεις του εντέρου είναι επώδυνες. Η διάρροια μπορεί να οφείλεται στην χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία (σε ακτινοβόληση της κοιλιακής χώρας), το σύνδρομο δυσαπορρόφησης (λόγω χειρουργικής επέμβασης στο έντερο) ή μερικές φορές σε εντερικές φλεγμονές ή λοιμώξεις. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της διάρροιας προϋποθέτει τον εντοπισμό του αιτίου. Ο ασθενής πρέπει να απευθυνθεί στον ιατρό, ο οποίος θα

του συστήσει την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Η διάρροια μπορεί να προκαλέσει αφυδάτωση (μείωση των υγρών του οργανισμού κάτω από τα φυσιολογικά επίπεδα). Η διάρροια οδηγεί και σε μειωμένα επίπεδα καλίου, οι απώλειες του οποίου πρέπει να αντικατασταθούν¹⁷.

7.1.3 ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Η δυσκοιλιότητα είναι η μείωση της συχνότητας της κένωσης του εντέρου (αφόδευσης) σε λιγότερο από τρεις φορές την εβδομάδα. Μερικοί ασθενείς δεν έχουν καμία επιθυμία για αφόδευση. Η δυσκοιλιότητα οφείλεται σε μειωμένη περισταλτικότητα του εντέρου και συνεπάγεται παραμονή σκληρών κοπράνων στο ορθό ή το παχύ έντερο, με αποτέλεσμα ο ασθενής να νιώθει «φουσκωμένος». Εάν η δυσκοιλιότητα παραταθεί μπορεί να προκαλέσει κοπρόσταση. Η δυσκοιλιότητα και η κοπρόσταση πρέπει να προλαμβάνονται, ώστε να μην εμφανίζεται διάταση και πόνος. Άλλωστε, καρδιακές, πνευμονικές ή γαστρεντερολογικές παθήσεις μπορεί να επιδεινωθούν εξαιτίας της πίεσης που προκαλεί η κοπρόσταση¹⁷.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα (π.χ. vincristine, vinblastine) προκαλούν συχνά δυσκοιλιότητα, όπως και τα ναρκωτικά (π.χ. μορφίνη, κωδεΐνη), τα ηρεμιστικά, τα υπναγωγά, τα αντικαταθλιπτικά, τα σπασμολυτικά του γαστρεντερικού, τα διουρητικά και τα αντιόξινα (που περιέχουν ασβέστιο και αργίλιο)¹⁷.

7.1.4 ΝΑΥΤΙΑ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟΣ

Η ναυτία και ο εμετός είναι οι πιο συνηθισμένες παρενέργειες της θεραπείας του καρκίνου και προκαλούν μεγάλη δυσφορία. Λόγω του ότι ο αριθμός των ασθενών που χρειάζονται τη χημειοθεραπεία αυξάνεται ολοένα και περισσότερο, γίνεται αντιληπτό ότι το πρόβλημα του εμετού και της ναυτίας καθίσταται εκ των πλέον σοβαρών μορφών τοξικότητας¹⁷.

Υπολογίζεται ότι 7 έως 8 στους 10 ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία για τον καρκίνο εκδηλώνουν ναυτία και εμετό. Ο εμετός είναι αντανακλαστικός μηχανισμός. Είναι η βίαια αποβολή του περιεχομένου του στομάχου (ή και μέρους του εντέρου) από το στόμα. Η αποβολή αυτή του γαστρεντερικού περιεχομένου ολοκληρώνεται σε τρεις φάσεις που διαδέχονται η μία την άλλη: α) τη ναυτία, β) την τάση για εμετό, γ) τον κυρίως εμετό¹⁷.

Ως ναυτία ορίζεται η αίσθηση της ανάγκης για εμετό. Η τοξικότητα που συνδέεται με την χημειοθεραπεία προκαλεί παρενέργειες στο γαστρεντερικό σύστημα, που εμφανίζονται μετά τη θεραπεία και μπορεί να επιμένουν ως 24 ώρες μετά. Ο μηχανισμός με τον οποίο προκαλούν εμετό τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα και η ακτινοθεραπεία δεν είναι πλήρως γνωστός. Όπως φαίνεται όμως, τα φάρμακα επηρεάζουν την έκκριση ορισμένων ουσιών από το λεπτό έντερο,

ενεργοποιώντας έτσι μια αλληλουχία μηχανισμών που οδηγούν στη ναυτία και στον εμετό¹⁷.

7.1.5 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η διατροφή κατέχει σημαντικό ρόλο στην ημερήσια φροντίδα ενός καρκινοπαθούς ασθενή, ο οποίος ακολουθεί μια αγωγή ή ακόμη και αν έχει περάσει πρόσφατα μέσα από αυτή. Το ημερήσιο διατροφικό πλάνο μπορεί να χρησιμοποιείται στα πλαίσια μιας υγιεινής διατροφής του ασθενή, καθώς μπορεί επίσης να καλύπτει και τεχνητά θρεπτική διατροφική υποστήριξη του ατόμου¹⁷.

Σκοπός της δημιουργίας ενός ισορροπημένου θρεπτικού πλάνου είναι η τρέχουσα κάλυψη σε θρεπτικά στοιχεία, η αντιμετώπιση θρεπτικών προβλημάτων καθώς και η μείωση πιθανών μελλοντικών προβλημάτων στη διατροφή¹⁷.

Η διαδικασία της θεραπείας, στην οποία υποβάλλονται οι ασθενείς (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) συχνά προκαλεί: διαταραχές στην πρόσληψη θρεπτικών στοιχείων από τις τροφές, διαταραχές στους ηλεκτρολύτες, απώλεια της όρεξης, ναυτία, εμετό και διάρροια. Όλες αυτές οι επιπτώσεις οδηγούν σε διατροφικές διαταραχές, που οδηγούν στην κακή διατροφή άρα κατά συνέπεια, στην κακή ποιότητα ζωής¹⁷.

7.1.6 ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Όλες οι ογκολογικές θεραπείες μπορεί να έχουν επιπτώσεις στο στόμα, τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά τη θεραπεία. Οι επιπλοκές μπορεί να είναι οξείες (κατά τη διάρκεια) και χρόνιες (μετά το πέρας της θεραπείας). Η ακτινοθεραπεία στο κεφάλι και στο λαιμό και η χημειοθεραπεία προκαλούν απ' ευθείας βλάβες στο στόμα, τους σιελογόνους αδένες και τις γνάθους. Επιπλέον, η χημειοθεραπεία εξασθενίζει το ανοσοποιητικό σύστημα και διευκολύνει, ακόμη, την ανάπτυξη λοιμώξεων. Οι επιπλοκές, που μπορεί να παρουσιαστούν, από τη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία στην περιοχή της κεφαλής και του λαιμού είναι παρόμοιες. Οι κυριότερες από τις επιπλοκές αυτές είναι η βλεννογονίτιδα, οι λοιμώξεις του βλεννογόνου του στόματος, ο πόνος, οι ουλορραγίες, οι μεταβολές στη γεύση, το ξερό στόμα, η δυσκολία στη διατροφή - απώλεια βάρους, η δυσκολία στη λήψη νερού – αφυδάτωση, η τερηδόνα και η ουλίτιδα¹⁷.

7.1.7 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΕΥΣΗΣ

Πολλά χημειοθεραπευτικά φάρμακα επιδρούν στην αίσθηση της γεύσης και της όσφρησης. Οι αλλαγές αυτές διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο, αφορούν όμως συχνότερα φαγητά είτε πολύ γλυκά είτε πολύ πικρά. Παραδόξως, τα γλυκά φαγητά μπορεί να φαίνεται πως έχουν ξινή γεύση και τα ξινά γλυκιά.

Το κρέας ίσως έχει πικρή γεύση, επειδή απελευθερώνονται λευκώματα στο στόμα. Μερικές φορές υπάρχει μία μόνιμη μεταλλική γεύση στο στόμα¹⁷.

7.1.8 ΚΟΥΡΑΣΗ

Κούραση, ένα συνεχές αίσθημα κόπωσης και εξάντλησης, συχνό και γνωστό σε πολλούς ασθενείς. Το αίσθημα αυτό μπορεί να διαρκέσει για βραχύ χρονικό διάστημα ή για μεγάλο χρονικό διάστημα, οπότε και αναφερόμαστε στο χρόνιο αίσθημα της κούρασης, το οποίο δεν ανακουφίζεται και απλά παρουσιάζει αυξομειώσεις. Πολλοί ασθενείς με καρκίνο που έκαναν θεραπεία ή βρίσκονται κατά τη διάρκεια αυτής καλούνται να ζήσουν με το χρόνιο αίσθημα της εξάντλησης, το οποίο είναι αποτέλεσμα αυτής, αλλά και αποτέλεσμα των ψυχολογικών μεταπτώσεων εξαιτίας της ασθένειας¹⁷.

Οι καρκινοπαθείς αισθάνονται εύκολα κόπωση. Πιθανώς, ο όγκος να οδηγεί τον οργανισμό σε μία υπερμεταβολική κατάσταση (κατάσταση αυξημένης λειτουργίας) ή να ανταγωνίζεται τα φυσιολογικά κύτταρα στην αναζήτηση θρεπτικών υλικών. Διάφοροι παράγοντες, που συσχετίζονται με την θεραπεία, συμβάλλουν στην εμφάνιση της κόπωσης¹⁷.

Πολλοί ασθενείς αισθάνονται ιδιαίτερα κουρασμένοι κατά την εφαρμογή ακτινοθεραπείας ή χημειοθεραπείας ή και μετά την ολοκλήρωσή τους. Οι θεραπείες αυτές πιθανώς να επιφέρουν κόπωση λόγω μεταβολικών αναγκών ή σχηματισμού τοξικών ουσιών, οι οποίες απελευθερώνονται από τα καρκινικά κύτταρα που καταστρέφονται¹⁷.

Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα (π.χ. αλκαλοειδή της Vinca) προκαλούν κόπωση λόγω νευροτοξικότητας. Η χορήγηση αντιεμετικών και ηρεμιστικών περιπλέκουν το πρόβλημα.

Κατά την εφαρμογή ακτινοθεραπείας απαιτείται ενέργεια για την επιδιόρθωση των κατεστραμμένων ιστών. Πιθανώς να επιβάλλεται μία αύξηση κατά 20% των θερμίδων και των πρωτεϊνών στο διαιτολόγιο για όσο διαρκεί η θεραπεία¹⁷.

Οι επιπλοκές της νόσου και οι παρενέργειες των θεραπειών (π.χ. αναιμία, λοιμώξεις, πυρετός) είναι δυνατό να αυξήσουν τόσο τις ενεργειακές απαιτήσεις που να μην είναι δυνατό να καλυφθούν χωρίς την λήψη κατάλληλων μέτρων.

Η κόπωση επιτείνεται από άλλες παρενέργειες ή συμπτώματα (απώλεια όρεξης, ναυτία, εμετοί, πόνος, αϋπνία, απώλεια μυϊκής δύναμης). Η μυϊκή εξασθένηση οδηγεί σε περίσσεια γαλακτικού οξέος στους μύες, το οποίο επιτείνει ακόμη περισσότερο την κόπωση. Ανεξάρτητα του αιτίου, η κόπωση μπορεί να καταστεί τόσο σοβαρή, ώστε να περιορίζει την ικανότητα του ασθενούς να λειτουργεί αποτελεσματικά. Επίσης, μπορεί να επηρεάσει την θεραπεία, οπότε απαιτείται περιορισμός της «επιθετικότητας» της θεραπευτικής αγωγής¹⁷.

7.1.9 ΠΟΝΟΣ

Η διεθνής οργάνωση για την μελέτη του πόνου (International Association for the study of pain), ορίζει ως πόνο «μια δυσάρεστη αίσθηση και συναισθηματική εμπειρία συνδεδεμένη με πραγματική ή δυναμική ιστική βλάβη». Ο πόνος είναι πάντα υποκειμενικός. «Πόνος είναι ότι ο ασθενής λέει ότι πονάει». Ο πόνος διακρίνεται σε οξύ και χρόνιο. Η διάκριση αυτή παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο, γιατί το κάθε είδος χρήζει διαφορετικής αντιμετώπισης¹⁷.

Ο οξύς πόνος, οφείλεται σε διέγερση των υποδοχέων του πόνου και συνήθως υποδεικνύει ταχύτερη εξέλιξη της νόσου.

Ο χρόνιος πόνος, οφείλεται σε χρόνια παθολογική διεργασία, είναι συνεχής και εξελισσόμενος σε ένταση¹⁷.

Για να μπορέσει λοιπόν ο γιατρός να παρακολουθήσει τις διακυμάνσεις του πόνου στο χρόνο, χρησιμοποιεί ειδικές κλίμακες με τις οποίες ο ασθενής μπορεί να διαβαθμίσει τον πόνο του. Ο πόνος καθορίζεται συνήθως ρωτώντας τον ασθενή για το πώς είναι ο πόνος και τοποθετώντας το επίπεδο του πόνου σε μια κλίμακα. Στους ενήλικες ασθενείς η κλίμακα είναι συνήθως μια αριθμητική μέτρηση ανάμεσα στο 0 και το 10, με το 0 να σημαίνει "απουσία πόνου" και το 10 να αντιπροσωπεύει "τον χειρότερο πόνο που μπορεί να φανταστεί κανείς"¹⁷.

7.1.10 ΤΡΙΧΟΠΤΩΣΗ-ΑΛΩΠΕΚΙΑ

- Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα έχουν δράση όχι μόνο στα καρκινικά κύτταρα αλλά και στα υγιή. Η αλωπεκία είναι μια συχνή παρενέργεια της χημειοθεραπείας, ειδικά μετά από χορήγηση ορισμένων φαρμάκων (cytoxan, adriamycin, vincristine), αλλά και της ακτινοθεραπείας στο κεφάλι, που φαίνεται να αποτελεί μια αρκετά τραυματική εμπειρία για τους ασθενείς μετά την διάγνωση. Η πιθανότητα εμφάνισης αλωπεκίας αυξάνεται σε συνδυαστική θεραπεία (συγχορήγηση περισσότερων φαρμάκων). Η αλωπεκία μπορεί να μην είναι πλήρης. Τα μαλλιά πιθανώς να γίνουν απλώς λεπτά ή να αραιώσουν. Μπορεί η απώλεια να είναι απότομη ή σταδιακή. Η συμβολή των γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων και άλλων φορέων υγείας κρίνεται πολύτιμη, στην προσπάθεια που κάνει ο ασθενής¹⁷.

Προσπάθεια που έχει να κάνει με την αποδοχή της νέας εικόνας του εαυτού του που του επιβάλλει η αλωπεκία. Η ψυχολογική παρέμβαση που καλούνται οι λειτουργοί υγείας να προσφέρουν πρέπει να είναι συμβουλευτική και υποστηρικτική¹⁷.

7.1.11 ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ- ΟΙΔΗΜΑ ΑΚΡΩΝ

Το λεμφοίδημα οφείλεται σε κατακράτηση λέμφου (υγρού) στους μαλακούς ιστούς. Αποτελεί συνέπεια απόφραξης του λεμφικού συστήματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις, το λεμφοίδημα στους καρκινοπαθείς οφείλεται στις ουλές μετά την χειρουργική αφαίρεση των λεμφαδένων ή μετά την εφαρμογή ακτινοθεραπείας. Συνήθως, εμφανίζεται σε περιοχές του σώματος με μεγάλο αριθμό λεμφαδένων (π.χ. μασχάλη, πύελος, βουβονικές χώρες). Όταν αποφράσσονται τα λεμφαγγεία, εμφανίζεται οίδημα στα άνω και κάτω άκρα. Στο πάσχον άκρο αφήνεται εντύπωμα όταν πιεστεί η περιοχή με το δάχτυλο. Εάν το χέρι ή η κνήμη τοποθετείται ψηλά ή χρησιμοποιούνται ελαστικές περιχειρίδες ή κάλτσες, μειώνεται το οίδημα και βελτιώνεται η λεμφική ροή¹⁷.

Μερικές φορές, το λεμφοίδημα παρατείνεται και επιδεινώνεται. Η επιδείνωση προκαλείται από ελλιπή πρόσληψη πρωτεϊνών, λόγω ανορεξίας ή ναυτίας και εμετών σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Επίσης, μπορεί να οφείλεται σε μείωση των αλβουμινών (πρωτεΐνες του αίματος), η οποία προκαλεί διαφυγή νερού στους ιστούς με αποτέλεσμα πρόσθετο οίδημα των άκρων¹⁷.

7.1.12 ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

Οστεοπόρωση σημαίνει η λέπτυνση και η ευπάθεια των οστών του σώματος, εξαιτίας της πενίας των οστών σε ασβέστιο. Με την πορεία των χρόνων τα οστά χάνουν την πυκνότητά τους σε ασβέστιο και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ευπάθεια τους. Η οστεοπόρωση είναι «προνόμιο» των γυναικών σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες και σε αυτό συμβάλουν οι ορμονικές ανακατατάξεις που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του χρόνου, στον οργανισμό της γυναίκας. Η οστεοπόρωση μπορεί να συνδεθεί με κάποια ήδη καρκίνου και να επηρεαστεί από αυτά, όπως ο καρκίνος του πνεύμονα, καρκίνος του μαστού, καρκίνος προστάτη και πολλαπλό μυέλωμα¹⁷.

7.1.13 ΣΤΟΜΙΕΣ

Στομία είναι η χειρουργική δημιουργία μίας τεχνητής διόδου από κάποιο όργανο προς το εξωτερικό περιβάλλον. Υπάρχουν διάφορα είδη στομιών. Οι περισσότερες στομίες πραγματοποιούνται για την παροχέτευση των απεκκριμάτων του οργανισμού μέσω του κοιλιακού τοιχώματος. Υπάρχουν τρεις κατηγορίες κοιλιακών στομιών:

- **Κολοστομία** είναι η μεταβολή της πορείας του παχέος εντέρου. Ενδέχεται να είναι προσωρινή ή μόνιμη.
- **Ειλεοστομία** είναι μία ανάλογη παράκαμψη στον ειλεό (δηλαδή στο τελικό τμήμα του λεπτού εντέρου).

- **Εκτροπή ούρων** είναι ο όρος, που καλύπτει όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις κατά τις οποίες δημιουργούνται νέες δίοδοι εξόδου των ούρων από το σώμα. Πραγματοποιούνται όταν η ουροδόχος κύστη ή κάποιο άλλο όργανο του ουροποιητικού συστήματος πρέπει να εξαιρεθεί ή παρακαμφθεί¹⁷.

Η παρέμβαση αυτή της στομίας, επιβάλλεται όταν η φυσική οδός απέκκρισης αχρηστεύεται από κάποιο νόσημα (π.χ. καρκίνος), τραυματισμό ή συγγενή διαμαρτία. Χωρίς την στομία, κανείς από τους ασθενείς δεν θα μπορούσε να επιζήσει.

Για κάθε ασθενή, η ιδέα ότι πάσχει από καρκίνο και χρειάζεται στομία αποτελεί διπλό σοκ. Απαιτείται χρόνος, σωστή πληροφόρηση και συμπαράσταση για να προσαρμοστεί στην ιδέα¹⁷.

7.1.14 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Οι καρκινοπαθείς βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης λοιμώξεων, επειδή η νόσος και η αντικαρκινική θεραπεία επηρεάζουν αρνητικά το αμυντικό-ανοσοποιητικό σύστημα, που προστατεύει τον οργανισμό από τις λοιμώξεις. Η πρώτη γραμμή άμυνας έναντι των λοιμώξεων είναι το δέρμα και οι βλεννογόνοι. Η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία προκαλούν βλάβες στους βλεννογόνους. Οι βελόνες, οι καθετήρες και οι αντλίες έγχυσης φαρμάκων αποτελούν δυνητικές πύλες εισόδου για τους παθογόνους οργανισμούς¹⁷.

Εφόσον ένα παθογόνο εισέλθει στον οργανισμό, δραστηριοποιούνται τα λευκοκύτταρα του αίματος για την αντιμετώπισή του¹⁷.

Ο αριθμός των λευκοκυττάρων μπορεί να είναι σημαντικά μικρότερος του φυσιολογικού εξαιτίας της χημειοθεραπείας, της ακτινοθεραπείας, της νόσου ή της ανοσοκαταστολής (που προκαλείται πριν από την μεταμόσχευση μυελού των οστών). Γενικά, τα χαμηλά επίπεδα λευκοκυττάρων αποτελούν συχνό φαινόμενο στους καρκινοπαθείς. Όσο μικρότερες είναι ο αριθμός των λευκοκυττάρων, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης λοιμώξεων¹⁷.

7.1.15 ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ

Μετάσταση είναι η διασπορά του καρκίνου σε διαφορετικές από την πρωτοπαθή εστία, θέσεις. Κάποια καρκινικά κύτταρα μπορεί να αποσπασθούν από τον αρχικό όγκο και να εισέλθουν στην αιματική κυκλοφορία ή το λεμφικό σύστημα (πρόκειται για το σύστημα που παράγει, αποθηκεύει και μεταφέρει τα αμυντικά κύτταρα του οργανισμού). Αυτός είναι εν ολίγοις ο τρόπος με τον οποίο ο καρκίνος διασπείρεται σε απομακρυσμένες εστίες του σώματος. Μεταστατικό όγκος ή απλά μετάσταση, καλείται ο νέος όγκος που δημιουργείται όταν καρκινικά κύτταρα εγκατασταθούν και αρχίσουν να αναπτύσσονται σε μια νέα θέση¹⁷.

7.1.16 ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Τα δερματικά προβλήματα όπως η ξηροδερμία, είναι άλλη μια από τις παρενέργειες που μπορούν να δημιουργηθούν, μετά από τις θεραπείες, ειδικότερα μετά από την ακτινοθεραπεία. Μερικοί άνθρωποι αναπτύσσουν μια αντίδραση στο δέρμα, έχοντας κάνει ακτινοθεραπεία. Το δέρμα μπορεί να κοκκινίσει ή και να ξεφλουδίσει, αλλά αν το φροντίσουμε κατάλληλα η αντίδραση αυτή μπορεί να μειωθεί. Εάν η ακτινοθεραπεία επηρεάσει τον ασθενή, θα συμβεί κανονικά μετά από 3-4 εβδομάδες. Οι άνθρωποι με ανοιχτό χρώμα δέρματος, μπορούν να διαπιστώσουν ότι στην περιοχή της ακτινοβολήσης, το δέρμα γίνεται κόκκινο και ευαίσθητο. Οι άνθρωποι με σκούρο χρώμα δέρματος, μπορούν να διαπιστώσουν ότι το δέρμα τους γίνεται πιο σκούρο και μπορούν να έχουν μια μπλε ή μαύρη χροιά. Το ποσό της αντίδρασης εξαρτάται από την περιοχή που γίνεται η θεραπεία και την ευαισθησία του δέρματος. Μερικοί άνθρωποι δεν παρουσιάζουν κανένα δερματικό πρόβλημα¹⁷.

7.1.17 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Με την χημειοθεραπεία παρέχεται θεραπεία, έλεγχος της νόσου ή ανακούφιση. Δυστυχώς, τα φάρμακα αυτά χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό παρενεργειών στα διάφορα συστήματα του οργανισμού, όπου ένα και από αυτά το νευρικό σύστημα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντινεοπλασματικών φαρμάκων μπορεί να είναι άμεσες δηλαδή, εμφανίζονται μετά από ώρες ή ημέρες από την χορήγησή τους ή αργότερες που σημαίνει εμφάνιση μετά από μήνες ή χρόνια. Η νευροτοξικότητα έχει ως συνέπεια την εμφάνιση νευρολογικών προβλημάτων στους ασθενείς όπως: περιφερική νευροπάθεια, εγκεφαλοπάθεια, άνοια, επιληπτικές κρίσεις, παρεγκεφαλιδικό σύνδρομο, νευροπάθεια κρανιακών νεύρων, μυοπάθεια, τοξικότητα νωτιαίου μυελού που αποτελεί μια σοβαρή παρενέργεια της χημειοθεραπείας¹⁷.

7.1.18 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ

Με την έννοια διαταραχές συνείδησης ορίζονται τα προβλήματα σε νοητικές λειτουργίες του εγκεφάλου όπως η σκέψη, η αντίληψη, η μνήμη, η συγκέντρωση και η συμπεριφορά. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να επηρεάσουν πολλές πτυχές της καθημερινής ζωής όπως την ικανότητα για εργασία και την αποπεράτωση καθημερινών απλών διαδικασιών. Ορισμένες μέθοδοι παρέμβασης και θεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο μπορούν να προκαλέσουν διαταραχές συνείδησης. Το να βιώνεις διαταραχές στη μνήμη, στην αυτοσυγκέντρωση και την αντίληψη είναι ιδιαίτερα στρεσογόνο και επώδυνο.

Είναι ξαφνικές αλλαγές στη καθημερινότητα που οι ασθενείς είναι απροετοίμαστοι να δεχτούν. Τις περισσότερες φορές τα προβλήματα αυτά, που σχετίζονται με τον καρκίνο, είναι παροδικά και αναστρέψιμα ενώ κάποια από αυτά επιμένουν αλλά αντιμετωπίζονται με την φροντίδα των ειδικών και ανακουφίζουν τον ασθενή. Οι διαταραχές αυτού του είδους μπορεί να εμφανιστούν σε όλους τους ασθενείς με καρκίνο που ακολουθούν χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Οι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη των διαταραχών συνείδησης είναι οι ασθενείς που παρουσίασαν καρκίνο σχετικό με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και ακολούθησαν θεραπεία επικεντρωμένη σε αυτό (εγκέφαλος, σπονδυλική στήλη, νωτιαίος μυελός κτλ). Οι διαταραχές συνείδησης μπορούν να συνδεθούν επίσης, με υψηλές δόσεις χημειοθεραπείας, με χειρουργική αφαίρεση όγκου σε σημεία του εγκεφάλου¹⁷.

7.1.19 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

Οι διαταραχές του ύπνου εμφανίζονται σε ορισμένους καρκινοπαθείς ως αποτέλεσμα της νόσου, του πόνου, της θεραπείας, της παραμονής στο νοσοκομείο και του στρες. Οι διαταραχές ύπνου, που εμφανίζονται συχνότερα στους καρκινοπαθείς, είναι η αϋπνία και οι διαταραχές του κύκλου ύπνου εγρήγορσης. Η επέκταση της νόσου και η αντικαρκινική θεραπεία μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές ύπνου εξαιτίας διαφόρων αιτιών: άγχος, κατάθλιψη, πόνος, πυρετός, βήχας, διαταραχές αναπνοής, κνησμός, κόπωση, κεφαλαλγία, διάρροια, δυσκοιλιότητα, ναυτία. Οι ασθενείς μπορεί να αναγκάζονται να ξυπνούν συχνά την νύχτα εξαιτίας της εφαρμογής θεραπευτικών παρεμβάσεων, των θορύβων του νοσοκομειακού περιβάλλοντος και των προβλημάτων άλλων ασθενών του ίδιου θαλάμου. Οι χρόνιες διαταραχές του ύπνου μπορεί να προκαλέσουν ευερεθιστότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, κατάθλιψη και άγχος. Τα προβλήματα ύπνου στο νοσοκομειακό περιβάλλον μπορεί να καταστήσουν εξαιρετικά δύσκολη την εφαρμογή της αντικαρκινικής αγωγής⁶.

7.1.20 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Ο καρκίνος επηρεάζει το σύνολο των εκδηλώσεων της ζωής του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικότητας. Οι μεταβολές της σωματικής εικόνας, η μειωμένη ενεργητικότητα, η αγωνία για την επιβίωση και το άγχος - λόγω των οικογενειακών και οικονομικών δυσκολιών - επηρεάζουν την έκφραση της σεξουαλικότητας και δημιουργούν προβλήματα στην ερωτική επιθυμία. Εάν, όμως, ο ασθενής απολάμβανε την σεξουαλικότητά του πριν από την εμφάνιση της νόσου, οι πιθανότητες να διατηρήσει ή να ανακτήσει την ερωτική του αυτοπεποίθηση είναι πάρα πολλές (ανεξάρτητα των αλλαγών που έχει επιφέρει ο καρκίνος). Πιθανώς να υποχρεωθεί να προσαρμόσει τις σεξουαλικές του συνήθειες. Η θεραπεία ορισμένων μορφών καρκίνου μπορεί να επηρεάσει σε κάποιον βαθμό την σεξουαλικότητα, προκαλώντας κόπωση, πόνο,

καταβολή δυνάμεων ή άλλες παροδικές παρενέργειες. Οι νεότεροι άνδρες, οι οποίοι πρόκειται να υποβληθούν σε εντατική χημειοθεραπεία, είναι σκόπιμο να αποθηκεύσουν σπέρμα στην τράπεζα σπέρματος πριν την έναρξη της θεραπείας³.

Όσον αφορά τον καρκίνο του πνεύμονα οι ασθενείς παρουσιάζουν και άλλα προβλήματα όπως δύσπνοια σε ποσοστό 59 % ,βήχα σε ποσοστό 71% και διάφορες αναπνευστικές λοιμώξεις που μπορεί να οφείλονται σε τοπικούς παράγοντες (στένωση/απόφραξη) ή/και συστηματικές καταστάσεις (καχεξία, ουδετεροπενία λόγω χημειοθεραπείας κ.λπ.)³.

Ανάλογη θα πρέπει να είναι και η αντιμετώπισή τους, που περιλαμβάνει κατάλληλα αντιβιοτικά, αναπνευστική γυμναστική, ή και χρήση αυξητικών αιμοποιητικών παραγόντων στην περίπτωση της ουδετεροπενίας³.

7.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Η διάγνωση του καρκίνου έρχεται σαν κεραυνός να αποδιοργανώσει τη ζωή του ασθενούς και της οικογένειάς του. Οι ανησυχίες για το μέλλον, η αναζήτηση ικανών γιατρών και της καταλληλότερης αντιμετώπισης, οι φόβοι για τους κινδύνους της θεραπείας μαζί με τη σωματική καταπόνηση που συνήθως συνοδεύει την ασθένεια, δημιουργούν πολύπλοκα ψυχολογικά, οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα στους ασθενείς. Το είδος των προβλημάτων που δημιουργούνται δεν είναι γνωστά στο βαθμό που θα έπρεπε. Η στήριξη που δίνεται στους καρκινοπαθείς ασθενείς δεν είναι ικανοποιητική με αποτέλεσμα να εμφανίζουν μια σειρά από ψυχολογικές αντιδράσεις⁹.

7.2.1 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Τα αισθήματα είναι ποικίλα μαθαίνοντας κάποιος ότι έχει καρκίνο. Τα αισθήματα αυτά μπορούν να αλλάξουν από μέρα σε μέρα, ώρα σε ώρα ή ακόμα και από λεπτό σε λεπτό. Συνεπώς, ανεξάρτητα από τις δηλώσεις του ίδιου του ασθενή, ο οποίος πιθανόν αρνείται πως έχει επηρεαστεί ψυχολογικά εξαιτίας της νόσου ή των παρενεργειών της αγωγής, ο θεράπων ιατρός και οι οικείοι του ασθενή θα πρέπει να είναι ευαίσθητοι όσον αφορά τις ψυχολογικές και συναισθηματικές του ανάγκες⁹.

7.2.2 ΜΟΝΑΞΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ

Ένα από τα πιο συχνά συναισθήματα που βιώνει κάποιος που αντιμετωπίζει τον καρκίνο, είναι αυτό της μοναξιάς και της αίσθησης ότι το άτομο είναι μόνο του. Αυτή η απομόνωση και απόσυρση μπορεί να επηρεάσει τα άτομα σε διαφορετικά στάδια της ασθένειας όταν διαγνωστούν, κατά την διάρκεια της θεραπείας καθώς και μετέπειτα. Οποιοσδήποτε αντιμετωπίσει τον καρκίνο ίσως εμφανίσει και αισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης. Υπάρχουν

πολλοί λόγοι για τους οποίους οι άνθρωποι αισθάνονται μόνοι. Διαχειριζόμενοι τα συναισθήματα και τις αλλαγές που ο καρκίνος επιφέρει, μπορεί να τους οδηγήσει σε ένα μονοπάτι απομόνωσης και να αποτελέσει μια εμπειρία μοναξιάς. Συχνά το αίσθημα της απομόνωσης γίνεται εντονότερο εάν δεν προσπαθήσει το άτομο να εκφράσει τα συναισθήματά του και να περιγράψει την κατάσταση την οποία καλείται να αντιμετωπίσει. Πολλές φορές είναι δύσκολο να μιλήσουν σε φίλους και σε συγγενείς για το τι πραγματικά νοιώθουν. Επιλέγουν να τους πουν ότι είναι καλά, ενώ μέσα τους αγωνίζονται να ανταπεξέλθουν στο δύσκολο έργο που κλήθηκαν να διεκπεραιώσουν. Πολλές φορές χρησιμοποιούν δικαιολογίες για να εξηγήσεις την αλλαγή της διάθεσής σου στους άλλους (π.χ. νοιώθω κουρασμένος)¹⁶.

7.2.3 ΕΝΟΧΕΣ

Οι ασθενείς βλέπουν ότι δεν μπορούν να αυτοδιαχειριστούν τις υποθέσεις τους, ενώ αισθάνονται ότι επιβαρύνουν συνολικά τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Αυτά τους προκαλούν αισθήματα ενοχής που μπορεί να οδηγήσουν σε αντιδραστική κατάθλιψη, κάποτε όμως και σε επιθετικότητα. Η τελευταία, εάν συμβεί, δημιουργεί στη συνέχεια πρόσθετες ενοχές σ' έναν ανατροφοδοτούμενο φαύλο κύκλο¹⁶.

7.2.4 ΣΤΡΕΣ- ΑΓΧΟΣ- ΠΑΝΙΚΟΣ

Είναι πολύ φυσικό όταν εντοπίζεται καρκίνος σε κάποιον να ανησυχεί για αυτό που του συμβαίνει αλλά και για το ότι πρόκειται να του συμβεί, τον πόνο, την τελική έκβαση, τον θάνατο, τους αγαπημένους του ανθρώπους. Το στρες λοιπόν, αποτελεί μία φυσιολογική αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού απέναντι σε έναν «κίνδυνο». Η αίσθηση ότι το άτομο βρίσκεται απέναντι σε κάτι απειλητικό για εκείνον δημιουργεί μία «αφύπνιση», έναν «συναγερμό» στο σώμα του καθιστώντας το ικανό να «παλέψει» ενάντια σε αυτόν τον κίνδυνο. Το άτομο που έχει άγχος μπορεί να παραπονείται για δυσκολία συγκέντρωσης, αίσθημα κόπωσης, δυσκολία στον ύπνο, και ευερεθιστότητα. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι παρόντα καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας ή να εμφανίζονται με πιο έντονα ανά περιόδους όπως σε επισκέψεις σε ιατρεία, επαναλήψεις των εξετάσεων κ.τ.λ.¹⁴.

7.2.5 ΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η ανακοίνωση ότι κάποιος πάσχει από καρκίνο, η διαδικασία των θεραπειών, οι επαναλαμβανόμενες εξετάσεις, ο αντίκτυπος στην προσωπική και επαγγελματική ζωή είναι μερικοί από τους λόγους που ένα άτομο μπορεί να νιώσει θλίψη και άσχημη διάθεση. Η θλίψη είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα απέναντι σε μία δυσάρεστη κατάσταση. Συνήθως, η θλίψη υποχωρεί σταδιακά

και το άτομο επαναδραστηριοποιείται, αναζητώντας λύσεις για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει και παράλληλα προσπαθεί να επιστρέψει στην καθημερινή του ρουτίνα. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως, δεν συμβαίνει αυτό. Η άσχημη διάθεση μπορεί να παρατείνεται για αρκετές εβδομάδες και να δείχνει να επιδεινώνεται παρά να βελτιώνεται. Το άτομο χάνει τη διάθεσή του για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, δεν παίρνει ικανοποίηση από δραστηριότητες που παλαιότερα τον ευχαριστούσαν, χάνει το ενδιαφέρον του, το κίνητρό του και νιώθει οξύθυμος και ευερέθιστος. Ταυτόχρονα το άτομο μπορεί να παρουσιάζει διαταραχή στον ύπνο (αϋπνίες ή υπερυπνία) και απώλεια της όρεξής του. Συνήθως νιώθει χειρότερα το πρωί ενώ η διάθεση βελτιώνεται λίγο τις απογευματινές ώρες. Επιπλέον το άτομο μπορεί να αντιμετωπίζει δυσκολίες στη συγκέντρωση αλλά και στη μνήμη του, να βιώνει αισθήματα ενοχής, αναξιότητας, ματαιότητας και ευαλωτότητας¹³.

7.2.6 ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η εικόνα του σώματος είναι η εσωτερική αναπαράσταση που έχει ο καθένας για την εξωτερική του εμφάνιση. Η εικόνα σώματος διαταράσσεται με διάφορους τρόπους όταν ένα άτομο μάθει ότι πάσχει από καρκίνο και αυτό γιατί τόσο η ίδια η νόσος όσο και οι θεραπείες της επιφέρουν ριζικές αλλαγές στο σώμα. Η ίδια η νόσος προκαλεί αντικειμενικές αλλαγές στον οργανισμό όπως αλλαγή των ορμονών με επιπτώσεις στην εξωτερική εμφάνιση του ατόμου. Επιπλέον οι ίδιες οι θεραπείες επιφέρουν αντικειμενικές αλλαγές όπως είναι η απώλεια μαλλιών, η αφαίρεση μελών του σώματος, κηλίδες στο δέρμα, χειρουργικά σημάδια, αλλαγή του σωματικού βάρους, σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Ορισμένες αλλαγές είναι μόνιμες και άλλες προσωρινές. Άλλες αλλαγές στην εικόνα του σώματος είναι υποκειμενικές και προκύπτουν από συναισθηματικές μεταβολές του ατόμου που νοσεί. Τα αρνητικά συναισθήματα, ο θυμός και η κατάθλιψη έχουν επιπτώσεις στην εικόνα του σώματος αλλά και στην ενέργεια του ατόμου για καθημερινές δραστηριότητες¹³.

Ακόμα και αν τα σημάδια δεν είναι ορατά από τους άλλους ή δεν είναι εξωτερικά, είναι υπαρκτά για εκείνον που τα έχει και διαταράσσουν την εικόνα του εαυτού του. Ορισμένοι άνθρωποι μπορεί να νιώθουν ντροπή για το σώμα τους, θυμό για αυτό που τους συνέβη, να αποφεύγουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και κοινωνικές συναναστροφές. Νιώθουν προδομένοι από το σώμα τους, το θεωρούν κάτι ξεχωριστό από τον εαυτό τους, νιώθουν ότι έχουν χάσει τους ρόλους τους (επαγγελματικό ή σεξουαλικό). Άλλοι άνθρωποι ερμηνεύουν με διαφορετικό τρόπο τις αλλαγές στο σώμα τους και διαμορφώνουν μία θετική εσωτερική εικόνα για τον εαυτό τους εκτιμώντας την ανθεκτικότητα του οργανισμού τους, επαναξιολογούν το ρόλο της υγιεινής διατροφής και καλής φυσικής κατάστασης¹³.

7.2.7 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

Η σεξουαλική αυτοεκτίμηση είναι άμεσα συνδεδεμένη με την καλή ψυχική υγεία, ο καρκίνος και η θεραπεία του όμως, μπορεί να έχουν αρνητικά συμπτώματα στην σεξουαλικότητα και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Είναι πολύ δύσκολο να προβλεφθεί πώς ο καρκίνος και η θεραπεία του θα επηρεάσουν την σεξουαλικότητα του ατόμου, μερικοί άνθρωποι μπορεί να χρειάζεται να προσαρμοστούν στις νέες αλλαγές και να βρουν νέους τρόπους για να «δώσουν» και να «εισπράξουν» σεξουαλική ευχαρίστηση⁹.

Ο καρκίνος και η θεραπεία του μπορούν να επηρεάσουν τη σεξουαλικότητα με τέσσερις τρόπους:

- Στη φυσική ικανότητα.
- Στις σκέψεις και τα συναισθήματα για την εικόνα του σώματος.
- Στα συναισθήματα όπως τον φόβο, τον θυμό.
- Στους ρόλους μέσα στις σχέσεις.

Η σύνδεση ανάμεσα σε αυτούς τους τέσσερις τομείς είναι σημαντική. Εάν δηλαδή υπάρχει πρόβλημα σε ένα από αυτά, τότε μάλλον αυτό μπορεί να επηρεάσει και τα υπόλοιπα. Όταν κάποιος είναι εξασθενημένος σωματικά, αυτό μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά του να αισθάνεται καλά με τον εαυτό του σεξουαλικά, ή την σωματική του ικανότητα να δώσει και να εισπράξει ευχαρίστηση⁹.

Η διάγνωση του καρκίνου συνήθως προκαλεί πολύ δυνατά αισθήματα τα οποία μπορεί να μειώσουν το ενδιαφέρον για ερωτική επαφή. Φόβος, άγχος, θυμός, ζήλεια αποτελούν κοινά εμπόδια στη σεξουαλικότητα. Οι άνθρωποι όμως που έχουν υποβληθεί κάποια αλλαγή στο σώμα τους έχουν συνήθως το φόβο της απόρριψης⁹.

Η σεξουαλική επαφή μπορεί να είναι μία καλή διέξοδος για μερικούς ανθρώπους. Ο θυμός μπορεί να υποχωρήσει μετά τη σεξουαλική επαφή, μπορεί επίσης να απαλλάξει τους ανθρώπους από συναισθήματα που τους ενοχλούν ή τους προβληματίζουν⁹.

7.2.8 ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

Στην ψυχολογία το άγχος και ο φόβος περιγράφονται συχνά σαν δύο διαφορετικές έννοιες.

Άγχος θεωρείται το έντονο γενικευμένο διάχυτο συναίσθημα που δεν προκαλείται από κάποια συγκεκριμένη αιτία αλλά μια γενικότερη απροσδιόριστη κατάσταση, ενώ ο φόβος θεωρείται το συναίσθημα εκείνο που είναι άμεσα συνδεδεμένο με κάποια συγκεκριμένη απειλή ή κίνδυνο².

Ο «φόβος θανάτου» και το «άγχος θανάτου» χρησιμοποιούνται από μερικούς επιστήμονες σαν ταυτόσημες έννοιες⁵¹ ενώ άλλοι τις ξεχωρίζουν.

Αυτοί που τις διαφοροποιούν ισχυρίζονται ότι είναι φυσιολογικό κάθε άτομο που απειλείται η ζωή του από μια σοβαρή αρρώστια να βιώνει άγχος καθώς αντιμετωπίζει την πιθανότητα να πεθάνει. Το άγχος αυτό βασίζεται σε συγκεκριμένους φόβους που απασχολούν τον άρρωστο. Σκοπός λοιπόν κάθε ψυχολογικής παρέμβασης είναι να βοηθήσει το άτομο να εντοπίσει, να εκφράσει και να αποδεχθεί τους συγκεκριμένους φόβους που κρύβονται πίσω από το διάχυτο και αδιαφοροποίητο άγχος θανάτου. Είναι σημαντικό να καταλάβει ο ασθενής από πού πηγάζουν οι φόβοι του, σε τι αποσκοπούν και πως συνδέονται με τον τρόπο που αντιμετωπίζει γενικότερα τη ζωή. Ας μην ξεχνάμε ότι η ζωή και ο θάνατος αποτελούν «τις δύο διαφορετικές όψεις του ίδιου νομίσματος»².

Σύμφωνα με κάποιους επιστήμονες οι φόβοι θανάτου δεν είναι ενστικτώδεις. Υπάρχουν σαν αποτέλεσμα κάποιας μάθησης, μια και ο κοινωνικοπολιτιστικός μας χώρος δημιουργεί, καλλιεργεί και διαιωνίζει ερμηνείες και μηνύματα που συνδέουν το θάνατο με το φόβο².

Ο Leming περιγράφει 8 μορφές φόβων που αντιμετωπίζει οποιοδήποτε άτομο προβληματίζεται με το θάνατό του. Αυτούς τους διακρίνει σε δύο κυρίως κατηγορίες: στην μία συμπεριλαμβάνονται οι φόβοι που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο, ενώ στη δεύτερη, οι φόβοι περιστρέφονται γύρω από το ίδιο το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του πεθαμένου².

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

α) Ο Φόβος εξάρτησης:

Αυτός ο ασθενής φοβάται περισσότερο μην χάσει τον αυτοέλεγχό του, μην περιοριστούν οι ικανότητες και δραστηριότητές του καθώς και η ανεξαρτησία του. Τον απασχολεί ιδιαίτερα το γεγονός ότι αποτελεί «βάρος» για τους άλλους ή ότι εξαρτάται αποκλειστικά από αυτούς.

β) Ο Φόβος του πόνου:

Κάθε άρρωστος ανέχεται καλύτερα τον πόνο όταν μπορεί να τον αιτιολογήσει, ή όταν γνωρίζει ότι στη συνέχεια θα ανακουφιστεί. Γι' αυτόν όμως που πεθαίνει, ο φόβος του πόνου ή της δύσπνοιας ή της οποιασδήποτε δυσλειτουργίας εντείνεται όταν πιστεύει ότι δεν υπάρχουν τα μέσα ή τα χρονικά περιθώρια για να νιώσει και πάλι καλύτερα. Φοβάται συχνά έναν επώδυνο, αργό ή μακρύ θάνατο χωρίς να μπορεί να καταλάβει το «γιατί».

γ) Ο Φόβος της ταπείνωσης:

Ο ασθενής που πλησιάζει στον θάνατο μπορεί να φοβάται μήπως παραμορφωθεί ή μήπως υποστεί νέες αναπηρίες που δεν αποτελούν μονάχα απώλειες στο επίπεδο της λειτουργικότητάς του, αλλά κυρίως στο επίπεδο της αυτοεκτίμησης και ακεραιότητάς του. Κατά τον ίδιο τρόπο, όταν νιώθει

αδύναμος κι ανήμπορος μπρος στην απειλή του θανάτου φοβάται κυρίως ότι θα χάσει την αξιοπρέπεια και τον αυτοσεβασμό του. Σαν συνέπεια αυτής της ταπείνωσης και υποτίμησης, νιώθει ντροπή, ενοχές και φοβάται ότι δεν θα είναι αποδεκτός ή αγαπητός από τα συγγενικά του πρόσωπα.

δ) Ο Φόβος της απομόνωσης, απόρριψης και μοναξιάς:

Από τους συνηθέστερους και εντονότερους φόβους του αρρώστου είναι ο φόβος της εγκατάλειψης από το περιβάλλον του. Συχνά συγγενείς που υποφέρουν να τον βλέπουν να πεθαίνει απομακρύνονται από αυτόν, ή τον «ξεγράφουν» πρόωρα.

ε) Ο Φόβος του αποχωρισμού:

Κάθε άρρωστος που πεθαίνει είναι φυσικό να «θρηνεί» για τον αποχωρισμό που επίκειται από την οικογένεια και τους φίλους του. Τον προβληματίζει πώς θα αντιμετωπίσουν οι συγγενείς του το θάνατό του, τι θα απογίνουν οι δικοί του χωρίς αυτόν, ιδιαίτερα μάλιστα αν αποτελούσε σημαντικό συναισθηματικό και οικονομικό στήριγμα για τα μέλη της οικογένειάς του².

Οι φόβοι σχετικά με το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού είναι:

α) Ο Φόβος μπρος σε κάποια μεταθανάτια ζωή ή κατάσταση:

Για πολλούς ασθενείς το «άγνωστο» είναι εκείνο που τους απασχολεί και τους τρομάζει περισσότερο από κάθε τι άλλο, ενώ μερικοί φοβούνται ότι μπορεί να τιμωρηθούν στη μετέπειτα ζωή τους. Άλλοι πάλι, τρομάζουν με τη σκέψη ότι μπορεί να υπάρχουν πνεύματα ή μεταφυσικές δυνάμεις, ενώ μερικοί πανικοβάλλονται με την ιδέα ότι μετά το θάνατο δεν υπάρχει τίποτα.

β) Ο Φόβος μπρος στην οριστικότητα του θανάτου:

«Τι θα απογίνουν όλα τα ανεκπλήρωτα σχέδια και οι στόχοι που έχω στη ζωή μου;», «κίόλα τα αγαπημένα μου πρόσωπα δεν θα τα ξαναδώ ποτέ;». Αυτά είναι ερωτήματα που δημιουργούνται σε κάθε άρρωστο και ιδιαίτερα σ' εκείνον που φοβάται έντονα την οριστικότητα και το «αμετάκλητο» του θανάτου.

γ) Ο Φόβος για την τύχη του σώματος:

Η αποσύνθεση του σώματος, η σκέψη της ταφής, το φέρετρο κάτω από το χώμα, αποτελούν για μερικά άτομα έγνοιες που δημιουργούν έντονο άγχος².

Βέβαια κάθε άτομο μπορεί να βιώνει έναν ή περισσότερους από αυτούς τους φόβους σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό και ένταση.

Όπως δείχνουν τα αποτελέσματα της έρευνας στον τομέα αυτό, το άγχος που έχουν υγιή άτομα σχετικά με το θάνατό τους, είναι περισσότερο συνδεδεμένο με φόβους που αφορούν τη περίοδο που οδηγεί προς το θάνατο,

παρά με το γεγονός του ίδιου του θανάτου. Μέσα από την προσωπική πείρα διαπιστώνεται ότι το ίδιο ισχύει συνήθως και για το άρρωστο άτομο που βρίσκεται κοντά στο τέλος της ζωής του, μια και συχνά το απασχολεί περισσότερο το πώς θα πεθάνει, παρά το ότι θα πεθάνει².

Συνεπώς, είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος που μπορεί να παίζει το ευαισθητοποιημένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για να μειώσει τους φόβους και το άγχος του αρρώστου σχετικά με την πορεία του προς το θάνατο².

7.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Η κοινωνική καταπόνηση στους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα, αν και αναγνωρίζεται ως σημαντική, έχει ελάχιστα μελετηθεί. Η ψυχολογική και η συναισθηματική καταπόνηση, όπως η κατάθλιψη, οι αλλαγές της εικόνας σώματος, η περιορισμένη λειτουργικότητα και καθημερινή δραστηριότητα, η σημαντική οργανική καταπόνηση, καθώς και αλλαγές στον επαγγελματικό ρόλο και τις διαπροσωπικές σχέσεις, συμβάλλουν σημαντικά στην απώλεια του ενδιαφέροντος για συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και ευνοούν την κοινωνική απόσυρση, με συνέπεια τον περιορισμό της κοινωνικής τους ευεξίας⁷.

Με την εργασία όμως το άτομο δραστηριοποιείται και καταξιώνεται στο κοινωνικό σύνολο. Και τα δύο είναι σημαντικά θέματα για το άτομο που θεραπεύτηκε από καρκίνο.

Περισσότεροι από τους θεραπευμένους είναι ικανοί να συνεχίσουν την προηγούμενη εργασία τους ή να ασχοληθούν με κάτι άλλο. Μερικά άτομα, κυρίως εκείνα που το επάγγελμα τους απαιτεί σωματική κόπωση, μπορεί να έχουν προβλήματα παραμονής στο ίδιο το επάγγελμα. Συχνά ευθύνεται ο ίδιος ο ασθενής, διότι κατέχεται από μοιρολατρία για την νόσο και αίσθημα ανασφάλειας, Μπορεί ακόμα οι εργοδότες να έχουν εσφαλμένες ιδέες για την πρόγνωση. Άτομα που είναι ικανά να εργαστούν πρέπει να ενθαρρύνονται και να βοηθούνται στα ειδικά επαγγελματικά προβλήματα τους. Για τους παραπάνω λόγους σήμερα υπάρχει η τάση να ιδρύονται κέντρα αποκατάστασης, όπου αντιμετωπίζονται τα διάφορα προβλήματα⁷.

ΜΕΡΟΣ Ε

ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

8.1 Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ο ασθενής στο χώρο του Νοσοκομείου εμφανίζει ιδιαίτερες ανάγκες και προβλήματα που επηρεάζονται από τη Φύση και σοβαρότητα ασθένειάς του, αλλά και από τη βιο-ψυχο-πνευματικο-κοινωνική του συγκρότηση.

Ο νοσηλευτής κοντά στον εξαρτημένο, ημιεξαρτημένο και ανεξάρτητο ασθενή έχει την ευθύνη αλλά και την τιμή να τις αξιολογεί τις ανάγκες του και τις ικανοποιεί στα πλαίσια των ευθυνών του. Οι ανάγκες του ασθενή οδηγούν στην κατάστρωση σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας⁸.

Είναι γνωστό ότι η νοσηλεύτρια δεν είναι πάντα σε θέση να ικανοποιήσει όλες τις προσδοκίες και τις ανάγκες του ασθενούς ούτε πάλι θεωρείται πάντοτε υπεύθυνη, όταν αυτές δεν ικανοποιούνται.

Η φροντίδα κάθε ασθενή πρέπει να στηρίζεται στις ατομικές ανάγκες του, οι οποίες πρέπει να καθορίζουν το είδος της παρεχόμενης σε αυτόν φροντίδας. Αυτό προϋποθέτει:

- Προσπάθεια ανευρέσεως των αναγκών του ασθενούς, και
- Επισήμανση εκείνων που έχουν ανάγκη βοήθειας από την νοσηλεύτρια⁸.

Επειδή οι ανάγκες του ασθενή σπάνια παραμένουν οι ίδιες, απαραίτητη είναι η συχνή επανεκτίμηση τόσο των υπάρχουσών αναγκών, όσο και του σχεδίου της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Εάν λοιπόν η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή πρόκειται να στηριχτεί στις ατομικές ανάγκες, απαιτείται η αδελφή να γνωρίζει την έννοια του όρου «ανάγκη» και να έχει γνώση των αναγκών του ανθρώπου⁸.

Ανάγκη είναι η κατάσταση κατά την οποία παρουσιάζεται βιολογική η πνευματικο-ψυχο-κοινωνική έλλειψη ή αδυναμία που έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία διαφοράς μεταξύ του πώς είναι και θα έπρεπε να είναι το άτομο - είναι μία δύσκολη κατάσταση, που απαιτείται ανακούφιση ή ικανοποίηση⁸.

Οι ανάγκες του ασθενή χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

1. Τις φυσικές ή βασικές ανάγκες και
2. Τις ψυχοκοινωνικές ή δευτερεύουσες ανάγκες.

Οι φυσικές ανάγκες είναι κοινές σε όλους τους ζώντες οργανισμούς, ενώ οι ψυχοκοινωνικές αποτελούν ξεχωριστό χαρακτηριστικό των ανθρώπων.

Η δυνατότητα εξακριβώσεως των αναγκών του ασθενούς στηρίζεται σε ορισμένες προϋποθέσεις, δηλαδή:

1. Την κατοχή βασικών γνώσεων των βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών επιστημών.
2. Την ικανότητα να παρατηρεί κανείς και μεταβιβάζει κατάλληλα τις παρατηρήσεις.
3. Την ικανότητα να ερμηνεύει ή επεξηγεί τις παρατηρήσεις.
4. Την ικανότητα της επικοινωνίας με τον ασθενή.
5. Την ικανότητα να αξιολογεί και ιεραρχεί τις ανάγκες, και
6. Την αντίληψη πως οι ανάγκες επηρεάζονται από τη νόσο.

Οι ανάγκες του ανθρώπου διαφέρουν σε σπουδαιότητα μεταξύ τους, ενώ δε μία ανάγκη ικανοποιείται, άλλη εμφανίζεται και παίρνει θέση προτεραιότητας.

Οι ανάγκες διεκδικούν πρώτα ικανοποίηση και πρέπει να γίνει αυτό, πριν άλλες ανάγκες συγκεντρώσουν την προσοχή μας. Οι φυσικές λοιπόν ανάγκες πρέπει να ικανοποιηθούν σε κάποιο βαθμό, πριν ψυχολογικές ανάγκες γίνουν έκδηλες στο άτομο. Ακόμη και μεταξύ των φυσικών ή βασικών αναγκών, μερικές απαιτούν προτεραιότητα ικανοποίησης π.χ ο ασθενής που έχει δύσπνοια {δηλ. δεν ικανοποιούνται οι ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο}, δεν ενδιαφέρεται για την ανάγκη της τροφής, ακόμη δε λιγότερο για συζήτηση ή άλλη ανάγκη. Το ίδιο συμβαίνει και με μας. Αν προσπαθήσουμε να μελετήσουμε, την ώρα που κρυώνουμε ή πεινάμε, η απόδοσή μας θα είναι ελάχιστη, ώσπου να φορέσουμε ένα ρούχο και να ικανοποιήσουμε και το αίσθημα της πείνας⁸.

Η δυνατότητα του ατόμου να υποστεί μία στέρηση επηρεάζεται από την όλη του επάρκεια {φυσική, συναισθηματική κλπ.}, καθώς και το βαθμό ικανότητας να προσαρμοστεί σε αλλαγές π.χ ο άνθρωπος που υπέστη βλάβες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος λόγω εγκεφαλικής αιμορραγίας έχει μικρή αντοχή στη στέρηση ικανοποίησης των αναγκών του και εκνευρίζεται εύκολα στις μικρές δυσκολίες⁸.

Σε περίπτωση κατά την οποία η στέρηση έχει ψυχολογική μορφή, τότε αυτό εξαρτάται και από το βαθμό ικανοποίησής της κατά το παρελθόν και ιδιαίτερα στα πρώτα χρόνια της ζωής του ατόμου.

Εφόσον η ασθένεια ήδη στερεί το άτομο από την ικανοποίηση μίας ή και περισσότερων αναγκών του, η ικανότητά του να δεχτεί στέρηση και άλλων

αναγκών μειώνεται σημαντικά π.χ ασθενής που έκανε μία σοβαρή χειρουργική επέμβαση είναι ανίκανος αμέσως μετά την εγχείρηση να εκτιμήσει αλλαγές περιβάλλοντος και να προσαρμοστεί σε αυτές. Η ικανοποίηση των αναγκών αναμφίβολα εξαρτάται από τις υπάρχουσες δυνατότητες για ικανοποίησής τους π.χ η ανάγκη για οξυγόνο δεν πρόκειται να ικανοποιηθεί παρά μόνο, αν υπάρχει οξυγόνο στον εισπνεόμενο αέρα. Η ανάγκη να αγαπά και αγαπάται ένα άτομο δεν μπορεί να ικανοποιηθεί παρά μόνο, αν υπάρχει αγάπη⁸.

Στον πολύπλοκο ανθρώπινο οργανισμό για την ικανοποίηση των αναγκών παίρνουν μέρος πολλά συστήματα με τις λειτουργίες τους π.χ η ικανοποίηση της δίψας {φυσική ανάγκη} απαιτεί όχι μόνο την ύπαρξη νερού, αλλά και ικανότητα του ατόμου να το πάρει, ικανότητα του οργανισμού να το απορροφήσει και να το μοιράσει σε όλα τα σημεία⁸.

8.2 ΦΥΣΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Οι φυσικές ανάγκες όπως της τροφής, του οξυγόνου, του νερού, της κατάλληλης θερμοκρασίας του περιβάλλοντος κλπ. Επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου και κατευθύνουν τους μηχανισμούς, οι οποίοι διατηρούν σταθερό το εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού. Η δύναμη των αναγκών αυτών είναι μεγάλη και, εάν δεν ικανοποιηθούν, υπερισχύουν στη σκέψη του ατόμου π.χ ο ασθενής στον οποίο περιορίστηκαν τα λαμβανόμενα υγρά, για θεραπευτικό σκοπό, αναμφίβολα διψά, το δε αίσθημα της δίψας έχει απορροφήσει ολοκληρωτικά της σκέψη του. Δε συζητά τίποτε άλλο από το βαθμό της δίψας του, την επιθυμία του για νερό και κατά συνέπεια ρωτά τον ιατρό και την αδελφή, πότε θα του επιτραπεί. Σε αυτή την περίοδο δεν ενδιαφέρεται ούτε για άλλες φυσικές ανάγκες, ούτε βέβαια για ψυχοκοινωνικές. Αμέσως όμως, μόλις η δίψα του ικανοποιηθεί, αρχίζει να συνειδητοποιεί την ύπαρξη και άλλων αναγκών του, όπως της ησυχίας, της στοργής, της ενημερώσεώς του για την πορεία της ασθένειάς του κλπ⁸.

8.3 ΑΝΑΓΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Όταν οι φυσικές ανάγκες του αρρώστου είναι ικανοποιημένες, η ανάγκη της ασφάλειας του εαυτού του παίρνει την πρώτη θέση. Ο φυσιολογικός ενήλικας είναι σε θέση να προφυλάξει τον εαυτό του και συνήθως δεν διατρέχει κίνδυνο η ασφάλειά του, όμως δεν συμβαίνει το ίδιο και με τον ασθενή⁸.

Η ασφάλεια του ασθενούς έχει δύο απόψεις. Η μία άποψη είναι ο πραγματικός κίνδυνος ή η απειλή της υγείας και της ζωής του ακόμη από την ασθένεια. Η άλλη είναι τα υποκειμενικά συναισθήματα του ότι βρίσκεται σε κατάσταση ασφάλειας ή κατάσταση κινδύνου⁸.

Καταστάσεις που θέτουν σε κίνδυνο τον ασθενή, δυνατό να προέρχονται πρώτα από τον ίδιο σαν άτομο, όπως η ασθένειά του, και κατά δεύτερο λόγο από το περιβάλλον του⁸.

Εφόσον βασικός επιδιωκόμενος σκοπός της αδελφής είναι η ανακούφιση του ανθρώπου, επιβάλλεται να επιδιώκεται την ασφάλειά του. Για να μπορεί η αδελφή να προστατεύει τον ασθενή της από τους πραγματικούς κινδύνους της ασθένειας, πρέπει να γνωρίζει τη φύση της, την εξέλιξη και τις επιπλοκές της. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορέσει να προλάβει τις επιπλοκές, όσες είναι δυνατόν να προληφθούν, και να προσφέρει σωστή και επιδέξια νοσηλευτική φροντίδα. Τα μέτρα ασφαλείας που παίρνονται δεν πρέπει να περιορίζονται στο φυσικό περιβάλλον του αρρώστου, αλλά να επεκτείνονται και στο συναισθηματικό και κοινωνικό κλίμα του περιβάλλοντός του. Η πρόληψη ορισμένων φόβων απαιτεί γνώσεις των προσδοκιών του ασθενούς και ειδικότερα γνώση, του πως κάθε ασθενής καταλαβαίνει κάτω από τις παρούσες συνθήκες το ρόλο του και το ρόλο της αδελφής⁸.

8.4 ΑΝΑΓΚΗ ΣΤΟΡΓΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΕΩΣ

Όταν οι φυσικές ανάγκες και ανάγκες της ασφάλειας του αρρώστου ικανοποιηθούν, γίνεται έκδηλη η ανάγκη της στοργής και της αναγνωρίσεως. Ο άνθρωπος από τη φύση του είναι ον κοινωνικό και δεν αγαπά τη μόνωση. Η ασθένεια τον παίρνει από ένα εύθυμο περιβάλλον και τον μεταφυτεύει σε ένα άλλο θλιβερό και ασυνήθιστο, στο οποίο αισθάνεται ανίκανος και μόνος. Ενώ, πριν από λίγο ήταν ένα ζωντανό και ενεργητικό μέλος της κοινωνίας, τώρα πρέπει να δεχτεί το ρόλο του εξαρτημένου ανθρώπου με κίνδυνο να πέσει στην ανυπαρξία. Αυτός ο ασθενής έχει ανάγκη να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του και να αναγνωριστεί σαν άτομο, σαν ιδιαίτερη προσωπικότητα. Η αδελφή, διαποτισμένη η ίδια από την πίστη στην αξία της πραγματικότητας και της ακεραιότητας του ανθρώπου, επιδιώκει να ικανοποιήσει αυτή την ανάγκη του αρρώστου και να βοηθήσει και την οικογένειά του να αισθανθεί την ανάγκη της συγκεκριμένης συνεισφοράς στη θεραπεία και γρήγορη ανάρρωση του αρρώστου της⁸.

Η ίδια διαθέτει χρόνο να ακούσει τον ασθενή και να συζητήσει μαζί του, εφόσον οι συνθήκες της το επιτρέπουν και ο ασθενής το επιζητεί. Ακόμη η αδελφή δείχνει περισσότερο ενδιαφέρον, όχι μόνο για ότι ενδιαφέρει την ίδια σχετικά με τον ασθενή, αλλά και για κάθε τι που φαίνεται σπουδαίο γι' αυτόν - η μεγάλη της προσοχή, η φροντίδα και η ευγένειά της μεταφέρουν στον άρρωστο πεποίθηση ότι φροντίζεται με στοργή και ενδιαφέρον και ότι οι ανάγκες του και τα προβλήματά του αναγνωρίζονται⁸.

8.5 ΑΝΑΓΚΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ο ασθενής που για λίγο νοσηλεύεται στο Νοσοκομείο φαινομενικά δεν αισθάνεται την πίεση αυτής της ανάγκης. Αυτό όμως δε συνεχίζεται για πολύ, αν χρειαστεί να παραταθεί η παραμονή του στο Νοσοκομείο. Σε αυτή την περίπτωση πρέπει να δημιουργηθούν σε αυτόν ευκαιρίες για να εκφράσει τον

εαυτό του άνετα να τον χρησιμοποιήσει δημιουργικά, έτσι, ώστε να είναι ή τουλάχιστο να νομίζει ότι είναι χρήσιμος.

Συχνά η στάση μας, η συμπεριφορά μας, τα λόγια μας όχι μόνο δεν ικανοποιούν αυτή την ανάγκη του, αλλά και του καλλιεργούν τη σκέψη ότι είναι άχρηστος, ότι είναι κάτι το άψυχο⁸.

8.6 ΑΝΑΓΚΗ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΚΑΙ ΝΑ ΚΑΤΑΛΑΒΑΙΝΕΙ

Ο κάθε άνθρωπος θέλει να γνωρίζει τι του συμβαίνει, και δεν ικανοποιείται, όταν παίρνει σύντομες ή αόριστες πληροφορίες. Ο νοήμων άνθρωπος συγκεντρώνει πληροφορίες σχετικές με το θέμα που τον ενδιαφέρει, τις οργανώνει, τις αναλύει και στη συνέχεια οδηγείται σε συμπεράσματα⁸.

Πολλοί άρρωστοι προσπαθούν να ενημερωθούν σχετικά με την ασθένειά τους, συχνά όμως οι πληροφορίες τους είναι γενικές ή και ανακριβείς. Καθήκον της αδελφής και μάλιστα από τα πιο υπεύθυνα είναι να μεταδώσει στον άρρωστο χρήσιμες γνώσεις σε θέματα αρμοδιότητάς της. Για να διδάξει σωστά και αποτελεσματικά τον άρρωστό της η αδελφή, πρέπει να έχει πολλές γνώσεις πάνω στο θέμα, να μπορεί να μεταφέρει τις γνώσεις αυτές στο επίπεδο κάθε ασθενούς και να γνωρίζει βασικές αρχές της μαθήσεως. Οι πληροφορίες που δίνει στον άρρωστο, όσο απλές κι αν είναι, πρέπει να έχουν νόημα και σημασία, για να γίνουν αποδεκτές. Βέβαια, όταν πρόκειται η αδελφή να συζητήσει κάτι με αυτόν, υπολογίζει τη φυσική και συναισθηματική κατάστασή του, το διανοητικό του επίπεδο, την πείρα του σαν αρρώστου, το βαθμό της ενημερώσεώς του στην όλη κατάσταση, καθώς και την ύπαρξη της ανάγκης του αρρώστου να γνωρίσει και να μάθει για την ασθένειά του. Είναι γνωστός ο φόρτος της εργασίας της αδελφής που διαρκώς τείνει να την απομακρύνει από τον ασθενή της. Όμως και η πιο βιαστική αδελφή πρέπει να σταματά πολύ συχνά, για να δώσει, έστω και σύντομες, απλές εξηγήσεις σε θέματα της αρμοδιότητάς της⁸.

Η μη ικανοποίηση αυτής της ανάγκης του ασθενούς δημιουργεί φόβους, ανησυχίες, ερωτηματικά και έτσι διασαλεύεται η εμπιστοσύνη του στους ανθρώπους, στα χέρια των οποίων έχει εμπιστευτεί το πιο πολύτιμο αγαθό, την υγεία του, δηλαδή τη ζωή του⁸.

8.7 ΑΙΣΘΗΣΙΑΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Οι ανάγκες αυτές ποικίλουν σε σπουδαιότητα από τον ένα άρρωστο σε άλλο. Για όλους τους αρρώστους το πιο ευχάριστο περιβάλλον είναι το καθαρό, τακτικό και το ωραίο. Ο ασθενής με μεγάλη αισθητική ευαισθησία θα λυπηθεί από το ακατόρθωτο, ακατάστατο και ακαλαίσθητο περιβάλλον, ενώ ένα περιβάλλον τακτικό, καθαρό και ωραίο, αναμφίβολα συντελεί τα μέγιστα στο να αισθάνεται ο άρρωστός μας άνετα⁸.

8.8 ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ

Αποδέχομαι τον άρρωστο δε σημαίνει απλά είμαι καλή σε αυτόν, αλλά τον καταλαβαίνω όπως είναι και συνεργάζομαι μαζί του, όπως είναι, δηλαδή, αποδέχομαι τις κληρονομικές και μη κληρονομικές του ιδιότητες - αποδέχομαι την καλή ή κακή συμπεριφορά του - αποδέχομαι τα θετικά ή αρνητικά για μένα και το περιβάλλον του συναισθήματα, τη στιγμή κατά την οποία ζω και προσπαθώ να καταλάβω τον εσωτερικό του κόσμο⁸.

Η αποδοχή του αρρώστου μας προϋποθέτει γνώσεις της προσωπικότητας του ανθρώπου καθώς και των παραγόντων που προκαλούν αλλαγές στην προσωπικότητά του π.χ ασθένεια κα.

Η αποδοχή του αρρώστου μας προϋποθέτει ακόμη αποδοχή του εαυτού μας, η οποία στηρίζεται στην αυτογνωσία. Ο ασθενής έχει την απαίτηση να τον μεταχειριζόμαστε όχι απλά σαν άνθρωπο, αλλά σαν άνθρωπο με ειδικές ανάγκες⁸.

Η αποδοχή του εκνευρισμένου και εξαρτημένου αρρώστου χωρίς επίκριση και λανθασμένη ενθάρρυνση αποτελεί αποδοχή και δημιουργεί δυνατότητας παροχής ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Η συμπεριφορά αυτή της αδελφής ελευθερώνει τον άρρωστο από ανεπιθύμητη υπεράσπιση του εαυτού του και στη συνέχεια αποδέχεται και ο ίδιος στο περιβάλλον του και όλοι μαζί συνεργάζονται για τον ίδιο σκοπό, τη θεραπεία της ασθένειας ή βελτίωση της⁸.

Σαν μέσο για εξακρίβωση των αναγκών του αρρώστου, αναφέρθηκε η ικανότητα για παρατήρηση και για επεξήγηση των παρατηρήσεων. Τι είναι όμως παρατήρηση και τι επεξήγηση;

Παρατήρηση είναι η ενέργεια κατά την οποία σημειώνεται ένα δεδομένο ή συμβάν, ενώ επεξήγηση η ερμηνεία που αποδίδεται στο δεδομένο ή το συμβάν⁸.

Με τις παρατηρήσεις δίνονται απαντήσεις σε ερωτήματα όπως: Τι βλέπω; Τι ακούω; Τι μυρίζω; Τι αισθάνομαι; Κλπ. Ενώ με την επεξήγηση δίνονται απαντήσεις σε ερωτήματα όπως: Τι σημαίνει αυτό που βλέπω; Γιατί συμβαίνει; Π.χ ο ασθενής έχει αρτηριακή πίεση 90/60 mmHg, αυτό είναι παρατήρηση. Κατά την επεξήγηση της παρατηρήσεως αναζητείται το νόημα που έχει για τον άρρωστο η 90 συστολική και 60 διαστολική αρτηριακή πίεση του αίματος. Ίσως αυτή να είναι η φυσιολογική πίεση ή μπορεί να δηλώνει αρχή ενός σοβαρού shock⁸.

Ο Dubos αναφέρει ότι η πιο αποτελεσματική προσπάθεια προόδου είναι η προσπάθεια να καταλάβουμε τη φύση ενός φαινομένου και να εξηγήσουμε γιατί, έχει έτσι.

Η αξία της παρατηρήσεως εξαρτάται από την ακεραιότητα, την ανεπηρέαστη γνώμη και τη σαφήνεια του παρατηρητή. Ενώ η αξία της επεξηγήσεως εξαρτάται από την επάρκεια των γνώσεων, που έχει ο εξηγητής,

για όλους εκείνους τους παράγοντες που συμβάλλουν στην παρούσα κατάσταση καθώς και από την ικανότητα της χρήσεως και συνδέσεως των γνώσεων⁸.

Την αξία της παρατηρήσεως στο έργο της νοσηλείας την είχε επισημάνει η Florence Nightingale, όταν έγραφε «Με ασφάλεια μπορεί να λεχθεί, ότι η συνήθεια της έτοιμης ή ορθής παρατηρήσεως μόνη δεν θα μας κάνει χρήσιμες αδελφές, αλλά και χωρίς αυτή θα είμαστε άχρηστες με όλη μας την αφοσίωση»⁸.

Η νοσηλεύτρια, επειδή βρίσκεται κοντά στον ασθενή περισσότερες ώρες της ημέρας από τις άλλες κατηγορίες του προσωπικού, μπορεί με τις παρατηρήσεις και επεξηγήσεις τους να συγκεντρώσει πληροφορίες σημαντικές που θα βοηθήσουν στη διάγνωση και τον καθορισμό της θεραπείας καθώς και στον προγραμματισμό εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας προς αυτόν⁸.

Η νοσηλεύτρια στις παρατηρήσεις και επεξηγήσεις της συμπεριλαμβάνει:

- Την εκτίμηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου και των τυχόν μεταβολών της.
- Την αναγνώριση των συμπτωμάτων και των μεταβολών της νόσου. Την ανακάλυψη των βιο-ψυχο-κοινωνικο-πνευματικών αναγκών του ασθενούς.
- Την εκτίμηση της διανοητικής και ψυχικής κατάστασης του ασθενούς.
Την επισήμανση των αντιδράσεων του ασθενούς στη θεραπεία, και
- Τη μελέτη του περιβάλλοντος του ασθενούς.

Πρέπει ακόμη να σημειωθεί ότι οι περισσότερες από αυτές τις συζητηθείσες ανάγκες ατόμου, είτε βρίσκεται σε κατάσταση υγείας, είτε ασθένειας, μπορούν να ικανοποιηθούν μερικώς⁸.

Η νοσηλεύτρια, της οποίας η ευθύνη και η τιμή είναι να βοηθήσει τον άνθρωπο στην ικανοποίηση των αναγκών του κατά την πιο κρίσιμη περίοδο της ζωής του, την ασθένεια, οφείλει παράλληλα με την καταβαλλόμενη προσπάθεια για τη δυνατή ικανοποίησή τους, να προσπαθήσει να αντιμετωπίσει ή και να επιλύσει τα προβλήματα που προκύπτουν από τη μη ικανοποίηση των αναγκών του. Σε αυτή την προσπάθεια πρέπει να διακρίνει ότι μερικά προβλήματα ούτε περιορίζονται ούτε λύνονται. Τέλος αυτή η ίδια καλείται να βοηθήσει τον άρρωστο με τα μη επιλυόμενα προβλήματα, να τον κάνει ώριμο και αντικειμενικό στη σκέψη, ικανό να προσαρμοστεί σε αυτά⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9:

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ

9.1 ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Το νοσηλευτικό προσωπικό, κατά την επίσκεψη για προληπτικό έλεγχο σε κάποιο διαγνωστικό ή νοσοκομειακό ίδρυμα βοηθάει τον επισκέπτη – ασθενή στις διαγνωστικές εξετάσεις (π.χ. εξετάσεις αίματος, ακτινογραφία θώρακος κλπ.), παίρνει το ιστορικό του ασθενούς (ηλικία, φύλλο, πολιτιστικό υπόστρωμα, επάγγελμα), ενημερώνεται για τις διατροφικές συνήθειες (π.χ. απώλεια βάρους, όρεξη για φαγητό), για την καπνιστική του συμπεριφορά (χρόνος έναρξης καπνίσματος κλπ.), το οικογενειακό του ιστορικό²⁸.

Πέραν όμως των παραπάνω διαδικασιών, ενημερώνει τον επισκέπτη για τα εξής θέματα:

- Αποφυγή του καπνίσματος ή εάν είστε καπνιστές προβείτε σε διακοπή. Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο ακόμη και αν είστε χρόνιοι καπνιστές.
- Αποφυγή στην έκθεση στο παθητικό κάπνισμα.
- Αποφυγή στην έκθεση σε καρκινογόνες ουσίες, ιδιαιτέρως στο χώρο εργασίας ή λάβετε τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης. Ο κίνδυνος για την υγεία σας από την έκθεση σε καρκινογόνες ουσίες αυξάνει σημαντικά εάν είστε καπνιστής.
- Διατροφική αξία των φρούτων και λαχανικών. Είναι η καλύτερη πηγή βιταμινών και θρεπτικών συστατικών. Αποφύγετε τη λήψη βιταμινών μέσω μεγάλων δόσεων συμπληρωμάτων, καθώς μπορεί να υπάρχουν άγνωστες παρενέργειες.
- Επισήμανση της σωματικής δραστηριότητας, τουλάχιστον 30' τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας²⁸.

9.2 ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι ασθένειες είναι τόσο ατομικές, όσο και οι άνθρωποι που τις έχουν. Όμως ο καρκίνος ειδικά, φαίνεται να έχει ένα σύνολο από χαρακτηριστικά εξ ολοκλήρου δικά του²⁸.

Πράγματι, η καταπολέμηση του καρκίνου είναι τόσο βιολογική όσο και ψυχολογική μάχη, επειδή οι επιπτώσεις εκτείνονται πιο πέρα από τις σωματικές βλάβες. Η ανάγκη της διεπιστημονικής προσέγγισης στην πρόληψη, την

θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου, παρουσιάζεται ιδιαίτερα επιτακτική στην περίπτωση του καρκινοπαθούς²⁸.

Ποιος όμως είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα και ποια η συμβολή του στην αντιμετώπιση του ασθενή; Ο νοσηλευτής με την επιδέξια επικοινωνία και την προσεκτική παρατήρηση, διαπιστώνει τις διάφορες ανάγκες, αναλαμβάνει να ικανοποιήσει όσες εμπíπτουν στην δική του αρμοδιότητα και μεταφέρει στις ανάλογες επιστημονικές ειδικότητες όσες ανάγκες πρέπει να αντιμετωπιστούν από άλλους επιστήμονες²⁸.

Μπορούμε λοιπόν να πούμε ότι ο νοσηλευτής είναι εκείνος που αντιμετωπίζει το άτομο σαν άτομο, όχι σαν ειδικότητα. Αυτό είναι ιδιαίτερα αναγκαίο για τον καρκινοπαθή, στην θεραπεία του οποίου επιστρατεύονται πολλές ειδικότητες, ο γιατρός, ο χειρουργός, ο παθολόγος - ογκολόγος, ο ακτινοθεραπευτής, ο ψυχολόγος, ο κοινωνικός λειτουργός κ.ά. Όλοι αυτοί οι επιστήμονες αντιμετωπίζουν τον καρκινοπαθή από την δική τους οπτική γωνία. Ο νοσηλευτής έχει την μοναδικότητα να αντιμετωπίζει το άτομο σαν ένα ενιαίο σύνολο με κοινές αλλά και ειδικές, ιδιαίτερες ανθρώπινες ανάγκες, οι οποίες πρέπει να διαπιστωθούν και να αντιμετωπιστούν. Αυτό επιτυγχάνεται με την συνεργασία με όλους τους επιστήμονες που αποτελούν μέλη της ομάδας²⁸.

Λέγοντας ανάγκη εννοούμε όλα εκείνα τα βιολογικά, περιβαλλοντικά και ψυχοκοινωνικά στοιχεία που απαιτεί ο ανθρώπινος οργανισμός, προκειμένου να διατηρήσει την βιολογική του και ψυχοκοινωνική του υγεία²⁸.

Σε μία διερευνητική μελέτη {1986} των αναγκών των οικογενειών και των ασθενών τους στην προδιαγνωστική φάση, στην φάση των διαγνωστικών εξετάσεων και της θεραπείας και τέλος της αποκατάστασης και της επανένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο, αναφέρονται σε τρεις κατηγορίες:

1. Στις φυσικές ανάγκες.
2. Στις πληροφοριακές ανάγκες.
3. Στις συναισθηματικές.

Στην προδιαγνωστική φάση, που συνοδεύεται από την εισαγωγή του αρρώστου στο Νοσοκομείο, το άτομο έχει διαπιστώσει κάποια ανωμαλία ή δοκιμάζει κάποια συμπτώματα. Η σκέψη και η υποψία μήπως είναι καρκίνος, του περνούν αμέσως από το μυαλό και η προτροπή του γιατρού να μπει σε Νοσοκομείο του επιβεβαιώνουν την υποψία του αυτή²⁸.

Ψυχολογικά ο ασθενής και η οικογένειά του αρνούνται να παραδεχτούν την σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τα θεωρούν ασήμαντα και μηδαμινά. Το άτομο αφήνει το σπίτι του, το περιβάλλον του, ίσως και για πρώτη φορά. Εκείνο που είναι πολύ φυσικό να συμβεί είναι η δυσκολία προσαρμογής ως προς τον χώρο²⁸.

Και επειδή είναι γνωστό σε μας το Νοσοκομείο και δεν αντιμετωπίζουμε εμείς το πρόβλημα, νομίζουμε ότι και οι ασθενείς που έρχονται για πρώτη φορά, το ίδιο αισθάνονται. Ας δώσουμε τις απαραίτητες πληροφορίες στον ασθενή και

σε αυτούς που τον συνοδεύουν. Ελαττώνουμε με τον τρόπο αυτό τις φορές που θα μας σταματήσουν στο διάδρομο ή θα μας ενοχλήσουν στο γραφείο για πράγματα, απλά για μας, απαραίτητα για εκείνους. Όμως, ο ασθενής και η οικογένειά του έχουν και άλλα ερωτηματικά περισσότερο επώδυνα, που ίσως τα κρατούν κρυφά ο ένας από τον άλλο. Είναι άραγε καρκίνος; Αυτό ήταν όλο; Και η ζωή μου; Η οικογένειά μου; Τα παιδιά μου; Οι σπουδές μου, η καριέρα μου; Θα μείνω πολύ εδώ; Θα πονέσω; Οι θεραπείες θα έχουν παρενέργειες; Αυτά είναι μερικά από τα ερωτήματα που πιθανόν σκέφτονται²⁸.

Ύστερα από την εισαγωγή του ατόμου στο Νοσοκομείο αρχίζει η φάση των διαγνωστικών εξετάσεων. Στην φάση αυτή οι φυσικές και οι πληροφοριακές ανάγκες αυξάνουν. Διαγνωστικές εξετάσεις προγραμματίζονται καθημερινά και ο πόνος που προκαλεί η καθεμία προστίθεται στην επόμενη²⁸.

Οι πληροφοριακές και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών, σύμφωνα με τον βαθμό της σπουδαιότητάς τους είναι οι εξής:

1. Ανάγκη να απαντούμε ειλικρινά στις ερωτήσεις τους.
2. Ανάγκη να ξέρουν τι είδους θεραπείες κάνουν.
3. Ανάγκη να τους εξηγήσουμε, ό,τι μας ρωτήσεις, με απλά λόγια για να μας καταλαβαίνουν.
4. Ανάγκη να ξέρουν τι συμπτώματα προκαλούν οι διάφορες θεραπείες που κάνουν.
5. Ανάγκη να ξέρουν πότε να περιμένουν τα τυχόν συμπτώματα από τις διάφορες θεραπείες που κάνουν.
6. Ανάγκη να γνωρίζουν πως αξιολογούν οι γιατροί και οι νοσηλευτές την κατάστασή τους.
7. Ανάγκη να αισθάνονται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει για αυτούς.
8. Ανάγκη να ενισχυθεί η ελπίδα τους για την ζωή.
9. Ανάγκη να είναι πάντα κοντά τους ένα μέλος της οικογένειάς τους.
10. Ανάγκη να μπορεί να εκφράζει τα συναισθήματά του και όταν τα εκδηλώνει να μην παρεξηγείται.
11. Ανάγκη να γνωρίζει το όνομα του γιατρού που τον παρακολουθεί και αυτών που τον φροντίζουν.

Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο έχουν ανάγκη να μάθουν και να πάρουν πληροφορίες για την αρρώστιά τους. Όμως πόσες πληροφορίες θα τους δώσουμε και ποιες είναι οι πληροφοριακές τους ανάγκες; Οι εργαστηριακοί και ιατρικοί όροι που ακούει συνεχώς ελαττώνουν την ικανότητά του να καταλάβει και να κρατήσει τις πληροφορίες που του δίνουμε. Συχνά αντιμετωπίζουμε το γεγονός, που προκαλεί να εξηγήσουμε, ή να πούμε σε κάποιο δικό του, σε όποιον αισθάνεται μεγαλύτερη ασφάλεια²⁸.

Πρέπει να προσέξουμε το πόσο κατάλληλη είναι η ώρα που πάμε να δώσουμε τις πληροφορίες, ή τις εξηγήσεις που θέλουμε να δώσουμε στον

άρρωστο. Αν για παράδειγμα ένας ασθενής πονάει, ή πέρασε όλο το πρωινό του στα διάφορα εργαστήρια και είναι επομένως κατάκοπος από τις εξετάσεις που του έγιναν, πώς να μας παρακολουθήσει και να καταλάβει τις πληροφορίες που του δίνουμε²⁸.

Οι ασθενείς με καρκίνο δεν χρειάζονται όλοι την ίδια ποιότητα πληροφοριών, όμως υπάρχει μία ποσότητα που την χρειάζονται όλοι. Αυτή η ανάγκη τους είναι περισσότερο έντονη συνήθως, όταν τους ετοιμάζουμε για κάποια διαγνωστική εξέταση ή για ένα θεραπευτικό σχήμα²⁸.

Αν εξηγήσουμε στον ασθενή και σε μέλος της οικογένειάς του - ανάλογα με το μορφωτικό του επίπεδο - με λίγα λόγια και απλά τι θα του γίνει, πως θα γίνει, αν θα πονέσει ή όχι, που θα πάει και πως θα πάει, πόσο θα διαρκέσει, το άτομο βλέπει και διαπιστώνει, ότι δεν είναι απλώς το νούμερο ενός κρεβατιού, αλλά ότι τον υπολογίζουν σαν άτομο με οντότητα και επομένως δεν τον έχουν διαγράψει ακόμη από την ζωή²⁸.

Ας δούμε όμως τώρα ποιες είναι οι ανάγκες του ασθενή με καρκίνο κατά την φάση του προγραμματισμού και της εφαρμογής των θεραπευτικών σχημάτων και της τόσο εκτεταμένης σήμερα ιατρικής αγωγής²⁸.

Η έναρξη της θεραπείας, είτε είναι χημειοθεραπεία, ακτινοβολία, χειρουργική, είτε συνδυασμός αυτών, είναι για τον άρρωστο μία δύσκολη περίοδος. Ο ασθενής καταπονείται φυσικά και συναισθηματικά. Η ανάγκη για την συνεχή παρουσία μελών της οικογένειας είναι έκδηλη, ιδιαίτερα όταν τα αποτελέσματα της θεραπείας - οποιαδήποτε είναι αυτή - είναι τέτοια που δημιουργούν συναισθηματικά τραύματα, όπως π.χ η τριχόπτωση, ο ακρωτηριασμός κάποιου μέλους ή οργάνου με διαφορετική αξία και σημασία για κάθε άτομο. Επειδή επίσης ο βαθμός του stress που περνούν αυτοί οι άνθρωποι είναι πολύ μεγάλος, έρευνες υποστηρίζουν ότι η επικοινωνία και η ικανοποίηση των φυσικών, πληροφοριακών και συναισθηματικών αναγκών των ασθενών, πρέπει να αρχίζουν πολύ πριν την έναρξη της θεραπείας και να συνεχίζονται σε όλη την διάρκεια της παραμονής τους στο Νοσοκομείο²⁸.

Κατά την πληροφόρηση - εκπαίδευση ο ασθενής ενημερώνεται για:

- Την ανάγκη της θεραπείας του.
- Το θεραπευτικό σχήμα - τα φάρμακα.
- Την διάρκεια και συχνότητα της χορηγήσεώς τους.
- Τις διαδικασίες της θεραπείας.
- Τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας.
- Τις μεταβολές του Follow up.

Κάτι που απασχολεί την οικογένεια και τους ασθενείς με καρκίνο είναι ο φόβος της επιδείνωσης της κατάστασης και της επανεισαγωγής τους στο Νοσοκομείο. Άλλοι κρυφά και άλλοι φανερά κάνουν αναπροσαρμογή του ρόλου τους - του ρόλου μέσα στην οικογένεια, την εργασία, το κοινωνικό

σύνολο - όσο βλέπουν να τους εγκαταλείπουν οι φυσικές τους δυνάμεις και να μην μπορούν να ανταποκριθούν στα καθημερινά τους και πολλές φορές απαραίτητα καθήκοντα. Τα καθημερινά και εναλλασσόμενα σχήματα της χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας, τους υπενθυμίζουν συνεχώς την φύση της ασθένειάς τους και τον κίνδυνο της επιδείνωσης της κατάστασής τους. Με την έξοδο από το Νοσοκομείο δεν σημαίνει ότι ο ασθενής μας έχει απαλλαγεί από τον πόνο. Εδώ μπορούμε να συμβουλευτούμε και να κατευθύνουμε το άτομο ή τα μέλη της οικογένειάς του να ζητήσουν από τον γιατρό μαζί με άλλες πληροφορίες και τα απαραίτητα παυσίπονα²⁸.

Ο ασθενής με καρκίνο αντιμετωπίζει πολλές απώλειες. Την απώλεια της υγείας, ζωής του, ελέγχου του εαυτού του και του περιβάλλοντός του, μελών του σώματός του, κλπ.

Ο πρωταρχικός σκοπός όλων μας είναι: «Να αυξήσουμε την ικανότητα του αρρώστου να ζήσει με τον καρκίνο»²⁸.

9.3 ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση και στον τομέα: αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλάσματος κατάσταση σωματικής - ψυχικής - κοινωνικής υγείας. Μια αναγκαιότητα που προέκυψε μετά την επίτευξη υψηλών ποσοστών υφέσεων και μεγάλων μεσοδιαστημάτων ελεύθερα νόσου. Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτικό προσωπικό είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου. Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου. Τα επιμέρους προβλήματα που πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής είναι:

- Χειρισμός/ διαχείριση καρκινικού πόνου.
- Αντιμετώπιση ψυχολογικών - κοινωνικών ηθικών προβλημάτων.
- Αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων.
- Διατροφική υποστήριξη, αντιμετώπιση καχεξίας.
- Φροντίδα τελικού σταδίου.

Οι νοσηλευτές/τριες οφείλουν να είναι ικανοί να συμβάλουν στην ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο με το:

- Να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου.

- Να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράση, παρενέργειες και αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή.
- Να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης- ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου.

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του. Η φιλοσοφία αυτή απέναντι στον άρρωστο τελικού σταδίου εκφράζεται με τον όρο "palliative care" - "ανακουφιστική φροντίδα", έχει δε καθιερωθεί το 1987 ειδικότητα ιατρικής και νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας²⁸.

9.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Οι νοσηλευτές/τριες είναι σε θέση να διαγνώσουν κατά την προεγχειρητική φροντίδα τα εξής:

1. Άγχος, που σχετίζεται με: το μη οικείο περιβάλλον και τον χωρισμό από οικεία πρόσωπα, την προβλεπόμενη απώλεια ελέγχου, τα αποτελέσματα από τη νάρκωση και τα διεγχειρητικά ευρήματα, τη μη κατανόηση των διαγνωστικών εξετάσεων και της προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης, τους οικονομικούς παράγοντες που αφορούν τη νοσηλεία στο νοσοκομείο, τη πιθανή αμηχανία ή την απώλεια της αξιοπρέπειας από την επίδειξη του σώματος, τον κίνδυνο μετάδοσης νόσου από πιθανή μετάγχιση αίματος, την προβλεπόμενη στεναχώρια, δυσφορία, τους περιορισμούς και τις αλλαγές στο συνηθισμένο τρόπο ζωής και ρόλο, και τέλος την πιθανότητα θανάτου.

2. Διαταραχές ύπνου, που σχετίζονται με φόβο, άγχος, τη διαδικασία προετοιμασίας του αρρώστου για να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και το μη οικείο περιβάλλον.

3. Θλίψη για τις αναμενόμενες εξελίξεις, που σχετίζεται με τη δυνητική απώλεια ή μεταβολή σε κάποιο μέλος του σώματος και / ή στη συνήθη λειτουργία του σώματος.

4. Έλλειμμα γνώσεων, όσον αφορά τη ρουτίνα του νοσοκομείου σχετικά με την εγχείρηση, την προετοιμασία, το τι θα αισθάνεται φυσιολογικά ο ασθενής μετά τη χειρουργική επέμβαση και αναισθησία καθώς και τη μετεγχειρητική φροντίδα¹².

Παρόλα αυτά η εγχείρηση κάποιες φορές εκτός από θεραπευτικούς λόγους μπορεί να πραγματοποιηθεί για διαγνωστικούς, ακόμα και για ψυχολογικούς, δηλαδή ενώ μπορεί να μην έχει κάποιο ουσιαστικό αποτέλεσμα η επέμβαση, αλλά ο ασθενής και μόνο με την πραγματοποίησή της είναι ένας παρηγορητικός παράγοντας και ανεβάζει την ψυχολογία του ασθενούς. Δηλαδή:

- Οι θεραπευτικοί λόγοι διακρίνονται σε: αφαιρετική, επανορθωτική(πλαστική χειρουργική), αισθητική(διόρθωση γενετικών ελαττωματικών οργάνων)
- Διαγνωστικοί, όπως βιοψία, ερευνητική λαπαροτομία κλπ.
- Παρηγορητικοί

Επίσης, η επέμβαση γίνεται ανάλογα με το βαθμό αναγκαιότητας όπως:

- Υπερεπείγουσα (άμεση επέμβαση)
- Επείγουσα (συνεχή παρακολούθηση εντός 24-48 ώρες)
- Αναγκαία (προγραμματισμένη εντός ορισμένου χρόνου)

Ο Νοσηλευτής/τρια προετοιμάζει τον ασθενή για την χειρουργική εμπειρία, παρέχοντας εξηγήσεις και επιδέξια φροντίδα:

1. Προσανατολισμός του αρρώστου για τη μετεγχειρητική περίοδο
2. Ρουτίνα βήχα και βαθιών αναπνοών
3. Σωλήνες και φιάλες παροχέτευσης θώρακα
4. Οξυγονοθεραπεία: θεραπεία αερισμού
5. Μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για μείωση δυσχέρειας
6. Ενθάρρυνση αρρώστου να εκφράσει τις ψυχολογικές του ανάγκες
7. Εξασφάλιση γραπτής συγκατάθεσης
8. Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία⁵⁶, η οποία περιλαμβάνει:

- Σωματική τόνωση του αρρώστου με τροφές υψηλής βιολογικής αξίας.
- Βοήθεια στις προεγχειρητικές εργαστηριακές εξετάσεις.
- Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου καθώς και ήσυχου και ήρεμου περιβάλλοντος.
- Φυσιολογική λειτουργία του πεπτικού συστήματος.
- Λήψη μέτρων για μείωση φλεγμονών των ανώτερων αναπνευστικών οδών. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τους αρρώστους αυτούς και γι' αυτό καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για την αποβολή βρογχικών εκκρίσεων. Η χορήγηση αποχρεμπτικών φαρμάκων, η χρήση εισπνοών, η φυσικοθεραπεία και η θεσική βρογχική παροχέτευση συμβάλλουν θετικά στην απομάκρυνση των πτυέλων. Η περιποίηση της στοματικής

κοιλότητας καθώς και η χορήγηση αντιβιοτικών σύμφωνα με την ιατρική εντολή.

- Ψυχολογική ετοιμασία του αρρώστου για να δεχθεί την εγχείρηση. Συνήθως ο νοσηλευτής/τρια έχει χρόνο και ευκαιρίες για μια τέτοια προετοιμασία επειδή η παραμονή του αρρώστου στο νοσοκομείο μέχρι τη μέρα της εγχειρήσεως είναι μεγάλη. Αίτια φόβου και ανησυχίας είναι τα αιμόφυρτα πτύελα, τα πτύελα που μυρίζουν, ο επίμονος και ενοχλητικός βήχας, ο επιστήθιος πόνος και, τέλος, ο ερχομός του θανάτου κ.ά.

Οι παραπάνω φόβοι και ανησυχίες μπορούν να μειωθούν κάπως με προγραμματισμένη συζήτηση, ακρόαση των συναισθημάτων του αρρώστου, εξήγηση και διόρθωση λανθασμένων αντιλήψεων και, τέλος, με εμφύσηση πνεύματος εμπιστοσύνης στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Η συνεργασία με ειδικά άτομα της υγειονομικής ομάδας όπως το φυσικοθεραπευτή, την κοινωνική λειτουργό, τον ιερέα του νοσοκομείου κ.ά. για λύση προβλημάτων του συμβάλλει αποτελεσματικά στη μείωση των φόβων και ανησυχιών του.

- Ενημέρωση και διδασκαλία για μετεγχειρητικά προβλήματα όπως ουρήσεως, αποβολής πτυέλων και αερίων, πόνου, αναπνευστικής δυσκολίας κ.ά.¹².

9.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Βασική φροντίδα της νοσηλεύτριας είναι η διατήρηση ελεύθερης της αναπνευστικής οδού κατά τη μεταφορά στο κρεβάτι. Συνήθως ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση, με το κεφάλι γυρισμένο προς τα δεξιά για αποφυγή πνιγμονής σε περίπτωση εμέτων⁸.

Τα ζωτικά σημεία παίρνονται αρχικά κάθε 15 λεπτά για 2-3 ώρες και στη συνέχεια κάθε 30 λεπτά. Η χορήγηση οξυγόνου γίνεται με εντολή γιατρού και ο ασθενής ενισχύεται να βήχει αμέσως μετά την ανάνηψη.

Μετά τη σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων, ο ασθενής τοποθετείται σε ανάρροπη θέση και το κρεβάτι σηκωμένο προς τα πάνω 30°-45°. Ο ασθενής με πνευμονεκτομή τοποθετείται πλάγια, πάνω στο χειρουργημένο ημιθωράκιο κάθε μισή ώρα. Η κατάκλιση με το μη χειρουργημένο ημιθωράκιο δεν προσφέρεται για αποφυγή περισσότερης πίεσεως στον πνεύμονα που ήδη υπερλειτουργεί καθώς και επεκτάσεως της φλεγμονής και σ' αυτόν⁸.

Οι άρρωστοι με λοβεκτομή μπορούν να τοποθετούνται σε πλάγια θέση σε οποιοδήποτε ημιθωράκιο, χειρουργημένο και όχι, αν και υπερισχύει η γνώμη να μη τοποθετούνται πάνω στο χειρουργημένο πνεύμονα για να επιτύχει η δυνατή έκπτυξή του⁸.

Η χορήγηση παυσίπων γίνεται με μεγάλη προσοχή. Ο νοσηλευτή/τρια οφείλει να ανακουφίσει τον άρρωστο με το χειρουργημένο θώρακα από τον

πόνο στο τραύμα, χωρίς όμως να καταργήσει το αντανακλαστικό του βήχα και της αποχρέμψεως με τη χρήση ναρκωτικών. Η επιλογή του παυσίπονου είναι θέμα ιατρικό καθώς και ο τρόπος χορηγήσεως και η δόση. Η παρεντερική χορήγηση υγρών διακόπτεται μόλις ο μετεωρισμός της κοιλιάς καθώς και οι τυχόν έμετοι και ναυτία υποχωρήσουν. Μετά απ' αυτά η χορήγηση υγρών και στερεάς τροφής επιτρέπεται⁸.

Ειδικότερα:

α. Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας

- Να αποκαταστήσει τη φυσιολογική καρδιοπνευμονική λειτουργία το ταχύτερο δυνατό.
- Να προλάβει ή να αντιμετωπίσει επιπλοκές.

β. Παρέμβαση

- Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού.
 - Παρακολούθηση για αποφράξεις με επισκόπηση, επίκρουση και ακρόαση.
 - Στενή παρακολούθηση αερίων αρτηριακού αίματος. Η προοδευτική ελάττωση της PaO₂ αποτελεί ένδειξη για χρήση αναπνευστήρα. Το ίδιο αν η PaCO₂ είναι ψηλή (εκτός αρρώστων με χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσο).
 - Αναρρόφηση όλων των εκκρίσεων, ώσπου ο ασθενής θα είναι ικανός να τις αποβάλλει μόνος του. Οι ενδοτραχειακές εκκρίσεις είναι άφθονες σε αρρώστους μετά από θωρακοτομή, εξαιτίας του τραύματος του τραχειοβρογχικού δένδρου. Επίσης, είναι μειωμένο το αντανακλαστικό του βήχα και ο κυψελιδικός αερισμός.
- Χρησιμοποίηση σωστής τεχνικής για αναρρόφηση του βρογχικού δένδρου.
- Διατήρηση συνεχούς νοσηλευτικής επίβλεψης του αρρώστου.
 - Λήψη αρτηριακής πίεσης, σφυγμών και αναπνοών κάθε 15 min ή συχνότερα.
 - Αραιότερα, αν η κατάσταση του αρρώστου σταθεροποιηθεί.
 - Αξιολόγηση χαρακτήρα αναπνοών και χρώματος αρρώστου.
 - Παρακολούθηση συχνότητας και ρυθμού του καρδιακού παλμού μέσω ακρόασης και παρακολούθησης του ΗΚΓ. Αρρυθμίες μπορεί να συμβούν σε οποιοδήποτε χρόνο και συμβάλλουν στη μετεγχειρητική θνητότητα. Οι αρρυθμίες εμφανίζονται συχνότερα σε άτομα άνω των 50 χρόνων και σε εκείνα που υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομή ή σε

- επέμβαση στον οισοφάγο. Έναρξη, αμέσως, αντιαρρυθμικών μέτρων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Διατήρηση μιας αρτηριακής γραμμής για διευκόλυνση συχνών προσδιορισμών αερίων αίματος, ηλεκτρολυτών ορού, Hb και Hct και άμεσης (κεντρικής) αρτηριακής πίεσης.
 - Παρακολούθηση κεντρικής φλεβικής πίεσης.
 - Ανύψωση της κεφαλής κατά 30 - 40°, αφού ανανήψει ο ασθενής.
 - Επίβλεψη και προσεκτική αγωγή του κλειστού συστήματος παροχέτευσης του θώρακα
 - Χορήγηση εφυγρασμένου οξυγόνου στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο για εξασφάλιση μέγιστης οξυγόνωσης, παρακολούθηση αερίων αίματος.
 - Εκτίμηση αρρώστου για αναπνευστική δυσχέρεια και συσφιγκτικό αίσθημα στο θώρακα.
 - Παρακολούθηση για ανησυχία (συχνά, το πρώτο σημείο υποξίας).
 - Ενθάρρυνση και προαγωγή αποτελεσματικού βήχα. Ο επίμονος μη αποτελεσματικός βήχας εξαντλεί τον άρρωστο και οι εκκρίσεις οδηγούν σε ατελεκτασία και πνευμονία.
 - Τοποθέτηση αρρώστου στο κρεβάτι με τα πόδια υποστηριγμένα σε σκαμνί, αν το επιτρέπει η κατάσταση του.
 - Υποστήριξη σταθερή του θώρακα της χειρουργημένης πλευράς.
 - Βαθιά αναπνοή, σύσπαση των κοιλιακών μυών και βίαιος βήχας.
 - Βοήθεια αρρώστου να βήχει κάθε μία ως δύο ώρες κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ώρου και μετά, όταν είναι ανάγκη.
 - Χρησιμοποίηση προωθητικού σπιρόμετρου, αν υπάρχει ένδειξη, ή υπερηχητικού νεφελοποιητή. Αν συνεχίζουν να ακούγονται ρόγχοι, η βρογχοσκοπική αφαίρεση των εκκρίσεων κρίνεται απαραίτητη.
 - Ακρόαση και των δύο ημιθωρακίων (εμπρός και πίσω) με στηθοσκόπιο για διαπίστωση τυχόν αλλαγής στους αναπνευστικούς ήχους. Μειωμένοι ήχοι μπορεί να δείχνουν ατελεκτασία του πνευμονικού παρεγχύματος ή υποαεριζόμενες κυψελίδες.
 - Εξασφάλιση διαφόρων μέσων απαλλαγής από τον πόνο. Ο πόνος μειώνει τη θωρακική έκπτυξη και, επομένως, τον αερισμό επίσης, εξαντλεί τον άρρωστο.
 - Η ένταση του πόνου εξαρτάται από το είδος της τομής και την αντίδραση του αρρώστου σ' αυτόν, καθώς και την ικανότητα του να τον αντιμετωπίζει. Συνήθως η πιο επώδυνη τομή είναι η πλαγιοοπίσθια.
 - Χορήγηση ναρκωτικών (συνήθως σε συχνές μικρές δόσεις) για απαλλαγή από τον πόνο, ώστε να μπορεί ο ασθενής να αναπνέει βαθιά και να βήχει πιο αποτελεσματικά. Αντικατάστασή τους με από το στόμα αναλγητικά (κωδεΐνη) το συντομότερο δυνατό.
 - Αποφυγή καταστολής της καρδιοπνευμονικής λειτουργίας με μεγάλη δόση ναρκωτικών.

- Σωστή τοποθέτηση στο κρεβάτι.
- Υποστήριξη σωλήνων παροχέτευσης, ώστε να μην έλκουν το θωρακικό τοίχωμα.
- Βοήθεια αρρώστου στον οποίο γίνεται αποκλεισμός του μεσοπλεύριου νεύρου για έλεγχο του πόνου.
- Παρακολούθηση ωριαίας αποβολής ούρων, για έμμεσο έλεγχο του όγκου παλμού και της αιμάτωσης των οργάνων.
 - Ο ασθενής πρέπει να αποβάλει τουλάχιστο 30 mL ούρων/ώρα.
 - Το ειδικό βάρος των ούρων δείχνει την υδάτωση του αρρώστου.
- Συνέχιση προσδιορισμού αερίων αίματος και ηλεκτρολυτών του ορού για ανίχνευση πρώιμων εκδηλώσεων αναπνευστικής ανεπάρκειας ή μεταβολών στην οξεοβασική κατάσταση.
- Χορήγηση αίματος και παρεντερικών διαλυμάτων με βραδύτερο ρυθμό μετά από θωρακική χειρουργική επέμβαση. Το πνευμονικό οίδημα από τις ενδοφλέβιες χορηγήσεις είναι μια συνεχής απειλή. Μετά από πνευμονεκτομή, το πνευμονικό αγγειακό δίκτυο μειώνεται σημαντικά.
- Διατήρηση σωστής μηχανικής του σώματος.
 - Ανυψωμένος θώρακας για καλύτερο αερισμό (εφόσον το καρδιαγγειακό σύστημα είναι σταθερό). Επίσης, για καλύτερη παροχέτευση της υπεζωκοτικής κοιλότητας
 - Άρρωστοι με περιορισμένη αναπνευστική εφεδρεία δεν πρέπει να γυρίζουν προς το μη χειρουργημένο πλάι, γιατί περιορίζεται ο αερισμός.
 - Αλλαγή θέσης για αποφυγή συλλογής και παραμονής εκκρίσεων στα εξαρτημένα τμήματα των πνευμόνων.
 - Καθιστή θέση όταν βήχει ο ασθενής.
- Παρακολούθηση για σημεία οξείας γαστρικής διάτασης (δεν είναι ασυνήθης μετά από θωρακοτομή).
 - Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα.
 - Διατήρηση λειτουργίας του για αποφυγή εμετών και τραχειοβρογχικής εισρόφησης.
- Παρακολούθηση και λήψη μέτρων για επιπλοκές θωρακοτομής.
 - Αναπνευστική ανεπάρκεια.
 - Αιμορραγία από τομή ή θωρακική κοιλότητα (υγρό παροχέτευσης).
 - Αναπνευστική οξέωση.
 - Καρδιακές αρρυθμίες, έμφραγμα μυοκαρδίου, πνευμονικό οίδημα.
 - Πνευμονίτιδα, ατελεκτασία.
 - Νεφρική ανεπάρκεια.
 - Γαστροπληγία.
 - Υποδόριο εμφύσημα.
 - Μετατόπιση μεσοθωρακίου.

- Αποκατάσταση λειτουργίας ώμου και κορμού.
 - Ενθάρρυνση αναπνευστικών ασκήσεων για προαγωγή απαγωγής και κινητικότητας ώμου.
 - Έγερση αμέσως μετά την πνευμονική και κυκλοφορική αντιστάθμιση.
 - Ενθάρρυνση για προοδευτική ανάληψη δραστηριοτήτων⁸.

9.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όλα σχεδόν χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοήθων νεοπλασμάτων, όπως είδαμε, προκαλούν ναυτία, εμέτους, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών⁸.

Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα⁸.

Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα⁸.

- **Τα προβλήματα του ασθενούς είναι τα ακόλουθα:**
 - Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στην μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία)
 - Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή)
 - Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, διάρροια)
 - Διαταραχή υγρών-ηλεκτρολυτών, δυνητική (έμετοι, διάρροια)
 - Προβλήματα από καλή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος
 - Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα).
- **Ο σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας αφορά:**
 - Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας
 - Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος
 - Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους.
- **Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι η ακόλουθη:**
 - Η προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σ' ένα κλίμα κατανόησης
 - Η χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία

- Η επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανομένων -αποβαλλόμενων υγρών
- Η χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας
- Τα συχνά και μικρά γεύματα. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά
- Η προσεκτική φροντίδα στόματος
- Η προστασία του ασθενή από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις)
- Η προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ
- Η παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας
- Η βοήθεια του ασθενή να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα
- Η λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του ασθενή
- Η λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών⁸.

9.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

- **Τα προβλήματα του ασθενούς είναι τα ακόλουθα:**
 - Κακή διακίνηση οξυγόνου (αναιμία)
 - Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία, εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου στη στοματική κοιλότητα)
 - Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας
 - Δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου
 - Κίνδυνοι λοίμωξης (λευκοπενία)
 - Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία)
 - Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον άρρωστο και το περιβάλλον
 - Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση, μικρός χρόνος φροντίδας, αριθμητικός και χρονικός περιορισμός επισκεπτηρίου).
- **Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι η ακόλουθη:**
 - Ενημέρωση, μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδειχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.

- Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της συζήτησης, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του ασθενή κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρησή του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.
 - Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του ασθενή, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.
 - Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπισή τους όταν εκδηλωθούν.
Οι παρενέργειες αυτές αντιμετωπίζονται, σε γενικές γραμμές ως εξής:
- **Ναυτία και έμετοι:**
 - Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντισταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
 - Εθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά
 - Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας
 - Σημείωση αντιδράσεων του ασθενή
 - **Αντιδράσεις από το δέρμα:**
 - Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση
 - Προστασία του δέρματος της ακτινοβολουμένης περιοχής από ερεθισμό (ηλιακή ακτινοβολία, ψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα
 - Παροχή συμβουλών στον ασθενή ώστε να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντσηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και βάμβα ιωδίου. Ακόμα, να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη
 - Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό
 - Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης σπρέυ και γαζών Lanettwax
 - **Διάρροια:**
 - Χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
 - Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα
 - **Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας:**
 - Ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών
 - Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο (κάπνισμα, αλκοολούχα ποτά, ερεθιστικά φαγητά)
 - Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν από την έναρξη ακτινοθεραπείας της στοματικής κοιλότητας

- Χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς
- **Καταστολή λειτουργίας μυελού οστών:**
 - Προστασία του ασθενή από λοιμώξεις και τραυματισμούς
 - Στενή παρακολούθηση του ασθενή για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγίες
- **Γενικά συμπτώματα:**
Αν ο ασθενής παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.
- **Παροδικές αλλαγές σωματικού ειδώλου:**
Υποστήριξη του ασθενή ώστε να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο (αλωπεκία)⁸.

9.8 ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η νοσηλεύτρια και ο νοσηλευτής οφείλουν να γνωρίζουν ότι η διδασκαλία του ασθενή δεν είναι πολυτέλεια, αλλά βασικό μέρος της ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας του. Η διδασκαλία πρέπει να αρχίζει έγκαιρα, από την είσοδο του ασθενή στο Νοσοκομείο, να συνεχίζεται στις διάφορες φάσεις της νοσηλείας και να ολοκληρώνεται με την έξοδό του⁸.

Οι ασθενείς είναι ανάγκη να ενημερώνονται συστηματικά για τα φάρμακά που παίρνουν κατά το διάστημα που νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο και να διδάσκονται για την δράση τους και τις αλλαγές που πρέπει να περιμένουν την κατάστασή τους⁸.

Η νοσηλεύτρια ή ο νοσηλευτής εφοδιάζει τον ασθενή με τις απαραίτητες γνώσεις και τον διδάσκει ορισμένες τεχνικές νοσηλειών, σχετικά με τη λήψη και εφαρμογή των φαρμάκων του στο σπίτι, ώστε υπεύθυνα και ανεξάρτητα από τη βοήθεια των άλλων όταν είναι σε θέση να αναλάβει ο ίδιος τη φροντίδα της υγείας του⁸.

Η αποτελεσματική διδασκαλία του ασθενή εξαρτάται από τη θεωρητική κατάρτιση και τις διδακτικές ικανότητες των νοσηλευτών, από την αξιολόγηση της κατάστασης και των αναγκών μάθησης του ασθενή, το συστηματικό προγραμματισμό, την εκτέλεση και εκτίμηση των αποτελεσμάτων της διδασκαλίας⁸.

Η παιδαγωγική θεραπευτική κατάρτιση των νοσηλευτριών και νοσηλευτών αφορά την γνώση των αρχών μάθησης και διδασκαλίας που αναφέρονται επιγραμματικά στη συνέχεια:

9.8.1 Αρχές μάθησης

- Κάθε άτομο μαθαίνει με το δικό του τρόπο.
- Το άγχος και η μεγάλη ψυχολογική υπερένταση ακρωτηριάζουν την ικανότητα μάθησης.
- Ο πόνος, η αϋπνία, η έλλειψη άνεσης κ.ά. ελαττώνουν σημαντικά το ενδιαφέρον για μάθηση.
- Ο ασθενής μαθαίνει μόνον όταν βλέπει την αξία και χρησιμότητα των διδασκομένων για την εξυπηρέτηση και ανεξαρτητοποίησή του από την άμεση περιποίηση των άλλων⁸.

9.8.2 Αρχές διδασκαλίας:

- Αρχίζετε από τα απλά και προχωρείτε προς τα σύνθετα.
- Χρησιμοποιείτε απλή γλώσσα - όχι επιστημονική ορολογία.
- Δίνετε χρόνο για ερωτήσεις στον άρρωστο.
- Προλαμβάνετε την αποτυχία του ασθενή στην εφαρμογή των διδαχθέντων για να μην αποθαρρυνθεί.
- Βεβαιώνετε κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας αν ο ασθενής αντιλαμβάνεται όσα μεταδίδετε σε αυτόν.
- Χρησιμοποιείτε αντικείμενα, π.χ. ογκομετρικά δοχεία, όπου χρειάζεται, τα οποία ταιριάζουν με τα οικιακά σκεύη, ώστε να αποφεύγεται η σύγχυση του ασθενή.
- Παροτρύνετε τον ασθενή να επαναλάβει αυτό που έμαθε με λόγια ή με εφαρμογή, π.χ μέτρηση δόσης φαρμάκου του, εκτέλεση της ένεσης κ.λ.π. Διορθώνετε και συμπληρώνετε ό,τι χρειάζεται, ώστε να βεβαιωθείτε ότι ο ασθενής έμαθε ακριβώς αυτό που διδάχθηκε.
- Χρησιμοποιείτε όσο το δυνατόν περισσότερα εποπτικά διδακτικά μέσα, π.χ εικόνες, φυλλάδια, νοσηλευτικό υλικό.
- Επαινείτε συχνά τον ασθενή όταν διαπιστώνετε ότι έμαθε κάτι⁸.

9.8.3 Οι διδακτικές ικανότητες των νοσηλευτών περιλαμβάνονται στη:

- Μάθηση και κατανόηση του θέματος που πρόκειται να διδαχθεί.
- Εξακρίβωση των ατομικών αναγκών του αρρώστου για μάθηση του συγκεκριμένου θέματος.
- Ικανότητα αξιολόγησης της ψυχοσωματικής ετοιμότητας του αρρώστου για μάθηση.

- Συνειδητοποίηση των προσωπικών δυνατοτήτων και αδυναμιών για τη διδασκαλία.
- Σχετική αυτοπεποίθηση για το πλησίασμα του ασθενή.
- Ελαστικότητα στην εφαρμογή της διδασκαλίας ανάλογα με την περίπτωση και την κατάσταση του αρρώστου.
- Ικανότητα προσεκτικής ακρόασης του ασθενή.
- Δεξιότητα στην παρουσίαση της διδασκαλίας με ηρεμία, λογική σειρά, ελκυστικό τρόπο και χωρίς βιασύνη⁸.

9.8.4 Αξιολόγηση της κατάστασης και των αναγκών του ασθενή:

Προκειμένου να γίνει οποιαδήποτε διδασκαλία σχετική με τη λήψη φαρμάκων ή με την εφαρμογή άλλων νοσηλειών στον ασθενή, αξιολογούνται τα παρακάτω:

- Η ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο.
- Η κατάσταση της υγείας του.
- Η κατανόηση και παραδοχή της αρρώστιας του.
- Η διάθεσή του να συνεργαστεί για την αποκατάστασή του.
- Το ενδιαφέρον του να μάθει πώς να αντιμετωπίζει ο ίδιος την περίπτωση της ασθένειάς του.
- Η ετοιμότητά του για μάθηση {επίπεδο σωματικής και διανοητικής ικανότητας, stress, άγχος}.
- Οι ατομικές ανάγκες μάθησης του αρρώστου εκφράζονται από τον ίδιο ή διαπιστώνονται από τους νοσηλευτές. Οι ανάγκες του αυτές μπορεί να αλλάζουν καθημερινά καθώς ο ασθενής μαθαίνει ό,τι τον ενδιαφέρει και καθώς η αλλαγή της κατάστασής του δημιουργεί νέες ανάγκες μάθησης⁸.

9.8.5 Προγραμματισμός και εκτέλεση της διδασκαλίας:

Με βάση τις ανάγκες μάθησης του συγκεκριμένου ασθενή, διατυπώνονται οι σκοποί που πρέπει να επιδιωχθούν με τη διδασκαλία. Οι σκοποί αναφέρονται με σειρά προτεραιότητας, ανάλογα με τις επείγουσες ή όχι ανάγκες του αρρώστου και με την ετοιμότητά του για μάθηση. Εκφράζονται με τρόπους που είναι απλοί, συγκεκριμένοι και πραγματοποιήσιμοι, ώστε να διεγείρουν την επιθυμία του να τους εκπληρώσει. Στη συνέχεια οργανώνεται το πρόγραμμα της διδασκαλίας με λήψη ορισμένων αποφάσεων:

- Ποιο θα είναι το περιεχόμενο της διδασκαλίας.
- Ποιος θα το διδάξει.
- Με ποιες διδακτικές μεθόδους.
- Ποια ώρα η ποια χρονική περίοδο θα γίνει η διδασκαλία.

- Ποια διδακτικά μέσα θα κάνουν περισσότερο ενδιαφέρουσα και αποτελεσματική τη διδασκαλία.
- Πως θα ελεγχθεί τι έμαθε ο ασθενής.

9.8.6 Εκτίμηση των αποτελεσμάτων της διδασκαλίας:

Η μάθηση του ασθενή μπορεί να εκτιμηθεί είτε με απάντησή του σε ορισμένες ερωτήσεις που θα του τεθούν, για να φανεί πόσο κατάλαβε και έμαθε ό,τι διδάχθηκε, είτε με εφαρμογή από τον ίδιο τον άρρωστο της νοσηλείας που διδάχθηκε, π.χ προτρέπετε να εκτελέσει την ένεση στον εαυτό του, {άσηπτη τεχνική, σωστή αναρρόφηση της δόσης του φαρμάκου, επιλογή κατάλληλης περιοχής του σώματος, κλπ.}. Κατά την εκτίμηση αυτή διαπιστώνονται τυχόν κενά στην μάθηση ή λανθασμένη μάθηση και αυτά καλύπτονται με συμπληρωματική διδασκαλία. Τέλος, περιγράφονται στο δελτίο νοσηλείας του αρρώστου το περιεχόμενο της διδασκαλίας και πόσα έμαθε ο ασθενής, ώστε να μπορεί να αναλάβει τη συνέχεια της διδασκαλίας του ασθενή η νοσηλευτική ομάδα στα επόμενα ωράρια⁸.

9.8.7 Διδασκαλία ασθενή:

Οι ασθενείς που θα συνεχίσουν φαρμακευτική αγωγή και μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο, αλλά και όσοι νοσηλεύονται στο σπίτι, έχουν ανάγκη να διδαχθούν πώς να παίρνουν τα φάρμακα για την αποτελεσματική θεραπεία και την πρόληψη των κινδύνων από τη λήψη τους⁸.

Οι αρχές που πρέπει να γνωρίζουν τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένειά του είναι οι ακόλουθες:

- Λαμβάνετε φάρμακα τα οποία παρήγγειλε ο γιατρός σας για το σημερινό μόνο πρόβλημα υγείας σας και ποτέ με δική σας πρωτοβουλία.
- Διαβάζετε τις εσώκλειστες οδηγίες, ώστε να γνωρίζετε το σκοπό και τη δράση του φαρμάκου που παίρνετε, για να μπορείτε να παρακολουθείτε και τα αποτελέσματα, π.χ όταν παίρνετε αντιπυρετικό να παρακολουθείτε αν έπεσε ο πυρετός σας. Αν πάλι παίρνετε διουρητικό φάρμακο να μπορείτε να παρακολουθείτε αν έχετε μεγαλύτερη διούρηση.
- Φροντίζετε να μάθετε αν χρειάζεται ιδιαίτερη τεχνική λήψεως για το φάρμακό σας, π.χ ένεση, εφαρμογή υπόθετου, spray, διάλυση κ.ά.
- Προσέχετε ώστε να μετρήσετε σωστά και να πάρετε την ακριβή δόση, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Η μεγαλύτερη δόση μερικές φορές όχι μόνο δεν φέρνει καλύτερο αποτέλεσμα, αλλά μπορεί να προκαλέσει δηλητηρίαση και κίνδυνο ζωής.
- Αν παραλείψετε να πάρετε μία δόση ποτέ μη διπλασιάζετε την επόμενη χωρίς ιατρική συμβουλή. Ένας τρόπος για να μην ξεχνάτε την ώρα ή τη

μέρα που πρέπει να πάρετε το φάρμακό σας είναι να γράφετε το πρόγραμμα λήψεως του φαρμάκου σε μία κάρτα ή στο ημερολόγιό σας.

- Αχρηστεύετε τα φάρμακα που σας περίσσεψαν, μετά τη διακοπή της θεραπείας που συνέστησε ο γιατρός και εφόσον έληξε η ημερομηνία χρήσεώς τους. Και μην τα διατηρείτε στο φαρμακείο σας για να τα πάρετε άλλη φορά ή να τα πάρουν άλλα άτομα της οικογένειάς σας, ούτε να τα συστήσετε σε γνωστούς σας. Σε κάθε περίπτωση υποτροπής της ίδιας ασθένειας πρέπει να συμβουλευέστε και εσείς και οι άλλοι το γιατρό για το ποια φάρμακα θα πάρετε.
- Πληροφορείτε πάντοτε όταν επισκέπτεστε έναν νέο γιατρό για τα φάρμακα που παίρνετε με οδηγία του προσωπικού σας γιατρού.
- Ενημερώνετε το γιατρό σας για κάθε πρόβλημα που σας δημιουργήσε το φάρμακο που παίρνετε, π.χ αλλεργικό εξάνθημα, τάση προς εμετό, στοματίτιδα κ.ά.
- Τοποθετείτε τα φιαλίδια ή τα κουτιά με τα φάρμακά σας σε ασφαλές κλειστό μέρος που να μην τα φτάνουν τα παιδιά του σπιτιού. Αυτό μπορεί να είναι το φαρμακείο του σπιτιού που πρέπει μάλιστα να διατηρείται κλειδωμένο. Έχετε υπόψη σας ότι τα φάρμακα φυλάσσονται σε δροσερό περιβάλλον και μερικά χρειάζονται φύλαξη στο ψυγείο. Η υψηλή θερμοκρασία και η πολλή υγρασία αλλοιώνουν τα φάρμακα και τα κάνουν επικίνδυνα.
- Φροντίζετε να έχετε επάρκεια φαρμάκων που παίρνετε για αρκετό διάστημα, π.χ αντιδιαβητικά, αντιυπερτασικά, αντιϊσταμινικά κ.ά. δηλαδή πριν τελειώσει το φάρμακο να εξασφαλίζετε το επόμενο φιαλίδιο, ώστε να μην σας λείψει σε περίπτωση αργιών, κακοκαιρίας, απεργίας τυχόν των φαρμακείων κλπ.
- Προμηθεύεστε την ανάλογη ποσότητα φαρμάκου που παίρνετε συνέχεια, σε περίπτωση που πηγαίνετε ταξίδι. Είναι ασφαλέστερο να έχετε το φάρμακο στην τσάντα σας και όχι στην βαλίτσα. Διότι η βαλίτσα μπορεί να χαθεί ή να καθυστερήσει να φτάσει στα χέρια σας μετά το ταξίδι.
- Αν χάσετε το φάρμακό σας, μπορείτε να αναφερθείτε σε Νοσοκομείο ή σε Κέντρο Υγείας του τόπου όπου θα φτάσετε, για να πάρετε σχετική συνταγή και να αγοράσετε από εκεί το φάρμακο. Εξυπακούεται ότι πρέπει να γνωρίζετε και να έχετε γραπτή την ονομασία του φαρμάκου σας⁸.

9.9 ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Τα φάρμακα στο σπίτι δημιουργούν συχνά προβλήματα και κάποτε αποβαίνουν πολύ επικίνδυνα, ιδιαίτερα για περιπτώσεις ηλικιωμένων και ψυχικά αρρώστων. Τότε η διδασκαλία προσαρμόζεται και εξατομικεύεται

ανάλογα με την περίπτωση και απευθύνεται στην οικογένεια του παιδιού ή του αρρώστου με τη μορφή των παρακάτω οδηγιών:

Διατηρείτε τα φάρμακα του σπιτιού σε μικρό φαρμακείο, κλειδωμένο και τοποθετημένο σχετικά ψηλά, ώστε να μη φτάνουν τα παιδιά και να μη μπορεί να το ανοίξουν ανεύθυνα άτομα που δεν κατανοούν τον κίνδυνο από τη λήψη των φαρμάκων. Η συνήθεια να τοποθετούνται τα φάρμακα σε χαμηλά συρτάρια ή ντουλάπια και σε τσάντες που μπορεί να τα φτάσουν τα παιδιά, είτε για λήψη, είτε για παιχνίδι δημιουργεί σοβαρούς κινδύνους.

- Λέτε την αλήθεια στα παιδιά, ποτέ ψέματα, ότι το φάρμακο είναι καραμέλα για να το δεχθούν πρόθυμα. Είναι δυνατόν να πάρουν πολλά χάπια από το φιαλίδιο, διαφεύγοντας την προσοχή των μεγαλύτερων και να πάθουν δηλητηρίαση ανάλογου βαθμού, μέχρι και πεθάνουν.
- Μην πετάτε φάρμακα στο καλάθι ακρήστων που μπορεί να τα βρει το παιδί για τους ίδιους λόγους.
- Αποφεύγετε να βάζετε φάρμακα σε φιάλες αναψυκτικών ή ποτών και μάλιστα με την ετικέτα του ποτού, για να μη ληφθούν κατά λάθος και προκαλέσουν κρίσιμες καταστάσεις μέχρι και θάνατο.
- Μη χορηγείτε φάρμακα σε μικρό παιδί όταν κλαίει. Υπάρχει κίνδυνος να κάνει εισρόφιση προς τους πνεύμονες ή και να πνιγεί. Μη μαλώνετε το παιδί όταν αρνείται να πάρει το φάρμακό του γιατί γίνεται περισσότερο αντιδραστικό.
- Επαινείτε το παιδί που συνεργάζεται και παίρνει τα φάρμακά του σωστά και με ευκολία. Τότε αισθάνεται ότι εκτιμάτε την προσπάθειά του και ενισχύεται ψυχολογικά.

Σε άτομα ηλικιωμένα με ελαττωμένη μνήμη, αντίληψη και όραση ή και με τρόπο χεριών ή σε συγχυτικά και ψυχικά άρρωστα άτομα, μην εμπιστεύεστε ποτέ την ευθύνη λήψεως των φαρμάκων τους, διότι υπάρχει κίνδυνος:

- Να παίρνουν κατά λάθος άλλο φάρμακο αντί το καθορισμένο, με απρόβλεπτες συνέπειες.
- Να παραλείπουν δόση ή δόσεις φαρμάκου.
- Να παίρνουν το φάρμακο σε ακατάλληλες ώρες, έτσι ώστε να μην έχει θεραπευτικό αποτέλεσμα.
- Να παίρνουν διπλή ή μεγαλύτερη δόση, διότι ίσως νομίζουν ότι πρέπει να συμπληρώσουν τη δόση που είχαν ξεχάσει.
- Να τους πέσει το φιαλίδιο και να σπάσει. Να το αφήνουν ανοιχτό, διότι δεν μπορούν να εφαρμόσουν το πώμα οπότε θα χυθεί ή θα αλλοιωθεί το φάρμακο⁸.

9.10 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η νοσηλεία στο σπίτι επικεντρώνεται σύμφωνα με το ολιστικό μοντέλο τόσο στο άτομο που ζητά φροντίδα όσο και στην οικογένεια ή το υποστηρικτικό του σύστημα. Αυτό το είδος νοσηλευτικής απαιτεί γνώση και ικανότητες στη νοσηλευτική εκτίμηση, στην επείγουσα φροντίδα, στη διατήρηση κι την προαγωγή της υγείας, στους τρόπους αποκατάστασης και στη και στη φροντίδα του ατόμου σε τελικό στάδιο⁸.

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες και ικανότητες που χρησιμοποιούνται στη φροντίδα στο σπίτι περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Συντονίζει το νοσηλευτικό με το ιατρικό και τα άλλα μέλη της ομάδας για να εξασφαλίσει τη συνεχή της φροντίδα.

- Συμβουλεύει τον ασθενή και θεωρείται ο σύνδεσμος με το σύστημα υγείας.

- Οργανώνει και παρέχει υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα. Εκτιμά τη συνολική κατάσταση που υπάρχει στο σπίτι. Ο νοσηλευτής είναι σε μια ειδική θέση για να εκτιμήσει τη φροντίδα που θα δοθεί, την καθαριότητα και την καταλληλότητα του σπιτιού, το είδος του φαγητού που δίνεται στον ασθενή, τη χορήγηση των φαρμάκων και τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες που του παρέχονται. Επίσης πρέπει να εκτιμάται η συνέπεια για την οικογένεια του ασθενή.

- Εκτιμά την ασφάλεια του σπιτιού για τον ασθενή. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει καλά και να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τις πηγές και τα μέσα που διαθέτει η κοινότητα για την εξασφάλιση ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας προτείνοντας τον εξοπλισμό που χρειάζεται ή αλλαγές που πρέπει να γίνουν ώστε να βοηθήσουν για ένα σπίτι πιο ασφαλές.

- Καταγράφει όλες τις νοσηλευτικές πράξεις και φροντίζει για την εφαρμογή των κατάλληλων πρωτοκόλλων για όλες τις διαδικασίες και τον εξοπλισμό που χρησιμοποιείται.

- Καθησυχάζει το άτομο από το τηλέφωνο. Σε μέρες που οι επισκέψεις στο σπίτι δεν είναι προγραμματισμένες ίσως χρειαστεί να τηλεφωνήσει και να δώσει υποστήριξη ή να απαντήσει σε ερωτήσεις.

- Ενδιαφέρεται για τη συνεχή ενδοϋπηρεσιακή επιμόρφωση της ομάδας και τον προσανατολισμό του νέου προσωπικού.

- Αξιολογεί τις άμεσες και μακροχρόνιες ανάγκες υγείας των αρρώστων και των οικογενειών τους εξασφαλίζοντας προτεραιότητες προκειμένου να μειώσει την ταλαιπωρία του αρρώστου.

- Δημιουργεί ευκαιρίες ομαδικών συναντήσεων με τις οικογένειες των χρόνιων πασχόντων με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων, λύσεων, προβλημάτων, αλληλοϋποστήριξη και ηθική ενίσχυση⁸.



Εικ. 6

Νοσηλευτική φροντίδα

Πηγή: www.BeStrong.org.gr, Νοσηλεύτριες Ογκολογικών ασθενών, 9-6-2012, ώρα 19.00 μ.μ.

ΜΕΡΟΣ ΣΤ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. ΠΡΟΣ ΤΑ ΑΤΟΜΑ

Η πρόληψη είναι πάντα καλύτερη από τη θεραπεία

Για να μειωθούν τα κρούσματα καρκίνου του πνεύμονα θα πρέπει να γίνουν κάποιες αλλαγές στο τρόπο ζωής του κάθε ατόμου.

- Διακοπή του καπνίσματος
- Αποφυγή παθητικού καπνίσματος.
- Τρόποι αποφυγής καπνίσματος μέσα στο σπίτι και μπροστά στα παιδιά (αποφυγή εξοικείωσης καπνίσματος)
- Υγιεινή Διατροφή
- Άθληση
- Συναισθηματική ασφάλεια
- Αποφυγή καρκινογόνων ουσιών
- Εξετάσεις με οποιοδήποτε σύμπτωμα

2. ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΕΙΑ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

- Προγράμματα Αγωγής Υγείας σε σχολεία για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών
- Προγράμματα Αγωγής Υγείας και ενημέρωση των πολιτών για: τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, τα οφέλη από τη διακοπή του, τις στρατηγικές διακοπής του και τα κέντρα απεξάρτησης από το κάπνισμα.
- Δημιουργία κέντρων απεξάρτησης από το τσιγάρο τα οποία θα είναι προσβάσιμα από όλα τα κοινωνικά στρώματα.
- Προγράμματα Αγωγής Υγείας για τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος με έμφαση στα παιδιά. Παρότρυνση γονέων και δασκάλων να βοηθήσουν τα παιδιά στην διαμόρφωση ενός υγιεινού τρόπου ζωής.
- Απαγόρευση καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους και επιβολή προστίμου στους παραβάτες.
- Αποφυγή έκθεσης σε καρκινογόνους ουσίες, ιδιαιτέρως στο χώρο εργασίας ή λήψη απαραίτητων μέτρων προφύλαξης.
- Ύπαρξη υποδομών ψυχολογικής και κοινωνικής στήριξης, εύκολα προσβάσιμες σε όσους και όταν τις έχουν ανάγκη.
- Τέλος είναι σημαντική η προσπάθεια απενοχοποίησης που περιβάλλει τον καρκίνο.

Έρευνα

Ο πρώτος άξονας αφορά στην ανάπτυξη της απαιτούμενης οργανωτικής και θεσμικής υποδομής για τη συστηματική συλλογή, διαχείριση και επεξεργασία δεδομένων από πρωτογενείς και δευτερογενείς πηγές του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα που σχετίζονται άμεσα με τον καρκίνο.

Μία από τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι η βελτίωση της καταγραφής των δεδομένων που αφορούν στον καρκίνο και η δημιουργία εθνικών αρχείων καρκίνου, τα οποία πληρούν τα κριτήρια του Ευρωπαϊκού Δικτύου Αρχείων Καρκίνου (ENCR). Σκοπός των αρχείων αυτών είναι η αποτύπωση του πραγματικού μεγέθους του προβλήματος σε κάθε χώρα καθώς και η παροχή συγκρίσιμων στοιχείων σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Η τήρηση αξιόπιστων στοιχείων νοσηρότητας και θνησιμότητας προάγει κάθε σοβαρή ερευνητική προσπάθεια για τον καρκίνο και είναι αναπόσπαστο κομμάτι για τη χάραξη ορθολογικής αντικαρκινικής πολιτικής σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο βάσει των πραγματικών αναγκών του Ελληνικού πληθυσμού. Στόχοι είναι να παρέχει πληροφορίες στα παρακάτω κρίσιμα ερωτήματα για τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων σχετικά με:

- Πόσες νέες περιπτώσεις καρκίνου έχουμε ετησίως.
- Ποιοι τύποι καρκίνου εμφανίζονται πιο συχνά.
- Ποιες ομάδες του πληθυσμού βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου.
- Σε ποιο στάδιο γίνεται η διάγνωση.
- Ποια η αποτελεσματικότητα των θεραπειών (επιβίωση).
- Ποια η θνησιμότητα από τη νόσο.

3. ΣΤΟΥΣ ΤΟΠΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- Προγράμματα Αγωγής Υγείας για έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Ισορροπημένη διατροφή, αποφυγή κατάχρησης αλκοόλ, υιοθέτηση ενός προγράμματος τουλάχιστον ήπιας άσκησης.
- Εκπαίδευση για την συμβολή στην μείωση ρύπανσης του περιβάλλοντος.
- Ενημέρωση για τον πληθυσμό υψηλού κινδύνου και για τις προληπτικές εξετάσεις.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο Άρρωστος Δ.Ν. ετών 63 συνταξιούχος δημόσιος υπάλληλος εισήλθε στην παθολογική κλινική. Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν κατά την εισαγωγή του είναι οι παρακάτω:

Συνήθειες: Καπνίζει 1/2 πακέτο τσιγάρα και καταναλώνει λίγη ποσότητα κρασιού

Οικογενειακό ιστορικό: Μη βεβαρημένο

Ατομικό ιστορικό: Βρογχοπνευμονία

Αιτία εισόδου: Καταβολή δυνάμεων, ναυτία και εμέτους και αιμόπτυση

Παρούσα νόσος: δυσχέρεια στην αναπνοή, πόνο στα δεξιά και επιδείνωση των κινήσεων, απώλεια βάρους και ανορεξία

Βρογχοσκόπηση: Θετική μαλπιγγιανό

Ακτινογραφία: Σκίαση του δεξιού μέσου και του κάτω πνευμονικού πεδίου

Νοσηλευτικό πρόβλημα-αξιολόγηση	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Ο ασθενής νιώθει αδυναμία και κόπωση	Αντιμετώπιση αδυναμίας, κόπωσης και εξάντλησης	Να αποφεύγει ότι κουράζει τον ασθενή και να περιορίζονται οι δραστηριότητες του	Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες του αρρώστου. Ο ασθενής αποφεύγει να κάνει οτιδήποτε τον κουράζει. Ενισχύθηκε ο ασθενής να ασχολείται με δραστηριότητες που δεν προκαλούν κόπωση.	Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα. Η αδυναμία και η εύκολη κόπωση περιορίστηκαν όχι όμως τελείως.
Εμφάνιση αιμόπτυσης	Ανακούφιση του ασθενή από την αιμόπτυση	Αντιμετώπιση του ασθενή. Χορήγηση κατάλληλης διαίτας. Συνεχής περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.	Χορηγήθηκε διαιτολόγιο με ελαφρά τροφή και επαρκείς θερμίδες. Δόθηκαν αντιβηχικά φάρμακα για την καταστολή του βήχα. Έγινε λαρυγγοσκόπηση και αφαίρεση πηγμάτων αίματος. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς.	Ελάττωση των αιμοπτύσεων και προσωρινή καθυσύχαση του ασθενούς.

<p>Ο ασθενής παρουσιάζει ναυτία και εμέτους</p>	<p>Λήψη μέτρων για καταστολή της ναυτίας και των εμέτων</p>	<p>Τοποθέτηση νεφροειδούς στο κομοδίνο. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. Παρατήρηση εμέτων συχνότητα και χαρακτήρα. Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς πριν και μετά από κάθε γεύμα. Παρακολούθηση της κατάστασης.</p>	<p>Παρατηρούνται εμέσματα τα οποία έχουν σκούρο καφέ χρώμα και η συχνότητα τους αυξάνεται κυρίως τη νύχτα. Χορηγήθηκε συστηματικά μία ώρα πριν το φαγητό αντιεμετικό υπόθετο(PRIMPERAN). Γίνεται φροντίδα της στοματικής κοιλότητας με πλύσεις HEXALEN πριν και μετά από κάθε γεύμα και κάθε έμετο. Καθημερινή παρακολούθηση της κατάστασης της στοματικής κοιλότητας και αναγραφή των παρατηρήσεων στη λογοδοσία.</p>	<p>Υποχώρησαν οι έμετοι και η ναυτία και ο ασθενής δείχνει πιο ήρεμος.</p>
---	---	--	--	--

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο πνεύμονας αποτελεί τον εύκολο στόχο να δημιουργηθούν μεταστάσεις σε αυτόν όταν υπάρχουν κακοήγη νεοπλάσματα σε άλλα όργανα του σώματος όπως στα νεφρά, στην ουροδόχο κύστη, στο παχύ έντερο κ.α. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στις κλινικές εκδηλώσεις που παρουσιάζονται και να ερμηνεύονται με ακρίβεια.

Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση δίνουν μεγάλα ποσοστά θεραπείας και αποθεραπείας.

Η σύγχρονη ιατρική έχει καλύψει ένα ευρύ φάσμα εξετάσεων που μπορούν να ανιχνεύσουν έγκυρα και έγκαιρα τον καρκίνο του πνεύμονα.

Μέσα από ειδικές διεργασίες (χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπείες, ακτινοθεραπείες κλπ.) γίνεται σημαντική προσπάθεια τόσο για την θεραπεία όσο και για την καλύτερη ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Η νοσηλευτική φροντίδα στοχεύει να κάνει πιο εύκολη τόσο την διαβίωση του ασθενούς κατά την διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο όσο και στην σωματική και ψυχική αποκατάστασή του μετά την οποιαδήποτε θεραπεία ακολουθήσει. Η σημαντικότητά της δεν σταματά εκεί αλλά συνεχίζει και μετά την νοσοκομειακή δραστηριότητά της καθόσον βρίσκεται πάντα δίπλα στον ασθενή, προκειμένου να τον στηρίξει σε οποιοδήποτε τομέα και αν χρειαστεί.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 Δάϊκος Γ.Κ., *Νοσολογία*, εκδόσεις Α. Καραβία, Αθήνα, 1971,σελ. 25
- 2 Δήμου Α., Χασιώτη Α., *Ανακουφιστική φροντίδα ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου*, 2008, σελ. 36
- 3 Ζαρογουλίδης Κ.Π. *Αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονος: Πέρα από το νοσοκομειακό χώρο*, 2001, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.pneumon.org/index>.
- 4 Θανοπούλου Ε., *Επιδημιολογία καρκίνου πνεύμονα-κάπνισμα*, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.ika.gr/gr/infopages/healthservices>
- 5 Θεοδωρόπουλος Π., *Εμπειρία από την υποστηρικτική αγωγή καρκινοπαθών σε κέντρο ΠΦΥ*, 2002, , διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.oncology.gr/1/synedrio3/praktikaagtheodoro>
- 6 Κατσαραγάκης Σ, Πατηράκη Ε., *Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο πνεύμονα*, Νοσηλευτική 2007, σελ. 77-87
- 7 Κριάδη Β., *Υποστήριξη του νοσηλευτή για την επιτέλεση του έργου του από τηνκοινωνία και τον εαυτό του, μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψύχο-ογκολογίας*, Εταιρία νοσηλευτικών σπουδών, Ελληνική αντικαρκινική εταιρία. Αθήνα, 2000, σελ. 44
- 8 Μαλγαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., *Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική*, τόμος β', Μέρος 1^ο, έκδοση 20^η, Αθήνα 2002, σελ.129-130,198
- 9 Λεονταρίτου Α., *Ψυχολογική υποστήριξη*, 2009-β, 2009-α, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:<http://www.bestrong.eu/el/cancersupport/psychologica>
- 10 Μπανκουσλί Ι., *Καρκίνος του πνεύμονα*, 2006, ιατρική αρθρογραφία, σελ. 25-27
- 11 Νοβάκ-Αποστολάκη Ε., *Φυσιολογία*, Θεσσαλονίκη,1995, σελ. 152
- 12 Σαχίνη – Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*, Νοσηλευτικές διαδικασίες, 1^{ος} τόμος, έκδοση β', Αθήνα, 2000, σελ. 212-225
- 13 Παναγιωτοπούλου Α., *Εικόνα του σώματος*, (2009-α), διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport>
- 14 Παναγιωτοπούλου Α. , *Στρες - Άγχος – Πανικός*, 2009-γ, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport>
- 15 Παπαδάκου Μ., *Κλινική Ογκολογία*, Τόμος Α' 1η έκδ. Αθήνα, 2007,σελ. 38-52
- 16 Πατρικαρέας Μ., *Μοναξιά & απομόνωση*, 2010, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:<http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport>
- 17 Σβώλου Α., *Διατροφή και καρκίνος*, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.healthview.gr>

- 18 **Σιγλετίδης Λ.**, *Πνευμονολογία*, 1η έκδ. Θεσσαλονίκη, UNIVERSITY STUDIO, PRESS, 2009, σελ. 19-24
- 19 **Τσακίριδης Κ.**, Πλευριτική συλλογή, 2010, διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο:<http://www.tsakiridiskosmas.gr>
- 20 **Backer A.B., Hannon N.& Russel A. N.**, *Death and Dying*. New York: John Wiley, 1982 σελ.33
- 21 **Bunner, Emerson, Ferguson, Suddarth**, *Textbook of Medical – Surgical Nursing J.B.* Lippincott Company, Philadelphia and Toronto, 1964, σελ. 338-342
- 22 **Bromen K, Pohlabein H, Jahn I, Ahrens W, Jockel KH.** *Aggregation of lung cancer in families: Results from a population-based case-control study in Germany*, American Journal of Epidemiology, 2000, σελ. 330-332
- 23 **Etzel CJ, Amos CI, Spitz MR.**, *Risk for smoking-related cancer among relatives of lung cancer patients*. Cancer Research, 2003, σελ. 8531–8535
- 24 **Flannery M.**, *Core curriculum for oncology nursing*, 4th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders, 2005, σελ. 514
- 25 **Guyton C. Arthur**, *Textbook of Medical Physiology*, second Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia and London, 1961, σελ. 125-126
- 26 **Mac Graw**, Hill Handbook of Clinical Nursing, New York, 1979, σελ. 231
- 27 *www. National Canser Institute, 9-6-2012, ώρα 19.30 μ.μ.*
- 28 www.BeStrong.org.gr Νοσηλευτές/τριες Ογκολογικών ασθενών, 9-6-2012, ώρα 19.00 μμ
- 29 European Commission 2003, 11-6-2012, ώρα 18.00 μ.μ.
- 30 Health at a Glance 2007: OECD indicators, 11-6-2012, ώρα 18.30 μ.μ.
- 31 WHO 2005, 11-6-2012, ώρα 19.00 μ.μ.
- 32 WHO 2007, 12-6-2012, ώρα 20.30 μ.μ.
- 33 WHO 2008, 12-6-2012, ώρα 21.00 μ.μ.
- 34 UK DH 1998, 12-6-2012, ώρα 21.00 μ.μ.