

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – REVIEW

Η επιβίωση του ασθενούς με καρκίνο μετά το τέλος της θεραπείας – Ο ρόλος του νοσηλευτή

Λαβδανίτη Μαρία¹, Αβραμικά Μαρία²

1. Καθηγήτρια Εφαρμογών, PhD, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Θεσσαλονίκη

2. Επίκουρος Καθηγήτρια, PhD, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Θεσσαλονίκη

Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα πλεονεκτήματα που προσφέρουν οι καινούργιες μέθοδοι ανίχνευσης και οι καινούργιες θεραπείες του καρκίνου έχουν σαν αποτέλεσμα να αυξηθεί ο αριθμός των ασθενών που επιβιώνουν μετά το τέλος της θεραπείας. Αυτό έχει σαν συνέπεια ένα σημαντικό ποσοστό επαγγελματιών υγείας να ασχολείται με τους επιβιώσαντες.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να καταγραφούν οι ανάγκες των επιβιωσάντων ασθενών με καρκίνο μετά το τέλος της θεραπείας τους καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση αυτών.

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση δημοσιευμένων άρθρων στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Scopus σχετικά με τη νοσηλευτική αντιμετώπιση των επιβιωσάντων ασθενών με καρκίνο μετά το τέλος της θεραπείας τους. Χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες λέξεις κλειδιά: survivorship, cancer, nurse, survivor, treatment καθώς και ο συνδυασμός αυτών.

Αποτελέσματα: Οι νοσηλευτές υποστηρίζουν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους στη δύσκολη μετάβαση από το τέλος της θεραπείας στην προηγούμενη ζωή τους, αναγνωρίζουν τις ανάγκες τους για πληροφόρηση, το είδος των πληροφοριών που χρειάζονται και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των μακροχρόνιων ανεπιθύμητων ενεργειών που βιώνουν μετά το τέλος της θεραπείας.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές θα πρέπει να λάβουν υπόψιν ότι η επιβίωση είναι μια ξεχωριστή φάση της φροντίδας του ασθενούς η οποία περιλαμβάνει εκτίμηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας σε οργανικό και ψυχολογικό επίπεδο, συστάσεις για ανίχνευση νέων καρκίνων, για την πραγματοποίηση περιοδικών εξετάσεων, καθώς και δημιουργία εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδα για κάθε ασθενή.



Λέξεις κλειδιά: Επιβίωση, καρκίνος, νοσηλεύτης, επιβίωσαντας ασθενής, θεραπεία.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Λαβδανίτη Μαρία,
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης,
Α-ΤΕΙ Θεσσαλονίκης Τ.Κ 541-01 Θεσσαλονίκη,
Τηλ: 6937865660,
E-mail: maria_lavdaniti@yahoo.gr

Cancer survivor after the end of treatment - The role of the nurse

Lavdaniti Maria¹, Avramika Maria²

1. Lecturer, PhD, Nursing Department, Alexander Technological Educational Institute, Thessaloniki.
2. Assistant Professor, PhD, Nursing Department, Alexander Technological Educational Institute, Thessaloniki.

Nursing Department, Alexander Technological Educational Institute, Thessaloniki

ABSTRACT

The number of cancer survivors is increasing because of advances in cancer screening, early detection and treatment strategies. As a result an important percentage of health care professionals care of cancer survivors of all ages.

The aim of this study was to investigate the cancer survivors' needs after the end of treatment, as well as the role of nurses in managing survivorship issues.

Material-Method: A search was made in the Pubmed and Scopus databases for reports on nursing management of survivors after the end of treatment. There were used the following key words: survivorship, cancer, nurse, survivor, treatment, and the combination of them.

Results: The nurses support the patients and their families in the difficult passage from the end of treatment in their previous life; recognize their needs for information, the kind of information, and plays an important role in the management of long-term side effects that they experience after the end of treatment.

Conclusions: Survivorship should become a significant phase of care and include evaluation for long-term effects and psychosocial consequences of treatment, recommendations for screening for new primary cancers, health promotion recommendations, and provision of care plan to the patient.

Keywords: Survivorship, nurse, cancer, survivor, treatment.

CORRESPONDING AUTHOR

*Maria Lavdaniti,
Nursing Department,
Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki
PC 541-01, Thessaloniki
Tel No 6937865660,
E-mail: maria_lavdaniti@yahoo.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο αριθμός των ασθενών με καρκίνο που επιβιώνουν μετά το τέλος της θεραπείας ολοένα και αυξάνεται σε χώρες του Δυτικού Κόσμου αλλά και παγκοσμίως λόγω των πλεονεκτημάτων που προσφέρουν οι καινούργιες μέθοδοι ανίχνευσης αλλά και οι καινούργιες θεραπείες¹. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι πάνω από 12 εκατομμύρια ασθενών επιβιώνουν μετά τη θεραπεία². Στο μέλλον ο αριθμός των επιβιωσάντων αναμένεται να αυξηθεί παγκοσμίως λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και των αποτελεσματικών τρόπων θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου³.

Αν και ο όρος επιβίωση «μετά τον καρκίνο» (cancer survivorship) δεν είναι καινούργιος, ο ορισμός του επιβίωσαντα μετά τον καρκίνο συνεχίζει να είναι αντικείμενο διαφωνιών⁴. Ο ιστορικός ορισμός ότι κάποιος έχει επιβιώσει από καρκίνο εάν έχει παραμείνει για πέντε χρόνια ελεύθερος της νόσου καταρρίφθηκε με την ίδρυση του National Coalition for Cancer Survivorship το 1986³. Το 2006 το National

Cancer Institute Office of Cancer Survivorship δίνει τον ακόλουθο ορισμό «ένα άτομο θεωρείται ότι έχει επιβιώσει από τον καρκίνο από τη στιγμή της διάγνωσης. Τα μέλη της οικογένειας, οι φίλοι και οι φροντιστές που επηρεάζονται από την ασθένεια συμπεριλαμβάνονται στον ορισμό»^{3,5}.

Ο σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν να καταγραφούν οι ανάγκες των επιβιωσάντων ασθενών με καρκίνο μετά το τέλος της θεραπείας τους και πως οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών καταστρώνοντας εξατομικευμένα σχέδια φροντίδας.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ

Οι επαγγελματίες υγείας συμφωνούν ότι τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει την ενεργό θεραπεία και βρίσκονται στη φάση της επιβίωσης είναι μια ετερογενή ομάδα που έχουν διαφορετικές βιοϊατρικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες. Πολλοί



επιβίωσαντες με καρκίνο είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων και χωρίς λειτουργικές διαταραχές που οφείλονται στην ασθένεια ή στη θεραπεία της, ενώ κάποιοι άλλοι συνεχίζουν να βιώνουν ανεπιθύμητες ενέργειες και άλλα προβλήματα και μετά το τέλος της θεραπείας τους³.

Ο Mullan (1985) ήταν ο πρώτος που πρότεινε κάποιο θεωρητικό μοντέλο για την επιβίωση μετά τον καρκίνο. Θεώρησε ότι η επιβίωση αποτελεί τη συνέχεια του ελέγχου του καρκίνου και ότι οι άνθρωποι αυτοί δεν είναι τη μια μέρα ασθενείς και την άλλη επιβίωσαντες. Πρότεινε ότι η επιβίωση αποτελείται από τρεις φάσεις τις οποίες ονόμασε εποχές και είναι η οξεία, η παρατεταμένη και η μόνιμη. Η οξεία φάση ξεκινάει με τη διάγνωση και τα κύρια σημεία της είναι οι διαγνωστικές και θεραπευτικές εξετάσεις καθώς και ο φόβος και η ανησυχία. Η παρατεταμένη φάση είναι η περίοδος που χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι η βασική θεραπεία έχει τελειώσει, ενώ είναι πιθανό να χρησιμοποιούνται και μεμονωμένες θεραπείες. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης πραγματοποιούνται οι απαιτούμενες περιοδικές εξετάσεις, και τα άτομα έρχονται αντιμέτωπα με τις επιδράσεις της διάγνωσης και της θεραπείας (π.χ. αλλαγές εικόνας σώματος, κόπωση, ελαττωμένη λειτουργική ικανότητα) ενώ προσπαθούν να διατηρήσουν τους ρόλους τους και τις δραστηριότητες τους μέσα στο σπίτι, στην κοινότητα και στο

χώρο εργασίας. Στη μόνιμη φάση οι επιδράσεις της θεραπείας έχουν πια επιλυθεί ή αντιμετωπιστεί και τα προβλήματα που προεξέχουν αφορούν δυσκολίες με την απασχόληση, τις μακροχρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες, και την επανεμφάνιση της ασθένειας. Στο μοντέλο αυτό οι φάσεις παρουσιάζονται σαν μια αλληλουχία γεγονότων παρά αυστηρά σαν κλινικά στάδια και ο συγγραφέας προσπαθεί να περιγράψει την εμπειρία του καρκίνου^{3,6,7}.

Οι Welch-McCaffrey et al⁸ προσδιόρισαν μια σειρά από πιθανές φάσεις στην επιβίωση οι οποίες παρουσιάζουν σαν κύρια σημεία τις βραχυπρόθεσμες και μακροχρόνιες συνέπειες του καρκίνου. Αν και υπάρχουν μεταβολές σε αυτά τα σημεία οι επιβίωσαντες με καρκίνο είναι πιθανό

- Να ζήσουν χωρίς καρκίνο για αρκετά χρόνια
- Να ζήσουν χωρίς καρκίνο για αρκετό καιρό αλλά να πεθάνουν πολύ γρήγορα από την καθυστερημένη επανεμφάνιση της νόσου
- Να αναπτύξουν δευτερογενή καρκίνο
- Να ζήσουν παροδικές περιόδους με ενεργό νόσο
- Να ζουν περιμένοντας τον επικείμενο θάνατο

Στο μοντέλο αυτό παρουσιάζονται οι σωματικές και ψυχολογικές εμπειρίες των ατόμων που ζουν και βιώνουν αυτή την εμπειρία^{3,7,8}.

Παρόλο που τα παραπάνω θεωρητικά μοντέλα αποτελούν μια βάση αναφοράς, ωστόσο οι εμπειρίες και οι περιγραφές των ασθενών για τον τρόπο που βιώνουν την επιβίωση τους μετά το τέλος της θεραπείας παραμένουν μοναδικοί³.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Νοσηλευτές και επιβίωση

Το πώς οι νοσηλευτές σχετίζονται με την επιβίωση εξαρτάται από το πώς αυτοί ορίζουν την επιβίωση. Εάν θεωρούν ότι η ζωή μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας είναι ένα στάδιο της επιβίωσης που αρχίζει μόλις η θεραπεία τελειώνει τότε οι νοσηλευτές ογκολογίας θα έχουν ελαττωμένη επαφή με τους επιβιώσαντες. Για μια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου και συνήθως για πάνω από πέντε χρόνια οι επιβιώσαντες επιστρέφουν στην κλινική που έκαναν τη θεραπεία τους και πραγματοποιούν διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες είναι απαραίτητες προκειμένου να αποδειχθεί σε ποια κατάσταση είναι η ασθένεια τους. Οι νοσηλευτές λόγω του φόρτου εργασίας είναι πιθανό να μη δουν τον ασθενή ή εάν τον δουν περιορίζονται σε ένα σύντομο χαιρετισμό^{3,9}.

Όταν οι νοσηλευτές θεωρούν την επιβίωση ως μια διαδικασία που ξεκινάει από τη στιγμή της διάγνωσης τότε είναι πολύ πιο προσεκτικοί στα θέματα που αφορούν τους

επιβιώσαντες. Ένα σχέδιο φροντίδας εξατομικευμένο για κάθε ασθενή δημιουργείται αμέσως μετά τη διάγνωση. Σε αυτό ιδανικά περιλαμβάνονται λεπτομέρειες για τα διαγνωστικά τεστ, τις χειρουργικές επεμβάσεις, τη θεραπεία και το πώς ο ασθενής αρχίζει τη μετάβαση στη ζωή μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Οι επιβιώσαντες και οι οικογένειες τους υποστηρίζονται για τα οργανικά αλλά και τα συναισθηματικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η επιβίωση αφορά όχι το εάν και πόσο θα ζήσει ο ασθενής αλλά και το πόσο καλά θα επιζήσει^{3,9}.

Οι νοσηλευτές αλλά και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στη φροντίδα των ασθενών μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας είναι χρήσιμο να λάβουν υπόψιν τους τα παρακάτω προκειμένου να παρέχουν ποιοτική φροντίδα υγείας:

- Πρόληψη του ήδη υπάρχοντος και εμφάνισης καρκίνου σε άλλο σημείο του σώματος καθώς και των μακροχρονίων παρενεργειών της θεραπείας
- Παρακολούθηση για μετάσταση του καρκίνου και εκτίμηση των οργανικών και ψυχοκοινωνικών ανεπιθύμητων ενεργειών
- Πραγματοποίηση παρεμβάσεων για τις συνέπειες του καρκίνου και της θεραπείας του π.χ. οργανικά προβλήματα όπως το λεμφοίδημα, η σεξουαλική



δυσλειτουργία, συμπτώματα όπως ο πόνος, η κόπωση και η ψυχολογική δυσφορία που βιώνεται από τους ασθενείς αλλά και τους φροντιστές τους

- Συνεργασία μεταξύ των ειδικών και αυτών που παρέχουν τη φροντίδα ώστε να ικανοποιούνται όλες οι ανάγκες για την υγεία^{10,11}.

Ανάγκες των επιβιωσάντων για πληροφόρηση

Το 40% των ασθενών με καρκίνο δηλώνουν ότι αισθάνονται εγκαταλελειμμένοι μετά το τέλος της θεραπείας και ότι δεν γνωρίζουν τις μακροχρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες του καρκίνου και της θεραπείας του¹². Οι νοσηλευτές θα πρέπει να βρουν τρόπους να υποστηρίξουν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους σε αυτή τη δύσκολη μετάβαση από το τέλος της θεραπείας στην προηγούμενη ζωή τους ενώ παράλληλα θα πρέπει να αναγνωρίζουν τις ανάγκες τους για πληροφόρηση, το είδος των πληροφοριών που χρειάζονται καθώς επίσης ότι η έλλειψη γνώσης προκαλεί τη μεγαλύτερη δυσφορία¹².

Αρχικά γίνεται ενημέρωση των ασθενών για αναφορά οποιοδήποτε ασυνήθιστου συμπτώματος και ότι εάν προσπαθήσουν να το αντιμετωπίσουν μόνοι τους υπάρχει ο κίνδυνος ένα απλό πρόβλημα να μετατραπεί σε πολύ σοβαρό¹³.

Παράλληλα οι νοσηλευτές ενημερώνουν τους ασθενείς για τις μακροχρόνιες και χρόνιες

παρενέργειες της θεραπείας και για το πότε είναι πιθανό αυτές να εμφανιστούν^{3,14}. Οι μακροχρόνιες παρενέργειες είναι εκείνες οι ανεπιθύμητες ενέργειες ή επιπλοκές (π.χ. διαταραχή εικόνας σώματος, νευροπάθεια, κόπωση, πενίες κυττάρων αίματος) οι οποίες ξεκινούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και συνεχίζουν μετά το τέλος της. Οι χρόνιες παρενέργειες είναι εκείνες που περιλαμβάνουν μη αναγνωρισμένες τοξικότητες οι οποίες δεν είναι παρούσες ή είναι υποκλινικές όταν η θεραπεία ολοκληρώνεται (π.χ. οστεοπόρωση, δευτερογενείς καρκίνοι) αλλά εκδηλώνονται μήνες ή χρόνια μετά το τέλος της θεραπείας^{1,13-17}. Είναι σημαντικό επίσης η πληροφόρηση που θα δώσουμε στον ασθενή να είναι τέτοια ώστε να κατορθώσουμε να του δημιουργήσουμε μια ισορροπία μεταξύ της γνώσης και της δημιουργίας παράνοιας¹². Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι σίγουροι ότι έχει ληφθεί πλήρες ιστορικό γιατί οι περισσότερες μακροχρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίζονται λόγω συνυπαρχόντων προβλημάτων όπως ο διαβήτης και ο αλκοολισμός που συνήθως οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία δεν αναφέρουν^{12,16}.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας

Μετά το τέλος οποιασδήποτε θεραπείας οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με κάποιες

ανεπιθύμητες ενέργειες. Ο νοσηλευτής σε αυτή τη φάση θα πρέπει να έχει κεντρικό ρόλο προκειμένου να τις αντιμετωπίσει αποτελεσματικά και να ανακουφίσει τον ασθενή¹⁸. Τα πιθανά προβλήματα που συνήθως ακολουθούν μία χειρουργική επέμβαση είναι: σχηματισμός ουλής στο σημείο της τομής, λεμφοίδημα, προβλήματα με την κίνηση ή τη δραστηριότητα, προβλήματα θρέψης, γνωσιακά προβλήματα, αλλαγές στη σεξουαλική λειτουργία και γονιμότητα, οξύς ή χρόνιος πόνος¹².

Για την αντιμετώπιση αυτών των μακροχρόνιων παρενεργειών πραγματοποιούνται κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ενώ είναι απαραίτητη η επικοινωνία με τις οικογένειες των ασθενών και η παροχή συμβουλών σχετικά με την αντιμετώπιση τους¹².

Η κόπωση είναι η πιο σημαντική παρενέργεια που εμφανίζεται μετά τη χημειοθεραπεία^{19,20} και ενώ κάποιοι άνθρωποι θέλουν να αισθάνονται φυσιολογικοί δεν μπορούν να καταλάβουν πως αισθάνονται ακόμα τόσο κουρασμένοι. Οι νοσηλευτές μπορούν να σχεδιάσουν ένα πρόγραμμα επιστροφής στη δουλειά το οποίο θα περιλαμβάνει λίγες ώρες απασχόλησης, λιγότερο κουραστικά καθήκοντα και ενθάρρυνση των μελών της οικογένειας να βοηθήσουν με τις δουλειές στο σπίτι ώστε να μπορούν να επιστρέψουν στην κανονική τους ζωή όσο γίνεται πιο ομαλά^{12,16}.

Η προσέγγιση θεμάτων γονιμότητας γίνεται με πολύ ευαισθησία ιδιαίτερα σε πολύ νεαρούς ασθενείς. Κάποιες φορές οι γονείς αποφεύγουν να συζητήσουν τέτοια θέματα, γι' αυτό είναι χρήσιμο να τους συμβουλευουμε να συζητούν το θέμα την κατάλληλη στιγμή, που για τα παιδιά είναι όταν πλησιάζουν την εφηβεία¹².

Άλλες μακροχρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφανίζονται μετά από τη χημειοθεραπεία είναι: αλλαγές στην καρδιακή λειτουργία, ελαττωμένη πνευμονική χωρητικότητα και δυσκολία στην αναπνοή, προβλήματα στα νεφρά και στην ούρηση^{11,12}, νευροπάθεια, μυϊκή αδυναμία, γνωστικά προβλήματα όπως απώλεια μνήμης και αδυναμία εστίασης, οστεοπόρωση, δευτερογενείς καρκίνοι¹².

Επίσης οι ασθενείς θα πρέπει να είναι γνώστες κάποιων μακροχρόνιων ανεπιθύμητων ενεργειών που προκαλούν τα φάρμακα και ότι κάποια από αυτά προκαλούν παρενέργειες που είναι απειλητικές για τη ζωή. Π.χ. κάποιες χημειοθεραπείες όπως η cis-platin, τα αλκαλοειδή της vincristine, η ετοποσίδη συνδέονται με μακροχρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες και δημιουργούν επικίνδυνες καταστάσεις όπως η καρδιακή μυϊκή αδυναμία και η περιφερική νευροπάθεια²¹.

Στην περίπτωση της ακτινοθεραπείας παρόλο που τα καινούργια θεραπευτικά πρωτόκολλα ελαττώνουν τον κίνδυνο καταστροφής των



υγιών φυσιολογικών κυττάρων σε μερικά είδη καρκίνου είναι αδύνατο να πραγματοποιηθεί ακτινοθεραπεία χωρίς να βλάπτουν υγιείς ιστοί. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενημερώσουν για αυτά τα πιθανά προβλήματα που θα επακολουθήσουν όπως π.χ. η δημιουργία καταρράκτη ή προβλήματα απώλειας μνήμης σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου¹².

Σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας

Αν και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επιβιώσαντες ασθενείς ποικίλουν, ένα σημαντικό στοιχείο για παροχή ποιοτικής φροντίδας είναι η αναγνώριση από τους επαγγελματίες υγείας της μετάβασης από την κατάσταση του ασθενή στην κατάσταση του επιβιώσαντα με καρκίνο^{3,16}. Σε αυτή την μετάβαση είναι απαραίτητη η συνέχεια της συνεργασίας όλων των επαγγελματιών υγείας που είχαν ασχοληθεί με τον συγκεκριμένο ασθενή³.

Μόλις τελειώσει η θεραπεία είναι χρήσιμο να καθοριστούν οι ανάγκες των επιβιωσάντων ασθενών. Η δημιουργία ενός εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας έχει υπογραμμιστεί από αρκετούς συγγραφείς^{16, 22, 23}. Το σχέδιο φροντίδας ετοιμάζεται από το γιατρό σε συνεργασία με το νοσηλευτή και περιλαμβάνει τη λεπτομερή περίληψη της διάγνωσης (στάδιο ασθένειας, προσβεβλημένη περιοχή), τη θεραπεία, τη θεραπευτική ανταπόκριση, και την

τοξικότητα ή τις ανεπιθύμητες ενέργειες που βιώνονται από τον ασθενή. Σε περίπτωση που ο ασθενής λαμβάνει συνεχιζόμενη θεραπεία (π.χ. ταμοξιφένη, διφωσφονικά) αυτό θα πρέπει να αναφέρεται στο σχέδιο φροντίδας. Το σχέδιο επίσης θα πρέπει να περιλαμβάνει τις ειδικές κλινικές, εργαστηριακές ή άλλες εξετάσεις που πρέπει να πραγματοποιήσουν οι ασθενείς, συστάσεις για την αντιμετώπιση των μακροχρόνιων επιδράσεων της θεραπείας καθώς επίσης και στρατηγικές για την πρόληψη ανίχνευση και πρόληψη δευτερογενών καρκίνων³.

Παρόλο που η χρήση αυτών των σχεδίων φροντίδας είναι ένα σημαντικό στοιχείο για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας, απαιτείται περισσότερη έρευνα προκειμένου να διαπιστωθεί η κλινική χρησιμότητα τους και να πραγματοποιηθεί ευρεία εφαρμογή²⁴.

Ψυχοκοινωνική υποστήριξη

Συνήθως την περίοδο μετά το τέλος της θεραπείας, οι επιβιώσαντες ασθενείς βιώνουν αισθήματα ανησυχίας για τυχόν επανεμφάνιση της νόσου, άγχους ¹όπως επίσης και αισθήματα αβεβαιότητας, απομόνωσης, απογοήτευσης³. Αντίθετα κάποιοι άλλοι ασθενείς είναι δυνατόν να αναπτύξουν θετικά αισθήματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου τα οποία συνεχίζουν να υπάρχουν και μετά το τέλος αυτής. Τέτοια αισθήματα είναι η αυξημένη αυτοεκτίμηση, η απόδοση

μεγαλύτερου νοήματος στη ζωή, η αυξημένη πνευματικότητα και αυξημένα αισθήματα ειρήνης και καλής πρόθεσης^{25,26}. Αυτές οι θετικές μακροχρόνιες θετικές επιδράσεις μπορεί να θεωρηθούν σαν πλεονεκτήματα της διάγνωσης και της θεραπείας του και συχνά χαρακτηρίζονται σαν μετατραυματική ανάπτυξη^{27,28}. Η επαφή μεταξύ των ασθενών που βιώνουν αυτά τα δύο είδη διαφορετικών ψυχολογικών αντιδράσεων έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι έχει βοηθήσει ασθενείς με καρκίνο μαστού που βίωναν αρνητικά συναισθήματα και ήρθαν σε επαφή με επιβιώσαντες που βίωναν τη μετατραυματική ανάπτυξη^{29,30}.

Η παροχή υποστηρικτικής νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να γίνεται με τρόπο που οι επιβιώσαντες να προσαρμοστούν στην περίοδο μετά το τέλος της θεραπείας όσο γίνεται καλύτερα, να την αποδεχτούν με ηρεμία και να αποκτήσουν αισθήματα εκτίμησης της ζωής και απόλαυσης μικρών διασκεδαστικών πραγμάτων³.

Η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης εξαρτάται κυρίως από την επιλογή των παρεμβάσεων και την αποδοχή αυτών εκ μέρους των ασθενών. Οι τρόποι ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στις οποίες μπορεί να συμμετάσχουν και οι νοσηλευτές σε συνεργασία με τους κατάλληλους επιστήμονες είναι :

- Παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων ώστε να ελαττωθεί η αβεβαιότητα και να

αυξηθούν οι ικανότητες προσαρμογής κατά τη διάρκεια της επιβίωσης. Αυτή η παροχή είναι πιθανό να περιλαμβάνει ατομικά μαθήματα, εργαστήρια, και διδασκαλία μικρών ομάδων επιβιωσάντων και των οικογενειών τους. Επιπλέον, οποιοδήποτε γραπτό υλικό και υλικό που προέρχεται από το Διαδίκτυο από αξιόπιστες πηγές και το οποίο αναφέρεται στην επιβίωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί^{7,31}.

- Η παροχή συμβουλών μπορεί να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να βοηθήσει συναισθηματικά τους επιβιώσαντες. Οι ατομικές συναντήσεις ή η ομαδικές, η οικογενειακή συμβουλευτική, η υποστήριξη από το σύντροφο και την οικογένεια είναι απαραίτητη. Η αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων κάθε ασθενή θα πρέπει να πραγματοποιείται (π.χ. ανησυχία για επανεμφάνιση της νόσου, γονιμότητα, αλλαγές στη σχέσεις). Επίσης θα πρέπει να δίνεται έμφαση στις προσωπικές δυνάμεις των ατόμων καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής^{7,32,33}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι προφανές ότι η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους είναι ένα ζήτημα που αφορά όλο και περισσότερο τους νοσηλευτές, αφού



καλούνται να παρέχουν φροντίδα τόσο σε οργανικό αλλά και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Οι ασθενείς και οι οικογένειες τους ωφελούνται από τη μακροχρόνια υποστήριξη, εκπαίδευση, συμβουλή που προσφέρουν οι νοσηλευτές ογκολογίας. Για να γίνει αυτό θα πρέπει οι νοσηλευτές να εκπαιδευτούν ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της φροντίδας των ασθενών που επιβιώνουν μετά το τέλος της θεραπείας.

Επίσης οι νοσηλευτές θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους ότι η επιβίωση είναι μια ξεχωριστή φάση της φροντίδας του ασθενούς η οποία περιλαμβάνει εκτίμηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας σε οργανικό και ψυχολογικό επίπεδο, συστάσεις για ανίχνευση νέων καρκίνων και για την πραγματοποίηση περιοδικών εξετάσεων, συστάσεις αγωγής υγείας καθώς και δημιουργία εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας για κάθε ασθενή.

Αποτελεί λοιπόν πρόκληση για όλους τους νοσηλευτές ογκολογίας σε διεθνές επίπεδο αλλά και παγκοσμίως να ασχοληθούν με τις ανάγκες των επιβιωσάντων ασθενών στον κλινικό χώρο ή σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά και σε ερευνητικό επίπεδο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Stein KD, Syrjala KL, Andrykowski MA. Physical and Psychological Long-Term and Late Effects of Cancer. *Cancer* 2008, 112(suppl 11):2577-2592
2. Ries LAG, Melbert D, Krapcho M, Sitnchcomb DG, Howlander N, Horner MJ, et al. (eds). (2007). SEER cancer statistics review , 1975-2005. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Διαθέσιμο στο http://seer.cancer.gov/csr/1975_2005. πρόσβαση 1 October 2010
3. Mitchell SA. Cancer Survivorship In Burke CC editor. *Psychosocial Dimensions of Oncology Nursing Care*. Second edition. Oncology Nursing Society, Pennsylvania; 2009;:125-157
4. Twobly R. What's in a name: Who is a cancer survivor? *J Natl Cancer Inst* 2004; 96(19):1414-1415
5. National Cancer Institute Office of Cancer Survivorship.(2006).About cancer survivorship research: survivorship definitions. Διαθέσιμο στο: <http://cancercontrol.cancer.gov/ocs/definitions.html> πρόσβαση 1 October 2010
6. Mullan F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *N Eng J Med* 1985; 313 (4):270-273
7. Boyle DA. Survivorship. *Clin J Oncol Nurs* 2006; 10 (3):407-420
8. Welch-McCaffrey D, Hoffman B, Leigh SA, Loescher LJ, Meyskens FL. Surviving adult cancers. Part 2: Psychological implications. *Ann Inter Med* 1989; 111(6): 517-524
9. Leigh S. Cancer Survivorship: A Nursing Perspective. In *Cancer Survivorship. Today and Tomorrow*. Ganz PA (Ed). Springer ,USA 2007
10. Hewit M, Greenfield S, Stovall E (eds). *From cancer patient to cancer survivor: Lost in Transition*. Washigton DC: National Academies Press; 2006
11. Jacobs LA, Palmer SC, Schwartz LA, DeMichele A, Mao JJ, Carver J et al. Adult Cancer Survivorship: Evolution, Research, and Planning Care. *CA Cancer J Clin* 2009; 59 (6) :391-410.
12. Cooley C. Cancer survivorship 2: providing advice and support to those living with and

- beyond cancer. *Nurs Times* 2010; 106 (21):17-18
13. Holland J, Weiss T. The new standard of quality cancer care: integrating psychosocial aspects in routine cancer diagnosis through survivorship. *Cancer J* 2008; 14(6):425-428
 14. Ganz PA. Late effects of cancer and its treatment. *Semin Oncol Nurs* 2001; 17(4):241-248
 15. Aziz NM, Rowland JH. Trends and advances in cancer survivorship research: challenge and opportunity. *Semin Radiat Oncol* 2003; 13(3):248-266
 16. Haylock PJ, Mitchell SA, Cox T, Temple SV, Curtiss CP. The cancer survivor's prescription for living. *Am J Nurs* 2007; 107(4):58-70
 17. Fossa SD, Vassilopoulou –Sellin R, Dahl AA. Long-term physical sequelae after adult – onset cancer. *J Cancer Surviv* 2008;2(1): 3-11
 18. Stricker CT, Jacobs LA. Physical late effects in adult cancer survivors. *Oncology (Willston Park)* 2008; 22 (8 Suppl Nurse Ed):33-41
 19. Barton-Burke M. Cancer-related fatigue and sleep disturbances. *Cancer Nurs* 2006; 29(2 Suppl):72-77
 20. Alfano CM, Rowland JH. Recovery issues in cancer survivorship: a new challenge for supportive care. *Cancer J.* 2006;12 (5): 432-435
 21. Oeffinger KC, Mertens AC, Sklar CA, Kawashima T, Hudson MM, Meadows AT et al. Chronic health conditions in adult survivors of childhood cancer. *N Eng J Med* 2006; 355 (15): 1572–1582
 22. Ganz PA. Monitoring the physical health of cancer survivors: A survivorship –focused medical history. *J Clin Oncol* 2006; 24(32):221-240
 23. Ganz PA, Hahn EE. Implementing a survivorship care plan for patients with breast cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26(5):759-767
 24. Earle CC. Long term care planning for cancer survivors: A health services research agenda. *J Cancer Surviv* 2007; 1(1): 64-74
 25. Bower JE, Meyerowitz BE, Desmond KA , Bernards CA, Rowland JH, Ganz PA. Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Ann Behav Med* 2005; 29(3):236-245
 26. Ness KK, Bhatia S, Baker KS, Fransisco L, Carter A, Fotma SJ, et al. Performance limitations and participations restrictions among childhood cancer survivors treated with hematopoietic stem cell transplantation: the bone marrow transplant survivor study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159(8):706-713
 27. Bellizi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychol.* 2006; 25(1):47-56
 28. Cordova MJ, Andrykowski MA. Responses to cancer diagnosis and treatment: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2003; 8(4):286-296
 29. Weiss T. Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *PsychoOncology* 2004; 13(4):260-268
 30. Weiss T. Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *J Soc Clin Psychol* 2004; 23(5):733-746
 31. Tesauro GM, Rowland JH, Lustig C. Survivorship resources for post-treatment cancer survivors. *Cancer Pract* 2002; 10(6): 277–283.



32. Kessler TA. Contextual variables, emotional state, and current and expected quality of life in breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2002, 29(7): 1109-1116.
33. Rauch P, Miny J, Conroy T, Neyton L, Guillemin F. Quality of life among disease-free survivors of rectal cancer. *J Clin Oncol* 2004; 22(2):354-360