ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΡΙΑΔΝΗ Δ. ΕΥΦΡΑΙΜΙΔΟΥ
ΗΛΙΑΣ Α. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Κ^{α} ΑΒΡΑΜΙΚΑ ΜΑΡΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2009

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

ΤΡΙΜΕΛΕΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αβραμίκα Μαρία, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Δημητριάδου Αλεξάνδρα, Καθηγήτρια εφαρμογών

Μπελλάλη Θάλεια, Επίκουρος Καθηγήτρια

Αφιερωμένη
στους γονείς μας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Ο ΛΑΡΥΓΓΑΣ	
1.1. Το αναπνευστικό σύστημα	
1.2. Η ανατομία και η φυσιολογία του λάρυγγα	
1.2.1. Η θέση και το μέγεθος του λάρυγγα	
1.2.2. Οι βασικές λειτουργίες του λάρυγγα	
1.3. Σύνοψη κεφαλαίου	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	
2.1. Ο καρκίνος γενικά	
2.2. Ο καρκίνος του λάρυγγα	
2.3. Τα νεοπλάσματα του λάρυγγα	
2.3.1. Τα καλοήθη νεοπλάσματα του λάρυγγα	
2.3.2. Τα κακοήθη νεοπλάσματα του λάρυγγα	
2.3.3. Τα στάδια καρκίνου του λάρυγγα	
2.4. Συμπτωματολογία – Αιτιολογία – Προδιαθεσικοί παράγοντες	
2.5. Διάγνωση	
2.6. Πρόγνωση	
2.7. Πρόληψη	
2.8. Θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του λάρυγγα	
2.8.1. Θεραπεία με ακτινοβολία	
2.8.2. Χειρουργική θεραπεία	
2.8.3. Συνδυαστική θεραπεία (χειρουργική, ακτινοβολία)	
2.8.4. Τραχειοστομία	
2.8.5. Οι νέες θεραπευτικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση του καρκίνου του λάρυγγα	
2.9. Σύνοψη κεφαλαίου	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	
3.1. Η έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας-Ιστορική αναδρομή	
3.2. Προεγχειρητκή νοσηλευτική φροντίδα σθενών	
3.3. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα ασθενών	
3.3.1. Ο χειρισμός και η διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου	
3.3.2. Νοσηλευτική βοήθεια για την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης	
3.3.3. Νοσηλευτική φροντίδα μόνιμης τραχειοστομίας	
3.3.4. Η αντιμετώπιση της καρκινικής καχεξίας και η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου	
3.4. Η επανένταξη του λαρυγγεκτομηθέντως	
3.5. Η αποκατάσταση του καρκινοπαθούς	
3.6. Σύνοψη κεφαλαίου	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	
4.1. Η έννοια της ποιότητας ζωής	
4.2. Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου	
4.2.1. Η ψυχολογία του ασθενούς – Το βίωμα του πένθους	
4.2.2. Οι εμπειρίες του ασθενή από την ασθένεια	
4.3. Οι ψυχικές διαταραχές σε ασθενή με καρκίνο του λάρυγγα	
4.3.1. Στρες-Άγχος-Πανικός	
4.3.2. Θλίψη και κατάθλιψη 4.4. Η αποκατάσταση της φωνής και η ποιότητας της μετά από ολική λαρυγγεκτομή 4.5. Οι επιδράσεις της επέμβασης στην σίτιση του ασθενούς 4.6. Τα προβλήματα στις σεξουαλικές σχέσεις 4.7. Η ποιότητα ζωής της οικογένειας του ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα	
4.8. Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα 4.8.1. Συγκριτική μελέτη ερευνών	
4.9. Σύνοψη κεφαλαίου	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ 5.1. Η ψυχολογική υποστήριξη ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας 5.1.1. Η επικοινωνία του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή 5.1.2. Η ενημέρωση των ασθενών από την ομάδα υγείας 5.1.3. Η διεπαγγελματική συνεργασία της ομάδα υγείας-αποκατάστασης 5.1.4. Ψυχολογικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις 5.1.5. Η εκπαίδευση των καρκινοπαθών 5.2. Η σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης κατά την διάγνωση και την θεραπεία 5.3. Η σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης μετά την θεραπεία 5.4. Ο ρόλος της οικογένειας στην παροχή φροντίδας και ψυχολογικής υποστήριξης 5.5. Οι σχέσεις των επαγγελματιών υγείας με την οικογένεια του καρκινοπαθούς 5.6. Οι ομάδες αυτοβοήθειας και αμοιβαίας υποστήριξης 5.7. Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα και την σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης 5.7.1. Συγκριτική μελέτη ερευνών 5.8. Σύνοψη κεφαλαίου	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ / ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος αποτελεί μάστιγα του 21^{ου} αιώνα και παρά την πρόοδο που σημειώνεται στην έρευνα και στη θεραπεία της νόσου, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Θεωρείται ως η δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου στη σημερινή εποχή. Ο καρκίνος του λάρυγγα αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα γιατί η απώλειά του καθιστά τον άνθρωπο κοινωνικά ανάπηρο.

Σήμερα έχει γίνει αποδεκτό ότι το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία καρκίνου των πνευμόνων (85% των περιπτώσεων), καθώς και σημαντική αιτία καρκίνων του λάρυγγα. Ο κίνδυνος είναι έμφυτος στον καπνό, ειδικότερα στη νικοτίνη που είναι καρκινογόνος ουσία, καθώς και στις πρόσθετες ουσίες του καπνού.

Αισιόδοξη είναι η ματιά για το ζήτημα των θανατηφόρων μορφών καρκίνου, καθώς πιστεύεται ότι θα ανακαλυφθούν τελικά, οι αντισταθμιστικές ουσίες που θα μπορούν στο μέλλον να χορηγούνται μέσω εμβολίων για την διακοπή της δράσης των γονιδίων τα οποία τον προκαλούν -αν και αυτό μπορεί να πάρει αρκετά χρόνια στην επιστημονική κοινότητα. Σήμερα, το 50% των καρκίνων θεραπεύεται, αν και όταν πεθαίνει κάποιος, δεν πεθάνει από τον καρκίνο, αλλά από το γεγονός, ότι αυτός εξαπλώνεται σε πολλές μορφές του καρκίνου.

Ο λόγος που επιλέξαμε να αναπτύξουμε την πτυχιακή μας εργασία με θέμα ‘‘*η ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα*’’ στάθηκε το γεγονός ότι παρόλο που ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας, η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπισή του σε όλα τα επίπεδα: Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή ψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους, είναι ζωτικής σημασίας. Παράλληλα, το κοινωνικό έργο που καλούνται να επιτελέσουν οι νοσηλευτές/τριες, στο δύσκολο δρόμο που καλείται να διανύσει κάθε άνθρωπος αντιμέτωπος με τον καρκίνο σε όλα τα βήματα της πορείας του, στάθηκε αρωγός στην επιλογή του θέματος.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της εργασίας οφείλουμε να ευχαριστήσουμε θερμά την καθηγήτριά μας Κ^{α} Αβραμίκα Μαρία, η οποία ανέλαβε το βάρος της εποπτείας, την επιστημονική καθοδήγηση, τις γόνιμες συζητήσεις, τις καίριες παρατηρήσεις και συμβουλές, την αμέριστη συμπαράσταση σε κάθε είδους βοήθεια, όποτε χρειάστηκε. Αναγνωρίζουμε την σκληρή δουλειά, την αφοσίωση και την τεράστια προσπάθεια που κατέβαλε για την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας μας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες και ευγνωμοσύνη οφείλουμε στον ιατρό Λασπίδη Θεόδωρο χειρουργό Ωτορινολαρυγγολόγο, ο οποίος μας βοήθησε πολύ κατά την προετοιμασία, την καταγραφή και την μορφοποίηση της εργασίας αυτής. Μας διευκόλυνε πολύ να χρησιμοποιήσουμε και να κατανοήσουμε τις πληροφορίες των βιβλίων που δανειστήκαμε.

Αισθανόμαστε ιδιαίτερη υποχρέωση απέναντι στους φοιτητές ιατρικής Μανωλίδη Αντώνιο και Καλαιτζίδου Ευαγγελία καθώς και στην προϊσταμένη της Μονάδας Ανάνηψης Φροντίδας της κλινικής του Αγίου Λουκά Κ^{α} Debora Ellis οι οποίοι μας δάνεισαν βιβλία πρόσφατης βιβλιογραφίας για την ολοκλήρωση της συγγραφής αυτής.

Οφείλουμε ακόμη να εκφράσουμε την εκτίμηση μας σε όλους τους καρκινοπαθείς. Η πρόοδος στην μάχη κατά του καρκίνου εξαρτάται από τους ασθενείς που έδωσαν την συγκατάθεση τους και συμμετείχαν σε κλινικές μελέτες. Εμείς και ολόκληρη η κοινωνία οφείλουμε ευγνωμοσύνη και πολλές ευχαριστίες.

Τέλος, θα θέλαμε να αφιερώσουμε αυτό το πόνημα στους γονείς μας οι οποίοι προσανατόλισαν τη ζωή μας και τους πρέπει κάθε ευχαριστία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καρκίνος είναι η ονομασία που δίνεται σε όλους τους γνωστούς ως κακοήθεις όγκους, οι οποίοι αυξάνονται γρήγορα και έχουν την τάση να εξαπλώνονται σε διάφορα σημεία του σώματος. Στη γενική μορφή του, ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που χαρακτηρίζεται από άναρχο πολλαπλασιασμό κυττάρων μέσα στον κανονικό ιστό του σώματος. Τα κύτταρα αυτά προέρχονται από τον ίδιο κλώνο, το αρχικό κύτταρο του καρκίνου, το οποίο έχει αποκτήσει ορισμένα χαρακτηριστικά που του επιτρέπουν να διαιρείται επ' άπειρον και να δημιουργεί μεταστάσεις. Ο καρκίνος προσβάλλει όλους τους ανθρώπινους ιστούς παίρνοντας κάθε φορά μια τελείως διαφορετική μορφή σε κάθε σημείο. Το κάπνισμα αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία πρόκλησης καρκίνου και ευθύνεται για περίπου το 30% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο.

Το καρκίνωμα του λάρυγγα αντιπροσωπεύει μόνο το 2% των κακοηθειών και προκαλείται από κακοήθη βλάβη των κυττάρων του λάρυγγα, η οποία μπορεί να συμβαίνει συχνότερα στις φωνητικές χορδές και εμφανίζεται συνήθως στους άνδρες. Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι συχνός και αποτελεί μία από τις πρώτες αιτίες θανάτου από την πλευρά των ωτορινολαρυγγολογικών παθήσεων. Συγκεκριμένα, το κάπνισμα ευθύνεται για το 75 - 85% των θανάτων από καρκίνο του λάρυγγα.

Οι ασθενείς με κακοήθη νοσήματα αντιμετωπίζουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που επηρεάζουν τόσο την πορεία και την έκβαση της νόσου τους, όσο και την ποιότητα ζωής τους. Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος ο οποίος έχει περιγραφτεί ως ο βαθμός με τον οποίο ένα άτομο επιτυγχάνει στην εκπλήρωση των επιθυμιών του ή η έκταση κατά την οποία οι ελπίδες και οι φιλοδοξίες ενός ατόμου συνταιριάζουν και εκπληρώνονται από εμπειρίες.

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα εμπεριέχει όλες τις συνθήκες κάτω από τις οποίες ζει ένας άνθρωπος. Στην περίπτωση μιας ασθένειας, και ιδιαίτερα μιας ανίατης ασθένειας όπως είναι ο καρκίνος του λάρυγγα, οι ανάγκες αυτού που νοσεί είναι διαφορετικές και πιο εξειδικευμένες από τα φυσιολογικά υγιή μέλη της υπόλοιπης οικογένειας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει λεπτομερώς το προφίλ του καρκίνου του λάρυγγα, την πρόγνωση και θεραπεία του, αλλά ταυτόχρονα να παρουσιάσει και τον σημαντικό ρόλο που κατέχει η νοσηλευτική στην παροχή ύψιστης βοήθειας και αποτελεσματικής φροντίδας στους ασθενείς που πάσχουν από την ανίατη αυτή νόσο. Παράλληλα στοχεύει στην επισήμανση του μέλλοντος της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα, μέσα σε ολόκληρο το σύστημα φροντίδας υγείας, και το οποίο εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα των νοσηλευτών να προσδιορίσουν, να μετρήσουν και να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της

νοσηλευτικής φροντίδας.

Προς την κατεύθυνση αυτή η εργασία αναπτύχθηκε σε πέντε κεφάλαια. Συγκεκριμένα:

Το πρώτο κεφάλαιο με τίτλο «Ο λάρυγγας» λειτουργεί εισαγωγικά παρέχοντας γενικές πληροφορίες στον αναγνώστη για τη λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος, την ανατομία και την φυσιολογία του λάρυγγα, επισημαίνοντας τις σημαντικότερες λειτουργίες που επιτελούν τα όργανα του συστήματος αυτού για τον οργανισμό.

Στο δεύτερο κεφάλαιο με τίτλο «Ο καρκίνος του λάρυγγα» καταγράφεται το προφίλ του καρκίνου γενικά και δίδεται ο ορισμός του καρκίνου του λάρυγγα και τα ποσοστά συχνότητας εμφάνισής του. Αναλύονται τα είδη νεοπλασμάτων του λάρυγγα (καλοήθη και κακοήθη), καθώς και τα στάδια του καρκίνου. Καταγράφεται η συμπτωματολογία, αιτιολογία και οι διαγνωστικές τεχνικές εξέτασης του λάρυγγα και παρουσιάζονται οι τρόποι πρόγνωσης, πρόληψης και θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου.

Ακολουθεί το τρίτο κεφάλαιο με τίτλο «Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα»στο οποίο προσεγγίζεται η σπουδαιότητα του νοσηλευτικού ρόλου στην αντιμετώπιση και στη φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά. Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει αναφορά στην επανένταξη του λαρυγγεκτομηθέντος διότι αποτελεί την μεγαλύτερη πρόκληση για τον ασθενή και σημαντικό κομμάτι της θεραπείας του. Τέλος θα αναπτυχθεί το θέμα της αποκατάστασης του καρκινοπαθούς δεδομένου ότι είναι σημαντικό στοιχείο της νοσηλευτικής φροντίδας.

Το τέταρτο κεφάλαιο με τίτλο «Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα» αποτελεί την κύρια ανάπτυξη του θέματος. Αρχικά ορίζεται η έννοια της ποιότητας ζωής, παρουσιάζεται η ψυχολογία του ασθενή, το προφίλ που σχηματίζει εμπειρικά ο ασθενής κατά την πορεία της νόσου και τα συνοδά ψυχικά συμπτώματα που σχετίζονται με την διάγνωση του καρκίνου. Καταγράφονται επίσης τα προβλήματα που δημιουργεί η επέμβαση στην σίτιση του ασθενούς, οι τρόποι αποκατάστασης της φωνής των λαρυγγεκτομηθέντων μετεγχειρητικά και παράλληλα αναλύεται η ποιότητα ζωής της οικογένειας του καρκινοπαθούς. Τέλος κρίθηκε σκόπιμο να γίνει καταγραφή διαφόρων μελετών σχετικά με την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα και να γίνει μία συνοπτική συγκριτική μελέτη των ερευνών αυτών προκειμένου να αναδειχτούν τα συμπεράσματα.

Στο πέμπτο κεφάλαιο με τίτλο «Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα» επισημαίνεται η σπουδαιότητα της ψυχολογικής υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας και των οικογενειών του καρκινοπαθούς. Αναλύεται η σημασία της ουσιαστικής και αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας, η ενημέρωση, η διεπαγγελματική συνεργασία της ομάδας υγείας και οι ψυχολογικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Επίσης

αναδεικνύονται οι σχέσεις της οικογένειας με την ομάδα υγείας και τέλος καταγράφονται τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης στην βελτίωση ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του λάρυγγα.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τα Συμπεράσματα/Προτάσεις και τον Επίλογο όπου κατατίθενται τα πορίσματα από την τριβή με το θέμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
Ο ΛΑΡΥΓΓΑΣ

Το αναπνευστικό σύστημα είναι το σύστημα εκείνων των οργάνων που εξυπηρετούν την ανταλλαγή των δύο αερίων του οξυγόνου και του διοξειδίου του άνθρακα. Τα όργανα που αποτελούν το αναπνευστικό σύστημα διακρίνονται σε δύο κύρια τμήματα: την άνω και την κάτω αεροφόρο οδό. Η αναφορά της ανατομίας και της φυσιολογίας του λάρυγγα καθώς και του αναπνευστικού συστήματος κρίνεται σκόπιμη για την κατανόηση των σημαντικότερων λειτουργιών για τον οργανισμό που είναι η «*αναπνοή»* καθώς και η *«ομιλία».*

1.1. Το αναπνευστικό σύστημα

Το αναπνευστικό σύστημα, εξυπηρετεί την αναπνοή, δηλαδή χρησιμεύει για την πρόσληψη του οξυγόνου από την ατμόσφαιρα που είναι απαραίτητο για τις καύσεις και την αποβολή του διοξειδίου του άνθρακα. Με το οξυγόνο καίγονται οι τροφές και παράγεται θερμότητα. Το οξυγόνο ενώνεται με τον άνθρακα των τροφών και σχηματίζει το διοξείδιο του άνθρακα που πρέπει να αποβληθεί σαν βλαβερό από τον οργανισμό. Η αποβολή του διοξειδίου του άνθρακα γίνεται κατόπιν ανταλλαγής των αερίων μεταξύ των κυψελίδων και των τριχοειδών αγγείων του πνεύμονα (Λαζαρίδης 2000).

Η λειτουργία της πρόσληψης οξυγόνου (κατά την εισπνοή) και της αποβολής διοξειδίου του άνθρακα (κατά την εκπνοή) ανάμεσα σε έναν οργανισμό και το περιβάλλον του, δηλαδή αυτή η ανταλλαγή των δύο αερίων λέγεται «*αναπνοή».* Ο αέρας που εισπνέετε, διέρχεται από τις ρινικές κοιλότητες, το φάρυγγα, το λάρυγγα και την τραχεία για να καταλήξει στους πνεύμονες. Ο εισπνεόμενος αέρας κατά τη δίοδο του από τα αεραγωγά όργανα θερμαίνεται, εμπλουτίζεται σε υδρατμούς (υγραίνεται) και καθαρίζεται (φιλτράρεται) από αιωρούμενα μόρια σκόνης (Σμοκοβίτης 2007).

Επομένως με τον όρο αναπνοή εννοούμε τη μεταφορά αερίων από και προς τα κύτταρα αλλά και τις βιολογικές επεξεργασίες οξείδωσης που γίνονται μέσα στα κύτταρα με τη βοήθεια του οξυγόνου. Η αναπνοή είναι σημαντικότατη λειτουργία για τον οργανισμό και εμφανίζεται σε όλους τους οργανισμούς από τον απλό μονοκύτταρο όπως η αμοιβάδα, μέχρι τον ανθρώπινο (Σμοκοβίτης 2007).

Τα όργανα που αποτελούν το αναπνευστικό σύστημα είναι επτά και χρησιμεύουν για τη μεταφορά των αερίων. Διακρίνονται σε δυο τμήματα : την άνω και την κάτω αεροφόρο οδό. Η άνω αεροφόρος οδός αποτελείται από :

α) την έξω και την έσω ρίνα (μύτη)

β) την ρινική και στοματική μοίρα του φάρυγγα, που εξυπηρετεί εκτός από το πεπτικό και το αναπνευστικό σύστημα. Καθώς διέρχεται ο αέρας από τα τμήματα αυτά, ελέγχεται ποιοτικά και υφίσταται ορισμένες μεταβολές, που έχουν σκοπό να προφυλάξουν την κατώτερη αεροφόρο οδό, έτσι ο αέρας που εισπνέετε καθαρίζεται από τυχόν ξένα σώματα και από πιθανούς λοιμογόνους παράγοντες, εφυγραίνεται και θερμαίνεται. Στον μηχανισμό που ελέγχει τον αέρα που εισπνέετε συμμετέχει και το αισθητήριο της όσφρησης, ενώ στον μηχανισμό που προστατεύει το κατώτερο αναπνευστικό σύστημα περιλαμβάνεται και η παραγωγή γλυκοπρωτεινών και ανοσοσφαιρινών (IgA και IgG) από τον βλεννογόνο των οργάνων του.

Η κάτω αεροφόρος οδός αποτελείται από :

α) τον λάρυγγα

β) την τραχεία με τους δύο μεγάλους βρόγχους (αριστερό και δεξιό)

γ) και τους δυο πνεύμονες

Στα όργανα αυτά συνεχίζεται ο καθαρισμός και η ρύθμιση της υγρασίας και της θερμοκρασίας του αέρα που εισπνέετε και επιπλέον επιτελείται η ανταλλαγή των αερίων (Άγιος 1997, Χατζημπούγιας 2003).

Ο συνήθης αριθμός αναπνευστικών κινήσεων σε κατάσταση ηρεμίας είναι περίπου 24 κινήσεις στο λεπτό. Το αναπνευστικό σύστημα είναι σε θέση να ανταλλάξει περίπου 8 λίτρα αέρα/λεπτό και μπορεί να φτάσει και τα 200 λίτρα/λεπτό σε κατάσταση πίεσης.

Τα νούμερα αυτά όμως δεν είναι πολύ σταθερά γιατί,

- πρώτον η αναπνοή δεν είναι απόλυτα αυτόματη λειτουργία (μπορούμε δηλαδή να την ελέγξουμε ως ένα βαθμό με τη θέλησή μας),
- δεύτερον η όποια προσπάθεια αυξάνει τις ανάγκες σε οξυγόνο κι έτσι αυξάνονται και οι αναπνευστικές κινήσεις (λαχάνιασμα και κοντανάσα),
- τρίτο μερικές λειτουργίες του σώματος (η πέψη, η μυϊκή άσκηση, η αγωνία κ.ά.) αυξάνουν τον αναπνευστικό ρυθμό (Βικιπαίδεια, http://el.wikipedia.org/wiki/Αναπνευστικό_σύστημα, 2007).

1.2. Η ανατομία και η φυσιολογία του λάρυγγα

Ο λάρυγγας αποτελεί την αρχή της κάτω αεροφόρου οδού διαμέσου του οποίου επικοινωνεί ο φάρυγγας με την τραχεία. Είναι ένας ινοχόνδρινος σωλήνας που βρίσκεται κάτω από το υοειδές οστό, μπροστά από τη λαρυγγική μοίρα του φάρυγγα, στο ύψος του $4^{ου}$, $5^{ου}$ και $6^{ου}$ αυχενικού σπονδύλου το οποίο λειτουργεί ως συσκευή που απομονώνει την αρχή της κατώτερης αεροφόρου οδού από τον φάρυγγα. Έχει μεγαλύτερη διάμετρο στους άνδρες, όπου και προεξέχει,

σχηματίζοντας το λαρυγγικό έπαρμα (μήλο του Αδάμ). Αποτελείται από ένα χόνδρινο σκελετό του οποίου οι χόνδροι συνδέονται με συνδέσμους, από μύες και βλεννογόνο (Χατζημπούγιας 2003).

1.2.1. Η θέση και το μέγεθος του λάρυγγα

Ο λάρυγγας βρίσκεται στον τράχηλο ανάμεσα στα μεγάλα αγγεία του και μπροστά από την λαρυγγική μοίρα του φάρυγγα. Καλύπτεται από εμπρός από το δέρμα και την υποδόρια περιτονία, καθώς και την επιπολής και μέση τραχηλική περιτονία. Τα όρια του στον ενήλικο άνδρα αντιστοιχούν στον τρίτο (άνω επιφάνεια) και στον έκτο (κάτω επιφάνεια) αυχενικό σπόνδυλο, ενώ στη γυναίκα και στο παιδί ο λάρυγγας βρίσκεται ελαφρώς υψηλότερα(κατά ένα σπόνδυλο περίπου). Στην νεογνική ηλικία τα άνω όρια του λάρυγγα βρίσκονται αντίστοιχα προς την συμβολή οδόντα του άξονα (Α2 σπόνδυλος) με το σώμα του ενώ αντίθετα στην γεροντική ηλικία ο λάρυγγας κατέρχεται πολύ πιο κάτω από αυτό το επίπεδο. Κατά την έκταση της κεφαλής και της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης ο λάρυγγας μετατοπίζεται προς τα άνω έως και κατά ένα σπόνδυλο. Το ίδιο συμβαίνει και κατά την κατάποση, την ομιλία και τον βήχα. Αντίθετα σε κάμψη της κεφαλής και της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης είναι δυνατόν να μετατοπισθεί προς τα κάτω, ώστε τα κάτω όρια να βυθισθούν μέσα στον θώρακα (Άγιος 1997, Μαυρικάκη 2007).

Η θέση του λάρυγγα είναι μία από τις αιτίες που διαφοροποιούν από άτομο σε άτομο τον τόνο και τη χροιά της φωνής, η οποία είναι οξύτερη στις γυναίκες και στα παιδιά και βαθύτερη στους γέροντες. Η υψηλή θέση του λάρυγγα στα νεογνά υποβοηθά τον θηλασμό χωρίς τον κίνδυνο πνιγμονής, ενώ αντίθετα η χαμηλή θέση του στους γέροντες δυσκολεύει την κατάποση. Το μήκος του λάρυγγα στους ενήλικες άνδρες είναι της λευκής φυλής είναι 44 χιλ. αν μετρηθεί από τη θυρεοειδή εντομή και 70 χιλ αν μετρηθεί από το άνω χείλος της επιγλωττίδας, ενώ η εγκάρσια διάμετρος του είναι 43 χιλ και η οβελιαία περίπου 36 χιλ. Τα αντίστοιχα μεγέθη στις γυναίκες είναι 36,41 και 26 χιλ. Οι μεγαλύτερες διαστάσεις του λάρυγγα στους άνδρες οφείλονται στην μεγαλύτερη ανάπτυξη του κατά την διάρκεια της εφηβείας. Η διάσταση που στους άνδρες αυξάνεται αναλογικά περισσότερο από όλες τις άλλες είναι η οβελιαία. Η μεγάλη οβελιαία διάμετρος του λάρυγγα διαμορφώνει το λαρυγγικό έπαρμα (μήλο του Αδάμ) (Άγιος 1997, Μαυρικάκη 2007).

Το μέγεθος του λάρυγγα δεν εξαρτάται από το ανάστημα του ατόμου. Η αύξηση της οβελιαίας διαμέτρου του λάρυγγα στους άνδρες είναι παράγοντας που προκαλεί την αλλαγή του τόνου της φωνής (γίνεται βαθύτερη) κατά την εφηβική ηλικία τους. Η διαφορετική ανάπτυξη του λάρυγγα και η αλλαγή του τόνου της φωνής δεν παρατηρείται στους ευνουχισμένους πριν από την εφηβεία άνδρες, στους οποίους χαρακτηρίζεται η φωνή όπως και στις γυναίκες, από οξείς τόνους (Άγιος 1997, Μαυρικάκη 2007).

1.2.2. Οι βασικές λειτουργίες του λάρυγγα

Ο λάρυγγας επιτελεί τις εξής βασικές λειτουργίες:

Πρώτον, χρησιμεύει ως φωνητικό όργανο, παράγει με την σύμπραξη του ρεύματος του αέρα της αναπνοής ήχους μεγάλης ποικιλίας (διαφορετικής έντασης, ύψους και διάρκειας), οι οποίοι χαρακτηρίζονται ως θεμελιώδης ή βασικός τόνος. Ο θεμελιώδης τόνος με την συνέργεια των οργάνων της άνω αεροφόρου οδού (στοματοφάρυγγας, ρινοφάρυγγας, κύτος της ρίνας, παραρινικές κοιλότητες) καθώς και της γλώσσας, της υπερώας, των δοντιών και των χειλέων διαμορφώνεται σε έναρθρη ομιλία (φωνή) (Άγιος 1997).

Επομένως, η φωνή δημιουργείται από τη δόνηση των φωνητικών χορδών καθώς διέρχεται μέσα από αυτές ο εμπνεόμενος αέρας από τους πνεύμονες. Ο παραγόμενος ήχος ταξιδεύει προς τα πάνω στο φάρυγγα, τη μύτη και το στόμα. Το μέγεθος και το σχήμα αυτών των κοιλοτήτων αλλά και των ίδιων των φωνητικών χορδών καθορίζουν τη χροιά της φωνής (Guyton & Hall 2008).

Οι διακυμάνσεις της φωνής κάποιου ατόμου είναι το αποτέλεσμα της επιμήκυνσης, ή της επιβράχυνσης των φωνητικών χορδών, της τάσης, ή της χαλάρωσης τους. Για παράδειγμα η χαλάρωση και η επιβράχυνση των φωνητικών χορδών καταλήγει σε παραγωγή βαθιάς φωνής (χαμηλής συχνότητας), ενώ η τάση και η επιμήκυνση τους οδηγεί σε λεπτή φωνή (υψηλής συχνότητας) (Μοσχονά 2007).

Ο λάρυγγας είναι ειδικά διαμορφωμένος για να λειτουργεί ως δονητής. Τα δονούμενα στοιχεία είναι οι φωνητικές χορδές. Οι φωνητικές χορδές προέχουν από τα πλάγια τοιχώματα του λάρυγγα προς το κέντρο της γλώττιδας, ενώ εντείνονται και τοποθετούνται στη ροή του αέρα με την ενέργεια διαφόρων ειδικών μυών του ίδιου του λάρυγγα. Κατά την φυσιολογική αναπνοή, οι φωνητικές χορδές είναι τελείως ανοιχτές, για να επιτρέπουν την δίοδο του αέρα με ευκολία. Κατά την φώνηση όμως, οι φωνητικές χορδές συμπλησιάζουν μεταξύ τους κατά τρόπον ώστε η δίοδος του αέρα να προκαλεί την δόνηση τους. Η συχνότητα των δονήσεων καθορίζεται, κατά κύριο λόγο, από τον βαθμό διάτασης των χορδών, αλλά και από την απόσταση που παρεμβάλλεται μεταξύ των χειλέων των 2 χορδών, καθώς και από την μάζα αυτών των χειλέων (Guyton & Hall 2008).

Δεύτερον, ο λάρυγγας δεν αποτελεί παθητική κατάσταση απλής διόδου του αέρα, αλλά είναι φανερό ότι συμβάλλει ενεργώς και στη ρύθμιση της αναπνοής. Εκτός από την άποψη ότι, το άνοιγμα της γλωττίδας και η θέση των φωνητικών χορδών μεταβάλλεται ανάλογα με το βαθμό οξυγόνωσης του αίματος (έτσι ώστε σε περίπτωση ανοξαιμίας να αφήνουν τη δίοδο μεγαλύτερης ποσότητας αέρα), βέβαιο είναι ότι τούτο γίνεται ρυθμικά και κατά τις συνήθεις αναπνευστικές κινήσεις. Κατά την φάση της εισπνοής οι φωνητικές χορδές απάγονται και διευρύνεται το χάσμα της γλωττίδας ανάλογα με την ένταση της εισπνοής, τόσο που σε βαθιά εισπνοή οι φωνητικές

χορδές συμπίπτουν στα πλάγια τοιχώματα του λάρυγγα (δεξιά και αριστερά).Κατά την φάση της εκπνοής, οι φωνητικές χορδές προσάγονται επίσης ανάλογα με την έντασή της. Όταν κατά την φώνηση οι φωνητικές χορδές συμπίπτουν και εφάπτονται μεταξύ τους, παραμένει ανοιχτή η αναπνευστική μοίρα της γλωττίδας για να μην διακοπεί η αναπνοή (Σκευάς 1993).

Τρίτον, λόγω της διασταύρωσης του αναπνευστικού και του πεπτικού συστήματος στον υποφάρυγγα ο λάρυγγας παίζει αποφασιστικό ρόλο στο να προφυλάσσει το κατώτερο αναπνευστικό σύστημα από την εισρόφηση υγρών ή στερεών τροφών κατά την κατάποση. Η προστατευτική λειτουργία του λάρυγγα συνιστάται στην ενέργεια του σαν σφιγκτήρα, με την οποία αποφράσσεται το άνω στόμιο (η είσοδος) της λαρυγγικής κοιλότητας. Στη λειτουργία αυτή συμμετέχει και η επιγλωττίδα. Έτσι προφυλάσσεται η αναπνευστική οδός από την είσοδο ξένων σωμάτων, Αφετέρου δε, με το αντανακλαστικό του βήχα, ο λάρυγγας συμβάλλει στην αποβολή των εκκρίσεων και των ξένων σωμάτων και συνεπώς στον καθαρισμό της αναπνευστικής οδού (Μανωλίδης 1986).

Τέταρτον, προασπίζει τους πνεύμονες από ξένα σώματα που πιθανόν να περιέχονται στον εισπνεόμενο αέρα καθώς και από την βλέννα που παράγεται στην αεροφόρο οδό, όχι μόνο μηχανικά αλλά και με τον βήχα. Ο βήχας είναι μία απότομη εκπνοή που εκλείεται ύστερα από αύξηση της πίεσης του αέρα στην κατώτερη αναπνευστική οδό. Η αύξηση της πίεσης επέρχεται ως συνέπεια μιας σύντομης σύγκλισης της σχισμής της γλώττιδας στην διάρκεια έντονης σύσπασης των εκπνευστικών μυών. Η σύγκλιση της αναπνευστικής οδού είναι επίσης απαραίτητα για την αύξηση της ενδοκοιλικής πίεσης. Η σύγκλιση της γλώττιδας και ο εγκλωβισμός του αέρα των πνευμόνων που απέρχεται από αυτήν είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την σταθεροποίηση του διαφράγματος. Αυτό συμβαίνει επειδή το διάφραγμα, είναι λιγότερο ισχυρό από τους κοιλιακούς μύες, θα υποχωρούσε ύστερα από την σύσπαση των τελευταίων και δεν θα επέτρεπε έτσι την αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης. Η αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης χρησιμεύει στην αφόδευση, στην ούρηση και στον τοκετό, ενώ αποτελεί και απαραίτητη συνθήκη για κάθε λειτουργία που απαιτεί αυξημένο μυϊκό έργο (Άγιος 1997).

Πέμπτον, επίσης συμβάλλει και σε άλλες φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού την αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης κα την καθήλωση του θώρακα. Η αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης και καθήλωση του θώρακα, οφείλονται σε σημαντικό βαθμό στη συσφιγκτική λειτουργία του λάρυγγα και κυρίως στην σύσπαση και σύγκλειση των νόθων και των γνήσιων φωνητικών χορδών. Με τον τρόπο αυτόν ο αέρας εγκλωβίζεται από την τραχεία και κάτω και αυξάνει την ενδοθωρακική πίεση, που είναι αναγκαία για τον βήχα και τον πταρμό. Συγχρόνως αυξάνεται και η ενδοκοιλιακή πίεση, που είναι αναγκαία για την αποπάτηση, την ούρηση, τον τοκετό καθώς και για κάθε προσπάθεια ανύψωσης βάρους κλπ. Εξάλλου με την αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης

γίνεται και καθήλωση του θώρακα, με την οποία τούτος σταθεροποιείται και συμβάλλει στην εκτέλεση έντονης χειρονακτικής εργασίας (Δανιηλίδης 2000, Σκευάς 1993).

1.3. Σύνοψη κεφαλαίου

Το αναπνευστικό σύστημα είναι το σύστημα εκείνων των οργάνων που χρησιμεύουν στην πρόσληψη του ατμοσφαιρικού αέρα από το περιβάλλον, την εισαγωγή του στους πνεύμονες, την παραλαβή του οξυγόνου από αυτόν και την απόδοση σε αυτόν του διοξειδίου του άνθρακα. Όλη αυτή η διαδικασία που τροφοδοτεί τον οργανισμό με το απαραίτητο στη ζωή οξυγόνο είναι η «αναπνοή».

Ο λάρυγγας αποτελεί την αρχή της κάτω αεροφόρου οδού διαμέσου του οποίου επικοινωνεί ο φάρυγγας με την τραχεία και επιτελεί τρεις σημαντικές λειτουργίες : *την προστατευτική* η οποία συνιστάται στην προστασία των κατώτερων αεροφόρων οδών για την αποφυγή εισρόφησης υγρών ή στερεών τροφών, *την φωνητική* όπου η φωνή παράγεται κυρίως από δύο πτυχές του βλεννογόνου του λάρυγγα, *τις φωνητικές χορδές,* οι οποίες πάλλονται καθώς διέρχεται μέσα από αυτές ο εκπνεόμενος αέρα από τους πνεύμονες και *την αναπνευστική* λειτουργία όπου καθώς οι φωνητικές χορδές συμπίπτουν και εφάπτονται μεταξύ τους (κατά την φώνηση), παραμένει ανοιχτή η αναπνευστική μοίρα της γλωττίδας για να μην διακοπεί η αναπνοή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Η συχνότητα του καρκίνου αυξήθηκε σημαντικά κατά την διάρκεια του 20^{ου} αιώνα και αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα στην χώρα μας. Συνήθως ο καρκίνος δεν επηρεάζει μόνο ένα όργανο του σώματος και δεν έχει μία μορφή. Υπάρχουν πάνω από 200 διαφορετικά είδη καρκίνου και δεν αντιμετωπίζονται όλοι με τον ίδιο τρόπο. Κάθε ένα είδος έχει τον δικό του τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αναλυτική περιγραφή του καρκίνου που εντοπίζεται στον λάρυγγα και της συχνότητας εμφάνισης αυτού σε σχέση με άλλα καρκινώματα.

2.1. Ο καρκίνος γενικά

Είναι γεγονός ότι στην σημερινή εποχή παρουσιάζεται μια σημαντική εξάπλωση του καρκίνου. Ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου στην Αμερική ενώ στην πρώτη θέση βρίσκονται τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Παγκοσμίως ο καρκίνος του λάρυγγα αποτελεί το 1-2% όλων των καρκίνων. Στις ΗΠΑ το 1997 υπολογίσθηκαν 10.900 νέες περιπτώσεις καρκίνου του λάρυγγα και 4320 θάνατοι από τη νόσο (θνητότητα 39%). (Garet 2000, Δαβρής 2002).

Συνοδεύεται από συναισθηματική και ψυχική ταλαιπωρία και δεν αποτελείται από μία συγκεκριμένη νόσο αλλά από πολλές παθήσεις που έχουν σαν κοινή συνιστώσα σοβαρού βαθμού διαταραχή της κυτταρικής ανάπτυξης. Ο όρος νεοπλασία ουσιαστικά σημαίνει νέα ανάπτυξη και είναι μία ανώμαλη μάζα ιστού η ανάπτυξη της οποίας είναι υπερβολική και ασύμβατη σε σύγκριση με εκείνη των φυσιολογικών ιστών. Ο καρκίνος είναι μια πάθηση η οποία μπορεί να προσβάλλει κάθε ιστό και όργανο του σώματος. Ο όρος αναφέρεται σε περίπου 150-200 διαφορετικές παθήσεις ωστόσο έχουν 2 κοινά χαρακτηριστικά στοιχεία: την απεριόριστη αύξηση των κυττάρων και τις δυσλειτουργίες τις οποίες προξενεί αυτή (Garet 2000).

Η συχνότητα του καρκίνου αυξάνεται με την ηλικία. Η μεγαλύτερη θνησιμότητα από καρκίνο παρατηρείται στις ηλικίες μεταξύ των 55 και 75 ετών και στην συνέχεια μειώνεται, παράλληλα με εκείνη του βασικού πληθυσμού μετά το 75 έτος. Τουλάχιστον 7,5 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου διαγιγνώσκονται ετησίως με αποτέλεσμα η νόσος αυτή να αντιπροσωπεύει ένα τεράστιο φορτίο νόσου (Garet 2000).

Η ανασκόπηση των επιδημιολογικών δεδομένων δίνει την εντύπωση πως ίσως υπάρχουν δύο ή περισσότεροι ετερογενείς τύποι καρκίνου του λάρυγγα:

α) Ο σπάνιος τύπος καρκίνου του λάρυγγα που προσβάλλει νεαρούς μη καπνιστές άνδρες και γυναίκες με ίση συχνότητα και προκαλείται από κάποιο άγνωστο παράγοντα.
β) Ο συχνότερος τύπος καρκίνου που εμφανίζεται σε ηλικιωμένους καπνιστές (Δαβρής 2002).

Η συχνότητα του καρκινώματος του λάρυγγα σε σχέση με τους κακοήθεις όγκους των υπόλοιπων οργάνων του σώματος ανέρχεται διεθνώς σε ποσοστό γύρω στο 4%, στα πλαίσια όμως της κεφαλής και του τραχήλου, είναι ο συχνότερος όγκος με ποσοστό που ξεπερνά το 50%. Η συχνότητα της νόσου διαφέρει από χώρα σε χώρα και παρατηρείται μεγάλη αύξηση σε περιοχές όπου η συνήθεια του καπνίσματος είναι πολύ διαδεδομένη π.χ. Ινδία και Ταϊλάνδη (Δανιηλίδης 2000).

Η κλινική σημασία των νεοπλασμάτων έγκειται στις επιπτώσεις τους στον άνθρωπο. Κάθε όγκος ακόμα και καλοήθης, μπορεί να προκαλέσει νοσηρότητα και θνησιμότητα. Επιπρόσθετα κάθε αναπτυσσόμενη μάζα απαιτεί προσεκτική διερεύνηση για τον αποκλεισμό της κακοήθειας. (Kumar & Maitra 2008).

2.2. Ο καρκίνος του λάρυγγα

Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι κακοήθεις μεταστατική επιθηλιακή νεοπλασία, η οποία έχει σαν πρώιμο σύμπτωμα το βράγχος της φωνής. Εντοπίζεται σε ποσοστό 30% υπεργλωττιδικά, ενώ σε ποσοστό 70% στην περιοχή των φωνητικών χορδών και διαγλωττιδικα. Η πρωτοπαθής ανάπτυξη καρκίνου στην υπογλωττιδική περιοχή και στην λαρυγγική κοιλία είναι πάρα πολύ σπάνια (Arnold & Ganzer 1999).

Οι άνδρες παρουσιάζουν τουλάχιστον πενταπλάσια συχνότητα εμφάνισης καρκινώματος του λάρυγγα από τις γυναίκες στην Δυτική Ευρώπη και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής με συχνότητα περίπου 1:5 . Η αναλογία αυτή πριν από 30 χρόνια ήταν 15:1, αλλά με την αύξηση του αριθμού των γυναικών που καπνίζουν, συνεχώς μειώνεται η διαφορά, ενώ στις χώρες που η συνήθεια αυτή δεν είναι διαδεδομένη στις γυναίκες η αναλογία είναι 1:15 υπέρ των ανδρών (Βλαχτσής 2006).

Στη χώρα μας εξακολουθεί να αποτελεί σχεδόν αποκλειστικά ανδρική πάθηση, με αυξανόμενη όμως συχνότητα εμφάνισης τα τελευταία χρόνια και στις γυναίκες. Εμφανίζεται συνήθως την 6η και7η δεκαετία της ζωής, ενώ είναι σπάνια η ανάπτυξη καρκίνου του λάρυγγα πριν την ηλικία των 35 ετών, όμως μπορεί να εμφανιστεί και σε προγενέστερη ηλικία. Έχει αναφερθεί περίπτωση καρκινώματος του λάρυγγα σε ηλικία 14 ετών. Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι συχνός και αποτελεί μία από τις πρώτες αιτίες θανάτου από την πλευρά των ωτορινολαρυγγολογικών παθήσεων (σε ποσοστό 2-3% του συνόλου των κακοηθών νεοπλασμάτων του ανθρώπινου σώματος). Το συχνότερο κακόηθες νεόπλασμα του λάρυγγα είναι το καρκίνωμα από πλακώδες

επιθήλιο, σε ποσοστό που υπερβαίνει το 95% (Δανιηλίδης 2000, Βλαχτσής 2006).

2.3. Τα νεοπλάσματα του λάρυγγα

Ο Willis (1960) όρισε ως *νεόπλασμα* «κάθε ανώμαλη μάζα ιστού που η ανάπτυξη της ξεπερνά χωρίς να συντονίζεται την ανάπτυξη των γύρω υγιών ιστών και εξακολουθεί να αυξάνεται ακόμα και όταν παύσει να υπάρχει το ερέθισμα που προκάλεσε την αλλαγή» (Δανιηλίδης 2000, σελ 483).

Υπάρχει ποικιλία μη νεοπλασματικών αλλοιώσεων, καθώς και καλοήθη και κακοήθη νεοπλάσματα, τα οποία προέρχονται από το πλακώδες επιθήλιο και το μεσέγχυμα, και μπορούν να εμφανιστούν στο λάρυγγα. Ωστόσο, μόνο τα οζίδια των φωνητικών χορδών, τα θηλώματα και τα καρκινώματα από πλακώδες επιθήλιο είναι αρκετά συνήθη, ώστε να αξίζουν ιδιαίτερη μνεία. Σε όλες αυτές τις καταστάσεις, η συχνότερη κλινική εκδήλωση είναι το βράγχος της φωνής (Kumar & Maitra 2008).

2.3.1. Τα καλοήθη νεοπλάσματα του λάρυγγα

Οι συχνότεροι καλοήθης όγκοι του λάρυγγα είναι οι όγκοι που προέρχονται από το επιθήλιο του βλεννογόνου και είναι οι εξής:

α) *Το μονήρες θήλωμα των ενηλίκων* εντοπίζεται στην πρόσθια εντομή και στο πρόσθιο ήμισυ των φωνητικών χορδών και σχηματίζει μία μαλακή διόρθωση που σπάνια ξεπερνά το 1cm σε διάμετρο. Είναι συνηθέστερο στους άνδρες και εκδηλώνεται με βράγχος φωνής που βραδέως επιδεινώνεται. Η θεραπεία του είναι καθαρά χειρουργική. Αρκετά συχνά έχει την τάση να υποτροπιάζει και στο 10% περίπου των περιπτώσεων εξελίσσεται σε καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο, για αυτό θεωρείται προκαρινωματώδες κατάσταση (Δανιηλίδης 2000, Kumar & Maitra 2008).

β) *Τα θηλώματα του λάρυγγα της παιδικής ηλικίας*. Τα θηλώματα αυτά είναι πολύ σπάνια, εμφανίζονται στην πρώτη παιδική ηλικία και είναι πιθανώς ιογενούς αιτιολογίας, είναι δε μονήρη ή πολλαπλά. Τα συμπτώματα τους εξαρτώνται από την εντόπιση, την έκταση και το μέγεθος και είναι βράγχος της φωνής μέχρι αφωνίας, εισπνευστικός συριγμός ή και έντονη δύσπνοια μέχρι ασφυξίας οπότε μπορεί να απαιτηθεί τραχειοστομία Τα θηλώματα του λάρυγγα της παιδικής ηλικίας είναι καλοήθης όγκοι και δεν εξαλλάσσονται σε κακοήθεις. Απεναντίας τα θηλώματα των ενηλίκων είναι καλοήθεις όγκοι οι οποίοι όμως έχουν την τάση να εξαλλάσσονται σε κακοήθεις σε ποσοστό 20%, για αυτό και θεωρούνται σαν προκαρκινωματώδεις καταστάσεις. Στα παιδιά, τα θηλώματα τείνουν να υποτροπιάζουν μετά την εκτομή τους (Σκευάς 1993).

γ) *Η πολλαπλή θηλωμάτωση της ανώτερης αναπνευστικής οδού ή νεανικό θήλωμα.* Η πάθηση αυτή είναι δύσκολη στην αντιμετώπιση και δεν αφορά μόνο τον λάρυγγα αλλά μερικές φορές κι την

υπόλοιπη ανώτερη αναπνευστική οδό. Χαρακτηρίζεται από πολλαπλή εντόπιση θηλωμάτων στις φωνητικές χορδές, στις λαρυγγικές κοιλίες και στην επιγλωττίδα ενώ σε βαρύτερες περιπτώσεις, μπορεί να εμφανιστούν στην τραχεία και τους βρόγχους. Οφείλεται σε ιό που πολλές φορές μεταβιβάζεται στο νεογέννητο κατά τον τοκετό από την μητέρα που πάσχει από οξυτενή κονδυλώματα των γεννητικών της οργάνων. Εκδηλώνεται με βράγχος φωνής και με δύσπνοια που πολλές φορές οδηγεί στην ανάγκη τραχειοστομίας Τα νεανικά θηλώματα συχνότατα υποτροπιάζουν και απαιτούν επανεπεμβάσεις. Για την μείωση των υποτροπών τα τελευταία χρόνια χορηγείται για μεγάλα διαστήματα ιντερφερόνη με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Στις περισσότερες περιπτώσεις με την ενηλικίωση σταματούν οι υποτροπές (Δανιηλίδης 2000).

δ) *Τα χονδρώματα του λάρυγγα.* Είναι σχετικά σπάνια, προέρχονται από τα χόνδρινα μέρη του σκελετού του λάρυγγα και κυρίως από το σώμα του κρικοειδούς χόνδρου. Προκαλούν ανάλογα με την εντόπιση τους βράγχος φωνής, δύσπνοια, δυσφαγία ή αίσθημα κόμβου στο λαιμό. Η διάγνωση γίνεται από την βιοψία και η θεραπεία είναι χειρουργική αφαίρεση (Σκευάς 1993).

ε) *Πολύποδες των φωνητικών χορδών ή πολύποδες του λάρυγγα.* Είναι ο συχνότερος καλοήθης όγκος του λάρυγγα με την συχνότερη του εμφάνιση στους άνδρες ηλικίας 30-60 ετών. Οι πολύποδες του λάρυγγα είναι ιστολογικά μία ινώδης ή αγγειώδης φλεγμονώδης υπερπλασία του βλεννογόνου του λάρυγγα και κυρίως των γνήσιων φωνητικών χορδών. Τα αίτια τα οποία ευνοούν την εμφάνιση των πολυπόδων του λάρυγγα είναι οι χρόνιες φλεγμονές, η εργασία σε ανθυγιεινό περιβάλλον, το κάπνισμα, καθώς και ο τραυματισμός των φωνητικών χορδών λόγω κατάχρησης της φωνής. Συνηθέστερα εντοπίζονται στο ελεύθερο χείλος των φωνητικών χορδών μεταξύ του πρόσθιου και μέσου τριτημορίου και σπανιότερα στην επάνω επιφάνεια. Η θεραπεία είναι χειρουργική (Σκευάς 1993).

στ) *Φωνητικά οζίδια ή κομβία των φωνητικών χορδών (πολύποδες).* Τα οζίδια των φωνητικών χορδών (πολύποδες) είναι ημισφαιρικές προβολές, που βρίσκονται συνήθως στις γνήσιες φωνητικές χορδές. Τα φωνητικά οζίδια δημιουργούνται μετά από έντονη χρήση ή κατάχρηση της φωνής στα παιδία ή τους ενήλικες λόγω μηχανικής κάκωσης των φωνητικών χορδών και τοπικής υπερτροφίας του πλακώδους επιθηλίου, στο όριο μεταξύ του πρόσθιου και μέσου τριτημορίου των φωνητικών χορδών (Kumar & Maitra 2008). Οι αλλοιώσεις αυτές συνήθως εμφανίζονται σε βαρείς καπνιστές ή σε τραγουδιστές και είναι αποτέλεσμα χρόνιου ερεθισμού ή κατάχρησης. Είναι συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Το κύριο σύμπτωμα είναι βράγχος της φωνής το οποίο επιδεινώνεται μετά από κάθε έντονη χρήση της φωνής. Στα οζίδια του λάρυγγα η θεραπεία είναι συχνά χειρουργική και πολλές φορές ακολουθείται από λογοθεραπεία (Σκευάς 1993, Παταρίδου 2008).

ζ) *Αμυλοείδωση του λάρυγγα.* Η αμυλοείδωση του λάρυγγα αποτελεί είτε πρωτογενή τοπική

εναπόθεση αμυλοειδούς κάτω από τον βλεννογόνο του λάρυγγα, είτε δευτερογενή εναπόθεση γενικευμένης αμυλοείδωσης. Στον λάρυγγα το αμυλοειδές εναποτίθεται κατά προτίμηση στα χείλη των φωνητικών χορδών και υπογλωττιδικά, μπορεί όμως να εναποτίθεται και διάχυτα σε διάφορες θέσεις. Τα συμπτώματα εξαρτώνται από την θέση εντόπισης και την ποσότητα, συνήθως είναι βράγχος φωνής με ή χωρίς δύσπνοια. Η διάγνωση γίνεται από το κλινικό και ακτινολογικό εύρημα, κυρίως όμως από την βιοψία. Η θεραπεία είναι χειρουργική αφαίρεση εφόσον υπάρχει μεγάλο βράγχος φωνής ή δύσπνοια (Σκευάς 1993).

η) *Κατακρατητικές κύστεις του λάρυγγα*. Οι κύστες αυτές σχηματίζονται από απόφραξη του εκφορητικού πόρου ενός βλεννογόνιου αδένα ή του στόμιου μιας μικρής εσωτερικής λαρυγγοκήλης. Είναι μικρές υαλοειδείς, γαλακτοειδούς ή μπλε χροιάς και περιέχουν βλεννώδες έκκριμα. Εντοπίζονται στις νόθες φωνητικές χορδές την λαρυγγική κοιλία, την επιγλωττίδα ή τις αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές. Κλινικά προκαλούν βράγχος φωνής ή και δύσπνοια όταν είναι πολύ μεγάλες. Η θεραπεία είναι χειρουργική αφαίρεση ή παρακέντηση (Σκευάς 1993).

2.3.2.Τα κακοήθη νεοπλάσματα του λάρυγγα

Μεταξύ των καρκινωμάτων της κεφαλής και του τραχήλου, τα καρκινώματα του λάρυγγα είναι τα συχνότερα με ποσοστό 45-50%. Στο σύνολο των κακοήθων νεοπλασμάτων του σώματος αποτελούν το 2-3%. Η συχνότητα τους υπολογίζεται σύμφωνα με τις μεγάλες διεθνείς στατιστικές σε 10 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους. Οι άνδρες προσβάλλονται περισσότερο από τις γυναίκες αν και τα τελευταία χρόνια αυξάνει σημαντικά στην Ευρώπη και στην Αμερική η προσβολή των γυναικών λόγω καπνίσματος. Εμφανίζεται στην ηλικία μεταξύ 45-70 ετών. Το 95% με 98% των καρκινωμάτων του λάρυγγα είναι κερατινοποιημένα ή όχι CA από πλακώδες επιθήλιο και σπανιότερα ακροχονδρώδη αδενοκαρκινώματα ή διάφορες μορφές σαρκωμάτων. Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνωμα του λάρυγγα ήταν ή είναι καπνιστές συχνά σε συνδυασμό με χρήση αλκοόλ και σπάνια ασθενείς που εργάζονται με βιομηχανίες βαρέων μετάλλων, όπως νικέλιο, χρώμιο, ουράνιο κλπ. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των καρκινωμάτων του λάρυγγα πιθανότατα γιατί έχει βελτιωθεί η διάγνωση, αυξήθηκε η επιβίωση και γιατί έχει αυξηθεί σημαντικά και στα δύο φύλα το κάπνισμα. Το κύριο καρκινογόνο του καπνίσματος είναι το βενζοπυρένιο (Σκευάς 1993).

Καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο

Είναι ο συχνότερος κακοήθης όγκος του λάρυγγα ο οποίος ξεκινά από το βλεννογόνο του λάρυγγα και επεκτείνεται διηθητικά και στους υπόλοιπους ιστούς. Ο καρκίνος μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε σημείο της λαρυγγικής κοιλότητας. Ανάλογα με το σημείο εντόπισής

τους χωρίζονται σε γλωττιδικά, υπεργλωττιδικά, υπογλωττιδικά, και των ορίων λάρυγγα-υποφάρυγγα (διαγλωττιδικά) (Δανιηλίδης 2000).

α) *Το γλωττιδικό καρκίνωμα*

Είναι τα πιο συχνά καρκινώματα του λάρυγγα γιατί αναλογούν περίπου στο 70-75% των περιπτώσεων. Εδώ ανήκουν τα καρκινώματα των γνήσιων φωνητικών χορδών, της πρόσθιας και της οπίσθιας εντομής. Το πρώτο και το κύριο σύμπτωμα με το οποίο εκδηλώνεται η ύπαρξη ενός μικρού νεοπλάσματος των φωνητικών χορδών είναι το βράγχος φωνής, που με την πάροδο του χρόνου επιδεινώνεται. Άλλο σύμπτωμα είναι η δύσπνοια που προκαλείται, όταν το νεόπλασμα λόγου του μεγέθους του προκαλέσει σημαντική μείωση του αυλού του λάρυγγα. Η δύσπνοια αποτελεί σημάδι προχωρημένου νεοπλάσματος. Η αιμόπτυση από αιμορραγία του όγκου είναι και αυτή σύμπτωμα προχωρημένου σταδίου. Τραχηλική διόγκωση λόγω μετάστασης στους τραχηλικούς λεμφαδένες δεν είναι συχνή στα αμιγώς γλωττιδικά καρκινώματα. Μπορεί όμως να παρατηρηθεί όταν έχουν επεκταθεί στον υπερ- ή υπογλωττιδικό χώρο. Γενικά τα γλωττιδικά καρκινώματα χαρακτηρίζονται από αργή εξέλιξη και μειωμένη μεταστατικότητα λόγω της ύπαρξης ελάχιστων λεμφαγγείων στις φωνητικές χορδές. Είναι κατά κανόνα καλά διαφοροποιημένα, επεκτείνονται αργά, λόγω του φτωχού λεμφικού δικτύου της περιοχής κυρίως προς τον υπογλωττικό χώρο και λιγότερο υπεργλωττιδικά, ενώ της πρόσθιας εντομής προς τον προεπιγλωττιδικό χώρο (Σκευάς 1993, Δανιηλίδης 2000).

β) *Τα καρκινώματα των φωνητικών χορδών*

Πρώιμο σύμπτωμα των καρκινωμάτων των φωνητικών χορδών είναι το βράγχος της φωνής και μόνο σε εκτεταμένα και παραμελημένα καρκινώματα, δύσπνοια, με εισπνευστικό συριγμό μέχρι ασφυξίας. Κάθε βράγχος της φωνής το ποίο διαρκεί πάνω από 3-4 εβδομάδες πρέπει να θεωρείται ύποπτο καρκινώματος και επιβάλλεται λαρυγγοσκοπική εξέταση. Παρ’όλα αυτά το μεγαλύτερο ποσοστό των αρρώστων έρχεται πολύ αργά για θεραπεία λόγο αδιαφορίας, άγνοιας ή απόδοσης του βράγχους σε κοινό κρυολόγημα. Κατά την λαρυγγοσκόπηση η φωνητική χορδή είναι εξέρυθρη, πεπαχυσμένη, υβώδεις με ή χωρίς εξέλκωση. Η κινητικότητα της φωνητικής χορδής στο αρχικό στάδιο είναι καλή εφόσον όμως διηθηθεί ο θυρεοαρυταινοειδής μυς η κινητικότητα περιορίζεται ή εξαφανίζεται (Σκευάς 1993).

γ) *Τα υπερλωττιδικά καρκινώματα*

Ο πιο συχνός υπεργλωττιδικός καρκίνος είναι αυτός που εντοπίζεται στο τμήμα της επιγλωττίδας, που βρίσκεται κάτω από το υοειδές οστό. Εδώ ανήκουν τα καρκινώματα με εντόπιση

στην λαρυγγική επιφάνεια της επιγλωττίδας, τις νόθες φωνητικές χορδές και την μοργάνειο κοιλία, συχνότητα περίπου 23-26%.Τα αρχικά συμπτώματα των υπεργλωττιδικών καρκινωμάτων είναι ασαφή και όχι χαρακτηριστικά με:

- Αίσθημα πίεσης ή ξένου σώματος στο λάρυγγα.
- ελαφρό πόνο στην κατάποση
- δυσκαταποσία
- μικρές αιμορραγίες ή δυσοσμία στόματος σε εξέλκωση του όγκου
- Αλλοίωση ή βράγχος της φωνής και τέλος
- Δύσπνοια σε πολύ μεγάλους όγκους
- Συχνά η αρχική εκδήλωση είναι η διόγκωση των τραχηλικών λεμφαδένων από μετάσταση

Η θεραπεία εξαρτάται από την εντόπιση και την έκταση του όγκου καθώς και τις μεταστάσεις στους τραχηλικούς λεμφαδένες. Η θεραπεία είναι χειρουργική ή συνδυασμός με ακτινοθεραπεία στους υπεργλωττιδικούς όγκους αποφεύγουμε να κάνουμε μόνο ακτινοθεραπεία, εκτός αν είναι ανεγχείρητη γιατί δεν έχει καλά αποτελέσματα. (Σκευάς 1993). Είναι δεύτερο σε συχνότητα μετά το γλωττιδικό. Οι τραχηλικές μεταστάσεις είναι πολύ συχνότερες στους υπεργλωττιδικούς όγκους, όχι μόνο λόγω της καθυστερημένης διάγνωσης, αλλά και λόγω του πλούσιου λεμφαγγειακού δικτύου της περιοχής (Δανιηλίδης 2000).

δ) *Τα υπογλωττιδικά καρκινώματα*

Εδώ ανήκουν τα καρκινώματα του λάρυγγα τα οποία εντοπίζονται στον υπογλωττιδικό χώρο και είναι τα πιο σπάνια καρκινώματα του λάρυγγα με συχνότητα 2-4%. Αναπτύσσονται γρήγορα και επεκτείνονται προς την γνήσια φωνητική χορδή και την τραχεία Μεταστάσεις στα τραχηλικά λεμφογάγγλια παρατηρούνται στο 15% των περιπτώσεων και αφορούν τα κατώτερα εν τω βάθει τραχηλικά λεμφογάγγλια. Η παρουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων έχει κακή προγνωστική σημασία και η πενταετής επιβίωση μειώνεται κάτω από το 50%. (Σκευάς 1993, Δανιηλίδης 2000).

Τα υπογλωττιδικά καρκινώματα προκαλούν:

- Ελαφρά αλλοίωση ή βράγχος της φωνής
- Αίσθημα ξένου σώματος,
- Βήχα
- Δυσπνοικά φαινόμενα όταν στενωθεί ο υπογλωττιδικός χώρος ή ελαττωθεί η κινητικότητα της μιας ή και των 2 φωνητικών χορδών και τέλος
- Εισπνευστικό συριγμό

Η θεραπεία είναι συνήθως χειρουργική και συνίσταται σε μερική ή ολική λαρυγγεκτομή. Κατά περίπτωση μπορεί να γίνει και μετεγχειρητική ακτινοβολία. Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται συνήθως σαν συμπλήρωμα της χειρουργικής θεραπείας όταν υπάρχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις ή δεν έγινε ολική αφαίρεση του όγκου, προεγχειρητικά, παρηγορητικά και σπάνια σαν κύρια θεραπεία όπως σε καρκινώματα των φωνητικών χορδών με καλή κινητικότητα ή καρκινώματα του υποφάρυγγα. Προκαλούν ερυθρότητα του δέρματος, ξηρότητα του φάρυγγα, αίσθημα καύσου, δυσφαγία και σπανιότερα οίδημα του λάρυγγα. Η θεραπεία διαρκεί 30-40 ημέρες ανάλογα με την δόση που θα δοθεί και δεν απαιτείται παραμονή στην κλινική εκτός από σπάνιες περιπτώσεις (Σκευάς 1993, Δανιηλίδης 2000, Δαβρής 2002).

ε) *Τα καρκινώματα των ορίων του λάρυγγα-υποφάρυγγα (διαγλωττιδικά)*

Διαγλωττιδικό καρκίνωμα χαρακτηρίζεται οποιοδήποτε από τα προαναφερθέντα καρκινώματα όταν καταλαμβάνει επεκτεινόμενο τουλάχιστον δύο ορόφους του λάρυγγα, π.χ. γλωττικό και υπεργλωττιδικό ή γλωττιδικό και υπογλωττιδικό. Εδώ ανήκουν τα καρκινώματα του χείλους της επιγλωττίδας, των αρυταινοεπιγλωττιδικών πτυχών και της περιοχής των αρυταινοειδών. Τα καρκινώματα του λάρυγγα επεκτείνονται από την αρχική τους εντόπιση με διήθηση των παρακείμενων ιστών διά μέσου του βλεννογόνου, λεμφογενώς είτε αιματογενώς (Σκευάς 1993, Δανιηλίδης 2000).

στ) *Το ακροχορδονώδες καρκίνωμα του λάρυγγα*

Είναι σπάνια μορφή καρκινώματος από πλακώδες επιθήλιο. Αποτελεί το 1-2% των λαρυγγικών νεοπλασμάτων. Η ιδιαίτερη σημασία του καρκινώματος αυτού συνίσταται στο έχει καλοηθέστερη πορεία του συνήθους από πλακώδες επιθήλιου καρκινώματος, αυξάνεται βραδέως, επεκτείνεται τοπικά και δεν δίνει μεταστάσεις λεμφαγενώς ή αιματογενός. Παθολογοανατομικά παρουσιάζει κεράτωση, ακάνθωση και πλούσια υπερπλαστική θηλωματώδη εμφάνιση με απουσία κυτταρικής ατυπίας. Το ακροχορδονώδες καρκίνωμα παρά την παραπλανητικά καλοήθη μικροσκοπική του εμφάνιση μπορεί να λάβει πολύ μεγάλες διαστάσεις διηθώντας και καταστρέφοντας παρακείμενους ιστούς (Δανιηλίδης 2000).

2.3.3. Τα στάδια του καρκίνου του λάρυγγα

Τα καρκινώματα του λάρυγγα ανάλογα με την εντόπιση και την έκταση τους κατατάσσονται σύμφωνα με το διεθνές σύστημα ταξινόμησης των όγκων T. N. M. (T-Tumor= πρωτοπαθής όγκος, N-Nodulus = μεταστάσεις σε λεμφαδένες, M-Metastase = μεταστάσεις σε άλλα όργανα), στα εξής στάδια :

Στάδιο 1. T1, N0, M0. Ο όγκος είναι περιορισμένος σε μια συγκεκριμένη περιοχή όπως ένα καρκίνωμα της φωνητικής χορδής με καλή κινητικότητα, χωρίς μεταστάσεις σε λεμφαδένες ή άλλα απομακρυσμένα όργανα.

Στάδιο 2. T2, N0, M0. Ο όγκος έχει επεκταθεί σε δυο περιοχές, όπως καρκίνωμα της φωνητικής χορδής με περιορισμένη κινητικότητα και επέκταση προς την υπεργλωττιδική ή υπογλωττιδική περιοχή, χωρίς προσβολή λεμφαδένων η μεταστάσεις σε άλλα απομακρυσμένα όργανα.

Στάδιο 3. T3, N0, M0. Ο όγκος έχει επεκταθεί πάνω από δυο περιοχές π.χ. καρκίνωμα φωνητικών χορδών με επέκταση υπεργλωττιδική, υπογλωττιδική ή προς την άλλη φωνητική χορδή χωρίς να ξεπερνά τα όρια του λάρυγγα. Το στάδιο 3 μπορεί να συνοδεύεται από κινητές μεταστάσεις των τραχηλικών λεμφαδένων μονόπλευρες (N1) ή αμφοτερόπλευρες, οπότε δεν έχουμε, απομακρυσμένες μεταστάσεις. Τότε έχουμε το στάδιο T1-3, N1-2, M0

Στάδιο 4. Όταν ο όγκος επεκτείνεται και εκτός των ορίων του λάρυγγα και διηθεί τον χόνδρινο σκελετό, τότε έχουμε T4, N0-2, M0 (μεταστάσεις λεμφαδένων μονόπλευρες ή αμφοτερόπλευρες κινητές). Στο στάδιο 4 μπορεί να έχουμε και τον συνδυασμό T1-4, N0-3, M0 σε μεγάλες μάζες τραχηλικών λεμφαδένων ακίνητες λόγω διήθησης με τους γύρω ιστούς.

Τέλος όταν εμφανιστούν και απομακρυσμένες μεταστάσεις σε άλλα όργανα έχουμε τους συνδυασμούς T1-4, N0-3, M1.Η κατάταξη των όγκων του λάρυγγα με το T. N. M. σύστημα κατά την διάγνωση και πριν από τη θεραπεία, έχει μεγάλη σημασία για τις δυνατότητες θεραπείας του όγκου και την πρόγνωση (Σκευάς 1993).

2.4. Συμπτωματολογία-αιτιολογία-προδιαθεσικοί παράγοντες

Τα συχνότερα σημεία και συμπτώματα του καρκίνου του λάρυγγα είναι τα εξής:

- Επίμονη βραχνάδα της φωνής που εγκαθίσταται προοδευτικά
- Δυσκολία στην κατάποση (δυσκαταποσία)
- Επίμονος πόνος στο λαιμό ή πόνος που εκδηλώνεται κατά την κατάποση
- Πόνος στο αυτί
- Εμφάνιση μάζας στο λαιμό
- Αλλαγές στη φωνή
- Διόγκωση των τραχηλικών λεμφαδένων
- Αίσθημα ξένου σώματος, ξηρός βήχας
- Δύσπνοια
- Απώλεια βάρους
- Δύσοσμη αναπνοή

- Βήχας
- Δυσφαγία
- Πόνος
- Αιμόπτυση (Σκευάς 1993, medlook, http://www.medlook.net/ article.asp?item_id=850, 2006).

Οι κυριότερες αιτίες που προκαλούν τον καρκίνο του λάρυγγα είναι οι εξής:

α) *Το κάπνισμα*: Εκτός από τις άλλες δραματικές επιπτώσεις που δημιουργεί το κάπνισμα στον οργανισμό –καρδιαγγειακά προβλήματα και το χειρότερο, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια- υπάρχει και ο κίνδυνος για τον καρκίνο του λάρυγγα. Έχει αποδειχθεί από πολυάριθμες κλινικές μελέτες ότι το 95% των ασθενών που προσβάλλονται από καρκίνο του λάρυγγα, είναι καπνιστές. Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο διότι δημιουργεί μεταλλάξεις στα γονίδια των κυττάρων της βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος. Επίσης μειώνει το σύστημα άμυνας του οργανισμού με αποτέλεσμα αυτό να μη μπορεί να καταπολεμά νεοεμφανιζόμενα καρκινικά κύτταρα (Σάρωφ 1999, Αγγέλη 2009).

Επίσης πειραματικές μελέτες σε πειραματόζωα απέδειξαν ότι η έκθεση τους σε περιβάλλον καπνού τσιγάρου, προκαλεί ανάπτυξη καρκινώματος και μάλιστα σε ποσοστό που είναι ευθέως ανάλογο με τον βαθμό και τον χρόνο έκθεσης του. Οι πιθανότητες κάποιου καπνιστή να αναπτύξει καρκίνο του λάρυγγα αυξάνονται όχι μόνο από το πόσο καπνίζει αλλά και από τη συνολική χρονική διάρκεια για την οποία καπνίζει. Υπολογίζεται ότι μετά το διάστημα 20 περίπου ετών καπνίσματος, 20 και πλέον τσιγάρων την ημέρα, η πιθανότητα ανάπτυξης καρκινώματος του λάρυγγα σε σχέση με ένα μη καπνιστή είναι 35 φορές μεγαλύτερη. Γι’ αυτό και οι καπνιστές θα πρέπει να εξετάζονται περιοδικά από λαρυγγολόγο ακόμη και αν δεν παρουσιάζουν συμπτώματα (Δανιηλίδης 2000).

Σε μία μελέτη που άρχισε ο Dorn και τελείωσε ο Kahn το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο του λάρυγγα των ατόμων που κάπνιζαν πάνω από 40 τσιγάρα ημερησίως ήταν 15 ανά 100.000, 10 ανά 100.000 ήταν για αυτούς που καπνίζουν 21-39 τσιγάρα ημερησίως, 5,4 ανά 100.000 ήταν για αυτούς που κάπνιζαν 10-20 τσιγάρα ημερησίως, σε σύγκριση με το ποσοστό 0,6 ανά 100.000 για άτομα που δεν κάπνιζαν ποτέ. Το ποσοστό θνησιμότητας για τους πρώην καπνιστές ήταν 3,9 ανά 100.000 (Σάρωφ 1999).

Επομένως η πλειονότητα των μελετών αποδεικνύει ότι το κάπνισμα είναι παράγοντας αυξημένης επικινδυνότητα για την εμφάνιση καρκίνου του λάρυγγα.

β) *Το αλκοόλ*: Το αλκοόλ είναι ένας παράγοντας που ευνοεί την ανάπτυξη του καρκίνου του λάρυγγα. Στην πραγματικότητα το αλκοόλ δρα σε συνέργια με τον καπνό και μεγεθύνει τις αρνητικές του επιδράσεις. Τα άτομα τα οποία καπνίζουν και πίνουν αλκοόλ έχουν πολύ

περισσότερο κίνδυνο για καρκίνο του λάρυγγα παρά το απλό άθροισμα και των δύο κινδύνων μαζί (Δανιηλίδης 2000).

Σε μία μελέτη που έγινε στους εργαζόμενους σε ζυθοβιομηχανία στη Δανία και οι οποίοι έπαιρναν δωρεάν 6 μπουκάλια μπύρας ημερησίως υπολογίστηκε ότι οι εργαζόμενοι για 30 ή περισσότερα χρόνια παρουσίαζαν σχετικό δείκτη επικινδυνότητας 3,7 (Σάρωφ 1999).

Τέλος οι Olsen και συν. υπογράμμισαν ότι ο αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του λάρυγγα στην μελέτη τους μπορεί να οφείλεται και στον παράγοντα κοινωνικών τάξεων καθώς οι blue cellar workers, που έχουν υψηλότερο ποσοστό εμφανίσεως καρκίνο του λάρυγγα είναι κυρίως καταναλωτές μπύρας, ενώ οι καταναλωτές κρασιού έχουν χαμηλότερο κίνδυνο (Σάρωφ 1999).

γ) *Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων*: Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) θεωρείται αιτιολογικός παράγοντας που σχετίζεται με την γένεση του καρκίνου του λάρυγγα.

δ) *Ο αμίαντος*: Ο αμίαντος, όπως και για άλλους καρκίνους, θεωρείται ένας παράγοντας που ευνοεί την ανάπτυξη του καρκίνου λάρυγγα, καθώς επίσης και η χρόνια έκθεση σε διάφορες άλλες χημικές ουσίες όπως για π.χ. το νικέλιο, το θειικό οξύ, ο αμίαντος και πολλές άλλες.

ε) *Η γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση*: Η πάθηση αυτή που χαρακτηρίζεται από την επιστροφή όξινου περιεχομένου του στομαχιού προς τον οισοφάγο και κάποτε προς το λάρυγγα, θεωρείται ότι δυνατόν να συμβάλλει στη γένεση του καρκίνου του λάρυγγα.

στ) *Η ακτινοβολία*: Παρατήθηκε ότι οι ασθενείς που ακτινοβολήθηκαν στην περιοχή της κεφαλής και τραχήλου για κάποιο νεόπλασμα παρουσιάζουν διπλάσιο ποσοστό ανάπτυξης δεύτερου πρωτοπαθούς καρκίνο του λάρυγγα.

ζ) *Οι γενετικοί παράγοντες*: Παρά το γεγονός ότι μεγάλος αριθμός ανθρώπων εκτίθεται στους παραπάνω αναφερόμενους παράγοντες μόνο ένα μικρό ποσοστό τελικά αναπτύσσει κακοήθης νεόπλασμα (Δανιηλίδης 2000).

η) *Η μειωμένη διατροφή*: παίζει σημαντικό ρόλο στην καρκινογένηση. Η βιταμίνη Α και η β-καροτίνη θεωρούνται ότι έχουν προστατευτικό ρόλο εναντίον του καρκίνου του λάρυγγα. Τα άτομα που παρουσιάζουν αλλαγές στη φωνή, επίμονη βραχνάδα, πρέπει να ζητούν συμβουλή από το γιατρό τους. Αυτό γίνεται ακόμη πιο επιτακτικό εάν υπάρχουν στα άτομα αυτά, παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα και ψηλή κατανάλωση αλκοόλ. Οι αιτίες που προκαλούν τον καρκίνο του λάρυγγα δεν είναι γνωστές με ακρίβεια. Όμως ο τρόπος ζωής και οι επιλογές που κάνουμε, φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά τον κίνδυνο, αυξάνοντας τις πιθανότητες που έχουμε για να προσβληθούμε από την πάθηση αυτή. (Σάρωφ 1999, Δανιηλίδης 2000).

2.5. Η διάγνωση

Η εξέταση του λάρυγγα αποσκοπεί στο να μας δώσει στοιχεία όσον αφορά τη θέση και τις

σχέσεις του με τα παρακείμενα ανατομικά όργανα στην περιοχή του τραχήλου, το εσωτερικό και το εξωτερικό σχήμα του, το είδος, τη θέση και την έκταση των παθολογικών επεξεργασιών ή αλλοιώσεων μέσα και έξω από το λάρυγγα και τέλος τη διαπίστωση λειτουργικών διαταραχών (Σκευάς 1993).

Η διάγνωση του καρκίνου του λάρυγγα γίνεται με τους εξής τρόπους:

α) *Την λήψη λεπτομερούς ιστορικού*. Πριν την κλινική εξέταση του λάρυγγα η λήψη λεπτομερούς ιστορικού όσον αφορά την ατομική ευαισθησία, την χρήση της φωνής, καπνού και οινοπνευματωδών ποτών, το επάγγελμα, τις προηγούμενες παθήσεις ή χειρουργικές επεμβάσεις του θυρεοειδούς αδένα ή άλλων επεμβάσεων με γενική νάρκωση. Επίσης μεγάλη σημασία δίνεται στο βράγχος φωνής, πότε και πώς εμφανίστηκε, την διάρκεια του, την ύπαρξη δύσπνοιας απλής ή μετά από κόπωση (Σκευάς 1993).

Έτσι βράγχος φωνής με ή χωρίς δύσπνοια, μπορεί να εμφανιστεί λόγω παράλυσης του κάτω λαρυγγικού νεύρου μετά από γρίπη, τραυματισμό αυτών μετά από επεμβάσεις στο θυρεοειδή αδένα ή τον θώρακα, όγκους του λάρυγγα, οξείες ή χρόνιες λαρυγγίτιδες κλπ. Μεγάλη σημασία έχει αν η παθήσεις του λάρυγγα συνοδεύονται από πόνο, πυρετό, τραχηλική διόγκωση λεμφαδένων, βήχα ή εισρόφηση τροφών και σίελου κατά την κατάποση (Σκευάς 1993).

β) *Επισκόπηση*. Η επισκόπηση είναι μία σπουδαία εξέταση η οποία προηγείται όλων των άλλων εξετάσεων και μας δίνει τη δυνατότητα να αναγνωρίσουμε διάφορες παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες έχουν επεκταθεί προς το εσωτερικό του λάρυγγα ή προκαλούν διόγκωση των τραχηλικών λεμφαδένων, όπως όγκοι, φλεγμονές, κακώσεις, κύστες ή και συρίγγια. Σε άτομα με αδύνατο τράχηλο και κυρίως στους άνδρες μπορούμε να παρατηρήσουμε κατά την διάρκεια της κατάποσης, πως ο λάρυγγας μαζί με τον θυρεοειδή αδένα ανεβαίνει και κατεβαίνει. Εισφόρηση της σφαγής κατά την εισπνοή με εισπνευστικό συριγμό, είναι ενδείξεις λαρυγγοτραχειακής απόφραξης(ξένα σώματα, όγκοι, οιδήματα κλπ) (Σκευάς 1993).

γ) *Ψηλάφηση*. Με την ψηλάφηση εξετάζουμε τη σύσταση, την ευαισθησία, το σχήμα και την κινητικότητα του λάρυγγα, κυρίως κατά την κατάποση. Επίσης σε κατάγματα του θυρεοειδούς χόνδρου μπορεί να διαπιστωθεί κριγμός και υποδόριο εμφύσημα. Μεγάλη σημασία έχει και η ψηλάφηση των λεμφαδένων της περιοχής του τραχήλου κυρίως σε περιπτώσεις μεταστάσεων από διάφορους όγκους του λάρυγγα, της καρωτίδας ή του θυρεοειδή αδένα (Σκευάς 1993).

δ) *Λαρυγγοσκόπηση*. Η λαρυγγοσκόπηση είναι η κύρια μέθοδος εξέτασης του εσωτερικού του λάρυγγα και διακρίνεται στην έμμεση (με τη βοήθεια κατόπτρου, που φέρνουμε στο Φάρυγγα στο σημείο συνάντησης του επιμήκους άξονα και του άξονα της στοματικής κοιλότητας) και άμεση (επιτυγχάνεται με τον ευθειασμό της ορθής γωνίας που σχηματίζεται από τους δυο άξονες) (Σκευάς 1993).

Έμμεση λαρυγγοσκόπηση

Η έμμεση λαρυγγοσκόπηση γίνεται χάρης στη σύγχρονη τεχνολογία και με τα εύκαμπτα ή άκαμπτα λαρυγγοσκόπια ψυχρού φωτισμού τα οποία μας δίνουνε ωραιότερες εικόνες του λάρυγγα σε διάφορες μεγεθύνσεις με ταυτόχρονη δυνατότητα φωτογράφησης ή βιντεοσκόπησης και λήψης βιοψίας (Σκευάς 1993).

Άμεση λαρυγγοσκόπηση (μικρολαρυγγοσκόπηση)

Η άμεση λαρυγγοσκόπηση είναι ένας τρόπος εξέτασης του λάρυγγα και του υποφάρυγγα χωρίς την παρεμβολή κατόπτρου. Η εξέταση αυτή έγινε για πρώτη φορά από τον Kirstain το 1849 και έχει τελειοποιηθεί με την σύγχρονη τεχνική και την συμβολή του Kleinsasser (Σκευάς 1993).

Η άμεση λαρυγγοσκόπηση εκτελείται υπό γενική νάρκωση, μπορεί όμως να γίνει και με τοπική αναισθησία με την βοήθεια ενός ειδικού άκαμπτου λαρυγγοσκοπίου το οποίο είναι ένας μεταλλικός σωλήνας διαφόρων διαμετρημάτων ανάλογα με την ηλικία και το μέγεθος του λάρυγγα και φωτίζεται με ψυχρό φωτισμό (Σκευάς 1993, Δανιηλίδης 2000).

Η μέθοδος αυτή παρέχει την δυνατότητα λεπτομερέστερου ελέγχου της λαρυγγικής κοιλότητας και ιδίως της υπογλωττιδικής μοίρας της. Επίσης η άμεση λαρυγγοσκόπηση προσφέρεται για την ακριβέστερη εκτέλεση ενδολαρυγγικών μικροεπεμβάσεων (δειγματοληψία ιστών για βιοψία, εξαγωγή ξένου σώματος κ.α.).Τέλος μπορεί να κάνουμε λεπτότατες χειρουργικές επεμβάσεις όπως αποφλοίωση των φωνητικών χορδών, αφαίρεση πολυπόδων χωρίς περιττούς τραυματισμούς ή μεγαλύτερες ογκοχειρουργικές επεμβάσεις με την χρήση των ακτίνων Laser (Σκευάς 1993, Δανιηλίδης 2000).

Λαρυγγοσκόπηση με εύκαμπτα ή άκαμπτα ενδοσκόπια

Υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών στους οποίους είναι σχεδόν αδύνατη η άμεση ή έμμεση λαρυγγοσκόπηση είτε λόγω ανατομικών ιδιομορφιών του στόματος και του λάρυγγα είτε λόγω αυξημένων αντανακλαστικών και μειωμένης δυνατότητας συνεργασίας. Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει η δυνατότατα χρησιμοποίησης των ενδοσκοπίων με ψυχρό φωτισμό που είναι δύο τύπων τα άκαμπτα και τα εύκαμπτα ενδοσκόπια.

Το εύκαμπτο ενδοσκόπιο ή ρινοφαρυγγολαρυγγοσκόπιο εισάγεται από την μύτη του ασθενούς και δίνει επιπλέον την ευκαιρία ελέγχου της ρινικής θαλάμης και του φάρυγγα

Το άκαμπτο ενδοσκόπιο ή φαρυγγολαρυγγοσκόπιο παρέχει άριστη εικόνα του λάρυγγα με την δυνατότητα μεγέθυνσης Όλα τα ενδοσκόπια μπορούν να συνδεθούν με βίντεο ή φωτογραφική μηχανή και να καταγράψουν τα ευρήματα (Δανιηλίδης 2000).

ε) *Ακτινολογικός Έλεγχος.* Σπουδαία διαγνωστική βοήθεια μας προσφέρει ο ακτινολογικός έλεγχος ιδιαίτερα σε κατάγματα, στενώσεις, όγκους, ξένα σώματα, λαρυγγοκοίλες η παρεκτοπίσεις.

Ο ακτινολογικός έλεγχος γίνεται με τους εξής τρόπους :

- απλές ακτινογραφίες
- πλάγια ακτινογραφία με την οποία ελέγχεται η ακεραιότητα και η φυσιολογική διάταξη των μορίων του λάρυγγα
- προσθιοπίσθια ακτινογραφία, με την οποία επιτυγχάνεται η απεικόνιση των μαλακών μορίων του λάρυγγα χωρίς την παρεμβολή της σκιάς της σπονδυλικής στήλης
- λαρυγγογραφία, που αποτελεί ακτινογραφία του λάρυγγα έπειτα από έγχυση στην κοιλότητα του σκιαγραφικής ουσίας
- Τομογραφία. Λεπτομερέστερο έλεγχο του λάρυγγα μας δίνει ο τομογραφικός έλεγχος ιδίως σε όγκους η στενώσεις, καθορίζοντας έτσι την ακριβή θέση, έκταση και βαθμό της βλάβης. Η τομογραφία είναι πολύ χρήσιμη εξέταση.
- Η αξονική τομογραφία. Αποτελεί την καλύτερη απεικονιστική μέθοδο εξέτασης του λάρυγγα. Εκτός από τα ευρήματα στον ίδιο τον λάρυγγα μας δίνει και πολύτιμα ευρήματα και για τον τράχηλο, όπως π.χ. ύπαρξη μεταστάσεων σε όγκους του λάρυγγα (Σκευάς 1993).

στ) *Ξηρογραφία.* Η ακτινογραφία αυτή μας δίνει τα ίδια ευρήματα όπως και ο απλός ακτινογραφικός έλεγχος με τη διαφορά ότι έχουμε τη δυνατότητα της καλύτερης και ταυτόχρονης διαγραφής των μαλακών μορίων και του χόνδρινου σκελετού του λάρυγγα. Η μέθοδος αυτή δεν έχει ευρεία εφαρμογή. Το μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι απαιτεί εικοσαπλάσια ποσότητα ακτινοβολίας συγκριτικά με την απλή ακτινογραφία (Σκευάς 1993).

ζ) *Η Στροβοσκόπηση.* Τα εύκαμπτα και άκαμπτα ενδοσκόπια μπορούν να συνδεθούν και με στροβοσκόπιο. Το τελευταίο είναι μία συσκευή παραγωγής διακεκομμένων λάμψεων και μας παρέχει την δυνατότητα έλεγχου με κάθε λεπτομέρεια τόσο της μορφολογίας όσο και της κινητικότητας των φωνητικών χορδών,, ελέγχοντας αν οι κινήσεις είναι κανονικές και ομοιόμορφες με φυσιολογικό εύρος και διαδρομή. Οι φωνητικές χορδές φαίνονται ακίνητες. Τούτο είναι όμως φαινομενικό και έχει για σκοπό να επιτρέπει τον άνετο έλεγχο των φωνητικών χορδών σε οποιοδήποτε σημείο της κινήσεως τους έπειτα από κατάλληλη ρύθμιση του στροβοσκοπίου. Η εξέταση αυτή είναι απαραίτητα στην φωνιατρική εκτίμηση του ασθενούς και δίνει την ευκαιρία ελέγχου πολλών παραμέτρων της λειτουργίας της φώνησης (Σκευάς 1993, Δανιηλίδης 2000).

Σήμερα με τα μέσα που προσφέρει η σύγχρονη τεχνολογία είναι δυνατή η αποτελεσματική εξέταση του ασθενούς και η έγκαιρη εντόπιση της βλάβης χωρίς ιδιαίτερη ταλαιπωρία. (Δαβρής 2002).

2.6. Η πρόγνωση

Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την πρόγνωση στον εξαιρέσιμο χειρουργικά καρκίνο του

λάρυγγα από πλακώδες επιθήλιο. Διάφορα κλινικά στοιχεία έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση υποτροπής του όγκου και τη μειωμένη επιβίωση των ασθενών. Επιπρόσθετα, η ανάπτυξη της μοριακής βιολογίας και η γνώση που αποκτάται σχετικά με τη διαδικασία της καρκινογένεσης πρόσθεσαν νέες παραμέτρους στη διερεύνηση προγνωστικών δεικτών. Υπάρχει πληθώρα αναφορών σχετικά με τους κλινικούς και ιστολογικούς προγνωστικούς παράγοντες στον καρκίνο του λάρυγγα. Οι κλινικοί παράγοντες που έχουν σημαντική προγνωστική σημασία σύμφωνα με τις περισσότερες διεθνείς βιβλιογραφικές αναφορές είναι το στάδιο Τ και Ν του όγκου, το μέγεθος του όγκου, η υπεργλωττιδική ή υπογλωττιδική του εντόπιση και η προηγηθείσα τραχειοτομή. Οι ιστολογικοί χαρακτήρες του νεοπλάσματος μπορεί επίσης να επηρεάσουν την πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα. Ένας σημαντικός τέτοιος παράγοντας είναι ο βαθμός διαφοροποίησης του καρκινώματος από πλακώδες επιθήλιο (Βλαχτσής 2006).

Από όλα τα καρκινώματα του λάρυγγα τα καρκινώματα των φωνητικών χορδών έχουν την καλύτερη πρόγνωση γιατί:

α) Η εμφάνιση του βράγχους της φωνής είναι πρώιμη και οδηγεί τον άρρωστο στο γιατρό και τον γιατρό στην διάγνωση.

β) Οι φωνητικές χορδές έχουν ελάχιστο ή καθόλου απαγωγό λεμφικό σύστημα για αυτό δεν κάνουν πρώιμες μεταστάσεις

γ) Η θεραπευτικές δυνατότητες είναι πάρα πολύ καλές

Η θεραπεία είναι χειρουργική ή συντηρητική με ακτινοβολία ή και συνδυασμό των δύο (Σκευάς 1993).

Η πρόγνωση των υπεργλωττιδικών καρκινωμάτων είναι η χειρότερη των φωνητικών χορδών, γιατί:

α) Διαγιγνώσκονται αργά επειδή στην αρχή ασαφή συμπτώματα και το βράγχος της φωνής παρουσιάζεται πολύ αργά. Έτσι όταν διαγνωστούν ο όγκος έχει επεκταθεί πολύ

β) Παρουσιάζουν πρώιμες μεταστάσεις στους εν τω βάθει τραχηλικούς λεμφαδένες στο 40 % των περιπτώσεων.

Και τέλος η πρόγνωση των υπογλωττιδικών καρκινωμάτων δεν είναι καλή γιατί:

α) Διαγιγνώσκονται σχετικά αργά γιατί έχουν ασαφή συμπτώματα, κρύβονται κάτω από τις γνήσιες φωνητικές χορδές και δεν φαίνονται εύκολα λαρυγγοσκοπικά.

β) Κάνουν γρήγορες μεταστάσεις στους λεμφαδένες και όταν διαγνωστούν έχουν κάνει ήδη μεταστάσεις στο 20% των περιπτώσεων. Σε υπόνοια υπογλωττιδικού όγκου πρέπει να γίνεται άμεση μικρολαρυγγοσκόπηση (Σκευάς 1993, Δανιηλίδης 2000).

2.7. Η πρόληψη

Στην σύγχρονη εποχή με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης ανανεώνεται και η ελπίδα για την προστασία περισσότερων ανθρώπων με τις νέες μεθόδους πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου, παρέχεται η βάση για νέες μορφές θεραπείας που θα σώσουν ή θα παρατείνουν ζωές και προτείνει τρόπους βελτίωσης της ποιότητας ζωής των διαγνωσθέντων ασθενών με καρκίνο (Corner & Bailey 2006).

Πολλοί άνθρωποι φοβούνται τον καρκίνο, ίσως επειδή τον θεωρούν ανίατη ασθένεια. Όμως η αλήθεια είναι ότι αν και ο καρκίνος παραμένει μια σοβαρή πάθηση, δεν αποτελεί πλέον την αναπόφευκτη καταδίκη που ήταν κάποτε. Αντίθετα, πρόκειται ολοένα και περισσότερο για μια ιστορία επιβίωσης. Ο καρκίνος δεν είναι απαραίτητα οδυνηρός ούτε η απλή παρουσία του σημαίνει θάνατο. Δεν θεωρείται πια μια ανίατη ασθένεια αφού αρκετά είδη του μπορούν και θεραπεύονται από τη στιγμή που βρίσκονται σε αρχικό στάδιο. Η επιστήμη υπόσχεται πρόοδο στο μέλλον όμως ο καλύτερος τρόπος για να την εξαλείψουμε δεν είναι η θεραπεία μέσω φαρμάκων και εμβολίων αλλά η καταπολέμηση των αιτών που τον προκαλούν και η πρόληψη του, που είναι δυνατή. Η απειλή του καρκίνου είναι διαφορετική για πολλούς ανθρώπους, περιέχει τρόμο και μικρή ελπίδα επιβίωσης. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν έντονες και εξαιρετικά φορτισμένες συναισθηματικά πεποιθήσεις για τον καρκίνο, ενώ στην πραγματικότητα, σπάνια γνωρίζουν έστω και ελάχιστα για αυτή την ασθένεια (Garet 2000, Lambley 2005).

Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι μια σοβαρή ασθένεια που απειλεί τη ζωή για την οποία όμως υπάρχει μια αποτελεσματική πρόληψη. Οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του λάρυγγα όπως επίσης και το 90% των καρκίνων της κεφαλής και του λαιμού, οφείλονται σε γνωστούς παράγοντες που προκαλούν καρκίνο. Για το λόγο αυτό, η πρόληψη είναι δυνατή χάρις σε μια αλλαγή του τρόπου ζωής που στόχο έχει την αποφυγή της έκθεσης στους νοσηρούς καρκινογόνους παράγοντες (medlook, http://www.medlook.net.cy/article.asp?item_id=2169, 2006). Ο καλύτερος τρόπος για να μειωθεί η πιθανότητα εμφάνισης αυτού του τύπου καρκίνου είναι να υιοθετηθεί ένας πιο υγιεινό τρόπο ζωής, που θα περιλαμβάνει αποφυγή του καπνίσματος και περιορισμό του αλκοόλ. Επιπλέον, η έγκαιρη εξέταση σε περίπτωση επιμένουσας βραχνάδας είναι ζωτικής σημασίας (healthview, http://www.healthview.gr/?q=ασθένειες/καρκίνος-του-λάρυγγα, 2009).

Σε πολλές περιπτώσεις, ο καρκίνος του λάρυγγα και της περιοχής κάτω από τον λάρυγγα, μπορεί να εντοπισθεί έγκαιρα. Τα σημεία και συμπτώματα που προκαλεί ο καρκίνος του λάρυγγα είναι: επίμονη βραχνάδα της φωνής που εγκαθίσταται προοδευτικά, δυσκολία στην κατάποση, επίμονος πόνος στο λαιμό ή πόνος που εκδηλώνεται κατά την κατάποση, πόνος στο αυτί, εμφάνιση μάζας στο λαιμό, αλλαγές στη φωνή και τα οποία πρέπει να οδηγούν άμεσα στο γιατρό (medlook, http://www.medlook.net.cy/article.asp?item_id=2169, 2006). Όταν κάποιος έχει βραχνάδα περισσότερες από 15 - 20 μέρες και δεν έχει άλλες ενδείξεις λοίμωξης στο αναπνευστικό, είναι

απαραίτητο να υποβληθεί σε πλήρη ωτορινολαρυγγολογικό έλεγχο που περιλαμβάνει ενδοσκόπηση ρινός - φάρυγγος - λάρυγγος, έλεγχο ακοής (γιατί λόγω βαρηκοΐας μπορεί να μιλάει πολύ δυνατά) και στροβοσκόπηση για πληρέστερο έλεγχο των φωνητικών χορδών. Όταν διαπιστωθεί ότι υπάρχει γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, θα πρέπει να γίνει έλεγχος του ασθενή με γαστροσκόπηση, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και προσαρμογή του καθημερινού διαιτολογίου του (Παταρίδου 2008).

2.8. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του λάρυγγα

Βασική αρχή στην αντιμετώπιση του καρκίνου του λάρυγγα είναι η εξατομίκευση της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν διάφοροι παράγοντες όπως η ηλικία, η προσωπικότητα, η διανοητική κατάσταση, η γενικότερη κατάσταση της υγείας αλλά και η επιθυμία του ασθενούς. Επίσης πρέπει να λαμβάνονται υπ’όψιν η εντόπιση και το μέγεθος του όγκου και η παρουσία τραχηλικών ή απομακρυσμένων μεταστάσεων (Δαβρής 2002).

Ο καρκίνος του λάρυγγα αντιμετωπίζεται κυρίως με χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, με συνδυασμό των μεθόδων αυτών και με ακτίνες laser. Η χημειοθεραπεία μέχρι πρόσφατα είχε ένδειξη στις υποτροπές της πάθησης καθώς και στα προχωρημένα στάδια της νόσου, πάντοτε σε συνδυασμό με τη χειρουργική θεραπεία και την ακτινοθεραπεία (Βλαχτσής 2006).

Οι παράγοντες που θα πρέπει να ληφθούν υπόψιν για την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής μεθόδου είναι πολλοί. Στα αρχικά στάδια η αποτελεσματικότητα της ακτινοθεραπείας θεωρείται ανάλογη με αυτήν της συντηρητικής χειρουργικής, δηλαδή της μερικής εκτομής του λάρυγγα. Στα πιο προχωρημένα στάδια προτιμάται η χειρουργική θεραπεία, πολλές φορές σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία που μπορεί είτε να προηγηθεί είτε να ακολουθήσει (Δανιηλίδης 2000).

2.8.1. Η θεραπεία με ακτινοβολία

Η συνήθης θεραπεία για τα αρχικά στάδια του καρκίνου του λάρυγγα, είναι η ακτινοθεραπεία. Όμως αυτή συνοδεύεται από επιπλοκές που εμφανίζονται σε μέχρι 45% των περιπτώσεων (medlook, http://www.medlook.net.cy/article.asp?item_id=2169, 2006).

Τα πλεονεκτήματα της ακτινοθεραπείας είναι ότι δεν επηρεάζει μορφολογικά την λειτουργικότητα των φωνητικών χορδών με αποτέλεσμα την πολύ καλή φώνηση των ασθενών. Σε περίπτωση υπολειμματικού όγκου ή υποτροπής παραμένει η δυνατότητα της χειρουργικής θεραπείας. Μειονεκτήματα της ακτινοθεραπείας θεωρούνται : α) η μακρά διάρκεια της θεραπείας (πάνω από 6 εβδομάδες), β) η μεγάλη δόση ακτινοβολίας ακόμα και για ένα μικρό νεόπλασμα, γ) Η

μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης δευτέρου πρωτοπαθούς όγκου στην περιοχή και τέλος δ) Το υψηλότερο ποσοστό ολικών λαρυγγεκτομών λόγω υποτροπής σε σχέση με την χειρουργική θεραπεία. Άλλοι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν στην επιλογή της μιας ή της άλλης μεθόδου θεραπείας είναι η ηλικία, το επάγγελμα, η γενική κατάσταση και η θέληση του ίδιου του ασθενούς (Δανιηλίδης 2000).

2.8.2. Η χειρουργική θεραπεία

Διακρίνεται στις *συντηρητικές* και στις *ριζικές* μεθόδους

Συντηρητικές : Σε αυτές ανήκουν :

α) *Η αποφλοίωση*. Είναι η μικρότερη σε έκταση επέμβαση και έχει ένδειξη μόνο σε in situ καρκινώματα. Εκτελείται με άμεση λαρυγγοσκόπηση και απαιτεί στενή μετεγχειρητική παρακολούθηση για την έγκαιρη διάγνωση υποτροπής.

β) *Χορδεκτομή*. Μπορεί να γίνει είτε με εξωτερική προσπέλαση μετά από μέση Θυρεοτομή, είτε με laser κατά την άμεση λαρυγγοσκόπηση. Ενδεικνυται μόνο στην περίπτωση T1 γλωττιδικού καρκινώματος που περιορίζεται στην μία φωνητική χορδή. Κατά την επέμβαση αυτή αφαιρείται η μία φωνητική χορδή.

γ) *Η κάθετη λαρυγγεκτομή*. Η επέμβαση αυτή γίνεται μετά από μέση θυρεοτομή και συνιστάται στην αφαίρεση του ημίσεως του λάρυγγα, δηλαδή της μιας φωνητικής χορδής, της σύστοιχης νόθας φωνητικής χορδής και του ενός πετάλου του θυρεοειδούς χόνδρου. Την επέμβαση συνοδεύει πάντοτε προσωρινή τραχειοτομία, που συνήθως συγκλίνετε την δεύτερη με τρίτη μετεγχειρητική μέρα. Η φωνή του ασθενούς είναι βραχνή και αδύναμη μετά την επέμβαση αλλά κατά κανόνα ικανοποιητική για τις ανάγκες του.

δ) *Η οριζόντια ή υπεργλωττιδική λαρυγγεκτομή*. Έχει ένδειξη σε περιπτώσεις υπεργλωττιδικού καρκινώματος που δεν διηθεί τις φωνητικές χορδές. Αντεδείκνυται σε ασθενείς άνω των 70 ετών και σε ασθενείς με προβληματικό καρδιοαναπνευστικό σύστημα. Την επέμβαση συνοδεύει πάντοτε προσωρινή τραχειοστομία που διατηρείται 2-3 εβδομάδες μέχρι ο ασθενής να καταφέρει να σιτίζεται χωρίς εισρόφηση λόγο έλλειψης της επιγλωττίδας. Μέχρι να επουλωθεί το τραύμα ο ασθενής σιτίζεται με ρινογαστρικό καθετήρα. Η φωνή του ασθενούς είναι άριστη αλλά η κατάποση στην αρχή είναι προβληματική και απαιτείται υγιές πνευμονικό παρέγχυμα, διαφορετικά οι εισροφήσεις θα δημιουργήσουν σημαντικό πρόβλημα στον ασθενή. Οι παραπάνω επεμβάσεις είναι οι κυριότερες που εφαρμόζονται και σήμερα έχουν όμως περιγραφεί και πολλές τροποποιήσεις τους με ειδικές ενδείξεις η κάθε μία, ανάλογα με την επέκταση του όγκου σε κάθε περίπτωση.

Ριζικές επεμβάσεις:

Εδώ ανήκει η *ολική λαρυγγεκτομή* και η *λαρυγγοφαρυγγεκτομή*.

α) Η *ολική λαρυγγεκτομή* είναι μία παλιά αλλά ακόμα και σήμερα αναντικατάστατη επέμβαση. Απόλυτη ένδειξη είναι τα προχωρημένα καρκινώματα του λάρυγγα αλλά και οι υποτροπές όλων των συντηρητικών επεμβάσεων και της ακτινοθεραπείας. Κατά την επέμβαση αυτή αφαιρείται ολόκληρος ο λάρυγγας και το υοειδές οστό. Τις πρώτες 10 μετεγχειρητικές μέρες, ο ασθενής σιτίζεται με ρινογαστρικό καθετήρα που στην συνέχεια αφαιρείται και η σίτιση του γίνεται από το στόμα. Ο ασθενής που έχει υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή φέρει μόνιμο τραχειόστομο που συνεπάγεται κάποιους περιορισμούς στην ζωή του για την προστασία των πνευμόνων του. Δεν μπορεί για παράδειγμα να κολυμπήσει και πρέπει γενικά να αποφεύγει την είσοδο νερού και ξένων σωμάτων στο τραχειόστομο του και στην συνέχεια στους πνεύμονες. Η κυριότερη βέβαια αναπηρία μετά την επέμβαση αυτή είναι η αδυναμία ομιλίας (Δανιηλίδης 2000).

β) Η *λαρυγγοφαρυγγεκτομή* εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όγκων του λάρυγγα που επεκτείνονται προς τους απιοειδείς κόλπους ή σε όγκους του υποφάρυγγα. Πρόκειται για μεγάλη επέμβαση που απαιτεί αποκατάσταση του ελλείμματος του φάρυγγα είτε με δερματομυικούς κρημνούς είτε με μοσχεύματα παχέος ή λεπτού εντέρου.

Τέλος ανεξαρτήτως της εκτάσεως της πρωτοπαθούς εστίας, αν συνυπάρχει τραχηλική μετάσταση στους λεμφαδένες, ταυτόχρονα με την αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας αφαιρούνται και οι σύστοιχοι τραχηλικοί λεμφαδένες. Σε αρκετές περιπτώσεις ακολουθεί και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία (Δανιηλίδης 2000).

2.8.3. Η συνδυαστική θεραπεία (χειρουργική, ακτινοβολία)

Μόνο σε περίπτωση καρκινώματος της φωνητικής χορδής στο αρχικό στάδιο η ακτινοβολία έχει την ίδια αξία με τη χειρουργική. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, στις οποίες ο όγκος έχει επεκταθεί πέρα από το ευνοϊκό στάδιο, πρέπει να κάνουμε εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις ή να τις συνδυάσουμε με ακτινοβολία. Συγκεκριμένα σε περιπτώσεις καρκινωμάτων που έχουν καταλάβει όλους τους ορόφους του λάρυγγα, σε περιπτώσεις νεοπλασμάτων με εκτεταμένες μεταστάσεις και σε άλλες περιπτώσεις που έχουν προκαλέσει ρήξη του λαρυγγικού τοιχώματος επιβάλλεται απαραίτητα ο συνδυασμός εγχειρήσεως-ακτινοβολίας. Ο συνδυασμός αυτός είναι δυνατόν να γίνει με δυο τρόπους :

α) Μετά από τη χειρουργική επέμβαση και μετά την επούλωση του τραύματος να ακτινοβοληθεί ο άρρωστος (μετεγχειρητική ακτινοβολία).

β) Η ακτινοβολία να προηγηθεί από την επέμβαση (προεγχειρητική ακτινοβολία).

Η δεύτερη περίπτωση έχει ορισμένους περιορισμούς, διότι σε περίπτωση υψηλής προεγχειρητικής ακτινοβολίας, επειδή νεκρώνεται το δέρμα, οι πιθανότητες πρωτοπαθούς

επουλώσεως του χειρουργικού τραύματος ελαττώνονται. Τελικά σήμερα εφαρμόζεται μέθοδος, κατά την οποία τμήμα της συνολικής δόσεως της ακτινοβολίας δίδεται προεγχειρητικώς και το υπόλοιπο μετεγχειρητικώς.

Η σημασία της προεγχειρητικής ακτινοβολίας βρίσκεται στο ότι με αυτήν ελαττώνεται σημαντικά η ζωτικότητα των νεοπλασματικών κυττάρων, ώστε, κατά τη διάρκεια της εγχειρήσεως αυτά εισχωρήσουν στην αιματική ή λεμφική κυκλοφορία, να μην μπορούν να δημιουργήσουν μεταστάσεις (Αδαμόπουλος 2001).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διαγνωστεί έγκαιρα ο καρκίνος του λάρυγγα ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή πρόγνωση. Στα αρχικά στάδια η επιβίωση υπερβαίνει το 90% χωρίς να προκαλούνται σοβαρές επιπτώσεις στην φωνή και χωρίς την ανάγκη τραχειοστομίας. Όταν η αντιμετώπιση καθυστερήσει η επιβίωση μειώνεται και η πιθανότητα αφαίρεσης του λάρυγγα αυξάνεται (Δαβρής 2002).

2.8.4.Τραχειοστομία

Η τραχειοστομία είναι η διάνοιξη του πρόσθιου τοιχώματος της τραχείας και η δημιουργία άμεσης επικοινωνίας με το εξωτερικό περιβάλλον. Ιστορικά αναφέρετε για πρώτη φορά τραχειοστομία το 100 Μ.Χ. από τον Αρεταίο και αργότερα από τον Γαληνό.

Οι κυριότερες ενδείξεις της τραχειοστομίας είναι η παρακάτω :

α) Μηχανική απόφραξη των ανωτέρων αναπνευστικών οδών όπως: - όγκοι του λάρυγγα, φάρυγγα, τραχείας, οισοφάγου κλπ. - συγγενείς διαμαρτυρίες περί την διάπλαση του λάρυγγα ή του οισοφάγου. - τραύματα του λάρυγγα ή της τραχείας - αμφοτερόπλευρη παράλυση του κάτω λαρυγγικού νεύρου. - μεγάλες κρανιοπροσωπικές κακώσεις, νευροχειρουργικές επεμβάσεις - οξείες λαρυγγίτιδες ή οίδημα του λάρυγγα, γλώσσας, φάρυγγα - αδυναμία διασωλήνωσης.

β) Διαταραχές της αναπνοής ή απόφραξης των αναπνευστικών οδών από εκκρίσεις ή συνδυασμός των 2 όπως προμηκικές παραλύσεις, αποπληξία, απώλεια της συνείδησης μετά από δηλητηριάσεις, καρδιοπνευμονικές παθήσεις, κωματώδεις καταστάσεις ή πολυνευρίτιδες για να αποφευχθούν:

- εισροφήσεις
- να διευκολυνθεί η αναπνοή ελαττώνοντας τον νεκρό χώρο
- καλύτερη αναρρόφηση και αποφυγή υποστατικής πνευμονίας
- Για να μπορεί να γίνει μακροχρόνια τεχνική αναπνοή βάζοντας τον άρρωστο σε μηχάνημα αναπνοής.

Σήμερα αντί της τραχειοστομίας σε πολλές περιπτώσεις και υπό ειδικές συνθήκες, μπορεί να γίνει διασωλήνωση με τραχειακό ή ρινοτραχειακό σωλήνα ο οποίος στα παιδία δεν πρέπει να μένει πάνω από 3-4 ημέρες ενώ στους ενήλικες πέρα από μία εβδομάδα. Ο λόγος είναι ότι υπάρχει

κίνδυνος πρόκλησης λαρυγγοτραχειακών στενώσεων οι οποίες στον μεν λάρυγγα είναι ουλώδεις στην δε τραχεία οφείλονται συνήθως σε τραχειομαλάκινση (Σκευάς 1993).

Οι επιπλοκές της τραχειοστομίας

Η τραχειοστομία μπορεί να παρουσιάσει αρκετές και μάλιστα σοβαρές ή θανατηφόρες επιπλοκές για αυτό πρέπει να εκλαμβάνεται σαν σοβαρή και όχι απλή επέμβαση.

Η σπουδαιότερες επιπλοκές είναι οι εξής:

α) Αιμορραγίες από τα αγγεία της περιοχής του τραύματος, του θυρεοειδή αδένα ή από διάβρωση μεγάλων αγγείων του μεσοθωρακίου όπως η ανώνυμη αρτηρία ή φλέβα, με θανατηφόρο κατάληξη.

β) Υποδόριο εμφύσημα του τραχήλου με δυνατότητα επέκτασης στο πρόσωπο, την κεφαλή ή το μεσοθωράκιο

γ) Πνευμονοθώρακας από τραυματισμό της κορυφής του πνεύμονα ιδίως όταν βρίσκεται ψηλά.

δ) Στένωση της τραχείας από ουλώδη ιστό ή τραχειομαλάκυνση, λόγω πίεσης από τον αεροθάλαμο ή από τραυματισμό.

ε) Περιχονδρίτιδα του κρικοειδούς χόνδρου με σχηματισμό κοκκιώδους ιστού και υπογλωττιδική στένωση.

στ) Σπάνια μπορεί να έχουμε μεσοθωρακίτιδα, τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, πνευμονία, πνευμονικό οίδημα, φλεγμονή των μαλακών μορίων κλπ.

Στις περιπτώσεις στένωσης του λάρυγγα, της τραχείας ή σχηματισμό άφθονου κοκκιώδους ιστού στο τραχειόστομο είναι δύσκολη ή αδύνατη η αποσωλήνωση γιατί οι ασθενείς αμέσως μετά δυσπνοούν ή γίνονται κυανωτικοί. Η αποσωλήνωση τότε γίνεται μετά από τη χειρουργική αποκατάσταση της στένωσης. Στις περιπτώσεις χωρίς στένωση η αποσωλήνωση είναι πολύ απλή, αφαιρούμε τον τραχειοσωλήνα συμπλησιάζουμε τα χείλη της τραχειοστομίας και τα κρατούμε στην θέση αυτή με λευκοπλάστη. Μέσα σε λίγες μέρες κλείνει μόνο του το τραχειόστομο. Τις πρώτες ώρες εν τούτοις χρειάζεται στενή παρακολούθηση των ασθενών μήπως παρουσιάσουν δύσπνοια. Η αποσωλήνωση στα παιδιά είναι δυσκολότερη. Σπάνια χρειάζεται χειρουργική σύγκλειση όταν μένει ανοιχτό μικρό συρίγγιο με διαφυγή αέρα κατά την εκπνοή (Σκευάς 1993).

2.8.5. Οι νέες θεραπευτικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση του καρκίνου του λάρυγγα

α) *Ο καρκίνος του λάρυγγα και η θεραπεία με Laser*

Η χρήση του Laser είναι νέα μέθοδος που αποτελεί ανώδυνη και αποτελεσματική θεραπεία κατά του καρκίνου του λάρυγγα, χωρίς επέμβαση ακρωτηριασμού με την οποία επιτυγχάνεται ταχεία και ολοκληρωτική εκρίζωση του καρκίνου του λάρυγγα, χωρίς ο ασθενής να κινδυνεύει να χάσει τη φωνή του και χωρίς να απαιτείται μεγάλο διάστημα παραμονής του στο νοσοκομείο. Κατά

τη διάρκεια του 14ου πανελλήνιου συνεδρίου ωτορινολαρυγγολογίας, χειρουργικής κεφαλής και τραχήλου, το οποίο διεξάγεται στη Θεσσαλονίκη, ο καθηγητής της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και πρόεδρος της Πανελλήνιας Εταιρείας Ωτορινολαρυγγολογίας-Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου Δημήτρης Ασημακόπουλος, τόνισε ότι η θεραπεία που χρησιμοποιούσαν μέχρι σήμερα οι επιστήμονες ήταν η ολική λαρυγγεκτομή, η οποία όμως είχε ως συνέπεια ο ασθενής να χάνει τις περισσότερες φορές τη φωνή του.

Ωστόσο με τη νέα μέθοδο των λέιζερ γίνεται εκρίζωση του καρκίνου του λάρυγγα χωρίς επιπλοκές. Βέβαια η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο του όγκου, το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο καρκίνος και εφόσον δεν υπάρχουν σε άλλα όργανα μεταστάσεις (Μακεδονία, http://www.makthes.gr/ index.php?name=News&file=article&sid=8971, 2007).

α) *Η χρήση Laser και κρυοθεραπείας για την αντιμετώπιση του καρκίνου του λάρυγγα και για την διάσωση της φωνής.*

Πρόσφατη έρευνα που έγινε από γιατρούς της Cleveland Clinic, σε 20 ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα, χρησιμοποίησαν για τη θεραπεία του καρκίνου αυτού, λέιζερ διοξειδίου του άνθρακα και κρυοθεραπεία. Η παρακολούθηση των ασθενών έδειξε ότι η περίοδος χωρίς υποτροπή του καρκίνου ήταν κατά μέσο όρο 32,6 μήνες. Σε ένα ασθενή υπήρξε αποτυχία της τοπικής θεραπείας αλλά μετά από επιπρόσθετη αγωγή παρέμεινε στη συνέχεια ελεύθερος από τη νόσο. Οι ασθενείς ανέφεραν ότι υπήρξε βελτίωση στην ποιότητα της φωνής τους. Η βραχνάδα βελτιώθηκε ακόμη και στους ασθενείς με προχωρημένη νόσο και που έπρεπε να υποβληθούν σε περισσότερο επιθετικές θεραπείες. Το συμπέρασμα των γιατρών είναι ότι για τον καρκίνο του λάρυγγα στα αρχικά στάδια, η χειρουργική επέμβαση με λέιζερ σε συνδυασμό με την κρυοθεραπεία, επιτυγχάνουν εξαιρετικά αποτελέσματα για τον έλεγχο της νόσου τοπικά, δηλαδή εκεί που αρχικά εμφανίζεται και στους γειτονικούς ιστούς. Είναι πολύ πιθανό σε λίγες δεκαετίες ο καρκίνος του λάρυγγα αλλά και γενικότερα τα κακοήθη νεοπλάσματα να αντιμετωπίζονται κατά κύριο λόγο με τη γενετική μηχανική και νεότερα χημειοθεραπευτικά σκευάσματα, στοχεύοντας μόνο στο μεταλλαγμένο κύτταρο. Η χειρουργική θεραπεία, ενώ σήμερα αποτελεί τον κύριο τρόπο αντιμετώπισης του καρκίνου του λάρυγγα, ενδέχεται σε λίγες δεκαετίες να αποτελέσει επικουρική μέθοδο, συμπληρωματική της εξατομικευμένης γονιδιακής θεραπείας (Βλαχτσής 2006, medlook, http://www.medlook.net.cy/article.asp?item_id=2169, 2006).

2.9. Σύνοψη κεφαλαίου

Στην σημερινή εποχή ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα στην Ελλάδα. Το καρκίνωμα του λάρυγγα αντιπροσωπεύει μόνο το

2% των κακοηθειών και προκαλείται από κακοήθη βλάβη των κυττάρων του λάρυγγα, η οποία μπορεί να συμβαίνει συχνότερα στις φωνητικές χορδές. Η θεραπεία που ακολουθείται συνήθως είναι η χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση ολόκληρου ή μέρους του λάρυγγα. Η πρόγνωση εξαρτάται κυρίως από την εντόπιση και το στάδιο της νόσου. Ο καρκίνος του λάρυγγα αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα γιατί η απώλεια του λάρυγγα μετά από ολική λαρυγγεκτομή καθιστά τον άνθρωπο κοινωνικά ανάπηρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Η νοσηλευτική ως γνωστόν είναι επιφορτισμένη με την φροντίδα των ανθρώπων σε όλη την διάρκεια της ζωής τους. Οι νοσηλευτές αποτελούν σημαντικό μέλος της ομάδας υγείας, αναλαμβάνοντας ένα πολυδιάστατο ρόλο σε όλες τις φάσεις της ασθένειας του ατόμου. Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση στον τομέα της αποκατάστασης του ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα. Για την κατανόηση της φροντίδας που δέχεται ο ασθενής από τον νοσηλευτή κρίνεται σκόπιμο να αναλυθούν πρώτα τα προβλήματα του ασθενούς προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά καθώς και οι σκοποί της φροντίδας.

3.1. Η έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας - Ιστορική αναδρομή

Κάνοντας μία ιστορική αναδρομή, μία πορεία μέσα στον χρόνο διαπιστώνεται ότι οι πρώτες προσπάθειες νοσηλείας του ασθενούς έγιναν μέσα σε οικογενειακά πλαίσια από κάποιο μέλος της οικογένειας εφόσον ήταν ανύπαρκτη οποιαδήποτε μορφή εκπαιδευτικής ή τυπικής προετοιμασίας για την άσκηση της νοσηλευτικής (Ψαρράκου –Βίτσα 1994).

Η Watson βασίζει την νοσηλευτική πάνω στα ηθικά ιδεώδη και την θεωρεί μία ανθρωπιστική επιστήμη, η οποία έχει ως κεντρική ιδέα την φροντίδα. Σύμφωνα με την άποψη της η νοσηλευτική είναι φροντίδα που επιτυγχάνεται δια μέσου της διαπροσωπικής επικοινωνίας. Η σχέση μεταξύ νοσηλευτών και ασθενούς είναι καθοριστικός παράγοντας της επιτυχίας της φροντίδας.

Η Watson υποστήριξε ότι οι νοσηλευτές πρέπει να στοχεύουν στο να βοηθήσουν τα άτομα στο:

α) να διατηρήσουν και να προάγουν την υγεία τους και

β) να αποκτήσουν ένα αίσθημα ασφάλειας της προσωπικότητας τους (Χριστοπούλου 2002).

Η νοσηλευτική φροντίδα καρκινοπαθών αποτελεί μία πρόκληση για τον νοσηλευτή/τρια, αφού σύμφωνα με το πνεύμα τις ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας τα προβλήματα του συγκεκριμένου ασθενούς δεν περιορίζονται μόνο σε ό,τι ο καρκίνος έχει προκαλέσει στο σώμα του (σωματικά συμπτώματα), αλλά και στην βιολογική ταλαιπωρία που υφίσταται και κυρίως επηρεάζουν άμεσα και βαθιά ολόκληρη την ψυχοπνευματική του υπόσταση. Η νοσηλευτική φροντίδα απαιτεί απαραίτητα υλικοτεχνική υποδομή και υψηλά προσόντα εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού (Πεσυρίδου 2004).

Όλοι οι νοσηλευτές κάποια στιγμή στην επαγγελματική τους πορεία, θα αναγκαστούν να αντιμετωπίσουν τα ιδιαίτερα προβλήματα που έχουν οι ασθενείς αυτοί. Η αντιμετώπιση αυτών των

προβλημάτων απαιτεί γνώσεις, εμπειρία, θέληση και ζήλο, έτσι ώστε οι ογκολογικοί ασθενείς να έχουν την φροντίδα που χρειάζονται. Παρόλο που δεν υπάρχει συγκεκριμένος ορισμός για την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, είναι γενικά παραδεκτό ότι οι βασικές διαστάσεις αυτής της ποιότητας, αφορούν τη φυσική, την ψυχολογική και την κοινωνική διάσταση του ατόμου (Χαρχαρίδου 2002).

3.2. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα ασθενών

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν συνήθως οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του λάρυγγα πριν από την επέμβαση ολικής ή μερικής λαρυγγεκτομή είναι το άγχος και η ανασφάλεια που σχετίζονται με την έλλειψη γνώσης για την ασθένεια, την χειρουργική επέμβαση, την μετεγχειρητική πορεία, το φόβο του άγνωστου και του απροσδόκητου, τον πόνο, την αναπηρία και κυρίως τον φόβο του θανάτου κλπ. (Ulrich et al 1994, Κάρλου 2001).

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών αυτών περιλαμβάνει την ψυχολογική ετοιμασία ιδιαίτερα όταν πρόκειται για μόνιμη τραχειοστομία μετά από λαρυγγεκτομή και την σωματική προετοιμασία (Αθανάτου 2007).

Η ψυχολογική προετοιμασία για κάθε επέμβαση οποιαδήποτε και αν είναι έχει βασική σημασία. Ιδιαίτερα οι επεμβάσεις που αφορούν τον ακρωτηριασμό οργάνων (λαρυγγεκτομή, μαστεκτομή κλπ), προκαλούν στρες, αγωνία, φόβο στην σκέψη της μόνιμης εμφάνισης αναπηρίας (απώλεια της φωνής) καθώς και αίσθημα ανασφάλειας και θανάτου. Η αλλαγή της σωματικής εικόνας, η αγωνία πιθανής απόρριψης του συζύγου, η αδυναμία αναπλήρωσης ρόλων μέσα στην οικογένεια κλπ., προκαλούν έντονο ψυχικό κλονισμό. Συχνά απαιτούνται μεγάλα αποθέματα ψυχικής δύναμης για να υπερνικήσει τις προσωπικές, οικογενειακές και κοινωνικές δυσκολίες (Αθανάτου 2007).

Ο σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας όσον αφορά το άγχος και την ανασφάλεια προεγχειρητικά είναι η μείωση τους και περιλαμβάνουν τις εξής νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφράσει λεκτικά τα αισθήματα και τις ανησυχίες του,
- δημιουργία περιβάλλοντος στο οποίο ο ασθενής και η οικογένεια του θα αισθάνονται ελεύθεροι να συζητούν ότι αφορά την χειρουργική επέμβαση και να εκφράζουν με λόγια τους φόβους τους για αυτήν,
- ενθάρρυνση των οικείων του ασθενούς να κρατήσουν στάση ενδιαφέροντος και φροντίδας χωρίς προφανές άγχος,
- ενημέρωση της αρμόδιας οικονομικής και/ ή κοινωνικής υπηρεσίας (σε περίπτωση οικονομικής δυσχέρειας του ασθενή όσο αφορά την νοσηλεία,

- διερμηνεία των πληροφοριών που ο χειρουργός έδωσε στον ασθενή, διόρθωση παρεξηγήσεων στην αντίληψη τους
- παροχή πληροφοριών σχετικά με τα επακόλουθα της λαρυγγεκτομής: α) την διάρκεια της παραμονής του σωλήνα τραχειοστομίας (συνήθως 2-3 εβδομάδες), β) το σκοπό, τη συχνότητα και την όλη διαδικασία της περιποίησης της τραχειοστομίας, γ) την προσωρινή χρήση διατροφής μέσω σωλήνα, δ) την παρουσία και τον σκοπό της κλειστής παροχέτευσης του τραύματος και ε) την συμμετοχή του ασθενούς στην περιποίηση του τραύματος, τις αναρροφήσεις και την διατροφή μέσω του σωλήνα πολύ νωρίς μετεγχειρητικά,
- διάθεση χρόνου στον ασθενή για να καλυφθούν οι ερωτήσεις και οι απορίες του,
- παροχή συμβουλών στον ασθενή για την πρόληψη επιπλοκών που σχετίζονται με την λαρυγγεκτομή α) επίδειξη στον ασθενή των τεχνικών υγιεινής του στόματος που θα χρησιμοποιεί μετεγχειρητικά (π.χ. χρήση υπεροξειδίου του υδρογόνου) β) αποθάρρυνση του ασθενούς για την συνέχιση του καπνίσματος (αν είναι καπνιστής) (Ulrich et al 1994, Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου 2004).

Η κατά μέτωπο αντιπαράθεση με το φόβο , τον πανικό, την ανασφάλεια και την αβεβαιότητα για το μέλλον, με την πιθανότητα θανάτου, όπως την ζουν τα άτομα με καρκίνο αγγίζει θεμελιώδη υπαρξιακά προβλήματα. Οι ασθενείς υποχρεούνται να αναθεωρήσουν τους στόχους τους και τις προτεραιότητες στην ζωή τους και να αναρωτηθούν για το νόημα της ύπαρξης (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1995).

Μερικοί όμως ασθενείς αντιμετωπίζουν το αίσθημα του άγχους και της ανασφάλειας, ζητώντας περισσότερες πληροφορίες από διάφορες πηγές και έτσι ανταποκρίνονται θετικότερα στην νόσο τους. Από την άλλη πολλοί βιώνουν έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις, που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και αξιολόγησης από όλους τους επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την θεραπευτική ομάδα του ασθενούς (Κάρλου 2001).

Παράλληλα με την ψυχολογική ετοιμασία απαραίτητη είναι και η σωματική ετοιμασία τις προηγούμενες ημέρες από την επέμβαση, η οποία περιλαμβάνει: α) την αντιμετώπιση των πιθανών φλεγμονών του αναπνευστικού συστήματος, β) διδασκαλία για προσπάθεια αποβολής εκκρίσεων με βήχα, γ) αναπνευστικές ασκήσεις, δ) βρογχική παροχέτευση ή και αναρρόφηση και ε) φαρμακευτική αγωγή, αν κριθεί αναγκαία (Αθανάτου 2007).

Η σωματική ετοιμασία την ημέρα της επέμβασης δεν διαφέρει από τις γενικές επεμβάσεις και περιλαμβάνει: α) λήψη ζωτικών σημείων, εκτίμηση και αναγραφή τους στο θερμομετρικό διάγραμμα, β) αφαίρεση κοσμημάτων και τεχνικής οδοντοστοιχίας, γ) ενδυμασία χειρουργείου, δ) προνάρκωση σύμφωνα με το πρόγραμμα της κλινικής, ε) Επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τους

συγγενείς, σχετική ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη (Αθανάτου 2007).

Επομένως οι νοσηλευτές κατά την προεγχειρητική περίοδο προσπαθούν να δημιουργήσουν ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης, δείχνοντας κατανόηση στις οποιαδήποτε αντιδράσεις, βοηθώντας τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα του. Έτσι θα μπορεί να δώσει σαφείς, αντικειμενικές, σωστές εξηγήσεις σε ότι αφορά τη νόσο, τα σημερινά επιστημονικά δεδομένα σχετικά με την μετεγχειρητική πορεία, τη θεραπεία και την αποκατάσταση της, να αναπτερωθεί το ηθικό και οι ελπίδες του ασθενούς για την επιτυχία της επέμβασης και την πληρέστερη αποκατάσταση. (Αθανάτου 2007).

3.3. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα ασθενών

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρχίζει μετά το τέλος της επέμβασης και φτάνει μέχρι την έξοδο του από το νοσοκομείο και την πλήρη αποκατάσταση του. Είναι μία περίοδος παρακολούθησης που έχει σκοπό: α) την ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο, β) την διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών του, γ) την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών και δ) την βοήθεια την ανεξαρτητοποιηθεί από την φροντίδα των άλλων το συντομότερο και να ανακτήσει τις δυνάμεις του (Αθανάτου 2007).

3.3.1. Ο χειρισμός και η διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου

Ο πόνος θεωρείται το σοβαρότερο μετεγχειρητικό πρόβλημα για ποσοστό 70% των ασθενών που πάσχουν από κάποιας μορφής καρκίνου και η αντιμετώπιση του είναι μία διαδικασία που απαιτεί πλήρη συμμετοχή και συνεργασία ασθενή, ιατρού και νοσηλευτή.

Ο ασθενής είναι εκείνος που τελικά προσδιορίζει και ερμηνεύει την εμπειρία του πόνου και ο ρόλος του επαγγελματία υγείας είναι να αναλάβει την δέσμευση να σταθεί στο πλευρό του ασθενούς και να τον συνοδεύει στο δύσκολο ταξίδι του μέσα στον πόνο. Για να είναι όμως κανείς αποτελεσματικός, θα πρέπει να είναι πρόθυμος να δει τον κόσμο μέσα από τα μάτια του ατόμου που υποφέρει, κάτι που τόσο η θέση όσο και ο ρόλος του νοσηλευτή το επιτρέπει (Οικονομοπούλου 2001).

Ο πόνος αποτελεί το πιο συχνό και βασανιστικό μετεγχειρητικό σύμπτωμα σε σημαντικό ποσοστό ασθενών που έχουν υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή. Η προσπάθεια καταστολής του άλγους είναι σημαντική και πρέπει να γίνεται μεθοδικά επειδή συμβάλλει πραγματικά στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Η χρήση αναλγητικών της ομάδας παρακεταμόλης βοηθά στην καταπολέμηση του ήπιου ή μέσης βαρύτητας άλγους. Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν και συνδυασμοί παρακεταμόλης με κωδείνη ή υδροπροποξυφαίνη (Πεσυρίδου

2004).

Συνήθως είναι εφικτό να διατηρείται υπό έλεγχο ο πόνος, αν και μερικές φορές είναι απαραίτητο η καταφυγή σε πλήθος διαφορετικών μεθόδων. Ο γενικός κανόνας είναι ότι πρέπει να χορηγούνται συστηματικά, αναλγητικά φάρμακα (Garet 2000).

Οι νοσηλευτές/τριες οφείλουν να είναι ικανοί να συμβάλουν στην ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο μετεγχειρητικά με το: (α) Να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου. (β) Να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράση, παρενέργειες και αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή. (γ) Να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης- ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου. (Κυρίτση-Κουκουλάρη 2001).

3.3.2. Νοσηλευτική βοήθεια για την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης

Πέρα από τον πόνο ένα επιπλέον πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι λαρυγγεκτομηθέντες μετεγχειρητικά είναι η διαταραχή της αντίληψης του εαυτού τους η οποία μπορεί να οφείλεται είτε σε μεταβολές στην εμφάνιση είτε σε μεταβολές των συνήθων λειτουργιών: της ομιλίας, της γεύσης, της οσμής. Ακόμα μπορεί να οφείλεται σε αίσθημα απώλειας της θηλυκότητας ή της αρρενωπότητας εξαιτίας της μη ικανότητας προφορικής επικοινωνίας ή ακόμα και σε πιθανές μεταβολές του τρόπου ζωής, της επαγγελματικής δραστηριότητας και της καθημερινής ζωής του ασθενή (Ulrich et al 1994).

Η νοσηλευτική φροντίδα στοχεύει στο να βοηθήσει τους ασθενείς να ενσωματώσουν τις σωματικές αλλαγές με το εγώ τους και να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση τους, γεγονότα που αποτελούν βασικό παράγοντα στην βοήθεια των ασθενών να προσαρμοστούν και να επιζήσουν. Η ποιότητα της ζωής των ατόμων μπορεί να είναι συνυφασμένη με το πως φαντάζονται τα σώματα τους (Κυρίτση-Κουκουλάρη 2001).

Το θεωρητικό μοντέλο νοσηλευτικής φροντίδας της Roy που αναφέρεται στην << προσαρμογή>>, τονίζει την σπουδαιότητα της αυτοιδέας. Κατά την περιγραφή της σχέσης της αυτοιδέας με την προσαρμογή και την νοσηλευτική η Roy τονίζει ότι: Αν οι νοσηλευτές έχουν ένα πλαίσιο για να αξιολογούν την αυτοιδέα των ασθενών θα είναι πιο ικανοί να προβλέπουν πιθανά δυναμικά, λανθάνοντα προβλήματα στην προσωρινή μόνιμη ή διαρκή προσαρμογή του ασθενούς σε στρεσσογόνες καταστάσεις στα πλαίσια του συνεχούς υγεία-ασθένεια. Επιπλέον οι νοσηλευτές θα ήταν πιο ικανοί να βοηθούν τους ασθενείς να χρησιμοποιούν τις θετικές δυνάμεις τις αυτοιδέας τους για να αντιμετωπίζουν αυτές τις καταστάσεις και κατά συνέπεια οι νοσηλευτές θα μπορούν να προωθούν και να βελτιώνουν τις δεξιότητες προσαρμογής των ασθενών (Κυρίτση-Κουκουλάρη

2001).

Ο σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας όσον αφορά την διαταραχή της αντίληψης του εαυτού είναι η βελτίωση του σωματικού ειδώλου και της αυτοεκτίμησης και περιλαμβάνει τις εξής νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- αξιολόγηση σημείων και συμπτωμάτων διαταραχής της αντίληψης του εαυτού (π.χ. σημεία που δείχνουν αρνητική αντίδραση στις μεταβολές της εμφάνισης και λειτουργίας του σώματος, άρνησης να αντικρίσει, ή να αγγίξει την περιοχή του τραχήλου, άρνηση να συμμετάσχει στις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης ή απόσυρση από τις σχέσεις του με τους οικείους του),
- ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφράζει τα συναισθήματα του,
- εφαρμογή μέτρων για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης (π.χ. υποστήριξη του ασθενή, ενθάρρυνση για έκφραση θυμού και λύπης, δημιουργία ατμόσφαιρας, φροντίδας και ενδιαφέροντος,
- παρότρυνση του ασθενούς να συμμετέχει στην φροντίδα του,
- τόνωση του αισθήματος της αυτοεκτίμησης του ασθενή (π.χ. αποθάρρυνση της αρνητικής αυτοκριτικής, παροχή βοήθειας για την εντόπιση των ψυχικών του αποθεμάτων, ενθάρρυνση της εκδήλωση συμπεριφοράς υψηλής αυτοεκτίμησης),
- παραμονή μαζί με τον ασθενή όταν για πρώτη φορά θα αντικρίσει τον εαυτό του μετά την αφαίρεση των επιδέσμων και διαβεβαίωση του ότι ορισμένες από τις μεταβολές δεν θα παραμείνουν το ίδιο έντονες όταν το οίδημα και η ερυθρότητα υποχωρήσουν και αφαιρεθεί ο σωλήνας τραχειοστομίας,
- βοήθεια του ασθενούς κατά την ένδυση και την περιποίηση του προσώπου εάν χρειάζεται
- ενθάρρυνση του ασθενή να χρησιμοποιεί τις υπάρχουσες εναλλακτικές λύσεις για την ανάκτηση της ομιλίας του (π.χ. οισοφαγική ομιλία),
- Διαβεβαίωση του ασθενούς ότι η λειτουργία του τραχήλου και του ωμού συνήθως βελτιώνονται με τις κατάλληλες ασκήσεις και φυσιοθεραπεία,
- Ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών του ασθενή, ακρόαση των απορριών και των συναισθημάτων τους και παρότρυνση αυτών να βοηθήσουν τον ασθενή να προσαρμοστεί στον νέο τρόπο ζωής του (Ulrich et al 1994, Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου 2004).

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να εκπαιδεύονται, σε τεχνικές επικοινωνίας και σε ψυχοθεραπευτικές δεξιότητες, ώστε να είναι σε θέση να συνδυάσουν τον συμβουλευτικό τους ρόλο με τις λοιπές νοσηλευτικές δραστηριότητες και να παρέχουν ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα γιατί ο καρκίνος δεν είναι μία στατική κατάσταση, αλλά μία συνεχής νόσος και απαιτεί διαρκεί

θεραπεία και νοσηλεία σύμφωνα με τις σύγχρονες διεργασίες και τις εξειδικευμένες γνώσεις (Ψαρράκου 2001).

3.3.3. Νοσηλευτική φροντίδα μόνιμης τραχειοστομίας

Η παρουσία τραχειοστομίας στους ασθενείς που είχαν υποστεί ολική λαρυγγεκτομή είναι μόνιμη γεγονός που οδηγεί στην ανάγκη ειδικής φροντίδας του τραχειοβρογχικού δέντρου του οποίου η φυσιολογική λειτουργία διαταράσσεται λόγω παράκαμψης του ρινοφάρυγγα και απώλειας του λάρυγγα. Ο αέρας διερχόμενος από τη μύτη φιλτράρεται, υγραίνεται, και θερμαίνεται κατά την πορεία του μέσω της ανώτερης αεροφόρου οδού. Μετά την τραχειοστομία παρακάμπτεται η λειτουργία των ανώτερων αεραγωγών και έτσι το κατώτερο αναπνευστικό σύστημα βρίσκεται εκτεθειμένο σε λοιμώξεις (Οικονομοπούλου 2001).

Ιδιαίτερα αυξημένος είναι ο κίνδυνος δερματικής βλάβης σε ασθενείς που φέρουν μόνιμη τραχειοστομία λόγω της λύσης συνέχειας του δέρματος από την επέμβαση. Ο σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η πρόληψη δημιουργίας δερματικής βλάβης και περιλαμβάνει:

- τον καθαρισμό και περιποίηση της τραχειοστομίας καθώς και της γύρω περιοχής από το στόμιο, με φυσιολογικό ορό ή υπεροξείδιο του υδρογόνου, ώστε να διευκολύνεται η επούλωση του στομίου της τραχειοστομίας, όσο συχνά απαιτείται για την αποφυγή άθροισης εκκριμάτων,
- επάλειψη αντιμικροβιακής αλοιφής στο στόμιο της τραχειοστομίας και στις ραφές κατόπιν εντολής γιατρού για την πρόληψη σχηματισμού εφελκίδας και ρήξης δέρματος Συχνός έλεγχος του δέρματος για ωχρότητα, ερυθρότητα και λύση της συνέχειας του
- προστασία της χειρουργηθείσας περιοχής από την πίεση των κλινοσκεπασμάτων με την χρήση κατάλληλων επιθεμάτων,
- ελάττωση της ασκούμενης τάσης ή της πιθανότητας τραυματισμού της χειρουργικής τομής
- εξασφάλιση επαρκούς επιπέδου θρέψης για τον ασθενή,
- εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη (έλεγχος και καθαριότητα της χειρουργικής τομής) και αντιμετώπιση φλεγμονής του τραύματος (Ulrich et al 1994, Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου 2004).

Η παρουσία τραχειοσωλήνος σε ασθενείς που έχουν υποστεί ολική λαρυγγεκτομή συγκρούεται με τον μηχανισμό του βήχα, ο οποίος είναι εξαιρετικά σημαντικός μηχανισμός για την πρόκληση απόχρεμψης. Η παρεμπόδιση του βήχα δίνει την ευκαιρία της κατακράτησης των εκκρίσεων στο βρογχικό δέντρο. Για όλους τους προαναφερθέντες λόγους η εφαρμογή αναπνευστικής φυσιοθεραπείας στην περίπτωση αυτή είναι αναγκαία (Οικονομοπούλου 2001).

Κατά την δύσκολη αυτή μετεγχειρητική περίοδο, γίνεται και προσπάθεια βελτίωσης της κατάποσης, ώστε να αφαιρεθεί ο ρινογαστρικός σωλήνας κατά την δέκατη ημέρα μετά την επέμβαση. Στην συνέχεια γίνεται προσπάθεια να αρχίσει η σίτιση του ασθενούς με υδαρείς και μαλακές τροφές.

3.3.4. Η αντιμετώπιση της καρκινικής καχεξίας και η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου

Ο καρκίνος αποτελεί μια από τις σοβαρότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας σ' ολόκληρο τον κόσμο. Αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου στην Ευρώπη και την πρώτη στους ηλικιωμένους. Οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο αναπτύσσουν ένα μεγάλο αριθμό κλινικών συμπτωμάτων. Η καχεξία αποτελεί την πιο απειλητική πλευρά του καρκίνου (Tisdale 1997).

Η καχεξία εμφανίζεται στο τελευταίο στάδιο σοβαρών ασθενειών όπως είναι ο καρκίνος. Το πρόσωπο του αρρώστου, που πάσχει από καχεξία, παίρνει κίτρινη ή γκρίζα χροιά, όλο το σώμα αδυνατίζει πολύ κι ο ασθενής χάνει τις δυνάμεις του. Η καχεξία οφείλεται στο ότι τα κύτταρα των ιστών καταστρέφονται και τη θέση τους παίρνουν συνδετικές ύλες, που δεν μπορούν ν' αναπληρώσουν τις λειτουργίες των αδενικών, των μυϊκών και των νευρικών κυττάρων (Tisdale 1997).

Η ανορεξία, η ακούσια απώλεια βάρους, η απώλεια ιστών, η κακή ποιότητα ζωής, η έλλειψη δραστηριότητας και τελικά ο θάνατος χαρακτηρίζουν την καρκινική καχεξία, δηλαδή είναι μια κατάσταση προχωρημένου πρωτεϊνο-θερμιδικού υποσιτισμού και ειδικά σε ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα που αντιμετωπίζουν μετεγχειρητικά προβλήματα κατάποσης. Περίπου οι μισοί από το σύνολο των καρκινοπαθών υποφέρουν από αυτό το σύνδρομο. Η συχνότητα εμφάνισης της αυξάνεται από το 50% σε ποσοστό μεγαλύτερο του 80% πριν το θάνατο και ευθύνεται για αυτόν σε ποσοστό ανώτερο του 20% των ασθενών (Bruera 1997).

Πρωταρχικός, όμως, πάντοτε στόχος της όποιας θεραπείας θα πρέπει να είναι η αποτελεσματική επικοινωνία με τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένεια του και η καλή συνεργασία όλων των επαγγελματιών που εμπλέκονται (ογκολόγων, νοσηλευτών, ψυχολόγων και διαιτολόγων) για να εντοπιστούν οι ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενή και να σχεδιαστεί μια εξειδικευμένη θεραπεία που θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ασθενούς για το χρονικό διάστημα που θα ζήσει. Η διαρκής ενημέρωση και επικοινωνία, η ψυχολογική υποστήριξη και η ενθάρρυνση ασθενών και συγγενών είναι εργαλεία σημαντικά στην όσο το δυνατόν καλύτερη αντιμετώπιση του ουσιαστικά «ανίκητου» ακόμη συνδρόμου της καρκινικής καχεξίας (Kotler 2000).

Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της καρκινικής καχεξίας είναι κατ' αρχήν η θεραπεία από το ίδιο το νόσημα, δηλαδή τον καρκίνο. Δυστυχώς, όμως, αυτό δεν είναι ακόμη δυνατό, ιδιαίτερα σε ασθενείς με προχωρημένους συμπαγείς όγκους. Επομένως η επόμενη θεραπευτική επιλογή είναι η αύξηση της πρόσληψης τροφής και η αναστολή της διαδικασίας μυϊκής και λιπώδους εξάντλησης του οργανισμού, αντιμετωπίζοντας το μεταβολικό περιβάλλον που χαρακτηρίζει τη νόσο με μια πληθώρα φαρμακευτικών ουσιών (Nelson et al 1994).

Η διαχείριση της καχεξίας σε καρκινοπαθείς με προχωρημένη νόσο θα πρέπει πρώτα να έχει σαν στόχο τη μεγιστοποίηση της πρόσληψης τροφής από το στόμα παρέχοντας ευελιξία στο είδος, την ποσότητα και την ώρα των γευμάτων ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες, απόψεις και διαθέσεις του κάθε ατόμου (Nelson et al 1994).

Τελικό στάδιο είναι μία χρονική περίοδος που αρχίζει από το χαρακτηρισμό της νόσου ως ανίατης και τελειώνει την στιγμή του θανάτου του ασθενούς. Στο στάδιο αυτό η εξέλιξη της νόσου είναι μη αναστρέψιμη, δεν αναμένεται καμία βελτίωση της υγείας του ασθενούς με την εφαρμογή των παραδεδεγμένων θεραπευτικών μεθόδων και η κύρια συμβολή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού προς τον ασθενή είναι υποστηρικτική, με την αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών επιπτώσεων της νόσου (Παρασκευόπουλος 1998, Πεσυρίδου 2004).

Οι μελέτες απέδειξαν ότι υπάρχουν διάφορα πρωτογενή προβλήματα στους ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα τελικού σταδίου, τα οποία οφείλονται στο φόβο εγκατάλειψης των ασθενών και των οικογενειών τους, στην απώλεια της ανεξαρτησίας και της αυτοεξυπηρέτησης τους και στο φόβο της εμφάνισης των επώδυνων και καταπονητικών συμπτωμάτων και σημείων της νόσου (Σιδέρη 1994).

Είναι πολύ σημαντικό κάθε ασθενής να αντιμετωπίζεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του σαν ένα άτομο που ζει την προσωπική του διεργασία με τις ανησυχίες, το φόβο, τα ερωτηματικά και το άγχος για την έκβαση της ζωής. Δυστυχώς όμως μέχρι σήμερα το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού δεν τον βλέπει τον ασθενή ως άτομο που υποφέρει, αλλά εξακολουθεί να τον θεωρεί σαν μία ασθένεια με τα συμπτώματα της ή σαν περιστατικό (Σιδέρη 1994).

Ο ασθενής που πάσχει από καρκίνο του λάρυγγα και βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο εμφανίζει πολλά και σύνθετα προβλήματα υγείας, τα οποία απαιτούν την δική τους αντιμετώπιση. Η κατάλληλη συμπτωματική φαρμακευτική αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων συμβάλλει σημαντικά στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενούς και απαιτεί την αναζήτηση της εξειδικευμένης γνώσης και δράσης της ομάδας υγείας. Τα προβλήματα αυτά επηρεάζονται σημαντικά και από τα νεοεμφανιζόμενα προβλήματα επικοινωνίας και ψυχολογικών συναισθηματικών αντιδράσεων του ασθενούς και της οικογένειας του και των εκδηλώσεων της

νόσου κατά την διάρκεια τελικού σταδίου (Πεσυρίδου 2004).

Η νοσηλευτική που είναι επιφορτισμένη με την φροντίδα των ανθρώπων σε όλη την διάρκεια της ζωής τους, ανέκαθεν ήταν επιφορτισμένη και με την φροντίδα τους στα τελικά στάδια.

Η νοσηλευτική φροντίδα καρκινοπαθών τελικού σταδίου αποτελεί μία πρόκληση για τον νοσηλευτή/τρια, αφού σύμφωνα με το πνεύμα της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας τα προβλήματα του συγκεκριμένου ασθενούς δεν περιορίζονται σε ότι ο καρκίνος έχει προκαλέσει στο σώμα του και στη βιολογική ταλαιπωρία που υφίσταται, αλλά έχει περάσει άμεσα και βαθιά ολόκληρη την ψυχοπνευματική του υπόσταση (Πεσυρίδου 2004).

Παράλληλα με την προσπάθεια του νοσηλευτή για καλύτερη δυνατή φροντίδα και νοσηλεία γίνεται και προσπάθεια ουσιαστικής επικοινωνίας και ψυχολογικής υποστήριξης (Πεσυρίδου 2004).

Στην τελευταία αυτή περίοδο της ζωής του ατόμου το προσωπικό υγείας μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να ζήσει σε συνθήκες, που προωθούν μία αίσθηση ασφάλειας, σεβασμού και αξιοπρέπειας. Ρόλος του είναι να συνοδεύει τον ασθενή στην πορεία του, αναγνωρίζοντας και κατανοώντας τα συναισθήματα, τις αντιδράσεις και ανάγκες τόσο του ατόμου που πεθαίνει, όσο και εκείνων, που βρίσκονται στο άμεσο περιβάλλον του, στηρίζοντας τον ψυχολογικά μέχρι την τελευταία στιγμή και διευκολύνοντας παράλληλα την έκφραση των θρησκευτικών επιθυμιών, όταν το ζητά (Κώτση 1998, Πεσυρίδου 2004).

3.4. Η Επανένταξη του λαρυγγεκτομηθέντος

Η μεγαλύτερη πρόκληση για τον ασθενή είναι να μάθει να ζει με την ασθένεια του, τις απαιτήσεις της θεραπείας και την αβεβαιότητα που την χαρακτηρίζει η εξέλιξη της. Οι αλλαγές που βιώνει στην καθημερινή του ζωή μπορεί να είναι σημαντικές τόσο σε ατομικό όσο και στις σχέσεις του με τους άλλους. Το άτομο αναζητά ποιότητα ζωής στις καινούργιες συνθήκες της ζωής του και προσπαθεί να συγκεράσει τις επιθυμίες, τις ανάγκες και τις ικανότητες του Το εξατομικευμένο σχέδιο επανένταξης των καρκινοπαθών αναπτύσσεται από όλα τα μέλη της ομάδας υγείας-αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων των μελών της οικογένειας και του ίδιου του ασθενούς (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, Λιαρμακόπουλος 1998).

Η επανένταξη αποτελεί σημαντικό κομμάτι της θεραπείας. Η ιατρική ομάδα καταβάλλει κάθε προσπάθεια ώστε οι ασθενείς να επιστρέψουν στις φυσιολογικές τους δραστηριότητες όσο το δυνατό γρηγορότερα. Οι λαρυγγεκτομηθέντες μετεγχειρητικά διδάσκονται τρόπους επικοινωνίας, ενημερώνονται για τους εναλλακτικούς τρόπους παραγωγής της φωνής, δέχονται συμβουλές για την περιποίηση της τραχειοστομίας (όταν είναι μόνιμη) και της γύρω περιοχής. Επειδή μετά την χειρουργική επέμβαση ο λαιμός, ο ώμος και ο βραχίονας μπορεί να μην κινούνται τόσο καλά όσο

πριν συστήνεται στον ασθενή φυσιοθεραπεία προς ανακούφιση του. Οι ασθενείς μετεγχειρητικά μπορούν εργάζονται σχεδόν σε κάθε είδος εργασίας και να συμμετέχουν σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες όπως και πριν από την επέμβαση (δεν μπορούν όμως να κρατήσουν την αναπνοή τους, να καταβάλλουν δύναμη, να σηκώσουν βαριά αντικείμενα, να κολυμπήσουν ή να κάνουν θαλάσσια σπορ, εκτός και αν έχουν ειδική εκπαίδευση και ειδικό εξοπλισμό) (National Cancer Institute, 2002).

Η διατήρηση των ψυχοκοινωνικών αναγκών των λαρυγγεκτομηθέντων είναι απαραίτητη για την καλή ποιότητα ζωής του ασθενή. Η ανάγκες αυτές πρέπει να ικανοποιούνται έτσι ώστε το άτομο να απολαμβάνει την ζωή του και να συναναστρέφεται με τα άτομα που το περιβάλλουν. Οι ανάγκες όπως διατήρηση καθαρού και περιποιημένου σώματος, ανάγκη επικοινωνίας με τους άλλους μέσα από τον λόγο, την ακοή, την αφή και την κατανόηση, η υγιή έκφραση της σεξουαλικότητας του ατόμου, η ανάγκη του για εργασία και δημιουργικότητα κ.α. είναι δυνατόν να χαθούν μετά την λαρυγγεκτομή. Οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν και ενθαρρύνουν τον ασθενή για την επανάκτηση και την διατήρηση των αναγκών αυτών (Κόνιαρη 1998).

Οι ενέργειες των λειτουργών υγείας για την επανένταξη αποσκοπούν στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους με στόχο την διατήρηση ενός όσο το δυνατόν καλύτερου επιπέδου λειτουργικής ικανότητας και ανεξαρτησίας στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής.(Κονιάρη 1998 , Ιακωβίδης & Ιακωβίδης 2007).

3.5. Η αποκατάσταση του καρκινοπαθούς

Η αποκατάσταση είναι μία δυναμική διαδικασία σχεδιασμένης αλλαγής του τρόπου ζωής που έρχεται σαν απάντηση σε μία προηγούμενη αλλαγή , η οποία δεν ήταν προγραμματισμένη και η οποία οφειλόταν σε μία ασθένεια και συγκεκριμένα σε αυτήν την περίπτωση στον καρκίνο του λάρυγγα (Λιαρμακόπουλος 1998).

Η αποκατάσταση είναι μία προσέγγιση, μία φιλοσοφία, μία συμπεριφορά και μία διαδικασία, που συμπεριλαμβάνει τόσο εξειδικευμένες τεχνικές όσο και τις σχέσεις των μελών της ομάδας αποκατάστασης. Το εξειδικευμένο σχέδιο φροντίδας και αποκατάστασης αναπτύσσεται από όλα τα μέλη της ομάδος αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων των μελών της οικογένειας και του ίδιου του ασθενούς. (Λιαρμακόπουλος 1998).

Ο όρος αποκατάσταση αναφέρεται στην επαναφορά του καρκινοπαθούς στην πριν από τη διάγνωση κατάσταση σωματικής και ψυχικο-κοινωνικής υγείας του. Και οι τρεις παράμετροι συνδέονται μεταξύ τους, διότι η κάθε μία επηρεάζει και επηρεάζεται από την άλλη. Η εφαρμογή αποκατάστασης απαιτεί συνεργασία πολλών συντελεστών. Αυτό σημαίνει πως ο καρκίνος ανάλογα με την περίπτωση είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Συχνά συνεργάζονται ασθενής, οικογένεια,

ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, νοσηλευτές, φροντιστές, φυσικοθεραπευτές, τεχνικοί διαφόρων κλάδων κλπ. (Αθανάτου 2007).

Βασικός σκοπός του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στην αποκατάσταση είναι να:

α) βοηθήσει το άτομο με καρκίνο να ανεξαρτητοποιηθεί κατά το δυνατό, να οδηγηθεί στην αυτοφροντίδα και να διατηρήσει μία αίσθηση αυτοελέγχου, αυτοεκτίμησης και αξιοπρέπειας που εξασφαλίζεται όταν: ενημερώνει τον ασθενή που ζητά πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του, και όταν τον προετοιμάζει για τις ενδεχόμενες θεραπευτικές διαδικασίες ή σωματικές αλλαγές που πρόκειται να αντιμετωπίσει. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής εκπαιδεύεται στο να αναπτύξει ένα πνευματικό έλεγχο πάνω στα γεγονότα, που μειώνει τους φόβους του και αμβλύνει την αδυναμία και σύγχυση που συχνά προκαλεί η άγνοια (Σιδέρη 1994).

Οι ασθενείς μπορούν να διδαχθούν την αυτοφροντίδα. Στις περιπτώσεις όμως που αυτό είναι αδύνατο εξαιτίας των περιορισμών στους οποίους η ασθένεια έχει υποβάλλει το άτομο, το τελευταίο μπορεί να αναλάβει την επίβλεψη της φροντίδας του σώματος του η οποία εκτελείται από τους λειτουργούς υγείας, κάτι το οποίο είναι εξίσου σημαντικό. Η μάθηση της αυτοφροντίδας απαιτεί οπωσδήποτε μία νοητική λειτουργία φυσιολογική και την πεποίθηση ότι η τεχνική ή δεξιότητα που πρόκειται να μαθευτεί μπορεί να εφαρμοστεί κατ' ευθείαν. Οι ασθενείς είναι πάντοτε έτοιμοι να μάθουν όταν αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα που πρέπει να λυθεί και όταν τους δίνεται η δυνατότητα να συμμετέχουν στην διαδικασία του σχεδιασμού της επίλυσης του. (Λιαρμακόπουλος 1998).

β) προσφέρει στον ασθενή δυνατότητες επιλογής ή αποφάσεων που αφορούν την ιατρική του φροντίδα και καθημερινή του δραστηριότητα,

γ) ενθαρρύνει τον ασθενή να φροντίσει τον εαυτό του. Η φροντίδα αυτή αφορά τις δραστηριότητες της καθημερινής ρουτίνας (διατροφή, καθαριότητα, υγεία κλπ.) αλλά και την ενασχόληση με τα πράγματα που τον ενδιαφέρουν

δ) οργανώνει το πρόγραμμα του ασθενούς ώστε να υπάρχει κάποια σταθερότητα, ένας σχεδιασμός, μία δυνατότητα να προβλέψει ορισμένα γεγονότα στην κάθε μέρα που περνά. Με τον τρόπο αυτό το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με μειωμένες απαιτήσεις προσαρμογής στο περιβάλλον του και έτσι ενισχύεται η αίσθηση κυριαρχίας και αυτοελέγχου (Σιδέρη 1994).

Έτσι λοιπόν γίνεται φανερό ότι η αποκατάσταση είναι γενικά ένα σημαντικό στοιχείο της νοσηλευτικής πράξης, αλλά και ένα γνωστικό αντικείμενο, μέσα στα πλαίσια της γενικότερης νοσηλευτικής εκπαίδευσης, αλλά και μέσα στα πλαίσια της εκπαίδευσης των άλλων επιστημών υγείας. Ο στόχος της νοσηλευτικής αποκατάστασης είναι το να διευκολύνει το πέρασμα των ατόμων από την περιοριστική κατάσταση που τους υποβάλλει η ασθένειας τους, σε μία κατάσταση ανεξαρτησίας, και παράλληλα να τους συνεπικουρεί στην ικανοποίηση των τρέχουσων αναγκών

τους. Αυτό προσδίδει στην νοσηλευτική αποκατάσταση και τον ολιστικό χαρακτήρα της (Λιαρμακόπουλος 1998).

Επομένως κατά την διαδικασία της αποκατάστασης οι νοσηλευτές δεν εστιάζονται στην θεραπεία του ασθενούς, αλλά στην προσπάθεια να τον βοηθήσουν να ζήσει με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ανεξαρτησία και ελευθερία, σε κάθε στάδιο της ασθένειας (Λιαρμακόπουλος 1998).

3.6. Σύνοψη κεφαλαίου

Ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι συναρπαστική πρόκληση και εμπειρία, που ανταμείβει αυτόν που την παρέχει, όταν βλέπει τα θετικά αποτελέσματα των προσπαθειών του. Δυστυχώς όμως η σχεδίαση εξατομικευμένης και κατανοητής φροντίδας μπορεί να είναι χρονοβόρα λόγω έλλειψης χρόνου και ικανών μέσων. Οι νοσηλευτές/τριες σε όλο το φάσμα διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση - τελικό στάδιο είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό, την θεραπευτική ομάδα και τον ασθενή δεδομένου ότι παραμένουν περισσότερο από κάθε άλλον επαγγελματία υγείας δίπλα του. Επομένως κρίνεται σκόπιμη η σωστή εκπαίδευση και πλήρης ενημέρωση των νοσηλευτών στις καθημερινές εξελίξεις για να μπορούν να αντεπεξέλθουν στο ρόλο τους κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4
Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Η ποιότητα ζωής είναι μία πολυσύνθετη και πολυδιάστατη έννοια η οποία περιλαμβάνει όλες τις συνθήκες κάτω από τις οποίες ζει ένας άνθρωπος. Στην περίπτωση όμως μιας ασθένειας, οι ανάγκες αυτού που νοσεί είναι διαφορετικές και πιο εξειδικευμένες από τα φυσιολογικά υγιή μέλη της υπόλοιπης οικογένειας. Η συζήτηση γύρω από την ποιότητα ζωής γίνεται ακόμα πιο περίπλοκη όταν η νόσος είναι ανίατη, όπως ο καρκίνος του λάρυγγα, και η επιστήμη απλά έχει καταφέρει να εξασφαλίζει την παράταση της ζωής του ασθενή.

4.1. Η έννοια της ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής είναι ένα πολυδιάστατο θέμα με φυσική, ψυχολογική και κοινωνική προέκταση. Μολονότι έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί δεν υπάρχει σήμερα ένα κοινά αποδεκτός από όλους τους ερευνητές. Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος από αυτούς που ο καθένας καταλαβαίνει, αλλά λίγοι μπορούν να προσδιορίσουν ακριβώς. Έχει περιγραφτεί ως ο βαθμός με τον οποίο ένα άτομο επιτυγχάνει στην εκπλήρωση των επιθυμιών του ή η έκταση κατά την οποία οι ελπίδες και οι φιλοδοξίες ενός ατόμου συνταιριάζουν και εκπληρώνονται από εμπειρίες. Αν και αποτελεί ατομική αίσθηση, υπάρχουν μερικοί κοινοί παράγοντες όπως η ικανότητα να χρησιμοποιεί ο καθένας τη διανοητική του ικανότητα για να βλέπει, να αγαπάει και να αγαπιέται, να παίρνει αποφάσεις για τον εαυτό του, να ζει σε σπίτι παρά σε ίδρυμα, να περπατά και να διατηρεί επαφή με την οικογένεια και τους φίλους του (Κατσαραγάκης 2001, Ιακωβίδης & Ιακωβίδης 2007).

Σύμφωνα με την παγκόσμια οργάνωση υγείας η ευρύτερη έννοια της υγείας δηλώνει την πλήρη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την έλλειψη νόσου ή αναπηρίας. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, εργασίας και κοινωνικής δράσης δημιουργεί νέα δεδομένα για τον σημερινό άνθρωπο. Έτσι, ποιότητα ζωής, ευ ζην, θετική στάση είναι έννοιες που σήμερα αποκτούν νέες διαστάσεις. Κατά τον Hornquist 1999 καταστάσεις όπως το στρες λόγω εργασίας, η κοινωνική επανένταξη αποκλεισμένων ομάδων στην κοινωνία και την αγορά εργασίας προσαρμογή των μεταναστών σε νέες συνθήκες, η χρήση ουσιών από νέους, οι σχέσεις μεταξύ των δυο φύλων, το άγχος του θανάτου, η αποκατάσταση από σωματικές αναπηρίες και η προαγωγή της δημιουργικότητας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής (Παναγιωτάκη-Δαυίδ 2009).

Για να διαχωριστεί αυτή η γενική τοποθέτηση από τον καθορισμό του όρου σε σχέση με

θέματα που αφορούν την υγεία, εισήχθη η έννοια της health-related quality of life (HRQL) δηλαδή η με την υγεία συνυφασμένη «ποιότητα ζωής». Είναι απαίτηση των καιρών η επιβεβαίωση των νέων θεραπειών, να γίνεται όχι μόνο με τη μέτρηση του κόστους προς το όφελος, αλλά κυρίως με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς για την γενική του κατάσταση (Παναγιωτάκη-Δαυίδ 2009).

Η ποιότητα ζωής είναι ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις: την σωματική ευεξία, την ψυχική ευεξία και την κοινωνική ευεξία.

- Η σωματική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του και εξετάζεται σ' αυτή η νοσηρότητα, ο πόνος, το επίπεδο σωματικής λειτουργίας.
- Στη ψυχική ευεξία μελετάται η ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ατόμου με κλίμακες που αφορούν στην αυτοεκτίμηση, στην ευεξία, στη συνολική ικανοποίηση, αλλά και στο άγχος, στην κατάθλιψη, στην ικανότητα προσαρμογής.
- Η κοινωνική ευεξία αντανακλά, το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, την άσκηση κοινωνικών ρόλων, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνική στήριξη από το στενό του περιβάλλον (φίλους–οικογένεια) (Παναγιωτάκη-Δαυίδ 2009).

Έτσι είναι αυτονόητο ότι κατά την εκτίμηση της ποιότητας ζωής πρέπει να διερευνώνται ψυχολογικές, κοινωνικές και βιολογικές πλευρές της ανθρώπινης ύπαρξης μέσω της ψυχολογικής, κοινωνικής και σωματικής λειτουργικότητας. Το εκπληκτικό πολλές φορές είναι υπερεκτιμούνται οι αντιδράσεις του ασθενή και της οικογένειάς του και υποεκτιμάτε η προσαρμοστική τους ικανότητα. Ένας ασθενής που αντιμετωπίζει τον θάνατο και έχει πολλές φορές χαμηλό προσδόκιμο ζωής μπορεί να είναι περισσότερο ικανοποιημένος από τη ζωή του μέσω της αλλαγής των προτεραιοτήτων του και των προσδοκιών του. Οι έρευνες σπάνια είναι σε θέση να εκτιμήσουν πόσοι από τους ασθενείς βίωναν απόλυτα ικανοποιητικά την ποιότητα ζωής τους πριν από τη νόσηση. Το ότι όλοι οι ασθενείς δεν βιώνουν ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις, αλλά αντίθετα μπορούν να αντλήσουν και οφέλη, φαίνεται και στη μελέτη των Cella και συν. (1986) όπου ασθενείς με λέμφωμα ανέφεραν ότι εξαιτίας της νόσου τους είχαν αποκτήσει μια βαθύτερη εκτίμηση των καθημερινών γεγονότων και είχαν επανεκτιμήσει τις προτεραιότητες της ζωής τους. Αλλά και οι Muthny και συν. (1990) βρήκαν μεγαλύτερο ποσοστό «πολύ ικανοποιημένων» ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα απ' ότι στην ομάδα ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου και υγιών ατόμων. Και για την ελληνική πραγματικότητα σε Έρευνα του Ψυχιατρικού Τομέα του Νοσοκομείου «Μεταξά» οι 129 ασθενείς με καρκίνο του γεννητικού συστήματος και αιματολογικό καρκίνο βρέθηκε να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους σε σύγκριση με 97 φυσιολογικά άτομα (Ιακωβίδης & Ιακωβίδης 2007).

Μολονότι ο όρος ποιότητα ζωής ασθενών άρχισε να χρησιμοποιείται στα τέλη της

δεκαετίας του ’80 και εξελίχθηκε ταχέως στην Ελλάδα η μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο αποτελεί μάλλον άγνωστο χώρο. Η μη ύπαρξη ανάλογων μελετών στην βιβλιογραφία, αλλά και η μη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε ογκολογικές κλινικές και νοσοκομεία, μαρτυρεί ότι οι Έλληνες ιατροί και νοσηλευτές τώρα αρχίζουν να αντιλαμβάνονται την σημαντικότητα της για τους ασθενείς. Ελπίδα είναι να αποτελέσει στο μέλλον η μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο, μέρος της θεραπείας τους και για την ελληνική πραγματικότητα (Κατσαραγάκης 2001).

4.2. Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου

Η ψυχική κατάσταση, από αρχαιοτάτων χρόνων είναι γνωστό ότι επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την σωματική υγεία. Στην ύπαρξη ψυχικών διαταραχών αποδίδονται συνήθως σοβαρές και καταληκτικές ασθένειες (Λεονταρίτου 2009).

Οι ασθενείς με κακοήθη νοσήματα αντιμετωπίζουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που επηρεάζουν τόσο την πορεία και έκβαση της αρρώστιας τους, όσο και όλες τις διαστάσεις και την ποιότητα της ζωής τους. Ο καρκίνος επηρεάζει τον κάθε άνθρωπο με διαφορετικό τρόπο. Άλλοι αισθάνονται ιδιαίτερα ανήσυχοι ή αγχωμένοι, άλλοι φοβισμένοι ή ανέλπιστοι για το μέλλον. Συναισθήματα σαν αυτά μπορούν να επηρεάσουν αρκετά τον ίδιο τον άνθρωπο ή το συγγενικό και φιλικό του περιβάλλον. Άλλα κοινά προβλήματα αφορούν την αντιμετώπιση των αλλαγών που επέρχονται στο σώμα του ασθενούς καθώς επίσης και την επιρροή αυτών των αλλαγών στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Είναι πολύ σύνηθες για όλους όσους βιώνουν τον καρκίνο οι ίδιοι ή μέσα από κάποιο οικείο τους πρόσωπο να νιώθουν φόβο, ανησυχία, στεναχώρια και αδυναμία (Λεονταρίτου 2009).

Η καταπολέμηση του καρκίνου είναι τόσο βιολογική όσο και ψυχολογική μάχη, επειδή οι επιπτώσεις εκτείνονται πιο πέρα από τις σωματικές βλάβες. Πολλοί άρρωστοι αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ψυχολογικές εντάσεις (stress), που σχετίζονται με την αρρώστια και τη θεραπεία τους. Υπάρχουν όμως και άλλοι που δυσκολεύονται. Οι ψυχολογικές αυτές δυσκολίες και καταπονήσεις επιδρούν αρνητικά και στη πορεία της αρρώστιας, και στην ποιότητα ζωής των αρρώστων (Ραγιά 2007).

Η ψυχολογία του ασθενή αναλύεται σε τρία μέρη: Το πένθος και τα στάδια του, δηλαδή τα στάδια προσαρμογής του ασθενή και της οικογένειάς του στην ασθένεια του καρκίνου, τις εμπειρίες που βιώνει ο ίδιος ο ασθενής κατά την διάρκεια της νόσου του, και τα ψυχικά συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής ως αποτέλεσμα των εμπειριών που βιώνει εξαιτίας της ασθένειάς του.

4.2.1. Η ψυχολογία του ασθενή - το βίωμα του πένθους

Η ασθένεια, ιδιαίτερα η σοβαρή και απειλητική για την ζωή, έχει σημαντικές επιπτώσεις σε όλες τις πτυχές του ατόμου. Το ίδιο συμβαίνει και στους ανθρώπους που ξέρουν ότι κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο πάσχει από ανίατη ασθένεια, δηλαδή αρχίζουν να πενθούν και να αντιμετωπίζουν τα οδυνηρά συναισθήματα πριν από την απώλεια. Επίσης, όταν κάποιος υποφέρει από καρκίνο, τόσο ο ίδιος όσο και οι δικοί του άνθρωποι πενθούν για πολύ περισσότερες απώλειες πριν από το θάνατο. Ο ασθενής χάνει την ανεξαρτησία του και τις σωματικές ικανότητές του, ενώ δεν έχει πλέον την πολυτέλεια να κάνει όνειρα για το μέλλον. Από την άλλη πλευρά, ακριβώς όπως συμβαίνει και στην περίπτωση του πένθους ύστερα από έναν θάνατο, ο ασθενής καθώς και το συγγενικό και φιλικό του περιβάλλον μπορεί να βιώνουν πολλά διαφορετικά συναισθήματα (θλίψη, άγχος, θυμό, κατάθλιψη, άρνηση κτλ.) καθώς προσαρμόζονται στη νέα πραγματικότητα (Doka 1993, Γκμπαντί 2006).

Τα άτομα και οι οικογένειες με τη διάγνωση του καρκίνου ακολουθούν τη διαδικασία πένθους που έχει διάφορα στάδια. Ασθενείς και μέλη της οικογένειας του βιώνουν απώλειες που σχετίζονται με την απώλεια της υγείας και της σωματικής λειτουργίας, την απώλεια της ενεργού συμβολής καθώς επίσης και την απώλεια των προνομίων του κοινωνικού ρόλου του ασθενούς και όλων όσων απέρρεαν από τον κοινωνικό αυτό ρόλο, αφορούν ακόμα σε πληθώρα συναισθηματικών και οικονομικών απωλειών (Σαπουντζή – Κρέπια 2004).

Τα στάδια της διαδικασίας του πένθους περιγράφονται, ως εξής: Το στάδιο της διάγνωσης, της άρνησης, του θυμού, της απόσυρσης, της διαπραγμάτευσης και το στάδιο της αποδοχής / αντιμετώπισης (Σαπουντζή – Κρέπια, 2004).

α) *Διάγνωση.* Η στιγμή της διάγνωσης μιας σοβαρής και απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας είναι μια στιγμή που θα αλλάξει με τρόπο καθοριστικό την μετέπειτα ζωή του ίδιου του ατόμου αλλά και των οικείων του. Η ανακοίνωση της διάγνωσης δημιουργεί μία κατάσταση κρίσης που χαρακτηρίζεται από έντονα συναισθήματα καθώς το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με την πιθανότητα του θανάτου. Στο στάδιο της διάγνωσης (schock) ο ασθενής και η οικογένεια παρουσιάζουν μια αδυναμία να αντιδράσουν ή αντιδρούν σπασμωδικά (Doka 1993, Σαπουντζή – Κρέπια, 2004).

Η αντίδραση του ατόμου στην διάγνωση εξαρτάται από 2 σημαντικές κατηγορίες παραγόντων: α) από τους παράγοντες που αφορούν την ίδια την ασθένεια οι οποίοι σχετίζονται με τη φύση της, τη βαρύτητα της, την πρόγνωση και την εξέλιξη της ,το είδος της θεραπείας που απαιτεί, αλλά και από το πώς την αντιμετωπίζει το κοινωνικό σύνολο, β) οι παράγοντες που αφορούν το ίδιο το άτομο σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του, την προσωπική του ιστορία, τις εμπειρίες του κ.α. Όλοι αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν την αντίδραση του ατόμου στην ανακοίνωση της διάγνωσης, καθώς διαμορφώνουν το ιδιαίτερο προσωπικό νόημα που θα αποδώσει

στο πρόβλημα με το οποίο έρχεται αντιμέτωπος (Παπαδάτου 1995).

Σύμφωνα με την Kubler-Ross 1969 η ανακοίνωση της διάγνωσης του καρκίνου μπορεί να προκαλέσει σοκ στο άτομο, το οποίο στην προσπάθεια του να προστατευθεί από το απειλητικό γεγονός, συχνά δυσπιστεί απέναντι στην διάγνωση και ορισμένες φορές την αρνείται.

β) *Άρνηση.* Αμέσως μετά ακολουθεί το στάδιο της *άρνησης (denial).* Η άρνηση είναι ο συχνότερος αμυντικός μηχανισμός και η πρώτη ψυχολογική αντίδραση πολλών ασθενών κατά τη επίγνωση της σοβαρότητας της νόσου. Η άρνηση είναι επίμονη αντίληψη ότι η διάγνωση του καρκίνου δεν έχει ιδιαίτερη σημασία ή αποτελεί απίθανο γεγονός. Εκφράζεται συνήθως με «αμηχανία» και δυσπιστία. Ο άρρωστος και η οικογένειά του αρνούνται δηλαδή να αποδεχτούν το γεγονός. Ορισμένοι ασθενείς αμφισβητούν την διάγνωση, διαβάζουν ειδικά βιβλία, επισκέπτονται ειδικούς ιατρούς, προσπαθώντας να βρουν μια διάγνωση που ελπίζουν να είναι πιο ευνοϊκή για αυτούς Η άρνηση μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα, καθώς οι ασθενείς που οχυρώνονται πίσω από αυτή δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε σκληρή πραγματικότητα. Π.χ. δεν συμμορφώνονται στην αναγκαία παρηγορητική αγωγή, θεωρούν ότι κάποιες διαδικασίες αποκατάστασης δεν τους αφορούν, τρέχουν από ιατρείο σε ιατρείο, με την ελπίδα πως κάποιος θα τους πει κάτι διαφορετικό, πως έγινε κάποιο λάθος. Η άρνηση της διάγνωσης μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ταχύτερη επιβάρυνση της κατάστασης του ασθενούς. Σύμφωνα όμως με τον Freud ο μηχανισμός άμυνας της απάρνησης είναι και ένας τρόπος αποδοχής. Η άρνηση λοιπόν έχει και μια θετική πλευρά. Επιτρέπει στους ασθενείς, που δεν μπορούν να χειριστούν άμεσα ένα τόσο οδυνηρό γεγονός, βαθμιαία και με το πέρασμα του χρόνου, να ξεπερνούν αυτό το στάδιο του πένθους. Ορισμένες φορές η άρνηση προσφέρει ένα ασφαλές καταφύγιο ή ένα πολυπόθητο διάλειμμα μέσα στο οποίο ο ασθενής μπορεί υπομονετικά να κατορθώσει να μάθει, να εξετάσει και να κάνει περισσότερα πράγματα, όταν θα είναι έτοιμος. Παραδόξως, ορισμένες φορές η αποδοχή της άρνησης επιτρέπει σε άλλα συναισθήματα να έρθουν στην επιφάνεια και έτσι να αντιμετωπιστούν (Πεσυρίδου 2004, Σαπουντζή – Κρέπια, 2004, Γκμπαντί, 2006).

γ) *Θυμός.* Ο θυμός σύμφωνα με την Kubler-Ross 1969 πηγάζει από το αίσθημα της αδικίας και της αδυναμίας. Στο στάδιο του θυμού (anger) ο ασθενής και οικογένεια βιώνουν και εκφράζουν θυμό, που είναι μια φυσιολογική και ανθρώπινη αντίδραση, μια διαμαρτυρία. Είναι θυμωμένοι γιατί η καθημερινή τους ζωή και τα σχέδια για το μέλλον ανατράπηκαν ξαφνικά. Οι άνθρωποι εκφράζουν το θυμό τους με διάφορους τρόπους και για διάφορους λόγους. Ο θυμός μπορεί να εκδηλωθεί ως φθόνος, πικρία, ανυπομονησία, εκρήξεις οργής ή απορία για τις αδικίες της ζωής. Ένα από τα βασικότερα προβλήματα που προκύπτουν από τα ξεσπάσματα θυμού είναι ότι ο θυμός θέτει στο στόχαστρό του τα πάντα και τους πάντες, εκτός της αιτίας που τον προκάλεσε. Αντικείμενο των επιθέσεων αυτού του συναισθήματος μπορεί να γίνουν: η οικογένεια του ασθενή,

το συγγενικό και φιλικό του περιβάλλον, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, εντελώς άσχετοι άνθρωποι ή οργανώσεις, το σύστημα υγείας, ενώ ο θυμός μπορεί να στραφεί και σε μεταφυσικά επίπεδα, στο θεό, στην τύχη. Οι άνθρωποι που πενθούν παρουσιάζουν συχνά και απρόσμενα ξεσπάσματα θυμού, με αποτέλεσμα να απομακρύνουν τους άλλους ακριβώς τη στιγμή που χρειάζονται περισσότερο την στήριξή τους. (Σαπουντζή – Κρέπια 2004, Γκμπάντι 2006).

δ) *Απόσυρση.* Στο στάδιο της *απόσυρσης (retreat),* θρήνου και κατάθλιψης ο ασθενής και οικογένεια του θρηνούν για τις απώλειες που υπέστησαν. Υπάρχουν συχνά πολλές απώλειες που υφίστανται οι ασθενείς κατά την διάρκεια της νόσους τους. Εμφανίζουν αναμενόμενη και κατανοητή λύπη κατά την απώλεια της υγείας τους, της ασφάλειας και του ρόλου τους στην οικογένεια, στην εργασία και στην κοινωνική ζωή. Είναι δυνατόν στο στάδιο αυτό ασθενής και οικογένεια του να μην εμφανίζονται στις υπηρεσίες υγείας, να μην εφαρμόζουν τις θεραπείες που τους έχουν συσταθεί και να περνούν μια φάση κατάθλιψης (Πεσυρίδου 2004, Σαπουντζή – Κρέπια 2004).

ε) *Διαπραγμάτευση.* Στο στάδιο της *διαπραγμάτευσης (bargaining)* ο ασθενής και οικογένεια αρχίζουν να συνειδητοποιούν ότι η αρρώστια είναι ένα αμετάκλητο γεγονός και είναι κάτι που μπορεί να συμβεί σ’ όλους τους ανθρώπους. Συχνά οι ασθενείς διαπραγματεύονται με το θεό, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τους εαυτούς τους για την απόκτηση κάποιου επιπλέον χρόνου, μιας δεύτερης ευκαιρίας για την ανασύνταξη της πορείας τους. Η διαπραγμάτευση για ανασύνταξη είναι προσωπική υπόθεση και μπορεί να ενεργήσει ως κινητήριος και ενεργοποιητικός παράγοντας στην υπόλοιπη ζωή του ασθενούς. Είναι δηλαδή μια προσπάθεια να υπερνικηθεί η κρίση και να καλυτερέψει η κατάσταση (Πεσυρίδου 2004, Σαπουντζή – Κρέπια, 2004).

στ) *Αποδοχή / αντιμετώπιση.* Το τελικό στάδιο είναι το στάδιο της αποδοχής/ αντιμετώπισης (acceptance). Ο άρρωστος και οικογένεια αποδέχονται το γεγονός και αντιμετωπίζουν τη ζωή λαμβάνοντας το υπ’ όψιν, γίνονται συνεργάσιμοι και πειθαρχούν στις συνιστώμενες θεραπείες. Η διασφάλιση ενός σταδίου ειρηνικής προσδοκίας και γαλήνιας αποδοχής μπορεί να αποτελέσει τον μοναδικό σκοπό ορισμένων ασθενών. Όμως σε πολλές περιπτώσεις παρέχει η υποταγή και η επιθυμία αξιοπρεπούς θανάτου. Πολλοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την ευκολία με την οποία είναι δυνατή η επίτευξη της αποδοχής και σε πολλούς ασθενείς αυτοί μπορεί να μην είναι απαραίτητη. Για παράδειγμα, μεριές φορές ένα ηλικιωμένο άτομο μπορεί να αποδέχεται τον θάνατο με περισσότερη γαλήνη από ένα νεαρότερο άτομο. Επίσης οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάσουν σημαντικά τη ευκολία αποδοχής του θανάτου είναι η προσωπικότητα του ασθενή. Η εμπιστοσύνη και η αξιοπιστία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού καθώς και ο υποστηρικτικός ρόλος της οικογένειας. (Πεσυρίδου 2004, Σαπουντζή – Κρέπια, 2004).

4.2.2. Οι εμπειρίες του ασθενή από την ασθένειά του

Μερικές από τις εμπειρίες που οι περισσότεροι ασθενείς περιγράφουν ως αρνητικές και ψυχοπιεστικές, είναι:

Ο φόβος της διάγνωσης του καρκίνου

Ο φόβος είναι από τα πιο οδυνηρά συναισθήματα του ανθρώπου και ο φόβος του επερχόμενου θανάτου, είναι ο πιο έντονος που δοκιμάζει ο άνθρωπος που είναι στενά δεμένος με την ζωή και δεν θέλει να την αποχωρισθεί όσο κουραστική και αν είναι. Κάθε ασθενής βιώνει έναν ή περισσότερους φόβους τους οποίους εκδηλώνει με διαφορετικό τρόπο και ένταση (Πεσυρίδου 2004).

Η διάγνωση του καρκίνου πλημμυρίζει το μυαλό των ασθενών και των οικογενειών τους με συναισθήματα άγχους, φόβου, ενοχών, θυμού, άρνησης, ακόμα και κατάθλιψης. Συγκεκριμένα ο καρκίνος του λάρυγγα είναι μία νόσος πολυδιάστατη που επηρεάζει ποικιλότροπα και σε διάφορες κατευθύνσεις την ζωή του ασθενή (Πεσυρίδου 2004).

Ο φόβος της διάγνωσης αποτρέπει ορισμένους ασθενείς να προσφύγουν σε ιατρική βοήθεια και τους απωθεί από την πραγματοποίηση των απαραίτητων εξετάσεων. Αν η νόσος διαγνωσθεί σε πιο προχωρημένο στάδιο, οι ενοχές θα επιδεινώσουν την ποιότητα της ψυχικής ζωής των ασθενών αυτών. Η καθυστέρηση των θεραπευτικών δυνατοτήτων και προοπτικών εξαιτίας του φόβου της διάγνωσης παράλληλα δημιουργούν πλέγμα ενοχών, στο οποίο μπορεί να συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες όπως η υπεραπασχόληση, οι κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις και τα κοινωνικά προβλήματα. (Πεσυρίδου 2004, Ραγιά 2007).

Ένας άλλος παράγων που αποτελεί την αιτία ενοχών σε ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα είναι η αίσθηση της ταλαιπωρίας των συγγενών τους. Οι συγγενείς, τουλάχιστον στην ελληνική πραγματικότητα και με τις κρατούσες συνθήκες, είναι εκείνοι που κατά κανόνα ασκούν δευτερεύον νοσηλευτικό έργο καλούνται να αναλάβουν ένα σημαντικό μέρος της φροντίδας και της στήριξης του.. Ειδικότερα στην φάση της διάγνωσης η οικογένεια, μαζί με τον ασθενή, καλείται να ενημερωθεί και να κατανοήσει την ασθένεια, τα συμπτώματα και την αντιμετώπιση τους, να συμμετέχει στην επικοινωνία με το προσωπικό υγείας και τον προγραμματισμό της θεραπείας, να κατανοήσει το θρήνο του ασθενούς, αλλά να επεξεργαστεί το δικό της θρήνο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι ασθενείς να δημιουργούν αισθήματα εξάρτησης, αδυναμία αυτοδιαχείρισης των υποθέσεων τους και επιβάρυνση των αγαπημένων τους προσώπων. Έτσι δημιουργούνται αισθήματα ενοχής που μπορεί να οδηγήσουν σε αντιδραστική κατάθλιψη, ακόμη και σε επιθετικότητα. Η τελευταία, εάν συμβεί, δημιουργεί στη συνέχεια πρόσθετες ενοχές σ' έναν ανατροφοδοτούμενο φαύλο κύκλο (Bestrong, http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/ sideeffectsofcancer/psychoemotional/guilties/, 2009, Doka 1993).

Η θεραπευτική αγωγή

Η ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων και ιδιαίτερα της διάγνωσης του καρκίνου αποτελεί μία συγκλονιστική εμπειρία για τον ασθενή ο οποίος βιώνει μία υπαρξιακή κρίση καθώς αναθεωρεί το νόημα της ζωής και καλείται να επιλέξει τη κατάλληλη για αυτόν θεραπεία (Πανουδάκη-Μπροκαλάκη & Μπροκολάκη 2003).

Μετά την διάγνωση του καρκίνου του λάρυγγα ο ασθενής συζητά με τον ιατρό του για την θεραπεία που πρόκειται να ακολουθήσει. Η θεραπεία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η ακριβής εντόπιση, το μέγεθος του όγκου και από το εάν ο όγκος αυτός έχει εξαπλωθεί. Ο ιατρός για να σχεδιάσει την θεραπεία λαμβάνει υπόψιν του την ηλικία του ασθενή, την γενική ου κατάσταση και την γνώμη του σχετικά με την προτεινόμενη θεραπεία (National Cancer Institute 2002).

Πολλοί ασθενείς επιθυμούν να μάθουν για την ασθένεια τους και τις θεραπευτικές επιλογές γι να λάβουν ενεργό ρόλο στις σχετικές αποφάσεις. Ο ασθενείς ίσως θελήσει να δοκιμάσει νέες μεθόδους θεραπείας σε θεραπευτικά προγράμματα.

Η επιλογή της θεραπείας μπορεί να επηρεάσει την εμφάνιση του ασθενή και τον τρόπο που αναπνέει και ομιλεί. Εάν η θεραπευτική επιλογή αφορά στην ολική λαρυγγεκτομή ο ασθενής συμβουλεύεται ειδικό λογοθεραπευτή.

Τα πιθανά ερωτήματα ασθενών με Ca λάρυγγα συνήθως αφορούν στο:

- Ποιες είναι οι θεραπευτικές επιλογές;
- Είναι κατάλληλη μια πειραματική θεραπεία;
- Ποια είναι τα αναμενόμενα οφέλη από κάθε τύπο θεραπείας;
- Ποιοι είναι οι κίνδυνοι και οι πιθανές παρενέργειες κάθε θεραπείας;
- Θα έχει επίπτωση στην ομιλία;
- Θα έχει επίπτωση στην εμφάνιση;
- Θα αλλάξουν οι καθημερινές δραστηριότητες; Αν ναι, για πόσο;
- Πόσο συχνά θα χρειάζεται επανέλεγχος; (National Cancer Institute 2002).

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, συγκριτικά με εκείνους που δεν κάνουν, υπόκεινται σε μεγαλύτερη ψυχολογική υπερένταση και δυσφορία, ίσως επειδή καθημερινά βρίσκονται στο νοσοκομείο, διασπάται η καθημερινή τους ζωή και θυμούνται καθημερινά το γεγονός ότι έχουν καρκίνο. Ακόμη τους προβληματίζει η σχετικά απρόσωπη φύση της ακτινοβολίας, αφού μένουν μόνοι στο χώρο της θεραπείας (Ραγιά 2007).

Επί πλέον, η αναπηρία που συχνά δημιουργείται από τη χειρουργική θεραπεία, προκαλεί στον ασθενή αμφισβήτηση της προσωπικής του αξίας, μειονεκτικότητα, ακόμη και μελαγχολία. Η

λαρυγγεκτομή είναι αναμφισβήτητα πολύ σοβαρή εγχείρηση, που αφήνει μεγάλη αναπηρία. Η απειλή της αλλαγής του τρόπου ομιλίας ή ακόμα χειρότερα, της διακοπής της, αυτής της τόσο σημαντικής λειτουργίας, που είναι η βάση της επικοινωνίας και της κοινωνικής αλληλεξάρτησης, απαιτεί ικανές συναισθηματικές δυνάμεις και δεν είναι περίεργο που ακόμα και οι φυσιολογικές αντιδράσεις στον καρκίνο του λάρυγγα προεγχειριτικά και μετεγχειρητικά χαρακτηρίζονται από έντονο άγχος, έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα, πολύ συχνά από αυτοκτονικές τάσεις και μεγάλη αναποφασιστικότητα για την επέμβαση (Ραγιά 2007).

Η προοπτική της κατάστασης αυτής είναι φυσικό να φοβίζει τους αρρώστους προκειμένου να πάρουν την απόφαση να υποβληθούν σε μια τόσο βαριά επέμβαση. Οι ψυχολογικές όμως επιπτώσεις παρουσιάζονται βαθμιαία μετά τη λαρυγγεκτομή, όταν ο άρρωστος συνειδητοποιήσει τη φωνητική του αναπηρία. Οι επιπτώσεις αυτές είναι εντονότερες σε άτομα που χρησιμοποιούν επαγγελματικά τη φωνή τους, αλλά και σε άλλα που από το χαρακτήρα τους ήταν πολύ ομιλητικά. Έτσι, στα άτομα αυτά παρατηρείται προοδευτική δυσθυμία και απογοήτευση που μπορεί να εξελιχθεί σε μελαγχολία με πολύ δυσάρεστα επακόλουθα (Χελιδόνης 2004, Ραγιά 2007).

Και η χημειοθεραπεία υπενθυμίζει στον ασθενή τη σοβαρή περιπέτεια της υγείας του. Το άγχος και η κατάθλιψη που βιώνουν επιδρούν αρνητικά στην ομαλή συνέχιση της ζωής τους και περιπλέκουν την ιατρική τους αγωγή, οδηγώντας μάλιστα πολλούς ασθενείς στην πρόωρη διακοπή της θεραπείας τους. Έτσι ο βαθμός άγχους των ασθενών πριν από τη χημειοθεραπεία καθορίζει αφενός την ποιότητα της ζωής τους και αφετέρου την τήρηση των ιατροφαρμακευτικών εντολών, μετά δε από αυτή είναι καθοριστικός για την ένταση με την οποία θα βιώνουν της δυσάρεστες παρενέργειές της (Ραγιά 2007).

Η εικόνα του σώματος

Η εικόνα του σώματος είναι η εσωτερική αναπαράσταση που έχει ο κάθε άνθρωπος για την εξωτερική του εμφάνιση. Η κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση αντιδράσεων στην αλλαγή της εικόνας του σώματος είναι : η ηλικία, η λειτουργική αξία μέλους του σώματος (φωνητικές χορδές- φώνηση), η σπουδαιότητα της κοινωνικής εμφάνισης στο κοινωνικό σύνολο (τραχειοστομία) και η δυνατότητα αποκατάστασης. Η εικόνα σώματος διαταράσσεται με διάφορους τρόπους όταν ένα άτομο μάθει ότι πάσχει από καρκίνο του λάρυγγα και αυτό γιατί οι θεραπείες της επιφέρουν ριζικές αλλαγές στο σώμα. Οι θεραπείες για τον καρκίνο του λάρυγγα επιφέρουν αντικειμενικές αλλαγές όπως είναι η απώλεια μαλλιών, η αφαίρεση μέρους του σώματος (λαρυγγεκτομή), κηλίδες στο δέρμα, χειρουργικά σημάδια, αλλαγή του σωματικού βάρους, σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Στην ολική λαρυγγεκτομή αφαιρούνται οι φωνητικές χορδές του ασθενούς, έχοντας ως συνέπεια την απώλεια της φωνής του. Επειδή όμως ο άνθρωπος είναι

εξ'ορισμού κοινωνικό ον μία τέτοια απώλεια τον απομονώνει κοινωνικά διότι ο λάρυγγας είναι όργανο παραγωγής ήχου και εργαλείο καθορισμού κοινωνικότητας και συνδιαλλαγής του ατόμου. Οι Dopkin και συν 1983 κάνοντας μία κλίμακα <<ευπάθειας>> σε λειτουργική απώλεια και σωματική παραμόρφωση για την πρόβλεψη μελλοντικών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του ασθενή με οπωσδήποτε καρκίνο, βρήκαν ότι η απώλεια της φωνής ήταν η πιο σοβαρή λειτουργική απώλεια και σχετίζονταν με πιο παρατεταμένη ανάρρωση, πιο παρατεταμένη κοινωνική απομόνωση και πιο σοβαρή κατάθλιψη. Η ομιλία είναι σημαντική για την επίτευξη των καθημερινών δραστηριοτήτων του ανθρώπου και η προοπτική αυτής της απώλειας είναι τρομακτική (Μάτζιου 2003, Ιακωβίδης και Ιακωβίδης 2007).

Η υγεία εμφανίζεται σαν μία ολότητα και η ασθένεια σαν μία προειδοποίηση για αλλαγή του τρόπου ζωής. Αυτή η προειδοποίηση συνοδεύεται και απαρτίζεται στην περίπτωση ασθενών με λαρυγγεκτομή και μόνιμη τραχειοστομία από ορισμένα σημεία σωματικής διαφοροποίησης, που αφορούν βασικές λειτουργίες, όπως τον τρόπο αναπνοής, ομιλίας και εμφάνισης και οι οποίες συντελούν και ολοκληρώνουν την διαφοροποίηση της σωματικής εικόνας του ασθενή με μόνιμη τραχειοστομία. Ο ασθενής ζει έντονες εφιαλτικές καταστάσεις ψυχικής και σωματικής διαφοροποίησης για αυτό λοιπόν είναι πρόκληση για τον ασθενή με μόνιμη τραχειοστομία να επανενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο (Πηλίχου 1998).

Έτσι ο ασθενής επηρεάζεται ψυχολογικά από την προοπτική να υποστεί αυτές τις αλλαγές καθώς και όταν τις βιώνει. 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 δραστηριότητες. 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 (Παναγιωτοπούλου 2009). Οι λαρυγγεκτομηθέντες για να ξεπεράσουν την απώλεια και να δεχτούν την νέα εικόνα του σώματος χρειάζονται χρόνο και υποστηρικτικό περιβάλλον (Μάτζιου 2003).

Η προσωπική στάση και αντίδραση του ασθενούς απέναντι στον καρκίνο του λάρυγγα εξαρτάται είναι εξατομικευμένη και επηρεάζεται αφενός μεν από την προσωπικότητα του ατόμου, και αφετέρου από τις πολιτιστικές και φιλοσοφικές του αντιλήψεις, τις επιδράσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος και από την επάρκεια των υποστηρικτικών υπηρεσιών υγείας. Ο καρκίνος είναι ίσως η μόνη ασθένεια που προκαλεί σοβαρές διαταραχές και μεταβολές τόσο στην σωματική

εικόνα τόσο και στην δομή της οικογένειας. Η επικοινωνία μαζί του θα συμβάλλει στην ανάπτυξη αμυντικών μηχανισμών οι οποίοι θα του δώσουν την δυνατότητα προσαρμογής στην αλλαγή της σωματικής του εικόνας. Για να ξεπεράσει την απώλεια και να δεκτή την νέα εικόνα του σώματος χρειάζεται χρόνο και υποστηρικτικό περιβάλλον (Μάτζιου 2003).

Το αίσθημα της μόνωσης

Οι ασθενείς με καρκίνο δοκιμάζουν ένα διαπροσωπικό δίλημμα. Από το ένα μέρος, έχουν ανάγκη να συζητήσουν τα συναισθήματα τους με αγαπημένα τους πρόσωπα, και από το άλλο, φοβούνται την απόρριψη (Ραγιά 2007).

Οι λαρυγγεκτομηθέντες βιώνουν περισσότερο το αίσθημα της μόνωσης λόγω αδυναμίας προφορικής επικοινωνίας, δυσφορίας για τις αλλαγές στην εξωτερική τους εμφάνιση (τραχειοστομία) καθώς και της διαταραχής των κοινωνικών τους σχέσεων. Έτσι ο ασθενής δυσκολεύεται να αποδεχθεί την απώλεια, να προσαρμοσθεί στον νέο τρόπο ζωής, καθώς και να εκφράσεις τις απορίες και τα συναισθήματα του (Ulrich et al 1994).

Στην κοινωνική απομόνωση του ασθενή με καρκίνο συντελεί και η απόσυρση φιλικών προσώπων, για να μην φαίνεται η ζωτικότητα τους σε αντιπαράθεση με την αδυναμία του ασθενούς. Επίσης νιώθουν μόνωση και όταν δεν έχουν κοντά τους κατάλληλα πρόσωπα για να εξωτερικεύσουν τις μυστικές τους αγωνίες και το φόβο τους για τον ενδεχόμενο θάνατο. Ο φόβος της αποξένωσης και απαλλοτρίωσης από τα δικά τους πρόσωπα, μπορεί να είναι μεγαλύτερος και από τον φόβο του θανάτου. Το δίλημμα που βιώνει ο ασθενής είναι: να μην εξωτερικεύεται και να υποφέρει μόνος ή να εκφράζει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, ριψοκινδυνεύοντας την απομάκρυνση των οικείων του. Ορισμένοι ασθενείς δεν μπορούν να αντέξουν τη μόνωση, δεν μπορούν να την υπερβούν πνευματικά με αποτέλεσμα καταφεύγουν σε καταχρήσεις ακόμη και στην αυτοκτονία (Ραγιά 2007).

Οι Hamrin και συν σε έρευνα τους το 1996 αναφέρουν ότι η άρνηση του καρκίνου από το κοινωνικό σύνολο, η αποφυγή της συζήτησης από φίλους και συγγενείς δημιουργεί στον ασθενή ένα αίσθημα απόρριψης και αρνητικής αντίληψης από τον κοινωνικό περίγυρο (Κάρλου 2002).

Τα παραπάνω προβλήματα αντιμετωπίζονται από τους ασθενείς με την εκτέλεση ή αποφυγή ορισμένων πράξεων, με μελαγχολία ή υπομονή και ελπίδα. Όταν ο δέκτης της ψυχής του αρρώστου συλλάβει το βαθύτερο πνευματικό νόημα της αρρώστιας, τότε την αντιμετωπίζει με πίστη, ελπίδα και υπομονή. Πάντως οι περισσότεροι άρρωστοι δυσκολεύονται, λυγίζουν, τα χάνουν, αδυνατίζουν από τη ψυχική οδύνη. Αυτοί ακριβώς έχουν ανάγκη να ανακουφισθούν και να βοηθηθούν με ειδικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Ραγιά 2007).

Η αδυναμία της αισθητικής άρνησης

Μετά την επέμβαση, η λαρυγγεκτομή και οι συνέπειές της δεν μπορούν να κρυφτούν, στερώντας έτσι τον ασθενή από τον μηχανισμό της άρνησης που έχει φανεί πόσο ευεργετικά δρα στη δυσφορία και, επιπλέον έχει βρεθεί να σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης (Ιακωβίδης & Ιακωβίδης 2007).

Η ζωή με τον καρκίνο

Ο καρκίνος είναι μία πολυδιάστατη νόσος που επηρεάζει ποικίλα και σε διάφορες κατευθύνσεις την ζωή του ασθενή. Η γνώση ότι πάσχει από νόσο απειλητική για την ζωή, η ελλιπής πληροφόρηση του, η αβεβαιότητα για την πρόγνωση, το στίγμα και οι κοινωνικές προκαταλήψεις, ο φόβος και το βίωμα του πόνου καθώς και ο φόβος του αναξιοπρεπούς θανάτου, είναι στοιχεία που δημιουργούν προβλήματα προσωπικής, κοινωνικής, οικονομικής και σεξουαλικής φύσεως. Ανάλογα αρνητική επίδραση έχουν και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις. Οι ακρωτηριασμοί και οι ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις, οι χημειοθεραπείες και οι ακτινοθεραπείες επιδρούν πολλαπλά στον ασθενή επηρεάζοντας τον σε σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο (Κατσαραγάκης 2002).

Οι ασθενείς ανησυχούν καθώς συνεχίζουν να ζουν με τον καρκίνο. Ο φόβος της υποτροπής είναι πάντα παρόν. Κι αυτοί ακόμη που θεραπεύτηκαν, ποτέ δεν ξεχνούν τελείως ότι είχαν καρκίνο – αν βέβαια το ήξεραν – και ποτέ δεν χάνουν το φόβο μιας νέας μετάστασης. Τελικό αποτέλεσμα είναι να κλονίζεται η προσωπικότητα του και να οδηγείται στο άγχος και την κατάθλιψη ελαχιστοποιώντας το επίπεδο της ποιότητας ζωής του (Ραγιά 2007, Κατσαραγάκης 2002).

Οι απώλειες που μπορεί να βιώνει το άτομο που πάσχει από καρκίνο του λάρυγγα είναι πολλαπλές και μπορεί να αφορούν τόσο το παρόν όσο και το μέλλον. Σχέδια και όνειρα, η καθημερινότητα και ο τρόπος με τον οποίο έβλεπε το άτομο τον εαυτό του και τη ζωή, ξαφνικά ανατρέπονται και καταρρέουν δημιουργώντας την αίσθηση της ασυνέπειας και της ρήξης με αυτό που ως τώρα θεωρούνταν δεδομένο (Frank, 1991,1995).

Το άτομο καλείται να βρει ξανά τον εαυτό του και να δώσει καινούργιο νόημα στην ζωή κάτω από το πρίσμα της νέας πραγματικότητας με την οποία έρχεται αντιμέτωπος. Η διεργασία του θρήνου για αυτό που χάθηκε αρχίζει μετά την διάγνωση και συνοδεύει όλη την πορεία της ασθένειας, καθώς το άτομο έρχεται διαρκώς αντιμέτωπο με τις νέες απώλειες.

Τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχθεί πόσο σημαντικό είναι να διασφαλίζεται όσο το δυνατόν καλύτερα η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα. Στην σημερινή εποχή είναι αποδεκτό ότι η ποιότητα επιβίωσης είναι εξίσου σημαντική με την διάρκειά της.

4.3. Οι ψυχικές διαταραχές σε ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα

Οι ψυχικές διαταραχές περιλαμβάνουν ένα μεγάλο εύρος προβλημάτων που σχετίζονται με την ψυχική κατάσταση αλλά και την συμπεριφορά των ασθενών. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει γίνει πλέον αποδεκτό ότι για την κατανόηση των ψυχικών διαταραχών πρέπει να γίνει μία βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του ασθενή (Παπαζήσης 2005).

Μετά την διάγνωση του καρκίνου και κατά την διάρκεια της θεραπείας οι ασθενείς βρίσκονται αντιμέτωποι με την πρόκληση της νόσου. Δημιουργούνται προβλήματα στις σχέσεις με τους γύρω τους και οι προτεραιότητες τους αλλάζουν. Τροποποιούνται οι αντιλήψεις για την ζωή και ο ασθενής θα πρέπει να ξεπεράσει πάρα πολλά εμπόδια διαφορετικά είναι πιθανόν να αναπτύξει κάποιας μορφής ψυχολογικής δυσλειτουργίας όπως το άγχος και η κατάθλιψη (Κάρλου 2002).

Σύμφωνα με τον Σολδάτο 1981, το 25% των ασθενών με καρκίνο εμφανίζουν ψυχιατρικές εκδηλώσεις οι οποίες χρήζουν ειδικής αντιμετώπισης.

Οι συνήθεις ψυχικές διαταραχές είναι: το στρες – το άγχος και ο πανικός καθώς και η θλίψη – κατάθλιψη.

4.3.1. Το στρες – το άγχος και ο πανικός

Το άγχος και το στρες αποτελούν ένα σύγχρονο φαινόμενο του δυτικού πολιτισμού. Οι περισσότεροι άνθρωποι σήμερα ταλαιπωρούνται από το καθημερινό άγχος της σύγχρονης ζωής, το οποίο σε ακραίες περιπτώσεις δημιουργεί ιδιαίτερα σοβαρά προβλήματα όπως διαταραχές του άγχους και του πανικού ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από ανίατες ασθένειες όπως είναι ο καρκίνος του λάρυγγα, που προβάλλουν εντονότατα ως ένα από τα πλέον σημαντικά θέματα προς αντιμετώπιση από τους ειδικούς (Καλπάκογλου 1997).

Το στρες, είναι μία δυσάρεστη σωματική και ψυχολογική κατάσταση που περιλαμβάνει αίσθημα τάσης, φόβου ή ακόμα και τρόμου και αποτελεί μία φυσιολογική αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού απέναντι σε έναν «κίνδυνο» του οποίου η πηγή είναι άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Συνήθως το άγχος εκδηλώνεται ως μη ειδική αντίδραση προς μεταβολές ή απειλές του εσωτερικού ή του εξωτερικού περιβάλλοντος. Συνδέεται σχεδόν πάντοτε με την έννοια της απειλής – του αισθήματος ευεξίας του ανθρώπου και χαρακτηρίζεται από ασάφεια και έλλειψη αντικειμενικότητας. Εστιάζεται συνήθως σε ένα μεγάλο αριθμό καθημερινών γεγονότων και δραστηριοτήτων (Παπαζήσης 2005, Ραγιά 2007).

Πολλοί ασθενείς με καρκίνο γενικά και καρκίνο του λάρυγγα ειδικότερα εκ φύσεως αισθάνονται στρες, άγχος, φόβο, μοναξιά, θυμό, άρνηση και πανικό. Όλα αυτά τα συναισθήματα είναι απολύτως κατανοητά και μπορεί να αποτελέσουν φυσιολογικές αντιδράσεις σε μία

δυσάρεστη κατάσταση όπως είναι η διάγνωση μιας ανίατης ασθένειας. Τείνουν, επίσης να είναι πιο εμφανή την περίοδο αμέσως μετά την γνωστοποίηση της διάγνωσης και λίγο πριν την έναρξη της θεραπείας. Για τους ασθενείς αυτούς ο φόβος του αγνώστου μπορεί να αποτελέσει σημαντικό θέμα. Ιδιαίτερα στρεσσογόνες έχουν αποδειχθεί οι χειρουργικές θεραπείες (όπως η λαρυγγεκτομή, η μαστεκτομή, και η κολοστομία) που αλλάζουν την εμφάνιση ή την αντίληψη που έχει το άτομο για τον εαυτό του και ενδεχομένως να έχουν σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις (Garet 2000).

Τα συμπτώματα του άγχους περιλαμβάνουν υποκειμενικά συναισθήματα τάσης και εκνευρισμού, υπερβολικής λύπης, δυσκολίας να εκφράσει προφορικά το άγχος του, ευερεθιστότητας, νευρικότητας, δυσκολίας στη συγκέντρωση , διαταραχές ύπνου, και σωματικά συμπτώματα, όπως αίσθημα παλμών, αίσθημα πνιγμονής, τρόμος, ζάλη, κόπωση, δύσπνοια, πόνος στο στήθος, και σημεία εφίδρωσης από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Τα συμπτώματα μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν γνωσιακή δυσλειτουργία, όπως έλλειψη προσοχής και πρόβλημα συγκέντρωσης. Επίσης, τα άτομα που βιώνουν άγχος τείνουν να αποφεύγουν καταστάσεις ή ερεθίσματα που σχετίζονται με το άγχος. Άλλα σωματικά συμπτώματα που μπορεί να προκαλούνται από το υπερβολικό άγχος είναι η ξηροστομία, ο θωρακικός πόνος, γαστρεντερικές διαταραχές, αίσθημα ζάλης και ιλίγγου, σύσπαση των μυών, αίσθημα δυσκολίας στην αναπνοή, δερματικά συμπτώματα. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι παρόντα καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας ή να εμφανίζονται πιο έντονα ανά περιόδους όπως επισκέψεις σε ιατρεία, επαναλήψεις των εξετάσεων, αναμονή των αποτελεσμάτων κ.τ.λ. (Καλπάκογλου 1997, Παπαζήσης 2005, Ulrich et al 1994).

Το άγχος σε ασθενείς με Ca λάρυγγα οφείλεται κυρίως:

α) στην διάγνωση, την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και την μεταβολή της εξωτερικής εμφάνισης. Σε ολική λαρυγγεκτομή οι ασθενείς προβληματίζονται και για την απώλεια της φωνής τους που προκύπτει από την επέμβαση.

β) την μη κατανόηση των διαγνωστικών εξετάσεων, της αγωγής που πρέπει να λάβει ο ασθενής για την παράκαμψη των αεροφόρων οδών και την πρόθεση της συσκευής ομιλίας (σε ολική λαρυγγεκτομή),

γ) με τις αναμενόμενες μεταβολές του συνήθους τρόπου ζωής, με τον αποχωρισμό από τους οικείους του καθώς και το ξένο περιβάλλον (Ulrich et al 1994).

Τέλος η διαταραχή πανικού είναι από τις πιο συχνές ψυχικές παθήσεις κατά την οποία ο ασθενής παρουσιάζει αιφνίδια και απρόσμενα επεισόδια έντονου φόβου και άγχους. Η διάρκεια τους μπορεί να είναι από μερικά λεπτά έως μερικές ώρες και συνήθως εκδηλώνονται χωρίς καμία προειδοποίηση. Η βαρύτητα και συχνότητα των κρίσεων πανικού ποικίλουν ευρέως. Στην κλινική εξέταση, οι ασθενείς με διαταραχή πανικού έχουν συχνά παροδική ταχυκαρδία, αυξημένη

συστολική πίεση, πόνο στο στήθος, αίσθημα ασφυξίας, εφίδρωση στη διάρκεια κάποιων κρίσεων πανικού. (Καλπάκογλου 1997, medlook, http://www.medlook.net/article.asp?item_id=1616, 2008).

Όλες αυτές οι ψυχοσωματικές αντιδράσεις που δημιουργούνται στον καρκινοπαθή συνήθως τείνουν να μειώνονται με την πάροδο του χρόνου , αλλά ο φόβος ενδέχεται να είναι εξαιρετικά βαθύς ακόμα και χρόνια μετά την θεραπεία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργείται φαύλος κύκλος φόβου και άγχους (Παναγιωτοπούλου 2009).

4.3.2. Θλίψη & κατάθλιψη

Υπάρχουν συχνά πολλές απώλειες που υφίστανται οι ασθενείς κατά την διάρκεια της νόσου τους. Εμφανίζουν αναμενόμενη και κατανοητή λύπη κατά την απώλεια της υγείας τους, της ασφάλειας και του ρόλου τους στην οικογένεια, στην εργασία και στην κοινωνική ζωή. Και ως απόρροιας της στάσης στον θάνατο, υπάρχει η μελαγχολική αντίδραση, η οποία διακρίνεται από την κλινική κατάθλιψη που μπορεί να αντιμετωπισθεί (Πεσυρίδου 2004).

Η θλίψη και η κατάθλιψη είναι μία από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται σε όλες τις ηλικίες και συχνότερα στις γυναίκες. Μπορεί να εμφανιστεί σταδιακά ή να έχει απότομη έναρξη. Στην περίπτωση όπου υπάρχει μία σωματική ασθένεια όπως ο καρκίνος του λάρυγγα, η κατάθλιψη είναι πιο σύνθετη καθώς το άτομο μπορεί να νιώθει ανίκανο και να θεωρεί μάταιο να ακολουθήσει τις θεραπείες. Ακόμα και αν τις ακολουθεί, είναι γνωστό ότι η καλή ψυχολογική κατάσταση είναι παράγοντας θετικής έκβασης (Παναγιωτοπούλου 2009).

Η κατάθλιψη σε ασθενή με Ca λάρυγγα οφείλεται:

α) σε μεταβολές στην εμφάνιση και την λειτουργία του σώματος, όπως απώλεια της ικανότητας φυσιολογικής ομιλίας, γέλιου, διαταραχή της αίσθησης της όσφρησης και της γεύσης (ως συνέπεια της θεραπείας που ακολουθεί ο ασθενής) και

β) σε πιθανές μεταβολές στον τρόπο της καθημερινής διαβίωσης, όπως απώλεια φωνής, προβλήματα στην σίτιση, διαταραχές της αυτοεικόνας και των διαπροσωπικών σχέσεων (Ulrich 1994).

Η κατάθλιψη είναι πιθανότερο να εκδηλωθεί σε ανθρώπους που ακολουθούν πιο τοξικές θεραπείες, στους νεότερους ασθενείς, σε όσους πάσχουν από πιο σοβαρούς καρκίνους, σε όσους αντιμετωπίζουν κοινωνικές δυσκολίες και σε όσους έχουν ιστορικό ψυχικών νοσημάτων. Περίπου ένας στους τρεις ασθενείς με καρκίνο παρουσιάζουν πιο σοβαρή ή επίμονη κατάθλιψη (Garet 2000).

Η ανακοίνωση μιας δυσάρεστης διάγνωσης όπως είναι ο καρκίνος του λάρυγγα, η διαδικασία των θεραπειών, οι επαναλαμβανόμενες εξετάσεις, ο αντίκτυπος στην προσωπική και επαγγελματική ζωή είναι μερικοί από τους λόγους για τους οποίους μπορεί ένα άτομο 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 (Παναγιωτοπούλου 2009).

Η κατάθλιψη εκδηλώνεται αρχικά με ελαχιστοποίηση της διάθεσης καθ'όλη την διάρκεια της ημέρας, ανηδονία καθημερινών δραστηριοτήτων, έλλειψη ενδιαφέροντος, αίσθημα μοναξιάς και ευερεθιστότητα. Στα συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται ανορεξία, διαταραχές στον ύπνου (αϋπνία ή υπερυπνία), αίσθημα απελπισίας και ματαιότητας καθώς και κρίσεις πανικού. Συνήθως ο ασθενής μπορεί να αντιμετωπίζει δυσκολίες στη συγκέντρωση αλλά και στη μνήμη του, να βιώνει αισθήματα ενοχής, αναξιότητας, ματαιότητας και ευαλωτότητας (Παναγιωτοπούλου 2009). Μερικές φορές οι ασθενείς μπορεί να αναπτύσσουν αισθήματα ενοχής, που συχνά είναι παράλογα. Μπορεί να πιστεύουν λανθασμένα ότι οι ίδιοι προκάλεσαν την ασθένεια στον εαυτό τους ως συνέπεια του τρόπου της ζωής τους ή επειδή έχουν μία συγκεκριμένη συναισθηματική διάθεση.. Ορισμένοι ασθενείς αισθάνονται στιγματισμένοι και απομακρύνονται από την κοινωνική ζωή (Garet 2000, Καραμπέλας 2003).

Όλα αυτά συνήθως συνοδεύονται και από σωματικά συμπτώματα όπως το αίσθημα κόπωσης, πόνους στο σώμα, αλλαγή βάρους, υπερδιέγερση και ανησυχία, απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος. Δεν είναι σπάνιο το άτομο να έχει αυτοκαταστροφικά συναισθήματα (Παναγιωτοπούλου 2009).

Όταν λοιπόν, το άτομο βιώνει αρκετά από τα παραπάνω συμπτώματα τότε το πιο πιθανό είναι να υποφέρει από κατάθλιψη. Η αναγνώριση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης, καθώς και η σωστή ενημέρωση των ασθενών για την νόσο τους, θα μπορούσαν να συμβάλουν στην πιο εύκολη από μέρους τους λήψη αποφάσεων, υιοθέτησης ριζικών και ευνοϊκών αλλαγών στον τρόπο ζωής τους μετά την διάγνωση του καρκίνου (Παναγιωτοπούλου 2009).

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε στο πανεπιστήμιο του Stanford στην Καλιφόρνια σε μία ομάδα ασθενών με καρκίνο αποδείχθηκε ότι εάν η κατάθλιψη παραμείνει χωρίς θεραπεία στους καρκινοπαθείς, τότε η διάρκεια ζωής τους μπορεί να μειωθεί. Είναι γεγονός ότι η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά το σύστημα άμυνας του οργανισμού. Εργαστηριακές έρευνες έδειξαν ότι σε καρκινοπαθείς ασθενείς, τα κύτταρα του ανοσολογικού συστήματος που ονομάζονται *natural killers* δεν έχουν μια φυσιολογική δράση (Garet 2000).

Σε μια ανάλογη έρευνα που έγινε από το πανεπιστήμιο του Λος Άντζελες σε ασθενείς με μελάνωμα, φάνηκε ότι αυτοί που ελάμβαναν μέρος σε ομαδική θεραπεία για την αντιμετώπιση της

κατάθλιψης, είχαν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν μια επιβίωση αυξημένη κατά 5 έως 6 χρόνια, σε σχέση με αυτούς που δεν τύγχαναν μιας τέτοιας αντιμετώπισης (Garet 2000).

Παρά το γεγονός ότι ορισμένες μελέτες έδειξαν ότι η χρόνια κατάθλιψη συσχετίσθηκε με μεγαλύτερο κίνδυνο καρκίνου, εντούτοις χρειάζονται ακόμη περισσότερες έρευνες που να τεκμηριώνουν την αιτιολογική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και καρκίνου. Η έγκαιρη διάγνωση και ορθή αντιμετώπισή της κατάθλιψης είναι ευεργετική σε πολλά επίπεδα όχι μόνο για τους καρκινοπαθείς ασθενείς αλλά και για όλους τους άλλους (Πεσυρίδου 2004).

Συμπερασματικά λοιπόν υπάρχουν τεκμηριωμένες έρευνες που υποστηρίζουν το γεγονός ότι η αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους καρκινοπαθείς ασθενείς όχι μόνο μειώνει τον πόνο, την κούραση και άλλα σωματικά συμπτώματα που ταλαιπωρούν τους καρκινοπαθείς αλλά ταυτόχρονα αυξάνει τη διάρκεια και βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους (Πεσυρίδου 2004).

4.4. Η αποκατάσταση της φωνής και η ποιότητα της μετά από ολική λαρυγγεκτομή

Οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε ολική λαρυγγεκτομή πριν από την διενέργεια της επέμβασης ενημερώνονται από τον ιατρό τους για τους τρόπους αποκατάστασης της φωνής τους. Η αποκατάσταση της ομιλίας μετά από ολική λαρυγγεκτομή είναι δυνατόν να επιδιωχθεί με τρεις τρόπους:

α) οισοφαγική ομιλία

β) ομιλία μέσω φωνητικής πρόθεσης

γ) ρομποτική ομιλία μέσω ηλεκτρικού λάρυγγα

Η οισοφαγική ομιλία είναι δυνατόν να προσφέρει μία αξιοπρεπή δυνατότητα επικοινωνίας. Απαιτεί αρκετούς μήνες διδασκαλίας και το ποσοστό ασθενών που τελικά θα το επιτύχουν κυμαίνεται ευρέως. Η βασική αρχή σε αυτήν την μέθοδο ομιλίας είναι η κατάποση αέρα και κατόπιν αναγωγή αυτού από το στομάχι στον οισοφάγο. Η μαλακοί ιστοί της περιοχής αναγκάζονται σε παλμική κίνηση και το αποτέλεσμα είναι η παραγωγή ήχου, προφέροντας έναν συνδυασμό φθόγγων και προκαλώντας ομιλία. Μερικοί ασθενείς αναπτύσσουν ικανοποιητική ομιλία με αυτόν τον τρόπο. Οι δυσκολίες που ενδεχομένως να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης είναι ανεπιθύμητες συμπεριφορές ως προς την αποτελεσματικότητα που μπορεί να έχει αυτός ο τρόπος ομιλίας και πρέπει άμεσα να απομακρυνθούν. Ο ασθενής διδάσκεται να αποφεύγει τις περιττές κινήσεις της κεφαλής και του λαιμού και γενικότερα να αποφεύγεται η ένταση στο σώμα, ένα σημαντικό πρόβλημα που παρουσιάζεται είναι κατά τη διαδικασία που ο ασθενής καταπίνει αέρα, ο αέρας αυτός να συσσωρεύεται σε μεγάλη ποσότητα στο στομάχι και να δημιουργηθεί αίσθηση πρηξίματος. Η εναλλακτική αυτή φωνή είναι πιο κοντά στη φυσιολογική, είναι κατανοητή, απ’ ότι η παραγωγή φωνής με το λαρυγγόφωνο, όμως πιο αργή, όχι πολύ δυνατή

σε ένταση. Χρησιμοποιεί τα φυσικά όργανα που υπάρχουν στο λαιμό για να παραχθεί και να βελτιωθεί η επικοινωνία του ασθενή για να προσαρμοστεί στις νέες καταστάσεις και να επανακτήσει λεκτική επικοινωνία. Έτσι λοιπόν η οισοφαγική ομιλία αν και ακούγεται χαμηλή και θολή, πολλοί την προτιμούν αντί του μηχανήματος γιατί θυμίζει περισσότερο την κανονική ομιλία (Δαβρής 2002, Χελιδόνης 2004)

Σε περιπτώσεις αποτυχίας της οισοφαγικής ομιλίας ή για περαιτέρω βελτίωση της χησιμοποιούνται οι φωνητικές προθέσεις που τοποθετούνται με δημιουργία τραχειοοισοφαγικής επικοινωνίας (συρίγγιο), είτε κατά την διάρκεια της αρχικής επέμβασης είτε αργότερα. Μέσα σε αυτό το συρίγγιο εφαρμόζεται βαλβίδα μις κατεύθυνσης. Με αυτόν τον τρόπο επιτρέπεται στον αέρα να περνά από τους πνεύμονες μέσω της βαλβίδας στο παλλόμενο τμήμα του οισοφάγου (φαρυγγο-οισοφαγικό τμήμα) όταν ο ασθενής κλείνει την τραχειοστομία με το δάκτυλο του. Έτσι βελτιώνεται η ροή και η ένταση της ομιλίας. (National Cancer Institute 2002, Δαβρής 2002, Χελιδόνης 2004).

Ο ηλεκτρικός λάρυγγας είναι μία συσκευή χειρός που λειτουργεί με μπαταρία. Παράγει δονήσεις που μεταδίδονται δια του τραχήλου στο στόμα και με την βοήθεια της γλώσσας παράγεται ομιλία. Η φωνή μειονεκτεί είναι μονότονη και έχει ένα ρομποτικό χαρακτήρα. Ο ηλεκτρικός λάρυγγας είναι χρήσιμος ως προσωρινό μέτρο, πριν ο ασθενής την οισοφαγική φωνή ή του τοποθετηθεί η φωνητική πρόθεση. Επίσης ενδείκνυται σε ηλικιωμένα και ασθενικά άτομα και σε πάσχοντες από νευρολογικά νοσήματα, όπως η νόσος του Parkinson, οι οποίοι δεν μπορούν να φροντίζουν την βαλβίδα ή να αποφράσσουν την τραχειοστομία για να μιλήσουν. (Δαβρής 2002, Χελιδόνης 2004)

4.5. Οι επιδράσεις της επέμβασης στην σίτιση του ασθενούς

Οι λαρυγγεκτομηθέντες αντιμετωπίζουν προβλήματα όσον αφορά την σίτιση τους και την κάλυψη των θρεπτικών τους αναγκών. Η απώλεια όρεξης είναι σύνηθες φαινόμενο για τους ασθενής που υποβάλλονται στην θεραπεία του καρκίνου του λάρυγγα (ακτινοθεραπεία-χημειοθεραπεία) λόγω δυσφορίας, εξάντλησης, κατάθλιψης και της διαταραχής της γεύσης και της όσφρησης. Η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική επέμβαση επηρεάζουν την γεύση, ενώ οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας δυσχεραίνουν την πρόσληψη τροφής. Όμως η λήψη επαρκούς ποσότητας τροφής είναι σημαντική για τον ασθενή για να αποφευχθεί η απώλεια βάρους, να διατηρηθούν οι δυνάμεις του και να αναπλαστούν οι φυσιολογικοί ιστοί. Ένα ακόμα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι λαρυγγεκτομηθέντες είναι η διαταραχή της λειτουργίας της κατάποσης, η οποία μπορεί να οφείλεται σε οίδημα στην περιοχή της επέμβασης καθώς και σε άλγος της στοματικής κοιλότητας και του τράχηλου. Μετά το χειρουργείο η εκμάθηση της

κατάποσης γίνεται με τη βοήθεια του νοσηλευτή ή του λογοθεραπευτή. Οι ασθενείς δέχονται συμβουλές να λαμβάνουν υγρές, μαλακές τροφές αρχικά (π.χ. κρέμες, γιαούρτι κ.α.) και στην συνέχεια προοδευτικά την λήψη στερεών τροφών (Ulrich et al 1994, National Cancer Institute 2002).

4.6. Τα προβλήματα στις σεξουαλικές σχέσεις

Πολλοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική λαρυγγεκτομή αναφέρουν ότι η προσωπική ή συζυγική τους ζωή αλλάζει προς το χειρότερο λόγω των θεραπειών. Είναι πολύ πιθανό η όλη διαδικασία να έχει τις ρίζες της στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου λόγω της ασθένειας ή και της θεραπείας (Κάρλου 2001).

Τα προβλήματα στις σεξουαλικές σχέσεις δημιουργούνται, γιατί οι παρενέργειες της συντηρητικής θεραπείας έρχονται να προστεθούν στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να οδηγηθεί ο ασθενής στην χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι Harmin και συν. σε έρευνα τους το 1996 αναφέρουν ότι η άρνηση του καρκίνου από το κοινωνικό σύνολο, η αποφυγή της συζήτησης από φίλους και συγγενείς, δημιουργεί ένα αίσθημα απόρριψης και αρνητικής αντίληψης από τον κοινωνικό περίγυρο, που οδηγεί στην αρνητική εικόνα σώματος με αποτέλεσμα την σεξουαλική δυσλειτουργία. Η πολυδιάστατη αιτιολογία των σεξουαλικών διαταραχών απαιτεί και ανάλογο νοσηλευτικό πλαίσιο φροντίδας, που θα απευθύνεται στις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς. Απαιτεί καλή γνώση κανόνων επικοινωνίας, των μεθόδων προσέγγισης καθώς και επαγγελματική εμπειρία (Κάρλου 2001).

Οι διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας μπορεί οφείλεται: α) στο φόβο απόρριψης από τον σύντροφο, λόγω της εμφανούς απώλειας της ελκυστικότητας, εξαιτίας της διαταραχής της ικανότητας ομιλίας, της μεταβολής της εξωτερικής εμφάνισης και την αναπνοής μέσω του τραχήλου, β) στην δυσφορία λόγω του μεγάλου σε έκταση του χειρουργικού τραύματος και γ) στην κατάθλιψη και ανεπαρκή ψυχολογική αντιμετώπιση του προβλήματος (Ulrich et al 1994).

Οι νοσηλευτές μπορούν να έχουν θετικό ρόλο στην σεξουαλική αποκατάσταση του ασθενή δια μέσου της εκτίμησης της σωστής πληροφόρησης και της υποστήριξης προς αυτόν. Όμως στην Ελληνική πραγματικότητα η προσέγγιση τέτοιων θεμάτων που αφορούν την γονιμότητα και την σεξουαλικότητα των ασθενών αποτελούν ταμπού (Κυρίτση –Κουκουλάρη 2001).

4.7. Η ποιότητα ζωής της οικογένειας του ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα

Η ποιότητα ζωής είναι μία πολυσύνθετη και πολυδιάστατη έννοια και για την οικογένεια του καρκινοπαθούς σημαίνει παρέμβαση στα όρια αντοχής. Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι μία νόσος που διαταράσσει την καθημερινή ισορροπία της ζωής και δημιουργεί πολλές εκδηλώσεις και

επιδράσεις στον άρρωστο, την οικογένεια του και το περιβάλλον του (Πετράκη 2004).

Κάθε οικογένεια αποτελεί ένα δυναμικό σύνολο, επομένως ότι επηρεάζει ένα μέλος της επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια. Ο καρκίνος του λάρυγγα σε κάποιο μέρος της οικογένειας προκαλεί αλλαγές στην ταυτότητα της, στους ρόλους της καθώς και στις σχέσεις της και στην επικοινωνία των μελών της. Η οικογένεια του καρκινοπαθούς διαδραματίζει τον πιο σπουδαίο ρόλο καθώς εξελίσσονται οι διάφορες φάσεις της ασθένειας (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1986)

Οι αντιδράσεις τις οποίες βιώνει η οικογένεια και το οικείο περιβάλλον όταν ένα μέλος της έχει μία απειλητική για την ζωή αρρώστια, όπως ο καρκίνος του λάρυγγα, είναι αντίστοιχες με αυτές του ίδιου του ασθενούς. Η διάγνωση του καρκίνου αυτού εμπεριέχει άγχος, κατάθλιψη, θυμό και φόβο που συνδέεται με το θάνατο και το άγνωστο. Τα φιλικά και τα συγγενικά πρόσωπα βιώνουν ανάλογες αντιδράσεις (Τσατσαρώνη 1994).

Οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τη στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος στο συγκεκριμένο πρόβλημα είναι:

α) Η δομή της οικογένειας (πατριαρχική, μητριαρχική, αριθμός μελών της)

β) Ο ρόλος του ασθενούς στην οικογένεια. Η απώλεια ενός παραγωγικού ατόμου που συνεισφέρει συναισθηματικά και οικονομικά σε αυτήν είναι περισσότερο διασπαστική.

γ) Η κουλτούρα στην οικογένεια (μόρφωση, θρησκεία, έθνος, φυλή)

δ) Οικονομική κατάσταση

ε) Ο παράγων ηλικία. Μία οικογένεια μπορεί να αποδεχτεί περισσότερο τον καρκίνο σ’ένα ηλικιωμένο άτομο παρά σ’ένα νέο

στ) Το στάδιο και η εξέλιξη της νόσου(Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1986)

Με την ανακοίνωση της διάγνωσης του καρκίνου του λάρυγγα αρχίζει για την οικογένεια μία διεργασία θρήνου καθώς έρχονται αντιμέτωποι με τις διάφορες πραγματικές ή μελλοντικές απώλειες τις οποίες επιφέρει η ασθένεια και στην δική τους ζωή. Κάθε άτομο ανάλογα με την σχέση που έχει τον ασθενή, το είδος και το πόσο στενή είναι, θρηνεί διαφορετικές απώλειες. Η ασθένεια του ατόμου έχει διαφορετικές συνέπειες για το γονιό, το σύντροφο ή το παιδί του. Καθένας θρηνεί την απώλεια των διαφορετικών ρόλων που ο ασθενής έπαιζε και περίμενε ότι θα παίξει στη ζωή του (Doka 1993, Τσατσαρώνη 1994).

Η ασθένεια ενός μέλους της οικογένειας διαταράσσει όλη την ζωή και την λειτουργικότητα της οικογένειας και έχει επιπτώσεις σε πολλές πτυχές της ζωής των άλλων μελών, όπως για παράδειγμα, στα εργασιακά τους καθήκοντα, την οικονομική τους κατάσταση , τα προσωπικά τους σχέδια και τον τρόπο με τον οποίο βλέπουν το μέλλον τους (Doka 1993)

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η συμπαράσταση στον καρκινοπαθή παραμένει ακόμα μία φιλότιμη, ερασιτεχνική προσπάθεια, το μεγαλύτερο μέρος της οποίας αφήνεται στους συγγενείς

του και ότι η οικογένεια του υφίσταται ισχυρά πλήγματα ως σύνολο αλλά και κάθε μέλος της διέρχεται μία πρωτοφανή περίοδο δοκιμασίας. Οι μηχανισμοί άμυνας που διαθέτει η ελληνική οικογένεια θα πρέπει να αξιοποιούνται έτσι ώστε και η οικογένεια να βρίσκει ένα νέο επίπεδο ισορροπίας αλλά και να μετατρέπεται σε αξιόλογο σύμμαχο της θεραπευτικής αγωγής (Σολδάτος και συν. 1986).

4.8. Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Rzewnicki & Jackiewicz το 2009 διαπιστώθηκε ότι στην Πολωνία αυξάνεται συστηματικά ο αριθμός των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του λάρυγγα (αλλά και του φάρυγγα) και ειδικά των ανδρών. Η ολική λαρυγγεκτομή είναι ένας τρόπος θεραπευτικής αντιμετώπισης ο οποίος καθιστάται αναγκαίος στους ασθενείς όπου ο αρχικός όγκος είναι σε προχωρημένο στάδιο ή έχει κάνει μεταστάσεις στους λεμφαδένες. Με δεδομένα την σοβαρή ανικανότητα που προκαλεί η χειρουργική επέμβαση (απώλεια της φωνής) και την αβέβαιη πρόγνωση κρίθηκε σκόπιμη η μελέτη με στόχο την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση ολικής λαρυγγεκτομής. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 92 ασθενείς που είχαν υποστεί ολική λαρυγγεκτομή λόγω πλακώδους καρκινώματος στον λάρυγγα. Ένας μείζων αριθμός ασθενών (59%), έκρινε τον τρόπο ζωής του πριν από την επέμβαση ανθυγιεινό (το 95% υπήρξαν καταναλωτές αλκοολούχων ποτών, το 94% ήταν καπνιστές, το 73% ήταν εκτεθειμένοι σε επιβλαβείς περιβαλλοντολογικές συνθήκες και το 51% σε επιβλαβείς συνθήκες στον εργασιακό χώρο). Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι μετά την χειρουργική επέμβαση (η οποία έγινε αποδεκτή σε ποσοστό πάνω από το 95% των ασθενών) οι περισσότεροι από αυτούς (84%) εγκατέλειψαν το αλκοόλ (57%) καθώς και το κάπνισμα (75%) λόγω της σοβαρής κατάστασης της υγείας τους και των οικονομικών δυσκολιών τους που αντιμετώπιζαν, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό ασθενών αποφάσισαν να αλλάξουν την εργασία ή τις συνθήκες διαβίωσής τους. Το 46% έκρινε ότι αφότου υπεβλήθηκαν στην πλήρη θεραπεία (ολική λαρυγγεκτομή), η ποιότητα της ζωής τους επιδεινώθηκε. Εντούτοις, διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ήταν περισσότερο συνειδητοποιημένοι όσον αφορά τους απειλητικούς παράγοντες για την υγείας τους (αλκοόλ , κάπνισμα κλπ.). Μόνο το 16% των ασθενών διατήρησαν μετεγχειρητικά τον ίδιο τρόπο ζωής. Συμπερασματικά μπορεί να ειπωθεί ότι η ολική λαρυγγεκτομή επιδεινώνει την ποιότητα ζωής, την εργασιακή απόδοση, τις συνθήκες διαβίωσης καθώς τις περαιτέρω επαγγελματικές και προσωπικές σχέσεις των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα (αλλά και του φάρυγγα).

Η έρευνα των Singer et al που πραγματοποιήθηκε το 2009 αποσκοπούσε στο να διερευνήσει την πιθανότητα εμφάνισης σεξουαλικών προβλημάτων σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του

λάρυγγα (ή του φάρυγγα) μετά από χειρουργική επέμβαση (ολικής ή μερικής λαρυγγεκτομής) καθώς επίσης και τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες. Στην έρευνα συμμετείχαν 206 ασθενείς με καρκίνο κεφαλής ή τραχήλου και στους οποίους μελετήθηκαν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Οι ασθενείς επίσης ρωτήθηκαν με σχετικά ερωτηματολόγια που τους μοιράστηκαν αν ήταν καταναλωτές αλκοολούχων ποτών, καπνιστές και αν είχαν σεξουαλικά προβλήματα πριν από την χειρουργική επέμβαση. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι: στους περισσότερους ασθενείς (πάνω από τους μισούς) μειώθηκε η λίμπιντο και η σεξουαλική ικανοποίηση μετά από τη θεραπεία και το 60% αυτών θεώρησαν την απώλεια αυτή σημαντικό ζήτημα. Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι ανεξάρτητες από το φύλο, τη βασική εκπαίδευση, την κατανάλωση αλκοόλ και καπνού, τον τύπο χειρουργικής επέμβασης (μερικής έναντι της ολικής λαρυγγεκτομής), την ακτινοθεραπεία, και την περιοχή εντόπισης των όγκων. Συμπερασματικά διαπιστώθηκε μείωση της λίμπιντο και της σεξουαλικής ικανοποίησης μετά από χειρουργική επέμβαση ολικής ή μερικής λαρυγγεκτομής σε ασθενής που πάσχουν από καρκίνο του λάρυγγα ή του φάρυγγα. Εντούτοις, τα σεξουαλικά προβλήματα δεν είναι αποτέλεσμα της χειρουργικής θεραπείας. Συνδέονται με την κατάθλιψη και όχι με τον καρκίνο και την θεραπεία του. Η κατάθλιψη συνδέεται συχνά με τα σεξουαλικά προβλήματα.

Η έρευνα των Minovi et al το 2009 αποσκοπούσε να αξιολογήσει την μετεγχειρητική ποιότητα ζωής 30 ασθενών που υποβλήθηκαν σε λαρυγγεκτομή. Επιλέχθηκαν δύο ομάδες ασθενών: η μία ομάδα αποτελούνταν από ασθενείς των οποίων η θεραπεία ολοκληρώθηκε σε λιγότερο από πέντε έτη και μία των οποίων η θεραπεία διήρκησε περισσότερο από πέντε έτη. Οι ομάδες αυτές αποτελούνταν από 24 άνδρες (80 %) και 6 γυναίκες (20 %) με μια μέση ηλικία 58,8 +/- 8,7 ετών. Επισημαίνεται ότι η παρακολούθηση τους διήρκησε 53 μήνες. Από την μελέτη αυτή διαπιστώθηκε ότι η φωνή αποκαταστάθηκε επιτυχώς σε όλους τους ασθενείς. Η ποιότητα ζωής των λαρυγγεκτομηθέντων ήταν ικανοποιητική. Τα συμπτώματα που παρατηρήθηκαν από την μελέτη αφορούσαν κυρίως τον περιορισμό όσφρησης, το βήχα και τη δύσπνοια. Οι ασθενείς, των οποίων η θεραπεία διήρκησε περισσότερο από πέντε έτη, παρουσίασαν μικρή βελτίωση στην ποιότητα της ζωής τους.

Η έρευνα των Braz et al το 2005 πραγματοποιήθηκε με στόχο να διερευνηθεί ο αντίκτυπος της λαρυγγεκτομής στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα σε ότι αφορά τις λειτουργικές, φυσικές, ψυχολογικές, και κοινωνικές πτυχές. Στην μελέτη συμμετείχαν 14 ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή και 16 ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε κάθετη μερική λαρυγγεκτομή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς που είχαν κάνει ολική λαρυγγεκτομή παρουσίασαν επιδείνωση των παρακάτω συμπτωμάτων: κοινωνικές και συναισθηματικές διαταραχές (21,3%), αλλαγές όσφρησης και γεύσης (85,6%), βήχας (71,3%),

δυσκολία στην προφορική επικοινωνία (100%), και δυσφαγία (64,3%) Παρ'όλα αυτά οι περισσότεροι από τους ασθενείς αυτής της ομάδας (85,5%) θεώρησαν την ποιότητα ζωής τους φυσιολογική. Αντίστοιχα η ομάδα ασθενών που είχε υποβληθεί σε μερική λαρυγγεκτομή, είχαν επιδεινωθεί τα εξής συμπτώματα: συναισθηματικές διαταραχές (71,4%), δυσκολία στην προφορική επικοινωνία (100%), και δυσφαγία (31,3%). Εντούτοις, οι περισσότεροι από τους ασθενείς θεώρησαν την ποιότητα ζωής τους ανώτερη του μέσου όρου. Συμπερασματικά η ποιότητα ζωής των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή είχε επιδεινωθεί περισσότερο συγκριτικά με την ομάδα ασθενών που είχαν κάνει μερική λαρυγγεκτομή δεδομένου ότι και οι δύο ομάδες αντιμετώπισαν παρόμοιες δυσκολίες αλλά σε διαφορετικά επίπεδα.

Η παρούσα έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Ναλμπαντιάν-Ζαρούχη το 2008 αποσκοπούσε να εκτιμήσει την ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα ή του φάρυγγα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής το 23,8% των ασθενών παρουσίασε δύσπνοια, το 22,3% αϋπνία, το 40,6% προβλήματα ομιλίας, το 35,78% σεξουαλική δυσλειτουργία και το 31,8% ξηροστομία. Συμπερασματικά ο παράγοντας που επηρέασε περισσότερο την συνολική ποιότητα ζωής ήταν το στάδιο της νόσου.

4.8.1. Συγκριτική μελέτη ερευνών

Οι Rzewnicki & Jackiewcz (2009) στην έρευνα που πραγματοποίησαν με σκοπό να αξιολογήσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του λάρυγγα (μετά από χειρουργική επέμβαση ολικής λαρυγγεκτομής), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επέμβαση αυτή επιδεινώνει την ποιότητα ζωής, την εργασιακή απόδοση, τις συνθήκες διαβίωσης καθώς επίσης και τις περαιτέρω επαγγελματικές και προσωπικές σχέσεις των ασθενών αυτών. Σε παρόμοια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Braz et al (2005) διαπιστώθηκε ότι όλοι οι ασθενείς που συμμετείχαν στην μελέτη παρουσίασαν δυσκολία στην προφορική επικοινωνία ενώ ένα μεγάλο ποσοστό αυτών εμφάνισαν κοινωνικές και συναισθηματικές διαταραχές, αλλαγές στην όσφρηση και την γεύση, βήχα, και δυσφαγία. Ως εκ' τούτου η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή είχε επιδεινωθεί περισσότερο συγκριτικά με τους ασθενείς μερικής λαρυγγεκτομής. Τα αποτελέσματα της έρευνας των Minovi et al (2009) ήταν αντίθετα των προαναφερθέντων αποτελεσμάτων σε μία παρόμοια μελέτη που διεξήχθηκε, καθώς διαπιστώθηκε ότι η φωνή των λαρυγγεκτομηθέντων αποκαταστάθηκε επιτυχώς μετεγχειρητικά και η ποιότητα ζωής τους ήταν αρκετά καλή με εξαίρεση μόνο τους ασθενείς για τους οποίος η θεραπεία διήρκησε πάνω από 5 έτη και οι οποίοι παρουσίασαν μικρή βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους. Η Ναλμπαντιάν-Ζαρούχη (2008) στην έρευνα που διεξήγαγε με στόχο να εκτιμήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του

λάρυγγα συμπέρανε ότι ο παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών είναι το στάδιο της νόσου. Η έρευνα των Singer et al (2009) στόχευε στο να αξιολογήσει την πιθανότητα εμφάνισης σεξουαλικών προβλημάτων σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του λάρυγγα μετά από χειρουργική επέμβαση ολικής ή μερικής λαρυγγεκτομής. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης απέδειξαν ότι στους περισσότερους ασθενείς (>50%) μειώθηκε η λίμπιντο και η σεξουαλική ικανοποίηση μετά την χειρουργική θεραπεία (ολικής ή μερικής λαρυγγεκτομής) συγκριτικά με την Ναλμπαντιάν- Ζαρούχη (2008) η οποία διαπίστωσε από την μελέτη της ότι το 35,78% των ασθενών παρουσίασαν σεξουαλική δυσλειτουργία.

4.9. Σύνοψη κεφαλαίου

Η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αποτελεί έναν πρωτεύοντα στόχο στον αγώνα κατά του καρκίνου. Τόσο η σωματική όσο και η ψυχική επιβάρυνση από τον καρκίνο μπορούν να είναι σημαντικές και συχνά γίνονται πιο σύνθετες από τις παρενέργειες της θεραπείας. Επειδή τα κλινικά αποτελέσματα μπορούν να επηρεαστούν από τη συνολικά καλή κατάσταση της ψυχικής και σωματικής υγείας του ασθενούς, η διατήρησης της ποιότητας της ζωής, συμπεριλαμβανομένης της φυσικής, ψυχολογικής και κοινωνικής λειτουργικότητας, θα πρέπει να είναι τόσο ιατρική, όσο και ανθρωπιστική προτεραιότητα. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί, ότι ενώ τα τελευταία 20 χρόνια έγιναν γιγάντια βήματα για να βελτιωθούν τα ποσοστά ίασης, σήμερα η πλειοψηφία των καρκινοπαθών παγκοσμίως δεν θεραπεύεται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Τα τελευταία χρόνια άρχισε όλο και περισσότερο να επικρατεί η άποψη ότι ο καρκίνος του λάρυγγα δεν είναι μόνο ασθένεια του σώματος, αλλά αποτελεί και μία τόσο κρίσιμη καμπή στη ζωή του ασθενούς και της οικογένειάς του, ώστε για τη θεραπεία και την πιθανή ίαση να είναι σχεδόν πάντοτε αναγκαία η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη. Ως εκ τούτου ο καρκίνος του λάρυγγα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με όσο γίνεται πιο σφαιρικό και ολιστικό τρόπο από τους επαγγελματίες υγείας διότι αποτελεί ασθένεια του συνόλου του ανθρώπινου οργανισμού. Η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους είναι από τα σημαντικότερα κομμάτια στη θεραπεία κατά του καρκίνου.

5.1. Η ψυχολογική υποστήριξη ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας

Για την σωστή θεραπεία και αποκατάσταση ενός ατόμου που πάσχει από ανίατη ασθένεια όπως είναι ο καρκίνος του λάρυγγα απαιτεί μία ολοκληρωμένη προσέγγιση από μία ομάδα εξειδικευμένων επαγγελματιών του χώρου της υγείας, που συνεργάζονται μεταξύ τους σε διάφορα επίπεδα. Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει την εξέταση όλων των πτυχών της ζωής ενός ατόμου και δεν εξετάζει μοναχά ένα κομμάτι της ζωής του. Λόγω της φύσης της ομάδας αυτής (επιστήμονες διαφόρων επαγγελμάτων) μπορεί να ονομασθεί διεπιστημονική. Τα κυριότερα επαγγέλματα που εμπλέκονται ως μέλη της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας στις θεραπευτικές παρεμβάσεις απέναντι στους ασθενείς είναι:

α) Το προσωπικό άμεσης φροντίδας (νοσηλευτές, φροντιστές),

β) οι ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων,

γ) οι ψυχολόγοι,

δ) οι κοινωνικοί λειτουργοί

ε)οι επισκέπτες υγείας και οι εργοθεραπευτές οι οποίοι διαδραματίζουν και αυτοί με την σειρά τους σημαντικό ρόλο (Παπαζήσης 2005).

Η μάχη κατά του καρκίνου είναι συλλογική προσπάθεια, μία ευθύνη που μοιράζεται ο ασθενής με την ιατρική ομάδα. Για την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του λάρυγγα, προσφέρεται συνήθως η βοήθεια της διεπιστημονικής ομάδας υγείας. Η ψυχολογική υποστήριξη περιλαμβάνει: α) την ουσιαστική και αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ

των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, β) την ενημέρωση σχετικά με την διάγνωση, την θεραπεία καθώς και για την πορεία της νόσου, γ) την διεπαγγελματική συνεργασία της ομάδα υγείας – αποκατάστασης , δ) τις ψυχολογικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις και ε) την εκπαίδευση των καρκινοπαθών (Τσελέμπης 2001).

Η ιατρική ομάδα αναλαμβάνει την ευθύνη να προγραμματίσει την αποτελεσματικότερη θεραπευτική αγωγή και να προσφέρει την συμπαράστασή της. Είναι απολύτως σημαντικό να κατορθώσει ο καρκινοπαθείς να διατηρήσει τον συνηθισμένο ρυθμό της ζωής του, και να υιοθετήσει μία μαχητική στάση απέναντι στη ζωή (Μελισσά 1998, Garet 2000, Τσελέμπης 2001).

5.1.1. Η επικοινωνία του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή

Η φροντίδα και η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα, αλλά και των οικογενειών τους είναι, στηρίζεται στην επικοινωνία που θα πρέπει να είναι αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής. Έτσι λοιπό η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, έχει αναγνωρισθεί ως μία πολύ σημαντική παράμετρος της νοσηλευτικής φροντίδας και της ψυχολογικής υποστήριξης. Η αποτελεσματική επικοινωνία ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό και στον ασθενή συμβάλλει καθοριστικά στην ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης και στην καλύτερη συνεργασία μεταξύ τους, με στόχο την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ικανοποίηση των φυσικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών του ασθενούς που βιώνει την εμπειρία του καρκίνου (Τσανίρα 2003, Τσατσαρώνη 1994).

Οι επαγγελματίες υγείας ασκούνε όχι απλά ένα επάγγελμα αλλά και λειτούργημα, πράγμα που σημαίνει ότι ο στόχος τους είναι ο άνθρωπος με καρκίνο και όχι ο καρκίνος ως ασθένεια, δηλαδή η εντόπιση και η αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενούς. Έχει αποδειχθεί ότι το θεραπευτικό αποτέλεσμα επηρεάζεται θετικά όταν υπάρχει αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και των επαγγελματιών υγείας. Η καλή επικοινωνία με τον ασθενή στηρίζεται στην αξιοπιστία και στην εμπιστοσύνη και δεν απαιτεί χρόνο. Αρχίζει όταν η νόσος επιμένει και επαυξάνεται η συνοδός συμπτωματολογία και σημειολογία της και δεν μπορεί να συμβαδίζει με την παροχή ψευδών στοιχείων στον ασθενή, αλλά στηριζόμενη μόνο σε αληθή, τα οποία επιθυμεί να γνωρίσει και δύναται να δεχθεί το άτομο. Αυτό που χρειάζεται είναι γνώσεις, δεξιότητες και κυρίως συνεχιζόμενο προσωπικό ενδιαφέρον για το κάθε άτομο που βιώνει την εμπειρία του καρκίνου (Παππά 2002, Πεσυρίδου 2004, Piasecki 2008).

Η επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του λάρυγγα επιτυγχάνεται καλύτερα με την εφαρμογή των ακόλουθων αρχών επικοινωνιακής συμπεριφοράς:

α) Προσωπική γνωριμία. Το προσωπικό οφείλει να γνωρίζει τον ασθενή με το μικρό του όνομα και

να σέβεται την προσωπικότητα του προσεγγίζοντας τον ως μία αδιαίρετη βιο-ψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα με ξεχωριστή αξία και αξιοπρέπεια.

β) Εμπιστοσύνη. Η απόκτηση της εμπιστοσύνης και η τήρηση του απορρήτου των συζητήσεων διευκολύνει την αποκατάσταση των ασθενών.

γ) Αισιοδοξία. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να μην μεταφέρουν τα προσωπικά ή άλλα προβλήματα τους στο θάλαμο του ασθενή και πάντοτε με χαμόγελο να τους μεταδίδουν την αισιοδοξία.

δ) Σωματική επαφή. Η σωματική επαφή όπως είναι ο σφίξιμο του χεριού, το άγγιγμα κ.α. έχει θεραπευτική ικανότητα, καθώς επιφέρει νευροβιολογικές ωφέλιμες αλλαγές, όπως είναι η αύξηση των ενδορφινών και η διακοπή των αρνητικών αισθημάτων στους δικούς τους σχηματισμούς.

ε) Σταθερότητα. Η συμπεριφορά ενός επαγγελματία υγείας μπορεί να επηρεαστεί από την κόπωση του καθώς και από τις μεταβολές ή από την δυστροπία του ασθενή. Έτσι καλείται να ξεπεράσει αυτά τα εμπόδια χωρίς να μεταβάλλει την συμπεριφορά του.

στ) Ενεργητική συζήτηση. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να υποβάλλουν ανοιχτές ερωτήσεις στους ασθενείς, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα απάντησης από αυτούς.

ζ) Επιστημονική ακρίβεια. Ο επαγγελματίας υγείας ο οποίος αναλαμβάνει την ενημέρωση του ασθενούς οφείλει να κατέχει το αντικείμενο και να γνωρίζει τον τρόπο που θα το παρουσιάσει.

η) Βεβαιότητα. Η συζήτηση με σταθερή και καθαρή φωνή, ανοιχτό βλέμμα και ήρεμη στάση του σώματος διαβεβαιώνουν και κινητοποιούν τον ασθενή.

θ) Συνέχεια και συνέπεια. Η μοναξιά είναι ο βαθύτερος φόβος των καρκινοπαθών και η συνεχής επιβεβαίωση του ενδιαφέροντος από τους επαγγελματίες υγείας ανακουφίζει τον πάσχοντα (Πεσυρίδου 2004).

Η ουσιαστική και αποτελεσματική επικοινωνία της ομάδας υγείας με τον ασθενή έχει οφέλη και για τις δύο πλευρές.

Για τον ασθενή υπάρχει: α) καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα και β) μεγαλύτερη ικανοποίηση από την φροντίδα και την θεραπεία.

Για τον επαγγελματία υγείας υπάρχει: α) μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία β) μικρότερη επαγγελματική εξουθένωση και γ) καλύτερες σχέσεις με τους ασθενείς/ συγγενείς (Piasecki 2008).

Επομένως η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενούς συμβάλλει καθορίστηκα στην ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης και στην καλύτερη συνεργασία μεταξύ τους, με στόχο την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ικανοποίηση των φυσικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών του ασθενούς που βιώνει την εμπειρία του καρκίνου (Παππά 2002).

Με την επιδέξια επικοινωνία ο νοσηλευτής μπορεί να ανιχνεύσει, να εκτιμήσει, να μεταφράσει τις ανεκδήλωτες ανάγκες ασθενή και συνοδού σε έκδηλες και είτε να ανταποκριθεί με

την γνώση του, τις ικανότητες του και την εμπειρία που διαθέτει, είτε να τους παρακάμψει σε άλλους επαγγελματίες με την απαιτούμενη ικανότητα. Η ψυχολογική υποστήριξη εξαρτάται από τα προσόντα και την ικανότητα επικοινωνίας του νοσηλευτή (Πετράκη 2004, Τσατσρώνη 1994).

Η έλλειψη της ουσιαστικής επικοινωνίας δημιουργεί ένα χάσμα στις διαπροσωπικές σχέσεις με αποτέλεσμα να προκαλείται σύγχυση, δυσαρέσκεια, άγχος, μοναξιά και αποξένωση. Επιπλέον ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς από την φροντίδα του και από την ψυχολογική υποστήριξη που δέχεται από τους επαγγελματίες υγείας εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων που πηγάζουν από την σχέση που αναπτύσσει με τον επαγγελματία υγείας. Αν και τα τελευταία χρόνια υπάρχει μία εκτενής βιβλιογραφία για τα οφέλη της ψυχολογικής υποστήριξης των καρκινοπαθών, η 'ηλικία' των ψυχολογικών θεωριών είναι πολύ μικρή και υπάρχουν σοβαρές μεθοδολογικές αδυναμίες σε πολλές σχετικές έρευνες (Μελισσά 1998, Τσανίρα 2003).

5.1.2. Η ενημέρωση των ασθενών από την ομάδα υγείας

Έρευνες που έχουν γίνει τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα (<<Ερευνα για την στάση και την συμπεριφορά του κοινού έναντι του καρκίνου>>, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία,1988 - <<Οι απόψεις δείγματος του ελληνικού κοινού και Ελλήνων καρκινοπαθών σχετικά με την ενημέρωση του καρκινοπαθούς για την ασθένεια του>>, 1992) δείχνουν μία αυξανόμενη τάση τόσο στον γενικό πληθυσμό, όσο και μεταξύ των καρκινοπαθών, να θέλουν να γνωρίσουν όλα και περισσότερα σχετικά με τον καρκίνο, και κυρίως την θετική διάγνωση (Διβάνη 2001).

Σύμφωνα με τα ερευνητικά αποτελέσματα της Fallowfield και τα των συνεργατών της 1986 ασθενείς που ήταν επαρκώς ενημερωμένοι σχετικά με την ασθένεια τους βίωναν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ένα χρόνο μετά την διάγνωση, σε σύγκριση με ασθενείς που ανέφεραν ανεπαρκή ή ελλιπή πληροφόρηση (Παπαδάτου &Αναγνωστόπουλος 1995).

Η ενημέρωση είναι δικαίωμα του ασθενούς και υποχρέωση του επαγγελματία υγείας, ο οποίος θα πρέπει να σεβασθεί το δικαίωμα αυτό έτσι ώστε ο ασθενής να περάσει όλα τα στάδια της ψυχολογικής προσαρμογής. Η πληροφόρηση σχετικά με την διάγνωση, αλλά και την πορεία της νόσου έχει πρακτικό, αλλά ταυτόχρονα πολύ βασικό και ουσιαστικό αντίκρισμα. Είναι απαραίτητα η γνώση των λεπτομερειών της ασθένειας, αλλά και των θεραπευτικών σχημάτων, ώστε να είναι ο ασθενής σε θέση να λαμβάνει μέρος στην διαδικασία της λήψης των αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία που θέλει να ακολουθήσει. Η διαδικασία αυτή προσφέρει σαφώς την άριστη ενημέρωση όλων των παραμέτρων που αφορούν: α) την θεραπεία, όπως είναι οι παρενέργειες ή οι πιθανές επιπλοκές από τη μη συμμόρφωση σε ένα θεραπευτικό σχήμα που έχει προεπιλεγεί, πάντα με την συναίνεση του ασθενούς β) πληροφορίες σχετικά με τα γεγονότα (π.χ. ιατρικές εξετάσεις, την

οργανική του κατάσταση κλπ), γ) πληροφορίες σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες ή και ειδικούς επιστήμονες υγείας που μπορούν να παρέχουν συγκεκριμένη βοήθεια στο άτομο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, Διβάνη 2001).

Επομένως ο ασθενής που πάσχει από καρκίνο, απαξιωμένος από την ασθένεια και πανικόβλητος μπροστά στην άγνοια της έκβασης της, έχει ανάγκη όχι μονάχα θεραπευτικής αντιμετώπισης από του επιστήμονες υγείας αλλά και της ενημέρωσης σχετικά με το πολύπλοκο και δυσεπίλυτο πρόβλημα που είναι συνδεδεμένο με την πιο κρίσιμη περίοδο της ζωής του (Πανουδάκη-Μπροκαλάκη & Μπροκαλάκη 2003).

5.1.3. Η διεπαγγελματική συνεργασία της ομάδα υγείας - αποκατάστασης

Είναι γνωστό ότι κάθε επάγγελμα έχει καθορισμένες αρμοδιότητες και υποχρεώσεις στις οποίες βασίζεται και μέσα από αυτές ένας επαγγελματίας υγείας μπορεί να ασκήσει τα καθήκοντα του μέσα στον χώρο που εργάζεται. Έτσι ο νοσηλευτής έχει ορισμένες υπευθυνότητες μέσα σε ένα νοσοκομείο ξεκινώντας αρχικά από το πλαίσιο των γνώσεων που έχει αποκτήσει από την εκπαίδευσή του και στην συνέχεια με βάση τον ρόλο του ανάμεσα στα υπόλοιπα επαγγέλματα που υπάρχουν μέσα σε ένα νοσοκομείο, αλλά και με τους ασθενείς και το οικογενειακό περιβάλλον με το οποίο έρχεται σε επαφή (Τσανίρα 2003).

Η διεπαγγελματική συνεργασία είναι απαραίτητη για την παροχή ποιοτικής φροντίδας και ψυχολογικής υποστήριξης στον ασθενή. Μια ενδεχόμενη σύγκρουση μεταξύ των μελών της ομάδας υγείας, η οποία θα γίνει αντιληπτή από τον ασθενή μπορεί να έχει αρνητικά αποτελέσματα. Σε μια τέτοια περίπτωση ο ασθενής μπορεί να θεωρήσει ότι τα μέλη της ομάδας υγείας δεν μπορούν να τον βοηθήσουν, ή ότι τον παραμελούν θεωρώντας ότι πρωταρχικό τους μέλημα είναι το ξεκαθάρισμα των διαφορών τους. Έτσι λοιπόν αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να εκνευριστεί ή να μην έχει εμπιστοσύνη πλέον στα μέλη της ομάδας υγείας (Σαπουντζή-Κρέπια 2004).

Για να μπορέσει ο νοσηλευτής να συνεργαστεί με τους υπόλοιπους λειτουργούς της υγείας που υπάρχουν μέσα σε ένα νοσοκομειακό χώρο και για να υπάρχει καλύτερο αποτέλεσμα στην φροντίδα και την ψυχολογική υποστήριξη ενός ασθενούς, θα πρέπει αφενός να γνωρίζει πάρα πολύ καλά τον ρόλο του και αφετέρου να σέβεται τα όρια των άλλων ειδικοτήτων που καλείται να συνεργαστεί. Θα πρέπει με λίγα λόγια να ξέρει που ξεκινά ο δικός του ρόλος και τελειώνει αναγνωρίζοντας ταυτόχρονα και την αξία των άλλων ειδικοτήτων. Οφείλει επίσης να σέβεται, να τιμά και να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συνάδελφους νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών (Τσανίρα 2003,

Σαπουντζή-Κρέπια 2004, Ομπέση 2005).

Για να επιτευχθεί μία σωστή και καλή συνεργασία μεταξύ των λειτουργιών υγείας θα πρέπει να υπάρχει ουσιαστική επικοινωνία διαφορετικά προκύπτουν αγχωτικές καταστάσεις και η συνεννόηση γίνεται ψυχοφθόρα και αναποτελεσματική.

Η τήρηση των επαγγελματικών ορίων αποτελεί την ουσία για μία πιο άρτια και ολοκληρωμένη ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με καρκίνο που θα έχει ως επίκεντρο την ολιστική προσέγγιση του ατόμου και την καταλληλότερη προσφορά πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης, νοσηλείας και αποκατάστασης του κάθε ατόμου (Γιαννακοπούλου 2001).

5.1.4. Ψυχολογικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Οι ασθενείς με κακοήθη νοσήματα όπως είναι ο καρκίνος του λάρυγγα αντιμετωπίζουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που επηρεάζουν τόσο την πορεία και την έκβαση της νόσου όσο και την ποιότητα της ζωής τους (Ψαρράκου 2001).

Η έγκαιρη ψυχολογική παρέμβαση των νοσηλευτών μπορεί να είναι καταλυτική για τον ασθενή με καρκίνο του λάρυγγα. Όταν υπάρχει διευκολύνει τον ασθενή και την οικογένεια του να υιοθετήσουν εποικοδομητικούς τρόπους και μεθόδους αντιμετώπισης των στρεσσογόνων συνθηκών. Η πλέον κατάλληλη περίοδος για αυτήν την ψυχολογική παρέμβαση θεωρείται η αρχική φάση της διάγνωσης, όταν η οικογένεια βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης και τα μέλη της δοκιμάζουν, επιλέγουν και υιοθετούν μεθόδους αντιμετώπισης που καθορίζουν τη βραχυπρόθεσμη και τη συχνά μακροπρόθεσμη προσαρμογή τους στην ασθένεια και τις κρίσεις που ενδεχομένως βιώνουν την πορεία της (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995).

Οι περισσότεροι καρκινοπαθείς αντιδρούν με φόβο μπροστά στο αβέβαιο μέλλον, στο ενδεχόμενο του θανάτου, στην έλλειψη αυτοεξυπηρέτησης, στην αναβολή ή ματαίωση μελλοντικών σχεδίων, στην μοναξιά και στον αποχωρισμό από αγαπημένα τους πρόσωπα. Η αναγνώριση των προβλημάτων αυτών αυξάνει την επίγνωση ότι ο ασθενής σε όλη την διάρκεια της πορείας της νόσου του, χρειάζεται συνεχόμενη υποστήριξη που αφορά όχι μόνο το σώμα του, αλλά και την ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική του κατάσταση (Ψαρράκου 2001, Μάτζιου 2003).

Στην δύσκολη αυτή φάση της ασθένειας ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός. Ο νοσηλευτής πρέπει έγκαιρα να αξιολογεί τις προσωπικές δυνάμεις και ικανότητες κάθε ατόμου, να προβλέπει ενδεχόμενα προβλήματα και να υποστηρίζει κατάλληλες υποστηρικτικές παρεμβάσεις . Επίσης πρέπει να γνωρίζει ότι η αντίδραση κάθε ασθενούς στον καρκίνο είναι μοναδική και προσωπική. Οι ψυχολογικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις των καρκινοπαθών επιτυγχάνονται με την επικοινωνία, την παρατήρηση και την κλινική εξέταση (Ψαρράκου 2001, Μάτζιου 2003).

Η σχέση επικοινωνίας του ασθενή με τους νοσηλευτές και την υπόλοιπη υγειονομική

ομάδα, ξεκινά από την στιγμή που γίνεται η διάγνωση και προϋποθέτει την ύπαρξη κάποιων ειδικών δεξιοτήτων στην συνέντευξη, όπως η πληροφόρηση, η προσωπική ακρόαση και η παρατήρηση. (Ψαρράκου 2001).

Οι πληροφορίες που να δίνονται στον ασθενή θα πρέπει να είναι κατανοητές και όχι διφορούμενες, αμερόληπτες και ο ασθενής να έχει την ευκαιρία να συζητήσει, να σκεφτεί και να υποβάλλει ερωτήσεις (Ψαρράκου 2001).

Με την ακρόαση παρέχεται η ευκαιρία στον ασθενή να συγκεντρώσει τις σκέψεις του, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται η έκφραση του προσώπου του (χαρά, λύπη, φόβος, πόνος, απελπισία) καθώς και η συμπεριφορά του (ο τρόπος που ομιλεί, αντιδρά, πειθαρχεί στο περιβάλλον ή κρατά στάση απόστασης, απόσυρσης, εχθρικότητας ή εξάρτησης από αυτό), προσφέροντας έτσι πολύτιμες πληροφορίες για την επίδραση της νόσου στην υγεία του. (Ψαρράκου 2001).

Η ακρόαση αποτελεί ειδική δεξιότητα γιατί οι νοσηλευτές επιστρατεύουν την προσοχή τους, το ενδιαφέρον, τη σκέψη και τη διαίσθηση τους παρακολουθώντας προσεκτικά τον ασθενή. Ενθαρρύνουν δηλαδή τον ασθενή α) να εκφράσει λεκτικά τις ανησυχίες και τα προβλήματα του, τις αγωνίες και τους φόβου του, β) ενισχύουν την αυτοέκφραση και την ψυχική του εκτόνωση και γ) αξιολογούν:

- Πως βλέπει την ασθένεια του ο ίδιος και η οικογένεια του
- Ποιες αλλαγές χρειάζεται να κάνει στη ζωή του λόγω της ασθένειας του
- Ποια πρόσωπα και ποια μέσα έχει να τον βοηθήσουν στην κάλυψη των αναγκών του
- Τι περιμένει στο μέλλον
- Ποια πράγματα έχουν αξία γι' αυτόν και τι πιστεύει (Ραγιά 2007).

Οι ασθενείς συνήθως φοβούνται τον πόνο, την εγκατάλειψη, την εξάρτηση από τους άλλους. Εκδηλώνουν το άγχος και τη μελαγχολία τους. Εκφράζουν μειωμένη αυτοεκτίμηση, φοβούνται να συζητήσουν τα συναισθήματα τους με την οικογένεια και τους φίλους τους για να μην τους λυπήσουν (Κυρίτση –Κουκουλάρη 2001, Ραγιά 2007).

Με την παρατήρηση οι νοσηλευτές αποσκοπούν στην αντιμετώπιση της σωματικής και ψυχολογικής κατάστασης του καρκινοπαθή. Μελετούν δηλαδή:

- Γενική εμφάνιση και στάση
- Διανοητική κατάσταση (προσανατολισμός, επίπεδο συνείδησης)
- Έκφραση προσώπου (χαρά, λύπη, πόνος, θυμός κ.α.)
- Επιθυμία ή αποστροφή πρόσληψης τροφής (Ραγιά 2007).

Οι νοσηλευτές κατά τον νοσηλευτικό διάλογο με τον ασθενή θα πρέπει:

α) Να μιλούν ανοιχτά μαζί του για την ασθένεια του, φυσιολογικά και ειλικρινά. Η αποφυγή τους θέματος ή ακόμα και της ίδιας της λέξης, *ο ψίθυρος* ή *η χαμηλόφωνη και μυστική ομιλία* με τους

άλλους συγγενείς για την κατάσταση του μάλλον εντείνουν τους φόβους και την ανασφάλεια του αρρώστου γιατί πιστεύει πως υπάρχουν ακόμα σοβαρότερες επιπλοκές στην κατάσταση του που πιθανό ο νοσηλευτής να θέλει να τις αποκρύψει,

β) να ακούνε τον ασθενή με προσοχή, θερμό ενδιαφέρον, και σεβασμό. Η ακρόαση αυτή προσφέρει ευρύτερη βάση για μια πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση του αρρώστου από τις αντικειμενικές μετρήσεις των ζωτικών σημείων και τις αξονικές απεικονίσεις των οργάνων του. Ακόμα δρα και ψυχοθεραπευτικά διότι καταστέλλει τους φόβους του αρρώστου σε μεγάλο βαθμό και

γ) να χρησιμοποιούν όχι μόνο τη σιωπή και την ακρόαση αλλά και την ομιλία για να διαβιβάσει στον ασθενή την κατανόηση και την ευαισθησία τους απέναντι στις ανάγκες, τα προβλήματα, τις αδυναμίες ή και τις δυνατότητες του αλλά ακόμη, για να τον βεβαιώσουν ότι αληθινά ενδιαφέρονται και μεριμνούν για την βελτίωση της υγείας του (Ραγιά 2007).

Στόχος της ψυχολογικών παρεμβάσεων είναι η αποκατάσταση της σωματικής λειτουργίας ή τουλάχιστον η επιβράδυνση της καρκινικής διεργασίας που συνεπάγεται τη διατήρηση ή και βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή.

Η ψυχολογική υποστήριξη που προσφέρεται κατά την συνέντευξη συνιστάται:

- στην δημιουργία σωστής επικοινωνίας ασθενή-νοσηλευτή
- στην ενημέρωση του ασθενούς για ενδεχόμενη θεραπεία (με ή χωρίς παρενέργειες και αντιμετώπιση τους, ελαχιστοποιώντας το πρόβλημα)
- στη συμμετοχή και συνεργασία σε πρόγραμμα θεραπείας και αποκατάστασης
- στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων (άγχους, φόβου, πόνου, μόνωσης, κατάθλιψης)
- στην μεταβίβαση πληροφοριών σχετικά με την υγεία, τη νοσηλεία και τη θεραπεία μέσα στο νοσοκομείο και τις κοινωνικές υπηρεσίες που υπάρχουν για τη βοήθεια του.
- στη βοήθεια του ασθενούς να εστιάζει την προσοχή του στη σημασία και στην ποιότητα του παρόντος χρόνου, στο τι είναι δυνατόν να γίνει, παρά στις δυνατότητες που χάθηκαν.
- στην ελάττωση ή εξάλειψη του αισθήματος μόνωσης του ασθενούς
- στην μετάγγιση πίστης και ελπίδας στον απελπισμένο
- στην προσφορά ψυχολογικής υποστήριξης, ασφάλειας και παρηγοριάς (Ραγιά 2007).
- ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του ασθενούς καθώς αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο και προϋπόθεση για τη σωματική και ψυχική υγεία του ανθρώπου.

Η αυτοεκτίμηση είναι πανανθρώπινη ανάγκη, Γι' αυτό πρέπει να εκτιμάται κατά τη νοσηλευτική αξιολόγηση και να προγραμματίζεται σαν νοσηλευτική παρέμβαση η αναστήλωση και η αύξηση της.

Ελέχθη παραπάνω ότι ο καρκινοπαθής συνήθως παρουσιάζει μειωμένη αυτοεκτίμηση και υποβαθμισμένο το αίσθημα της προσωπικής αξίας, διότι ο καρκίνος επηρεάζει αρνητικά τη

ψυχολογία του. Οι νοσηλευτές προσπαθούν να εξυψώσουν και να διατηρήσουν υψηλή την αυτοεκτίμηση του ασθενούς με τις εξής παρεμβάσεις:

- Έπαινος για την προοδευτική ανάκτηση της ικανότητας για αυτοεξυπηρέτηση π.χ. όταν ο ασθενής αρχίζει να εξυπηρετεί μόνος του τις ανάγκες του μετά το σοκ που του προκάλεσε το γεγονός ότι έχει καρκίνο.
- Τον βοηθάει να επισημαίνει τις θετικές πλευρές και δυνατότητες που έχει, τα διανοητικά και ψυχικά του χαρίσματα, το ενδιαφερόμενο περιβάλλον του και την ικανότητα να εκφράζει τις ανησυχίες του (Ραγιά 2007).
- τον βοηθάει να εκπληρώσει προηγούμενους ρόλους του ή να αναπτύξει άλλους νέους ρόλους λόγω του προβλήματος της υγείας του
- τον ενθαρρύνει να συμμετέχει σε όλα τα θεραπευτικά σχήματα (φαρμακευτική θεραπεία, ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία κλπ.) και συζήτηση για τις θεραπευτικές ωφέλειες αυτών των θεραπειών (Κυρίτση –Κουκουλάρη 2001).
- Τον βοηθάει και τον ενθαρρύνει να ζήσει με την γνώση της σοβαρής ασθένειας (καρκίνος του λάρυγγα) και των συνεπειών της.

Οι νοσηλευτές αξιολογούν τις πληροφορίες που συγκέντρωσαν και στην συνέχεια προγραμματίζουν και εφαρμόζουν ολοκληρωμένη ψυχολογική υποστήριξη στον καρκινοπαθή αντιμετωπίζοντας τον σαν αδιαίρετο ψυχοσωματικό οργανισμό, στον οποίο όλες οι οργανικές λειτουργίες του επηρεάζονται από την ψυχική του κατάσταση. Η ψυχολογική υποστήριξη εξαρτάται από τα προσόντα και την ικανότητα επικοινωνίας των νοσηλευτών. Μία ειλικρινής σχέση επικοινωνίας με τους νοσηλευτές αποτελεί την σημαντικότερη προϋπόθεση για την καλύτερη δυνατή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη του καρκινοπαθούς (Μάτζιου 2003).

5.1.5 Η εκπαίδευση των καρκινοπαθών

Ακόμη, η εκπαίδευση του καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο. Από αυτούς απαιτείται δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης, ειλικρινούς επαφής. Ανεξάρτητα με αυτό, σκοπός του/της νοσηλευτή/τριας είναι η δημιουργία κλίματος τέτοιου ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει την μάχη του με τον καρκίνο (Διβάνη 2001).

Η εκπαίδευση των ασθενών και των συγγενών τους ξεκινάει με την σωστή ενημέρωση που είναι βασική προϋπόθεση της. Είναι μία καινούργια έννοια και ένας νέος τρόπος σκέψης στον τομέα της υγείας. Αποτελεί ωστόσο μία ελκυστική ιδέα και είναι ενδιαφέρουσα η χρησιμοποίηση της, ως μέσον παρέμβασης για την υποστήριξη ασθενών με καρκίνο και των οικογενειών τους, ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν την εμπειρία τους όταν πάσχει κανείς από καρκίνο. Σήμερα

η εκπαίδευσης των ασθενών ως μέσο παρέμβασης είναι μία τάση που αυξάνεται με γρήγορους ρυθμούς (Διβάνη 2001).

Ο σκοπός της εκπαίδευσης που είναι κυρίως νοσηλευτικό καθήκον, είναι η ουσιαστική και ενεργός συμμετοχή στη φροντίδα υγείας τους, με την βελτίωση της ικανότητας συνεργασίας και την συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή. Μέσω της εκπαίδευσης επιτυγχάνεται διατήρηση της ανεξαρτησίας του ατόμου, προαγωγή της υγείας τους και διατήρηση της ποιότητας ζωή του (Διβάνη 2001).

5.2. Η σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης κατά την διάγνωση και την θεραπεία

Τα σοβαρότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με κακοήθη νοσήματα όπως είναι ο καρκίνος του λάρυγγα είναι ψυχοκοινωνικά, σωματικά και σχετίζονται με την διάγνωση και την διαδικασία της θεραπείας. Η αλλαγή της σωματικής εικόνας, η διάσταση στις διαπροσωπικές σχέσεις, η εξάρτηση, η ανικανότητα στις εργασιακές ευθύνες, ο φόβος και το άγχος γύρω από τον θάνατο είναι μερικά από τα προβλήματα που απασχολούν τους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Τα προβλήματα αυτά επηρεάζουν τόσο την πορεία και την έκβαση της ασθένειας όσο και την ποιότητα της ζωής τους.

Η προσωπική στάση κάθε ασθενούς μετά την διάγνωση του καρκίνου και την έναρξη της θεραπείας καθορίζεται από:

α) την γενική συναισθηματική λειτουργία του πριν από την ασθένεια του

β) την οικογενειακή υποστήριξη

γ) την υποστήριξη του προσωπικού υγείας

δ) την πορεία της ασθένειας

ε) τις παρενέργειες από την θεραπεία

Σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την προσωπική στάση του ασθενή απέναντι στο καρκίνο είναι η πληροφόρηση- ενημέρωση που έχει για την ασθένεια του. Αυτή είναι απαραίτητη, ώστε να καταπολεμηθεί η άγνοια και η προκατάληψη, ώστε να βελτιωθεί η γνώση για την ασθένεια. (Μάτζιου 2003).

Η ενημέρωση πρέπει να εξατομικεύεται και να παρέχεται από εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Όσον αφορά στην διάγνωση τίθεται ένα πολυδιάστατο ερώτημα για το ποιος οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή (γιατρός ή νοσηλευτής). Ο ιατρός είναι εκείνος που επίσημα και καλυπτόμενος από το νομοθετικό πλαίσιο έχει το καθήκον να πληροφορεί. Είναι άλλωστε και εκείνος στον οποίο ανατρέχουν οι ασθενείς όταν έχουν κάποια ύποπτα για κακοήθη νοσήματα. Ο νοσηλευτής δε είναι ο επαγγελματίας υγείας που είναι συνεχώς κοντά στον ασθενή, και τον οποίο ο ασθενής νιώθει πιο προσιτό και ανθρώπινο. Ουσιαστικά πάντως η πληροφόρηση

γίνεται από όποιον έχει τις απαραίτητες γνώσεις, μια και στην καθημερινή επαφή του ασθενή με τον νοσηλευτή είναι πολύ δύσκολο από τον τελευταίο να κρύψει την αλήθεια. Έτσι λοιπόν την ευθύνη της ενημέρωσης του ασθενή όσο αφορά την διάγνωση της ασθένειας του την έχει ο ιατρός (Διβάνη 2001).

Η ανακοίνωση της διάγνωση είναι μία εμπειρία που συγκλονίζει τον ασθενή, αντιδρώντας με φόβο μπροστά στο αβέβαιο μέλλον, στο ενδεχόμενο του θανάτου, στην αναβολή ή ματαίωση μελλοντικών του σχεδίων, στην μοναξιά και στο αποχωρισμό από τα αγαπημένα του πρόσωπα.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και ειδικά των νοσηλευτών είναι σημαντικός, διότι πρέπει έγκαιρα να αξιολογούν τις προσωπικές δυνάμεις και ικανότητες κάθε ατόμου, να προβλέπουν ενδεχόμενα προβλήματα και να προγραμματίζουν τις κατάλληλες για κάθε περίπτωση υποστηρικτικές παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν:

α) βοήθεια στον ασθενή να κατανοήσει την ασθένεια του (επεξήγηση δύσκολων ιατρικών όρων, μείωση του άγχους)

β) συμβουλές στον ασθενή να αναθεώρηση τον τρόπο της ζωής του και να προωθήσει συνήθειες και συμπεριφορές υγείας (καλύτερη διατροφή, μείωση του καπνίσματος, συμμετοχή του ασθενή σε δραστηριότητες),για να αισθάνεται ότι ελέγχει μερικώς το πρόβλημα

γ) ενεργοποίηση στρατηγικών για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συνθηκών που προκύπτουν από την διάγνωση της ασθένειας : - πληροφορίες για την ασθένεια, - δυνατότητα συμμετοχής σε αποφάσεις που τον αφορούν, -ανακοίνωση της διάγνωσης σε συγγενείς, -αναζήτηση δεύτερης γνώμης, -βοήθεια για την επιλογή χώρου και τρόπου θεραπείας

δ) ενθάρρυνση του ασθενή να εκφράσει τους φόβους του, τις ανησυχίες του καθώς και κάθε πρόβλημα του έτσι ώστε αυτά να μην γίνουν εμπόδιο για την αποτελεσματική επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας

ε) βοήθεια έτσι ώστε να αποδεχθεί και να δώσει αξία στην παρούσα σωματική του κατάσταση μετεγχειρητικά (παρουσία τραχειοστομίας) τονίζοντας ότι έχει σπουδαίες θετικές ψυχικές και άλλες δυνατότητες.

στ) παροχή βοήθειας για να κατανοήσει την σπουδαιότητα της θεραπείας που του έχει προτείνει ο ιατρός του έτσι ώστε να λάβει ευκολότερα αποφάσεις για τις θεραπευτικές του επιλογές

ζ) ενημέρωση για τις παρενέργειες των θεραπευτικών του επιλογών (π.χ. διαταραχή όσφρησης και γεύσης από την ακτινοθεραπεία, απώλεια φωνής από την λαρυγγεκτομή, και μείωση της όρεξης ως επίπτωση της χημειοθεραπείας).(Παπαδάτου & αΑναγνωστόπουλος 1995, Διβάνη 2001, Μάτζιου 2003).

η) ενθάρρυνση του λαρυγγεκτομηθέντως να εκφραστεί και να καταλάβει ότι οι συναισθηματικές του αντιδράσεις είναι φυσιολογικές

θ) βοήθεια του ασθενούς με μόνιμη τραχειοστομία να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα με την προσωπική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.(πηλίχου καινούργιες).

Η ψυχολογική υποστήριξη κατά την διάγνωση και την θεραπεία μπορεί να μειώσει τα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να προκαλέσει ο καρκίνος καθώς και να βοηθήσει στην μείωση σωματικού πόνου. Επιπροσθέτως, πολλοί άνθρωποι που βιώνουν τον καρκίνο νιώθουν πως η έκφραση συναισθημάτων και σκέψεων είναι αρκετά βοηθητικά για να αισθανθούν καλύτερα σε αυτό το στάδιο της ζωής τους (Λεονταρίτου 2009).

5.3. Η σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης μετά την θεραπεία

Η θεραπεία του καρκίνου μπορεί να είναι γίνει μία επίπονη και χρονοβόρα διαδικασία και πιθανόν να επιφέρει ποικίλες παρενέργειες. Η ανάρρωση μπορεί να πάρει πολύ χρόνο σε σύγκριση με το χρόνο της θεραπείας και μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα άγχους τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του. Από τη στιγμή που λήξει η θεραπεία είναι πολύ συνηθισμένο ο ασθενής να επιθυμεί να πάρει ξανά τη ζωή στα χέρια του, να επιστρέψει στη ρουτίνα του, να αποκτήσει πάλι τον έλεγχο. Πολύ συχνά η ανάγκη απόκτησης ελέγχου στη ζωή αλλά και η ανάγκη να αφήσει πίσω αυτό το κομμάτι της ζωής του μπορεί να τον κάνει να παραμελήσει την υγεία του και να στρέψει την προσοχή του σε σημαντικά πρόσωπα για τον ίδιο ή στην επανάκτηση των υποχρεώσεών του (Παναγιωτοπούλου 2009).

Δεν είναι σπάνιο αυτός ο ενθουσιασμός ή και τα συναισθήματα θυμού για αυτό που συνέβη να οδηγήσει σε συμπεριφορές ακραίες όπως για παράδειγμα την παραμέληση των τακτικών επανεξετάσεων ή την παραμέληση ενός υγιεινού τρόπου ζωής (Παναγιωτοπούλου 2009).

Η λήξη της θεραπείας δεν σημαίνει απαραίτητα ότι δεν θα συμβεί κάτι παρόμοιο. Οι τακτικές εξετάσεις μπορεί να ανακινούν τα αρνητικά συναισθήματα φόβου που ο ασθενής βίωσε αρχικά, είναι απόλυτα φυσικό αλλά είναι εξίσου σημαντικό ο ασθενής να ακολουθεί τις συμβουλές του γιατρού του για να διατηρήσει την υγείας του. Παράλληλα είναι σημαντικό να διατηρήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής, (που ενδεχομένως του έχει προτείνει ο θεράποντας ιατρός) ώστε να ενισχύσει τον οργανισμό του (Παναγιωτοπούλου 2009).

Σε άλλες περιπτώσεις πολλοί άνθρωποι μπορεί να ερμηνεύουν οποιοδήποτε «μήνυμα» του σώματός τους ως απειλητικό, δείγμα υποτροπής το οποίο ανά πάσα στιγμή προκαλεί αισθήματα φόβου και πανικού. Αυτό αποτελεί εμπόδιο στην επιστροφή στην καθημερινή ρουτίνα και προκύπτει γιατί ο φόβος της υποτροπής είναι πιο έντονος από το αίσθημα της ανακούφισης. Αυτός ο φόβος μπορεί σε στρεσσογόνες καταστάσεις να είναι πιο έντονος όπως σε μία ασθένεια προσφιλούς προσώπου. Η πιθανότητα υποτροπής της ασθένειας καθώς και η διακοπή της μακροχρόνιας σχέσης με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν πηγές έντονου άγχους και

ανασφάλειας. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, Παναγιωτοπούλου 2009).

Όλα τα παραπάνω συναισθήματα είναι φυσιολογικά όμως σταδιακά η εμπειρία του καρκίνου μπορεί να ενταχθεί στην ιστορία της ζωής του ασθενή. Ο φόβος και ο θυμός σταδιακά υποχωρεί και το άτομο επιστρέφει προοδευτικά στον καθημερινό του τρόπο ζωής. Πολλοί άνθρωποι που βίωσαν την εμπειρία του καρκίνου βρήκαν έναν νέο τρόπο να αντιλαμβάνονται και να αντιμετωπίζουν τη ζωή. Η απόδοση νοήματος στην εμπειρία και η ενσωμάτωσή της στην ιστορία της ζωής του ατόμου είναι μία διαδικασία που μπορεί να πάρει χρόνο (Παναγιωτοπούλου 2009). Είναι λοιπόν είναι ιδιαίτερα σημαντικό το προσωπικό υγείας να στηρίζει τον ασθενή στην πνευματική αυτή διεργασία, χωρίς να του επιβάλλει θεωρίες, απόψεις, ή προσωπικές πεποιθήσεις. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995).

Ο ασθενής μετά την περίοδο της θεραπείας του δέχεται από τον γιατρό του, τον νοσηλευτή καθώς και από άλλα μέλη της ομάδας υγείας κάποιες συμβουλές που θα τον βοηθήσουν, αυτές είναι:

- Να προσαρμοσθεί στην αλλαγή της σωματικής του εικόνας (παρουσία τραχειοστομία) τονίζοντας τις θετικές πλευρές όπως περιορισμός της νόσου, παράταση χρόνου ζωής και βελτίωση της ποιότητας της.
- Ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφράσει και να διερευνήσει τα συναισθήματα του, σχετικά με την επίδραση του χαμένου μέρους του σώματος ή των τροποποιημένων ορίων του σώματος στις καθημερινές δραστηριότητες του,
- Να μην παραμελεί τις τακτικές του εξετάσεις. Η έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη είναι δείκτης πρόγνωσης της πορείας της υγείας του ασθενή.
- Να συμβουλευτεί τον γιατρό του σε περίπτωση που τον ανησυχήσουν συμπτώματα ή ενοχλήσεις που έχει και να ακολουθεί τις νοσηλευτικές οδηγίες του όλου προγράμματος θεραπείας
- Να ακολουθεί μια ισορροπημένη διατροφή και να ενισχύσει την φυσική του κατάσταση
- Να συζητά ανοιχτά τις ανησυχίες του με σημαντικά πρόσωπα για τον ίδιο
- Να επιστρέψει στην ρουτίνα σταδιακά, να αναλάβει όσες υποχρεώσεις μπορεί χωρίς υπερβολές.
- Να βρει ευχάριστες δραστηριότητες για τον ίδιο ή και για την οικογένειά του
- Να φροντίσει να την ψυχολογική του κατάσταση. Να μην διστάσει να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας.

Να αναζητήσει οργανισμούς και υπηρεσίες υποστήριξης (Πηλίχου 1998, Παναγιωτοπούλου 2009).

Συχνά οι ασθενείς αναπτύσσουν μία σχέση βαθιά και δυναμική με το νοσηλευτικό

προσωπικό από τη στιγμή που θα αποκτήσουν εμπιστοσύνη στις γνώσεις και το έργο τους, παράλληλα με την συμπαράσταση και την ευαισθησία από μέρους του προσωπικού. Έτσι οι νοσηλευτές/τριες γίνονται το φίλτρο όπου θα εναποθέσουν τους φόβους και την αγωνία τους, αλλά και συχνά τα προβλήματα τους ιδιαίτερα εάν ο χρόνος παραμονής τους στο νοσοκομείο είναι μεγάλος. Λόγω λοιπόν της συγκεκριμένης σχέσης και θέσης- ρόλου συχνά γίνονται δέκτες των σκέψεων και των ανησυχιών του ασθενούς καθώς και των επίπονων συναισθημάτων του (Τσελέμπης 2001).

Ασθενείς που έχουν ήδη περάσει μέσα από την διαδικασία του καρκίνου και της θεραπείας του, εξέφρασαν την σημαντικότητα που είχε για αυτούς η ψυχολογική υποστήριξη και η εξωτερίκευση των σκέψεων και των συναισθημάτων τους. Επίσης υπάρχει δυνατό επιστημονικό υλικό το οποίο υποστηρίζει πως η αξία τέτοιων υπηρεσιών που βοηθούν καρκινοπαθείς αλλά και συγγενικά τους μέλη ζουν πιο ολοκληρωμένα καθώς μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις και τις αλλαγές που επιφέρει ο καρκίνος του λάρυγγα, η θεραπεία του και τα στάδιά του (Λεονταρίτου 2009).

5.4. Ο ρόλος της οικογένειας στην παροχή φροντίδας και ψυχολογικής υποστήριξης

Ο ασθενής και η οικογένεια του είναι συνδεδεμένοι με δεσμούς. Μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας αναπτύσσονται σχέσεις και αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών της έτσι ώστε όταν ένα μέλος της οικογένειας πάσχει από μία σοβαρή νόσο τότε το γεγονός αυτό έχει αντίκτυπο σε όλη την οικογένεια. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1986).

Η επίδραση της νόσου του καρκίνου του λάρυγγα στην ζωή της οικογένειας είναι αναμφισβήτητη. Καμία άλλη νόσος δεν απειλεί τη σωματική εικόνα όσο ο καρκίνος, αλλά και καμία δεν επηρεάζει τόσο πολύ το όλο σύστημα της οικογένειας, εξαιτίας του άμεσου αντίκτυπου που έχει ο καρκίνος στην λειτουργικότητα, στους ρόλους και τις σχέσεις των μελών της οικογένειας. Όσο πιο ισορροπημένη είναι μία οικογένεια, τόσο ευκολότερα θα επικοινωνούν τα μέλη που την αποτελούν και τόσο πιο γρήγορα οι ρήξεις θα λύνονται. Η οργάνωση και η αλληλοϋποστήριξη είναι πρωταρχικός παράγοντας για να ξεπεραστεί η δοκιμασία (Renard 1990). Η οικογένεια από την διάγνωση έως την αποκατάσταση ή το τελικό στάδιο καλείται να συμβάλλει στην κάλυψη των αναγκών του πάσχοντος μέλους. Επικεντρώνεται συνήθως στον πολύ σημαντικό ρόλο του ελέγχου, της ανακούφισης των συμπτωμάτων και της ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενούς (Κυρίτση-Κουκουλάρη 2001, Τσανίρα 2003, Γκοβίνα-Πατηράκη 2006).

Η ύπαρξη συγγενικού (και κατά δεύτερο λόγο φιλικού) περιβάλλοντος είναι ένας ουσιαστικός παράγοντας στην πορείας μιας ανίατης ασθένειας όπως είναι ο καρκίνος του λάρυγγα. Η οικογένεια αποτελεί το άμεσο σύστημα υποστήριξης του ασθενούς , τόσο φυσικής (στέγη,

τροφή, καθαριότητα, καθημερινές ανάγκες κλπ.), όσο και ψυχολογικής (Παπαγιάννης 2003).

Η οικογένεια περιλαμβάνεται στην ομάδα αποκατάστασης ήδη από την φάση του σχεδιασμού της φροντίδας και ψυχολογικής υποστήριξης και μπορεί:

- Να υποστηρίξει ψυχολογικά τον ασθενή, παροτρύνοντας τον να εκφράζει τα αρνητικά του συναισθήματα και αγωνίες
- Να αναπροσαρμόσει τους παραδοσιακούς οικογενειακούς ρόλους των μελών της έτσι ώστε το ασθενές μέλος της να βρει την θέση του μέσα στους κόλπους της οικογένειας
- Να καλύπτει τις ανάγκες του ασθενούς μέλους δείχνοντας πραγματικό ενδιαφέρον και κατανόηση
- Να ενθαρρύνει τον ασθενή να ακολουθεί δραστηριότητες απασχόλησης η και εκπαίδευσης μέσω των υπηρεσιών που παρέχονται από την κοινότητα και την πολιτεία.
- Να τον βοηθήσει να επανενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο (στην εργασία, στις δραστηριότητες του κ.α.)
- Να παρέχει ευκαιρίες για επαφή και κοινωνική συναναστροφή με άλλους ασθενείς που αντιμετωπίζουν παρόμοιο πρόβλημα (Κονιάρη 1998, Σαπουντζη-Κρέπια 2004).

Πολλές οικογένειες όμως υποθέτουν πως ο καρκίνος είναι κατά κανόνα θανατηφόρα ασθένεια και μπορεί να αγνοήσουν τις θετικές πλευρές και ελπιδοφόρες στάσεις του ασθενούς απέναντι στην πρόγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση του. Έτσι αποτυγχάνουν να δώσουν στον ασθενή την υποστήριξη που χρειάζεται. (Αναγνωστόπουλος 1986).

Τα μέλη της οικογένειας του ασθενή περνούν μαζί με αυτόν μία περίοδο πένθους γιατί οι σημαντικές απώλειες που βιώνουν οι ασθενείς, αποτελούν και δικές τους απώλειες τόσο σε υλικό όσο και συναισθηματικό επίπεδο. Έτσι λοιπόν η οικογένεια κατανοώντας όσο το δυνατόν το πρόβλημα του ασθενούς μέλους της αποτελεί το σημαντικότερο μέσω στήριξης για τον ασθενή σε αυτήν την δύσκολο περίοδο της ζωής του (Ιακωβίδης & Ιακωβίδης 2007).

Επομένως είναι σημαντική η τοποθέτηση της οικογένειας του ασθενούς που πάσχει από καρκίνο του λάρυγγα ως στοιχείο δυναμικό για την συνολική θεραπεία του ή τουλάχιστον για την ανάγκη του να βρίσκει διεξόδους από την σωματική και ψυχική ταλαιπωρία. (Τσανίρα 2003).

5.5. Η σχέση των επαγγελματιών υγείας με την οικογένεια του καρκινοπαθούς

Οι σχέσεις που καλείται να αναπτύξει ο επαγγελματίας υγείας, με την οικογένεια της οποίας ένα μέλος νοσεί και συγκεκριμένα από καρκίνο του λάρυγγα , αφορούν συνήθως τομείς όπως η ενημέρωση-πληροφόρηση και η εκπαίδευση καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη. Γεγονός αναμφισβήτητο είναι ότι η οικογένεια και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό συμβάλλουν στο να διατηρείται για τον ασθενή που νοσηλεύεται το φυσικό του περιβάλλον και ο ρυθμός της ζωής του.

Ο σκοπός των ειδικών είναι να βοηθήσουν την οικογένεια να απομυθοποιήσει, να εξοικειωθεί και να αντιμετωπίσει τον πόνο και την ψυχική καταπόνηση που επιφέρει η νόσος στα αγαπημένα τους πρόσωπα και κατά συνέπεια και στους ίδιους. Εξαιρετικά σημαντικό επίσης είναι οι επαγγελματίες υγείας να βοηθήσουν τους συγγενείς να προσφέρουν με τον πιο σωστό τρόπο τις υπηρεσίες τους στον πάσχοντα, αλλά και να προσαρμοστούν οι ίδιοι στην κατάσταση της ασθένιας και στην πιθανότητα κακής έκβασης. (Τσελέμπης 2001, Παπαγιάννης 2003).

Η επιτυχής παρέμβαση του επαγγελματία υγείας θα κριθεί κυρίως από τον τρόπο που θα εκτιμηθεί η οικογένεια, από τις επικοινωνιακές δεξιότητες της ομάδας, αλλά και από τη αντίληψη και δράση της οικογένειας απέναντι στην ασθένεια (Τσελέμπης 2001).

Η εκτίμηση της οικογενειακής κατάστασης του ασθενούς από την θεραπευτική ομάδα, βοηθάει πολύ στον σχεδιασμό των παρεμβάσεων της ομάδας στις προσδοκίες και στους στόχους που θα τεθούν, συμβάλλει στην δημιουργία μιας σωστής εικόνας των δυνατοτήτων της οικογένειας. (Τσελέμπης 2001).

Οι επικοινωνιακές δεξιότητες είναι κεντρικής σημασίας για την επιτυχή σύναψη σχέσεων της θεραπευτικής ομάδας με την οικογένεια. Στην πράξη είναι δύσκολη διαδικασία που απαιτεί:

α) την άνευ όρων αποδοχή της οικογένειας ή του ατόμου, αποδοχή η οποία εκφράζεται μέσα από το πηγαίο ενδιαφέρον του επαγγελματία υγείας, που δέχεται τον άλλον με όλες του τις αδυναμίες ή ανεπάρκειες χωρίς να θέτει προϋποθέσεις,

β) την συναισθηματική κατανόηση που εκφράζεται με την προσπάθεια του επαγγελματία υγεία να συναισθανθεί τον τρόπο που βιώνει τα γεγονότα ο ασθενής,

γ) την διαφάνεια και ειλικρίνεια που εκπέμπει ο επαγγελματίας υγείας, οποίος αποφεύγει να δίνει διαφορετικά μηνύματα από αυτά που βιώνει,

δ) την δυνατότητα της θεραπευτικής ομάδας να μην είναι κατευθυντική (Τσελέμπης 2001).

Οι Peteman & Bode διακρίνουν πέντε τρόπους με τους οποίους αντιλαμβάνονται συνήθως την ασθένεια η οικογένεια και δίνουν ταυτόχρονα τον τρόπο με τον οποίο αντιδρούν κάτω από την επιρροή αυτής της αντίληψης.

Έτσι διακρίνουνε:

α) τις οικογένειες που αντιλαμβάνονται την ασθένεια και τις επιπτώσεις της πρόκληση για ανάπτυξη. Οι οικογένειες αυτές δραστηριοποιούνται για να ξεπεράσουν τις δυσκολίες, αναζητούν πληροφορίες, αναπτύσσουν νέες δεξιότητες και προσαρμόζονται αποτελεσματικά από νέες καταστάσεις.

β) Τις οικογένειες που αντιλαμβάνονται την ασθένεια ως δοκιμασία, επηρεαζόμενες από τις θρησκευτικές τους αντιλήψεις και πεποιθήσεις. Συχνά πιστεύουν ότι δοκιμάζεται η πίστη, οι σχέσεις, η αντοχή τους.

γ) Τις οικογένειες που αντιλαμβάνονται την ασθένεια ως κακοτυχία. Και συνήθως βιώνουν ταυτόχρονα με την διάγνωση και άλλες στρεσσογόνες εμπειρίες. Η ασθένεια θεωρείται ένα πρόσθετο γεγονός που απειλεί την συνοχή και την ισορροπία του οικογενειακού συστήματος.
δ) Τις οικογένειες που αντιλαμβάνονται την ασθένεια ως θέλημα της μοίρας και δέχονται τις συμβουλές της θεραπευτικής ομάδας, χωρίς να αμφισβητούν και να αναζητούν πληροφορίες.
ε) Τις οικογένειες που αντιλαμβάνονται την ασθένεια και τις επιπτώσεις της ως τιμωρία. Οι οικογένειες αυτές έχουν απαισιόδοξη και αρνητική αντίληψη για την ζωή. Βιώνουν ενοχές, δέχονται παθητικά την θεραπεία, είτε γιατί πιστεύουν ότι την αξίζουν ή για να εξιλεωθούν (Τσελέμπης 2001).

Τα οφέλη από την παροχή πληροφόρησης είναι πολλά, δεδομένου ότι μειώνει τους φόβους της οικογένειας, αυξάνει την αίσθηση ελέγχου και εξουσίας, ενδυναμώνει τα άτομα, διευκολύνει την οικογένεια να χειριστεί το στρες που αντιμετωπίζει, βοηθά στην βελτίωση της έκβασης της νόσου και της θεραπείας και αυξάνει την πιθανότητα επικοινωνίας μεταξύ των μελών και την δυνατότητα της έκφρασης των συναισθημάτων. Οι οικογένειες ασθενών με καρκίνο επιθυμούν να γνωρίζουν λεπτομέρειες σχετικά με τον θάνατο, τη νόσο, τα συμπτώματα, την πρόγνωση, τους τρόπους αντιμετώπισης της αβεβαιότητας του μέλλοντος, τις ψυχολογικές ανάγκες του ασθενούς, τις παρενέργειες της θεραπείας και τους διαθέσιμους πόρους στήριξης από την κοινότητα. Έτσι λοιπόν η παροχή πληροφοριών στους ασθενείς και τις οικογένειες τους είναι βασικό στοιχείο κατά την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας υψηλής ποιότητας δεδομένου ότι οι συγγενείς συχνά έχουν ρόλο μεσολαβητή ανάμεσα σε επαγγελματίες και σε ασθενείς (Γκοβίνα-Πατηράκη 2006).

Συχνά μπορούν να παρατηρηθούν προβλήματα με την παροχή ολοκληρωμένης πληροφόρησης στις διάφορες μορφές παροχής φροντίδας από τους επαγγελματίες υγείας, εξαιτίας της ύπαρξης πολλών ιατρικών ειδικοτήτων που αποτελούν πηγή σύγχυσης και καχυποψίας για τον ασθενή και την οικογένεια. Επίσης άλλα προβλήματα που μπορεί να δυσχεραίνουν την επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας, ασθενών και συγγενών τους είναι: το ότι οι ασθενείς και οι συγγενείς τους δεν είναι ενημερωμένοι για την κατανομή αρμοδιοτήτων και υπευθυνότητας των επαγγελματιών υγείας, η έλλειψη άνεσης των επαγγελματιών υγείας να μιλήσουν για τον θάνατο καθώς και η θλίψη και η αγωνία των συγγενών από τα έντονα συναισθήματα που χαρακτηρίζουν την ανακοίνωση του επικείμενου θανάτου ενός ατόμου (Γκοβίνα-Πατηράκη 2006).

Σύμφωνα με την Lattanzi και τους συν. τα μέλη της οικογένειας κατά πολλούς τρόπους καθρεφτίζουν τις ανάγκες του πάσχοντος ατόμου και μάλιστα σε μερικές περιπτώσεις οι ανάγκες της οικογένειας βρέθηκαν να ξεπερνούν εκείνες των ασθενών. Τα προβλήματα και οι ανάγκες των μελών της οικογένειας δεν πηγάζουν μόνο από τις αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας του ασθενή αλλά, την επικείμενη απώλεια και από την υποτίμηση των αναγκών. Αναλυτικότερα μπορούν να

χωριστούν στις ανάγκες που έχουν σχέση με τα ίδια τα μέλη και σε εκείνες που πηγάζουν από το ασθενές μέλος. Οι οικογένειες έχουν ανάγκες πληροφόρησης, ψυχοκοινωνικές και πνευματικές ανάγκες, καθώς και ποικίλες άλλες που προκύπτουν από τις αλλαγές στον τρόπο ζωής, τις αυξημένες οικογενειακές ευθύνες, την απομόνωση, την αυξημένη δέσμευση, τα οικονομικά προβλήματα και την παροχή σωματικής φροντίδας και ψυχολογικής υποστήριξης στα αγαπημένα τους πρόσωπα (Γκοβίνα-Πατηράκη 2006, Λεονταρίτου 2009).

Για την κάλυψη των πολύπλευρων αναγκών της οικογένειας απαιτείται η ύπαρξη μιας ευέλικτης διεπιστημονικής ομάδας που θα ανταποκρίνεται στις διάφορες απαιτήσεις και στα οικογενειακά προβλήματα. Οι κλινικές παρεμβάσεις στην οικογένεια της οποίας κάποιο μέλος πάσχει από καρκίνο του λάρυγγα περιλαμβάνουν:

α) βοήθεια για την κινητοποίηση διαθέσιμων πόρων

β) πρόληψη της απομόνωσης του ασθενή και της οικογένειας από τα φυσικά και κοινωνικά τους στηρίγματα

γ) ελάττωση της αρνητικής επίδρασης του καρκίνου στην ζωή της οικογένειας

δ) δημιουργία κλίματος κατανόησης ανάμεσα στην οικογένεια και τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τους σκοπούς της θεραπείας.

Οι οικογένειες είναι περισσότερο αναγκαίο να λαμβάνουν από τους επαγγελματίες υγείας την καθοδήγηση και την υποστήριξη που έχουν ανάγκη, για να είναι σε θέση να συνεχίσουν μέχρι το τέλος και με το μικρότερο δυνατό προσωπικό κόστος το βαρύ και επίπονο έργο που έχουν αναλάβει (Γκοβίνα-Πατηράκη 2006).

Η συνεργασία των επαγγελματιών υγείας με την οικογένεια είναι απαραίτητη, προκειμένου να υπάρχει θετική συμβολή στην προσαρμογή του καρκινοπαθούς και την εξέλιξη της θεραπείας του. Μεταξύ τους πρέπει να υπάρχει ανοιχτή επικοινωνία, καθορισμός των ρόλων και των ορίων, καθορισμός κοινών στόχων, αμοιβαία κατανόηση των συναισθηματικών αντιδράσεων με τελικό στόχο την παροχή βοήθειας έτσι ώστε ο καρκινοπαθείς να ξεπεράσει το άγχος και τους φόβους του, να αναγνωρίσει τις δυνατότητες και τις αδυναμίες της κατάστασης του και να αγωνιστεί για μία καλύτερη ποιότητα της ζωής (Κουστιαύτη 2003).

5.6. Οι ομάδες αυτοβοήθειας και αμοιβαίας υποστήριξης

Η έκβαση της συμμετοχής σε μία ομάδα αμοιβαίας υποστήριξης ή αυτοβοήθειας μπορεί να είναι θεραπευτική, εν τούτοις οι ομάδες αυτές δεν συνιστούν μεθόδους για την ενδοψυχική εξερεύνηση ή ανασύσταση της προσωπικότητας (Ιακωβίδης και Ιακωβίδης 2007).

Η ομάδες αυτές επιζητούν να δημιουργήσουν ένα πνεύμα ομαδικότητας και αποδοχής, η δε συμμετοχή σε μία τέτοια ομάδα σημαίνει ότι τα άτομα μοιράζονται μία κοινή επώδυνη εμπειρία

και η δυναμική της ομάδας είναι τέτοια που οδηγεί σε ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Το γεγονός αυτό δημιουργεί ένα αίσθημα εμπιστοσύνης, ισοτιμίας και αποδοχής, ιδιότητες που εμπνέουν και οδηγούν στην επανεδρέωση του αυτοελέγχου και την επανάκτηση της αίσθησης του νοήματος της ζωής. Και ενώ στις ομάδες αυτοβοήθειας ασθενείς ή μέλη οικογενειών συναντώνται υπό την ηγεσία ενώ επαγγελματία υγείας που έχει κατάλληλη εκπαίδευση και ρόλο καθαρά συμβουλευτικό, αλλά δεν ανήκει στον χώρο της ψυχικής υγείας, στις ομάδας αμοιβαίας υποστήριξης ο επαγγελματίας ανήκει στον χώρο της ψυχικής υγείας (Ιακωβίδης και Ιακωβίδης 2007).

Τα χαρακτηριστικά αυτών των ομάδων είναι η ανταλλαγή κοινών εμπειριών και πληροφοριών, το πνεύμα ομάδας και η ανάπτυξη μηχανισμών αντιρρόπησης με αποτέλεσμα δημιουργική δράση, προς τους επιδιωκόμενους στόχους. Για παράδειγμα η ομάδα λαρυγγεκτομής έχει ως στόχο την εκπαίδευση εθελοντών πρώην ασθενών, την διδασκαλία φώνησης και την παροχή ψυχοκοινωνικών φροντίδων. Η σπουδαιότητα του εθελοντικού σώματος πρώην ασθενών έγκειται στο ότι η βοήθεια στο νέο ασθενή δίνεται σε μία πρόσωπο με πρόσωπο επαφή και βασίζεται στην ανταλλαγή κοινών εμπειριών με ένα άτομο που είχε περάσει την ίδια εμπειρία και κατάφερε να προσαρμοσθεί επιτυχώς (Ιακωβίδης και Ιακωβίδης 2007).

5.7. Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα και την σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης

Η έρευνα των Taş et al το 2007 αποσκοπούσε στο να αξιολογήσει τα ψυχολογικά συμπτώματα των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ολική ή μερική λαρυγγεκτομή. Στην μελέτη συμμετείχαν 63 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική (41 ασθενείς) ή μερική (22ασθενείς) λαρυγγεκτομή. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή είχαν υψηλά ποσοστά ευαισθησίας, κατάθλιψης, θυμού, εχθρότητας, και φοβικής ανησυχίας συγκριτικά με τους ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε μερική λαρυγγεκτομή οι οποίοι είχαν χαμηλότερα ποσοστά στα παραπάνω συμπτώματα. Συμπερασματικά στους ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα πρέπει να δοθεί μετεγχειρητική ψυχολογική υποστήριξη για να ελαχιστοποιήσουν τα δυσμενή ψυχολογικά συμπτώματα της μερικής ή ολικής λαρυγγεκτομής.

Η έρευνα των Herranz et al 1999 πραγματοποιήθηκε με σκοπό να εκτιμηθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών που είχαν υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση καρκίνου του λάρυγγα. Δύο ομάδες ασθενών χωρίστηκαν σε 2 τύπους χειρουργικής επέμβασης: λειτουργικές χειρουργικές επεμβάσεις (υπεργλωττιδικές 19 ασθενείς και χορδεκτομή 11 ασθενείς) και σε ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις (ολική λαρυγγεκτομή, 69 ασθενείς, και μερική λαρυγγεκτομή, 12 ασθενείς). Τα αποτελέσματα απέδειξαν ότι η απώλεια της φωνής και της γεύσης ήταν οι μόνοι παράγοντες που επηρέασαν την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών. Ο

σημαντικότερος αρνητικός παράγοντας που είχε επίπτωση στην ποιότητα ζωής τους ήταν η έλλειψη κοινωνικής και οικογενειακής ψυχολογικής υποστήριξης.

Οι Linn και συν. 1982 σε έρευνα που πραγματοποίησαν με σκοπό να μελετηθεί η αξία της ψυχολογικής υποστήριξης στην άρση των δυσάρεστων ψυχικών συναισθημάτων του ασθενή. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 163 ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα τετάρτου σταδίου. Το 56% έλαβαν ψυχολογική υποστήριξη για δύο έτη ενώ το υπόλοιπο ποσοστό (44%) όχι. Τα αποτελέσματα απέδειξαν ότι οι ασθενείς που δέκτηκαν ψυχολογική υποστήριξη παρουσίασαν μειωμένο αίσθημα απομόνωσης καλύτερες άμυνες έναντι της κατάθλιψης και του άγχους και μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ζωή σε σύγκριση με την άλλη ομάδα. Η λειτουργική ικανότητα και η επιβίωση δεν διέφεραν στις δύο ομάδες. (Ιακωβίδης και Ιακωβίδης 2007).

5.7.1. Συγκριτική μελέτη ερευνών

Η έρευνα των Tas et al (2007) πραγματοποιήθηκε με στόχο να αξιολογήσει τα ψυχολογικά συμπτώματα των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ολική ή μερική λαρυγγεκτομή. Συμπερασματικά διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε μερική ή ολική λαρυγγεκτομή είχαν ανάγκη μετεγχειρητικής ψυχολογικής υποστήριξης για να ελαχιστοποιήσουν τα δυσμενή ψυχολογικά συμπτώματα (κατάθλιψη, θυμού, φοβικής ανησυχίας κλπ). Παρόμοια έρευνα διεξήγαγαν και οι Herranz et al (2007) της οποίας τα αποτελέσματα ήταν ανάλογα με αυτά των Tas et al (2007). Η έλλειψη κοινωνικής και οικογενειακής ψυχολογικής υποστήριξης ήταν ο σημαντικότερος αρνητικός παράγοντας που είχε επίπτωση στην ποιότητα ζωής τους. Παλαιότερα οι Linn και συν. (1982) σε μία μελέτη που πραγματοποίησαν με σκοπό να αξιολογήσουν την σημασία ψυχολογικής υποστήριξης στην άρση των δυσάρεστων ψυχικών συναισθημάτων του ασθενή κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς οι οποίοι δέκτηκαν ψυχολογική υποστήριξη παρουσίασαν μειωμένο αίσθημα απομόνωσης καλύτερες άμυνες έναντι της κατάθλιψης και του άγχους και μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ζωή.

5.8. Σύνοψη κεφαλαίου

Όλοι οι ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα έχουν το δικαίωμα ενημέρωσης και ψυχολογικής υποστήριξης. Οι ασθενείς που δέχονται ψυχολογική υποστήριξη βλέπουν βελτίωση στην διάθεση τους αλλά και στην ποιότητα της ζωής τους και έτσι γίνονται πιο αισιόδοξοι και αποφασισμένοι. Αυτό σαν αποτέλεσμα έχει, να υπάρχει μια θετική επιρροή στο πως αντιμετωπίζουν τον καρκίνο και την διάγνωσή του, την θεραπεία και την διαδικασία της, καθώς επίσης και άλλα γεγονότα που συμβαίνουν παράλληλα στη ζωή τους. Η εκπαίδευση των ασθενών είναι μία καινούργια έννοια και ένας τρόπος σκέψης στον τομέα της υγείας καθώς αποτελεί μέσο παρέμβασης για την υποστήριξη

ασθενών με καρκίνο και των οικογενειών τους. Η κλινική εμπειρία, η ειδίκευση και η συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας καθώς και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ / ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μέσα από την εξέλιξη του θέματος ο αναγνώστης αποκόμισε γνώσεις αρχικά για τη λειτουργία και χρησιμότητα του αναπνευστικού συστήματος ενώ στη συνέχεια του δόθηκαν πληροφορίες για την έννοια του καρκίνου, την αιτιοπαθογένεια του καρκίνου του λάρυγγα, τη συχνότητα της νόσου, την πρόγνωση, την πρόληψη και τη θεραπεία των ασθενών. Επιπλέον αναλύσαμε την σπουδαιότητα του νοσηλευτικού ρόλου στην αντιμετώπιση και στη φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά. Η ανάπτυξη του θέματος ολοκληρώθηκε με την καταγραφή των στοιχείων που οδηγούν στην ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο του λάρυγγα που αποτελούσε και το κύριο μέρος της εργασίας καθώς επίσης και την συμβολή της ψυχολογικής υποστήριξης για την βελτίωση της ποιότητα της ζωής των ασθενών αυτών. Αναλυτικότερα είδαμε πως:

Η χρησιμότητα του αναπνευστικού συστήματος, έγκειται στη μεταφορά του οξυγόνου (O_2) από την ατμόσφαιρα στα κύτταρα του οργανισμού και την απομάκρυνση του διοξειδίου του άνθρακα (CO_2) από τα κύτταρα του οργανισμού στην ατμόσφαιρα, δηλαδή αυτή η ανταλλαγή των δύο αερίων λέγεται *αναπνοή*. Ο λάρυγγας αποτελεί την αρχή της κατώτερης αναπνευστικής οδού, βρίσκεται κάτω από το υοειδές οστό και επιτελεί τρεις βασικές λειτουργίες: α) *την προστατευτική* η οποία συνιστάται στην προστασία των κατώτερων αεροφόρων οδών για την αποφυγή εισρόφησης υγρών ή στερεών τροφών, β) *την φωνητική* όπου η φωνή παράγεται κυρίως από δύο πτυχές του βλεννογόνου του λάρυγγα, *τις φωνητικές χορδές,* οι οποίες πάλλονται καθώς διέρχεται μέσα από αυτές ο εκπνεόμενος αέρα από τους πνεύμονες και γ) *την αναπνευστική* λειτουργία όπου καθώς οι φωνητικές χορδές συμπίπτουν και εφάπτονται μεταξύ τους (κατά την φώνηση), παραμένει ανοιχτή η αναπνευστική μοίρα της γλωττίδας για να μην διακοπεί η αναπνοή.

Τη σημερινή εποχή ο καρκίνος αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας εξαιτίας της μεγάλης επίπτωσης, της ταχείας εξέλιξης και της φτωχής πρόγνωσης καθώς αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα στην Ελλάδα. Χαρακτηρίζεται ως η νόσος του μέλλοντος, αφού αναμένεται να τον αναπτύξει ένας στους τρεις ανθρώπους στη γη. Είναι μία νόσος πολυδιάστατη που επηρεάζει ποικιλότροπα και σε διάφορες κατευθύνσεις την ζωή του ασθενή και της οικογένειας του. Ο καρκίνος προσβάλλει όλους τους ανθρώπινους ιστούς παίρνοντας κάθε φορά μια τελείως διαφορετική μορφή σε κάθε σημείο.

Το καρκίνωμα του λάρυγγα αντιπροσωπεύει μόνο το 2% των κακοηθειών και προκαλείται από κακοήθη βλάβη των κυττάρων του λάρυγγα, η οποία μπορεί να συμβαίνει συχνότερα στις

φωνητικές χορδές. Εμφανίζεται συνήθως μετά την ηλικία των 40 και είναι συχνότερο στους άνδρες από ότι στις γυναίκες (7:1). Οι περιβαλλοντολογικές επιδράσεις είναι πολύ σημαντικές στην αιτιολογία του. Σχεδόν όλες οι περιπτώσεις αφορούν σε καπνιστές, ενώ η έκθεση σε αμίαντο η κατανάλωση αλκοόλ και η προηγηθείσα έκθεση στην ακτινοβολία, ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) μπορεί επίσης να παίζουν ρόλο.

Ο καρκίνος του λάρυγγα ανήκει στην κατηγορία των καρκίνων που αντιμετωπίζονται επιτυχώς, εφόσον τα καρκινικά κύτταρα εντοπίζονται στις φωνητικές χορδές και είναι σε αρχικό στάδιο. Η θεραπεία που ακολουθείται είναι η χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση ολόκληρου ή μέρους του λάρυγγα, η οποία ωστόσο αλλοιώνει την ομιλία, και η θεραπεία με λέιζερ, η οποία είναι πιο ανώδυνη και δεν επηρεάζει την ομιλία.

Ο καλύτερος τρόπος για να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης αυτού του τύπου καρκίνου είναι η υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής, που θα περιλαμβάνει αποφυγή του καπνίσματος και περιορισμό της κατανάλωσης αλκοόλ. Επιπλέον, ζωτικής σημασίας είναι η έγκαιρη εξέταση σε περίπτωση επιμένουσας βραχνάδας.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου αποτελεί μία πολυσύνθετη ενέργεια δράσεων. Είναι μεν οργανική νόσος αλλά έχει την ιδιαιτερότητα να δημιουργεί έντονα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Απαιτεί ως εκ τούτου ολοκληρωμένη ιατρική, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειας του και προετοιμασία του κοινωνικού σώματος για την επανένταξη του ασθενούς.

Όσον αφορά την ποιότητα ζωής ενός ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα, σημαντικό ρόλο παίζει η ψυχολογία του. Η διάγνωση του καρκίνου και γενικά η διάγνωση μιας σοβαρής και απειλητικής για την ζωή ασθένειας συνοδεύεται από σταδιακή συνειδητοποίηση των απωλειών που επιφέρει τόσο σωματικά όσο και ψυχικά, με συνέπεια να αναδύεται μία αντίδραση θρήνου. Αν δεν επανακτηθεί η καλή ψυχολογία του ασθενή μετά την διάγνωση της ασθένειάς του, ο ίδιος μπορεί να μην είναι σε θέση να ακολουθήσει τη θεραπεία που του έχουν συστήσει και επίσης να μην προσαρμόζεται στις υπόλοιπες αλλαγές του τρόπου ζωής του που του επιβάλλουν η νόσος και η θεραπεία της.

Ο καρκίνος του λάρυγγα, εκτός από την επιρροή που ασκεί στην ψυχολογία του ασθενή, προκαλεί και άλλες αλλαγές στον τρόπο ζωής του, όπως είναι οι αλλαγές στη σίτιση, στις σεξουαλικές σχέσεις, η εκμάθηση ομιλίας, καθώς επίσης και η επανένταξη του ασθενή μετά από την χειρουργική επέμβαση λαρυγγεκτομής. Οι αλλαγές αυτές δοκιμάζουν τα ψυχολογικά όρια του ασθενή, καλώντας τον να ζήσει με αυτές.

Απ΄ όλα τα παραπάνω διαφαίνεται η σπουδαιότητα των επαγγελματιών υγείας στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς καθώς και στη γενικότερη παροχή φροντίδας του ίδιου και

της οικογένειάς του. 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.

Παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί στον χώρο της ογκολογίας και την συνεχή πληροφόρηση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ο μύθος που περιβάλλει τον καρκίνο δεν έχει καταρριφθεί. Στην σφαίρα αυτής της ασθένειας την τόσο φορτισμένη με άγχος και αγωνία η επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού υγείας και του ασθενούς αποτελεί ουσιαστική παράμετρο της θεραπευτικής διαδικασίας. Ωστόσο τα ερευνητικά δεδομένα αποδεικνύουν, πως γενικά οι νοσηλευτές δεν επικοινωνούν καλά με τους ασθενείς, ενώ οι ίδιοι οι νοσηλευτές παραδέχονται ότι η επικοινωνία με τους ογκολογικούς ασθενείς είναι δύσκολη. Η επικοινωνία είναι ένα σημαντικό κομμάτι της ογκολογικής νοσηλευτικής και συμπορεύεται με την φροντίδα και την ψυχολογική υποστήριξη τόσο των καρκινοπαθών όσο και των οικογενειών τους. Προϋποθέτει μία καθαρά συνεργατική διαδικασία ανάμεσα τον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας με κοινό στόχο την προαγωγή υγείας του ασθενούς.

Η ενημέρωση των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα είναι μία δύσκολη και στρεσσογόνος διαδικασία τόσο για τον ασθενή όσο και για το προσωπικό υγείας. Η ακριβής και ειλικρινή ενημέρωση σχετικά με τις θετικές και αρνητικές πλευρές της ασθένειας του, εδραιώνει την εμπιστοσύνη ανάμεσα στον ασθενή και την ομάδα υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας που είναι επιφορτισμένοι με αυτό το δύσκολο έργο πρέπει να είναι σωστά ενημερωμένοι για τις τρέχουσες αντιλήψεις πάνω στο συγκεκριμένο πρόβλημα και εκπαιδευμένοι στους τρόπους επικοινωνίας, ώστε να προσεγγίζουν τον ασθενή ως μία βιοψυχοκοινωνική ολότητα όπως διδάσκει η νοσηλευτική επιστήμη. Το γενικό κριτήριο είναι η οποιαδήποτε ενημέρωση να μην καταλήγει σε βάρος της κοινωνικής απαρτίωσης του ασθενούς.

Είναι σημαντικό να μην παραγνωρίζετε η οικογένεια του πάσχοντος καθώς αυτή παραμένει στην Ελλάδα το πιο ουσιαστικό υποστηρικτικό σύστημα του ασθενούς γενικά και του καρκινοπαθούς ιδιαίτερα. Επομένως είναι σημαντική η τοποθέτηση της οικογένειας του ασθενούς που πάσχει από καρκίνο του λάρυγγα ως στοιχείο δυναμικό για την συνολική θεραπεία του ή τουλάχιστον για την ανάγκη του να βρίσκει διεξόδους από την σωματική και ψυχική ταλαιπωρία.

Τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχθεί το πόσο σημαντικό είναι να διασφαλίζεται η όσο το δυνατόν καλύτερη παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου η οποία αποτελεί την ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του. Σήμερα είναι αποδεκτό ότι η ποιότητα επιβίωσης είναι εξίσου σημαντική με την διάρκεια της. Στο μέλλον αναμένεται να αυξηθεί ακόμα περισσότερο η τοξικότητα των θεραπειών, επηρεάζοντας περισσότερα αρνητικά την

ποιότητα ζωής των ασθενών. Έτσι γίνεται επιτακτικότερη η ανάγκη ενασχόλησης των επαγγελματιών υγείας με την εξασφάλιση ποιοτικότερης ζωής των ασθενών με καρκίνο.

Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή/τρια 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 ο χειρισμός και η διαχείριση του καρκινικού πόνου, η αντιμετώπιση ψυχολογικών - κοινωνικών ηθικών προβλημάτων, η αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων, η διατροφική υποστήριξη, η αντιμετώπιση της καχεξίας και η φροντίδα τελικού σταδίου.

Από την τριβή με το θέμα προκύπτει ότι εάν επιζητείται η προαγωγή της περίθαλψης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο γενικά και με καρκίνο του λάρυγγα ειδικότερα, θα πρέπει:

α) να υπάρξει μια επέκταση των ήδη υπαρχουσών γνώσεων και ερευνητικών ευρημάτων γύρω απ΄ αυτή, καθώς και μια κατανόηση της σχέσης που διαμορφώνεται μεταξύ της κρίσιμης κατάστασης των ασθενών και του περιβάλλοντος στο οποίο αυτοί νοσηλεύονται ή διαβιούν. Η διεπαγγελματική προσέγγιση των ασθενών πρέπει να ενσωματωθεί και στη νοσηλευτική έρευνα.

β) να δημιουργηθούν εναλλακτικές μέθοδοι δόμησης και παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας και να γίνουν ευρύτερα γνωστές. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω ενός προγράμματος συγκροτημένων ερευνών, οι οποίες θα σχεδιάζονται, θα επαναλαμβάνονται και θα αξιολογούνται σε διαφορετικά νοσοκομεία.

γ) βελτίωση της πλήρους φροντίδας των ανθρώπων με καρκίνο, που συμπεριλαμβάνει την υποστηρικτική και ανακουφιστική φροντίδα μέσω ειδικών θεραπευτικών χειρισμών.

δ) να αναγνωρίζουν σε κλινικό και πολιτικό επίπεδο της σημασία της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών, ανεξάρτητα από το στάδιο και την πρόγνωση της νόσου, και της συνεχούς υποστηρικτικής φροντίδας στους καρκινοπαθείς, ειδικά σε περιπτώσεις όπου δεν μπορεί να επιτευχθεί θεραπεία.

ε) Να θέσουν σε προτεραιότητα την ποιότητα της ζωής ως τελικό στόχο κλειδί στην ανάπτυξη νέων φαρμάκων αλλά και στην φροντίδα του ασθενή.

στ) να υπάρχει επιθετική και συνεχιζόμενη ανάπτυξη επιστημονικών μέσων για τον υπολογισμό και την αποτίμηση της ποιότητας ζωής στα νοσηλευτικά κέντρα.

ζ) εκπαίδευση των λειτουργών υγείας και των καρκινοπαθών να είναι εντατική τόσο για την ανάγκη, όσο και για τις ευκαιρίες αποτελεσματικού ελέγχου του πόνου στον καρκίνο, σε κάθε

στάδιο της νόσου και της θεραπείας. Ο καρκινικός πόνος επηρεάζει έντονα την ποιότητα της ζωής και συχνά υποβαθμίζεται πολύ και δεν αντιμετωπίζεται σωστά, ακόμα και όταν είναι δυνατόν να ελεγχθεί καταλλήλως.

η) να επιδιώκεται η καλύτερη κατανόηση καθώς και αλλαγής των στάσεων σε ό,τι αφορά το θάνατο και τη διαδικασία θανάτου, ώστε να διασφαλιστεί ότι το τέλος της ζωής είναι αποδεκτό, ως μια φυσική εμπειρία που μπορεί και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ιατρικά, ψυχολογικά, συναισθηματικά και πνευματικά. Η τέλεια ιατρική φροντίδα του καρκινοπαθή που πεθαίνει πρέπει να είναι αποτελεσματική, ανθρώπινη και ευσπλαχνική.

Κλείνοντας θα λέγαμε ότι η ποιότητα ζωής του ασθενούς που πάσχει από καρκίνο του λάρυγγα περικλείει επιμέρους ζητήματα τα οποία χρειάζονται περισσότερη συζήτηση και έρευνα. Οι νοσηλευτές στην Ελλάδα πρέπει να προσπαθήσουν να ανατρέψουν την εικόνα που τους θέλει μόνο να εκτελούν οδηγίες και να διεκπεραιώνουν γραπτές εργασίες και να βρεθούν ουσιαστικά πιο κοντά στον ασθενή, εκτιμώντας, αξιολογώντας και ερευνώντας προβλήματα και ανάγκες οι οποίες θα ανοίξουν νέες προοπτικές νοσηλευτικής φροντίδας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η άριστη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας θεωρείται το σημαντικότερο στοιχείο στη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας. Ιδιαίτερα η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί πρωταρχική υποχρέωση των νοσηλευτών, δικαίωμα των ασθενών και συντελεστή επιτάχυνσης της προόδου, επιστημονικής και κλινικής, του νοσηλευτικού έργου.

Το μέλλον της ποιότητας ζωής των ασθενών γενικά, και των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα ειδικότερα, μέσα σε ολόκληρο το σύστημα φροντίδας υγείας, μπορεί να εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα των νοσηλευτών να προσδιορίσουν, να μετρήσουν και να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η συστηματική αξιολόγηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, για να γίνεται ολοένα και πιο αποτελεσματική, αξιόπιστη, ευαίσθητη και ολιστική, θα πρέπει να αποτελεί ισόβια διεργασία. Πάντοτε, και ιδιαίτερα στην εποχή μας, αποτελεί εξέχουσα προτεραιότητα για τους νοσηλευτές, όχι μόνο από την άποψη της ευθύνης τους προς το κοινό, αλλά και από την προοπτική της συνέπειας προς τον εαυτό τους και το έργο τους.

Οι νοσηλευτές/τριες σε όλο το φάσμα διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση - τελικό στάδιο είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό - θεραπευτική ομάδα και ασθενή, οφείλουν όμως να έχουν σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να ανταπεξέλθουν στο ρόλος τους κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε μία σοβαρή νόσο, όπως είναι ο καρκίνος του λάρυγγα κάθε είδος θεραπείας έχει και παρενέργειες, οι οποίες γίνονται ακόμη πιο έντονες όταν επιβάλλεται να συνδυαστούν περισσότερα του ενός είδη θεραπείας. Οι επιπτώσεις της νόσου και της θεραπείας είναι σοβαρές, επηρεάζουν τις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών και έχουν αρνητική επίδραση στην ποιότητα της ζωής τους.

Η ποιότητα ζωής θεωρείται ότι εκφράζει τις θετικές και αρνητικές συνέπειες του καρκίνου σε όλους τους τομείς της ζωής, τις φυσικές λειτουργίες, τη συναισθηματική και την κοινωνική κατάσταση των ασθενών. Διαφαίνεται μέσα από τα ερευνητικά δεδομένα που συγκεντρώθηκαν ότι οι ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα παρουσιάζουν επιδείνωση όσον αφορά την ποιότητα της ζωής τους, την εργασιακή απόδοση και τις συνθήκες διαβίωσης τους μετεγχειρητικά. Επίσης διαπιστώθηκε ότι η έλλειψη κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης ήταν ο σημαντικότερος αρνητικός παράγοντας που είχε επίπτωση στην ποιότητα της ζωής τους.

Ο σκοπός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τη μελέτη της παρούσας εργασίας είχε ως στόχο να αναδείξει τη σημαντική αύξηση του ενδιαφέροντος για την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών και συγκεκριμένα των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του λάρυγγα και τον ολοένα αυξανόμενο αριθμό ξενόγλωσσων δημοσιεύσεων. Στην Ελλάδα μόλις τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση του ενδιαφέροντος στην έρευνα για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Ελάχιστες είναι οι ελληνικές αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα. Οι πηγές των δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν στηρίχτηκαν κυρίως σε δημοσιεύσεις ερευνών οι οποίες ανευρέθησαν μέσω διαδικτύου.

Εν κατακλείδι, θα λέγαμε ότι υπάρχει άμεση ανάγκη για συνεργασία μεταξύ όλων των επαγγελματιών υγείας, γεγονός που θα επιτρέψει τη διεξαγωγή συνδυαστικών μελετών, καθώς και την επιλογή της καλύτερης δυνατής προσέγγισης του ποιοτικού ελέγχου των διαφόρων μεθόδων θεραπείας και φροντίδας για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών. Κοινός στόχος σε όλες τις προσπάθειες είναι το όφελος του ασθενή και αυτό πάντα θα πρέπει να επιδιώκεται.

Λέξεις Κλειδιά: Ποιότητα ζωής, Νοσηλευτική φροντίδα, αποτελεσματικότητα φροντίδας, ποιοτικά κριτήρια, ψυχολογία ασθενούς, διεπαγγελματική συνεργασία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ

1) Arnold W., Ganzer U (1999). Ωτορινολαρυγγολογία (3η εκδ). Αθήνα:Πασχαλίδης.

2) Corner j & Bailey C. (2006). Νοσηλευτική Ογκολογία. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.

3) Doka K. (1993). Living with life- threatening illness: A guide for patietnts, their families and caregivers. New York: LexigtonBokks, Macmillan, Inc.

4) Frank A. (1991). At the will of the body: Reflections on illness. Boston: Houghton Mifflin Company

5) Frank A. (1995). The wounded stroryteller: Body, illness and ethics. Chicago: The University of Chicago Press.

6) Garet T. (2000). Ο Καρκίνος: Ιατρικός οικογενειακός οδηγός. London: Ελληνικά Γράμματα.

7) Guyton M.D. & Hall Ph.D. (2008). Ιατρική Φυσιολογία. (11η έκδ).Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.

8) Kumar V, Cotran R, Robbins S. (2008). Βασική παθολογική ανατομία (7η εκδ). Στο Kumar V. & Maitra A. Νεοπλασία. Αθήνα: Παρισιάνος.

9) Lanbley P. (2005). Η ψυχολογία του καρκίνου. Αθήνα: Μακρή.

10) National Cancer Institute. (2002). Η ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα. Θεσσαλονίκη: University Studio Press

11) Piasecki M. (2008). Η τέχνη της επικοινωνίας στο χώρο της υγείας. Ένας πρακτικός οδηγός. Αθήνα: Παπασωτηρίου.

12) Renard L. (1990). Πώς να δαμάσετε τον καρκίνο. Οι ανεκμετάλλευτες δυνάμεις της

ανθρώπινης ύπαρξης. Αθήνα: Ααγής.

13) Ulrich S.P., Canale S.W., Wendell S.A. (1994). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας (3η εκδ). Αθήνα: Λαγός.

14) Άγιος Α. (1997). Περιγραφική και εφαρμοσμένη ανατομική Β. Τα σπλάχνα. Θεσσαλονίκη: University studio press.

15) Αδαμόπουλος Γ. (2001). Ωτορινολαρυγγολογία και χειρουργική κεφαλής και τραχήλου. Αθήνα:Π.Χ. Πασχαλίδης.

16) Αθανάτου Κ.Ε. (2007). Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική. (8η εκδ). Αθήνα: Παρισιάνος

17) Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ. (1986). Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο. Αθήνα: Φλόγα.

18) Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ. (1986). Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο. Στο Φ. Αναγνωστόπουλος. Ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς. Αθήνα: Φλόγα.

19) Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ. (1986). Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο. Στο Κ.Ρ. Σολδάτος, Π.Ν. Σάκκας, Ι.Δ. Μετεργιαννάκη. Ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς και η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Αθήνα: Φλόγα.

20) Βλαχτσής Κ (2006). Καρκίνος του λάρυγγα: Ογκογένεση και σύγχρονοι μοριακοί προγνωστικοί δείκτες. Θεσσαλονίκη: Copy City.

21) Γκμπαντί Ρ-Ο. (2006). Η αντιμετώπιση του πόνου και άλλων συνοδών συμπτωμάτων του καρκίνου. Θεσσαλονίκη: University Studio Press

22) Δανιηλίδης Ι. (2000). Κλινική ωτορινολαρυγγολογία με στοιχεία χειρουργικής κεφαλής και τραχήλου. Θεσσαλονίκη: Φιλώτας.

23) Ιακωβίδης Β. & Ιακωβίδης Α. (2007) Οι ψυχικές επιδράσεις του καρκίνου, Επικοινωνώντας με τον ασθενή. Θεσσαλονίκη: Γράφημα

24) Καλπάκογλου Θ. (1997). Άγχος και πανικός. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

25) Λαζαρίδης Σ. (2000). Βασικές αρχές ανατομίας. Αθήνα: Έλλην.

26) Μανωλίδης Λ. (1986). Επίτομη Ωτορινολαρυγγολογία. (10η Έκδ). Θεσσαλονίκη: University studio press.

27) Μαυρικάκη Ε. (2007). Άτλας Ανατομίας. Αθήνα: Πατάκη.

28) Μελισσά Χ. (1998). Ψυχολογία της υγείας. Θεσσαλονίκη: Μελισσά.

29) Μπεσμπέας Σ. (2002). Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς Στο Σ. Δαβρής. Ο καρκίνος του λάρυγγα. Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.

30) Ομπέση Φ. (2005). Δίκαιο νοσηλευτικής ευθύνης. Αθήνα: Βήτα

31) Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ. (1995). Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

32) Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ. (1995). Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας. Στο Δ. Παπαδάτου. Ο άρρωστος που πεθαίνει και το άμεσο περιβάλλον του. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

33) Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ. (1995). Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας. Στο Δ. Παπαδάτου. Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ή και απειλητικής για την ζωή αρρώστιας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

34) Παπαγιάννης Κ.Α. (2003). Μιλώντας με τον άρρωστο. Εισαγωγή στην κλινική επικοινωνία. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

35) Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ. (1995). Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας. Στο Δ.

Παπαδάτου. Η επικοινωνία προσωπικού υγείας με τον άρρωστο. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

36) Παπαζήσης Γ. (2005). Ψυχιατρική. Διδακτικές σημειώσεις ψυχιατρικής του τμήματος της νοσηλευτικής.

37) Ραγιά Α. (2007). Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας (6η εκδ). Αθήνα: Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε.

38) Σαπουντζή-Κρεπιά (2004). Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα, μία ολιστική προσέγγιση. (2η εκδ). Αθήνα : Έλλην.

39) Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ. (2004). Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική (2η εκδ). Αθήνα : Βήτα

40) Σκευάς Α. (1993).Επίτομη ωτορινολαρυγγολογία.(2η εκδ). Ιωάννινα: Γ Τσολή.

41) Σμοκοβίτης Α.(2007). Φυσιολογία.(5η εκδ). Θεσσαλονίκη: Αδελφών Κυριακίδη Α.Ε..

42) Χατζημπούγιας Ι. (2003). Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου. (3η εκδ). Αθήνα: GM Design.

43) Χελιδόνης Ε. (2004). Σύγχρονη Ωτορινολαρυγγολογία. Αθήνα: Πασχαλίδης

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

44) BeStrong (2009). Ενοχές & καρκίνος, http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/sideeffectsofcancer/psychoemotional/guilties/, BESTRONG, πρόσβαση στις 10 Οκτωβρίου 2009.

45) Healthview (2009). Καρκίνος του λάρυγγα. http://www.healthview.gr/?q=ασθένειες/καρκίνος-του-λάρυγγα, HEALTHVIEW, πρόσβαση στις 21 Ιουνίου 2009.

46) Medlook (2006). Καρκίνος λάρυγγα: Διάσωση της φωνής με λέιζερ και κρυοχειρουργική.http://www.medlook.net.cy/article.asp?item_id=2169, MEDLOOK, πρόσβαση στις 16 Ιουνίου 2009.

47) Medlook (2006). Καρκίνος του λάρυγγα: Συμπτώματα και αιτίες, http://www.medlook.net/article.asp?item_id=850,MEDLOOK, πρόσβαση στις 13 Ιουνίου 2009.

48) Medlook (2008). Κρίσεις Πανικού: Αυτά που πρέπει να ξέρετε, http://www.medlook.net/article.asp?item_id=1616, MEDLOOK, πρόσβαση στις 10 Οκτωβρίου 2009.

49) Αγγέλη Β. (2009). Καρκίνος του λάρυγγα: Η νόσος των καπνιστών, http://www.agon.gr/news/121/ARTICLE/1165/2009-03-12.html, AGON, πρόσβαση στις 26 Ιουνίου 2009.

50) Βικιπαίδεια (2007). Αναπνευστικό σύστημα, http://el.wikipedia.org/wiki/Αναπνευστικό_σύστημα, WIKIPEDIA, πρόσβαση στις 24 Μαΐου 2009.

51) Μοσχονά Σ. (2007). Βραχνή φωνή: Λαρυγγίτιδα ή κάτι άλλο;, http://health.in.gr/news/article.asp?IngArticleID=49033, INHEALTH, πρόσβαση στις 24 Μαίου 2009.

52) Λεονταρίτου Α. (2009). Ζώντας με την αβεβαιότητα, http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/sideeffectsofcancer/psychoemotional/livingwithuncertainty/,BESTRONG, ρπρόσβαση στις 3 Σεπτεμβρίου.

53) Λεονταρίτου Α. (2009). Ψυχολογική υποστήριξη, http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/psychological/phycologicalsupport/, BESTRONG, Πρόσβαση στις 20 Αυγούστου 2009.

54) Μακεδονία (2007). Με λέιζερ θεραπεύεται ο καρκίνος του λάρυγγα. http://www.makthes.gr/index.php?name=News&file=article&sid=8971, MAKTHES, πρόσβαση στις 16 Ιουνίου.

55) Ναλμπαντιάν-Ζαρούχη Μ. (2008). Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του φάρυγγα και του λάρυγγα. http://invenio.lib.auth.gr/record/108907, πρόσβαση στις 10 Οκτωβρίου 2009.

56) Παναγιωτάκη-Δαυίδ Κ. (2009). Τι είναι ποιότητα ζωής. http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/qualitylife/whatisqualitylife/ BESTRONG, πρόσβαση στις 13 Αυγούστου 2009.

57) Παναγιωτοπούλου Α. (2009). Εικόνα του σώματος, http://www.bestrong.org.gr/el/cancersuppor

t/sideeffectsofcancer/psychoemotional/bodyimage/,BESTRONG, πρόσβαση στις 3 Σεπτεμβρίου 2009.

58) Παναγιωτοπούλου Α. (2009). Θλίψη και κατάθλιψη, http://www.bestrong.org.gr/el/cancersuppo rt/sideeffectsofcancer/psychoemotional/sadnessanddepression/,BESTRONG, πρόσβαση στις 3 Σεπτεμβρίου 2009.

59) Παναγιωτοπούλου Α. (2007). Μετά την θεραπεία, http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/ qualitylife/aftertreatment/, BESTRONG, Πρόσβαση στις 24 Ιουλίου.

60) Παναγιωτοπούλου Α. (2009). Στρες – Άγχος – Πανικός, http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/si deeffectsofcancer/psychoemotional/stresspanic/, BESTRONG, Πρόσβαση στις 3 Σεπτεμβρίου 2009.

61) Παταρίδου Α. (2008). Βραχνή φωνή: χρόνιο νόσημα ή σύμπτωμα απλού κρυολογήματος;, http:/ /www.i atronet.gr/article.asp?art_id=4144, IATRONET, πρόσβαση στις 16 Ιουνίου 2009.

<u>ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ-ΣΕΜΙΝΑΡΙΩΝ</u>

62) Γιαννακοπούλου Μ. (2001). Γενετική Συμβουλευτική. Α’ Διεθνές Συνέδριο Αθηνών. Διεθνής στρατηγική αντιμετώπιση του καρκίνου. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση για την αντιμετώπιση της νόσου, Αθήνα.

63) Διβάνη Μ. (2001). Πληροφορικά και εκπαιδευτικά ανάγκη ασθενών με καρκίνο και των συγγενών τους. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών (Απρίλιος- Ιούνιος 2000), Αθήνα.

64) Καράμπελας Α. (2003). Ο ψυχιατρικός άρρωστος με καρκίνο-ψυχοκοινωνική προσέγγιση του αρρώστου και της οικογένειας του. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών (Οκτώβριος 2002-Ιούνιος 2003), Αθήνα.

65) Κάρλου (2001). Διερεύνηση των ψυχολογικών προβλημάτων των καρκινοπαθών. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών (Απρίλιος- Ιούνιος 2000), Αθήνα.

66) Κάρλου Χ. (2002). Διερεύνηση των ψυχολογικών προβλημάτων των καρκινοπαθών. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών (Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001), β' τόμος, Αθήνα.

67) Κατσαραγάκης Σ. (2001). Μέτρηση της ποιότητας της ζωής ασθενών με καρκίνο. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών (Απρίλιος-Ιούνιος 2000), Αθήνα.

68) Κατσαραγάκης Σ. (2002). Κλίμακες μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών (Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001), Αθήνα.

69) Κονιάρη Ε. (1998). Μετεγχειρητική αποκατάσταση στον καρκίνο του μαστού. Η συμβολή του νοσηλευτή στην αποκατάσταση- εκπαίδευση. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών, α' τόμος (Ιούνιος-Μάρτιος 1998), Αθήνα.

70) Κουτσιαύτη Π. (2003). Κλινικοί ψυχολογικοί μέθοδοι προετοιμασίας του αρρώστου για την αρρώστια και την θεραπεία του. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών (Οκτώβριος 2002-Ιανουάριος 2003), Αθήνα.

71) Κυρίτση-Κουκουλάρη Ε. (2001). Νοσηλευτική προσέγγιση ασθενών με αλλαγμένη σωματική εικόνα. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών (Απρίλιος-Ιούνιος 2000), Αθήνα.

72) Κώτση Α. (1998). Νοσηλευτική φροντίδα σθενών τελικού σταδίου. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών, α' τόμος (Ιούνιος-Μάρτιος 1998), Αθήνα.

73) Λιαρμακόπουλος Ι. (1998). Η έννοια της αποκατάστασης. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών, α' τόμος (Ιούνιος-Μάρτιος 1998), Αθήνα.

74) Μάτζιου Β. (2003). Καρκίνος, προσωπική στάση αρρώστου και εικόνα του σώματος. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών, (Μάρτιος-Ιούνιος 2002), Αθήνα.

75) Οικονομοπούλου Χ. (2001). Η αξιολόγηση της ποιότητας χειρουργικής φροντίδας ασθενών με καρκίνο. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών, (Νοέμβριος 1999-Φεβρουάριος 2000), Αθήνα.

76) Πανουδάκη-Μπροκαλάκη Η. & Μπροκαλάκη Ε. (2003). Ενημέρωση ασθενών με καρκίνο. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών, (Οκτώβριος 2002-Ιανουάριος 2003), Αθήνα.

77) Παππά Δ. (2002). Φραγμοί επικοινωνίας στην φροντίδα ατόμων με καρκίνο. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών (Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001), β' τόμος, Αθήνα.

78) Παρασκευόπουλος Π.Σ. (1998). Ασθενής τελικού σταδίου. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών, α' τόμος (Ιούνιος-Μάρτιος 1998), Αθήνα.

79) Πηλίχου Α. (1998). Αλλαγή σωματικής εικόνας με μόνιμη τραχειοστομία-Μία ξεχασμένη νοσηλευτική προτεραιότητα. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών (Ιούνιος 1998-Μάρτιος 1999), Αθήνα.

80) Σάρωφ Π. (1999). Έλεγχος για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νεοπλασμάτων φάρυγγα-λάρυγγα. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών (Οκτώβριος 1998-Ιανουάριος 1999), Αθήνα.

81) Σιδέρη (1994). Εκπαίδευση των καρκινοπαθών. Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Ευρώπη κατά του καρκίνου. Νοσηλευτική Ογκολογία, Αθήνα.

82) Τσανίρα Σ. (2003). Επαγγελματικά όρια των νοσηλευτών με λειτουργούς υγείας, ασθενείς και οικογενειακό περιβάλλον. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών (Μάρτιος- Ιούνιος 2002), Αθήνα.

83) Τσανίρα Σ. (2003). Κώδικας επικοινωνίας: Η συμπεριφορά ως καθοριστικός παράγοντας ψυχοκοινωνικής υποστήριξης του αρρώστου και της οικογένειας του. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών (Οκτώβριος 2002-Ιανουάριος 2003), Αθήνα.

84) Τσελέμπης Α. (2001). Οι σχέσεις της οικογένειας και της ιατρονοσηλευτικής ομάδας. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών (Νοέμβριο 1999-Φρεβρουάριο 2000), Αθήνα.

85) Χαρχαρίδου Μ. (2002). Κριτήρια ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών, β' τόμος (Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001), Αθήνα.

86) Χριστοπούλου Ι. (2002). Θεωρητικό πλαίσιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας ασθενών με καρκίνο-εφαρμογή της θεωρίας της Watson. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών, β' τόμος (Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001), Αθήνα.

87) Ψαρράκου Ρ. & Βίτσα Γ. (1994). Συστήματα νοσηλευτικής και διατήρησης υψηλής νοσηλευτικής φροντίδας. Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Ευρώπη κατά του καρκίνου. Νοσηλευτική Ογκολογία, Αθήνα.

88) Ψαρράκου Ρ. (2001). Κλίμακες μέτρησης και παρεμβάσεις ψυχολογικών προβλημάτων. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Αθηνών (Απρίλιος-Ιούνιος 2000), Αθήνα.

<u>ΗΜΕΡΙΔΕΣ</u>

89) Πεσυρίδου Α. (2004). Ασθενής τελικού σταδίου- Ψυχολογικές επιπτώσεις. Γ' Ημερίδα νοσηλευτικής φροντίδας ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

90) Πεσυρίδου Α. (2004). Πρωταρχικά προβλήματα ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου. Γ' Ημερίδα νοσηλευτικής φροντίδας ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

91) Πετράκη Ζ. (2004). Ποιότητα ζωής της οικογένειας του ασθενούς που πάσχει από καρκίνο. Γ' Ημερίδα Νοσηλευτικής Φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

<u>ΑΡΘΡΑ</u>

92) Braz DS, Ribas MM, Dedivitis RA, Nishimoto IN, Barros AP.(2005). Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. : Clinics (Sao Paulo), 60, 135-142.

93) Bruera E. (1997). Anorexia, cachexia and nutrition. J. British Medical, 315, 1219-1222.

94) Herranz González-Botas J, Gavilán Bouzas J.(1999). Quality of life and cancer of the larynx. Acta Otorrinolaringol Esp,50,276-282.

95) Kotler DP (2000). Cachexia. Annals of Internal Medicine,133,622-634.

96) Minovi A, Nowak C, Marek A, Hansen S, Dazert S, Brors D.(2009). Quality of life in long-term survivors after laryngectomy. Laryngorhinootologie,88,18-22.

97) Nelson KA, Walsh D, Sheehan FA (1994). The cancer anorexia-cachexia syndrome. J. Clinical Oncolology, 12, 213-225.

98) Rzewnicki I, Jackiewicz M.(2009). The quality of life after the surgery of laryngeal or hypopharynx neoplasms. Strahlenther Onkologie,185,303-309.

99) Singer S, Danker H, Dietz A, Kienast U, Pabst F, Meister EF, Oeken J, Thiele A, Schwarz R(2009). Sexual problems after total or partial laryngectomy. Laryngoscope,118,2218-2224.

100) Taş A, Yağiz R, Uzun C, Giran S, Taş M, Karasalihoğlu AR(2007). Analysis of the psychological symptoms of patients following surgery for laryngeal cancer. Kulak Burun Bogaz Ihtisas Dergisi,17,197,200.

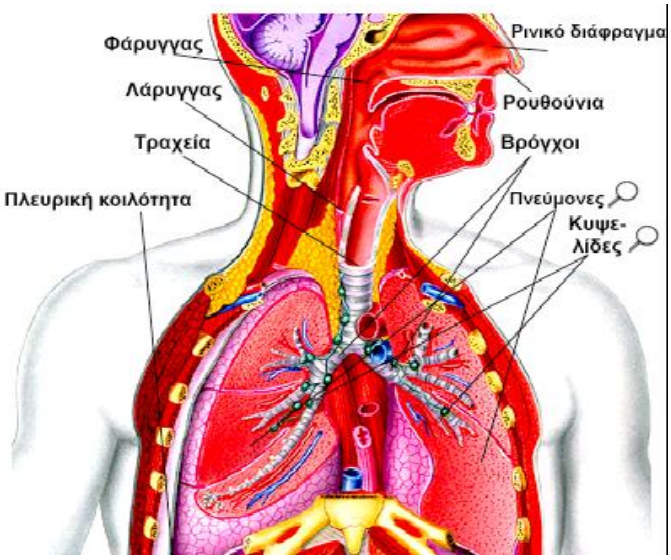
101) Tisdale MJ (1997). Biology of cachexia. J. National Cancer Institute, 89,1763-1773.

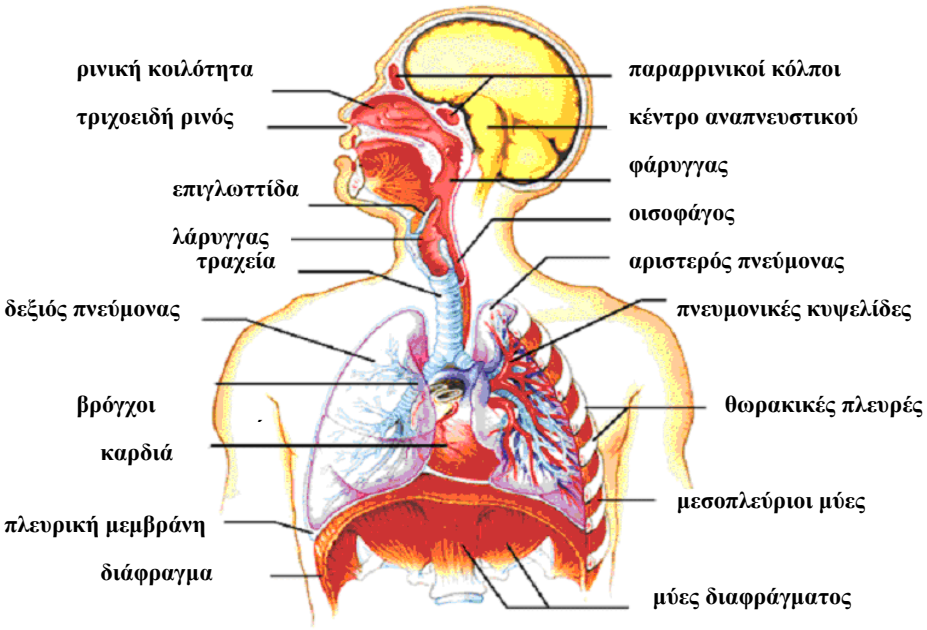
ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

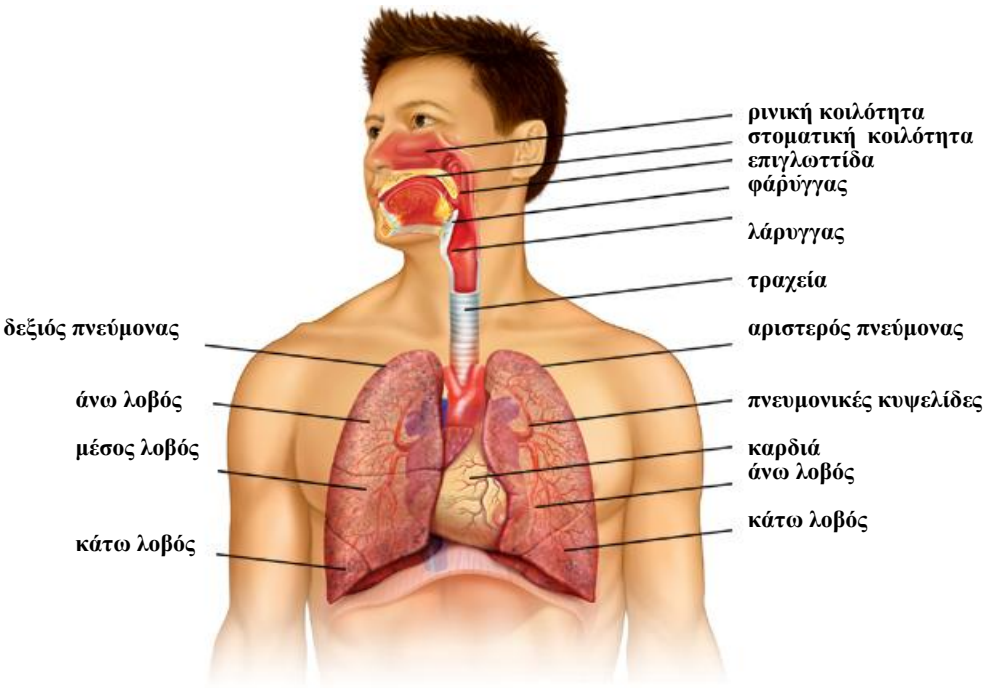
102) Γκοβίνα Ο. & Πατηράκη Ε. (2006). Ανάγκες της οικογένειας που φροντίζει ασθενή με καρκίνο προχωρημένου σταδίου, Ελληνική Ογκολογία, 42, 169-177.

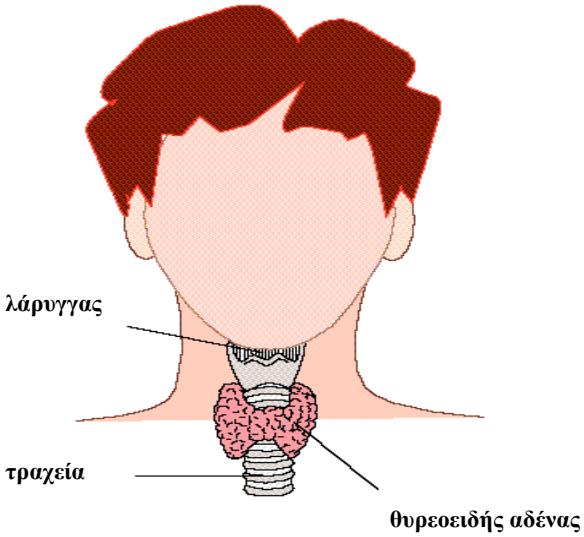
103) Τσατσαρώνη Σ. (1994). Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην επικοινωνία με τους καρκινοπαθείς και τις οικογένειες τους, Ελληνική Ογκολογία, 30, 145-159.

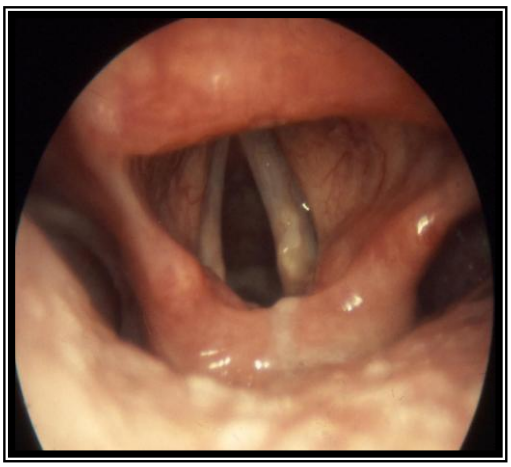
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

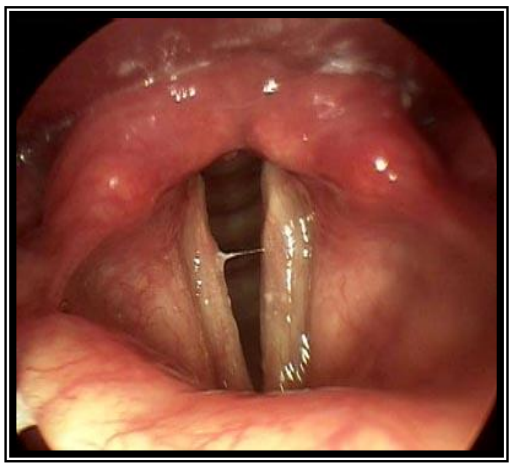

Φάρυγγας
Λάρυγγας
Τραχεία
Πλευρική κοιλότητα
Ρινικό διάφραγμα
Ρουθούνια
Βρόγχοι
Πνεύμονες
Κυψε-
λίδες

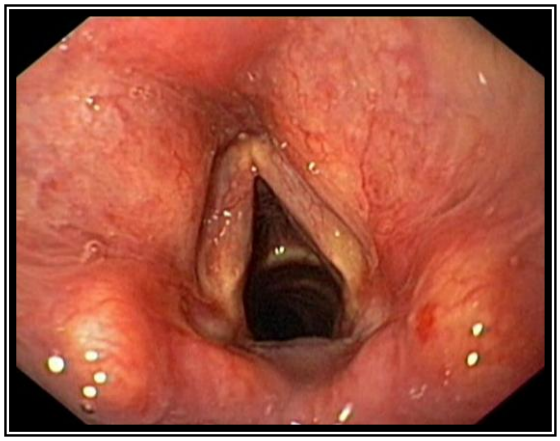

ρινική κοιλότητα
τριχοειδή ρινός
επιγλωττίδα
λάρυγγας
τραχεία
δεξιός πνεύμονας
βρόγχοι
καρδιά
πλευρική μεμβράνη
διάφραγμα
παραρρινικοί κόλποι
κέντρο αναπνευστικού
φάρυγγας
οισοφάγος
αριστερός πνεύμονας
πνευμονικές κυψελίδες
θωρακικές πλευρές
μεσοπλεύριοι μύες
μύες διαφράγματος

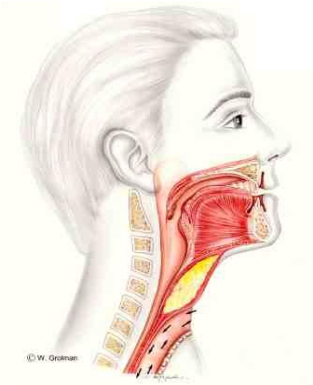

ρινική κοιλότητα
στοματική κοιλότητα
επιγλωττίδα
φάρύγγας
λάρυγγας
τραχεία
αριστερός πνεύμονας
πνευμονικές κυψελίδες
καρδιά
άνω λοβός
κάτω λοβός
δεξιός πνεύμονας
άνω λοβός
μέσος λοβός
κάτω λοβός

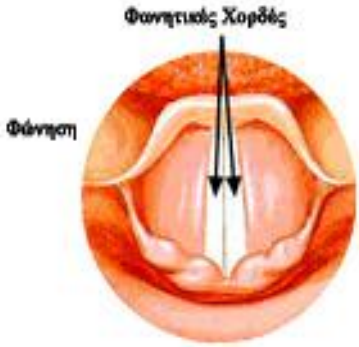

λάρυγγας
τραχεία
θυρεοειδής αδένας

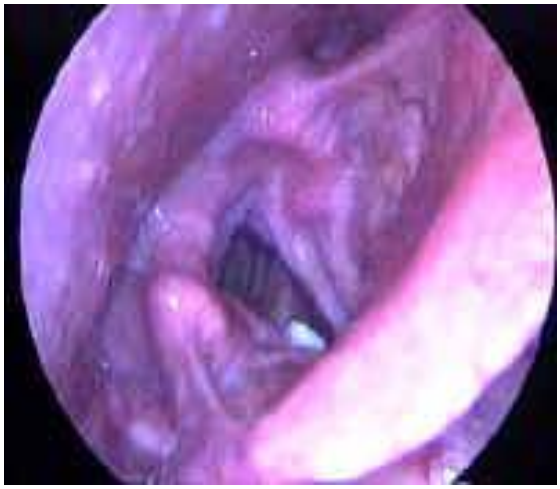


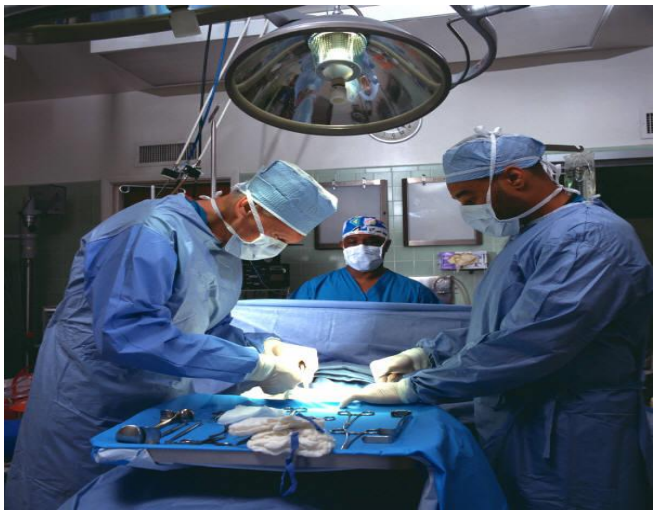


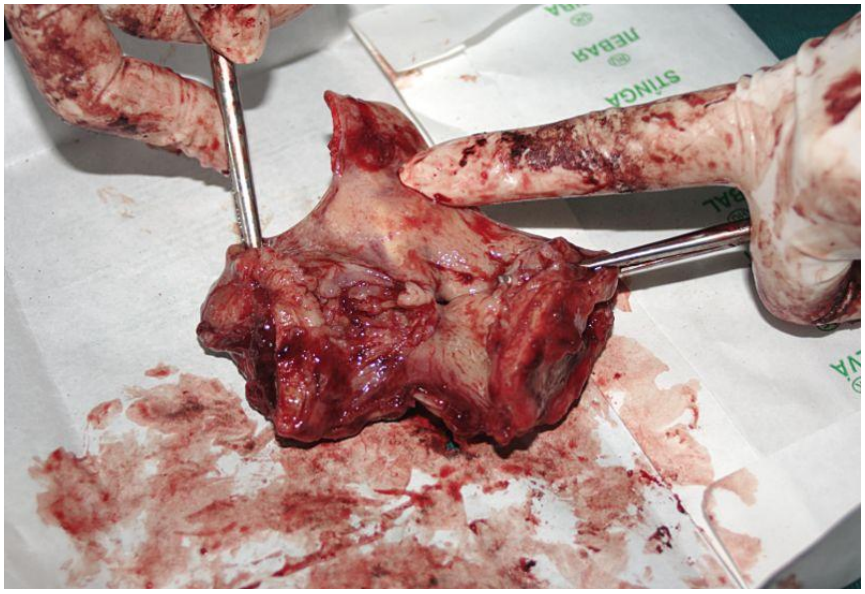


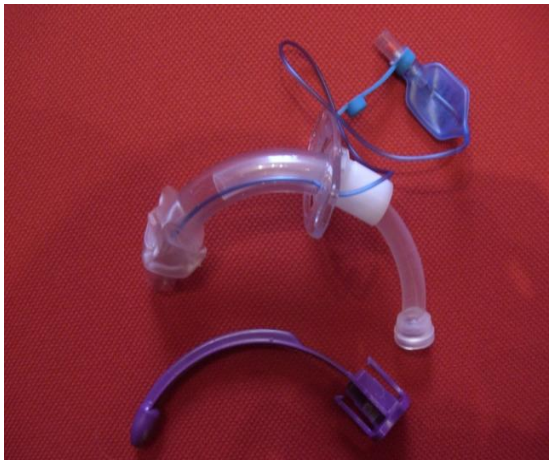

© W. Grolman


Φωνητικός Χορδός
Φάνηση









ΠΗΓΕΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Παύλος Αλέξης, Παππής Αλέξανδρος, Πιέρο Αλεξάνδρα, Πουλιάσης Σωκράτης (σχολ. Έτος 2004-2005). Αναπνευστικό σύστημα. Διαθέσιμο στο: http://18gym- athin.att.sch.gr/stud ents-pages/organism.htm

Wikimedia (2006). Larynx cancer. Διαθέσιμο στο: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Larynx_cancer_01.j pg

National cancer institute(2007). Laryngectomees. Διαθέσιμο στο: http://laryngectomees.blogspot.com/2007/04/d angeraous-of-tobacco.html

google (2009). Laryngeal cancer. Διαθέσιμα στο: http://www.tobacco-facts.info/larynx_cancer.htm

Bestrong (2009). Η ιστορία του καρκίνου. Διαθέσιμο στο: http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/historyofca

ncer/

Wikimedia (2009). Normal Larynx. Διαθέσιμο στο: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Larynx_normal2a.j pg

Onto term (2002). Maligrant neoplasma of larynx. Διαθέσιμο στο: http://www.ugr.es/~oncoterm/csdata/MALIG NANT-NEOPLASM-OF-LARYNX.html

Inhealth (2006). Βραχνή φωνή: Λαρυγγίτιδα ή κάτι άλλο; Διαθέσιμα στο: http://health.in.gr/news/article.asp?Ing ArticleID=49033

Virtual medical centre (2009). The respiratory system. Διαθέσιμο στο: http://www.biologycorne r.com/anatomy/respiratory/resp_images.html

Κέντρο Παιδιατρικής Μέριμνας (2007). The respiratory system. Διαθέσιμο στο: http://www.paidiatros. gr/index.php?cid=22&id=677&st=2