



ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Τμήμα: Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ - ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.

Εισηγήτρια:
Μπρέντα Γεωργία, Msc
Ακαδημαϊκή Υπότροφος

Επιμέλεια:
Κοντονικόλα Νίκος Α.Μ: 8965
Τεουλίδης Μάριος Α.Μ: 8878

Πάτρα 2017

Ευχαριστίες,

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όσους με βοήθησαν και μου συμπαραστάθηκαν στην εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας και ιδιαίτερα την καθηγήτρια μου κα Μπρέντα Γεωργία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.

Η νοσηλευτική αντιλαμβάνεται τον καρκίνο όχι ως μια ενιαία νόσο, αλλά ως πολλά διακριτά νοσήματα και γνωρίζει ότι ο καρκίνος αποτελεί μια καταστρεπτική παθολογική κατάσταση που επηρεάζει συνολικά τον ασθενή και τους οικείους του. Ο καρκίνος ως πάθηση διαπραγματεύεται με το φρικτό πόνο, αυτή άλλωστε είναι η κυρία ιδιαιτερότητα, και εδώ είναι που ο νοσηλευτής πρέπει να αντιληφθεί την σοβαρότητα του λειτουργήματος που ασκεί όταν αντιμετωπίζει ασθενής που πάσχουν από καρκίνο. Ο κάθε άνθρωπος ως ασθενής είναι διαφορετικός και αντιδρά διαφορετικά στον πόνο και σε τέτοιες δύσκολες καταστάσεις και το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να προσαρμοστεί στις εκάστοτε καταστάσεις για να είναι ικανό να προσφέρει ανακούφιση τους ασθενείς. Πέραν από τις συμβατικές ιατρικές μεθόδους θεραπείας υπάρχουν και οι εναλλακτικές μορφές και ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να είναι γνωστής και εξειδικευμένος και στις δυο περιπτώσεις.

Σκοπός: της μελέτης αυτής είναι οι διαγνωστικές, οι θεραπευτικές και εναλλακτικές θεραπείες για τον καρκίνο και ο ρόλος του νοσηλευτή ή νοσηλευτική διεργασία για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα τόσο στην αγγλική όσο και στην ελληνική γλώσσα. Οι κυρίες βάσεις δεδομένων από τις οποίες επιλεχθήκαν τα άρθρα είναι το PubMed, AHRQ's National Guideline Clearinghouse και το Trip medical database. Οι επιλογή των άρθρων έγινε ανάλογα με τον ψηλότερο βαθμό σύμφωνα με το USA Guidelines και την συστηματική θεώρηση. Τέλος έγινε ανασκόπηση πέρα από την βιβλιοθήκη της σχολής και στην διαδικτυακή βιβλιοθήκη Wiley Online Library.

Αποτελέσματα: Μελετώντας το θέμα μου καταλήγω στο γεγονός ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τον ασθενή που πάσχει με καρκίνο, ο οποίος με την σειρά του συνδέεται με την διάγνωση και την θεραπεία που παρέχετε. Είναι απαραίτητο, για να μελετηθεί ο πυρήνας της ερευνάς μας, που είναι οι εναλλακτικές μέθοδοι να μελετηθούν αρχικά οι διαγνωστικές και θεραπευτικές θεραπείες για τον καρκίνο. για να Ο καρκίνος και οι θεραπείες αυτού, τόσο οι συμβατικές όσο και οι εναλλακτικές, θα πρέπει να αποτελούν ενότητα που θα διδάσκεται σε όλες τις επιστήμες υγείας, είτε σε προπτυχιακό επίπεδο είτε σε μεταπτυχιακό, νοούμενου ότι τα ποσοστά του πληθυσμού που πάσχουν από μια μορφή καρκίνου αυξάνονται ραγδαία μέρα με την μέρα. Για να είναι σε θέση ο νοσηλευτής να προσφέρει στο μέγιστο των ικανοτήτων του πρέπει να ανακαλύψει ποιες είναι οι ανάγκες του ασθενή του, και αυτό θα απέλθει μέσα από την νοσηλευτική διεργασία και θα καταστήσει το ρολό του νοσηλευτή πολύ σημαντικό για την διαδικασία.

Συμπεράσματα: Συμφωνά με πρόσφατες εκτιμήσεις ένας στους τέσσερις θα χρειαστεί ιατρική περίθαλψη για κάποια μορφή καρκίνου κατά την διάρκεια της ζωής του. Μια έγκαιρη διάγνωση και μια σωστή θεραπεία μπορεί να αποστρέψει το θάνατο. Στην επιτυχία της θεραπείας συμβάλει και η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή η οποία βελτιώνετε με τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις των ειδικών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι απαραίτητες τόσο για την διάγνωση όσο και για την θεραπεία του καρκίνου ή την χρόνια αντιμετώπιση του, στους ασθενείς με καρκίνο χρόνιας νόσου και στην ορθή διαχείριση του πόνου. Ο ασθενής συχνά υποβάλλεται σε συνδυασμό πολλών θεραπευτικών μεθόδων, περιλαμβανομένου την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, την αποκατάσταση, την

χρόνια παρακολούθηση και την φροντίδα τελικού σταδίου και ο ρόλος του νοσηλευτή είναι εξαιρετικά σημαντικός για να επιτευχθεί η θεραπεία με επιτυχία.

ABSTRACT.

Nursing care perceives cancer not as a single illness, but as many distinctive illnesses and apprehends the fact that cancer is a destructive pathological situation which affects the patient and the patient's respective familiars. As a form of illness, cancer deals extreme pain to the patient which distinguishes it from the other illnesses and thus the nurse must realize the severity of the vocation he exercises when coping with patients who suffer from cancer.

Each individual as a patient is different and reacts differently to pain. Hence, in such difficult circumstances the nursing personnel is obliged to adjust in each case accordingly so as to cope and offer to the patient relief. Apart from the conventional forms of the medical procedures for therapy, there are also alternative forms which the nurse is required to know and specialise to all procedures.

Purpose: The purpose of the particular study is the diagnostic, therapeutic and alternative medical treatments for cancer and the role of the nurse or the nursing profession for the coping of this problem.

Material and methodology: A thorough research in worldwide bibliography has been conducted via electronic databases. The material utilised for the particular study were the result of studies, articles and journals written in the English and Greek language. The main databases which were used are PubMed, AHRQ's National Guideline Clearinghouse and Trip Medical Database. The usage of the relevant articles, studies and journals has been done in accordance with the grade that the highest of each of the aforementioned kept by the U.S.A. Guidelines and systematic validation. Further, in depth research was conducted beyond the school library and in the online database of Wiley Online Library.

Results: Studying the subject I have chosen, I come to the conclusion that the role of the nurse is deeply connected to the ill – cancer patient via the diagnosis and treatment which is provided. It is impeccable, in order to understand the essence of this study, which are the alternative methods, the diagnostic and therapeutic procedures for cancer must first be studied. Cancer, and the treatments of it conventional and alternatives, should impose a unit to be taught in all health sciences, either in a bachelor's degree or a master's degree taking into consideration the fast growing number of patients who suffer from cancer. In order for the nurse to be in a position to offer the maximum of the capabilities the nurse possesses, then the nurse must discover the needs of the patient which can be the outcome via the nursing operation and thus stipulating the role of the nurse of great significance.

Conclusion: In accordance with recent evaluations, one in four people shall need medical treatment for some form of cancer during their period of their lives. An early diagnosis and a proper medical treatment may avert death. In the success of the treatment, the psychological condition of the patient plays a vital role in the above, and for this the contribution of the nursing personnel is dearly needed. The nursing interventions are required for the diagnosis and treatment of cancer or its chronic coping to the patients who suffer from it and in the correct administration of pain. The patient is regularly

subjected to a combination of therapeutic methods, including prevention, early diagnosis, rehabilitation, chronic monitoring and treatment of final stage. Therefore, the role of the nurse is of extreme importance for any treatment to be successful.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο άνθρωπος έπασχε από καρκίνο από αρχαιοτάτους χρόνους και μια μερίδα ειδικών υποστηρίζει ότι ο καρκίνος υπήρχε από την εποχή που πρωτοεμφανίστηκαν οι άνθρωποι στον πλανήτη. Οι πρώτες αναφορές στον ορό «καρκίνο» αποδίδονται στον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη, ο οποίος χρησιμοποιούσε τους ορούς «καρκίνος» και «καρκίνωμα» για να περιγράψει διάφορους όγκους που εμφάνιζαν εσωτερικά ή εξωτερικά έλκη και διογκώσεις. Με το πέρασ του χρόνου, τα άλματα της επιστήμης, τα θαυματουργά φάρμακα και την ανάπτυξη των τεχνικών πρόβλεψης ή πρόγνωσης, ο καρκίνος οροθετήθηκε και σκιαγραφείται από τους ιατρούς σε υψηλό επίπεδο. Παρά ταύτα, ο καρκίνος αποτελεί μάλιστα του 21ου αιώνα και την δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Ένα στους τέσσερις Ευρωπαίους πολίτες πεθαίνει από καρκίνο.

Ο λόγος που επέλεξα να αναπτύξω την πτυχιακή μου εργασία με θέμα “διαγνωστικές και θεραπευτικές θεραπείες για τον καρκίνο” είναι η πεποίθησή μου ότι ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση και θεραπεία του καρκίνου είναι καίριος παρόλο που η θεραπεία αποτελεί αντικείμενο ομαδικής εργασίας, τόσο από το ιατρικό προσωπικό, όσο και από ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς, την οικογένεια και τον ίδιο τον ασθενή. Η θέση του νοσηλευτή είναι ζωτικής σημασίας και πολύπλευρη στην αντιμετώπισή της εν λόγω μάλιστα σε όλα τα επίπεδα: Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή ψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους. Από τα προαναφερόμενα στάδια θα μελετηθούν ειδικότερα τα στάδια της διάγνωσης και της θεραπείας του καρκίνου, και ο ρόλος του νοσηλευτή τις εν λόγω διαδικασίες.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

Περίληψη.....	2-3
Abstract.....	4
Πρόλογος.....	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Διαγνωστικές και θεραπευτικές θεραπείες για την αντιμετώπιση του καρκίνου	
Κεφάλαιο 1. Καρκίνος	
1.1. Ορισμός... ..	8
1.2. Παράγοντες και αίτια πρόκλησης.....	9
1.3 Ταξινόμηση.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Διάγνωση του καρκίνου	
2.1. Γενικά.....	11
2.2. Διάγνωση.....	12
2.2.1. Κλινική εξέταση.....	13
2.2.2 Εργαστηριακές εξετάσεις για την διάγνωση του καρκίνου.....	14
2.2.3Καρκινικοί δείκτες για την διάγνωση του καρκίνου.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Θεραπείες & τρόποι αντιμετώπισης του καρκίνου	
3.1. Θεραπείες	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Συμπληρωματικές μορφές θεραπείας έναντι του καρκίνου	
4.1. Είδη Συμπληρωματικών θεραπειών.....	24
4.2.Συμπληρωματική και εναλλακτική Ιατρική.....	30
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Ο ρόλος του νοσηλευτή	
5.1. Οι ανάγκες του ασθενή με καρκίνο και η εξειδίκευση του νοσηλευτή.....	32
5.2. Ογκολογία και νοσηλευτής.....	34
5.3. Νοσηλευτική Παρέμβαση.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.	
6.1. Περιστατικό 1.....	42
6.2. Περιστατικό 1.....	55
6.3. Περιστατικό 1.....	62
6.4. Περιστατικό 1.....	72
Συμπερασματα.....	84
Βιβλιογραφία.....	86

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Κεφάλαιο 1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο καρκίνος, γνωστός στο κοινό και ως όγκος, είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κύτταρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος. Η ανώμαλη αυτή λειτουργία δεν πρέπει να συγχέεται με δυο φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού:

1. Την αναγέννηση των ιστών που συμβαίνει όταν αφαιρείτε ιστός και ο οργανισμός ξανά φτιάχνει τον ίδιο ιστό, για παράδειγμα το ήπαρ αναγεννάντε σε 6 μήνες όπως ήταν αρχικά.
2. Την υπερπλασία που συμβαίνει σε ανάγκη του οργανισμού να αναπτύσσει φυσιολογικούς ιστούς, για παράδειγμα την υπερπλασία του ενός νεφρού όταν υπάρχει έλλειψη του άλλου.

Ο καρκίνος αποτελεί ουσιαστικά μια ομάδα νοσημάτων με εκδηλώσεις που ποικίλλουν ανάλογα με το σύστημα του οργανισμού που προσβάλλεται και το είδος των κυττάρων από τα οποία προέρχεται. Η νόσος αυτή δεν κάνει διακρίσεις, ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα, την θρησκεία, την σεξουαλική προτίμηση ή την χωρά προέλευσης του ατόμου. Ο καρκίνος είναι αποτέλεσμα μετάλλαξης των φυσιολογικών κυττάρων σε παθολογικά, ανώμαλα κύτταρα, τα οποία στην συνέχεια πολλαπλασιάζονται μέσα στον οργανισμό. Είναι δυνατόν να προσβάλλει οποιοδήποτε όργανο ή ιστό του οργανισμού.¹

Ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελείται από κύτταρα. Φυσιολογικά, τα κύτταρα αναπτύσσονται και διαιρούνται, ώστε να προκύψουν θυγατρικά κύτταρα και να διατηρηθεί η υγεία του οργανισμού. Μερικές φορές, η διαδικασία αυτή εκτρέπεται από το φυσιολογικό, οπότε προκύπτουν νέα κύτταρα χωρίς να πεθαίνουν τα παλιά κύτταρα. Τα πλεονάζοντα κύτταρα σχηματίζουν μάζες, που καλούνται όγκοι. Γι αυτό και αλλιώς η ειδικότητα που είναι υπεύθυνη για την αντιμετώπιση του καρκίνου ονομάζεται ογκολογία. Οι ογκολόγοι, τα ειδικευμένα δηλαδή στην φροντίδα των ασθενών με καρκίνο άτομα, ανάμεσα τους και ο νοσηλευτής ογκολογίας, ο οποίος έχει εξειδικευτεί στις διάφορες θεραπευτικές μεθόδους αντιμετώπισης του καρκίνου, όπως η χημειοθεραπεία. Ο νοσηλευτής στην εξειδίκευση στην ογκολογία έχει επίσης ειδικές γνώσεις και δεξιότητες, τις οποίες εφαρμόζει παρέχοντας βοήθεια στον ασθενή και στην οικογένειά του αντιμετωπίζοντας τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες που σχετίζονται με τον καρκίνο, ιδιαίτερα στο τελικό στάδιο της νόσου. Ο ασθενής με καρκίνο συχνά έχει την τύχη να αντιμετωπίζεται από ομάδα ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, που συνεργάζονται μεταξύ τους ώστε να προσφέρουν την πλέον αποτελεσματική θεραπεία.

Δεν είναι όμως όλοι οι όγκοι επικίνδυνοι. Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι δεν είναι καρκίνος. Συνήθως εύκολα αφαιρούνται και στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υποτροπιάζουν, δηλαδή δεν επανεμφανίζονται. Το σπουδαιότερο όμως είναι ότι τα κύτταρα στους καλοήθεις όγκους δεν εισβάλλουν σε άλλους ιστούς ούτε εξαπλώνονται σε άλλα μέρη του σώματος και δεν αποτελούν απειλή για τη ζωή. Οι κακοήθεις όγκοι από την άλλη αποτελούν καρκίνο. Μπορούν να εισβάλλουν και να καταστρέψουν τους γειτονικούς ιστούς και όργανα, ακόμη και καρκινικά κύτταρα μπορούν να αποσπαστούν από ένα κακοήθη όγκο και να

περάσουν στην κυκλοφορία του αίματος ή στο λεμφικό σύστημα. Αυτός είναι και ο τρόπος με τον οποίο ο καρκίνος εξαπλώνεται και δημιουργεί δευτερογενείς όγκους σε άλλα μέρη του σώματος. Αυτή η εξάπλωση του καρκίνου ονομάζεται μετάσταση. Το όνομα του εκάστοτε καρκίνου προκύπτει από τον τύπο του κυττάρου ή του οργάνου που θα προσβληθεί αρχικά. Εάν δεν θεραπευθούν έγκαιρα, οι καρκίνοι μπορούν τελικά να προκαλέσουν το θάνατο. Η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια όμως εξακολουθεί ο καρκίνος να αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι περισσότεροι καρκίνοι μπορούν να θεραπευθούν, ειδικά εάν η διάγνωση και η θεραπεία γίνουν έγκαιρα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το 30% με 50% των περιστατικών με καρκίνο, θα μπορούσε να είχε προληφθεί. Η έγκαιρη διάγνωση σε ορισμένες μορφές καρκίνου αφήνει περιθώριο για την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου σε ό,τι αφορά την θεραπεία, με τον ασθενή να αυξάνει τις πιθανότητες ίασης. Γι' αυτό άλλωστε και όλη η επιστημονική κοινότητα λέει διαρκώς ότι η πρόληψη σώζει ζωές.²

1.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ.

Ο καρκίνος προκαλείται από διαταραχές των γονιδίων, που φυσιολογικά ελέγχουν την διαίρεση και τον θάνατο των κυττάρων. Ο τρόπος με τον οποίο ένα κύτταρο μετασχηματίζεται σε καρκινικό, δεν έχει απόλυτα διευκρινιστεί. Πολλές φορές το κύτταρο έχει τη γενετική προδιάθεση και αρκεί η έκθεση σε επιβαρυντικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται σε:

1. Χημικοί παράγοντες: Αρκετοί χημικοί παράγοντες έχουν αποδειχθεί ότι προκαλούν βλάβη στο γενετικό υλικό ή προάγουν την ανάπτυξη καρκίνου. Καθώς πολλές από αυτές τις χημικές ουσίες απαντώνται στον χώρο εργασίας, μπορούν να θεωρηθούν εργασιακοί κίνδυνοι και θα αναλυθούν λεπτομερέστερα παρακάτω. Καρκινογενείς ουσίες που ανήκουν στην κατηγορία αυτή είναι ο καπνός, το πόσιμο νερό το οποίο μπορεί να περιέχει καρκινογόνες ουσίες όπως βαρέα μέταλλα, όπως τον μόλυβδο, τα μεταλλαγμένα τρόφιμα και τα συντηρητικά αυτών και τέλος τα βιομηχανικά προϊόντα όπως ο αμίαντος, το αρσενικό, το νικέλιο, οι ενώσεις χρωμίου, σιδήρου και αλλά

2. Φάρμακα και ορμόνες: Ορισμένα φάρμακα είναι δυνατό να είναι τοξικά για το γενετικό υλικό ή να προάγουν την εμφάνιση καρκίνου. Για παράδειγμα, τα αντικαρκινικά ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη λευχαιμίας, τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα ενοχοποιούνται για την δημιουργία λεμφωμάτων, η χρήση της υδαντοίνης είναι δυνατό να προκαλέσει το σύνδρομο ψευδολεμφώματος και μη Hodgkin λεμφωμάτων.

3. Φυσικοί παράγοντες: Οι φυσικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνων είναι η υπεριώδης ακτινοβολία και η ιονίζουσα ακτινοβολία. Γνωρίζουμε πλέον με βεβαιότητα ότι η υπερβολική έκθεση σε ακτινοβολία προκαλεί αύξηση της συχνότητας του καρκίνου προξενώντας βλάβες στο κυτταρικό DNA, ενεργοποιώντας άλλους παράγοντες με ογκογόνο δράση, η καταστέλλοντας την δραστηριότητα αντινεοπλασματικών μηχανισμών του οργανισμού, όπως διάφοροι πρωτεϊνικοί αναστολείς. Η αλόγιστη έκθεση στην υπεριώδη (UVA) ακτινοβολία μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη διαφόρων τύπων καρκίνου του δέρματος όπως το μελάνωμα και το καρκίνωμα. Η ιονίζουσα ακτινοβολία, έχει πλέον τεκμηριωθεί ως αιτία της λευχαιμίας από μελέτες που έχουν γίνει σε επιζήσαντες του Ατομικού

βομβαρδισμού της Χιροσίμα και το Ναγκασάκι από εργαζόμενους σε πυρηνικά εργοστάσια που εκτέθηκαν σε ακτινοβολία.

4. Βιολογικοί παράγοντες: Οι λοιμώξεις από ιούς προδιαθέτουν την καρκινογένεση. Οι ιοί εισερχόμενοι στο γενετικό υλικό του κυττάρου προκαλούν μέσω του αυξητικού παράγοντα διαφοροποίηση, μετάλλαξη, ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό και ανάπτυξη καρκίνου. Οι μηχανισμοί ογκογένεσης διακρίνονται σε άμεσους (μολύνονται τα κύτταρα απευθείας) και έμμεσους (προκαλεί καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος με συνέπεια την διαιώνιση των κυττάρων και την ανάπτυξη της νεοπλασίας). Οι μόλυνση από τους ιούς ενδέχεται να παίζει κάποιον ρόλο στις μεταλλάξεις του γενετικού υλικού των κυττάρων, οι οποίες είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε κακοήγη εξαλλαγή τους.

5. Ανθυγιεινός Τρόπος Ζωής: Το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η έλλειψη σωματικής άσκησης και η παχυσαρκία, η κατανάλωση ανθυγιεινών ή/και μεταλλαγμένων τροφών, το άγχος και η κακή ποιότητα ζωής αποτελούν παράγοντες, οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου.

6. Κληρονομικότητα: Υπολογίζεται ότι στο 5% έως 10% των περιπτώσεων καρκίνου παίζει κάποιο ρόλο η κληρονομικότητα. Η οικογενής εμφάνιση κάποιων συγκεκριμένων μορφών καρκίνου του μαστού και του παχέος εντέρου είναι πλέον καλά τεκμηριωμένη. Έχει επίσης δειχθεί η ύπαρξη κάποιας οικογενούς συσχέτισης στον καρκίνο του πνεύμονα, των ωοθηκών και του προστάτη.

7. Πτωχεία: Τα πτωχά άτομα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου σε σχέση με το γενικότερο πληθυσμό. Η δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες του συστήματος υγείας, και ιδιαίτερα όσον αφορά τον προληπτικό έλεγχο και τις υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης, αποτελεί έναν βασικό παράγοντα για την κατάσταση αυτή. Ορισμένοι παράγοντες που μπορεί να συμβάλουν στον συνολικό κίνδυνο, όπως η δίαιτα και το στρες, γενικά θεωρούνται ως τροποποιησιμοι, σε αυτήν όμως την πληθυσμιακή ομάδα ο έλεγχός τους συχνά αποδεικνύεται δύσκολος.³

1.3. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.

Ο καρκίνος εμφανίζεται με ποικίλες μορφές και προσβάλλει ποικίλλα όργανα. Στις γυναίκες εμφανίζεται στο μαστό, στους πνεύμονες και στους βρόγχους, στο παχύ έντερο και στο ορθό, στο τράχηλο της μήτρας και στις ωοθήκες, στο θυρεοειδή, στο νεφρό και την πύελο και επίσης το λέμφωμα μη Hodgkin, το μελάνωμα του δέρματος και η λευχαιμία. Στους άντρες οι περιπτώσεις καρκίνου παρατηρούνται στον προστάτη, στους πνεύμονες και στους βρόγχους, στην ουροδόχο κύστη, στο πάγκρεας, στο παχύ έντερο και στο ορθό, στη στοματική κοιλότητα και στο φάρυγγα. Στα παιδιά οι πιο συχνές μορφές είναι οι λευχαιμίες, τα λεμφώματα, ο καρκίνος των οστών και του ήπατος, σαρκώματα μαλακών μορίων. Όπως προαναφέρθηκε το όνομα του εκάστοτε καρκίνου προέρχεται από το κύτταρο ή όργανο που προσβάλλετε από τον καρκίνο αρχικά. Στις μέρες μας, το φαινόμενο του καρκίνου προσβάλλει όλο και περισσότερα όργανα του ανθρωπίνου σώματος με αποτέλεσμα να κάνει επιτακτική την ανάγκη καταπολέμησης με ριζικό τρόπο. Τα είδη του καρκίνου που αναφέρονται στη συνέχεια, ολοένα και αυξάνονται, αναζητώντας το κάθε ένα την δική του μοναδική θεραπεία⁴⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

2.1.ΓΕΝΙΚΑ

Οι μισοί από τους ανθρώπους που θα αναπτύξουν καρκίνο, θα χάσουν την ζωή τους από τη νόσο αυτή γιατί η διάγνωση γίνεται σε προχωρημένο στάδιο. Η πρόληψη, η ενημέρωση, η έγκαιρη αναγνώριση και διάγνωση καθώς και τα οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου, είναι τα βασικά όπλα της ανθρωπότητας εναντία στον καρκίνο. Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου είναι ένα είδος πρόληψης, δευτερογενής πρόληψη, η οποία συμφωνά με τους ειδικούς αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο, είτε αυτή επιτυγχάνεται με προσωπικές ενέργειες, είτε μέσω της συμμετοχής σε οργανωμένα προγράμματα δημόσιας υγείας. Υπάρχουν προγράμματα Δημόσιας Υγείας, τα οποία μπορούν να εμποδίσουν την ανάπτυξη ορισμένων καρκίνων ή να αυξήσουν την πιθανότητα ενός καρκίνου να θεραπευτεί.

Αναλυτικότερα, έχουμε την πρωτογενής πρόληψη και την δευτερογενής. Η πρωτογενής πρόληψη είναι η αποφυγή όλων των παραγόντων κινδύνου ανάπτυξης του καρκίνου, όπως η διατροφή, το στρες και αλλά πολλά και η δευτερογενής πρόληψη είναι η έγκαιρη ανίχνευση, όπως η άμεση εξέταση σε περίπτωση που έχουμε ενδείξεις ότι μπορεί να προσβληθήκαμε από καρκίνο⁶.

Με τις προληπτικές εξετάσεις μπορεί να εντοπιστεί αρκετά νωρίς ο καρκίνος έως ότου να είναι δυνατόν να θεραπευτεί. Η έγκαιρη διάγνωση είναι η καλύτερη προσέγγιση για την καταπολέμηση του καρκίνου και την μείωση της θνησιμότητας που προκύπτει από αυτόν. Μέσα από την διάγνωση διευκρινίζετε ο τύπος του καρκινώματος και η θέση του, το οποίο επιτρέπει στο εκάστοτε γιατρό να προβλέψει την εξέλιξη του, την ταχύτητα αυτής της εξέλιξης, την τάση εξάπλωσης και τα ή το όργανο/κύτταρο που επηρεάστηκε από αυτό. Ας μην λησμονείτε ότι μια σωστή και έγκαιρη διάγνωση βοηθά στον καθορισμό της κατάλληλης θεραπείας.

Η διάγνωση των διαφόρων ειδών του καρκίνου δεν είναι εύκολη, τουλάχιστον στα πρώτα στάδια.

Η ασυμπτωματική περίοδος μπορεί να διαρκέσει μήνες ή χρόνια. Υπάρχει λοιπόν ο κίνδυνος, η διάγνωση της νόσου να γίνει όταν ο όγκος έχει επεκταθεί τοπικά ή και να έχει χορηγήσει μεταστάσεις.

Κάθε ένδειξη (π.χ. επίμονος βήχας, αίμα στα κόπρανα) πρέπει να κινητοποιήσει το άτομο για να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Η αναγνώριση ενός συμπτώματος μπορεί να αποτελεί το πρώτο βήμα για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.

Δυστυχώς, πολλοί άνθρωποι δεν δίνουν σημασία σε αυτά τα προειδοποιητικά σημεία.

Πολλές φορές καθυστερούν ακόμη και μήνες την επίσκεψη στον ιατρό, με αποτέλεσμα η πρόγνωση της νόσου να καθίσταται δυσχερέστερη. Ο ιατρός διαπιστώνει ή όχι συγκεκριμένα σημεία της νόσου κατά την διάρκεια της εξέτασης. Αυτό προκύπτει από τα συμπτώματα, την κλινική εξέταση και το ιστορικό του ασθενούς.⁷

2.2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ.

Για την επιβεβαίωση της διάγνωσης του καρκίνου χρησιμοποιούνται διάφορες διαγνωστικές μέθοδοι. Η ανίχνευση των παθολογικών ιστών και όγκων είναι δυνατόν με τη χρήση ακτινογραφιών, αξονικής ή μαγνητικής τομογραφίας, υπερηχογραφήματος ή απλής ακτινογραφίας. Στην πορεία θα μελετηθούν τα στάδια ή οι διαγνωστικές θεραπείες σε βάθος, με την σειρά χρήσης τους από το ιατρικό προσωπικό.

Η βιοψία, είναι ο πιο γνωστός τρόπος διάγνωσης στο κοινό, και γίνεται με τη λήψη ενός δείγματος από τον προσβεβλημένο ιστό, για να εξεταστεί στο μικροσκόπιο. Τα δείγματα των ιστών μπορεί να ληφθούν χειρουργικά ή με μια βελόνα. Η βιοψία μπορεί να βοηθήσει στην εξακρίβωση της καλοήθειας ή κακοήθειας ενός όγκου. Οι βιοψίες χρησιμοποιούνται επίσης ως εργαλεία εξετάσεων για τον έλεγχο κυτταρικών ανωμαλιών, που συμβαίνουν συχνά πριν από την ανάπτυξη του καρκίνου. Η μικροσκοπική εξέταση ενός δείγματος ιστού, μπορεί επίσης να δώσει στοιχεία για τον τρόπο συμπεριφοράς του όγκου ή ανταπόκρισης στη θεραπεία. Όσο πιο φυσιολογικά εμφανίζονται τα κύτταρα και όσο πιο μικρός είναι ο αριθμός τους, τόσο πιθανότερο είναι ο όγκος να μεγαλώνει με αργούς ρυθμούς και να ανταποκρίνεται στη θεραπεία.

Αν κατά την διαγνωστική εξέταση ο γιατρός καταλήξει ότι ο όγκος είναι καλοήθης, τότε μπορεί να συστήσει την αφαίρεσή του, για να αποφευχθεί η πιθανότητα να γίνει καρκινικός. Αν ο όγκος είναι καρκινικός, ο γιατρός θα θέλει να εξακριβώσει κατά πόσο έχει εξαπλωθεί, μια διαδικασία που ονομάζεται σταδιοποίηση. Για τη σταδιοποίηση ακολουθούνται συγκεκριμένα βήματα. Ξεκινάει με αναλυτική σωματική εξέταση και λήψη του ιστορικού και ακολουθούν διαγνωστικές εξετάσεις που μπορεί να περιλαμβάνουν αξονική ή μαγνητική τομογραφία, σπινθηρογράφημα οστών, ακτινογραφίες και εξετάσεις αίματος ή άλλες εργαστηριακές εξετάσεις. Η σταδιοποίηση είναι διαφορετική για κάθε τύπο καρκίνου. Οι πληροφορίες που συλλέγονται από αυτές τις εξετάσεις βοηθούν στην κατηγοριοποίηση του σταδίου του καρκίνου⁸.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι κατάταξης των κατηγοριών κακοήθων όγκων. Η πιο συνηθισμένη μέθοδος είναι το σύστημα TNM. Αυτό το σύστημα συνεκτιμά τρεις παραμέτρους: τον κύριο όγκο (T από tumor), τους λεμφαδένες (N από nodes) και τις μεταστάσεις (M) απαντώντας στις ακόλουθες σημαντικές ερωτήσεις:

- T: Πόσο μεγάλος είναι ο όγκος και αν έχει εξαπλωθεί τοπικά;
- N: Έχουν εξαπλωθεί τα καρκινικά κύτταρα στους γειτονικούς λεμφαδένες;
- M: Έχει κάνει ο καρκίνος μεταστάσεις σε άλλες απομακρυσμένες περιοχές του σώματος;

Για κάθε μια από αυτές τις κατηγορίες αντιστοιχούν νούμερα, που δηλώνουν το βαθμό που έχει μεγαλώσει ή εξαπλωθεί ο όγκος. Όταν καθοριστεί η κατάταξη με βάση το σύστημα TNM, ο γιατρός μπορεί να καθορίσει το στάδιο του καρκίνου, ο μικροτερος αριθμός δηλώνει ότι ο καρκίνος βρίσκεται ακόμα σε αρχικά στάδια, ενώ ένας μεγαλύτερος αριθμός δείχνει ότι είναι ένας πιο προχωρημένος καρκίνος⁹.

Αν τα καρκινικά κύτταρα εμφανίζονται σε κάποιο συγκεκριμένο σημείο, αλλά δεν έχουν ξεκινήσει να εισβάλλουν σε γειτονικούς ιστούς, το στάδιο μπορεί να περιγραφεί

και ως *in situ*, ένας λατινικός όρος που σημαίνει "στη θέση του". Αυτό είναι ένα πολύ αρχικό στάδιο ανάπτυξης του καρκίνου και συνήθως έχει πολύ καλή πρόγνωση. Αν ο καρκίνος έχει εισβάλλει σε γειτονικό ιστό, τότε ονομάζεται επιθετικός. Αν ο καρκίνος έχει ταξιδέψει σε ένα διαφορετικό σημείο του σώματος, τότε ονομάζεται μεταστατικός.

Οι γιατροί χρησιμοποιούν συχνά στατιστικές, για να εκτιμήσουν την πρόγνωση, που αφορά την πρόβλεψη της πορείας και της έκβασης της ασθένειας καθώς και την πιθανότητα ανάρρωσης. Μια συνηθισμένη στατιστική που χρησιμοποιείται στη μελέτη του καρκίνου είναι το πενταετές ποσοστό επιβίωσης. Αυτό το ποσοστό βασίζεται στα άτομα που έχουν καρκίνο και έχουν επιβιώσει για περίοδο πέντε ετών, είτε ο καρκίνος υποχώρησε, είτε θεραπεύθηκε, είτε βρίσκεται σε στάδιο θεραπείας. Αυτή η στατιστική παρέχει μόνο μια κατά προσέγγιση εκτίμηση της έκβασης του μέσου όρου των ασθενών με το συγκεκριμένο τύπο καρκίνου¹⁰.

Καταλήγοντας, τα ως άνω διαγνωστικά εργαλεία, οι εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις, οι κατατάξεις βαθμού κακοήθειας και σταδιοποίησης και οι στατιστικοί μέσοι όροι, καθοδηγούν το ιατρικό προσωπικό προς απόδοση της καλύτερης δυνατής θεραπείας για το συγκεκριμένο τύπου καρκίνου. Η διάγνωση και η σταδιοποίηση του καρκίνου μπορεί να χρειαστεί αρκετές μέρες ή εβδομάδες. Η θεραπεία βασίζεται στην ενδεδειχτή και ακριβή διάγνωση.

2.2.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Οι πρώτες ενδείξεις για την ύπαρξη μίας νεοπλασίας μπορεί να προκύψουν κατά την κλινική εξέταση του ασθενούς.

Η πλήρης κλινική εξέταση αφορά το σύνολο των συστημάτων του οργανισμού και έχει ως στόχο την αποκάλυψη ενδείξεων μη φυσιολογικής λειτουργίας των οργάνων του σώματος.

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίδεται στις εξής περιοχές:

- Εξέταση της ρινικής και της στοματικής κοιλότητας.
- Εξέταση του λάρυγγα (λαρυγγοσκόπηση).
- Ψηλάφηση των λεμφαδένων (τράχηλος, πάνω από την κλείδα, μασχάλες, βουβωνικές περιοχές).
- Ψηλάφηση μαστών στις γυναίκες - όρχεων στους άνδρες.
- Εξέταση της κοιλιάς. Το επιγάστριο ψηλαφείται προσεκτικά για διόγκωση κάποιου κοιλιακού οργάνου (ιδιαίτερα ήπατος ή σπληνός).
- Γυναικολογική εξέταση.
- Δακτυλική εξέταση από τον πρωκτό.

Κατά την εξέταση, ο ιατρός συλλέγει πληροφορίες από τον ασθενή σχετικά με διάφορες λειτουργίες του οργανισμού. Μερικές ερωτήσεις μπορεί να είναι πιο ειδικές, π.χ.:

- Είχατε βραχνάδα;
- Παρατηρήσατε αίμα στα κόπρανα;
- Είχατε δυσκοιλιότητα;
- Παρατηρήσατε πρόβλημα στην κατάποση;
- Είχατε ποτέ αιματηρή απόχρεμψη;

Καταφατική απάντηση σε αυτές τις ερωτήσεις οδηγεί σε ειδικότερη κλινική εξέταση και πιθανόν σε εξετάσεις αίματος ή ακτινολογικό έλεγχο.¹¹

Υποπτα ευρήματα σε οποιοδήποτε σύστημα οδηγούν σε περαιτέρω εξετάσεις.

Για παράδειγμα, η διόγκωση ενός τραχηλικού λεμφαδένα μπορεί να οφείλεται σε όγκο, που έχει χορηγήσει μετάσταση από άλλο σημείο του σώματος.

Συνεπώς, πρέπει να γίνει λεπτομερής έρευνα ώστε να εντοπιστεί η πρωτοπαθής εστία.

Ακόμα, γίνονται ερωτήσεις σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, ιδιαίτερα των πλησιέστερων συγγενών (γονέων, παππούδων, θείων και αδελφών).

Οι ερωτήσεις αυτές αποσκοπούν στον εντοπισμό καρκίνου με κληρονομική προδιάθεση.

2.2.2. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ^{12,13}

1. Εξετάσεις αίματος

Οι νεοπλασματικοί δείκτες είναι χημικές ουσίες, που παράγονται από διάφορες μορφές καρκίνου. Σε ορισμένες φλεγμονές μπορεί να εμφανιστούν σχετικά χαμηλά επίπεδα των δεικτών αυτών, αλλά οι νεοπλασίες των αντίστοιχων οργάνων συσχετίζονται με πολύ υψηλά επίπεδα.

2. Ακτινολογικός έλεγχος

Ιδιαίτερα σημαντικός για την διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα (ακτινογραφία θώρακα) του πεπτικού (οισοφάγος, στόμαχος, εντέρου) και μαστού (μαστογραφία).

3. Αξονική - Μαγνητική τομογραφία

Σύγχρονες εξετάσεις με βάση τον μαγνητικό συντονισμό και με ποσοστό αποτυχίας ελάχιστο. Ενδείκνυται για όλες σχεδόν τις μορφές καρκίνων.

4. Υπερηχοτομογραφικός έλεγχος

Είναι μια εύκολη και ανώδυνη μέθοδος με μεγάλο ποσοστό επιτυχίας στην διάγνωση.

5. Ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος

Γίνεται με ραδιενεργά ισότοπα και είναι πολύ χρήσιμη μέθοδος για τον εντοπισμό καρκίνων του ήπατος τυροειδούς νεφρού.

6. Κυτταρολογική εξέταση

Εξετάζουμε εκκρίματα (ούρα γαστρικό υγρό κλπ) και ύστερα από την κατάλληλη επεξεργασία διαβαθμίζουμε ανάλογα ως εξής:

- Κλάση I Φυσιολογικά κύτταρα
- Κλάση II φυσιολογικά κύτταρα αλλοιωμένα από φλεγμονή
- Κλάση III Ανώμαλα κύτταρα υποψία καρκίνου
- Κλάση IV ανώμαλα κύτταρα σοβαρή υποψία καρκίνου
- Κλάση V Καρκινικά κύτταρα

7. Ιστολογική εξέταση

Θέτει την τελική διάγνωση. Είναι απαραίτητη για την πρόγνωση και την θεραπευτική αγωγή.

8. Ενδοσκοπήσεις

Μεγάλη βοήθεια στην διάγνωση σήμερα μας δίνουν οι εξετάσεις με τα εύκαμπτα βρογχοσκόπια, κολonosκόπια, γαστροσκόπια που έχουν την δυνατότητα να παίρνουν μικρά τεμάχια για ιστολογική εξέταση.

2.2.3. ΚΑΡΚΙΝΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Όταν στο σώμα αναπτύσσεται ένας καρκίνος τότε μπορεί τα κύτταρα που τον συνιστούν, τα ίδια ή οι ιστοί του σώματος, να παράγουν ουσίες που είναι δυνατόν να ανιχνευθούν στο αίμα, ή στα ούρα ή στους ιστούς. Οι ουσίες αυτές διαλυτές στο αίμα, ανιχνεύονται συνήθως με μονοκλωνικά αντισώματα και αναγνωρίζονται ως καρκινικοί δείκτες. Σε δύο περιόδους της ζωής μας, το ενδιαφέρον μας επικεντρώνεται στην ανάγκη να αναγνωρίσουμε αν κάποια κύτταρα του σώματός μας δεν υπόκεινται στο ρυθμιστικό σύστημα της αύξησής τους, διηθούν δηλαδή πλησίον ιστούς ή σχηματίζουν μεταστάσεις, οπότε πάσχουμε από καρκίνο¹⁴:

- Η πρώτη περίοδος είναι το στάδιο της υποψίας, μέχρι να γίνει η διάγνωση.
- Η δεύτερη αφού έγινε η διάγνωση ή αρχισε η θεραπεία, για να γνωρίζουμε την εξέλιξη της νόσου.

Η εκτροπή των κυττάρων σε καρκινικά μπορεί να θεωρηθεί απορύθμιση των παραγόντων που τα οδηγούν στη φυσιολογική εξέλιξή τους ή σε αύξηση των υποδοχέων τους, σε ένα κυτταρικό επίπεδο που οδηγεί σε αυτοδιέγερση της ανάπτυξής τους. Στο πρώιμο στάδιο, η διάγνωση του καρκίνου, κλινικά είναι σχεδόν αδύνατη. Οι συνήθεις διαγνωστικές διαδικασίες δεν μπορούν να διαγνώσουν αθροίσεις κυττάρων που αποτελούνται ήδη από μερικά εκατομμύρια, αλλά έχουν όγκο 1-2 κ.εκ.

Όταν στο σώμα μας αναπτύσσεται ένας καρκίνος, τότε μπορεί τα κύτταρα που τον συνιστούν, τα ίδια ή ιστοί του σώματος, σε απάντηση προς την παρουσία του, να παράγουν ουσίες που είναι δυνατόν ν' ανιχνευθούν στο αίμα ή στα ούρα ή στους ιστούς. Οι ουσίες αυτές, διαλυτές στο αίμα, είναι συνήθως γλυκοπρωτεΐνες (όχι πάντα, π.χ. το ασβέστιο του αίματος μπορεί να παίξει έναν τέτοιο ρόλο), οι οποίες ανιχνεύονται συνήθως με μονοκλωνικά αντισώματα και αναγνωρίζονται ως καρκινικοί δείκτες.¹⁵

Μερικές φορές τέτοιες ουσίες είναι παρούσες κατά τη διάρκεια φυσιολογικής ανάπτυξης ιστών και γι' αυτό στη βιβλιογραφία αναφέρονται και ως ογκο-εμβρυοπρωτεΐνες. Κάθε «δείκτης» έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά χρησιμότητας, όπως ανίχνευσης, προσδιορισμού διάγνωσης και πρόγνωσης, στάθμισης της ανταπόκρισης στη θεραπεία και παρακολούθησης της επανεμφάνισης της νόσου.

A. Συνήθεις Χρησιμοποιούμενοι Δείκτες^{16, 17}

1. CEA, καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο, γλυκοπρωτεΐνη M.B. 180.000, ένα εκ των αντιγόνων που παράγονται κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ανάπτυξης (γαστρεντερικής οδός). Μετά τη γέννηση μειώνεται συνεχώς, ώστε σε φυσιολογικό ενήλικο η τιμή του φτάνει στα 3-5 ng/ml. Οι μέγιστες τιμές παρατηρούνται σε καπνιστές. Παράγεται από τα γονίδια της «οικογένειας CEA». Προσδιορίζει καρκινική

εξέλιξη στο έντερο και τους πνεύμονες. Άνω των 100ng σε μεταστάσεις. Πτώση στο φυσιολογικό αναμένεται από επιτυχή κολεκτομή. Μετά, σε περίπτωση ανόδου, χρειάζεται γενική έρευνα.

2. Άλφα φετοπρωτεΐνη, άλφα εμβρυϊκή σφαιρίνη, γλυκοπρωτεΐνη M.B. 70.000, από το ήπαρ του εμβρύου. Επί καρκίνου του ήπατος και σε σπερματικούς όγκους (φυσιολογική τιμή 0-6,4 μονάδες), (500ng) ανά κ.εκ. Μετεγχειρητικά, αύξηση προδικάζει υποτροπή ακόμα και ύστερα από 6 μήνες. Τελευταίως και ο TRA-1-60. Μη καρκινική αύξηση σημειώνεται σε κύηση, όταν το έμβρυο παρουσιάζει ανωμαλίες.

3. Χοριακή γοαδοτροπίνη, hCG, βήτα υποομάς, σιαλογλυκοπρωτεΐνη M.B. 46.000, δομής υποφυσιακών ορμονών. Συντίθεται στην έναρξη της εγκυμοσύνης από τα τροφοβλαστικά κύτταρα και αργότερα από τα κύτταρα της συγκυτιοτροφοβλάστης του πλακούντα. Κλινικά καθορίζει την εγκυμοσύνη και χρήστες μαριχουάνας. Διάνγωση καρκίνων των τροφοβλαστικών όγκων σε μη έγκυο (100%), χοριοκαρκινώματα, μήλη κύηση. Φυσιολογικές τιμές > 31 U/ml. Σε μήλη κύηση και 1.000.000. Ένα 50% των χοριοκαρκινωμάτων αναπτύσσεται από μήλη κύηση.

4. Καρκινικό αντιγόνο 15-3 (CA15-3). Είναι βλεννώδους τύπου αντιγόνο μεγάλου μοριακού βάρους από τα κύτταρα του καρκίνου του μαστού. Αντιδρά με δυο μονοκλωνικά αντισώματα (115D8 και DF3). Φ.Τ.<31 U/ml. Προσδιορίζει τον καρκίνο του μαστού και τις μεταστάσεις του. Και σε νόσους του ήπατος. Παράλληλοι δείκτες ο MCA και ο CA 549. Υδατανθρακικό αντιγόνο 19-9 (CA19-9), υδατάνθρακας υψηλού μοριακού βάρους, πλούσιος σε βλεννίνη. Από καρκίνωμα του ορθού και του παχέος εντέρου, σε καρκίνο του παγκρέατος κυρίως, και δευτερευόντως του ΓΕΣ. Φ.Τ. <33-60 U/ml. Συγκεντρώσεις άνω του 10.000 πιστοποιούν μεταστάσεις. Πρόδρομός του, ο δείκτης CA 50.

5. Καρκινικό αντιγόνο 125 (CA125). Βλεννώδης γλυκοπρωτεΐνη, M.B. 200.000, αναγνωρίζεται με το μονοκλωνικό αντίσωμα OC 125. Συναντάται σε παράγωγα εμβρυϊκού επιθηλίου, ωθηθικού καρκινώματος και σε ιστούς αδενοκαρκινώματος. Φ.Τ. 0-35 U/ml. Και σε ενδομητρίωση, κίρρωση, κύηση κ.α. Επίσης η τοποϊσομεράση II, η melan A και η inhibine-alpha εφαρμόζονται σε μερικές περιπτώσεις.

6. Προστατικό ειδικό αντιγόνο (PSA), γλυκοπρωτεΐνη, M.B. 34.000. Ειδικό για το όργανο προστάτη, αλλά όχι ειδικό για τον καρκίνο του προστάτη. Το ποσόν και οι μεταβολές του (άνω του 75 ng/ml το χρόνο) οδηγούν στην πρώιμη διάγνωση καρκίνων και μεταστάσεών του. Φ.Τ. αναλόγως της ηλικίας <4 ng/ml. Αναστέλλεται από την αντιανδρογόνο θεραπεία. Και οι δύο αυτοί δείκτες αυξάνουν ύστερα από δακτυλική εξέταση του προστάτη, ύστερα από συνουσία κ.τ.λ.

B. Άλλοι δείκτες.

1. Καρκινικό αντιγόνο 72-4 (CA72-4), δείκτης για καρκίνωμα του στομάχου μη ειδικό.

2. Αντιγόνο εκ καρκινώματος πλακωδών κυττάρων (Squamous cell carcinoma SCC Antigen), του τραχήλου, του πνεύμονα, ΩΡΛ.

3. Νευρωνο-ειδική ενολάση (NSE), νευροβλάστωμα και μικρο-κυτταρικό βρογχικό καρκίνωμα.

4. Βήτα-2-μικροσφαιρίνη (B2-M), βοηθητικός δείκτης σε κακοήθεις νόσους του λεμφικού. LDH, ομοίως.

5. Καλσπονίνη πολυπεπτιδίο από τα παραθυλακίωδη (C) κύτταρα του θυρεοειδούς. Φ.Τ. <50-100pg στο ορό. Προηγείται διέγερση με πενταγαστρίνη για τη διαγνώση του καρκίνου των C κυττάρων.

6. 5-HIAA, καρκινοειδές, λόγω μεταβολισμού της 5-HT.

7. Αντιδιουρητική ορμόνη (ADH), μικροκυτταρικός καρκίνος των βρόγχων, αδενοκαρκίνωμα.

8. Καρκινικό αντιγόνο της κύστης (BTA), NMP, ομοίως.

Η διάγνωση των νεοπλασιών επιχειρείται σήμερα και μέσω της ανίχνευσης ογκογονιδίων (ACP, DPC4, NF1, NF2, MTS1, rb, p53, K-ras, N-ras, C, N, L-Myc k.l.p.) ή του προσδιορισμού ανυπαρξίας ογκογονιδίων. Πάντως γενικές αρχές στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών προσδιορισμών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Και φυσιολογικά στον οργανισμό ανιχνεύονται οι χημικές ουσίες που χαρακτηρίζονται καρκινικοί δείκτες. Είναι όμως σε πυκνότητες μη παθολογικές. Οφείλουμε να γνωρίζουμε αυτές τις τιμές¹⁸.

Μερικοί δείκτες είναι ειδικοί για έναν τύπο καρκίνου. Άλλοι εμφανίζονται σε περισσότερους τύπους καρκίνων. Καλά μελετημένοι δείκτες υπάρχουν. Ερευνώνται όμως αρκετοί άλλοι, που δεν πρέπει ν' αξιολογούνται αν δεν υπάρχουν άλλα στοιχεία. Ποτέ μη βασίζεστε στο αποτέλεσμα ενός μόνο τεστ. Αν παρακολουθείτε την εξέλιξη της νόσου σ' έναν ασθενή, οι προσδιορισμοί πρέπει να γίνονται στο ίδιο εργαστήριο και με την ίδια μέθοδο.

Μετά την εγχείρηση ή την ακτινοθεραπεία πρέπει να παρακολουθείται ο ίδιος καρκινικός δείκτης, εκείνος που προ της θεραπείας είχε βρεθεί αυξημένος. Αυξημένος δείκτης δε σημαίνει πάντα καρκίνο. Και σε φλεγμονή μπορεί να δώσει παθολογικές τιμές, π.χ. PSA. Ύστερα από επιτυχή ειδική θεραπεία, π.χ. κρυσπηξία, ο δείκτης σημειώνει συχνά απότομη αύξηση η οποία οφείλεται σε κυτταρική λύση. Αντιθέτως, αν η θεραπεία δεν δικαιολογεί λύση κυττάρων, π.χ. χειρουργικά, αυτό δικαιολογεί αποτυχία της θεραπευτικής επέμβασης.¹⁹

Πρέπει να γνωρίζει ο μελετητής το χρόνο ημιζωής του δείκτη, (σε πόσο χρόνο μια ποσότητα του δείκτη θα μειωθεί στο μισό στο αίμα, όταν η πηγή της παραγωγής του εξέλιπε), πώς ο δείκτης μεταβολίζεται ή αποβάλλεται και την ευαισθησία και την εξειδίκευση του κάθε δείκτη. Κάθε πότε πρέπει να επαναλαμβάνεται η εξέταση; Πρέπει η εξέταση να γίνεται ρουτίνα και να ζει το άτομο με το φάσμα του επερχόμενου καρκίνου;²⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ & ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

3.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Με την πάροδο του χρόνου και την πρόοδο της ιατρικής, σήμερα σχεδόν οι μισοί διαγνωσθέντες καρκίνοι θεραπεύονται και μάλιστα οριστικά, χωρίς τον κίνδυνο υποτροπής. Ακόμη και σε καρκίνους μη θεραπεύσιμους, η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή συχνά προσφέρει τεράστια πλεονεκτήματα: προσθέτει μήνες ή και χρόνια φυσιολογικής ζωής, βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα της ελαττώνοντας ή και εξαφανίζοντας τα συμπτώματα όπως ο πόνος και εξασφαλίζει μια όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική λειτουργία των δραστηριοτήτων του σώματος. Ο καρκίνος μπορεί να μην είναι πλήρως ιάσιμος ωστόσο εφαρμόζεται θεραπευτική αγωγή σε μόνιμη βάση, με τους ασθενείς να απολαμβάνουν μια φυσιολογική ζωή.

Η πλήρους αποθεραπείας ή κάποιας επιτυχούς αντιμετώπισης του καρκίνου είναι ν' αρχίσει ο ασθενής την θεραπεία το συντομότερο δυνατό μετά τη διάγνωση. Επιτυχής θεωρείται η θεραπεία όταν ο ασθενής επιβιώσει πάνω από 5 χρόνια, από την διάγνωση στους ενήλικες και πάνω από 2 χρόνια στα παιδιά²¹.

Οι τρεις βασικές και πιο γνωστές θεραπευτικές μέθοδοι είναι η χειρουργική θεραπεία, οι ακτινοβολίες και η χημειοθεραπεία και πιο σύγχρονες είναι η βιολογική θεραπεία και η ορμονοθεραπεία. Η συστηματική θεραπεία του καρκίνου περιλαμβάνει την χημειοθεραπεία, την ορμονοθεραπεία, την ανοσοθεραπεία και τις νεότερες θεραπευτικές μεθόδους. Οι δυνατότητες της συστηματικής θεραπείας αυξάνονται διαρκώς καθώς νέα φάρμακα και νέες θεραπευτικές μέθοδοι έρχονται να προστεθούν στο οπλοστάσιο της. Οι στρατηγικές για την ήττα του καρκίνου προχωρούν. Η υπόθεση των ογκογονιδίων, η ανακάλυψη των ογκοκατασταλτικών και η εφαρμογή της τεχνολογίας του ανασυνδυασμένου DNA είναι μερικές από τις προόδους που προκαλούν επανάσταση στην κατανόηση και στη θεραπεία του καρκίνου. Το μέλλον υπόσχεται πολλά για την εφαρμογή αυτών των νέων πληροφοριών στη διάγνωση, στη θεραπεία και τελικά στην πρόληψη αυτής της πολύπλοκης ασθένειας.

Πολλαπλές θεραπευτικές επιλογές είναι διαθέσιμες σε ασθενείς που διαγιγνώσκονται με καρκίνο. Κάθε επιλογή ενέχει συγκεκριμένους κινδύνους, ανεπιθύμητες ενέργειες και πιθανότητες επιτυχίας. Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένειά του στην λήψη πληροφοριών σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές έτσι ώστε να είναι ικανοί για την χορήγηση πληροφορημένης συναίνεσης με το σχέδιο φροντίδας υγείας. Στην πορεία της εν λόγω ερευνάς θα μελετηθούν ειδικότερα οι μέθοδοι θεραπείας του καρκίνου και ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού σ' αυτή την διαδικασία²².

3.1.1. Χειρουργική επέμβαση.

Η εγχείρηση είναι εδώ και καιρό ο θεμελιώδης λίθος της θεραπείας του καρκίνου και πραγματοποιείτε για την διάγνωση και την θεραπεία της νόσου. Εφαρμόζετε, για να εξακριβωθεί αν κάποιος όγκος είναι κακοήθης, για να αφαιρεθεί ένας καρκινικός όγκος ή για να εξακριβωθεί η εξάπλωση των καρκινικών κυττάρων σε άλλα μέρη του σώματος. Η εγχείρηση σκοπεύει είτε την αντιμετώπιση μιας απόφραξης, για παράδειγμα, αφαιρείται ένας όγκος που αποφράσσει το χοληδόχο πόρο είτε αν δεν δυνατό να αφαιρεθεί όλος ο καρκινικός όγκος, ο χειρουργός μπορεί να αφαιρέσει όσον το δυνατό περισσότερο, για να κάνει τη χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία πιο αποτελεσματική.

Αν ο καρκίνος είναι τοπικός τότε η επέμβαση είναι πιο αποτελεσματική αν τα καρκινικά κύτταρα εξαπλώνονται από το μέρος που εμφανίζονται αρχικά και ταξιδεύουν μέσα στο αίμα ή το λεμφικό σύστημα, για να σχηματίσουν δευτερογενείς όγκους/μεταστάσεις τότε πριν αφαιρεθεί ο πρωτογενής όγκος, ο καρκίνος μπορεί να εμφανισθεί και σε άλλα μέρη, ακόμα και αφού έχει αφαιρεθεί ο πρωτογενής όγκος. Αν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί πολύ, τότε η εγχείρηση σπάνιος μπορεί να τον θεραπεύσει. Κάποιες φορές εμφανίζεται μόνο ένας μεταστατικός όγκος μετά την αφαίρεση του πρωτογενούς καρκίνου και σε κάποιες περιπτώσεις η χειρουργική αφαίρεση αυτής της μονηρούς βλάβης μπορεί να οδηγήσει σε ολοκληρωτική ίαση. Η παρυσια κατάσταση μπορεί να συμβεί μεταξύ άλλων σε άτομα με καρκίνο του παχέος εντέρου ή των όρχεων. Οι μεταστατικοί όγκοι στις περισσότερες από αυτές τις περιπτώσεις βρίσκονται στον πνεύμονα, στο ήπαρ ή τον εγκέφαλο²³.

Ο νοσηλευτής και το λοιπό ιατρικό προσωπικό οφείλει να κατανοήσει την διάγνωση και να καταρτίσει ένα σχέδιο φροντίδας μοναδικό για κάθε άτομο. Είναι σημαντικό για τον ασθενή να πληροφορηθεί τα οφέλη και τους κινδύνους μιας χειρουργικής επέμβασης για την αφαίρεση του καρκίνου. Ο ασθενής και η οικογένειά του πρέπει να ενημερωθούν για τις πιθανές επιπλοκές, το αναμενόμενο διάστημα ανάρρωσης και τον βαθμό παραμόρφωσης που σχετίζεται με την χειρουργική επέμβαση. Συμπληρωματικά ακόμα θα πρέπει να παρουσιαστούν τα οφέλη και των άλλων θεραπευτικών επιλογών όπως, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και οι κλασικές χειρουργικές προσεγγίσεις. Όταν παρέρχεται αυτού του είδους η πληροφόρηση, οι ασθενείς μπορούν να συμμετάσχουν στην λήψη αποφάσεων μετά από πληροφορημένη συναίνεση σχετικά με τον τύπο της θεραπείας που επιθυμούν να λάβουν²⁴.

3.1.2. Επικουρική θεραπεία,

Η επικουρική θεραπεία στοχεύει στην βελτίωση των αποτελεσμάτων μέσω παροχής συμπληρωματικής θεραπείας για τον καρκίνο. Η θεραπεία μείωσης των κυττάρων(αποσυμφόρηση όγκου) είναι η χειρουργική επέμβαση που χρησιμοποιείτε για την αφαίρεση ενός μεγάλου τμήματος του όγκου, που θα μειώσει την ποσότητα των καρκινικών κυττάρων. Στην συνέχεια άλλες θεραπείες χρησιμοποιούνται για το εναπομείναν τμήμα. Περιστασιακά η προφυλακτική χειρουργική επέμβαση θα πραγματοποιηθεί σε ασθενούντα όργανα που έχουν υψηλή επίπτωση στην ανάπτυξη ενός μεταγενέστερου καρκίνου²⁵.

3.1.3. Ακτινοθεραπεία

Ακτινοθεραπεία ή ακτινοβολία, καλείται η χρήση ιοντίζουσας ακτινοβολίας για την θανάτωση των καρκινικών κυττάρων και την μείωση του μεγέθους του όγκου, προκαλώντας καταστροφή των κυττάρων στο πεδίο ακτινοβολήσης, μέσω βλάβης του γενετικού υλικού ώστε να καταστεί αδύνατη η περαιτέρω ανάπτυξη και κυτταρική διαίρεση. Εφαρμόζεται σε περιοχές του σώματος η εισάγεται στον καρκινικό όγκο με μορφή βελόνων, ή προσλαμβάνεται εκλεκτικά το ραδιενεργό ισότοπο στο πάσχον όργανο. Η συνήθης ακτινοθεραπεία χορηγείται μια φορά την ημέρα και διαρκεί συνολικά 4-8 εβδομάδες. Η ακτινοθεραπεία είναι η πρώτη μη χειρουργική θεραπευτική μέθοδος κατά του καρκίνου και επηρεάζει μόνο τα καρκινικά κύτταρα που βρίσκονται στην περιοχή του σώματος (πεδίο) που δέχεται την ακτινοβολία. Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται μερικές φορές για να συρρικνώσει έναν καρκινικό όγκο πριν την εγχείρηση ή για να καταστρέψει τα εναπομείναντα καρκινικά κύτταρα μετά την εγχείρηση σε συνδυασμό με αντικαρκινικά φάρμακα ή μόνη της. Η ακτινοθεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε συγκεκριμένους τύπους τοπικών

καρκίνων, όπως είναι οι κακοήθεις όγκοι των λεμφαδένων ή των φωνητικών χορδών. Όπως και με την εγχείρηση, η ακτινοθεραπεία δεν είναι συνήθως θεραπευτική αν τα καρκινικά κύτταρα έχουν εξαπλωθεί σε ολόκληρο το σώμα ή εκτός του πεδίου της ακτινοβολίας. Μπορεί να συνεχιστεί, ακόμα κι αν δεν είναι πιθανή η πλήρης ίαση, για να μειώσει τα σημεία και τα συμπτώματα που προκαλεί ο καρκίνος, όπως είναι η πίεση, ο πόνος και η αιμορραγία²⁶.

Το νοσηλευτικό προσωπικό και στην παρούσα θεραπεία οφείλει να κατατοπίσει, ενημερώσει και καθησυχάσει τον ασθενή για το τι θα του συμβεί. Για να μπορέσει να ανταπεξέλθει στο καθήκον αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίσει τις διαφοροποιήσεις, τα θετικά και αρνητικά της κάθε θεραπείας. Σε γενικές γραμμές η ακτινοβολία προκαλεί λιγότερες σωματικές παραμορφώσεις σε σχέση με τη ριζική εγχείρηση, αλλά μπορεί να έχει έντονες παρενέργειες, όπως ερεθισμό ή σκλήρυνση του δέρματος, δυσκολία στην κατάποση, ξηροστομία, ναυτία, διάρροια, τριχόπτωση και καταβολή. Η σοβαρότητα και η έκταση αυτών των παρενεργειών εξαρτάται από το μέρος που γίνεται και την ποσότητα της ακτινοβολίας που χρησιμοποιείται. Ένας καλά προετοιμασμένος ασθενής μπορεί να ανταποκριθεί ευκολότερα στην θεραπεία και να συνεργαστεί με το προσωπικό για την καλύτερη εφαρμογή αυτής.

3.1.4 Χημειοθεραπεία.

Χημειοθεραπεία είναι η συστηματική χρήση φαρμάκων για την θεραπεία του καρκίνου, καταστρέφοντας τα καρκινικά κύτταρα. Σήμερα υπάρχουν τουλάχιστον 80 είδη διαφορετικών χημειοθεραπευτικών φαρμάκων που χορηγούνται είτε μονά τους είτε σε συνδυασμό δυο ή και περισσότερων. Δυστυχώς, οι κατηγορίες φάρμακων που χρησιμοποιούνται δρουν τόσο στα καρκινικά κύτταρα όσο και στα υγιές, γι' αυτό παρατηρούμε για παράδειγμα τριχόπτωση κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας. Ιάσιμες θεωρούνται με την χημειοθεραπεία ορισμένες μορφές καρκίνου όπως το χοριοκαρκίνωμα, σεμίνωμα, λέμφωμα Burkitt, λεμφοβλαστική λευχαιμία κλπ. Το φάρμακο χορηγείται γενικά με ένεση ή ενδοφλεβίως. Σε μερικούς τύπους κακοήθειας, όπως στη νόσο του Hodgkin, στη λευχαιμία και στον καρκίνο των όρχεων, η χημειοθεραπεία μπορεί να πετύχει πλήρη ανάρρωση, ακόμα κι αν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί.

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται πιο συχνά μετά από μια επέμβαση για αφαίρεση του καρκίνου, ακόμα κι αν δεν υπάρχουν σημεία ότι ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί. Αυτό ονομάζεται επικουρική χημειοθεραπεία. Η χημειοθεραπεία μπορεί να γίνει και πριν από μια επέμβαση, για να συρρικνώσει τον καρκίνο και να κάνει την επέμβαση πιο εύκολη ή πιο αποτελεσματική. Αυτή ονομάζεται προεγχειρητική χημειοθεραπεία και χρησιμοποιείται για καρκίνους στο κεφάλι, στο λάρυγγα και στο στήθος. Σε περιπτώσεις που ο καρκίνος δεν μπορεί να θεραπευτεί η χημειοθεραπεία μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής. Αυτή ονομάζεται παρηγορητική χημειοθεραπεία.

Τα φάρμακα της χημειοθεραπείας μπορούν να χωριστούν σε διάφορες κατηγορίες, ανάλογα με τον τρόπο δράσης τους, τη χημική δομή τους και τη σχέση τους με άλλα φάρμακα. Η γνώση του τρόπου δράσης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είναι σημαντική για τον καθορισμό των πιθανών παρενεργειών, αλλά και για να ξέρουν οι ογκολόγοι και οι νοσηλευτές ποια φάρμακα είναι πιθανότερο να δράσουν καλύτερα σε συνδυασμό μεταξύ τους. Επιπλέον, η πληροφορία αυτή τους βοηθά να καθορίσουν με ποια σειρά και πόσο συχνά θα πρέπει να χορηγείται κάθε φάρμακο του χημειοθεραπευτικού σχήματος που τυχόν θα επιλέξουν²⁷.

3.1.5. Ανοσοθεραπεία.

Το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού αν εντοπίσει βλαβερά βακτήρια ή έναν ιό μέσα στο σώμα σας, αντιδρά παράγοντας συγκεκριμένα αντισώματα που επιτίθενται και καταστρέφουν τους εισβολείς, έτσι αντιμετωπίζει και τα καρκινικά κύτταρα ως ξένους εισβολείς, αλλά εξαιτίας κάποιας αποτυχίας του συστήματος συχνά δεν αναγνωρίζει τα καρκινικά κύτταρα. Για χρόνια οι ερευνητές αναζητούν τρόπους, για να βελτιώσουν την αντίδραση της φυσικής άμυνας του οργανισμού στα καρκινικά κύτταρα. Η χρήση του ανοσοποιητικού συστήματος για την επίθεση και την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων ονομάζεται ανοσοθεραπεία ή βιολογική θεραπεία, βιοθεραπεία ή θεραπεία μετατροπής βιολογικής αντίδρασης. Η ανοσοθεραπεία αποτελεί τύπο θεραπείας που έχει στόχο, την τροποποίηση της δραστηριότητας του ανοσοποιητικού συστήματος και την πρόκληση αλλαγών στην ανοσολογική απάντηση απέναντι στο νεόπλασμα. Ενεργοποιεί και κατευθύνει το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού, να καταπολεμήσει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Η ανοσοθεραπεία μπορεί να γίνει μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες για τον καρκίνο.

Οι βιολογικές θεραπείες ως «έξυπνες βόμβες» κατευθύνονται σε ειδικούς στόχους στα καρκινικά κύτταρα, αφήνοντας ανεπηρέαστα τα φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού. Κατ' αυτόν τον τρόπο η θεραπεία γίνεται περισσότερο συγκεκριμένη, πιο ειδική και λιγότερο τοξική. Μια παραλλαγή της ανοσοθεραπείας είναι η χορήγηση ουσιών που διεγείρουν το ανοσοποιητικό σύστημα με ειδικές ανοσορρυθμιστικές ουσίες. Δυο τέτοιες ουσίες χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με την εγχείρηση για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστεως και για προχωρημένο καρκίνο του παχέος εντέρου. Μια άλλη παραλλαγή είναι η παραγωγή στο εργαστήριο συγκεκριμένων πρωτεϊνών του ανοσοποιητικού συστήματος (κυτταροκίνες) και στη συνέχεια η χρήση τους στη θεραπεία²⁸.

3.1.6. Ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία είναι μια αντικαρκινική θεραπεία που αναστέλλει την έκκριση ορμονών ή εμποδίζει τη δράση τους δυσχεραίνοντας έτσι την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων και χρησιμοποιείται για τους ορμονοευαίσθητους όγκους όπως ο καρκίνος του προστάτη, ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος του ενδομητρίου. Οι ορμόνες είναι χημικές ουσίες που παράγονται από τους ενδοκρινείς αδένες του σώματος, εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος και από εκεί φτάνουν σε κάθε όργανο και ιστό για να επιτελέσουν το έργο τους.

Η χρήση ορμονοθεραπείας για την αντιμετώπιση του καρκίνου βασίζεται στην παρατήρηση ότι στην επιφάνεια ορισμένων καρκινικών κυττάρων υπάρχουν υποδοχείς συγκεκριμένων ορμονών, οι οποίες είναι απαραίτητες για την ανάπτυξή τους. Οι όγκοι που εξαρτώνται από ορμόνες για να αναπτυχθούν λέγονται ορμονοεξαρτώμενοι. Η αντικαρκινική ορμονοθεραπεία μπορεί να δράσει εμποδίζοντας την παραγωγή συγκεκριμένων ορμονών στον οργανισμό, δεσμεύοντας τους ορμονικούς υποδοχείς στην επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων ή υποκαθιστώντας τις φυσικές ορμόνες με χημικώς όμοιές τους, τις οποίες όμως δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα καρκινικά κύτταρα. Οι ορμόνες που χορηγούνται για την καταπολέμηση του καρκίνου είναι πολλές και ποικίλες, όπως ανδρογόνα, αναστολείς επινεφριδικών στεροειδών, αντιανδρογόνα, ρυθμιστές του SERM - Selective Estrogen Response Modulators, οιστρογόνα, ανταγωνιστές της LHRH, προγεστεροειδή ή προγεσταγόνα.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ομοίως και με τις λοιπές θεραπείες, οφείλει να γνωρίζει τις ορμόνες, την λειτουργία και την παρενέργεια αυτών και να καθοδηγεί των ασθενή του ορθά, να τον βοηθά και να είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα σε αυτόν και στην θεραπεία του²⁹.

3.1.7. Θεραπεία με υπερθερμία.

Η Υπερθερμία αποτελεί μια μέθοδο για τη θεραπεία του καρκίνου η χρήση της οποίας έχει αναφερθεί εδώ και χιλιάδες χρόνια. Κλινικά η υπερθερμία ορίζεται ως η ανύψωση της θερμοκρασίας τοπικά – περιοχικά πέρα από το φυσιολογικό σε εύρος 42°C ως 45°C, ή συστηματικά σε όλο το σώμα σε εύρος 41.5°C – 41.8°C χωρίς να προκαλεί σοβαρά τοξικά φαινόμενα. Σαν μέθοδο διαφέρει από το θερμοκαυτηριασμό και τη χειρουργική διαθερμία όσον αφορά τον τρόπο δράσης: οι δύο αυτές μέθοδοι χρησιμοποιούν θερμοκρασίες άνω των 45°C και βασίζονται στην άμεση καταστροφή των κυττάρων, ενώ η υπερθερμία έχει βιολογικό τρόπο δράσης που βασίζεται στην αυτόλυση των κυττάρων και στην αδυναμία πολλαπλασιασμού τους.

Υπάρχουν αρκετές διαφορετικές κλινικές μέθοδοι εφαρμογής της Υπερθερμίας, οι οποίες είναι οι εξής: επιφανειακή, ενδοκοιλοτική, εν τω βάθει, δηλαδή εξωτερική θέρμανση όγκων σε βάθος άνω των 4 cm από την επιφάνεια του δέρματος, ενδοϊστική, ολόσωμη, εγχειρητική, δηλαδή κατά τη διάρκεια χειρουργείου σε άμεση επαφή με τον καρκινικό ιστό τοποθετείται ο υπερθερμικός ακτινοβολητής ο οποίος και επάγει θέρμανση για 1 ώρα διεγχειρητικά και υπερθερμική διάχυση που πρόκειται για θέρμανση αίματος με εξωσωματική κυκλοφορία κυρίως για μελανώματα και σαρκώματα άκρων, σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία συνήθως με TNF.

Στη μεγάλη πλειονότητα των μελετών φαίνεται ότι η υπερθερμία έχει σημαντική επαύξηση στο θεραπευτικό κέρδος της ακτινοθεραπείας η/και της χημειοθεραπείας και αυτό οφείλει να το γνωρίζει ο κάθε νοσηλευτής που ασχολείται με την ογκολογία. Οι παρενέργειες της υπερθερμίας με τα μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας είναι ελάχιστες και αφορούν συνήθως ερύθημα δέρματος ή αίσθημα καύσου εσωτερικά ή σε κάποιες περιπτώσεις ήπιο άλγος. Το ερύθημα αντιμετωπίζεται με ειδικές δερματικές κρέμες ενώ το άλγος με απλή χορήγηση παυσίπονου. Ο ασθενής πρέπει να προσέχει την έκθεση στον ήλιο, και την περίπτωση εμπύρετου. Επίσης είναι σημαντικό να αναφερθεί η πιθανή αλληλεπίδραση της μη-ιονίζουσας ακτινοβολίας με σιδηρομαγνητικά ή παραμαγνητικά υλικά στο ανθρώπινο σώματα ενώ η έκθεση απευθείας στα μάτια πρέπει να αποφεύγεται. Η έκθεση σε μη-ιονίζουσα ακτινοβολία δεν έχει επίπτωση σε εγκυμονούσα. Δεν λειτουργεί από μόνη της ως θεραπεία και συνδυάζεται με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία³⁰.

3.1.8 Θεραπεία με κρυοπηξία

Η κρυοπηξία είναι το αντίθετο από τη θεραπεία της υπερθερμίας. Χρησιμοποιεί υπερβολικό ψύχος, για να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα. Η κρυοπηξία είναι η εφαρμογή υγρού αζώτου σε έναν όγκο. Χρησιμοποιείται συνήθως για την αντιμετώπιση καρκίνου του δέρματος αρχικού σταδίου και προκαρκινικών παθήσεων του δέρματος αλλά και στον καρκίνου του αμφιβληστροειδή. Οι ερευνητές μελετούν την κρυοπηξία ως πιθανή θεραπεία για κάποιους εσωτερικούς καρκίνους, όπως αυτούς που προσβάλλουν τον προστάτη και το ήπαρ. Γι' αυτούς τους καρκίνους το υγρό άζωτο φτάνει στον όγκο μέσω μιας συσκευής που ονομάζεται κρυόδιο³¹.

3.1.9. Θεραπεία μέσω των αναστολέων αγγειογένεσης.

Όλοι οι όγκοι απαιτούν την ανάπτυξη νέων αιμοφόρων αγγείων, για να παρέχουν οξυγόνο θρεπτικά συστατικά στα κύτταρά τους, έτσι ώστε να μπορέσουν να μεγαλώσουν. Ο σχηματισμός νέων αιμοφόρων αγγείων ονομάζεται αγγειογένεση. Οι επιστήμονες μελετούν τη χρήση φυσικών και συνθετικών αναστολέων της αγγειογένεσης με σκοπό τη συρρίκνωση των όγκων ή για να τους εμποδίσουν να μεγαλώσουν σταματώντας το σχηματισμό νέων αιμοφόρων αγγείων.

32

3.1.10. Ανακουφιστική θεραπεία

Η ανακουφιστική χειρουργική θεραπεία είναι μια χρήσιμη θεραπεία για τους ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο. Ο σκοπός αυτής της χειρουργικής διαδικασίας είναι ο περιορισμός της νόσου ή των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την θεραπεία όταν η ίαση είναι πιθανή. Πριν την συνιστώμενη ανακουφιστική χειρουργική επέμβαση, ο χειρουργός θα λάβει υπόψη του τον ρυθμό ανάπτυξης του όγκου, το προβλεπόμενο προσδόκιμο ζωής και τα ανερχόμενα θεραπευτικά αποτελέσματα. Οι στόχοι της ανακουφιστικής χειρουργικής επέμβασης είναι η ανακούφιση του ασθενούς και η πρόληψη της εμφάνισης συμπτωμάτων, εάν ο ασθενής παραιτηθεί από άλλων θεραπειών³³.

3.1.11. Συνδυαστική θεραπεία

Η συνδυαστική θεραπεία περιλαμβάνει πολλές θεραπευτικές επιλογές για την ελαχιστοποίηση των αλλαγών στην εμφάνιση της λειτουργικής ικανότητας του ασθενούς. Με την χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία ή την βιοθεραπεία κατά την διάρκεια της προεγχειρητικής, διεγχειρητικής ή μεταεγχειρητικής περιόδου η αφαίρεση του όγκου θα βελτιωθεί καθώς και τα ολικά θεραπευτικά αποτελέσματα³⁴.

3.1.12. Επανορθωτική θεραπεία.

Ο ασθενής που υποβάλλεται σε χειρουργικές επεμβάσεις που έχουν ως αποτέλεσμα έλλειμμα στην λειτουργικότητα ή την εμφάνιση του, μπορεί να είναι υποψήφιος για επανορθωτική επέμβαση. Ο στόχος αυτής της θεραπευτικής επιλογής είναι η βελτίωση της λειτουργικότητας ή η επίτευξη ενός πιο αποδεκτού αισθητικού αποτελέσματος. Συζητήσεις σχετικά με την πιθανή επανορθωτική επέμβαση πρέπει να γίνουν πριν την κύρια θεραπεία, έτσι ώστε ο ασθενής να αποφασίσει μετά από μία πληροφορημένη συναίνεση. Οι καρκίνοι του μαστού, του δέρματος, της κεφαλής και του τράχηλου είναι οι πιο ενδεδειγμένοι για επανορθωτική θεραπεία³⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

4.1.ΕΙΔΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

4.1.1. Μουσικοθεραπεία

Η μουσικοθεραπεία αποτελεί μορφή συμπληρωματικής θεραπείας σε ενήλικους αλλά και σε παιδιατρικούς ασθενείς με καρκίνο και τα τελευταία χρονιά εφαρμόζετε σε αισθητό βαθμό. Οι εναλλακτικές-συμπληρωματικές μέθοδοι θεραπείας είναι μη επεμβατικές, μη τοξικές, οικονομικά συμφέρουσες, ασφαλείς και εύκολα εφαρμόσιμες από τους ίδιους τους ασθενείς. Κατά κύριο λόγο, η μουσικοθεραπεία αποσκοπεί στη μείωση του συναισθηματικού τραύματος, καθώς και στη μείωση του συναισθήματος του πόνου κατά τη διάρκεια της κυρίως θεραπείας αλλά και στη μετέπειτα πορεία της ζωής τους. Η προσθήκη μουσικής στο θεραπευτικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση του καρκίνου, εστιάζει περισσότερο στην αντιμετώπιση του πόνου ή χρησιμεύει στα πλαίσια της παρηγορητικής φροντίδας. Οι ογκολογικοί ασθενείς που συμμετείχαν σε ομάδες μουσικοθεραπείας εμφάνιζαν, σύμφωνα με την κλίμακα αξιολόγησης πόνου (0-10), κατά 1.5 μονάδα λιγότερο πόνο. Μετά από 30΄ ακρόασης μουσικής το 65% των ασθενών ανέφεραν πως χρησιμοποιούσαν τη μουσική για χαλάρωση, καθώς και για απόσπαση της προσοχής τους από τον πόνο³⁶.

Οι νοσηλευτές εφαρμόζοντας στα πλαίσια της ολιστικής φροντίδας, οποιαδήποτε από τις κατηγορίες εναλλακτικής θεραπείας, προλαμβάνουν τη δημιουργία τραυματικής εμπειρίας στους ασθενείς. Παράλληλα, είναι δυνατόν να μειωθούν τα συμπτώματα και ο ανεπιθύμητες παρενέργειες της θεραπείας των ασθενών. Όταν το νοσηλευτικό προσωπικό γνωρίζει ποιοι ασθενείς πρόκειται να υποβληθούν σε οποιαδήποτε επώδυνη διαδικασία, καταλαβαίνει αν αυτοί επωφελούνται ή όχι από την ακρόαση της μουσικής. Επιπλέον, συστήνεται στους ασθενείς να νιώθουν άνετα και να επιλέγουν οι ίδιοι οποιαδήποτε εναλλακτική μορφή θεραπείας τους ηρεμεί, μειώνοντας τα επίπεδα θυμού τους. Όλες οι παραπάνω ενέργειες αποσκοπούν στη διάσπαση της προσοχής του ασθενούς από τον πόνο ή την επικείμενη θεραπευτική διαδικασία και συνεπώς στη μείωση της αντίληψης αυτού. Συμπεραίνεται λοιπόν, πως η μουσικοθεραπεία αποτελεί τμήμα της ολιστικής θεραπείας που ακολουθούν οι ασθενείς με καρκίνο, κυρίως στα ογκολογικά κέντρα του εξωτερικού. Η μουσικοθεραπεία αφορά όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτου ηλικίας και ψυχοσωματικής βλάβης και εφαρμόζεται ευρέως στον τομέα της ογκολογίας³⁷.

Μουσικοθεραπεία είναι η εποπτευόμενη και θεραπευτική χρήση της μουσικής από διαπιστευμένο θεραπευτή ώστε να προωθήσει θετικά κλινικά αποτελέσματα. Μπορεί να είναι μια πολύτιμη μορφή της συμπληρωματικής ιατρικής στην ογκολογία για να μειωθεί το άγχος του ασθενή, να ανακουφίσει από τον πόνο και την ναυτία κατά την διάρκεια της θεραπείας (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και άλλες επώδυνες διαδικασίες), να παρέχει απόσπαση της προσοχής, να ανακουφίσει την κατάθλιψη και να προωθήσει την έκφραση των συναισθημάτων. Η μουσικοθεραπεία σε ασθενείς με καρκίνο αποσκοπεί στη μείωση του συναισθηματικού και σωματικού πόνου κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά και στη μετέπειτα ζωή τους³⁸.

Υπάρχουν τρεις δυνατοί τρόποι με τους οποίους αποδεικνύεται ότι η μουσική μπορεί να τροποποιήσει τον πόνο, αυτοί είναι:

· Συναισθηματικοί τρόποι: η μουσική μπορεί να αλλάξει διαταραχές της διάθεσης που συνδέεται με μακροπρόθεσμη ασθένεια και τις απειλητικές για την ζωή ασθένειες, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, ο φόβος, ο θυμός και η θλίψη. Η μουσική μπορεί να άρει τα καταθλιπτικά συμπτώματα, να προωθήσει την χαλάρωση με αποτέλεσμα να μειώνει την ένταση και το άγχος.

· Γνωστικοί τρόποι: σωματικά οι ιδιότητες της μουσικής αποσπούν την προσοχή μας μακριά από τον πόνο. Έτσι δημιουργούνται νέες εικόνες και μεταφέρουν τις σκέψεις μας μακριά από τα βλαβερά ερεθίσματα του περιβάλλοντος.

· Αισθητηριακοί τρόποι: αισθητήρια η μουσική μπορεί να έχει επίδραση στην αισθητική συνιστώσα του πόνου μέσω αντι-διέγερση των προσαγωγών ινών.³⁹

Η παθητική δραστηριότητα του να ακούει ο ασθενής μουσική, μπορεί να μειώσει την αντίληψη του πόνου καθώς αποσπάται η προσοχή του, όπως αποδείχθηκε σε μελέτη για διαδικασίες πόνου και άγχους σε ασθενείς με καρκίνο. Αυτό το είδος της απόσπασης της προσοχής μπορεί να αλλάξει την μετάδοση των ωθήσεων του πόνου μέσω της ενεργοποίησης του μεταιχμιακού συστήματος και των αισθητηρίων στην περιοχή του εγκεφάλου. Όταν η μουσική εισχωρεί στα αυτιά του ανθρώπου, οι ήχοι μετατρέπονται σε ερεθίσματα που ταξιδεύουν από τα ακουστικά νεύρα στο θάλαμο του εγκεφάλου. Ο θάλαμος είναι ο σταθμός αναμετάδοσης των συναισθημάτων και των αισθήσεων.

Επιπλέον, η μουσική δίνει ευχαρίστηση, προωθεί την ευημερία, διευκολύνει την έκφραση και την ρύθμιση των συναισθημάτων και βελτιώνει την επικοινωνία μεταξύ των ατόμων. Η προσθήκη μουσικής στο θεραπευτικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση του πόνου χρησιμεύει στα πλαίσια της παρηγορητικής φροντίδας. Επιπλέον, βοηθάει στην προαγωγή της ψυχικής, πνευματικής, σωματικής ευημερίας των ασθενών, στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους, στη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων (άγχους, αδυναμίας, θυμού, άρνησης, κατάθλιψης) και στην αύξηση των θετικών συναισθημάτων τους όπως την ενίσχυση θάρρους. Ακόμα, η μουσικοθεραπεία σε συνδυασμό με την φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να μειώσει το άγχος, τον πόνο και τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας όπως ηναυτία και ο εμετός. Παράλληλα, οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι η μουσικοθεραπεία μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών⁴⁰.

Η μουσικοθεραπεία εφαρμόζεται ατομικά ή σε κάποια ομάδα, σε οποιαδήποτε ψυχοσωματική κατάσταση, παράλληλα ή ανεξάρτητα από άλλες μορφές θεραπείας. Οι εφαρμογές της μουσικοθεραπείας μπορούν να χωριστούν σε εκείνες όπου ο ασθενής ακούει την αγαπημένη του μουσική (εξατομικευμένη μουσική ακρόαση) και σε εκείνες όπου ο ασθενής «ακολουθεί» τη μουσική ιατρική [50]. Ακούγοντας μουσική υπάρχει διαφορά από τις τεχνικές μουσικοθεραπείας κυρίως στο ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ ασθενή και θεραπευτή. Η μουσικοθεραπεία στηρίζεται στη διαπροσωπική θεραπευτική σχέση ενός επαγγελματία μουσικοθεραπευτή και του θεραπευόμενου.

Ο θεραπευτής απαιτείται να έχει ειδική εκπαίδευση, προχωρημένες γνώσεις μουσικής και μουσικής ψυχολογίας, να παίζει με άνεση ένα ή περισσότερα πολυφωνικά όργανα(π.χ. πιάνο, κιθάρα) και να μπορεί να αυτοσχεδιάζει. Ο ρόλος του μουσικού θεραπευτή είναι να θεσπίσει ένα πρόγραμμα μουσικής ακρόασης, καθώς και να αξιολογεί τον ασθενή μέσω των αντιδράσεων του σε διαφορετικά ηχητικά και μουσικά ερεθίσματα και να διαβουλεύεται με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας για να δημιουργήσει ένα θεραπευτικό σχέδιο. Οι μουσικοί

θεραπευτές σχεδιάζουν τις μουσικές συνεδρίες βασιζόμενοι στις ανάγκες των ασθενών και στο θεραπευτικό τους σχέδιο. Στην περίπτωση της εξατομικευμένης μουσικής ακρόασης, ο θεραπευτής ετοιμάζει ένα playlist που περιέχει τα κομμάτια που έχουν συναισθηματική σημασία για τον ασθενή. Στην περίπτωση της ακρόασης μουσικής με βάση την προσέγγιση «μουσική ιατρική», τα κομμάτια προσδιορίζονται με βάση τα δομικά χαρακτηριστικά της μουσικής και των παραμέτρων τους, ανάλογα με το στόχο της θεραπείας. Οι ασθενείς μπορούν να συμμετέχουν ενεργά ή παθητικά σε ατομικές ή ομαδικές συνεδρίες. Μόνο ένας διαπιστευμένος μουσικός θεραπευτής μπορεί να παρέχει ασφαλή και ωφέλιμη μουσικοθεραπευτική παρέμβαση⁴¹.

Οι τεχνικές μουσικοθεραπείας περιλαμβάνουν τη σύνθεση στίχων, τον αυτοσχεδιασμό μουσικής από τους ασθενείς, θεραπευτικά μουσικά μαθήματα, το τραγούδι, εικόνες συνοδευόμενες από τραγούδια και ακρόαση μουσικής. Η μουσικοθεραπεία αποτελείται από δύο συνθετικά, την μουσική και την θεραπεία. Το πρώτο συνθετικό της αφορά τα ηχητικά ερεθίσματα που λαμβάνει ο ασθενής, ενώ το δεύτερο αναφέρεται στην πλήρη ίαση και αποκατάσταση του οργανισμού, μετά από την περίοδο της ασθένειας. Οι συνεδρίες μουσικοθεραπείας γίνονται εξατομικευμένα, ώστε να υπάρχει πλήρης κάλυψη των αναγκών των ασθενών.

Η μουσικοθεραπεία παρουσιάζεται ως ένας παράγοντας μείωσης του άγχους. Το άγχος είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τις επίπονες και δύσκολες στιγμές που περνά ένα άτομο, το οποίο έχει την αναισθησία του τελικού σταδίου. Η παρέμβαση της μουσικής είναι ένας τρόπος χαλάρωσης και κίνητρο για θετική σκέψη.

Η εφαρμογή της μουσικοθεραπείας στην ογκολογική νοσηλευτική έχει ως κύριο στόχο την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου από καλοήγη ή κακοήγη νεοπλασίες αλλά και την ομαλή έκβαση ορισμένων επώδυνων θεραπευτικών διαδικασιών. Επειδή η μουσικοθεραπεία αποτελεί νέα μέθοδο στην θεραπευτική προσέγγιση των ογκολογικών ασθενών, απαιτείται περαιτέρω εξέταση της ωφελιμότητας της στην κατηγορία αυτή των ασθενών⁴².

Η μουσικοθεραπεία έχει υπάρξει ένα αμφιλεγόμενο πεδίο στην ελληνική πραγματικότητα. Αυτό συμβαίνει, διότι δυστυχώς, στην Ελλάδα, η μουσικοθεραπεία μέχρι πριν λίγα χρόνια βρισκόταν σε πολύ πρώιμα στάδια ανάπτυξης, όπως υπήρξε αντίστοιχα πριν 40-50 χρόνια σε άλλες χώρες του εξωτερικού. Όμως, κάποιοι Έλληνες μουσικοθεραπευτές υποδηλώνουν και επιβεβαιώνουν την σημασία της μουσικοθεραπείας και την αναγκαιότητα της αναγνώρισης και της εφαρμογής της στην Ελλάδα.

Τέλος, είναι σκόπιμο να αναφερθεί ότι η εφαρμογή της μουσικοθεραπείας είναι γενικά ασφαλής και επιφέρει θετικά αποτελέσματα στον ασθενή, παρόλα αυτά οι μουσικές επιλογές ίσως φέρουν κακές αναμνήσεις και έτσι είναι σημαντικό ο θεραπευτής να συμβουλευτεί τον ασθενή προτού προβεί σε επιλογές. Επομένως είναι φανερό ότι χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για την εγκαθίδρυση της μουσικοθεραπείας ως ένα αποτελεσματικό εργαλείο για την βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή σε τελικό στάδιο ή σε χρόνιες ασθένειες⁴³.

4.1.2. Θεραπευτικοί κήποι η ευεργετική επαφή ασθενών και ευάλωτων ομάδων με τη φύση

Η θεραπευτική του αξία του ανθόκηπου, λαχανόκηπου, οπωρώνα, δάσους, άλσους, πάρκου, μακροτοπίου και άλλων χωρών σχετικών με την φύση, σχετίζονται με τη μείωση του στρες, την ηρεμία, την ευεξία και αποκαθιστούν την πνευματική και

συναισθηματική υγεία. Η θεραπευτική διάσταση του πρασίνου και των κηποτεχνικών δραστηριοτήτων, στο σχολείο, στο νοσοκομείο ή στο ψυχιατρικό κέντρο, τα κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης, έχουν παρεμφερές αποτελέσματα με την μουσικοθεραπεία. Ο ασθενής χαλαρώνει, νιώθει άνετα και αποβάλλει το στρες με αποτέλεσμα να μειωθούν τα συμπτώματα και ο ανεπιθύμητες παρενέργειες της θεραπείας⁴⁴

4.1.3 Φυσική Δραστηριότητα

Μια άλλη μη φαρμακευτική παρέμβαση για τους ασθενείς με καρκίνο είναι η φυσική άσκηση. Η άσκηση σε μια ποικιλία εντάσεων και μορφών όπως η γιόγκα, το περπάτημα, η ποδηλασία και το κολύμπι έχει πολλά οφέλη για την υγεία των ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο. Έρευνες έχουν δείξει ότι για τα άτομα με καρκίνο, η άσκηση μπορεί να μειώσει το άγχος, το στρες και την κατάθλιψη, ενώ παράλληλα υπάρχει βελτίωση των επιπέδων του πόνου, της κόπωσης, της δύσπνοιας, της δυσκοιλιότητας και της αϋπνίας. Οι άνθρωποι που διαγιγνώσκονται με καρκίνο θα πρέπει να συζητήσουν με τον ογκολόγο τους ασφαλείς και εύκολους τρόπους να ενσωματώσουν την άσκηση στην καθημερινή τους ζωή.

Σύμφωνα με το American College of Sports Medicine Exercise ένα πρόγραμμα άσκησης θα πρέπει να έχει ως στόχο τη προσαρμογή του οργανισμού στη φυσική του λειτουργία, τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης, της δύναμης και της ευλιγισίας, να βελτιώσει την εικόνα του σώματος, να βελτιώσει την ποιότητα ζωής, να βελτιώσει διάφορα συστήματα του οργανισμού όπως το καρδιοαναπνευστικό, το ενδοκρινικό, το μυϊκό κλπ., να μειώσει την εμφάνιση ή την μετάσταση ενός όγκου, να βελτιώσει την ικανότητα της αντοχής του οργανισμού στις τρέχουσες ή μελλοντικές θεραπείες και τέλος να βελτιώσει τη ψυχολογική υγεία του ατόμου.

Έτσι, για να επιτευχθούν όλα τα παραπάνω ένα πρόγραμμα γυμναστικής για καρκινοπαθείς θα πρέπει να περιέχει αερόβια άσκηση αλλά και άσκηση με αντιστάσεις. Συγκεκριμένα, η συχνότητα της αερόβιας άσκησης θα πρέπει να είναι καθημερινή μέτριας έντασης για τουλάχιστον 30 λεπτά. Η αερόβια άσκηση και η άσκηση με αντιστάσεις αποτελεί σύμφωνα με τους ερευνητές προστατευτικό μηχανισμό. Αποκαλείται προστατευτικός μηχανισμός διότι λόγω της άσκησης προκαλεί αλλαγές στα επίπεδα διαφόρων ορμονών όπως είναι η ινσουλίνη, τα οιστρογόνα και κάποιοι ινσουλινομιμητικοί παράγοντες. Παράλληλα όμως, ενισχύει το ανοσοποιητικό και αντιοξειδωτικό σύστημα, και έχει άμεση επίδραση στον όγκο μειώνοντας με αυτό τον τρόπο την αιμάτωσή του. Ακόμα, η αύξηση της φυσικής ικανότητας της αντοχής σε συνδυασμό με την αύξηση της δύναμης και της ευλιγισίας έχει αποδειχθεί ότι αποτρέπει τη μυϊκή αδυναμία και την ατροφία των μυών κατά τη διάρκεια αλλά και μετά τις μεθόδους θεραπείας⁴⁵.

Σύμφωνα με όσα αναφέρουν οι επιστήμονες η άσκηση σε άτομα με καρκίνο είναι ασφαλής, έχει θετική επίδραση στην καρδιοαναπνευστική αντοχή, συμβάλλει στη μείωση του σωματικού βάρους και στην ανοχή στην κόπωση. Φυσικά, εκτός από τις σωματικές προσαρμογές και οφέλη η φυσική δραστηριότητα συμβάλλει και στην καταπολέμηση του άγχους, της κατάθλιψης και στη συνολική ποιότητα της ζωής τους.

4.1.4. Συμπεριφορική Θεραπεία

Συχνά η κατάσταση της υγείας του ασθενή, ο χρόνος επιβίωσης και η προσωπικότητά του δεν δίνουν τη δυνατότητα μιας ατομικής ή ομαδικής

ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης. Η Συμπεριφοριστική Προσέγγιση, με τη δυνατή εστίαση στην κατεύθυνση, είναι μια δημοφιλής προσέγγιση για τους νοσηλευτές.

Η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία αποτελεί σύνθεση γνωσιακών και συμπεριφοριστικών προσεγγίσεων. Στόχος της παρέμβασης είναι η αναγνώριση των προτύπων δυσλειτουργικής σκέψης και συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα σε ορισμένες φάσεις της θεραπείας να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση σε συμπεριφοριστικές τεχνικές και σε άλλες φάσεις σε γνωσιακές τεχνικές⁴⁶. Ο βασικός πυρήνας της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας αποτελείται από τρεις βασικές αρχές:

- Η γνωστική λειτουργία επηρεάζει την συμπεριφορά
- Η γνωστική λειτουργία μπορεί αν μεταβληθεί και να ελεγχθεί
- Οι επιθυμητές αλλαγές στην συμπεριφορά μπορούν να επηρεαστούν από γνωστικές αλλαγές.

Η κεντρική ιδέα της συμπεριφορικής θεωρίας είναι ότι όλη η συμπεριφορά μαθαίνεται, είτε με συσχέτιση, είτε με την ενδυνάμωση ή παρακολούθωντας τους άλλους. Από την πλευρά της συμπεριφορικής άποψης, τα προβλήματα προκαλούνται από δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές που έχουν μάθει και καταστάσεις από εμπειρίες του παρελθόντος. Η παρέμβαση επικεντρώνεται στην παύση λειτουργίας της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς και την εκμάθηση νέων προσαρμοστικών συμπεριφορών [22]. Η συσχέτιση παρέχει κατανόηση στις φοβίες, στη ναυτία, στην αποστροφή της γεύσης σε καταστάσεις άγχους. Για παράδειγμα, η αναμενόμενη ναυτία εμφανίζεται όταν η ναυτία που σχετίζεται με τη χημειοθεραπεία είναι ανεπαρκώς

ελεγχόμενη. Ως εκ τούτου, η χημειοθεραπεία έχει σχετιστεί με τη ναυτία, έτσι ώστε το σκεπτικό του ασθενή σχετικά με την επικείμενη θεραπεία μπορεί να προκαλέσει οργανικές μεταβολές που έχουν ως αποτέλεσμα την εμπειρία της ναυτίας, έτσι, ο ασθενής μπορεί να κάνει εμετό πριν από την παραλαβή της θεραπείας-παραγωγής ναυτίας. Οι Συμπεριφορικές θεωρίες υποστηρίζουν τον ρόλο των στρατηγικών πρόληψης στη χημειοθεραπεία.

Η ενδυνάμωση παρέχει κατανόηση της συμπεριφοράς του πόνου και της ασθένειας. Εάν η συμπεριφορά της ασθένειας είναι η μόνη συμπεριφορά που ανταποκρίνεται, τότε αυτή είναι η συμπεριφορά που θα κυριαρχήσει.

Στην συμπεριφορική θεραπεία σαν πρώτο βήμα, ο ψυχολόγος προσπαθεί να αποδώσει αυτή τη συμπεριφορά στις πραγματικές αιτίες. Αν δηλαδή οφείλεται σε κάτι ανεξάρτητο από την ασθένεια και ο ασθενής προσπαθεί να πετύχει κάποια δικά του οφέλη ή αν είναι κάποια εξαρτημένη αντίδραση της ασθένειας⁴⁷.

Το επόμενο βήμα, είναι να αναγνωρίσει ο ίδιος ο ασθενής τα κίνητρα της συμπεριφοράς του και να προσπαθήσει να την αλλάξει, ικανοποιώντας παράλληλα και τις ανάγκες του.

4.1.5. Θεραπεία Τέχνης

Θεραπεία τέχνης είναι ένας γενικός όρος για θεραπείες όπως ο χορός και η θεραπεία κίνησης, μουσικοθεραπεία και η θεραπεία τέχνης σε συνεργασία με τις εικαστικές τέχνες. Η χρήση των καλλιτεχνικών μέσων μαζικής ενημέρωσης ως ένα μέσο για

θεραπεία προσφέρει στους ασθενείς ένα τρόπο να επικοινωνούν εμπειρίες, συναισθήματα και ανάγκες οι οποίες είναι δύσκολο να εκφραστούν λεκτικά. Αυτή η δυνατότητα για έναν εναλλακτικό τρόπο επικοινωνίας μπορεί να είναι σημαντική, ιδίως για ασθενείς οι οποίοι ασχολούνται με συναισθηματικές και πνευματικές συγκρούσεις ή υπαρξιακά ζητήματα. Ακόμα, η θεραπεία της τέχνης χρησιμοποιεί διαφορετικά μέσα τέχνης για να βοηθήσει τους ασθενείς να εξερευνήσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους με έναν θεραπευτή. Ο θεραπευτής βοηθάει τον ασθενή ως προς την έκφραση και την αυτοκατανόηση. Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για τους ασθενείς που δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους [56]. Για την θεραπεία με βάση την τέχνη δεν απαιτούνται ιδιαίτερα προσόντα από τον ασθενή. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια ευρεία ποικιλία καλλιτεχνικών τρόπων όπως η εκτύπωση, το βάψιμο, ο πηλός, το κολάζ και η άμμος, ενώ οι συνεδρίες μπορούν να είναι ατομικές ή ομαδικές⁴⁸.

Τέλος, η θεραπεία της τέχνης βοηθάει στην αύξηση της αυτογνωσίας, στην απελευθέρωση των συναισθημάτων, στη μείωση του στρες, στην ανακούφιση του πόνου και αυξάνει τις δεξιότητες αντιμετώπισης της ασθένειας.

4.1.6. Καθοδηγούμενη Φαντασία

Άλλη μια ψυχοκοινωνική παρέμβαση είναι η καθοδηγούμενη φαντασία η οποία ορίζεται ως, η σκόπιμη χρήση του μυαλού με στόχο να επιφέρει αλλαγές στο μυαλό, το σώμα και τα συναισθήματα. Έχει παρατηρηθεί ότι οι πολιτισμοί για χιλιάδες χρόνια έχουν χρησιμοποιήσει τη φαντασία για την προώθηση της υγείας και τη θεραπεία της νόσου. Η καθοδηγούμενη φαντασία είναι μια από τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες συμπληρωματικές μεθόδους επούλωσης ειδικά στο εξωτερικό. Έρευνες αποδεικνύουν ότι οι ψυχικές εικόνες μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγές των φυσιολογικών, βιοχημικών και ανοσολογικών αποκρίσεων του σώματος. Επιπλέον, οι ίδιες περιοχές του εγκεφάλου που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της φαντασίας, χρησιμοποιούνται και για ζωτικές λειτουργίες όπως η καρδιακή συχνότητα, ο αναπνευστικός ρυθμός και η πέψη. Οι εικόνες μπορούν να χρησιμεύσουν ως γέφυρα μεταξύ του μυαλού και του σώματος⁴⁹.

Η καθοδηγούμενη φαντασία μπορεί να εφαρμοστεί από έναν εκπαιδευμένο επαγγελματία υγείας όπως ιατρό, νοσηλεύτη, κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο ή από τον ίδιο τον ασθενή καθώς υπάρχουν CDs, DVDs και βιβλία για αυτό τον σκοπό [44].

Τα πλεονεκτήματα της καθοδηγούμενης φαντασίας είναι η βελτιωμένη απόδοση και ενέργεια, η ανακούφιση από τον πόνο, η βελτίωση του ανοσοποιητικού συστήματος, η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ή των παρενεργειών από τα φάρμακα, ο βελτιωμένος χρόνος ανάρρωσης ύστερα από ιατρικές διαδικασίες, η μείωση της ανησυχίας, η βελτίωση του ύπνου, η μείωση του στρες, η βελτίωση της πέψης, η μειωμένη αρτηριακή πίεση και η βελτίωση του συναισθηματικού ελέγχου. Ο κίνδυνος που μπορεί να υπάρξει από την καθοδηγούμενη φαντασία αφορά κυρίως τα άτομα με ιστορικό ψυχωτικών επεισοδίων, τα οποία θα πρέπει να καθοδηγούνται από επαγγελματία υγείας.

4.1.7. Χιούμορ

Η θεραπεία με βάση το χιούμορ αφορά τη χρήση τεχνικών που ενθαρρύνουν το γέλιο. Το χιούμορ μπορεί να είναι είτε λεκτικό (αστείες ιστορίες, ανέκδοτα), είτε οπτικό (γελοιογραφίες, καρτούν), είτε φυσικό (γκριμάτσες, φάρσες). Η ικανότητα να γελούν οι ασθενείς προωθεί μια θετική και ελπιδοφόρα προοπτική και καθιστά λιγότερο

πιθανό να γίνουν καταθλιπτικοί. Το χιούμορ δίνει τα δυνατότητα στους ασθενείς να βαλούν τα προβλήματά τους στην άκρη. Οι θεραπείες γέλιου ή χιούμορ χρησιμοποιούνται κυρίως για προσωρινή ανακούφιση του πόνου, ενώ μπορούν να οδηγήσουν σε χαλάρωση, είτε με παθητική συμμετοχή όπως το να βλέπουν ή να διαβάζουν κάτι χιουμοριστικό είτε μέσω της ενεργούς εμπλοκής όπως η εξεύρεση χιούμορ σε καταστάσεις της καθημερινής ζωής.

Συνοψίζοντας, είναι φανερό ότι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είτε χρησιμοποιούνται ως μεμονωμένη θεραπεία είτε ως συμπληρωματική έχουν θετική επιρροή στην υγεία του ασθενή⁵⁰.

4.2. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ.

Η συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική περιλαμβάνει συμβατική ιατρική αγωγή και εναλλακτικές θεραπείες. Συχνά, ο επαγγελματίας υγείας δεν γνωρίζει ότι ο ασθενής χρησιμοποιεί πρόσθετες θεραπείες.

Η ολιστική ιατρική είναι μια πρακτική όπου ο επαγγελματίας υγειονομικής περίθαλψης και ο ασθενής δουλεύουν μαζί ώστε να συνδυάσουν τις συμβατικές ιατρικές και εναλλακτικές θεραπείες. Αυτό παρέχει μια συνεργατική και ολιστική προσέγγιση στην υγειονομική περίθαλψη.

Θα ήταν χρήσιμο να διασαφηνιστεί πρώτα ο όρος της εναλλακτικής θεραπείας από τη συμπληρωματική. Η διαφορά μεταξύ των δύο, έγκειται στο γεγονός ότι η συμπληρωματική θεραπεία έρχεται να βοηθήσει την ήδη υπάρχουσα φροντίδα, ενώ η εναλλακτική θεραπεία θέτει ως στόχο τη θεραπεία του ασθενούς με τη χρήση αποκλειστικά αυτής της εναλλακτικής θεραπείας⁵¹.

Εναλλακτική ιατρική θεωρείται γενικά μια μέθοδος όπου ο ασθενής απορρίπτει τη συμβατική ιατρική αγωγή και επιλέγει «φυσικές μεθόδους επούλωσης».

Οι περισσότερες φυσικές μέθοδοι είναι βασισμένες στην ιδέα ότι το σώμα μπορεί να θεραπευτεί μόνο του και οι θεραπείες αποσκοπούν ώστε να το βοηθήσουν να το κάνει. Οι φυσικές μέθοδοι δίνουν επίσης αξία στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη ασθενειών και την εργασία με το σώμα για την αποκατάσταση της υγείας όταν η ασθένεια εμφανίζεται.

Οι εναλλακτικές-συμπληρωματικές θεραπείες εφαρμόζονται ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο του ασθενούς, τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου. Οι εναλλακτικές-συμπληρωματικές μέθοδοι θεραπείας είναι μη επεμβατικές, μη τοξικές, οικονομικά συμφέρουσες, ασφαλής και εύκολα εφαρμόσιμες από τους ίδιους τους ασθενείς⁵².

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΤΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ

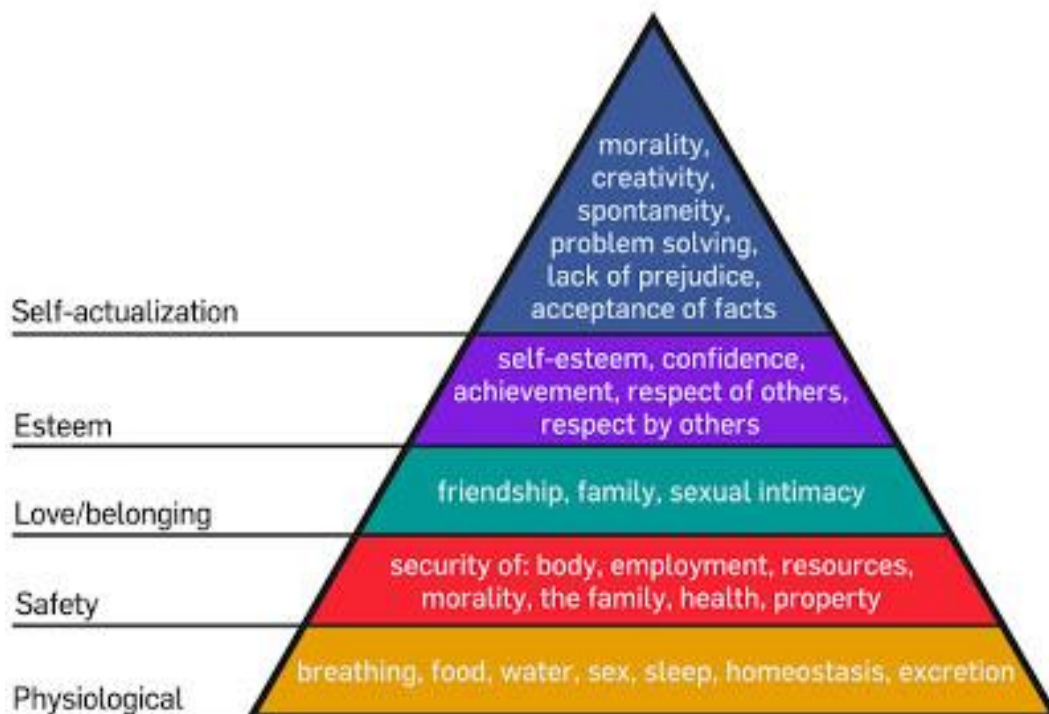
5.1.ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ Η ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στο εν λόγω τομέα της ιατρικής, τον ογκολογικό, είναι κυρίως υποστηρικτικός σε αντίθεση με το Ιατρικό προσωπικό το οποίο θα προβεί στην διάγνωση και στην θεραπεία του καρκίνου. Ο κυριότερος ρόλος του νοσηλευτή είναι να εκτιμήσει τις ανάγκες των ασθενών που πάσχουν με καρκίνο μέσα από την νοσηλευτική διεργασία και να ενεργήσει ανάλογα με τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενή⁵³.

5.1.1. ΕΝΝΟΙΑ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

Η έννοια «ανάγκες υγείας» (health needs) μπορεί να περιλαμβάνει μια ποικιλία θεμάτων, όπως είναι η ατομική υγεία, η κατοικία, οι υπηρεσίες υγείας, η εκπαίδευση, η εργασία και η οικονομική κατάσταση. Γενικότερα, ο όρος ανάγκη αναφέρεται σε όλα τα βιολογικά, περιβαλλοντικά και ψυχοκοινωνικά στοιχεία που είναι απαραίτητα για τον οργανισμό, έτσι ώστε να διατηρήσει την υγεία του. Τόσο τη βιολογική όσο και τη ψυχοκοινωνική.

Ο Maslow έχει περιγράψει τις ανθρώπινες ανάγκες κατά σειρά προτεραιότητας σε μια κλίμακα, με βάση τις βιολογικές ανάγκες και κορυφή τις ανάγκες για προσωπική ικανοποίηση και επιτυχία, όπως διαφαίνεται στην παρακάτω πυραμίδα:



⁵⁴Abraham Maslow's Pyramid of Human Needs [Credit:: Wikimedia Commons]

Αναλυτικότερα με σειρά προτεραιότητας:

α. Βιολογικές ή φυσιολογικές ανάγκες: αυτές που σχετίζονται με την επιβίωση του ατόμου και τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού, δηλαδή αναπνοή, διατροφή, νερό, ύπνος, καθαριότητα κτλ.

β. Ασφάλεια: ασφάλεια από φυσικούς και ψυχολογικούς κινδύνους. Η ανάγκη αυτή παρουσιάζεται αφού ικανοποιηθούν οι βασικές ανάγκες.

γ. Κοινωνικότητα: ανάγκη να αποτελεί μέρος μιας ομάδας όπως είναι για παράδειγμα η οικογένειά του, οι φίλοι του ή οι συνεργάτες του.

δ. Αυτοεκτίμηση-Προσωπική αξία: ανάγκη να είναι χρήσιμος, ανεξάρτητος και επαρκής.

ε. Αυτοπραγμάτωση-Επιτυχία: όταν όλες οι υπόλοιπες ανάγκες του ανθρώπου έχουν ικανοποιηθεί τότε το άτομο φτάνει στην ικανοποίηση και την επιτυχία [17].

Ειδικότερα, στους ογκολογικούς ασθενείς η έννοια ανάγκη (need), μπορεί να προσδιοριστεί ως μια οριζόμενη δομή από τον ασθενή, που εστιάζει στη σπουδαιότητα της αυτο-αξιολόγησής του, και κυρίως στην επιθυμία του να λάβει υποστήριξη από την παρεχόμενη φροντίδα, για ένα πρόβλημα που βιώνει. Επειδή οι προσδιοριστές της υγείας είναι πολυάριθμοι, η έννοια ανάγκες υγείας (health needs) μπορεί να περιλαμβάνει μια ποικιλία θεμάτων, όπως είναι η ατομική υγεία, η κατοικία, οι υπηρεσίες υγείας, η εκπαίδευση, η εργασία και η οικονομική κατάσταση.

Δεδομένου ότι στους ογκολογικούς ασθενείς επικρατεί η πρακτική-επιχειρησιακή έννοια της ανάγκης, όπου η ικανοποίησή της απαιτεί μια παρέμβαση – φροντίδα, συχνά προτιμάται ο όρος υποστηρικτικές ανάγκες (supportive needs) ή ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας (supportive care needs)⁵⁵.

5.1.2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ.

Η εκτίμηση των αναγκών (needs assessment) του εκάστοτε ασθενή είναι μια στρατηγική που εστιάζει στην αναγνώριση των προβληματισμών και των ανησυχιών που βιώνουν οι ασθενείς και που δεν έχουν αντιμετωπιστεί επαρκώς. Σκοπός της είναι, μέσα από τη συλλογή συγκεκριμένων πληροφοριών, να καθοριστεί με ακρίβεια εάν χρειάζονται περισσότερη βοήθεια και να αποφασιστεί το είδος της υποστήριξης ή της θεραπείας που θα προσφερθεί.

Η εκτίμηση αναγκών ως έννοια:

- Περιγράφει μια σαφώς ορισμένη διαδικασία που λαμβάνει χώρα με ή από τον ογκολογικό ασθενή
- Προϋποθέτει κάποιον τύπο σταθερού πλαισίου
- Εμπεριέχει συχνές και εκτενείς εκτιμήσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα
- Βασίζεται στο πως βλέπει ο ασθενής τις ανάγκες και τις επιθυμίες του, για τις οποίες και αναμένει επαγγελματική φροντίδα
- Και τελικά ενημερώνεται για τις αποφάσεις το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στη φροντίδα.

Υπάρχουν 2 είδη αναγκών με βάση τον βαθμό ικανοποίησης, οι ικανοποιήσιμες και οι ανικανοποίητες. Κατά την εκτίμηση καταγράφονται οι ανάγκες υγείας και κυρίως οι ανικανοποίητες ανάγκες, οι οποίες απαιτούν άμεση παρέμβαση. Ανικανοποίητες ανάγκες (unmet needs) προκύπτουν όταν υπάρχει αντιστοιχία μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών για τις ανάγκες τους, καθώς και της καταλληλότητας και

της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνεται η μέγιστη ευεξία⁵⁶.

Τα πλεονέκτημα της εκτίμησης των αναγκών υγείας είναι ποικίλα και σημαντικά γιατί διευκολύνει τον ακριβή και πλήρη εντοπισμό των προβλημάτων, αναγνωρίζοντας, καταγράφοντας και αξιολογώντας τις ανάγκες του ασθενή. Επίσης, επιτυγχάνετε καλύτερη συνεργασία μεταξύ της διεπιστημονικής ομάδας τόσο ανάμεσα τους όσο και σε σχέση με τον ασθενή. Ενισχύεται η ολιστική προσέγγιση των προβλημάτων των ασθενών και ο ενιαίος τρόπος προσέγγισης των αναγκών και συμβάλλει στην καλύτερη εφαρμογή των σχεδίων φροντίδας, στη βελτίωση των δομών που ήδη υφίστανται για τους ογκολογικούς ασθενείς ή στο σχεδιασμό νέων, εστιάζοντας στην κάλυψη των αναγκών τις οποίες ο ασθενής κρίνει ως σημαντικές και άμεσες. Έτσι, παρατηρείται μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και καλύτερη διαχείριση του κόστους και του ανθρώπινου δυναμικού.

Η εκτίμηση των αναγκών προκύπτουν μέσω της νοσηλευτικής διεργασίας όπως και η εφαρμογή της κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας.

5.2. ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

Η Ογκολογική Νοσηλευτική αποτελεί μία από τις ειδικότητες της Νοσηλευτικής που από πολύ νωρίς απάντησε στην πρόκληση του ορισμού μιας τόσο πολύπλοκης και σημαντικής έννοιας. Οι νοσηλευτές κάποιες φορές, αντιλαμβάνονται τη φροντίδα σύμφωνα με την προσωπικότητα και τις αξίες τους, ενώ επηρεάζονται από τις πεποιθήσεις τους για τον καρκίνο γι' αυτό οφείλεται να είναι πλήρως καταρτισμένοι και αποστασιοποιημένοι από τις προσωπικές τους πεποιθήσεις. Οι παρεμβάσεις των εξειδικευμένων νοσηλευτών βελτιώνουν την ποιότητα του σχεδιασμού της φροντίδας. Στα εξειδικευμένα αντικαρκινικά κέντρα και τους ξενώνες ανακουφιστικής φροντίδας αναπτύσσεται και καλλιεργείται η θεραπευτική διαπροσωπική σχέση μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών που ανακουφίζει το «υποφέρειν» των ασθενών.

Η παρουσία του νοσηλευτή δίπλα στον ασθενή είναι μεταξύ των πέντε δημοφιλέστερων συμπεριφορών φροντίδας για τους νοσηλευτές. Οι ασθενείς θεωρούν σημαντικότερες τις συμπεριφορές φροντίδας που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανότητα των νοσηλευτών και τη γνώση στην εφαρμογή των διαφόρων νοσηλευτικών διαδικασιών. Επιπλέον, οι νοσηλευτές θεωρούν σημαντικό στοιχείο να διαθέτουν ευαισθησία, ενσυναίσθηση, ικανότητες επικοινωνίας και κατάλληλη εκπαίδευση που προάγει το περιβάλλον εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Τέλος, επισημαίνεται η σημασία της πολιτισμικά ευαίσθητης φροντίδας με σεβασμό στις θρησκευτικές πεποιθήσεις τους..

5.2.1. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ.

Τονίστηκε, πολλάκις το γεγονός ότι ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει και να είναι άρτια καταρτισμένος στο τομέα της ογκολογίας για να μπορέσει να αποδώσει τα πρέπει. Η μάθηση για ένα επαγγελματία και ειδικά για ένα νοσηλευτή που έρχεται καθημερινά αντιμέτωπος με καρκινοπαθείς ασθενείς, δεν είναι γενική και αόριστη αλλά πολύ συγκεκριμένη και οφείλει να εφαρμόσει στην πράξη όλα όσα μελέτησε κατά την διάρκεια της μάθησης του.

Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλευτής είναι πλέον αναγκαιότητα και για να αντεπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται:

- Δεξιοτεχνία
- Επιστημονική κατάρτιση
- Αγάπη για τους ασθενείς

- Αίσθημα ευθύνης
- Προσωπική προσπάθεια και χρόνο
- Ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη.

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας, ιατρικού προσωπικού, νοσηλευτών, φροντιστών, κοινωνικών λειτουργών και κοινωνίας συμπεριλαμβανομένου της οικογένειας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους. Οι νοσηλευτές σε όλο το φάσμα διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση - τελικό στάδιο είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό - θεραπευτική ομάδα και ασθενή και έτσι οφείλει να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να ανταπεξέλθει στο ρόλο του κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα⁵⁷.

Ο νοσηλευτής είναι αρμόδιος να βοηθήσει τον ασθενή να αντιληφθεί τι γίνεται και να αφομοιώσει τις νέες πληροφορίες που θα του δοθούν από τον ιατρό. Η ενημέρωση πρέπει να είναι πλήρης και ρεαλιστική για τη νόσο, την αιτία πρόκλησης της, την πρόγνωση, την επίπτωση στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ασθενή, το μέγεθος της νόσου και τους τρόπους θεραπείας αυτής. Διευκολύνεται ο ασθενής να προσαρμοσθεί στις απαιτήσεις και τις αλλαγές που επιβάλλει η νόσος τόσο στην ζωή, όσο και στην εμφάνισή, τη σεξουαλικότητα και την ανεξαρτησία του. Θεμελιώδης παράμετρος της ολιστικής νοσηλευτικής προσέγγισης είναι η προαγωγή της ενεργούς συμμετοχής του ασθενούς στη φροντίδα που συνδυάζεται με την καθ' ολοκληρία αναγνώριση των αναγκών του.

5.2.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.

Ένας άρτια καταρτισμένος και εξειδικευμένος με τον τομέα της ογκολογίας νοσηλευτής μπορεί να ανταπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του. Ο ογκολόγος νοσηλευτής όπως αναφέρθηκε ως άνω, οφείλει να επιδεικνύει δεξιότητες, να είναι επιστημονικά καταρτισμένος, να δείχνει αγάπη για τους ασθενείς του, να έχει το αίσθημα ευθύνης, να καταβάλει προσωπική προσπάθεια και χρόνο, να δείχνει ενδιαφέρον για δια βίου επαγγελματική βελτίωση μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη. Οι νοσηλευτές από την στιγμή της διάγνωσης μέχρι και την αποκατάσταση ή του τελικού σταδίου του εκάστοτε ασθενή, είναι οι συνδετικοί κρίκοι ανάμεσα στον γιατρό - θεραπευτική ομάδα και ασθενή. Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, αντικείμενο το οποίο δεν θα μελετηθεί εις βαθμό ένεκα του γεγονότος ότι δεν αποτελεί αντικείμενο μελέτης της παρούσας ερευνάς. Επικεντρώνεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου⁵⁸.

Το νοσηλευτικό πρόσωπο πρέπει να γνωρίζει πως θα αντιμετωπίσει ένα ασθενή κατά το στάδιο της διάγνωσης, πώς να τον βοηθήσει να μην αγχωθεί και να επεξεργαστεί ορθά όλες τις ιατρικές πληροφορίες που θα λάβει από τον Ιατρό του. Επιπλέον, κατά το στάδιο της θεραπείας ο νοσηλευτής και δε ο εξειδικευμένος πρέπει να είναι πολύ καλός γνωστής των αναγκών του κάθε ασθενή για να μπορέσει αν αποδώσει και συμβάλει στην καλύτερη αποθεραπεία του ασθενούς.

5.2.2. Συγκεκριμένα οι δραστηριότητες των ογκολογικών νοσηλευτών στην κλινική πρακτική περιλαμβάνουν:

- Έγκαιρη ανίχνευση προκαρκινωμάτων ή αλλαγής ή συμπτωματικής νόσου με την συμμετοχή σε προγράμματα ελέγχου πληθυσμιακών ομάδων και με την ενθάρρυνση ατόμων για συμμετοχή στα προγράμματα αυτά
- Οργάνωση και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας που εκτείνεται σε όλες τις φάσεις καρκίνου, από την διάγνωση μέχρι την θεραπεία, την αποκατάσταση ή την βοήθεια για ειρηνικό θάνατο
- Έλεγχος επιπλοκών, συμπτωμάτων και παρηγορητική θεραπεία με τις ενδεδειγμένες παρεμβάσεις
 - Έλεγχος του πόνου με την χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων, στον κατάλληλο χρόνο και την απαιτούμενη δόση για την πρόσληψη του και την χρησιμοποίηση συμπληρωματικών ανακουφιστικών μέτρων και τρόπων
 - Συνεχιζόμενη φροντίδα στο νοσοκομείο, στο σπίτι, σε ειδικά ιδρύματα κλπ με την υποστηρικτική νοσηλεία ή βοήθεια των συγγενών για εξασφάλιση ποιότητας ζωής του αρρώστου σε όλη την περίοδο της ασθένειας του και / ή στον ειρηνικό θάνατο.

Η ογκολογία είναι μια δύσκολη ειδικότητα στον τομέα της νοσηλευτικής, που συνδυάζει την γνώση με την αγάπη και το ανθρωπινό ενδιαφέρον στην αντιμετώπιση του πόνου. Ο νοσηλευτής είναι ένα μέρος του συστήματος υποστήριξης για την οικογένεια του ασθενή που υποβάλλεται σε θεραπεία. Οφείλει να αξιολογεί τις φυσικές και ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών και να βοηθήσει στην αντιμετώπιση αυτών.⁵⁹

5.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

5.3.1. ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ.

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να εμπλέκονται από τα πρωταρχικά αυτό στάδιο για να μπορούν να υποστηρίξουν τους ασθενείς από την πρωταρχική τους παρουσία με τα συμπτώματα, κατά τη διερεύνηση θεραπειών, στην ανακουφιστική και υποστηρικτική φροντίδα και είναι κρίσιμης σημασίας για τη διασφάλιση της συνέχισης της φροντίδας. Κατά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο απαιτείται να υπάρχει η κατάλληλη ατμόσφαιρα, ζεστασιά, άνεση και οπωσδήποτε μια ειλικρινής επαφή με τον ασθενή. Η ενημέρωση οφείλετε να είναι με απλά και κατανοητά λόγια και ο νοσηλευτής πρέπει να επεξηγεί την διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου στον ασθενή ώστε να τον κρατεί ενήμερο και ήσυχο για το τι μέλλει γενέσθαι. Σκοπός του νοσηλευτή είναι η δημιουργία κλίματος τέτοιου ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει την μάχη του με τον καρκίνο. Βέβαια η πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται από τον γιατρό και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά και να επεξηγεί.

Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ενημερωμένος και έτοιμος να αντιμετωπίσει τις πρώτες αντιδράσεις του ασθενή που είναι συνήθως το σοκ και δυσπιστία, ο φόβος και αβεβαιότητα, η άρνηση, η οργή, οι ενοχές, κάποιες φορές η μνησικακία, η απόσυρση και η απομόνωση.

Ο νοσηλευτής πρέπει να κατανοεί τις φυσικές, κοινωνικές και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους και να διασφαλίζει πως οι ασθενείς και οι οικογένειές τους κατανοούν σαφώς το πώς η νόσος θα επηρεάσει τις ζωές τους. Είναι αποδεδειγμένο μέσα από έρευνες ότι οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές είναι ικανοί να αυξήσουν την πρόσβαση στη θεραπεία και παίζουν σημαντικό ρόλο σε όλη την πορεία της νόσου. Στα αρχικά στάδια είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον Ιατρό και τον ασθενή και οφείλουν να προσφέρουν ένα αίσθημα ασφαλείας και

οικειότητας τους ασθενείς έτσι ώστε να είναι πιο δεκτικοί και θετικοί για την πορεία της νόσου τους. Όπως θα αναλυθεί στο επόμενο κεφαλαίο ο ρόλος του είναι κυρίως υποστηρικτικός⁶⁰.

5.3.2.ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Οι κυρίες θεραπείες για τον καρκίνο όπως αναφέραμε είναι χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, χειρουργική επέμβαση και άλλες και οι νοσηλευτές οφείλουν να παρέχουν τη κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα. Για να επιτευχθεί αυτό, ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει τα θετικά και τα αρνητικά της κάθε θεραπείας, τις παρενέργειες και τον πόνο που προκαλεί στον ασθενή που νοσεί. Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας κατά το στάδιο αυτό είναι η αξιολόγηση, η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας, η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος, η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπιση τους. Οι νοσηλευτές κατά την θεραπεία των ασθενών μπορούν να παρεμβαίνουν χορηγώντας αντιεμετικά πριν από τη θεραπεία, προσφέροντας επαρκή ενυδάτωση και μετρώντας τα προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών.

Η συμβολή των εξειδικευμένων νοσηλευτών κατά τη θεραπεία είναι σημαντική γιατί συμφωνά με έρευνες, οι νοσηλευτές έχοντας άμεση και καθημερινή τριβή με τους ασθενείς είναι σε θέση να βοηθήσουν να μειωθούν οι επιπλοκές, να μειωθούν οι εισαγωγές στην εντατική και να μειωθούν τα ποσοστά επανεισαγωγής στο νοσοκομείο. Βοηθούν τους ασθενείς να κατευθύνουν τη φροντίδα τους και να βεβαιωθούν πως έκαναν τις απαραίτητες εξετάσεις. Επιπλέον, βοηθούν στη μείωση του άγχους και στην αύξηση της επικοινωνίας μεταξύ των παροχών φροντίδας υγείας.

Ο νοσηλευτής να είναι παρών κατά την ώρα των συμβουλών του γιατρού και θα πρέπει να ζητήσει από τον άρρωστο να επαναλάβει με δικά του λόγια τι καταλαβαίνει. Στο στάδιο αυτό ένα φυλλάδιο με πληροφορίες, ως ενισχυτική βοήθεια, είναι εξαιρετικά χρήσιμο. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι πάντα διαθέσιμος να απαντήσει οποιαδήποτε ερώτηση και η απάντηση του πρέπει να διακατέχετε από ειλικρίνεια.

1. Ολιστική φροντίδα.

Ο νοσηλευτής κατά το στάδιο αυτό προσφέρει ολιστική και ανακουφιστική φροντίδα. Με τον όρο ολιστική φροντίδα εννοούμε την φροντίδα σε ψυχολογικό επίπεδο, ενθαρρύνοντας τους ασθενείς να εκφράσουν τα οδυνηρά συναισθήματα τους, τις σκέψεις τους και τους προβληματισμούς χωρίς να κρίνουν, να συμβουλεύουν ή να επιβάλλουν τις προσωπικές τους απόψεις. Επίσης, ικανοποιούν τις βασικές τους ανάγκες όπως είναι η ασφάλεια, η αυτονομία και ο αυτοέλεγχος. Να αναπτύξουν μια σχέση με τον ασθενή που επιτρέπει την συζήτηση, την πιθανή υλοποίηση επιθυμιών και δημιουργούν το κατάλληλο κλίμα που θα επιτρέψει στον άρρωστο να εκφράσει τις αγωνίες του. Όταν ο άρρωστος συνειδητοποιεί ότι πεθαίνει, συχνά βιώνει μια βαθιά υπαρξιακή κρίση και έτσι δημιουργείτε μια ανάγκη για ζωή και η ανάγκη για ελπίδα. Ανάγκες που εξειδικευμένος νοσηλευτής προσπαθεί να καλύψει στο μέτρο το δυνατό. Άλλωστε η μεγαλύτερη υπηρεσία που μπορεί να προσφερθεί σε έναν άνθρωπο, ο οποίος έρχεται αντιμέτωπος με το θάνατο, είναι η ανθρώπινη παρουσία, γεγονός που ο νοσηλευτής γνωρίζει πολύ καλά⁶¹.

2. Ανακουφιστική φροντίδα.

Με τον ορό ανακουφιστική φροντίδα αναφερόμαστε στην φροντίδα που προσφέρετε σε όλα τα στάδια της νόσου και κυρίως στο τελικό στάδιο. Οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι ικανοί να συμβάλουν στην ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο με το να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση και το είδος του. Να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τον τρόπο χορήγησης, τη δράση, τις παρενέργειες και την αντιμετώπισή τους. Επιπλέον, οφείλουν να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης. Τέλος πρέπει να μαθαίνουν στον ασθενή και την οικογένειά του πώς να συνεχίσει την αναλγητική θεραπεία στο σπίτι μετά την εξαγωγή του από το νοσοκομείο.

Βασικοί ρόλοι των νοσηλευτών στην ανακουφιστική φροντίδα

- Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης.
- Παροχή πρακτικής βοήθειας με καθημερινά καθήκοντα και ρόλους
- Συντονισμός για τη σειρά των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών που χρειάζεται ο ασθενής.
- Παρέμβαση όπου είναι ανάγκη να ρυθμιστεί κάποια αλλαγή
- Καθοδήγηση στην ανακούφιση των συμπτωμάτων

3. Εκπαίδευση του ασθενή.

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 νοσηλεύτη/τριας είναι η δημιουργία κλίματος τέτοιου ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει την μάχη του με τον καρκίνο. Απαιτείται μια πρώτη ξενάγηση στο χώρο, μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για τη διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου. Βέβαια η πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται από τον γιατρό και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά.

4. Συγκεκριμένα οι δραστηριότητες των ογκολογικών νοσηλευτών κατά το στάδιο της θεραπείας:

- Ενημέρωση, για την αναγκαιότητα της θεραπείας, για τα φάρμακα και τον τρόπο δράσης τους, για τις παρενέργειες, για την διάρκεια χημειοθεραπείας και κάθε πόσο πρέπει να επαναλαμβάνεται.
- Ασφαλής χορήγηση των χημειοθεραπευτικών προφύλαξη από την εξαγγείωση των φαρμάκων.
- Παρακολούθηση για έγκαιρη ανακάλυψη των πιθανών επιπλώσεων της θεραπείας.
- Παρότρυνση για καλή συνεργασία στην εφαρμογή δύσκολα αποδεκτών αντικαρκινικών θεραπειών.
- Ενημέρωση για εισαγωγή ασθενών σε κλινικές μελέτες.
- Υποστήριξη των ασθενών και συγγενών με συνομιλία για καθημερινά θέματα.
- Παρότρυνση συγγενών και άλλων ατόμων του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ασθενούς για συμμετοχή σε προγράμματα πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης.
- Ενημέρωση για το τι πρόκειται να συμβεί προεγχειρητικά - διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά έτσι ώστε να έχει ο ασθενής υψηλό ηθικό και να προληφθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να αναγνωρίζει και να αξιολογεί διάφορα συμπτώματα π.χ. τάση προς έμμετο, δυσκολία κίνησης κάποιου μέλους.

- Εκμάθηση για χρησιμότητα και αναγκαιότητα καθετήρων όπως Levin Folley, παροχετεύσεων, κολοστομίας, κ.ά.
- Τη σημασία της σωστής θέσης του ασθενή στην θεραπευτική κλίνη κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας.
- Την παραμονή στο χώρο εκπομπής ακτινοβολίας μόνο του ασθενή αλλά την ύπαρξη συστήματος παρακολούθησης.
- Την παραμονή του στο περιβάλλον του. Οι θεραπευτικές δόσεις που δέχεται δεν είναι επικίνδυνες για τους γύρω.
- Το σχεδιασμένο πεδίο στο δέρμα του με μελάνι (είναι σημαντικό να μη σβηστούν τα σημάδια κατά τη Rx)⁶²

5.3.3. Ο ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ.

Η διαχείριση του καρκινοπαθούς είτε στη διάρκεια της ενεργού φάσης της νόσου είτε στην περίοδο της ύφεσης, είναι μια εξίσου δύσκολη υπόθεση για τον ιατρό. Ο ρόλος του έχει αποδειχθεί αρκετές φορές σωτήριος είτε με τη σωστή και έγκαιρη επισήμανση των αλλαγών, σωματικών ή ψυχολογικών, είτε με τη σωστή και άμεση αντιμετώπιση, είτε ακόμη και με τη σωστή κατεύθυνση.

Βασική επίσης προϋπόθεση είναι ότι ο γιατρός της πρωτοβάθμιας εκτός από τη διάθεση για προσφορά πρέπει να είναι και σωστά καταρτισμένος στα βασικά ογκολογικά προβλήματα. Πρωτίστως, θα πρέπει να γνωρίζει την φυσική ιστορία της νόσου, την ταχύτητα εξέλιξης, την συχνότητα των εντοπίσεων, τις επιπλοκές, το πρόγραμμα των θεραπειών που ακολούθησε και το πρόγραμμα που ο ασθενής οφείλει να ακολουθήσει. Είναι αυτός που θα παρέχει τις ιατρικές πληροφορίες προς τον ειδικό. Είναι αυτός που θα συμβάλλει στην παρακίνηση του αδιάφορου και ταλαιπωρημένου καρκινοπαθούς για τη συνέχιση της θεραπείας του, είναι αυτός που θα συνιστά στον ασθενή τη συνέχιση της συνεργασίας του με το κέντρο αναφοράς, με το ογκολογικό τμήμα. Όλα αυτά μέχρις ότου ο ασθενής περιπέσει στο τελικό στάδιο της νόσου εκεί όπου την θεραπεία της αναχαίτισης θα την διαδεχθεί η θεραπεία του συμπτώματος, η τελική φροντίδα.

Απ□ ότι διαφαίνεται, υπάρχει μεγάλο πεδίο προσφοράς από τον μη ειδικό γιατρό στον καρκινοπαθή, από τον γιατρό και τους εργαζομένους στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Όλοι αυτοί οι οποίοι αρκετές φορές θα κληθούν να ολοκληρώσουν το έργο των ογκολόγων θεραπευτών είτε σε τακτική περιοδική βάση είτε σε έκτακτες περιπτώσεις, ένεκα κάποιας εκτροπής (εξέλιξης) της νόσου.

Η αρχόμενη εξέλιξη ενδεχομένως να παρουσιασθεί ασυμπτωματικά είτε σαν φυσικό εύρημα, μετά από σχολαστική κλινική εξέταση και λεπτομερές ιστορικό, είτε σαν εργαστηριακό εύρημα, είτε και από τα δύο. Ή μπορεί να εκδηλωθεί με την ανάλογη νεοπλασματική ή παρανεοπλασματική συμπτωματο-λογία. Καθοριστικής σημασίας είναι η διάκριση της συμπτωματολογίας του καρκινοπαθούς από οργανική ή ψυχολογική αιτία ή αυτής η οποία προέρχεται από τις παρενέργειες της φαρμακο-ακτινοθεραπείας. Όλες αυτές οι επιμέρους διακρίσεις θα απαλλάξουν τον καρκινοπαθή από τις πολύπλοκες, χρονοβόρες, κοπιώδεις και δαπανηρές εξετάσεις.

1. Νοσηλευτική παρέμβαση στην ψυχολογία του ασθενή.

Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή 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. Όπως αναφέρθηκε, 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. Η ψυχολογία του ασθενή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και επηρεάζεται άμεσα από την ποιότητα ζωής του ασθενή που του παρέχετε.

Η ποιότητα ζωής αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου.

Τα επιμέρους προβλήματα που πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής είναι:

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

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

- να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου
- να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράση, παρενέργειες και αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή
- να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης- ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου.

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

Αν ο ασθενής απολαμβάνει μια καλή ποιότητας ζωής, δηλαδή η ζωή του παρά την ασθένεια δεν επηρεάζεται, στο μέτρο το δυνατό, αρνητικά, τότε η ψυχολογία του είναι πολύ καλύτερη και αυτό βοηθά στην επιτυχία της θεραπείας.⁶³

2 Επικοινωνία νοσηλευτή – ασθενή.

Οι ογκολογικοί ασθενείς και οι οικογένειές τους, για την αντιμετώπιση των διαφόρων φάσεων της ασθένειας, χρειάζονται να κινητοποιήσουν τις διαδικασίες αντιμετώπισης και προσαρμογής. Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν ασθενείς και οικογένειες να ανταπεξέλθουν σε αυτές τις διαδικασίες ακολουθώντας μια πολιτική ενδυνάμωσης και υποστήριξης των δυνατοτήτων που υπάρχουν στην οικογένεια και τον ασθενή και υποδεικνύουν συγκεκριμένες στρατηγικές και μεθόδους αντιμετώπισης. Καθώς οι νοσηλευτές είναι η γέφυρα ανάμεσα στον ασθενή και την οικογένειά του με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να τους φέρει σε επαφή με ομάδες στήριξης που θα προσφέρουν πληροφόρηση, εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη.

Χρέος των νοσηλευτών είναι να βοηθήσουν τους ασθενείς να διατηρήσουν την αυτονομία τους, όσο αυτό είναι εφικτό, και να τους διασφαλίσουν την ικανότητα να:

- Προσαρμόζονται
- Επικοινωνούν
- Διατηρούν κοινωνικούς ρόλους

· Παραμένουν δημιουργικοί

Οι περισσότερες διαγνωστικές εφαρμογές περιλαμβάνουν περιόδους αναμονής πληροφοριών. Συνήθως, τα μη λεκτικά μηνύματα από το γιατρό, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους συγγενείς και το ευρύτερο περιβάλλον του είναι πολύ αποκαλυπτικά, ενώ παράλληλα ο ασθενής παίρνει αρκετά μηνύματα από την ίδια του την κατάσταση.

Οι νοσηλευτές οφείλουν να δημιουργήσουν επικοινωνία έτσι ώστε ο καρκινοπαθής να μπορέσει να αισθανθεί άνετα και να μοιραστεί την οποιαδήποτε πληροφορία. Η πληροφόρηση και η ανοικτή συζήτηση πρέπει να γίνονται συχνά, καθώς οι περισσότεροι ογκολογικοί ασθενείς χρειάζονται βασικές πληροφορίες, γύρω από τη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία. Η πληροφόρηση αποτελεί το πρώτο βήμα της επικοινωνίας με τον ασθενή όπου μπορεί να στηριχθεί η εκπαίδευση. Οι νοσηλευτές μέσω του ρόλου τους θα δώσουν πληροφορίες και θα εκπαιδεύσουν τον ασθενή στο επίπεδο που θέλει και μπορεί ο ίδιος. Επιπλέον, θα πρέπει να τονίζουν ότι είναι σπουδαίο στοιχείο για την καλύτερη υγεία τους η συνειδητή συμμετοχή στη θεραπεία, ενώ οι πληροφορίες γύρω από συλλόγους υποστήριξης και ομάδες με επιζήσαντες καρκινοπαθείς θα ήταν ίσως βοηθητικά αμέσως μετά την επιβεβαίωση της διάγνωσης⁶⁴.

Η επικοινωνία είναι σημαντική σε όλα τα στάδια φροντίδας του ογκολογικού ασθενή, αλλά ιδιαίτερα όταν πρόκειται να ληφθούν σημαντικές αποφάσεις, όπως:

- Όταν ο ασθενής διαγιγνώσκεται για πρώτη φορά
- Για κάθε νέα απόφαση σχετικά με τη θεραπεία του που πρέπει να γίνει
- Μετά την ολοκλήρωση των θεραπειών, κατά τη συζήτηση πόσο καλά λειτούργησαν
- Σε κάθε αλλαγή των στόχων της θεραπείας
- Όταν ο ασθενής γνωστοποιεί εκ των προτέρων διάφορες οδηγίες ή επιθυμίες

Τέλος, η επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένεια του δεν συμβάλλει μόνο στην ενημέρωση και την πληροφόρηση για τη φύση της νόσου και για όλα όσα πρόκειται να συμβούν, αλλά και το κυριότερο, στην ενίσχυση του ηθικού του, στοιχείο απαραίτητο για να αντέξουν τις δυσκολίες κατά την πορεία της νόσου .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

6.1. Περιστατικό 1

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄

ΙΑΤΡΙΚΟ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Δημογραφικά στοιχεία

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: Ψ

Όνομα πατρός: Ψ

Ηλικία: 68 ετών

Τόπος γέννησης: Πάτρα

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Επάγγελμα: Οικιακά

Ασφαλιστικός φορέας: ΟΓΑ

Θρησκεία: Χ.Ο

Επίπεδο σπουδών: απόφοιτη δημοτικού

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

Τέκνα: κανένα

Αριθμός προηγούμενων εισαγωγών: καμία

Ημερομηνία εισαγωγής: 18/12/2017

Διάγνωση Εισαγωγής: Καρκίνος τραχήλου μήτρας σταδίου ΙΙα

Πηγή ιστορικού: η ίδια η ασθενής

Ασθενής ονόματι Ψ, ετών 68, προσήλθε στις 13/12/2017 στα Τ.Ε.Ι του 409 Δ.Ν. Πατρών. Η κυρία Ψ είχε κλείσει ραντεβού με σκοπό να αξιολογήσει γυναικολόγος γενικές γυναικολογικές εξετάσεις και εξετάσεις για καρκινικούς δείκτες που είχε κάνει η κυρία μετά από προτροπή γενικού ιατρού.

Ο γιατρός προς μεγάλη του έκπληξη (καθώς η κυρία δεν είχε κανένα σύμπτωμα) διαπίστωσε πως τα επίπεδα του SCC καρκινικού δείκτη ήταν 50% αυξημένα, πράγμα που δηλώνει παρουσία καρκίνου στον τράχηλο. Το βασικότερο κριτήριο για την εισαγωγή της κυρίας στο νοσοκομείο ήταν το test pap το οποίο ήταν κλάσης IV-V. Η κυρία δεν είχε θορυβηθεί, καθώς δεν είχε γνώση περί της σημασίας των αποτελεσμάτων του τεστ παπ. Αποφασίστηκε να γίνει άμεση βιοψία τραχήλου, η οποία έδειξε καρκίνο σταδίου ΙΙα και άμεση εισαγωγή στην γυναικολογική κλινική με διάγνωση καρκίνου τραχήλου μήτρας. Επιπλέον, αποφασίστηκε ριζική ολική υστερεκτομή, δεδομένου ότι ηλικιακά δεν υπήρχε δυνατότητα τεκνοποίησης.

Στις 18/12/2017 η ασθενής εισήχθη στο χειρουργείο στις 8.00πμ όπου υποβλήθηκε σε ριζική ολική υστερεκτομή με γενική αναισθησία και εξήχθη στις 11.00. Η ασθενής παρουσίασε γενικά καλή μετεγχειρητική πορεία και στις 30/12/2017 εξήλθε από το νοσοκομείο. Ο γιατρός συνέστησε χημειοθεραπεία για καλύτερη αντιμετώπιση της ασθένειας, ωστόσο η ασθενής αρνήθηκε πιστεύοντας ότι η εγχείρηση ήταν αρκετή και η ηλικία της δεν της επιτρέπει μεγαλύτερη ταλαιπωρία του εαυτού της.

Γενικές πληροφορίες

Ημερομηνία εισαγωγής: 15/12/2017

Ώρα παραλαβής: 09.30 πμ

Είδος εισαγωγής: προγραμματισμένη

Τρόπος μεταφοράς: περιπατητικός
Συνοδεύεται από: τον σύζυγό της
Της πληροφορίες δίνει: η ασθενής

Ατομικό Αναμνηστικό:

Αλλεργίες: καμία

Λοιμώδη νοσήματα: κανένα

Νοσήματα ενήλικα: κανένα

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-αιτία εισαγωγής: καμία

Περιοδικές εξετάσεις: αναφέρει τακτικό αιματολογικό έλεγχο κάθε εξάμηνο

Εμβόλια: αναφέρει πλήρη εμβολιασμό παιδικής ηλικίας

Γυναικολογικό ιστορικό:

Ηλικία πρώτης περιόδου: 12 ετών

Ηλικία τελευταίας περιόδου: 53 ετών

Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής: 19 ετών

Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων: 3

Γυναικολογικά νοσήματα: η κυρία αναφέρει συχνές κολπίτιδες

Τελευταίο τεστ παπ: πριν 7 χρόνια. Είχε βγει κατηγορίας I-II με ενδείξεις μέτριας τραχηλίτιδας. Ο γυναικολόγος που παρακολουθούσε την κυρία τότε δεν το αξιολόγησε ως ανησυχητικό και της συνέστησε να το επαναλάβει σε ένα χρόνο, κάτι που η κυρία αμέλησε να κάνει.

Οικογενειακό ιστορικό:

Ο πατέρας της έπασχε από αρτηριακή υπέρταση και πέθανε σε ηλικία 80 ετών από φυσικά αίτια. Η μητέρα της πέθανε σε ηλικία 82 ετών από φυσικά αίτια. Η αδελφή της έπασχε στο παρελθόν από καρκίνο μαστού, έκανε ολική μαστεκτομή και ζει ακόμα (59 ετών). Τα αδέρφια της, 70 και 65 ετών, ζουν χωρίς πρόβλημα υγείας.

Ο σύζυγός της, 67 ετών, έχει κάνει μία χειρουργική επέμβαση κύστης κόκκυγας πριν 20 χρόνια.

Παρούσα κατάσταση:

Διάγνωση εισόδου: καρκίνος τραχήλου μήτρας

Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή: κανένα

Ζωτικά σημεία: Αρτηριακή Πίεση: 120/90mmHg

Σφίξεις: 98/min

Θερμοκρασία: 36.8°C

Αναπνοές: 12/min

Βάρος: 65 κιλά

Εξέταση κατά συστήματα:

Αισθητήρια όργανα

Ομιλία: καλή

Όραση: πρεσβυωπία

Ακοή: καλή

Αναπνευστικό

Αναπνοή: φυσιολογική

Βήχας: απουσία βήχα

Κυκλοφορικό

Καρδιακός ρυθμός: ρυθμικός

Πεπτικό

Δίαιτα: ελεύθερη, με λίγα λιπαρά. Η κυρία προσέχει να μην λαμβάνει πολλά λιπαρά καθώς προσέχει το βάρος της.

Όρεξη: καλή

Διαταραχές πεπτικού: καμία

Κένωση εντέρου: 1 φορά τη μέρα

Ουροποιητικό

Η κυρία αναφέρει απώλεια ούρων μερικές φορές. Χαλάρωση τοιχωμάτων ουροδόχου κύστεως με αποτέλεσμα απώλεια ούρων

Μυοσκελετικό:

Αυτοεξυπηρέτηση: ναι

Βάδιση: κανονική

Ιστορικό καταγμάτων: κανένα

Η κυρία περπατάει καθημερινά περίπου 3 χιλιόμετρα για εκγύμναση

Ενδοκρινικό: φυσιολογικό

Ψυχική διανοητική κατάσταση: Ανήσυχη

Επικοινωνία: προφορική

Νευρικό:

Επίπεδο συνείδησης: προσανατολισμένη σχετικά με τον τόπο-χρόνο-πρόσωπα

Κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες:

Κάπνισμα: ναι, 1 πακέτο ημερησίως

Χρήση αλκοόλ: όχι

Ύπνος: 8 ώρες το 24ωρο

Ενδιαφέροντα: περπάτημα, πλέξιμο

Σύνθεση οικογένειας:

Ζει με τον σύζυγό της

Σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον: καλή

Οικονομική κατάσταση: μέτρια

Φάρμακα που παίρνει: δεν παίρνει φάρμακα, αλλά συμπληρώματα διατροφής με βιταμίνες, σίδηρο και μέταλλα.

Την προηγούμενη μέρα από το χειρουργείο έγιναν οι κατάλληλες ιατρικές εξετάσεις που όρισαν οι γιατροί και γενική προεγχειρητική προετοιμασία της αρρώστου.

Οι νοσηλευτές μετέφεραν την ασθενή σε δίκλινο δωμάτιο, ήρεμο και φωτεινό. Φρόντισαν να είναι καθαρή και έγινε υποκλυσμός μετά από ιατρική οδηγία.

Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

<i>Νοσηλευτική Εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
<p>Η ασθενής παρουσιάζει άγχος και φόβο για την επέμβαση καθώς και τις συνέπειες της εγχείρησης στην θηλυκότητά της</p>	<p>- Να απαλλαγεί η ασθενής από το άγχος και το φόβο της έως τη στιγμή εισαγωγής στο χειρουργείο -</p>	<p>-Να εξηγηθεί η διαδικασία στην ασθενή χρησιμοποιώντας απλή ορολογία, προσαρμοσμένη στο γνωστικό της επίπεδο -Να δοθούν συμβουλές καθώς και ψυχολογική υποστήριξη για την εξάλειψη του άγχους. (Το άγχος των συγγενών επηρεάζει άμεσα και την ασθενή) -Να εφαρμοστούν τεχνικές χαλάρωσης όπως βαθιές αναπνοές, απόσπαση της προσοχής και συγκέντρωση σε άλλα θέματα -Να ολοκληρωθεί ο προεγχειρητικός έλεγχος και προετοιμασία της ασθενούς χωρίς δημιουργία άγχους -Ενημέρωση και ακριβή, όσο γίνεται, τήρηση στο πρόγραμμα του</p>	<p>-Δόθηκαν στην ασθενή οι απαραίτητες εξηγήσεις σχετικά με το χειρουργείο και δόθηκαν απαντήσεις σε όλες τις απορίες της. -Εξασφαλίστηκε κατάλληλο περιβάλλον, ήσυχο, με χαμηλό φωτισμό και θέρμανση -Έγινε προεγχειρητικός έλεγχος χωρίς καθυστερήσεις.</p>	<p>-η ασθενής εξωτερέκευσε τις ανησυχίες της, τους φόβους της και τα συναισθήματά της -η εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και οι τεχνικές χαλάρωσης συνέβαλαν στο να είναι η ασθενής ήρεμη</p>

		χειρουργείου -Εξασφάλιση ήρεμου και αναπαυτικού περιβάλλοντος -Να δημιουργηθεί ζεστό και φιλικό περιβάλλον για την ασθενή -Να παραχθεί ψυχολογική υποστήριξη		
--	--	--	--	--

Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Νοσηλευτική Εκτίμηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>-Χειρουργική επέμβαση 18-02-2012 Ολική υστερεκτομή</p>	<p>-Η ασθενής να είναι καθόλα έτοιμη για το χειρουργείο -Να ολοκληρωθεί η χειρουργική επέμβαση χωρίς προβλήματα-επιπλοκές</p>	<p>-Ενημέρωση ασθενούς για το είδος-σκοπό και διάρκεια του χειρουργείου -Τόνωση ηθικού -Προετοιμασία εντερικού σωλήνα, σύσταση να ουρήσει -Χορήγηση προνάρκωσης-αφαίρεση ξένων αντικειμένων και χειρουργική ενδυμασία στην ασθενή -Λήψη ζωτικών σημείων και συμπλήρωση του προεγχειρητικού δελτίου που συνοδεύει την ασθενή -Καταγραφή ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας</p>	<p>-Η ασθενής ενημερώθηκε για το χειρουργείο και απαντήθηκαν όλες οι απορίες της. -Η ασθενής δεν σιπίστηκε και έγινε χαμηλός υποκλυσμός το πρωί, την ημέρα της επέμβασης. -Έγινε λήψη ζωτικών σημείων:Α.Π 120/70mmg Σφ: 95, Θερμ: 36,4°C, Αναπν: 21/min -Χορηγήθηκαν σταγόνες προνάρκωσης Dormicum -Η ασθενής ντύθηκε με την ειδική στολή χειρουργείου -Συμπληρώθηκε το προεγχειρητικό δελτίο καθώς και το φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική ετοιμασία με επιτυχία, ο υποκλυσμός απέδωσε, η ασθενής ούρησε. -Η μιδαζολάμη (midazolam) είναι παράγωγο της ομάδας των ιμιδαζοβενζοδιαζεπινών με κατασταλτική και υπναγωγό ενέργεια σημαντικού βάθους. Η μιδαζολάμη είναι ένας δραστικός κατασταλτικός παράγοντας που απαιτεί ρύθμιση δόσεως και αργή χορήγηση. Η ρύθμιση συνιστάται επισταμένως ώστε να εξασφαλιστεί ακίνδυνα το επιθυμητό επίπεδο καταστολής σύμφωνα με την κλινική ανάγκη, τη φυσική κατάσταση, την ηλικία και τη συγχορήγηση άλλων φαρμάκων.</p>

Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Νοσηλευτική εκτίμηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>-Χειρουργικό τραύμα</p>	<p>-Να ανακουφισθεί η ασθενής από τα συμπτώματα του τραύματος -Να επουλωθεί το τραύμα όσο το δυνατό γρηγορότερα -Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>-Περιποίηση χειρουργικού τραύματος σύμφωνα με τις νοσηλευτικές αρχές. -Χρήση άσηπτης τεχνικής κατά την διάρκεια της περιποίησης καθώς και χρήση αποστειρωμένου υλικού -Παρακολούθηση χειρουργικού τραύματος για τυχόν αιμορραγία -Να δοθεί στην ασθενή κατάλληλη θέση έτσι ώστε να έχουμε χάλαση των μυών και άρση της πίεσης στο χειρουργικό τραύμα -χρήση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες -Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα Εκτίμηση και επανεκτίμηση χειρουργικού τραύματος και της ασθενούς για να αποφευχθούν οι</p>	<p>-Ζωτικά σημεία: Α.Π. 100/70 mmHg Σφ.: 96/min Θερμ: 36,1°c Αναπν. 16 -Έγινε περιποίηση του τραύματος με άσηπτη τεχνική και χρήση αποστειρωμένου υλικού</p>	<p>-Δεν παρατηρήθηκαν σημεία μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος -Δεν εμφανίστηκαν επιπλοκές από το χειρουργικό τραύμα -Παρατηρήθηκε σταδιακή επούλωση του τραύματος</p>

		επιπλοκές από το τραύμα		
--	--	-------------------------	--	--

<i>Νοσηλευτική εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
-πόνος οφειλόμενος στην επέμβαση	-Να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πόνο -Να απαλλαγεί η ασθενής από τον πόνο	-Αντικειμενική εκτίμηση του πόνου -Να της ζητηθεί να περιγράψει τον πόνο της με την βοήθεια εκφράσεων του προσώπου της ή αριθμητικής κλίμακας του πόνου -Μείωση παραγόντων που αναστατώνουν την ασθενή -Διερεύνηση παραγόντων πόνου -Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες -Προσεκτική παρακολούθηση και καταγραφή της ανταπόκρισης της ασθενούς στα αναλγητικά φάρμακα -Λήψη ζωτικών σημείων για πιθανή αυξημένη καρδιακή συχνότητα και πίεση του αίματος. -Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος -Καταγραφή ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας	-Η ασθενής αναφέρει ότι ο πόνος της σύμφωνα με την αριθμητική κλίμακα είναι 9/10 -Ζωτικά σημεία: Α.Π. 100/70mmHg, Σφ.:96/min Θερμ.:36,1°C, Αναπν: 16 -Χορηγήθηκε παρακεταμόλη(deron) κατόπιν ιατρικής οδηγίας -Δόθηκε κατάλληλη θέση στην ασθενή -Μειώθηκε ο θόρυβος και ο φωτισμός στο δωμάτιο	-Μισή ώρα μετά την χορήγηση του deron ο πόνος υποχώρησε, -Η παρακεταμόλη έχει ισχυρή αναλγητική και αντιπυρετική δράση, παρόμοια με αυτή του ακετυλοσαλικυλικού οξέος, ανακουφίζει γρήγορα και αποτελεσματικά από πόνους, αδιαθεσία και πυρετό επειδή απορροφάται γρήγορα από τον γαστρεντερικό σωλήνα. Η παρακεταμόλη είναι ασθενής αναστολέας της βιοσύνθεσης των προσταγλανδινών στο ΚΝΣ. Αυτό εξηγεί τις αναλγητικές και αντιπυρετικές ιδιότητες. -Κατά τη διάρκεια της άμεσης μετεγχειρητικής περιόδου τα αναλγητικά θα πρέπει να χορηγούνται προσεκτικά λόγω της υπολειμματικής δράσης των αναισθητικών παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν

				αναπνευστική καταστολή και υπόταση. -Η ήρεμη και ζεστή φωνή και το ήρεμο περιβάλλον ηρέμησαν την ασθενή και μείωσαν την ένταση του πόνου
--	--	--	--	---

<i>Νοσηλευτική εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
-Ναυτία-έμετος εξαιτίας της γενικής νάρκωσης	-Να ανακουφιστεί και να απαλλαγεί η ασθενής από το αίσθημα ναυτίας και τους εμετούς -Να διατηρηθεί το ισοζύγιο υγρών	-Τοποθέτηση ασθενούς σε πλάγια θέση για πρόληψη εισρόφησης -Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή -Πλύση στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε εμετό -Μέτρηση αποβαλλόμενων υγρών και ηλεκτρολυτών -Καταγραφή της ποσότητας, της σύστασης και της συχνότητας των εμετών στο φύλλο νοσηλείας και τη λογοδοσία.	-Χορηγήθηκαν αντιεμετικά (Primperan amp 2x3 IV) μετά από ιατρική εντολή -Τοποθετήθηκε η ασθενής σε πλάγια θέση χωρίς μαξιλάρι και με το κεφάλι στο πλάι -Χορηγήθηκαν υγρά (N/S 0,9%,1000 ccX2 και L/R 500ccx1) -Καταγράφηκαν συνολικά 2 εμετοί στο φύλλο νοσηλείας -Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο	-Αποφεύχθηκε η εισρόφηση με τη σωστή θέση του σώματος-κεφαλής(πτώση επιγλωττίδας και αποφυγή εισροής των εμεσμάτων στην αναπνευστική οδό) -Η χορήγηση Primperan είχε θετικά αποτελέσματα -Το primperan έχει ισχυρή κεντρική αντιεμετική δράση.Επίσης, επιταχύνει την κένωση του στομάχου και την διάβαση στο λεπτό έντερο

<i>Νοσηλευτική εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
-Ξηρότητα στοματικής κοιλότητας λόγω γενικής νάρκωσης	-Ανακούφιση της ασθενούς -Πρόληψη στοματίτιδας	-Ύγρανση των χειλιών και της γλώσσας -Πλύση στοματικής κοιλότητας -Επάλειψη χειλιών με λιπαντική ουσία	-Έγινε ύγρανση των χειλιών και της γλώσσας με ποτ-cotton ποτισμένο σε νερό -Έγιναν πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με στοματικό διάλυμα (Hexalen) πρωί-βράδυ -Έγινε επάλειψη των χειλιών με βαζελίνη	-Η ξηρότητα υποχώρησε το βράδυ της ίδιας μέρας -Απεφεύχθη η στοματίτιδα λόγω συστηματικής περιποίησης της στοματικής κοιλότητας

Νοσηλευτική εκτίμηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>-Θλίψη οφειλόμενη στην απώλεια οργάνων αναπαραγωγής και στις συνέπειες στην εμφάνιση και λειτουργία του σώματος.</p>	<p>-Η ασθενής να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά της -Η ασθενής να απαλλαγεί από την θλίψη</p>	<p>-Αξιολόγηση σημείων και συμπτωμάτων θλίψης(μεταβολή στις συνήθειες διατροφής, αϋπνία, θυμός) -Προτροπή ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά της με όποιον τρόπο θεωρεί κατάλληλο -Εφαρμογή μέτρων για δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης -Να ενημερωθούν οι οικείοι για τα στάδια του φαινομένου θλίψης, ενθαρρύνοντας την υποστήριξή και την κατανόησή τους -Πληροφορίες σχετικά με συμβουλευτικές υπηρεσίες και ομάδες υποστήριξης που μπορούν να βοηθήσουν στην παρούσα φάση</p>	<p>-Η ασθενής είναι λιγομίλητη, απόμακρη, κοιμάται ελάχιστα και κλαίει -Έγινε συζήτηση με την ασθενή για κάποια προβλήματα της όσο εκείνη το επέτρεπε -Οι οικείοι της ενημερώθηκαν και είναι δίπλα της και την υποστηρίζουν -Η ασθενής ήρθε σε επαφή με τη συμβουλευτική ομάδα -Ζήτησε και την επισκέφτηκε ο ψυχολόγος</p>	<p>-Η ασθενής εξέφρασε τα συναισθήματά της και παρουσίασε πρόοδο στην διαδικασία αντιμετώπισης των συναισθημάτων θλίψης</p>

6.2. Περιστατικό 2

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄

ΙΑΤΡΙΚΟ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Δημογραφικά στοιχεία

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: Χ

Όνομα πατρός :Χ

Ηλικία: 42

Τόπος γέννησης: Πάτρα

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Επάγγελμα: Δημόσια Υπάλληλος

Ασφαλιστικός φορέας: Δημόσιο

Θρησκεία: Χ.Ο

Επίπεδο σπουδών: απόφοιτη ΤΕΙ Λογιστικής

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμη

Τέκνα: κανένα

Αριθμός προηγούμενων εισαγωγών: καμία

Ημερομηνία εισαγωγής: 8/10/2017

Διάγνωση Εισαγωγής: καρκίνωμα in situ

Πηγή ιστορικού: η ίδια η ασθενής

Ασθενής ονόματι Χ, ετών 42, προσήλθε στις 18/9/2017 στα εξωτερικά ιατρεία του 409 Δ.Ν Πατρών. Η κυρία Χ είχε κλείσει ραντεβού με σκοπό να πραγματοποιηθεί έλεγχος τεστ Παπ. Στις 27/9/2017 η κυρία Χ προσήλθε ξανά στα ΤΕΙ του νοσοκομείου για να παραλάβει την απάντηση της εξέτασης. Το τεστ παπ της βρέθηκε κλάσης III-IV (CIN3). Ο γυναικολόγος συνέστησε να γίνει κολποσκόπηση και βιοψία τραχηλικού δείγματος του οποίου η λήψη θα γινόταν κατά τη διάρκεια της κολποσκόπησης.

Η ασθενής πραγματοποίησε την κολποσκόπηση και την βιοψία στις 28/9/2017 σε εξωτερικό ιατρείο. Τα αποτελέσματα της κολποσκόπησης ήταν καρκίνωμα in situ (προδιηθητικό), σταδίου I. Έπειτα, αποφασίστηκε από τον γυναικολόγο, η ασθενής να υποβληθεί σε κωνοειδής εκτομή του τραχήλου.

Στις 9/10/2017, στις 11.30πμ η ασθενής εισήχθη στο χειρουργείο, όπου υποβλήθηκε σε κωνοειδή εκτομή τραχήλου με τοπική αναισθησία και εξήχθη στις 12.15. Η ασθενής παρουσίασε άριστη μετεγχειρητική πορεία και στις 10/10/2017 εξήλθε από το νοσοκομείο. Ο γιατρός συνέστησε επανάληψη του τεστ παπ κάθε 3 μήνες για 5 χρόνια και διατήρηση της καλής γενικής κατάστασης της υγείας της με σωστή διατροφή και άσκηση.

Γενικές πληροφορίες

Ημερομηνία εισαγωγής: 8/10/2017

Ώρα παραλαβής: 9.00 π.μ

Είδος εισαγωγής: προγραμματισμένη

Τρόπος μεταφοράς: περιπατητικός

Συνοδεύεται από: την αδελφή της

Τις πληροφορίες δίνει: η ασθενής

Ατομικό Αναμνηστικό:

Αλλεργίες: αλλεργική ρινίτιδα κάθε άνοιξη

Λοιμώδη νοσήματα: κανένα

Νοσήματα ενήλικα: κανένα

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο: καμία

Περιοδικές εξετάσεις: αναφέρει πλήρη αιματολογικό έλεγχο μία φορά το χρόνο

Εμβόλια: αναφέρει πλήρη εμβολιασμό παιδικής ηλικίας

Γυναικολογικό ιστορικό:

Ηλικία πρώτης περιόδου: 11 ετών

Ηλικία τελευταίας περιόδου: υπάρχει ακόμα περίοδος

Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων: 8

Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής: 22 ετών

Γυναικολογικά νοσήματα: αναφέρει συχνές κολπίτιδες

Τελευταίο τεστ Παπ: έγινε όταν η κυρία ήταν 25 ετών και είχε βρεθεί ότι πάσχει από HPV. Έγινε εσωτερικός καυτηριασμός. Έπειτα, η κυρία μέχρι σήμερα δεν επανέλαβε την εξέταση Παπ.

Οικογενειακό ιστορικό:

Ο πατέρας της έπασχε από Χ.Α.Π και πέθανε σε ηλικία 80 ετών από εγκεφαλική αιμορραγία μετά από πτώση. Η μητέρα της είναι 68 χρονών και ζει ακόμη. Έχει δύο αδελφές, 37 και 40 ετών, χωρίς προβλήματα υγείας και έναν αδελφό 35 χρονών, υγιής επίσης.

Παρούσα κατάσταση

Διάγνωση εισόδου: καρκίνωμα in situ

Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή: κανένα

Ζωτικά σημεία: Αρτηριακή πίεση: 110/70mmHg

Σφίξεις: 85/min

Θερμοκρασία: 36.5°C

Αναπνοές: 12/min

Βάρος: 60 κιλά

Εξέταση κατά συστήματα

Αισθητήρια όργανα:

Ομιλία: καλή

Όραση: υπερμετροπία

Ακοή: καλή

Αναπνευστικό:**Αναπνοή:** φυσιολογική**Βήχας:** απουσία βήχα**Κυκλοφορικό:****Καρδιακός ρυθμός:** ρυθμικός**Πεπτικό**

Δίαιτα ελεύθερη, πλούσια σε άμυλο. Η κυρία αναφέρει την προτίμησή της σε αμυλούχες τροφές.

Όρεξη: καλή**Διαταραχές πεπτικού:** καμία**Κένωση εντέρου:** 1-2 φορές τη μέρα**Ουροποιητικό:**

Καμία αναφορά προβλήματος

Μυοσκελετικό:**Αυτοεξυπηρέτηση:** ναι**Βάδιση:** κανονική**Ιστορικό καταγμάτων:** κανένα

Η κυρία περπατάει καθημερινά 4-5 χιλιόμετρα καθώς πηγαίνει στις υποχρεώσεις της με τα πόδια.

Ενδοκρινικό: φυσιολογικό**Ψυχική διανοητική κατάσταση:** ήρεμη**Επικοινωνία:** προφορική**Νευρικό:**

Επίπεδο συνείδησης: προσανατολισμένη σχετικά με τον τόπο-χρόνο-πρόσωπα

Κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες**Κάπνισμα:** όχι**Χρήση αλκοόλ:** όχι**Ύπνος:** 6-7 ώρες το 24ωρο**Ενδιαφέροντα:** περπάτημα, μαγείρεμα**Σύνθεση οικογένειας:**

Ζει με την μητέρα της και την μικρότερη αδελφή της.

Σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον: καλή**Οικονομική κατάσταση:** μέτρια**Φάρμακα που παίρνει:** κανένα

Την προηγούμενη μέρα από το χειρουργείο έγινε καρδιογράφημα στην ασθενή και αιματολογικές εξετάσεις.

Προεγχειρητική Νοσηλευτική διεργασία

Νοσηλευτική εκτίμηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>-Η ασθενής είναι ανήσυχη σχετικά με την επέμβαση καθώς και για την πορεία της υγείας της μετά από αυτό</p>	<p>-- Να απαλλαγεί η ασθενής από το άγχος και το φόβο της έως τη στιγμή εισαγωγής στο</p>	<p>-Ενημέρωση ασθενούς σχετικά με το χειρουργείο, την διάρκεια του, την διαδικασία, την σημαντικότητα αυτού. -Να νιώσει ήρεμη και έτοιμη να προβεί σε αυτό -Να ενημερωθεί σχετικά με τις θετικές επιπτώσεις στην υγεία μετά από το χειρουργείο. -Να δημιουργηθεί σχέση εμπιστοσύνης έτσι ώστε η ασθενής να αισθάνεται πιο άνετα -Να ολοκληρωθεί ο προεγχειρητικός έλεγχος και προετοιμασία της ασθενούς χωρίς δημιουργία άγχους -Ενημέρωση και ακριβή, όσο γίνεται, τήρηση στο προγράμματος του χειρουργείου -Να εξασφαλιστεί ζεστό και ήρεμο περιβάλλον για την ασθενή</p>	<p>-Δόθηκαν στην ασθενή όσες πληροφορίες χρειαζόταν σχετικά με το χειρουργείο και λύθηκαν οι απορίες της σχετικά με το χειρουργείο, την διαδικασία και την πορεία της υγείας της μετά από αυτό -Έγινε προεγχειρητικός έλεγχος χωρίς καθυστερήσεις. -Εξασφαλίστηκε ήσυχο περιβάλλον και η ασθενής προσεγγίσθηκε με φιλικό τρόπο</p>	<p>-Η ασθενής ηρέμησε και κατανόησε πόσο σημαντικό είναι αυτό το χειρουργείο για την υγεία της -η ασθενής μίλησε με τους οικείους της και την ενθάρρυναν λέγοντάς της πως το χειρουργείο θα την βοηθήσει να προλάβει χειρότερες επιπλοκές στην υγεία της.</p>

Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

<i>Νοσηλευτική Εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
-Χειρουργική επέμβαση 09-10-12 Κωνοειδής εκτομή τραχήλου	-Η ασθενής να είναι καθόλα έτοιμη για το χειρουργείο -Να ολοκληρωθεί η χειρουργική επέμβαση χωρίς προβλήματα-επιπλοκές	-Ενημέρωση ασθενούς για το είδος-σκοπό και διάρκεια του χειρουργείου -Τόνωση ηθικού -Προετοιμασία εντερικού σωλήνα, σύσταση να ουρήσει --αφαίρεση ξένων αντικειμένων και χειρουργική ενδυμασία στην ασθενή -Λήψη ζωτικών σημείων και συμπλήρωση του προεγχειρητικού δελτίου που συνοδεύει την ασθενή -Καταγραφή ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας	-Η ασθενής ενημερώθηκε για το χειρουργείο και απαντήθηκαν όλες οι απορίες της. -Η ασθενής δεν σιτίστηκε και έγινε χαμηλός υποκλυσμός το πρωί, την ημέρα της επέμβασης. -Έγινε λήψη ζωτικών σημείων: Α.Π 110/65mmg Σφ: 75, Θερμ: 36,3°C, Αναπν: 20/min -Η ασθενής ντύθηκε με την ειδική στολή χειρουργείου -Συμπληρώθηκε το προεγχειρητικό δελτίο καθώς και το φύλλο νοσηλείας.	-Ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική ετοιμασία με επιτυχία, ο υποκλυσμός απέδωσε, η ασθενής ούρησε.

<i>Νοσηλευτική Εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
-ήπιος μετεγχειρητικός πόνος, ιδιαίτερα κατά το κάθισμα και το βάδισμα	-να μειωθεί ο πόνος της ασθενούς το ταχύτερο δυνατό - να απαλλαχθεί η ασθενής από τον πόνο	-Να τοποθετηθεί η ασθενής σε άνετη θέση -Χορήγηση αναλγητικών μετά από ιατρική οδηγία -Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και μείωση παραγόντων που ενοχλούν την ασθενή -Παρακολούθηση ανταπόκρισης ασθενούς στα αναλγητικά φάρμακα	-Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση στο κρεβάτι της -Χορηγήθηκε παρακεταμόλη ως παυσίπονο -Εξασφαλίστηκε ήμερο περιβάλλον, χωρίς έντονο φωτισμό και απομακρύνθηκαν παράγοντες ανησυχίας της ασθενούς	-Η χορήγηση του παυσίπονου απέδωσε και ο πόνος της ασθενούς μειώθηκε σταδιακά. -Η παρακεταμόλη είναι ισχυρό αναλγητικό και αντιπυρετικό, με αποτελεσματική δράση στους πόνους, τον πυρετό και την αδιαθεσία εξαιτίας της ταχείας απορρόφησης του από τον γαστρεντερικό σωλήνα. Κατά τη διάρκεια της άμεσης μετεγχειρητικής περιόδου τα αναλγητικά θα πρέπει να χορηγούνται προσεκτικά λόγω της υπολειμματικής δράσης των αναισθητικών παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν αναπνευστική καταστολή και υπόταση.

Μετεγχειρητική Νοσηλευτική διεργασία

<i>Νοσηλευτική Εκτίμηση</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Αξιολόγηση</i>
-Η ασθενής παρουσιάζει αιματηρά κολπικά υγρά	-η ασθενής να αισθάνεται καθαρή και άνετη	-Συχνό λουτρό ασθενούς, ειδικά στην γεννητική περιοχή -Έλεγχος ποιότητας και ποσότητας αίματος στα κολπικά υγρά -ενημέρωση ασθενούς ότι πρόκειται για φυσιολογικό σύμπτωμα μετά την κωνοειδή εκτομή -Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας	-Έγινε λουτρό της ασθενούς με έμφαση στην γεννητική περιοχή -Ζητήθηκε από την ασθενή να ενημερώσει αν παρατηρήσει αυξημένη κολπική αιμορραγία -Ενημερώθηκε η ασθενής σχετικά με το φυσιολογικό του συμπτώματος	-Η ασθενής μετά το λουτρό αισθάνθηκε πιο άνετα με την υγιεινή της. Της έγινε κατανοητό ότι μετά από μία τέτοια επέμβαση είναι φυσιολογικό για λίγες μέρες να βλέπει μικρή ποσότητα αίματος στα κολπικά υγρά και θα πρέπει να είναι προσεκτική σε περίπτωση που δει αυξημένη ποσότητα αίματος.

6.3. Περιστατικό 3

Περιστατικό 3^ο: Πλειόμορφο γλοιοβλάστωμα στο αριστερό ημισφαίριο, στα όρια βρεγματικού και κροταφικού λοβού

Οικογενειακό ιστορικό ασθενούς

- Ca ωοθηκών και
- Ca σμηγματογόνων αδένων στη μητέρα.
- Ca εντέρου στον πατέρα
- Ca (μαλακών μορίων ;) στον αδερφό της μητέρας σε ηλικία 19 ετών και
- Ca πρωκτού στην αδελφή της μητέρας.

Ατομικό ιστορικό ασθενούς

- Γένος: Θήλυ
- Ηλικία: 33 ετών
- Ελεύθερο ατομικό ιστορικό
- Καπνίστρια
- Πρώην υπάλληλος «καφέ», τώρα άνεργη

Ιατρό – Νοσηλευτικό ιστορικό ασθενούς

- Νέα ασθενής 33 ετών, εισήλθε στην Νευροχειρουργική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 15-5-17 με αιμωδίες προσώπου και άνω κάτω δεξιού άκρου, καθώς επίσης και αναφορά κεφαλαλγίας. Έγινε απεικονιστικός έλεγχος CT εγκεφάλου και MRI εγκεφάλου: εξεργασία αριστερά βρεγματικά.
- Στις 17/5/14 έγινε χωροεξεργασία εγκεφάλου με λήψη δείγματος και αποστολή για βιοψία στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών της νευροχειρουργικής κλινικής.
- Η ασθενής εξήχθη από την κλινική στις 20/5/17 όπου δόθηκαν οι εξής οδηγίες:
 1. Επανεξέταση με νέα CT εγκεφάλου στα τακτικά ιατρεία του θεράποντος σε 15 ημέρες.
 2. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής tab medrol 16mg και tab lyrica 75mg.
 3. 3. Επί νευρολογικής επιδείνωσης άμεση επανεξέταση.
- Στις 29/5/14 διεγνώσθη Πλειόμορφο γλοιοβλάστωμα αριστερού βρεγματικού λοβού. **Η μακροσκοπική Περιγραφή** έδειξε: δύο λευκόφαια μαλακής σύστασης ιστοτεμάχια, μέγιστης διαμέτρου 0,7εκ. και 0,8εκ. **Η μικροσκοπική περιγραφή** έδειξε ότι: Ιστολογικά αναγνωρίζεται νεοπλάσματα από μεσαίου και μεγάλου

μεγέθους κύτταρα. Εστιακά αναγνωρίζονται κύτταρα με μορφολογία πολυπύρηνων γιγαντοκυττάρων. Νέκρωση δεν παρατηρείται στο εξετασθέν υλικό. Τα νεοπλασματικά κύτταρα εμφανίζουν μέτρια κυτταρολογική ατυπία και 2 μιτώσεις /10ΜΟΠ. Συνυπάρχει αυξημένη νεοαγγείωση με την μορφή σπειραματοειδών δομών. **Ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις** έδειξαν:

Δείκτης κυτταρικού πολλαπλασιασμού:	Ki67
Δείκτης αστροκυτταρικής διαφοροποίησης:	GFAP
Πρωτεΐνη	P53

Τα νεοπλασματικά κύτταρα εκφράζουν GFAP, εμφανίζουν αυξημένο δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού (ki 67 ~ 20%) και θετική έκφραση του p 53.

- Στις 30/5/14 διεγνώσθη πιθανή επιληπτική κρίση, έγινε CT εγκεφάλου χωρίς μεταβολή από την προηγούμενη αξονική. Η αντιμετώπιση έγινε συντηρητικά με Αντι-Επιληπτική αγωγή και συνέχιση της προνοσοκομειακής αγωγής της. Στις 31/5/14 η ασθενής εξήχθη από την κλινική και δόθηκαν εκ νέου οδηγίες όπου:
 1. Τροποποιήθηκε η φαρμακευτική αγωγή σε:
 - ✓ Tab medrol 16mg ½ x2 για 5 ημέρες, μετά ½ x1 για 5 ημέρες και stop.
 - ✓ Tab lyrica ως έχει.
 - ✓ Caps epanutin 300mg x1
 - ✓ Tab Zantac 1x1.
 2. Επανεξέταση στα τακτικά ιατρεία του θεράποντος σε 1 μήνα.
 3. Άμεση επανεξέταση επί νευρολογικής συμπτωματολογίας.
- Στις 5/6/17 δόθηκε παραπτεμπτικό για χειρουργηθήσα εξεργασία αριστερού βρεγματικού λοβού με κρανιοτομία και αφαίρεση του όγκου. Και παράκληση για ακτινοθεραπευτική αντιμετώπιση και επανέλεγχο με CT εγκεφάλου.
- Στις 13/6/17 έγινε παραπομπή για ακτινοθεραπευτική αντιμετώπιση στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών.
- Στις 17/6/17 έγινε μαγνητική τομογραφία. Ο εγκέφαλος εξετάσθηκε σε τρία επίπεδα και τρεις ακολουθίες, πριν και μετά ενδοφλέβια έγχυση παραμαγνητικής ουσίας. Έγινε και συνεννόηση για λήψη των τομών χωρίς κλίση (tilt). Κατάσταση μετά από χειρουργική επέμβαση στο αριστερό ημισφαίριο, στα όρια βρεγματικού και κροταφικού λοβού, όπου αναγνωρίζονται μετεγχειρητικής αρχής αλλοιώσεις, με επέκταση τους έως υποδορίως. Αντίστοιχα προς την ανωτέρω περιοχή αναγνωρίζεται πρόσθετος ιστός, ο οποίος φέρει ικανής εκτάσεως αιμορραγικά στοιχεία, προφανώς μετεγχειρητικά, ενώ μετά την ενδοφλέβια χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας, παρ' ότι αναγνωρίζονται αιμορραγικά στοιχεία φαίνεται ότι αναγνωρίζονται σημεία ασθενούς ενισχύσεως κατά τόπους. Η μέγιστη διάμετρος της εξεργασίας, ανέρχεται σε 2.5 εκατ. Περίπου και περιβάλλεται από μετρίου βαθμού

οίδημα με συνοδά ήπια σημεία πίεσεως επί του αριστερού πλαιγίου του σώματος της πλάγιας κοιλίας. Στο λοιπό εγκεφαλικό παρέγχυμα δεν αναγνωρίζονται εστιακές αλλοιώσεις. Σημείωση: Αναγνωρίζεται αγγειακή δυσπλασία αριστερά μετωπιαία (πιθανό φλεβώδες αγγείωμα).

- Στις 19/6/17 φάνηκε ότι στην γενόμενη μετεγχειρητική MRI (17/6/14) πέραν των μετεγχειρητικών αλλοιώσεων στα όρια του κροταφικού και βρεγματικού λοβού, αναγνωρίζεται πρόσθετος ιστός 2,5 cm.
- Στις 24/6/17 έγινε έναρξη της ΑΚΘ + temozolamide (είναι ο μόνος φαρμακευτικός τρόπος αντιμετώπισης του συγκεκριμένου όγκου, εφόσον η δραστική ουσία του φαρμάκου αυτού καταφέρει και διαπερνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό). Καθώς επίσης συνεστήθη τακτός αιματολογικός έλεγχος.
- Στις 28/7/17 λόγω χαμηλής τιμής των ΑΜΠ (40.000) διεκόπη η τεμοζολαμίδη. Ζητήθηκε νέος έλεγχος.
- Στις 29/7/17 λόγω περαιτέρω πτώσης της τιμής των αιμοπεταλίων (25.000) έγινε συνεννόηση με γιατρό και εδόθησαν οδηγίες στην ασθενή, ζητήθηκε νέος αιματολογικός έλεγχος, ενώ σήμερα δεν έγινε και η ΑΚΘ.
- Στις 4/8/17 λόγω ανόδου της τιμής των αιμοπεταλίων (από 17.000 την 1/8, σήμερα 30.000) συνεχίζει την ΑΚΘ.
- Στις 11/8/17 ολοκληρώθηκε η ΑΚΘ, χορηγήθηκαν 6000 cGy. Δόθηκε ενημερωτικό σημείωμα και ζητήθηκε επανεκτίμηση μετά από ένα μήνα με νέο απεικονιστικό έλεγχο προς καθορισμό του παραπέρα θεραπευτικού πλάνου.

Νοσηλευτική διεργασία 3^{ου} περιστατικού

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Ανάγκες – Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Η ασθενής παρουσιάζει έντονη κεφαλαλγία, λόγω ύπαρξης όγκου εγκεφάλου.	<ul style="list-style-type: none">✓ Να ανακουφιστεί ο ασθενής από το αίσθημα του πόνου. ✓ Να απαλλαγεί όσο το δυνατόν συντομότερα από το αίσθημα του πόνου. ✓ Να αποκατασταθεί όσο το δυνατόν νωρίτερα η δραστηριότητα του εγκεφάλου.	<ul style="list-style-type: none">✓ Καθορισμός του πως αντιδρά ο ασθενής στον πόνο. ✓ Αξιολόγηση σημείων πόνου (π.χ. προφορικές εκδηλώσεις, ανησυχία, εφίδρωση, ωχρότητα, ταχυκαρδία κλπ). ✓ Αξιολόγηση της αντίληψης του ασθενούς στον πόνο (εντόπιση, ένταση, τύπος, χρήση αριθμητικής κλίμακας). ✓ Εφαρμογή μέτρων κατά του φόβου και του άγχους που προκαλείται στην ασθενή. ✓ Εφαρμογή κρύων ή ζεστών επιθεμάτων.	<ul style="list-style-type: none">✓ Η ασθενής παρουσιάζει έντονη ανησυχία, ωχρότητα, εφίδρωση και ταχυκαρδία 130 / λεπτό. ✓ Σύμφωνα με την αριθμητική κλίμακα η ασθενής εκτιμά ότι ο πόνος της διαβαθμίζεται 9/10. ✓ Έγινε σύσταση στο περιβάλλον της αλλά και στους παρευρισκόμενους στον θάλαμο να αποφεύγονται έντονες συζητήσεις και θόρυβοι. Και κυρίως να αποφεύγονται αναφορές γύρω από το πρόβλημα της ασθενούς.	<ul style="list-style-type: none">✓ Η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο μετά την τοποθέτηση του κάτω άκρου σε ανάρροπη θέση και τη χορήγηση του αναλγητικού (Το αναλγητικό μειώνει τον πόνο αναστέλλοντας τη μεταβίβαση των αλγογόνων ερεθισμάτων μειώνοντας την αντίδραση του φλοιού στο ερέθισμα και μεταβάλλοντας την αντίληψη του). ✓ Τέλος ο αριθμός των σφύξεων έφτασε στις 85 / λεπτό.

		<p>✓ Εφαρμογή μη φαρμακευτικών μέτρων ύφεσης του πόνου (αλλαγή θέσης, απόσπαση προσοχής, τεχνικές χαλάρωσης).</p> <p>✓ Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικής εντολής.</p>	<p>✓ Χορηγήθηκε παρακεταμόλη (Depon) σε εφάπαξ δόση και στη συνέχεια τέθηκε σε συστηματική αναλγητική αγωγή 10cc x 3 .</p>	
--	--	--	--	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Ανάγκες – Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Η ασθενής παρουσιάζει επιληπτική κρίση.	<p>✓ Η ασθενής να επανέλθει στην φυσιολογική του κατάσταση προ της κρίσης.</p>	<p>✓ Αξιολόγηση του προσανατολισμού στο χρόνο, τον χώρο και στα πρόσωπα. Για να εκτιμηθεί το επίπεδο αντίληψης του ατόμου.</p>	<p>✓ Η ασθενής παρουσιάζει ανησυχία και προσπάθεια συνειδητοποίησης του χώρου και του χρόνου.</p> <p>✓ Απομακρύνουμε τα αντικείμενα γύρω από τον ασθενή.</p>	<p>✓ Η ασθενής ανέκτησε τις αισθήσεις της χωρίς περαιτέρω τραυματισμούς.</p> <p>✓ Το επίπεδο</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να σιγουρευτούμε ότι ολοκληρώθηκε ο κύκλος της επιληπτικής κρίσης, χωρίς εκ νέου επεισόδια. ✓ Η ασθενής να περάσει την κρίση «Ε» χωρίς τραυματισμούς κατά την διάρκεια. ✓ Η ασθενής να ηρεμήσει και να ξανά αποκτήσει συναίσθηση του χώρου και του χρόνου, καθώς επίσης και της επικοινωνίας. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Αξιολόγηση επιπέδου συνείδησης (Η συνείδηση είναι ο βαθμός επαγρύπνησης ή η ικανότητα που έχει ένα άτομο για αφύπνιση. Και δεν είναι το ίδιο με τον προσανατολισμό). Μέσω της αξιολόγησης της συνείδησης και της κλίμακας Γλασκώβης. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Τοποθετούμε σε θέση ανάνηψης, και διατηρούμε ανοιχτό τον αεραγωγό. ✓ Γυρίζουμε το κεφάλι του στο πλάι έτσι ώστε να μην καταπιεί τυχόν εμέσματα. ✓ Βάζουμε κάτι μαλακό κάτω από το κεφάλι του. ✓ Σύμφωνα με την αξιολόγηση του επιπέδου συνείδησης η ασθενής εκτιμάται άγρυπνη και σε ετοιμότητα. ✓ Σύμφωνα με την μέθοδο αξιολόγησης της κλίμακας Γλασκώβης, η ασθενής εκτιμάται με βαθμό της τάξεως 14. ✓ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν συνεννόησης με τον θεράποντα ιατρό. 	<p>προσανατολισμού και συνείδησης επανήλθε στο φυσιολογικό.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Δεν παρουσιάστηκε κάποια απόφραξη της αεροφόρου οδού, ούτε εμετική τάση. ✓ Μετά την φαρμακευτική αγωγή επανήλθε σε φυσιολογική κατάσταση και δεν σημειώθηκε κάποια άλλη επιληπτική κρίση.
--	---	---	---	--

			<p>Ενδοφλέβια χορήγηση διαζεπάμης (μέχρι 20 mg και με ταχύτητα 2 mg/λεπτό)</p> <p>✓ Medrol 16 mg ½ x 2. Tab Lyrica, Caps epanutin 300mg 1x1, Tab Zantac 1x1.</p> <p>✓ Δείχνουμε κατανόηση μετά από την κρίση.</p>	
--	--	--	---	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Ανάγκες – Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Χειρουργική επέμβαση στις 5/6/2014 για χειρουργηθήσα εξεργασία αριστερού βρεγματικού λοβού με κρανιοτομία και αφαίρεση του όγκου.	✓ Η ασθενής να είναι καθόλα έτοιμη για το χειρουργείο και να ολοκληρωθεί η χειρουργική επέμβαση χωρίς προβλήματα – επιπλοκές.	<p>✓ Ενημέρωση της ασθενούς για το είδος – σκοπό και διάρκεια του χειρουργείου.</p> <p>✓ Τόνωση ηθικού, προετοιμασία εντερικού σωλήνα, σύσταση της ασθενούς να ουρήσει.</p> <p>✓ Αφαίρεση ξένων αντικειμένων και χειρουργική ενδυμασία στην ασθενή.</p>	<p>✓ Η ασθενής ενημερώθηκε για το χειρουργείο και απαντήθηκαν όλες οι απορίες της.</p> <p>✓ Η ασθενής δεν σιτίστηκε και έγινε χαμηλός υποκλυσμός το πρωί την ημέρα της επέμβασης.</p>	✓ Ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική ετοιμασία με επιτυχία, ο υποκλυσμός απέδωσε, η ασθενής ούρησε.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Λήψη ζωτικών σημείων και συμπλήρωση του προεγχειρητικού δελτίου που θα συνοδεύσει την ασθενή. ✓ Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Έγινε λήψη ζωτικών σημείων Α.Π : 120/58 mmHg Σφ : 85 Θερμ.: 36,5° C Αναπν : 20 ✓ Η ασθενής ντύθηκε με την ειδική στολή του χειρουργείου. ✓ Συμπληρώθηκε το προεγχειρητικό δελτίο καθώς και το φύλλο νοσηλείας. 	
--	--	---	--	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Ανάγκες – Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Η ασθενή	✓ νακούφιση της ασθενούς	✓ Αντικειμενική εκτίμηση του πόνου της ασθενούς.	✓ Διατηρήθηκε η προσεκτική μετακίνηση της	✓ ασθενής παρουσίασε

<p>Σ παρουσιάζει μετεγχειρητικό άλγος που οφείλεται σε τραυματισμό των ιστών και σε αντανεκαστικό μυϊκό σπασμό που προκλήθηκε κατά την εγχείρηση.</p>	<p>από τον πόνο.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Απαλλαγή της ασθενούς από τον πόνο. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Εφαρμογή πρόσθετων μέτρων για την ελάττωση του άλγους. ✓ ήψη των ζωτικών σημείων για πιθανή αυξημένη καρδιακή συχνότητα και αρτηριακή πίεση. ✓ ορήγηση αναλγητικών. ✓ ξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος. 	<p>χειρουργημένου ασθενούς.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Λήφθηκαν μέτρα για την ικανοποιητική απαγωγή του φλεβικού αίματος από τον εγκέφαλο. ✓ Το κεφάλι του κρεβατιού σηκώθηκε 30-40 μοίρες. ✓ Διατηρήθηκε το κεφάλι της ασθενούς σε ευθιασμό, με αποφυγή κάμψης, έκτασης ή στροφής του αυχένα. ✓ ορήγηση αναλγητικού 1 amp Aprotel 600+20mg (iv). 	<p>ελάττωση του άλγους μετά τη λήψη του Aprotel. Το Aprotel περιέχει 600mg παρακεταμόλη και 20 mg λιδοκαΐνη και έχει αναλγητικές και αντιπυρετικές ιδιότητες παρόμοιες με αυτές του ακετυλοσαλικυλικού οξέος και ασθενείς αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες. Είναι ασθενής αναστολέας της βιοσύνθεσης των προσταγλανδινών αν και υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι πιο αποτελεσματικό κατά των ενζύμων του ΚΝΣ από αυτά της περιφέρειας.</p>
---	--	---	---	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Ανάγκες – Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>Η ασθενής παρουσίασε μετεγχειρητικούς σπασμούς που οφείλονταν σε διαταραχή της δραστηριότητας των νευρώνων του εγκεφάλου που προκλήθηκαν από τον ερεθισμό των ιστών του εγκεφάλου κατά την χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>✓ Αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών σπασμών.</p> <p>✓ Να μην εμφανιστούν ξανά άλλοι σπασμοί.</p> <p>✓ Να ληφθούν μέτρα πρόληψης.</p>	<p>✓ Αξιολόγηση και αναφορά σημείων και συμπτωμάτων των σπασμών (π.χ. ινιδισμοί στο πρόσωπο ή στα χέρια), τονικοκλωνικές κινήσεις.</p> <p>✓ Εφαρμογή προφυλακτικών μέτρων για τους σπασμούς.</p>	<p>✓ ήφθηκαν μέτρα για την πρόληψη των σπασμών.</p> <p>✓ ορηγήθηκαν ενδοφλέβια αντισπασμωδικά με δραστική ουσία φαινυτοΐνης σύμφωνα με τις οδηγίες.</p> <p>✓ αλύφθηκε το προστατευτικό κιγκλίδωμα με κουβέρτες και καλύμματα.</p> <p>✓ ο κρεβάτι διατηρήθηκε χαμηλό, με σηκωμένα τα προστατευτικά κιγκλιδώματα.</p> <p>✓ ασθενής και το στενό περιβάλλον της υποστηρίχθηκε ψυχολογικά.</p>	<p>✓ ασθενής δεν εμφάνισε σπασμούς μετά τη λήψη των μέτρων πρόληψης καθώς και της φαρμακευτικής χορήγησης.</p>

6.4. Περιστατικό 4

Περιστατικό 4^ο: Αστροκύττωμα grade II-III μικροσκοπικής εστίας

Οικογενειακό ιστορικό ασθενούς

- Δεν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό Ca.

Ατομικό ιστορικό ασθενούς

- Γένος: θήλυ
- Ηλικία: 59 ετών
- Παρελθόν ιστορικό: τα συνήθη παιδικά νοσήματα
- Νοσήματα ωρίμου ηλικίας: χολοκυστεκτομή, υπέρταση υπό αγωγή, αυξημένη ενδοφθάλμια πίεση.
- Αλλεργίες: προ 15ετίας τουλάχιστον (δεν αναφέρθηκε σαφής αιτιολογία).
- Ασθενής με ελεύθερο ιστορικό.

Ιατρό - Νοσηλευτικό ιστορικό ασθενούς

- Ασθενής με ελεύθερο ιστορικό, από τον 06/ 2016 παρουσίαζε επιδεινούμενη κεφαλαλγία, αστάθεια και τακτικά εμέτους. Η ασθενής εισήχθη στο ΠΠΓΝΠ προς διερεύνηση όπου επιβεβαιώθηκε κυστικό μόρφωμα στα αριστερά κροταφικά. Στις 1/8/16 υπεβλήθη σε χειρουργική εξαίρεση της εξεργασίας. Η ιστολογική εξέταση ταυτοποίησε αστροκύττωμα grade II και σε δύο μικρό εστίες εικόνα αστροκυττώματος grade III. Παραπέμφθηκε προς μετεγχειρητική RT.
- Στις 27/7/16 εισήχθη στα ΤΕΠ του ΠΠΓΝΠ με κεφαλαλγία, αστάθεια και ζάλη, έγιναν διαγνωστικές εξετάσεις και διεγνώσθη χωροεξεργασία εγκεφάλου. Ο απεικονιστικός έλεγχος υπέδειξε κυστικό μόρφωμα στα αριστερά κροταφικά που μετατόπιζε τη μέση γραμμή στην περιοχή των βασικών γαγγλίων. Δόθηκε εντολή χειρουργικής εξεργασίας της χωροεξεργασίας.
- Στις 30/7/16 έγινε MRI εγκεφάλου. Η εξέταση έγινε χωρίς iv έγχυση παραμαγνητικής ουσίας λόγω αναφερόμενης φαρμακευτικής αλλεργίας. Ευμεγέθους χωροεξεργασία μέγιστης διάστασης 5,2 εκ. με κυστικά και συμπαγή στοιχεία απεικονίζεται αριστερά μετωπιαία και εμφανίζει ικανού βαθμού περιεσιακό οίδημα. Η βλάβη περιέχει αιμορραγικά στοιχεία, ασκεί μεγάλου βαθμού πίεση στην αριστερή πλάγια κοιλία και προκαλεί παρεκτόπιση της μέσης γραμμής κατά 1,2 εκ. προς τα δεξιά φαίνεται να υπάρχει επίσης μικρή εξωπαρεγχυματική αλλοίωση ολίγων χιλιοστών μέτωπο – κροταφικά δεξιά. Επί κλινικών ενδείξεων επανέλεγχος μετά από φαρμακευτική προετοιμασία για τη χορήγηση Gd.
- Στις 31/7/16 λήφθηκε παθολογικός ιστός μετωπιαίου αριστερού λοβού, το ιστορικό της CT εγκεφάλου δείχνει χωροεξεργασία με κυστικό και συμπαγές μέρος του

εγκεφάλου. Επίσης κεφαλαλγία και ζάλη. **Η κλινική διάγνωση** υποδεικνύει γλοίωμα εγκεφάλου. **Η παθολογοανατομική διάγνωση** δείχνει ιστολογική εικόνα συμβατή με αστροκύττωμα grade II, αν και σε δύο μικροεστίες εμφανίζει εικόνα συμβατή με αστροκύττωμα grade III (αναπλαστικό αστροκύττωμα). Το ποσοστό των νεοπλασματικών κυττάρων σε φάση πολλαπλασιασμού, εκτιμάται μεγαλύτερο από 4%. **Η μακροσκοπική περιγραφή** έδειξε πολλαπλά λευκόφαια ελαστικά ιστοτεμάχια, συνολικών διαστάσεων 2,5x1,5x0,5εκ. **Στις ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις** έγινε ανοσοϊστοχημικός έλεγχος για GFAP και Ki-67.

- Στις 4/8/16 ο ασθενής εξήχθη από την νευροχειρουργική κλινική, με τις εξής οδηγίες:
 - ✓ Αγωγή υπό medrol 16mgr 1x3 για τέσσερις μέρες, μετά ½ x3 για τέσσερις ημέρες, μετά ½ x2 για τέσσερις ημέρες, μετά ½ x1 και stop.
 - ✓ Depakine chrono 1x3.
 - ✓ Zantac 1x1.
 - ✓ Επανεκτίμηση σε τακτικό ΝΧ ιατρείο σε 15 ημέρες.

- Στις 11/8/16 η ασθενής με ιστορικό χειρουργηθείσας χωροεξεργασίας εγκεφάλου προ 15 ημερών προσέρχεται λόγω επεισοδίου ζάλης και μειωμένης επικοινωνίας με τους οικείους της. Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε οίδημα στην περιοχή της χειρουργηθείσας χωροεξεργασίας. Η αντιμετώπιση ήταν συντηρητική.

- Στις 14/8/16 δόθηκαν οδηγίες εξόδου που περιελάμβαναν τα εξής:
 - ✓ Αγωγή υπό medrol 1x3 για δέκα ημέρες, μετά 1x2 για δέκα ημέρες, μετά 1x1.
 - ✓ Zantac 1x1.
 - ✓ Depakine chrono 1x3.

- Στις 21/8/16 η ασθενής εισήχθη στο ΠΠΓΝΠ προς διερεύνηση κεφαλαλγιών και αστάθειας. Στον απεικονιστικό έλεγχο ανεδείχθη κυστικό μόρφωμα στα αριστερά κροταφικά. Την 1/8/17 υπεβλήθη σε χειρουργική εξαίρεση της χωροκατακτητικής εξεργασίας. Η ιστολογική εξέταση ταυτοποίησε αστροκυττώματα grade II και σε μικροεστίες grade III. Παραπέμπεται προς συμπληρωματική ακτινοθεραπεία.

- Στις 22/8/16 έγινε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, η εξέταση με τομές T1, T2 προσανατολισμού και καταστολής του ENY κατά το εγκάρσιο, το οβελιαίο και το στεφανιαίο επίπεδο προ και μετά την ενδοφλέβια χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας. Στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο, με κύρια εντόπιση στην ανατομική θέση των βασικών γαγγλίων (κερκοφόρου φακοειδούς πυρήνα), διακρίνεται πρόσθετη κυρίως κυστική πολύχωρη λοβωτή εξεργασία διαστάσεων πλάγιο-πλάγια 3,8, πρόσθιο-οπίσθια 2,9 και κεφαλουραία 3,1 cm. Ελάχιστα αιμορραγικά στοιχεία διακρίνονται σε κυστικό χώρο στο έξω τμήμα της αλλοίωσης. Προβάλλεται από οίδημα στη λευκή ουσία και συνοδεύεται από μετατόπιση της μέσης γραμμής κατά 6mm χωρίς συνοδό υδροκέφαλο στην παρούσα φάση. Λεία κраниοτομή διακρίνεται μετωπιαία σύστοιχα. Μετεγχειρητικές αλλοιώσεις υπάρχουν στο ανώτερο μετωπιαίο λοβό παρά τη βλάβη με παρουσία επιμήκης παρεγκεφαλιδικής περιοχής με αιμορραγικά στοιχεία και ήπια πρόσληψη της σκιαγραφικής ουσίας. Σκιαγραφικός εμπλουτισμός διακρίνεται και στα δύο μετωπιαία – κροταφικά δεξιά. Συνοδεύεται 1x3x7mm ελέγχεται σε επαφή με τη

σκληρά μήνιγγα μετωπιαία – κροταφικά δεξιά. Συνοδεύεται από πάχυνση της σκληράς μήνιγγας και αποδίδεται πρωτίστως σε μηνιγγίωμα. Συνυπάρχουν ολιγάριθμες μικρότατες εστίες υψηλής έντασης μαγνητικού σήματος στη λευκή ουσία του δεξιού μετωπιαίου λοβού που πιθανότατα αφορούν μικροισχαιμικού τύπου αλλοιώσεις. **Το συμπέρασμα** της μαγνητικής δείχνει μετεγχειρητικές αλλοιώσεις αριστερού μετωπιαίου λοβού. Υπόλειμμα του όγκου όπως αναφέρεται, εντοπίζεται κυρίως στην ανατομική θέση των βασικών γαγγλίων. Εξωπαρεγχυματικός ιστός δεξιά με χαρακτήρες που συνηγορούν υπέρ της παρουσίας μηνιγγιώματος. Αλλοιώσεις στην λευκή ουσία του δεξιού μετωπιαίου λοβού που πιθανότατα αφορούν μικρό – ισχαιμικές βλάβες.

- Στις 11/9/16 έγινε έναρξη RT. Με:

- ✓ Hb: 12,8
- ✓ Ht: 39,4
- ✓ ΑΜΠ: 145.000
- ✓ Σάκχαρο: 75
- ✓ Ουρία: 42
- ✓ Κρεατίνη: 0,5

- Στις 16/9/16 έγινε συμβουλευτική παθολογοανατομική έκθεση, όπου η **παθολογοανατομική διάγνωση** βρήκε μορφολογικά και ανοσοϊστοχημικά ευρήματα συμβατά με αναπλαστικό αστροκύττωμα, βαθμού κακοήθειας III (Grade III) κατά WHO. **Οι διαγνωστικές εξετάσεις** περιέλαβαν ανοσοϊστοχημικό έλεγχο για:

- ✓ Δείκτη κυττάρων γλοιακής αρχής GFAP.
- ✓ Νευρικό δείκτη S100.
- ✓ Δείκτη μεσεγχυματικών κυττάρων Vimentin.
- ✓ Επιθηλιακό μεμβρανικό αντιγόνο (EMA).
- ✓ Υποδοχέα του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα (EGFR).
- ✓ Ενδοθηλιακό δείκτη CD34.

Η μικροσκοπική περιγραφή έδειξε αστροκύττωμα, το οποίο χαρακτηρίζεται από αυξημένο αριθμό άτυπων κυττάρων με ποικιλία στο σχήμα και στο χρώμα γειστοκυττάρων κατά θέσεις. Παρατηρείται πυρηνική ατυπία, υπερχρωμασία. Επιπλέον παρατηρείται και ήπια μιτωτική δραστηριότητα (2-3 μιτώσεις ανά 10 μεγάλα οπτικά πεδία). Έγινε εκτενής **ανοσοϊστοχημικός έλεγχος** ο οποίος έδειξε ότι τα νεοπλασματικά κύτταρα εμφάνισαν έντονη θετικότητα στους δείκτες SFAP, S-100, VIMENTIN και EGFR, ενώ ήταν αρνητικά στο δείκτη EMA. Ο δείκτης κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki67 ήταν θετικός στο 10-12% των νεοπλασματικών κυττάρων κατά θέσεις. Με το δείκτη CD34 αναδείχθηκε το αγγειακό δίκτυο του όγκου. Τα ανωτέρω ιστολογικά και ανοσοϊστοχημικά ευρήματα συνάδουν υπέρ του αναπλαστικού αστροκυττώματος βαθμού κακοήθειας III (Grade III κατά WHO).

- Στις 30/9/1 συνεχίζει ως έχει με αλλαγές:

- ✓ Σάκχαρο: 100
- ✓ Hb: 11,6
- ✓ Ht: 33,8
- ✓ ΑΜΠ: 188.600

- Στις 8/10/16 συνεχίζει καλώς.

- Στις 30/10/16 πέρα RT έλαβε και 6000 cGy. Ολοκληρώθηκε σήμερα η ακτινοθεραπεία. Δόθηκε ενημερωτικό σημείωμα και εξητήθη MRI εγκεφάλου σε ένα μήνα. Δόθηκαν οδηγίες σταδιακής μείωσης του medrol.
- Στις 5/12/16 έγινε MRI εγκεφάλου όπου παρατηρείται μείωση της βλάβης.
- Στις 31/3/17 κατά την γενόμενη MRI εγκεφάλου (3/4) αναδεικνύεται περαιτέρω σμίκρυνση της βλάβης σε σχέση με την εικόνα στις 5/12/13. Η ασθενής έχει άριστη γενική κατάσταση και συνεχίζει το Derakine.

Νοσηλευτική διεργασία 4^{ου} περιστατικού

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Ανάγκες – Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Η ασθενής παρουσιάζει έντονη επιδεινούμενη κεφαλαλγία.	<ul style="list-style-type: none">✓ Να ανακουφιστεί ο ασθενής από το αίσθημα του πόνου. ✓ Να απαλλαγεί όσο το δυνατόν συντομότερα από το αίσθημα του πόνου. ✓ Να αποκατασταθεί όσο το δυνατόν νωρίτερα η δραστηριότητα του εγκεφάλου.	<ul style="list-style-type: none">✓ Καθορισμός του πως αντιδρά ο ασθενής στον πόνο. ✓ Αξιολόγηση σημείων πόνου (π.χ. προφορικές εκδηλώσεις, ανησυχία, εφίδρωση, ωχρότητα, ταχυκαρδία κλπ). ✓ Αξιολόγηση της αντίληψης του ασθενούς στον πόνο (εντόπιση, ένταση, τύπος, χρήση αριθμητικής κλίμακας). ✓ Αναζητήστε τους παράγοντες που φαίνεται να επιδεινώνουν ή να βελτιώνουν τον πονοκέφαλο. ✓ Εφαρμογή μέτρων κατά του φόβου και του άγχους που προκαλείται στην ασθενή.	<ul style="list-style-type: none">✓ Η ασθενής παρουσιάζει έντονη ανησυχία, ωχρότητα, εφίδρωση και ταχυκαρδία 120 / λεπτό. ✓ Σύμφωνα με την αριθμητική κλίμακα η ασθενής εκτιμά ότι ο πόνος της διαβαθμίζεται 8/10. ✓ Έγινε σύσταση στο περιβάλλον της αλλά και στους παρευρισκόμενους στον θάλαμο να αποφεύγονται έντονες συζητήσεις και θόρυβοι. Και κυρίως να αποφεύγονται αναφορές γύρω από το πρόβλημα της	<ul style="list-style-type: none">✓ Η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο μετά την τοποθέτηση του κάτω άκρου σε ανάρροπη θέση και τη χορήγηση του αναλγητικού (Το αναλγητικό μειώνει τον πόνο αναστέλλοντας τη μεταβίβαση των αλγογόνων ερεθισμάτων μειώνοντας την αντίδραση του φλοιού στο ερέθισμα και μεταβάλλοντας την αντίληψη του). ✓ Τέλος ο αριθμός των σφύξεων έφτασε στις 80 / λεπτό.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να μειωθεί ο κίνδυνος απότομων κινήσεων. ✓ Εφαρμογή κρύων ή ζεστών επιθεμάτων. ✓ Εφαρμογή μη φαρμακευτικών μέτρων ύφεσης του πόνου (αλλαγή θέσης, απόσπαση προσοχής, τεχνικές χαλάρωσης). ✓ Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικής εντολής. 	<p>ασθενούς.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Χορηγήθηκε παρακεταμόλη (Panadol) σε εφάπαξ δόση 1000 mg. 	
--	--	--	--	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Ανάγκες – Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>Η ασθενής παρουσιάζει τακτικά ναυτία και εμέτους, ως σύμπτωμα του όγκου.</p>	<p>Ανακούφιση της ασθενούς από το αίσθημα ναυτίας και τους εμέτους.</p> <p>✓ Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα ναυτίας και εμέτου.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Τοποθέτηση της ασθενούς σε κατάλληλη θέση. ✓ Καταγραφή της ποσότητας, της σύστασης και της συχνότητας των εμέτων στο φύλλο νοσηλείας και τη λογοδοσία. ✓ Πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο. ✓ Χορήγηση αντιεμετικής αγωγής και διεγερτικά του ρινογαστρικού σωλήνα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. ✓ Μέτρηση αποβαλλόμενων υγρών και ηλεκτρολυτών. ✓ Απομάκρυνση των δυσάρεστων οσμών και εικόνων από το περιβάλλον. ✓ Ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει βαθιές αναπνοές αργά όταν αισθάνεται ναυτία. ✓ Εξηγείστε στον άρρωστο να 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση χωρίς μαξιλάρι και το κεφάλι στο πλάι για αποφυγή εισρόφησης. ✓ Καταγράφηκαν συνολικά 4 έμετοι στο φύλλο νοσηλείας. ✓ Χορηγήθηκε Primperan amp 2mg x 3 iv και metoclopramide σύμφωνα με τις οδηγίες. ✓ Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας κάθε 2 ώρες και μετά από κάθε έμετο. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Αποφεύχθηκε η εισρόφηση με την σωστή θέση του σώματος – κεφαλής (πτώση επιγλωττίδας και αποφυγή εισροής των εμεσμάτων στην αναπνευστική οδό). ✓ Η χορήγηση του Primperan είχε θετικά αποτελέσματα. Το Primperan έχει ισχυρή κεντρική αντιεμετική δράση. Επίσης επιταχύνει την κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο.

		αλλάζει θέσεις αργά.		
--	--	----------------------	--	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Ανάγκες – Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Χειρουργική επέμβαση στις 31/7/2013 για χειρουργηθήσα εξεργασία μετωπιαίου αριστερού λοβού.	✓ Η ασθενής να είναι καθόλα έτοιμη για το χειρουργείο και να ολοκληρωθεί η χειρουργική επέμβαση χωρίς προβλήματα – επιπλοκές.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ενημέρωση της ασθενούς για το είδος – σκοπό και διάρκεια του χειρουργείου. ✓ Τόνωση ηθικού, μείωση άγχους, προετοιμασία εντερικού σωλήνα, σύσταση της ασθενούς να ουρήσει. ✓ Αφαίρεση ξένων αντικειμένων και χειρουργική ενδυμασία στην ασθενή. ✓ Λήψη ζωτικών σημείων και συμπλήρωση του προεγχειρητικού δελτίου που θα συνοδεύσει την ασθενή. ✓ Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Η ασθενής ενημερώθηκε για το χειρουργείο και απαντήθηκαν όλες οι απορίες της. ✓ Η ασθενής δεν σιτίστηκε και έγινε χαμηλός υποκλυσμός το πρωί την ημέρα της επέμβασης. ✓ Έγινε λήψη ζωτικών σημείων Α.Π : 125/65 mmHg Σφ : 90 Θερμ.: 36° C Αναπν : 25 ✓ Η ασθενής 	✓ Ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική ετοιμασία με επιτυχία, ο υποκλυσμός απέδωσε, η ασθενής ούρησε.

			<p>ντύθηκε με την ειδική στολή του χειρουργείου.</p> <p>✓ Συμπληρώθηκε το προεγχειρητικό δελτίο καθώς και το φύλλο νοσηλείας.</p>	
--	--	--	---	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Ανάγκες – Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>Η ασθενής παρουσίασε υποθερμία, λόγω της αποτελεσματικής θερμορύθμισης που σχετίζεται με τη χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>✓ Να παραμείνει φυσιολογική η θερμορυθμιστική λειτουργία της ασθενούς.</p>	<p>✓ Έλεγχος της θερμοκρασίας του δωματίου 30 λεπτά πριν από την άφιξη της ασθενούς στο δωμάτιο από το χειρουργείο.</p> <p>✓ Τοποθέτηση στην κλίνη ειδικού θερμαινόμενου υποστρώματος, το οποίο θα αφαιρεθεί πριν την τοποθέτηση της ασθενούς στην κλίνη.</p> <p>✓ Να σκεπαστεί με ζεστές κουβέρτες αμέσως μόλις φτάσει στο θάλαμο.</p> <p>✓ Αποφυγή κάθε άσκοπης παρατεταμένης έκθεσης του</p>	<p>✓ Το δωμάτιο θερμάνθηκε πριν την έλευση της ασθενούς και έγινε σύσταση στους συγγενείς να μην ανοιγοκλείνουν την πόρτα και υπάρξει απώλεια της θερμότητας του δωματίου.</p> <p>✓ Τοποθετήθηκε θερμαινόμενο υπόστρωμα νερού στην κλίνη ρυθμισμένο στους 38,5° C και αφαιρέθηκε πριν την τοποθέτηση</p>	<p>✓ Η θερμορυθμιστική λειτουργία της ασθενούς παραμένει φυσιολογική.</p> <p>✓ Η θερμοκρασία της μασχάλης κυμάνθηκε μεταξύ 36,0° C - 36,8° C.</p>

		<p>δέρματος.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Συχνή παρακολούθηση και καταγραφή της θερμοκρασίας του καθ' όλη τη διάρκεια της πρώιμης μετεγχειρητικής περιόδου. ✓ Όλα τα διαλύματα να έχουν την θερμοκρασία δωματίου. 	<p>της σε αυτή.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Σκεπάστηκε με ζεστές κουβέρτες και αποφεύχθηκε κάθε άσκοπη- παρατεταμένη έκθεση του δέρματος της. ✓ Χορηγήθηκαν ζεστά διαλύματα (τα ψυχρά μπορεί να προκαλέσουν ελάττωση της θερμοκρασίας του σώματος). 	
--	--	---	--	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Ανάγκες – Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>Η ασθενής υπό ακτινοθεραπεία. Ημερομηνία έναρξης 21/8/2013.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Η ασθενής να κατανοήσει την όλη διαδικασία της ακτινοθεραπείας και να μην αγχωθεί . 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Λάβετε μέτρα μείωσης του φόβου και του άγχους. ✓ Πληροφορήστε την ασθενή ότι θα βρίσκεται μόνη της κατά την διάρκεια των πρώτων λεπτών της θεραπείας, αλλά θα μπορεί να επικοινωνεί με σύστημα επικοινωνίας. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Προσανατολισμός της ασθενούς στο περιβάλλον, τα όργανα και τις διαδικασίες ρουτίνας του νοσοκομείου, για την εξάλειψη του άγχους. ✓ Διαβεβαίωση της 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ολοκληρώθηκε στις 30/10/2013 η ακτινοθεραπεία. Δόθηκε ενημερωτικό σημείωμα και εξητήθη MRI εγκεφάλου σε ένα μήνα. Δόθηκαν οδηγίες σταδιακής

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να ακολουθήσει όσο το δυνατόν πιο τυπικά και ορθά την αγωγή της ακτινοθεραπείας. ✓ Να συζητηθούν οι προβληματισμοί σχετικά με τις ειδικές παρενέργειες της ακτινοθεραπείας και της επίπτωσης τους στον τρόπο ζωής. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Πληροφορήστε την ασθενή ότι το μηχάνημα μπορεί να παράγει χαρακτηριστικούς ήχους, αλλά δεν θα αισθανθεί δυσφορία κατά τη διάρκεια της θεραπείας. ✓ Εκτιμήστε και αναφέρετε σημεία υποθρεψίας. ✓ Παρακολουθείτε τα κύρια και ελαφρά γεύματα που καταναλώνει η ασθενής. ✓ Λάβετε μέτρα για να βοηθήσετε τον ασθενή να προσαρμοσθεί ψυχολογικά στη διάγνωση του καρκίνου και την ακτινοθεραπεία. ✓ Ενεργήστε έτσι ώστε να μειωθεί ο πόνος λόγω της υγρής ή ξηρής απολέπισης. ✓ Εκτιμήστε τα σημεία και τα συμπτώματα της κόπωσης. ✓ Εκτιμήστε τα σημεία και τα συμπτώματα των διαταραχών ύπνου. ✓ Εκτιμήστε και αναφέρεται σημεία λοίμωξης (συχνά λόγω της λύσης της συνέχειας του 	<p>ασθενούς ότι όλα τα μέλη του προσωπικού βρίσκονται κοντά της.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Καθοδήγηση του ασθενούς σε τεχνικές χαλάρωσης και ενθάρρυνση της συμμετοχής της σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες. ✓ Λήψη μέτρων για την βελτίωση της ικανότητας της κατάποσης του ασθενούς. ✓ Λήψη μέτρων αντιστάθμισης των διαταραχών γεύσης. ✓ Λήψη μέτρων διατήρησης ή αποκατάστασης της ακεραιότητας του δέρματος. (καθαρίζοντας προσεκτικά την ακτινοβοληθείσα περιοχή σε κάθε βάρδια με χλιαρό νερό και 	<p>μείωσης του medrol.</p>
--	---	--	--	----------------------------

		<p>δέρματος, που οφείλεται στην ξηρή απολέπιση).</p>	<p>ουδέτερο σαπούνι, στεγνώνοντας προσεκτικά το δέρμα με μαλακή πετσέτα).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Προγραμματισμός αρκετών μικρών περιόδων ανάπαυσης κατά τη διάρκεια της ημέρας και ελαχιστοποίηση των δραστηριοτήτων και των θορύβων του περιβάλλοντος. ✓ Περιορισμός των επισκεπτών και του χρόνου παραμονής τους. ✓ Αποθάρρυνση για πρόσληψη υγρών πλούσιων σε καφεΐνη. ✓ Τακτικός έλεγχος ζωτικών σημείων και συμπτωμάτων λοίμωξης. 	
--	--	--	--	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κλείνοντας την παρούσα ερευνά, πρέπει να τονιστεί ότι παρά την εξέλιξη της Ιατρικής και της φαρμακευτικής, ο καρκίνος είναι η μάστιγα της εποχής μας, μια οδυνηρή μάστιγα η οποία διαπραγματεύεται με τον πόνο. Όπως προκύπτει από την ερευνά πέρα από της συμβατικές διαγνωστικές και θεραπευτικές θεραπείες, υπάρχει μια σειρά από εναλλακτικές θεραπείες και δεν είναι άλλες από τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που στοχεύουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και στην βελτίωση της ψυχολογίας των ασθενών.

Μέσα από την εξέλιξη του θέματος ο αναγνώστης στο πρώτο μέρος, αποκόμισε γνώσεις σχετικά με την έννοια του καρκίνου, την αιτιοπαθογένεια του καρκίνου, τη συχνότητα της νόσου, την πρόγνωση, την πρόληψη και τη θεραπεία των ασθενών. Στην πορεία μελετηθήκαν σε βάθος τα τέσσερα συχνότερα είδη καρκίνου, που είναι ο καρκίνος του μαστού, του προστάτη, του λάρυγγα και του πνεύμονα. Στο δεύτερο μέρος, που είναι και ο πυρήνας της ερευνάς μας ο αναγνώστης είχε την ευκαιρία να μελετήσει τις εναλλακτικές μορφές θεραπείας που συντρέχουν με την κυρία διάγνωση και θεραπεία του ασθενή και έχουν κυρίως επικουρικό ρολό. Οι μορφές αυτές στοχεύουν στην ψυχολογία του ασθενή και είναι απαραίτητο ο νοσηλευτής να είναι γνωστής των αναγκών του ασθενή για να μπορέσει να αποδώσει. Μέσα από την νοσηλευτική διεργασία ο νοσηλευτής είναι σε θέση να κρίνει και να καταστήσει το ρολό του νοσηλευτή πολύ σημαντικό στην όλη διαδικασία, όπως διαφάνηκε στο τρίτο μέρος της ερευνάς μας.

Επιπλέον αναλύσαμε την σπουδαιότητα του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση και στη φροντίδα των ασθενών με καρκίνο. Η ανάπτυξη του θέματος ολοκληρώθηκε με την καταγραφή των στοιχείων που οδηγούν στην ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο καθώς επίσης και την συμβολή της ψυχολογικής υποστήριξης για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών. Αναλυτικότερα είδαμε πως: Η προέλευση της λέξης Καρκίνος, αποδίδεται στον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη, που έμεινε στην ιστορία ως «πατέρας της ιατρικής». Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους «καρκίνος» και «καρκίνωμα» για να περιγράψει διάφορους όγκους που εμφάνιζαν εσωτερικά ή εξωτερικά έλκη και διογκώσεις. Επίσης από αρκετές μελέτες προκύπτει ότι το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο του ατόμου σχετίζεται με την πιθανότητα εμφάνισης κάποιων μορφών καρκίνου.

Τη σημερινή εποχή ο καρκίνος 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 οικογένειάς του. 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 οικογένειάς του και προετοιμασία του κοινωνικού σώματος για την επανένταξη του ασθενούς. 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 νεοπλασματος 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 νοσηλευτή και του ασθενούς αποτελεί ουσιαστική παράμετρο της θεραπευτικής διαδικασίας. 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 στον ασθενή και στους επαγγελματίες υγείας με κοινό στόχο την προαγωγή υγείας του ασθενούς. 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.

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 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.

-
- ¹ Adler NE, Page AEK. Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs. Washington.: NationalAcademiesPress; 2008.
- ² Comer J, Bailey C. Νοσηλευτική Ογκολογία: Το πλαίσιο της φροντίδας. 2ηεκδ. Αθήνα, Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης; 2009.
- ³ Boehm K, Cramer H, Staroszynski T, Ostermann T. Arts Therapies for Anxiety, Depression, and Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Evid Based ComplementAlternatMed. 2014; 2014.
- ⁴ Evans MA, Shaw ARG, Sharp DJ, Thompson EA, Falk S, Turton P, Thompson T. Men with cancer: is their use of complementary and alternative medicine a response to needs unmet by conventional care. European Journal of Cancer Care. 2007;
- ⁵ Fleishman SB. Learn To Live Through Cancer: What you need to know and do. 1st ed. NewYork: DemosMedicalPublishing; 2011: 72-73
- ⁶ Applebaum A, Breitbart W. Care for the cancer caregiver: A systematic review. Palliat supportcare. 2013; 11(3): 231-252.
- ⁷ Ιωαννίδου Ε, Γαλανάκης Ε. Ο πρόσφατος κώδικας ιατρικής δεοντολογίας, η ενημέρωση του ασθενούς με κακοηθεία και η εμπλοκή της ελληνικής οικογένειας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2008; 25(2): 224-230.
- ⁸ Kearney N, Richardson A. Νοσηλεύοντας ασθενείς με καρκινό: Αρχές και Πρακτική. 1η εκδ.: Έλλην; 2011
- ⁹ Labiana R, Beretta GD, Kildani B, Milesi L, Merlin F, Mosconi S, et al. Coloncancer: OncologyHematology. 2010; 74 (2): 106-133.
- ¹⁰ Given B, Sherwood P, Given C. Support for caregivers of cancer patients: Transition after active treatment. Cancer epidemiology, biomarkers&prevention. 2011; 20(10).
- ¹¹ Ibid. 6
- ¹² Netter H. Frank. Παθολογία : Βασικές Αρχές. 2ηεκδ. Αθήνα, Εκδόσεις Π.Χ Παχαλίδης; 2009.
- ¹³ Ibid. 5.
- ¹⁴ Reinhard S, Given B, Petlick N, Benis A. Supporting family caregivers in providing care. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. 2008.
- ¹⁵ Ibid 12.
- ¹⁶ Syrigos N. Kostantinos. Bevacizumab in Lung Cancer: impact &Exceptional Cases. 5th ed. Αθήνα, Focus on Health; 2013.
- ¹⁷ Ibid 12,14,6.
- ¹⁸ Ibid 5.
- ¹⁹ Syrigos N. Kostantinos. Bevacizumab in Lung Cancer: impact &Exceptional Cases. 5th ed. Αθήνα, Focus on Health; 2013.
- ²⁰ Taormina RJ, Gao JH. Maslow and the motivation hierarchy: measuring satisfaction of the needs. Am J Psychol. 2013; 126(2): 155-177.
- ²¹ Zhen Guo, Hua-ying Tang, Hao Li, Sheng-kui Tan, Kai-hua Feng, Yin-chun Huang, Qing Bu and Wei Jiang. Health and Quality of Life Outcome: The benefits of psychosocial interventions for cancer patients undergoing radiotherapy. 2013;11: 121.
- ²² Ibid 14.
- ²³ Ibid 12
- ²⁴ Στεφανίδου Σ, Γερογιάννη Γ. Η ανάγκη της πληροφόρησης νοσηλευόμενων ασθενών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική. 2012; 1(1).
- ²⁵ Ibid 16.

-
- ²⁶ Pitceathly C, Maguire P, Fletcher I, Parle M, Tomenson B, Creed F. Can a brief psychological intervention prevent anxiety or depressive disorders in cancer patients. A randomised controlled trial. *Annals of oncology*. 2009; 20 (5):928-934.
- ²⁷ Ibid 5
- ²⁸ Oh PJ, Shin SR, Ahn HS, Kim HJ. *Psychol Health*. 2016; 31(4): 396-419.
- ²⁹ Given B, Sherwood P, Given C. Support for caregivers of cancer patients: Transition after active treatment. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*. 2011; 20(10).
- ³⁰ Καραδήμας Ε. Ψυχολογία της Υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη.: ΤΥΠΩΘΗΤΩ; 2005.
- ³¹ Κωνσταντινίδης ΘΙ, Φιλαλήθης Α. Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 2014; 31(4): 412-422.
- ³² Ibid 31,32.
- ³³ Ibid 32.
- ³⁴ Ibid 2, 31.
- ³⁵ Ιωαννίδου Ε, Γαλανάκης Ε. Ο πρόσφατος κώδικας ιατρικής δεοντολογίας, η ενημέρωση του ασθενούς με κακοηθεία και η εμπλοκή της ελληνικής οικογένειας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 2008; 25(2): 224-230.
- ³⁶ Αθανασάκης Ε, Καραβασιλειάδου Σ. Η μουσικοθεραπεία ως μορφή εναλλακτικής-συμπληρωματικής θεραπείας σε νοσηλευόμενους ογκολογικούς ασθενείς. *Το βήμα του Ασκληπιού*. 2012; 11(1): 28-34.
- ³⁷ Σακελλαρίου Ε. Εθνική έκθεση για τους φροντιστές νεαρής ηλικίας που ανήκουν σε ειδικές εθνικές και εθελοντικές ομάδες. *Project Care2Work*. 2015; 11-20.
- ³⁸ Orellano SH. *The Effect of Music Therapy on the Length of Life of Extubated Hospice Patients: A Post-Hoc*. Florida.: FloridaStateUniversity; 2009.
- ³⁹ Magill L. The meaning of the music: the role of music in palliative care music therapy as perceived by bereaved caregivers of advanced cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2009; 26(1): 33-39.
- ⁴⁰ Archie P, Bruera E, Cohen L. Music-based interventions in palliative cancer care: a review of quantitative studies and neurobiological literature. *Support Care Cancer*. 2013; 21(9): 2609-2624.
- ⁴¹ Freshwater D. Συμβουλευτική νοσηλευτική. 1η έκδοση. Αθήνα.: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη; 2011
- ⁴² Magill L, Berenson S. The conjoint use of music therapy and reflexology with hospitalized advanced stage cancer patients and their families. *Palliat Support Care*. 2008; 6(3): 289-296.
- ⁴³ Χαρίλα Ν. Γνωσιακή θεραπεία της συμπεριφοράς. 1995.
- ⁴⁴ Merletti F, Galassi C, Spandea T. *Environmental Health: The socioeconomic determinants of cancer*. 2011; 5 (10) 7.
- ⁴⁵ Rock CL, Doyle C, Demark-Wahnefried W, Meyerhardt J, Courney KS, Schwartz AL, et al. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2012; 62(4): 242-274.
- ⁴⁶ Bloomfielend H, McWilliams P. Θεραπεύοντας την κατάθλιψη. Ψυχοσωματική υγεία 9. Θυμάρι. 2008
- ⁴⁷ Adler NE, Page AEK. *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*. Washington.: NationalAcademiesPress; 2008.
- ⁴⁸ Jacobsen PB, Jim HS .Psychosocial Interventions for Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients: Achievements and Challenges. 2008; 58(4): 214-230.
- ⁴⁹ Merckaert I, Libert Y, Messin S, Milani M, Slachmuylder JL. Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psycho-Oncology*. 2009; 19(2): 141-149.
- ⁵⁰ Ibid 1.
- ⁵¹ Given B, Sherwood P, Given C. Support for caregivers of cancer patients: Transition after active treatment. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*. 2011; 20(10).
- ⁵² Φουντούκη Α, Θεοφανίδης Δ. Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. *Το βήμα του Ασκληπιού*. 2012; 11(1): 503-522
- ⁵³ Ibid 10
- ⁵⁴ Abraham Maslow's Pyramid of Human Needs [Credit: Wikimedia Commons]
- ⁵⁵ Bultz B, Friedman A, Green E, Kapusta B, MacKenzie G, MacRae H, et al. *The Emotional Facts of Life with Cancer: A Guide to Counselling and Support for Patients, Families and Friends*. 2012.
- ⁵⁶ Baile WF, Palmer JL, Bruera E, Parker P. Assessment of palliative care cancer patient's most important concerns. *Supportive Care in Cancer*. 2011; 19(4): 475-481.
- ⁵⁷ Ibid 2.

⁵⁸ Spector D, Deal AM, Amos KD, Yang H, Battaglini CL. A pilot study of a home-based motivational exercise program for African American breast cancer survivors: clinical and quality-of-life outcomes. *Integr Cancer Ther.* 2014; 13(2): 121-132

⁵⁹ *Ibid* 10, 6.

⁶⁰ Baker-Glenn EA, Park B, Granger L, Symonds P, Mitchell AJ. Desire for psychological support in cancer patients with depression or distress: validation of a simple help question. *Psycho-Oncology.* 2011; 20(5): 525-531.

⁶¹ *Ibid* 10, 14.

⁶² Πολυκανδριώτη Μ. Ανάγκη ενημέρωσης-πληροφόρησης ασθενών. *Το Βήμα του Ασκληπιού.* 2011; 10(4).

⁶³ *Ibid* 5, 10 and 18.

⁶⁴ *Ibid* 1, 28 and 24.