

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΛΑΡΥΓΓΑ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ  
ΛΑΡΥΓΓΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ  
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ANNA

ΠΑΤΡΑ

**Η παρούσα εργασία αφιερώνεται στην οικογένεια μου καθώς επίσης και σε όλους τους Καθηγητές- τριες της Σχολής μου για την πολύτιμη συμβολή τους στις γνώσεις μου.**

**Γαλανοπούλου Άννα**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ .....	8
ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΛΑΡΥΓΓΑ.....	8
1. Στοιχεία ανατομίας του λάρυγγα .....	8
2. Στοιχεία φυσιολογίας του λάρυγγα .....	10
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ .....	12
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ.....	12
1.Επιδημιολογία .....	12
2. Πρόγνωση .....	13
3. Αιτιολογία.....	13
4. Παράγοντες που συμβάλλουν στην καθυστέρηση της <u>διάγνωσης σε ασθενείς με Ca λάρυγγα</u> .....	14
5.Κλινική εικόνα.....	15
7.Ταξινόμηση .....	16
8. Θεραπεία .....	19
9.Αποκατάσταση .....	33
10. Μελέτη των αντιοξειδωτικών παραγόντων και πρωτεϊνών οξείας φάσεως σε ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα .....	34
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ .....	39
ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ .....	39
1. Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα.....	39
2.Μετεγχειρητική Φροντίδα ασθενούς .....	39
2 <sup>α</sup> Άμεση μετεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα .....	39
2 <sup>β</sup> . Έμμεση Μετεγχειρηματική Νοσηλευτική Φροντίδα .....	40
3. Περιποίηση Τραχειοτομής και Τραχειοστομίου .....	41
4.Επιπλοκές Τραχειοτομής .....	42
5. Αναρρόφηση από τον τραχειοσωλήνα.....	43
ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ .....	47
ΝΕΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ .....	47
1.Ειδικά Νοσοκομεία για τον καρκίνο.....	48
2. Σκοποί του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου .....	49
3. Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία .....	50
4.Ο Ρόλος του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών στον Αντικαρκινικό Αγώνα.....	51

<b>5. Ψυχολογικές και ψυχιατρικές πλευρές του καρκίνου .....</b>	<b>52</b>
<b>6. Ηθική και ο άρρωστος με το κακοήθες νεόπλασμα .....</b>	<b>54</b>
<b>7. Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του Καρκίνου.....</b>	<b>55</b>
<b>9. Ψυχολογικά προβλήματα Καρκινοπαθούς.....</b>	<b>63</b>
<b>ΜΕΡΟΣ ΠΕΜΠΤΟ.....</b>	<b>72</b>
<b>ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....</b>	<b>72</b>
<b>1. Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς τελικού σταδίου .....</b>	<b>72</b>
<b>2. Η λειτουργία της νοσηλείας στο σπίτι .....</b>	<b>73</b>
<b>3. Η ψυχολογική αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς.....</b>	<b>75</b>
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ</b>	
<b>ΛΑΡΥΓΓΑ.....</b>	<b>78</b>
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>87</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>88</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όλες οι ασθένειες είναι τόσο εξατομικευμένες και ιδιαίτερες όσο είναι και οι άνθρωποι που τις εκδηλώνουν.

Ιδιαίτερα ο καρκίνος φαίνεται να παρουσιάζει ένα σύνολο από δικά του χαρακτηριστικά.

Πολύ ελάχιστες είναι οι ασθένειες που συνδυάζουν τόσο τραγικά τις καταστροφικές ιδιότητες μιας μακροχρόνιας αρρώστιας, με την κρίση και τα δάκρυα που προκαλεί η εμφάνιση κάποιας άλλης αρρώστιας

Ο καρινοπαθής έχει και τα δυο αυτά χαρακτηριστικά. Γι' αυτό απαιτείται να αντιμετωπιστεί τόσο ως ασθενής που παρουσιάζει έντονα θορυβώδη συμπτώματα στο χώρο του νοσοκομείου, όσο και ως χρόνιος άρρωστος.

Στο νοσηλευτικό έργο συναντούμε την εξαιρετη και θαυμαστή αυτή ενότητα που καλείται άνθρωπος που δεν μπορεί να κατανοηθεί μόνο με τις επιστήμες ανατομίας, φυσιολογίας, φυσικής και χημείας. Ο άνθρωπος υπάρχει σαν πρόσωπο με υψηλό προορισμό, πίστη, φιλοσοφία ζωής, κοινωνικούς δεσμούς με προβλήματα και συγκρούσεις.

Έτσι λοιπόν, ο ασθενής που ξέρει ότι πάσχει από καρκίνο έχει ψυχολογικά επηρεαστεί απ' αυτή την πραγματικότητα και έχει ανάγκη από έναν νοσηλευτή-τρια που θα χρησιμοποιεί όλες τούτης τις γνώσεις και τις γνώσεις και τις δεξιότητες όπου τον νοσηλεύει.

Σήμερα αρχίζει ν' ανατέλλει η πίστη μέσα στους νοσηλευτικούς κύκλους πως η άσκηση της ογκολογικής νοσηλευτικής –εκτός απ' τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει – έχει και πολλές ικανοποιήσεις, επειδή ο νοσηλευτής –τρια παίζει σπουδαίο ρόλο στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου.

### Γενικά περί καρκίνου

Τι είναι ο καρκίνος; όσον αφορά καρκινικούς όγκους θα μπορούσε να διατυπωθεί ότι πρόκειται για κύτταρα παραμορφωμένα ή αλλοιωμένα, προερχόμενα απ' το σώμα του πάσχοντος και εμφανιζόμενα σε διάφορα όργανα ή μέρη του σώματος, τα οποία τρέφονται απ' το αίμα του πάσχοντος και αναπτύσσονται, βλάπτουν, πνίγουν και αχρηστεύουν με τον διαρκώς αυξανόμενο όγκο τους τα όργανα του σώματος, στα οποία εμφανίστηκαν.

Ερευνώντας το θέμα του καρκίνου, διαπιστώνουμε σχετικά ότι έχουν αρχίσει προσπάθειες για την ανεύρεση των αιτιών του καρκίνου απ' τον προηγούμενο αιώνα.(6).

Η λύση του αινίγματος του καρκίνου δεν είναι άσχετη με την ελλειπή ή ανεπαρκή οξυγόνωση του αίματος και συνεπώς, των ιστών των οργάνων του σώματος του δεδομένου ότι: η έλλειψη επαρκούς οξυγόνου και αντίστοιχα, η παρουσία άφθονου διοξειδίου του άνθρακα στους ιστούς, διαταρράσει και ανατρέπει την ισορροπία της μεταβολικής λειτουργίας και της φυσιολογικής ανάπτυξης των κυττάρων.

Έτσι προκύπτει το ερώτημα: Ποιός είναι ο ρόλος του καλά οξυγονωμένου αίματος στην ανταλλαγή της ύλης στο κύτταρο;

Με το επαρκώς οξυγονωμένο αίμα εξασφαλίζεται η κανονική εκπλήρωση των βιοχημικών δραστηριοτήτων στο κύτταρο, η καύση και ο κανονικός μεταβολισμός.

Αντίθετα, η έλλειψη του απαιτούμενου οξυγόνου στο αίμα, που έχει ως επακόλουθο την παρουσία αυξημένου ποσοστού διοξειδίου του άνθρακα, στο αρτηριακό αίμα, προκαλεί κατά κάποιο τρόπο ασφυξία στο κύτταρο, όπου εμποδίζεται η κανονική ανταλλαγή της ύλης, η θρέψη, η αύξηση κ.λ.π.

Έτσι το κύτταρο δυσκολεύεται να επιτελέσει τις φυσιολογικές του λειτουργίες και μεταπίπτει σε ανώμαλο σχηματισμό του απο φυσιολογικό σε παραλλαγμένο ή παραμορφωμένο κύτταρο. Έτσι δημιουργούνται τα καρκινικά κύτταρα (6).

Εν τω μεταξύ, πολλοί ερευνητές αναζητούν την αποκάλυψη δραστικών φαρμάκων κατά του καρκίνου, με την ελπίδα ότι θα τον καταστρέψουν και ελπίζουν να βρουν την αρχή του αιτίου που προκαλεί τον καρκίνο.

Γενικά ο καρκίνος είναι δημιούργημα του οργανισμού από ανώμαλο σχηματισμό κυττάρων.(6)

Επίσης αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις στις ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη μας .

Ο δείκτης θνησιμότητας διαφέρει από χώρα σε χώρα για τις διάφορες μορφές καρκίνου.

Ο ελλαδικός πληθυσμός κατέχει ενδιάμεση θέση στους άνδρες και χαμηλή θέση στις γυναίκες ανάμεσα σε πληθυσμούς άλλων ανεπτυγμένων χωρών, όσον αφορά τη θνησιμότητα.(3)

*Πίνακας: Επτά σημεία ύποπτα για τον καρκίνο και επτά προφυλακτικά μέτρα.*

<b>Επτά σημεία ύποπτα για καρκίνο:</b>	<b>Επτά προφυλακτικά μέτρα</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Αλλαγή συνήθειας κενώσεως του εντέρου και ουρήσεως</li><li>2. Πληγή ή τραύμα που δεν επουλώνεται</li><li>3. Ασυνήθιστη αιμορραγία ή έκκριση</li><li>4. Παρουσία όγκου ή σκληρίας στο μαστό ή σε άλλο μέρος του σώματος</li><li>5. Δυσπεψία, Δυσκαταποσία</li><li>6. Αλλαγή (χρώμα, μέγεθος) σε κάποια ελιά του δέρματος</li><li>7. Βήχας ή βραχνάδα φωνής</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Μαστός: Μηνιαία αυτοεξέταση του για σκληρία, αδένες, όγκο ή αλλαγή στο σχήμα.</li><li>2. Ορθό: Ετήσια ορθοσκόπηση για άτομα ηλικία άνω των 40 ετών.</li><li>3. Πνεύμονες: Ετήσια ακτινογραφία θώρακα, διακοπή συνήθειας καπνίσματος.</li><li>4. Στόμα: Ετήσια εξέταση στοματικής κοιλότητας.</li><li>5. Δέρμα: Αποφυγή άσκοπης εκθέσεως στον ήλιο.</li><li>6. Μήτρα: Ετήσια εξέταση κολλικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου στις ενήλικες γυναίκες.</li><li>7. Βασικό: Ετήσια πλήρης φυσική εξέταση για τους ενήλικους (άνδρες, γυναίκες) και εξέταση ούρων και αίματος.</li></ol>

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΛΑΡΥΓΓΑ

### 1. Στοιχεία ανατομίας του λάρυγγα

Ο λάρυγγας είναι η αρχή της κατώτερης αναπνευστικής οδού και είναι το όργανο που χρησιμεύει στην παραγωγή της φωνής. Είναι ινοχόνδρινο, σωληνοειδές κοίλο όργανο κινητό προς τα κάτω και πάνω ιδιαίτερα στην κατάποση. Η θέση του βρίσκεται στη μέση γραμμή του τραχήλου στο ύψος του 4<sup>ου</sup>, 5<sup>ου</sup> και 6<sup>ου</sup> αυχενικού σπονδύλου.

Πίσω απ' το λάρυγγα βρίσκεται η αυχενική μοίρα του φάρυγγα και τα σώματα των προαναφερθέντων σπονδύλων. Μπροστά απ' αυτόν βρίσκονται οι λοβοί του θυροειδούς αδένα απ' τους οποίους καλύπτεται και με τους οποίους συνδέεται με χαλαρό ιστό και με τους μύες του τραχήλου.

Στα κατώτερα τμήματα, ο λάρυγγας επικαλύπτεται μόνο από δέρμα και τραχηλική περιτονία και είναι το σημείο που προσφέρεται για τη διάνοιξη του.

Στα πλάγια έχει τους κάτω απ' το υοειδές οστό μύες και το αγγειονευρωτικό δεμάτιο του τραχήλου. Τέλος ο λάρυγγας κρέμεται απ' το υοειδές και εμμέσως απ' τη ρίζα της γλώσσας και στηρίζεται από κάτω επάνω στην τραχεία, που μορφολογικά αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια του.

Ο λάρυγγας στα νεογνά και στα παιδιά βρίσκεται υψηλότερα απ' ό τι στον ενήλικα ενώ η ανάπτυξη του μέχρι την ήβη γίνεται ισότιμα και στα δύο φύλα.

Από την ήβη και μετά, όμως ο λάρυγγας αναπτύσσεται περισσότερο στους άνδρες και λιγότερο στις γυναίκες.

Η κάθετη διάμετρος του λάρυγγα είναι 7εκ περίπου στους άνδρες και 5εκ στις γυναίκες.

Η προσθιοπίσθια διάμετρος αυτού ανέρχεται σε 3,6εκ στους άνδρες και 2,6εκ στις γυναίκες

Η εγκάρσια διάμετρος του είναι 3-4εκ στους άνδρες και 2,6 στις γυναίκες.

Το σχήμα του στο άνω μέρος του μοιάζει με τριγωνική πυραμίδα, της οποίας η βάση είναι προς τα πίσω ενώ στο κάτω μέρος είναι κυλινδρικό.

Ο λάρυγγας εμφανίζει δύο στόμια: το άνω (φαρυγγικό) και το κάτω (τραχειακό).



### Χόνδροι του λάρυγγα

1. **Θυροειδής.** Είναι ο μεγαλύτερος χόνδρος και αποτελείται από δύο τετράπλευρα χόνδρινα πέταλα.

2. **Κρικοειδής.** Αποτελεί τη βάση του λάρυγγα.

3. **Αρυταινοειδείς χόνδροι** είναι δύο και βρίσκονται στο πίσω μέρος του λάρυγγα. Είναι πολύ σημαντικοί γιατί σ' αυτούς προσφύονται τα φωνητικά χείλη, δηλαδή οι φωνητικοί μύες.

4. **Επιγλωττίδα.** Έχει σχήμα φύλλου δέντρου πάχους 2εκ,βρίσκεται πίσω απ' τη ρίζα της γλώσσας και έχει δύο επιφάνειες, τη γλωσσική και τη λαρυγγική.

5. **Κερατοειδείς και σφηνοειδείς.** Είναι διπλοί. Οι κερατοειδείς έχουν σχήμα άγκιστρου ύψους 0,5εκ περίπου και είναι συναρθρωμένοι με την κορυφή των αρυταινοειδών χόνδρων.

Οι σφηνοειδείς έχουν μήκος 0,5εκ περίπου και βρίσκονται μέσα στις αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές.

### Σύνδεσμοι του λάρυγγα

Διακρίνονται στους ετερόχθονες και στους αυτόχθονες.

Ετερόχθονες είναι: ο υοθυροειδής υμένας, οι υοθυροειδείς σύνδεσμοι, ο υοεπιγλωττιδικός υμένας ο κρικοτραχειακός σύνδεσμος.

Οι αυτόχθονες είναι: ο ελαστικός υμένας, ο αρυταινοεπιγλωττιδικός υμένας, υοεπιγλωττιδικός υμένας και ο κρικοτραχειακός σύνδεσμος.

### Μύες του λάρυγγα

Διακρίνονται σε ετερόχθονες. Αυτοί πάλι διακρίνονται στους υπερθεν και κάτωθεν του υοειδούς οστού, και συμβάλλουν στη φώνηση. Είναι όλοι διφνείς.

Διακρίνονται σ' εκείνους που ανοίγουν τη γλωττίδα και σ' εκείνους που την κλείνουν.

Οι γνήσιες φωνητικές χορδές έχουν μήκος 2-2,5εκ στους άνδρες και 1,5εκ στις γυναίκες.

Ο χώρος που παρεμβάλλεται μεταξύ των δύο αυτών πτυχών είναι πολύ λεπτός, σχισμοειδής και καλείται κοιλιαία σχισμή ή πρόδρομος του λάρυγγα.

Οι νόθες φωνητικές χορδές δεν έχουν καμία συμμετοχή στη φώνηση. Αποτελούν απλώς την οροφή της λαρυγγικής κοιλίας μέσα στην οποία

εκβάλλουν οι πόροι πολλών αδένων, που με το έκκριμά του κρατούν υγρές τις γνήσιες φωνητικές χορδές.

Ο βλεννογόνος του λάρυγγα επικαλύπτει την κοιλότητά του στην οποία είναι στερεά κολλημένος.

Το επιθήλιό του είναι κροσσωτό, πλην της περιοχής των φωνητικών χορδών και του προδρομίου, όπου είναι πλακώδες.

## **2. Στοιχεία φυσιολογίας του λάρυγγα**

Ο λάρυγγας είναι όργανο αναπνευστικό κυρίως, και φωνητικό όργανο, και παράλληλα συμβάλλει και σε άλλες λειτουργίες του οργανισμού.

Η αναπνευστική λειτουργία του λάρυγγα συμβάλλει ενεργώς στη ρύθμιση της αναπνοής. Το άνοιγμα της γλωττίδας και η θέση των φωνητικών χορδών μεταβάλλεται ανάλογα με το βαθμό οξυγόνωσης του αίματος και αυτό γίνεται ρυθμικά και κατά τις συνήθεις αναπνευστικές κινήσεις.

Κατά τη φάση της εισπνοής, οι φωνητικές χορδές απάγονται και διευρύνεται το χάσμα της γλωττίδας, ανάλογα με την ένταση της εισπνοής.

Κατά την εκπνοή, οι φωνητικές χορδές προσάγονται επίσης, ανάλογα με την έντασή της.

Η φωνητική λειτουργία του λάρυγγα έχει τις γνωστές πολύπλευρες και τεράστιες επιπτώσεις στον κοινωνικό βίο του ανθρώπου.

Για την παραγωγή της φωνής, απαιτείται η δημιουργία ρεύματος αέρα, διερχομένου διαμέσου στενής διόδου, ο σχηματισμός ηχητικής κυμάτων με διαφορετικής συχνότητας πυκνώσεις και αραιώσεις του αέρα και η παρουσία ηχείων για η διαμόρφωση της χροιάς του ήχου.

Ο λειτουργικός μηχανισμός και η μορφολογία της λαρυγγικής κοιλότητας παρέχουν τις προϋποθέσεις αυτές, συμβάλουν όμως ουσιωδώς και τ' άλλα φωνητικά μόρια στην διαμόρφωση του έναρθρου λόγου.

Ο λάρυγγας έχει την ικανότητα να παράγει ήχους διαφόρων συχνοτήτων. Αυτό γίνεται με την μεταβολή του μήκους, του πάχους και της τάσης των φωνητικών χορδών.

Για το σκοπό αυτό, συνεργάζονται όλοι οι μύες του λάρυγγα, αλλά τη μεγαλύτερη συμβολή παρέχουν οι θυρεοαρυταινοειδείς που με την σύσπασή τους διατηρούν τον τόνο των φωνητικών χορδών.

Επίσης, στην διαμόρφωση της φωνής, συμβάλλουν και οι λαρυγγικές κοιλίες, η επιγλωττίδα καθώς και οι αεροφόρες κοιλότητες που είναι υψηλότερα ή χαμηλότερα της γλωττίδας και επηρεάζουν το σχήμα και το μέγεθος των ηχείων φωνής με ορισμένες διαφοροποιήσεις του χώρου τους.

Η προστατευτική λειτουργία του λάρυγγα συνίσταται, αφ' ενός μεν στην ενέργειά του σαν σφιγκτήρα με την οποία αποφράσσεται το άνω στόμιο της λαρυγγικής κοιλότητας.

Αυτό γίνεται με την κατάσταση της επιγλωττίδας και τη σύμπτωση των αρυταινοεπιγλωττιδικών πτυχών.

Έτσι, προφυλάσσεται η αναπνευστική οδός απ' την είσοδο ξένων σωμάτων.

Αφετέρου δε, με το αντανακλαστικό του βήχα, ο λάρυγγας συμβάλλει στην αποβολή εκκρίσεων και ξένων σωμάτων, και συνεπώς στον καθαρισμό της αναπνευστικής οδού.

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

### 1.Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του λάρυγγα αποτελεί τον συχνότερο κακοήθη όγκο των ωτων-ρίνος-λάρυγγα και τραχήλου και σε ποσοστό 2-3% του συνόλου των κακοηθών νεοπλασμάτων του ανθρώπινου σώματος.

Η πάθηση αφορά την μέση και την μετέπειτα ηλικία όμως μπορεί να εμφανισθεί και σε προγενέστερη ηλικία. Συχνότερα η πάθηση προσβάλλει κυρίως τους άντρες παρά τις γυναίκες.

Η αιτιολογία αυτής της διαφοράς δεν είναι γνωστή, όμως ίσως ορμονικοί λόγοι να παίζουν κάποιο ρόλο.

Πάντως λόγω αύξησης του αριθμού γυναικών που καπνίζουν παρατηρείται αύξηση προσβαλλόμενων γυναικών.

Οι έρευνες δείχνουν ότι εντοπίζεται κυρίως στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες με ανεβασμένο βιοτικό επίπεδο.

Οι Η.Π.Α και οι δυτικές χώρες έχουν το προβάδισμα. Σ' αυτές τις χώρες και σε πληθυσμούς εργατών, σε βιομηχανίες πρώτων υλών, οδηγούς ταξί κλπ καθώς και σε ανθρώπους που χρησιμοποιούν την φωνή τους για μεγάλο χρονικό διάστημα, αναγράφονται ποσοστά πολύ μεγαλύτερα που φτάνουν μέχρι και 10% των καρκίνων του σώματος

Ανάλογα με τη διαφοροποίηση συνθηκών ζωής και των συνηθειών του πολιτισμού, διαπιστώθηκε ότι αλλοιώνονται τα νούμερα που αφορούν στη συχνότητα των περιστατικών.

Σταθερά όμως μένει η αναλογία ανάμεσα στους καπνιστές και μη.

Έτσι μπορούμε με ακρίβεια να πούμε ότι όλοι οι προσβληθέντες από καρκίνο του λάρυγγα είναι μανιώδεις καπνιστές.

Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι 12<sup>ος</sup> ανάμεσα σε άλλους καρκίνους ως προς τον αριθμό θανάτων στην Ελλάδα.

Επίσης είναι 14 φορές συχνότερες στους άντρες απ' ότι στις γυναίκες, ενώ δεν έχει μεγάλες αστικό-αγροτικές διαφοροποιήσεις.

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών που δρουν και συνεργικά. (15).

#### Επιδημιολογία κακοηθών νεοπλασιών

Όλοι οι δείκτες θνησιμότητας εκφράζουν τον μέσο ετήσιο αριθμό θανάτων σε πληθυσμό 100.000 ανδρών ή γυναικών αντίστοιχα. Τα εκατοστιαία ποσοστά πενταετούς επιβιώσεως προέρχονται απ' την

αμερικάνικη βιβλιογραφία και αφορούν το σύνολο καρκινοπαθών κάθε κατηγορίας. Τα κριτήρια για την οικονομικο-κοινωνική ιεράρχηση προέρχονται απ' την αγγλική βιβλιογραφία και βασίζονται σε οικονομικά, επαγγελματικά και εκπαιδευτικά δεδομένα.

Στην Ελλάδα, η επίπτωση κακοήθων νεοπλασιών γενικά, είναι μικρότερη απ' ό,τι στις ανεπτυγμένες χώρες της Δ. Ευρώπης και Β. Αμερικής, μ' αποτέλεσμα η νεοπλασματική θνησιμότητα να είναι αντίστοιχα μικρότερη.

Π χ άνδρες 140, γυναίκες 80. Στην Αγγλία οι δείκτες αυτοί είναι 190 και 123.

Η ευνοϊκή θέση της χώρας μας είναι σε κάποιο βαθμό πραγματική και σε κάποιο βαθμό πλασματική:

Οι διαγνωστικές ελλείψεις και τα ταξινομικά σφάλματα που μας χαρακτηρίζουν οδηγούν σε υποεκτίμηση της ειδικής κατά αιτία θνησιμότητας. (4)

## 2. Πρόγνωση

Ο καρκίνος του λάρυγγα θεωρείται καλής προγνώσεως, διότι: παρέχει απ' την αρχή εμφανή συμπτωματολογία. Επίσης λόγω της θέσης του η διάγνωση γίνεται εύκολα όταν τεθεί υποψία υπάρξεώς του.

Τέλος, κατά τα τελευταία έτη έχει επιτελεσθεί μεγάλη πρόοδος στην θεραπευτική του αντιμετώπιση.

Πολλοί είναι οι παράγοντες απ' τους οποίους εξαρτάται η πρόγνωση:

Χρόνος προσέλευσης του πάσχοντα, εντόπιση και έκταση της νεοπλασίας, συνύπαρξη ή μη τραχηλικής αδеноπάθειας, ιστολογική εικόνα, γενική κατάσταση, ηλικία.

Η έγκαιρη – με την εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων – προσφυγή του πάσχοντα στον ειδικό είναι σημαντικός παράγοντας για την καλή έκταση της θεραπείας.

## 3. Αιτιολογία

Συχνότερα η πάθηση προσβάλλει τους άντρες παρά τις γυναίκες .

Οι αιτιολογικοί παράγοντες της γένεσης του καρκινώματος του λάρυγγα δεν είναι ακριβώς γνωστοί.

Οπωσδήποτε έχει αποδειχθεί ότι χημικοί ερεθιστικοί παράγοντες (καπνοί, εισπνοή καρκινογόνων ουσιών)ασφαλώς παίζουν ρόλο στη γένεση του νεοπλάσματος.

Η εντόπιση καρκίνου στη γλωττιδική περιοχή είναι η συνηθέστερη σε σχέση με τις υπόλοιπες περιοχές του λάρυγγα λόγω ελλείψεως βλεννογόνων αδένων χωρίς να μπορεί ν' αποβληθεί.

Έτσι εξηγείται η επίδραση του καπνίσματος.

Αντίθετα στην υπεργλωττιδική περιοχή, αιτιολογική σχέση για την εντόπιση του καρκίνου έχουν διάφορες επαγγελματικές σκόνες και ερεθιστικές ουσίες καθώς και το αλκοόλ (15).

#### **4. Παράγοντες που συμβάλλουν στην καθυστέρηση της διάγνωσης σε ασθενείς με Ca λάρυγγα**

Μείζοντες παράγοντες για την έγκαιρη διάγνωση είναι η μείωση της καθυστέρησης απ' το πρώτο σύμπτωμα η την πρώτη εκδήλωση της νόσου μέχρι της επίσκεψης στο γιατρό. Το γεγονός ότι ασθενείς με καρκίνο καθυστερούν περισσότερο να επισκεφθούν το γιατρό τους, παρόλο που έχουν συμπτώματα, πρέπει να προβληματίσει και να κινητοποιήσει τον ιατρικό κόσμο.(3)

Ιδιαίτερη σημασία έχει η ανάπτυξη λευκοπλακίας στον βλεννογόνο του λάρυγγα, η οποία προέρχεται από χρόνια φλεγμονή(π.χ λαρυγγίτιδα)είτε από χρόνια ερεθισμό λόγω καπνίσματος, εισπνοής ερεθιστικών ουσιών, επειδή εξελικτικά οδηγεί σε καρκινώματα.(7).

Η λευκοπλακία, είναι η πιο συχνή προκαρκινική αλλοίωση. Μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε σημείο της στοματικής κοιλότητας και στα χείλη, και πιο συχνά σε άνδρες άνω των 40 χρόνων. Σχετίζεται με το βαρύ κάπνισμα, την μάσηση ταμπάκου και τις κακά εφαρμοσμένες οδοντοστοιχίες. Η λευκοπλακία είναι μια ανώδυνη, ξηρή φλεγμαίνουσα περιοχή, συνήθως άσπρου ή μπλέ χρώματος. Η πλάκα είναι ελαφρά ανασηκωμένη και ανώμαλη, με κοφτερά όρια, κατόπιν, έχουμε υπερτραφία λευκοπλακίας, που εκφυλίζεται σε σχισμές και έλκη. (17)

#### **Προφύλαξη**

1. Αποφυγή έκθεσης σε ερεθιστικούς και επιβλαβείς καπνούς
2. Μείωση αλκοόλ και τσιγάρου.
3. Αποφυγή καταχρήσεως φωνής.
4. Ιατρική παρακολούθηση σε αρρώστους με λευκοπλακία και πολύποδα λάρυγγα.(12)

## 5.Κλινική εικόνα

Συνήθως οι άρρωστοι είναι πάνω από 50 ετών και κατά μεγάλο ποσοστό έχουν ιστορικό κατάχρησης καπνού ή οινοπνευματωδών ποτών.

Τα κυριότερα ενοχλήματα για τα οποία οι άρρωστοι πηγαίνουν στο γιατρό είναι: δυσκαταποσία, δύσπνοια, αντανακλαστική ωταλγία και το βράγχος της φωνής.

Η δυσκαταποσία παρατηρείται συνήθως σε καρκίνους του απιοειδούς βόθρου, του υπεργλωττιδικού λάρυγγα και της βάσης της γλώσσας.

Δύσπνοια παρατηρείται από όγκους που εντοπίζονται στο λαρυγγοφάρυγγα στην υπογλωττιδική μοίρα του λάρυγγα καθώς και σε άλλες θέσεις του λάρυγγα.

Η δυσχέρεια της φωνής είναι προοδευτική και γι' αυτό αρχικά γίνεται ανεκτή απ' τον άρρωστο, ο οποίος αποφεύγει να πάει στο γιατρό.

Έτσι η διάγνωση της αιτίας γίνεται σε προχωρημένα στάδια της απόφραξης.

Η αντανακλαστική ωταλγία είναι χαρακτηριστική σε περιπτώσεις μεγάλων όγκων του απιοειδούς βόθρου, της βάσης της γλώσσας, και του γλωσσοεπιγλωττιδικού βόθρου.

Το βράγχος της φωνής που διαρκεί περισσότερο από 3 εβδομάδες, πρέπει να προκαλεί την υποψία του γιατρού για πιθανή κακοήθη νεοπλασία του λάρυγγα.

Η αλλοίωση της φωνής οφείλεται στην παρεμβολή του όγκου μεταξύ των φωνητικών χορδών ή στον περιορισμό ή την κατάργηση της κινητικότητας αυτών απ' την επέκταση του καρκίνου στον φωνητικό μυ.(15).

### Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου:

1.Πηγές πληροφοριών: άρρωστος, οικογένεια, ιατρικά δελτία.

2.Ιστορικό Υγείας

A. Βράχος φωνής (χρόνια λαργγίτιδα) που δεν υποχωρεί. Ο άρρωστος να ρωτηθεί από πότε άρχισε το βράγχος.

B. Τυχόν απώλεια βάρους, δυσκατοποσία, δύσπνοια ή δύσοσμη αναπνοή.

Γ. Παρουσία βήχα (παραγωγικού ή μη) χαρακτηριστικά του.

Δ. Ηλικία – αφού συμβαίνει σε μεσήλικες και άνω.

E. Ο άρρωστος μπορεί να παραπονιέται για ότι έχει ένα αίσθημα πίεσης στο λαιμό του.

3. Φυσική εκτίμηση.

- A. Εξέταση λαιμού. Μπορεί να δείξει ανώδυνες μάζες.
- B. Ψηλάφηση των λεμφαδένων. Μπορεί να είναι μεγάλοι, ειδικά όταν υπάρχουν μεταστάσεις.
- Γ. Η εξέταση του λάρυγγα συνήθως δείχνει την αρχική αλλοίωση.
- Δ. Συχνά ο άρρωστος αγωνιά για την διάγνωση.

5. Διαγνωστικές εξετάσεις:

- A. Άμεση λαρυγγοσκόπηση (λαρυγγοσκόπιο).
- B. Έμμεση λαρυγγοσκόπηση (καθρέφτης).
- Γ. Βιοψία αλλοίωσης
- Δ. Τομογραφία για καθορισμό των ορίων του καρκίνου
- E. Οισοφαγογράφηση με βάριο για καθορισμό ορίων του καρκίνου. (12)

## 7. Ταξινόμηση

Ο καρκίνος του λάρυγγα, ανάλογα με την ανατομική περιοχή που βρίσκεται και προσβάλλει ταυτόχρονα, διακρίνεται σε:

- T<sub>is</sub>. Καρκίνωμα in situ.
  - T<sub>1</sub>. Καρκίνωμα περιορισμένο σε μια περιοχή. Η κινητικότητα είναι φυσιολογική.
  - T<sub>2</sub>. Καρκίνωμα περιορισμένο στο λάρυγγα, εκτεινόμενο όμως απ' την υπεργλωττιδική ή υπογλωττιδική μοίρα. Η κινητικότητα είναι φυσιολογική ή ελαττωμένη.
  - T<sub>3</sub>. Καρκίνωμα περιορισμένο στο λάρυγγα με καθήλωση της μιας ή και των δύο φωνητικών χορδών.
  - T<sub>4</sub>. Καρκίνωμα το οποίο εκτείνεται εκτός του λάρυγγος. (5)
- 
- Ασυνήθεις όγκοι του λάρυγγα

Είναι γνωστό ότι το 90-95% των κακοηθών όγκων του λάρυγγα είναι από πλακώδες επιθήλιο. Το υπόλοιπο 5-10% αποτελούν οι ασυνήθεις όγκοι του.



Κατά την περίοδο 1986-1995 νοσηλεύτηκαν στην Ω.Ρ.Λ κλινική του Ιπποκράτειου Θεσ/νίκης 89 ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα, απ' τους οποίους:

Οι 57 αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά. Τα 83 περιστατικά ήταν ιστοπαθολογοανατομικά, δηλαδή αφορούσαν καρκίνο από πλακώδες επιθήλιο. Τα υπόλοιπα 6 περιστατικά αφορούσαν σπάνιους όγκους του λάρυγγα.

Έτσι, οι σπάνιοι όγκοι του λάρυγγα περιλαμβάνονται στις παρακάτω κατηγορίες:

**A. το μυρμηκιώδες ή ακροχορδονώδες carcinoma.**

Είναι σπάνιος τύπος μαλπιγγιακού καρκινώματος με αναλογία 1-2% όλων των όγκων του. Είναι καλώς διαφοροποιημένο καρκίνωμα και έχει χαρακτηριστική μορφολογική εμφάνιση και ειδική κλινική συμπεριφορά. Εμφανίζεται κυρίως στους άνδρες και έχει γλωττιδική εντόπιση και ανάπτυξη της μάζας ενδολάρυγγα.

Η αντιμετώπισή του είναι πάντα χειρουργική.

**B. το Ατρακτοκυτταρικό ή πολύμορφο καρκίνωμα.**

Αποτελεί το 0,6% των κακοηθών νεοπλασμάτων του λάρυγγα. Ιστολογικά αποτελείται από τυπικό πλακώδες στοιχείο. Εντοπίζεται στο λάρυγγα, στη γλωττίδα, με πολυποειδική εμφάνιση και με υπεροχή 10:1 των ανδρών. Είναι μαλπιγγιακής προέλευσης και αντιμετωπίζεται χειρουργικά.

**Γ. Βασικόμορφο καρκίνωμα.**

Είναι ξεχωριστός τύπος μαλπιγγιακού καρκινώματος. Αποτελείται δε, από δύο στοιχεία: ένα καλό διαφοροποιημένο μαλπιγγιακό και ένα παρόμοιο με βασικόμορφο καρκίνωμα του δέρματος.

Εντοπίζεται κυρίως στην υπεργλωττιδική μοίρα του λάρυγγα και η βιολογική του συμπεριφορά είναι επιθετικότερη απ' το τυπικό μαλπιγγιακό καρκίνωμα.

**Δ. Αδενοκαρκινώματα**

Αποτελούν το 1% των καρκινωμάτων του λάρυγγα και δεν εντοπίζονται στις γνήσιες φωνητικές χορδές. Εμφανίζονται κυρίως σε άνδρες, και περίπου 50% των ασθενών, δίνουν τραχηλικές μεταστάσεις.

Αντιμετωπίζονται χειρουργικά.

### **Ε. Νευροενδοκρινικά Νεοπλάσματα**

Σ' αυτά ανήκει το καρκινοειδές, σπανιότατος όγκος του λάρυγγα. Εντοπίζεται στον υπεργλωττιδικό χώρο σε μεγάλη ηλικία (60-80).

Έχει αναφερθεί με τη συνύπαρξη καρκινώματος άλλων οργάνων (π.χ. πολλαπλούν μυέλωμα).

Η πρόγνωση είναι κακή, και δίνει γρήγορα μεταστάσεις στους τραχηλικούς λεμφαδένες και σε απομακρυσμένα όργανα.

### **Στ. Τα Σαρκώματα**

Αποτελούν το 2% των κακοηθών όγκων του λάρυγγα.

Συνήθως πρόκειται για ινοσαρκώματα, ραβδομυοσαρκώματα, χονδροσαρκώματα, λειομυοσαρκώματα και τα αιμαγγειοσαρκώματα.

Εμφανίζονται σε άνδρες μεγάλης ηλικίας με ενδολαρυγγική ή εξωλαρυγγική εντόπιση. Αντιμετωπίζονται χειρουργικά.

### **Ζ. Μεταστατικά καρκινώματα**

Είναι πολύ σπάνια.

Συμπεράσματα:

Στον καρκίνο του λάρυγγα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψιν η ανάπτυξη σπάνιου όγκου.

Η ιστολογική επιβεβαίωση σε αρκετές απ' τις περιπτώσεις προϋποθέτει επαρκές δείγμα βιοπτικού υλικού και την εφαρμογή όλων των σύγχρονων τεχνικών για την επακριβή προέλευση του όγκου. (9)

### **-Πρωτογενές λαρυγγικό Μελάνωμα:**

Τα πρωτογενή λαρυγγικά μελανώματα είναι σπάνιοι όγκοι. Στην βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί μόνο 34 περιπτώσεις. Το ποσοστό της επιβίωσης απο λαρυγγικό μελάνωμα είναι γενικά φτωχό.

Πρόκειται για σπάνιες κακοήθεις νεοπλασίες, με φτωχή πρόγνωση, επειδή οι εξελκώσεις αυτές μπορούν να μείνουν για πολύ χρόνο ασυμπτωματικές και η πρόωμη διάγνωσή τους είναι σπάνια.

Έχουν δε την τάση να εξαπλώνονται τοπικά, με κυκλική διάχυση και έχουν υψηλό ποσοστό υποτροπής.

Προσβάλλονται κυρίως οι άνδρες και τα συμπτώματα ποικίλλουν. Το πιο συχνό είναι το βράγχος φωνής, που συνοδεύεται με ερεθισμό του λάρυγγα, δυσφαγία, προς τον τράχηλο και στη γνάθο, ωταλγία και τραχηλικές μεταστατικές μάζες.

Η διάγνωση εξαρτάται απ' την ιστοπαθολογική εκτίμηση. Η κλινική εξέταση δείχνει μία μαύρη μάζα, χωρίς άλλα μακροσκοπικά χαρακτηριστικά.

Αντιμετωπίζεται χειρουργικά όταν δεν υπάρχουν τραχηλικές μεταστάσεις ενώ στην αντίθετη περίπτωση, γίνεται μερική ή ολική λαρυγγεκτομή. Εκλεκτική χειρουργική εξαίρεση του όγκου δεν συνίσταται. Η Ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία δεν έχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα σε μεταστάσεις και απλά χρησιμοποιούνται ως συμπληρωματική θεραπεία. (11)

## 8. Θεραπεία

Η απόφαση για το ποια θεραπευτική αγωγή θα εφαρμοσθεί εξαρτάται απ' το λεπτομερικό προσδιορισμό της έκτασης του νεοπλάσματος, απ' την ύπαρξη ή όχι απομακρυσμένων μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες, απ' την ηλικία και γενική κατάσταση του αρρώστου.

Σήμερα διαθέτουμε τις εξής δυνατότητες θεραπευτικής αγωγής του καρκίνου του λάρυγγα:

- (α) Ακτινοθεραπεία
- (β) Χημειοθεραπεία
- (γ) Χειρουργική θεραπεία
- (δ) Συνδυασμένη αγωγή (χειρουργική και ακτινοβολία)

### (α) Ακτινοθεραπεία

Η Ακτινοθεραπεία όπως και η χημειοθεραπεία, είναι σχετικά νέες επιστημονικές ανακαλύψεις.

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στην θεραπευτική, έχει ως βασικό σκοπό την, καταστροφή καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με τη ζωή στους φυσιολογικούς ιστούς που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Έτσι, στην ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται η ιονίζουσα ακτινοβολία που την παίρνουμε από τρεις πηγές.

- Φυσικά ραδιενεργά στοιχεία.
- Τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία.
- Μηχανήματα, παραγωγής ακτίνων R και ηλεκτρονίων με κατανάλωση ηλεκτρικού ρεύματος.

Παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι

⊖ Είδος ακτινοβολίας

- Θ Δόση ακτινοβολίας
- Θ Ρυθμός δόσεως
- Θ Είδος ιστού που ακτινοβολείται
- Θ Η ένταση του πεδίου που ακτινοβολείται.
- Θ Η οξυγόνωση του ιστού που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινευαισθησία.
- Θ Η θερμοκρασία του ιστού που επίσης σχετίζεται με την ακτινευαισθησία.

### **Ανεπιθύμητες ενέργειες- Επιπλοκές Ακτινοθεραπείας**

Παρά τις βελτιώσεις των ακτινοθεραπευτικών πηγών και τεχνικών, που εφαρμόζονται, δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων. Η έκταση που τα κύτταρα και οι ιστοί καταστρέφονται από την ακτινοβολία εξαρτάται από τους πιο κάτω τέσσερις παράγοντες:

- (1) Ένταση της δόσεως που έχει οριστεί. Ο άρρωστος που παίρνει μεγάλη δόση ακτινοβολίας έχει περισσότερες πιθανότητες καταστροφής υγιών κυττάρων και ιστών σε σύγκριση με όσους παίρνουν μισή δόση.
- (2) Έκταση του σώματος που δέχεται την ακτινοβολία. Όταν ακτινοβολείται μεγάλη έκταση του σώματος, δημιουργούνται περισσότερες βλάβες από την περίπτωση που ακτινοβολείται μικρή έκταση.
- (3) Ακτινευαισθησία των κυττάρων. Κύτταρα που διαιρούνται με μεγάλη ταχύτητα και παρουσιάζουν μικρή διαφοροποίηση καταστρέφονται πιο εύκολα με την ακτινοβολία συγκριτικά με τα κύτταρα που δεν έχουν αυτά τα χαρακτηριστικά.
- (4) Ατομικές διαφορές. Μερικά άτομα κληρονομούν μεγαλύτερη ευαισθησία στην ακτινοβολία σε σχέση με άλλα άτομα.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες- επιπλοκές διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες.

Πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες- επιπλοκές. Αυτές είναι:

- Θ Ακτινοδερματίτιδα. Είναι ο τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Διακρίνεται σε ερυθρηματώδη, φυσαλιδώδη, εσχαροποιητική.
- Θ Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών, που οδηγεί σε ακικκιοκυτταραιμία, θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.
- Θ Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων που ακτινοβολούνται, και ιδιαίτερα του επιθηλίου που καλύπτει το έντερο, με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαρροϊκού συνδρόμου.

Όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες- επιπλοκές. Αυτές είναι:

- Θ Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε.
- Θ Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και οστών.
- Θ Βλάβη γεννητικών αδένων (στείρωση μόνιμη ή παροδική, και μετάλλαξη των γονιδίων που απειλεί τους απογόνους).
- Θ Αλωπεκία
- Θ Νέφρωση, αυτόματα κατάγματα, βλάβη του φακού του ματιού.

Επίσης, η ακτινοβολία, μπορεί να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντιδράσεως όπως:

- Θ Γενική καταβολή δυνάμεων
- Θ Ναυτία- εμέτους
- Θ Ανορεξία
- Θ Απώλεια βάρους
- Θ Δεκατική πυρετική κίνηση. (13)

Η υπερδυναμική ακτινοβολία δίνει ικανοποιητικότερα αποτελέσματα. Χορηγούνται 5500 R-8000R σε διάστημα 6-8 εβδομάδων, ανάλογα με την περίπτωση.

Ανεπιθύμητα συμπτώματα είναι ερυθρότητα και σπανιότερα μεγαλύτερες βλάβες του δέρματος, οίδημα λάρυγγα, πόνος, δυσφαγία, ξηροδερμία και γενικά ενοχλήματα. (16)

#### Βασικές αρχές Ακτινοθεραπείας

Το σημαντικό χαρακτηριστικό της ακτινοθεραπείας είναι ότι απελευθερώνεται μεγάλη ποσότητα ενέργειας.

Είναι σαφές ότι τα φυσιολογικά και νεοπλασματικά κύτταρα δεν έχουν συστηματικές διαφορές όσον αφορά την ανταπόκρισή τους στην θανατηφόρα επίδραση της ακτινοβολίας όταν: ως κυτταρικός θάνατος ορίζεται η απώλεια της αναπαραγωγικής δραστηριότητας των κυττάρων.

Σύμφωνα με τον κλινικό ορισμό της ακτινοευαισθησίας, ένας όγκος θεωρείται ακτινοευαίσθητος όταν μπορεί να καταστραφεί με δόσεις που γίνονται ανεκτές απ' τους γύρω προς τον όγκο φυσιολογικούς ιστούς.

Η επίδραση της ακτινοβολίας μπορεί να συνοψιστεί ως ακολούθως:

#### 1. Άμεση Δράση

A) Μερικά κύτταρα πεθαίνουν νωρίς, πριν τη μίτωση

B) Μερικά κύτταρα πεθαίνουν αργότερα κατά τη διάρκεια της μίτωσης

Γ) Μερικά κύτταρα καταστρέφονται χάνοντας την ικανότητά τους προς αναπαραγωγή και δεν ξανααυξάνονται ποτέ πια σε μίτωση.

2. Έμμεση Δράση

A) Απώλεια της τοπικής αιμάτωσης προκαλεί τον τοπικό θάνατο

B) τα κύτταρα που ήδη έχουν υποστεί βλάβες πέφτουν θύματα των κυτταρικών αμυντικών μηχανισμών. (2)

**Θ Χημειοθεραπεία**

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα, όμως επιβραδύνουν την εξέλιξη τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος.

Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροτοξικό, δηλαδή, δηλητηριάζει τα κύτταρα. Όμως, η δηλητηριώδης δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή.

Η τοξικότητα αυτών των φαρμάκων εκδηλώνεται στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, στις ωοθήκες και σε άλλους ιστούς και όργανα.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1. **Αλκυλιούντες παράγοντες.** Αυτά διαταράσσουν, την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εργασίες κυττάρου και κυρίως, διαστρέφουν την λειτουργία των νουκλεϊνικών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο κυρίως στην προμιτωτική φάση.
2. **Αντιμεταβολίτες.** Υποκαθιστούν τις ουσίες που είναι απαραίτητες για την βιοσύνθεση νουκλεϊνικών οξέων, προσροφούνται από τα ένζυμα και παρεμποδίζουν τη δράση τους. Δρουν στη φάση S του κυττάρου που γίνεται η σύνθεση του DNA.
3. **Αναστολείς κυτταρικής μίτωσης.** Αναστέλλουν την εξέλιξη της μίτωσης των κυττάρων.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν:

1. Από το στόμα.
2. Ενδοαγγειακά (ενδοφλέβια, ενδοαρτηριακά)
3. Ενδομυϊκά
4. Με έγχυση στο νεόπλασμα.
5. Με έγχυση σε κοιλότητα.

Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας

1. Γίνεται ομαδική προσέγγιση του αρρώστου, και καταβάλλεται προσπάθεια ν' αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για την βοήθεια του σαν μια

ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά, συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

2.Βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές ενέργειες και οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου είναι επακόλουθο των φαρμάκων αυτών.

3.Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μαθήσεως κατά την εκπαίδευση του αρρώστου να αποδειχθεί, εφαρμόσει την θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της.

4. Προσφέρεται στον άρρωστο ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για την χημειοθεραπεία.

5. Γίνεται αξιολόγηση γενική του αρρώστου για την θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας κ.α.

Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

1.Καταστολή του μυελού των οστών:

Παρατηρείται: (α) Λευκοπενία. Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση λευκών, διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός.

Επίσης, μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία. Παρακολουθούνται και οι κοιλότητες και το δέρμα για λοίμωξη.

(β) Θρομβοπενία Παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια (φ.τ. 200.000-300.000/mm<sup>3</sup>).Αν ο άρρωστος έχει αιμοπετάλια κάτω από 50.000/mm<sup>3</sup> θα πρέπει να νοσηλευτεί. Επίσης παρακολουθούνται τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες και αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες (μάτι, στόμα) για ρινο-ουλορραγίες, και η αρτηριακή πίεση του αίματος.

(γ) Αναιμία. Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη και ο αιματοκρίτης. Βοηθείται ο ασθενής με διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο. Επίσης ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και με φαρμακευτικά σκευάσματα. Τέλος, αποφεύγεται ο άρρωστος να κουράζεται και χορηγείται αίμα με την οδηγία γιατρού.

2. Γαστρεντερικές διαταραχές: Εκδηλώνονται με:

(α) Ναυτία, Εμετούς. Παρακολουθείται (1) η συχνότητα των εμετών, η ποσότητα και ο χαρακτήρας, (2) η αποστροφή στην τροφή η ανορεξία και (3) η θρέψη του αρρώστου.

Χορηγούνται αντιεμετικά φάρμακα, κατόπιν ιατρικής οδηγίας:

Χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή των ώρα που θα κοιμηθεί ο άρρωστος, εκπαίδευση αρρώστου και της

οικογένειας του για την χρήση αντιεμετικού υποθέτου, ενημέρωση γιατρού για διαταραχή ισορροπίας ηλεκτρολυτών.

(β) Διάρροια/ Σύσπαση κοιλιακών μυών: Παρακολουθούνται το χρώμα, ποσότητα, περιεκτικότητα διαρροϊκής κένωσης. Επίσης, παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης. Περιορισμός κυτταρίνης απ' το διαιτολόγιο και προτιμούνται τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.

Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα, δίνονται πολλά υγρά, βοήθεια στην διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και τέλος, φροντίδα δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περινεού για την πρόληψη ερεθισμού.

(γ) Στοματίτιδα – Έλκη. Παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας για ξηρότητα, ερυθρότητα, λευκοπλακία.

Βοηθείται ο άρρωστος με τη συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και την προσφορά λευκής χλιαρής τροφής.

3. Νευροτοξικότητα. Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας ή σοβαρότερης νευροπάθειας.

4. Ωτοτοξικότητα. Εκτίμηση ακοής αρρώστου πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας.

5. Ηπατοτοξικότητα. Παρακολουθείται η λειτουργία του ήπατος με τις γνωστές ηπατολογικές εξετάσεις.

6. Νεφροτοξικότητα. Παρακολούθηση λειτουργικότητας νεφρών.

7. Ανοσοκατασταλτική επίδραση. Παρακολούθηση αρρώστου για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, λευκοπενία.

8. Διαφοροποιήσεις ενδροκρινών αδένων. Παρακολούθηση αρρώστου για αμηνόρροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών φύλου κ.α.

9. Αλωπεκία. Ενημέρωση αρρώστου ότι τα μαλλιά του θα πέσουν κατά την διάρκεια της θεραπείας αλλά θα ξαναβγούν 8 περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας. Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά την θεραπεία και 10-15' μετά εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.

10. Αλλαγές στο δέρμα. Δίνονται στον άρρωστο έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος. (13)

### Παρενέργειες της αντινεοπλασματικής χημειοθεραπείας

Οι παρενέργειες των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στην αντινεοπλασματική χημειοθεραπεία είναι αρκετά σοβαρές. Η ποιότητα ζωής του υπό χημειοθεραπεία αρρώστου, καθώς και η διάρκεια της τελικής του



επιβίωσης συχνά εξαρτώνται από την ένταση και την βαρύτητα της εκδηλούμενης τοξικότητας.

Καθώς ο μέσος χρόνος επιβίωσης αυξάνει καθημερινά για τα περισσότερα κακοήθη νεοπλάσματα , με τη σύγχρονη θεραπευτική μεθοδολογία έρχονται στο προσκήνιο νέες και άγνωστες παρενέργειες που συνήθως εμφανίζονται καθυστερημένα

Η γνώση της ποικιλίας και της βαρύτητας των παρενεργειών της αντινεοπλασματικής χημειοθεραπείας σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της μεθοδολογίας πρόληψης και αντιμετώπισης τους θα οδηγήσει στη μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.<sup>(1)</sup>

*Πίνακας 1. Ταξινόμηση της τοξικότητας των αντινεοπλασματικών χημειοθεραπευτικών φαρμάκων*

<p><b>ΜΕΣΑ</b> (έναρξη σε μερικές ώρες ή λίγες μέρες)</p>	<p>Ναυτία / εμετός Τοπική νέκρωση ιστών Φλεβίτις Υπερουριχαιμία Νεφρική ανεπάρκεια Δερματική εξανθήματα Αναφυλακτικές αντιδράσεις</p>	<p>Αιμορραγική κυστίτις (Κυκλοφωσφαμίδη, Ιφωσφαμίδη) Υπασβεστιαμία (Μυθραμυκίνη) Ερύθημα προσώπου (Μυθραμυκίνη, Τεγκαφούρη) Αναμνηστική δερματική αντίδραση (έγκαυμα) στην ακτινοβολία (Ακτινομυκίνη, Μεθοτρεξάτη) Πυρετός / ρίγη (Μπλεομυκίνη, Ιντερφερόνη, Ιντερλευκίνη) Ισχαιμία μυοκαρδίου (Φθοριοουρακίλη) Διαταραχές του ρυθμού (Αδριαμυκίνη) Σύνδρομο τριχοειδικής διαρροής (Ιντερλευκίνη, Παράγων νέκρωσης του όγκου)</p>
<p><b>ΠΡΩΙΜΑ</b> (έναρξη σε λίγες μέρες ή εβδομάδες)</p>	<p>Λευκοπενία Θρομβοπενία Αλωπεκία Στοματίτις Διάρροια Μεγαλοβλαστική αντίδραση Τοξική επιδερμόλυση</p>	<p>Παραλυτικός ειλεός (Βινκριστίνη, Βιμπλαστίνη) Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη (L-Ασπαραγινάση) Υπερασβεστιαμία (Οιστρογόνα) Ψύχωση (Κορτικοειδή) Παγκρεατίτιδα (L-Ασπαραγινάση) Κατακράτηση υγρών (Οιστρογόνα, Κορτικοειδή) Γριπποειδής συνδρομή (Ντακαρβαζίνη, Ιντερφερόνη, Ιντερλευκίνη) Πνευμονικές διηθήσεις (Μπλεομυκίνη, Μεθοτρεξάτη, Μιτομυκίνη C) Παρεγκεφαλιδική αταξία (Φθοριοουρακίλη) Ωτοτοξικότητα (Σισπλατίνη, Βιντεζίνη)</p>
<p><b>ΕΠΙΒΡΑΔΥΣΜΕΝΑ</b></p>	<p>Αναιμία</p>	<p>Περιφερική νευρίτιδα</p>

(έναρξη σε εβδομάδες ή μήνες)	Αζωοσπερμία Ηπατοκυτταρική βλάβη Υπέρχρωση δέρματος Πνευμονική ίνωση	(Βινκριστίνη, Βιμπλαστίνη, Βιντεζίνη) Καρδιακή νέκρωση (Νταουνορουμπικίνη, Κυκλοφωσφαμίδη) Δυσκοιλιότητα (Βινκριστίνη, Βιμπλαστίνη, Βιντεζίνη) Σύνδρομο Cushing (Κορτικοειδή) Απρόσφορη έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης (Κυκλοφωσφαμίδη, Βινκριστίνη) Αρρενοποίηση (Ανδρογόνα) Γυναικομαστία (Οιστρογόνα, Αγωνιστές LHRH) Χολοστατικός ίκτερος (Μερκαπτοπουρίνη, Ανδρογόνα) Σύνδρομο Addison (Βουσουλφάνη)
<b>ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΑ</b> (έναρξη σε μήνες ή χρόνια)	Στείρωση Υπογοναδισμός Οξεία λευχαιμία Λέμφωμα Συμπαγές όγκοι Άλλες κακοήθειες	Ηπατική ίνωση (Μεθετρεξάτη) Ρίκνος νεφρός (Σεμουστίνη) Εγκεφαλοπάθεια (Μεθοτρεξάτη, Ακτινοβολία του ΚΝΣ) Οστεοπόρωση (Κορτικοειδή) Καρκίνος κύστης (Κυκλοφωσφαμίδη, Ιφωσφαμίδη)

Μελέτη των αντιοξειδωτικών παραγόντων και πρωτεϊνών οξείας φάσεως σε ασθενή με καρκίνο λάρυγγα

Οι αντιοξειδωτικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των καρωτινοειδών των βιταμινών C και E και των ιχνοστοιχείων, μπορούν να έχουν προστατευτικό ρόλο στην ανάπτυξη κακοηθών νεοπλασμάτων.

Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ των επιπέδων των αντιοξειδωτικών παραγόντων και του καρκίνου του λάρυγγος, ιδιαίτερα στους ασθενείς με υποτροπή.

Ο προστατευτικός ρόλος των αντιοξειδωτικών παραγόντων οφείλεται μεταξύ άλλων και στην αδρανοποίηση των βλαπτικών ελευθέρων

ριζών και των δραστικών μορίων του οξυγόνου τα οποία παράγονται απ' το μεταβολισμό του κυττάρου είτε εξωγενώς.

Ανάμεσα σ' αυτούς τους παράγοντες συγκαταλέγονται οι βιταμίνες Α, C και Ε, το β- καρωτένιο τα οποία μέσα από έρευνες πειραματικές και κλινικές, φάνηκε ότι αναστρέφουν την καρκινογένεση.

Συμπερασματικά απ' τις μελέτες προκύπτει ότι η ανάπτυξη υποτροπής σε ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα σχετίζεται με την μείωση των αντιοξειδωτικών παραγόντων στον ορό και στηρίζει τη σημαντική αξία της χημειοπροφύλαξης στις ομάδες υψηλού κινδύνου.(8)

## Χειρουργική παρέμβαση

1.Προεγχειρητική προετοιμασία.

Α. Μείωση αγωνίας επιτρέποντας στον άρρωστο να εκφράσει με λόγια το φόβο του για την επέμβαση.

Β. Διερμηνεία τω πληροφοριών του χειρουργού.

Γ. Εξασφάλιση πνευματικής και συμβουλευτικής βοήθειας αν την επιθυμεί ο άρρωστος.

Δ. Προετοιμασία αρρώστου να αναπνέει μέσα από το τραχειακό άνοιγμα. Ενημέρωση αρρώστου για το τι μπορεί να περιμένει μετά την εφαρμογή τραχειοσωλήνα.

Ε. Σχεδιασμός μέσων επικοινωνίας για μετά την εγχείρηση.

Στ. Πληροφόρηση για την μετεγχειρητική φάση.

Είδη χειρουργικών επεμβάσεων.

1) Χορδεκτομία- Μερική Λαρυγγεκτομή

- Υγιεινή στόματος
- Εκτίμηση ζωτικών σημείων
- Προειδοποίηση αρρώστου για περιορισμό χρησιμοποίησης της φωνής του.

Εγκαθίδρυση εναλλακτικών μέσων επικοινωνίας.

- Διδασκαλία αρρώστου πως να κλείνει το στόμιο της τραχείας για να μιλά.
- Όταν το ανέχεται ο άρρωστος, χορήγηση μαλακών τροφών, αντί υγρών.
- Παρακολούθηση ενδοφλέβιων χορηγήσεων και τεχνητής διατροφής.
- Παρακολούθηση εγχειρητικής περιοχής για αιμορραγία, υποδόριο εμφύσημα.

- Χορήγηση αναλγητικών ή ναρκωτικών όταν είναι ανάγκη.

## 2. Υπεργλωττιδική Λαρυγγεκτομή.

Είναι μια οριζόντια τομή πάνω από τις γνήσιες φωνητικές χορδές που επιτρέπει την αφαίρεση μόνο του παθολογικού ιστού. Φροντίδα όπως και στην προηγούμενη.

## 3. Ολική Λαρυγγεκτομή

- Ότι και στις δύο προηγούμενες περιπτώσεις.
- Ανύψωση του άνω μέρους του κρεβατιού 30° για την διευκόλυνση παροχέτευσης, και διατήρησης του αεραγωγού.
- Εξασφάλιση εφυγρασμένου αέρα στο τραχειακό άνοιγμα. Εφυγρασμένο οξυγόνο χορηγείται όσες φορές το χρειάζεται ο άρρωστος.
- Φροντίδα περιστομιακού δέρματος. Χρησιμοποίηση αλοιφής (νεοσπορίνη) για πρόληψη σχηματισμού κρούστας και ρήξης δέρματος.
- Αναρρόφηση όταν είναι ανάγκη.
- Χορήγηση τροφής απ' τον ρινογαστρικό σωλήνα. Χορήγηση απαραίτητου νερού. Παρακολούθηση για επιπλοκές.
- Διδασκαλία αρρώστου να τοποθετεί το χέρι του πίσω απ' το κεφάλι του για να διευκολύνει το σήκωμα του.
- Διδασκαλία αρρώστου για τροποποίηση της υγιεινής στόματος (βούρτσισμα γλώσσας, υπερώας, εσωτερικού του στόματος).
- Εξασφάλιση ψυχολογικής υποστήριξης.

## 4. Ριζική τραχηλική εκσκαφή- αφαίρεση εκτεταμένης ποσότητας ιστού του προσώπου, νεφρών, οστών και λεμφαδένων που περιβάλλουν τον όγκο.

- Ότι και στην λαρυγγεκτομή.
- Παρακολούθηση της αναρρόφησης για ποσότητα, χρώμα, σύσταση υγρού παροχέτευσης. (12)

**Πίνακας: Προδιαθεσικοί παράγοντες για λοίμωξη σε νεοπλασματικούς αρρώστους.**

**Κοκκιοκυτταροπενία (π.χ. οξεία λευχαιμία)**

Σχετίζεται συνήθως με βλάβη στα καλυπτήρια επιθήλια του σώματος (ειδικότερα με την ακεραιότητα και λειτουργικότητα του βλεννογόνου του πεπτικού συστήματος, του κροσσώτου επιθηλίου των αναπνευστικών οδών και του δέρματος).

Συνήθως ανευρισκόμενοι μικροοργανισμοί:

Gram αρνητικά βακτηρίδια (αεριογόνος, ψευδομονάς, κλεμπσιέλλα, κολοβακτηρίδιο)

Gram θετικοί κόκκοι (χρυσίζων σταφυλόκοκκος, σταφυλόκοκκος της επιδερμίδας).

Μύκητες (ωίδιον το λευκάζον, ασπέργιλλος, βλαστομύκης ο φαλακρός)

**Ανεπάρκεια της κυτταρικής ανοσίας (π.χ. κακοήθες λεμφωμα)**

Συνήθως ανευρισκόμενοι μικροοργανισμοί:

Βακτηρίδια (λίστέρια η μονοκυτογενής, σλαμονέλλες, μυοβακτηρίδια, αστροειδής νοκάρδια, λετζιονέλλα, πνευμόφιλλος)

Ιοί (ανεμοβλογιάς- έρπητος, απλού έρπητος, μεγαλοκυτταροϊός, ηπατίτιδος Α,Β και C.

Μύκητες (κρυπτόκοκκος, νεομορφοποιός, ιστόπλασμα, κοκκιοειδή)

Πρωτόζωα (πνευμονοκύστη, τοξόπλασμα)

Ελμίνθες (στρογγυλοειδές στερκοφάγος).

**Ανεπάρκεια της χημικής ανοσίας (π.χ. πολλαπλούν μυέλωμα)**

Συνήθως ανευρισκόμενοι μικροοργανισμοί:

Πνευμονιόκοκκος

Αιμόφιλος της ινφλουέντσας

**Απόφραξη φυσιολογικών διόδων (π.χ. συμπαγείς όγκοι)**

Συνήθεις θέσεις:

Αναπνευστικές οδοί

Εξωηπατικά χοληφόρα

Ουροφόροι οδοί

Συνήθεις μικροοργανισμοί:

Αποικισμός από την τοπική χλωρίδα

**Δυσλειτουργία του ΚΝΣ (π.χ. όγκοι του εγκεφάλου)**

Συνήθεις θέσεις:

Πνεύμονες

Ουροφόροι οδοί

Συνήθεις μικροοργανισμοί:

Αποικισμός από την τοπική χλωρίδα

**Λοιμώξεις σχετιζόμενες με ιατρικές πράξεις**

Συνήθεις πράξεις:

Ενδοαγγειακοί καθετήρες  
Ουροκαθετήρες  
Μηχανήματα αναπνευστικής υποστήριξης  
Συνήθεις μικροοργανισμοί:  
Αποικισμός από την τοπική χλωρίδα

*Πίνακας Χημειοθεραπευτικά αντινεοπλασματικά φάρμακα που συνήθως προκαλούν έντονη ναυτία και εμέτους*

**Φάρμακο**

Αζωθυπερίτης

Σισπλατίνη

Νταρκαβαζίνη

Νταουνορουμπικίνη

Ντοξορουμπικίνη

Κυκλοφωφamide

Λομουστίνη

**Ένταση και διάρκεια**

Εμφανίζονται σε όλους τους αρρώστους. Η συμπτωματολογία είναι συνήθως βαρεία και σταματά μετά από 24 ώρες.

Εμφανίζονται σε όλους τους αρρώστους και η συμπτωματολογία είναι πολύ βαρεία. Η ενυδάτωση αυξάνει την ανοχή ενώ η ναυτία συχνά παρατείνεται για αρκετές μέρες, ιδιαίτερα αν το φάρμακο χορηγηθεί σε μικρές επαναλαμβανόμενες δόσεις.

Εμφανίζονται σε όλους τους αρρώστους σχεδόν σύγχρονα με τη χορήγηση της και συνήθως σταματούν σε 6 έως 8 ώρες.

Εμφανίζονται στο 85% των αρρώστων, είναι μέτριας έντασης και συνήθως σταματούν σε 24 ώρες.

Εμφανίζονται στο 60% των αρρώστων, είναι μέτριας έντασης και συνήθως σταματούν σε 36 ώρες.

Εμφανίζονται στο 50% των αρρώστων, είναι μέτριας έντασης και συνήθως σταματούν σε μερικές ώρες.

Εμφανίζονται στο 75% των αρρώστων σε 3-6 ώρες από τη λήψη της, είναι μέτριας έντασης και διαρκούν 2-4 ώρες.

<i>Πίνακας. Πνευμονική τοξικότητα των αντινεοπλασματικών χημειοθεραπευτικών φαρμάκων</i>	
<b>Κλινική εικόνα</b>	Ξηρός βήχας, δύσπνοια, ταχύπνοια, πυρετός, κυάνωση, λεπτοί υποτρίζοντες στις βάσεις αμφοτερόπλευρα που εξελίσσονται σε παχείς τριόζοντες και ρεγχάζοντες, μερικές φορές πλευριτική τριβή και θωρακικός πόνος.
<b>Ακτινολογική εικόνα</b>	<p><b>Αρχικά</b> αμφοτερόπλευρες λεπτές δικτυοειδείς διηθήσεις βάσεων</p> <p>Αργότερα προϊούσες αμφοτερόπλευρες διάμεσες και κυψελιδικές διηθήσεις που καταλήγουν σε πύκνωση.</p> <p>Βουσουλφάνη γραμμοειδείς διηθήσεις άμφω, σπάνια πλευριτική συλλογή.</p> <p>Χλωραμβουκίλη διάμεσο διήθημα που ξεκινά μεμονωμένο και τελικά επεκτείνεται και στους δύο πνεύμονες.</p>
<b>Συχνότητα</b>	<p>Μπλεομυκίνη 5% (θανατηφόρος στο 1-2%)</p> <p>Μιτομυκίνη και Βουσουλφάνη 3%</p> <p>Για τα υπόλοιπα φάρμακα δεν μπορεί να προσδιορισθεί.</p>
<b>Πορεία και έκβαση</b>	Οι μισοί άρρωστοι συνήθως πεθαίνουν από προϊούσα αναπνευστική (πνευμονική) ανεπάρκεια, ενώ οι υπόλοιποι αναλαμβάνουν και η ακτινολογική τους εικόνα επανέρχεται στο φυσιολογικό μετά τη διακοπή του φαρμάκου και τη χορήγηση κορτικοστεροειδών.



## 9.Αποκατάσταση

Η εκμάθηση του λαρυγγεκτομηθέντος να μιλά εξαρτάται από την ικανότητα του λογοθεραπευτή. Εάν αυτός είναι ικανός, 75% περίπου των ασθενών μιλούν με την οισοφάγειο φωνή. Αλλιώς το ποσοστό δεν υπερβαίνει το 40%

Οι ασθενείς καταπίνουν αέρα τον οποίο αποβάλλουν με ερυγές.

Για τους αρρώστους που δεν μπορούν να μάθουν αυτόν τον τρόπο ομιλίας υπάρχει και ο ηλεκτρονικός λάρυγγας.

Ο λάρυγγας αυτός παράγει ήχο όπως μία ηλεκτρική ξυριστική μηχανή η οποία τοποθετείται στο κάτω μέρος του πηγουνιού και με την προφορά των λέξεων μετατρέπεται ο ήχος του ηλεκτρικού λάρυγγα σε ομιλία.(5)

Όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, βρίσκονται μέσα στο πνεύμα της αποκαταστάσεως του αρρώστου με καρκίνο του λάρυγγα; Η έννοια της λέξης «αποκατάσταση» σημαίνει την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενη κατάσταση του ύστερα από την διατάραξη ή αλλαγή που δέχτηκε.

Και ασφαλώς έτσι είναι όταν πρόκειται για την αποκατάσταση του αρρώστου που έκανε λαρυγγεκτομή ή «παρά φύσιν έδρα» κ.α..

Σήμερα όταν μιλάμε για αποκατάσταση, εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει- βιο-ψυχολογικές- όσο και αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει «ποιότητα ζωής» σήμερα, δηλαδή να μην κλαίει για το χθές και να μην τρέμει για το αύριο.

Έτσι, όλα, τα μέλη της ομάδας υγείας, από την στιγμή της πρώτης ύποπτης διαγνώσεως του καρκίνου πρέπει να κρατήσουν στάση κατανοήσεως, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο. Στη φάση αυτή, είναι πολύ σημαντική η υποστήριξη του αρρώστου. Επειδή όμως στη φάση αυτή- βοήθειας αποκαταστάσεως- η οικογένεια του αρρώστου με τα μέλη ομάδας υγείας, ασκεί επίδραση η οικογένεια του αρρώστου και το κοινωνικό του περιβάλλον, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται και αυτές ως ομάδες στις διαστάσεις της αποκατάστασης.

Πρέπει δηλ. να δούμε πώς η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου επηρεάζουν τον άρρωστο και πως θα μπορέσουν να συμβάλλουν θετικά στην αποκατάσταση του.

Επομένως, όταν μιλάμε για οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο, πρέπει να δούμε τους παράγοντες: οικογένεια- κοινωνία με την διπλή της άποψη: (α) τον θετικό και υποστηρικτικό τους ρόλο στον άρρωστο και (β) την ανάγκη των ιδίων των μελών αυτών των ομάδων για υποστήριξη.

Για να υλοποιηθεί η φιλοσοφία της αποκατάστασεως, θα πρέπει οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο, να φροντίζονται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας στην καρκιнологία και την ψυχολογία αρρώστου με καρκίνο.

Επομένως οι ειδικότητες ογκολογίας και ογκολογικής Νοσηλευτικής θα καλύψουν ένα κενό στην σωστή αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς. Επίσης η διαφώτιση της κοινωνίας με επιστημονικά μελετημένο τρόπο στο θέμα αποκατάστασης, αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα.

Τέλος σημαντικά είναι και τα ειδικά προγράμματα αποκατάστασης του αρρώστου με καρκίνο.

Τέλος σημαντικά είναι και τα ειδικά προγράμματα αποκατάστασης του αρρώστου με καρκίνο.

Η εφαρμογή, αυτών των προγραμμάτων θα αρχίζει στο νοσοκομείο και θα συνεχίζεται πολλές φορές μέχρι την τελευταία στιγμή του αρρώστου, στο σπίτι, με την βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας (πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας) και με τα κέντρα ψυχοκοινωνικής αποκαταστάσεως του οικογενειακού περιβάλλοντος του καρκινοπαθούς.  
(13)

## **10. Μελέτη των αντιοξειδωτικών παραγόντων και πρωτεϊνών οξειάς φάσεως σε ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα**

Η διατροφή και ο ρόλος της στην ανάπτυξη κακοηθών νεοπλασμάτων έχει μελετηθεί με πλήθος επιδημιολογικών ερευνών. Μερικοί διαιτητικοί παράγοντες, όπως το λίπος, έχουν αιτιατή σχέση με τις διάφορες κακοήθειες νεοπλασίες, ενώ αντίθετα άλλοι, όπως οι αντιοξειδωτικοί παράγοντες, ιχνοστοιχεία και φυτικές ίνες, μπορούν να έχουν προστατευτικό ρόλο. Ο προστατευτικός ρόλος των αντιοξειδωτικών παραγόντων οφείλεται μεταξύ άλλων και στην αδρανοποίηση των βλαπτικών ελευθέρων ριζών και στην αδρανοποίηση των βλαπτικών ελευθέρων ριζών και των δραστικών μορίων του οξυγόνου τα οποία παράγονται κατά το μεταβολισμό του κυττάρου, είτε εξωγενώς. Ανάμεσα στους αντιοξειδωτικούς παράγοντες συγκαταλέγονται οι βιταμίνες A,C και E, καθώς και το β-καροτένιο, τα οποία δρουν ευεργετικά στη διαφοροποίηση των επιθηλιακών κυττάρων, στο ανοσοποιητικό σύστημα, στην αναστολή της δράσης διαφόρων καρκινογόνων παραγόντων όπως των ελευθέρων ριζών.

Πληθώρα επιδημιολογικών, πειραματικών, και κλινικών ερευνών έχουν δείξει μια άμεση σχέση μεταξύ των ανωτέρω παραγόντων με την προφύλαξη ή και την αναστροφή της καρκινογενέσεως. Αυτό οδήγησε και

μεταξύ άλλων, στην ιδέα της χημειοπροφύλαξης ως μέσο προστασίας του γενικού πληθυσμού ή των ομάδων υψηλού κινδύνου. Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο καρκίνος του λάρυγγα δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, συγκρινόμενος με άλλους τύπους καρκίνου, σχεδιάσαμε μια πρόδρομη μελέτη των αντιοξειδωτικών παραγόντων με ορό ασθενών της κλινικής μας με καρκίνο του λάρυγγος, σε σχέση με διαφόρους παραμέτρους της νόσου, καθώς και πρωτεΐνες που συνδέονται με αντιοξειδωτικούς παράγοντες και την κατάσταση θρέψεως.

## Υλικό και μέθοδος

Υλικό της μελέτης απετέλεσαν 35 ασθενείς με μαλπιγιακό καρκίνο του λάρυγγος (29 άνδρες, 6 γυναίκες) ηλικίας 44-77 ετών και 37 υγιείς που απετέλεσαν την ομάδα των μαρτύρων (23 άνδρες- 14 γυναίκες) ηλικίας 35-55 ετών. Η κατανομή των ασθενών πριν την θεραπεία ήταν: στάδιο I:8, στάδιο II:10, στάδιο III:9, στάδιο IV:8.

Όλοι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε θεραπευτικούς χειρισμούς όπως λαρυγγεκτομή, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ή σε συνδυασμούς αυτών. Από τους ασθενείς, 12 εμφάνιζαν ενεργό νόσο (υποτροπή) και οι 23 ευρίσκοντο σε ύφεση της νόσου (χωρίς υποτροπή). Το υλικό της μελέτης χωρίστηκε σε ομάδες, οι οποίες συγκρίθηκαν μεταξύ τους ως εξής:

α. ομάδα μαρτύρων (N=37), β. ομάδα ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα (N=35), γ. ομάδα ασθενών με ενεργό νόσο (N=12), δ. ομάδα ασθενών με ύφεση της νόσου (N=23). Στους ασθενείς της μελέτης δεν παρατηρήθηκαν ουσιαστικές διαφορές στις διαιτητικές συνήθειες, 6-8 μήνες μετά την θεραπεία, έγινε αιμοληψία 20 κ.ε., στους ασθενείς της μελέτης και στους μάρτυρες ακολούθησε φυγοκέντριση και οι όροι φυλάσσονταν στους -20 °C. Οι αναλύσεις έγιναν εντός ενός μηνός.

Οι αντιοξειδωτικές ουσίες που μετρήθηκαν στον ορό ήταν: η βιταμίνη A (VIT A), το β-καροτένιο (B-CAR), και η βιταμίνη C (VIT C) στο πλάσμα. Οι πρωτεΐνες οξείας φάσεως ήταν: α-1 όξινη γλυκοπρωτεΐνη (AAG), η τρανσφερίνη (TRF), η σερουπλασμίνη (COE) η προαλβουμίνη (PRE), η πρωτεΐνη μεταφοράς ρετινόλης (RBP). Η βιταμίνη C προσδιορίστηκε με την μέθοδο KYAW. Όλες οι πρωτεΐνες προσδιορίστηκαν με τη νεφελομετρική μέθοδο με αντιορούς της εταιρείας BEHRING σε νεφελόμετρο BN 100 BEHRING.

Οι τιμές που προκύψανε από τις μετρήσεις ταξινομήθηκαν και έγινε στατιστική επεξεργασία με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το T-test.

## Αποτελέσματα

Από τη σύγκριση των διαφόρων παραμέτρων μεταξύ της ομάδος με καρκίνο του λάρυγγα και των μαρτύρων προκύπτει ότι στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P=0,010$ ) υπάρχει στα επίπεδα της βιταμίνης C. Διαφορές εμφανίζονται στη σερουλοπλασμίνη και τρανσφερίνη, χωρίς όμως να είναι στατιστικά σημαντικές. Οι υπόλοιπες παράμετροι εμφανίζουν μικρότερες διαφορές.

Η σύγκριση των μέσων τιμών των μετρηθέντων παραγόντων μεταξύ της ομάδος ασθενών με ενεργό νόσο και των μαρτύρων, δείχνει την στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P=0.007$ ) στις παραμέτρους σερουλοπλασμίνη και α-1 όξινη γλυκοπρωτεΐνη.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές εμφανίζονται για την τρανσφερίνη και την βιταμίνη C, όπως και στις προηγούμενες ομάδες. Το β- καρωτένιο παρουσιάζεται μειωμένο στους ασθενείς με ενεργό νόσο. ( $P=0,253$ ). Η ομάδα των ασθενών με ενεργό νόσο συγκρινόμενη με την ομάδα των ασθενών που εμφανίζει ύφεση της νόσου, έχει στατιστικά σημαντικές διαφορές στη σερουλοπλασμίνη ( $P=0.020$ ) και στην α-1 όξινη γλυκοπρωτεΐνη, ενώ παρατηρείται στατιστικά σημαντική μείωση των μέσων τιμών στο β- καρωτένιο και στην τρανσφερίνη.

Οι τιμές της βιταμίνης A δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις ομάδες μελέτης και στους μάρτυρες.

## Συζήτηση

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι διαιτητικοί παράγοντες, όπως οι βιταμίνες A,C,E, το β- καρωτένιο, μπορούν να προστατεύσουν από την ανάπτυξη μαλπιγιακού καρκίνου. Οι αντιοξειδωτικοί παράγοντες θεωρούνται από τους πρωταρχικούς παράγοντες άμυνας εναντίον της δράσης των ελευθέρων ριζών και των δραστικών μορίων οξυγόνου, που παράγονται είτε ενδογενώς είτε από εξωγενείς πηγές, όπως είναι ο καπνός, οι οργανικοί διαλύτες, οι αέριοι ρυπαντές. Τρεις μελέτες έχουν αναφερθεί στη συσχέτιση του καρκίνου του λάρυγγα και των βιταμινών. Οι Graham και συν. (1981) αξιολόγησαν την επίδραση της διαιτητικής αγωγής σαν παράγοντα επικινδυνότητας ανάπτυξης καρκίνου του λάρυγγα και παρατήρησαν ότι στα άτομα που η λήψη βιταμίνης C ήταν μικρότερη του 1/3 της ημερήσιας απαιτούμενης δόσης, εμφάνιζαν τριπλάσιο ποσοστό ανάπτυξης καρκίνου του λάρυγγα. Σε πρόσφατες μελέτες, παρατηρήθηκε

στατιστικά σημαντική αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης του καρκίνου του λάρυγγα που σχετίζεται με την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών.

Η μελέτη μας αφορούσε ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα και μελετήθηκαν τα επίπεδα των ανθρώπων των αντιοξειδωτικών παραγόντων 6 έως 8 μήνες μετά τη θεραπεία και συσχετίστηκαν με την υποτροπή της νόσου. Επίσης μελετήθηκαν και ορισμένες πρωτεΐνες που σχετίζονται με τη θρέψη και την βιολογική δράση των αντιοξειδωτικών παραγόντων. Η διαφορά που παρατηρήθηκε στο μέσο όρο των ηλικιών μαρτύρων- ασθενών δεν φαίνεται να επηρεάζει τις τιμές των μετρήσεων των παραγόντων της μελέτης και προκύπτει από πρόσφατη εργασία.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση στα επίπεδα της βιταμίνης C, το β-καρωτένιο, την τρασφερίνη, την α-1 όξινη γλυκοπρωτεΐνη μεταξύ των μαρτύρων και των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα, ιδιαίτερα με τους ασθενείς που εμφανίζουν υποτροπή της νόσου.

Το ασκορβικό οξύ είναι ευρέως γνωστός αντιοξειδωτικός παράγων και μια από τις δράσεις που είναι η αναστολή δημιουργία νιτροζαμίνης, που θεωρείται παράγων κινδύνου ανάπτυξης κινδύνου.

Σε πρόσφατη μελέτη των De Vries και Snow (1990) έχει καταδειχθεί η σχέση των επιπέδων των βιταμινών A,E και β-καρωτένιου με την εμφάνιση δευτέρου πρωτοπαθούς σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, καθώς και η υποστροφή προκαρκινικών βλαβών με τη χορήγηση ρετινοειδών.

Τα επίπεδα της βιταμίνης A δεν βρέθηκαν να εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις ομάδες μελέτης. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τις απόψεις των Stahelin και συν (1991) που θεωρούν ότι η βιταμίνη A δρα ανεξάρτητα από το β-καρωτένιο και μέσω άλλων μηχανισμών.

Οι δείκτες θρέψεως, προαλβουμίνη και πρωτεΐνη μεταφοράς της ρετινόλης (RBP), που βοηθά τα ρετινοειδή να εισέρχονται στα κύτταρα, δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις ομάδες μελέτης, στοιχείο ενδεικτικό της απουσίας καχεξίας. Οι χαμηλές τιμές των αντιοξειδωτικών παραγόντων που παρατηρούνται στους ασθενείς της μελέτης, δεν μπορεί να οφείλονται σε υποθρεψία. Οι πιο πάνω πρωτεΐνες έχουν χρησιμοποιηθεί ως δείκτες παρεντερικής διατροφής.

Τα επίπεδα της σερουλοπλασμίνης και α-1 όξινης γλυκοπρωτεΐνης εμφανίζουν στατιστικά μικρή διαφορά στην ομάδα των καρκινοπαθών σε σχέση με τους μάρτυρες, γίνεται όμως στατιστικά σημαντική στους ασθενείς με ενεργό νόσο (υποτροπή) τα πιο πάνω ευρήματα είναι ενδεικτικά της δραστηριότητας των ελευθέρων ριζών και της ενεργοποίησης του συστήματος αμύνης του οργανισμού έναντι των ελευθέρων ριζών.

Συμπερασματικά από τη μελέτη προκύπτει ότι η ανάπτυξη υποτροπής σε ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγος σχετίζεται με τη μείωση των αντιοξειδωτικών παραγόντων στον ορό και στηρίζει τη σημαντική αξία της χημειοπροφύλαξης στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Η μελέτη όμως θα πρέπει να συνεχισθεί σε μεγαλύτερο δείγμα ασθενών και στην προσπάθεια απάντησης συγκεκριμένων ερωτημάτων όπως: αν οι μειωμένες τιμές των αντιοξειδωτικών παραγόντων του ορού έχουν αιτιατό ρόλο στην καρκινογένεση ή είναι επακόλουθο της καρκινικής καχεξίας και της μειωμένης παραγωγής πρωτεϊνών στο ήπαρ.(8)

## **ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ**

### **Θ Ορισμός:**

Είναι η δια τομής διάνοιξη της τραχείας αρτηρίας και διασωλήνωση της για τη διευκόλυνση της αναπνοής.

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ**

#### **1. Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα**

Πριν την εγχείρηση γίνεται η καθιερωμένη προεγχειρητική προετοιμασία .

Όταν η εγχείρηση γίνεται σ' εξαιρετικά επείγουσα περίπτωση, δεν προηγείται καμιά προετοιμασία πλην της απολυμάνσεως του δέρματος.

Όταν όμως υπάρχει ο χρόνος της προεγχειρητικής ετοιμασίας, τότε αυτή περιλαμβάνει την επεξήγηση και την αναγκαιότητα να συνεχίσει φυσιολογικά τη ζωή του μ' αυτήν.

Ετοιμασία κρεβατιού κ' περιβάλλοντος του ασθενούς.

Η τακτοποίηση είναι η ίδια με αυτού που πρόκειται να κάνει οποιαδήποτε εγχείρηση.

Επιπλέον όμως, στο κομοδίνο του ασθενούς τοποθετεί επιπρόσθετα ο νοσηλευτής –τρια μπλόκ, μολύβι και καθρέφτη, και λαμβάνεται φροντίδα για την υγραποίηση του εισπνεόμενου αέρα

#### **2.Μετεγχειρητική Φροντίδα ασθενούς**

Περιλαμβάνει

1)Την παρακολούθηση του τραχειοσωλήνα για να διατηρείται καθαρός ώστε να είναι ελεύθερη από εκκρίσεις η αναπνευστική οδός

2)Την τόνωση του ηθικού του ασθενούς .

Η μετεγχειρητική φροντίδα διαιρείται στην άμεση και έμμεση.

#### **2<sup>α</sup> Άμεση μετεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα**

Η θέση του ασθενούς στο κρεβάτι επηρεάζεται απ' το είδος της ναρκώσεως και το στάδιο της ανάνηψης.

Συνιστάται ανάροπη θέση γιατί μ' αυτή τη θέση μειώνεται το οίδημα που δημιουργήθηκε κατά την εγχείρηση και επιβοηθείται η αναπνοή.

Η δυσκολία του ατόμου να προσαρμοστεί στη νέα αναπνευστική οδό του δημιουργεί ανησυχία, συναίσθημα ασφυξίας και ανασφάλεια.

Γι' αυτό και ο νοσηλευτής –τρια πρέπει να είναι συνεχώς στο πλευρό του ασθενούς για να δημιουργηθεί αίσθημα ασφάλειας και ανακούφισης.

Όσπου να μάθει ο ασθενής ν' αναπνέει με τον τραχειοσωλήνα είναι πολύ εκνευρισμένος.

Γι' αυτό βοηθείται με ηρεμιστικά φάρμακα τα οποία χορηγούνται κατόπιν εντολής γιατρού.

Πρέπει να γίνεται συχνή αναρρόφηση απ' τον τραχειοσωλήνα (κάθε 10-15 τις πρώτες ώρες)

Η είσοδος ξένου σώματος στην τραχεία προκαλεί υπερέκκριση του βλεννογόνου και γι' αυτό επιβάλλονται συχνές αναρροφήσεις στην αρχή, ώσπου να προσαρμοστεί ο οργανισμός στο ξένο σώμα.

Ο εισπνεόμενος αέρας ο οποίος φυσιολογικά υγραίνεται θερμαίνεται και φιλτράρεται απ' τη μύτη, τώρα εισέρχεται απευθείας στην τραχεία, βρόγχους και πνεύμονες και ξηραίνει, ερεθίζει και μολύνει την αναπνευστική οδό.

Κατά συνέπεια βασικό καθήκον του νοσηλευτή –τριας είναι η δημιουργία τεχνητών συνθηκών κατά τις οποίες να θερμαίνεται, υγραίνεται και φιλτράρεται ο εισπνεόμενος αέρας.

Αυτό επιτυγχάνεται με:

-Τη διατήρηση της θερμοκρασίας του θαλάμου στους 25<sup>0</sup>-27<sup>0</sup>C

-Τη διατήρηση της ατμόσφαιρας καθαρής και χωρίς σκόνη

-Την τοποθέτηση και συχνή αλλαγή γάζας στο στόμιο του τραχειοσωλήνα.

-Την αποφυγή ρευμάτων με τα οποία κρυώνει ο αέρας και αιωρείται σκόνη.

Μετά από 6 ημέρες, ο ασθενής προσαρμόζεται στη νέα κατάσταση και δεν υπάρχει πλέον η ανάγκη για την υγραποίηση, θέρμανση και φιλτράρισμα του εισπνεόμενου αέρα.

Βασικό καθήκον του νοσηλευτή –τριας, η συχνή παρακολούθηση και διατήρηση καθαρού του εσωτερικού σωλήνα, με τη συχνή αφαίρεση και επανατοποθέτησή του.

## **2β. Έμμεση Μετεγχειρηματική Νοσηλευτική Φροντίδα**

Περιλαμβάνει ότι ακριβώς και η άμεση μετεγχειρητική φροντίδα και επιπλέον τα ακόλουθα:



Διευκολύνεται η κατάποση τροφών κατά τις πρώτες ημέρες με τη χορήγηση υδρικής διαίτας. Έχει ενημερωθεί ο ασθενής για την αναμενόμενη δυσκαταποσία και έτσι δεν ανησυχεί.

Το διαιτολόγιο αυξάνεται προοδευτικά, η τροφή γίνεται πολτώδης και όταν ο ασθενής μπορεί να καταπιεί εύκολα, δίνονται όλα τα είδη τροφών. Εξαίρεση αποτελούν οι υπερβολικά ξηρές τροφές.

Οι αναρροφήσεις απ' τον τραχειοσωλήνα γίνονται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα και μετά από 8-10 ημέρες δεν υπάρχει ανάγκη αναρρόφησης.

Η καθαριότητά του, εσωτερικού σωλήνα, γίνεται και αυτή σε αραιότερα χρονικά διαστήματα.

Έτσι, οι αλλαγές του τραχειοσωλήνα γίνονται πρωί, μεσημέρι, βράδυ.

### **3. Περιποίηση Τραχειοτομής και Τραχειοστομίου**

Ο εξωτερικός σωλήνας είναι μόνιμα τοποθετημένος στο τραύμα και συγκρατείται με στερεή επίδεση γύρω απ' τον τράχηλο.

Γύρω απ' το τραύμα τοποθετείται γάζα για να συγκρατεί τις εκκρίσεις ώστε να μην ερεθίζεται το δέρμα απ' αυτές. Αυτή αλλάζεται συχνά για να διατηρείται το δέρμα στεγνό και ν' αποφεύγονται δερματίτιδες.

Κάθε εμφάνιση εκκρίσεως πρέπει να αφαιρείται απ' το στόμιο του τραχειοσωλήνα, για να μην εισροφάται πάλι.

Για την περιποίηση του εξωτερικού τραχειοσωλήνα, αφαιρείται απ' τον νοσηλευτή –τρια. Και γίνεται η περιποίηση του τραύματος και του γύρω δέρματος με τον γνωστό για την περιποίηση τραύματος τρόπο.

Για το σκοπό αυτό, παίρνουμε το τροχήλατο αλλαγής στο οποίο έχουμε set με:

- Γάζες και τολύπια βάμβακος
- Λαβίδα και ψαλίδι
- Λεπτή φακαρόλα

Περιποίηση εσωτερικού τραχειοσωλήνα:

Τ' απαραίτητα αντικείμενα είναι:

- Δοχείο με αραιωμένο αξυγονούχο νερό
- Ανατομική λαβίδα
- Γάζες
- Συρμάτινο Port-cotton
- Βούρτσα τρίχινη κυρτή για την πλύση του σωλήνα
- Νεφροετιδές
- Βραστήρας

Με τη βοήθεια γάζας, οξυζενέ, νερού και βούρτσας καθαρίζουμε τον αυλό του εσωτερικού σωλήνα.

Μετά τον καθαρισμό βράζεται 3'-5' και επανατοποθετείται στον άρρωστο.

Ο εξωτερικός τραχειοσωλήνας αλλάζεται απ' το γιατρό.

Απαραίτητα αντικείμενα γι' αυτή την αλλαγή είναι set με:

- Τραχειοσωλήνα έτοιμο με ταινίες περασμένες
- Τραχειοδιαστολέα ή τραχειολαβίδα
- Ψαλίδι – λαβίδα

Κατά την αναγραφή της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς με τραχειοτομή, σημειώνεται:

A) Η συχνότητα των αναρροφήσεων

B) Η συχνότητα αλλαγής εσωτερικού τραχειοσωλήνα

Γ) Η κατάσταση του δέρματος

Δ) Η ενστάλλαξη ορού (εφόσον έγινε) μέσα στον τραχειοσωλήνα, για να ενισχυθεί η αποβολή εκκρίσεων

E) Κάθε αλλαγή στην αναπνοή, χρώμα δέρματος, σφυγμό, θερμοκρασία, διάθεση ασθενούς κλπ.

#### **4.Επιπλοκές Τραχειοτομής**

Σε μια τραχειοτομή είναι δυνατό να εμφανιστεί τοπικό χειρουργικό εμφύσημα, το οποίο αυτοθεραπεύεται με την αναρρόφηση του αέρα. Αυτό μπορεί να συντελέσει σε ανάπτυξη τοπικής μόλυνσης του τραύματος.

Επίσης, ο κίνδυνος της πνευμονίας είναι πολύ μεγάλος. Τον προστατεύουμε απ' αυτή με την αποφυγή επανεισροφήσεως των εκκρίσεων του τραχειοσωλήνα και με την προφύλαξη από κρυολογήματα.

Ο συχνός ακτινολογικός έλεγχος του θώρακα και η μικροβιολογική εξέταση πτυέλων βοηθούν στην έγκαιρη διάγνωση πνευμονίας.

Η ζωή του ασθενούς με τραχειοτομή εξαρτάται από την ευσυνειδησία, την προσοχή και επιδεξιότητα του νοσηλευτή- τριας.

Είναι δυνατόν ένας απότομος βήχας ή φτέρνισμα να γίνουν αφορμή να βγει όλος ο τραχειοσωλήνας απ' το τραύμα και ο ασθενής να πάθει ασφυξία. (14)

## 5. Αναρρόφηση από τον τραχειοσωλήνα

Αναρρόφηση από το τραχειοσωλήνα συνίσταται σε κάθε αλλαγή θέσεως του αρρώστου, όταν το χρώμα του αλλοιώνεται και όταν η έκκριση γίνεται αντιληπτή από τον ήχο της εισπνοής και εκπνοής.

Αντικείμενα που χρησιμοποιούνται για την αναρρόφηση είναι:

- A. Αντλία αναρροφητική.
  - B. Καθετήρας με περισσότερες από μια οπές.
  - Γ. Φυσιολογικός ορός.
  - Δ. Set με μια κάψα και λαβίδα.
- Ο καθετήρας αλλάζεται μετά από κάθε χρήση.

Εκτέλεση αναρροφήσεως

Ο καθετήρας με τη βοήθεια της λαβίδας εισάγεται μέσα στον τραχειοσωλήνα, 12-15 εκ. του μέτρου (αυτό επηρεάζεται από την ηλικία του ατόμου).

Η αναρροφητική αντλία συνδέεται με το ελεύθερο άκρο του καθετήρα, ο οποίος μετακινείται ελαφρώς, πάνω- κάτω, μέσα στην τραχεία. Αναρρόφηση γίνεται μόνο, όταν το ελεύθερο άκρο του γυάλινου σωλήνα σχήματος Y σκεπάζεται από τον αντίχειρα.

Ο χρόνος κάθε αναρροφήσεως πρέπει να διαρκεί τόσο, όσο η αδερφή μπορεί να κρατήσει την αναπνοή της, για να μη διακόπτεται η συχνότητα της αναπνοής του αρρώστου. Σε κάθε αφαίρεση του ο καθετήρας τοποθετείται στην κάψα με το φυσιολογικό ορό, όπου δι' αναρροφήσεως ελευθερώνεται ο αυλός του από τις εκκρίσεις. Οι αναρροφήσεις συνεχίζονται μέχρι να ελευθερωθεί ο ασθενής από τις εκκρίσεις.

Μετά την αναρρόφηση ο καθετήρας αντικαθίσταται από άλλον αποστειρωμένο καθώς και το set με την κάψα και τη λαβίδα.

Οι «εν τω βάθει» αναρροφήσεις γίνονται πάντοτε από ιατρό.

Η ενστάλλαξη μερικών σταγόνων φυσιολογικού ορού μέσα στον τραχειοσωλήνα βοηθεί στην αραιώση των βλεννών και καλλίτερη αναρρόφηση τους και ερεθίζοντας το βλεννογόνο της τραχείας προκαλεί βήχα με συνέπεια να ελευθερώνονται οι βρόγχοι και οι κυψελίδες από τις εκκρίσεις.

Είναι δυνατόν η σύνδεση του καθετήρα με την αντλία να γίνει με απλό σωλήνα και όχι με συνδετικό σχήματος Y σωλήνα. Τότε η αναρρόφηση είναι συνεχής. Η αδερφή έχει αυτό υπόψη και δεν τοποθετεί ποτέ τον καθετήρα μέσα στο τραχειοσωλήνα όταν λειτουργεί η αντλία, αλλά

τη βάζει σε λειτουργία αμέσως μετά την τοποθέτηση του καθετήρα μέσα στον τραχειοσωλήνα.

Η αδελφή ελέγχει την καλή λειτουργία της αντλίας, πριν την χρησιμοποιήσει.

Τέλος, η αδελφή πάντοτε πλησιάζει τον ασθενή για τη νοσηλεία αυτή με καθαρά χέρια και αφού τον έχει ενημερώσει ικανοποιητικά γι' αυτήν.

## **Αποκατάσταση του ασθενούς**

Ο ασθενής που πρόκειται να βγει απ' το νοσοκομείο με τον τραχειοσωλήνα, προετοιμάζεται από την αδελφή για την καλύτερη αντιμετώπιση της ζωής με τη νέα κατάσταση που δημιουργήθηκε.

Η προετοιμασία περιλαμβάνει την ανάπτυξη δεξιοτήτων για αυτοπεριποίηση, την εκπαίδευση για την χρησιμοποίηση του προφορικού λόγου, την καλή εμφάνιση του ασθενούς και την προφύλαξη του από διάφορους κινδύνους.

**Αυτοπεριποίηση:** Την περιποίηση του τραχειοσωλήνα αναλαμβάνει ο ασθενής, όταν ανακτήσει τις φυσικές του δυνάμεις, αποδειχτεί την αναπηρία του και μπορεί να την κάνει ακίνδυνα (κατανόηση όρων ασηψίας, κατάλληλη τεχνική κ.λ.π.). Η αδελφή η οποία έχει εκτιμήσει τις δυο πρώτες δυνατότητες του ασθενούς τον βοηθεί και στην απόκτηση της τρίτης. Η βοήθεια αυτή συνίσταται στην διδασκαλία από την αδερφή και παρακολούθηση από τον ασθενή της εκτελέσεως της αλλαγής και καθαριότητας του τραχειοσωλήνα. Ο ασθενής παρακολουθεί μέρος της εργασίας αυτής με καθρέφτη τον οποίο θα χρησιμοποιήσει και αργότερα για την εκτέλεση της. Η διδασκαλία περιλαμβάνει:

Την γνώση των απαραίτητων αντικειμένων, τον τρόπο αφαιρέσεως του εσωτερικού τραχειοσωλήνα, την περιποίηση του τραύματος, την καθαριότητα και τον βρασμό του εσωτερικού τραχειοσωλήνα και τον τρόπο της επανατοποθετήσεως του. Επίσης περιλαμβάνει τον τρόπο της προετοιμασίας και χρήσεως των αντικειμένων.

Ο ασθενής μετά από τη θεωρητική ενημέρωση παρακολουθεί την αδερφή στην εκτέλεση των παραπάνω. Εδώ η αδερφή εξηγεί τον ασθενή την κάθε ενέργεια την οποία κάνει.

Η γλώσσα και το περιεχόμενο των πληροφοριών που θα χρησιμοποιήσει η αδερφή θα εξαρτηθεί από το διανοητικό, μορφωτικό και

κοινωνικό επίπεδο του αρρώστου, καθώς και από την ηλικία του. Η αδερφή πρέπει να είναι σίγουρη ότι γίνεται κατανοητή.

Μετά την επαρκή παρακολούθηση από τον ασθενή των εργασιών που προαναφέρθηκαν, η αδερφή τον βοηθεί και τον παρακολουθεί στην εκτέλεση της αλλαγής και καθαριότητας του τραχειοσωλήνα από τον ίδιο. Η ολοκλήρωση της νοσηλείας αυτής από τον ασθενή γίνεται προοδευτικά. Όταν αυτός σταθεροποιήσει την εκτέλεση της εργασίας και βεβαιωθεί η αδερφή ότι την κάνει ακίνδυνα, τότε τον αφήνει, όταν υπάρχει ανάγκη.

Τέλος, η αδερφή εξηγεί στον ασθενή τη δυνατότητα να αντικαταστήσει μερικά νοσηλευτικά αντικείμενα με άλλα που βρίσκονται στο σπίτι του, λαμβάνοντας υπόψη το οικονομικό επίπεδο του αρρώστου.

Απαραίτητα αντικείμενα που πρέπει να έχει ο ασθενής στο σπίτι του είναι:

- Ένας πλήρης τραχειοσωλήνας και,
- Ένας διαστολέας.

Και τα δύο διατηρούνται αποστειρωμένα. Η αδερφή ενημερώνει τον ασθενή για τον τρόπο χρησιμοποίησής τους, σε περίπτωση που θα βγει ο εξωτερικός τραχειοσωλήνας.

Η πιο πάνω ενημέρωση και διδασκαλία γίνεται και σε κάποιον από τους οικείους του ασθενούς για την περιποίηση του σε περίπτωση ανάγκης.

Όταν πρόκειται για ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν να αυτοπεριποιηθούν ή για μικρά παιδιά, δεν γίνεται λόγος για εκμάθηση της νοσηλείας από τον ασθενή.

Μετά την εκμάθηση της αυτοπεριποίησής, ο ασθενής αναλαμβάνει αυτήν την εργασία και την παραμονή του στο νοσοκομείο. Αυτό επιδρά πάνω του ευεργετικά. Η εκμάθηση της αυτοπεριποίησής γίνεται και σε ασθενείς με πρόσκαιρη τραχειοτομή.

**Ομιλία:** ο ασθενής μετά την τραχειοτομή δεν μπορεί να μιλήσει με το γνωστό τρόπο, γιατί ο αέρας δεν περνά τις φωνητικές χορδές. Γι' αυτό η προσπάθεια εκπαίδευσής βοηθεί τον ασθενή να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του και δια του προφορικού λόγου. Αυτή συνίσταται στα ακόλουθα. Λέμε στον ασθενή να πάρει να αναπνοή, αμέσως μετά να κλείσει με το δάκτυλο τον τραχειοσωλήνα και συγχρόνως να μιλήσει. Αυτό επαναλαμβάνεται μέχρι να ολοκληρωθεί ότι θέλει να πει.

Ακόμη ο ασθενής διδάσκεται τον τρόπο φυσιολογικής ομιλίας καθώς και την ομιλία με τεχνητό λάρυγγα. (ειδική ηλεκτρονική μηχανή).

**Εμφάνιση ασθενούς:** Τους περισσότερους ασθενείς απασχολεί η εμφάνισή τους, μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Ένα καλά τοποθετημένο

μαντήλι λαιμού για τις γυναίκες και κολλάρο για τους άνδρες, λύνει το πρόβλημα της εμφανίσεως. Το κολλιέ για τις γυναίκες, που έχουν κάνει πρόσφατη τραχειοτομή, σκεπάζει τα ίχνη του τραύματος.

**Προφύλαξη:** Ο κίνδυνος του πνιγμού, για όσους επιχειρούν θαλάσσιο η μέσα σε λουτήρα μπάνιο είναι σχεδόν βέβαιος. Και τα δύο απαγορεύονται. Συνίσταται ακόμη προφύλαξη του ατόμου και κατά το «ντους», ώστε το νερό να μην πέφτει προς το πρόσωπο.

Ακόμη ο άρρωστος πρέπει να ενημερωθεί ότι κίνδυνος για αναπνευστικές φλεγμονές είναι μεγάλος γι' αυτό πρέπει να προστατεύει τον εαυτό του παίρνοντας ορισμένα μέτρα όπως να αποφεύγει τους κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους, να προστατεύεται από κρυολογήματα και άλλα. (14).

## ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΝΕΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

### ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ

Το ποσοστό των καρκινοπαθών με πόνο που αντιμετωπίζονται πλημμελώς – επηρεάζοντας ταυτόχρονα αρνητικά τον οικογενειακό τους περίγυρο-, είναι ακόμα αρκετά υψηλό.

Με τη διάγνωση, 25-40% των καρκινοπαθών πονάει μέτρια ως δυνατά, ενώ η συχνότητα αυτή ξεπερνά το 70% στα προτελικά ή τα τελικά στάδια της νόσου.

Ο πόνος στον καρκίνο εξακολουθεί ν' αποτελεί σύνθετο φαινόμενο: μια αντίδραση σωματική και ψυχική.

Το ποσοστό καθενός απ' τους παράγοντες αυτούς εξαρτάται από ποικίλες παραμέτρους, καθορίζεται όμως σαφώς απ' την προσωπικότητα του ασθενή και τις αντιδράσεις του στον κοινωνικό περίγυρο.

Σήμερα, χάρη στις νέες συντηρητικές θεραπευτικές δυνατότητες αντιμετώπισης του πόνου, με τις βραδέως απελευθερούμενες οπιοειδείς δραστικές ουσίες, ή τα δερματικά επιθέματα φαιντανύλης, η προσφερόμενη αναλγησία είναι πιο επιτυχής.

Η αντίληψη ότι ο καρκινοπαθής μπορεί να εθιστεί στη μακρόχρονη και συνεχή χορήγηση των παραπάνω αναλγητικών, δεν ευσταθεί πλέον.

Έτσι, μετά απ' την κατάρριψη των διαφόρων μύθων, με τη σωστή θεραπεία, ο άρρωστος απελευθερώνεται απ' τα ψυχοσωματικά του προβλήματα και ενοχλήματα.

Τα αίτια του πόνου απ' τον καρκίνο, είναι πόνοι που προκαλούνται από τη:

- Φλεγμονή και το οίδημα τμημάτων του σώματος
- Εξέγκωση απ' το Ca
- Διάταση οργάνων και την πίεση ιστών ή νευρικών στελεχών
- Διήθηση ή μετάσταση
- Θεραπεία που προηγήθηκε με ακτινοβολίες ή εγχειρήσεις.

Ταυτόχρονα, οι νέες αντιλήψεις απευθύνονται σε κυβερνητικούς ή άλλους φορείς, των οποίων η απόφαση για υιοθέτηση αποτελεί την πιο σημαντική παρέμβαση για την καταπολέμηση όλων των επώδυνων συνδρομών αρρώστων με καρκίνο.

Έτσι, προβλέπεται και επιβάλλεται να υφίσταται εθνική πολιτική εναρμονισμένη με τις παρακάτω οδηγίες:

1. Προτεραιότητα στην αναλγητική θεραπεία

2. Ευρύ και ενιαίο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την θεραπεία του καρκινικού πόνου.
3. Επάρκεια κοινών και οπιοειδών αναλγητικών όσο και εμπειρία στις επεμβατικές τεχνικές.
4. Ευαισθητοποιημένοι Λειτουργοί Υγείας, γνωστές του ειδικού αντικειμένου «πόνος» με υψηλό αίσθημα ευθύνης.
5. Πλήρως οργανωμένες κλινικές πόνου.
6. Θετική πολιτική υγείας, με παροχή υποστηρικτικής αγωγής.

Σήμερα, για μια επιτυχή αντιμετώπιση του πόνου, πρέπει:

- Να έχει προηγηθεί σωστή εκτίμηση των επικλήσεων του αρρώστου που υπόφέρει.
- Η θεραπεία να είναι απλοποιημένη και ν' αποφεύγονται οι επεμβατικές παρεμβάσεις.
- Τα παυσίπονα να χρησιμοποιούνται ανάλογα με τους χαρακτήρες του πόνου.
- Η χορήγηση του/των φαρμάκων να γίνεται σύμφωνα με την καθοριζόμενη μέθοδο της κλίμακος της WHO.

Επιπλέον, μέριμνα λαμβάνεται για αντιμετώπιση επιπλοκών της αναλγητικής ουσίας που επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί, και για τη συνεχή υποστήριξη του ασθενή με καρκίνο στο Νοσοκομείο, το σπίτι ή στους οίκους τελικής Νοσηλείας. (10)

## **1.Ειδικά Νοσοκομεία για τον καρκίνο**

Η ανάγκη δημιουργίας ειδικών Νοσοκομείων για τον καρκίνο προέκυψε από την αναγνώριση της μεγάλης σημασίας 1) της πρώιμης διάγνωσης και 2) της εφαρμογής της σωστής θεραπείας και οι δυο έχουν αποφασιστική σημασία για την ζωή του αρρώστου.

Έγινε φανερό ότι αυτές οι ανάγκες μπορούσαν να καλυφθούν μόνο από γιατρούς ειδικά εκπαιδευμένους στον καρκίνο και μάλιστα εκπαιδευμένους σε συλλογική εργασία «ομάδες» στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς.

Έτσι, όλα αυτά, διάγνωση, θεραπεία, έρευνα και διδασκαλία μπορούσαν να συγκεντρωθούν, να οργανωθούν και να συντονισθούν, μόνο σε Ειδικά Νοσοκομεία.



## 2. Σκοποί του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου

Οι σκοποί είναι:

1. Η παροχή εξειδικευμένων, υψηλής στάθμης, υπηρεσιών στους καρκινοπαθείς και η προώθηση της θεωρίας και της πράξης της προληπτικής του καρκίνου.
2. Η διδασκαλία στον καρκίνο φοιτητών, γιατρών, αδελφών και παραϊατρικού προσωπικού.
3. Η προώθηση της βασικής και εφαρμοσμένης έρευνας και οι τρεις σκοποί είναι απαραίτητοι για την επίτευξη του σωστού τεχνικού επιστημονικού και πνευματικού «περιβάλλοντος». Για να πραγματοποιηθούν οι σκοποί του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου χρειάζονται πρώτοι: κτίρια σύγχρονα και σύγχρονος μηχανικός εξοπλισμός που πρέπει να ανανεώνονται συνεχώς, και αυτό βέβαια προϋποθέτει οικονομική ευκολία.

Δεύτερον, χρειάζεται οργάνωση και λειτουργία ιατρικών και Διοικητικών Υπηρεσιών σε σύγχρονη βάση.

Βέβαια, το σημαντικότερο βήμα στην οργάνωση του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου είναι η επιλογή του Ιατρικού Προσωπικού.

Απ' τη σωστή επιλογή του θα εξαρτηθεί ο βαθμός λειτουργίας του Νοσοκομείου. Η σημασία των μοντέρνων κτιρίων και σύγχρονων μηχανημάτων, παρόλο που δεν πρέπει να υποτιμηθεί, είναι πολύ μικρή σε σχέση με την αξία της εκπαίδευσης, της πείρας, δυναμικότητας, δημιουργικότητας, φαντασίας και ιδεαλισμού των Διευθυντών και άλλων Ιατρικών Στελεχών των κλινικών, που αποτελούν τους αποφασιστικούς παράγοντες της επιτυχίας.

Το «περιβάλλον» του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου, είναι συχνά καταθληπτικό. Τα βασικά στοιχεία που δημιουργούν αυτό το κλίμα είναι οι εικόνες των βαριά αρρώστων, οι δυσμορφίες, το συχνό αίσθημα της «ήττης» απ' τον προχωρημένο καρκίνο που δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά, ο πολύς πόνος, και σχεδόν καθημερινός θάνατος.

Τα τελευταία όμως χρόνια, με τη σύγχρονη πρόοδο στη θεραπεία, η εικόνα φαίνεται ν' αλλάζει, ακόμα και στο γενικευμένο καρκίνο.

Έτσι, η απογοήτευση εναλλάσσεται συχνά με την ενθάρρυνση η απογοήτευση όμως είναι η συνηθέστερη και επικρατέστερη. Οι ίδιοι οι γιατροί των Αντικαρκινικών Νοσοκομείων δεν ξεφεύγουν φυσικά απ' την επίδραση αυτού του περιβάλλοντος με τις τόσο έντονες εντυπώσεις και ψυχολογικές μεταπτώσεις.

Έτσι, επιβάλλεται να δημιουργείται στα Αντικαρκινικά Νοσοκομεία κλίμα ιδιαίτερα προσεκτικό, έτσι ώστε το προσωπικό να μην χάσει την

μαχητικότητα και τον ενθουσιασμό του, για την αντιμετώπιση του καρκίνου.

### **3. Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία**

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία ιδρύθηκε το 1958 από τις Γ. Κατσαφάδο και Α. Τζατζόπουλο, και είναι μέλος της Διεθνούς Ενώσεως κατά του καρκίνου, μαζί με άλλες 140 περίπου Εταιρείες. Στην ίδρυση της συνέβαλε βασικά και η προσωπικότητα του Γεωργίου Παπανικολάου ο οποίος υπήρξε εμπνευστής της δημιουργίας της.

Οι αντικαρκινικές εταιρείες σ' όλο το κόσμο εκφράζουν την ιδιωτική ανησυχία και το ενδιαφέρον και γενικά την ιδιωτική πρωτοβουλία για την οργάνωση του Αντικαρκινικού Αγώνα.

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία έχει τους εξής στόχους:

A. Τη διάσωση όσο το δυνατόν περισσότερων ασθενών απ' τον καρκίνο.

B. Την χρονική και ποιοτική βελτίωση της επιβίωσης ανίατων ασθενών.

Γ. Την κάλυψη κοινωνικών και άλλων αναγκών που προκαλεί ο καρκίνος στους προσβαλλόμενους και τις οικογένειες τους.

Έτσι, με τους παραπάνω στόχους, η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία ανέπτυξε δραστηριότητα προς τομείς όπως:

A) τη διαφώτιση του κοινού (ομιλίες, έντυπα, τηλεόραση)

B) την εκπαίδευση επιστημονικού και τεχνικού προσωπικού σε κλάδους ογκολογίας

Γ) την ενίσχυση, οικονομική και άλλη, των Αντικαρκινικών ιδρυμάτων

Δ) την χορήγηση φαρμάκων και νοσηλευτικού υλικού σε περιπατητικούς απόρους ασθενείς,

E) τη χρηματοδότηση επιστημονικών δραστηριοτήτων

Στ) για την αντιμετώπιση των χρόνιων μορφών καρκίνου, των τελικών σταδίων και τη διευκόλυνση επαρχιωτών ασθενών οι οποίοι κατέφυγαν στην Αθήνα, Θεσ/νίκη, Πειραιά για να νοσηλευθούν στα ειδικά Αντικαρκινικά Κέντρα, δημιούργησε 10 χρόνια μετά την ίδρυση της, στους ξενώνες Αθηνών- Θεσ/νίκης.

Z) Τέλος, κλινικοπειραματικές έρευνες γίνονται και στο ίδρυμα αυτό όπως και στα άλλα Αντικαρκινικά Ιδρύματα.

Για την κάλυψη όλων των δραστηριοτήτων διενεργείται κάθε χρόνο Πανελλήνιος Έρανος απ' το προϊόν του οποίου η Ελληνική Αντικαρκινική

Εταιρεία περίπου παίρνει το ¼ ενώ τα υπόλοιπα χρήματα διανέμονται στα 3 Αντικαρκινικά Ιδρύματα της χώρας «Άγιος Σάββας», Διαγνωστικόν και Θεραπευτικόν Ινστιτούτον Πειραιώς «Μεταξά», Θεαγένειο Νοσοκομείο, καθώς και σ' άλλες αντικαρκινικές δραστηριότητες.

Μέλη της Αντικαρκινικής Εταιρείας είναι γιατροί των Αντικαρκινικών ιδρυμάτων της χώρας, άλλοι γιατροί με ενδιαφέρον στις δραστηριότητες της Εταιρείας, όπως και οι γιατροί.

Η Ελληνική Εταιρεία διοικείται από 12 μελές Διοικητικό Συμβούλιο το οποίο εκλέγεται για μια 5 ετία απ' την Γενική Συνέλευση της Εταιρείας και στο οποίο συμπεριλαμβάνονται και οι μη γιατροί, και γιατροί εκ των Αντικαρκινικών ιδρυμάτων της χώρας ή και εκτός αυτών.

Μόνιμη και συνεχής επιδίωξη της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας είναι η βελτίωση των συνθηκών αντιμετώπισης του καρκίνου και των κοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων της νόσου. Μέλη της Εταιρείας συμμετέχουν ενεργά σε κρατικές δραστηριότητες, ημικρατικούς φορείς και ιδιωτικές πρωτοβουλίες προσφέροντας εθελοντικά εξειδικευμένη βοήθεια για μια συνεχή βελτίωση των συνθηκών αντιμετώπισης του καρκίνου στη χώρα μας.

#### **4.0 Ρόλος του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών στον Αντικαρκινικό Αγώνα**

Από πολλά χρόνια λειτουργούσε στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών Υπηρεσία Αντικαρκινικού Αγώνα που διοικητικά άνηκε στη Διεύθυνση Κοινωνικής Υγιεινής.

Υπήρχε επίσης το Κεντρικό Γνωμοδοτικό Συμβούλιο Αντικαρκινικού Αγώνα, του οποίου οι αρμοδιότητες ήταν: η παρακολούθηση της εφαρμογής του προγράμματος αντικαρκινικού αγώνα, ο έλεγχος της λειτουργίας των Αντικαρκινικών Ιδρυμάτων και η εισήγηση στην Κεντρική Υπηρεσία των ενδεικνυόμενων μέτρων για την αντιμετώπιση του καρκίνου.

Τα τελευταία χρόνια δίνεται προοδευτικά μεγαλύτερη έμφαση γενικότερα στην έρευνα του καρκίνου όπως αποδεικνύεται απ' την μεγάλη αναλογική αύξηση των πιστώσεων για το σκοπό αυτό.(5)

## 5. Ψυχολογικές και ψυχιατρικές πλευρές του καρκίνου

Η αιτιολογική σύνδεση ψυχολογικών παραγόντων και καρκίνου διερευνήθηκε σε δύο βασικούς τομείς. Στον τομέα της προσωπικότητας και στον τομέα των ψυχοπιεστικών γεγονότων της ατομικής ζωής.

Προσωπικότητα: Πολλές από τις μελέτες που έχουν δημοσιευθεί, δείχνουν πως ορισμένου τύπου προσωπικότητες είναι πιο ευεπίφορες από άλλες στην ανάπτυξη καρκίνου.

Η ίδια η έννοια της προσωπικότητας είναι ασαφής και συγκεκριμενοποιείται στην πράξη με την αξιολογή ορισμένων ιδιοτήτων του ανθρώπου, που συγκροτούν τον «ψυχολογικό» του σκελετό.

Ο τύπος της προσωπικότητας καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την υιοθέτηση συνηθειών ή τύπων κοινωνικής συμπεριφοράς που εκθέτουν το άτομο περισσότερο στην επίδραση καρκινογόνων (κάπνισμα, εκλογή επαγγέλματος κ.λ.π.) και συντελεί έτσι έμμεσα, στην ανάπτυξη νεοπλασίας.

Η υπόθεση πως η συρροή ψυχοτραυματικών γεγονότων στη ζωή, προδιαθέτει την ανάπτυξη νεοπλασίας, έχει τις ρίζες της στην λαϊκή αντίληψη ότι η στενοχώρια έχει σαν αποτέλεσμα τον καρκίνο.

Η ίδια η έννοια της ψυχοτραυματικής εμπειρίας είναι σχετική: Άλλοτε αξιολογείται το συμβάν που κατά κοινή παραδοχή πρέπει να είναι επώδυνο για το άτομο, και άλλοτε αξιολογείται η προσωπική αντίληψη που έχει ο ίδιος ο άρρωστος για τις βιωματικές του εμπειρίες.

Μ' όλες τις παραπάνω επιφυλάξεις, το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι ψυχοτραυματικές εμπειρίες συνδεδεμένες με απώλεια (π.χ. θάνατος, επώδυνος χωρισμός από αγαπημένο πρόσωπο κ.λ.π.) σχετίζονται θετικά με την ανάπτυξη νεοπλασίας.

Πάντως, η τρέχουσα και πιο λογική υπόθεση, περιγράφεται στα πλαίσια μιας γενικότερης θεωρίας που συνδέει το stress με το συμβολικό επίπεδο ψυχοκοινωνικής οργάνωσης, και τα δύο μαζί με το ανοσοβιολογικό σύστημα άμυνας του οργανισμού.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα βιολογικά χαρακτηριστικά της νεοπλασίας, παίζουν πρωταρχικό ρόλο στην εξέλιξη και στην πορεία της.

Όμως, έχει παρατηρηθεί ότι άτομα με την ίδια μορφολογική εικόνα του όγκου, τα ίδια συμπτώματα, και την ίδια θεραπευτική αντιμετώπιση, έχουν διαφορετικό χρόνο επιβίωσης.

Ανάμεσα στους άλλους παράγοντες που διερευνήθηκαν για να ερμηνεύσουν την διαφορετική αντίσταση στον καρκίνο ήταν και οι ψυχολογικοί παράγοντες.

Το 1954 οι Blumberg, West και Ellis δημοσίευαν τα αποτελέσματα μιας συστηματικής ψυχολογικής μελέτης των καρκινοπαθών που έδειχναν ότι η ομάδα ατόμων με ταχεία εξέλιξη διαφέρει με την ομάδα ατόμων με βραδεία εξέλιξη.

Στην πρώτη ομάδα επικρατούν, τα άτομα με υψηλό δυναμικό άγχους και με μειωμένη δυνατότητα εκφόρτισης και ελέγχου των συγκινήσεων.

Ο Baltuish και στη συνέχεια, σε μια σειρά από μελέτες το 1963 έως και το 1969 επεσήμαναν τους ακόλουθους παράγοντες που σχετίζονται με την πορεία της νόσου.

Παράγοντες ευνοϊκοί:

1. Ανησυχία για τα παραμικρά ενοχλήματα που παρακινεί σε ιατρικό έλεγχο και έγκαιρη διάγνωση.
2. Ετοιμότητα σε συγκινησιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις και ιστορικό νευρωσικών συμπτωμάτων.
3. Ευερεθιστότητα και εξωστρεφόμενη επιθετικότητα με ικανότητα αποφόρτισης ενοχικών συναισθημάτων.
4. Αυξημένη ικανότητα χειρισμού του άγχους.
5. Αισιοδοξία και αγωνιστικότητα.
6. Ευκολία στην επικοινωνία που έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία νέων σχέσεων στη θέση των παλιών που χάθηκαν.
7. Ικανότητα για συνεργασία ψυχοθεραπευτικού τύπου.
8. Ψυχολογική υποκατάσταση του καρκίνου με νευρωτικά συμπτώματα και συνύπαρξη άλλων ασθενών.

Παράγοντες δυσμενείς.

1. Ψυχολογική καταπίεση και άρνηση της αρρώστιας με αποτέλεσμα να χάνεται το πλεονέκτημα της έγκαιρης διάγνωσης.
2. Συγκρατημένες, συγκινησιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις.
3. Μαζική καταπίεση της επιθετικότητας, έντονα ενοχικά συναισθήματα και εσωστρεφόμενη εχθρικότητα.
4. Αδυναμία χειρισμού του άγχους.
5. Απαισιοδοξία, απομόνωση, παθητικότητα και τάση για κατάθλιψη.
6. Μειωμένη ικανότητα για επικοινωνία.
7. Αδυναμία ψυχοθεραπευτικής συνεργασίας.
8. Απουσία νευρωσικών συμπτωμάτων και άλλων διαταραχών.

Τέλος, άλλοι ερευνητές, χρησιμοποιώντας άλλες ψυχολογικές δοκιμασίες διαπίστωσαν ότι η διατήρηση της ακεραιότητας της προσωπικότητας, η διατήρηση υψηλού δυναμικού επιθετικότητας, η

ικανότητα για λεκτική έκφραση των συναισθημάτων, η απουσία άγχους, η θετική στάση απέναντι στη ζωή και η παραδοχή της αρρώστιας συντελούν σε θετικούς παράγοντες. (5)

## **6. Ηθική και ο άρρωστος με το κακοήθες νεόπλασμα**

Υπάρχει πάντοτε ένα στοιχείο αβεβαιότητας που περιβάλλει τον άρρωστο με το κακοήθες νεόπλασμα.

Πρώτο, υπάρχει ο φόβος στη σκέψη ότι το ογκίδιο ή τα συμπτώματα του οφείλονται σε κακοήθη όγκο.

Δεύτερο, υπάρχει ίσως μια περίοδο αβεβαιότητας κατά τη διάρκεια της έρευνας πριν βγει η τελική διάγνωση.

Τρίτο, υπάρχει η ατμόσφαιρα έντασης και δυσκολίας που δημιουργείται όταν πρόκειται να παρθεί απόφαση για το τί πρέπει να ειπωθεί στον άρρωστο με διαβεβαιωμένο κακοήθες νεόπλασμα.

Τέταρτο, ανεξάρτητα του αν του ειπώθηκε όλη η αλήθεια για την κατάσταση του, ο άρρωστος έχει μια υπόνοια ότι του είπαν την μισή αλήθεια.

Πέμπτο, υπάρχει η αδυναμία για απόλυτη επιβεβαίωση του αρρώστου ότι το κακοήθες νεόπλασμα ιάθηκε. Για πρακτικούς σκοπούς μπορούμε σε πολλές περιπτώσεις να δώσουμε μια τίμια γνώμη ότι θεωρούμε τον άρρωστο θεραπευμένο, όμως σε άλλες γνωρίζουμε ότι οι πιθανότητες ίασης είναι λίγες και ακόμα σε άλλες ξέρουμε ότι η θεραπεία απλά πρόσθεσε μερικούς μήνες στη ζωή του αρρώστου.

Έκτο, υπάρχει η επανάληψη όλων αυτών των προβλημάτων αν η νόσος υποτροπιάσει μετά την εμφανή ίαση της.

Κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης είναι αναπόφευκτο οι φοιτητές της ιατρικής και της νοσηλευτικής να βιώνουν σημαντική αμφιβολία για το ποιο είναι το μέρος τους στο δράμα που θα προκληθεί όταν ο άρρωστος θα φοβάται, και στην πραγματικότητα θα κινδυνεύει από μια πάθηση που σκοτώνει. Κανόνες δεν μπορούν να γραφτούν για τέτοιο πολύπλοκο πρόβλημα. Ο υπεύθυνος χειρουργός αποφασίζει από την πείρα του και σε συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό για το ποιά είναι η σωστή προσέγγιση. Τόσο οι φοιτητές της Ιατρικής, όσο και εκείνοι της νοσηλευτικής πρέπει να καλλιεργήσουν την ικανότητα να απαντούν στις ερωτήσεις των αρρώστων χωρίς δισταγμό, διότι ο δισταγμός απλά αυξάνει την υποψία. Πρέπει να λένε τελείως ειλικρινά ότι δεν είναι αρμόδιοι και αρκετά ικανοί να εκφράσουν τη γνώμη τους.

Όλες οι νοσοκόμες πρέπει να πληροφορηθούν την ειδική θέση του χειρουργού στα προβλήματα αυτά όταν γίνουν μέλη της χειρουργικής ομάδας. Ο μόνος ίσως ανένδοτος κανόνας είναι η υποχρέωση των νοσοκόμων και των φοιτητών ιατρικής και νοσηλευτικής να αναφέρουν στην προϊσταμένη του τμήματος κάθε ερώτηση που υποβάλλει ο άρρωστος για τον κακοήθη όγκο και τα αποτελέσματά του. Ο γιατρός και η προϊσταμένη θα είναι σε θέση να χειριστούν την κατάσταση και ίσως να διορθώσουν κάθε λαθεμένη εντύπωση που του έχει σχηματιστεί. Ευτυχώς, πολλοί άνθρωποι με κακοήθεια γνωρίζουν την κατάστασή τους και πιστεύουν ότι θεραπεύτηκαν. Με τους αρρώστους αυτούς είναι εύκολο να διαπραγματευτεί κανείς. Άλλοι φοβούνται ότι έχουν κακοήθη νεοπλασία αλλά ποτέ δεν ρωτούν και, επομένως, δεν υπάρχει ευκαιρία για συζήτηση μαζί τους των προβλημάτων τους. Ένας άρρωστος για τον οποίο είναι γνωστό ότι η πορεία του εξελίσσεται ραγδαία μπορεί να πρέπει να τακτοποιήσει ορισμένα εκκρεμή θέματά του. Το πιο δύσκολο καθήκον του χειρουργού είναι να πει σε αυτόν τον άρρωστο τα δυσάρεστα νέα της επικείμενης καταστροφής.

Πολλοί άρρωστοι που κάνουν ακτινοθεραπεία ως εξωτερικοί συναντούν και άλλους ομοιοπαθείς τους στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων και ακτίνων Χ. Ευτυχώς πολλοί από αυτούς έχουν επιστρέψει στην κανονική τους ζωή ως τελείως υγιείς. Οι άρρωστοι αυτοί είναι μια ενθάρρυνση για εκείνους που βρίσκονται στα πρώτα στάδια της θεραπείας τους.

Αντίθετα, από τους ήρεμους και λογικούς καρκινοπαθείς που έχουν πλήρη εμπιστοσύνη στη θεραπεία, υπάρχουν και εκείνοι που πάσχουν από «καρκινοφοβία». Ο φόβος αυτός δημιουργείται εξαιτίας ύπαρξης ιστορικού κακοήθους όγκου στην οικογένειά τους. Έτσι, τα άτομα αυτά παρουσιάζουν συμπτώματα χωρίς να υπάρχει κακοήθης όγκος. Πολλές φορές για να βεβαιωθεί ο άρρωστος και η οικογένεια ότι δεν υπάρχει κακοήθης νεοπλασία χρειάζεται να γίνουν εκτεταμένες και πολυδάπανες εξετάσεις. Ο νοσηλευτής/τρια μπορεί να ανακαλύψει καρκινοφοβία σε άρρωστο που νοσηλεύεται για κάποια άλλη κατάσταση. Τη διαπίστωση αυτή πρέπει να γνωρίσει στο γιατρό.(12)

## **7. Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του Καρκίνου**

- Μην καπνίζετε
- Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών
- Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο

- Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας
- Τρώτε συχνότερα φρούτα, λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες
- Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά
- Επισκεφθείτε το γιατρό σας αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και το χρώμα σε ελιά του δέρματος
- Επισκεφθείτε το γιατρό σας αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα
- Κάνετε τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας
- Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και – αν είναι δυνατόν – κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών

### ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Από στατιστικές των τελευταίων χρόνων, έχει αποδειχθεί ότι ο καρκίνος έχει προοδευτική άνοδο.

Σ' αυτό, συμβάλλουν πολλοί παράγοντες, εξωτερικοί και εσωτερικοί όπως: το μολυσμένο περιβάλλον στο οποίο ως επί το πλείστον ζούμε, και η κακή διατροφή.

Γι' αυτό όλα τα ευρωπαϊκά κράτη, άρχισαν έναν γιγαντιαίο αγώνα με σκοπό την καταπολέμηση του καρκίνου.

Αυτός ο αγώνας στηρίζεται σε δύο γεγονότα:

1<sup>ov</sup>: Πρόληψη ορισμένων μορφών καρκίνου

2<sup>ov</sup>: Ίαση του καρκίνου κατόπιν έγκαιρης διάγνωσης.

Απώτερος σκοπός των Ευρωπαϊκών κρατών είναι η μείωση των θανάτων, όσο γίνεται περισσότερο.

Η επίτευξη του σκοπού αυτού θα γίνει με την πρόληψη, της έγκαιρη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση.

Έτσι, η ενημέρωση, η εκπαίδευση νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού με διάφορα σεμινάρια συμβάλλουν θετικά στην πραγματοποίηση του ανωτέρου.

Ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του καρκίνου περιλαμβάνει:

- Ορισμένες μορφές καρκίνου που μπορεί να προληφθούν και
- Ότι ορισμένες περισσότερες μορφές καρκίνου είναι ιάσιμες εάν εντοπισθούν εγκαίρως.

Όσον αφορά την πρόληψη αναφέρει:



- Μην καπνίζετε, και εάν καπνίζετε σταματήστε το κάπνισμα όσο πιο γρήγορα γίνεται.
- Μην κάνετε κατάχρηση οينوπνευματωδών ποτών
- Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο
- Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο εργασίας, κατά την παραγωγή ή διακίνηση υλικού που μπορεί να προκαλέσει καρκίνο
- Τρώτε συχνότερα φρούτα, λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες
- Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις λιπαρές τροφές

Για την ίαση ορισμένων μορφών καρκίνου, πρέπει να γίνεται έγκαιρη διάγνωση:

- Γι' αυτό λοιπόν επισκεφθείτε τον γιατρό αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος ή το χρώμα σε ελιά του σώματος.
- Επίσης, επισκεφθείτε το γιατρό σας αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα
- Κάνετε τεστ pap για έλεγχο της μήτρας και εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και, μετά την ηλικία των 50 ετών, κάνετε περιοδικά μαστογραφία

Η πρώτη εντολή του Κώδικά αναφέρει:

**Μην καπνίζετε.**

Σήμερα, έχει αποδειχθεί τελικά ότι ο καπνός περιέχει καρκινογόνες ουσίες σε μεγάλο βαθμό, και επιδημιολογικές έρευνες πείθουν για σχέση του καπνίσματος με κακοήθεις νεοπλασίες. Ο κίνδυνος αυξάνει, όσο αυξάνει η ποσότητα και η διάρκεια του καπνίσματος, και όσο μικρή είναι η ηλικία ενάρξεως.

Ο κίνδυνος είναι μικρότερος σε καπνιστές τσιγάρων με φίλτρο, καπνιστές πούρων και πίπας και στους καπνιστές που δεν εισπνέουν τον καπνό.

Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνους όπως της στοματικής κοιλότητας, του λάρυγγα, του φάρυγγα, του οισοφάγου, του παγκρέατος, των νεφρών και της ουροδόχου κύστεως.

Η πορεία της μάχης κατά του καπνίσματος, πρέπει να ξεπεράσει –με τη σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση- τις επικρατούσες συνήθειες και τους τρόπους κοινωνικής συμπεριφοράς, την ανεπαρκή νομοθεσία και τέλος, τα τεράστια πολιτικο-οικονομικά συμφέροντα που σχετίζονται με το παγκόσμιο εμπόριο καπνού.

Η δεύτερη εντολή του Ευρωπαϊκού Κώδικα αναφέρει:

**Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.**

Έχει υπολογισθεί ότι η κατάχρηση αλκοολούχων ποτών ευθύνεται για το 3-5% των θανάτων από καρκίνο.

Η αλκοόλη απορροφάται εύκολα απ' το πεπτικό σύστημα, και ιδιαίτερα απ' το λεπτό έντερο.

Με την απορρόφηση διαχέεται μέσω του αίματος σε όλους τους ιστούς και τα βιολογικά υγρά.

Έτσι, ανιχνεύεται στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, στον εκπνεόμενο αέρα, στα ούρα και σε εγκυμοσύνη στην κυκλοφορία του εμβρύου.

Η αλκοόλη μεταβολίζεται κατά 80% στο συκώτι.

Η χρόνια χρήση της προκαλεί πολυάριθμες παθήσεις όπως χρόνια και οξεία παγκρεατίτιδα, χρόνια γαστρίτιδα κλπ.

Όταν συνδυαστεί με αλκοόλ πολλαπλασιάζει τη συχνότητα δημιουργίας καρκίνου οισοφάγου και στοματικής κοιλότητας.

Η κατανάλωση παρουσιάζει ανοδική πορεία σε πολλές χώρες και κοινωνικές ομάδες.

Προ 10 ετών η Ελλάδα, απ' την άποψη καταναλώσεως, βρισκόταν στην 20η θέση ανάμεσα στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, ενώ σήμερα κατέχει την 8<sup>η</sup> θέση!

Η μόνη κατά συνέπεια λύση, είναι ο περιορισμός της κατανάλωσης μέσω της εκπαίδευσης, αλλά κατά προτεραιότητα μέσω πολιτικής.

Η τρίτη εντολή του Ευρωπαϊκού Κώδικα, αναφέρει:

**Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.**

Η ηλιακή ακτινοβολία διακρίνεται στον ιονίζουσα, την υπεριώδη, την ορατή και την υπέρυθη.

Η ιονίζουσα ακτινοβολία ευθύνεται ελάχιστα για την πρόκληση καρκίνου του δέρματος.

Ενώ, η υπεριώδης ακτινοβολία είναι αυτή που δημιουργεί ως επί το πλείστον καρκίνο δέρματος.

Οι υπεριώδεις ακτίνες προκαλούν βασικοκυτταρικά και μαλπιγγιακά καρκινώματα δέρματος, των οποίων η αντιμετώπιση είναι εύκολη.

Επίσης, προκαλούν κακοήθη μελανώματα που έχουν κακή πρόγνωση.

Μετά από παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο, δημιουργούνται ερυθρήματα και εγκαύματα που ενδεχομένως παίζουν ρόλο στην πρόκληση καρκίνου του δέρματος.

Γι' αυτό, τα άτομα με λευκό δέρμα, είναι πιο επιρρεπή.

Ειδικά προφυλακτικά μέτρα υγείας – ασφάλειας στους χώρους της δουλειάς και η σωστή διατροφή βοηθούν στην αποφυγή άλλων μορφών καρκίνου.

Η τέταρτη εντολή του Κώδικα αναφέρει:

**Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας ιδιαίτερα στον χώρο εργασίας κατά την παραγωγή, διακίνηση ή χρήση οποιουδήποτε υλικού που είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκίνο.**

Οι επαγγελματικές εκθέσεις σε διάφορους χημικούς παράγοντες δημιουργούν καρκίνους. Αυτοί προσβάλλουν το δέρμα, το ουροποιητικό σύστημα και τις αναπνευστικές οδούς.

Άτομα που εκτίθενται σε κίνδυνο ανάπτυξης τέτοιου καρκίνου είναι: θερμαστές, ανθρακωρύχοι, εργάτες που ασχολούνται με την παραγωγή ασφάλτου και πίσσας, οι εργαζόμενοι σε βιομηχανίες πλαστικών οι οποίοι έχουν κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο ήπατος και εγκεφάλου. Οι μεταλλούχοι, οινοποιοί, βυρσοδέψες και υφαντουργοί διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου δέρματος, πνεύμονος και ήπατος.

Οι βαφείς υφασμάτων και επεξεργασίας καουτσούκ, οι παρασκευαστές χρωμάτων κινδυνεύουν από καρκίνο ουροδόχου κύστεως.

Εκτός απ' το παθητικό κάπνισμα, υπαρκτό κίνδυνο, αποτελεί η χρήση συσκευών μαγειρέματος με αέριο, ιδίως όταν δεν λειτουργεί καλά.

Για την πρόληψη ο Ευρωπαϊκός Κώδικας αναφέρει ότι συντελεί η υγιεινή διατροφή.

**Τρώτε συχνότερα φρούτα, λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες**

**Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά**

Η παχυσαρκία συμβάλλει στον καρκίνο του ενδομητρίου.

Επίσης, η κατανάλωση πρωτεϊνών και λιπών ζωϊκής προέλευσης αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα καρκίνου του παχέος εντέρου.

Αντίθετα, τα δημητριακά και τα λαχανικά μειώνουν αυτή την πιθανότητα.

Τέλος, αναφέρεται ότι η έλλειψη κάποιων βιταμινών προάγει την ανάπτυξη ορισμένων καρκίνων, με χαρακτηριστικά παραδείγματα την βιταμίνη Α και τον καρκίνο του πνεύμονα, τις βιταμίνες Β και C και τον καρκίνο οισοφάγου, την βιταμίνη C και τον καρκίνο στομάχου.

Η καλύτερη πρόγνωση πραγματοποιείται με την έγκαιρη διάγνωση για πολλές μορφές καρκίνου.

**Επισκεφθείτε το γιατρό σας αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα**

Για ορισμένες μορφές καρκίνου, η έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση (πχ χημειοθεραπεία) έχει σημειώσει τέτοια πρόοδο, ώστε να μπορούμε να μιλάμε για δυνητικά ιάσιμους καρκίνους.

Γι' αυτό η ένατη εντολή επιβάλλει:

**Περιοδικό test Pap για πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.**

Ο καρκίνος της μήτρας ευθύνεται για περισσότερα από 1000 κρούσματα στη χώρα μας, και σχετίζεται με τους εξής παράγοντες:

- την πρόωμη έναρξη ερωτικής δραστηριότητας από νεαράς ηλικίας, έντονη σεξουαλική συμπεριφορά με πολλαπλούς συντρόφους, πολλές εγκυμοσύνες.
- Την παρουσία ιών
- Τις χαμηλές κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες
- Τις προϋπάρχουσες βλάβες
- Την κακή ατομική υγιεινή των ερωτικών συντρόφων

Το test Pap μπορεί ν' ανιχνεύσει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και στο στάδιο όταν ακόμα δεν υπάρχουν βλάβες ορατές.

Γι' αυτό ο περιοδικός έλεγχος είναι απαραίτητος, και πρέπει ν' αρχίζει απ' την ηλικία των 20 χρόνων.

**Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και – αν είναι δυνατόν – κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών**

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού, είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις.

Η παχυσαρκία, η πρόωμη εμμηναρχή, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση και η γέννηση του πρώτου παιδιού σε μεγάλη ηλικία, συνδυάζονται με αυξημένη πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του μαστού, ενώ ο θηλασμός δεν παίζει ουσιαστικό ρόλο.

Επίσης, αυξημένο κίνδυνο έχουν οι γυναίκες με βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό, γυναίκες με κυστική μαστοπάθεια, γυναίκες που κάνουν μακροχρόνια χρήση εμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων, και όσες δέχονται μεγάλες δόσεις ιονίζουσας ακτινοβολίας.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος πραγματοποιείται με τις εξής μεθόδους: μαστογραφία, θερμογραφία, ψηλάφηση.

Με την μαστογραφία διαπιστώνονται ογκίδια σχετικώς μικρά μετά την εμμηνόπαυση. Γι' αυτό και η διαγνωστική αξία της εξετάσεως είναι μετά την ηλικία των 50 χρόνων.

Η θερμογραφία έχει μέτρια αξία, επειδή δίνει θετικές εικόνες χωρίς να υπάρχει καρκίνος.

Την μέθοδο εκλογής πριν την εμμηνόπαυση αποτελεί η ψηλάφηση κατά την οποία, διαπιστώνονται ογκίδια, έλκη, εισολκές, διήθηση ή οίδημα του δέρματος του μαστού.

Ογκίδια με σκληρή σύσταση, ακίνητα και με σαφή όρια είναι ιδιαίτερα ύποπτα.

Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται τρόπος ζωής και εάν διαπιστώνετε κάτι το ασυνήθιστο να επισκεφθείτε αμέσως τον ειδικό γιατρό. (15)

### Πληροφόρηση Καρκινοπαθούς για τη φύση της ασθένειάς του

Γύρω απ' το ερώτημα αν θα 'πρεπε ο καρκινοπαθής να πληροφορείται απ' το γιατρό για την ασθένειά του, έχουν γίνει πολλές συζητήσεις κι έχουν διαμορφωθεί πολλές αντιλήψεις διακινούμενες σε δύο διαμετρικά αντίθετες θέσεις.

Στην πρώτη, που αναφέρεται στην ολοκληρωτική πληροφόρηση του αρρώστου πάνω στην ασθένειά του, και στην δεύτερη που συνιστά ακριβώς το αντίθετο.

Και οι δύο θέσεις αφετηριακή αρχή τους έχουν την προστασία του αρρώστου, και η κάθε μία έχει τα δικά της επιχειρήματα.

Σύμφωνα με την πρώτη θέση, κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να πληροφορείται για ό,τι του συμβαίνει κι εναπόκειται σ' αυτό, όταν φυσικά έχει συνείδηση εαυτού και της πραγματικότητας.

Κατά συνέπεια ο γιατρός υποχρεούται οπωσδήποτε να πληροφορήσει το άτομο για την αρρώστια του όταν του το ζητήσει, αλλά ακόμα κι αν δεν το ζητήσει πάλι ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να τον ενημερώσει.

Σύμφωνα με τη δεύτερη θέση, όταν μαθαίνει ο άρρωστος για την ασθένειά του, αυτό έχει αρνητικές επιπτώσεις στην προσωπική του ψυχική ισορροπία, στην οικογενειακή του ζωή και στην εξέλιξη της ίδιας του της νόσου.

Ο άνθρωπος για να μπορεί να οργανώσει τη ζωή του και να αντισταθεί αποτελεσματικά στην επίδραση του καρκίνου και κάθε άλλης αρρώστιας, πρέπει να ελπίζει, και η λέξη καρκίνος δεν ενισχύει την ελπίδα, γίνεται μόνο φόβος. Και απελπισία υποστηρίζουν όσοι συνιστούν την απόκρυψη της αλήθειας.

Από νεκροψίες σε τυχαίους θανάτους (π.χ. μετά από τροχαίο), διαπιστώνεται ένας μεγάλος αριθμός ενηλίκων πασχόντων από καρκίνο χωρίς να παρουσιάζουν όσο ζουν έκδηλα συμπτώματα ή να παρουσιάζουν, συμπτώματα χωρίς όμως να γνωρίζουν ότι πάσχουν από καρκίνο. (5)

Παρόλα αυτά, η πληροφόρηση του ογκολογικού αρρώστου είναι έργο του γιατρού και όλης της υγειονομικής ομάδας.

Ο νοσηλευτής –τρια, μέσω του ρόλου του θα δώσει πληροφορίες στον άρρωστο στο επίπεδο που θέλει και μπορεί ο άρρωστος, η οικογένεια ή οι φίλοι του.

Το άγχος, η αγωνία, ο φόβος, η κατάθλιψη, η αβεβαιότητα, είναι κοινές συγκινήσεις που δοκιμάζουν οι άρρωστοι και είναι πιο έντονες σ' όσους δεν έχουν ακριβή γνώση της θεραπείας τους.

Ο νοσηλευτής –τρια λοιπόν, μέσω του ρόλου του θα δώσει τις κατάλληλες πληροφορίες, που μπορούν να κρατήσουν όλο το stress του αρρώστου σε άριστο επίπεδο.

Οι πληροφορίες και οι εξηγήσεις όταν δίνονται είναι συχνά ασαφείς και λέγονται μ' έναν ελαφρύ τρόπο που κάνει το περιεχόμενο ανούσιο.

Συχνά δεν υπάρχει επανάληψη των λεγομένων ή ανάλυση των ιατρικών πράξεων.

Επίσης, οι νοσηλευτές που θα περιθάλψουν τον ογκολογικό άρρωστο πρέπει να προσπαθούν να' ναι με τον γιατρό την ώρα των συμβουλών ή να ανακαλύψουν τί ειπώθηκε στον ασθενή.

Αυτό βοηθά να χρησιμοποιηθούν όμοιες λέξεις ή φράσεις εξασφαλίζοντας τη συνοχή των λεγομένων και την εμπιστοσύνη του ασθενούς.

Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής –τρια να ακούει ό,τι λέει ο ασθενής και να τον παρακολουθεί προσεκτικά στις αντιδράσεις του.

Κατά την πληροφόρηση, εκτός των προφορικών εξηγήσεων σκόπιμο είναι, να δίνονται και γραπτές οδηγίες ή φυλλάδια με πληροφορίες, ώστε στο σπίτι, σ' ένα περιβάλλον με λιγότερο stress, ο άρρωστος και η οικογένειά του να μπορέσουν να κατανοήσουν καλύτερα το θεραπευτικό πρόγραμμα και να το αποδεχτούν.

Πριν την πληροφόρηση, πρέπει να ερευνάται εάν ο ίδιος ο πάσχων θέλει να μάθει για την κατάστασή του, ποιος πρέπει να ενημερωθεί γι' αυτόν και πώς θα 'θελε να οργανωθεί το πρόγραμμα της θεραπείας.

Όταν ο άρρωστος είναι εξαρτημένος, σε περιόδους οξείας νόσου, που μπορεί να χρειαστεί και δικηγόρος, πρέπει να ενημερωθεί οπωσδήποτε, γιατί θα πρέπει να τακτοποιήσει οικονομικές και νομικές εκκρεμότητες.

Στην Φιλανδία, χώρα με μακρά παράδοση στην ενημέρωση του αρρώστου, 30% των ασθενών με καρκίνο δεν γνωρίζουν τη φύση της νόσου . οι ίδιοι δεν το απαιτούν, ούτε ο γιατρός προθυμοποιείται σε ενημέρωση.

Η πληροφόρηση του αρρώστου εξαρτάται απ' το φύλο, την ηλικία, θρήσκευμα, νοημοσύνη, κατάσταση προσωπικών υποθέσεων του, κοινωνική

του θέσης, και την ενημέρωσή του σε θέματα υγείας. Πάνω απ' όλα η πληροφόρηση εξαρτάται απ' τη συναισθηματική αντοχή του ατόμου. (15)

## 9. Ψυχολογικά προβλήματα Καρκινοπαθούς

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη λοιπόν, κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογικά αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική και αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη και οι συγγενείς του συνήθως έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα ο άρρωστος πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοητεύσεως.

Η οικογένεια, και οι φίλοι του και δυστυχώς συχνά μορφωμένοι άνθρωποι, μεγαλώνουν την ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με το θάνατο. Τις απόψεις αυτές, κι αν δεν γίνουν γνωστές, τις διαισθάνονται οι άρρωστοι και διέρχονται στάδια αβεβαιότητας.

Αλλά, γιατί τόσος φόβος για τον καρκίνο; Η διάγνωση ενός μεγάλου εμφράγματος μυοκαρδίου δεν είναι περισσότερο ελπιδοφόρα από τον καρκίνο, κι όμως ενώ αισιοδοξούμε για το έμφραγμα, απελπιζόμαστε για τον καρκίνο.

Είναι επιτακτική η ανάγκη να αναθεωρήσουμε τις απόψεις μας για την αρρώστια, η αναθεώρηση αυτή θα επηρεάσει τα συναισθήματα μας απέναντι της και τότε θα μπορέσουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο με καρκίνο, όταν κατορθώσουμε να μην εμβαθύνουμε στον πόνο του, αλλά να τον κατανοήσουμε και να τον συμπαθήσουμε, χωρίς παράλληλα να έχουμε απομακρυνθεί από τον άρρωστο και τον κόσμο του.

Συμβαίνει όμως να αρνούμαστε να ακούσουμε τον άρρωστο να περιγράφει τους φόβους του ή ακόμη συμβαίνει να του διηγούμαστε μια αστεία ιστορία, την στιγμή που εκείνος βρίσκεται σε αγωνία. Είναι γνωστό ότι άθελα μας απορρίπτουμε ότι δεν μπορούμε να χειρισθούμε με επιτυχία. Αλλ' αυτός είναι λανθασμένος τρόπος αντιμετώπισης. Απλές, σαφείς ανακοινώσεις, διευκρινήσεις παρανοήσεων, σταθερό ενδιαφέρον ελαττώνουν τους φόβους και τις ανησυχίες.

Ακόμη όταν προσεκτικά αποφεύγουμε να πούμε τη λέξη «καρκίνος» στον άρρωστο που γνωρίζει την αρρώστια του, αυτό φανερώνει ότι φοβόμαστε αυτή την αρρώστια. Είναι πολύ σωστό αυτό που ειπώθηκε σε

γιατρό «αν εσένα σε φοβίζει ή σε σοκάρει η αρρώστια μου, φοβίζει και σοκάρει κι εμένα (άρρωστος) αλλ' εάν εσύ είσαι ήρεμος και έχεις τον έλεγχο της παρούσας καταστάσεως, είμαι και εγώ».

Η άρνηση της αποδοχής της διαγνώσεως της αρρώστιας, όχι σπάνια αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σ' αυτή. Η άρνηση της αρρώστιας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλή αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο κακής προγνώσεως. Προσοχή χρειάζεται στη συμπεριφορά αυτή του αρρώστου, επειδή μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία και την παρακολούθηση του από γιατρό.

Μετά την άρνηση συνήθως εμφανίζεται ο θυμός, ο οποίος στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειας του, τα μέλη της ομάδας υγείας κ.α. Εκδηλώνεται κατά την Ross (1969), με αντίδραση, απαιτητική συμπεριφορά. Η τρίτη φάση που διέρχεται ο άρρωστος είναι της συνδιαλλαγής κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως με το Θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της αρρώστιας του ή την αναβολή του μοιραίου. Όταν όμως ο άρρωστος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και πως τίποτα πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί τότε μελαγχολεί, η φάση σε αυτή ονομάζεται της καταθλίψεως. Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας του αρρώστου είναι να καθίσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσουμε μόνος του τα αισθήματα της λύπης που δοκιμάζει. Να τον ακούσουμε, να του δείξουμε κατανόηση και να μην προσπαθήσουμε να τον βγάλουμε από τον κόσμο της πραγματικότητας. Τέλος, ο άρρωστος, μπαίνει στη φάση της αποδοχής. Ο άρρωστος, στη φάση αυτή, έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται σύντομα να πεθάνει, περιορίζει πολύ τα ενδιαφέροντα του, περιορίζει τις επισκέψεις, σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και τα δικά του και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους.

Η απώλεια λειτουργίας μερικών οργάνων, όπως της γεύσεως, αφής, ομιλίας κ.λ.π. και η δυσμορφία από την αρρώστια, αποτελούν ερεθίσματα ψυχικής εντάσεως. Η νοσηλεύτρια καλείται να βοηθήσει τον άρρωστο να τα αντιμετωπίσει, όπως ήδη έχει αναφερθεί.

Ακόμη ο φόβος του αρρώστου ότι η οικογένεια και οι φίλοι του δεν τον αποδέχονται, πολλές φορές είναι πραγματικότητα. Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια να ενισχύσει και ψυχολογικά να στηρίξει τον άρρωστο, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

Άλλα πρέπει να γνωρίζει τη διάγνωση της αρρώστιας του ο άρρωστος με καρκίνο;

Η ερώτηση αυτή για τους αρρώστους με καρκίνο έχει απασχολήσει και απασχολεί ακόμη γιατρούς, ψυχιάτρους, εκκλησία και όλους εκείνους



που εργάζονται κοντά του, για να προστεθεί ένα μεγάλο ερώτημα και σε μας τις νοσηλεύτριες. Και μεις τι θα απαντήσουμε; θα του κρύψουμε την αλήθεια; πρέπει ο άρρωστος να γνωρίζει τη διάγνωση της νόσου; Πρέπει ο άνθρωπος να γνωρίζει τους ανθρώπινους υπολογισμούς για το χρόνο της ζωής του;

Ο τρόπος που ο άρρωστος δέχεται την πληροφορία ότι έχει καρκίνο συχνά εξαρτάται από την ψυχοσύνθεση και το χαρακτήρα του, από τη φιλοσοφία του για τη ζωή, και τις απόψεις του γύρω από τη ζωή και το θάνατο.(η μεγαλύτερη ανακούφιση μπορεί να είναι η θρησκευτική παρηγοριά).

Ακόμη όλες οι λέξεις δεν έχουν το ίδιο νόημα για κάθε άτομο. Αν ξέρουμε μια ορισμένη λέξη τι σημαίνει για ένα συγκεκριμένο άτομο, τότε μόνο μπορούμε να την χρησιμοποιούμε. Οι εντυπώσεις, οι γνώσεις, οι παραστάσεις, οι ψυχολογικές και άλλες εμπειρίες του αρρώστου γύρω από τη λέξη «καρκίνος» θα ρυθμίσουν την συμπεριφορά μας απέναντι στο ερώτημα, «Πρέπει ο ασθενής να γνωρίζει τη διάγνωση της αρρώστιας;»

Το ερώτημα λοιπόν αν θα πρέπει να ενημερώνεται ο άρρωστος για την αρρώστια του μπορεί να απαντηθεί με τρεις τρόπους: (1) Ποτέ δεν πρέπει ο άρρωστος να γνωρίζει ότι πάσχει από καρκίνο, (2) Ποτέ δεν πρέπει ο άρρωστος να μην γνωρίζει πως πάσχει από καρκίνο και (3) εξατομικεύεται η ανάγκη της ενημέρωσής αλλά και του τρόπου της ενημέρωσής του αρρώστου ότι πάσχει από καρκίνο.

Παρακάτω αναφέρονται οι δυσμενείς επιδράσεις, που μπορεί να έχουν στον άρρωστο όταν του γίνεται γνωστή η διάγνωση της αρρώστιας.

Η απόκρυψη της διαγνώσεως της αρρώστιας ποτέ δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Ο άρρωστος πολλές φορές πληροφορείται την αρρώστια του από άλλους αρρώστους, επισκέπτες και όχι σπάνια άτεχνα, από τον γιατρό ή και την νοσηλεύτρια.

Εφόσον ο άρρωστος αγνοεί την αρρώστια, φυσικό είναι να μην ακολουθεί τη θεραπεία, που πολλές φορές δεν έχει λογική σύνδεση με τη διάγνωση της καθώς και τις περιοδικές ιατρικές εξετάσεις του.

Αλλά αποτελεί ηθικό, ίσως και νομικό, πρόβλημα η απόκρυψη της διαγνώσεως της αρρώστιας από τον καρκινοπαθή. Μεταξύ των δικαιωμάτων του αρρώστου είναι να γνωρίζει την αρρώστια του και να βοηθείται από την ομάδα υγείας να παίρνει τις σωστές αποφάσεις. Με την ενημέρωση του περιορίζονται οι αμφιβολίες και οι υπόνοιες, που έχει ο άρρωστος στα αρχικά στάδια της αρρώστιας, αποφεύγεται η διάψευση των ελπίδων χωρίς περιεχόμενο που καλλιεργούνται στον άρρωστο και η διασάλυση της εμπιστοσύνης του στο προσωπικό της ομάδας υγείας. Άλλωστε οι περισσότεροι υγιείς και άρρωστοι στις ΗΠΑ, που ρωτήθηκαν αν θα ήθελαν

να γνωρίζουν την αρρώστια τους δήλωσαν ότι προτιμούν να είναι ενημερωμένοι για την αρρώστια τους.(Δόσιος 1984)

Αλλά και η ενημέρωση του αρρώστου για την αρρώστια πολλές φορές προκαλεί σύγχυση, πανικό και μερικές φορές τον οδηγεί και στην αυτοκτονία.

Είναι γεγονός ότι η αυτοκτονία από τη διάγνωση της αρρώστιας δεν είναι συχνό φαινόμενο, όταν ο άρρωστος πάρει με συμπάθεια και κατανόηση της απαραίτητες πληροφορίες, και του εξηγηθούν όλες οι απόψεις της αρρώστιας, που δεν είναι μόνο δυσάρεστες αλλά πολλές φορές και ελπιδοφόρες. Ο Στεφανής (1981) υποστηρίζει ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας του καρκινοπαθή έχει σαφώς υπερεκτιμηθεί και πως πρέπει να δεχθούμε ότι οι καρκινοπαθείς αυτοκτονούν τόσο συχνά, όσο και οι μη καρκινοπαθείς.

Γενικά, νομίζεται ότι αν η ενημέρωση του αρρώστου γίνει με πρόγραμμα, στο οποίο θα γίνεται προσπάθεια για διάλυση αβάσιμων φόβων, τοποθέτηση του καρκίνου μεταξύ πολλών ανεπιθύμητων ασθενειών, κινητοποίηση ψυχικών και φυσικών δυνάμεων του αρρώστου για αντιμετώπιση της ασθένειας, θα βοηθήσει περισσότερους αρρώστους και δεν θα βλάψει ίσως κανένα.

Είναι βέβαιο ότι υπάρχουν ορισμένοι άρρωστοι που αρνούνται τελείως την πάθηση τους και άλλοι, πολύ περισσότεροι, που δεν αρνούνται την πάθηση τους, αλλά δεν έχουν την ψυχική δύναμη να αντιμετωπίσουν όλη την αλήθεια που σχετίζεται με αυτή.(Δόσιος 1984). Σε αυτούς τους αρρώστους η γνωστοποίηση κάθε πληροφορίας, που σχετίζεται με την αρρώστια τους, όταν μάλιστα δεν τη ζητήσουν, πρέπει να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχισμό τους.

Αναμφίβολα πρέπει να σημειωθεί ότι η κάθε περίπτωση του αρρώστου και στο θέμα αυτό πρέπει να εκτιμάται σαν ειδική περίπτωση και με αυτό το πνεύμα να χειρίζεται.

Δυο παράγοντες κυρίως είναι αποφασιστικοί στο αν ο άρρωστος θα πληροφορηθεί ότι πάσχει από καρκίνο.

*Πρώτος:* η ψυχική δύναμη και ψυχραιμία που διαθέτει ο άρρωστος. Για να αποφασιστεί αν θα του λεχθεί η ανεπιθύμητη διάγνωση της αρρώστιας, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εκτιμήσουν τη στάση του απέναντι στην αρρώστια, τι περιμένει από την ιατρική περίθαλψη, το φόβο που τρέφει για τον καρκίνο και το θάνατο.

Η συγκέντρωση πληροφοριών, κατά τις απόψεις των ψυχιάτρων, θα βοηθήσει στην απόφαση της ενημέρωσεως ή όχι του αρρώστου για τη διάγνωση της αρρώστιας.

Οι πληροφορίες περιλαμβάνουν:

1. Εκτίμηση της δυνατότητας του αρρώστου να συνηθίσει και να δεχθεί τον ακρωτηριασμό ενός μέλους.

2. Προσοχή σε γεγονότα της προηγούμενης ζωής του αρρώστου και μάλιστα σε όσα προκάλεσαν την ψυχική ένταση.

4. Ο ρόλος του αρρώστου στην οικογένεια.

5. Προηγούμενη προσαρμογή στις δυσκολίες της ζωής και την αρρώστια. Τέλος, η άρνηση του αρρώστου να χειρουργηθεί ή να υποβληθεί σε θεραπεία επιβάλλει ορισμένες φορές να πληροφορηθεί τη σοβαρότητα της αρρώστιας.

*Δεύτερος:* Τα αισθήματα του γιατρού, της νοσηλεύτριας και των μελών της οικογένειας απέναντι στην αρρώστια, που κάθε στιγμή πρέπει να εκτιμώνται. Δυστυχώς (έχει συμβεί) ο γιατρός να ανακοινώσει τη διάγνωση στον άρρωστο- ενώ ο ίδιος είναι γεμάτος αρνητικά συναισθήματα απέναντι στην αρρώστια- από φόβο μήπως κάποιος άλλος συνάδελφος ανακοινώσει την αλήθεια και έτσι χάσει την φήμη του ως καλού γιατρού. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός δεν μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει την αρρώστια του και γι' αυτό η ενημέρωση του για την αρρώστια σίγουρα είναι καταστρεπτική.

Τα συναισθήματα και ιδιαίτερα σε καταστάσεις άγχους και απωθήσεως είναι μεταδοτικά. Ακόμη και η μεγάλη επιφυλακτικότητα στη χρήση της λέξεως «καρκίνος» αντανακλά σε μεγάλο βαθμό τα αρνητικά μας συναισθήματα απέναντι στην αρρώστια. Επιτακτική, λοιπόν είναι η ανάγκη το προσωπικό, που έχει αναλάβει τη φροντίδα και θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκινοπαθή, να αποφεύγει συμπεριφορά που να κρύβει φόβο, τρόμο, απελπισία, λύπη και τα παρόμοια. Πρέπει με τη συμπεριφορά του αρμόδιου προσωπικού είναι η ακτινοβολία των αισθημάτων τους απέναντι στο καρκίνο, που όχι σπάνια αφήνουν στον άρρωστο νοήματα όπως: «έχεις καρκίνο, η πρόγνωση είναι κακή και χωρίς ελπίδα. Εφόσον δεν έχω κάτι να αλλάξω στην προοπτική της αρρώστιας σου σε παρακαλώ να μην με ενοχλείς. Δεν μου αρέσει να ασχολούμαι με περιπτώσεις που δεν θεραπεύονται, επειδή με κάνεις να αισθάνομαι ανεπαρκής, γι' αυτό σε παρακαλώ μη με ενοχλείς» κ.λ.π.

Για να γίνει η επαφή του υγειονομικού προσωπικού με τον άρρωστο θεραπευτική πρέπει να γνωρίζουμε τον άρρωστο, την οικογένεια του και τον εαυτό μας.

*Τι πρέπει λοιπόν να γνωρίζουμε για τον άρρωστο;*

1. Το ρόλο του στην οικογένεια.

2. Την μόρφωση του.

3. Την αντίληψη που έχει για τον εαυτό του.
  4. Την ωριμότητα της προσωπικότητας του, μήπως είναι συναισθηματικά ασταθής. Την ικανότητα προσαρμογής σε προηγούμενες δυσκολίες, αν έχει την ψυχική δύναμη να δεχθεί ολόκληρη την αλήθεια.
  5. Το στάδιο της αρρώστιας.
  6. Τις ερωτήσεις που κάνει (πρέπει να αφήσουμε τον άρρωστο να εκφράσει τις απορίες του, τους φόβους του, την αγωνία του, την επιθυμία να ενημερωθεί και το βάθος στο οποίο θέλει να προχωρήσει η ενημέρωση).
  7. Την ανάγκη συνεργασίας στη θεραπεία του.
  8. Το θρήσκευμα του
  9. Τις σχέσεις του με το γιατρό του.
  10. Την προηγούμενη προσαρμογή του σε αρρώστια.
  11. Αν αισθάνεται ή όχι την ενοχή για την αρρώστια.
  12. Την διάρκεια της αρρώστιας.
  13. Τις ανάγκες του αρρώστου.
  14. Την προηγούμενη εμπειρία με το θάνατο (θάνατος συγγενών, γνωστών).
  15. Τον τρόπο νοσηλείας του. (νοσοκομείο, σπίτι)
  16. Το νόημα της παρούσας αρρώστιας για τον άρρωστο.
  17. Την επιθυμία του αρρώστου να μάθει την αλήθεια κ.α.
- Ίσως σε άλλη ειδικότητα της ιατρικής- με εξαίρεση ίσως την ψυχιατρική- η ανάλυση της ψυχολογικής καταστάσεως του αρρώστου και της ιδιοσυγκρασίας του έχουν τόση σημασία όση στους καρκινοπαθείς.

*Τι πρέπει να γνωρίζουμε για την οικογένεια του αρρώστου;*

1. Ποιο είναι το ισχυρότερο μέλος της οικογένειας.
2. Τη στάση των μελών της οικογένειας επάνω στον άρρωστο.
3. Την οικονομική κατάσταση.
4. Την στάση της οικογένειας απέναντι στην αρρώστια και την ιατρική περίθαλψη.
5. Τις διάφορες οικογενειακές πιέσεις.
6. Τις ερωτήσεις που γίνονται από τα μέλη της οικογένειας.
7. Αν η οικογένεια παίρνει κοινωνική βοήθεια κ.α.

*Τι πρέπει να γνωρίζουμε για τον εαυτό μας;*

1. Τα συναισθήματα μας απέναντι στην αρρώστια.
2. Τα συναισθήματα μας απέναντι στο θάνατο.

3. Τη φιλοσοφία μας για το θάνατο.
  4. Το βαθμό επαφής που έχουμε αναπτύξει με τον άρρωστο.
  5. Το βαθμό επαφής που έχουμε με τα μέλη της οικογένειας του αρρώστου.
  6. Την εμπιστοσύνη, που ο άρρωστος τρέφει για μας.
  7. Την δυνατότητα που έχουμε για το χειρισμό τέτοιου θέματος.
- Η γνωριμία μας με τον άρρωστο, την οικογένεια του και τον εαυτό μας θα βοηθήσουν στο σωστό χειρισμό του δύσκολου θέματος «η γνωστοποίηση της αρρώστιας καρκίνος στον άρρωστο».

*Τι να λεχθεί στον άρρωστο;*

1. Η ακριβής φύση της αρρώστιας.
2. Το προσδόκιμο της επιβίωσης του αρρώστου.
3. Η αισιόδοξη άποψη για την αρρώστια.
4. Η έκταση λεπτομερειών, που ζητά ο άρρωστος και οι δικοί του.

*Πότε θα ειπωθούν στον άρρωστο οι παραπάνω πληροφορίες;*

1. Όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε συναισθηματική ισορροπία.
2. Όταν μπορεί να δεχθεί τις πληροφορίες αυτές δημιουργικά.
3. Όταν το προσωπικό (γιατρός, νοσηλεύτρια) έχει καλή επαφή μαζί του.
4. Όταν οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και του αρρώστου είναι καλές.
5. Όταν η απόφαση της ανακοινώσεως των παραπάνω πληροφοριών πάρθηκε αντικειμενικά.
6. Όταν υπάρχει κίνδυνος κάποιος αναρμόδιος να του ανακοινώσει τη διάγνωση.

*Πως να λεχθούν οι παραπάνω πληροφορίες στον άρρωστο;*

1. Με τον καλύτερο και καταλληλότερο για κάθε άρρωστο τρόπο. Η Ross (1969) υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα που έχει γι' αυτόν που ανακοινώνει στον άρρωστο την αρρώστια του, να βρει ποιος είναι ο πιο συμφέρων για τον κάθε συγκεκριμένο άρρωστο τρόπος να αποκαλύψει την αλήθεια.
2. Σταδιακά και με άνεση χρόνου. Είναι επικίνδυνο να δίνονται όλες οι πληροφορίες σε μια συνάντηση ή την ίδια μέρα.
3. Να παρακολουθείται η επίπτωση της ενημερώσεως στο αρρώστο και να υποβαστάζεται ανάλογα.

Τις πληροφορίες μας πρέπει να κατευθύνουν η συμπύναση, η στοργή, η επαγρύπνηση, ο ανθρωπισμός, η επίγνωση της σοβαρής και ιδιόρρυθμης

θέσεως, που πολλές φορές βρίσκεται ο άρρωστος, η σύνεση, η προσοχή, η ανοχή και ιδιαίτερα η περιποίηση με στοργή. Έτσι θα μπορέσουμε να αποσπάσουμε τη συμπάθεια του αρρώστου και θα επιβληθούμε, ώστε να δέχεται όσα του λέμε καθώς και την θεραπεία που του υποδείχθηκε.

Ορθά παρατηρείται από κάποιον συγγραφέα πως η φαρμακολογική αξία της αλήθειας είναι πολύ ανώτερη από εκείνη του ψεύδους. Αρκεί η αλήθεια να χρησιμοποιείται στη σωστή δόση, και να προστεθεί και με τον κατάλληλο τρόπο.

Οι απαντήσεις της νοσηλεύτριας στις ερωτήσεις των αρρώστων και οι πληροφορίες που δίνει πρέπει πάντοτε να συμβαδίζουν με το πνεύμα του γιατρού.

Οι άρρωστοι συνήθως είναι μέλη οικογένειας. Γι' αυτό μια διάγνωση καρκίνου, έστω και με καλή πρόγνωση, συνήθως απειλεί την οικογένεια. Το πρωταρχικό πρόβλημα είναι ότι απειλείται η ζωή ενός αγαπημένου τους προσώπου. Η επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τους συγγενείς του αρρώστου είναι απαραίτητη, επειδή χρειάζονται ενίσχυση. Οι συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι οι άρρωστοι τους βρίσκονται σε έμπειρα χέρια. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποτελεί το συνδετικό κρίκο οικογένειας και αρρώστου, και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν τον άρρωστο στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με τη συμμετοχή του σ' αυτά όσο είναι δυνατό.

Τα παιδιά με καρκίνο εμφανίζουν μεγαλύτερη ψυχραιμία από τους γονείς τους, που οφείλεται σε άγνοια. Ακόμη ο συναισθηματισμός των παιδιών απέναντι στους γονείς τους επιβάλλει να δείχνουν θάρρος και ψυχραιμία μεγαλύτερη από αυτούς.

Η σκέψη ότι βρισκόμαστε μπροστά σε άρρωστο, που μάλλον προχωρεί προς το θάνατο με πολλή ταλαιπωρία και πόνο, μας δημιουργεί επιτακτική ανάγκη να γνωρίσουμε τα συναισθήματα του απέναντι στο θάνατο. Η νοσηλεύτρια, που έχει κάνει προσωπική την χριστιανική φιλοσοφία για το θάνατο, μπορεί να δώσει στον ετοιμοθάνατο άρρωστο ανακούφιση και δύναμη.

Κάθε περίπτωση αρρώστου είναι διαφορετική και ποτέ δεν συνηθίζεται. Οι αντιλήψεις των αρρώστων που πεθαίνουν, καθώς και των συγγενών τους, διαφέρουν και είναι η συνισταμένη πολλών παραγόντων, όπως θρησκευτικών πεποιθήσεων, νοοτροπίας, καλλιέργειας, αγωγής, προοπτικής ζωής, μορφώσεως, κοινωνικής τάξεως κ.λ.π.

Η νοσηλεύτρια προετοιμάζει τον άρρωστο της για τη μετάβαση από την παρούσα στην μέλλουσα ζωή προσφέροντας και δημιουργώντας ατμόσφαιρα γαλήνης και παρηγοριάς. Τέτοια ατμόσφαιρα βοηθεί στη

μείωση της ψυχικής εντάσεως, αγωνίας και άγχους, που δοκιμάζουν οι καρκινοπαθείς που βρίσκονται μπροστά στο θάνατο.(13)

## ΜΕΡΟΣ ΠΕΜΠΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

### 1. Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς τελικού σταδίου

Ο καρκίνος δεν διαλέγει –όταν κτυπά- ούτε κοινωνικές τάξεις, ούτε ηλικίες, ούτε κατοίκους πόλεων, ούτε κατοίκων χωριών.

Σ' όλα τα στάδια του καρκίνου έχουμε ν' αντιμετωπίσουμε ασθενείς με τη δική τους ατομική προσωπικότητα, που θέλουν τη δική τους μεταχείριση, όπως επίσης και αντίστοιχη μεταχείριση χρειάζονται και οι συγγενείς τους.

Το τελικό στάδιο είναι ιδιαίτερα δύσκολο, επίπονο, επώδυνο, ιδιαίτερα δύσκολο για τον άρρωστο, τους συγγενείς του και για τους λειτουργούς της υγείας που θ' ασχοληθούν με τον άρρωστο. Γι' αυτό και ο ρόλος του νοσηλευτή –τριας είναι ιδιαίτερα δύσκολος. Και εξίσου σημαντικός προκειμένου να πειστεί ο ασθενής ότι οι ελπίδες δεν τελειώνουν.

Έτσι, ο ασθενής έχει κάποια δικαιώματα τα οποία πρέπει να του εξασφαλιστούν, και αυτά είναι:

1. Να δέχεται συνεχή φροντίδα στις ανάγκες του από προσωπικό εξειδικευμένο και ευαισθητοποιημένο
2. Να ανακουφίζεται απ' τον πόνο που φέρει η νόσος
3. Να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και αξιοπρέπεια
4. Να του ανταποκρίνονται στις ανάγκες του με αγάπη, κατανόηση και ασφάλεια
5. Να διατηρεί την ελπίδα και ν' αντιμετωπίζεται σαν άτομο που ζει ως την τελευταία στιγμή της ζωής του

Έτσι, ο νοσηλευτής –τρια είναι αυτός που πρέπει να δημιουργήσει το κατάλληλο κλίμα έτσι ώστε να πληρούνται οι παραπάνω ανάγκες του καρκινοπαθούς.

Στα ξένα κράτη υπάρχουν ειδικές υπηρεσίες, εντελώς ανεξάρτητες με τα νοσοκομεία, οι οποίες ασχολούνται με νοσηλεία ασθενών με καρκίνο στο τελευταίο στάδιο.

Σ' αυτές, υπάρχει μικρός αριθμός κρεβατιών για τον καρκινοπαθή, ή όταν είναι αδύνατη η παραμονή στο σπίτι από κοινωνικές συνθήκες. Έχουν ως κύριο έργο την οργάνωση και την κατεύθυνση νοσηλείας στο σπίτι. Το νοσηλευτικό προσωπικό σ' αυτά τα κράτη έχει εξειδίκευση στην ογκολογία και έτσι μπορεί ν' αντιμετωπίσει μ' επιτυχία το δύσκολο αυτό έργο.



Στη δική μας χώρα, δεν υπάρχει δυστυχώς ούτε ένας τέτοιος τύπος ξενώνα, ούτε κάποιο ίδρυμα που θα μπορούσε να δεχθεί ασθενείς τελευταίου σταδίου.

Καθημερινά, στα αντικαρκινικά νοσοκομεία, οι ασθενείς καταλήγουν σε κάποιες ιδιωτικές κλινικές με άθλιες συνθήκες και αυτό με μεγάλη δυσκολία για μερικούς μπορεί να το εξασφαλίσει ο ασφατικός τους φορέας.

Αυτό που πρέπει ν' αγωνισθούμε είναι να πετύχουμε μια ανώτερη παιδεία για το νοσηλευτικό προσωπικό, γιατί η ελλιπής παιδεία φέρει κόπωση σωματική και ψυχική μ' αποτέλεσμα την αδιαφορία και την αποτυχία.

Παράλληλα μπορεί να κάνουμε πολλά πράγματα με λίγο κόστος. Ο ασθενής με τελικό στάδιο πρέπει να νοσηλεύεται στο σπίτι του γιατί:

1. Αποσυμφορίζονται τα νοσοκομεία για να τα χρησιμοποιήσουν ασθενείς με άμεση ανάγκη.
2. Ελαττώνεται το κόστος νοσηλείας
3. Ο καρκινοπαθής είναι μακριά από επώδυνες αναποτελεσματικές θεραπείες, το σπίτι του είναι πιο φιλικό σ' αυτόν και επιπλέον, μακριά απ' τους θορύβους του νοσοκομείου, του επηρεασμού από άλλους αρρώστους και τέλος οι συγγενείς του είναι πιο ήρεμοι.

Στην Ελλάδα νοσηλεία στο σπίτι έχουν τ' αντικαρκινικά Μεταξά και Άγιοι Ανάργυροι.

Τώρα άρχισε ο Ερυθρός Σταυρός και ετοιμάζεται ο Άγιος Σάββας.

## **2. Η λειτουργία της νοσηλείας στο σπίτι**

Πριν φύγει ο άρρωστος απ' το νοσοκομείο, ο γιατρός παραπέμπει στον άρρωστο τη Νοσηλεία στο σπίτι με τα πλήρη στοιχεία θεραπείας και κάθε είδος πληροφορίας για την παρακολούθηση του αρρώστου.

Ο νοσηλευτής –τρια, θα επισκέπτεται τον άρρωστο στο σπίτι του και πρέπει ν' αξιολογήσει:

- Το χώρο που θα ζει ο ασθενής. Πρέπει να δώσει πληροφορίες πως θα γίνει ο χώρος λειτουργικός για τον άρρωστο.
- Το οικογενειακό περιβάλλον. Θα καθοδηγήσει τους συγγενείς πως θα αντιμετωπίσουν τον άρρωστο.
- Την οικονομική κατάσταση, της οικογένειας. Σε περίπτωση που η οικογένεια έχει οικονομικές δυσχέρειες, πρέπει να ενεργοποιήσει την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, την κοινωνική πρόνοια, την εκκλησία, τους συλλόγους, φίλους, δήμο, κοινότητα.

Παράλληλα, χρέος του είναι να υποστηρίζει ψυχολογικά και τους συγγενείς.

Να δώσει μαθήματα στους συγγενείς πώς να περιποιηθούν τον άρρωστο.

Ν' ακούει προσεκτικά τις ανησυχίες ή παραξενιές του αρρώστου και να προσπαθεί να του μεταδώσει αισιοδοξία και ελπίδα. Επιπλέον, ρυθμίζει τις εκκρεμότητες που αφορούν στο νοσοκομείο, το οποίο με τη σειρά του προσφέρει μέσω του φαρμακείου τα φάρμακα που θα χρειαστούν και το ασθενοφόρο όταν χρειάζεται να μεταφερθεί ο άρρωστος στο νοσοκομείο.

Έτσι, ο νοσηλευτής –τρία υπογραμμίζει κάθε τι που αφορά τον άρρωστο στο τέλος της ζωής του.

Η «Νοσηλεία στο σπίτι» μπορεί να εξαπλωθεί σ' όλη τη χώρα, χωρίς μεγάλο κόστος.

Ό,τι γίνεται με κέντρο το αντικαρκινικό νοσοκομείο, μπορεί να γίνει σ' όλη τη χώρα μας, απ' τα κατά τόπους νοσοκομεία. Και έτσι να μην ταλαιπωρούνται οι άνθρωποι που είχαν την ατυχία να 'χουν καρκίνο.

Πρέπει όλοι όσοι έχουν άμεση σχέση με τους καρκινοπαθείς να ενεργοποιηθούν, να συνεργασθούν, να απαιτήσουν απ' το κράτος να προσφέρει στον Έλληνα πραγματική πρόληψη και νοσηλεία. (15)

Η νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί μια μορφή εναλλακτικής περίθαλψης η οποία περιλαμβάνει ένα άθροισμα παροχής υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας σε καρκινοπαθή άτομα.

Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί ένας έντονος προβληματισμός γύρω απ' τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και την συνεχώς αυξανόμενη δαπάνη της περίθαλψης, ιδίως της νοσοκομειακής.

Έτσι, όσοι ασχολούνται με θέματα Υγείας σε διεθνές επίπεδο, προσπαθούν να προωθήσουν λύσεις, και εναλλακτικές μορφές περίθαλψης με το χαμηλότερο κόστος αλλά παράλληλα με την καλύτερη δυνατή περίθαλψη.

Έτσι, προς αυτήν την κατεύθυνση, τα τελευταία χρόνια η Ευρώπη και Αμερική, προώθησαν και εφάρμοσαν τη «νοσηλεία στο σπίτι».

Προϋποθέσεις για τη νοσηλεία στο σπίτι θεωρούνται οι ακόλουθες:

1. Η σωστή οργανωτική και υλικοτεχνική υποδομή της μονάδας νοσηλείας στο σπίτι.
2. Η σύμφωνος γνώμη του αρρώστου.
3. Η παρουσία οικογενειακού περιβάλλοντος.
4. Η ασφαλιστική κάλυψη του αρρώστου.
5. Η παρουσία κοινωνικού περιβάλλοντος.

Στον ελληνικό χώρο, συνοψίζοντας την λειτουργική και οικονομική αξιολόγηση της νοσηλείας στο σπίτι διαπιστώνεται ότι: προσφέρει ολοκληρωμένη και συνεχή νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή, ψυχολογική υποστήριξη του πάσχοντα και της οικογένειάς του, οικονομικό όφελος λόγω του περιορισμού κόστους νοσηλείας.

Τέλος, η νοσηλεία στο σπίτι, με την ευέλικτη μορφή λειτουργίας της και τα θετικά αποτελέσματα της, μπορεί να προκαλέσει μια ιδιαίτερα χρήσιμη μορφή εναλλακτικής περίθαλψης για ανάρρωση, αποκατάσταση και θεραπευτική υποστήριξη του καρκινοπαθούς. Παράλληλα όμως, μπορεί να αποτελέσει τον ενδιάμεσο μηχανισμό που αποτελεί συνδετικό κρίκο μεταξύ όλων των βαθμίδων Υγείας, του σπιτιού, των κεντρικών υπηρεσιών στην πραγμάτωση ευρύτερων προγραμμάτων υγείας.(1)

### **3. Η ψυχολογική αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς**

Όσα ειπώθηκαν στα προηγούμενα προδιαγράφουν και τη σημασία και τον τρόπο της ψυχολογικής αντιμετώπισης του ατόμου που πάσχει από καρκίνο. Είδαμε πως ένα μεγάλο ποσοστό των καρκινοπαθών αναπτύσσουν στη διάρκεια της νόσου τους ψυχιατρικές επιπλοκές και εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές και κυρίως κατάθλιψη. Και αυτοί όμως που δεν παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές δεν παύουν να έχουν ψυχολογικά προβλήματα που όχι μόνο επηρεάζουν την ατομική τους συναισθηματική ζωή και τις σχέσεις τους με το περιβάλλον τους αλλά επιδρούν και στην πορεία της ίδιας της νεοπλασματικής εξεργασίας α) με την σωστή ή ελλειπή προσαρμογή στις θεραπευτικές ανάγκες και β) με μηχανισμούς μη ειδικούς που δεν έχουν ακόμα αποσαφηνιστεί.

Η ανάγκη λοιπόν σωστής ψυχολογικής αντιμετώπισης είναι ολοφάνερη. Αρχίζει απ' την πρώτη επαφή με τον άρρωστο και δεν τελειώνει παρά είτε στην επιθανάτιο κλίνη του είτε στην πλήρη βιολογική και κοινωνική του αποκατάσταση.

Καίριες είναι οι πρώτες επαφές, στην διάρκεια των οποίων διεξάγονται οι διαγνωστικές εξετάσεις, οριστικοποιείται η διάγνωση και επακολουθεί η πληροφόρηση του αρρώστου και ο θεραπευτικός σχεδιασμός. Η σχέση γιατρού – αρρώστου σ' αυτή τη φάση είναι σε μεγάλο βαθμό καθοριστική για την παραπέρα ψυχολογική προσαρμογή του αρρώστου στις απαιτήσεις της θεραπείας και στην πραγματικότητα γενικά της αρρώστιας. Ήδη στο προηγούμενο κεφάλαιο τονίσαμε αρκετές πλευρές του ρόλου του γιατρού σ' αυτή τη φάση κι εδώ θα επαναλάβουμε μόνο πως παραγωγική σχέση γιατρού- αρρώστου εξασφαλίζεται μόνο με το ενδιαφέρον του γιατρού όχι επιμερισμένο στη σωματική λειτουργία αλλά

στο πρόσωπο που πάσχει και με την εμπιστοσύνη που τρέφει ο άρρωστος στο γιατρό του. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται απ' την μεριά του γιατρού κατανόηση όλων εκείνων των μεταβλητών που εν τέλει διαμορφώνουν την αντίληψη και τις αντιδράσεις του αρρώστου απέναντι στην αρρώστια του. Όλα τα άτομα δεν αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο στο συμβάν της νεοπλασματικής νόσου.

Οι περισσότεροι το βιώνουν σαν μια απροσδόκητη απώλεια. Έχουν δηλαδή τις αντιδράσεις πένθους που δημιουργείται όταν χάνεται ένα αγαπημένο πρόσωπο. Άλλοι αναπτύσσουν αντιδράσεις φόβου και άγχους ανάλογες με εκείνες που δημιουργούνται μπροστά σε ένα κίνδυνο ή απειλή καταστροφής. Δεν λείπουν όμως και τα άτομα που αντιδρούν με κάποια ανακούφιση και περιμένουν από την αρρώστια κάποιο δευτερογενές όφελος. Γι' αυτούς η αρρώστια αποτελεί μια δικαιολογία αποφυγής των υποχρεώσεων και των ευθυνών της ζωής που τους έχουν κουράσει, μια αφορμή για να διεκδικήσουν απ' το περιβάλλον τους συναισθήματα που τους λείπουν, μια ευκαιρία να αναζητήσουν νόμιμα ψυχολογική προστασία και γενικά μια κατάσταση παλινδρόμησης σε πρώιμες συναισθηματικές ανάγκες. Τέτοιοι άρρωστοι αντιδρούν ασυνείδητα στη θεραπεία και ο γιατρός πρέπει να εκτιμήσει την παρουσία αυτών των στοιχείων, να διευκολύνει την αναγνώριση τους απ' τον άρρωστο και να εξασφαλίσει τη συνεργασία του στην θεραπεία.

Τα προβλήματα δεν είναι λιγότερα στη διάρκεια της νόσου, και προκύπτουν κυρίως α) απ' τον φόβο για τη θεραπεία και τις συνέπειες της, β) απ' το φόβο της επιδεινώσεως και της υποτροπής. Για να είναι σε θέση ο γιατρός να παίξει ένα ουσιαστικό ρόλο στην αντιμετώπιση του φόβου των συνεπειών της θεραπείας πρέπει να ξεκαθαρίσει ο ίδιος τις δικές του ψυχολογικές αντιδράσεις σ' αυτό το θέμα. Αν ο ίδιος είναι απαισιόδοξος για την αποτελεσματικότητα της, αν έχει ο ίδιος πανικό στις συνέπειες του ακρωτηριασμού (σε περίπτωση χειρουργικής επεμβάσεως) και είναι εξαιρετικά ευαίσθητος στο σωματικό πόνο, τότε, κάνοντας προβολή των συναισθημάτων του αυτών στον άρρωστο ή εκλογικεύοντας τα στην ιατρική του συλλογιστική, δεν θα προχωρήσει σε μια μαχητική αντιμετώπιση της αρρώστιας. Σ' αυτή την περίπτωση καλό θάνα να παραπέμψει τον άρρωστο σ' άλλο θεραπευτή, πιο απελευθερωμένο από τέτοια συναισθήματα.

Το ίδιο ισχύει και για το γιατρό που έχει μόνο βιολογική αντίληψη της αρρώστιας και δεν συμπεριλαμβάνει στις εκτιμήσεις του τις ψυχοκοινωνικές της συνιστώσες. Ένας τέτοιος γιατρός θα αδιαφορήσει και στη φαρμακευτική ακόμα αντιμετώπιση μιας βαριάς μελαχολίας σ' ένα καρκινοπαθή με την απλοϊκή – και αντιατρική- συλλογιστική «τι τη χρειάζεται αφού ούτως ή αλλιώς έχει αθεράπευτο καρκίνο»

Είναι λάθος να επικεντρώνεται η προσοχή του γιατρού μόνο στην πάθηση και να παραβλέπονται οι άλλες λειτουργίες και οι σωματικές αλλά κυρίως οι ψυχολογικές και οι κοινωνικές. Το άτομο λειτουργεί ως ένα αδιαίρετο σύνολο. Αν κάποια λειτουργία εκπέσει κάποια άλλη πρέπει να ενισχυθεί για να αποκαταστήσει την ενότητα του Εγώ του ατόμου. Είναι χαρακτηριστικό πώς σπάνια λαμβάνεται υπ' όψη στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς η σεξουαλική του ζωή και ο ρόλος που ασκούν σ' αυτή οι εφαρμοσμένες θεραπευτικές αγωγές.

Ίσως το πιο σημαντικό λάθος είναι να πιστεύει ο γιατρός πως ο ρόλος του περιορίζεται στη θεραπεία, στην αποκατάσταση της διαταραγμένης λειτουργίας, και να θεωρεί πως η προσφορά του εξαντλείται με την προσφορά τεχνολογικής βοήθειας. Ο σωστός γιατρός είναι χρήσιμος και στον άρρωστο εκείνο που θεωρείται αθεράπευτος. Είναι χρήσιμος γιατί ο άρρωστος τον χρειάζεται, όχι μόνο ως τεχνοκράτη της υγείας αλλά ως σύμβουλο και συμπαραστάτη και στη ζωή και στο θάνατο. (5)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

### ΙΣΤΟΡΙΚΟ 1<sup>ο</sup>

Ο κύριος Α. Γ., επάγγελμα έμπορος, έγγαμος εισήχθη στην Ω.Ρ.Λ. κλινική του νοσοκομείου Ευαγγελισμός, με ενοχλήματα όπως δυσκαταποσία, βράγχος φωνής, δύσπνοια και υψηλό πυρετό.

Ημερομηνία εισαγωγής: 5/11/2000.

Ο ασθενής είναι 60 ετών, καπνιστής (50-60 τσιγάρα ημερησίως) και χρήστης αρκετής ποσότητας αλκοόλ.

Μετά απ' την εξέταση, διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής πάσχει από Ca λάρυγγα.

Στις εξετάσεις που έγιναν βρέθηκαν:

Ro θώρακος: κ.φ.

Η.Κ.Γ: κ.φ.

Γεν. Αίματος: ΗΤ: 32,85

Ερυθρά: 3.520.000

Λευκά: 5.100

Πολυμορφοπύρηνα: 68

Λεμφοκύτταρα: 20

Μεγάλα μονοπύρηνα: 3

Τ.Κ.Ε.: 82

Ουρία: 54

Σάκχαρο: 120

Κ: 4,4

Να: 135

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**  
**ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**  
**ΠΙΝΑΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ</b>	<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</b>
1) <u>Γνωριμία</u> με τους ασθενείς του θαλάμου.	Να γίνει οικείος με το νέο του περιβάλλον και τους συνασθενείς του.	Γνωριμία με τους ασθενείς του θαλάμου.	Έγινε η γνωριμία με τους ασθενείς του θαλάμου και ακολούθησε διάλογος.	Ο ασθενής εξοικειώθηκε με το περιβάλλον του και δεν αισθάνεται μόνος.
2) <u>Ενημέρωση</u> για το τμήμα.	Να ενημερωθεί ο ασθενής και οι συγγενείς του για τους χώρους του τμήματος και για την λειτουργία αυτών.	Ο ασθενής γνωρίζει τους χώρους του τμήματος.	Έγινε η ενημέρωση για τους χώρους του τμήματος.	Ο ασθενής χάρηκε που ενημερώθηκε για τους χώρους και ευχαρίστησε την νοσηλεύτρια.
3) <u>Φόβος και αγωνία</u> κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων.	Εξασφάλιση υποστήριξης με κατανόηση και ευσυνειδησία και προετοιμασία του αρρώστου να δεχτεί τις διαγνωστικές εξετάσεις. Επισήμανση του αρρώστου για τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης του όγκου στην πρόγνωση της ασθένειάς του.	Ενημέρωση του ασθενή για τον τρόπο που θα διεξαχθούν οι εξετάσεις. Προσπαθεί να μειώσει το άγχος και το φόβο του και τον ενθαρρύνει για να συνεργαστεί κατά την εκτέλεση των εξετάσεων.	Προετοιμασία του ασθενή για τις εξής εξετάσεις: Α) Ro θώρακος Β)Η.Κ.Γ. Γ)Γενική αίματος Δ)Σάκχαρο και ουρία αίματος. Ε)Έγινε προετοιμασία με μικρο-λαρυγγοσκόπηση για βιοψία. Τονίσθηκε στον ασθενή η ανάγκη διεξαγωγής αυτών των εξετάσεων για την καλύτερη έκβαση της επεμβάσεως.	Ο ασθενής παρά την αγωνία και τους φόβους του για την πορεία της ασθένειάς του αποδέχθηκε την σπουδαιότητα των διαγνωστικών εξετάσεων και την φύση της θεραπείας του.
4) <u>Πυρετός 38,8 °C.</u>	Ανακούφιση από τον πυρετό και έλεγχος της	Να τεθεί ο ασθενής σε Τρίωρη	Ο ασθενής τέθηκε σε τρίωρη θερμομέτρηση. Η	Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πυρετό και αισθάνεται

	καταστάσεως του ασθενή.	θερμομέτρηση. Χορήγηση αντιπυρετικού ύ Deron +b 1 σε συνεργασία με τον γιατρό. Εφαρμογή δροσερών επιθεμάτων. Χορήγηση υγρών για την αποφυγή αφυδάτωσης. Προφύλαξη του ασθενή από κρυολόγημα.	χορήγηση του αντιπυρετικού σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες ενέργειες της Νοσηλεύτριας, ανακούφισαν τον ασθενή από τον πυρετό. Τώρα η θερμοκρασία του κυμαίνεται μεταξύ 36,8 <sup>0</sup> C-37 <sup>0</sup> C.	καλύτερα.
5) <u>Δύσπνοια</u>	Εξασφάλιση άνεσης και ανακούφισης από την δύσπνοια. Να περιοριστεί η νευρικότητα και η ανησυχία του ασθενή που επιβαρύνουν την δύσπνοια πλησιάζοντάς τον με στοργή και ενδιαφέρον.	Να δοθεί η κατάλληλη θέση του ασθενούς στο κρεβάτι. Εξασφάλιση ήρεμου και καλά αεριζόμενου δωματίου. Μείωση των παραγόντων στο περιβάλλον του ασθενή που του δημιουργούν ένταση.	Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση ώστε να είναι ελεύθερη η αναπνευστική οδός. Χορήγηση οξυγόνου (2lit) Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να τον καθησυχάσει και τον συμβουλεύει να αποφεύγει την ομιλία για μείωση της αναπνευστικής δυσχέρειας.	Η δύσπνοια αποκαταστάθηκε ύστερα από την πολύτιμη παρέμβαση της νοσηλεύτριας.
6) <u>Βράγχος φωνής και φόβος απώλειας αυτής.</u>	Να μειώσει το φόβο του ασθενή για τυχόν απώλεια της φωνής του λόγω βράγχους με κατανόηση και ψυχική τόνωση.	Ενημέρωση του ασθενή ότι το βράγχος στη φωνή του μπορεί να παραμείνει	Λόγω του φόβου του ασθενή για αφαίρεση της επικοινωνίας του με τους άλλους η νοσηλεύτρια έκρινε αναγκαίο να	Παρά την ενημέρωση του ασθενή για την εξέλιξη της φωνής του μετά την εγχείρηση ο φόβος για την απώλεια της ήταν φανερός γιατί οι περισσότερες



		και μετά την επέμβαση χωρίς όμως να υπάρχει απόλυτος φόβος απώλειας αυτής.	επισκεφθεί τον ασθενή της άτομο με μόνιμη τραχειοτομή που την έχει αποδειχθεί και ζει φυσιολογικά μ' αυτήν.	ερωτήσεις του σχετίζονταν με την μετεγχειρητική πορεία της φωνής του.
7) <u>Πόνος</u>	Ανακούφιση από τον πόνο αντιμετωπίζοντάς τον όχι μόνο με φαρμακευτική αγωγή αλλά και με ψυχολογική υποστήριξη.	Χορήγηση αναλγητικών για την μείωση του πόνου και ανακούφιση των προβλημάτων που τον απασχολούν. Να μειώσει τους παράγοντες του περιβάλλοντος που επιδεικνύουν την κατάσταση του ασθενή.	Η νοσηλεύτρια χορήγησε στον ασθενή νέο παυσίπονο μετά εδόθη 1+ Deron από εντολή γιατρού. Πλησίασε τον ασθενή με στοργή και ενδιαφέρον και διερεύνησε αν εκτός από φυσικό πόνο υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην επιδείνωση του πόνου, συναισθηματικοί και κοινωνικοί.	Εκτός από την χορήγηση του παυσίπονου που έδωσε η νοσηλεύτρια στον ασθενή είχε θετικά αποτελέσματα λόγω της διπλής προσφοράς της να πλησιάσει τον ασθενή διακριτικά, να μπορεί να εκφράσει ελεύθερα ακόμα και τα αίτια του πόνου που τον κάνουν ακόμα πιο ισχυρό.
8) <u>Αγωνία για τη διεξαγωγή της χειρουργικής επέμβασης</u>	Να ενημερώσουμε τον ασθενή με πιο τρόπο θα γίνει η χειρουργική επέμβαση και προετοιμασία αυτού, για μείωση της αγωνίας του και των φόβων του για την μετεγχειρηματική εξέλιξη και ιδιαίτερα του τρόπου επικοινωνίας του	Προετοιμάζουμε τον ασθενή ψυχολογικά και τον ενημερώνουμε για ότι έχει σχέση με την τραχειοτομή και το τί είναι και επεξηγεί την αναγκαιότητά της. Να τον καθησυχάσει	Ο νοσηλευτής – τρια αναφέρει κάθε ενέργεια που απαιτείται προεγχειρητικά όπως: Α) Εγχειρητικό πεδίο, καθαριότητα και απολύμανση στο σημείο τομής. Β) Απαραίτητος υποκλισμός και Γ) Η σχετική διαίτα. Για τη διόρθωση τυχόν ανισοζυγιών	Η αγωνία και ο φόβος του αρρώστου μειώθηκε μετά την ενημέρωσή του από το νοσηλευτή –τρια καθώς από την εξασφάλιση ρύθμισης του σακχάρου. Δεν παύει όμως να τον απασχολεί η αποκατάστασή του μετά το χειρουργείο γι' αυτό κι η τελική παροχή φυσικής και συγκινησιακής του υποστήριξης απ' το

	<p>με τους άλλους.</p>	<p>ότι η επικοινωνία του στην αρχή θα γίνεται γραπτώς και σταδιακά μπορεί να αποκατασταθεί με διάφορες μεθόδους θεραπείας.</p>	<p>έγινε έλεγχος υγρών και ηλεκτρολυτών με ακριβή μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών με λεπτομερή μέτρηση των ούρων με ογκομετρικό δοχείο. Για την προετοιμασία του δωματίου τοποθετούμε στο κομοδίνο του αρρώστου μπλοκ, στυλό και καθρέπτη για να μπορεί να επικοινωνεί καθώς και δοχείο με αντισηπτική διάλυση, φυσιολογικό ορό, καθετήρες αναρρόφησης, κουτί αποστειρωμένο με γάζες, τραχειοσωλήνες και φακαρόλα για την περιποίηση της τραχειοτομής μετεγχειρητικά. Επίσης τοποθετούμε συσκευή αναρρόφησης με αντισηπτική διάλυση.</p>	<p>νοσηλευτή –τρια ήταν αναγκαία για ηθική τόνωση και ελευθερία έκφρασης των συναισθημάτων του. Έτσι την επόμενη ημέρα οδηγήθηκε στο χειρουργείο, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα.</p>
--	------------------------	--	---	---

<p>9) <u>Δύσπνοια και υπερέκριση υγρών.</u></p>	<p>Εξασφάλιση άνεσης και ανακούφισης για την μέτρηση της δύσπνοιας και της υπερέκκρισης υγρών.</p>	<p>Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι και περιβάλλον ήρεμο. Απαραίτητες και συχνές αναρροφήσεις και εφύγραση των εκκρίσεων καθώς χορήγηση O<sub>2</sub>.</p>	<p>Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση για την ελευθερία των αναπνευστικών οδών για την ανακούφιση της δύσπνοιας και μείωση του οιδήματος που δημιουργήθηκε κατά την εγχείρηση. Κάνουμε συχνό έλεγχο των ζωτικών σημείων και συχνές αναρροφήσεις από τον τραχειοσωλήνα κάθε 10-15΄ τις πρώτες ώρες. Ο χρόνος κάθε αναρροφήσεως πρέπει να διαρκεί τόσο, όσο η αδελφή μπορεί να κρατήσει την αναπνοή της για να μη διακόπτεται η συχνότητα της αναπνοής του αρρώστου. Για την εφύγραση των εκκρίσεων η ενστάλαξη μερικών σταγόνων φυσιολογικού ορού μέσα στον τραχειοσωλήνα βοηθεί στην αραίωση των βλεννών και καλύτερη</p>	<p>Η μετεγχειρηματική πορεία του ασθενή εξελίχθηκε ομαλά, με τις συχνές αναρροφήσεις και την παρουσία του νοσηλευτή –τρια τις πρώτες ώρες μετά την επέμβαση. Δεχόταν κάθε φροντίδα και δεν παρουσίασε καμία μετεγχειρηματική επιπλοκή.</p>
---	--	--	--	--

			αναρρόφησή τους και ερεθίζοντας το βλεννογόνο της τραχείας προκαλεί βήχα με συνέπεια να ελευθερώνονται οι βρόγχοι και οι κυψελίδες από τις εκκρίσεις.	
10) <u>Πόνος.</u>	Μείωση του πόνου που προέρχεται από το σημείο λαρυγγεκτομής.	Χορήγηση αναλγητικών και αντιβιοτικών για τη πρόληψη άμεσων και μακροχρόνιων επιπλοκών.	Χορηγούμε 1 amp apotel για τον πόνο και αντιβίωση ενδοφλεβίως με: Claforan 1x3 Flazil 1x3 Caramiycin 1x3 για μια εβδομάδα.	Ο πόνος του αρρώστου είχε επιδείνωση λόγω της ανησυχίας και ανασφάλειας που ένοιωθε με τη νέα αναπνευστική οδό, αλλά με την αγωγή που του δόθηκε και τη φροντίδα του νοσηλευτή –τριας ανακουφίστηκε και ένοιωσε μεγαλύτερη ασφάλεια.
11) <u>Απώλεια φωνής.</u>	Να ενημερώσουμε τον ασθενή ότι η απώλεια της φωνής του με κατάλληλη θεραπεία μπορεί να επανέλθει. Να προετοιμάσουμε την οικογένεια να δεχτεί την αναπηρία του και να τον αποδεχτούν.	Να εξηγήσουμε τον τρόπο επικοινωνίας με τους οικείους του. Να ενισχύσουμε ψυχολογικά τον άρρωστο, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.	Έναρξη χρήσης σημειωματαρίου για επικοινωνία. Υποστηρίζουμε τον άρρωστο κατά τη μεταβατική περίοδο. Αναφέρουμε στον ασθενή και την οικογένειά του, τρόπους με τους οποίους σταδιακά ο άρρωστος θα μπορεί να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του, δια του προφορικού λόγου. Οι τρόποι αυτοί είναι: Α) Λέμε στον ασθενή να πάρει	Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενή χωρίς επιπλοκές βοήθησε στη γρήγορη ανάρρωση και ικανότητα να επικοινωνεί με το περιβάλλον του μέσω σημειωματαρίου, και την αποδοχή αποκατάστασης της ομιλίας του.

			<p>αναπνοή αμέσως μετά να κλείσει με το δάκτυλο τον τραχειοσωλήνα και συγχρόνως να μιλήσει.                  Β) Διδάσκεται τον τρόπο, φυσιολογικής ομιλίας, καθώς και την ομιλία με το τεχνητό λάρυγγα (ειδική ηλεκτρονική μηχανή).</p>	
12) <u>Δυσκολία σίτισης.</u>	<p>Να μειώσουμε την δυσκολία του αρρώστου όταν καταπίνει.</p>	<p>Εξηγούμε στον άρρωστο ότι η χρήση του Levin είναι απαραίτητη για 8 ημέρες, τουλάχιστον.</p>	<p>Ενημερώνουμε τον άρρωστο ότι η λήψη τροφής τις πρώτες ημέρες θα γίνεται μέσω Levin χορηγούμε στον άρρωστο την τροφή του, η οποία είναι σε υγρά μορφή, τσάι, γάλα και την 4<sup>η</sup> μέρα μετεγχειρητική ημέρα δίνουμε αραιά πολτοποιημένη και προοδευτικά πολτοποιημένη.</p>	<p>Λόγω της ενημέρωσης του ασθενή για την αναμενόμενη δυσκολία στην κατάποση δεν ανησυχούμε και δέχτηκε το διαιτολόγιό του μέσω του Levin.</p>
13. Έντονη ανησυχία για την κατάσταση της υγείας του.	<p>Να αποκαταστήσουμε τον άρρωστο επαναφέροντάς τον στην προηγούμενη κατάσταση ύστερα από τη διατάραξη και αλλαγή που δέχτηκε από τη λερυγγεκτομή.</p>	<p>Του εξηγούμε ότι εφόσον ακολουθήσει τις οδηγίες του ιατρού και του νοσηλευτή – τριας όσον αφορά για την αποκατάστασ</p>	<p>Ενημερώνουμε τον ασθενή για την καλύτερη αποκατάστασή του ότι αφορά την αυτοπεριποίηση, αποκατάσταση ομιλίας, εμφάνιση και προφύλαξη από διάφορους κινδύνους.</p>	<p>Οι ανησυχίες του ασθενή μειώθηκαν αρκετά ιδιαίτερα όταν άρχισε να αυτοεξυπηρετείται. Ένοιωσε άνετα και ήταν ιδιαίτερα ευχαριστημένος από τις φροντίδες του νοσηλευτικού προσωπικού και έδειχνε</p>

		<p>η της φωνής του ιδιαίτερα η πορεία της αποκατάστασης θα είναι ομαλή γι' αυτό και δεν πρέπει να ανησυχεί.</p>	<p>Διδασκαλία για την περιποίηση στομίου απ' τον νοσηλευτή –τρια και αργότερα από αυτόν. Λέμε στον ασθενή να πλένει τα χέρια του πριν ακουμπήσει το στόμιο, να βρέχει τη γάζα με ζεστό νερό και να την τοποθετεί γύρω από το στόμιο. Να κάνει λεπτή επάλειψη με βαζελίνη στο περιστομιακό δέρμα και να γνωρίζει τ' απαραίτητα αντικείμενα για τον τρόπο αφαίρεσης του εσωτερικού τραχειοσωλήνα, το βρασμό και την καθαριότητα αυτού καθώς και τον τρόπο επαναποθετήσεώς του. Συνιστούμε στον ασθενή την αποφυγή καπνίσματος και του αλκοόλ.</p>	<p>πως ήταν την ημέρα εξόδου απ' το Νοσοκομείο προετοιμασμένος για την κοινωνική του επανένταξη αφού πρώτα πήρε τις απαραίτητες οδηγίες για τον τρόπο αποκατάστασης της φωνής του (οισοφαγοφωνία, ηλεκτρονικός λάρυγγας).</p>
--	--	---	---	---

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα του καρκινοπαθούς έχει ήδη γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδίκευσης.

Η ανάγκη αυτής της ειδίκευσης δημιουργήθηκε απ' το γεγονός ότι όλοι αντιλαμβάνονται πως:

- Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει κατάλληλη πείρα και αξιόλογες γνώσεις στη νοσηλεία του καρκινοπαθούς και ικανοποιεί σε μεγάλο βαθμό τις βιολογικές και κοινωνικές ανάγκες του καρκινοπαθούς.

- Οι ευθύνες του νοσηλευτή –τριας, δεν περιορίζονται μόνο στο νοσοκομείο, αλλά επεκτείνονται και στο σπίτι του καρκινοπαθούς.

- Ο ρόλος του νοσηλευτή –τριας στην πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας είναι ιδιαίτερα ουσιαστικός.

Παράλληλα, συνέχεια γίνονται νοσηλευτικές έρευνες για μια πιο ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή.

Έτσι, καλό είναι, σήμερα όλοι οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες που νοσηλεύουν καρκινοπαθείς να γνωρίζουν ό,τι καινούργιο υπάρχει στη νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με καρκίνο.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ογκολογικά Αρχεία, Τόμος 1<sup>ος</sup> – Τεύχος 2<sup>ο</sup> ,Νοέμβριος 1992
2. Ογκολογικά Αρχεία, Τόμος 2<sup>ος</sup> – Τεύχος 2<sup>ο</sup> , Δεκέμβριος 1993
3. Ογκολογικά Αρχεία, Τόμος 4<sup>ος</sup> – Τεύχος 1<sup>ο</sup> 1995
4. Κανδρεβιώτου Κ. Νικολάου, Νεοπλάσματα, Τόμος Α΄, Εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισιάνος – Αθήναι 1983
5. Ελληνική Ογκολογία, Αθήνα 1981
6. Σαραντίτη Γεωργίου, Η υποξυγόνωση του αίματος, Κυκλοφοριακά Ανωμαλίες και ο καρκίνος, Αθήνα- Ιούνιος 1972.
7. Κανδρεβιώτου Νικολάου, Νεοπλάσματα, Τόμος Β΄, Εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνος- Αθήνα 1983.
8. Ελληνική Ογκολογία, Τόμος 29<sup>ος</sup> – Τεύχος 3<sup>ο</sup> Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1993
9. Ελληνική Ογκολογία, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1995, Τόμος 31<sup>ος</sup>- Τεύχος 3<sup>ο</sup>
- 10.Ελληνική Ογκολογία, Οκτωβ. – Δεκέμβριος 1998, Τόμος 4<sup>ος</sup>- Τεύχος 34<sup>ος</sup>
- 11.Ελληνική Ογκολογία, Απρίλιος- Ιούνιος 1999,Τόμος 35<sup>ος</sup>-Τεύχος 2<sup>ο</sup>
- 12.Άννα Σαχίνη- Καρδάση, Μαρία Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 1<sup>ος</sup> , Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1988
- 13.Μ.Α. Μαλγαρινού- Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος Β- Μέρος 2<sup>ο</sup>, Αθήνα 1987.
- 14.Μ.Α. Μαλγαρινού- Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, Γενική Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος Α΄, Αθήνα 1992, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ»
- 15.Πτυχιακή εργασία ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ, Αθήνα 1997
- 16.Πτυχιακή Εργασία ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ, Πάτρα 1995
- 17.Άννα Σαχίνη- Καρδάση, Μαρία Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 2<sup>ος</sup>- Μέρος Β΄, , Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1993, Γ΄ επανέκδοση.