

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ
ΘΞΕΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚ.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΤΖΑ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2002

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στους γονείς μου που μου συμπαραστάθηκαν ηθικά και υλικά, στους καθηγητές μου που μου πρόσφεραν τις γνώσεις και την πείρα τους και τους ιατρούς του αιματολογικού τμήματος του ΠΓΝΓΠ που με βοήθησαν στη διεκπεραίωση της εργασίας μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	5
ΑΝΑΤΟΜΙΑ	5
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	7
ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	7
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	8
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ – ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	8
ΠΡΟΓΝΩΣΗ	8
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	9
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	20
1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ	20
2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	21
3. ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΝΑΥΤΙΑΣ – ΕΜΕΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	23

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ _____	23
5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΛΛΑΓΗ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΙΔΩΛΟΥ _____	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI _____	26
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ _____	26
Ενεργητική ακρόαση _____	26
Φραγμοί επικοινωνίας _____	34
Ενημέρωση του αρρώστου _____	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII _____	46
Η ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ _____	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII _____	57
ΜΕΤΡΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ _____	57
Νοσηλευτική Διεργασία _____	59
Νοσηλευτική Διεργασία _____	62
ΕΠΙΛΟΓΟΣ _____	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ _____	66

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή αναφέρεται στις λευχαιμίες, τις παθολογικές εκείνες καταστάσεις δηλαδή που χαρακτηρίζονται από νεοπλασματική υπερπλασία των κυττάρων της λευκής σειράς.

Οι λευχαιμίες διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες. Ανάλογα με το είδος των κυττάρων που προσβάλλουν τον ασθενή διακρίνονται σε μυελογενείς και λεμφογενείς.

Αυτή η εργασία περιλαμβάνει 2 μέρη: το ιατρικό και το νοσηλευτικό.

Το ιατρικό μέρος αναφέρεται στα στοιχεία του αίματος, κλινική εικόνα, εργαστηριακά ευρήματα, πρόγνωση, θεραπεία κ.λ.π.

Ενώ το νοσηλευτικό μέρος αναφέρεται στη νοσηλευτική φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.

Σίγουρα παρά τις προσπάθειες μου φοβάμαι ότι μερικά στοιχεία έχουν παραληφθεί. Η παρουσίαση μου πιστεύω θα δώσει σε γενικές γραμμές όσο το δυνατόν καλύτερη εικόνα του θέματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Ως λευχαιμίες διακρίνονται παθολογικές καταστάσεις αγνώστου ως επί το πλείστον μέχρι σήμερα αιτιολογίας, χαρακτηριζόμενες από νεοπλασματική υπερπλασία των κυττάρων της λευκής σειράς.

Διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες , καθώς επίσης σε μυελογενής και λεμφογενείς.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Το αίμα είναι ένας ιστός σε υγρή κατάσταση. Αυτό αποτελεί το μεταφορικό μέσο που ρέει μέσα στα αγγεία του κυκλοφορικού συστήματος με την ώθηση της καρδιακής λειτουργίας. Το αίμα αποτελείται από τα έμμορφα συστατικά και από το πλάσμα.

Έμμορφα συστατικά

A) Ερυθρά αιμοσφαίρια ή ερυθροκύτταρα (αριθμός ερ. 5 εκατ/ ml^2)

B) Λευκά αιμοσφαίρια ή λευκοκύτταρα. Διακρίνονται σε :

Κοκκιοκύτταρα ή πολυμορφοπύρηνα

Λεμφοκύτταρα

Γ) Αιμοπετάλια ή θρομβοκύτταρα

Πλάσμα

Το πλάσμα είναι ένα πολυσύνθετο υδατικό διάλυμα. Περιέχει λευκώματα, άλατα, και πολλές άλλες μεταφερόμενες ουσίες. Τα έμμορφα συστατικά του αίματος ευρίσκονται στο πλάσμα με τη μορφή αιωρήματος.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Το αίμα είναι το σημαντικότερο μέσο μεταφοράς στο σώμα. Η κυκλοφορία του γίνεται σε κλειστό κύκλωμα χωρίς αρχή και τέλος. Σε όλα τα σημεία του σώματος μπορούν να προσληφθούν ή να αποδοθούν ουσίες ή ενέργεια. Το αίμα προσλαμβάνει οξυγόνο και προϊόντα της πέψης από το αναπνευστικό και πεπτικό σύστημα αντίστοιχα και τα μεταφέρει στα κύτταρα του σώματος. Από τα κύτταρα του σώματος το αίμα προσλαμβάνει τα προϊόντα του μεταβολισμού και τα μεταφέρει στα απεκκριτικά όργανα. Επιπλέον το αίμα μεταφέρει ορμόνες από τους ενδοκρινείς αδένες προς τα όργανα – στόχους των ορμονών και επίσης μεταφέρει τα λευκά αιμοσφαίρια και αντισώματα σε μέρη του σώματος όπου αυτά χρειάζονται. Το καρδιαγγειακό σύστημα συμμετέχει επίσης στη ρύθμιση του ύδατος και άλλων ουσιών του σώματος καθώς επίσης και στη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η αρχική γενετική βλάβη προκαλεί μια μόνιμη μεταβολή στην δομή και λειτουργία του DNA του προγονικού κυττάρου , η οποία ενδεχομένως δεν είναι δυνατόν να ανιχνευθεί. Η φύση της αρχικής βλάβης και των μετέπειτα επιδράσεων δεν είναι ακριβώς γνωστά, αλλά η επίδραση χημικών, φυσικών παραγόντων και ιών παίζει ασφαλώς ρόλο. Η παθογενετική ανάπτυξη της οξείας μυελογενούς λευχαιμίας είναι πολυσταδιακή. Το πρώτο στάδιο χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση προλευχαιμικών αρχέγονων κυττάρων που έχουν τη δυνατότητα φυσιολογικής διαφοροποίησης και ωριμάνσεως και η φύση της βλάβης τους δίνει το προτέρημα αναπτύξεως απέναντι στο φυσιολογικό πληθυσμό. Στο δεύτερο στάδιο με την επιπρόσθετη βλάβη τα κύτταρα χάνουν την ικανότητα διαφοροποίησης και ο λευχαιμικός κλώνος μπορεί να παρουσιάζει κυτταρογενετικές ανωμαλίες.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η ακριβή αιτιολογία της λευχαιμίας είναι άγνωστη. Πολλοί παράγοντες ενοχοποιούνται για την πρόκληση της νόσου: α) Ιοι, β) έκθεση σε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας ,γ) η απορρόφηση ορισμένων χημικών ουσιών και διάφορες κληρονομικές ανωμαλίες μπορεί να έχουν επίδραση, δ) η ρύπανση του περιβάλλοντος, ε) ενοχοποιείται και η κληρονομική προδιάθεση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ – ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Τα κύρια συμπτώματα της ασθένειας είναι: η κακουχία, αδυναμία, ανορεξία, πυρετός από κάποια λοίμωξη, αιμορραγία ούλων, μύτης, εκχυμώσεις και πετέχιες στο δέρμα από τη θρομβοπενία. Οστικοί πόνοι από λευχαιμικές διηθήσεις των οστών είναι συχνοί.

Στα εργαστηριακά ευρήματα ανήκουν: α) η αύξηση των λευκών , β) η αναιμία, γ) θρομβοπενία.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση είναι βαρύτερη. Ποσοστό πλήρους αναστολής υπολογίζεται σε 50%, ενώ η μέση επιβίωση είναι 9 μήνες. Ο βίος σπάνια παρατείνεται πέραν του έτους.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση περιλαμβάνει:

- A) ιστορικό υγείας
- B) φυσική εκτίμηση
- Γ) διαγνωστικές εξετάσεις
 - 1) εξέταση αίματος
 - 2) βιοψία μυελού των οστών
 - 3) βιοψία λεμφαδένων
 - 4) ακτινογραφία θώρακα
 - 5) ακτινογραφία οστών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει μεγάλες πρόοδοι στην αντιμετώπιση της οξείας λευχαιμίας οι οποίες οφείλονται στη χρήση νέων φαρμάκων, επιτυχών συνδυασμών και θεραπευτικών σχημάτων, τη βελτίωση των μεθόδων υποστηρίξεως των αρρώστων και τέλος στην εφαρμογή της μεταμόσχευσης του μυελού και των οστών. Σκοπός της θεραπείας είναι η εξάλειψη των λευχαιμικών κυττάρων και η αποκατάσταση της λειτουργίας του μυελού των οστών.

A) Η θεραπεία διακρίνεται σε θεραπεία εφόδου και θεραπεία συντήρησης. Για κάθε μια απ' τις δυο χρησιμοποιούνται διαφορετικά φάρμακα. Τα διάφορα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χορηγούνται απ' τις εξής οδούς α) ενδοφλέβια, β) εμφυτευόμενος σωλήνας κάτω από το δέρμα, γ) ενδοαρτηριακά, δ) ενδοπεριτοναϊκά, ε) στο ΚΝΣ μέσω του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, στ) με αντλίες έγχυσης.

B) Η προφύλαξη του ΚΝΣ αρχίζει από την αρχή της εμφάνισης της νόσου και περιλαμβάνει ακτινοβολία του ΚΝΣ και ενδοραχιαία χορήγηση μεθοτρεξάτης. Η παρενέργεια της ακτινοβολίας του ΚΝΣ είναι η αλωπεκία.

Γ) Εκτός από τη χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται επίσης η μεταμόσχευση μυελού και η ανοσοθεραπεία. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη μεταμόσχευση μυελού η ικανοποιητική ιστοσυμβατότητα. Η μεταμόσχευση μυελού των οστών δεν προτείνεται εύκολα. Είναι επικίνδυνη θεραπεία και όχι κατάλληλη για κάθε περίπτωση.

Υπάρχουν δυο είδη μεταμόσχευσης μυελού των οστών:

- Κατά την αυτόλογη μεταμόσχευση χρησιμοποιείται ο μυελός των οστών του ιδίου του ασθενούς.
- Κατά την ετερόλογη μεταμόσχευση χρησιμοποιείται ο μυελός των οστών φυσιολογικού δότη, κατά προτίμηση αδερφού ή αδερφή με την ίδια ιστοσυμβατότητα.

ΠΩΣ ΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Ο ΜΥΕΛΟΣ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Στα νεογέννητα παιδιά, όλα τα οστά έχουν δραστικό μυελό. Στους ενήλικους, ο δραστικός μυελός βρίσκεται κυρίως στο κέντρο των οστών της πυέλου, στις πλευρές, στη σπονδυλική στήλη και στις κλείδες. Όταν βρεθεί ο κατάλληλος δότης, ο δραστικός μυελός αφαιρείται από τα οστά αυτά με βελόνα και σύριγγα. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατό να αφαιρεθούν από το αίμα τα αρχέγονα κύτταρα.

Αναρρόφηση με βελόνα. Τα περισσότερα μοσχεύματα του μυελού των οστών προέρχονται από εκχύλισμα μυελού από οστά της πυέλου, ο οποίος λαμβάνεται με επανειλημμένες παρακεντήσεις με βελόνα. Ο δότης κατά τη διάρκεια της διαδικασίας βρίσκεται συνήθως υπό αναισθησία. Αυτό θεωρείται απαραίτητο επειδή για να αφαιρεθεί ικανοποιητική ποσότητα μυελού για μεταμόσχευση (περίπου 500 – 1000 cc) χρειάζονται 150 έως 200 παρακεντήσεις με βελόνα.

Το πώς θα διατηρηθεί ο μυελός των οστών αφού αφαιρεθεί, εξαρτάται από τον τύπο της μεταμόσχευσης που θα γίνει.

- Εάν η μεταμόσχευση είναι αλλογενής και ο δότης και ο λήπτης έχουν την ίδια ομάδα των ερυθρών αιμοσφαιρίων (ABO), ο μυελός χορηγείται αμέσως ενδοφλεβίως.

- Εάν τα ερυθρά αιμοσφαίρια του δότη και του λήπτη είναι ασύμβατα, πρέπει να ξεχωρίσουμε και να αφαιρέσουμε τα ερυθρά αιμοσφαίρια.
- Εάν προγραμματίζεται αυτομεταμόσχευση, τα κύτταρα πρέπει να συντηρηθούν. Αυτό απαιτεί την ανάμειξη τους με μια ουσία η οποία προφυλάσσει από τη δημιουργία πάγου. Κατόπιν τα ψύχουμε με υγρό άζωτο. Μερικές φορές επεξεργαζόμαστε τα κύτταρα με χημικές ουσίες ή αντισώματα. Η διαδικασία αυτή αποκαλείται μυελική κάθαρση και σκοπό έχει την απομάκρυνση των καρκινικών κυττάρων. Ακόμη δεν είναι γνωστό πόσο αποτελεσματική είναι αυτή η διαδικασία.

Πώς παίρνουμε κύτταρα από το αίμα. Εάν θέλετε ένα ομόλογο μόσχευμα, πρέπει να ληφθούν από το αίμα σας οι άωρες μορφές κυττάρων του με τη μέθοδο του επανειλημμένου διαχωρισμού (αφαίρεσης). Το αίμα τοποθετείται σε μια συσκευή η οποία δουλεύει όπως η συσκευή που διαχωρίζει την κρέμα. Τα κύτταρα ίδιου τύπου λαμβάνονται με αναρρόφηση με βελόνα, χωρίζονται και το υπόλοιπο ξαναγυρίζει σε σας. Για να πάρουμε αρκετά κύτταρα για μεταμόσχευση, η διαδικασία επαναλαμβάνεται πολλές φορές, γι αυτό και διαρκεί 2 ή και 4 ώρες. Επειδή πρέπει να αυξηθεί ο αριθμός των άωρων κυττάρων του αίματος, χορηγούμε διάφορες χημικές ουσίες.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ

Η διαδικασία της μεταμόσχευσης είναι γεμάτη κινδύνους. Ο μόνος λόγος για τον οποίο κάποιος ριψοκινδυνεύει, είναι επειδή οι εναλλακτικές λύσεις είναι πολύ χειρότερες. Όποιος υποβάλλεται σε μεταμόσχευση μυελού, είναι βέβαιο ότι θα πέθαινε σύντομα χωρίς αυτήν.

Οι ειδικοί κίνδυνοι έχουν σχέση με τη φύση της διαδικασίας και διαιρούνται σε άμεσους και απώτερους (επιβραδυνόμενους).

Απώτερες επιπτώσεις. Οι μακράς διάρκειας τοξικές επιδράσεις της θεραπείας με υψηλές δόσεις προκαλούν καταρράκτη σε όσους υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία όλου του σώματος. Στις απώτερες επιπτώσεις συγκαταλέγεται και η στειρώση, αν και όσοι υποβάλλονται σε εκτεταμένη θεραπεία για τον καρκίνο τους είναι συχνά στείροι πριν από τη μεταμόσχευση. Σε τέτοιες περιπτώσεις πάντως γυναίκες που υπέστησαν μεταμόσχευση μυελού συνέλαβαν και γέννησαν υγιή παιδιά.

Άμεσοι κίνδυνοι. Πολύ μεγαλύτερη απειλή αποτελούν οι κίνδυνοι οι οποίοι ανακύπτουν κατά τη διάρκεια ή και αμέσως μετά τη διαδικασία της μεταμόσχευσης. Αυτή καθ' εαυτήν η υψηλή δόση της θεραπείας, η ζημιά στο ανοσολογικό σύστημα και η αντίδραση του ανοσολογικού συστήματος στον μεταμοσχευθέντα μυελό αποτελούν αίτια επικίνδυνων επιπλοκών.

- **Τοξικές αντιδράσεις από φάρμακα και ακτινοβολία.** Οι υψηλές θεραπευτικές δόσεις έχουν σε μερικές περιπτώσεις οξεία τοξικά αποτελέσματα επί της καρδιάς. Πολύ σπάνια, η επίδρασή τους είναι θανατηφόρος.
- **Λοιμώξεις.** Μετά τη μεταμόσχευση υπάρχει μια περίοδος δυο έως έξι εβδομάδων κατά τη διάρκεια της οποίας ο νέος μυελός των οστών δεν μπορεί να φτιάξει ερυθρά αιμοσφαίρια, λευκά αιμοσφαίρια ή αιμοπετάλια. Αν και η μετάγγιση ερυθρών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων είναι αρκετά εύκολη, η μετάγγιση λευκών αιμοσφαιρίων είναι σχεδόν αδύνατη. Χωρίς τα λευκά αιμοσφαίρια είναι ιδιαίτερα υψηλός ο κίνδυνος λοιμώξεων. Γι αυτό όταν κάποιος κάνει μεταμόσχευση, πρέπει συνήθως να παίρνει

μεγάλες δόσεις αντιβιοτικών, τα οποία μερικές φορές χορηγούνται πριν εκδηλωθεί οποιοδήποτε σύμπτωμα λοίμωξης και συνήθως δεν διακόπτουμε την χορήγηση τους πριν επανέλθουν στο φυσιολογικό τα στοιχεία του αίματος. Βέβαια χορηγούνται πάντοτε με την πρώτη ένδειξη πυρετού. Τις περισσότερες φορές οι λοιμώξεις ελέγχονται μόλις τα λευκά αιμοσφαίρια επανέλθουν στο φυσιολογικό. Μερικές λοιμώξεις όμως – όπως οι οφειλόμενοι σε μύκητες – είναι δυνατό να επιφέρουν ακόμη και το θάνατο.

Πρέπει το ταχύτερο δυνατό να μειώσουμε την περίοδο κατά την οποία τα λευκά αιμοσφαίρια είναι χαμηλά, χορηγώντας ουσίες που τις αποκαλούμε αυξητικούς αιμοποιητικούς παράγοντες. Αυτά τα φυσικά προϊόντα μπορούμε πλέον να τα απομονώσουμε και να τα χορηγήσουμε, και όπως φαίνεται επιταχύνουν την επάνοδο των λευκών μετά την μεταμόσχευση.

- **Αιμορραγία.** Τα αιμοπετάλια μεταγγίζονται εύκολα. Σε μερικούς ασθενείς πάντως είναι δύσκολο να μεταγγίσουμε ικανοποιητικές ποσότητες αιμοπεταλίων, γι αυτό και οι σοβαρές αιμορραγίες είναι πιθανές.
- **Απόρριψη μοσχεύματος.** Είναι ο σοβαρότερος κίνδυνος, τον αντιμετωπίζουν δε ιδιαίτερα όσοι υπεβλήθησαν σε αλλογενή μεταμόσχευση του μυελού των οστών. Ο κίνδυνος φαίνεται μεγαλύτερος σε όσους χρησιμοποιήθηκε μη συγγενές ή λιγότερο συμβατό αλλογενές μόσχευμα. Συνήθως η λειτουργία του μυελού αρχίζει να επανέρχεται αλλά κατόπιν μηδενίζεται. η επιπλοκή είναι σοβαρή και διορθώνεται με δεύτερη μεταμόσχευση.

- **Πνευμονία.** Όπως φαίνεται, οι πνεύμονες είναι το πλέον ευαίσθητο όργανο όσον αφορά τις παρενέργειες μιας μεταμόσχευσης. Λέγεται ότι οι πνεύμονες είναι για την μεταμόσχευση ότι η προστασία της επιγονατίδας σ' έναν ποδοσφαιρικό αγώνα. Πάμπολλα πράγματα μπορεί να πάνε άσχημα. Οι πνεύμονες ενδέχεται να μολυνθούν λόγω λοιμώξεως, λόγω τοξικής δράσης των υψηλών δόσεων της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας ή εξαιτίας άγνωστων παραγόντων.

Όταν εκδηλωθεί σοβαρή πνευμονία μετά την μεταμόσχευση του μυελού των οστών, συχνά επέρχεται ο θάνατος – όχι όμως πάντοτε. Στις περιπτώσεις αυτές το συνηθέστερο αίτιο της πνευμονίας είναι ο κυτταρομεγαλοϊός. Η πνευμονία αυτή είναι ιδιαίτερης βαρύτητας, προπαντός όταν εμφανιστεί αρκετούς μήνες μετά τη μεταμόσχευση. Εάν παρουσιαστεί, ακολουθείται και από άλλη σοβαρή επιπλοκή, όπως η νόσος μοσχεύματος – ξενιστή.

Δ) Μεταγγίσεις αίματος επιβάλλονται για την αντιμετώπιση των επιπλοκών εξαιτίας της καταστολής του μυελού των οστών. Συχνά προτιμάται η μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθροκυττάρων από το πλήρες αίμα για αποφυγή υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας.

Όπως συμβαίνει και με άλλες δυναμικές μορφές θεραπείας, οι μεταγγίσεις ενδέχεται να προκαλέσουν σοβαρές επιπλοκές, όχι πάντως συχνά. Σπανιότατα, είναι πιθανό να αποβούν θανατηφόρες.

Λοίμωξη. Πάντοτε υπάρχει μικρή πιθανότητα μόλυνσης από κάποιο οργανισμό, εκτός αν για τη μετάγγιση χρησιμοποιηθεί το αίμα του ασθενούς.

AIDS. Σε όλων τη σκέψη φωλιάζει πια ο φόβος πιθανής λοίμωξης από τον ιό HIV, ο οποίος προκαλεί το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS). Πλην όμως ο κίνδυνος να πάθετε AIDS από μετάγγιση είναι ελάχιστος – ένας στις 40.000, ίσως και λιγότερο – και ως εκ τούτου δεν επηρεάζει καθόλου την απόφασή της μετάγγισης.

Ηπατίτιδα. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος κατά τις μεταγγίσεις ήταν και είναι η σοβαρή λοίμωξη του ήπατος που ονομάζεται ηπατίτιδα. Ο κίνδυνος αυτός έχει μειωθεί σοβαρά τα τελευταία χρόνια.

Άλλες λοιμώξεις. Οι έλεγχοι των τραπεζών αίματος αποσκοπούν στην εντόπιση της σύφιλης και των HTLV και II (ο HTLV είναι ο ιός που μερικές φορές προκαλεί λευχαιμία). Άλλες λοιμώξεις σπάνια μεταδίδονται.

Αντιδράσεις λόγω διαφορών με το αίμα του δότη. Πλην της περιπτώσεως να γίνει μετάγγιση από το ίδιο το αίμα του ασθενούς ή του δίδυμου αδελφού του, οποιοδήποτε άλλο αίμα περιέχει πολλά ξένα στοιχεία. Αυτό ισχύει ακόμη κι αν το αίμα έχει εξεταστεί για συμβατότητα.

Το αίμα του δότη – ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια, αιμοπετάλια, ακόμη και οι πρωτεΐνες του πλάσματος – περιέχει αντιγόνα (πρωτεΐνες) με τις οποίες ο οργανισμός δεν έχει έρθει ποτέ σε επαφή. Συνήθως όταν ο οργανισμός έρχεται σε επαφή με εξωγενή αντιγόνα, το ανοσολογικό σύστημα αντιδρά. Σε τελική ανάλυση ο προορισμός του ανοσολογικού συστήματος είναι να αναγνωρίζει και να προσπαθεί να καταστρέψει οποιοδήποτε ξένο στοιχείο εισέρχεται στον οργανισμό, ειδικότερα τα μικρόβια, όπως τα

βακτηρίδια και οι ιοί. Ευτυχώς το ανοσολογικό σύστημα σπάνια αναγνωρίζει τις περισσότερες διαφορές του αίματος του δότη από το αίμα του λήπτη.

Διαφορές στα ερυθρά αιμοσφαίρια. Είναι οι σημαντικότερες διαφορές. Υπάρχουν τουλάχιστον τετρακόσιες αναγνωρισμένες διαφορές, μόνο τρεις όμως έχουν πρακτική σημασία. Πρόκειται για εκείνες που σχετίζονται με τα αντιγόνα A, B και D, τα οποία προσδιορίζουν τον τύπο του αίματος (ομάδα και ρέζους).

Τα αντισώματα αποτελούν μέρος της ανοσολογικής απάντησης έναντι ξένων αντιγόνων. Αν ο ασθενής έχει αίμα της ομάδας B, διαθέτει αντισώματα αντί – A και επομένως αν γίνει μετάγγιση με ερυθρά αιμοσφαίρια ομάδας A, τα ερυθρά αιμοσφαίρια θα καταστραφούν. Η μετάγγιση όχι μόνο δεν θα εκπληρώσει το σκοπό της, αλλά αντίθετα θα προκαλέσει πυρετό, ρίγη, πόνους και σπανιότερα σοκ, αιμορραγία, ακόμη και θάνατο. Οι τράπεζες αίματος και οι υπηρεσίες μεταγγίσεων των νοσοκομείων κάνουν επανειλημμένους ελέγχους και δοκιμασίες ώστε να εξασφαλιστεί ότι ο ασθενής δεν θα λάβει αίμα λανθασμένης ομάδας.

Τα ερυθρά αιμοσφαίρια είναι είτε ρέζους θετικά είτε ρέζους αρνητικά , ανάλογα με το αν περιέχουν ή όχι ένα από τα αντιγόνα ρέζους, το ονομαζόμενο D. Το αντιγόνο D αναγνωρίζεται εύκολα ως ξένο από έναν ασθενή με ρέζους αρνητικό, ο οργανισμός του οποίου παράγει αντίσωμα κατά του D.

Διαφορές στα λευκά αιμοσφαίρια. Τα λευκά αιμοσφαίρια περιέχουν εντελώς διαφορετικό σύνολο ξένων αντιγόνων απ' ότι τα ερυθρά. Τα

σπουδαιότερα εξ αυτών ονομάζονται αντιγόνα HLA, και αναζητούνται στο εργαστήριο για να καθοριστεί ο τύπος των ιστών όταν επιλέγεται κάποιος δωρητής οργάνου για μεταμόσχευση.

Τα αντισώματα που αντιδρούν στα λευκά αιμοσφαίρια αναπτύσσονται αρκετά εύκολα κατά τη μετάγγιση ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σπάνια προκαλούν σοβαρή βλάβη. Τους αποδίδονται πάντως τα ρίγη και ο πυρετός που παρουσιάζει το 3% των ασθενών στους οποίους γίνεται μετάγγιση. Αν υπάρχουν τέτοιες αντιδράσεις σε μη ανεκτό βαθμό, ο γιατρός μπορεί να τις ελαχιστοποιήσει ή να τις εξουδετερώσει στις επόμενες μεταγγίσεις ζητώντας αίμα από το ποίο έχει αφαιρεθεί μεγάλο μέρος των λευκών αιμοσφαιρίων (ερυθρά αιμοσφαίρια με μικρή περιεκτικότητα λευκοκυττάρων).

Διαφορές στα αιμοπετάλια. Τα αιμοπετάλια του δότη έχουν τα ίδια αντιγόνα HLA με τα λευκά αιμοσφαίρια, επιπλέον δε έχουν αντιγόνα που υπάρχουν αποκλειστικά στα αιμοπετάλια. Αν υπάρξει ανάγκη επανειλημμένων μεταγγίσεων αιμοπεταλίων για μεγάλη χρονική περίοδο, το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να αναπτύξει αντισώματα που θα προσβάλουν και θα καταστρέψουν τα αιμοπετάλια του δότη, αχρηστεύοντας έτσι τις μεταγγίσεις. Τα αντισώματα αυτά ενδέχεται να αντιδράσουν με τα αιμοπετάλια του δότη, αχρηστεύοντας έτσι τις μεταγγίσεις. Τα αντισώματα αυτά ενδέχεται να αντιδράσουν με τα αιμοπετάλια του δότη, προκαλώντας ρίγη και πυρετό.

Διαφορές στο πλάσμα. Οι αντιδράσεις στο πλάσμα του δότη που εκδηλώνονται με αναφυλακτικό εξάνθημα παρουσιάζονται στο 5% των ασθενών. Τα εν λόγω εξανθήματα μπορεί καμιά φορά να είναι σοβαρά μέχρι

του σημείου του γενικευμένου οιδήματος, ενώ σπανίως η αντίδραση φτάνει έως την παρεμπόδιση της αναπνοής, γεγονός επικίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς. Οι αλλεργικές αντιδράσεις στο πλάσμα συνήθως αντιμετωπίζονται εύκολα ή προλαμβάνονται με αντιισταμινικά. Αν σημειωθεί σοβαρή αντίδραση, οι μεταγγίσεις μπορούν να συνεχιστούν χωρίς άλλες παρενέργειες εφόσον τα αιμοσφαίρια υποστούν πλύση με διάλυμα άλατος ώστε να απαλλαγούν από το πλάσμα.

ΤΙ ΜΕΤΑΓΓΙΖΕΤΑΙ ΚΑΙ ΠΟΤΕ

Το αίμα του δότη, συνήθως μισό λίτρο, διοχετεύεται σε πλαστικό σάκο. Ο σάκος περιέχει ένα διάλυμα που εμποδίζει την πήξη του αίματος και βοηθά τη συντήρηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Κάθε σάκος μαζί με τον συνδεδεμένο σωλήνα και τη σύριγγα που χρησιμοποιήθηκε για να αφαιρεθεί το αίμα από το δότη μεταφέρονται στην τράπεζα αίματος ως ενιαία αποστειρωμένη μονάδα, σφραγισμένη σε θήκη μιας χρήσεως.

Το αίμα φυλάσσεται σε ψυγείο κάτω από προσεκτικά ελεγχόμενες συνθήκες, ώσπου να χρησιμοποιηθεί. Αν δεν χρησιμοποιηθεί μέσα σε πέντε ή έξι εβδομάδες πρέπει να πεταχτεί διότι οι μεταβολές που υφίστανται τα ερυθρά αιμοσφαίρια του κατά την αποθήκευση του ελαττώνουν την αποτελεσματικότητά του και ενδεχομένως το καθιστούν επικίνδυνο. Σε ειδικές περιπτώσεις, τα ερυθρά αιμοσφαίρια καταψύχονται, και είναι δυνατό να διατηρηθούν για χρόνια. Η ποσότητα του αποθηκευμένου αίματος που μεταγγίζεται εξαρτάται από την κατάσταση και τις ανάγκες του ασθενούς.

Πλήρες αίμα. Χρησιμοποιείται μόνο στην περίπτωση που ο ασθενής υφίσταται μεγάλη αιμορραγία σε μικρό χρονικό διάστημα. Συνήθως η τράπεζα αίματος ξεχωρίζει την κάθε μονάδα αίματος σε ερυθρά αιμοσφαίρια, αιμοπετάλια και πλάσμα.

Ερυθρά αιμοσφαίρια. Λόγω του καρκίνου ή της θεραπευτικής αγωγής είναι πιθανό ο ασθενής να εμφανίσει αναιμία μέχρι του σημείου να παρουσιάσει δύσπνοια, ταχυκαρδία ή αδυναμία. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να γίνει μετάγγιση ερυθρών αιμοσφαιρίων. Αν ο μυελός των οστών δεν παράγει κανονικά αιμοσφαίρια, ίσως χρειαστεί μετάγγιση ερυθρών αιμοσφαιρίων κάθε τρεις ή τέσσερις εβδομάδες. Ερυθρά αιμοσφαίρια μεταγγίζονται επίσης όταν υπάρχει μεγάλη αιμορραγία, όπως κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης.

Αιμοπετάλια. Αν ο μυελός των οστών αδυνατεί να παράγει αρκετά αιμοπετάλια, είναι πιθανό να χρειαστεί μετάγγιση αιμοπεταλίων για να αποφευχθεί η αιμορραγία. Η μέτρια πτώση του αριθμού των αιμοπεταλίων δεν απαιτεί θεραπευτική αγωγή. Η μεγάλη πτώση όμως – λιγότερα από 10.000 – 20.000 χωρίς αιμορραγία ή λίγο υψηλότερες τιμές με αιμορραγία – χρειάζεται μετάγγιση αιμοπεταλίων, συχνά κάθε δυο με τρεις μέρες. Στη διάρκεια κάθε μετάγγισης χορηγούνται συνήθως έξι με δέκα μονάδες αιμοπεταλίων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

A) Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας:

1. Ανακούφιση απ' τα συμπτώματα.
2. Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών και ανακούφιση από τις εκδηλώσεις τους.
3. Ενημέρωση του αρρώστου για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.
4. Βοήθεια του αρρώστου και της οικογένειας του να κατανοήσουν τη φύση της αρρώστιας.

B) Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Ανακούφιση απ' τον πόνο με τους εξής τρόπους:

κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, υποστήριξη των επώδυνων περιοχών , μείωση του βάρους των λευχειμάτων, μείωση ερεθιστικών παραγόντων του περιβάλλοντος, χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, μείωση του άγχους και του φόβου, απασχόληση του αρρώστου με κάτι που τον ενδιαφέρει.

Οι ασθενείς μπορεί να αντιδράσουν σε ένα παρόμοιο επώδυνο ερεθισμό με διαφορετικούς τρόπους λόγω της διαφορετικής αντιλήψεως και συναισθηματικής αντίδρασης στον πόνο.

2. Ανακούφιση από τον πυρετό με τους εξής τρόπους:

ψυχρές περιτυλίξεις, λουτρό με δροσερό νερό, εντριβές με οινόπνευμα, άφθονα και δροσερά υγρά, αντιπυρετικά φάρμακα.

3. Φροντίδα των εξελκώσεων της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα με πλύσεις.

4. Φροντίδα της ανορεξίας του αρρώστου προσφέροντας καλοσερβιρισμένα γεύματα σε ευχάριστο περιβάλλον.

5. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της αναιμίας.

6. Εξασφάλιση καλού ύπνου χορηγώντας ηρεμιστικά φάρμακα.

7. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών. Σαν επιπλοκές αναφέρονται οι αιμορραγίες και οι λοιμώξεις. Αποφεύγονται οι ενέσεις, προλαμβάνεται η ουλορραγία, βοηθείται ο άρρωστος να έχει εύκολη κένωση του εντερικού σωλήνα. Ο άρρωστος νοσηλεύεται σε μοναχικό δωμάτιο και αποφεύγεται ο μεγάλος αριθμός επισκεπτών.

8. Ενημέρωση του αρρώστου για τις ανεπιθύμητες ενέργειες από τη θεραπεία και ανακούφιση του από αυτές.

9. Βοήθεια του αρρώστου και της οικογένειας του να αποδεχθούν την αρρώστια και προετοιμασία για τον επερχόμενο θάνατο.

Η νοσηλεύτρια αναπτύσσει καλή επικοινωνία με τον άρρωστο, διατηρεί τα ανθρώπινα δικαιώματα του, υποστηρίζει ψυχολογικά τον άρρωστο ώστε να δεχθεί τις μεταβολές που δημιουργούνται στο σώμα του, υποστηρίζει ψυχολογικά τόσο τον άρρωστο όσο και την οικογένεια του να δεχθούν τον επερχόμενο θάνατο.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

A) Αντικειμενικοί σκοποί της φροντίδας

1. Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας

2. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.

3. Η έγκαιρη διαπίστωση επιπλοκών και η αντιμετώπιση τους.

B) Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Προετοιμασία του αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία.
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν αρχίσει η θεραπεία.
3. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανομένων – αποβαλόμενων υγρών.
4. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
5. Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών.
6. Προσεκτική φροντίδα στόματος.
7. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις.
8. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ.
9. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
10. Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
11. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
12. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.

3. ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΝΑΥΤΙΑΣ – ΕΜΕΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Όχι έντονες μυρωδιές.
2. Αποφυγή φαγητών με έντονη γεύση.
3. Η χημειοθεραπεία να μην χορηγείται την ώρα του φαγητού ενώ προτιμούνται ιδιαίτερα οι απογευματινές και βραδινές ώρες όπου έχει παρατηρηθεί μικρότερο ποσοστό συμπτωμάτων.
4. Εξασφάλιση ήρεμου και ξεκούραστου περιβάλλοντος.
5. Ιδιαιτερότητα ασθενή.
6. Εξασφάλιση γενικότερης άνεσης.

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Ενημέρωση του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας

2. Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών.

1. Ναυτία και εμετοί

A. Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιισταμινικών.

B. Ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά.

Γ. Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας.

2. Αντιδράσεις από το δέρμα

A. Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση.

B. Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό.

Γ. Παροχή συμβουλών στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστ.

Δ. Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.

3. Διάρροια

A. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών

B. Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα

4. Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας

A. Ήπια στοματική υγιεινή

B. Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών

Γ. Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν από την έναρξη ακτινοθεραπείας

Δ. Χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς

5. Καταστολή λειτουργίας μυελού των οστών

A. Πρόστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς

B. Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγίες

6. Αν ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωση, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.

7. Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο.

5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΛΛΑΓΗ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΙΔΩΛΟΥ

Οι νοσηλευτές:

1. Παρέχουν την ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα του.
2. Επικεντρώνονται στα συναισθήματα τους και αντιμετωπίζουν την συμπεριφορά του αρρώστου.
3. Καθορίζουν τη σημασία που έχει η αλλαγή της εικόνας σώματος και το πώς πιστεύει ότι θα επηρεάσει τη ζωή του.
4. Συμπεριλαμβάνουν για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας τις απόψεις του ασθενούς για τη σημασία της αλλαγής της εικόνας του σώματος.
5. Ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση του ασθενούς ,βοηθώντας τον να αποφεύγει τα αρνητικά συναισθήματα.
6. Παρέχουν χρόνο για συζήτηση.
7. Βοηθούν τον ασθενή να ξεπεράσει σιγά σιγά το στάδιο της κατάθλιψης.
8. Συζητούν και ενθαρρύνουν την οικογένεια για να μπορέσει κατόπιν να βοηθήσει τον ασθενή.
9. Εξαίρουν τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα του ασθενούς: ψυχική δύναμη, χαρίσματα, αξίες.
10. Υποστηρίζουν και στηρίζουν την επιθυμία του ασθενούς να εξακολουθήσει το ρυθμό της ζωής του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ

Ο βαθμός της ικανοποίησης του αρρώστου από τη φροντίδα του εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων που πηγάζουν από τη σχέση που αναπτύσσει με τον επαγγελματία της υγείας. Δυο από τους σημαντικότερους παράγοντες αφορούν: (α) την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών που παρέχει το μέλος του προσωπικού υγείας στον άρρωστο και (β) το ενδιαφέρον και την κατανόηση που δείχνει για τον ασθενή.

Το κεφάλαιο αυτό αποβλέπει: (α) στην περιγραφή ορισμένων βασικών δεξιοτήτων ενεργητικής ακρόασης μέσω των οποίων το προσωπικό υγείας ενθαρρύνει τον άρρωστο να εκφραστεί και ταυτόχρονα επιδιώκει να κατανοήσει τις εμπειρίες που αυτός βιώνει, (β) στην περιγραφή των φραγμών που το προσωπικό υγείας χρησιμοποιεί κατά την επικοινωνία του με τον ασθενή και (γ) στην αναφορά ορισμένων βασικών σταδίων που μπορούν να καθοδηγήσουν το προσωπικό υγείας στην αποτελεσματικότερη ενημέρωση του αρρώστου, ιδιαίτερα όταν αυτή περιλαμβάνει «δυσάρεστες ειδήσεις» σχετικά με την υγεία.

Ενεργητική ακρόαση

Συχνά το προσωπικό υγείας αναλαμβάνει το ρόλο του «ειδικού» που γνωρίζει, συμβουλεύει, ελέγχει και κατευθύνει τον άρρωστο. Σπάνια αφιερώνει χρόνο για να ακούσει τις εμπειρίες και τις ανησυχίες του. Ακόμα κι όταν το κάνει, γρήγορα περιορίζει τη συζήτηση προσφέροντας συμβουλές, λύσεις, την

προσωπική του άποψη σχετικά με την εξέλιξη της υγείας του αρρώστου ή τη στάση που «πρέπει» να τηρήσει στα θέματα που τον απασχολούν.

Η ενεργητική ακρόαση βάζει τον επαγγελματία της υγείας στο ρόλο του προσεκτικού «ακροατή». Και ενώ φαινομενικά μοιάζει απλή και εύκολα, στην πραγματικότητα είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που απαιτεί δεξιότητες τέτοιες ώστε ο «ακροατής» να καταλάβει το βαθύτερο νόημα όσων εκφράζει ο συνομιλητής του και ταυτόχρονα να του μεταδώσει το μήνυμα ότι τον κατανοεί και τον αποδέχεται.

Ο Carl Rogers (1961), εμπνευστής της *προσωποκεντρικής προσέγγισης* (person – centered approach), έδωσε ιδιαίτερη σημασία στα χαρακτηριστικά του επαγγελματία της ψυχικής υγείας τα οποία του επιτρέπουν να διαμορφώσει ένα «θεραπευτικό κλίμα» μέσα στο οποίο αναπτύσσεται μια σχέση εμπιστοσύνης με τον «πελάτη». Αυτά τα χαρακτηριστικά, που είναι εξίσου βασικά για τη σχέση που διαμορφώνει το προσωπικό υγείας με τον άρρωστο, περιλαμβάνουν:

(α) Την *άνευ όρων αποδοχή του ατόμου* (unconditional positive regard) η οποία εκφράζεται μέσα από το πηγαίο ενδιαφέρον του επαγγελματία της υγείας που δέχεται τον άρρωστο με όλες του τις ικανότητες, αδυναμίες ή ανεπάρκειες, χωρίς να θέτει όρους.

(β) Την *ενσυναίσθηση* (empathy) που εκφράζεται με την προσπάθεια του επαγγελματία να αντιληφθεί την πραγματικότητα μέσα από το πρίσμα από το οποίο τη βιώνει ο άρρωστος, μεταφέροντας του το μήνυμα ότι τον κατανοεί.

(γ) Την *αυθεντικότητα* (congruence or genuineness) η οποία προϋποθέτει τη «διαφάνεια» και «ειλικρίνεια» από την πλευρά του επαγγελματία ο οποίος συνειδητοποιεί πως επηρεάζεται από τη σχέση με το

συνομιλητή του, ενώ αποφεύγει να εκπέμπει «διπλά μηνύματα», -προβάλλοντας κάτι διαφορετικό από αυτό που βιώνει.

Στην ουσία, ο επαγγελματίας της υγείας είναι σημαντικό να λειτουργεί ως «καταλύτης». Χωρίς να είναι ιδιαίτερα κατευθυντικός, ενθαρρύνει τον άρρωστο να εκφραστεί, να κατανοήσει και να αποδεχτεί τις εμπειρίες που βιώνει και επιπλέον να αξιοποιήσει τις δυνατότητες του.

1. Δεξιότητες που προσκαλούν και ενθαρρύνουν το άτομο να εκφραστεί

Οι δεξιότητες αυτές αποσκοπούν να ενθαρρύνουν τον άρρωστο να εκφραστεί και μεταδίδουν το μήνυμα ότι ο επαγγελματίας ενδιαφέρεται να το ακούσει. Ο επαγγελματίας εκφράζει τις προθέσεις και τη διαθεσιμότητα του τόσο μη λεκτικά (μέσω της «σωματικής γλώσσας»), όσο και λεκτικά.

- Στο μη λεκτικό επίπεδο η οπτική επαφή αποτελεί ένα από τα ισχυρότερα μέσα επικοινωνίας. Η συχνότητα με την οποία ο επαγγελματίας της υγείας και ο άρρωστος κοιτάζουν ο ένας τον άλλον εξαρτάται από την άνεση που νοιώθουν στη σχέση που διαμορφώνουν, από το περιεχόμενο της συζήτησης και από τη συναισθηματική κατάσταση του καθενός. Όσο μεγαλύτερη εμπιστοσύνη αναπτύσσεται μεταξύ τους, τόσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια και η συχνότητα της αμοιβαίας οπτικής επαφής.

Η απόσταση μεταξύ δυο ατόμων, η θέση του καθενός και ο προσανατολισμός τους μέσα στο χώρο επηρεάζουν τις αντιλήψεις που διαμορφώνουν ο ένας για τον άλλο. Εξίσου σημαντική είναι η συμβολική χρήση του χώρου – για παράδειγμα, το πώς ένα μέλος του προσωπικού παρεμβαίνει στο φυσικό και σωματικό χώρο του αρρώστου.

Η *στάση*, οι *κινήσεις του σώματος* και οι *χειρονομίες* δηλώνουν μια τάση προσέγγισης ή αποφυγής. Ταυτόχρονα εκφράζουν τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου τη δεδομένη στιγμή. Όταν η συναισθηματική διάθεση βρίσκεται σε συμφωνία με το λεκτικό περιεχόμενο, ενισχύονται τα λεγόμενα του ομιλητή, ενώ όταν διαφέρει, τα μηνύματα που μεταδίδονται είναι αντιφατικά, «διπλά» (*double messages*) και λειτουργούν συγχυτικά στην επικοινωνία. Όταν το προσωπικό υγείας προσεγγίζει τον άρρωστο και ταυτόχρονα εκφράζει μέσα από το σώμα και τις κινήσεις του μια άνεση, τότε ενισχύει την αίσθηση της εμπιστοσύνης και ασφάλειας του αρρώστου.

Είναι σημαντικό να παρατηρήσει κανείς τον τρόπο με τον οποίο ένας γιατρός, νοσηλευτής, ψυχολόγος ή άλλο μέλος του προσωπικού υγείας μπαίνει στο δωμάτιο του αρρώστου. Στέκεται όρθιος στο προσκέφαλο του κρεβατιού; Κάθεται δίπλα στον άρρωστο; Τον πλησιάζει ή διατηρεί αποστάσεις; Ασχολείται με τις νοσηλευτικές πράξεις αποφεύγοντας κάθε οπτική και φυσική επαφή ή τον κοιτάζει στα μάτια; Τα μηνύματα που ο επαγγελματίας εκπέμπει με το σώμα του δηλώνουν πόσο ενδιαφέρεται να ακούσει και πόσο προσεκτικά παρακολουθεί όσα εκφράζει ο άρρωστος.

- Στο *λεκτικό επίπεδο* οι δεξιότητες επικοινωνίας αποβλέπουν να προσκαλέσουν τον άρρωστο να μοιραστεί τις εμπειρίες του. Ο επαγγελματίας της υγείας του παρέχει κατάλληλο «θεραπευτικό χώρο» για να εκφραστεί ελεύθερα, χωρίς να κατακλύζεται από ερωτήσεις, να διακόπτεται ή να καθοδηγείται.

Αρχικά, οι *ανοιχτές ερωτήσεις* δίνουν στον άρρωστο την ευκαιρία την ευκαιρία να οργανώσει, να αναπτύξει τις σκέψεις του και να απαντήσει περιγράφοντας προσωπικές εμπειρίες. Οι *κλειστές ερωτήσεις*, αντίθετα,

οδηγούν το άτομο να απαντήσει με μια ή δυο προκαθορισμένες λέξεις (ναι ή όχι) και μ' αυτό τον τρόπο περιορίζουν τη συζήτηση. Σε μερικές περιπτώσεις οι κλειστές ερωτήσεις είναι χρήσιμες, όπως, για παράδειγμα, για τον προσδιορισμό ή τη λήψη συγκεκριμένων πληροφοριών. Όταν όμως ο άρρωστος ενθαρρύνεται να μοίραστεί ελεύθερα τα συναισθήματα και τις σκέψεις του, είναι σημαντικό οι ανοιχτές ερωτήσεις να διατυπώνονται με εκφράσεις που αρχίζουν με το «πώς» ή «τι», και σπανιότερα με το «γιατί» που δημιουργεί στον ασθενή την αίσθηση ότι ανακρίνεται, ιδιαίτερα όταν η έκφραση επαναλαμβάνεται. Για παράδειγμα, η ερώτηση «Πώς άλλαξε η ζωή σας από τότε που αρρωστήσατε;» προσκαλεί τον άρρωστο σε συζήτηση, σε αντίθεση με την κλειστή ερώτηση «Άλλαξε η ζωή σας από τότε που αρρωστήσατε;» που ωθεί τον ασθενή να δώσει μονολεκτική απάντηση.

Επίσης, οι ερωτήσεις πρέπει να είναι απλές και σύντομες, δίνοντας γενικές κατευθύνσεις στη συζήτηση και παρέχοντας την ευκαιρία επικέντρωσης σ' ένα συγκεκριμένο θέμα. Αντίθετα, όταν τίθενται ταυτόχρονα δύο ή περισσότερες ερωτήσεις (π.χ. «Από πότε έχετε πονοκεφάλους, πόσο διαρκούν και τι κάνετε για να τους αντιμετωπίσετε;»), τότε οι απαντήσεις μπορεί να είναι συγκεχυμένες.

Πολλές φορές, οι επαγγελματίες της υγείας αναρωτιούνται «τι πρέπει να πουν» ή «τι να ρωτήσουν». Ωστόσο, στα πλαίσια της ενεργητικής ακρόασης δεν είναι τόσο σημαντικό τι λέει ο επαγγελματίας, όσο τι επιτρέπει στον άρρωστο να πει. Οι ερωτήσεις που θέτει πρέπει να επικεντρώνονται στο περιεχόμενο των θεμάτων που εκφράζει ο ασθενής. Τηρώντας μια λεκτική ακολουθία, αποφεύγει να εισαγάγει νέα θέματα προς συζήτηση.

Η χρήση *ενθαρρυντικών προτροπών* (π.χ. «Ναι...», «Πέστε μου περισσότερα γι αυτό», «Αλήθεια;», «Δηλαδή;», «Και τότε...», «Χμ...» κ.λ.π.) ενθαρρύνουν τον άρρωστο να εκφραστεί και δηλώνουν το ενδιαφέρον του επαγγελματία.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διατηρείται *ουδετερότητα* σε όσα λέει ο άρρωστος και να αποφεύγονται σχόλια όπως «Τι φοβερό....», «Μπράβο, φερθήκατε όπως έπρεπε», «Καταπληκτικά!», «Έχετε απόλυτο δίκιο, στη συγκεκριμένη περίπτωση έφταιγε ο...» κ.λ.π. Παρόμοια σχόλια επηρεάζουν το άτομο και προκαταλαμβάνουν την κατεύθυνση της συζήτησης.

Τέλος, η αποδοχή της *σιωπής* του αρρώστου μπορεί να έχει θεραπευτικές επιπτώσεις. Παρέχει στο άτομο το χρόνο και την ευκαιρία να έρθει σε επαφή με βαθύτερα συναισθήματα ή σκέψεις. Συχνά, όμως, η σιωπή φέρνει σε αμηχανία το προσωπικό υγείας που δυστυχώς παρεμβαίνει με ερωτήσεις ή σχόλια για να καλύψει το «κενό».

2. Δεξιότητες που παρέχουν την αίσθηση κατανόησης και αποδοχής

Η αποτελεσματική επικοινωνία προϋποθέτει την κατανόηση του αρρώστου και των εμπειριών που εκφράζει. Απαιτεί δεξιότητες και ταυτόχρονα την ειλικρινή πρόθεση του επαγγελματία της υγείας να καταλάβει όσα απασχολούν τον άρρωστο. Δεν αρκεί όμως να τον καταλάβει, αλλά ταυτόχρονα πρέπει και να του μεταδώσει το μήνυμα ότι είναι κατανοητός και αποδεκτός. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται μέσω της δεξιότητας της επανάληψης (*restatement*), της δεξιότητας της παράφρασης (*paraphrase*), της αντανάκλασης του συναισθήματος (*reflection*) και της σύνοψης του περιεχομένου της συζήτησης.

(α) Επανάληψη. Ο επαγγελματίας επαναλαμβάνει μια λέξη ή μέρος από τα λεγόμενα του ασθενή που εκφράζουν τη συναισθηματική φόρτιση της στιγμής.

Η τεχνική της επανάληψης πρέπει να χρησιμοποιείται πολύ σπάνια και με στόχο να τονίσει μερικά σημεία από την ομιλία του ατόμου ή προκειμένου να ενθαρρύνει τη συνέχιση της συζήτησης προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση. Όταν όμως χρησιμοποιείται συστηματικά, εμποδίζει και περιορίζει την πορεία της συζήτησης.

(β) Παράφραση. Ο επαγγελματίας της υγείας εκφράζει με δικά του λόγια το νόημα όσων μοιράστηκε μαζί του ο συνομιλητής του. Προσπαθεί να κατανοήσει την ουσία και να μεταδώσει περιληπτικά αυτό που κατάλαβε. Ο ασθενής, με τη σειρά του, έχει τη δυνατότητα να διορθώσει τυχόν παρερμηνείες, ενώ παράλληλα αισθάνεται ότι έχει γίνει κατανοητός. Η εισαγωγή μιας παραφραστικής απάντησης μπορεί να διατυπωθεί με τον ακόλουθο τρόπο: «Δηλαδή, αυτό που λέτε είναι...», ή «Εκείνο που ακούω ότι σας απασχολεί είναι...», «Φαίνεται ότι...», «Με λίγα λόγια...».

Η χρησιμότητα της παράφρασης είναι ανεκτίμητη, όταν η συζήτηση στρέφεται σε δύσκολα και συναισθηματικά φορτισμένα θέματα. Μ' αυτό τον τρόπο, ο επαγγελματίας δεν οδηγείται σε αυθαίρετες υποθέσεις ή συμπεράσματα σχετικά με το τι βιώνει το άτομο. Η παράφραση επιτρέπει στους δυο συνομιλητές να διαπιστώσουν ότι βρίσκονται στο «ίδιο μήκος κύματος» και προτρέπει τον άρρωστο να επεκτείνει τη συζήτηση καθώς νιώθει ότι γίνεται κατανοητός.

(γ) **Αντανάκλαση συναισθήματος.** Ο επαγγελματίας της υγείας αναγνωρίζει και ανατροφοδοτεί τον άρρωστο με την υποκειμενική του συναισθηματική εμπειρία. Επικεντρώνεται στα συναισθήματα που εκφράζει ο ασθενής και λειτουργεί ως «καθρέφτης» των συναισθημάτων αυτών. Μ' αυτό τον τρόπο, ο άρρωστος συνειδητοποιεί καλύτερα τη συναισθηματική του κατάσταση και ενθαρρύνεται να εκφραστεί ελεύθερα.

Ο επαγγελματίας της υγείας παρατηρεί και διακρίνει τα συναισθηματικά στοιχεία που ενυπάρχουν σε όσα εκφράζει ο άρρωστος στο λεκτικό ή στο μη λεκτικό επίπεδο (με τη χροιά της φωνής, την έκφραση του προσώπου, τη στάση του σώματος κ.λ.π.) και τα συνοψίζει με ακρίβεια.

(δ) **Σύνοψη του περιεχομένου της συζήτησης.** Στο τέλος της συζήτησης, ο επαγγελματίας της υγείας διατυπώνει εν συντομία τα κυριότερα θέματα ή συναισθήματα που εκφράστηκαν και απασχόλησαν τον άρρωστο στη διάρκεια όλης της συζήτησης. Η διαδικασία της σύνοψης δεν περιλαμβάνει νέες ιδέες, αλλά οργανώνει το περιεχόμενο όσων συζητήθηκαν, ώστε να είναι κατανοητά για τον ασθενή. Με τον τρόπο αυτό του παρέχεται η ευκαιρία να έχει μια σφαιρική εικόνα των εμπειριών που βιώνει.

Συμπερασματικά, οι παραπάνω δεξιότητες αποτελούν χρήσιμα «εργαλεία» στη διάθεση των μελών του προσωπικού υγείας και συμβάλλουν στην κατανόηση του αρρώστου ή/και των συγγενών. Παρ' όλα αυτά, η χρήση τους είναι αποτελεσματική μόνο όταν συνοδεύεται από την πηγαία και ειλικρινή διάθεση του επαγγελματία να λειτουργήσει ως «ακροατής» και να κατανοήσει πως ο άρρωστος βιώνει την αρρώστια και τις επιπτώσεις που έχει

στη ζωή του. Μερικές φορές, η ενεργητική ακρόαση αποτελεί μια οδυνηρή διαδικασία, καθώς φέρνει στην επιφάνεια τα βαθύτερα συναισθήματα, τις αναπαραστάσεις και τους προβληματισμούς του αρρώστου. Όταν συμβαίνει αυτό, είναι σημαντικό να αποφεύγονται οι συμβουλές και λύσεις. Η απλή «ακρόαση» και «συνοδεία» του αρρώστου είναι συχνά αρκετή, για να τον κάνει να νιώσει ότι «ξεναβρίζει» τον εαυτό του σε μια περίοδο που απειλείται με αποδιοργάνωση. Προϋποθέτει την ενεργό παρουσία του προσωπικού υγείας που σέβεται τον ασθενή και έχει εμπιστοσύνη στις ικανότητες του να χειριστεί δύσκολες εμπειρίες.

Φραγμοί επικοινωνίας

Μια από τις βασικότερες αιτίες που το προσωπικό υγείας δυσκολεύεται ή/και αποτυγχάνει να ακούσει και να κατανοήσει τον άρρωστο είναι η χρήση **φραγμών επικοινωνίας**. Οι φραγμοί επικοινωνίας πηγάζουν τόσο από κάποιες κοινωνικές ή προσωπικές *συνήθειες*, όσο και από τις προσωπικές ανάγκες του επαγγελματία της υγείας να λειτουργήσει ως «δάσκαλος», «σύμβουλος», «γονέας», «σωτήρας», με αποτέλεσμα να συμβουλεύει, να καθοδηγεί, να ηθικολογεί και να κρίνει τη συμπεριφορά του συνομιλητή του. Έτσι πολύ σύντομα από «ακροατής» μετατρέπεται σε «ομιλητή», εμποδίζοντας τον άρρωστο να εκφράσει αυτό που τον απασχολεί. Ορισμένοι από τους συνηθέστερους φραγμούς περιλαμβάνουν:

1. *Αλληπάλληλες ερωτήσεις*. Συχνά επικρατεί η λανθασμένη πεποίθηση ότι όσες περισσότερες ερωτήσεις θέσει ο επαγγελματίας της υγείας, τόσες περισσότερες πληροφορίες θα συλλέξει για να κατανοήσει τον

άρρωστο. Οι πολλές ερωτήσεις δίνουν την αίσθηση της ανάκρισης και εμποδίζουν την ελεύθερη έκφραση.

2. *Κήρυγμα, ηθικολογία.* Συχνά το προσωπικό υγείας ηθικολογεί καθοδηγώντας τον άρρωστο στο πως «πρέπει» να νιώθει, να σκέπτεται ή να συμπεριφέρεται.
3. *Κριτική.* Η κριτική μειώνει τον άρρωστο και εμποδίζει την ανεπιφύλακτη αποδοχή του, και συγχρόνως έχει ως αποτέλεσμα να ενισχύει την αμυντική στάση του ασθενή. Μερικές φορές η κριτική συνοδεύεται από αρνητικούς χαρακτηρισμούς που τον υποβιβάζουν.
4. *Συμβουλή, καθοδήγηση.* Η ευκολία με την οποία το προσωπικό υγείας δίνει συμβουλές, συστάσεις, απαντήσεις ή λύσεις στα προβλήματα του αρρώστου είναι εντυπωσιακή. Η καθοδήγηση δρα αρνητικά στη διαπροσωπική σχέση και δημιουργεί στον ασθενή την αίσθηση ότι δεν ορίζει τις καταστάσεις και δεν είναι ικανός να αντεπεξέλθει στις δυσκολίες.
5. *Εφησυχασμός, παρηγοριά.* Συχνά με τη χρήση πρόωρου εφησυχασμού (π.χ. «Μην ανησυχείτε, όλα θα πάνε καλά»), το προσωπικό υγείας αποφεύγει να αναγνωρίσει και να συζητήσει τα οδυνηρά συναισθήματα ή τις δυσάρεστες σκέψεις του αρρώστου, με αποτέλεσμα να παραγνωρίζονται οι βαθύτερες αιτίες των προβληματισμών του.
6. *Εκλογίκευση ή ελαχιστοποίηση των ανησυχιών.* Όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε συναισθηματική φόρτιση, το προσωπικό υγείας επιδιώκει με λογικά επιχειρήματα να τον «συνετίσει», αγνοώντας τα συναισθήματα του ή/και υποτιμώντας τις ανησυχίες του.

7. *Απειλή, προειδοποίηση.* Με την απειλή το προσωπικό υγείας επιδιώκει να ελέγξει τη συμπεριφορά του αρρώστου, γεγονός που έχει αρνητικές επιπτώσεις στη συνεργασία μαζί του.
8. *Αποφυγή ή αλλαγή στο θέμα της συζήτησης.* Όταν ο επαγγελματίας νιώθει αμηχανία σε κάποιο σημείο της συζήτησης ή αδυναμία να χειριστεί τις αντιδράσεις του αρρώστου, αποφεύγει συχνά το θέμα, θέτει ερωτήσεις που αποπροσανατολίζουν τον άρρωστο ή αρχίζει να μιλά ο ίδιος.

Αν και οι παραπάνω φραγμοί μπορεί να μοιάζουν ανώδυνα, στην πραγματικότητα αποτελούν «συμπεριφορές υψηλού κινδύνου» καθώς παρεμποδίζουν την επικοινωνία και αποξενώνουν τους συνομιλητές.

Ενημέρωση του αρρώστου

Πολύ συχνά ο άρρωστος που ενημερώνεται σχετικά με την αρρώστια, τη θεραπεία και την εξέλιξη της υγείας του, δεν κατανοεί ή παρερμηνεύει την πληροφόρηση που δέχεται. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, οι αιτίες είναι πολλές: (α) το προσωπικό υγείας παρέχει πληροφορίες που είναι δυσνόητες, (β) ο άρρωστος διστάζει να θέσει ερωτήσεις, ακόμα και όταν επιθυμεί να μάθει περισσότερα για την κατάσταση της υγείας του και (γ) ο άρρωστος βασίζεται σε μια προσωπική υποκειμενική θεώρηση για την αρρώστια του, μέσα από την οποία επεξεργάζεται και συχνά παρερμηνεύει τις πληροφορίες που δέχεται.

Η αποφυγή της ενημέρωσης του αρρώστου εμφανίζεται συχνότερα στις περιπτώσεις όπου η ασθένεια από την οποία πάσχει θεωρείται μη κατανοητή,

κατά συνέπεια μυστηριώδης, και συνοδεύεται από κοινωνικές προκαταλήψεις. Στη χώρα μας, για παράδειγμα, η διάγνωση του καρκίνου γνωστοποιείται, τις περισσότερες φορές, στην οικογένεια και όχι στον ίδιο τον ασθενή. Υιοθετείται μια τακτική αοριστολογίας που πηγάζει από την πεποίθηση ότι ο άρρωστος πρέπει να προφυλαχθεί από τη γνώση ότι μπορεί να πεθάνει. Ωστόσο, σύμφωνα με τη Sontag (1993), η σύγχρονη άρνηση του θανάτου δεν δικαιολογεί τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των συγγενών που αποκρύπτουν την αλήθεια ή ψεύδονται. Οι αιτίες της μη ενημέρωσης είναι πολύ βαθύτερες και άμεσα συνδεδεμένες με τους συμβολισμούς που αποδίδονται σε ορισμένες ασθένειες. Για παράδειγμα, ένα άτομο που έχει υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να έχει τις ίδιες πιθανότητες να πεθάνει μέσα σε λίγα χρόνια από ένα νέο επεισόδιο με αυτές που έχει και ένα άτομο που πάσχει από καρκίνο. Παρ' όλα αυτά, κανείς δεν κρύβει την αλήθεια από τον καρδιοπαθή, καθώς το έμφραγμα δεν θεωρείται γεγονός που προκαλεί ντροπή. Υποδηλώνει αδυναμία, οργανική βλάβη ή βιολογική ανεπάρκεια. Αντίθετα, η διάγνωση του καρκίνου αποκρύπτεται από τον άρρωστο, γιατί είναι μια ασθένεια που στην αντίληψη της ευρύτερης κοινωνίας ισοδυναμεί με θανατική καταδίκη και ταυτόχρονα θεωρείται αποτρόπαια και «κακιά» αρρώστια. Οι αναπαραστάσεις που περιβάλλουν ασθένειες όπως ο καρκίνος ή το AIDS είναι συχνά οδυνηρότερες για τον άρρωστο και την οικογένεια του από την ίδια την πραγματικότητα της νόσου.

Όμως πέρα από τις κοινωνικές προκαταλήψεις που επικρατούν σε σχέση με ορισμένες αρρώστιες, ένα σύνολο παραγόντων άμεσα συνδεδεμένων με τις δυσκολίες του προσωπικού υγείας παρεμποδίζουν την

ανακοίνωση «δυσάρεστων πληροφοριών». Μερικοί από τους σημαντικότερους παράγοντες περιλαμβάνουν:

(α) *Το φόβο της πρόκλησης ψυχικού πόνου από την αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων.* Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει εκπαιδευτεί να ανακουφίζει ή να ελαττώνει τον πόνο του αρρώστου και συχνά είναι διστακτικό και απρόθυμο να τον υποβάλλει σε μια ψυχική δοκιμασία.

(β) *Την αδυναμία χειρισμού των αντιδράσεων του αρρώστου.* Συχνά το προσωπικό υγείας δεν διαθέτει τις γνώσεις και τις δεξιότητες να χειριστεί τις έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις του αρρώστου (κλάμα, οργή, απελπισία, πανικός κ.λ.π.). Βιώνει αμηχανία και συχνά αποφεύγει να αναστατώσει τον άρρωστο. Μια από τις συνηθέστερες αντιδράσεις των ασθενών είναι η εκδήλωση επιθετικότητας, με την απόδοση κατηγοριών, στο μέλος του προσωπικού υγείας που αναγγέλλει τις δυσάρεστες ειδήσεις. Οι πληροφορίες «προσωποποιούνται», παίρνουν «μορφή», και ο/η γιατρός ή η/ο νοσηλεύτρια/της που εκπροσωπεί την εξουσία, τη γνώση και την επιστήμη, γίνεται στόχος της οργής του αρρώστου. Η δυσκολία επομένως του επαγγελματία υγείας αφορά κυρίως το χειρισμό των κατηγοριών και της επιθετικότητας που του απευθύνει ο ασθενής. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο επαγγελματίας φοβάται ότι με την αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων, ο άρρωστος θα αρνηθεί την προτεινόμενη αγωγή ή θα διακόψει τη συνεργασία.

(γ) *Το φόβο της έκφρασης προσωπικών συναισθημάτων μπροστά στην ψυχική οδύνη που βιώνει ο άρρωστος.* Το προσωπικό υγείας έχει εκπαιδευτεί να πιστεύει ότι πρέπει να συμπεριφέρεται με αυτοκυριαρχία και ψυχραιμία, να τηρεί αποστάσεις από τους ασθενείς και να καταπνίγει ενδεχόμενα συναισθήματα συμπάθειας, θυμού ή λύπης. Η πεποίθηση ότι οι εμπειρίες των

αρρώστων δεν πρέπει να επηρεάζουν τους επαγγελματίες της υγείας εντείνουν την απώθηση συναισθημάτων που παραμένουν ανεπεξέργαστα και τους απειλούν. Παράλληλα, η σοβαρότητα της κατάστασης του αρρώστου και η πιθανότητα θανάτου ανακινούν έντονα συναισθήματα που πηγάζουν από τις προσωπικές αντιλήψεις και εμπειρίες που έχει ο επαγγελματίας σχετικά με την αρρώστια, το θάνατο και την πορεία προς αυτόν. Όταν αναβιώνουν προϋπάρχοντα άλυτα προσωπικά βιώματα σε σχέση με τα θέματα αυτά, τότε παρεμποδίζεται η αποτελεσματική λειτουργία και παροχή υπηρεσιών.

(δ) Το φόβο της αμφισβήτησης του «παντοδύναμου» ρόλου που το προσωπικό υγείας υιοθετεί. Η εντυπωσιακή πρόοδος της ιατρικής έχει ενισχύσει την ψευδαίσθηση ότι όλες σχεδόν οι ασθένειες θεραπεύονται. Η επιστήμη μοιάζει να διαθέτει απαντήσεις και λύσεις για όλα τα προβλήματα υγείας, γεγονός που ενισχύει την αντίληψη της παντοδυναμίας του προσωπικού υγείας. Κι ενώ ο/η γιατρός και η/ο νοσηλεύτρια/της επιστρατεύονται για να θεραπεύσουν τον άρρωστο, έρχονται σε αντίθεση με τους στόχους τους όταν καλούνται να τον πληροφορήσουν ότι δεν διαθέτουν πλέον τα μέσα για να τον κάνουν καλά ή ότι η πορεία της υγείας του «δεν ελέγχεται». Ο φόβος της θεραπευτικής αποτυχίας βρίσκει το προσωπικό υγείας ανέτοιμο να χειριστεί τις επιπτώσεις. Επιπρόσθετα, η αβέβαιη πρόγνωση, η άγνωστη αιτιολογία μιας αρρώστιας και οι «δύσκολες» ερωτήσεις που θέτει ο ασθενής αυξάνουν το άγχος του προσωπικού υγείας που αποφεύγει να ενημερώσει ή να ομολογήσει ότι «δεν γνωρίζει», γεγονός που προσβάλλει το κύρος, την παντογνωσία και την παντοδυναμία του.

Το δίλημμα εάν «πρέπει ή δεν πρέπει» να ενημερώνεται ο άρρωστος αποτελεί ψευτοδίλημμα, αφού η πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση της

υγείας του αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμά του. Τόσο η «πλήρης», χωρίς ευαισθησία ενημέρωση, όσο και η παντελής απόκρυψη της αλήθειας έχουν σοβαρές αρνητικές συνέπειες και είναι εξίσου τραυματικές. Και στις δυο περιπτώσεις ανταποκρίνονται περισσότερο στις ανάγκες του προσωπικού υγείας και λιγότερο σ' εκείνες του αρρώστου.

Η ανακοίνωση των «δυσάρεστων πληροφοριών» προϋποθέτει τη χρήση δεξιοτήτων επικοινωνίας και τη διαθεσιμότητα των επαγγελματιών που υποστηρίζουν τον άρρωστο όταν εκφράζει φόβους, ανησυχίες, θυμό ή άλλα οδυνηρά συναισθήματα. Ο Buckman (1992) προτείνει ένα μοντέλο έξι διαδοχικών σταδίων που μπορούν να καθοδηγήσουν το προσωπικό υγείας στην αναγγελία «δυσάρεστων» ειδήσεων όσον αφορά τη διάγνωση, την υποτροπή, τα αποτελέσματα ιατρικών εξετάσεων ή άλλες «δύσκολες» ερωτήσεις στις οποίες καλείται να απαντήσει.

Στόχος 1: Διαμόρφωση κλίματος εμπιστοσύνης

Ο πρώτος στόχος αφορά την εξασφάλιση ενός περιβάλλοντος που επιτρέπει την διεξαγωγή μιας συζήτησης, μεταξύ ειδικού και αρρώστου, χωρίς διακοπές ή διασπάσεις. Η ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων από το τηλέφωνο ή «στο πόδι» μέσα στους διαδρόμους του νοσοκομείου περιορίζει κάθε δυνατότητα ουσιαστικής επικοινωνίας. Απαιτεί χρόνο και διαθεσιμότητα, καθώς όσο σημαντικό είναι το τι επιθυμεί να ρωτήσει ή να εκφράσει ο άρρωστος.

Στόχος 2: Διερεύνηση των γνώσεων του αρρώστου σχετικά με την κατάσταση της υγείας του

Ο δεύτερος στόχος αποβλέπει στη διερεύνηση των αντιλήψεων που έχει το άτομο για την κατάσταση της υγείας του, δηλαδή πόσο ευάλωτο αξιολογεί τον εαυτό του, πως ερμηνεύει τα συμπτώματα του και πόσο σοβαρά ή απειλητικά τα θεωρεί. Μ' αυτό τον τρόπο, ο επαγγελματίας της υγείας εκτιμά κατά πόσο η αντίληψη που έχει ο άρρωστος για την κατάσταση της υγείας του απέχει από την πραγματικότητα και ποιο είναι το επίπεδο των γνώσεων του.

Στόχος 3: Εκτίμηση των αναγκών του αρρώστου σχετικά με την πληροφόρηση του

Είναι σημαντικό να ρωτάει ευθέως το άτομο «πόσα» και «τι» επιθυμεί να γνωρίζει τη συγκεκριμένη στιγμή σχετικά με την αρρώστια, τη θεραπεία και την πρόγνωση. Έρευνες επισημαίνουν ότι ακόμα και όταν τα νέα είναι δυσάρεστα, οι περισσότεροι ασθενείς επιθυμούν να γνωρίζουν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες οι οποίες, αν και παροδικά αυξάνουν το άγχος, ωστόσο παρέχουν μια αίσθηση ελέγχου.

Στόχος 4: Παροχή πληροφοριών

Έχοντας υπόψη τις ανάγκες του αρρώστου, το προσωπικό υγείας αρχίζει την ενημέρωση του τονίζοντας πρώτα τα σημεία που έχει ήδη επισημάνει ο ασθενής που περιγράφει την κατάσταση της υγείας του και αναφέρει τις ανησυχίες του. Οι πληροφορίες που παρέχει ο επαγγελματίας προσαρμόζονται στο επίπεδο των γνώσεων του αρρώστου, ενώ ταυτόχρονα γίνεται μια συνειδητή προσπάθεια εκπαίδευσης του. Οι ιατρικοί όροι αποφεύγονται ή επεξηγούνται. Η συνήθης ορολογία που χρησιμοποιείται από

το προσωπικό υγείας (π.χ. λοίμωξη, ύφεση, υποτροπή, μετάσταση κ.λ.π.) δεν είναι αυτονόητα κατανοητή από τους περισσότερους ασθενείς.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αποφεύγονται λέξεις συναισθηματικά φορτισμένες (π.χ. «Αυτή είναι μια "κακιά" αρρώστια», «Τα πράγματα είναι άσχημα...ακροβατούμε...», «Δύστυχώς, θα είστε ανάπηρος» κ.λ.π.). Παράλληλα είναι βοηθητικό να τονίζονται οι δυνατότητες του αρρώστου (τι θα μπορεί να κάνει), χωρίς η πληροφόρηση να εστιάζεται αποκλειστικά στους περιορισμούς και τα προβλήματα που θα προκύψουν από την αρρώστια, από ενδεχόμενη αναπηρία και από τη θεραπεία του.

Το ίδιο σημαντική είναι και η αποφυγή ποσοστιαίων προγνωστικών εκτιμήσεων όσον αφορά τις πιθανότητες ίασης ή τη χρονική διάρκεια επιβίωσης.

Όταν η πληροφόρηση παρέχεται σε μικρές δόσεις, τότε ελέγχεται η κατανόηση της και διευκρινίζονται τυχόν ασάφειες, παρερμηνείες ή απορίες. Η συχνή επανάληψη των κυριότερων σημείων, συνοδευόμενη από έντυπο ενημερωτικό υλικό, γραπτές οδηγίες ή διαγράμματα, ενισχύει την αφομοίωση των πληροφοριών και συμβάλλει στην απομνημόνευση τους.

Κι ενώ ο επαγγελματίας της υγείας έχει ένα νοητικό πλάνο σχετικά με τα βασικά σημεία που επιδιώκει να περιλάβει στην ενημέρωση του αρρώστου, ταυτόχρονα ακούει προσεκτικά τις ερωτήσεις και αγωνίες του και προσαρμόζει ανάλογα και την πληροφόρηση του. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να δίνει ψεύτικες ελπίδες και επιφανειακούς εφησυχασμούς, διότι έτσι παρεμποδίζεται η συνειδητοποίηση της πραγματικότητας και η προσαρμογή του αρρώστου σ' αυτή.

Στόχος 5: Αναγνώριση συναισθημάτων και ανησυχιών

Όπως ήδη προαναφέρθηκε, η ικανοποίηση του αρρώστου από τη σχέση του με το προσωπικό υγείας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την πληροφόρηση που δέχεται, εξαρτάται και από τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι αυτά λαμβάνονται υπόψη από επαγγελματίες που ενδιαφέρονται πραγματικά γι αυτόν. Οι ανησυχίες μπορεί να ποικίλλουν. Σε ορισμένες περιπτώσεις δεν αφορούν τον ίδιο, αλλά σημαντικά άτομα στο περιβάλλον του. Αν και δεν μπορούν να επιλυθούν όλες, τουλάχιστον ο άρρωστος που «εισακούεται» νιώθει ότι έχει στο πλευρό του επαγγελματίες που είναι διαθέσιμοι να τον στηρίξουν. Οι αντιδράσεις των ασθενών στην ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων ποικίλλουν, γι αυτό και το προσωπικό πρέπει να τις αναγνωρίζει, να τις κατανοεί και να τις αντιμετωπίζει χωρίς να κρίνει ή να συμβουλεύει τον άρρωστο σχετικά με το πώς πρέπει να νιώθει, να σκέπτεται ή να ενεργεί.

Στόχος 6: Προγραμματισμός και υποστήριξη

Ο προγραμματισμός περιλαμβάνει τον προσδιορισμό άμεσων βραχυπρόθεσμων στόχων που θέτουν από κοινού ο ασθενής με το γιατρό ή το νοσηλευτή. Όταν οι στόχοι αφορούν τη θεραπεία, απαραίτητη είναι η συναίνεση του αρρώστου. Με τον όρο «συναίνεση» νοείται η συγκατάθεση που δίνει ο άρρωστος προκειμένου να πραγματοποιηθούν στον ίδιο ορισμένες ιατρικές πράξεις που κρίνονται αναγκαίες από το γιατρό. Προϋποθέτει την ειλικρινή ενημέρωση του αρρώστου σχετικά με τη φύση της αρρώστιας και την προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή. Ο άρρωστος διατηρεί

πάντα το δικαίωμα της ανάκλησης της συναίνεσης. Ο νόμος του δίνει το δικαίωμα να αρνηθεί τη θεραπεία ή μέρος αυτής.

Συμπερασματικά, η ενημέρωση δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο γεγονός, αλλά μια συνεχή διαδικασία πληροφόρησης που προσαρμόζεται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του αρρώστου. Δεν είναι απλή, καθώς απαιτεί δεξιότητες και πείρα. Απλοϊκές δικαιολογίες όπως «Ο άρρωστος δεν θέλει να ξέρει», «Καλύτερα να μην γνωρίζει την σοβαρότητα της κατάστασης του, γιατί μπορεί να καταρρεύσει ή να αυτοκτονήσει», «Δεν αντέχω να του στερήσω τη μοναδική του ελπίδα...» κ.λ.π. εκφράζουν συχνά το άγχος του προσωπικού υγείας μπροστά στην αρρώστια, τον πόνο και τη δυσμενή εξέλιξη της υγείας του ασθενή. Αποβλέπουν να προστατεύσουν τον ίδιο τον εργαζόμενο και οδηγούν τον άρρωστο σε συναισθηματική απομόνωση.

ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΝΗΓΟΡΟΥΝ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

1. Η ενημέρωση του αρρώστου θα του δώσει το χρόνο και την ευκαιρία να τακτοποιήσει τα πάσης φύσεως οικογενειακά, οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα του.
2. Εάν ο άρρωστος γνωρίζει την αλήθεια θα κινητοποιηθούν όλες οι ψυχικές του δυνάμεις με ευνοϊκές επιπτώσεις για την εξέλιξη της πάθησης του.
3. Η απόκρυψη της αλήθειας είναι αντίθετη προς τον κανόνα ότι μεταξύ γιατρού – αρρώστου, νοσηλεύτη – αρρώστου δεν πρέπει να υπάρχει παρά μόνο η αλήθεια.

4. Η απόκρυψη της αλήθειας όχι μόνο αναστέλλει, αλλά αντίθετα καλλιεργεί την ανάπτυξη της φοβίας.
5. Με την ενημέρωση του αρρώστου, το έργο του γιατρού και του νοσηλευτή γίνεται ευκολότερο και αποδοτικότερο, γιατί δεν είναι υποχρεωμένοι να ψεύδονται προς τον άρρωστο τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

Η ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

Επαγγελματική εκπαίδευση

Πολλές μελέτες απέδειξαν ότι οι ασθενείς θέλουν και αναμένουν πολλά από τις νοσηλεύτριες και προπαντός να εκτελούν αργά άψογα το καθήκον τους. Οι ασθενείς θέλουν να ξέρουν ότι η νοσηλεύτρια γνωρίζει πώς να κάνει την ενδοφλέβια ένεση και να χορηγεί τη χημειοθεραπεία, πώς να κάνει την αλλαγή του τραύματος, να τοποθετεί τον καθετήρα και πώς να αντιδρά αποτελεσματικά σε μια επείγουσα κατάσταση.

Όταν ο ασθενής υποβάλλεται σε αντικαρκινική θεραπευτική αγωγή, προφανώς επιθυμεί να είναι σίγουρος πως βρίσκεται στα χέρια κάποιου έμπειρου, καταρτισμένου και ενήμερου για τις πιο σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους.

Εξειδικευμένη εκπαίδευση

Οι νοσηλεύτριες ογκολογίας εκπαιδεύονται ειδικά στην περίθαλψη των καρκινοπαθών μέσα στο νοσοκομείο, στο ιατρείο, στο σπίτι ή σε ειδικά τμήματα όπως είναι οι μονάδες ακτινοθεραπείας. Για να συμπληρώσουν τις βασικές ιατρικές τους γνώσεις εκπαιδεύονται στα εξής:

- Χορήγηση χημειοθεραπείας και αντιμετώπιση των παρενεργειών όπως η ναυτία, οι εμετοί και η τριχόπτωση.
- Ανακούφιση και έλεγχος του πόνου.
- Παροχή ψυχολογικής συμπαράστασης στους ασθενείς και τους συγγενείς τους.
- Μετεγχειρητική περίθαλψη.

- Συμμετοχή σε ομάδες κλινικών ερευνών ή άλλων ανεξάρτητων ερευνών για θέματα περίθαλψης.
- Χρήση νέας τεχνολογίας και θεραπευτικών μεθόδων που βρίσκονται υπό εξέλιξη, όπως οι μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών ή οι βιολογικές θεραπείες.

Οι νοσηλεύτριες μπορούν επίσης να συμπληρώσουν τις γνώσεις τους σε διάφορες υποειδικότητες, όπως στην ακτινοθεραπεία, τη χειρουργική ή την παθολογική ογκολογία, στην παρηγορητική θεραπεία, στην πρόληψη και την έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου, στην περίθαλψη των ασθενών μέσα στα νοσοκομεία, στα ιδρύματα ή στο σπίτι, στην ενημέρωση του ασθενούς, στην περίθαλψη των περιπατητικών ασθενών και σε διοικητικά καθήκοντα νοσηλείας.

Ακτινοθεραπεία

Ως ένα επιπλέον παράδειγμα επιμόρφωσης αναφέρουμε τις νοσηλεύτριες που εξειδικεύονται στην ογκολογική ακτινοθεραπεία και εργάζονται κυρίως είτε στα ειδικά τμήματα νοσοκομείων είτε σε ιδιωτικά ιατρεία. Η εξειδικευμένη γνώση τους στην ακτινοθεραπεία του καρκίνου περιλαμβάνει και τα εξής:

- Τρόπος λειτουργίας μηχανημάτων.
- Αναμενόμενα αποτελέσματα από τον προγραμματισμό της θεραπευτικής αγωγής, από την ίδια την θεραπεία και παρακολούθηση της πορείας καθώς και ποιες μέθοδοι αναμένεται να παρουσιάσουν παρενέργειες.

- Αντιμετώπιση των παρενεργειών, όπως το αίσθημα κόπωσης, οι δερματικές αλλαγές, η διάρροια, ο ερεθισμός της στοματικής κοιλότητας.
- Ασφάλεια κατά την ακτινοβολία.
- Ψυχολογική συμπαράσταση και ενημέρωση.
- Διατροφή.

Οι νοσηλεύτριες συνεργάζονται με τους ακτινολόγους – ογκολόγους, ακτινολόγους – φυσικούς, ακτινολόγους – τεχνικούς, κοινωνικούς λειτουργούς και διαιτολόγους για την εφαρμογή του προγράμματος της θεραπευτικής αγωγής, το οποίο καθορίζει ο ακτινολόγος – ογκολόγος για τον κάθε ασθενή.

Η συνεργασία νοσηλευτριών και γιατρών

Σήμερα, η θεραπεία του καρκίνου αποτελεί συλλογική προσπάθεια. Συνεργαζόμενες στενά και με τα υπόλοιπα μέλη της ιατρικής ομάδας, οι νοσηλεύτριες ογκολογίας εμπλέκονται συνεχώς περισσότερο με την περίθαλψη των καρκινοπαθών.

Μολονότι ο προσωπικός γιατρός ή ο ογκολόγος είναι οι υπεύθυνοι για τη διάγνωση και το σχεδιασμό μιας αποτελεσματικής αγωγής, σήμερα η επαγγελματική συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτριών είναι ευρύτερη απ' ό,τι στο παρελθόν. Οι νοσηλεύτριες αποφασίζουν για την περίθαλψη του ασθενούς εντός των ορίων των αρμοδιοτήτων τους. Ο γιατρός ενθαρρύνει και εκτιμά τις συστάσεις και τη συνεισφορά των νοσηλευτριών.

- Στο νοσοκομείο, οι νοσηλεύτριες είναι εκείνες που βρίσκονται κοντά στον ασθενή είκοσι τέσσερις ώρες το εικοσιτετράωρο, επτά ημέρες την εβδομάδα. Έτσι ο γιατρός ζητά συχνά από την

ομάδα των νοσηλευτριών να τον ενημερώσουν για την πορεία του ασθενούς. Οι νοσηλεύτριες συνοδεύουν το γιατρό κατά την επίσκεψη του στους θαλάμους για να διαπιστώσει την πρόοδο και να καταρτίσει το πρόγραμμα της επόμενης ημέρας. Η εξειδικευμένη στην ογκολογία νοσηλεύτρια είναι εκείνη που μέσα στο νοσοκομείο παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του οργανισμού, εκτιμά τις εργαστηριακές εξετάσεις και τα κλινικά ευρήματα, αξιολογεί τις ανάγκες του ασθενούς και καλεί το γιατρό όταν χρειαστεί.

- Στις περιπτώσεις εξωτερικών ασθενών ή στο ιατρείο η νοσηλεύτρια συνεργάζεται με τον ασθενή σε ένα πιο ανεξάρτητο επίπεδο. Ο γιατρός, βεβαίως, είναι ο υπεύθυνος για τον προγραμματισμό της θεραπείας, όμως η νοσηλεύτρια αποτελεί πολύτιμο συνεργάτη για την εκτέλεση της. Οι νοσηλεύτριες ίσως βοηθούν το γιατρό να προγραμματίσει και να αποφασίσει τον πιο αποτελεσματικό τρόπο χορήγησης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Η γνώμη τους π.χ. είναι πολύτιμη στην επιλογή των φαρμάκων κατά της ναυτίας που θα αποβεί πιο αποδοτική για τη συγκεκριμένη χημειοθεραπεία.
- Γιατροί και νοσηλεύτριες συνήθως συσκέπτονται γύρω από θέματα που αφορούν την περίθαλψη των ασθενών. Συχνά οι νοσηλεύτριες επισημαίνουν τις ανεπαίσθητες αλλαγές στην κατάσταση του ασθενούς, που πιθανόν ο γιατρός να μην τις γνωρίζει, και κάποιες από αυτές ίσως αλλάξουν την πορεία της θεραπευτικής αγωγής.

- Στον τομέα της έρευνας, οι εξειδικευμένες στην ογκολογία νοσηλεύτριες μπορεί να εργάζονται είτε ανεξάρτητα είτε σε συνεργασία με τους γιατρούς. Τις περισσότερες φορές, όμως η συνεργασία τους είναι πολύ στενή. Η νοσηλεύτρια αποτελεί μέλος της ερευνητικής ομάδας, που διενεργεί κλινικές μελέτες νέων θεραπειών, συλλέγει τα στοιχεία και εκτιμά το βαθμό ανταπόκρισης και τις παρενέργειες. Όταν συγκεντρωθούν και αναλυθούν τα δεδομένα της έρευνας θα σταλούν προς δημοσίευση και το όνομα της εξειδικευμένης στην ογκολογία νοσηλεύτριας θα αναγραφεί μαζί με το όνομα του γιατρού.
- Επειδή συνήθως ο ασθενής περνά πολύ περισσότερο χρόνο με την νοσηλεύτρια παρά με το γιατρό του, συχνά αναπτύσσεται ένας ιδιαίτερος δεσμός. Μερικές φορές ο ασθενής σαστίζει με τους πρωτόγνωρους όρους και τα πολύπλοκα θεραπευτικά προγράμματα, και η νοσηλεύτρια αναγκάζεται να αφιερώσει περισσότερο χρόνο για να εξηγήσει όσες πληροφορίες παρέχει ο γιατρός. Συχνά, η νοσηλεύτρια θα επικοινωνήσει την επόμενη μέρα, είτε μέσα στο νοσοκομείο είτε τηλεφωνικώς στο σπίτι, για να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής κατανόησε πλήρως το πρόγραμμα της αγωγής του και νιώθει άνετα με τη θεραπεία του.

Η περίθαλψη και η θεραπευτική αγωγή αποτελεί στην πραγματικότητα μια συλλογική προσπάθεια του ασθενούς, του ογκολόγου και της νοσηλεύτριας. Και σίγουρα ο καρκινοπαθής είναι εκείνος που ωφελείται περισσότερο από τη συνεργασία αυτή.

Περίθαλψη των ασθενών στο νοσοκομείο, την κλινική και το ιατρείο

Ενώ ο ρόλος των νοσηλευτριών ποικίλλει στο ιατρείο, στο νοσοκομείο, στο σπίτι ή στο ίδρυμα, οι περισσότερες ειδικευμένες στον καρκίνο νοσηλεύτριες εργάζονται στα νοσοκομεία. Τα περισσότερα αντικαρκινικά κέντρα και πολλά περιφερειακά νοσοκομεία διαθέτουν τμήματα περίθαλψης καρκινοπαθών – μονάδες ογκολογίας – στα οποία εργάζονται οι εξειδικευμένες νοσηλεύτριες.

Οι νοσηλεύτριες που ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου παρέχουν άμεση περίθαλψη στους καρκινοπαθείς με βάρδιες οκτάωρες, δεκάωρες ή δωδεκάωρες. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο ο ασθενής θα έρθει σε επαφή με νοσηλεύτριες διαφόρων επιπέδων εκπαίδευσης και αρμοδιοτήτων.

Η περιπατητική περίθαλψη / νοσηλεύτρια ιατρείου

Είναι πιθανό η αντικαρκινική θεραπεία να γίνεται και εκτός νοσοκομείου. Σήμερα μάλιστα η τάση αυτή ενισχύεται συνεχώς. Έτσι, ο ασθενής μπορεί να επισκέπτεται ένα γενικό αντικαρκινικό κέντρο, τα εξωτερικά ιατρεία μιας κλινικής, το κέντρο περίθαλψης περιπατητικών ασθενών ή ένα ιδιωτικό ιατρείο.

Ένας βασικός λόγος γι' αυτή τη μεταστροφή είναι το τεράστιο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχει μεγάλη ανάγκη να μειωθεί ο χρόνος νοσηλείας στα νοσοκομεία, επειδή η εξωτερική περίθαλψη είναι πιο οικονομική για τους ασθενείς, για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και την κοινωνική πρόνοια. Και το σπουδαιότερο, ο ασθενής ωφελείται περισσότερο

με το να πηγαίνει στο ιδιωτικό ιατρείο ή στα εξωτερικά ιατρεία μιας κλινικής, να υποβάλλεται στη θεραπεία και να επιστρέφει στο σπίτι του για να συνέλθει μέσα στο οικείο περιβάλλον του και να κοιμηθεί στο κρεβάτι του.

Οι θεραπευτικές αγωγές κατά της ναυτίας έχουν γίνει τόσο αποτελεσματικές ώστε έχουν εκλείψει πολλές παρενέργειες που άλλοτε σήμαιναν μακρά παραμονή στο νοσοκομείο. Οπωσδήποτε όμως, η εξειδικευμένη ή η ερευνητική αντικαρκινική θεραπεία συνήθως χορηγείται ακόμη μέσα στο νοσοκομείο, ώστε η κατάσταση του ασθενούς να ελέγχεται και να παρακολουθείται συνεχώς. Και σε αυτήν την περίπτωση όμως ο ασθενής μπορεί να περνά περισσότερο χρόνο εκτός νοσοκομείου απ' όσο χρειαζόταν παλαιότερα.

Η εξωνοσοκομειακή νοσηλεία περιλαμβάνει τη χορήγηση διαφόρων μορφών χημειοθεραπείας, που ποικίλλουν από μια γρήγορη ένεση έως μια έγχυση διάρκειας πέντε έως επτά ωρών. Οι εξωνοσοκομειακές νοσηλεύτριες μαθαίνουν τα τελευταία θεραπευτικά πρωτόκολλα και τις ερευνητικές μελέτες και παρέχουν στον ασθενή και στην οικογένεια του σημαντικές πληροφορίες για την ασθένεια, τη θεραπευτική αγωγή, τις πιθανές παρενέργειες της και για το πώς να ρυθμίζουν τα φάρμακα.

Οι έμπειρες αυτές νοσηλεύτριες γνωρίζουν καλά πώς να ξεκινούν μια ενδοφλέβια ένεση ή πώς να χειρίζονται οποιονδήποτε χειρουργικά εμφυτευμένο καθετήρα. Στα καθήκοντα τους περιλαμβάνεται η ανάμειξη και προετοιμασία των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, ο χειρισμός της σύριγγας και των φιαλών καθώς και των σάκων που χρησιμοποιούνται για ενδοφλέβια έγχυση.

Νοσηλεία στο σπίτι και στο ίδρυμα

Για τους ίδιους λόγους που έλαβε έκταση η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η κατ' οίκον θεραπεία αρχίζει πλέον να αποτελεί σημαντικό τμήμα της ογκολογικής θεραπείας. Σήμερα υπάρχουν πολλά γραφεία για περίθαλψη κατ' οίκον όπου εργάζονται νοσηλεύτριες ογκολογίας. Πολλοί επιλέγουν αυτόν τον τρόπο θεραπευτικής αγωγής απλώς επειδή προτιμούν να λαμβάνουν τη χημειοθεραπεία στην ησυχία του σπιτιού τους, συντροφιά με την οικογένεια και τους φίλους τους.

Κατ' οίκον περίθαλψη

Οι νοσηλεύτριες μπορεί να μένουν στο σπίτι από μερικές ώρες έως και όλο το εικοσιτετράωρο. Η χημειοθεραπεία δεν είναι η μόνη θεραπευτική αγωγή που μπορεί να χορηγηθεί κατ' οίκον. Υπό την καθοδήγηση του ογκολόγου, η νοσηλεύτρια μπορεί να επιμελείται τραύματα, να φροντίζει και να παρέχει οδηγίες σχετικά με την περιποίηση της κεντρικής φλεβικής γραμμής, την ενδοφλέβια ανάμειξη υγρών, την ενδοφλέβια παροχή αντιβίωσης και την ολική παρεντερική διατροφή.

Περίθαλψη σε ιδρύματα

Η περίθαλψη σε ίδρυμα προσφέρει στον ασθενή την επιλογή να περάσει τις τελευταίες του μέρες όχι στο νοσοκομείο αλλά σε ένα οικείο περιβάλλον, με τους αγαπημένους του στο πλευρό του.

Όπως συμβαίνει και με τις άλλες ειδικότητες ογκολογίας, οι νοσηλεύτριες των ιδρυμάτων βρίσκονται σε άμεση επαφή με τον ασθενή και

την οικογένεια του. Υπό την καθοδήγηση του γιατρού η νοσηλεύτρια του ιδρύματος χορηγεί παυσίπονα φάρμακα, περιλαμβανομένων και ναρκωτικών με διάφορους τρόπους.

Η νοσηλεύτρια καθοδηγεί τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους πώς να φροντίζουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα και αμβλύνει την αγωνία και τη θλίψη τους. Μαζί με τους κοινωνικούς λειτουργούς και τους ιερείς βοηθάει την οικογένεια να αντιμετωπίσει τον επερχόμενο θάνατο και να περάσει ομαλά την περίοδο πένθους που ακολουθεί. Στο διάστημα αυτό, η νοσηλεύτρια του ιδρύματος αφιερώνει πολύ χρόνο στο πλευρό της οικογένειας και είναι διαθέσιμη ανά πάσα στιγμή, μέρα και νύχτα.

Συμπαράσταση στο ασθενή και την οικογένειά του

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας ογκολογίας ποικίλλει και εξαρτάται από το χώρο και το είδος της περίθαλψης που χρειάζεται ο ασθενής ανά πάσα στιγμή. Όμως ο βασικός στόχος είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών. Για να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός η νοσηλεύτρια ογκολογίας αφιερώνεται ολόψυχα στην ανακούφιση του σωματικού πόνου και στην παροχή ψυχολογικής βοήθειας στον ασθενή και την οικογένεια του.

Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων

Ο καρκίνος και οι παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής ίσως προκαλέσουν συμπτώματα που ταλαιπωρούν τον ασθενή και επιδρούν στην καθημερινή του ζωή. Η ομάδα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να εργαστεί συλλογικά για να τα εντοπίσει και να τα ανακουφίσει. Σήμερα υπάρχει τεράστια πείρα πρακτικής νοσηλευτικής η οποία επιτρέπει στην

νοσηλεύτρια ογκολογίας να αξιολογεί τα συμπτώματα, να παρέχει συμβουλές και να τα περιορίζει. Τέτοια συμπτώματα είναι η ναυτία και οι εμετοί, οι πόνοι, η δυσκοιλιότητα, η διάρροια, ο ερεθισμός της στοματικής κοιλότητας, η δύσπνοια, η ανορεξία και η ψυχολογική κατάσταση.

Ομάδες συμπαράστασης και άλλα μέσα υποστήριξης

Για να καλυφθούν οι ψυχολογικές ανάγκες του καρκινοπαθούς είναι απαραίτητο να γνωρίζει τις σχετικές πηγές βοήθειας που μπορεί να υπάρχουν στην περιοχή του. Συχνά, κατά τη διάρκεια της ασθένειας οι ανάγκες μεταβάλλονται, μπορεί δε να διαφέρουν ανάλογα με το άτομο και την παροχή βοήθειας από την οικογένεια του, τους φίλους και την κοινωνική συμπαράσταση.

Υπάρχουν νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και ψυχίατροι που είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, και διαθέτουν ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον και εμπειρία για τους καρκινοπαθείς. Οι περισσότερες νοσηλεύτριες ογκολογίας είναι σε θέση να παρέχουν πληροφορίες για τις πηγές υποστήριξης. Μπορεί επίσης να συστήσουν υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης και ενίοτε γνωρίζουν που βρίσκονται οι ομάδες συμπαράστασης. Οι ομάδες αυτές κατευθύνονται ή υποβοηθούνται από κοινωνικές λειτουργούς, ψυχολόγους ή ψυχιάτρους και σε πολλές από αυτές οι νοσοκόμες παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Σε πολλές ομάδες οι επικεφαλής τους είναι άτομα που πάσχουν οι ίδιοι από καρκίνο.

Ασφαλώς δεν επιθυμούν όλοι οι καρκινοπαθείς να συμμετέχουν σε οργανωμένες ομάδες συμπαράστασης. Πολλοί ασθενείς χρησιμοποιούν επιτυχώς τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους τους ως πηγή ψυχολογικής

υποστήριξης. Άλλοι επιλέγουν την ατομική ψυχοθεραπεία, είτε με τη βοήθεια της ομάδας υποστήριξης είτε χωρίς αυτήν. Ωστόσο, είναι γνωστό ότι πολλοί καρκινοπαθείς αναγνωρίζουν πως οι ομάδες συμπαράστασης κατορθώνουν να δώσουν ελπίδα και να στηρίξουν την ανάρρωση τους.

Με απλά λόγια, οι νοσηλεύτριες ογκολογίας προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τον κάθε ασθενή με ευγένεια και φροντίδα, με εμπειρία και ικανότητα, με στοργή και καλό χιούμορ και, πάνω απ' όλα, με αξιοπρέπεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

ΜΕΤΡΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

A) συναισθηματική στήριξη απ' την οικογένεια.

B) επιστροφή και επανάκτηση του δικαιώματος της εργασίας όποτε αυτό είναι εφικτό.

Γ) οργάνωση των μελλοντικών επιδιώξεων, αυτοεξυπηρέτηση, χωρίς καταφύγιο στην απόσυρση και τη μοναξιά.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

A) καταστρώνεται εξατομικευμένο πρόγραμμα αποκατάστασης.

B) ενθάρρυνση και καλλιέργεια ειλικρινούς και ανοικτής επικοινωνίας με τον άρρωστο.

Γ) η δημιουργία, ενίσχυση και διαφύλαξη διαπροσωπικού κλίματος.

Δ) ενίσχυση αυτοεκτίμησης του αρρώστου.

E) ανακούφιση από τον πόνο

Γενικά οι νοσηλεύτριες -τριες διακατέχονται από πνεύμα θυσίας προσφέροντας τις υπηρεσίες τους σε όλες τις περιπτώσεις ασθενών.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενών που πάσχουν από λευχαιμία εφαρμόζοντας την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1^η

Όνομα ασθενούς: Δ.Ν.

Ηλικία: 60

Αιτία εισαγωγής: Οξεία μυελογενής λευχαιμία

Ημερομηνία: 2/8/01

Πορεία νόσου: Ο ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο με διάγνωση οξείας μυελογενούς λευχαιμίας.

Παράλληλα παρουσιάζει ελαφρά σύγχυση με ήπιες διαταραχές προσανατολισμού. Ο ασθενής επικοινωνεί με το περιβάλλον.

Ταυτόχρονα γίνεται προσπάθεια για Císcan εγκεφάλου , επειδή υπάρχει η υποψία ότι οι νευρολογικές διαταραχές προέρχονται από ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, λόγω της υπάρχουσας θρομβοπενίας.

Η ακτινογραφία κοιλίας, δείχνει μικρή αύξηση των ορίων του ήπατος καθώς επίσης και την ύπαρξη ασκτικού υγρού σε πάρα πολύ μικρό ποσοστό. Ο ασθενής με την εισαγωγή του τέθηκε σε θεραπεία με Oncovin 2mg και Medrol 16 mg.

Νοσηλευτική Διεργασία

Πρόβλημα ασθενούς	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγράμματος	Αποτελέσματα νοσηλευτικής φροντίδας
Θρομβοπενία (αιμοπεταλία κάτω από 20.000).	Σκοπός μας η αποκατάσταση των θρομβοκυττάρων σε φυσιολογικά επίπεδα και η προφύλαξη του ασθενούς από κινδύνους που μπορούν να προκαλέσουν αιμορραγία.	Χορήγηση παραγώνων του αίματος. Αποφυγή δραστηριοτήτων που μπορούν να προκαλέσουν κλειστή ή ανοιχτή κάκωση. Περιορισμός του ασθενούς στο δωμάτιο του.	Έγινε μετάγγιση 2 μονάδων αιμοπεταλίων. Ο ασθενής παρέμεινε στο κρεβάτι. Γίνανε συστάσεις να προσέχει κατά το βούρτσισμα των δοντιών, όπως και κατά το ξύρισμα, για την αποφυγή αιμορραγίας. Ο ασθενής παρακολουθείται και αν χρειαστεί χορηγούνται και άλλες μονάδες αιμοπεταλίων.	Αύξηση των αιμοπεταλίων στο αίμα. Πρόληψη αιμορραγίας.
Μυϊκή αδυναμία.	Προστασία του ασθενούς από διάφορους κινδύνους, συνέπεια της μυϊκής αδυναμίας.	Περιορισμός του ασθενούς στο κρεβάτι για την αποφυγή πτώσεως. Ο ασθενής επιβάλλεται να έχει κάποιον δίπλα του όταν κάνει διάφορες κινήσεις.	Παραμονή του ασθενούς στο κρεβάτι και αποφυγή εγέρσεως του από αυτό. Εφαρμογή προγράμματος φυσιοθεραπείας που περιλαμβάνει ενεργητικές και παθητικές κινήσεις. Δίνονται τонωτικές amp Topoiii per-os 1x3. Δίνονται οδηγίες να αποφεύγει την υπερβολική κόπωση.	Ο ασθενής αποκτά τις δυνάμεις του και κινείται χωρίς μεγάλη δυσκολία.
Κατακλίσεις λόγω μειωμένης άμυνας του οργανισμού.	Πρόληψη και περιποίηση των κατακλίσεων.	Συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενούς πάνω στο κρεβάτι. Νοσηλευτική φροντίδα για την αποφυγή κατακλίσεων και περιποίηση αυτών που ήδη υπάρχουν.	Αλλάζουμε θέση του ασθενή στο κρεβάτι σε μικρά χρονικά διαστήματα. Γίνονται εντριβές στο σώμα του και συχνό μασάζ για να πετύχουμε καλύτερη κυκλοφορία του αίματος. Στις ήδη υπάρχουσες κατακλίσεις απολυμαίνεται το σημείο με Betadine και τοποθετούμε Pulvo spray. Μετά καλύπτουμε το σημείο με καθαρές γάζες.	Μειώθηκε ο κίνδυνος δημιουργίας νέων κατακλίσεων και περιορίστηκε το μέγεθος σε αυτές που ήδη υπήρχαν.

Πρόβλημα ασθενούς	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγράμματος	Αποτελέσματα νοσηλευτικής φροντίδας
Εμετός (μετά από χημειοθεραπεία).	Αντιμετώπιση του εμετού που προκαλείται από χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Ανακούφιση του ασθενή.	Χορήγηση αντιεμετικών σκευασμάτων για αντιμετώπιση του εμετού.	Χορήγηση συνήθως Zofron . Δόθηκε 2 ώρες πριν την χημειοθεραπεία. Γίνεται ενυδάτωση του ασθενούς με Sodium chloride 0,9%.	Αντιμετωπίστηκ ε ο εμετός. Ο ασθενής είναι πιο ήσυχος.
Πυρετός (θερμοκρασία 39° C με ρίγος).	Αντιμετώπιση της επιπλοκής αυτής με την επαναφορά της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα και αντιμετώπιση του ρίγους.	Εφαρμογή φαρμακευτικής αγωγής για τον πυρετό και προστατευτικά νοσηλευτικά μέτρα για το ρίγος.	Δίνεται Aprotel (1amp Aprotel σε 250 cc Sodium chloride). Σκεπάζουμε τον ασθενή με κουβέρτες και κλείνουμε το παράθυρο.	Ο πυρετός έπεσε στους 37° C. Το ρίγος υποχώρησε.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2^η

Όνομα ασθενούς: Α.Ρ.

Ηλικία: 50

Αιτία εισαγωγής: οξεία μυελογενής λευχαιμία

Ημερομηνία: 25/9/01

Πορεία νόσου

Ο ασθενής εισάγεται στην κλινική με διάγνωση ΟΜΛ.

Παρουσιάζει πλήρη ανορεξία, αδυναμία, εμετούς και χαμηλό πυρετό (37-37,8°C). Η θερμοκρασία του τελευταίου διημέρου όμως έχει ανέβει σημαντικά (38-39°C).

Εκτός της αδυναμίας και της ανορεξίας που παρουσιάζει, εμφανίζει και κεφαλαλγία, αδυναμία κατάποσης, φαρυγγαλγία.

Το ήπαρ είναι διογκωμένο ≈10 cm και ακόμα είναι ευαίσθητος κατά την ψηλάφηση.

Η ασθενής μπήκε στην ακόλουθη αγωγή:

Ciproxin iv 2x2

Tabz Zyloric 300mg 1x1

Drops Mycostatin 1x6

Solut Hexalen 1x3

Νοσηλευτική Διεργασία

Πρόβλημα ασθενούς	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγράμματος	Αποτελέσματα νοσηλευτικής φροντίδας
Ανορεξία – αφυδάτωση.	Επαναφορά ορέξεως της ασθενούς. Πρόληψη αφυδατώσεως από την άρνηση λήψης υγρών.	Χορήγηση τροφής εύκολης στην κατάποση (υγρή – υδαρής διαίτα).	Δίνονται τροφές εύκολες στην κατάποση και σεβρισιμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να προκαλεί ευχαρίστηση και επιθυμία στην ασθενή. Παροτρύνεται για την λήψη υγρών από το στόμα για την πρόληψη της αφυδάτωσης.	Επαναφορά της ορέξεως και ενυδάτωση της ασθενούς.
Αδυναμία – καταβολή.	Να ανακτήσει η ασθενής τις δυνάμεις της.	Ανάπαυση της ασθενούς για την μείωση των αναγκών των περιφερικών ιστών σε O ₂ . Απαγόρευση μυϊκών ασκήσεων για τον ίδιο λόγο.	Ανάπαυση ασθενούς στο κρεβάτι της και αποφυγή εγέρσεως της από αυτό παρά μόνο όταν πρόκειται για μεγάλη ανάγκη. Το δωμάτιο αδειάζει από τυχόν επισκέψεις και είναι σκοτεινό, χωρίς θορύβους για να μην ενοχλείται και να ηρεμήσει. Χορηγούνται amp Τοπιλ per-os 1x3.	Ανάληψη των δυνάμεων της ασθενούς.
Αναιμία.	Άνοδος του ΗΤ.	Μετάγγιση παραγόντων αίματος μετά από εντολή γιατρού.	Χορήγηση 1 μονάδας ερυθρών αιμοσφαιρίων και ολικού αίματος.	Άνοδος του ΗΤ.
Φαρυγγαλγία – αδυναμία κατάποσης.	Ανακούφιση της ασθενούς από δυσάρεστο αίσθημα της δυσκαταποσίας.	Σχολαστική φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα για την αντιμετώπιση της φαρυγγαλγίας και των τυχόν εξελκώσεων του στόματος και του φάρυγγα.	Γίνονται πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με διάλυμα Hexalen (1 κουταλιά της σούπας διαλυμένο σε 1 ποτήρι νερό x 3). Σχολαστική καθαριότητα του στόματος με πορτ-κοπτόν και το διάλυμα Hexalen. Δίνονται ακόμα Mycostotin drops (10 drops x3) καθημερινά για να αποφύγουμε τις μυκητιάσεις. Συνίσταται καθημερινό βούρτσισμα των δοντιών με μαλακή βούρτσα.	Ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα.

Πρόβλημα ασθενούς	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγράμματος	Αποτελέσματα νοσηλευτικής φροντίδας
Πυρετός (8=39°C)	Πτώση του πυρετού και διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας της ασθενούς.	Προσπάθεια πτώσης του πυρετού στην αρχή με φυσικά μέσα και σε αποτυχία αυτών, χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων.	Γίνεται χλιαρό μπάνιο και τοποθετούνται παγοκύστες στις μασχάλες και τις μισοβουβωνικές πτυχές. Αν ο πυρετός δεν πέσει παρ' όλα αυτά, χορηγείται παρακεταμόλη (1 Deron par-os). Συνεπής παρακολούθηση του αρρώστου για τυχόν ανύψωση της θερμοκρασίας.	Ο πυρετός μετά τα φυσικά μέσα που χρησιμοποιήθηκαν έφτασε στους 38° C. Αφού χορηγήθηκε και το Deron φτάσαμε σε ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Θερμοκρασία 37° C.
Κεφαλαλγία.	Ανακούφιση της ασθενούς από την κεφαλαλγία.	Ανάπαυση της ασθενούς και εξασφάλιση επαρκούς ύπνου.	Εξασφάλιση ηρεμίας. Οι τυχόν επισκέπτες φεύγουν. Χορηγείται: 1 tabl Deron par-os. Παρότρυνση του ασθενούς να ηρεμήσει και να προσπαθήσει να κοιμηθεί.	Ανακούφιση από την κεφαλαλγία.
Θρομβοπενία (αιμοπετάλια 90.000).	Προσπάθειες αποκατάστασης του αριθμού των αιμοπεταλίων σε φυσιολογικές τιμές. Αποφυγή εμφανίσεως αιμορραγιών.	Χορήγηση παραγόντων του αίματος. Αποφυγή κακώσεων που μπορούν να προκαλέσουν αιμορραγίες. Συμβουλές για αποφυγή «επικίνδυνων» για τον ασθενή δραστηριοτήτων.	Γίνεται μετάγγιση 2 μονάδων αιμοπεταλίων. Αποφεύγονται οι ενδομυϊκές ενέσεις για να μην δημιουργηθεί αιμάτωμα. Η ασθενής περιορίζεται στον χώρο του δωματίου της.	Αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων.

Πρόβλημα ασθενούς	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγράμματος	Αποτελέσματα νοσηλευτικής φροντίδας
Λοίμωξη.	Προστασία της ασθενούς από λοιμογόνους παράγοντες και αντιμετώπιση των λοιμώξεων που ήδη υπάρχουν.	Απομόνωση της ασθενούς στο δωμάτιο. Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό καθώς και οι συγγενείς πρέπει να φορούν απαραίτητα προστατευτική μάσκα, γάντια και ρόμπα. Προφυλακτική αντιμικροβιακή αγωγή. Ακόμη απαγόρευση επαφής με την ασθενή ατόμων που πάσχουν από λοιμώδες νόσημα.	Γίνεται προφυλακτική απομόνωση της ασθενούς. Εφαρμόζεται αντιμικροβιακή αγωγή (Ciproflin 0,2% x2) και αντιμυκητιασική αγωγή (Mycostatin 1x6).	Προφύλαξη και αντιμετώπιση των λοιμώξεων.
Εμετός που προκαλείται μετά την χημειοθεραπεία.	Προληπτικά μέτρα για τον εμετό. Πρόληψη και διόρθωση τυχόν ηλεκτρολυτικών διαταραχών σε εμφάνισή του.	Χορήγηση αντιεμετικών σκευασμάτων πριν από κάθε χημειοθεραπεία η οποία κάνει έντονο το δυσάρεστο αίσθημα του εμετού. Η προληπτική ενυδάτωση για τυχόν εμφάνισή του.	Χορήγηση μια ώρα πριν την χημειοθεραπεία 1 tabl primperan. Για εξασφάλιση ενυδάτωσης της ασθενούς χορηγούνται sodium chloride 0,9% και 1x1 Dextroze 5% 1x1 IV.	Αντιμετώπιση των εμετών και εξασφάλιση επαρκούς ενυδάτωσης.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη μαζί. Οι νοσηλευτές λοιπόν με βάση τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους θα πρέπει να προσφέρουν όσο το δυνατό περισσότερα στον ασθενή με λευχαιμία.

Οι τύποι της λευχαιμίας ποικίλουν, η πρόγνωση βαρύτατη και η θεραπεία πρέπει να είναι εξατομικευμένη, καθώς η λευχαιμία είναι μια δύσκολη ασθένεια και η θεραπεία της πολύ κουραστική. Γι' αυτό εξάλλου πρέπει να δίνεται μεγάλη σημασία στην ψυχολογική υποστήριξη.

Μέσα απ' την εργασία μου προσπάθησα να δώσω όσο το δυνατό μεγαλύτερη εικόνα της λευχαιμίας περιλαμβάνοντας στοιχεία τόσο από τη νοσηλευτική όσο και από την ιατρική επιστήμη. Σ' αυτό επίσης με βοήθησε το γεγονός ότι παρακολούθησα από κοντά ασθενείς με λευχαιμία κατά τη διάρκεια της πρακτικής μου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κ.Δ. Γαρδίκας, "Αιματολογία", Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1989, σελ. 359.
2. Αριστομένης Φερτάκης, "Αιματολογία", Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1991, σελ. 158, 160.
3. Στ. Πλέσσας – Ευάγ. Καννέλος, "Φυσιολογία του ανθρώπου1", δεύτερη έκδοση, εκδόσεις φάρμακον-τύπος, Αθήνα 1997, σελ. 101, 106.
4. Αγαμέμνων Δεσποτόπουλος – Stefan Siebernage, "Εγχειρίδιο φυσιολογίας με έγχρωμο άτλαντα", ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989, σελ. 60.
5. Herbert Lippert, "Ανατομική", Μετάφραση: Ν.Δ. Νιφόρας, επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1993, σελ. 360.
6. Γ.Μ. Πέτρου "Σημειώσεις συστηματικής Ανατομικής", Πάτρα 1983, σελ. 96.
7. Κ.Δ. Γαρδίκας, "Ειδική Νοσολογία", επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα, σελ. 25, 625.
8. Φ.Κ. Φέσσας "Νεοπλασματικά Νοσήματα του Αίματος", επιμέλεια εκδόσεως: Καλλινίκου – Μανιάτη, Β. Σεϊτανίδη, Β. Τσιγαλίδου – Μπάλλα, Αθήνα 1989, σελ. 21, 27, 29.
9. Άννα Σαχίνη – Καρδάση, Μαρία Πάνου "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική", 2^{ος} τόμος, Β' έκδοση, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1997, σελ. 211, 213 – 214.
10. Αθ. Βαλαβανίδη "Περιβάλλον και κακοήθεις Νεοπλασίες", εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000, σελ. 2.

11. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχολογικής ογκολογίας, περίοδος Νοεμβρίου 1999 – Φεβρουαρίου 2000, σελ. 26.
12. Μ.Α. Μαλγαρινού – Σ.Φ. Κωνσταντινίδου "Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική", τόμος Β', μέρος 2^ο, εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α., Αθήνα 1995, σελ. 54, 56.
13. Malin Dolinger, M.D., Ernest Rosenbaum, M.D. and Grey Cable "Everyone's guide to cancer therapy: now cancer is diagnosed, treated and managed day to day" Andreus and McMeel 1991 p. 450, 120-1, 136, 137.
14. Dr Ιωάννης Σπηλιώτης "Καρκίνος" "από την άγνοια... στο φόβο", Αχαϊκές εκδόσεις, Πάτρα 1999, σελ. 194-5, 106.
15. Μ. Παυλάτου, "Ανοσολογία", ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1997, σελ. 312.
16. Παπαδόπουλος Ευάγγελος, "Στοιχεία αντιμετώπισης του άγχους στη νοσηλευτική" Τ.Ε.Ι. Πατρών 1998, σελ. 38.
17. Άννα Σαχίνη – Καρδάση, Μαρία Πάνου, "Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική" 1^{ος} τόμος, Β' έκδοση, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1997, σελ. 183, 192.
18. Μόσχου – Κάκκου Αθηνά, "Ογκολογική Νοσηλευτική" Πάτρα 1999, σελ. 92, 41.
19. Δανάη Παπαδάτου "Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας" ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1995, σελ. 175 – 188.
20. Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου "Διλήμματα και Προβληματισμοί στη σύγχρονη Νοσηλευτική" εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α. Αθήνα 1995, σελ. 144.

21. Σεμινάριο Νοσηλευτριών με θέμα: Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή, Συντονιστής Σταύρος Μπεμπέας, Αθήνα 1991, σελ.

20.

22. Β.Α. Λανάρα "Φιλοσοφική διάσταση" Αθήνα 1996, σελ. 45.

