

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
Σ ΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

ΘΕΜΑ:
«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»

ΦΟΙΤΗΤΗΣ
Μπελούλης Παναγιώτης

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
Μπατσολάκη

Πίνακας Περιεχομένων

Περιεχόμενα

Πρόλογος

Εισαγωγή

Γενικό μέρος

Κεφάλαιο Α΄

Ανατομία – Φυσιολογία του Π. Σ.

Ανατομία – Φυσιολογία του Π. Ε.

Κεφάλαιο Β΄

Ορισμός Καρκίνου Π. Ε.

Ταξινόμηση Καρκίνου Π. Ε.

Συχνότητα Καρκίνου Π. Ε.

Σταδιοποίηση καρκίνου

Πρόληψη

Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου Π. Ε.

Πληθυσμιακός έλεγχος

Κλινική εικόνα

Διάγνωση

Θεραπεία

Ειδικό μέρος

Κεφάλαιο Γ΄

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με καρκίνο παχέος εντέρου

- Προεγχειρητική ετοιμασία
- Μετεγχειρητική φροντίδα
- Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές
- Ορισμός κολοστομίας
- Είδη κολοστομίας
- Λειτουργία κολοστομίας
- Προσωρινές και μόνιμες κολοστομίες
- Φροντίδα πλύσεως με το στόμιο
- Διαιτολογικές Συστάσεις κολοστομίας
- Έξοδος αρρώστου με κολοστομία από το νοσοκομείο

Κεφάλαιο Δ΄

Ζώντας με τον καρκίνο

Ποιότητα ζωής και καρκίνος

Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου

Αδιάκοπες έρευνες σε πολλά μέτωπα

Κεφάλαιο Ε΄

Νοσηλευτική διεργασία σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου

- Περίπτωση Α
- Περίπτωση Β

Ο ρόλος του νοσηλευτή

Συμπεράσματα – Επίλογος

Βιβλιογραφία

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Πριν αρχίσω την παρουσίαση της εργασίας μου με θέμα "Καρκίνος του παχέως εντέρου" κρίνω σκόπιμο να αναφερθώ στον λόγο που με οδήγησε στην επιλογή του συγκεκριμένου θέματος. Αφορμή για τη συγγραφή αυτής της μελέτης, στάθηκε το γεγονός ότι ο καρκίνος είναι μια πάθηση που ειδικά στις μέρες μας, εμφανίζεται σε υψηλή συχνότητα παγκοσμίως. Αποτελεί μια μάστιγα και ένα σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα, όχι μόνο του ατόμου ξεχωριστά αλλά και ολόκληρης της κοινωνίας, περιορίζοντας την εργασία και την δραστηριότητα των ατόμων. Για μένα λοιπόν, ο καρκίνος του παχέως εντέρου αποτελεί ένα θέμα πρόκληση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

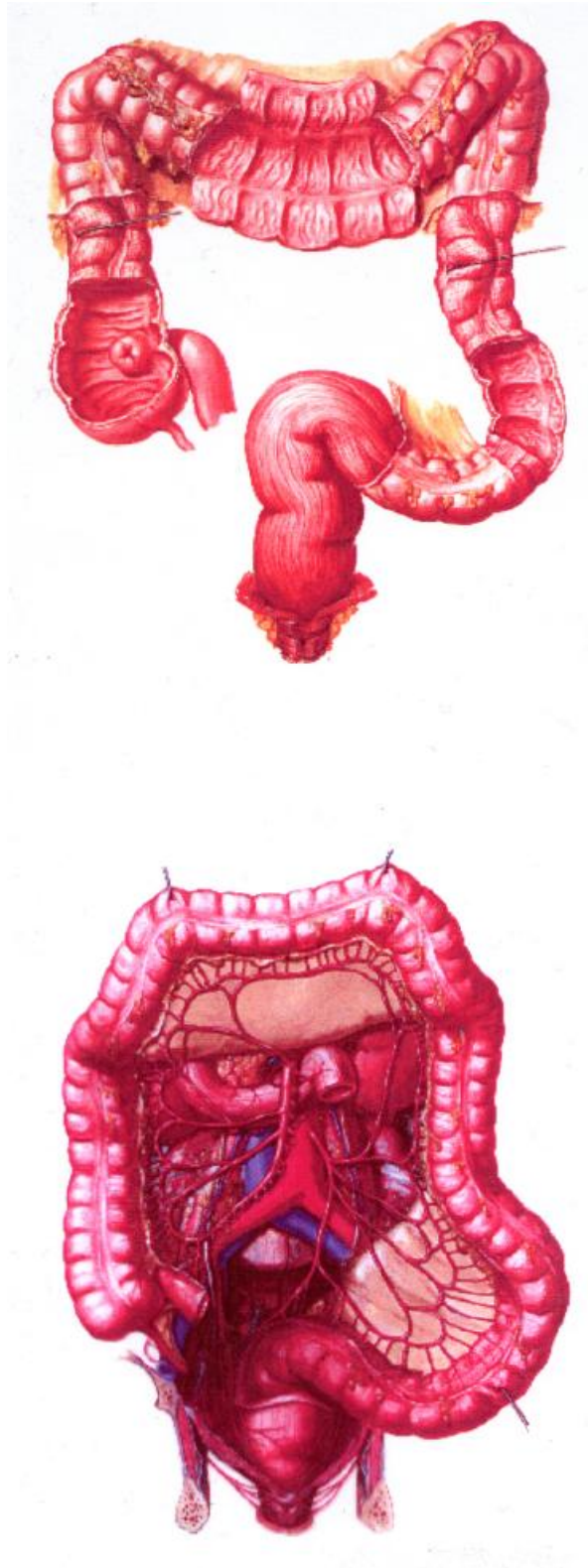
Ο καρκίνος είναι ένας όρος που περικλείει περισσότερες από 100 ασθένειες, οι οποίες εκδηλώνονται σε κάθε τμήμα του σώματος. Άλλοι όροι που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τον καρκίνο είναι «κακοήθεις όγκοι», «κακοήθη νεοπλάσματα» και «κακοήθεις νεοπλασίες». Το κύριο χαρακτηριστικό του καρκίνου είναι η δημιουργία – σε διάστημα δεκαετιών – μη φυσιολογικών κυττάρων, τα οποία τελικά αρχίζουν να πολλαπλασιάζονται ταχέως, αναπτύσσουν το δικό τους σύστημα αιμοφόρων αγγείων, παραγκωνίζουν και εισβάλλουν στους παρακείμενους υγιείς ιστούς και εξαπλώνονται σ' άλλα όργανα, μια διαδικασία γνωστή ως μετάσταση (Νέα 2007). Οι μεταστάσεις αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο.

Ο καρκίνος εμφανίζεται λόγω αλλαγών στα γονίδια που είναι υπεύθυνα για την ανάπτυξη και την επιδιόρθωση των κυττάρων. Οι αλλαγές αυτές αποτελούν το επακόλουθο αλληλεπίδρασης μεταξύ των γονιδίων που πλήττονται και εξωγενών παραγόντων, οι οποίοι μπορούν να ταξινομηθούν ως:

- α) Φυσικά καρκινογόνα (λ.χ. υπεριώδης ακτινοβολία του ήλιου).
- β) Χημικά καρκινογόνα (λ.χ. αμίαντος, καπνός τσιγάρων).
- γ) Βιολογικά καρκινογόνα (λ.χ. της ηπατίτιδας Β, ιοί HPV, ελικοβακτηρίδιο πυλωρού που σχετίζεται με τον καρκίνο του στομάχου) (ΕΘΝΟΣ 2001).

Σκοπεύω μέσα από την εργασία μου να ενημερώσουμε όσο γίνεται περισσότερο τον πολίτη για τα αίτια, την πρόληψη, την θεραπεία, την συμπτωματολογία της ασθένειας καθώς και την Νοσηλευτική Φροντίδα του

ασθενούς. Όπως επίσης θα αναφερθώ στο ρόλο του νοσηλευτή στην αποκατάσταση του ασθενούς με καρκίνο του παχέος εντέρου και για την ποιότητα της ζωής του.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

Ανατομία – Φυσιολογία του Πεπτικού Συστήματος

Το σώμα διατηρεί τη μορφολογία και τη λειτουργία των οργάνων του με τη συνεχή πρόσληψη ενέργειας. Η ενέργεια προέρχεται από τις τροφές που κυρίως αποτελούνται από πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες και άλλες ουσίες, όπως βιταμίνες κ.λ.π.

Το πεπτικό σύστημα αποτελείται από όργανα κοίλα, όπως ο πεπτικός σωλήνας, και συμπαγή, οι αδένες. Περιλαμβάνει τη στοματική κοιλότητα, φάρυγγα, οισοφάγο, στόμαχο, λεπτό και παχύ έντερο, που καταλήγει στον πρωκτό (ΑΘΑΝΑΤΟΝ, 2000).

Το ανώτερο τμήμα του πεπτικού συστήματος αποτελείται από την στοματική κοιλότητα με αναρίθμητους μικρούς και 3 ζεύγη μεγάλων σιελογόνων αδένων και από τη μέση και κάτω μοίρα του φάρυγγα μέχρι την αρχή του οισοφάγου. Στο ανώτερο αυτό τμήμα, η τροφή προσλαμβάνεται με τα χείλη, τα δόντια και τη γλώσσα, μασιέται, διαποτίζεται με σάλιο και κατατεμαχίζεται σε μικρές μπουκιές. Η χημική διάσπαση της τροφής ελέγχεται με τα γευστικά και οσφρητικά όργανα, ενώ με τη βοήθεια του σάλιου αρχίζει η πέψη του αμύλου. Τέλος, οι αμυγδαλές χρησιμεύουν σαν αμυντικό χαράκωμα για τις φλεγμονές (Κάδος, 1996).

Το κατώτερο τμήμα του πεπτικού συστήματος υποδιαιρείται στον οισοφάγο, στον στόμαχο, στο λεπτό και στο παχύ έντερο. Ο οισοφάγος αποτελεί αγωγό διέλευσης της τροφής. Η διάσπαση των τροφών γίνεται εν μέρει στον στόμαχο και συμπληρώνεται στο λεπτό έντερο, όπου και απορροφούνται τα Βασικά Θρεπτικά συστατικά των τροφών. Σ' αυτό το τμήμα του πεπτικού συστήματος υπάρχουν αναρίθμητοι μικροί και 2 μεγάλοι αδένες, το ήπαρ, και το πάγκρεας, που παράγουν πεπτικά υγρά τα οποία διοχετεύουν στο λεπτό έντερο. Τα άπεπτα μέρη των τροφών καθίστανται στο παχύ έντερο παχύρευστα και μετασχηματίζονται σε κόπρανα, τα οποία προωθούνται προς τον πρωκτό από όπου και αποβάλλονται (Pearce, 1996).

Το πεπτικό σύστημα είναι εκείνο που κυρίως επηρεάζεται από την εναλλαγή των διάφορων καταστάσεων του θυμικού. Μπορούμε να πούμε ότι όσο πιο μεγάλη είναι η ευαισθησία του ατόμου και η επίδραση του πολιτιστικού περιβάλλοντος πάνω του, τόσο περισσότερο αυξημένη είναι η εξάρτηση του πεπτικού συστήματος από την ψυχική του σφαίρα και το συναισθηματικό του τόνο. Συναισθήματα όπως, ευαρέσκεια, ευθυμία, επιτυχία στις επαγγελματικές ή άλλες κοινωνικές

απασχολήσεις, αισιόδοξη διάθεση, ευχάριστη συναναστροφή κ.λ.π., συντελούν στην αύξηση της ορέξεως και διευκολύνουν την πέψη. Έντονες συγκινήσεις, όπως ο φόβος ή το άγχος, είναι δυνατό να προκαλέσουν εμετούς ή και διάρροιες (Μαλγαρινού, 2002).

Γενικά συμπτώματα

Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι άρρωστοι με νοσήματα του πεπτικού συστήματος είναι:

- Ανορεξία
- Ναυτία – έμετοι
- Αιματέμεση
- Μέλαινα Κενώδη
- Πόνος οξύς – χρόνιος
- Δυσκοιλιότητα
- Διάρροια – Τεινεσμός (Αθανάτου, 2000).

Ανατομία – Φυσιολογία του Παχέος Εντέρου

Το παχύ έντερο λανθασμένα λέγεται παχύ, γιατί το τοίχωμά του είναι λεπτό, λεπτότερο από το τοίχωμα του λεπτού εντέρου. Αντίθετα ο αυλός του είναι πολύ ευρύτερος από τον αυλό του λεπτού εντέρου. Έτσι, σωστότερα θα έπρεπε να λέγεται ευρύ έντερο, όπως πραγματικά ονομάζεται από τους Αγγλοσάξωνες (Τσακρακλίδης, 1999).

Το παχύ έντερο, που δεν έχει λάχνες, αρχίζει από το τυφλό και τελειώνει στον πρωκτό. Το μήκος του είναι 150 cm και η διάμετρός του 2,5 – 8,5 cm (Σαχίνη, 2003).

Οι ασχολούμενοι με την Ανατομία διαιρούν το παχύ έντερο σε τέσσερα μέρη: το τυφλό έντερο, το κόλον, το απευθυσμένο και τον πρωκτό. Το τυφλό έντερο και η σκωληκοειδής απόφυση που προεξέχει απ' αυτό είναι αδιέξοδοι δίοδοι με άγνωστη μέχρι σήμερα λειτουργία (Wescon, 1992).

Το λεπτό έντερο έχει ως λειτουργία να αποδομεί την τροφή σε απλά συστατικά και να τα απορροφά. Τη λειτουργία αυτή την εκτελεί τόσο πλήρως, ωστόσο στο παχύ έντερο δεν μένουν πολλά να κάνει στον τομέα αυτόν. Έτσι η επιφάνεια του Βλεννογόνου του δεν μεγεθύνεται από λάχνες. Υπάρχουν μόνο κρύπτες και βλεννογόνοι αδένες. Στο παχύ έντερο συμπυκνώνονται τα υπολείμματα της τροφής με απορρόφηση νερού. Ταυτοχρόνως προστίθεται βλέννα ώστε να γίνουν ολισθηρά ως κόπρανα. Σε φλεγμονές του παχέως εντέρου μπορεί η έκκριση βλέννας να είναι τόσο μεγάλη, ώστε να αποβάλλονται αμιγώς "Βλεννώδεις κενώσεις". Χωρίς την πρόσληψη τροφής παράγονται "κόπρανα" από βλέννα και απορρίπτονται εντερικά κύτταρα (Lippure, 1993).

Το τυφλό έντερο και η Σκωληκοειδής Απόφυση

Το τυφλό ευρίσκεται στην δεξιά λαγόνια περιοχή στηριζόμενο πάνω στο λαγονοψοΐτη μυ. Το τυφλό συνήθως περιβάλλεται από περιτόναιο και κρέμεται από μια περιτοναϊκή πτυχή που λέγεται μεδότυφλο. Στο τυφλό εισφύεται ο ειλεός και σχηματίζεται η ειλεοκολπική βαλβίδα. Στη θέση αυτή το τοίχωμα του τυφλού πτυχώνεται προς τα μέσα και το στόμιό της εμφανίζεται σαν σχισμή μπροστά από τη μεσοκολπική ταινία. Η σχισμή παρουσιάζει άνω και κάτω χείλος. Τα χείλη ενώνονται και σχηματίζουν τον πρόσθιο και οπίσθιο χαλινό της βαλβίδας. Πριν την βαλβίδα ο μυϊκός χιτώνας του ειλεού παχύνεται και σχηματίζει το σφιγκτήρα του ειλεού. Η ειλεοκολπική βαλβίδα αποτρέπει την παλινδρόμηση του περιεχομένου του Παχέως εντέρου προς το λεπτό, εμποδίζοντας έτσι την είσοδο μικροβίων που φυσιολογικά υπάρχουν στο κόλο (Pearce, 1995).

Η σκωληκοειδής απόφυση έχει τοίχωμα πλούσιο σε λεμφικό ιστό, επομένως συγγενεύει με τις αμυγδαλές και έχει επίσης ονομαστεί "εντερική αμυγδαλή". Λεμφικός ιστός υπάρχει σ' όλα τα τμήματα του εντέρου, είναι όμως ιδιαίτερα πλούσιος στη σκωληκοειδή απόφυση. Ως αμυντικό όργανο η σκωληκοειδής απόφυση μπορεί να ηττηθεί από τους εισβολείς, τα μικρόβια (Lippure, 1993).

Τα γεγονότα που αφορούν τη σκωληκοειδή απόφυση, αναιρούν ότι αναιρούν το ένα το άλλο. Από μια πλευρά φαίνεται ότι η φύση την έχει προσαρμόσει για να ενεργεί σαν φύλακας – άγγελος για τις λοιμώξεις στο κάτω άκρο των εντέρων. Όπως οι αμυγδαλές και οι αδενοειδείς εκβλαστήσεις έτσι και αυτή περιέχει ένα μεγάλο

αριθμό λεμφαδένων γι' αυτό το σκοπό. Αν όμως ευερεθιστεί η σκωληκοειδής απόφυση, παρουσιάζεται μια κατάσταση που ονομάζεται σκωληκοειδίτιδα και ενδεχομένως θα πρέπει να γίνει χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεσή της (σκωληκοειδεκτομή). Από την άλλη πλευρά η σκωληκοειδής απόφυση φαίνεται ότι δεν έχει καμιά ουσιαστική σημασία για την υγεία, αφού μπορεί να αφαιρεθεί από την παιδική ηλικία χωρίς να υπάρξουν επιπτώσεις (Wescon, 1992).

Το ανιόν, εγκάρσιο και κατιόν κόλον

Το παχύ έντερο χωρίζεται σε ανιόν, εγκάρσιο και κατιόν τμήμα. Το ανιόν τμήμα συνδέει το τυφλό έντερο στο επίπεδο της ειλεοτυφλικής βαλβίδας και συνεχίζεται προς τα πάνω δεξιά από την κοιλία στην ηπατική καμπή. Γενικά είναι λίγο μεγαλύτερο σε διάμετρο από το κατιόν τμήμα. Η άνω δεξιά γωνία ηπατική καμπή βρίσκεται μπροστά από το δεξιό νεφρό και πίσω από τον δεξιό λοβό του ήπατος. Η εγκάρσια μεριά αρχίζει στην ηπατική καμπή και εκτείνεται με κυκλική κίνηση σ' όλη την κοιλιακή κοιλότητα μέχρι το σημείο κάτω από τον σπλήνα, την σπληνική καμπή. Το κεντρικό τμήμα βρίσκεται στο μεσεντέριο αλλά μπορεί να κινηθεί ελεύθερα. Και η ηπατική και η σπληνική καμπή σταθερά βρίσκονται στο πίσω μέρος του κοιλιακού τοιχώματος με την σπληνική πρόσδεση ελαφρώς υψηλότερα (Keir, 1996).

Το κατιόν τμήμα αρχίζει στην σπληνική καμπή και εκτείνεται προς τα κάτω στην αριστερή πλευρά της κοιλίας μέχρι που φτάνει στην άκρη της πυελικής κοιλότητας. Αυτό το τμήμα είναι κάπως μικρότερο σε διάμετρο. Βρίσκεται σταθερά στο κοιλιακό οπίσθιο τοίχωμα για να διατηρεί την θέση του.

Αφού το παχύ έντερο μπει στην πυελική κοιλότητα κάνει δύο κάμψεις σε σχήμα S και ονομάζεται σιγμοειδές τμήμα του κόλου. Το σιγμοειδές τμήμα εκτείνεται από τη λαγόνια ακρολοφία προς τα πάνω και πίσω και συνδέεται με το απευθυσμένο (Hole, 1993).

Το απευθυσμένο

Υπάρχει μεγάλη σύγχυση στον κόσμο γύρω από την διαφορά του απευθυσμένου και του πρωκτού. Ο πρωκτός απλώς είναι ο μικρός και στενός σωλήνας που περιβάλλεται από ένα μυώδη δακτύλιο που ενώνει το απευθυσμένο το χαμηλότερο τμήμα του παχέως εντέρου με το έξω. Η κύρια λειτουργία του πρωκτού είναι η συγκράτηση των κοπράνων, ενώ το απευθυσμένο λειτουργεί ως ταμιευτήρας

κοπράνων. Όταν ο πρωκτός και το απευθυσμένο λειτουργούν φυσιολογικά κάθε άτομο μπορεί να συγκρατηθεί και να μην πάει στην τουαλέτα αμέσως μόλις νιώσει την ανάγκη (Wescon, 1992).

Το απευθυσμένο έχει αποθηκευτική λειτουργία όπως ο στόμαχος. Συγκρατεί τα κόπρανα ώστε να μην αποβάλλονται συνεχώς σε μικρότερες ποσότητες, αλλά γενικά μια φορά την ημέρα. Άλλο κοινό με τον στόμαχο είναι η συχνή εμφάνιση καρκίνου. Αυτό θα μπορούσε να συνδέεται με την αποθηκευτική λειτουργία: διάφορες βλαπτικές ουσίες μπορούν να επιδρούν για περισσότερο χρόνο στο βλεννογόνο του στομάχου και του απευθυσμένου, απ' ότι στα υπόλοιπα μέρη του εντέρου απ' όπου και περνούν ταχύτατα (Keir, 1996).

Η κατασκευή του απευθυσμένου είναι παρόμοια με εκείνη του κόλου, αλλά το μυϊκό στρώμα είναι πιο παχύ και η βλεννογόνος μεμβράνη είναι ταξινομημένη σε επιμήκη πτυχές που ονομάζονται "Μοργάνιοι" οι πρωκτικοί στύλοι. Αυτοί συνεχίζονται μέσα στον πρωκτικό σωλήνα όπου οι κυκλικές μυϊκές ίνες παχαίνουν για τα σχηματίζουν τον εδώ σφιγκτήρα του πρωκτού. Τα κύτταρα που καλύπτουν τον πρωκτικό σωλήνα αλλάζουν σε χαρακτήρα, πολύστιβο επιθήλιο αντικαθιστά τα κυλινδρικά κύτταρα (Pearce, 1995).

Πρωκτός

Ο πρωκτός έχει μήκος 10 εκατοστά περίπου και είναι το άνοιγμα μέσα από το οποίο απομακρύνονται οι στερεές άχρηστες ουσίες, που είναι γνωστές ως περιττώματα. Τα περιττώματα αποτελούνται συνήθως από 75% νερό και 25% στερεές ουσίες. Ένα μέρος του νερού είναι βλέννα η οποία λιπαίνει τον πεπτικό σωλήνα και διευκολύνει τη διέλευση των περιττωμάτων. Από τις στέρεες ουσίες περίπου το 1/3 είναι βακτηρίδια, ένα άλλο τρίτο είναι μη χωνεμένα λίπη και πρωτεΐνες και ένα άλλο τρίτο είναι η κυτταρίνη, το μέρος των φυτικών τροφών που δεν χωνεύεται. Η μυρωδιά των περιττωμάτων οφείλεται κυρίως στην δράση των βακτηρίων (Wescon, 1992).

Λειτουργίες του παχέως εντέρου

Το παχύ έντερο δεν λαμβάνει μέρος στην πέψη ή απορρόφηση των τροφών. Όταν το περιεχόμενο του λεπτού εντέρου φθάσει στο τυφλό όλα τα θρεπτικά στοιχεία έχουν ήδη απορροφηθεί, και το περιεχόμενο είναι υγρό. Ενώ περνά μέσα στο κόλο το νερό απορροφάται και το περιεχόμενο, τα κόπρανα έχουν μια ημιστερεά σύνθεση. Η περισταλδή είναι πολύ σιγανή στο κόλο. Χρειάζονται περίπου 16 με 24 ώρες για το περιεχόμενο να φθάσει στη σιγμοειδή καμπή (Αθανάτου, 2000).

Οι λειτουργίες του κόλου μπορεί να συνοψισθούν ως ακόλουθες:

- 1) Την απορρόφηση του νερού, αλάτων και γλυκόζης.
- 2) Την έκκριση της βλεννίνης από τους αδένες του εδώ στρώματος.
- 3) Την ετοιμασία της κελλουλόζης, που είναι ένας υδατάνθρακας που βρίσκεται στα φυτά, φρούτα και πράσινα λαχανικά και οποιαδήποτε αχώνευτη πρωτεΐνη ετοιμάζεται με βακτηριακή δράση για αφόδευση (Pearce, 1995).

Αφόδευση

Ο πρωκτός φυσιολογικά είναι κενός λίγο πριν την αφόδευση. Σε ένα άτομο με τακτικές συνήθειες η αίσθηση για αφόδευση συμβαίνει περίπου την ίδια ώρα κάθε μέρα. Αυτή δημιουργείται από την γαστροκολική αντανάκλαση που συνήθως λειτουργεί μετά το πρόγευμα (Keir, 1996).

Καθώς τα περιττώματα πλησιάζουν στο τέλος του ταξιδιού τους στο εσωτερικό των εντέρων, σκληραίνουν όλο και περισσότερο αφού τα υγρά που περιέχουν απορροφώνται από στο σώμα, ενώ οι στερεές ουσίες ωθούνται προς το απευθυσμένο. Στο τέλος του πρωκτού υπάρχουν δύο μυώδεις δακτύλιοι γνωστοί ως εσωτερικός και εξωτερικός σφιγκτήρας. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες οι δύο σφιγκτήρες κρατούν τον πρωκτό κλειστό, αλλά κατά τη διάρκεια της κένωσης – της απομάκρυνσης των περιττωμάτων από τον πρωκτό χαλαρώνουν για να διευκολύνουν την διέλευσή τους (Wescon, 1992).

Ο εσωτερικός σφιγκτήρας (ο οποίος ελέγχεται από το ΑΝΣ) λειτουργεί ως εξής: όταν αισθανθεί την παρουσία των περιττωμάτων χαλαρώνει, δίνοντάς τους την ευκαιρία να μπουν στον πρωκτό.

Ενώ **ο εξωτερικός σφιγκτήρας** κρατιέται σκόπιμα κλειστός (αυτή τη συνήθεια την αποκτάμε στα νηπιακά μας χρόνια μέχρι να βρεθεί η κατάλληλη ευκαιρία για να γίνει η κένωση του εντέρου. Για τη διευκόλυνση της διέλευσης των

περιττωμάτων από τον πρωκτό, ο ιστός που καλύπτει τον πρωκτικό σωλήνα εκκρίνει μια βλέννα (Τσακρακλίδης, 1995).

Έλεγχος κινητικότητας του παχέως εντέρου

Την κινητικότητα του παχέως εντέρου μπορεί να την ελέγξουμε χρησιμοποιώντας:

Μυοπλεκτρική καταγραφή

Η μέθοδος αυτή μετράει τα βραδέα κύματα και δυναμικά αιχμής που ελέγχουν την δραστηριότητα σύσπασης του παχέως εντέρου.

- α) Βραδύ κύμα καλείται η κυκλική εκπόλωση της κυτταρικής μεμβράνης του λείου μυός του γαστρεντερικού. Βραδέα κύματα καταγράφονται σ' όλο το γαστρεντερικό σωλήνα από τον οισοφάγο.
- β) Δυναμικό αιχμής καλείται η ταχεία υψηλού εύρους εκπόλωση της κυτταρικής μεμβράνης του λείου μυός του γαστρεντερικού. Τα δυναμικά αιχμής προκαλούν τη συστολή του λείου μυός.

Η μυοπλεκτρική δραστηριότητα του εντέρου που περιγράφηκε μπορεί να καταγραφεί σ' άτομα φυσιολογικά ή με διαταραχές της κινητικότητας του παχέως εντέρου.

Μανομετρικό έλεγχο

- Καταγραφή των ενδοαυλικών πιέσεων του παχέως εντέρου. Η βασική ενδοαυλική πίεση είναι συνάρτηση της διαμέτρου του παχέως εντέρου και είναι 3 – 5 mmHg πάνω από την ατμοσφαιρική πίεση.
- Καταγραφή των πιέσεων των έσω και έξω σφιγκτήρων του πρωκτού (Μουτσόπουλος).

Νοσήματα του Παχέως Εντέρου

1. Ευερέθιστο παχύ έντερο

Το σύνδρομο αυτό είναι πιθανότατα η πιο δυνατή διαταραχή του γαστρεντερικού συστήματος στις προηγμένες χώρες. Μαζί με το κοινό κρυολόγημα διεκδικούν την πρώτη θέση σαν αιτία απουσίας από την εργασία στις βιομηχανικές χώρες.

Πρόκειται για λειτουργική ανωμαλία της κινητικότητας του παχέως εντέρου που έχει σχέση με ψυχικούς παράγοντες. Ο όρος σπαστική ή βλεννώδης κολίτιδα πρέπει να καταργηθεί γιατί δεν πρόκειται για φλεγμονή.

Κλινικά συμπτώματα

- α) Κοιλιακά κωλικοειδή άλγη
- β) Αίσθημα διάτασης της κοιλίας και μετεωρισμός
- γ) Εναλλαγές διάρροιας δυσκοιλιότητας
- δ) Ανώδυνη διάρροια (Γαρδίκας, 2005).

2. Ελκώδης κολίτιδα

Κολίτιδα ή φλεγμονή του κόλου. Ελκώδης κολίτιδα χαρακτηρίζεται από εκτεταμένη ελκώδης και διαστολή του κόλου, με την αφόδευση, υδατώδη, βρομερά κόπρανα που περιέχουν αίμα και βλέννα. Ένας ασθενής μπορεί να είναι σοβαρά άρρωστος και άτομο με ανικανότητα για χρόνια, χωρίς να ανταποκρίνεται σε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία και μπορεί να θεωρηθεί αναγκαία η κολεκτομή (Wescon, 1992).

3. Εκκολπώματα του παχέως εντέρου

Εμφανίζονται συνήθως σε άτομα άνω των 50 ετών και εντοπίζονται περισσότερο στο κατιόν και το σιγμοειδές. Το παχύ έντερο είναι η συχνότερη εντόπιση εκκολπωμάτων στο πεπτικό σύστημα. Από υφής τα εκκολπώματα του παχέως εντέρου είναι ψευδή, δηλαδή αποτελούν κήλη του βλεννογόνου διαμέτρου του μυϊκού χιτώνα στο σημείο εισόδου των μεσεντέρων αγγείων (Γαρδίκας, 2005).

Ο όρος εκκολπωματική νόσος του παχέως εντέρου συμπεριλαμβάνει 3 αλληλοκαλυπτόμενες κλινικές ποικιλίες σχηματίζονται και επιπλοκών της εκκολπωμάτωσης:

- A) Προεκκολπωματική νόσος, όπου υπάρχει η υποκειμενική παθογενετική διαταραχή.
- B) Εκκολπωμάτωση, παρουσία εκκολπωμάτων στο παχύ έντερο.
- Γ) Εκκολπωματίτιδα, είναι η επιπλοκή της εκκολπωμάτωσης που προκαλείται από διάτρηση κάποιου εκκολπώματος που φλεγμαίνει.

Κλινικά συμπτώματα

- Οξύ άλγος στο κατίον και το σιγμοειδές.
- Τοπική σύσπαση και ευαισθησία.
- Πυρετός
- Διάρροια ή δυσκοιλιότητα (Μουτσόπουλος)

4. Νόσος του Crohn

Η νόσος του Crohn είναι υποξία, χρόνια φλεγμονή του γαστρεντερικού σωλήνα, από το στόμα μέχρι τον πρωκτό. Πιο συχνά όμως προσβάλλει τον τελικό ειλεό, το παχύ έντερο και την ορθοπροκτική περιοχή. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πυρετό, διάρροια κολικοειδές κοιλιακό άλγος και απώλεια βάρους. Επίσης στα παιδιά υπάρχει καθυστέρηση της ανάπτυξης (Keir, 1996).

5. Νόσος HIRSCHSPRUNG (συγγενές megacolon)

Τον όρο της νόσου HIRSCHSPRUNG τον συναντάμε στις περιπτώσεις που υπάρχει απόφραξη του παχέως εντέρου, λόγω ελάτωσης των περισταλτικών κινήσεων σε τμήμα του, συνήθως στην περιοχή του ορθού που ακολουθείται από μεγάλη διαταραχή του παχέως εντέρου πάνω από την περιοχή της απόφραξης. Η νόσος οφείλεται σε συγγενή έλλειψη των μεσεντερικών γαγγλιακών κυττάρων σχεδόν πάντοτε στο ορθό και το σιγμοειδές.

Κλινικά συμπτώματα

- Έντονη δυσκοιλιότητα
- Ελαττωμένη όρεξη
- Κοιλιά διατεταμένη
- Ελλιπής ανάπτυξη

(Γαρδίκας, 2005)

Μικροβιακή χλωρίδα του παχέως εντέρου

Από όλα τα τμήματα του σώματος που έχουν μικροβιακή χλωρίδα το παχύ έντερο έχει το μεγαλύτερο αριθμό των μικροβίων. Έχει υπολογισθεί ότι ένα γραμμάριο κοπράνων περιέχει 10 μικρόβια. Κύριος εκπρόσωπος της χλωρίδας του παχέως εντέρου είναι τα αναερόβια μικρόβια και ακολουθούν τα Gram αρνητικά και Gram θετικά αερόβια μικρόβια (Μουτσόπουλος).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

Τι είναι ο καρκίνος του παχέως εντέρου

Το κόλον και το ορθόν είναι μέρη του παχέως εντέρου. Η χωνευμένη τροφή που διασπάται στο λεπτό έντερο περνά στο παχύ έντερο, ένα μυϊκό σωλήνα μήκους περίπου πέντε ποδιών. Το παχύ έντερο απορροφά ύδωρ και μεταλλικά θρεπτικά συστατικά από την τροφή και αποθηκεύει τα περιττά συστατικά που ονομάζονται κόπρανα και αποβάλλονται από το σώμα. Τα πρώτα 4 ½ πόδια περίπου του παχέως εντέρου. Οι καρκίνοι του παχέως εντέρου – ορθού είναι συμπαγείς όγκοι που ξεκινούν από την εσωτερική στιβάδα του εντέρου και μπορεί να αυξηθούν και να διεισδύσουν σε ορισμένες από τις επόμενες στιβάδες ή και σε όλες (www. Roche.gr).

Ταξινόμηση του καρκίνου παχέως εντέρου

- Διακρίνονται 5 μορφές:
- 1) Αδενοκαρκίνωμα
 - 2) Κακοήθες λέμφωμα
 - 3) Λειομυοσάρκωμα
 - 4) Καρκινοειδές
 - 5) Αδενοακάνθωμα (Πετρίδης, 2004)

Εντόπιση της νόσου

Άνω του 1/3 των καρκινωμάτων του παχέως εντέρου εντοπίζεται στο ορθό. Οι υπόλοιποι σχεδόν το μισό αναπτύσσεται το σιγμοειδές ενώ το άλλο μισό κατανέμεται στις υπόλοιπες μοίρες του (Κάσος, 1996).

Πως διασπείρεται ο καρκίνος του παχέως εντέρου

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου εξαπλώνεται άμεσα από το βλεννογόνο διαμέσου του μυϊκού τοιχώματος του εντέρου σε γειτονικούς ιστούς. Ο όγκος μπορεί να δώσει μεταστάσεις μέσω του λεμφικού συστήματος στους γειτονικούς λεμφαδένες, στο ήπαρ μέσω της πυλιαίας φλέβας και λιγότερο συχνά αιματογενώς στα οστά ή στους πνεύμονες (Pollinger, 1992).

Συχνότητα του καρκίνου του παχέως εντέρου

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου αποτελεί τον 4^ο πιο συχνό καρκίνο σε άνδρες και γυναίκες, αλλά και τη 2^η αιτία θανάτου από καρκίνο στις αναπτυγμένες χώρες. Σε όλο τον κόσμο υπολογίζεται ότι κοστίζει ετησίως τη ζωή σε περισσότερους από 650.000 ανθρώπους, με την πλειονότητα των θανάτων να καταγράφονται στη Δύση (Νέα, 2007).

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου είναι πολύ συχνότερος στη Δ. Ευρώπη και στη Β. Αμερική απ' ό,τι στην Ελλάδα, φαίνεται όμως ότι αυξάνεται και στη χώρα μας με γρήγορο ρυθμό (Τριχόπουλος, 1986).

Εντούτοις είναι ο συχνότερος καρκίνος στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πρόκειται για καρκίνο που είναι συχνότερος και από αυτόν του πνεύμονα ή του μαστού. Για παράδειγμα, το 2000 καταγράφηκαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση 304.687 ασθενείς με καρκίνο του παχέως εντέρου και 301.090 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Σχεδόν στις 9 από τις 10 περιπτώσεις ο καρκίνος του προέρχεται από πολύποδες. Οι πολύποδες αρχικά είναι καλοήθεις. Είναι πιθανόν όμως να εξελιχθούν σε καρκίνο καθώς αυξάνεται το μέγεθός τους. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι το 35 – 40% των ατόμων ηλικίας άνω των 45 ετών, δηλαδή περίπου 2 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν έναν ή περισσότερους πολύποδες στο παχύ έντερο. Στις αναπτυγμένες χώρες, ο κίνδυνος ενός ενήλικα να αναπτύξει καρκίνο του παχέως εντέρου είναι 6% ή 1 στους 18. Το 90% των περιπτώσεων παρουσιάζονται σε ηλικίες άνω των 50 και λίγο συχνότερα σε άνδρες (www.iatronet.gr).

Όταν ο καρκίνος του κόλου εντέρου και του ορθού, εντοπισθεί σε αρχικό στάδιο, ιάται σε ποσοστό άνω του 90% αλλά δυστυχώς μόνο το ένα στα δύο κρουσμάτα ανιχνεύονται τόσο νωρίς. Ειδικά όταν έχει εξαπλωθεί σ' άλλα όργανα του σώματος, τα ποσοστά ίασεως μειώνονται κατακόρυφα στο 10%. Η επιβίωση των πασχόντων από προχωρημένο καρκίνο του παχέως εντέρου διπλασιάστηκε τα τελευταία χρόνια, χάρη στη βελτίωση των θεραπειών που χορηγούνται στους ασθενείς. Έτσι, ενώ ως πρότινος ο μέσος όρος της επιβίωσης ήταν 12 μήνες, τώρα πια έχει γίνει 24 μήνες και με τις νεώτερες αγωγές που συνιστώνται ελπίζει ότι θα αυξηθεί ακόμα περισσότερο (Νέα, 2007).

Το θετικό στοιχείο για τον καρκίνο του παχέως εντέρου είναι ότι μπορεί να προληφθεί, αλλά και να θεραπευθεί οριστικά αν γίνει έγκαιρη διάγνωση. Δυστυχώς,

όμως, πολλοί ασθενείς καθυστερούν να πάνε στο γιατρό με αποτέλεσμα να χάνεται πολύτιμος χρόνος και ο καρκίνος να μην είναι πλέον ιάσιμος (Εθνος, 2001).

Σταδιοποίηση

Το στάδιο του καρκίνου του παχέως εντέρου περιγράφει το αν ο καρκίνος παραμένει μέσα στο έντερο ή έχει εξαπλωθεί σ' άλλα σημεία. Όπως με όλους τους καρκίνους, η αρμόζουσα θεραπεία επιλέγεται μόνο όταν προσδιοριστεί το στάδιο του καρκίνου (Dollinger, 1992).

Σε στάδιο κατά Dukes

Στάδιο A: Ο όγκος περιορίζεται μόνο μέσα στο εντερικό τοίχωμα. Μετά τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου, 80% των αρρώστων ζουν πάνω από 5 χρόνια.

Στάδιο B: Ο όγκος επεκτείνεται στο όργανο χιτώνα, αλλά δεν φτάνει στους κοντινούς λεμφαδένες. Μετά την χειρουργική αφαίρεση του όγκου, 50% των αρρώστων ξεπερνούν την 5ετία.

Στάδιο C₁: Ο όγκος έχει διεισδύσει και στους γειτονικούς λεμφαδένες. Εδώ μόνο 30% έχει 5ετή επιβίωση.

Στάδιο C₂: Έχει γίνει και μετάσταση σε μακρινούς λεμφαδένες. Η πιθανότητα να επιβιώσει για 5 τουλάχιστον χρόνια είναι μικρότερη από 10% ανάλογα με τον αριθμό και τη θέση των μεταστάσεων (www. Roche.gr).

Σε στάδιο κατά TNM

Στάδιο 0

TNM Tis

Πρόκειται για πολύ πρώιμο καρκίνο που δεν επεκτείνεται πέρα από τη βασική μεμβράνη της 1^{ης} στιβάδας του εντερικού ιστού.

TNM T₁₋₂ Στάδιο I (A,B κατά Dukes)

Ο καρκίνος περιορίζεται στο βλεννογόνο ή στο μυϊκό τοίχωμα του κόλου και δεν έχει εξαπλωθεί ακόμη αλλού.

Στάδιο II (B κατά Dukes) TNM T3-4

Ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στο μυϊκό τοίχωμα του εντέρου ή στα παρακείμενα όργανα αλλά όχι στους λεμφαδένες. Οι όγκοι επεκτείνονται δια του τοιχώματος του εντέρου.

Στάδιο III (C_{1,2} κατά Dukes) TNM οποιοδήποτε T

Οι όγκοι έχουν εξαπλωθεί έξω από το έντερο σε έναν ή περισσότερους γειτονικούς λεμφαδένες. Οι όγκοι C₁ κατά Dukes περιβάλλονται από τοίχωμα του εντέρου, οι όγκοι C₂ διαπερνούν το τοίχωμα και διηθούν παρακείμενους ιστούς.

Στάδιο IV TNM οποιοδήποτε

Ο καρκίνος έχει επεκταθεί πέρα από το κόλον – ορθό σε απομακρυσμένα σημεία ή όργανα, πιθανώς στο ήπαρ ή τους πνεύμονες (Dollinger, 1992).

Πρόληψη

Η πρόληψη είναι ιδιαίτερα επιθυμητή σε ασθενείς όπως ο καρκίνος. Ο καρκίνος μπορεί να μεταβάλλει δραματικά τη ζωή του ανθρώπου, να προκαλέσει σοβαρή αναπηρία, να είναι επώδυνος, δαπανηρός στη θεραπεία και στις μισές περιπτώσεις θανατηφόρος.

Ο γενικός αρχίατρος των Η.Π.Α. και το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας πρότειναν ένα πρόγραμμα γνωστό με το όνομα «Στόχος του έτους 2000». Σκοπός του είναι να μειωθούν οι θάνατοι από καρκίνο κατά 50% ως το τέλος του αιώνα μας, σώζοντας έτσι 230.000 ζωές κάθε χρόνο. Το πρόγραμμα επικεντρώνεται σε θεραπευτικές αγωγές της τελευταίας λέξης της επιστήμης, στην έγκαιρη διάγνωση, τον μαζικό πληθυσμιακό έλεγχο και την πρόληψη. Βραχυπρόθεσμα αναμένεται ότι η μεγαλύτερη αξιοποίηση των πιο πρόσφατων θεραπευτικών μεθόδων θα επιφέρει και τη μεγαλύτερη μείωση του αριθμού των θανάτων. Όμως ο ομαδικός έλεγχος και η πρόληψη θα σώζουν ζωές (www.myworld.gr).

Κατά την πρόληψη έχουμε 2 στόχους:

- Να διασφαλίσουμε ότι δεν θα αναπτυχθεί ποτέ καρκίνος.
- Να τον ανακαλύψουμε όταν βρίσκεται ακόμα στο πιο ιάσιμο στάδιο, δηλαδή πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα (Dollinger, 1992).

Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου παχέως εντέρου

Η αιτιολογία του καρκίνου του παχέως εντέρου είναι άγνωστοι. Διάφοροι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί, χωρίς ωστόσο να έχει καθοριστεί με βεβαιότητα το αίτιο. Όπως προκύπτει από τα υπάρχοντα δεδομένα ο καρκίνος του παχέως εντέρου δημιουργείται μέσω μιας πολυσταδιακής διαδικασίας, όπου ευθύνονται γεγενετικοί, περιβαλλοντικοί αλλά και διατροφικοί παράγοντες (Πετρίδης, 2004).

Ηλικία

Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου αυξάνει με την ηλικία. Παρά το ότι σπάνια παρουσιάζεται και σε νέα άτομα, 9 στους 10 πάσχοντες είναι άνω των 50 ετών (www.iatronet.gr).

Διατροφή

Οι διατροφικές συνήθειες αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους περιβαλλοντικούς παράγοντες που έχουν μελετηθεί με τον καρκίνο του παχέως εντέρου. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης είναι χαμηλότερος στους πληθυσμούς με αυξημένη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών και ότι ο κίνδυνος αυτός μεταβάλλεται με την αλλαγή της διαίτας. Παραμένει ωστόσο αδιευκρίνιστο αν ένα συγκεκριμένο στοιχείο της τροφής, ή ο τρόπος μαγειρέματος ή κάποια φυτοχημική παρέμβαση ευθύνεται για αυτήν την σχέση. Πιθανόν, όχι μόνο η ποσότητα, αλλά και ο τύπος των φυτικών ινών να έχει σημασία στην πρόληψη του καρκίνου. Συσχετική με την εμφάνιση της νόσου φαίνεται να υπάρχει και με την κατανάλωση του κόκκινου κρέατος και ενδεχομένως του ποσοστού ζωϊκού λίπους στο σύνολο των ημερησίων θερμίδων. Αντίθετα, τα πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα έλαια και το ελαιόλαδο πιστεύεται ότι ασκούν προστατευτική δράση στην εμφάνιση της νόσου (www.medicum.gr).

Συμπληρώματα διατροφής όπως οι βιταμίνες A, C, E, και B καροτίνη, δεν φαίνεται ότι ασκούν προστατευτική δράση. Η λήψη φυλλικού οξέως, μειώνει την εμφάνιση καρκίνου και πολυπόδων του παχέως εντέρου. Το ασβέστιο, το σελήνιο, καθώς και η βιταμίνη -D φαίνεται ότι ασκούν προστατευτική δράση (www.eligast.gr).

Κάπνισμα

Οι καπνιστές φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέως εντέρου και κυρίως καρκίνου του ορθού. Ο κίνδυνος αυτός εξαφανίζεται από την διάρκεια και την ποσότητα του καπνίσματος και γίνεται ορατός μετά από 30 – 40 χρόνια χρήσης, ενώ φαίνεται να ελαττώνεται με τη διακοπή του καπνίσματος. Την ίδια επιβάρυνση φαίνεται να έχει και το κάπνισμα καπνού με την μορφή πίπας και πούρου. Μελέτες υποστηρίζουν ότι το κάπνισμα μπορεί να λειτουργεί σαν παράγοντας έναρξης της νεοπλασματικής εκτροπής στον καρκίνο του παχέως εντέρου. Δεδομένων δε και των άλλων βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος, η διακοπή του θεωρείται ούτως ή άλλως ωφέλιμη (www.iator.gr).

Φαρμακευτικές ουσίες

Κλινικές μελέτες των τελευταίων ετών επιβεβαιώνουν τον προστατευτικό ρόλο της ασπιρίνης και των αντιρρευματικών φαρμάκων όσον αφορά στην πρόληψη εμφάνισης καρκίνου και πολυπόδων του παχέως εντέρου. Τα φάρμακα αυτά όμως μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές παρενέργειες και αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν συστήνεται η λήψη ασπιρίνης ως προφυλακτικής ουσίας για τον καρκίνο του παχέως εντέρου (www.medicum.gr).

Παχυσαρκία και σωματική άσκηση

Η παχυσαρκία ευνοεί την εμφάνιση καρκίνου του παχέως εντέρου, καθώς και η απουσία σωματικής άσκησης. Επομένως ένα απλό προληπτικό μέτρο είναι η προσπάθεια μείωσης του σωματικού βάρους και η υιοθέτηση συστηματικής σωματικής άσκησης (www.eligast.gr).

Κατανάλωση καφέ και οινοπνεύματος

Η κατανάλωση καφέ που στο παρελθόν είχε θεωρηθεί ότι προστατεύει από την εμφάνιση καρκίνου του παχέως εντέρου σήμερα θεωρείται ότι ούτε προστατεύει ούτε προδιαθέτει σε εμφάνιση του καρκίνου του παχέως εντέρου.

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να συνδέουν την εμφάνιση του καρκίνου του παχέως εντέρου με την κατανάλωση οινοπνεύματος (www.medicum.gr).

Πολύποδες

Είναι καλοήθεις εξεργασίες στον αυλό του παχέως εντέρου και είναι αρκετά συχνοί σε ηλικίες άνω των 50. Κάποιοι τύποι πολύποδων ενέχουν κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Σε μια σπάνια κληρονομική νόσο, την οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση παρουσιάζονται εκατοντάδες πολύποδες στο παχύ έντερο εμφανίζονται στην εφηβία και σχεδόν σίγουρα εξελίσσονται σε καρκίνο μεταξύ 30 και 50 ετών (www.iatronet.gr).

Βεβαρημένο προσωπικό ιστορικό

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι γυναίκες με ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών, μήτρας ή μαστού έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του παχέως εντέρου. Επίσης ασθενής που ήδη παρουσιάζει πολύποδες ή καρκίνο μπορεί να ξαναεμφανιστεί. Τέλος η ελκώδης κολίτιδα ενέχει μεγάλο κίνδυνο να επιπλακεί με καρκίνο. Η σπαστική κολίτιδα δεν έχει τέτοιο κίνδυνο (www.eligast.gr).

Οικογενειακό ιστορικό

Άτομα με οικογενειακό ιστορικό πολλαπλών αδενοματωειδών πολύποδων μετά την ηλικία των 10 ετών (οικογενής πολυποδίαση) (www.iator.gr).

Κληρονομικότητα

Παρά τις μεγάλες προόδους της γενετικής, δεν έχει αποσαφηνιστεί ακόμα η σχέση των γονιδίων μας με την εμφάνιση καρκίνου. Εκτιμάται ότι 5 – 10% των περισσότερων τύπου καρκίνου οφείλονται μεμονωμένες μεταλλάξεις γονιδίων που αφορούν οικογένειες. Έτσι, για τον καρκίνο του παχέως εντέρου, καρκίνος σε γονέα ή αδερφό σημαίνει 1,7 φορές αυξημένη πιθανότητα, ενώ 2 γονείς ή αδέρφια σημαίνει 3πλάσια πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου (www.iatronet.gr).

Άτομα που καταναλώνουν πολλά ψητά στα κάρβουνα.

Εργάτες αμιάντου και κόλλας.

Εβραίοι της Ευρώπης (Ασκενάζιοι) (www.eligast.gr).

Το να έχει κανείς έναν ή περισσότερους από τους παραπάνω προδιαθετικούς παράγοντες κινδύνου δεν σημαίνει ότι θα αναπτύξει καρκίνο. Έχει όμως περισσότερες πιθανότητες, και πρέπει να είναι περισσότερο ευαίσθητοποιημένος στα

θέματα πρόληψης. Μιλώντας με ειδικό γιατρό για αυτά τα θέματα είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί τακτικό checkup και να διαγνωσθεί και να θεραπευτεί έγκαιρα οποιαδήποτε ανωμαλία (www.iatronet.gr).

Πληθυσμιακός έλεγχος

Επειδή αυτό το είδος καρκίνου έχει υψηλό ποσοστό ίασης στα αρχικά του στάδια, συνιστώνται αρκετές τεχνικές για την έγκαιρη ανακάλυψή του. Οι τεχνικές αφορούν τον γενικό πληθυσμό, αλλά συνιστώνται ιδιαίτερα σ' άτομα που έχουν συγγενείς 1^{ου} βαθμού με καρκίνο παχέως εντέρου (Dollinger, 1992).

- 1) Η δακτυλική εξέταση του ορθού πρέπει να πραγματοποιηθεί ετησίως ως έλεγχος ρουτίνας για άτομα άνω των 40 ετών.
- 2) Ετησίως έλεγχος κοπράνων για λανθάνουσα απώλεια αίματος μετά την ηλικία των 50 ετών.
- 3) Ορθοσιγμοειδοσκόπηση με εύκαμπτο ενδοσκόπιο κάθε 5 έτη μετά την ηλικία των 50 ετών.
- 4) Βαριούχος υποκλυσμός για άτομα ηλικίας 50 ετών ή ολική κολοσκόπηση κάθε 10 χρόνια (www.medtime.gr).

Ο έλεγχος ρουτίνας του γενικού πληθυσμού είναι ακριβός, αλλά αποτελεσματικός. Η ανακάλυψη του καρκίνου του παχέως εντέρου, προτού εξαπλωθεί σε ιστούς και λεμφαδένες, θα βελτιώσει το ποσοστό ίασης. Το ποσοστό θανάτου στην Αμερική έπεσε κατά 5,5% για το συγκεκριμένο είδος καρκίνου από το 1973 ως το 1985, εντούτοις πεθαίνουν 60.000 άτομα το χρόνο (Dollinger, 1992).

Κλινική εικόνα

Η νόσος είναι συχνά ασυμπτωματική. Όταν υπάρχουν συμπτώματα μπορεί να είναι ασαφής. Για παράδειγμα μια αλλαγή στην κινητικότητα του εντέρου μπορεί να μην προκαλέσουν την προσοχή του ασθενούς ή να αποδοθούν σε διαιτητικές αλλαγές (www.wyeth.gr).

Η κλινική εικόνα είναι ανάλογη με την θέση του νεοπλάσματος. Το καρκίνωμα στο αριστερό τμήμα, προκαλεί φαινόμενα απόφραξης γιατί ο αυλός είναι στενότερος.

Εκδηλώνεται με:

- 1) Δυσκοιλιότητα
- 2) Αίσθημα ατελούς κένωσης του εντέρου κατά την αφόδευση
- 3) Πόνους με την μορφή κολικών
- 4) Έντονους κοιλιακούς πόνους
- 5) Διάταση κοιλίας
- 6) Άλλοτε εναλλάσσεται η δυσκοιλιότητα με τη διάρροια, επειδή κατά καιρούς νεκρώνεται η εξελκωμένη επιφάνεια του όγκου και αποβάλλεται (www.iator.gr).

Σε καρκίνωμα που δεξιού τμήματος στενωτικά φαινόμενα είναι σπάνια. Ο ασθενής παραπονιέται για καταβολή, απώλεια βάρους και αναιμία (www.gcp.gr).

Διάγνωση

Η διάγνωση του καρκίνου του παχέως εντέρου γίνεται με τις παρακάτω μεθόδους:

- Απλός βαριούχος υποκλυσμός, απεικονίζει ανωμαλίες ή τοπικές βλάβες, όπως πολύποδες, νεοπλάσματα κ.ά. Παίρνονται ακτινογραφίες του παχέως εντέρου, μετά εισαγωγή βαρίου στο έντερο με υποκλυσμό.
- Βαριούχος υποκλυσμός με εμφύσηση. Το διάλυμα του βαρίου είναι αραιότερο. Εισάγεται με τον υποκλυσμό και ωθείται με εισαγωγή αέρα, ώστε να φθάσει σ' όλες τις πτυχές του εντέρου. Η απεικόνιση είναι λεπτομερέστερη από τον απλό βαριούχο (Αθανάτου, 2000).

- Ψηλάφηση της κοιλιάς για την αναζήτηση μάζας ή διογκωμένου ήπατος. Διογκωμένοι λεμφαδένες πάνω από την αριστερή κλείδα και στην βουβωνική περιοχή (Dollinger, 1992).
- Εξέταση γενική αίματος, και γενική ούρων. Βιοχημικές εξετάσεις, που περιλαμβάνουν ηπατικά ένζυμα, χοληστερίνη, ασβέστιο, σάκχαρο, ουρικό οξύ και σίδηρο ορού ή φερριτίνη (www.medtime.gr).
- Προσδιορισμός του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA), ενός νεοπλασματικού δείκτη του ορού που μπορεί να είναι αυξημένος σε πρωτοπαθή ή υποτροπιάζοντα καρκίνο του παχέως εντέρου (Dollinger, 1992).
- Εξέταση κοπράνων για αιμοσφαιρίνη κατά Mayer, με ή χωρίς προετοιμασία. Γίνεται σε λανθάνουσα αιμορραγία χωρίς άλλα εμφανή συμπτώματα.
- Παρασιτολογική κοπράνων. Γίνεται για ύπαρξη παρασίτων (Αθανάτου, 2000).
- Υπερηχογράφημα κοιλιάς, και αν υπάρχει ένδειξη, μέσα στον ορθό (ενδοορθικό υπερηχογράφημα). Αδυνατεί να αποδείξει αν οι διογκωμένοι λεμφαδένες περιέχουν μεταστατικό καρκίνο.
- Αξονική και μαγνητική τομογραφία κοιλιάς, με σκοπό την εντόπιση μακρινών μεταστάσεων πριν από το χειρουργείο και ακτινογραφία θώρακος για εξεύρεση πνευμονικών μεταστάσεων (Keir, 1996).
- Ραδιοαπεικονιστικές ολόσωμες τεχνικές πριν από το χειρουργείο με CYT – 103 μονοκλωνικά, ραδιοσημασμένα αντισώματα ιριδίου, μπορεί να βοηθήσουν στην ανακάλυψη αφανών μεταστάσεων στο 12% περίπου των περιπτώσεων (Dollinger, 1992).
- Πρωκτοσκόπηση. Εξέταση του κατώτερου ορθού και του πρωκτού σωλήνα μέσω ενός πρωκτοσκοπίου μήκους 0,8 cm. Εκτελείται με δακτυλική εξέταση και εξακριβώνει την κατάσταση του ορθικού σφιγκτήρα. Το πρωκτοσκόπιο επιτρέπει την ανίχνευση αιμορροϊδών πολυπόδων κ.λ.π. Ο ασθενής μπορεί να χρειαστεί υποκλυσμό σε περίπτωση που τα κόπρανα εμποδίζουν την εξέταση (Keir, 1996).
- Η κολοξοσκόπηση γίνεται από ειδικό γιατρό, με την εισαγωγή ενός εύκαμπτου σωλήνα από την έξοδο του εντέρου. Προηγείται βέβαια καθαρισμός του εντέρου με λήψη καθαρτικού, που συστήνει ο γιατρός. Με το όργανο αυτό, εάν βρεθεί μια ύποπτη βλάβη στο έντερο κατά τη διάρκεια της εξέτασης υπάρχει η δυνατότητα να ληφθεί ανώδυνα βιοψία και να σταλεί για εξέταση. Επίσης, αν βρεθεί ένας πολύποδας με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που να τον κάνουν εξαιρετικό, τότε

μπορεί να αφαιρεθεί την ίδια στιγμή ή σε δεύτερο χρόνο από τον γιατρό, που επιτελεί την εξέταση. Εάν ο καρκίνος εντοπίζεται χαμηλά στο έντερο η διάγνωση μπορεί να γίνει με την σιγμοειδοσκόπηση που μοιάζει με την κολonosκόπηση αλλά εξετάζει μόνο το τελευταίο τμήμα του εντέρου (www.eligast.gr).

- Εικονική κολonosκόπηση. Πρόκειται για νέα μέθοδο με την οποία ελέγχεται το παχύ έντερο. Γίνεται με την βοήθεια του αξονικού τομογράφου. Με ειδικό πρόγραμμα το μηχάνημα ανασυνθέτει τις διαδιάστατες εικόνες και τις μετατρέπει σε τρισδιάστατες. Ο αυλός του εντέρου μετατρέπεται σε πραγματικό tunnel και ο όγκος διαγράφεται καθαρότητα (www.medicum.gr).
- Γίνεται κυστεοσκόπηση για έρευνα της ουροδόχου κύστης και ενδοφλέβια πυελογραφία αν υπάρχει μάζα στον ορθό (www.medtime.gr).
- Τέλος ένας άλλος τρόπος διάγνωσης είναι η PET/CT. Στην ογκολογία η PET/CT προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες κυρίως στα εξής:
 - Στη διάγνωση της νόσου
 - Στη σταδιοποίηση και την επανασταδιοποίηση
 - Στη διερεύνηση νεοπλασματος αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας
 - Στην εκτίμηση του βαθμού κακοήθειας του νεοπλασματος
 - Στην ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή
 - Στην επιλογή της καταλληλότερης θέσης για βιοψία
 - Στην πρώιμη ανίχνευση υποτροπής
 - Στην πρόγνωση του ογκολογικού ασθενούς
 - Στον καθορισμό των ακανθοθεραπευτικών πεδίων (www.hygeia.gr).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στις θεραπείες του καρκίνου περιλαμβάνονται η εγχείρηση, η ακτινοβολία, η χημειοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία, καθώς και η βιολογική θεραπεία. Ανάλογα με το είδος και τη θέση του καρκίνου, το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νόσος, την ηλικία και τη γενική υγεία του ασθενή επιλέγεται και η κατάλληλη θεραπεία. Συχνά γίνεται και συνδυασμός των παραπάνω ειδών θεραπειών (Νέα, 2007).

Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι η χρήση ενός ή περισσότερων φαρμάκων για τη θεραπεία νεοπλασματικών νόσων. Σχηματίζεται από τις λέξεις χημικά και θεραπεία, δηλαδή αναφέρεται, στη χρήση φαρμάκων που περιέχουν χημικές ουσίες για τη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών.

Κατά το διάστημα της χημειοθεραπείας πολλοί άρρωστοι είναι δραστήριοι, μερικοί όμως βρίσκουν αναγκαίο να ελαττώσουν τις δραστηριότητές τους και να εφαρμόσουν έναν αργό τρόπο ζωής. Ο χρυσός κανόνας είναι "να κάνεις αυτό που σου αρέσει χωρίς να πιέζεσαι" (www.oncology.gr).

Ο άρρωστος κατά την χημειοθεραπεία πρέπει να ακολουθεί μια σωστή διαίτα πλούσια σε βιταμίνες και πρωτεΐνες.

Όσον αφορά τα αντικαρκινικά φάρμακα που βρίσκονται σε χρήση σήμερα, έχουν περάσει από πολλά στάδια και φάσεις πειραματικών μελετών. Προήλθαν από εμπειρικό ή τυχαίες παρατηρήσεις που έδειχναν την ενδεχόμενη αντικαρκινική τους αξία. Τα κυτταροστατικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα, ταξινομούνται στις ακόλουθες κατηγορίες: α) Αλκυλιούχα φάρμακα, β) Αντιμεταβολιτές, γ) Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης (www.inpap.org).

Τα ασφαλή μέτρα κατά τον χειρισμό των κυτταροστατικών φαρμάκων μπορούμε να τα χωρίσουμε σε 2 φάσεις:

- Την φάση παραγωγής και,
- Την φάση προετοιμασίας

Φάση παραγωγής: Η φάση αυτή αφορά τα μέτρα που παίρνουμε από τις φαρμακευτικές εταιρείες κατά την παρασκευή των διαφόρων κυτταροστατικών.

Φάση προετοιμασίας: Αυτή η φάση περιλαμβάνει τα στάδια διάλυσης του φαρμάκου από εξειδικευμένο προσωπικό των αντικαρκινικών μονάδων μέχρι την χορήγησή του στον ασθενή (www.oncology.gr).

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χορηγούνται με διάφορους τρόπους όπως:

- Από το στόμα (P.O.)
- Ενδομυϊκώς (I.U.)
- Ενδοφλεβίως (I.V.)
- Ενδοαρτηριακώς (I.A.)
- Υποδορίως (S.C.)
- Με έγχυση σε κοιλότητες (π.χ. ενδοραχιαία)
- Τοπικώς
- Ενδοκρανιακώς
- Ενδοσπλασνικώς (www.medlook.net)

Σχεδόν σ' όλες τις περιπτώσεις εφαρμογής χημειοθεραπείας χρησιμοποιούνται συνδυασμοί δύο ή περισσότερων φαρμάκων. Η συνδυασμένη χημειοθεραπεία, προκαλεί υφέσεις σ' ένα μεγάλο ποσοστό νεοπλασιών, ένα μέρος αυτών θεραπεύεται (π.χ. η νόσος του Hodgkin θεραπεύεται κατά 50 – 80% το Ca ωοθήκης 10%) (www.boboc.org)

Παρενέργειες Χημειοθεραπείας

- | | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| 1) Ανορεξία | 5) Φλεγμονή και πόνος στο στόμα |
| 2) Ναυτία | 6) Αλλαγές στην αίσθηση της γεύσης |
| 3) Εμετός | των τροφών |
| 4) Διάρροια ή Δυσκοιλιότητα | 7) Μολύνσεις |

(Νέα, 2007)

Ακτινοθεραπεία

Περίπου οι μισοί καρκινοπαθείς, σε κάποιο στάδιο της νόσου, χρειάζονται ακτινοθεραπεία ως μέρος της συνολικής θεραπευτικής αγωγής. Συχνά η ακτινοθεραπεία συνίσταται ως αρχική θεραπεία, είναι όμως δυνατό να συνδυαστεί με

τη χημειοθεραπεία ή τη χειρουργική. Όταν συνδυάζεται με τη χειρουργική μπορεί να χορηγηθεί πριν κατά ή μετά την επέμβαση. Όταν συνδυάζεται με τη χημειοθεραπεία χορηγείται πριν ή μετά την έναρξη του θεραπευτικού προγράμματος ή και ταυτόχρονα (Kingrahm, 2004).

Με την ακτινοθεραπεία επιτυγχάνονται 2 βασικοί στόχοι:

- Θεραπεία του καρκίνου. Συνήθως η θεραπευτική πορεία είναι μακρόχρονη και σύνθετη.
- Ύφεση των συμπτωμάτων. Η θεραπεία αυτή είναι λιγότερο πολύπλοκη και πιο σύντομη (Δούτα, 1998).

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί ραδιενεργές ακτίνες υψηλές ενέργειες, δέσμες ηλεκτρονίων ή ραδιενεργά ισότοπα για να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα, χωρίς να υπερβαίνει τις δόσεις ασφαλείας για τους γύρω φυσιολογικούς ιστούς. Η ακτινοβολία ολοκληρώνει το σκοπό της καταστρέφοντας τα καρκινικά κύτταρα με τη μέθοδο που καλείται ιονισμός (www.mediab.cs.voi.gr).

Η ακτινοβολία χορηγείται εξωτερικά ή εσωτερικά. Τα πλεονεκτήματα κάθε τρόπου εξαρτώνται άμεσα από την κατηγορία του όγκου.

Η εξωτερική ακτινοβολία – η απελευθέρωση δηλαδή της δόσης από εξωτερική πηγή – ποικίλει ανάλογα με την ενέργεια των φωτονίων του χρησιμοποιημένου μηχανήματος, τον τύπο των παραγομένων ακτινών, τη διάρκεια χορήγησης της θεραπείας και τον αριθμό των δεσμών που χρησιμοποιούνται στη συγκεκριμένη περίπτωση.

Εσωτερική ακτινοβολία. Η σύγχρονη ακτινοθεραπευτική χρησιμοποιεί ευρέως μεθόδους οι οποίες διανέμουν την ακτινοβολία στα καρκινικά κύτταρα όχι εξ' αποστάσεως αλλά με απ' ευθείας είσοδο της στον όγκο ή γύρω του. Οι ραδιενεργές πηγές είναι δυνατό να χορηγηθούν υπό μορφή ενέσεων, να τοποθετηθούν σε ειδικούς υποδοχείς ή να εμφυτευθούν υπό μορφή βελονών ή κόκκων (www.fyssas.gr).

Η ακτινοθεραπεία σε οποιοδήποτε σημείο του γαστρεντερικού συστήματος προκαλεί παρενέργειες σχετικές με τη διατροφή.

Χαρακτηριστικές είναι οι ακόλουθες:

- Ακτινοθεραπεία στην περιοχή της κεφαλής και του λαιμού προκαλεί ανορεξία, αλλαγές στη γεύση, ξηροστομία, φλεγμονή στο στόμα και τα ούλα, προβλήματα κατάποσης, ναυτία ή έμετο.

- Ακτινοθεραπεία στην περιοχή του θώρακα μπορεί να προκαλέσει μόλυνση ή φλεγμονή στον οισοφάγο, προβλήματα κατάποσης, ναυτία ή έμετο.
- Ακτινοθεραπεία στην περιοχή της κοιλίας προκαλεί συχνά, διάρροια ή ναυτία και έμετο, φλεγμονή στο έντερο και κακή απορρόφηση θρεπτικών συστατικών.

Γενικά η ακτινοθεραπεία δημιουργεί αίσθημα κόπωσης, μειωμένη όρεξη και επιθυμία για σίτιση (www.disabled.gr).

Ανοσοθεραπεία

Είναι θεραπευτική μέθοδος κατά του καρκίνου, σχεδιασμένη να βοηθήσει τον ίδιο τον οργανισμό να αμυνθεί κατά του καρκίνου. Ο ανθρώπινος οργανισμός διαθέτει αμυντικό σύστημα αποτελούμενο από κύτταρα και αντισώματα που σκοπός τους είναι να επιτίθενται στους ξένους εισβολείς, όπως βακτηρίδια, ιοί, μύκητες, παράσιτα. Σήμερα ξέρουμε ότι αυτό το αμυντικό σύστημα βοηθάει τον οργανισμό να καταπολεμήσει και τα καρκινικά κύτταρα, διότι και αυτά θεωρούνται ξένοι εισβολείς στον οργανισμό. Στον άνθρωπο έχουν βρεθεί αντιγόνα, τα οποία συνοδεύουν τον καρκίνο, τα γνωστά σαν καρκινικοί δείκτες. Αυτοί ήδη χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη για την εκτίμηση της απάντησης του όγκου σ' ένα είδος θεραπείας, την αναγνώριση τοπικών υποτροπών της νόσου ή και απομακρυσμένων μεταστάσεων για την πρόγνωση. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι μελλοντικά θα αποτελέσει ένα ισχυρό όπλο κατά του καρκίνου (Αθανάτου, 2000).

Παρενέργειες

- | | |
|------------|------------|
| - Ναυτία | - Ανορεξία |
| - Έμετος | - Πυρετός |
| - διάρροια | - Κόπωση |

(Νέα, 2007)

Ορμονοθεραπεία

Έχει θέση συμπληρωματικής θεραπείας, κυρίως σε ορμονοεξαρτώμενους όγκους. Χρησιμοποιούνται διάφορα σκευάσματα κορτιζόνης, καθώς και μερικές γεννητικές ορμόνες για ορισμένους τύπους καρκίνου (Αθανάτου, 2000).

Η Χημειοθεραπεία η Ακτινοθεραπεία όπως και άλλες θεραπείες μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία νεοπλασματικών παθήσεων όλων των σταδίων. Ενώ η Χημειοθεραπεία και Ακτινοθεραπεία δεν είναι χωρίς παρενέργειες, μερικές απ' αυτές προκαλούν μεγάλη δυσανεξία, οι παρενέργειες αυτές ελαττώνονται καθώς τα φάρμακα, τα σχήματα και μηχανήματα Ακτινοθεραπείας βελτιώνονται. Η καλή ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα είναι ζωτικές για όλους τους ασθενείς, ειδικά γι' αυτούς που υποφέρουν από παρενέργειες. Τελικά είναι ζωτικό για όλα τα μέλη της ομάδας φροντίδας να εργάζονται καλά μαζί ώστε να ελαχιστοποιήσουν τις παρενέργειες κυρίως κυτταροτοξικής χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας και να τη βελτιώσουν σαν μέθοδο θεραπείας για τους ασθενείς με καρκίνο. Ακόμα θα λέγαμε ότι η ανοσοθεραπεία και η μοντέρνα ορμονοθεραπεία προσφέρει ανακούφιση στους ασθενείς ιδίως στις γυναίκες χωρίς παρενέργειες (Kingrahm, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου

A. Προεγχειρητική ετοιμασία

Για κάθε προγραμματισμένη εγχείρηση στο παχύ έντερο είναι απαραίτητη η προετοιμασία του εντέρου για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Σκοπός προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας αρρώστου είναι:

- Η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης του αρρώστου.
- Η ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων με την μείωση των πηγών μόλυνσης και ενίσχυση της αντίστασης του οργανισμού του αρρώστου.
- Η πρόληψη επιπλοκών και η επιτάχυνση της ανάρρωσής του.

(Αθανάτου, 2004).

Κατά τη φυσική προεγχειρητική ετοιμασία ο ασθενής τρέφεται με πλούσια σε θερμίδες τροφή και φτωχή σε κυτταρίνη. Γίνεται μηχανικός καθαρισμός του εντέρου με υποκλυσμούς ο οποίος θεωρείται ο καλύτερος τρόπος. Όμως στα νεώτερα σχήματα αποφεύγεται ο μηχανικός και προτιμάται ο χημικός καθαρισμός με τη χορήγηση ερεθιστικών καθαρτικών ή κατά προτίμηση αλατούχων καθαρτικών P.O.S. Αρχίζει αντιβίωση. Παίρνει P.O.S. ή με την μορφή υποκλυσμού αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου (Williams, 1999).

Η ψυχολογική προετοιμασία περιλαμβάνει ενημέρωση του ασθενούς από τον ιατρό και τον νοσηλευτή περί του τι πρόκειται να συμβεί. Οι εξηγήσεις που θα δοθούν στον ασθενή θα εξαρτηθούν από το μορφωτικό του επίπεδο και το βαθμό της αποδοχής της «παρά φύσιν έδρας». Εάν ο ασθενής πρόκειται να κάνει προσωρινή κολοστομία ή αποδοχή της είναι ευκολότερη και έτσι ο νοσηλευτής άνετα εξηγεί σ' αυτόν το είδος επεμβάσεως και της προσωρινής του αναπηρίας (Engram, 1997).

Ο ασθενής που θα υποστεί μόνιμη κολοστομία χρειάζεται την ευκαιρία να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του, χρειάζεται συμπαράσταση, ψυχολογική ενίσχυση και τόνωση του ηθικού του.

Βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό και η πιο αποδοτική ενίσχυση και ενθάρρυνση γι' αυτόν, είναι η επίσκεψη ενός ατόμου που έχει μόνιμη κολοστομία και την οποία έχει αποδεχθεί και ζει και εργάζεται φυσιολογικά (Αθανάτου, 2000).

Οι προεγχειρητικοί φόβοι που μπορεί να βιώνει ο άρρωστος είναι:

- 1) Φόβος της νάρκωσης
- 2) Φόβος του αγνώστου

- 3) Φόβος αλλοίωσης του σωματικού ειδώλου
- 4) Φόβος αποχωρισμού από τα οικεία υποστηρικτικά συστήματα και από προηγούμενες δραστηριότητες μπορούν επίσης να προκαλέσουν άγχος στον άρρωστο (Ulrich, 1997).

Προεγχειρητική ετοιμασία – ημέρα επέμβασης

- Νηστεία
 - Ταυτότητα
 - Λήψη ζωτικών σημείων
 - Φακοί επαφής – γυαλιά
 - Αφαίρεση κοσμημάτων και οδοντοστοιχίες
 - Νύχια – χείλη
 - Κένωση κύστεως
 - Προνάρκωση
 - Προεγχειρητικό δελτίο
 - Ειδική στολή χειρουργείου
 - Μεταφορά αρρώστου στο χειρουργείο
- (Αθανάτου, 2004)

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο η αδελφή αερίζει το θάλαμο και ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον του ασθενούς (Engram, 1997).

Μετεγχειρητική ετοιμασία

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου μετά το τέλος της επέμβασης και φθάνει μέχρι την έξοδό σου από το νοσοκομείο και την πλήρη αποκατάστασή του. Είναι μια περίοδος παρακολούθησης και φροντίδας που έχει σκοπό:

- Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.
- Την διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών του.
- Την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Την πρόληψη κατακλίσεων ή παραμορφώσεων.
- Τη βοήθεια να ανεξαρτοποιηθεί από τη φροντίδα των άλλων το συντομότερο και να ανακτήσει τις δυνάμεις του (Αθανάτου, 2004).

Ο χειρουργημένος ασθενής μετά το τέλος της εγχείρησης μεταφέρεται στον θάλαμό του με μεγάλη προσοχή. Ο ασθενής βρίσκεται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων και παρακολουθεί ο νοσηλευτής συνεχώς τις γάζες του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας καθώς και την διανοητική και ψυχική κατάσταση του αρρώστου. Τοποθετείται δε ύπτια θέση χωρίς

μαξιλάρι, με το κεφάλι στο πλάι, για τη διευκόλυνση αποβολής της εκκρίσεως της στοματικής κοιλότητας και την απελευθέρωση των αεραγωγών (Williams, 1999).

Λίγο ειδικότερα ο ασθενής ο οποίος έχει υποστεί κολοστομία ή ειλεοστομία οποιαδήποτε μορφής τα δύο πρώτα 24ωρα δεν παίρνει τίποτα από το στόμα. Μετά το δεύτερο 24ωρο ο ασθενής παίρνει υγρά και εμπλουτίζεται το διαιτολόγιό του με τη λειτουργία του εντέρου. Κατά τα δύο πρώτα 24ωρα ο ασθενής έχει σωλήνα Levin, παίρνει δε υγρά μόνο παρεντερικώς. Το Levin αφαιρείται και διακόπτεται η παρεντερική χορήγηση υγρών, εφόσον ο ασθενής δέχεται τα χορηγούμενα υγρά (www.colorectal.gr).

Ο ασθενής με πρόσκαιρη «παρά φύσιν έδρα» έχει τομή στα κοιλιακά τοιχώματα και προβάλλει και η «παρά φύσιν έδρα» από την περινεοτομή. Τον ασθενή αυτόν ανακουφίζουμε από τον πόνο, που προκαλείται από το βάρος του σώματος, με την τοποθέτηση αεροθαλάμου και τη συχνή αλλαγή της θέσεώς του. Η τοποθέτηση επιδέσεως ταφ (T) βοηθάει στην αλλαγή θέσεως του ασθενή χωρίς μετακίνηση του επιδεσμικού υλικού (www.lungcancer.gr).

Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές

Πόνος: Ο πόνος είναι μια από τις πιο πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να ξεκινά από το δέρμα, τους μυς, τους τένοντες, τα οστά, το περιτόναιο, ή τα σπλάχνα. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα, γι' αυτό χορηγούμε με ιατρική οδηγία, μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12 – 36 ώρες και υποχωρεί μετά 48 ώρες. Όταν ο άρρωστος πονά, ο νοσηλευτής οφείλει:

- α) Να εντοπίζει τον πόνο.
- β) Να διαπιστώνει αν είναι συνεχής ή διαλειπών, αμβλύς ή οξύς.
- γ) Να διαπιστώνει αν ακτινοβολεί και προς τα που, αν έχει σχέση με την αναπνοή, αν επιδεινώνεται τη νύκτα.
- δ) Να καταγράφει τις διαπιστώσεις του και να τις γνωστοποιεί στο χειρουργό και τον αναισθησιολόγο. (Vlrich, 1997)

Ναυτία – Έμετοι: Σήμερα με την πρόοδο της αναισθησιολογίας έχουν περιορισθεί μετεγχειρητικά και τα δύο. Αιτίες για την εμφάνισή τους είναι η συλλογή υγρών στο στομάχι, η διάταση της κοιλίας, η χορήγηση μορφίνης, η επίδραση της νάρκωσης, ψυχολογικές επιδράσεις. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ο νοσηλευτής τοποθετεί κοντά

στον ασθενή ένα νευροειδές, γυρίζει το κεφάλι του πλάγια όταν είναι σε ύπτια θέση για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων και χορηγεί αντιεμετικά με ιατρική οδηγία (Αθανάτου, 2004).

Δίψα: Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή ακόμα και τοπική αναισθησία. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του σώματος, που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης, η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις. Το αίσθημα δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό και με χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή παρεντερικής οδού (Μαλγαρίνου, 2002).

Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Αιμορραγία: Είναι η απώλεια αίματος από τα αγγεία. Διακρίνεται σε:

- 1) Πρωτογενή που συμβαίνει κατά την εγχείρηση
- 2) Διάμεσο που συμβαίνει λίγες ώρες μετά την εγχείρηση
- 3) Δευτερογενή που μπορεί να συμβεί αρκετά μετά την εγχείρηση
- 4) Τριχοειδή με βραδεία έξοδο αίματος
- 5) Φλεβική με ταχεία έξοδο σκούρου κόκκινου αίματος
- 6) Εξωτερική όταν φαίνεται, εσωτερική όταν δεν φαίνεται

(Αθανάτου, 2004)

Ο νοσηλευτής θέτει τον ασθενή σε ακινησία και συγχρόνως καλεί τον ιατρό. Εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική τοποθετεί πιεστικό επίδεσμο στο μέρος του σώματος που αιμορραγεί. Εάν η αιμορραγία είναι εσωτερική δε δίνει στον ασθενή τίποτα από το στόμα. Έχει έτοιμο δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού και έτοιμο αίμα. Τον απαλλάσσει από οποιαδήποτε περίσφυξη, τον ζεσταίνει και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό του (Μαλγαρίνου, 2002).

Shock: Αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Το Shock μπορεί να οριστεί ως η δυσαναλογία μεταξύ χωρητικότητας του κυκλοφορικού συστήματος και όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος. Η δυσαναλογία αυτή έχει ως αποτέλεσμα την κυκλοφορική κατάπτωση. Είναι δηλαδή ένα σύνδρομο διαταραχής της μικροκυκλοφορίας των ιστών. Τα διάφορα συμπτώματα οφείλονται ακριβώς στη ιστική υποξία των διαφόρων οργάνων. Το Shock, ανάλογα με την αιτιολογία του, διαιρείται σε:

- Υπογκαιμικό (μείωση όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος).
- Καρδιογενές (μείωση της απόδοσης της καρδιάς ως αντλίας).
- Σηπτικό
- Αναφυλακτικό
- Νευρογενές (Σαχίνη, 2003)

Ο νοσηλευτής διατηρεί ανοικτή την αεροφόρο οδό, χορηγεί οξυγόνο και υποβοηθεί την αναπνοή. Έπειτα δίνει στον άρρωστο ύπτια θέση με τα πόδια ανυψωμένα περίπου 30°, έλεγχος της αιμορραγίας όταν είναι εμφανής, διατήρηση του αρρώστου ζεστού, χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος, παρακολούθηση με monitor καρδιακού ρυθμού και τέλος ενθάρρυνση αρρώστου (Αθανάτου, 2004).

Πνευμονία, ατελεκτασία: Είναι επιπλοκές που αφορούν τα όργανα του αναπνευστικού συστήματος και οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά τη νάρκωση και απονάρκωσή του. Ο ασθενής εμφανίζει δύσπνοια και γι' αυτό ο νοσηλευτής παρακολουθεί στενά τον ασθενή και φροντίζει για την γρήγορη απονάρκωσή του, τον τοποθετεί σε ανάρροπη θέση, τον ενθαρρύνει να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει και να κάνει κινήσεις άκρων και τέλος φροντίζει για την περιποίηση του στόματος και την αντισηψία του ρινοφάρυγγά του (www.cull.gr).

Πνευμονική εμβολή: Έμβολο είναι ένα ξένο σώμα μέσα στο ρεύμα του αίματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι θρόμβος αίματος, που αποσπάστηκε από το σημείο όπου πρωτοδημιουργήθηκε. Ο θρόμβος που φθάνει στην πνευμονική αρτηρία, της οποίας αποφράσσει κάποιον κλάδο.

Τα συμπτώματα είναι έντονα. Ο άρρωστος, που βρίσκεται στην περίοδο ανάρρωσης, ξαφνικά παρουσιάζει εντονότατο πόνο στο θώρακα, αδυναμία να αναπνεύσει, κυάνωση και αγωνία. Οι κόρες του διαστέλλονται και στον περιλούζει κρύος ιδρώτας. Ο σφυγμός γίνεται ισχνός και άρρυθμος και τελικά απηλάφητος και ο άρρωστος καταλήγει. Αν ο άρρωστος δεν καταλήξει μέσα σε 30 min, υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει (www.colorctal.gr).

Ο νοσηλευτής δίνει στον ασθενή καθιστή θέση στο κρεβάτι, προτρέποντάς τον να κάνει αναπνευστικές κινήσεις, καθώς επίσης και ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων, φροντίζοντας για την έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι και τέλος αποφεύγοντας τις στενές επιδέσεις (Ζαχίνη, 2003).

Θρομβοφλεβίτιδα: Στην θρομβοφλεβίτιδα υπάρχει εν τω βάθει φλεγμονή και σχηματισμός θρόμβου. Συμβαίνει στα κάτω άκρα και οφείλεται σε:

- Βλάβη φλεβών μετά μεγάλης άσκησης πίεσης.
- Επιβράδυνση κυκλοφορίας μετά εγχείρηση λόγω ακινησίας.
- Μεγάλη ηλικία, παχυσαρκία.
- Αιμοσυμπύκνωση
- Καρδιακή ανεπάρκεια, καρκίνο, τραύμα.

Παρουσιάζει πυρετό, οίδημα και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου.

Η θρομβοφλεβίτιδα προλαμβάνεται με την καλή ενυδάτωση του αρρώστου, την ενθάρρυνση να κινεί τα πόδια του και την έγκαιρη έγερση. Την χρήση ελαστικών καλτσών για την πρόληψη οιδήματος, την αποφυγή άσκησης πίεσεως, με την εφαρμογή θερμών επιθεμάτων, αντιπηκτική αγωγή με ιατρική οδηγία καθώς και προσδιορισμό προθρομβίνης και πήξεως αίματος (Αθανάτου, 2004).

Ασφυξία: Η οποία αφορά επίσης τα όργανα του αναπνευστικού συστήματος και κατά την οποία ο ασθενής εμφανίζει δυσκολία στην αναπνοή, με παραλλαγή του ρυθμού της αναπνοής και κυάνωση λόγω έλλειψης οξυγόνου. Ο νοσηλευτής για την προφύλαξη του ασθενούς τοποθετεί το κεφάλι του στο πλάι, για την αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων, καθαρίζει το στόμα του με PORT-COTTON, απαλλάσσοντας έτσι τη στοματική κοιλότητα από τις εκκρίσεις, σε περίπτωση ασφυκτικών φαινομένων, ανοίγει το στόμα του ασθενούς και τραβά τη γλώσσα προς τα εμπρός διατηρεί καλό αερισμό στο δωμάτιο και χορηγεί O₂ στον ασθενή (Μαλγαρίνου, 2002).

Γαστροπληγία: Ο άρρωστος μπορεί να την παρουσιάσει τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες πριν αποκατασταθεί η περισταλτικότητα του εντέρου. Μεγάλη ποσότητα

υγρών και ηλεκτρολυτών παγιδεύονται στο στομάχι. Ο άρρωστος παρουσιάζει εικόνα Shock και επιπλέον απότομο εμετό και γαστρική δυσφορία.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου είναι γαστρική αναρρόφηση, αναπλήρωση υγρών και ηλεκτρολυτών και συμπτωματική αγωγή (Αθανάτου, 2004).

Παρωτίτιδα: Είναι φλεγμονή των παρωτιδικών αδένων και προλαμβάνεται με την καταπολέμηση της αφυδάτωσης, με την καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας και της αύξησης των μασητικών κινήσεων (Σαχίνη, 2003).

Διάταση του εντέρου: Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί την περίσταση για 24 – 48 ώρες. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση. Για την έξοδο αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλισμός, ενώ ακόμα βοηθά η συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η διάταση του εντέρου μπορεί να προληφθεί με ρινογαστρικό ή ρινοεντερικό σωλήνα (Αθανάτου, 2000).

Παραλυτικός ειλεός: Είναι το σύνδρομο κατά το οποίο το εντερικό περιεχόμενο δεν προωθείται γιατί μειώνεται ή παύει ο εντερικός περισταλτισμός. Είναι μετεγχειρητική επιπλοκή που συνήθως εμφανίζεται σε ενδοκοιλιακές επεμβάσεις. Οφείλεται σε συλλογή υγρών, κατάποση αέρα και κυρίως στους χειρισμούς που γίνονται κατά την επέμβαση στα ενδοκοιλιακά όργανα.

Ο νοσηλευτής εφαρμόζει ρινογαστρικό σωλήνα και σωλήνα αερίων, εκτελεί χαμηλό υποκλισμό ή υπόθετο γλυκερίνης, με ιατρική οδηγία. Τέλος απαραίτητη είναι η κινητοποίηση και έγερση του αρρώστου, που συχνά συμβάλλει στην κινητοποίηση του εντέρου (Αθανάτου, 2004).

Αναπνευστική οξέωση: Συμβαίνει όταν οι πνεύμονες κατακρατούν διοξείδιο του άνθρακα. Αυτό γίνεται εξαιτίας ελάττωσης του βάθους των αναπνοών ή απόφραξης του αεραγωγού. Ο χειρουργημένος άρρωστος μπορεί να αναπτύξει αναπνευστική οξέωση εξαιτίας μίας ή μερικών από τις ακόλουθες αιτίες:

- Καταστολή της αναπνοής εξαιτίας της αναισθησίας.
- Μείωση του ρυθμού ανταλλαγής των αερίων εξαιτίας ατελεκτασίας ή πνευμονίας.
- Καταστολή αναπνοής λόγω χορήγησης μεγάλων δόσεων ναρκωτικών.

- Επιπόλαια αναπνοή εξαιτίας κοιλιακής διάτασης και πόνου.

Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τον άρρωστο να βήχει και να αναπνέει βαθιά. Η χορήγηση ναρκωτικών απαιτεί προσοχή και νοσηλευτική κρίση, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Το γύρισμα του αρρώστου σε κανονικά χρονικά διαστήματα βοηθά στην πρόληψη αναπνευστικής οξέωσης (Ulrich, 1997).

Ουραιμία: Είναι μια τοξική κατάσταση, που οφείλεται στην κατακράτηση από τον οργανισμό άχρηστων ουσιών του μεταβολισμού των λευκωμάτων λόγω βλάβης του ουροποιητικού συστήματος ή μόλυνσης του νεφρικού ιστού, οπότε ο οργανισμός δεν μπορεί να αποβάλλει τα άχρηστα στοιχεία του αίματος. Μπορεί να οφείλεται σε μεγάλη αφυδάτωση του οργανισμού σε κυκλοφορικό Shock ή θρόμβωση των προσαγωγών νεφρικών αγγείων. Καθήκον του νοσηλευτή είναι η ανακούφιση του ασθενούς από τα ενοχλήματα και συμπτώματα που είναι κεφαλαλγία, καταβολή δυνάμεων, ναυτία και έμετοι, δίψα και αφυδάτωση, ξηρότητα δέρματος, ολιγουρία ή ανουρία, δύσπνοια, θόλωση διάνοιας, διεγέρσεις και κόμα (Μαλγαρίνου, 2002).

Διάταση κύστεως: Η κατακράτηση των ούρων μπορεί να συμβεί μετά από κάθε εγχείρηση. Αιτίες μπορεί να είναι πολλές όπως ο σπασμός του σφιγκτήρα της ουρήθρας, η ακινησία και η ύπτια θέση λόγω ότι μειώνει τη δυνατότητα χαλάρωσης των μυών του περινέου και του έξω σφιγκτήρα της κύστεως.

Ο νοσηλευτής φροντίζει πρώτα για τη φυσιολογική ούρηση με φυσικά μέσα όπως το άνοιγμα της βρύσης. Έπειτα η καθιστή θέση και το βάδισμα διευκολύνουν την κίνηση του εντέρου όπως και το χύσιμο χλιαρού νερού στο περίνεο, προκαλεί μυϊκή χαλάρωση. Τέλος αν αυτά τα μέτρα δεν αποδώσουν, γίνεται καθετηριασμός της κύστεως σε συνεννόηση με το γιατρό (Αθανάτου, 2004).

Μόλυνση τραύματος: Για τις περισσότερες μολύνσεις των μετεγχειρητικών τραυμάτων ενοχοποιείται ο σταφυλόκοκκος. Άλλοι μικροοργανισμοί που μπορούν να προκαλέσουν λοίμωξη είναι το κολοβακτηρίδιο, το πυοκυανικό βακτηρίδιο, ο στρεπτόκοκκος και άλλα. Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη μόλυνσης του τραύματος παίζει η διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές του και η καθαριότητα του περιβάλλοντος. Τα συμπτώματα είναι αύξηση σφυγμών, πυρετός και το τραύμα γίνεται επώδυνο, οίδηματώδες και ζεστό. Θεραπευτικά, γίνεται διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος με ελαστικό σωλήνα ή γάζα. Επίσης μπορεί να γίνει έκπλυση του τραύματος με ζεστή αντισηπτική διάλυση και να χορηγηθεί ειδική

αντιβίωση μετά από καλλιέργεια υγρού του τραύματος. Τέλος, μπορεί να χρησιμοποιηθούν και θερμά επιθέματα (Ulrich, 1997).

Ρήξη ραμμάτων – εκσπλάχνωση: Με τη ρήξη των χειρουργικών ραμμάτων απομακρύνονται τα χείλη του τραύματος μεταξύ τους και είναι δυνατόν να συμβεί και εκσπλάχνωση, δηλαδή έξοδος εντερικών ειλεών όταν πρόκειται για λαπαροτομία. Στην ρήξη των τραυμάτων συμβάλλουν ο ισχυρός βήχας και το πτάρνισμα, μεγάλη κοιλιακή διάταση, μεγάλη ηλικία και παχυσαρκία, κακή τεχνική συρραφής τραύματος και κακή θρέψη του αρρώστου. Ο νοσηλευτής δίνει στον άρρωστο ύπτια αναπαυτική θέση με κάμψη των γονάτων για τη μείωση της κοιλιακής διάτασης. Ειδοποιεί το γιατρό, τοποθετεί αποστειρωμένο τετράγωνο βρεγμένο με φυσιολογικό ορό πάνω στο τραύμα ή την εκσπλάχνωση και το στερεώνει πιεστικά (Αθανάτου, 2004).

Μετεγχειρητική ψύχωση: Είναι μια επιπλοκή με άγνωστες αιτίες και προδιαθετικούς παράγοντες, την ίδια την ψυχολογία του ατόμου καθώς και την νάρκωση με την παρατεταμένη χρήση της. Ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται αυστηρά και να δοθεί φαρμακευτική αγωγή από ψυχίατρο. Η πρόληψη της επιπλοκής συνίσταται στην καλή ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς πριν από την εγχείρηση και γι' αυτό κύριος υπεύθυνος είναι ο νοσηλευτής (Ulrich, 1997).

ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ – ΟΡΙΣΜΟΣ

Στομία είναι η χειρουργική δημιουργία μιας τεχνητής διόδου από κάποιο όργανο προς το εξωτερικό περιβάλλον. Υπάρχουν διάφορα είδη στομιών. Οι περισσότερες στομίες πραγματοποιούνται για την παροχέτευση των απεκκριμάτων του οργανισμού μέσω του κοιλιακού τοιχώματος. Η κολοστομία αποτελεί την συνηθέστερη μορφή στομίου. Πραγματοποιείται σε ασθενείς με καρκίνο στην κοιλία ή την πύελο, ο οποίος διηθεί το παχύ έντερο. Κατά την χειρουργική επέμβαση, τμήμα

του παχέως αφαιρείται και το απώτερο τελικό τμήμα του εντέρου μετατίθεται προς το κοιλιακό τοίχωμα, όπου συρράπτεται χρηματίζοντας στομία c.

Σκοπός της κολοστομίας είναι η αποβολή του περιεχομένου του εντέρου (www.cull.gr).

Είδη Κολοστομίας

Ανιούσα κολοστομία: Το απέκκριμα είναι υδαρές. Ρέει σχεδόν συνεχώς. Υπάρχει το πρόβλημα του ερεθισμού του δέρματος. Η προστασία του δέρματος είναι απαραίτητη. Συνήθως η αγωγή της είναι όμοια με εκείνη της ειλεοστομίας. Υλικό επιλογής είναι ο αποχετευόμενος δάκος, προτιμότερο με δακτύλιο από ρητίνη καράγια (Σαχίνη, 2003).

Εγκαρσιοστομία: Γίνεται στο εγαρσιόν κόλον, είναι η διπλού αυλού και η ελικοειδής. Η διπλού αυλού έχει δύο στόμια, η ελικοειδής έχει ένα στόμιο αλλά δύο αυλούς. Η κένωση είναι συνήθως ημιυδαρής ή μαλακή, δύσσομη και μπορεί να ερεθίσει το δέρμα γύρω από το στόμιο (www.colorectal.gr).

Κατιούσα κολοστομία – Σιγμοειδοστομία: Συχνά ονομάζονται οι «στεγνές κολοστομίες» γιατί αν και δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος, το κόλο μπορεί να παραγάγει σχηματισμένα κόπρανα. Η πλύση, ένας υποκλισμός που γίνεται καθημερινά ή μέρα παρά μέρα, μέσα από το στόμιο, μπορεί να ρυθμίσει τη λειτουργία του εντέρου (Σαχίνη, 2003).

Λειτουργία κολοστομίας

Η κολοστομία δημιουργείται από τμήμα του πεπτικού συστήματος. Συνεπώς, έχει το ίδιο κοκκινωπό χρώμα με την στοματική κοιλότητα και επικαλύπτεται από την ίδια μεμβράνη. Σε ηρεμία, ο ιστός έλκεται σχηματίζοντας πτυχές. Μολονότι, διαστέλλεται και συστέλλεται, η στομία δε διασφαλίζει τον μυϊκό έλεγχο. Τα κόπρανα συγκεντρώνονται σε ειδικά σακουλάκια, που διατίθενται γι' αυτόν το σκοπό. Αυτά είναι κατασκευασμένα από λεπτό εύκαμπτο πλαστικό, το οποίο προσκολλάται στο δέρμα πάνω από την στομία. Τα σακουλάκια είναι στεγανά στις

οσμές και ασφαλή όσον αφορά τις διαρροές. Εναλλακτική λύση για πολλούς ασθενείς με κολοστομία και αρκετά κόπρανα, είναι η πραγματοποίηση ενός τύπου υποκλυσμού μέσω της στομίας, που γίνεται κάθε 1 ή 2 μέρες. Με αυτόν τον τρόπο, το έντερο κενώνεται στον κατάλληλο χρόνο (www.coloplaste.gr).

Προσωρινές και μόνιμες κολοστομίες

- Με τις νέες χειρουργικές τεχνικές, οι χειρουργοί πραγματοποιούν λιγότερες μόνιμες κολοστομίες κατά τις οποίες αφαιρείται το ορθό και ο δακτύλιος. Όμως εάν ο όγκος βρίσκεται πολύ κοντά στο τελικό τμήμα του εντερικού σωλήνα, επιλέγεται η ολική αφαίρεση, ώστε να σωθεί η ζωή του ασθενούς.
- Σε αρκετές περιπτώσεις, δημιουργείται μια «προσωρινή» κολοστομία, η οποία μπορεί να διατηρηθεί για μερικά χρόνια. Η επέμβαση αυτή πραγματοποιείται, ώστε να παρακαμφθεί το ορθό και ο δακτύλιος (www.will.gr).

Φροντίδα της στομίας

Η διάμετρος της στομίας συνήθως συρρικνώνεται, καθώς το μετεγχειρητικό οίδημα υποχωρεί και ο ασθενής αποκτά κανονικό διαιτολόγιο και φυσιολογική δραστηριότητα. Αντίθετα, το ερυθρό χρώμα της διατηρείται. Η στομία απαιτεί μικρότερο χρόνο επούλωσης σε σχέση με τις συνήθεις χειρουργικές τομές. Η έξοδος των ούρων αρχίζει αμέσως πριν ακόμη ο ασθενής βγει από το χειρουργείο. Η αποβολή των κοπράνων αρχίζει εντός ολίγων ημερών, συνήθως με αρκετά αέρια και υδαρείς μάζες μέχρι το έντερο να αναρρώσει από την επέμβαση.

Οι στομίες έχουν διάφορα σχήματα και διαστάσεις, ανάλογα με το είδος της επέμβασης και τα προβλήματα του ασθενούς. Επειδή η κολοστομία πραγματοποιείται με χρήση του παχέως εντέρου είναι ευρύτερη σε σχέση με την ειλεοουροστομία, η οποία γίνεται με χρήση του λεπτού εντέρου. Μερικές προσωρινές στομίες μπορεί να είναι αρκετά ευρείες και να έχουν 2 οπές με ένα ή δύο στόμια. Οι περισσότερες στομίες προεξέχουν από το δέρμα, ώστε τα κόπρανα να λιμνάζουν γύρω από τη στομία.

Την αρχή, ο ασθενής έχει την τάση να «υπερπροστατεύει» την στομία. Πιθανόν να πιστεύει ότι είναι κάτι εύθραυστο, που μπορεί να καταστραφεί με το παραμικρό χτύπημα. Φυσικά πρέπει να υπάρχει μια λογική μέριμνα και προστασία, όμως η στομία είναι εκπληκτικά ανθεκτική. Το νερό, η επαφή κατά τη σεξουαλική πράξη, ή ακόμα και κάποια μικροχτυπήματα σε έπιπλα δεν της προκαλούν βλάβη.

Σημειώνεται όμως, ότι αιμορραγεί εύκολα διότι κοντά στην επιφάνειά της υπάρχουν πολλά μικρά αιμοφόρα αγγεία. Ένας μικρός δάκος ή μια μαλακή γάζα αποτελεί τον καλύτερο τρόπο προστασίας από την τριβή με τα ρούχα (www.cull.gr).

Σκοποί της πλύσεως της κολοστομίας

Σκοποί της πλύσεως της κολοστομίας τόσο σε περιπατικό όσο και κλινήρη άρρωστο είναι οι εξής:

- 1) Να γίνει άδειασμα της κολοστομίας από το περιεχόμενό του: κόπρανα, αέρια, βλέννη.
- 2) Να καθαριστεί το περιφερειακό τμήμα του εντέρου.
- 3) Βοηθάει στο να εγκαθιδρυθεί ένα προγραμματισμένο άδειασμα του εντέρου, ώστε να είναι δυνατή η ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων του ατόμου (Σαχίνη, 2003).

Προβλήματα με το στόμιο

Κάποιες φορές μπορεί να προκύψουν προβλήματα με το στόμιο όπως:

- Το στόμιο μπορεί να οπισθοχωρήσει, κάνοντας δύσκολη την εφαρμογή του δάκου.
- Αν είναι αδύναμοι οι κοιλιακοί μύες, μπορεί να παρουσιαστεί δίπλα στο στόμιο ένα εξόγκωμα.
- Υπάρχουν επίσης περιπτώσεις που το έντερο μπορεί να βγει προς τα έξω.
- Μπορεί το στόμιο να αιμορραγίσει ελάχιστα, για παράδειγμα κατά τη διάρκεια της αλλαγής όταν καθαρίζεται. Ο ασθενής θα πρέπει να το ελέγχει για να βεβαιωθεί ότι έχει φυσιολογικό χρώμα και δεν αιμορραγεί συχνά.

Αυτά τα προβλήματα εμφανίζονται σπάνια. Αν όμως παρουσιαστεί ένα από αυτά, θα πρέπει να ενημερώσει ο ασθενής τον ιατρό του, για να μη γίνει πιο σοβαρό το πρόβλημα (www.colorctal.gr).

Διαιτολογικές Συστάσεις Κολοστομίας

Γενικές διατροφικές συστάσεις

- Είναι σημαντικό ο άρρωστος να τρώει τροφές σε συγκεκριμένες ώρες κάθε μέρα. Να καταναλώνει 4 με 6 μικρότερα γεύματα. Τα μικρά και τακτικά γεύματα διευκολύνουν την εντερική λειτουργία.
- Ο ασθενής να μασάει καλά την τροφή του, ώστε να διευκολύνει την διαδικασία της πέψης. Να προσπαθεί να αποφύγει την κατανάλωση μεγάλων κομματιών τροφής μια και υπάρχει πιθανότητα να αποφράξει το στόμιο διαφυγής των κοπράνων.
- Ο ασθενής να διατηρεί ένα ιδανικό σωματικό βάρος. Πλεόνασμα λίπους στο κοιλιακό τοίχωμα μπορεί να οδηγήσει σε δυσλειτουργία της στομίας.
- Άτομα με κολοστομία πιθανώς να αντιληφθούν ότι τροφές που ενοχλούσαν πριν το χειρουργείο συνεχίζουν να ενοχλούν και μετά.
- Τροφές που περιέχουν μεγάλες ποσότητες φυτικών ινών, πρέπει να αποφεύγονται 6 με 8 εβδομάδες μετά το χειρουργείο, μιας και συχνά προκαλούν διάρροια και υπάρχει ο κίνδυνος να μπλοκάρουν την στομία (www.heal.guideonline.com).

Φαγητά που πέπτονται μερικώς και μπορεί να αποφράζουν τη στομία

Μαρούλι	Ελιές	Φλοιός φρούτων
Λάχανο	Ξηροί καρποί	Αποξηραμένα φρούτα
Μανιτάρια	Καρόδα	Αρακάς
Σέλινο	Καλαμπόκι	Αγγούρι

Φαγητά που δημιουργού αέρια

Όσπρια	Ψωμί – Δημητριακά
Λαχανικά	Γάλα – Προϊόντα γάλακτος
Φρούτα	Λιπαρά φαγητά

Φαγητά που σκληραίνουν τα κόπρανα

Ζυμαρικά	Τυριά	Κρέμα φυστικοβούτυρου
----------	-------	-----------------------

Φαγητά που προκαλούν διάρροια

Φρούτα και λαχανικά

Τα πολύ γλυκά και πολύ λιπαρά φαγητά (www.mednutrition.gr)

Έξοδος από το νοσοκομείο αρρώστου με κολοστομία

Ο νοσηλευτής οφείλει πριν ο ασθενής με κολοστομία πάρει εξιτήριο από το Νοσοκομείο να τον έχει διδάξει τον τρόπο με τον οποίο θα αυτοεξυπηρετείται στο σπίτι του και να του έχει μεταδώσει βασικές γνώσεις ασηψίας, αποστειρώσεως, αντισηψίας, περιποιήσεως της κολοστομίας, εκτέλεσης υποκλυσμού. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει προετοιμάσει και ψυχικά τον ασθενή για την αποδοχή της καταστάσεώς του και την εύκολη προσαρμογή του στο καινούριο περιβάλλον του, αυτά θα τα επιτύχει εάν μπορέσει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του ασθενούς που προκύπτουν από την κολοστομία. Και αυτά είναι: (www.cull.gr)

1. Κακοσμία και απώλεια αερίων

Οι αιτίες είναι η αποβολή του περιεχομένου του εντέρου και τα κάκοσμα αέρια από τη λήψη τροφών. Συστήνεται να αποφεύγει τροφές που προκαλούν κάκοσμα αέρια, όπως κρεμμύδια, ορισμένα λαχανικά, ραδίκια, αγγούρια και φασόλια. Το γιαούρτι, ο χυμός μούρου και το αποβουτυρωμένο γάλα μειώνουν την οσμή των κοπράνων (www.boboc.org).

2. Φροντίδα δέρματος

Ο νοσηλευτής διδάσκει στον ασθενή πώς να περιποιείται το σώμα του και ιδιαίτερα την περιοχή γύρω από την κολοστομία (www.colorctal.gr).

3. Τη διαίτα

Ενημέρωση του αρρώστου ότι πρέπει να αποφεύγει τη πολυφαγία, τα μεγάλα γεύματα και να μασάει καλά την τροφή του. Η διαίτά του να είναι πλήρης σε

θρεπτικές ουσίες, ώστε να μην προκαλείται διάρροια ή δυσκοιλιότητα. Να αποφεύγει τροφές με πολλές ίνες, σπόρους, καλαμπόκι, σέλινο, ξηρούς καρπούς, λαχανοσαλάτες, σταφίδες, αποξηραμένα φρούτα και φαγητά (www.cull.gr).

4. Εξωτερική εμφάνιση και ανάπτυξη δραστηριοτήτων

Ο ασθενής ενημερώνεται από τον νοσηλευτή ότι μπορεί να ντύνεται ελεύθερα, ότι μπορεί να φορά ζώνη αρκεί αυτή να είναι μεγαλύτερη, ακόμα και μαγιώ. Επίσης ότι μπορούν να ταξιδεύουν να συμμετέχουν σε όλα τα είδη σπορ, να έχουν σεξουαλική δραστηριότητα, οι γυναίκες μπορούν να μείνουν έγκυες αρκεί να υπάρχει συνεχή και προσεκτική ιατρική παρακολούθηση. Ότι μπορούν να πάρουν οποιαδήποτε θέση στον ύπνο. Όσον αφορά τι φάρμακα πρέπει να παίρνουν, ο νοσηλευτής τους ενημερώνει ότι πρέπει να αποφεύγουν τα υπακτικά και αυτά που έχουν κάψουλες γιατί δεν διαλύονται στο έντερο (www.boboc.org).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

Ζώντας με τον καρκίνο

Παλαιότερα ο καρκίνος ισοδυναμούσε, στην κυριολεξία, με θανατική καταδίκη. Ωστόσο, σήμερα συνεχώς περισσότεροι άνθρωποι μαθαίνουν να τον βλέπουν από διαφορετικό πρίσμα και να συνειδητοποιούν ότι η ζωή με τον καρκίνο σημαίνει εξοικείωση με μια χρόνια πάθηση. Μαθαίνουν δηλαδή να αντιμετωπίζουν

τα συμπτώματα και τις θεραπευτικές αγωγές και ταυτόχρονα να επιστρέφουν σε όσο το δυνατόν περισσότερες φυσιολογικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Είναι απολύτως σημαντικό να κατορθώνει κανείς να διατηρήσει τον συνηθισμένο ρυθμό της ζωής του, ή τουλάχιστον όσο περισσότερο γίνεται. Ενδεχομένως δεν θα μπορεί να προγραμματίσει τις διακοπές του, να αθλείται όσο θα ήθελε ή να κάνει έρωτα τόσο έντονα και συχνά όπως πριν. Ίσως όμως μπορεί. Το θέμα είναι ότι η διάγνωση του καρκίνου δεν συνεπάγεται απαραίτητα το τέλος της ζωής, εκτός κι αν ο ασθενής εγκαταλείψει τον εαυτό του.

Το μυστικό είναι να μη νοιώσει σαν αβοήθητο θύμα, έρμαιο της αδυσώπητης μοίρας. Αν σκεφτεί κάτι τέτοιο, θα χάσει αυτόματα τη θέληση να παλέψει για τη ζωή του. Αν σκοπεύει να θεραπευτεί ή να ανακουφιστεί από τα συμπτώματα της νόσου ή απλώς να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του, πρέπει να υιοθετήσει μια μαχητική στάση απέναντι στη ζωή.

Η μάχη με τον καρκίνο είναι συλλογική προσπάθεια, μια ευθύνη που τη μοιράζεται ο ασθενής με την ιατρική ομάδα. Η συνεργασία βασίζεται στην εντιμότητα, την επικοινωνία, την ενημέρωση και τη θέληση του ασθενούς να κάνει ότι καλύτερο μπορεί. Η ιατρική ομάδα αναλαμβάνει την ευθύνη να προγραμματίσει την αποτελεσματικότερη θεραπευτική αγωγή και να προσφέρει την συμπαράστασή της. Ο ασθενής αναλαμβάνει την ευθύνη να διατρέφεται σωστά, και να τηρεί θετική στάση απέναντι στα προβλήματά του.

Αν παίζει αυτό το ρόλο σωστά, θα αντιμετωπίσει τις δυσκολίες με μεγαλύτερη ικανότητα. Η θέλησή του να ζήσει θα κάνει οπωσδήποτε πιο ευχάριστη τη ζωή του. Μερικές φορές η προσπάθεια αυτή ίσως φαίνεται σαν δυσκολότατη πάλη, όμως ο καρκινοπαθής, όπως και πολλοί άλλοι πριν από αυτόν μπορεί να μάθει να ζει με τον καρκίνο του (Dollinger, 1992).

Ποιότητα ζωής και καρκίνος

Η "Ποιότητα ζωής" είναι μια ιδιόμορφη υπερφυσική οντότητα και καθένας, κάθε άτομο, αναφέρεται σ' αυτήν με τον δικό του τρόπο, αφού κάθε άνθρωπος στον κόσμο μας επιθυμεί να ζήσει, να εργασθεί και να φθάσει ανώδυνα έως το θάνατό του.

Για την "ποιότητα ζωής" ιδίως όταν πρόκειται για την αντιμετώπιση του καρκίνου, έχουν δοθεί διάφορες εξηγήσεις, αφού όλοι γνωρίζουμε ότι ο καρκίνος είναι μια νόσος που διαταράσσει την καθημερινή ισορροπία της ζωής και δημιουργεί

πολλές εκδηλώσεις και επιδράσεις στον άρρωστο, την οικογένειά του και το περιβάλλον του.

Τι σημαίνει ποιότητα ζωής για τον καρκίνο; Είναι μια ολόκληρη φιλοσοφία ζωής και ύπαρξης που καθένας την βλέπει από το δικό του πρίσμα. Κατ' αρχήν έχουμε την θέση του αρρώστου. Ακολουθεί η θέση του συγγενούς ή του έμμεσου περιβάλλοντός του. Έχουμε και τη θέση του θεράποντος ιατρού. Τέλος, ένα καινούριο στοιχείο που έχει αλλάξει την έκφραση, την κριτική συζήτηση και την ανάλυση που γίνεται σήμερα, από το κοινωνικό σύνολο είναι τα ΜΜΕ. Μέσω αυτών, συζητούν με τον ένα ή τον άλλο τρόπο σε κάθε περίπτωση, τις ενέργειες των ιατρών, ή γενικότερα τις σκέψεις των συγγενών. Πολλές φορές όμως με ξεχωριστές παρουσιάσεις αλλοιώνουν πραγματικότητες και προσπαθούν να επιβάλλουν μια γνώμη, που πολλοί διερωτώνται τι επιθυμούν να δημιουργήσουν.

Ποιες είναι λοιπόν οι συγκεκριμένες θέσεις που καθορίζουν την ποιότητα ζωής του αρρώστου με καρκίνο; Είναι πρώτον η σωματική κατάσταση του ατόμου, στην οποία επιδρά ενεργά και ο πόνος που μπορεί να υπάρχει σ' ένα άλλο σημείο του σώματος. Δεύτερον ίσως και βασικότερο είναι οι ψυχικές του διαταραχές. Οι δύο αυτές συνθήκες έχουν άμεση εξάρτηση μεταξύ τους. Αλλά και κάθε άρρωστος αντιμετωπίζει διαφορετικά την έννοια για τη δική τους ποιότητα ζωής.

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Έρευνας και Θεραπείας του καρκίνου EORTC· που εδρεύει στην LYON της Γαλλίας, έχει θέσει έξι βασικές θέσεις για την αντικειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής των αρρώστων, αφού όπως αναφέρεται, η υποκειμενική ανάλυση έχει πολλές παραμέτρους και δεν μπορούν να ταυτισθούν σε μια ενιαία τοποθέτηση. Τα κριτήρια που σημειώνονται είναι:

- 1) Συμπτώματα νόσου και επιπλοκές από την θεραπεία.
- 2) Λειτουργική κατάσταση του αρρώστου.
- 3) Ψυχολογικές διαταραχές.
- 4) Κοινωνική κατάσταση.
- 5) Σεξουαλική και σωματική αντίδραση.
- 6) Ικανοποίηση του ασθενούς από την Ιατρική Θεραπεία.

Είναι πλέον αποδεκτό ότι η ποιότητα ζωής για κάθε άρρωστο με καρκίνο πρέπει να αντιμετωπίζεται σε σωστές βάσεις από την πρώτη μέρα νοσησής του. Μόνο έτσι κάθε άρρωστος θα μπορέσει να αποδεχθεί το πολυσύνθετο των ενεργειών θεραπείας, τη χειρουργική στην αρχή και σαν συνέχεια την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία. Κυρίως πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι θα χρειαστεί μια

μακροχρόνια δράση, που θα του δώσει ικανοποιητική υγεία. Εκείνο όμως που είναι αναγκαίο, είναι η καταγραφή της πραγματικής αρχικής σωματικής και ψυχικής υπόστασης κάθε αρρώστου την ημέρα νόσησής του, αφού η αναφορά των λέξεων "νόσος – καρκίνος – ή όγκος" καθώς και η "διαταραχή υγείας" διαφέρει σε κάθε άτομο, όπως και διαφέρει κάθε αντιμετώπιση όπως και εξέλιξη σαν συνέπεια της πρωταρχικής εντόπισης. Η αντικειμενικότητα έχει ένα εύρος χαρακτηρισμού ανάλογο με τα στοιχεία που θα μας δώσει ο άρρωστος.

Χρειάζεται επομένως από την αρχή η θέση του αρρώστου. Τι περιμένει από τη θεραπεία, και πως θα υποστηριχθεί από την ομάδα της αποκατάστασης. Πρέπει ο κάθε άρρωστος να καταλάβει ότι αποκατάσταση είναι μια αρχική ενέργεια και σημαίνει βασικά κινητοποίηση και ενεργοποίηση όλων των δυνάμεών του για ψυχική και σωματική ανεξαρτησία. Η αποκατάσταση ξεκινά με την είσοδο του αρρώστου στο ιατρείο του Νοσοκομείου. Τότε είναι που αρχίζουν οι αντιδράσεις του και μπορεί να είναι πολύ έντονα και να καθορίζουν θετικά ή αρνητικά, την όλη πορεία του, όχι μόνο στο Νοσοκομείο αλλά και στη μετέπειτα ζωή του.

Η οργάνωση ποιότητας ζωής σε κάθε άρρωστο δεν είναι εύκολη. Μπορεί ένας άρρωστος να έχει εμπιστοσύνη στον προσωπικό του ιατρό αλλά όχι στους ειδικούς ογκολόγους. Πως μπορεί να είναι ικανοποιητική η ζωή του αρρώστου με καρκίνο σ' ένα Νοσοκομείο, όταν πολλοί τον αφήνουν σε εγκατάλειψη; Ψυχική βελτίωση για καλή εξέλιξη των συμπτωμάτων του είναι η επικοινωνία και συνεργασία με όλους τους Λειτουργούς Υγείας που πρέπει να δρουν και να εργάζονται σαν μια καλή ομάδα. Πώς μπορεί να είναι ικανοποιητικές οι αντιδράσεις ενός αρρώστου όταν τον εγκαταλείπουν από άποψη και απλής φροντίδας στο θάλαμό του; Δίνω πάντοτε ένα παράδειγμα που είναι κατά τη γνώμη μου πολύ σημαντικό. Κάθε τι και όλα μπορούν να διασκορπιστούν εάν δεν υπάρχει μια συνειδητή νυκτερινή νοσηλεύτρια. Αυτή θα ακούσει το εσώψυχό του, θα του μιλήσει και θα μπορεί να βοηθήσει πολλαπλά. Η συνείδηση πολλών πρέπει να συγκλονίζεται από το γεγονός ότι όλοι προσπαθούμε να γίνουμε μερικές φορές υπεράνθρωποι, αλλά γινόμαστε όλο και πιο απάνθρωποι.

Καλό θα είναι να ξαναθυμηθούμε τον Γαληνό που είπε ότι: "Η θεραπεία έχει διπλό σκοπό, να ενεργούμε με όλες τις πράξεις, ώστε να αποδώσουμε υγεία στο μέρος που πάσχει και να προνοήσουμε ώστε να παρηγορήσουμε και καταπραΰνουμε γενικά τον άρρωστο". Ο σύγχρονος ιατρός και κυρίως ο ογκολόγος, έχει δυστυχώς απορροφηθεί σε τέτοιο βαθμό από την τεχνολογία, την πληροφορική και τις πολλαπλές σύνθετες μεθόδους αντιμετώπισης εκτεταμένων καρκινογόνων όγκων

ώστε ξεχνάει τον άρρωστο που πάσχει και χρειάζεται υποστήριξη. Έτσι ο άρρωστος χάνει σιγά – σιγά τον άνθρωπο ιατρό του και εκφράζει τις ανάγκες του στα μηχανήματα που έχει στο κρεβάτι του και αναβοσβήνουν!

Ποιότητα ζωής είναι κατά βάση το αίσθημα της άνετης και ήρεμης σωματικής και ψυχικής σφαίρας μας. Ποιότητα ζωής είναι η στιγμιαία αλλά και διαρκής καλή επικοινωνία που κάθε άνθρωπος έχει με το περιβάλλον του (Δούτας, 1998).

Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου

- Ορισμένοι καρκίνοι μπορούν να αποφευχθούν και η γενική κατάσταση της υγείας μπορεί να βελτιωθεί εάν υιοθετήσετε υγιεινότερο τρόπο ζωής.

- "Μην καπνίζετε. Καπνιστές σταματήστε το κάπνισμα όσο πιο σύντομα γίνεται και μην καπνίζετε παρουσία άλλων. Εάν δεν καπνίζετε, μην κάνετε πειράματα με τον καπνό".
- "Εάν πίνετε αλκοολούχα ποτά, μπίρα, κρασί ή άλλο είδος, μετριάστε την κατανάλωση".
- "Αυξήστε την ημερήσια κατανάλωση λαχανικών και φρέσκων φρούτων να τρώτε συχνά δημητριακά με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες".
- "Αποφύγετε το υπερβολικό βάρος, αυξήστε τη σωματική δραστηριότητα και περιορίστε την κατανάλωση λιπαρών φαγητών".
- "Αποφύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο και τα ηλιακά εγκαύματα ιδίως στην παιδική ηλικία".
- "Εφαρμόστε αυστηρούς κανόνες που στοχεύουν στην πρόληψη κάθε έκθεσης σε γνωστές καρκινογόνες ουσίες. Να ακολουθείται όλες τις οδηγίες υγείας για ουσίες που μπορεί να είναι καρκινογόνες".
- "Επισκεφθείτε ένα γιατρό, μόλις παρατηρήσετε ένα εξόγκωμα, μια πληγή που δεν επουλώνεται μια κρεατοελιά που αλλάζει σχήμα, μέγεθος ή χρώμα, ή μια μη φυσιολογική αιμορραγία".
- "Επισκεφθείτε ένα γιατρό εάν αντιμετωπίζετε έμμονα προβλήματα, όπως επίμονος βήχας, έμμονο βρόγχο φωνής, αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου, ή της ούρησης ή ανεξήγητη απώλεια βάρους".

Για τις γυναίκες

- "Να κάνετε τακτικά εξέταση του τραχηλικού επιχρίσματος (PAP – test). Να συμμετέχετε σε οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας".

- "Να ελέγχετε τακτικά το στήθος σας. Να συμμετέχετε με οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού εάν είστε άνω των 50 ετών". www.mediab.cs.uoi.gr

ΑΔΙΑΚΟΠΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΕ ΠΟΛΛΑ ΜΕΤΩΠΑ

Ο καρκίνος του κόλου εντέρου και του ορθού αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους της ιατρικής έρευνας, που αναζητά τις ακριβείς αιτίες και τους τρόπους πρόληψής του, αλλά και τρόπους βελτίωσης των θεραπειών του.

Ένα από τα νεώτερα ευρήματα είναι ο εντοπισμός ορισμένων μοριακών βιολογικών δεικτών, που θα μπορούσαν στο εγγύς μέλλον να μας βοηθήσουν να προσαρμόζουμε τη θεραπεία, καθώς θα υποδηλώνουν ποιοι ασθενείς θα ωφεληθούν από τη χημειοθεραπεία και ποιοι όχι. Οι μοριακοί βιοδείκτες είναι μόρια που είτε υπερεκφράζονται στους καρκινικούς ιστούς είτε υποεκφράζονται. Είναι πολλά αυτού του είδους τα μόρια που υποψιαζόμαστε ότι παίζουν ρόλο στον καρκίνο του παχέως εντέρου και οι πρώτες μελέτες με ορισμένα από αυτά είχαν πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα (το ποσοστό ακριβείας τους ξεπέρασε το 90%).

Το κλειδί στον τομέα αυτόν είναι να ξεκαθαριστεί ποιοι από τους βιοδείκτες έχουν κλινική σημασία, δηλαδή ποιοι σχετίζονται ισχυρά με την αντίδραση ενός όγκου στη χημειοθεραπεία, ώστε να γνωρίζουμε εκ των προτέρων εάν έχει νόημα να υποβληθεί ένας ασθενής σε θεραπεία ή όχι. Ας μην ξεχνάμε ότι ακόμα κι όταν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους λεμφαδένες, στο περίπου 50% των περιπτώσεων δεν υποτροπιάζει ούτε εξαπλώνεται αλλού στο σώμα, οπότε οι ασθενείς θα μπορούσαν να γλιτώσουν τη χημειοθεραπεία. Μερικοί από τους βιοδείκτες που έχουν απομονωθεί και μελετηθεί, είναι πιθανόν να χρησιμοποιηθούν σύντομα σε ευρεία κλίμακα.

Ο ρόλος των γονιδίων

Ωστόσο, αυτός δεν είναι ο μοναδικός τομέας της ιατρικής έρευνας στον οποίο έχουμε εξελίξεις. Στη γενετική έχουν απομονωθεί ορισμένα γονίδια που ευθύνονται για κληρονομούμενες μορφές καρκίνου του παχέως εντέρου και ήδη γίνονται γενετικές εξετάσεις, ώστε οι φορείς τους να ξέρουν εάν κινδυνεύουν ή όχι.

Επιπλέον, σε εξέλιξη βρίσκονται οι πρώιμες φάσεις γενετικών θεραπειών.

Άλλοι τομείς

Πολλή έρευνα γίνεται επίσης στον τομέα της χημειοπροφύλαξης (δηλαδή στη χρήση συμπληρωμάτων ή φαρμάκων που θα μειώνουν τον κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου του παχέως εντέρου), στον τομέα της ανοσοθεραπείας (γίνονται μελέτες με

φάρμακα, όπως οι ιντερφορόνες και οι ιντελευκίνες, που ενισχύουν γενικά το ανοσοποιητικό σύστημα, καθώς και με εμβόλια που προσπαθούν να εξωθήσουν το ανοσοποιητικό σύστημα να επιτεθεί στα καρκινικά κύτταρα, αλλά και στη διερεύνηση του κατά πόσον φάρμακα που χορηγούνται για άλλους καρκίνους, όπως η σισπλατίνη, μπορούν να ωφελήσουν και στον καρκίνο του παχέως εντέρου.

Σε άλλες μελέτες αναζητώνται τρόποι νέου συνδυασμού των υπαρχόντων φαρμάκων για τον καρκίνο του παχέως εντέρου, με στόχο να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητά τους, ενώ γίνονται και μελέτες που ελέγχουν τους καλύτερους τρόπους συνδυασμού της χημειοθεραπείας με ακτινοθεραπεία και ανοσοθεραπεία.

Σημαντική εξέλιξη, τέλος, είναι και η εικονική κολονοσκόπηση είναι μια ταχέως εξελισσόμενη, μη επεμβατική εξέταση, που έχει υψηλή ακρίβεια στην ανίχνευση των πολυπόδων στο έντερο αλλά και των καρκίνων (www.health.gr).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

Μέθοδος νοσηλευτικής διεργασίας σε ασθενείς με καρκίνο παχέως εντέρου

Με την εργασία μου αυτή κύριο σκοπό έχω να περιγράψω την εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα η οποία παρέχετε σε ασθενή με καρκίνο παχέως εντέρου. Για να το επιτύχω αυτό θα έπρεπε να έρθω σε επαφή με δύο τουλάχιστον άτομα που έπασχαν από αυτή τη νόσο. Βέβαια δεν ήταν και τόσο εύκολο. Οι καρκινοπαθείς είναι άτομα εσωστρεφείς, και αυτό επειδή ξέρουν ότι δεν έχουν μεγάλα περιθώρια ζωής. Ξέρουν ότι η νόσος από την οποία πάσχουν δεν θεραπεύεται, ότι δεν υπάρχει κανείς που να τους κάνει καλά. Τα προβλήματά τους είναι μεγάλα και μάλιστα όταν ασθενείς είναι άτομα με οικογένεια νεαρής ηλικίας. Επομένως μου ήταν δύσκολο να προσεγγίσω αυτά τα άτομα και να προσκομίσω τα στοιχεία αυτά που ήθελα για την εργασία μου.

Τελικά όμως η συνάντησή μου με τα άτομα αυτά ήταν καρποφόρα. Αφ' ενός μεν μπόρεσα να προσκομίσω στοιχεία για την εργασία μου και αφ' ετέρου νομίζω ότι συνέβαλα με τις συζητήσεις μου να ενθαρρύνω κάπως τα άτομα αυτά, και να τα κάνω να νοιώσουν λίγη χαρά, λίγο κουράγιο που τόσο τους έλειπε.

Θα ήθελα να τους ευχαριστήσω πάρα πολύ για την βοήθειά τους, για το πόσο ευγενικά μου φέρθηκαν και να πω όχι μόνον σε αυτούς αλλά σε όσους πάσχουν από κάποια παρόμοια νόσο ότι πρέπει να κάνουν υπομονή, θάρρος για τη ζωή, και ότι εμείς τους αγαπάμε και ενδιαφερόμαστε πραγματικά γι' αυτούς.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ I

Το πρώτο άτομο που διάλεξα για την εργασία μου ήταν γυναίκα ηλικίας 45 ετών, καταγόταν από τα Γιάννενα εργαζόταν σε εργοστάσιο σαν εργάτρια, ήταν

ασφαλισμένη στο Ι.Κ.Α. και είχε ένα κορίτσι ηλικίας 22 χρονών την οποία και συνόδευε.

Εισήλθε στο Νοσοκομείο Υγεία στις 17/11/2007 στην Παθολογική Κλινική. Διάγνωση Ca Ορθού.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε εργαστηριακούς ελέγχους. Στον εργαστηριακό έλεγχο συμπεριλαμβανόταν και η ακτινογραφία θώρακος, η οποία ήταν αρνητική, ο Βαριούχος υποκλυσμός και η εξέταση κοπράνων.

Στην μικροβιολογική εξέταση κοπράνων ανευθέρηκαν στοιχεία αίματος, οι κενώσεις ήταν υδαρείς και με βλέννα.

Επειδή η ασθενής υποβλήθηκε σε σιγμοειδοσκόπηση και σπινθηρογράφημα ήπατος για διάγνωση τυχόν μεταστάσεων.

Αφού τελείωσαν όλες οι εξετάσεις στις οποίες έπρεπε να υποβληθεί η ασθενής προγραμματίστηκε για χειρουργείο στις 21/11/2007 από τις εξετάσεις διαγνώστηκε ότι η ασθενής παρουσίαζε Ca Ορθού, δεν υπήρχαν μεταστάσεις ούτε στον πνεύμονα ούτε στο ήπαρ, ότι η κατάστασή της ήταν σχετικά καλή και θα μπορούσε να διαφύγει τον κίνδυνο.

Μετά το χειρουργείο η ασθενής ήταν σχετικά ήρεμη. Το μόνο που την ανησυχούσε ήταν το τραύμα της. Δεν μπορούσε να συνηθίσει την ιδέα της κολοστομίας. Τρεις μέρες μετά το χειρουργείο αφαιρέθει το Levin και ο ορός που έφερε και ετέθη σε ελαφριά διαίτα. Εξακολουθούσε να παίρνει SETRIN FORTE ενώ έγινε διακοπή των προηγούμενων φαρμάκων όπως: FLAGYL FL 1X3 και του DEXTROSE 5%.

Εξήλθε στις 5/12/2007 αφού πρώτα είχε διδαχθεί το πώς θα γίνονται οι αλλαγές στην κολοστομία, ποια φάρμακα πρέπει να παίρνει και για πόσο χρονικό διάστημα, τότε πρέπει να συμβουλευέται το γιατρό της.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αγωνία, άγχος, φόβος με την εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο	Μείωση των συναισθημάτων αυτών.	<p>Συζήτηση με την ασθενή για την κατάστασή της και το τι πρόκειται να αντιμετωπίσει από εδώ και πέρα.</p> <p>Συζήτηση με την κόρη της ότι η μητέρα της βρίσκεται σε καλή κατάσταση και ότι όλα θα πάνε καλά.</p>	<p>Πολύωρη συζήτηση με την ασθενή. Απάντηση στις απορίες της και ανησυχίες της.</p> <p>Ενθάρρυνση της ασθενούς κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων και επεξήγηση των σκοπών της κάθε εξέτασεως.</p> <p>Υποστήριξη των οικείων της και διδασκαλία για το πώς πρέπει να φέρονται στην ασθενή.</p>	<p>Η ασθενής έπαυε πια να νιώθει άγχος και να είναι ταραγμένη, άρχισε να ηρεμεί. Πήρε θάρρος για να συνεχίσει την θεραπεία της.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Θρέψη της ασθενούς.	Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψεως της ασθενούς.	Ρύθμιση της διατροφής Εξασφάλιση επαρκούς θρέψεως, ακόμα και με την χρησιμοποίηση τεχνητών μέσων.	Χορήγηση στην ασθενή τροφές κατάλληλες με την παρούσα κατάστασή της. Δημιουργία ευχάριστου & καθαρού περιβάλλοντος. Καλομαγειρεμένες τροφές και εύπεπτες. Ρύθμιση των γευμάτων σε συγκεκριμένες ώρες. Καταπολέμηση του πόνου, της νευρικότητας και γενικά κάθε αιτίου που προκαλούν σύσπαση του πεπτικού συστήματος με αποτέλεσμα την δυσχέρεια των τροφών.	Η ασθενής έτρωγε με όρεξη το φαγητό της, δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα, μόνο μετεγχειρητικά που η λήψη τροφών από την φυσική οδό ήταν αδύνατη. Έτσι τοποθετήθηκε LEVIN. Η σωστή θρέψη της ασθενούς οδήγησε στο να μην παρουσιαστεί κανένα πρόβλημα κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο και να γίνει γρήγορα καλά.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Υδατοηλεκτρολυτικό & Οξεοβασικό ανισοζύγιο	Επαρκής ενυδάτωση του αρρώστου. Αποφυγή επιπλοκών από την ανεπαρκή λήψη υγρών.	Ρύθμιση λήψεως επαρκών υγρών. Χορήγηση υγρών από φυσικούς οδούς και παρεντερικά.	Ενυδάτωση της ασθενούς με χορήγηση άφθονων υγρών από το στόμα. Χορήγηση υγρών παρεντερικά. Ενημέρωση της ασθενούς ότι πρέπει να ενυδατώνεται κανονικά.	Ρυθμίστηκαν τα ανισοζύγια οξεοβασικά και υδατοηλεκτρολυτικά.
Πόνος μετεγχειρητικά.	Ανακούφιση από τον πόνο.	Καταπολέμηση της αιτίας που δημιουργεί τον πόνο. Χρησιμοποίηση κατάλληλων μεθόδων ή φαρμάκων για ανακούφιση από τον πόνο.	Τοποθέτηση της ασθενούς σε αναπαυτική θέση. Χορήγηση αναλγητικών. Ενημέρωση της ασθενούς ότι ο πόνος που αισθάνεται είναι φυσιολογικός μετά την εγχείρηση και να μην ανησυχεί.	Καταπράυνση από τον πόνο. Η ασθενής ηρέμησε και αποκοιμήθηκε.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Καθαριότητα και φροντίδα σώματος.	Εξασφάλιση ανέσεως της ασθενούς. Αποφυγή μολύνσεων.	Καθαριότητα του σώματος με συχνό μπάνιο. Καθαριότητα του ιματισμού.	Συχνά λουσίματα του τριχωτού της κεφαλής. Περιποίηση του δέρματος με συχνά μπάνια. Φροντίδα και αλλαγή κολοστομίας. Περιποίηση στοματικής κοιλότητας και δοντιών. Φροντίδα νυχιών. Συχνή αλλαγή λευχαιμάτων.	Ο ασθενής ένιωθε πιο ευχάριστα, πιο ευδιάθετος.
Πυρετός.	Αντιμετώπιση πυρετού.	Ανακούφιση του αρρώστου από τον υψηλό πυρετό. Δημιουργία άνετου περιβάλλοντος.	Λήψη ανά τρίωρο ζωτικών σημείων. Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. Χορήγηση αντιπυρετικού. Αλλαγή λευχαιμάτων.	Κατεστάλη ο πυρετός. Ο ασθενής ένιωθε καλύτερα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Λύπη, σύγχυση, φόβο του θανάτου.</p>	<p>Απαλλαγή της ασθενούς από τα συναισθήματα αυτά.</p>	<p>Ενημέρωση της ασθενούς και ενθάρρυνση ότι η κατάστασή της είναι πολύ καλή. Συνάντηση με ομοιοπαθή της. Προσπάθεια για δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στοργής & αναγνωρίσεως στην ασθενή.</p>	<p>Ο Νοσηλευτής πληροφόρησε την ασθενή ότι σύμφωνα με τις τελευταίες εξετάσεις η πορεία της ασθένειάς της εξελίσσεται πολύ καλά. Συνάντηση και συζήτηση της ασθενούς με άλλον ασθενή ο οποίος τύχαινε να είναι γυναίκα, μητέρα δύο παιδιών που έπασχε από την ίδια ασθένεια και ήρθε στο νοσοκομείο για να επισκεφθεί κάποιο συγγενικό της πρόσωπο. Προσέκλιση της προσοχής της ασθενούς σε καινούρια ενδιαφέροντα & αναγνώριση της ασθενούς σαν κοινωνικό ον. Σαν άτομο δηλαδή μπορεί</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αδυναμία να συνηθίσει την ιδέα της κολοστομίας.	Προσπάθεια να συνηθίσει να ζει με το πρόβλημά της.	Συμπαράσταση ψυχολογική και ενίσχυση της ασθενούς για να απασχολείται με δραστηριότητες ώστε να ξεφεύγει από τις σκέψεις της. Διάλογος με τους οικείους της	<p>να συνεισφέρει πολλά στην θεραπεία και επομένως να συμβάλλει στην γρήγορη ανάρρωσή της.</p> <p>Διδασκαλία στην ασθενή ότι πρέπει να έχει βαθιά πίστη στο Θεό και ποτέ να μην χάνει το θάρρος της.</p> <p>Ο νοσηλευτής εξηγεί στην ασθενή ότι πρέπει να μάθει να ζει με την ασθένειά της. Ότι το να φέρει μία κολοστομία δεν είναι και τόσο τραγικό. Δεν υπάρχει τίποτα που να την κάνει αποκρουστική για.</p>	<p>Η ασθενής εν μέρει ανακουφίστηκε και απομάκρυνε τους φόβους της και την απαισιοδοξία που την κυριεύε. Κατά βάθος όμως ένιωθε αναστατωμένη και ανήμπορη πια να συνεχίσει την ζωή.</p> <p>Ο ασθενής ένιωσε ότι όλοι θέλουν το καλό της και να την βοηθήσουν.</p> <p>Έπαψε να φέρεται σαν υστερική και απόκτησε</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		<p>ασθενούς ώστε να βοηθήσουν και αυτοί στην γρήγορη προσαρμογή της ασθενούς στον καινούριο τρόπο ζωής.</p>	<p>τους άλλους. Υπάρχουν άλλοι οι οποίοι είναι χειρότερα από αυτήν. Άτομα τα οποία είναι αναγκασμένα να μένουν για μια ζωή στο κρεβάτι, ή άτομα που έχουν χάσει βασικές ζωτικές λειτουργίες, με αποτέλεσμα η ζωή γι' αυτούς να είναι βαρετή.</p> <p>Δημιουργία ευκαιριών, έτσι ο ασθενής να τις χρησιμοποιεί δημιουργικά για να εκφράσει τον εαυτό του & να νομίζει ότι είναι χρήσιμος.</p> <p>Επικοινωνία με τους οικείους της & τον τρόπο με τον οποίο θα την βοηθήσουν να ξεπεράσει τα δυσάρεστα αισθήματά της ώστε να ζήσει άνετα & χωρίς κόμπλεξ για το πρόβλημά της.</p>	

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ II

Το δεύτερο άτομο που διάλεξα για την εργασία μου ήταν γυναίκα ηλικίας 82 ετών, καταγόταν από την Φλώρινα, ασχολία της ήταν τα οικιακά, ήταν ασφαλισμένη στο Ι.Κ.Α. και ήταν παντρεμένη.

Εισήλθε στο Υγεία στις 27/11/2007 στην Α΄ Χειρουργική Κλινική. Διάγνωση Ca παχέος εντέρου.

Η ασθενής αναφέρει ότι ο λόγος εισαγωγής της στο Νοσοκομείο ήταν η αφαίρεση μεγάλου πολύποδα που ευρέθη σε κολονοσκόπηση που είχε προηγηθεί, λόγω έντονης δυσκοιλιότητας που την ταλαιπωρούσε για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η ασθενής ήρθε στην Αθήνα όπου υπεβλήθη σε ορθοσιγμοειδοσκόπηση όπου ευρέθη πολύπους εντέρου ευρείας βάσεως $\approx 3\text{cm}$ στο όρια σιγμοειδούς κατιόντος καθώς και εξελκωμένο σωληνοσπλαχνικό μόρφωμα άνωθεν της οδοντωτής γραμμής. Συνεστήθη εισαγωγή στο νοσοκομείο για χειρουργική αφαίρεση του πολύποδα και του ανευρεθέντος μορφώματος. Έτσι στις 27/11 γίνεται εισαγωγή στο Νοσοκομείο, προγραμματίζονται και υλοποιούνται οι παρακάτω εξετάσεις:

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1) ΗΚΓ | 6) Καρκινικοί δείκτες |
| 2) Ακτινογραφία Θώρακος | 7) C-T scan εγκεφάλου – τραχήλου – θώρακος |
| 3) Γενική Αίματος | 8) Ολόσωμο scanning |
| 4) Βιοχημικός Έλεγχος | 9) Ορθοσιγμοειδοσκόπηση |
| 5) Έλεγχος πήκτικότητας αίματος | 10) Δακτυλική εξέταση |

Συγκεντρώνοντας όλο τον έλεγχο η Α΄ Χειρουργική Κλινική, στην οποία νοσηλεύεται η ασθενής συνιστά χειρουργική κοιλιοπεριναϊκή εκτομή και εξωτερίκευση του σιγμοειδούς σαν μόνιμη κολοστομία.

Στις 5/12 πραγματοποιήθηκε η χειρουργική επέμβαση με γενική αναισθησία και ολοκληρώθηκε χωρίς άμεσες ΜΤΧ επιπλοκές.

Η ασθενής ΜΤΧ καλύπτεται από τριπλό αντιβιοτικό σχήμα. Λαμβάνει 3kgg ορρών IV. Φέρει ρινογαστρικό καθετήρα Levin όπου παραχτεύει, ουροκαθετήρα κύστεως Folley, σωλήνα παροχέτευσης δουλγασσειου χώρου και μόνιμη κολοστομία. Η ασθενής δεν σιτίζεται εντερικά ή παρεντερικά μέχρι σήμερα 12/12/2007 όπου ελήφθη και το ιστορικό.

Η ΜΤΧ πορεία της μέχρι σήμερα – την 6^η ΜΤΧ ημέρα – υπήρξε ομαλή, πλην ατελούς ειλεού ο οποίος διαπιστωθεί ακτινολογικά.

Γίνεται στην άρρωστη υψηλός καθαρισμός υποκλυσμός από την κολοστομία

και αναμένεται λύση του ειλεού εντός 48 ωρών, αλλιώς θα χρειαστεί εκ νέου χειρουργική επέμβαση.

Θ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Νοσηλευτική Διάγνωση	Νοσηλευτικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Εκτίμηση των Αποτελεσμάτων της Νοσηλευτικής Φροντίδας
1) Μετεγχειρητικός Πόνος εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης	Σκοπός μας είναι να μειωθεί αρχικά και κατά δεύτερον να εξαλειφθεί ο πόνος	<p>Πρέπει να γίνουν:</p> <p>α) Εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος</p> <p>β) Αναπαυτική θέση της ασθενούς στο κρεβάτι</p> <p>γ) Στρώσιμο – τέντωμα κλινοσκεπασμάτων</p> <p>δ) Χορήγηση αναλγητικών συστηματικά /δωρο ή εάν κριθεί αναγκαίο και ενδιάμεσα των συστηματικών δόσεων ή</p> <p>ε) Χορήγηση αναλγητικών με αντλία συνεχούς έγχυσης</p>	Εξασφαλίστηκε ήσυχο περιβάλλον, τοποθετήθηκε η ασθενής σε αναπαυτική θέση, στρώθηκε εκ νέου το κρεβάτι της ασθενούς και χορηγήθηκε IM αναλγητική αγωγή (1 amp Zideron) σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Η ασθενής φαίνεται πιο ήρεμη. Η έκφραση του προσώπου της είναι γαλήνια και μας διαβεβαιώνει ότι δεν πονά. Αποζητά παρέα και διάλογο.

<p>2) Μετεγχειρητικός ειλεός εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης</p>	<p>Σκοπός μας είναι να επέλθει λύση του ειλεού, ώστε να μην χρειασθεί η ασθενής να χειρουργηθεί ξανά.</p>	<p>Πρέπει να γίνουν:</p> <p>α) Ακτινολογική επιβεβαίωση του ειλεού</p> <p>β) Ακρόαση περισταλτικών κινήσεων του εντέρου</p> <p>γ) Κινητοποίηση της ασθενούς ώστε να αυξηθούν οι περισταλτικές κινήσεις του εντέρου</p> <p>δ) Χορήγηση καθαρτικών υπόθετων</p> <p>ε) Καθαρτικοί υποκλυσμοί από την</p>	<p>Έγινε ακτινολογική επιβεβαίωση του ειλεού.</p> <p>Ακρόαση του εντέρου και δεν διαπιστώθηκαν εντερικοί ήχοι.</p> <p>Χορηγήθηκαν 2 υπόθετα Dulcolax και έγινε υψηλός καθαρτικός υποκλυσμός από την κολοστομία με διάλυμα παραφινέλαιου και νερού</p>	<p>Δεν υπήρξαν ορατά αποτελέσματα λύσης του ειλεού. Η ασθενής δεν αισθάνθηκε περισταλτικές εντερικές κινήσεις ούτε διαπίστωσε να γεμίζει ο σάκος της κολοστομίας με αέρια.</p> <p>Επανάληψη των ιδίων μέτρων και την επόμενη ημέρα και παρακολούθηση</p>
<p>3) Αύξηση θερμοκρασίας σώματος εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης</p>	<p>Σκοπός μας είναι να διατηρηθεί η θερμοκρασία σε φυσιολογικά επίπεδα</p>	<p>Πρέπει να γίνουν:</p> <p>A) Θερμομέτρηση ανά 3ωρο</p> <p>B) Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων</p> <p>Γ) Ενθάρρυνση της ασθενούς για λήψη χλιαρού λουτρού</p> <p>Δ) Χορήγηση αντιπυρετικών βάσει ιατρικών οδηγιών</p>	<p>Έγινε θερμομέτρηση και διαπιστώθηκε ↑ θερμοκρασίας στους 38,6° C. Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα έγινε χλιαρό λουτρό και χορηγήθηκε αντιπυρετική αγωγή 1M (1amp Apotel)</p>	<p>Η ασθενής είχε καλή ανταπόκριση στη νοσηλευτική παρέμβαση.</p> <p>Η θερμοκρασία της μειώθηκε στους 37° C, ενώ η ίδια βρισκόταν σε καλή διάθεση.</p> <p>Εξακολουθεί η ανά 3ωρο θερμομέτρηση</p>

<p>4) Ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης της ασθενούς εξαιτίας αλλαγής σωματικού ειδώλου</p>	<p>Σκοπός μας είναι:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ενθάρρυνση της ασθενούς να εκφράσει τους φόβους και τις αγωνίες της 2) Μείωση του άγχους και της θλίψης, καθώς και η ενεργοποίηση αντιροπιστικών μηχανισμών 	<p>Πρέπει να γίνουν:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Αφιέρωση αρκετού χρόνου στην ασθενή ώστε να ακούσουμε προσεκτικά τους προβληματισμούς της. 2) Εξασφάλιση κλίματος εμπιστοσύνης δείχνοντας αποδοχή, αλλά θέτοντας και όρια ανάρμοστης συμπεριφοράς. Συμπεριφορά ψύχραιμη και ρεαλιστική. 3) Ενημέρωση της ασθενούς για τους λόγους που έγινε η κολοστομία 4) Ενθάρρυνση της ασθενούς να περιποιείται την κολοστομία μόνη της. 5) Προγραμματισμός συνάντησης με άλλο άτομο κατά προτίμηση ίδιου φύλου και ηλικίας που φέρει κολοστομία και έχει προσαρμοστεί 	<p>Έγιναν</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Αναγνώριση σημείων και συμπτωμάτων διαταραχής της αυτοεκτίμησης (π.χ. λεκτικά ή μη στοιχεία που υποδηλώνουν αρνητική αντίδραση στις αλλαγές λειτουργίας ή εμφάνισης του σώματος) προτρέποντας την ασθενή να αρχίζει να κοιτά την κολοστομία. 2) Ενημέρωση της ασθενούς για τους λόγους ύπαρξης της κολοστομίας και διδασκαλία περιποίησης της από την ίδια την ασθενή. 3) Προγραμματίστηκε συνάντηση της ασθενούς με άλλη ασθενή (η οποία έφευγε με 	<p>Η ασθενής δείχνει ανακουφισμένη και ικανή να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το πρόβλημα, όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Τα λεγόμενά της ότι είναι σε θέση να αποδεχθεί και να φροντίζει μόνη της την κολοστομία. 2) Την θέλησή της να συμμετάσχει στη θεραπευτική αγωγή και στο όλο πλάνο αποθεραπείας και αυτοεξυπηρέτησης. 3) Την αποδοχή και χρησιμοποίηση των παρεχομένων και προτεινόμενων τρόπων αυτοφροντίδας.
--	--	--	--	---

		<p>επιτυχώς σ' αυτή την κατάσταση.</p> <p>6) Προγραμματισμός επαφής της ασθενούς με φαρμακευτικές εταιρείες που διακινούν προϊόντα περιποίησης των κολοστομιών.</p> <p>7) Προγραμματισμός επαφής της ασθενούς με τα υπάρχοντα συστήματα υποστήριξης και τους κοινωνικούς φορείς που ασχολούνται με τα συγκεκριμένα θέματα (π.χ. ομάδες αντιμετώπισης του stress ή σύλλογοι ασθενών με στομία, κ.τ.λ)</p> <p>8) Συνεργασία με το θεράποντα ιατρό σχετικά με την ψυχιατρική υποστήριξη της ασθενούς εάν υπάρχει ένδειξη.</p>	<p>εξιτήριο) που είχε κολοστομία και αντιμετώπιζε με ρεαλισμό και ψυχραιμία το πρόβλημά της.</p> <p>4) Προγραμματίστηκε επαφή της ασθενούς με φαρμακευτική εταιρεία που ασχολείται με κολοστομηθέντες ασθενείς εντός της 2^η MTX εβδομάδας.</p> <p>5) Χορήγηση αγχολυτικών και αντικαταθλιπτικών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>6) Ενημέρωση της ασθενούς ότι μία συμβουλευτική συνάντηση με ειδικό γιατρό (ψυχίατρο) αποτελεί βασικό βήμα βοήθειας επίλυσης του προβλήματος της αυτοαπόρριψης επιτυχώς.</p>	<p>4) Την έλλειψη αντικοινωνικής συμπεριφοράς τόσο ως προς τον εαυτό της όσο και προς τους άλλους.</p> <p>5) Τη σωστή χρήση των αντιρροπιστικών μηχανισμών άμυνας.</p> <p>6) Τη θέλησή της να γνωρίσει κι άλλα κολοστομηθέντα άτομα.</p> <p>7) Το ενδιαφέρον της να επικοινωνήσει με κοινωνικούς φορείς στήριξη μέχρι τέλος</p> <p>8) Την αποδοχή μελλοντικής ψυχιατρικής υποστήριξης</p>
<p>5) Αυξημένος κίνδυνος βλάβης του δέρματος πέριξ της κολοστομίας</p>	<p>Σκοπός μας είναι:</p> <p>1) Να ενημερωθεί η ασθενής ότι υπάρχει</p>	<p>Πρέπει να γίνουν:</p> <p>1) Συχνός έλεγχος δέρματος γύρω από την κολοστομία.</p>	<p>Έγιναν:</p> <p>1) Συχνός έλεγχος των περιοχών του δέρματος που είναι σε</p>	<p>Η ασθενής παρουσιάζει φυσιολογική επούλωση του τραύματος, διατηρεί την</p>

	<p>αυξημένος κίνδυνος διάβρωσης του δέρματος περίξ της στομίας εξαιτίας των παροχτετευομένων υγρών τα οποία είναι πλούσια σε πρωτεολυτικά ένζυμα, ώστε να προληφθεί έγκαιρα το φαινόμενο.</p> <p>2) Να μάθει η ασθενής να αναγνωρίζει έγκαιρα σημεία και συμπτώματα λύσης συνέχειας του δέρματος ή φλεγμονής γύρω από την κολοστομία</p> <p>3) Να διδάξουμε την ασθενή να φροντίζει</p>	<p>2) Προγραμματισμός επαφής της ασθενούς με φαρμακευτική εταιρεία διακίνησης προϊόντων κολοστομίας.</p> <p>3) Διδασκαλία της ασθενούς όσον αφορά:</p> <p>α) στεγανότητα δέρματος</p> <p>β) φροντίδα μη επαφής παροχτετευομένων υγρών με το γύρω υγιές δέρμα</p> <p>γ) αλλαγής συστήματος</p> <p>δ) καθαρισμού της περιοχής</p> <p>ε) τρόπων συγκράτησης του συστήματος συλλογής χωρίς να δημιουργούνται πειστικά φαινόμενα</p>	<p>επαφή με την αυτοκόλλητη ταινία και περίξ της κολοστομίας για σημεία και συμπτώματα λύσης συνέχειας του δέρματος, καυσαλγία και αδυναμία διατήρησης του σάκου κολοστομίας στη θέση του.</p> <p>2) Ελήφθησαν μέτρα πρόληψης και προστασίας από ερεθισμό ή λύση συνέχειας του δέρματος γύρω από την στομία ως εξής:</p> <p>α) αφαίρεση των περίξ τριχών χρησιμοποιώντας ηλεκτρική μηχανή ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη εφαρμογή του συστήματος</p> <p>β) κάνοντας test ευαισθησίας σε όλα τα προϊόντα που έρχονται σε επαφή με το δέρμα πριν τη τακτική χρήση τους</p>	<p>ακεραιότητα του δέρματος όπως διαπιστώνεται από την απουσία σημείων και συμπτωμάτων φλεγμονής ή λύσης.</p> <p>Δείχνει θετική διάθεση απέναντι στην διδασκαλία που της έγινε και δηλώνει έτοιμη να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει προβλήματα που τυχόν εμφανιστούν</p>
--	---	---	---	--

	<p>μόνη της την πέριξ της κολοστομίας περιοχή αποτελεσματικά.</p>		<p>γ) αλλάζοντας το σύστημα συλλογής όχι συχνότερα από 3-7 ημέρες δ) αποφεύγοντας την επαφή με το δέρμα των αποβαλλόμενων υγρών ε) καθαρίζοντας το δέρμα γύρω από την κολοστομία με καθαριστικό δέρματος που δεν αφήνει υπόλειμμα ή με ένα ήπιο σαπούνι και χλιαρό νερό στ) επαλείφοντας με στεγανοποιητικό υλικό και όχι της επιβολής στιβάδα του δέρματος. 3) Ενημέρωση και διδασκαλία της ασθενούς να μετρά το μέγεθος της κολοστομίας συχνά κατά τις 6 πρώτες μετεγχειρητικές εβδομάδες και</p>	
--	---	--	---	--

			<p>να τροποποιεί το μέγεθος των ανοιγμάτων της προστατευτικής βάσης των σάκων συλλογής καθώς μειώνεται το οίδημα.</p> <p>4) Άδειασμα του σάκου όταν γεμίζει κατά το 1/3 ή 1/2 της χωρητικότητάς του ή όταν είναι διατεταμένος από αέρα, ώστε να μην παραβλέπεται η στεγανότητα του συστήματος</p> <p>5) Έλεγχος του σάκου ώστε να μην ασκείται πίεση στο δέρμα</p>	
--	--	--	--	--

Ο ρόλος του νοσηλευτή- τριας στην αποκατάσταση του ασθενούς με καρκίνο

Σήμερα η αποκατάσταση του αρρώστου με καρκίνο παχέος εντέρου, και γενικότερα με καρκίνο σωματική και ψυχοσωματική θεωρείται αναπόσπαστο τμήμα της όλης θεραπευτικής προσπάθειας και αρχίζει από τη στιγμή που γίνεται γνωστή η διάγνωση της νόσου. Ποια είναι η αξία να σωθεί μια ζωή αν το άτομο δεν αποκατασταθεί ψυχικά και δεν ενταχθεί ξανά μέσα στην κοινωνική δραστηριότητα; Με τη λέξη αποκατάσταση εννοούμε την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενη του κατάσταση, ύστερα από διατάραξη ή αλλαγή που δέχτηκε. Σωματικά η χειρουργική θεραπεία για καρκίνο προκαλεί σοβαρές αναπηρίες, (απώλεια ομιλίας, κολοστομίες, μείωση αναπνευστικής ικανότητας κ.τ.λ.). Παράλληλα η μορφολογική εμφάνιση του ατόμου, η εικονική του ταυτότητα αλλάζει (μαστεκτομή, ακρωτηριασμοί κ.λ.π.). Οι αλλαγές αυτές στη σωματική λειτουργία και εμφάνιση μαζί με το φόβο που προκαλεί η διάγνωση του καρκίνου, εκτροχιάζουν ψυχολογικά το άτομο, το απομονώνουν κοινωνικά, το αποξενώνουν από το νόημα της ζωής.

Σήμερα όταν μιλούμε για αποκατάσταση εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητές που έχει –βιοψυχολογικές– όσο και αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει «ποιότητα ζωής». Για να δίνει αυτό, η αρρώστια και στην προκειμένη περίπτωση ο καρκίνος του παχέος εντέρου, δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο οργανικά –που η αντιμετώπιση στο χώρο αυτό είναι πολλές φορές ανύπαρκτη– αλλά συγχρόνως ψυχολογικά και κοινωνικά. Από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου όλα τα μέλη της ομάδας υγείας θα πρέπει να κρατήσουν στάση κατανόησης και σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο. Γι' αυτό θα πρέπει η υποστήριξη του αρρώστου να αρχίζει από το στάδιο της διάγνωσης, δηλαδή πριν κατασταλάξουν τα συναισθήματά του και αρχίσει να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που είναι δύσκολο να επηρεάσουμε ή να ελέγξουμε αργότερα.

Στη φάση της αποκαταστάσεως του αρρώστου μαζί με το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να συμμετέχει και η οικογένεια του αρρώστου καθώς και το κοινωνικό περιβάλλον του. Η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου στη συγκεκριμένη περίπτωση έχουν διπλή όψη: Α) έχουν θετικό και υποστηρικτικό ρόλο για τον άρρωστο Β) έχει ανάγκη το νοσηλευτικό προσωπικό για υποστήριξη. Η αρρώστια αλλά και οι περιπτώσεις της θεραπείας (ακρωτηριασμοί μελών, κολοστομία, αλωπεκία κ.ά.) απαιτούν αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν

ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη συμπαράσταση και κατάρτιση (εκμάθηση τεχνικών).

Ο άρρωστος θα πρέπει να εναρμονίσει τη ζωή του με την ποιότητα ζωής που μπορεί να έχει με τις ικανότητες που του έχουν μείνει. Για να γίνει πράξη, η φιλοσοφία της αποκαταστάσεως θα πρέπει οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο, να φροντίζονται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας στην ψυχολογία του αρρώστου με καρκίνο και στην καρκιнологία. Ακόμα η συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση των μελών της ομάδας υγείας, καθώς και η ενημέρωση του κοινού με επιστημονικό μελετημένο τρόπο, ώστε η έννοια καρκίνος από πρόβλημα που θεωρείται σήμερα να κατευθύνει προς την αποκατάστασή του. Ένας ακόμα παράγοντας για την υλοποίηση της σύγχρονης φιλοσοφίας της αποκαταστάσεως του αρρώστου με καρκίνο αποτελούν τα ειδικά προγράμματα αποκαταστάσεως του αρρώστου. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αρχίζει στο νοσοκομείο και θα συνεχίζεται, πολλές φορές μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του αρρώστου στο σπίτι με τη βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας (πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας) και με τα κέντρα ψυχοκοινωνικής αποκαταστάσεως του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου. Έτσι το τελικό αποτέλεσμα θα εξαρτηθεί από την συμβολή του καθενός.

Συμπεράσματα – Επίλογος

Οι διαπιστώσεις και τα συμπεράσματα που βγαίνουν από την όλη μελέτη της εργασίας είναι ότι η έγκαιρη διάγνωση, η πρόληψη, η σωστή θεραπεία και η ενημέρωση, θα καταστήσουν το πρόβλημα του καρκίνου παχέος εντέρου μικρότερο σε συχνότητα και σε βαθμό κινδύνου.

Η πρόωμη ανακάλυψη του καρκίνου επιτυγχάνεται με κατά διαστήματα λεπτομερή φυσική δακτυλική εξέταση από τον κόλπο και το ορθό, έμμεση λαρυγγοσκόπηση, ακτινογραφία θώρακος, τεστ Παπανικολάου, εξέταση κοπράνων για ανίχνευση αίματος και μαστογραφία. Η συχνότητα με την οποία θα πρέπει να επαναλαμβάνονται οι πιο πάνω εξετάσεις ποικίλει ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς, με την εμφάνιση και επιμονή των συμπτωμάτων και με τον αυξημένο δείκτη υποψίας του γιατρού. Εάν λοιπόν κάθε άτομο συνειδητοποιούσε την σημασία αυτών των εξετάσεων θα περιοριζόταν σε σημαντικό βαθμό ο αριθμός των ασθενών αυτών που ενώ η κατάστασή τους είναι σοβαρή, ο καρκίνος δηλαδή βρίσκεται σε

προχωρημένο στάδιο, μόλις τότε επισκέπτονται το γιατρό τους. Και αυτό βέβαια οφείλεται είτε σε αμέλεια είτε από την κακή ενημέρωση και διαφώτιση των ανθρώπων για το τεράστιο αυτό πρόβλημα που λέγεται καρκίνος.

Τα περισσότερα λοιπόν συγκλίνουν στο αποτέλεσμα ότι η εκπαίδευση και η συνεχής επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού θα συμβάλλουν στη σωστή αντιμετώπιση και θεραπεία του αρρώστου με καρκίνο. Η ανάγκη της καλύτερης ενημέρωσης και εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού στην ογκολογική νοσηλευτική, είναι σημαντική για την παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο. Βασικός στόχος όλων των παραπάνων είναι η διαφώτιση του κοινού, σε ότι αφορά τα πρώιμα συμπτώματα του καρκίνου και τη σκοπιμότητα της προληπτικής εξέτασης. Κάθε ασθενής εξ' άλλου είναι ένας άνθρωπος με δικαίωμα στη ζωή και το δικαίωμά του αυτό δεν μπορεί να του το στερήσει κανείς, ούτε και ο ίδιος στον εαυτό του.

Τέλος αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια γίνεται, παγκοσμίως, μια συντονισμένη προσπάθεια με στόχο τη μείωση των περιστατικών που πάσχουν από καρκίνο (πρόγραμμα «Ευρώπη κατά του καρκίνου»). Σήμερα πολλές μορφές καρκίνου θεραπεύονται, παρ' όλα αυτά όμως, γίνονται πολύχρονες προσπάθειες, ώστε να ανακαλυφθεί εκείνο το φάρμακο που θα είναι δραστικό μόνο στα νεοπλασματικά κύτταρα, χωρίς να προσβάλλει τους υγιείς ιστούς.

Βιβλιογραφία

Αθανάτου Ε. Παθολογική και χειρουργική κλινική Νοσηλευτική, Έκδοση Στ΄ Βελτιωμένη, Αθήνα 2000.

Αθανάτου Ε. κλινική Νοσηλευτική, Έκδοση ΙΕ Αναθεωρημένη, Αθήνα 2004.

Γαρδίκας Κ. ειδική νοσολογία, επιστημονικές εκδόσεις Πασισιανός, Αθήνα 2005.

Δούτα Ν. ελληνική αντικαρκινική εταιρεία νοσηλευτικών σπουδών, Αθήνα 1998.

Dolliger M. Rosenbaur – Gable G., Ο καρκίνος, Εκδόσεις Κάτοπτρο 1992.

Engram B., Νοσηλευτική φροντίδα στην παθολογία και χειρουργική, Επιμέλεια: Καραχάλιος Γ., Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, 1997.

Ένθετο εφημερίδας «ΕΘΝΟΣ», Ειδική έκδοση από την Ιατρική Σχολή του Χάρβαρντ, Καρκίνος Παχέος Εντέρου, Έκδοση 2001.

Ένθετο εφημερίδας «ΤΑ ΝΕΑ» Ειδική Έκδοση «Τα Νέα», Επίθεση στον καρκίνο, έκδοση 2007.

Hole J. Human Anatomy Physiology, edition sixth, Publishery Brown 1993.

Κάζος Μ. – Παρασκευάς Γ., στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου, έκδοση 1^η, 1996.

Keirl – Wise b. – Krebs C., Ανατομία και Φυσιολογία του Ανθρώπινου Σώματος, Επιμέλεια Καραχάλιος, Έκδοση 3^η, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, 1996.

Kingrahm S – Galmim R., Ανακουφιστική Νοσηλευτική εξασφαλίζοντας ελπίδα και ποιότητα ζωής, Επιμέλεια Θεοδοροπούλου Ε., Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2004.

Lippert H., Ανατομική, Έκδοση 5^η, Εκδόσεις «Παρισιανός» ΑΘΗΝΑ 1993.

Μαλγαρινού Α. – Κωνσταντινίδου Φ., Νοσηλευτική Παθολογική – Χειρουργική. Τόμος Β΄ Μέρος 2^ο έκδοση 19^η Εκδόσεις «Ταβίθα», Αθήνα 2000.

Μαλγαρινού Α. – Κωνσταντινίδου Φ., Νοσηλευτική Παθολογική – Χειρουργική. Τόμος Α΄, έκδοση 24^η Εκδόσεις «Ταβίθα», Αθήνα 2002.

Μουτσόπουλος Μ. – Εμμανουήλ Σ., Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας, Ιατρικές εκδόσεις «Λιτσα», Αθήνα.

Pearce E., Ανατομία και Φυσιολογία για Νοσηλευτές, Επιμέλεια Αβραάμ, Έκδοση 10^η, 1995.

Πετρίδης Α., Εγχειρίδιο Χειρουργικής, Έκδοση 5^η, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», Αθήνα 2004.

Σαχινή – Καρδάση Α. Πάνου Μ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις «ΒΗΤΑ», Αθήνα 2003.

Σαχινή – Καρδάση Α. Πάνου Μ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις «ΒΗΤΑ», Αθήνα 2003.

Τσακρακλίδης Β., Βασική Ανατομική, Έκδοση Γ΄, Εκδόσεις «ΒΗΤΑ», 1999.

Τριχόπουλος Δ. – Τριχοπούλου Α., Προληπτική Ιατρική, Εκδόσεις «Παρισσιανός», Αθήνα 1986.

Ulriche – Canale – Wendell, Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας, Έκδοση 3^η, Ιατρικές, Λαγός Π. Δημήτριος, Αθήνα 1997.

Weston T., Άτλας Ανατομίας, Μετάφραση Σοκοδήμος Α., Εκδόσεις «Κισσός» 1992.

Williams K. – Baldonado A. – Deboran D., Γενική Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Επιμέλεια, Καραχάλιος Γ., Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», 1999.

www.boboc.org	18/10/07
www.colorpast.gr	18/10/07
www.colorectal.gr	18/10/07
www.cull.gr	18/10/07
www.disabled.gr	18/10/07
www.edier.gr	18/10/07
www.eligase.gr	18/10/07
www.fyssas.gr	18/10/07
www.gcp.gr	18/10/07
www.geociues.com	18/10/07
www.health.gr	18/10/07
www.health.guide.online.com	18/10/07
www.hygeia.gr	18/10/07
www.iator.gr	18/10/07
www.iatronet.gr	18/10/07
www.medlab.cs.uoi.gr	18/10/07
www.inlatisis.gr	18/10/07
www.inpap.org	18/10/07
www.lungcancer.gr	18/10/07
www.medicum.gr	18/10/07
www.mednutricion.gr	18/10/07
www.medtime.gr	18/10/07
www.myworld.gr	18/10/07
www.oncoligy.gr	18/10/07
www.roche.gr	18/10/07
www.wyeth.gr	18/10/07