

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ**

**ΣΧΟΛΗ:ΣΕΥΠ**

**ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ-  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**

**Παπαδοπούλου Θεοδώρα**

**Σαριδάκη Μαρία**

**Εισηγήτρια:**

**Σαλάτα Αποστολία MSC**

**Καθηγήτρια Εφαρμογών**

**ΠΑΤΡΑ 2013**

## Πίνακας περιεχομένων

ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	6

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.1 Εξωτερικά γεννητικά όργανα .....	7
1.2 Εσωτερικά γεννητικά όργανα .....	8-9
1.3 Θέση, μέγεθος και στήριξη μήτρας .....	10

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

2.1 Ορμονικό σύστημα της γυναίκας .....	11
2.2 Καταμήνιος ωοθηκικός κύκλος .....	11-12
2.3 Γονιμοποίηση .....	12
2.4 Εμμηνόπαυση .....	12

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

3.1 Επιδημιολογία .....	13
3.2 Αιτιολογικοί-Προδιαθεσικοί Παράγοντες.....	13-16

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ-ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

4.1 Ανατομική και παθολογική διάκριση του καρκίνου .....	17-18
4.2 Σταδιοποίηση .....	18

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

5.1 Ορισμός καρκίνου.....	19
5.2 Στάδια και διασπορά του καρκίνου .....	19
5.3 Συμπτώματα του καρκίνου .....	19-20

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

6.1 Πυελική εξέταση .....	21
6.2 Τεστ Παπανικολάου.....	21-22
6.2.1 Ευρήματα τεστ -Παπ.....	22

6.2.2 Αποτελέσματα τεστ-Παπ.....	22-23
6.3 Καλλιέργεια κολπικού υγρού.....	23
6.4 Κολποσκόπηση.....	23
6.5 Κυτταρολογία τραχήλου.....	23-24
6.6 Ορμονικές εξετάσεις αίματος.....	24
6.7 Υπερηχογράφημα.....	24
6.8 Λαπαροσκόπηση.....	25
6.9 Βιοψία.....	25
6.10 Διαστολή και απόξεση.....	25
6.11 Υστεροσκόπηση.....	26
6.12 Διαφορική διάγνωση.....	26

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

7.1 Πρόληψη και πληροφόρηση.....	27
7.2 Πρωτογενής και Δευτερογενής πρόληψη.....	27-28
7.3 Εμβολιασμός κατά του καρκίνου.....	28-29

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

8.1 Χειρουργική θεραπεία.....	30
8.1.1 Υστερεκτομή.....	30-31
8.1.2 Laser.....	31-32
8.2 Χημειοθεραπεία.....	32
8.2.1 Βλαπτική επίδραση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.....	32-33
8.2.2 Ανεπιθύμητες ενέργειες χημειοθεραπείας.....	33
8.3 Ακτινοθεραπεία.....	33-34
8.3.1 Βασικές αρχές ακτινοθεραπείας.....	34
8.3.2 Ανεπιθύμητες ενέργειες ακτινοθεραπείας.....	35
8.3.3 Επιπλοκές ακτινοθεραπείας.....	35-36
8.4 Παρηγορητική θεραπεία.....	36

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

1.1 Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την εισαγωγή ασθενούς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.....	38
--	----

1.2 Σκοποί της φροντίδας .....	39
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ</b>	
2.1 Πυελική εξέταση .....	40
2.2 Τεστ-Παπ .....	41
2.3 Βιοψία τραχήλου.....	41
2.4 Κολποσκόπηση .....	41-42
2.5 Διαστολή και απόξεση .....	42
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	
3.1 Προεγχειρητική φροντίδα.....	43
3.1.1 Προεγχειρητικές νοσηλευτικές ενέργειες .....	43-45
3.1.2 Διαγνωστικές εξετάσεις πριν την εγχείρηση .....	45
3.1.3 Ψυχολογική ετοιμασία.....	45-46
3.1.4 Ανάπαυση- Ύπνος .....	46
3.2 Μετεγχειρητικές νοσηλευτικές ενέργειες κατά την ανάνηψη .....	46-47
3.3 Μετεγχειρητικές νοσηλευτικές ενέργειες στο τμήμα.....	47-48
3.4 Μετεγχειρητικά προβλήματα και νοσηλευτική φροντίδα .....	48
3.4.1 Πόνος.....	48-49
3.4.2 Ναυτία- Έμετος.....	49
3.4.3 Δίψα .....	50
3.4.4 Διάταση κύστεως.....	50
3.4.5 Ανησυχία- Δυσφορία .....	50
3.4.6 Δυσκοιλιότητα.....	51
3.5 Μετεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση στην υστερεκτομή .....	51-52
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	
4.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε εξωτερική ακτινοθεραπεία.....	53
4.2 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε εσωτερική ακτινοθεραπεία .....	53
4.3 Μέτρα προστασίας από την ακτινοθεραπεία.....	54
4.4 Νοσηλευτική φροντίδα στις παρενέργειες ακτινοθεραπείας .....	54
4.4.1 Δέρμα.....	54-55
4.4.2 Ναυτία- Έμετος.....	55
4.4.3 Διάρροια.....	55
4.5 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία .....	56-57
4.6 Νοσηλευτική φροντίδα στις παρενέργειες χημειοθεραπείας.....	57
4.6.1 Αλωπεκία.....	57
4.6.2 Στοματίτιδα .....	58

4.6.3 Δυσκοιλιότητα.....	58
4.6.4 Κυστίτιδα .....	59
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ</b>	
5.1 Στάδια.....	60-61
5.2 Συμπτώματα συναισθηματικών ψυχικών διαταραχών σε γυναίκες με καρκίνο .....	61
5.2.1 Απώλεια της θηλυκότητας .....	61
5.2.2 Σεξουαλική δυσλειτουργία και σχέση γυναίκας-συντρόφου.....	61-62
5.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή- συναισθηματική υποστήριξη σε γυναίκες με καρκίνο .....	62
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ- ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ</b>	
6.1 Σκοποί διδασκαλίας .....	63
6.2 Σκοποί της εκπαίδευσης.....	63-64
6.3 Αρχές και μέθοδοι διδασκαλίας.....	64
6.3.1 Αρχές μάθησης.....	64
6.3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη μάθηση .....	64-65
6.3.3 Αρχές διδασκαλίας .....	65
6.3.4 Διδακτικές ικανότητες των νοσηλευτών.....	65
6.3.5 Αξιολόγηση της κατάστασης και των αναγκών του αρρώστου .....	65-66
6.3.6 Αποτελεσματικότητα της διδασκαλίας.....	66
6.4 Σχεδιασμός εξόδου ασθενούς από το νοσοκομείο .....	66-67
6.5 Κατ οίκον φροντίδα.....	67-68
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ</b>	
7.1 1 <sup>ο</sup> Περιστατικό .....	69-76
7.2 2 <sup>ο</sup> Περιστατικό .....	77-83
<b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	84
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Είναι γνωστό ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες που απειλούν την υγεία μας. Πολλοί από αυτούς τους παράγοντες οδηγούν σε σοβαρές παθήσεις. Μια από αυτές τις σοβαρές παθήσεις στην οποία θα αναφερθούμε είναι ο καρκίνος ο οποίος εμφανίζεται με πολλές μορφές. Είναι ένα τεράστιο δίλλημα στο τι να θεωρήσει κανείς σαν κυτοφυσιολογία του καρκίνου, καθώς επίσης υπάρχει μια μεγάλη δυσκολία πως μια κακοήθη νεοπλασία ξεχωριστά έχει την δική της αιτιολογία, παθογένεια και φυσική ιστορία. Όπως είναι γνωστό ο Ιπποκράτης ήταν αυτός που έδωσε στην πάθηση του καρκίνου το όνομα της. Παρομοίωσε τον όγκο με την εικόνα του κάβουρα. Πολλοί αργότερα ο Valsalva, το 1704 υποστήριξε ότι αρχικά ο καρκίνος ήταν ένα τοπικό φαινόμενο που μπορούσε να αφαιρεθεί χειρουργικά ενώ σε ποιο προχωρημένο στάδιο ο καρκίνος μπορούσε μέσω των λεμφαγγείων να μεταφερθεί αλλού στο σώμα. Ο καρκίνος είναι μια πάθηση η οποία μπορεί να προσβάλλει κάθε ιστό και όργανο του σώματος. Ο όρος αναφέρεται σε περίπου 150-200 διαφορετικές παθήσεις ωστόσο έχουν δυο κοινά χαρακτηριστικά στοιχεία: την απεριόριστη αύξηση των κύτταρων και τις δυσλειτουργίες τις οποίες προξενεί αυτή.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην πτυχιακή εργασία θα αναφερθούμε στον καρκίνο του τράχηλου της μήτρας ο οποίος μαστίζει όλο και περισσότερες γυναίκες τα τελευταία χρόνια. Στη συνέχεια, στο γενικό μέρος θα αναλύσουμε την ανατομία και τη φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας καθώς και τους αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του καρκίνου. Επίσης, θα μιλήσουμε για την έννοια του καρκίνου, τα συμπτώματα του και τις διαγνωστικές εξετάσεις που πρέπει να υποβάλλεται κάθε γυναίκα με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του. Ωστόσο, σημαντική είναι η αναφορά μας στην πληροφόρηση και την πρόληψη όλων των γυναικών έναντι του καρκίνου. Επί προσθέτως, θα αναφέρουμε όλες εκείνες τις μεθόδους θεραπείας (χειρουργική θεραπεία, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία) που συμβάλλουν στη βελτίωση του καρκίνου.

Στο ειδικό μέρος, θα επικεντρωθούμε στη νοσηλευτική φροντίδα των διαγνωστικών εξετάσεων και τη νοσηλευτική παρέμβαση στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική πορεία καθώς, την ψυχολογική υποστήριξη από τους νοσηλευτές και τη διδασκαλία-εκπαίδευση στην κατ οίκον φροντίδα. Τέλος, η πτυχιακή μας εργασία ολοκληρώνεται με την αναφορά δυο σεναρίων που αναλύονται με τη μέθοδο νοσηλευτικών διεργασιών.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες. Οι στατιστικές δείχνουν ότι αποτελεί την δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες. Συνήθως προσβάλλει ανθρώπους μεγάλης ηλικίας, υπάρχουν όμως και μορφές καρκίνου που εμφανίζονται σε νεαρής ηλικίας άτομα. Στις γυναίκες ένας από τους πιο συχνούς καρκίνους είναι του τραχήλου της μήτρας, που θεωρείται ο τρίτος πιο διαδεδομένος καρκίνος στον κόσμο. Είναι ο δεύτερος μετά τον καρκίνο του μαστού και κυριότερη αιτία θανάτου στις γυναίκες στις αναπτυσσόμενες χώρες.

«Η γνώση είναι δύναμη». Η γυναίκα οφείλει να γνωρίζει το σώμα της που βρίσκεται σε άμεση σχέση με το άμεσο αλλά και το ευρύτερο περιβάλλον της. Οι αμφίδρομες επιδράσεις της στην οικογένεια, στον κοινωνικό ιστό, στην εξέλιξη γενικότερα σχετίζονται άμεσα με το σώμα της. Κεντρικό ρόλο, σε αυτή την διαδικασία παίζει το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας.

Σκοπός της εργασίας μας αποτελεί η ενημέρωση της εφήβου με απλά λόγια και με πολλές εικόνες που ανακαλύπτει το σώμα της, την γυναίκα που δημιουργεί, την γυναίκα μετά την εμμηνόπαυση που αγαπάει το σώμα της, το φύλλο της, την ομορφιά της. Επίσης, θα αναφερθούν όλοι εκείνοι οι παράγοντες που προδιαθέτουν σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, την σπουδαιότητα των διαγνωστικών εξετάσεων με την πολύτιμη ανακάλυψη του αείμνηστου Γεωργίου Παπανικολάου του οποίου η διαγνωστική μέθοδος κατέκτησε ολόκληρο τον κόσμο (το γνωστό pap test) και κατέστη δυνατή η σωτηρία χιλιάδων γυναικών και τέλος θα αναφερθούμε στην παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας της ασθενούς.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας όπως αυτό του άντρα μπορεί να διαιρεθεί τοπογραφικός και εμβρυολογικός σε έσω και έξω γεννητικά όργανα.

Τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας περιλαμβάνουν την ωοθήκη, την σάλπιγγα, ή ωαγωγό, την μήτρα και τον κόλπο. Τα έξω γεννητικά όργανα περιλαμβάνουν το μείζον χείλος, το ελάσσων χείλος, τον πρόδρομο του κολεού, τους αδένες του πρόδρομου και την κλειτορίδα. Συνήθως, στην κλινική πράξη ο όρος το αιδοίο αναφέρεται στα έξω γεννητικά όργανα περιλαμβανομένων και του στομίου της ουρήθρας, του κολεού και του εφηβαίου όρους (Helga Fritsch, Wolfgang Kahnel, 2009).

#### 1.1 Εξωτερικά γεννητικά όργανα

##### Αιδοίο

Το αιδοίο αποτελεί το έξω γεννητικό όργανο της γυναίκας και εκτείνεται από την ηβική χώρα μέχρι το περίνεο. Στα πλάγια αφορίζεται από τα ριζομήρια, ενώ κατά τη μεσότητά του διασχίζεται από μια προσθοπίσθια σχισμή την αιδοϊκή σχισμή. Απαρτίζεται από διάφορα μέρη που είναι τα ακόλουθα:

**1)Εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης:** Το εφήβαιο είναι ένα τριγωνικό έπαρμα (με την κορυφή προς τα κάτω)που βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση, σκεπάζεται με τρίχες μετά την ήβη και εμφανίζει άλλοτε άλλη εναπόθεση λίπους

**2)Μεγάλα χείλη:** Αποτελούν δυο επιμήκεις λιπώδεις πτυχές του δέρματος, που ξεκινούν από το εφήβαιο και φέρονται προς τα κάτω και πίσω. Μεταξύ αυτών περικλείεται η αιδοϊκή σχισμή. Η εξωτερική επιφάνεια τους είναι τριχωτή ενώ η εσωτερική χωρίζεται από το σύστοιχο μικρό χείλος με την μεσωχείλια αύλακα.

**3)Μικρά χείλη:** Είναι λεπτές άτριχες δερματικές πτυχές που μοιάζουν με βλεννογόνο, και αφορίζουν τον πρόδρομο του κόλπου. Προς τα εμπρός αποσχίζονται σε δυο πτυχές από κάθε μεριά. Οι δυο πάνω πτυχές σχηματίζουν την πρόσθια της κλειτορίδας, ενώ οι δυο κάτω πτυχές σχηματίζουν τον χαλινό της κλειτορίδας.

**4)Κλειτορίδα:** Η κλειτορίδα μοιάζει με μικρογραφία πέους και σχηματίζεται από τα δυο σηραγγώδη σώματα της κλειτορίδας. Εμφανίζει δυο σκέλη, που προσφύονται στα οστά της πυέλου, σώμα που κάνει μια καμπή προς τα κάτω και ένα πρόσθιο άκρο τη βάλανο. Η κλειτορίδα είναι ειδικά πολύ ευαίσθητος υποδοχέας σε νευρογενή ερεθίσματα και θεωρείται ως η κύρια εστία της σεξουαλικής διέγερσης.(Λούκας, Λάζος, Παρασκευάς, 1996).

## 1.2 Εσωτερικά γεννητικά όργανα

Τα εσωτερικά όργανα της γυναίκας βρίσκονται μέσα στην πυελική κοιλότητα και αποτελούνται από τον κόλπο ή κολεό, την μήτρα, τις σάλπιγγες ή ωαγωγούς και τις ωοθήκες. (Shapiro 2001).

- **Κόλπος ή κολεός:**

Ο κόλπος αποτελεί μυϊκό σωλήνα, καμπυλωτό σαν σήραγγα μήκους 8-12 εκ. περίπου, που εκτείνεται ανάμεσα από τον παρθενικό υμένα και την μήτρα. Η φορά του είναι τέτοια ώστε σχηματίζει με την μήτρα σχεδόν ορθή γωνία. Το σχήμα του κόλπου είναι κυλινδρικό με μικρή διάταση στο ανώτερο τμήμα του και έχει δυο άκρα. Το πάνω συνδέεται με τον τράχηλο της μήτρας και το κάτω οδηγεί στην έξοδο του στον πρόδομο του κόλπου. Έχει επίσης, τέσσερα τοιχώματα: το πρόσθιο, το οπίσθιο και τα δυο πλάγια το αριστερό και το δεξιό. Το οπίσθιο είναι μακρύτερο από το πρόσθιο γιατί συνάπτεται με τον τράχηλο σε ψηλότερο σημείο. Το πάνω άκρο του κόλπου περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας έτσι ώστε η κάτω μοίρα του τραχήλου να προβάλλει μέσα στον κόλπο.

Γύρω από την κοιλιακή μοίρα του τραχήλου και τα κοιλικά τοιχώματα σχηματίζονται οι θόλοι που διακρίνονται σε πρόσθιο, οπίσθιο, δεξιό και αριστερό. Οι κοιλικοί θόλοι έχουν την ικανότητα να διατείνονται περισσότερο από το υπόλοιπο μέρος του κόλπου και να είναι πάντα υγροί. (Richard L. Drake, Wayne Vogl, Adam W. M. Mitchell, 2007).

- **Μήτρα:**

Η μήτρα είναι ένα μυώδες όργανο με παχύ τοίχωμα και εντοπίζεται στην μέση γραμμή μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του ορθού. Αποτελείται από το σώμα και από τον τράχηλο και προς τα κάτω ενώνεται με τον κόλπο. Προς τα άνω προβάλλουν από την μήτρα προς τα πλάγια οι ωαγωγοί, που εκβάλλουν στην περιτοναϊκή κοιλότητα αμέσως, δίπλα από τις ωοθήκες.

Το σώμα της μήτρας είναι αποπλατισμένο από μπροστά προς τα πίσω και πάνω από το επίπεδο έκφυσης των ωοθηκών εμφανίζει μια υποστρόγγυλη κορυφή (πυθμένας της μήτρας). Η κοιλότητα του σώματος της μήτρας είναι μια στενή σχισμή, όταν την βλέπουμε από τα πλάγια, και έχει το σχήμα αναστραμμένου τριγώνου, όταν την βλέπουμε από εμπρός. Κάθε μια από τις άνω γωνίες της κοιλότητας επικοινωνεί με τον αυλό του σύστοιχου ωαγωγού, ενώ η κάτω γωνία επικοινωνεί με τον κεντρικό αυλό του τραχήλου. (Richard L. Drake, Wanye Vogl, Adam W. M. Mitchell, 2007).

- **Ωαγωγοί (σάλπιγγες):**

Είναι δυο σωλήνες που αρχίζουν από τα κέρατα της μήτρας και φτάνουν στα πλάγια τοιχώματα της μικρής πυέλου και έχουν μήκος 10-12 εκ. περίπου. Οι ωαγωγοί εκτείνονται από τα δυο πλάγια του άνω άκρου του σώματος της μήτρας μέχρι το πλάγιο πυελικό τοίχωμα και περικλείονται στα ανώτερα χείλη των μεσοσαλπιγγικών τμημάτων των πλατεών συνδέσμων. Επειδή οι ωοθήκες είναι αναρτημένες στην οπίσθια επιφάνεια των πλατεών συνδέσμων, οι ωαγωγοί περνούν πάνω από τις ωοθήκες και καταλήγουν πλάγια από αυτές.

Κάθε ωαγωγός εμφανίζει ένα διευρυμένο χωνοειδές τελικό άκρο (τον κώδωνα), που διαγράφει μια καμπύλη διαδρομή γύρω από το άνω –πλάγιο πόλο της σύστοιχης ωοθήκης. Το τοίχος του κώδωνα εμφανίζει μικρές δακτυλιοειδείς προεκβολές, που ονομάζονται κροσσοί. Ο αυλός του ωαγωγού επικοινωνεί με την περιτοναϊκή κοιλότητα εκβάλλοντας στην βάση του κώδωνα. Κεντρικότερα από την θέση αυτή, ο ωαγωγός διευρύνεται και σχηματίζει την λήκυθο και ακόμη κεντρικότερα στενεύει και σχηματίζει τον ισθμό, που καταλήγει στο σώμα της μήτρας.

Οι κροσσοί του κώδωνα διευκολύνουν την συλλογή των ώριμων ωαρίων από την ωοθήκη. Η γονιμοποίηση επιτελείται φυσιολογικά στη λήκυθο.(Richard L. Drake, Wanye Vogl, Adam W. M. Mitchell, 2007).

- **Ωοθήκες:**

Όπως και οι όρχεις στους άνδρες, οι ωοθήκες διαπλάσσονται ψηλά στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα και μετά κατεβαίνουν πριν από την γέννηση, συμπαρασύροντας τα αιμοφόρα αγγεία, τα λεμφαγγεία και τα νευρά τους. Σε αντίθεση με τους όρχεις, οι ωοθήκες δεν μεταναστεύουν διαμέσου του βουβωνικού πόρου στο περίνεο, αλλά σταματούν την κάθοδό τους λίγο πριν από το έσο βουβωνικό στόμιο και παίρνουν θέση στο πλάγιο τοίχωμα της πυελικής κοιλότητας.

Οι ωοθήκες αποτελούν τις περιοχές παραγωγής ωαρίων (ωογένεση). Τα ώριμα ωάρια αποβάλλονται στην περιτοναϊκή κοιλότητα και φυσιολογικά κατευθύνονται, με την βοήθεια των κροσσών, των ωαγωγών, στα παρακείμενα στόμια των ωαγωγών.

Οι ωοθήκες εντοπίζονται στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα, λίγο χαμηλότερα από την πυελική είσοδο. Κάθε μια από τις δυο ελλειψοειδής ωοθήκες έχει μήκος περίπου 3 εκ. και εξαρτάται με μια διπέταλη πτυχή του περιτοναίου (το μεσωοθήκιο) από την οπίσθια επιφάνεια του πλατέους συνδέσμου.(Richard L. Drake, Wanye Vogl, Adam W. M. Mitchell, 2007).

- **Τράχηλος:**

Ο τράχηλος της μήτρας αποτελεί το κατώτερο τμήμα της μήτρας και έχει τη μορφή ενός μικρού μήκους μεγάλου κυλίνδρου με ένα μικρής διαμέτρου κεντρικό πόρο. Το σώμα της μήτρας κάμπτεται φυσιολογικά προς τα εμπρός (πρόσθια κάμψη σε σχέση με τον τράχηλο) πάνω από την άνω επιφάνεια της κενής ουροδόχου κύστης. Εκτός από αυτό, ο τράχηλος σχηματίζει με τον κόλπο μια ανοικτή προς τα εμπρός γωνία, και επομένως το κατώτερο άκρο του τραχήλου προβάλλει στο ανώτερο τμήμα της πρόσθιας επιφάνειας του κόλπου. Επειδή το άκρο του τραχήλου έχει θολωτό σχήμα, προεξέχει στον κόλπο και γύρω από το χείλος του τραχήλου σχηματίζεται μια αύλακα, ή θόλος, εκεί όπου ο τράχηλος ενώνεται με το τοίχωμα του κόλπου. Ο σωληνοειδής κεντρικός αυλός του τραχήλου εκβάλλει, προς τα κάτω (έξω στόμιο) στην κοιλότητα του κόλπου και προς τα άνω (έσο στόμιο) στην κοιλότητα της μήτρας. (Richard L. Drake, Wanye Vogl, Adam W. M. Mitchell, 2007).

### 1.3 Θέση, μέγεθος και στήριξη της μήτρας

Ο άξονας του τραχήλου της μήτρας σχηματίζει με τον άξονα του κόλπου, γωνία ανοιχτή προς τα εμπρός (πρόσθια έγκλιση). Επίσης, το σώμα της μήτρας σχηματίζει με τον τράχηλο γωνία ανοιχτή προς τα εμπρός (πρόσθια κάμψη). Στα παιδιά, ο τράχηλος είναι μεγαλύτερος από το σώμα της μήτρας, ενώ το τυπικό σχήμα της μήτρας της ενήλικης γυναίκας αποκτάται μετά την ήβη. Τέλος, η μήτρα στηρίζεται στη θέση της κυρίως με τον κόλπο και το περίνεο. Υπάρχουν βέβαια και διάφοροι σύνδεσμοι που με την καθήλωσή τους στην περιοχή του τραχήλου της μήτρας, παίζουν και αυτοί το ρόλο τους στη στήριξη της μήτρας.

Παρά το γεγονός ότι η μήτρα νευρώνεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, οι συστολές του μυομητρίου είναι ανεξάρτητες από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Πράγματι, παραπληγικές ασθενείς μετά από βλάβη στο νωτιαίο μυελό μπαίνουν σε τοκετό κανονικά. Αυτό οφείλεται στην ύπαρξη των βηματοδοτών της μήτρας στην περιοχή εκβολής των ωαγωγών, που ελέγχουν την συσταλτικότητα του μυομητρίου. Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από έξω προς τα μέσα από τον ορογόνο χιτώνα (περιμήτριο), το μυϊκό χιτώνα(μυομήτριο) και το βλεννογόνο (ενδομήτριο), που αποτελεί κατάλληλο υπόστρωμα για τη φιλοξενία, θρέψη και ανάπτυξη του εμβρύου.(Λούκας, Λάζος, Παρασκευάς, 1996)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

# ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

### 2.1 Ορμονικό σύστημα της γυναίκας

Το ορμονικό σύστημα της γυναίκας περιλαμβάνει, τρεις κατηγορίες ορμονών:

1. Μια υποθαλαμική εκλυτική ορμόνη (την εκλυτική ορμόνη της ωχρινοτρόπου ορμόνης LHRH)
2. Τις ορμόνες της πρόσθιας υπόφυσης: ωθηλακιοτρόπο (FSH) και ωχρινοτρόπο ορμόνη (LH), που εκκρίνονται με την επίδραση της υποθαλαμικής εκλυτικής ορμόνης (LHRH).
3. Τις ορμόνες των ωθηκών: οιστρογόνα και προγεστερόνη (ωχρίνη), που εκκρίνονται από τις ωθήκες με την επίδραση των γοναδοτρόπων ορμονών της αδενούποφουσης (FSH, LH). (Βαρσαμίδα, 2001)

Οι διάφορες αυτές ορμόνες δεν εκκρίνονται συνεχώς σε σταθερές ποσότητες, αλλά με ρυθμό που διαφέρει σημαντικά κατά την διάρκεια των διάφορων φάσεων του καταμήνιου κύκλου της γυναίκας. (Guyton, 2004)

### 2.2 Καταμήνιος ωθηκικός κύκλος

Η μέση διάρκεια του κύκλου είναι 28 μέρες, αν και μπορεί να κυμαίνεται από 20-45 μέρες σε υγιείς γυναίκες, συχνά όμως η μεγάλη διάρκεια είναι δυνατό να συνοδεύεται από μειωμένη γονιμότητα. Οι ωθήκες μεταβολές στη διάρκεια του γεννητικού κύκλου εξαρτώνται αποκλειστικά από τις γοναδοτρόπους ορμόνες που εκκρίνονται από την πρόσθια υπόφυση. Οι ωθήκες που δεν διεγείρονται από γοναδοτροπίνες παραμένουν τελείως αδρανείς, όπως συμβαίνει σε ολόκληρη, ουσιαστικά, τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Στην ηλικία των οκτώ χρονών περίπου, η υπόφυση αρχίζει να εκκρίνει γοναδοτροπίνες και καταλήγει, σε ηλικία μεταξύ έντεκα και δεκαπέντε χρονών, στην έναρξη των καταμήνιων κύκλων που χαρακτηρίζει την έναρξη της εφηβείας. Η πρόσθια υπόφυση εκκρίνει δυο διαφορετικές ορμόνες, (1) την ωθηλακιοτρόπο ορμόνη (FSH), (2) την ωχρινοτρόπο ορμόνη (LH)

Κατά την διάρκεια του καταμήνιου γενετήσιου κύκλου της γυναίκας η FSH και LH παρουσιάζουν κυκλική αύξηση και ελάττωση της έκκρισής τους. (Βαρσαμίδης, 2001)

Το κέντρο ελέγχου της εμμήνου ρύσης βρίσκεται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου. Ο υποθάλαμος στέλνει πληροφορίες στην υπόφυση, δίνοντας έτσι εύκολη απελευθέρωση ορμονών όπως είναι η θηλακοτρόπος FSH και η ωχρινοτρόπος LH. Και οι δυο συντελούν στην ωρίμανση του ωαρίου και προετοιμάζουν το έδαφος για τη σύλληψη. Ειδικότερα η FSH εμφανίζει την μεγαλύτερη δράση στο πρώτο μισό του μηνιαίου κύκλου, οπότε συμβάλλει στην ωρίμανση του ωαρίου, που ακολουθεί την πιο κάτω διαδικασία. Η ωρίμανση του ωοθυλακίου παράγει οιστρογόνα κατά την ωορρηξία και το ώριμο ωάριο απελευθερώνεται

από την ωοθήκη, διέρχεται μέσα από τις σάλπιγγες και κάτω από την επίδραση της οιστρογόνης και προγεστερόνης που προετοιμάζουν την λειτουργική στοιβάδα του ενδομητρίου, κατεβαίνει και εγκαθίσταται στη μήτρα οριστικά πια. Εάν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί, η γυναίκα δεν συλλαμβάνει, οπότε η επίδραση των οιστρογόνων και η προγεστερόνη πέφτουν σε χαμηλά επίπεδα με αποτέλεσμα να γίνει ρήξη του ενδομητρίου και να αρχίσει η έμμηνη ρήση. Όταν το επίπεδο της οιστρογόνης πέσει χαμηλά, τότε η υπόφυση ελευθερώνει FSH και ο νέος κύκλος αρχίζει πάλι.(Δετοράκης, 2001)

### **2.3 Γονιμοποίηση**

Μέσα σε λίγες ώρες μεταφέρεται το ώριμο ωάριο στη λήκυθο της σάλπιγγας με τη βοήθεια των συσπάσεων του μυϊκού χιτώνα της σάλπιγγας και την κίνηση των κροσσών αυτής προς τη μήτρα. Στο σημείο αυτό παρεμβαίνει το ωάριο περίπου 3 ημέρες, και στο τμήμα αυτό συμβαίνει η γονιμοποίηση. Πρέπει να τονιστεί, ότι το ωάριο για περίπου 12 ώρες μετά την ωοθηλακιορρηξία είναι ικανό να γονιμοποιηθεί και τα σπερματοζωάρια είναι ικανά να γονιμοποιήσουν το ωάριο για περίπου 2 ημέρες. Με τα δεδομένα αυτά εξηγείται η περιοδική ικανότητα της γυναίκας για γονιμοποίηση. (Τοκμακίδης, 2000)

### **2.4 Εμμηνόπαυση**

Είναι το χρονικό διάστημα που η γυναίκα δεν έχει περίοδο, δηλαδή σταματάει η γυναίκα να κάνει παιδιά. Με τα σημερινά όμως δεδομένα θεωρητικά η γυναίκα μπορεί να κυοφορήσει σε οποιαδήποτε ηλικία (εξωσωματική γονιμοποίηση)

Όταν η γυναίκα φτάσει στην ηλικία των 40-50 χρονών, οι γενετήσιοι κύκλοι βαθμιαία γίνονται ακανόνιστοι και πολλοί από αυτούς δεν συνοδεύονται από ωορρηξία. Κατά μέσο όρο, μετά από λίγους μήνες ως λίγα χρόνια οι κύκλοι σταματούν οριστικά στα 48-52 έτη. Η διακοπή αυτή ονομάζεται εμμηνόπαυση. Πρόωρη θεωρείται αν συμβεί προ των 40 ετών και όψιμη αν συμβεί μετά τα 54 έτη. Πρόωρη εμμηνόπαυση έχουμε όταν αφαιρεθούν οι ωοθήκες για καλοήθεις ή κακοήθεις παθήσεις ή σε ορισμένες παθήσεις του θυρεοειδούς, επινεφριδίων, υπόφυσης εγκεφάλου.(Ντόλατζας, 2002)

Αίτιο της εμμηνόπαυσης είναι ότι έχουν απομείνει πολλοί λίγα πρωτογενή ωοθυλάκια για να διεγερθούν από την FSH και την LH ενώ η παραγωγή οιστρογόνων από τις ωοθήκες ελαττώνεται, καθώς ο αριθμός των πρωτογενών ωοθυλακίων πλησιάζει στο μηδέν. Όταν η παραγωγή οιστρογόνων ελαττωθεί τόσο ώστε η συγκέντρωσή τους να είναι μικρότερη από μια κρίσιμη τιμή, τα οιστρογόνα δεν μπορούν πια να αναστείλουν την FSH και την LH σε βαθμό ικανοποιητικό ώστε να προκληθούν κυκλικές ρυθμικές διακυμάνσεις.(Βαρσαμίδης, 2003)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

#### 3.1 Επιδημιολογία

Ο επιθετικός καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί το 2,5% του συνόλου των καρκίνων που προσβάλλουν τις γυναίκες στις ΗΠΑ. Κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται περίπου 13.500 νέες περιπτώσεις επιθετικών καρκίνων του τραχήλου της μήτρας, ενώ υπάρχουν τουλάχιστον 50.000 νέες περιπτώσεις πρόδρομης μορφής(είναι γνωστή ως καρκίνωμα *in situ*), όπου τα καρκινικά κύτταρα περιορίζονται στην επιφάνεια του τραχήλου.

Από το 1940 όμως, παρατηρείται ότι ελαττώνεται σταθερά η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας επειδή οι περισσότερες γυναίκες που δεν εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα ελέγχονται περιοδικά με κυτταρολογική εξέταση των κολπικών και τραχηλικών επιχρισμάτων (*test pap*). Η εγγενής πιθανότητα να υποστεί μια γυναίκα καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μειώθηκε από 1,1% το 1975 σε 0,7% το 1985. Το ίδιο συμβαίνει και με τις μαύρες γυναίκες όπου η αντίστοιχη πιθανότητα μειώθηκε από 2,3% το 1975 σε 1,6% το 1985.(Mali Dolinger, Ernest Rosenbaum, Greg Sable, 1992)

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος σε συχνότητα καρκίνος σε γυναίκες κάτω των 45 ετών και παγκοσμίως προκαλεί περίπου 270.000 θανάτους το χρόνο. Στην Ελλάδα, 1200 γυναίκες κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται με τη νόσο, ενώ εκτιμάται ότι ετησίως 500 Ελληνίδες χάνουν τη μάχη με το θάνατο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας συμβαίνει όταν η λοίμωξη με τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων γίνει εμμένουσα και εξελιχθεί σε καρκίνο του τραχήλου.

Μέχρι στιγμής έχουν προσδιοριστεί περίπου 100 τύποι του των ανθρωπίνων θηλωμάτων, ενώ από αυτούς, 15 τύποι του ιού θεωρείται ότι προκαλούν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι τύποι 16 και 18 του ιού ευθύνονται για περίπου 71,5 των περιστατικών του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην Ευρώπη.(<http://www.iatronet.gr>)

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι συχνότερος σε παντρεμένες και σε πολύτοκες γυναίκες σε αντίθεση με τον καρκίνο του σώματος της μήτρας που παρατηρείται συχνότερα σε άτοκες. Δεν έχει παρατηρηθεί ποτέ σε παρθένες και πιο συχνά εμφανίζεται σε νέες γυναίκες ηλικίας 35-44 ετών, με πολλούς ερωτικούς συντρόφους.(Ανθούλη - Αναγνωστοπούλου, Κανέλος, 2001).

Οι συχνότερες μορφές του καρκίνου της μήτρας είναι ο επιθηλιακός καρκίνος 90% των περιπτώσεων που αναπτύσσεται στο έξω μέρος του τραχήλου και το αδενοκαρκίνωμα 10% των περιπτώσεων που εμφανίζεται στο εσωτερικό μέρος του καρκινικού καναλιού.(<http://www.medlook.net>)

#### 3.2 Αιτιολογικοί-Προδιαθεσικοί Παράγοντες

Στις ΗΠΑ, η μέση ηλικία των γυναικών με διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι μεταξύ ως 45 και 50 ετών, ενώ η μέση ηλικία με καρκίνωμα *in situ* είναι μεταξύ 25 και 35 ετών. Η διαφορά αποδίδεται στο μεγάλο χρονικό διάστημα που απαιτείται για να εξελιχθεί ένας όγκος *in situ* σε διηθητικό καρκίνωμα.

Οι παράγοντες κινδύνου τόσο για την πρόδρομη μορφή καρκίνου του τραχήλου(τραχηλική δυσπλασία)όσο και για τον τυπικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι ίδιοι. Δεν πιστεύεται πλέον ότι η περιτομή μειώνει τον κίνδυνο να αναπτυχτεί καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.

Μερικοί από αυτούς είναι:

- Καταστολή του ανοσολογικού συστήματος λόγω λήψεως κορτικοστεροειδών, μεταμόσχευση νεφρού, χημειοθεραπείας για άλλο καρκίνο ή AIDS
- Αλκοόλ
- Ιστορικό κονδυλωμάτων γεννητικών οργάνων
- Ιστορικό λοίμωξης από τον ιό του απλού έρπητα
- Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση
- Πρώτη συνουσία σε μικρή ηλικία
- Πολλοί ερωτικοί σύντροφοι
- Γυναίκες, οι ερωτικοί σύντροφοι των οποίων έχουν ή είχαν κονδυλώματα στο πέος, είχαν πολλές ερωτικές συντρόφους ή ερωτικές συντρόφους που έπασχαν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας
- Αντισυλληπτικά
- Διατροφή
- Πολλές κυήσεις

## **Διατροφή**

Οι αποφάσεις που λαμβάνουμε όταν καθόμαστε στο τραπέζι για να φάμε, καθορίζουν ουσιαστικά τις πιθανότητές μας να προσβληθούμε ή όχι από καρκίνο.

Το τι τρώμε, το περιεχόμενό τους και ο τρόπος με τον οποίο προετοιμάζουμε ή μαγειρεύουμε παίζουν σημαντικό ρόλο. Το κρέας το οποίο ψήνεται στη σχάρα ή στα κάρβουνα εμπεριέχει περισσότερους κινδύνους για καρκίνο παρά το κρέας που γίνεται ψητό στο φούρνο ή βραστό. Τα επεξεργασμένα τρόφιμα μπορούν να περιέχουν χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για την κατασκευή και συντήρησή τους όπως οι νιτροσαμίνες που σχετίζονται με την πρόκληση ορισμένων καρκίνων όπως ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης. Η διατροφή πλούσια σε κορεσμένα λίπη τα οποία είναι ζωικής προέλευσης, συσχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο για πρόκληση καρκίνων όπως αυτών του παχέος εντέρου σε σύγκριση με τη διατροφή που είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λίπη.

Το αλκοόλ μπορεί να ευνοήσει την ανάπτυξη καρκίνων της στοματικής κοιλότητας και του λάρυγγα διότι προκαλεί άμεσες βλάβες σε κύτταρα των οργάνων αυτών. Επίσης έμμεσα λόγω του μεταβολισμού του, μπορεί να ευνοήσει καρκινογένεση των ιστών του ήπατος και του μαστού.

Ο κίνδυνος για καρκίνο μπορεί να αυξηθεί είτε διότι έχουμε κάποια πράγματα στη διατροφή μας είτε διότι κάποια άλλα απουσιάζουν από αυτή ή δεν υπάρχουν στο βαθμό που θα έπρεπε. Τα φυτοχημικά θρεπτικά συστατικά που περιέχονται μέσα στα φρούτα και στα λαχανικά, τα δημητριακά ολικής αλέσεως και άλλα τρόφιμα που προέρχονται από το φυτικό βασίλειο, μειώνουν τον κίνδυνό μας για καρκίνο.

## **Κάπνισμα**

Το κάπνισμα θεωρείται ότι παίζει ρόλο σε περίπου 25%-35% των θανάτων λόγω καρκίνου. Ευθύνεται για το 90% των θανάτων λόγω καρκίνου του πνεύμονα. Υπάρχουν πολλοί άλλοι καρκίνοι που προκαλούνται από το κάπνισμα : Καρκίνος στοματικής κοιλότητας, λάρυγγα, οισοφάγου, ουροδόχου κύστης. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι 50% των ασθενών με καρκίνο της ουροδόχου κύστης, είναι ή ήταν καπνιστές.

## **Αλκοόλ**

Η κατανάλωση αλκοόλ σε μικρές ποσότητες δεν είναι βλαβερή για την υγεία. Η υπερβολική κατανάλωση και κατάχρηση όμως έχουν συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του μαστού και του ήπατος. Η βλαβερή επίδραση του αλκοόλ αυξάνεται σημαντικά όταν υπάρχει ταυτόχρονα κάπνισμα. Η συνέργια αλκοόλ και καπνίσματος αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο καρκίνου. Σε περίπτωση που αρέσει σε κάποιον να πίνει τότε είναι σημαντικό να πίνει μικρές έως μέτριες ποσότητες. Στους άνδρες αυτό σημαίνει 1 έως 2 ποτά την ημέρα ενώ για τις γυναίκες μέχρι 1 ποτό την ημέρα.( Χηνιάδης, 2012)

## **Αντισυλληπτικά**

Η σχέση μεταξύ αντισυλληπτικών και τραχηλικής νεοπλασίας έχει μελετηθεί από πολλές επιδημιολογικές έρευνες. Συμφώνα με αυτές συμπεραίνεται ότι η χρήση αντισυλληπτικών για 10 χρονιά ή και παραπάνω, αυξάνει δυο φορές την πιθανότητα καρκίνου του τραχήλου.(Ανθούλη -Αναγνωστοπούλου, Καννέλος, 2001)

## **Οξυτενή κονδυλώματα**

Είναι πολύ κοινή πάθηση, προκαλούνται από τον ιό και θυμίζουν κρεατοελιές. Μεταδίδονται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή. Στους άνδρες οι βλάβες παρουσιάζονται κυρίως στη βάλανο, το σώμα του πέους, την ακροπίσθια, το χαλινό, το στόμιο της ουρήθρας, το όσχεο, ή πρωκτό. Στις γυναίκες τα συνηθεστέρα σημεία εμφάνισης είναι η είσοδος του κόλπου και το αιδοίο, μπορεί όμως να εμφανιστούν στο κόλπο ή τον τράχηλο, μπορεί επίσης να εντοπιστούν στο περίνεο και στον πρωκτό.

Τα κονδυλώματα εμφανίζονται ένα με τρεις μήνες μετά από την επαφή με μολυσμένο άτομο. Στην αρχή τα κονδυλώματα μοιάζουν με μικρές εκβλαστήσεις του δέρματος. Όταν γίνουν μεγάλα αποκτούν μορφή κουνουπιδιού. Η ζέστη και η υγρασία φαίνεται πως ευνοούν την αύξηση τους.

## Έρπης γεννητικών οργάνων

Μια από τις πλέον διαδεδομένες, ενοχλητικές και επίμονες μολύνσεις των γεννητικών οργάνων, προκαλούνται από ιούς της ομάδας του απλού έρπητα. Ιοί του απλού έρπητα είναι εμφανώς ότι μεταφέρονται από τους περισσότερους ανθρώπους πάντοτε, και βρίσκονται συνήθως σε λανθάνουσα κατάσταση. 70 μέχρι 90% όλων των ενηλίκων μεταφέρουν αντισώματα κατά του απλού έρπητα τύπου 1 και 20% κατά του τύπου 2, αλλά αυτά τα αντισώματα δεν εμποδίζουν τον ιό κατά διαστήματα να ενεργοποιείται. Εκτός των γεννητικών ελκών, οι ιοί του έρπητα σχετίζονται με τα ψυχρά έλκου, φλύκταινες. Ένζυμα, μόλυνση του κερατοειδούς χιτώνα του οφθαλμού μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα και πιθανόν καρκίνο της μήτρας και άλλους καρκίνους. (Δετοράκης, 2003)

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων στη γυναίκα εμφανίζεται στα μικρά χείλη του αιδίου. Μετά από μια εβδομάδα περίπου τα συμπτώματα υποχωρούν χωρίς θεραπεία. Η αντιμετώπιση γίνεται με πλύσεις με αντισηπτικό (betadin) με επάλειψη της περιοχής των γεννητικών οργάνων με κρέμα ασκλοβίρης (zovirax) πέντε φορές την ημέρα για πέντε μέρες και χορήγηση ταμπλετών zovirax πέντε φορές την ημέρα για πέντε μέρες. Αγωγή θα πρέπει να παίρνουν και οι δυο ερωτικοί σύντροφοι ή σύζυγοι. Θα πρέπει να γίνει γνωστό ότι ο ιός μεταδίδεται και με την στοματική συνουσία. (Ντόλατζας, 2002)

## Ιός του HPV

Ο ιός HPV προκαλεί πάνω από 99% των περιστατικών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, σε αντίθεση με ότι πιστεύει πολύς κόσμος, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας δεν είναι κληρονομικός. Για την ακρίβεια, οι επιστήμονες έχουν αποδείξει ότι προκαλείται από κάποιους τύπους ενός ιού που ονομάζεται ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων ή αλλιώς με τα αρχικά HPV. Υπάρχουν περίπου 100 τύποι του ιού αυτού. Οι περισσότεροι είναι τύποι χαμηλού κινδύνου που δεν προκαλούν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ωστόσο, υπάρχουν και τύποι υψηλού κινδύνου που μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση παθολογικών κυττάρων στον τράχηλο της γυναίκας και τελικά, αν δεν θεραπευτούν, μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Είναι όμως σημαντικό να θυμάστε ότι ο ιός αυτός είναι πολύ διαδεδομένος και μπορεί πολύ εύκολα να μεταδοθεί από άνθρωπο σε άνθρωπο. Ουσιαστικά, ως το 80% των γυναικών που υπηρξαν σεξουαλικά ενεργές είναι πιθανόν να έχουν μολυνθεί από τον ιό σε κάποια στιγμή της ζωής τους. (Φωτίου, 2009)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ- ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

#### 4.1 Ανατομική και παθολογική διάκριση του καρκίνου

##### A) Υπερπλασία

Είναι η αύξηση του αριθμού ή της πυκνότητας των φυσιολογικών κυττάρων. Η υπερπλασία μπορεί να έλθει ως απάντηση του οργανισμού στο στρες, στις αυξημένες μεταβολικές απαιτήσεις, ή στα αυξημένα επίπεδα ορμονών. Παραδείγματα είναι η υπερπλασία των κυττάρων του μυοκαρδίου ως απάντηση στην παρατεταμένη αύξηση των απαιτήσεων του οργανισμού σε οξυγόνο, και υπερπλασία των κυττάρων της μήτρας ως απάντηση στα αυξημένα επίπεδα των οιστρογόνων στη διάρκεια της κύησης. Τα υπερπλαστικά κύτταρα βρίσκονται κάτω από φυσιολογικό έλεγχο του DNA.

##### B) Μεταπλασία

Είναι η μεταβολή της φυσιολογικής οδού διαφοροποίησης έτσι ώστε τα διαιρούμενα κύτταρα να διαφοροποιούνται σε κυτταρικούς τύπους που δεν απατώνται, φυσιολογικά σε αυτή την θέση του οργανισμού. Τα μεταπλαστικά κύτταρα είναι φυσιολογικά όσον αφορά το συγκεκριμένο τύπο κυττάρου στον οποίο ανήκουν, δεν εντοπίζονται όμως στη σωστή τους θέση. Κάποια μεταπλαστικά κύτταρα είναι λιγότερο λειτουργικά σε σχέση με τα κύτταρα τα οποία αντικαθιστούν. Η μεταπλασία είναι μια απάντηση προσαρμογής του οργανισμού σε αντίξοες συνθήκες. Τα μεταπλαστικά κύτταρα βρίσκονται κάτω από το φυσιολογικό έλεγχο του DNA. Η κατάσταση αυτή είναι αναστρέψιμη και υποχωρεί όταν εξαφανιστούν οι παράγοντες που προκάλεσαν στρες στον οργανισμό ή οι διάφορες αντίξοες συνθήκες.

##### Γ) Δυσπλασία

Στη δυσπλασία χάνεται, ως απάντηση σε αντίξοες συνθήκες, ο έλεγχος του DNA όσον αφορά την διαφοροποίηση των κυττάρων. Τα διαπλαστικά κύτταρα εμφανίζουν παθολογική ανομοιομορφία ως προς το μέγεθος, το σχήμα και την εμφάνιση τους ή και αλλοίωση της συνήθους διάταξης τους. Παραδείγματα δυσπλασίας είναι οι αλλοιώσεις του τράχηλου της μήτρας ως απάντηση στο συνεχή ερεθισμό (π.χ. από τον ιό HPV), ή λευκοπλακία που παρατηρείται στο βλεννογόνο του στόματος ως απάντηση στο χρόνια εθισμό από το κάπνισμα.

##### Δ) Αναπλασία

Ονομάζεται η υποστροφή ενός κυττάρου σε ανώριμη ή αδιαφοροποίητη μορφή. Η διαίρεση των αναπλαστικών κυττάρων δεν βρίσκεται πλέον κάτω από τον έλεγχο του DNA. Αναπλασία, συνήθως, εμφανίζεται όταν μέσα στο διαιρούμενο, αδιαφοροποίητο κύτταρο συμβεί κάποια βλάβη ή κάποιο γεγονός που προκαλεί την εξαλλαγή του, με αποτέλεσμα την απώλεια της συνήθους λειτουργικότητας. Αναπλασία ενδέχεται να παρατηρηθεί ως απάντηση σε ιδιαίτερα καταστροφικές συνθήκες στον ενδοκυττάριο χώρο, ή στους γύρω ιστούς, οι οποίες υπερβαίνουν τις ικανότητες του οργανισμού.

Αν και η υπερπλασία, η δυσπλασία και η μεταπλασία συχνά αναστρέφονται μετά την απομάκρυνση του αιτιολογικού παράγοντα, κάτω από ορισμένες συνθήκες είναι δυνατόν να οδηγήσουν στην εμφάνιση κακοήθειας. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για την δυσπλασία, που χαρακτηρίζεται από απώλεια του έλεγχου του DNA. Η αναπλασία δεν είναι αναστρέψιμη, αλλά ο βαθμός της αναπλασίας προσδιορίζει τον πιθανό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. (Priscilla Lemon, Karen Burke, 2006)

## 4.2 Σταδιοποίηση

Είναι το σύστημα ταξινόμησης που περιγράφει την έκταση του όγκου και τις ενδείξεις μετάστασης σε όλο το σώμα. Το TNM σύστημα χρησιμοποιείται για να περιγράψει την παρουσία και την έκταση της τοπικής περιφερειακής και απομακρυσμένης νόσου. Το T αναφέρεται στο μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου, το N στην απουσία ή παρουσία περιφερειακών λεμφαδένων, το M στην απουσία ή παρουσία των απομακρυσμένων μεταστάσεων. (Osborn, Wraa, Watson, 2013)

### Όγκος

T0	καμία ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου
TIS	καρκίνωμα in situ
T1, T2, T3, T4	προοδευτική αύξηση του μεγέθους του όγκου και εμπλοκή
Tx	ο όγκος δεν μπορεί να κατηγοριοποιηθεί

### Αδένες

N0	περιοχικοί λεμφαδένες χωρίς προφανή ανωμαλία
N1, N2, N3	αύξηση βαθμού προφανούς ανωμαλίας περιοχικών λεμφαδένων
Nx	περιοχικοί λεμφαδένες δεν μπορούν να κατηγοριοποιηθούν κλινικά

### Μετάσταση

M0	κανένα στοιχείο απομακρυσμένης μετάστασης
M1, M2, M3	αυξανόμενοι βαθμοί απομακρυσμένης μετάστασης Συμπεριλαμβανομένων και απομακρυσμένων λεμφαδένων
M4	πολλαπλή εμπλοκή οργάνων

(Susan C. Dewit, 2009)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

#### 5.1 Ορισμός καρκίνου

Η ανάπτυξη καρκίνου σχετίζεται με κάποια βλάβη ή μετάλλαξη που συμβαίνει σε ένα κύτταρο και έχει ως αποτέλεσμα τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό όλων των κυττάρων που προέρχονται από το αρχικό αυτό κύτταρο. Το γεγονός ότι ο ανώμαλος τρόπος πολλαπλασιασμού των κυττάρων κληρονομείται στα θυγατρικά κύτταρα του αρχικού αυτού ανώμαλου κυττάρου σημαίνει ότι ο καρκίνος σχετίζεται με αλλαγές στο γενετικό υλικό.

Ο ενδομήτριος καρκίνος είναι ένας αναπαραγωγικός καρκίνος. Το αδενοκαρκίνωμα είναι ο συνηθέστερος τύπος. Ξεκινά από το αδενικό τμήμα του ενδομητρίου και μπορεί να προηγείται υπερπλασία του ενδομητρίου. (George H. Sack, JR, 2002)

#### 5.2 Στάδια και διασπορά του καρκίνου

Η επέκταση έξω από την μήτρα συμβαίνει ως ακολούθως:

- ❖ Μέσω λεμφικής διασποράς στις ωοθήκες και τους παραμήτριους, πυελικούς, βουβωνικούς και παρα-αορτικούς λεμφαδένες.
- ❖ Αιματογενώς σε πνεύμονες, ήπαρ ή οστά
- ❖ Μέσω των σαλπίνγων ή με διακοιλιακή διασπορά στην περιτοναϊκή κοιλότητα

#### 5.3 Συμπτώματα καρκίνου

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ασυμπτωματικός και δεν προκαλεί πόνο. Εμφανίζει καλή πρόγνωση στο 80 με 90% των περιπτώσεων. Τα αρχικά συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η λευκόρροια και η ανώμαλη κολπική αιμορραγία ή οι κηλίδες αίματος. Η λευκόρροια προοδευτικά αυξάνει σε ποσότητα και γίνεται σκοτεινού χρώματος και κάκοσμη εξαιτίας νέκρωσης και λοίμωξης της μάζας του όγκου. Η αιμορραγία συμβαίνει σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα, ανεξάρτητα από την περίοδο ή και μετά από την κλιμακτήριο και οφείλετε στην αρχόμενη εξέλιξη. Αρχικά η αιμορραγία μπορεί να είναι πολύ μικρή σε ποσότητα, καθώς όμως η νόσος προχωρεί η αιμορραγία γίνεται πιο σταθερή. Χαρακτηριστικές είναι οι αιμορραγίες μετά από συνουσία και άλλες επαφές με τον τράχηλο. Σε προχωρημένες περιπτώσεις παρουσιάζονται πόνοι στο υπογάστριο και οσφυαλγία, που μπορεί και να λείπουν τελείως όσο δεν πιέζονται από καρκινικές μάζες ή διηθήσεις μεγαλύτερα αισθητικά νεύρα. Η επέκταση του καρκίνου α) στην ουροδόχο κύστη προκαλεί συμπτωματική και κάποτε βαριά κυστίτιδα με αιματοουρία και κυστεοκολπικά και κυστεοτραχηλικά συρίγγια, β) στους ουρητήρες απόφραξη και γ) στο ορθό ακράτεια κοπράνων και ορθοκολπικά συρίγγια. Όταν οι καρκινικές διηθήσεις πιέζουν αγγεία και νεύρα,

οι πόνοι γίνονται αφόρητοι και παρουσιάζονται οιδήματα στα κάτω άκρα. Η τελική εικόνα είναι η μεγάλου βαθμού απίσχναση και αναιμία, συχνά δεν υπάρχει και διαλείπων πυρετός οφειλόμενος σε δευτερογενή λοίμωξη, περιτονίτιδα και σχηματισμό αποστημάτων στην εξελκώμενη μάζα του όγκου.(Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 2008)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Υπάρχουν αρκετά εργαστηριακά test, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, με τα οποία μπορεί να διαγνωσθεί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Παρακάτω αναφέρονται τα κυριότερα, ενώ αναλύεται το σημαντικότερο μέσο διάγνωσης test Παπανικολάου.

#### 6.1 Πυελική εξέταση

Αφού ουρήσει η γυναίκα και καθίσει πάνω στο γυναικολογικό κρεβάτι (bumm), αρχίζει η επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων με τη βοήθεια της μια χρήσεως αποστειρωμένων κολποδιαστολέων. Οι κολποδιαστολείς είναι διαφόρων μεγεθών (ανάλογα η γυναίκα είναι άτοκος ή όχι, έχει κάνει κολπικές επεμβάσεις και κλπ). Ακολουθεί ψηλάφηση των έξω γεννητικών οργάνων με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση.(Παπαδημητρίου, 2006)

#### 6.2 Τεστ-Παπανικολάου(test-pap)

Είναι μια απλή αλλά σωτήρια εξέταση. Επιννοηθήσα από τον αξιόλογο και <<Ιπποκρατικά>> σοφό Έλληνα ιατρό, τον Γεώργιο Παπανικολάου ο οποίος έθεσε τις βάσεις της ταχείας διαγνωστικής κυτταρολογίας παγκοσμίως, πριν 80 περίπου χρόνια.

Το τεστ-παπ είναι ανώδυνη εξέταση και γίνεται με την γυναίκα να κάθεται στο γυναικολογικό κρεβάτι. Χρησιμοποιείται κολποδιαστολέας μιας χρήσεως και ακολούθως χρησιμοποιείται μια μικρή σπάτουλα και ένα μαλακό βουρτσάκι. Αυτό το κολπικό επίχρισμα θα διατηρηθεί σε ένα πλακάκι προκειμένου να εξεταστεί από κυτταρολογία. Η γυναίκα δεν θα πρέπει να κάνει κολπική πλύση για τουλάχιστον 24 ως 48 ώρες πριν από την εξέταση και δεν θα πρέπει να έχει περίοδο. Η παρουσία αίματος στο τεστ Παπανικολάου κάνει αδύνατη την εξέταση των κυττάρων. Επίσης, δεν θα πρέπει να έχει υπάρξει σεξουαλική επαφή κατά τις τελευταίες δύο ημέρες όταν υπάρχει περίπτωση να βρίσκονται στον κόλπο κύτταρα προστατικά του συντρόφου η ορχικά. Με το τεστ Παπ γίνεται λήψη κυττάρων από τον κόλπο, τον τράχηλο και τον ενδοτράχηλο. Ο γυναικολόγος επιστρώνει τα κύτταρα αυτά σε πλάκες και, αφού μονιμοποιήσει το παρασκεύασμα, το στέλνει στον κυτταρολογία. Ο κυτταρολογίες βάφει, τα κύτταρα, τα παρατηρεί στο μικροσκόπιο και περιγράφει διάφορες καρκινικές καταστάσεις για τον τράχηλο της μήτρας, εάν υπάρχουν. Η διαδικασία αποσκοπεί στον εντοπισμό τυχόν μεταβολών στα κύτταρα, οι οποίες δεν οφείλονται σε ορμονικές αλλαγές ή στην ηλικία, αλλά σε πιθανά παθολογικά αίτια. Η κυτταρολογική διάγνωση είναι το πρώτο βήμα για την αξιολόγηση και τη θεραπεία του προβλήματος. Η εξέταση αποσκοπεί στην ανίχνευση κακοηθειών ή καρκινικών αλλαγών στον τράχηλο της μήτρας. Το θετικό αποτέλεσμα υποδηλώνει ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα που χρειάζεται περαιτέρω έλεγχο ώστε να γίνει η τελική διάγνωση. Το τεστ Παπ δεν είναι διαγνωστικό και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για να αποκλείσει το ενδεχόμενο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σε περίπτωση που παρουσιάζεται ύποπτη συμπτωματολογία, που πιθανώς οφείλεται σε αυτήν τη μορφή καρκίνου, είναι απαραίτητη η βιοψία. Εκτός από τις κακοήθειες και κακοήθειες αλλαγές, ο κυτταρολογίες μπορεί να βρει και άλλες, τοπικές καταστάσεις που μπορούν να

δημιουργήσουν προβλήματα όπως οι ιογενείς λοιμώξεις, ο απλός έρπης και τα κονδυλώματα. Είναι δυνατό να δούμε μερικές φορές και την ύπαρξη μυκήτων ή άλλων κολπικών μικροβίων. Ο γιατρός θα συστήσει, τότε, καλλιέργεια κολπικού υγρού που θα αποκαλύψει το μικρόβιο εκείνο το οποίο μολύνει τον κόλπο, η και την ενδεδειγμένη θεραπεία. Συγχρόνως με τη λήψη του τεστ Παπ, ο γυναικολόγος μπορεί να κάνει μια επισκόπηση του κόλπου και του τραχήλου. Με την επισκόπηση ο ιατρός ελέγχει την εικόνα του εξωτράχηλο, την μορφή του έξω τραχηλικού στομίου, την ύπαρξη έκκρισης βλέννης ή άλλου υγρού από τον ενδοτράχηλο, καθώς και την ύπαρξη όγκων, πολυπόδων, θηλωμάτων, τραυμάτων, συμφύσεων.(Μιχαλάς, 2000)

### **6.2.1 Ευρήματα test-pap**

- 3 Αιμορραγία που δεν έχει σχέση με την περίοδο.
- 4 Ξαφνική αιμορραγία ενώ η έμμηνος ρύση έχει σταματήσει από καιρό.
- 5 Μικροαιμορραγίες ιδίως μετά την επαφή.
- 6 Άφθονα κολπικά υγρά.
- 7 Έντονο κνησμό στα γεννητικά όργανα.
- 8 Πόνο χαμηλά στο υπογάστριο.
- 9 Ξαφνική και γρήγορη διόγκωση της κοιλιάς.
- 10 Ωριμότητα του κολπικού και τραχηλικού επιθηλίου
- 11 Δυσπλασίες κόλπου-τραχήλου
- 12 Πολύποδες, εκτροπία τραχήλου
- 13 Ινομύματα τραχήλου (ενδοτραχήλου)
- 14 Ιογενής λοίμωξης κόλπου-τραχήλου
- 15 Φλεγμονές του αιδίου, του κόλπου, του τραχήλου

(Παπαδημητρίου, 2006)

### **6.2.2 Αποτελέσματα τεστ-παπ**

Το τεστ Παπανικολάου θα είναι αρνητικό αν δεν βρεθούν παθολογικά κύτταρα. Σε αυτή την περίπτωση, ο γυναικολόγος θα συμβουλευτεί την γυναίκα να επανέλθει για το επόμενο τεστ- παπ τον επόμενο χρόνο.

Περίπου 5-10% των γυναικών θα έχουν παθολογικό τεστ Παπανικολάου. Υπάρχουν διαβαθμίσεις, στην παθολογία των κυττάρων: τα κύτταρα ASGUS και τα κύτταρα που δείχνουν ήπια, μέτρια και σοβαρού βαθμού δυσπλασία. Είναι σημαντικό ότι ένα παθολογικό τεστ Παπανικολάου δεν σημαίνει ότι πάσχει από καρκίνο. Εντούτοις, αποτελεί μια προειδοποίηση ότι οι πιθανότητες για ανάπτυξη καρκίνου στο τράχηλο είναι περισσότερες.

Είναι ουσιαστικό λοιπόν η γυναίκα να ακολουθεί τις οδηγίες του γιατρού της έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος. Ακλουθώντας τις οδηγίες του γιατρού θα είναι σίγουρη ότι εάν χρειάζεται θεραπεία, αυτή θα πραγματοποιηθεί έγκαιρα προτού αναπτυχθεί ο καρκίνος. Οι πρώιμες θεραπείες είναι εύκολες και έχουν υψηλά ποσοστά επιτυχίας. (<http://medlook.net>)

### 6.3 Καλλιέργεια κολπικού υγρού

Χρήσιμη εξέταση για λοίμωξη του κόλπου (κολπίτιδες), αφού μετά από καλλιέργεια του κολπικού υγρού ταυτοποιείται το μικρόβιο και μετά από αντιβιογράμμα δίνεται η κατάλληλη θεραπεία. Η λήψη είναι πολύ απλή, αφού παίρνεται υγρό (με τη γυναίκα σε γυναικολογική θέση) από τον κόλπο, με την βοήθεια ειδικών αποστειρωμένων φιαλιδίων κοινώς μπατονέτες. (Παπαδημητρίου, 2006)

### 6.4 Κολποσκόπηση

Πολύτιμη και σωτηρία διαγνωστική εξέταση των φλεγμονών και των κακοήθων εξαλλαγών του κόλπου και του τραχήλου της μήτρας. Χρησιμότετη είναι η συμβολή της στην διάγνωση των επιφανειακών διαβρώσεων (CINI) του τραχήλου.

Είναι απλή, γρήγορη και ανώδυνη μέθοδος. Υποκολποσκοπική καθοδήγηση μπορούν να ληφθούν βιοψίες από τις επίφοβες περιοχές. Σημαντική είναι η συνεισφορά της στην διάγνωση των HPV λοιμώξεων και εξαλλαγών.

Δοκιμασία Schiller: Είναι η διαγνωστική μέθοδος με την οποία εντοπίζεται σημείο παθολογικής βλάβης του τραχήλου, προκειμένου να προβούμε σε ιστολογικό έλεγχο και στηρίζεται στην ιδιότητα των παθολογικών κυττάρων να μην ανασυνθέτουν το γαλακτικό οξύ σε γλυκογόνο. Για την εκτέλεση της δοκιμασίας χρησιμοποιείται ιώδιο πάνω στον τράχηλο, κάνοντας τα φυσιολογικά κύτταρα να χρωματιστούν καφέ και τα παθολογικά κύτταρα να εμφανίζονται ως λευκά ή κίτρινα. (Schwart F. Charles Brunicardi, Dana K. Andersen, Timothy R Billiar, David L. Dunn, John G. Hunter, Raphael E. Pollock, 2010)

### 6.5 Κυτταρολογία τραχήλου

Ετήσια κυτταρολογική εξέταση τραχήλου (παπ-test) όπως και πυελική εξέταση θα πρέπει να γίνονται σε όλες τις γυναίκες που είναι σεξουαλικά ενεργές και έχουν συμπληρώσει τα 18 έτη της ηλικίας τους. Αφότου μια γυναίκα έχει τρεις ή και περισσότερες φυσιολογικές διαδοχικές, ετήσιες κυτταρολογικές εξετάσεις με φυσιολογικά ευρήματα, το τεστ-παπ μπορεί να πραγματοποιείται λιγότερο συχνά σε γυναίκες χαμηλού κινδύνου σύμφωνα με τη γνώμη του γιατρού τους.

Μετά από την εξαίρεση της μήτρας και του τραχήλου για καλοήγη νόσου, το παπ-τεστ δεν απαιτείται πλέον ως μέρος της περιοδικής εξέτασης. Με εξαίρεση τις επείγουσες καταστάσεις όλες οι γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να έχουν πρόσφατη κυτταρολογική εκτίμηση πριν την επέμβαση. Τα τραχηλικά κυτταρολογικά επιχρίσματα λαμβάνονται τη στιγμή της πυελικής εξέτασης. Ο τράχηλος είναι ορατός και με την κατάλληλη σπάτουλα γίνεται ξέση του εξωτραχήλου. Το υλικό τοποθετείται στην αντικειμενοφόρο πλάκα και γρήγορα καθλώνεται με κάποιο υλικό σταθεροποίησης του κυτταρολογικού εργαστηρίου που είναι χρήσιμο στην πράξη. Στην συνέχεια, ακόμα γίνεται λήψη δείγματος ενδοτραχηλικών κυττάρων, είτε με βαμβακοφόρο στείλειό είτε με κάποιο από τα ειδικά κυτταρολογικά βουρτσάκια.

Όλα τα κυτταρολογικά αποτελέσματα πρέπει να μελετώνται προσεκτικά προκειμένου να καθοριστεί εάν ενδείκνυται περαιτέρω διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση. Δείγματα με κυτταρική ατοπία όπως και δείγματα με σοβαρή φλεγμονή θα πρέπει να επαναλαμβάνονται σε 3 μήνες. Δείγματα με ατοπία πρέπει να εκτιμώνται με κολποσκοπική εξέταση. Όλα τα δείγματα με δυσπλασία ή νεοπλασία πρέπει να παρακολουθούνται με κολποσκόπηση. (Schwart F. Charles Brunicardi, Dana K. Andersen, Timothy R Billiar, David L. Dunn, John G. Hunter, Raphael E. Pollock, 2010)

## **6.6 Ορμονικές εξετάσεις αίματος:**

FSH, LH, E 2 οιστροδιόλη 21<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου, προγεστερόνη, DHEA, DHEA-S, Δ 4 ανδροστενδιόνη, SHBG (φυλοσύνδετη σφαιρίνη), τεστοστερόνη ολική και ελεύθερη, T3, T4, TSH (θυροειδικές ορμόνες).

Όλες οι ανωτέρω εξετάσεις επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα:

- 16 Την κυκλικότητα της εμμήνου ρύσεως
- 17 Την ωθηλακιορρηξία
- 18 Την φυσιολογική κατάσταση του δέρματος

## Γενικές αιματολογικές εξετάσεις

Γενική αίματος Fe ορού, φερρίνη, σάκχαρο αίματος, ουρία, κρεατινίνη, SGOT, SGPT, γGT, TKE, αλκαλική φωσφατάση. Έχουν άμεση ή έμμεση σχέση και επίδραση με την ορμονογέννεση, την ορμονική λειτουργία, την κύηση, την θυροειδική λειτουργία, την ωθηλική λειτουργία την σύλληψη και την γονιμότητα. (Παπαδημητρίου, 2006)

## **6.7 Υπερηχογράφημα**

Αποτελεί μια τελείως αβλαβή και ανώδυνη τεχνική, η οποία δεν είναι διεισδυτική, με την έννοια ότι στον οργανισμό δεν εισέρχεται τίποτε άλλο παρα μόνο ηχητικά κύματα. Κατά την τεχνική, ορισμένες περιοχές τις επιδερμίδας επαλείφονται με ζελέ και κατόπιν, διαμέσου του δέρματος εκπέμπονται υψίσυχνα ηχητικά κύματα προς τα εσωτερικά όργανα. Οι υπέρηχοι αποτελούν ασφαλές μέσο εξέτασης του εμβρύου για την ανακάλυψη τυχόν ανωμαλιών. Συμβάλλουν όμως και στην ανακάλυψη κακοήθων μαζών ή ογκιδίων χωρίς την χρήση ακτινοβολίας. (Schwart F. Charles Brunicardi, Dana K. Andersen, Timothy R Billiar, David L. Dunn, John G. Hunter, Raphael E. Pollock, 2010)

## 6.8 Λαπαροσκόπηση

Η λαπαροσκόπηση αναπτύχθηκε πριν από 25 χρόνια για διαγνωστικούς σκοπούς και γρήγορα προσαρμόστηκε στην πραγματοποίηση τεχνικών απολίνωσης των σαλπίνγων. Από την αρχή εφαρμογής της μεθόδου, ορισμένοι γυναικολόγοι άρχισαν να χρησιμοποιούν αυτή την προσέγγιση για πολύ περισσότερες εφαρμογές όπως λύση των πυελικών συμφύσεων, θεραπεία ενδομητρίωσης και απομάκρυνση των έκτοπων σαλπιγγικών κυήσεων. Σιγά-σιγά ο ρόλος της λαπαροσκόπησης επεκτάθηκε σε συντηρητική χειρουργική και σε εξαιρέσεις ιστών που νοσούν. Τελευταία η λαπαροσκοπική προσέγγιση πραγματοποίησε υστερεκτομή και γυναικολογικές ογκολογικές τεχνικές. Η λαπαροσκόπηση απαιτεί γενική αναισθησία, διάνοιξη μιας ή δύο μικρών τομών στην κοιλιά και βραχεία παραμονή στο νοσοκομείο. (Μαρκίδου, 2001)

## 6.9 Βιοψία

Η ανεύρεση παθολογικών κυττάρων στο τεστ Παπανικολάου αποτελεί ένδειξη για βιοψία. Συνιστάται στη λήψη δείγματος από το ενδομήτριο, με εισαγωγή ενός κολπικού διαστολέα και στη συνέχεια ενός λεπτού καθετήρα στο τραχήλο. Στη συνέχεια ένα δείγμα ιστού αποκολλάται από τον τραχήλο, αποστέλλεται στο εργαστήριο και ελέγχεται στο μικροσκόπιο. Αυτό ίσως να είναι απαραίτητο αν υπάρχει ακανόνιστη αιμορραγία ή πρόσθετη αιμορραγία μεταξύ των εμμήνων ρύσεων. Η βιοψία μπορεί να γίνει στη κλινική ή στο χειρουργείο και διαρκεί μόνο 2 λεπτά, η ασθενής θα αισθάνεται μια ήπια δυσφορία παρόμοια με τον πόνο της περιόδου.

### Ενδείξεις βιοψίας:

1)σε κάθε περίπτωση αλλοίωσης του τραχήλου

2)σε κάθε περίπτωση, που ο κυτταρολογικός έλεγχος απέδειξε την ύπαρξη ύποπτων καρκινικών κυττάρων. Παθήσεις που είναι δυνατόν να διαγνωστούν με τη βιοψία του τραχήλου είναι ο καρκίνος και οι διάφορες μορφές φλεγμονής όπως η ελκωτική, διαβρωτική τραχηλίτιδα κ.α. (Μαρκίδου, 2001)

## 6.10 Διαστολή και απόξεση

Στο παρελθόν η διαστολή του τραχήλου και η απόξεση της ενδομητρικής κοιλότητας αποτελούσε μια από τις συχνότερες χειρουργικές επεμβατικές τεχνικές που πραγματοποιούνταν σε αυτή τη χώρα. Η απλή βιοψία και οι φαρμακευτικοί τρόποι αντιμετώπισης της παθολογικής κολπικής αιμορραγίας αντικατέστησαν ευρέως την ανάγκη διαστολής του τραχήλου και απόξεσης της μήτρας για διαγνωστικό σκοπό.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η απόξεση κρίνεται αναγκαία για την αντιμετώπιση μιας έντονης αιμορραγίας από την μήτρα. Επίσης ενδείκνυται μετά από εξαίρεση πολύποδα του ενδομητρίου ή μετά από θεραπευτική διακοπή της κύησης καθώς και μετά από κατακράτηση τμήματος του πλακούντα μετά από αυτόματη έκτρωση ή φυσιολογικό τοκετό.

Η κύρια επιπλοκή της διαστολής και της απόξεσης είναι η διάτρηση της μήτρας. Η διάτρηση κατά κανόνα αντιμετωπίζεται συντηρητικά. (<http://www.iatronet.gr>)

## 6.11 Υστεροσκόπηση

Μια νέα και πρωτοποριακή μέθοδος έρχεται να βελτιώσει ουσιαστικά την ποιότητα ζωής των γυναικών. Η υστεροσκόπηση γίνεται στο ιατρείο που αποτελεί μια πρωτοποριακή μέθοδο εξέτασης του εσωτερικού της μήτρας με μεγάλη ακρίβεια και αξιοπιστία.

Κατά την διαγνωστική υστεροσκόπηση, η ασθενής τοποθετείται σε θέση λιθοτομίας και στη συνέχεια χωρίς την τοποθέτηση κολποδιαστολέας ή άλλων εργαλείων εισάγεται το υστεροσκόπιο διαμέσου του κόλπου και τραχήλου στην ενδομήτρια κοιλότητα.

Γενικά η υστεροσκόπηση χρησιμοποιείται για την διάγνωση και θεραπεία διάφορων γυναικολογικών προβλημάτων. Η κύρια ένδειξη της υστεροσκόπησης είναι η ανώμαλη αιμορραγία της μήτρας, όπου απαιτείται εκτίμηση της παθολογίας της ενδομητρικής κοιλότητας και αποκλεισμός κακοήθειας. Μη φυσιολογική αιμορροεί μπορεί να είναι αποτέλεσμα ορμονικής ανισορροπίας ή να οφείλεται σε ύπαρξη καλοήθων όγκων, όπως πολύποδες και ινομυώματα, σε χορήγηση ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης σε γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας.

Με την υστεροσκόπηση η διάγνωση όλων αυτών των καταστάσεων γίνεται με ακρίβεια υπό άμεση όραση, ενώ είναι δυνατή η λήψη βιοψίας εάν υπάρχει ένδειξη. (<http://www.iatronet.gr>)

## 6.12 Διαφορική διάγνωση

Πολλές παθολογικές καταστάσεις στο τράχηλο, περιλαμβανόμενης της λοίμωξης της γεννητικής οδού, μπορεί να επηρεάσουν την ερμηνεία του τεστ με αποτέλεσμα ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Καλοήθεις παθήσεις όπως τα ινομυώματα, οι πρωτοπαθείς ερπητική λοίμωξη, η ενδομητρίωση και οι πολύποδες του τραχήλου μπορεί να παρουσιαστούν ως ψηλαφητές ή ορατές βλάβες στον τράχηλο. Στη διαφορική διάγνωση πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι ο καρκίνος της μήτρας μπορεί να επεκταθεί στον τράχηλο και στον κόλπο. (Frank H.Netter, 2009)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

#### 7.1 Πρόληψη και η πληροφόρηση

Η Ευρωπαϊκή Ένωση από το 2007 με σκοπό την εκστρατεία πληροφόρησης και πρόληψης κατά του καρκίνου του τραχήλου ξεκίνησε την Ευρωπαϊκή Εβδομάδα πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου και αφορά τις γυναίκες της Ευρώπης ώστε να μάθουν τι χρειάζεται να κάνουν για να προλάβουν την ασθένεια και να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες όπου αυτές είναι απαραίτητες για να καταλάβουν τα οφέλη των προσαρμμάτων πρόληψης και να δώσουν προτεραιότητα στην εφαρμογή τους ή στην εντατικοποίηση αυτής.

Ο σκοπός του προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι να ανιχνευθεί η συγκεκριμένη κακοήθης πάθηση σε προκλινικό στάδιο, αν είναι δυνατόν με ένα απλό τεστ. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των θανάτων από τη συγκεκριμένη κακοήθη πάθηση. Για τον καρκίνο ο σκοπός του προληπτικού ελέγχου είναι να ανιχνευθεί σε προδιηθητικό στάδιο. Ο προληπτικός έλεγχος παρέχει και άλλα οφέλη πέρα της μείωσης της συχνότητας και της θνησιμότητας από τη συγκεκριμένη κακοήθη πάθηση. Εάν η θεραπεία της κακοήθους νεοπλασίας στο προδιηθητικό στάδιο είναι απλή και δεν απαιτεί ριζικές εγχειρήσεις, αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών που θεραπεύονται βάσει των αποτελεσμάτων του προληπτικού ελέγχου.

Η ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε προδιηθητικό στάδιο, με τον προληπτικό έλεγχο, στην ουσία σημαίνει ότι ανιχνεύεται ένα κακοήθες νεόπλασμα πολλά χρόνια πριν να καταστεί κλινικά έκδηλο. Αυτή η παράμετρος ενδεχομένως να έχει δυσμενείς συνέπειες για την ασθενή γιατί της προσδίδει άγχος πολλά χρόνια πριν, με το να αναγνωρίζει ότι παρουσίασε καρκίνο, που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς. Γίνεται επομένως αντιληπτό, ότι ο προληπτικός έλεγχος αυξάνει σε κάποιο βαθμό τον αριθμό των περιστατικών της συγκεκριμένης νεοπλασίας σε αρχικό στάδιο και προκαλεί ανεπιθύμητες παρενέργειες σε αυτά τα άτομα με το να τους προσθέτει το άγχος και τις οποιεσδήποτε δυσμενείς συνέπειες από τη θεραπεία στην οποία υποβάλλονται. Βέβαια υπάρχει το ενδεχόμενο να προκύψουν ψευδώς θετικές διαγνώσεις ή και ψευδώς αρνητικές από τον προληπτικό έλεγχο, με τις αντίστοιχες δυσμενείς επιπτώσεις. ( Παπακωνσταντίνου, 2012)

#### 7.2 Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη

Το ζητούμενο της πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μπορεί να διαιρεθεί σε δυο βασικές κατηγορίες, αυτή της πρωτογενούς πρόληψης που περιλαμβάνει όλες τις δυνατές δράσεις για την ελαχιστοποίηση της πιθανότητας εκδήλωσης της νόσου και αυτή της δευτερογενούς πρόληψης η οποία αφορά στο συστηματικό προληπτικό πληθυσμιακό έλεγχο των γυναικών.

Η πρόληψη του καρκίνου τραχήλου μήτρας επιτυγχάνεται μέσω της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.

##### α) πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου τραχήλου μήτρας περιλαμβάνει ,

σύμφωνα με τον WHO, τα εξής πεδία παράβασης:

- Εκπαίδευση για τη μείωση της συμπεριφοράς που θέτει σε κίνδυνο, μέσω της αγωγής υγείας και της συμβουλευτικής
- Εφαρμογή στρατηγικών, σε τοπικό επίπεδο, για αλλαγή της συμπεριφοράς
- HPV εμβολιασμός
- Κάπνισμα

Η αγωγή υγείας, στα πλαίσια προγραμμάτων πρόληψης για τον καρκίνο τραχήλου μήτρας, ενημερώνει τις γυναίκες για τον συγκεκριμένο καρκίνο, ενώ παράλληλα τις ενισχύει και τις ενδυναμώνει για να νικήσουν το φόβο, την αμηχανία και το αίσθημα σιγματισμού που δημιουργεί, ειδικά σε κάποιες κοινωνίες, ο καρκίνος του τραχήλου μήτρας. Η αγωγή υγείας στοχεύει στην αύξηση της συνενοχής στον προσυμπτωματικό έλεγχο και γενικότερα ωθεί τις γυναίκες στην αναζήτηση φροντίδας.

### β) δευτερογενής πρόληψη

Το τεστ Παπανικολάου έχει αποδειχτεί αρκετά επιτυχημένη μέθοδος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για την πρόληψη του καρκίνου τραχήλου μήτρας. Το κλασικό τεστ Παπανικολάου είναι διαθέσιμο από το 1950 σε πάρα πολλές χώρες, συνιστάται να γίνεται κάθε 3 έτη μετά το 20<sup>ο</sup> έτος της ζωής και η αποτελεσματικότητά του, κυρίως όσον αφορά στη μείωση της νοσηρότητας από το συγκεκριμένο καρκίνο υπολογίζεται γύρω στο 80%, αν παρέχεται σε οργανωμένα πλαίσια. Η εξέταση αυτή καλύπτει εκτός από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τους καρκίνους του ενδομητρίου και των ωοθηκών. Επιπλέον, σε γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο ενδομητρίου συνιστάται ο ιστολογικός έλεγχος του ενδομητρίου κατά το χρόνο της εμμηνοπαύσεως. Η αποτελεσματικότητά του προσυμπτωματικού ελέγχου στο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας δεν έχει τεκμηριωθεί αλλά θεωρείται πολύ πιθανή, με ενδεχόμενη μείωση της θνησιμότητας κατά τα 2/3 του σημερινού επιπέδου. (Δραγασάκη, 2009)

## **7.3 Εμβολιασμός κατά του καρκίνου**

Στην Ελλάδα κυκλοφορούν δυο εμβόλια. Το ένα είναι διδύναμο (cervarix) και προστατεύει από τα ογκογόνα στελέχη 16 και 18 του HPV και το άλλο είναι τετραδύναμο (gardasil) και περιέχει τους τύπους 6 και 11 οι οποίοι είναι χαμηλού κινδύνου και δεν σχετίζονται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, αλλά με τα γεννητικά κονδυλώματα.

Η πιο σημαντικοί ογκογόνοι τύποι του ιού HPV είναι οι 16 και 18, οι οποίοι ευθύνονται για το 71,5% των περιστατικών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Και τα δυο εμβόλια βασίζονται στην ίδια λογική, την παραγωγή αντισωμάτων μνήμης. Ωστόσο, υπάρχουν διαφορές στην ανοσολογική απάντηση, δηλαδή στα επίπεδα αντισωμάτων που προκαλούν τα δυο εμβόλια και στη διασταυρούμενη προστασία που ενδέχεται να παρέχουν έναντι άλλων ογκολογικών τύπων του HPV.

Ο συγκεκριμένος ιός έχει μεγάλα ποσοστά θνητότητας έως και διπλάσια σε σχέση με άλλους καρκινογόνους ιούς. Το εμβόλιο ήταν οικονομικά ασύμφορο για το μεγαλύτερο μέρος

του γυναικείου πληθυσμού. Η πρόσφατη έναρξή του, ωστόσο, στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού δρομολόγησε την κάλυψή του από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Το εμβόλιο γίνεται ενδομυϊκά, είναι εξαιρετικά ασφαλές και χορηγείται σε τρεις δόσεις σε περίοδο 6 μηνών. Η δεύτερη δόση δίνεται 2 μήνες μετά την πρώτη και η τρίτη 4 μήνες μετά τη δεύτερη δόση. (Καρακίτσος, 2008)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

#### 8.1 Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική είναι η παλαιότερη μορφή αντικαρκινικής θεραπείας αλλά και μια από τις σημαντικότερες σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές αντιμετώπισης των ατόμων με συμπαγείς όγκους. Με την πάροδο των ετών έχουν σημειωθεί πολλές αλλαγές στη θεραπεία του καρκίνου. Παρα το γεγονός ότι η χειρουργική παραμένει η θεραπεία εκλογής για πολλές κακοήθεις νεοπλασίες, η κατανόηση της βιολογίας του καρκίνου σε συνδυασμό με τις εξελίξεις των άλλων θεραπευτικών επιλογών, καθώς και της ίδιας της χειρουργικής, καθιστούν αναγκαία την επαναξιολόγηση των χρησιμοποιούμενων μεθόδων και μορφών χειρουργικής προσέγγισης. Επιπλέον, οι αλλαγές των υπηρεσιών παροχής φροντίδας ατόμων με καρκίνο, όπως για παράδειγμα οι υπηρεσίες παροχής ημερησίας φροντίδας, ή η ελάττωση του χρόνου νοσηλείας έχουν επηρεάσει τον τρόπο χορήγησης αυτής της αντινεοπλασματικής θεραπείας.

Η κατανόηση της βιολογικής βάσης του καρκίνου συνέλαβε στην ανάπτυξη διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων όπως η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και οι βιολογικές θεραπείες, καθώς και στον τρόπο χρησιμοποίησής τους είτε ανεξάρτητα, είτε σε συνδυασμό μεταξύ τους, γεγονός που οδήγησε στην επιμήκυνση των χρονικών διαστημάτων κατά τα οποία οι ασθενείς είναι ελεύθεροι νόσου καθώς και στην αύξηση των ποσοστών επιβίωσης. (Corner Jessica, Baley Christopher, 2009)

#### 8.1.1 Υστερεκτομή

Ο όρος υστερεκτομή προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις <<υστέρα>> που σημαίνει μήτρα και <<εκτομή>> που σημαίνει αφαίρεση. Η αφαίρεση της μήτρας (υστερεκτομή) γίνεται με εγχείριση (λαπαροτομία) στην κοιλιακή περιοχή. Η τομή που γίνεται είναι οριζόντια πάνω από την ηβική σύμφυση. Οι ενδείξεις για την επέμβαση περιλαμβάνουν καλοήθεις ή κακοήθεις μεταβολές του τοιχώματος ή της κοιλότητας της μήτρας και ανωμαλίες του τραχήλου της μήτρας. Η υστερεκτομή εκτελείται τις πιο πολλές φορές για την θεραπεία παθήσεων όπως η ακατάσχετη αιμορραγία- τα ινομυώματα ή η πρόπτωση. Σε ένα μικρό αριθμό περιπτώσεων η υστερεκτομή αποτελεί μέρος της θεραπευτικής αγωγής για καρκίνους όπως ο καρκίνος της μήτρας ή ο καρκίνος των ωοθηκών.

### Είδη υστερεκτομής:

Μερική ή υφολική υστερεκτομή

Συνεπάγεται η αφαίρεση του άνω μέρους της μήτρας διατηρώντας τον τράχηλο της μήτρας, τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες.

### Ολική υστερεκτομή:

Χειρουργική αφαίρεση της μήτρας και του τραχήλου. Εάν η μήτρα και ο τράχηλος αφαιρεθούν μέσω του κόλπου, η εγχείρηση ονομάζεται ολική κοιλιακή υστερεκτομή. Εάν η μήτρα και ο τράχηλος αφαιρούνται μέσω μεγάλης ανοιχτής τομής στην κοιλία, η εγχείρηση ονομάζεται ολική κοιλιακή υστερεκτομή. Εάν η μήτρα και ο τράχηλος αφαιρεθούν μέσω μικρής κοιλιακής τομής με τη χρήση λαπαροσκοπίου, η εγχείρηση ονομάζεται ολική λαπαροσκοπική υστερεκτομή.

### Ριζική υστερεκτομή:

Χειρουργική αφαίρεση της μήτρας, του τραχήλου και μέρους του κόλπου. Οι ωοθήκες, τα παραμήτρια και οι λεμφαδένες της πυέλου αφαιρούνται επίσης

### Άλλες χειρουργικές θεραπείες:

Συνιστάται στην αφαίρεση ενός κωνικού τμήματος ιστού από Κωνοειδής εκτομή: Συνιστάται στην αφαίρεση ενός κωνικού τμήματος ιστού από τον τράχηλο και το γεννητικό σωλήνα. Ο ιστός εξετάζεται στο μικροσκόπιο για τυχόν ανεύρεση καρκινικών κυττάρων. Η κωνοειδής εκτομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε για τη διάγνωση είτε ως θεραπεία. Η διαδικασία της κωνοειδούς εκτομής περιλαμβάνει την αφαίρεση ενός τμήματος με λέιζερ ή ειδική διαθερμία. Κατόπιν, ο ιστός που αφαιρέθηκε εξετάζεται ιστολογικά. Η επέμβαση απαιτεί σύντομη νοσηλεία λίγων ωρών, και πραγματοποιείται με μέθη ή τοπική αναισθησία.

«Εξεντέρωση» της πυέλου και στομίες: Χειρουργική αφαίρεση του κατιόντος κόλου, του ορθού εντέρου, και της ουροδόχου κύστης μαζί με τον τράχηλο, τον κόλπο, τις ωοθήκες και τους ενδοπυελικούς λεμφαδένες. Τεχνητά ανοίγματα (στομίες) δημιουργούνται ώστε τα ούρα (κυστοστομία) και τα κόπρανα (κολοστομία) να διοχετεύονται εκτός του σώματος σε ένα σάκο συλλογής. Μπορεί να απαιτηθεί πλαστική χειρουργική επέμβαση για τη δημιουργία τεχνητού κόλπου μετά από την παραπάνω εγχείρηση. (Ντόλατζας, 2002)

#### **8.1.2 Laser**

Οι ακτίνες laser CO2 είναι μια μέθοδος αντιμετώπισης της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου και του κόλπου, με μεγάλο ποσοστό επιτυχίας. Τα πλεονεκτήματα της είναι:

η ακρίβεια στην αφαίρεση ιστού,

το μικρότερο τραύμα και αιμορραγία

η μικρότερη πιθανότητα λοίμωξης.

Ακόμα δεν δημιουργεί ουλή, δεν διαταράσσει την αρχιτεκτονική δομή του τραχήλου και δεν απαιτεί γενική αναισθησία.

Το σημαντικότερο όμως πλεονέκτημα της είναι ότι διατηρεί την αναπαραγωγική ικανότητα. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 2000)

## **8.2 Χημειοθεραπεία**

Ο όρος χημειοθεραπεία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, για να περιγράψει την χρησιμοποίηση ουσιών με συγκεκριμένη τοξικότητα έναντι μικροοργανισμών, όπως είναι τα βακτήρια. Η αντικαρκινική θεραπεία-χορήγηση, αντινεοπλασματικών φαρμάκων είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμούς μεταξύ τους, αφορά τη χρήση φαρμάκων τα οποία παρακωλύουν την κυτταρική διαίρεση μέσω της αναστολής της σύνθεσης νέου γενετικού υλικού, ή με την πρόκληση ανεπανόρθωτων βλαβών στο DNA.

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο χρησιμοποιείται είτε με την προοπτική ίασης της νόσου, εφόσον καταστρέφονται όλα τα καρκινικά κύτταρα οπότε το προσδόκιμο επιβίωσης του ατόμου είναι ίδιο με εκείνου που δεν πάσχει από καρκίνο, είτε για τον έλεγχο της νόσου διαμέσου της επιβράδυνσης ή της διακοπής της εξέλιξης του κακοήθους όγκου με αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Επίσης μπορεί να είναι ανακουφιστική για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου, όπως ο πόνος και η δύσπνοια, οπότε τα αναμενόμενα αποτελέσματα δεν είναι η ίαση ή ο έλεγχος της νόσου. (Korner J. Bailey C., 2009)

Η χημειοθεραπεία στη νεοπλασία του μαστού, του ενδομητρίου, των ωοθηκών και του τραχήλου, προσφέρει σημαντική βοήθεια. Αρχίζει εξατομικευμένη, 2-3 εβδομάδες μετά το χειρουργείο. Το θεραπευτικό σχήμα που επιλέγεται εξαρτάται από το στάδιο της νόσου και την κλινοεργαστηριακή κατάσταση του ασθενούς. (Παπαδημητρίου, 2006)

### **8.2.1 Βλαπτική επίδραση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων**

Τα χημικοθεραπευτικά φάρμακα αποτελούν μια μεγάλη ομάδα χημικών παραγόντων, οι οποίοι χρησιμοποιούνται μεμονωμένα ή σε συνδυασμό, για τη θεραπεία των κακοήθων και μη νεοπλασματικών νόσων. Τα χημικοθεραπευτικά φάρμακα επιδρούν με διάφορους τρόπους στον ανθρώπινο οργανισμό, ενώ λόγω της χρήσης τους που στοχεύει στην αναστολή της κυτταρικής διαίρεσης, αλλά και της ανικανότητάς τους να διακρίνουν τα φυσιολογικά από τα παθολογικά κύτταρα, παρουσιάζουν και ανεπιθύμητες ενέργειες εκτός των θεραπευτικών.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα προετοιμάζονται και χορηγούνται στους ασθενείς από διαφορετικά άτομα. Η προετοιμασία γίνεται είτε από φαρμακοποιούς είτε από νοσηλεύτες και στη συνέχεια η χορήγηση στα νοσηλευτικά τμήματα ή στις ειδικές μονάδες ημερήσιας νοσηλείας από διαφορετικούς νοσηλεύτες. Οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι επομένως, έχουν την μεγαλύτερη πιθανότητα να εκτεθούν και οι ίδιοι στους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες, εφόσον δεν τους χειρίζονται με ασφάλεια ή δεν γνωρίζουν τους πιθανούς τρόπους έκθεσης.

Οι χημικοθεραπευτικοί παράγοντες, ως υπαρκτός επαγγελματικός κίνδυνος, μελετώνται με βάση τους υφιστάμενους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας. Επομένως, η κατηγοριοποίηση που επιχειρείται σε αυτό το σημείο γίνεται με βάση τη βλαπτική τους επίδραση στην υγεία των ανθρώπων και όχι με βάση την δράση τους στη θεραπεία του καρκίνου. (Κάρλου, Σουρτζή, 2000)

### **8.2.2 Ανεπιθύμητες ενέργειες χημιοθεραπείας**

Στην επιθετική χημιοθεραπεία παρατηρούνται σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, συμπεριλαμβανομένων της αλωπεκίας (απώλεια τριχών), ναυτίας και εμέτων, ανοικτών ελκών στους βλεννογόνους, καθώς και πολλών δερματικών διαταραχών. Επίσης ενοχλητικές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν ανησυχία, διαταραχές ύπνου, διαταραχές αφόδευσης και περιορισμό κινητικότητας.

Χρησιμοποιούνται διάφορα φάρμακα για τον έλεγχο των παραπάνω συμπτωμάτων, ενώ στις μη φαρμακολογικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνονται το μασάζ, οι κατευθυνόμενες φαντασιώσεις, η αρωματική θεραπεία και άλλες συμπληρωματικές μορφές θεραπείας. Πολλοί ασθενείς βρίσκουν τις παρεμβάσεις αυτές ιδιαίτερα χρήσιμες στην ελάττωση των ενοχλητικών ανεπιθύμητων ενεργειών της χημιοθεραπείας.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από το αιμοποιητικό σύστημα μπορεί να αποβούν επικίνδυνες για τη ζωή και αποτελούν τη σημαντικότερη αιτία τροποποίησης του χημιοθεραπευτικού σχήματος και της δοσολογίας. Οι κατασταλτικές δράσεις πάνω στα κύτταρα του μυελού των οστών προκαλούν αναιμία, ανοσοκαταστολή και θρομβοκυτταροπενία.

Μια προσέγγιση για την ελάττωση της επίδρασης της χημιοθεραπείας στους φυσιολογικούς ιστούς είναι η χορήγησή της μαζί με παράγοντες που προστατεύουν τα υγιή κύτταρα. Οι παράγοντες αυτοί, που ονομάζονται χημιοπροστατευτικοί, έχουν ελάχιστη επίδραση στα καρκινικά κύτταρα, αλλά προστατεύουν μερικά φυσιολογικά κύτταρα. (Ignatavicius, Workman, 2008)

### **8.3 Ακτινοθεραπεία**

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί την κατάλληλη θεραπεία για τη νόσο προχωρημένου σταδίου. Ο συνδυασμός χειρουργικής επέμβασης και ακτινοθεραπείας σε προχωρημένα στάδια δεν αυξάνει την επιβίωση, αυξάνει όμως δραματικά τα ποσοστά των επιπλοκών με την μορφή της απόφραξης, δημιουργίας στενώσεων και σχηματισμού συριγγίων. Η χορήγηση ακτινοθεραπείας βασίζεται στο στάδιο, το μέγεθος της βλάβης και την κατάσταση των λεμφαδένων. Η εξωτερική ακτινοβολία (τηλεθεραπεία) και η ενδοκοιλιακή ακτινοβολία (βραχυθεραπεία) χρησιμοποιούνται με ποικίλους συνδυασμούς. Οι επιπλοκές από την ακτινοθεραπεία εξαρτώνται από τη δόση, τον όγκο και την αντοχή των ιστών. Οι οξείες επιπλοκές περιλαμβάνουν την παροδική ναυτία και τη διάρροια. Οι πρώιμες επιπλοκές συμβαίνουν συνήθως μέσα στους πρώτους 6 μήνες μετά τη θεραπεία και περιλαμβάνουν την εξέλκωση του δέρματος, την κυστίτιδα και την πρωκτίτιδα. Οι όψιμες επιπλοκές μπορεί να προκύψουν οποιαδήποτε στιγμή από εκεί και μετά και περιλαμβάνουν την απόφραξη του εντέρου, δευτερογενώς ως αποτέλεσμα των στενώσεων, τα συρίγγια και τη χρόνια πρωκτοσιγμοειδίτιδα. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η προσθήκη της cis-πλάτινης στην ακτινοθεραπεία της τοπικά προχωρημένης και της πρώιμου σταδίου, υψηλού κινδύνου νόσου

ελατώνει τον κίνδυνο θανάτου από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κατά 30-50%, σε σχέση με την ακτινοθεραπεία από μόνη της (Ignatavicius, Workman, 2008)

### **8.3.1 Βασικές αρχές ακτινοθεραπείας**

#### **Τηλεθεραπεία**

Η τηλεθεραπεία είναι εκείνη που εφαρμόζεται με μηχανήματα παραγωγής ακτινοβολίας και από απόσταση πέρα από τον 10cm της εστίας παραγωγής και πάσχουσας περιοχής.

#### **Ραδιοθεραπεία**

Είναι η τεχνική κατά την οποία η ραδιενεργές πηγές τοποθετούνται μέσα ή πολύ κοντά στον όγκο.

#### **Ραδιοισοτοπική θεραπεία**

Η ραδιοισοτοπική θεραπεία είναι μια εκλεκτική εσωτερική μεταβολική ακτινοθεραπεία για κακοήθη ή καλοήθη νοσήματα, η δε αποτελεσματικότητά της σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές μεθόδους ή όχι κυμαίνεται από την πλήρη ίαση των περισσότερων μορφών καρκίνου ως τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής πασχόντων από άλλες κακοήθειες χωρίς αξιόλογες ανεπιθύμητες ενέργειες. (Μπαρμπούνη –Κωνσταντάκου, 2007)

#### **Εξωτερική ακτινοθεραπεία**

Ο γραμμικός επιταχυντής που χρησιμοποιείται για την εξωτερική ακτινοθεραπεία παράγει διαφορά δυναμικού πολλές φορές υψηλότερη από ότι τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται για διαγνωστικούς σκοπούς. Παράγει εξαιρετικά υψηλής ενέργειας ακτίνες Χ και ακτινοβολίες δέσμης ηλεκτρονίων που βομβαρδίζουν τα κακοήθη κύτταρα και τα καταστρέφουν. Επειδή τα κακοήθη κύτταρα διαιρούνται με ένα μη φυσιολογικά υψηλό βαθμό, είναι πιο επιρρεπή στην καταστροφή από ότι τα φυσιολογικά κύτταρα.

#### **Εσωτερική ακτινοθεραπεία**

Η εσωτερική ακτινοθεραπεία περιλαμβάνει την εισαγωγή ενός ραδιενεργού στοιχείου στο σώμα. Το υλικό μπορεί να χορηγηθεί με διαφορετικούς τρόπους: 1) μπορεί να τοποθετηθεί σε ένα στεγανό δοχείο και να εισαχθεί σε μια κοιλότητα του σώματος στην περιοχή του όγκου ή μέσα στον όγκο 2) μπορεί να χορηγηθεί σε μη στεγανή μορφή και να ληφθεί από το στόμα ή να ενεθθεί με σύριγγα. Για να είναι αποτελεσματική, η πηγή της ραδιενέργειας πρέπει να έρθει σε άμεση επαφή με τον όγκο για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Τα περισσότερα εμφυτεύματα εκπέμπουν χαμηλότερα επίπεδα ακτινοβολίας από αυτά που είναι δραστικά, επειδή βρίσκονται σε σταθερή επαφή με τα κύτταρα του όγκου. (Dewit C. Susan, 2009)

### 8.3.2 Ανεπιθύμητες ενέργειες ακτινοθεραπείας

Οι άμεσες και οι μακροχρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες όλων των τύπων ακτινοβολίας περιορίζονται στους ιστούς που έχουν εκτεθεί σε αυτή και άρα ποικίλουν ανάλογα με την περιοχή.

Δερματικές αλλοιώσεις και απώλειες τριχών είναι τοπικά φαινόμενα, αλλά μπορεί να είναι και μόνιμα, ανάλογα με τη συνολική απορροφούμενη δόση.

Ανάλογα πάντοτε με τη δόση, δυο συστηματικές ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφανίζονται συχνά σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν ακτινοβολία εξωτερικής δέσμης είναι διαταραχές στην αίσθηση της γεύσης και εξάντληση. Οι διαταραχές στη γεύση οφείλονται σε μεταβολίτες που ελευθερώνονται από νεκρά κύτταρα ή κύτταρα που νεκρώνονται. Πολλοί ασθενείς αναπτύσσουν αποστροφή στη γεύση του κόκκινου κρέατος. Η εξάντληση πιθανά σχετίζεται με τις αυξημένες ενεργειακές απαιτήσεις για την επιδιόρθωση των κατεστραμμένων κυττάρων. Ανεξάρτητα με την αιτία, η εξάντληση που οφείλεται στην ακτινοθεραπεία μπορεί να είναι ιδιαίτερα ενοχλητική και να διαρκέσει για εβδομάδες ή και μήνες. Πολλοί είναι οι ασθενείς που εκπλήσσονται από το βαθμό εξάντλησης που νιώθουν και χρειάζεται να κάνουν αλλαγές στον τρόπο ζωής για να αντιμετωπίσουν το σύμπτωμα αυτό. Αν και οι κλινικοί ιατροί προτείνουν ξεκούραση για την αντιμετώπιση του αισθήματος εξάντλησης, νεότερες έρευνες δείχνουν ότι η σωματική άσκηση μπορεί να βοηθήσει στο περιορισμό της.

Η καταστροφή φυσιολογικών ιστών από την ακτινοβολία κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας μπορεί να διεγείρει ανοσιακές αντιδράσεις που προκαλούν ιστική ίνωση και ουλές. Οι επιδράσεις αυτές μπορούν να γίνουν εμφανής αρκετό καιρό μετά την ακτινοθεραπεία. Για παράδειγμα, γυναίκες που λαμβάνουν υψηλής δόσης ακτινοβολία για καρκίνο στη μήτρα μπορεί να παρουσιάσουν μετά από χρόνια διαταραχές στο έντερο με αποτέλεσμα δυσκοιλιότητα και ειλεό.

Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας είναι η μεγάλη ηλικία, κακή ποιότητα της ακτινοθεραπείας χαμηλός δείκτης ζωτικότητας, στη μήτρα νέκρωση και διάτρηση και στον τράχηλο έλκος συρίγγιο, στένωση. (Ignatavicius, Workman, 2008)

### 8.3.3 Επιπλοκές ακτινοθεραπείας

#### Επιπλοκές από το λεπτό έντερο

- ✓ Απόφραξη λεπτού εντέρου
- ✓ Διάτρηση λεπτού εντέρου
- ✓ Εντερικά έλκη

#### Επιπλοκές από το ουροποιητικό σύστημα

- ✓ Κυστεοκολπικά συρίγγια
- ✓ Ουρητηρικές στενώσεις
- ✓ Ακράτεια

## **ΆΛΛΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

- ✓ Διάτρηση της μήτρας
- ✓ Ίνωση
- ✓ Στένωση του κόλπου (Saphiro, 2001)

### **8.4 Παρηγορητική θεραπεία**

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να παρέχει ψυχοκοινωνική και πνευματική φροντίδα όταν εργάζεται με ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, καθώς η νόσος επηρεάζει κατά κάποιο τρόπο κάθε διάσταση της ζωής. Πρέπει να είναι υποστηρικτικό, να βοηθάει την ασθενή να χρησιμοποιεί τις δυνάμεις της στο σχεδιασμό και την αντιμετώπιση της νόσου και να συντονίζει τις δυνάμεις της οικογένειας προκειμένου να υποστηρίξουν την ασθενή να συνεχίσει την καθημερινή της ζωή. (Dewit C. Susan, 2009)

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο νοσηλευτής παρέχει φροντίδα σε ασθενείς όλων των ηλικιών που πάσχουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Η εκτίμηση της ασθενούς και της οικογένειάς της περιλαμβάνει το επίπεδο λειτουργικότητας της ασθενούς και την ικανότητα της για αυτοεξυπηρέτηση, τις μορφωτικές και τις ψυχοκοινωνικές της ανάγκες και το οικογενειακό της περιβάλλον. Είναι πολύ σημαντικό προτού καταρτισθεί οποιοδήποτε σχέδιο φροντίδας, να καθοριστούν οι προτεραιότητες των αναγκών της ασθενούς και της οικογένειάς της. Ο νοσηλευτής εκτιμά το επίπεδο της σωματικής λειτουργίας της ασθενούς, τους στόχους, τις ανησυχίες, το στάδιο της απώλειας, το οικογενειακό περιβάλλον και τα διαθέσιμα μέσα. Οι παρεμβάσεις που γίνονται για να διευκολυνθεί η αποκατάσταση, επανεξετάζονται και εάν χρειαστεί αναθεωρούνται προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες της ασθενούς και της οικογένειάς της καθώς αυτή προχωρεί προς την επανένταξη.

Γενικές παρεμβάσεις αποτελούν τα ακόλουθα:

- Η πρόληψη των επιπλοκών.
- Η παροχή της κατά το δυνατόν κατάλληλης και απαραίτητης φροντίδας, με στόχο να διατηρηθεί κάποιος ρεαλιστικός βαθμός ανεξαρτησίας της ασθενούς.
- Η εφαρμογή εξατομικευμένων εκπαιδευτικών σχεδίων με έμφαση στην κατ' οίκον φροντίδα.
- Η παραπομπή σε κοινοτικούς φορείς για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, ειδικού εξοπλισμού, ομάδων αρωγής, ψυχολογικής υποστήριξης και επαγγελματικής καθοδήγησης.

Προκειμένου να εξασφαλισθεί η συνέχιση της φροντίδας κατά το στάδιο της αποκατάστασης, ο νοσηλευτής της κοινότητας να συμμετέχει στο σχέδιο φροντίδας στο στάδιο της παροχής άμεσης φροντίδας. Η συνεχής εκπαίδευση και υποστήριξη της ασθενούς και της οικογένειάς της είναι σημαντική, διότι η ευόδωση της αυτοεξυπηρέτησης και της κινητοποίησης της ασθενούς δεν εγγυάται ότι είναι σε θέση να λειτουργεί ανεξάρτητα (χωρίς βοήθεια) σε όλες τις εκφάνσεις της ανθρώπινης δραστηριότητας. (Priscilla Lemon, Karen Burke, 2006)

## 1.1 Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την εισαγωγή ασθενούς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

### Εκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης

#### Ιστορικό υγείας

- ✓ Ηλικία
- ✓ Συζυγική κατάσταση
- ✓ Έμμηνο ρύση, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό
- ✓ Ατομικές υγιεινές συνήθειες
- ✓ Προηγούμενα τραχηλικά προβλήματα, συμπτώματα, έρπης
- ✓ Χρήση κολπικών αντιβιοτικών
- ✓ Ημερομηνία τελευταίας εξέτασης κολπικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου (test pap)

#### Φυσική εκτίμηση

Η φυσική εξέταση θα αποκαλύψει:

- ✓ Φυσιολογικά εξωτερικά γεννητικά όργανα
- ✓ Όχι αξιοσημείωτη αλλαγή στον κολπικό ή τραχηλικό βλεννογόνο

#### Διαγνωστικές εξετάσεις

Κολπικό επίχρισμα (test pap)

Κολποσκόπηση – Καμιά υποψία ή άτυπες αλλοιώσεις

Βιοψία τραχήλου – Η ιστολογική εξέταση τμήματος ιστού από τον αλλοιωμένο τράχηλο επισφραγίζει τη διάγνωση

Διαστολή και απόξεση

#### • Προβλήματα της άρρωστης

- ❖ Ψυχολογικά προβλήματα- Ανησυχία, φόβος καρκίνου και θανάτου
- ❖ Μεταβολή του σωματικού ειδώλου, εξαιτίας της επέμβασης
- ❖ Προβλήματα σεξουαλικής δραστηριότητας και γονιμότητας, κυρίως αν δεν έχει παιδιά

## **1.2 Σκοποί της φροντίδας**

### **1. Άμεσοι**

Μείωση της ανησυχίας και του φόβου της εγχείρησης

Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου

### **2. Μακροπρόθεσμοι**

Παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με τη διάγνωση του καρκίνου

Μείωση του κινδύνου υποτροπής (Σαχίνη-Καρδάση ,Πάνου, 2000)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

#### 2.1 Πυελική εξέταση

##### Ετοιμασία της άρρωστης:

- Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης της άρρωστης. Χρειάζεται ενθάρρυνση, κατανόηση και επιδέξιο χειρισμό τόσο από τον συγκινησιακό όσο και των φυσικών της προβλημάτων.
- Παροχή συμβουλών στην άρρωστη για αποφυγή συνουσίας και κολπικής πλύσης 24 ώρες πριν από την εξέταση σε περίπτωση που θα ληφθεί κολπικό έκκριμα για κυτταρολογική εξέταση.
- Παρότρυνση της άρρωστης για κένωση της κύστης και του εντέρου πριν από την εξέταση.
- Αφαίρεση περριτών ενδυμάτων για να επιτραπεί ικανοποιητική έκθεση των γεννητικών οργάνων και εξέταση της κοιλιάς.
- Αποφυγή υπερβολικής έκθεσης της άρρωστης.

##### Κατά τη διάρκεια της εξέτασης:

- Εξασφάλιση άνεσης στην άρρωστη με την παρουσία του νοσηλευτή κατά την ώρα της εξέτασης.
- Ενθάρρυνση της άρρωστης να χαλαρώσει και να είναι ήρεμη.
- Εξασφάλιση του κατάλληλου φωτισμού και των απαραίτητων αντικειμένων για την εξέταση.
- Βοήθεια του γιατρού κατά την ώρα της εξέτασης.
- Μετά το τέλος της εξέτασης καθαρισμός της περινεϊκής χώρας από εκκρίσεις και λιπαντική ουσία.
- Τοποθέτηση της άρρωστης σε άνετη θέση, μετά το τέλος της εξέτασης.
- Επίλυση αποριών της άρρωστης.(Dewit C. Susan, 2009)

## 2.2 Test-Pap

Μετά την λήψη του τραχηλικού επιχρίσματος ο νοσηλευτής σημειώνει την προέλευση του σε κάθε αντικειμενοφόρο πλάκα. Πριν ξεραθεί το έκκριμα, οι αντικειμενοφόρες πλάκες τοποθετούνται μέσα σε γυάλινο δοχείο με αιθέρα και αιθυλική αλκοόλη και στέλνονται στο κυτταρολογικό εργαστήριο. Στο παραπτεμπτικό σημειώνεται η ημερομηνία έμμηνης ρύσης και αν η γυναίκα έπαιρνε οιστρογόνα ή αντισυλληπτικά χάπια. (Dewit C. Susan, 2009)

## 2.3 Βιοψία τραχήλου

Οδηγίες της ασθενούς κατά τη βιοψία.

- 1)Προτού φύγει η άρρωστη είναι απαραίτητο να ξεκουραστεί για λίγο μετά την διαδικασία
- 2)Να αποφύγει να σηκώνει βαριά αντικείμενα για 24 ώρες
- 3)Ο πωματισμός μπορεί να μείνει στη θέση του για 12-24 ώρες ανάλογα με την οδηγία γιατρού
- 4)Μπορεί να παρατηρηθεί κάποια αιμορραγία αν είναι περισσότερη από ότι σε μια φυσιολογική έμμηνη ρύση, πρέπει αμέσως να αναφερθεί στο γιατρό
- 5)Να πάρει ιατρικές οδηγίες σχετικά με τις πλύσεις και τις σεξουαλικές της επαφές (Σαχίνη-Καρδάση, 1997)

## 2.4 Κολποσκόπηση

Η ασθενής θα εκφράσει την άποψη ότι κατανοεί την ανάγκη εκτελέσεως της εξέτασης και η παροχή των κατάλληλων πληροφοριών καθιστά την ασθενή πιο συνεργάσιμη και περιορίζει το φόβο.

- 1)Εξηγούνται στην ασθενή οι πληροφορίες που λαμβάνονται με την κολποσκόπηση:
  - 2 Άμεση οπτική εικόνα της βλάβης
  - 3 Έκταση της βλάβης
  - 4 Βιοψία για ιστολογική εξέταση
- 2)Δίνονται στην ασθενή οι αναγκαίες οδηγίες για την ειδική αυτή εξέταση:
  - Συνήθως γίνεται στο ιατρείο
  - Απαγορεύεται το ντους για 24 ώρες προ της εξετάσεως (το ντους μπορεί να απομακρύνει τις κολπικές εκκρίσεις και να προκληθεί έτσι αλλοίωση της εικόνας

- Λαμβάνεται ελαφρύ μόνο φαγητό 2-3 ώρες πριν την εξέταση
- Χορήγηση αναλγητικών αν είναι ανάγκη, χορηγούνται 30-60 λεπτά πριν την εξέταση για την ελάττωση της δυσφορίας
- Η ασθενής συνήθως τοποθετείται σε θέση λιθοτομίας
- Η ασθενής αναχωρεί για το σπίτι μετά από βραχεία περίοδο παρατήρησης.(Meg Gulanick, Deidra Dradishar, Michele Knoll Puzas, 2003)

## 2.5 Διαστολή και Απόξεση

### Οδηγίες της ασθενούς και νοσηλευτικά καθήκοντα.

- Ενημέρωση της άρρωστης για την επέμβαση
- Απάντηση σε ερωτήσεις που ενδέχεται να έχει η άρρωστη
- Έλεγχος αν έχει γίνει ξύρισμα της περινεϊκής χώρας
- Υποκλισμός για κένωση του εντέρου
- Παρότρυνση της άρρωστης να ουρήσει πριν την εξέταση
- Αξιολογούνται τα ζωτικά σημεία, συμπεριλαμβανομένης της θερμοκρασίας
- Αξιολογείται το χρώμα, η οσμή και η ποσότητα της κοιλιακής εκκρίσεως
- Αξιολογείται η ύπαρξη έντονου ερεθισμού της μήτρας
- Συνιστάται στην ασθενή η κατάλληλη φροντίδα του περινέου (σκούπισμα από εμπρός προς τα πίσω μετά την ούρηση ή την αφόδευση)
- Συνιστάται στην ασθενή να αποφεύγει τα ταμπόν, το ντους και την συνουσία μέχρι την επούλωση (οι δραστηριότητες αυτές μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο λοιμώξεως, ενώ ο τράχηλος, είναι ή μπορεί να είναι ακόμα ανοικτός.( Meg Gulanick, Deidra Dradishar, Michele Knoll Puzas, 2003)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### 3.1 Προεγχειρητική φροντίδα

Η προετοιμασία της ασθενούς για την χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει δραστηριότητες και διαδικασίες που βοηθούν να μειωθεί το άγχος, εξασφαλίζουν την ασφάλεια των ασθενών και μειώνουν τον κίνδυνο επιπλοκών. Μια διεξοδική νοσηλευτική εκτίμηση είναι απαραίτητη για την καταγραφή των δεδομένων αναφοράς για μελλοντικές συγκρίσεις ώστε να καθορισθεί η επίδραση της διδασκαλίας και να παρακολουθηθούν οι ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο για επιπλοκές κατά την προεγχειρητική φάση.

Το άγχος παρεμβαίνει στην αποτελεσματικότητα της αναισθησίας και στην ικανότητα των ασθενών να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα τους. Παρέχεται πληροφορίες στις ασθενείς σχετικά με το τι θα συμβεί κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής φάσης, καθώς επίσης και τι αναμένει να αισθανθεί η ασθενής επίδειξη μιας στάσης φροντίδας απέναντι στην ασθενή, στα μέλη της οικογενείας και στους σημαντικούς άλλους, θα αυξήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης και θα μειώσει το άγχος.

Επειδή πολλοί ασθενείς εισάγονται στο νοσοκομείο την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης, ένα μεγάλο μέρος της προεγχειρητικής διαδικασίας της ασθενούς εγγυται συχνά στον υπεύθυνο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ως εκτούτου, είναι σημαντικό να υπάρχει ένας νοσηλευτής πριν την εισαγωγή ή ένας χειρουργικός νοσηλευτής που θα παρέχει επαρκής πληροφορίες στην ασθενή.(G.A Perry P.A Potter, 2012)

#### 3.1.1 Προεγχειρητικές νοσηλευτικές ενέργειες

Ο σκοπός της φροντίδας είναι η εκτίμηση της ετοιμότητας του ασθενούς για χειρουργείο, η αναγνώριση πιθανών κινδύνων του χειρουργείου, η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την επέμβαση, η προετοιμασία του ασθενούς για την μετεγχειρητική εμπειρία και η προσφορά συναισθηματικής υποστήριξης.(Osborn, Wraa, Watson, 2012)

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από το είδος, τη σοβαρότητα της εγχείρησης και την κατάσταση του ασθενούς. Η προεγχειρητική ετοιμασία συνίσταται:

- Προσανατολίστε τον ασθενή στο δωμάτιο ή την προεγχειρητική αίθουσα.
- Ο γιατρός λαμβάνει την πληροφορημένη συναίνεση. Λειτουργείστε ως συνήγορος του ασθενούς όπως απαιτείται.
- Λάβετε υπόψη οποιαδήποτε πολυκυστικά θεματα.

- Δείτε το εγγραφο εάν προβλεπεται από το νοσοκομείο.
- Ελέγχετε το ιατρικό ιστορικό και επανελέγξτε ή συμπληρώστε τη λίστα προεγχειρητικού έλεγχου.
- Παρέχεται προεγχειρητική διδασκαλία, συμπεριλαμβανομένης της εξήγησης των μετεγχειρητικών ασκήσεων, της προετοιμασίας του δέρματος, των μέτρων ελέγχων του πόνου, και της μετεγχειρητικής φροντίδας στην αίθουσα ανάνηψης και στο νοσηλευτικό τμήμα.
- Αξιολογίστε οποιεσδήποτε προεγχειρητικές οδηγίες για υποκλυσμό, λουτρό και προετοιμασία του δέρματος έχουν ακολουθηθεί. Εισάγετε ενδοφλέβιο ή και μόνιμο καθετήρα εάν υπάρχει οδηγία.
- Παρέχετε μετρά για την υγιεινή, εξασφαλίζοντας την ειδικότητα της ασθενούς. Καθοδηγίστε τον ασθενή να αφαιρέσει όλα του τα ρούχα συμπεριλαμβανομένων των εσωρούχων, και να φορέσει την ποδιά μιας χρήσης με το άνοιγμα στη πλάτη και το καπέλο.
- Καθοδηγίστε τον ασθενή να αφαιρέσει κοκαλάκια, περούκες, κοσμήματα, και το make-up (συμπεριλαμβανομένων του μανού και των ψεύτικων νυχιών). Τα θρησκευτικά αντικείμενα μπορεί να καρφισωθούν στο μαξιλάρι και αν η πολιτική του νοσοκομείου το επιτρέπει. Μερικά νοσοκομεία επιτρέπουν την αφαίρεση του μανό ή του ψεύτικου νυχιού από μόνο ένα δάχτυλο, εάν χρησιμοποιείται οξύμετρο. Ελέγξτε την πολιτική του νοσοκομείου.
- Βοηθείστε τον ασθενή στην αφαίρεση των προσθέτων, συμπεριλαμβανομένων των τεχνητών οδοντοστοιχιών, των γυαλιών και των φακών επαφής, των τεχνητών άκρων και ματιών, των ακουστικών και των ψεύτικων βλεφαρίδων. Καταγράψτε τα αντικείμενα και δώστε τα σε μέλη της οικογενείας ή δώστε τα στην ασφάλεια για να τα τοποθετήσει σε ένα ασφαλές μέρος. Καταγράψτε μια λίστα αντικειμένων και τη θέση τους στις προεγχειρητικές λίστες έλεγχου ή και στις νοσηλευτικές σημειώσεις κατά την πολιτική του νοσοκομείου.
- Ασφαλίστε όλα τα πολύτιμα αντικείμενα ή δώστε τα σε ένα μέλος της οικογενείας ή στους σημαντικούς άλλους. Ζητείστε του να υπογράψει εάν απαιτείται από το νοσοκομείο.
- Εφαρμόστε κάλτσες κατά των θρομβώσεων σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Αξιολογίστε τα ζωτικά σημεία αμέσως πριν την είσοδο στο χειρουργείο. Σε περίπτωση που τα ζωτικά σημεία αποκλίνουν από τις φυσιολογικές τιμές πρέπει να ενημερώνεται ο γιατρός γιατί μπορεί να οδηγήσει σε αναβολή της επέμβασης.
- Εάν η ασθενής δεν φέρει μόνιμο καθετήρα, βοηθείστε την στην κένωση πριν λάβει τη προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή.
- Χορηγίστε τα προεγχειρητικά φάρμακα σύμφωνα με τις οδηγίες. Αυτά τα φάρμακα μπορούν να δοθούν στην προεγχειρητική αίθουσα ή αίθουσα αναμονής. Ελέγξτε τις προεγχειρητικές οδηγίες.

- Η ασθενής τοποθετείται στο κρεβάτι έχοντας κοντά της το φως κλήσης και συμβουλευέτε να μην σηκωθεί από το κρεβάτι χωρίς βοήθεια. Επιτρέψτε στα μέλη της οικογένειας να παραμείνουν στο προσκέφαλο του έως ότου να μεταφερθεί στη χειρουργική αίθουσα. Διατηρείτε ήρεμο και χαλαρωτικό περιβάλλον. (G. A. Perry, P. A. Potter, 2012)

### 3.1.2 Διαγνωστικές εξετάσεις πριν την εγχείρηση

Γενικές διαγνωστικές εξετάσεις που συνήθως γίνονται σε όλους τους αρρώστους που πρόκειται να χειρουργηθούν σημειώνονται στον παρακάτω πίνακα. Ανάλογα με την συγκεκριμένη περίπτωση ακολουθεί και η σειρά ειδικών εξετάσεων.

<u>Εξέταση</u>	<u>Πιθανή διάγνωση</u>
Γενική ούρων	Νοσήματα ουροποιητικού
Ακτινογραφία θώρακος	Νοσήματα πνεύμονα
Ανάλυση αίματος για: Γενική αίματος Αιμοσφαιρίνη Ταχύτητα καθίζησης Σάκχαρο Ουρία VDRL-wassermann Προθρομβίνη Ομάδα και rhesus Αυστραλιανό αντιγόνο Elisa-Riba	Αναιμία Λοιμώξεις Μειωμένη άμυνα οργανισμού Σακχαρώδης διαβήτης Παθήσεις νεφρών Κοινωνικά νοσήματα Αιμορραγική διάθεση Πιθανή μετάγγιση Ηπατίτιδα Β AIDS
Ηλεκτροκαρδιογράφημα (Αθανάτου, 2008)	Καρδιακές διαταραχές

### 3.1.3 Ψυχολογική ετοιμασία

Η χειρουργική επέμβαση προκαλεί κάποιο στρες στον άρρωστο, το οποίο όσο πιο έντονο είναι τόσο περισσότερο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ομαλή λειτουργία του όλου οργανισμού. Συνήθως η ανησυχία και η αγωνία του αρρώστου προέρχεται από φόβο για:

- Το άγνωστο περιβάλλον των ανθρώπων, των περιεργων συσκευών και μηχανημάτων που βλέπει γύρω του
- Τη νάρκωση και τον πόνο
- Τη σκέψη για μια πιθανή αναπηρία μόνιμη ή παροδική, την απώλεια εργασίας του, τις ανάγκες συντήρησης της οικογένειάς του

- Το αίσθημα της ασφάλειας και του θανάτου.

Τα παραπάνω συναισθήματα εκδηλώνονται με διάφορους τρόπους, με ανησυχία, με σιωπή και εσωτερίκευση ή και με ατελείωτες ερωτήσεις και απορίες. Οι νοσηλευτές καλούνται να ανταποκριθούν στα παραπάνω και να συμπεριφερθούν με κρίση, σύνεση, στοργή, ενδιαφέρον και κατανόηση. Να ακούσουν περισσότερο και λιγότερο να μιλήσουν. Να δώσουν λογικές πληροφορίες και εξηγήσεις στα πλαίσια της αρμοδιότητος τους. Έτσι θα μειωθεί η ανησυχία και το άγχος, θα εμπνεύσουν το αίσθημα και ασφάλειας και θα πετύχουν καλύτερη συνεργασία. (Αθανάτου, 2008)

### 3.1.4 Ανάπαυση και ύπνος

Και τα δυο είναι απαραίτητα για την υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Η έλλειψη τους προκαλεί συμπτώματα κόπωσης. Κατάστασης που προκαλούν ψυχική ένταση και άγχος όπως μια χειρουργική επέμβαση μειώνουν την ικανότητα του ατόμου, να αναπαυθεί και να κοιμηθεί. Γι αυτό το βράδυ της παραμονής της επέμβασης χορηγείται κάποιο ηρεμιστικό-υπνωτικό φάρμακο για εξασφάλιση καλού ύπνου. Εκτός αυτού οι νοσηλευτές φροντίζουν για την πρόληψη θορύβων, μείωση φωτός και απομάκρυνση επισκεπτών για τον ίδιο σκοπό. (Αθανάτου, 2008)

### 3.2 Μετεγχειρητικές νοσηλευτικές ενέργειες κατά την ανάνηψη

Μετά την επέμβαση ο άρρωστος μεταφέρεται με φορείο στην αίθουσα ανάνηψης. Σε αυτή παραμένει μέχρι να διαπιστωθεί ότι συνήλθε από τη νάρκωση και σταθεροποιήθηκαν τα ζωτικά του σημεία. Είναι χώρος εξοπλισμένος με όλα τα αντικείμενα και τις συσκευές για την άμεση αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών. Ο άρρωστος βρίσκεται σε συνεχή παρακολούθηση από ειδικευμένους νοσηλευτές. Με τον τρόπο αυτό της παρακολούθησης έχουν μειωθεί ή εξαφανιστεί οι κίνδυνοι των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Οι ευθύνες του νοσηλευτή συνοψίζονται στις παρακάτω ενέργειες:

-Σημειώνει την ώρα προσέλευσης στην ανάνηψη.

-Παίρνει και καταγράφει με ακρίβεια τα ζωτικά σημεία για τον έλεγχο της γενικής του κατάστασης.

-Φροντίζει να διατηρείται η αεροφόρος οδός ανοιχτή με κατάλληλη θέση (το κεφάλι πλάγια) για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων σε έμετο και διατήρηση αεραγωγού ή ενδοτραχειακού σωλήνα στη θέση του.

-Παρακολουθεί την ενδοφλέβια έγχυση του ορού, ρυθμό ροής, σημείο φλεβοκέντησης για να μην μετακινηθεί η βελόνα και σπάσει η φλέβα.

-Παρακολουθεί τις συνδέσεις και τη λειτουργία των παροχετεύσεων-όταν υπάρχουν-ποσότητα και χρώμα υγρών και κατάσταση τραύματος.

-Ελέγχει τη λειτουργία συσκευής, σε χορήγηση οξυγόνου και τη θέση της μάσκας, το χρώμα των νυχιών και χειλέων για κυάνωση και του δέρματος-ψυχρό, θερμό.

-Παρακολουθεί το επίπεδο συνείδησης και τα αντανακλαστικά των βλεφάρων, του βήχα, της κατάπνοσης και γενικότερα για εμφάνιση επιπλοκών

Όταν ο άρρωστος συνέλθει από τη νάρκωση μεταφέρεται στο νοσηλευτικό τμήμα. Κατά την απουσία του στο χειρουργείο, ετοιμάζεται το χειρουργικό κρεβάτι καθώς και το περιβάλλον του θαλάμου ανάλογα με την περίπτωση. (Αθανάτου, 2008)

### 3.3 Μετεγχειρητικές νοσηλευτικές ενέργειες στο τμήμα

Για πολλές χειρουργικές διαδικασίες, ο νοσηλευτής του νοσηλευτικού τμήματος βοηθά στη μεταφορά της ασθενούς από το φορείο στο κρεβάτι του δωματίου και χρησιμοποιεί τα δεδομένα από τις προεγχειρητικές φάσεις για την πρώτη μετεγχειρητική αξιολόγηση. Πιθανόν να χρησιμοποιηθεί ένας μετεγχειρητικός κατάλογος ελέγχου ή διάγραμμα ροής. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί την αναπνοή της, την κυκλοφορία, τα ζωτικά σημεία, την νευρολογική κατάσταση, το ισοζύγιο υγρών, την παροχέτευση και τα επικαλύμματα του τραύματος, καθώς και το επίπεδο άνεσης της ασθενούς. Όταν τα ζωτικά σημεία σταθεροποιηθούν, επιτρέπεται στην ασθενή να καθίσει και να βαδίσει. Εάν μπορεί να βαδίσει χωρίς βοήθεια, έχει αδειάσει την ουροδόχο κύστη και πληρούνται τα κριτήρια εξόδου, μπορεί να λάβει εξιτήριο. Η ανάνηψη στο τμήμα ημερήσιας νοσηλείας συνήθως διαρκεί μια με τρεις ώρες. (Dewit C. Susan, 2009)

Η αρχική αξιολόγηση συνήθως συνδυάζεται με την εφαρμογή των μετεγχειρητικών οδηγιών και περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

#### Ζωτικά σημεία

- Αξιολόγηση της θερμοκρασίας, της πίεσης του αίματος και των σφίξεων καθώς και του αναπνευστικού ρυθμού. Μπορούν να ληφθούν υπόψη οι διαταραχές από τα μετεγχειρητικά δεδομένα και εκείνα της ανάνηψης καθώς και τα συμπτώματα και οι επιπλοκές.

#### Χρώμα και θερμοκρασία δέρματος.

- Αξιολόγηση για θερμότητα, τόνο, κυάνωση, εφίδρωση.

#### Επίπεδο συνείδησης.

- Αξιολόγηση για προσανατολισμό στο χρόνο, στον τόπο και στα πρόσωπα, καθώς και την αντίδραση στα ερεθίσματα και την ικανότητα κίνησης των άκρων.

#### Ενδοφλέβια υγρά.

- Αξιολόγηση του είδους και της ποσότητας του διαλύματος, του ρυθμού ροής, της συσκευής και του σημείου της φλεβοκέντησης

#### Τραύμα

- Αξιολόγηση επίδεσης και εξαρτημένων περιοχών για παροχέτευση υγρών (χρώμα, ποσότητα, σύσταση). Αξιολόγηση των παροχετεύσεων και των καθετήρων και

επιβεβαίωση της ακεραιότητας, της βατότητας και της κατάλληλης σύνδεσης με το σύστημα παροχέτευσης.

#### Άλλοι καθετήρες

- Αξιολόγηση του καθετήρα της κύστεως, της γαστρεντερικής αναρρόφησης κλπ, για τη βατότητα και την ποσότητα των αποβαλλόμενων ούρων ή άλλων υλικών. Βεβαιωθείτε ότι οι σάκοι συλλογής είναι τοποθετημένοι σωστά και ότι η αναρρόφηση λειτουργεί. Εάν υπάρχει οδηγία για χορήγηση οξυγόνου,, βεβαιωθείτε για το σωστό ρυθμό ροής.

#### Επίπεδο άνεσης

- Αξιολόγηση για ύπαρξη πόνου (θέση, διάρκεια, ένταση) και, αν υπάρχει, ενημερωθείτε αν χορηγήθηκαν αναλγητικά στην αίθουσα ανάνηψης. Αξιολόγηση για ύπαρξη ναυτίας και εμέτου.

#### Θέση και ασφάλεια

- Τοποθετείστε την ασθενή στην κατάλληλη θέση ή αν δεν έχει πλήρη συνείδηση, τοποθετείστε την στην πλάγια θέση. Ανυψώστε τα πλάγια κάγκελα και τοποθετείστε το κρεβάτι στη χαμηλή θέση.

- Άνεση

Καλύψτε την ασθενή με κουβέρτα, προσανατολίστε τη στο δωμάτιο, εάν χρειάζεται, και επιτρέψτε στα μέλη της οικογένειας να παραμείνουν με την ασθενή μετά την ολοκλήρωση της αρχικής αξιολόγησης.(Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla Lemone, 2010)

### **3.4 Μετεγχειρητικά προβλήματα και νοσηλευτική φροντίδα**

#### **3.4.1 Πόνος**

Ο πόνος είναι υποκειμενικό σύμπτωμα που συνοδεύεται από δυσφορία και εμφανίζεται ως πρώτο μετεγχειρητικό σύμπτωμα. Η μεγαλύτερη ένταση του σημειώνεται συνήθως 12-36 ώρες μετά την επέμβαση.

### **Νοσηλευτική φροντίδα**

- ✓ Ρωτήστε τον άρρωστο που και πως πονάει. Έλεγχος της περιοχής για ερυθρότητα, οίδημα, αυξημένη θερμοκρασία.
- ✓ Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος, κατάλληλη θερμοκρασία θαλάμου, αναπαυτική θέση. Έλεγχος των παροχετεύσεων μήπως ασκούν πίεση στο τραύμα και αν αυτό είναι στεγνό.
- ✓ Παρότρυνση του αρρώστου να αλλάζει συχνά θέση.
- ✓ Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράζει τις ανησυχίες του, να μιλήσει για τον πόνο του. Έτσι αποσπάται η προσοχή και αυξάνεται το όριο ανοχής του πόνου. Αν δεν αποσπάται αυτό σημαίνει έντονο πόνο και δυσφορία.
- ✓ Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.

### **3.4.2 Ναυτία-έμετος**

Σήμερα, με την πρόοδο της αναισθησιολογίας έχουν περιορισθεί μετεγχειρητικά και τα δυο. Παραμένει όμως ένα ποσοστό αρρώστων που τα παρουσιάζουν.

### **Νοσηλευτική φροντίδα**

- ✓ Έχετε κοντά του νεφροειδές και χαρτοβάμβακο. Απομακρύνεται έγκαιρα τον έμετο, φροντίστε το στόμα του και τις μαξιλαροθήκες ή τα σεντόνια, αν έχουν λερωθεί.
- ✓ Γυρίστε το κεφάλι πλάγια όταν είναι σε ύπτια θέση για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων και απόφραξη της αναπνευστικής οδού.
- ✓ Κρατήστε πιεστικά την περιοχή του τραύματος κατά τον έμετο για την πρόληψη ρήξεως των τραυμάτων.
- ✓ Συστήστε στον άρρωστο να παίρνει βαθιές αναπνοές για να αποβληθεί το αναισθητικό φάρμακο.
- ✓ Ελέγχετε αν είναι ευαίσθητος στη μορφίνη.
- ✓ Χορηγήστε αντιεμετικά σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- ✓ Σημειώστε στο δελτίο νοσηλείας και αναφέρετε στο γιατρό περίπτωσης παρατεταμένων εμέτων για τον έλεγχο της αιτιολογίας.

### 3.4.3 Δίψα

Η δίψα είναι πολύ συνηθισμένο μετεγχειρητικό πρόβλημα.

#### Νοσηλευτική φροντίδα

- ✓ Χορηγείστε υγρά παρεντερικά, είδος, ποσόν, ρυθμό σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Αν δεν έχει εμέτους χορηγείστε υγρά προοδευτικά από το στόμα για την ενυδάτωση του και την ρευστοποίηση των εκκρίσεων.
- ✓ Δώστε να φροντίσει το στόμα του και να κάνει γαργάρες με αντισηπτικό διάλυμα.

### 3.4.4 Διάταση κύστεως (επίσχεση ούρων)

Η κατακράτηση των ούρων μπορεί να συμβεί μετά από κάθε εγχείρηση.

#### Νοσηλευτική φροντίδα

- ✓ Φροντίστε πρώτα για την φυσιολογική ούρηση με φυσικά μέσα, όπως:
  - Το άνοιγμα της βρύσης. Ο θόρυβος του νερού επηρεάζει αντανακλαστικά την ουρήθρα.
  - Το χύσιμο χλιαρού νερού στο περίνεο, προκαλεί μυϊκή χάλαση

Αν τα παραπάνω φυσικά μέτρα δεν αποδώσουν και η επίσχεση επιτείνεται, τότε σε συνεννόηση με το γιατρό γίνεται καθετηριασμός κύστεως.

### 3.4.5 Ανησυχία-δυσφορία

Η ανησυχία μπορεί να οφείλεται από αϋπνία, θόρυβοι του περιβάλλοντος, πόνος, δίψα, επίσχεση ούρων και βρεγμένο επιδερμικό τραύματος.

#### Νοσηλευτική φροντίδα

- ✓ Ελέγχεται τη λειτουργία των παροχετεύσεων και το τραύμα. Κάνετε αλλαγή αν κρίνεται αναγκαίο.
- ✓ Επικοινωνήστε μαζί του βοηθώντας να εκφράσει τις ανησυχίες του.
- ✓ Διατηρείστε τον άρρωστο στεγνό και καθαρό.
- ✓ Φροντίστε για την κένωση της κύστεως.
- ✓ Εξασφαλίστε ήρεμο περιβάλλον, περιορίστε τους θορύβους.
- ✓ Ανακουφίστε τον άρρωστο από τον πόνο.

### 3.4.6 Δυσκοιλιότητα

Ερεθισμός εντέρου κατά την επέμβαση. Η δυσκοιλιότητα ημερών μπορεί να προκαλέσει ενσφήνωση κοπράνων.

#### Νοσηλευτική φροντίδα

- ✓ Έγκαιρη έγερση για την αύξηση περισταλισμού του εντέρου.
- ✓ Λήψη υγρών που ενυδατώνει τον άρρωστο και διατηρεί το περιεχόμενο του εντέρου μαλακό.
- ✓ Χορήγηση τροφής, προοδευτικά, που αυξάνει τον περισταλισμό όπως τροφές που αφήνουν υπόλειμμα.(Αθανάτου, 2008)

### 3.5 Μετεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση στην υστερεκτομή

- Χορήγηση αναλγητικής αγωγής ανάλογα με τις οδηγίες.
- Αξιολόγηση της εντόπισης, του τύπου και της ποιότητας του πόνου κάθε 3-4 ώρες με τη χρήση κλίμακας βαθμολόγησης του πόνου.
- Βοήθεια στην αλλαγή θέσης και υποστήριξη με μαξιλάρια για την επίτευξη της άνεσης.
- Εξασφάλιση ήσυχου και σκοτεινού περιβάλλοντος για ανάπαυση και ύπνο.
- Παρακολούθηση για παρενέργειες των αναλγητικών κυρίως της αναπνευστικής συχνότητας.
- Χορήγηση αντιεμετικών σύμφωνα με τις οδηγίες αμέσως μόλις εμφανιστεί ναυτία προκειμένου να αποφευχθεί ο έμετος και περισσότερος πόνος.
- Έλεγχος της βατότητας του καθετήρα και της παροχέτευσης προκειμένου να προληφθεί η διάταση της κύστεως.
- Παρακολούθηση συχνά των ζωτικών σημείων με βάση συγκεκριμένο μετεγχειρητικό πρωτόκολλο.
- Έλεγχος του επικαλύμματος της τομής καθώς και κάτω από την ασθενή για σημεία αιμορραγίας με κάθε έλεγχο των ζωτικών σημείων. Αξιολόγηση για αιμορραγία από τον κόλπο.
- Αξιολόγηση για σημεία ενδοκοιλιακής αιμορραγίας, όπως αυξημένη κοιλιακή περίμετρος, μειωμένοι εντερικοί ήχοι και αυξημένος κοιλιακός πόνος και σκληρότητα.
- Χορήγηση προφυλακτικών αντιβιοτικών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

- Παρακολούθηση της τομής για σημεία ερυθρότητας, οιδήματος, εκροής υγρού, διαπύησης ή σκληρότητας.
- Διατήρηση επικαλύμματος να είναι στεγνό και καθαρό.
- Χρησιμοποίηση άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή των επικαλυμμάτων.
- Παρακολούθηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων και της θερμοκρασίας.
- Αξιολόγηση των κολπικών εκκρίσεων για εμφάνιση οσμής ή αλλαγή των χαρακτήρων τους.
- Αξιολόγηση της κοιλιάς για σημεία λοίμωξης, αύξηση του πόνου, εντοπισμένη ευαισθησία, οίδημα, αυξημένο ερύθημα (ερυθρότητα) γύρω από τα χείλη του τραύματος, μειωμένους εντερικούς ήχους.
- Παροχή ευκαιριών για συζήτηση σχετική με τις ανησυχίες της ασθενούς για την απώλεια της μήτρας της και τί αυτό σημαίνει για αυτή.
- Εξερεύνηση των συναισθημάτων της γυναίκας σχετικά με τη σεξουαλικότητα της μετά την υστερεκτομή.
- Ενθάρρυνση των εκφράσεων των θετικών αποτελεσμάτων της υστερεκτομής και του γεγονότος ότι δεν έχει αλλάξει ως πρόσωπο. (Dewit C. Susan, 2009)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### 4.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε εξωτερική ακτινοθεραπεία

Η έλλειψη γνώσης σχετικής με τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας και τον τρόπο αντιμετώπισής τους μπορεί να αυξήσει σημαντικά το άγχος και το στρες του ασθενούς. Δεν είναι ασυνήθες για ένα άτομο να έχει κάποιες παρανοήσεις σχετικά με το πώς λειτουργεί η ακτινοβολία, εάν ένας ασθενής μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για τους άλλους όταν υποβάλλεται σε θεραπεία, τότε θα αρχίσει να βιώνει τις παρενέργειες, και πόσος χρόνος απαιτείται μέχρι να αρχίσει να αναρρώνει από αυτές.

Πριν την πρώτη θεραπεία, ο ασθενής ενημερώνεται για τα θεραπευτικά αποτελέσματα αναμένονται, τι είναι πιθανό να θεραπευτεί και τι αναμένεται κατά την διάρκεια της συνεδρίας. Επειδή η θεραπεία μπορεί να παρέχεται σε εξωτερική βάση, ο ασθενής ενθαρρύνεται να διατηρεί τα προγραμματισμένα ραντεβού και να ενημερώνει τον υπεύθυνο εάν είναι αναγκαία κάποια ακύρωση. Θα πρέπει να παρέχεται διαβεβαίωση ότι η πηγή της ακτινοβολίας είναι στο μηχάνημα μόνο και ότι δεν μπορεί να μολύνει τους άλλους με ραδιενέργεια. Κάποιος θα πρέπει να συνοδεύει τον ασθενή και τις αρχικές θεραπείες, κατά προτίμηση ένα μέλος της οικογένειας ή ένας στενός και έμπιστος φίλος, ο οποίος μπορεί να παρέχει συναισθηματική υποστήριξη. Είναι σημαντικό να υπάρχει χρόνος για το νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να αναπτύξει σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή, να απαντά σε οποιαδήποτε ερώτηση σχετική με τη θεραπεία διάλυο επικοινωνίας καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας. (Dewit C. Susan, 2009)

#### 4.2 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε εσωτερική ακτινοθεραπεία

Οι ασθενείς που θεραπεύονται με εσωτερικές πηγές ακτινοβολίας μπορεί να αποτελούν πηγή ραδιενέργειας. Εκείνοι που βρίσκονται σε στενή επαφή με αυτούς πρέπει κατά ανάγκη να πάρουν ειδικές προφυλάξεις για να προστατευτούν από την μη αναγκαία ακτινοβολία. Η ραδιενέργεια είναι ένα απειλητικό φαινόμενο για τους περισσότερους ανθρώπους, διότι δεν το κατανοούν πλήρως και είναι κακώς πληροφορημένοι σχετικά με τον τρόπο που επιδρά στο σώμα.

Είναι σημαντικό για το νοσηλευτή να γνωρίζει αν το ραδιενεργό στοιχείο είναι στεγανοποιημένο και τοποθετείται μέσα στο σώμα για να παραμείνει για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, ή είναι μη στεγανοποιημένη πηγή που μπορεί να αποβληθεί από τις εκκρίσεις του σώματος και τα κόπρανα. Η μη στεγανοποιημένες πηγές συνήθως έχουν μικρό χρόνο ημίσειας ζωής, που σημαίνει ότι δεν είναι ραδιενεργές για όσο διάστημα είναι οι στεγανοποιημένες πηγές.

.(Dewit C. Susan, 2009)

### 4.3 Μέτρα προστασίας από την ακτινοθεραπεία

- Τοποθετείστε τον ασθενή σε μονόκλινο δωμάτιο.
- Τοποθετείστε στη πόρτα του ασθενούς προειδοποιητική πινακίδα ότι ο ασθενής λαμβάνει εσωτερική ακτινοθεραπεία.
- Τηρείτε τις αρχές του χρόνου και της απόστασης. Περιορίστε το χρόνο παραμονής στο δωμάτιο. Εργαστείτε όσο πιο γρήγορα και όσο πιο αποτελεσματικά γίνεται. Αποφύγετε τη στάση δίπλα στο μέρος του σώματος του ασθενούς όπου εντοπίζεται το ραδιενεργό στοιχείο, σταθείτε πίσω από τους ώμους ή τα κάτω άκρα ανάλογα με την εντόπιση του εμφυτεύματος.
- Ελέγχετε τακτικά όλα τα σεντόνια, τη σκωραμίδα και το νεφροειδές του εμέτου, για να διαπιστώσετε αν η πηγή έχει τυχαία αφαιρεθεί από τους ιστούς.
- Εάν η πηγή έχει μετατοπιστεί, αλλά δεν έχει βγει από το σώμα του ασθενούς, ειδοποιήστε το ακτινολογικό τμήμα αμέσως. Αν η πηγή έχει πέσει, μην τη μαζεύετε με γυμνά χέρια. Χρησιμοποιείστε λαβίδα και τοποθετείστε την σε μολύβδινο δοχείο.
- Οι περισσότεροι ασθενείς τοποθετούνται στο κρεβάτι και τους δίνονται οδηγίες να παραμείνουν σε συγκεκριμένες θέσεις έτσι ώστε οι εκπομπές από το στοιχείο να φθάνουν στη σωστή περιοχή.
- Οι επισκέπτες να παραμένουν περιορισμένο χρόνο στο δωμάτιο.
- Παιδιά ή έγκυες γυναίκες δεν θα πρέπει να επισκεφτούν τον ασθενή. (Dewit C. Susan, 2009)

### 4.4 Νοσηλευτική φροντίδα στις παρενέργειες ακτινοθεραπείας

#### 4.4.1 Δέρμα

Κατά την προετοιμασία για την ακτινοθεραπεία, ο γιατρός θα δημιουργήσει ένα περίγραμμα της περιοχής που θα εκτεθεί στην ακτινοβολία σημειώνοντας το με ανεξίτηλο μαρκαδόρο.

Η περιοχή θα χρειαστεί ιδιαίτερη φροντίδα. Η περιοχή πλένεται με ζεστό νερό και ελαφρύ σαπούνι καθόλη τη διάρκεια των θεραπειών. Χρησιμοποιείται μόνο το χέρι, παραφασμάτινος τρίφτης. Η περιοχή στεγνώνεται ταμποναριστά με καθαρή, μαλακή πετσέτα, ποτέ δεν τρίβεται, οινόπνευμα, λοσιόν, αλοιφές, σκόνες και make-up δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται, εκτός αν υπάρχει ιατρική οδηγία, διότι είτε στεγνώνουν το δέρμα ή μεγεθύνουν οποιαδήποτε βλάβη από την ακτινοβολία. Ο ασθενής ενημερώνεται ότι δεν πρέπει να αφαιρεί το περίγραμμα της περιοχής.

Επίσης, στον ασθενή παρέχονται οδηγίες για να αποφεύγει, όσο το δυνατόν περισσότερο, να ξαπλώνει στην περιοχή και να αποφεύγει να φοράει στενά ενδύματα. Μόνο βαμβακερά ενδύματα πρέπει να έρχονται σε επαφή με την περιοχή. Επίσης, θα πρέπει να αποφεύγει την έκθεση στον ήλιο και σε υπερβολικό ψύχος ή ζέστη συμπεριλαμβανομένου

και ντους με ζεστό νερό. Επιπλέον, δεν θα πρέπει να ξυρίζει την υπό θεραπεία περιοχή, ή εάν πρέπει, να χρησιμοποιείται ηλεκτρική ξυριστική μηχανή. (Dewit C. Susan, 2009)

#### 4.4.2 Ναυτία-έμετος

Η ακτινοθεραπεία στην κοιλιακή χώρα ή στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης συχνά προκαλεί ναυτία ή εμέτους και διάρροιες που ξεκινούν 7 με 10 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Επίσης, διάφορα αντινεοπλασματικά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν τέτοιες παρενέργειες. Τα αντιεμετικά φάρμακα θα πρέπει να επιλέγονται βασισμένα στη δυναμική του αντινεοπλασματικού φαρμάκου να προκαλεί ναυτία. Η δόση και ο χρόνος ποικίλουν για τους αντιεμετικούς παράγοντες, αλλά η θεραπευτική αγωγή συνήθως ξεκινά 30 λεπτά μέχρι μια ώρα πριν τις δόσεις της χημειοθεραπείας και συνεχίζεται μια με δυο ημέρες μετά. Επίσης, τα αντιεμετικά χρησιμοποιούνται για την ναυτία και τον έμετο που προέρχονται από την ακτινοθεραπεία. Τα φάρμακα αυτά, είναι αποτελεσματικά για την ναυτία και τον έμετο που προκαλούνταν από τη θεραπεία.

Η λήψη φαγητού πριν τη θεραπεία φαίνεται να μειώνει τη ναυτία. Τα υγρά, τα συμπληρώματα υγρών, ή τα εύπεπτα φαγητά χορηγούνται με διαστήματα 3-4 ωρών σε μικρές ποσότητες. Οι τροφές και τα υγρά θα πρέπει να είναι πλούσια σε πρωτεΐνες και θερμίδες μαλακά, χλιαρά και στη γεύση που προτιμά ο ασθενής. Τα γεύματα θα πρέπει να τρώγονται αργά και οι τροφές να μασιούνται καλά. Τα ανθρακούχα ποτά ή το τσάι είναι καλύτερα ανεκτά από άλλα υγρά, αλλά θα πρέπει να λαμβάνονται μια ώρα πριν ή μετά τα γεύματα. Είναι καλύτερο για τον ασθενή να αποφεύγει την κατάκλιση για τουλάχιστον 2 ώρες μετά από ένα γεύμα. Η καφεΐνη και τα λιπαρά φαγητά πρέπει να αποφεύγονται. Το περιβάλλον του ασθενούς πρέπει να είναι ελεύθερο από ενοχλητικές οσμές, θεάματα ή ήχους. Εάν η οσμή του φαγητού προκαλεί ναυτία πρέπει να σερβίρεται παγωμένο. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την παροχή μέτρων άνεσης της στοματικής υγιεινής. Εάν εμφανιστεί ναυτία, η αργή και βαθιά αναπνοή από το στόμα μπορεί να προλάβει τον έμετο. Ο ασθενής παρακολουθείται για αφυδάτωση και ηλεκτρολυτικές διαταραχές όταν συμβούν υπερβολικοί έμετοι. (Dewit C. Susan, 2009)

#### 4.4.3 Διάρροια

Η διάρροια μπορεί να συμβεί από την ακτινοβολία στην κοιλιακή χώρα, την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης ή την πύελο. Πολλά από τα φάρμακα αυτά προκαλούν διάρροια επειδή επηρεάζουν τα κύτταρα του εντερικού βλεννογόνου, προκαλώντας φλεγμονή. Η θεραπεία περιλαμβάνει την αποφυγή τροφών πλούσιων σε ίνες οι οποίες προκαλούν γρήγορη κένωση του εντέρου και την προσθήκη τροφών με χαμηλή περιεκτικότητα σε ίνες. Ο καθαρισμός της περιπρωκτικής περιοχής και η εφαρμογή βαζελίνης, αλοιφής ή κρέμας βοηθά στη μείωση της ενόχλησης και προστατεύει το δέρμα από λύση. Πιθανόν να δοθεί ιατρική οδηγία για φαρμακευτική αγωγή για την μείωση του αριθμού και της συχνότητας των κενώσεων. Ο νοσηλευτής πρέπει να παρακολουθεί τον ασθενή για σημεία αφυδάτωσης και ηλεκτρολυτικών διαταραχών. (Dewit C. Susan, 2009)

#### 4.5 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία

Η νοσηλευτική διαχείριση του ασθενούς που λαμβάνει χημειοθεραπεία απαιτεί ειδικές γνώσεις και ικανότητες πέρα από εκείνες της βασικής νοσηλευτικής. Ο νοσηλευτής ογκολογίας πρέπει να είναι ικανός να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς μετά από σπουδές και εμπειρίες. Υπάρχουν μερικές γενικές αρχές που μπορεί να είναι χρήσιμες στο νοσηλευτή που αντιμετωπίζει έναν ασθενή που λαμβάνει χημειοθεραπεία για τον καρκίνο ή βιώνει μερικές από τις τοξικές παρενέργειες των αντινεοπλασματικών φαρμάκων. Όλα τα αντινεοπλασματικά φάρμακα δεν προκαλούν κάθε τοξική ενέργεια, και ο ογκολόγος σχεδιάζει τη θεραπεία έτσι ώστε η καταστροφή των κακοήθων κυττάρων να μεγιστοποιείται και η τοξικότητα να διατηρείται στο ελάχιστο.

##### Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων.
- Αξιολόγηση για σημεία λοίμωξης σε κάθε βάρδια.
- Διδασκαλία σωστής υγιεινής, στοματικής φροντίδας, πλυσίματος των χεριών πριν τα γεύματα και μετά τη χρήση της τουαλέτας.
- Περιορισμός των επισκεπτών, να μην επιτρέπεται η επίσκεψη σε άτομα με λοίμωξη.
- Χρήση τεχνικών προστατευτικής απομόνωσης, εάν κρίνεται αναγκαίο.
- Ενθάρρυνση για σωστή διατροφή και ενυδάτωση.
- Παρακολούθηση του αριθμού των κυττάρων του αίματος, αξιολόγηση για αιμορραγία από τα ούλα ή μώλωπες και αιμορραγία σε αρθρώσεις ανά βάρδια.
- Παρατήρηση για σημεία αιμορραγίας, αιματουρία, μέλαινες κενώσεις κ.α.
- Αποφυγή κατά το δυνατό τα τρυπήματα βελονών.
- Αποφυγή αιμορραγίας από το ορθό.
- Βούρτσισμα των δοντιών με πολύ μαλακή βούρτσα ή οδοντικό σφουγγάρι. Να μην χρησιμοποιείται οδοντικό νήμα.
- Διατήρηση του δωματίου ελεύθερων οσμών, παροχής στοματικής φροντίδας πριν τα γεύματα.
- Χορήγηση αντιεμετικών πριν και κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας.

- Αξιολόγηση στόματος και βλεννογόνων ανά βάρδια και παροχή στοματικής φροντίδας κάθε δυο ώρες.
- Χρήση τεχνικών απόσπασης της προσοχής, διαλογισμού και χαλάρωσης.
- Παροχή μικρών συχνών γευμάτων και ενθάρρυνση προσθήκης επιπλέον θερμίδων στα γεύματα και συμπληρωμάτων διατροφής ανάμεσα στα γεύματα.
- Χρήση σκούφου, μαντιλιού κεφαλής και μολυβιού φρυδιών ανάλογα με τια ανάγκες. Διαβεβαίωση ότι η τριχοφυΐα θα επανέλθει.
- Ενθάρρυνση για έκφραση των συναισθημάτων και για εστίαση στις δυνάμεις, ενθάρρυνση της έκφρασης και αναγνώρισης συγκεκριμένων φόβων.
- Δημιουργία και διατήρηση σχέσης εμπιστοσύνης.
- Παροχή υποστήριξης με την ενεργητική ακρόαση, ενστάλαξη ελπίδας σε κάποιο βαθμό και παρουσία για τον ασθενή.(Dewit S., 2009)

#### **4.6 Νοσηλευτική φροντίδα στις παρενέργειες χημειοθεραπείας**

Οι πιο συχνές παρενέργειες της χημειοθεραπείας καθώς και οι επιπλοκές τους απαιτούν φροντίδα. Μερικές παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι παρόμοιες με τις αναμενόμενες επιδράσεις της ακτινοβολίας (ναυτία, έμετος, διάρροια). Αν και οι αιτίες των προβλημάτων είναι διαφορετικές, η αξιολόγηση του ασθενούς και τα μέτρα συμπτωματικής ανακούφισης είναι τα ίδια.

##### **4.6.1 Αλωπεκία**

Οι ασθενείς που βρίσκονται σε χημειοθεραπεία εμφανίζουν συχνά ολική απώλεια τριχών του σώματος. Κάποια φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν μόνο αραίωση των τριχών της κεφαλής, ενώ άλλα μπορεί να προκαλέσουν ολική απώλεια τριχών. Ενημερώνουμε τους ασθενείς ότι αυτή η απώλεια των τριχών είναι προσωρινή. Η ανάκαμψη στην ανάπτυξη της τριχοφυΐας συνήθως συμβαίνει περίπου ένα μήνα μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας. Ο ασθενής πρέπει να πληροφορηθεί ότι τα καινούργια μαλλιά μπορεί να διαφέρουν από τα παλιά στο χρώμα, στην υφή και το πάχος. Σήμερα δεν υπάρχει τρόπος πλήρους πρόληψης της αλωπεκίας.

Καθοδηγούμε τους ασθενείς να επιλέξουν ένα κάλυμα κεφαλής που να ταιριάζει με το εισόδημα και το τρόπο ζωής τους. Οι περούκες καλής ποιότητας είναι πολύ δαπανηρές αλλά μπορεί να μοιάζουν πολύ με τα πραγματικά μαλλιά.

#### 4.6.2 Στοματίτιδα

- Εξετάζουμε το στόμα του ασθενούς (υπερώα, υπογλώσσια και φατνιοπαριακή περιοχή) κάθε 4 ώρες.
- Καταγράφουμε τη θέση, το μέγεθος και την εμφάνιση φλυκταινών, βλατίδων ελκών και εκκρίσεων.
- Ζητάμε εντολή για την λήψη δείγματος από τα έλκη ή τις εκκρίσεις για καλλιέργεια.
- Βουρτσίζονται τα δόντια και η γλώσσα με μαλακή βούρτσα κάθε 8 ώρες.
- Ξεπλένετε το στόμα με διάλυμα  $\frac{1}{2}$  οξυζενέ και  $\frac{1}{2}$  φυσιολογικού ορού κάθε 12 ώρες.
- Αποφεύγεται η χρήση στοματικών διαλυμάτων με βάση το οινόπνευμα ή τη γλυκερίνη.
- Χορηγούμε αντιμικροβιακά φάρμακα όπως ενδείκνυται.
- Χορηγούμε τοπικά αναλγητικά όπως ενδείκνυται.
- Βοηθάμε τον ασθενή να πλένει το στόμα του με νερό ή φυσιολογικό ορό όπως ενδείκνυται.
- Χρησιμοποιούμε αλοιφή για τα χείλη του ασθενούς μετά από κάθε πλύσιμο του στόματος.
- Βοηθάμε τον ασθενή να χρησιμοποιεί τεχνητό σάλιο, εάν είναι απαραίτητο.
- Βοηθάμε τον ασθενή στις διατροφικές του επιλογές, ώστε να αποφεύγει τα πικάντικα ή σκληρά φαγητά.
- Γίνεται πλήρης περιποίηση του στόματος πριν και μετά από κάθε γεύμα. (Ignatavicius, Workman, 2008)

#### 4.6.3 Δυσκοιλιότητα

Μερικά αντινεοπλασματικά φάρμακα προκαλούν δυσκοιλιότητα. Η αύξηση των υγρών, η προσθήκη ινών στη διατροφή, η άσκηση και η προσεκτική παρακολούθηση για πρώιμα σημεία δυσκοιλιότητας είναι τα συνήθη μέτρα που λαμβάνονται. Πιθανόν να είναι αναγκαία υπόθετα ή υποκλυσμοί.

#### **4.6.4 Κυστίτιδα**

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί για έπειξη, υποτακτικότητα και άλγος στην ούρηση. Τα ούρα ελέγχονται για θολερότητα και σημεία αιματουρίας. Τα υγρά αυξάνονται σε 2 με 3 Lt ανά ημέρα. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να αδειάζει την κύστη συχνά. Το αντινεοπλασματικό φάρμακο χορηγείται το πρωί ή νωρίς το απόγευμα έτσι ώστε το περισσότερο από αυτό να μπορεί να αποβληθεί από τη κύστη πριν το βράδυ και ο ασθενής να μπορεί να κοιμηθεί. (Dewit C. Susan, 2009)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Αρκετές γυναίκες αισθάνονται μεγάλη αναστάτωση όταν τους ειπωθεί ότι έχουν καρκίνο. Τα συναισθήματα που επικρατούν είναι πολλά και διάφορα που προκαλούν σύγχυση και συχνές αλλαγές στην ψυχολογική τους διάθεση.

Είναι όμως και αρκετές γυναίκες που αποδέχονται πιο εύκολα την αρρώστια τους και προσπαθούν να βοηθήσουν τον εαυτό τους επιδιώκοντας είτε να συναντηθούν με άλλες γυναίκες που είχαν βιώσει παρόμοια εμπειρία στο παρελθόν είτε να ζητήσουν την στήριξη από επαγγελματίες συμβούλους, ψυχολόγους ή κοινωνικούς λειτουργούς. Οι αντιδράσεις από άτομο σε άτομο είναι διαφορετικές και δεν υπάρχει σωστό ή λάθος για το πώς λειτουργούν.

Η αλλαγή στην ψυχολογική διάθεση και οι ψυχολογικές αντιδράσεις είναι μέρος της πορείας όλων των ασθενών με καρκίνο οι οποίοι προσπαθούν να αποδεχτούν τη διάγνωση της ασθένειας και να κατανοήσουν τη θεραπεία και τις επιπλοκές της, τις ιατρικές εξετάσεις και γενικά τους ανησυχίη η εξέλιξη της ποιότητας της ζωής τους. Παρόμοια συναισθήματα παρουσιάζουν συχνά και τα μέλη των οικογενειών τους όπως οι σύντροφοι, τα παιδιά, οι φίλοι που και αυτοί έχουν ανάγκη για στήριξη και καθοδήγηση για να μπορέσουν να βοηθήσουν και να συμπαρασταθούν σωστά. (Ραγιά, 2009)

#### 5.1 Στάδια

Η διάγνωση του καρκίνου αποτελεί αληθινό σοκ για τον ασθενή, αλλά και για τους οικείους του στην αρχή τουλάχιστον, γιατί καθώς περνά ο καιρός εκδηλώνεται μια αλληλουχία συναισθημάτων που σηματοδοτούν τα 5 στάδια της ψυχολογίας του καρκίνου.

**Το πρώτο στάδιο είναι η άρνηση της πραγματικότητας.** Η ασθενής αμφισβητεί την αλήθεια που της ανακοινώνεται. Υποθέτει ότι ο γιατρός έχει κάνει λάθος, ζητά άλλες γνώμες, αξιολογεί τα τυχόν ενοχλήματα και τα συμπτώματα του, ενώ κάνει μακροπρόθεσμους σχεδιασμούς. Υπάρχουν επίσης περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ασθενείς αντιμετωπίζουν αδιαφορία στο πρόβλημα τους, σαν να αφορά κάποιιο τρίτο πρόσωπο και όχι τους ίδιους.

**Το δεύτερο στάδιο είναι η οργή.** Η ασθενής επαναστατεί κατά των γεγονότων, συχνά και κατά των γιατρών, είτε για τη διάγνωση είτε για την καθυστέρηση της διάγνωσης. Επαναστατεί ακόμα και κατά των οικείων της, κατά της κοινωνίας ή και του θεού.

**Το τρίτο στάδιο είναι η διαπραγμάτευση.** Η ασθενής έχοντας αποδεχτεί την πραγματικότητα, προσπαθεί να εξασφαλίσει τις μεγαλύτερες δυνατότητες θεραπείας και καλύτερες συνθήκες αντιμετώπισης. Στο πλαίσιο αυτό υπόσχεται αμοιβές και δώρα, προσεύχεται και τάζει στα θεία, εκφράζει εμπράκτως ευγνωμοσύνη προς τους οικείους της

κλπ. Επίσης, διαπραγματεύεται περισσότερη ζωή όχι για αυτήν, αλλά για κάποια άλλα πρόσωπα ή κάποιες άλλες υποχρεώσεις.

**Το τέταρτο στάδιο χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη.** Η πάσχουσα, νιώθοντας ότι το πρόβλημά της δεν έχει αντιμετωπιστεί επαρκώς παρά τη μέχρι τώρα θεραπεία και τη δική της συνεργασία και στάση, εκδηλώνει δευτερογενή κατάθλιψη, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από αυτοκτονικό ιδεασμό που όμως σπανιότατα πραγματοποιείται.

**Το πέμπτο στάδιο είναι η αποδοχή της αλήθειας.** Έπειτα από τη μακρά διαδρομή της νόσου και έχοντας περάσει την εμπειρία της διάγνωσης, των θεραπειών, των νέων συμπτωμάτων, των νέων θεραπειών κτλ η ασθενής προσπαθεί να συμφιλιωθεί με την ασθένειά της, αντλώντας από τη ζωή της όσες χαρές μπορεί. (Ραγιά, 2009)

## **5.2 Συμπτώματα συναισθηματικών ψυχικών διαταραχών σε γυναίκες με καρκίνο**

Στον γυναικολογικό καρκίνο πολλές ασθενείς παρουσιάζουν τη διαταραχή γυναικείας σεξουαλικής διέγερσης. Η διαταραχή προκαλεί έκδηλη ενόχληση ή διαπροσωπικές δυσκολίες και μπορεί να οφείλεται σε χειρουργικές επεμβάσεις, φαρμακευτικά αποτελέσματα ή ορμονικές διαταραχές. Εξάλλου, η ψυχική επιβάρυνση των ασθενών αυτών, όπως σηματοδοτείται από το άγχος και την κατάθλιψη που εμφανίζουν, επηρεάζει αρνητικά τη σεξουαλική επιθυμία. Επίσης, εμφανίζονται διαταραχές σεξουαλικού τύπου, οι οποίες σχετίζονται με τον πόνο που οφείλεται στη κολπική ξηρότητα και με την απώλεια οιστρογόνων και τη θεραπεία για τον καρκίνο.

Η κατάθλιψη και το άγχος είναι συχνές διαγνώσεις που ακολουθούν την διάγνωση του καρκίνου. Στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας επηρεάζεται δυσμενώς η εικόνα του εαυτού αφού οι γυναίκες έχουν αισθήματα απώλειας της θηλυκότητας και της ελκυστικότητας τους. Αναδύονται λοιπόν αισθήματα αναξιοτήτας, αυτομορφής και πολλές φορές και ντροπής τα οποία σε ορισμένες ασθενείς μπορεί να αποτελέσουν τα πρώτα συμπτώματα μιας συναισθηματικής ψυχικής διαταραχής. (Ιακωβίδης, Ιακωβίδης, 2001)

### **5.2.1 Απώλεια της θηλυκότητας**

Η χειρουργική επέμβαση επηρεάζει όχι μόνο τη σωματική λειτουργία αλλά και την εικόνα του σώματος, οι επιπτώσεις δημιουργούν εκτεταμένου άγχους. Οι γυναίκες εισέρχονται σε διεργασία θλίψης για την απώλεια γονιμότητας και της μητρότητας αισθάνονται θυμό με τους γιατρούς γιατί δεν ανιχνεύτηκε έγκαιρα ο καρκίνος όταν έγινε Pap-test, αισθάνονται θυμό με το κορμί τους που τις εγκατέλειψε. (Σαρρής, 2001)

### **5.2.2 Σεξουαλική δυσλειτουργία και σχέση γυναίκας-συντρόφου**

Στις γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, η υστερεκτομή αποκτά αυτόματα την έννοια της απώλειας της ικανότητάς τους να τεκνοποιήσουν. Επίσης, όταν τα γεννητικά όργανα συνδέονται με αισθήματα ενοχής, η υστερεκτομή συχνά εκλαμβάνεται συμβολικά ως τιμωρία που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα. Η απώλεια της εμμήνου ρύσεως συνδέεται με πολλαπλές ψυχολογικές αντιδράσεις. Λίγες εκφράζουν ανακούφιση από την απαλλαγή τους από μια επώδυνη εμπειρία, ενώ η πλειοψηφία των ασθενών εκφράζουν δυσαρέσκεια και την αίσθηση ότι έχουν χάσει μια απαραίτητη και πολύτιμη λειτουργία για την υγεία του γυναικείου σώματος. Επίσης, ένας πολύ συχνός φόβος είναι ότι η απώλεια της μήτρας θα οδηγήσει σε απώλεια της ικανότητας για ερωτική επαφή και της σεξουαλικής ευχαρίστησης. Πολλές

μάλιστα ασθενείς φοβούνται ότι ο σύντροφός τους θα χάσει το ενδιαφέρον του για εκείνες και θα τις εγκαταλείψει, αφού η εξ αρχής απώλεια σεξουαλικής λειτουργίας μετά τη θεραπεία θα προκαλέσει προβλήματα στη σχέση τους. Οι γυναίκες, λοιπόν, που αμφισβητούν τη σεξουαλική τους ικανότητα ανησυχούν για την ποιότητα ζωής του συντρόφου τους, ενώ η διατάραξη της σεξουαλικής τους ζωής μοιάζει αναπόφευκτη. Οι αλλαγές στη σεξουαλικότητα σχετίζονται με συναισθήματα αυτομορφής, απόρριψης, λύπης, θυμού και απώλειας σεξουαλικής ικανοποίησης.

Η απώλεια των εσωτερικών γεννητικών οργάνων συμβολίζει την απώλεια της αναπαραγωγικής περιόδου και τη μετάβαση σε μια περίοδο εμμηνόπαυσης, που είναι συνυφασμένη με μεγάλες ηλικίες. Είναι σαν να εκλείπει η ικανότητα της γυναίκας να δημιουργήσει, και αυτό αναπόφευκτα μοιάζει να οδηγεί στην παρακμή και την απόσυρση και κατά συνέπεια σε μερικές από τις ασθενείς φαίνεται να εκπίπτει η ικανότητά τους για εργασία. Πράγματι, η αποδεκτή εικόνα του σώματος, η απόκτηση ουσιαστικής επικοινωνίας και συναισθηματικής εγγύτητας με τον σύντροφο, η ανακατασκευή λανθασμένων σεξουαλικών πεποιθήσεων που συνοδεύονται από τα άδηλα άγχη και συναισθήματα ντροπής, είναι μερικά μόνο από τα στοιχεία που μπορούν να δράσουν καταλυτικά στη βελτίωση της σεξουαλικής ζωής των ασθενών αυτών. (Ιακωβίδης, Ιακωβίδης, 2001)

### **5.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή –συναισθηματική υποστήριξη σε γυναίκες με καρκίνο**

Η ασθενής με καρκίνο αντιμετωπίζει τεράστιο στρες. Η γνώση η σχετική με τη νόσο, τις θεραπευτικές επιλογές και τί θα βιώσει κατά τη διάρκεια κάθε τύπου θεραπείας μειώνει σημαντικά τον φόβο των ασθενών και των οικογενειών τους. Γνωρίζοντας τί να αναμένουν οι άνθρωποι μπορούν να σχεδιάζουν και να αισθάνονται αυτοπεποίθηση ότι θα έχουν κάποιο έλεγχο πάνω σε αυτό που τους συμβαίνει. Η αξιολόγηση των συνήθων τεχνικών αντιμετώπισης της ασθενούς και της οικογένειάς της είναι σημαντική στην ανάπτυξη του όλου σχεδίου φροντίδας.

Όταν μια ασθενής έχει διαγνωστεί με καρκίνο πρέπει να δίνεται προσοχή στο σύντροφο της, να του παρέχονται πληροφορίες για την μείωση του άγχους, ώστε και η ασθενής να είναι πιο ήρεμη. Πρέπει να δοθούν ειλικρινής πληροφορίες σχετικά με τις επιπλοκές της χημειοθεραπείας της ακτινοθεραπείας, και των υπόλοιπων θεραπειών, με θετική προσέγγιση.

Ο νοσηλευτής πρέπει να παρέχει ψυχοκοινωνική και πνευματική φροντίδα όταν εργάζεται με ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, καθώς η νόσος επηρεάζει κάθε διάσταση της ζωής. Πρέπει να είναι υποστηρικτικός, να βοηθά την ασθενή να χρησιμοποιεί τις δυνάμεις της στο σχεδιασμό και την αντιμετώπιση της νόσου και να συντονίζει τις δυνάμεις της οικογένειας προκειμένου να υποστηρίξουν την ασθενή να συνεχίσει με την καθημερινή ζωή.

Πρέπει να συζητούνται με την ασθενή και το σύντροφό της οι ανησυχίες οι σχετικές με τη σεξουαλική τους ζωή. Η στενή επαφή πρέπει να ενθαρρύνεται, εκτός εάν η ασθενής αναρρώνει από χειρουργική επέμβαση ή είναι σοβαρά ανοσοκατασταλμένος, οπότε η σεξουαλική επαφή αποτελεί σοβαρό πρόβλημα. Εάν η σεξουαλική λειτουργία έχει αλλάξει από χειρουργική επέμβαση ή θεραπεία, ο νοσηλευτής βοηθά την ασθενή να βρει άλλους τρόπους σεξουαλικής έκφρασης και ευχαρίστησης.

Μπορεί να χρειαστεί παραπομπή σε κοινωνικό λειτουργό για το συντονισμό των πόρων για τη θεραπεία και τη φροντίδα. Η φροντίδα του ασθενούς με καρκίνο είναι συλλογική διαδικασία η οποία περιλαμβάνει πολλά μέλη της ομάδας φροντίδας υγείας. Η οικογένεια, οι φίλοι, τα άτομα και οι κοινωνικές ομάδες βρίσκονται ανάμεσα στις πηγές υποστήριξης και ενθάρρυνσης που η ασθενής με καρκίνο μπορεί να χρειαστεί για να φροντίσει τον εαυτό της και να επιτύχει κάποιο επίπεδο ανεξαρτησίας και ηρεμίας. (Dewit C. Susan, 2009)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Πολλοί ασθενείς δεν διαθέτουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες αυτοφροντίδας που απαιτούνται για την επίτευξη των επιθυμητών στόχων υγείας. Οι νοσηλευτές για να εργαστούν αποτελεσματικά με αυτούς τους ασθενείς θα πρέπει να είναι ικανοί δάσκαλοι και σύμβουλοι. Οι δυο αυτοί ρόλοι απαιτούν καλές δεξιότητες επικοινωνίας. Οι σύγχρονες τάσεις για περιορισμό του χρόνου νοσηλείας έχουν αυξήσει την ανάγκη για αποτελεσματική διδασκαλία και συμβουλευτική. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι ικανοί εκπαιδευτές και σύμβουλοι ώστε να ενισχύουν την υγεία και την ευεξία των ασθενών και να μειώνουν την απαίτηση για υπηρεσίες υγείας.

#### 6.1 Σκοποί της διδασκαλίας

Ο βασικός σκοπός της διδασκαλίας είναι η βοήθεια των ασθενών και των οικογενειών τους στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοφροντίδας (γνώσεων, στάσεων, και δεξιοτήτων), οι οποίες παρέχουν τη δυνατότητα μεγιστοποίησης της λειτουργικότητας και της ποιότητας της ζωής τους. Η διδασκαλία καθίστανται ισχυρά εργαλεία για την επίτευξη των νοσηλευτικών σκοπών όταν χρησιμοποιούνται σωστά από τους νοσηλευτές.

Οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν το ρόλο του δασκάλου, όταν οι ασθενείς έχουν αναγνωρισμένες εκπαιδευτικές ανάγκες. Η σχέση αυτή δασκάλου-μαθητή ενισχύεται από τη συνέχεια της θεραπευτικής σχέσης, κατά την οποία αναπτύσσεται αμοιβαίος σεβασμός και εμπιστοσύνη. Ο νοσηλευτής ενισχύει αυτό το κλίμα εμπιστοσύνης, με το να μοιράζεται τις πληροφορίες τις οποίες εκείνος και ο ασθενής έχουν αποδεχτεί ως σημαντικές. Ο ασθενής μπορεί να ζητήσει τις πληροφορίες αυτές ή ο νοσηλευτής να αρχίσει τη διδασκαλία ως αποτέλεσμα της αξιολόγησης και των διαγνωστικών δεδομένων.

#### 6.2 Σκοποί της εκπαίδευσης

Η εκπαίδευση του ασθενούς πραγματοποιείται προκειμένου να διευκολυνθεί η πρόληψη της ασθένειας ή η προαγωγή της υγείας. Οι νοσηλευτές μαθαίνουν στους ασθενείς αυτά που χρειάζεται να γνωρίζουν για την ασθένειά τους ή τη διαταραχή, τη διατροφή, τις φαρμακευτικές αγωγές, τις θεραπείες και την ατομική τους φροντίδα. Οι στόχοι είναι η προαγωγή των υγιών συμπεριφορών, η προστασία της υγείας, η διασφάλιση της πρόσβασης σε υγειονομική φροντίδα ικανοποιητικού επιπέδου και η ενίσχυση της κοινοτικής πρόληψης. Η προεγχειρητική εκπαίδευση καλύπτει ποικίλες βάσεις της εγχείρησης, την εμπειρία που θα βιώσει ο ασθενής, ό,τι μπορεί να αναμένει ο ασθενής και τις ασκήσεις που θα χρειαστεί να κάνει μετά την εγχείρηση. Με τις χρονικά σύντομες παραμονές στο νοσοκομείο, η εκπαίδευση του ασθενούς έχει λάβει διαστάσεις ακόμη πιο υψηλής προτεραιότητας.

Πριν από την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, πρέπει να του έχει ήδη διδαχτεί πώς θα παράσχει ο ίδιος φροντίδα στον εαυτό του στο σπίτι. Εξαιτίας αυτού, πρέπει να υπάρχει

συνεργασία όσον αφορά το πρόγραμμα εκπαίδευσης μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας οι οποίοι συμμετέχουν στην παροχή φροντίδας στον ασθενή, καθώς και επικοινωνία με την οικογένεια ή τον νοσηλευτή που έχει αναλάβει την κατ οίκον φροντίδα. Το πρόγραμμα εξόδου απαιτεί να προβλεφτεί τι θα αντιμετωπίσει ο ασθενής επιστρέφοντας στο σπίτι. Είναι μια διαδικασία η οποία ξεκινά κατά τον χρόνο της εισαγωγής. Θα πρέπει να είστε σε θέση να αξιολογήσετε τις ειδικές ανάγκες που μπορεί να αντιμετωπίσει ο ασθενής επιστρέφοντας στο σπίτι. Μαθαίνοντας να αναγνωρίζεται τις κατάλληλες στιγμές που προσφέρονται για εκπαίδευση και δίνοντας συνοπτικές και εστιασμένες ευκαιρίες μάθησης, μπορείτε να βοηθήσετε στην προετοιμασία του ασθενούς για την ατομική του φροντίδα μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο. (Dewit C. Susan, 2001)

### **6.3 Αρχές και μέθοδοι διδασκαλίας**

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να γνωρίζουν ότι η διδασκαλία του αρρώστου δεν είναι πολυτέλεια, αλλά βασικό μέρος της ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας του. Η διδασκαλία πρέπει να αρχίζει έγκαιρα, από την είσοδο του αρρώστου στο νοσοκομείο, να συνεχίζεται στις διάφορες φάσεις της νοσηλείας και να ολοκληρώνεται με την έξοδο του.

Οι άρρωστοι θα πρέπει να ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για τα φάρμακα που παίρνουν τόσο στο νοσοκομείο όσο και μετά την έξοδο του στο σπίτι. Τους διδάσκουν ορισμένες τεχνικές νοσηλείων, σχετικά με τη λήψη και η εφαρμογή των φαρμάκων τους στο σπίτι ώστε υπεύθυνα και ανεξάρτητα από τη βοήθεια των άλλων (όταν μπορεί) να αναλάβει ο ίδιος τη φροντίδα της υγείας του. Η αποτελεσματική διδασκαλία του αρρώστου εξαρτάται από την θεωρητική κατάρτιση και τις διδακτικές ικανότητες των νοσηλευτών, την αξιολόγηση της κατάστασης και των αναγκών μάθησης του αρρώστου, το συστηματικό προγραμματισμό και την εκτέλεση και εκτίμηση των αποτελεσμάτων της διδασκαλίας. (Αθανάτου, 2008)

#### **6.3.1 Αρχές μάθησης**

- Κάθε άτομο μαθαίνει με το δικό του τρόπο.
- Το άγχος και η μεγάλη ψυχολογική υπερένταση ακρωτηριάζουν την ικανότητα μάθησης.
- Ο πόνος, η αϋπνία, η έλλειψη άνεσης ελαττώνουν σιγά-σιγά το ενδιαφέρον για μάθηση.
- Ο άρρωστος μαθαίνει μόνο ότι έχει αξία και χρησιμότητα για την εξυπηρέτηση και ανεξαρτοποίησή του από τη φροντίδα των άλλων.

#### **6.3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη μάθηση**

Προτού ξεκινήσετε την εκπαίδευση, πρέπει να εκτιμήσετε τους παράγοντες οι οποίοι είναι πιθανόν να παρέμβουν στην ικανότητα μάθησης του ασθενούς. Τα σωματικά προβλήματα, όπως η αδύνατη όραση ή ακοή, η διαταραχή της κινητικής λειτουργίας, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ή η διαταραχή της νοητικής λειτουργίας ενδέχεται να επηρεάσουν τη διαδικασία μάθησης. Η ηλικία μπορεί να παίξει κάποιο ρόλο στη δυνατότητα ή τη δεξιότητα όσον αφορά την πραγματοποίηση ορισμένων εργασιών. Πριν από την έναρξη της εκπαίδευσης μπορεί να χρειαστεί η συμβολή φυσιοθεραπευτών, εργασιοθεραπευτών ή λογοθεραπευτών προκειμένου να υπερκεραστούν ορισμένα προβλήματα.

Διάφοροι άλλοι παράγοντες που περιστασιακά μπορεί να επηρεάσουν τη μάθηση, είναι ο πόνος, η κόπωση, το αίσθημα της εξουθένωσης από όλα αυτά που συμβαίνουν και από τα πολυάριθμα άτομα που μπαينوβγαίνουν στο δωμάτιο του ασθενούς. (Dewit C. Susan, 2001)

### **6.3.3 Αρχές διδασκαλίας**

- Χρησιμοποιείται απλή γλώσσα όχι επιστημονική ορολογία.
- Δίνεται στον άρρωστο χρόνο για ερωτήσεις.
- Προλαμβάνεται την αποτυχία του στην εφαρμογή των διδαχθέντων για να μην αποθαρρυνθεί.
- Βεβαιώνετε κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας αν ο άρρωστος αντιλαμβάνεται όσο μεταδίδονται σε αυτόν.
- Παροτρύνετε τον να επαναλάβει ότι έμαθε.
- Επαινείτε τον άρρωστο όταν διαπιστώσετε ότι έμαθε κάτι.

### **6.3.4 Διδακτικές ικανότητες των νοσηλευτών**

- Εξακρίβωση των αναγκών του αρρώστου για μάθηση.
- Ικανότητα αξιολόγησης της ψυχοσωματικής ετοιμότητας για μάθηση.
- Σχετική αυτοπεποίθηση για το πλησίασμα του αρρώστου.
- Ικανότητα προσεκτικής ακρόασης του αρρώστου.
- Δεξιότητα στην παρουσίαση με ηρεμία, λογική σειρά, ελκυστικό τρόπο και χωρίς βιασύνη.

### **6.3.5 Αξιολόγηση της κατάστασης και των αναγκών του αρρώστου**

- Ηλικία, φύλλο, μορφωτικό επίπεδο.
- Κατάσταση της υγείας και αποδοχή της αρρώστιας του.
- Διάθεση, ενδιαφέρον, ετοιμότητα για να συνεργαστεί και να μάθει ότι έχει σχέση με την αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

- Ατομικές ανάγκες μάθησης που θα τις εκφράσει ο ίδιος ο άρρωστος ή θα διαπιστωθούν από τους νοσηλευτές.

### 6.3.6 Αποτελεσματικότητα της διδασκαλίας

Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της εκπαίδευσης είναι ένα πολύ σημαντικό βήμα της διαδικασίας. Περιλαμβάνει την απόκτηση μιας αμφίδρομης σχέσης επικοινωνίας όσον αφορά τα όσα διδάχτηκαν και την χρήση των πληροφοριών που αποκομίστηκαν για να προσδιοριστεί αν πράγματι η εκπαιδευτική διαδικασία ήταν αποτελεσματική.

Με βάση τις ανάγκες μάθησης του αρρώστου, διατυπώνονται οι σκοποί που πρέπει να επιδιωχθούν με τη διδασκαλία. Αυτοί αναφέρονται με σειρά προτεραιότητας, ανάλογα με τις επείγουσες ή όχι ανάγκες του αρρώστου. Επιτρέπτε στον ασθενή να πραγματοποιήσει την επίδειξη της δεξιότητας σωστά με το δικό του ρυθμό. Με την εξάσκηση η εκτέλεση θα γίνει περισσότερο γρήγορη. Η μάθηση είναι μια διαδικασία πολλών βημάτων και η βιασύνη στην εφαρμογή αυτών των βημάτων οδηγεί στην σύγχυση, στην απογοήτευση και στην αίσθηση της αποτυχίας από την πλευρά τόσο του ασθενούς όσο και του νοσηλευτή. Δώστε χρόνο στον ασθενή να σκεφτεί σωστά τις απαντήσεις όσον αφορά την διατήρηση των γνώσεων και την κατανόηση της ύλης που διδάχτηκε μεταξύ εκπαιδευτή και εκπαιδευόμενου. (Αθανάτου, 2008)

Η μάθηση του αρρώστου μπορεί να εκτιμηθεί με ερωτήσεις σε ότι διδάχτηκε ή με εφαρμογή από τον ίδιο. Αν η επίδειξη από την πλευρά του εκπαιδευόμενου ή οι ερωτήσεις του φανερώνουν ότι ο ασθενής δεν έχει μάθει τέλεια τη δεξιότητα ή την ύλη που του διδάχτηκε, θα χρειαστεί να επαναλάβετε την διδασκαλία και να επανεκτιμήσετε την απόδοση του ασθενούς προτού συνεχίσετε με το νέο αντικείμενο εκπαίδευσης. Το πρόγραμμα εκπαίδευσης πρέπει να προσαρμόζεται και να ενημερώνεται σύμφωνα με τα στοιχεία που συγκεντρώνει ο εκπαιδευτής σχετικά με την απόδοση του εκπαιδευόμενου. Είναι δυνατό να έχουν επιτευχθεί κάποιοι επιθυμητοί στόχοι όσον αφορά τη διαμόρφωση κάποιας επιθυμητής συμπεριφοράς του ασθενούς και να αναγνωριστούν νέες ανάγκες για την εκπαίδευση του ασθενούς κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών συνεδριών, τόσο κατά τη διδασκαλία όσο και κατά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αυτής. (Dewit C. Susan, 2001)

### 6.4 Σχεδιασμός εξόδου του ασθενούς από το νοσοκομείο

Ο προγραμματισμός της εξόδου από το νοσοκομείο στην πραγματικότητα αρχίζει κατά την εισαγωγή. Είναι μια συστηματική διαδικασία προετοιμασίας του ασθενούς για την έξοδο από την υπηρεσία φροντίδας υγείας και στη διατήρηση της συνέχειας της φροντίδας. Το κλειδί για επιτυχή σχεδιασμό εξόδου είναι η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ του ασθενούς, των επαγγελματιών υγείας και εκείνων που είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα του τόσο κατά την διάρκεια της νοσηλείας στο ίδρυμα, όσο και κατά την επιστροφή του στο σπίτι. Ο συντονισμός της φροντίδας είναι συνήθως η ευθύνη του νοσηλευτή, αλλά ορισμένα νοσοκομεία αναθέτουν σε ένα νοσηλευτή την πρωταρχική ευθύνη για το σχεδιασμό εξόδου.

Όταν οι ασθενείς εξέρχονται του νοσοκομείου πριν την πλήρη ανάρρωση και επιστρέφουν στο σπίτι, συχνά χρειάζονται περίπλοκη θεραπεία και φροντίδα από τα μέλη της οικογένειας. Ο σχεδιασμός εξόδου ακολουθεί τη νοσηλευτική διεργασία όπου η

διεπιστημονική ομάδα προβλέπει και σχεδιάζει την αντιμετώπιση των αναγκών της ασθενούς και της οικογένειας μετά την έξοδο από μια υπηρεσία φροντίδας υγείας. Ο αποτελεσματικός σχεδιασμός εξόδου εγγυάται συνέχεια στη φροντίδα με το λιγότερο δυνατό στρες και επίτευξη του βέλτιστου επιπέδου ευεξίας.

#### Ενέργειες ασθενούς από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας

- 1) Έλεγχος εάν η ασθενής έχει οδηγία εξόδου (η έκδοση εξιτηρίου της ασθενούς αποτελεί ευθύνη του γιατρού).
- 2) Επιβεβαίωση ότι ο ασθενής ή το άτομο που θα αναλάβει την φροντίδα του έχουν λάβει τις αναγκαίες οδηγίες, πρέπει να έχει την δυνατότητα να συνεχίσει την απαιτούμενη φροντίδα στο σπίτι.
- 3) Εγκαιρή προετοιμασία του απαραίτητου εξοπλισμού, εξοικονομείται χρόνος και αποφεύγεται ο εκνευρισμός από την αναμονή όταν ο ασθενής είναι έτοιμος να φύγει.
- 4) Έλεγχος εάν έχουν γίνει οι απαραίτητες ενέργειες για την κάλυψη των νοσηλειών (αυτές οι ενέργειες βοηθούν στην αποφυγή νομικών προβλημάτων).
- 5) Βοήθεια του ασθενή να ντυθεί και να συγκεντρώσει όλα τα προσωπικά του αντικείμενα.
- 6) Τεκμηρίωση των απαραίτητων πληροφοριών στο αρχείο του ασθενούς και συμπλήρωση του έντυπου περίληψης εξόδου (η συμπλήρωση του επίσημου αρχείου του ασθενούς είναι σημαντική τόσο για το αρχείο του νοσοκομείου όσο και τη νομική κάλυψη. (Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla Lemone, 2010)

### **6.5 Κατ οίκον φροντίδα**

Η μετεγχειρητική φάση δεν τελειώνει παρα μόνο όταν ο ασθενής έχει αναρρώσει πλήρως από τη χειρουργική επέμβαση, ο νοσηλευτής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο όσο πλησιάζει η ώρα της εξόδου από το νοσοκομείο. Καθώς προετοιμάζεται να επιστρέψει στο σπίτι του, του δίνονται πληροφορίες και του προσφέρεται υποστήριξη ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις ανάγκες του για αυτοφροντίδα. Για όλα τα θέματα που σχετίζονται με την εκπαίδευση του ασθενούς, να δίνονται και γραπτές οδηγίες, κατευθύνσεις και πληροφορίες. Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο όταν του παρέχεται ένας σημαντικός όγκος λεπτομερειών και πληροφοριών με τις οποίες ο ασθενής δεν είναι εξοικειωμένος. Επειδή συχνά η διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς είναι σύντομη, καταβάλλεται οργανωμένη και συντονισμένη προσπάθεια για την εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας του. Οι ανάγκες εκπαίδευσης ποικίλλουν, συνήθως όμως υπάρχει ανάγκη ενασχόλησης με τα παρακάτω θέματα.

- ✓ Τρόποι φροντίδας του τραύματος. Η εκπαίδευση είναι πιο αποτελεσματική εάν ο νοσηλευτής κάνει πρώτα μια επίδειξη ενώ ταυτόχρονα επεξηγεί τη διαδικασία φροντίδας του τραύματος στον ασθενή και την οικογένεια του ή σε άλλα πρόσωπα που τον φροντίζουν. Ο ασθενής και η οικογένεια πρέπει να συμμετέχουν στη φροντίδα του τραύματος. Προκειμένου να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης, να ζητηθεί από τον ασθενή ή από το πρόσωπο που θα αναλάβει τη φροντίδα του να κάνει και αυτός με τη σειρά του μια επίδειξη της διαδικασίας φροντίδας του τραύματος.
- ✓ Σημεία και συμπτώματα διαπύησης του τραύματος. Ο ασθενής να είναι σε θέση να διακρίνει αν το τραύμα είναι φυσιολογικό και τι πρέπει να αναφέρει στον γιατρό του.

- ✓ Μέθοδοι και συχνότητα θερμομέτρησης.
  
- ✓ Περιορισμοί απαγορεύσεις που επιβάλλονται σε δραστηριότητες όπως η άρση βάρους, η οδήγηση, το λουτρό, η σεξουαλική δραστηριότητα και άλλες σωματικές δραστηριότητες.
  
- ✓ Έλεγχος του πόνου. Αν έχουν συνταγογραφηθεί αναλγητικά, ο ασθενής ενημερώνεται σχετικά με την δόση, τη συχνότητα λήψης πόνου, το σκοπό χορήγησης, τις συνήθειες και μη παρενέργειες που θα αναφέρει στον γιατρό. Συστήνετε η χρήση της χαλάρωσης, της απόσπασης της προσοχής με διάφορες τεχνικές, ή η εφαρμογή άλλων τεχνικών ελέγχου του πόνου τις οποίες ο ασθενής θεωρεί χρήσιμες για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου.(Priscilla Lemon, Karen Bruke, 2004)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

#### 7.1 1<sup>ο</sup> Περιστατικό

Η κυρία Α. Σ. εισήρθε στη γυναικολογική κλινική του Γενικού Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου στις 4/2/2012. Η γενική κατάστασή της ήταν καλή. Έγινε λήψη ζωτικών σημείων με αρτηριακή πίεση 125/75mmHg, σφίξεις 70/min θερμοκρασία 36,2° C, αναπνοές 15/min. Δεν παρουσίαζε συμπτώματα, με σκοπό να κάνει ένα γενικό έλεγχο της υγείας της.

Συμπληρώνοντας το νοσηλευτικό ιστορικό τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από την ίδια ήταν: είναι παντρεμένη, χωρίς παιδιά και μόνιμος κάτοικος Πατρών. Στο παρελθόν είχε μια αποβολή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της. Επίσης, στο ιστορικό της αναφέρει ότι η έμμηνος ρύσης εμφανίστηκε στην ηλικία των 12 ετών και η διάρκεια της ήταν 7 ημέρες.

Η πρώτη της σεξουαλική επαφή ήταν στην ηλικία των 18 ετών και από τότε υποβάλλεται σε εξέταση τεστ-παπ ετησίως. Κατά την κυτταρολογική εξέταση εντοπίστηκε καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στο 2<sup>ο</sup> στάδιο. Έγιναν και άλλες στη συνέχεια διαγνωστικές εξετάσεις όπως βιοψία τραχήλου, δοκιμασία Schiller κ.λπ. όπου επιβεβαιώθηκε πλήρως το παπ-τεστ.

Στις 7/5/2013 έγινε εισαγωγή στη γυναικολογική κλινική. Αποφασίστηκε ριζική υστερεκτομή και υποβολή της ασθενούς σε ακτινοβολία.

Προβλήματα Ανάγκες	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p><u>Φόβος και αγωνία της ασθενούς για τη χειρουργική επέμβαση.</u></p>	<p>Διώξιμο του άγχους και απαλλαγή της ασθενούς από αγωνία και φόβο.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να επιδιώξουμε μια δημιουργική, ενημερωτική και φιλική συζήτηση με την ασθενή.</li> <li>• Να εξηγήσουμε στην ασθενή τη φύση της επέμβασης.</li> <li>• Να την ενημερώσουμε για την αναισθησία, τη διαίτα, τον πόνο.</li> <li>• Να διαβεβαιώσουμε την ασθενή ότι η χειρουργική επέμβαση θα αποτελέσει ιδανική θεραπεία για την ίαση της.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πραγματοποιείται μια φιλική συζήτηση με την ασθενή.</li> <li>• Εξηγούμε τη φύση της επέμβασης.</li> <li>• Ενημερώνουμε την ασθενή σχετικά με τα της επέμβασης.</li> <li>• Διαβεβαιώνουμε την ασθενή για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.</li> </ul>	<p>Μείωση αγωνίας και άγχους. Εφησυχασμός της ασθενούς. Εξασφάλιση ετοιμότητας και καλύτερης συνεργασίας με την ασθενή.</p>

Προβλήματα Ανάγκες	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<u>Στρες.</u>	Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος, ώστε η ασθενής να νιώθει άνετα και να μπορεί να συζητάει το πρόβλημα της.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει γνωριμία της ασθενούς με το νοσηλευτικό προσωπικό.</li> <li>• Οι νοσηλευτές να δώσουν ευκαιρία ώστε να γνωριστούν μεταξύ τους όλοι οι ασθενείς του θαλάμου.</li> </ul>	Η γνωριμία με το προσωπικό του τμήματος καθώς και με τις υπόλοιπες ασθενείς του θαλάμου έγινε σε κλήμα εγκαρδιότητας και ενθάρρυνσης.	Η γνωριμία της ασθενούς με το προσωπικό και τις υπόλοιπες ασθενείς τη βοήθησε αρκετά στην εξοικείωση της με το χώρο. Γνωρίζοντας τις άλλες ασθενείς, της δόθηκε η ευκαιρία να γνωρίσει και άλλα άτομα με προβλήματα παρόμοια με αυτής και συνέβαλαν στην ψυχολογική της ανάταξη.

Προβλήματα Ανάγκες	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<u>Εργαστηριακές εξετάσεις.</u>	Να ελεγχθεί αν η ασθενής είναι σε θέση να χειρουργηθεί.	Να μην φάει η ασθενής τίποτα όλο το απόγευμα προκειμένου να παρθούν σωστά οι εργαστηριακές εξετάσεις.	Έγινε λήψη αίματος και ούρων για τις ανάγκες των εξετάσεων.	Τα αποτελέσματα των εξετάσεων είναι ικανοποιητικά.
<u>Προεγχειρητική ετοιμασία.</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς.</li> <li>• Η ασθενής να είναι νηστική.</li> <li>• Να γίνει εκκένωση του εντέρου.</li> <li>• Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να παρακολουθήσουμε για τυχόν εμφάνιση συμπτωμάτων.</li> <li>• Η ασθενής πρέπει να μείνει νηστική πριν το χειρουργείο.</li> <li>• Να γίνει καθαρτικός υποκλυσμός του εντέρου της ασθενούς.</li> <li>• Λίγες ώρες πριν μπει στο χειρουργείο να γίνει περιποίηση του χειρουργικού πεδίου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η παρακολούθηση έγινε από νοσηλεύτες που βρίσκονταν στο θάλαμο.</li> <li>• Η ασθενής έμεινε νηστική.</li> <li>• Έγινε υποκλυσμός .</li> <li>• Έγινε περιποίηση του χειρουργικού πεδίου.</li> </ul>	Η ασθενής ήταν έτοιμη για να μπει στο χειρουργείο.
<u>Έλεγχος ζωτικών σημείων.</u>	Διατήρηση των ζωτικών σημείων σε φυσιολογικά επίπεδα.	Να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων.	Εκτελέστηκε η λήψη των ζωτικών σημείων.	Αρτηριακή πίεση: 125/85mm Hg, Σφυξεις: 65/min, αναπνοές: 18/min θερμοκρασία: 36,4° C.

<b>Προβλήματα Ανάγκες</b>	<b>Αντικειμενικός σκοπός</b>	<b>Προγραμματισμός</b>	<b>Εφαρμογή</b>	<b>Εκτίμηση αποτελεσμάτων</b>
<u>Ανάγκη συνεχούς ψυχολογικής υποστήριξης της ασθενούς.</u>	Να προετοιμαστεί η ασθενής ψυχολογικά για την είσοδο της στο χειρουργείο.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει συζήτηση των νοσηλευτών με την ασθενή σε αυτή την κρίσιμη στιγμή της ζωής της.</li> <li>• Να απαντηθούν όλα της τα ερωτήματα.</li> </ul>	Η συζήτηση πραγματοποιήθηκε όσο το δυνατόν καλύτερα.	Η ασθενής έδειξε να καθησυχάζεται και να ηρεμεί.
<u>Μεταφορά της ασθενούς από την ανάνηψη στο θάλαμο της.</u>	Να μεταφερθεί η ασθενής στο θάλαμο της με ασφάλεια.	Παραλαβή και εκτίμηση της χειρουργημένης ασθενούς από τους νοσηλευτές.	Εκτελέστηκε η μεταφορά και η παραλαβή της ασθενούς.	Η ασθενής τοποθετήθηκε στο κρεβάτι της σε άνετη θέση.
<u>Έλεγχος των ζωτικών σημείων.</u>	Τα ζωτικά σημεία να παραμείνουν σε φυσιολογικά επίπεδα.	Να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων από τους νοσηλευτές.	Η λήψη των ζωτικών σημείων πραγματοποιήθηκε.	Αρτηριακή πίεση: 115/70/mmHg, Σφίξεις: 69/min, αναπνοές: 18/min, θερμοκρασία: 36° C .

Προβλήματα Ανάγκες	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<u>Πόνος.</u>	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να τοποθετηθεί η ασθενής σε αναπαυτική θέση.</li> <li>• Να ανακουφιστεί από τον πόνο χορηγώντας αναλγητικά φάρμακα (amp arotel 1x4) σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</li> <li>• Να εξασφαλίσουμε ηρεμία της ασθενούς με την απομάκρυνση συνοδών από το θάλαμο.</li> <li>• Συχνή αλλαγή της θέσεως της άρρωστης για την ανακούφιση των μελών της.</li> <li>• Εντριβή των πιεζόμενων μελών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής τοποθετήθηκε σε αναπαυτική θέση.</li> <li>• Χορηγήθηκαν αναλγητικά φάρμακα(amp arotel) σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</li> <li>• Οι συνοδοί απομακρύνθηκαν και εξασφαλίστηκε άνετο και ήσυχο περιβάλλον.</li> <li>• Κατά συχνά χρονικά διαστήματα γίνεται αλλαγή της θέσεως της ασθενούς .</li> <li>• Έγινε εντριβή των πιεζόμενων μελών.</li> </ul>	Χαλάρωση και ανακούφιση της ασθενούς. Ο πόνος σταδιακά υποχωρεί και μειώνεται. Η ασθενής ηρεμεί και ξεκουράζεται.
<u>Αφυδάτωση.</u>	Πρόληψη αφυδάτωσης.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να χορηγηθούν σταδιακά υγρά από το στόμα.</li> <li>• Να χορηγηθούν υγρά παρεντερικά (L/R 1000cc 1x1, N/S O,9% 1000cc 1x1, D/W 5% 1000cc 1x1).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορηγούνται σταδιακά υγρά από το στόμα.</li> <li>• Χορηγούνται υγρά παρεντερικά (L/R 1000cc 1x1, N/S O,9% 1000cc 1x1, D/W 5% 1000cc 1x1).</li> </ul>	Η ασθενής ανακουφίστηκε. Το αίσθημα της δίψας μειώθηκε.

Προβλήματα Ανάγκες	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<u>Ναυτία- έμετοι.</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Διατήρηση ισοζυγίου των υγρών.</li> <li>Πρόληψη αφυδάτωσης.</li> <li>Ηρεμία και χαλάρωση της ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Τοποθέτηση της κεφαλής της σε πλάγια θέση για την αποφυγή εισρόφησης.</li> <li>Διατήρηση καθαριότητας της ασθενούς.</li> <li>Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (amp Primoregan επί εμέτου) σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</li> <li>Ενημέρωση της ασθενούς ότι ο έμετος είναι αποτέλεσμα της νάρκωσης.</li> <li>Προσθήκη επιπλέων υγρών για την διατήρηση του ισοζυγίου υγρών σε ισορροπία(L/R 1000cc 1x1, N/S 0,9% 1000cc 1x1, D/W 5% 1000cc 1x1).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η ασθενής βοηθήθηκε σε όλη τη διάρκεια των εμέτων.</li> <li>Η κεφαλή της ασθενούς τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση για την αποφυγή εισρόφησης.</li> </ul>	Η ασθενής απαλλάχτηκε από τους εμέτους και νιώθει πιο ήρεμη.
<u>Αϋπνία.</u>	Χαλάρωση ασθενούς και εξασφάλιση καλού ύπνου.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Να μειώσουμε τους θορύβους στο ελάχιστο.</li> <li>Να βοηθήσουμε την άρρωστη να απαλλαγεί από τις σκέψεις και τους φόβους της και να δώσουμε τη δυνατότητα να εκφραστεί.</li> <li>Να χορηγήσουμε ηρεμιστικό φάρμακο (1/2 Lexotanil 1x1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μειώθηκε στο ελάχιστο κάθε είδους θόρυβος.</li> <li>Μέσα από τη συζήτηση βοηθήσαμε την ασθενή να απαλλαγεί από τις σκέψεις της και τους φόβους της.</li> <li>Χορηγήθηκε Lexotanil προκειμένου να επιτύχουμε την ανακούφιση της.</li> </ul>	Η ησυχία και η ανακούφιση που επήλθε από τη συζήτηση συντελούν στην εξασφάλιση καλού ύπνου.

Προβλήματα Ανάγκες	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<u>Ανησυχία για την ακτινοθεραπεία.</u>	Ενημέρωση σχετικά με την ακτινοθεραπεία.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να ενημερώσουμε την ασθενή σχετικά με την διαδικασία της ακτινοθεραπείας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημερώσαμε την ασθενή σχετικά με την διαδικασία της ακτινοθεραπείας για την ορθότερη διεξαγωγή της.</li> </ul>	Η ασθενής συνεργάστηκε πλήρως με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

## 7.2 2ο Περιστατικό

Η κυρία Δ. Π. ετών 50 εισήρθε στην γυναικολογική κλινική του Γενικού Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου στις 17/5/2012. Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων με αρτηριακή πίεση: 130/70 mmHg και σφίξεις: 85/min, θερμοκρασία: 36,7° C και αναπνοές: 17/min. Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο είχε έντονα συναισθήματα φόβου και ανησυχίας.

Συμπληρώνοντας το νοσηλευτικό ιστορικό τα στοιχεία του οποίου συγκεντρώθηκαν από την ίδια ήταν: είναι παντρεμένη, μητέρα 2 παιδιών και μόνιμος κάτοικος Πατρών. Όπως ανέφερε η ίδια η έμμηνος ρύση εμφανίστηκε στην ηλικία των 13 ετών και ήταν φυσιολογική. Η πρώτη σεξουαλική επαφή ήταν στην ηλικία 19 ετών και από τότε εκτελεί εξέταση test-pap ετησίως. Τεκνοποίησε στην ηλικία των 24 ετών με φυσιολογικό τοκετό και μέχρι τότε χρησιμοποιούσε αντισυλληπτικά δισκία. Ο επόμενος τοκετός ήταν και αυτός φυσιολογικός σε ηλικία 27 ετών.

Στις 15/9/2012 είχε επισκεφτεί τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου για την προγραμματισμένη εξέταση test-pap. Τα αποτελέσματα του κυτταρολογικού ελέγχου έδειξαν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε προχωρημένο στάδιο. Η ασθενής παρουσίαζε συμπτώματα λευκόρροιας και περιστασιακά αιμορραγία μετά την συνουσία.

Στις 26/9/2012 εκτελέστηκε κωνοειδής εκτομή του τραχήλου. Η βιοψία έδειξε αδενοκαρκίνωμα ενδομητριοειδούς τύπου. Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία που ανέδειξε διόγκωση και ανομοιογενή σύσταση του τραχήλου της μήτρας και διήθηση που επεκτείνεται προς το τοίχωμα της μήτρας.

Η ασθενής προγραμματίστηκε σε χειρουργική επέμβαση ολικής υστερεκτομής στις 10/12/2012. Έγινε κατάλληλος αιματολογικός και εργαστηριακός έλεγχος όπου τα αποτελέσματα ήταν φυσιολογικά. Η ακτινογραφία θώρακος και το ηλεκτροκαρδιογράφημα ήταν κατά φύση. Έγινε κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία.

Προβλήματα Ανάγκες	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<u>Γενική προεγχειρητική προετοιμασία για την εκτέλεση ολικής υστερεκτομής.</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Σωματική τόνωση της ασθενούς 24 ώρες πριν το χειρουργείο.</li> <li>Καθαριότητα της ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Να δοθεί διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, βιταμίνες, λευκώματα και φτωχό σε λίπη.</li> <li>Να εξασφαλιστεί παρεντερική χορήγηση υγρών dextrose 5% 1x1.</li> <li>Καθαριότητα του εντερικού σωλήνα και του σώματος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορηγείται τροφή πλούσια σε υδατάνθρακες, λευκώματα, βιταμίνες και φτωχή σε λίπη.</li> <li>6 ώρες πριν την επέμβαση δεν πήρε τίποτα από το στόμα για την αποφυγή εμέτων και μετεωρισμού κοιλίας.</li> <li>Χορήγηση ενδοφλέβια dextrose 5% 1x1 για 5 ημέρες.</li> <li>Η καθαριότητα του εντερικού σωλήνα επιτεύχθηκε με υποκλυσμό ο οποίος έγινε 6 ώρες πριν την επέμβαση.</li> <li>Έγινε λουτρό καθαριότητας στην ασθενή την παραμονή της επέμβασης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Έγινε προαγωγή της θρέψης με τη χορήγηση τροφής πλούσιας σε θρεπτικές ουσίες.</li> <li>Η ασθενής δεν πήρε τίποτα από το στόμα 6 ώρες πριν την επέμβαση για την αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών.</li> <li>Επαρκής θρέψη της ασθενούς με dextrose 5%.</li> <li>Έγινε υποκλυσμός</li> <li>Έγινε καθαρισμός του σώματος της ασθενούς.</li> </ul>

Προβλήματα Ανάγκες	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<u>Παραλαβή ασθενούς από το χειρουργείο</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Έλεγχος της κατάστασης της ασθενούς.</li> <li>Κατάλληλη θέση και απονάρκωση.</li> <li>Παρακολούθηση και πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Να γίνει έλεγχος της κατάστασης της ασθενούς.</li> <li>Να γίνει έλεγχος του τραύματος και των παροχετεύσεων που φέρει.</li> <li>Να τοποθετηθεί η ασθενής σε ύπτια θέση χωρίς μαξιλάρι με το κεφάλι στο πλάι.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων αρτηριακή πίεση: 120/70mmHg , σφίξεις: 90/min, θερμοκρασία: 36,3° C και αναπνοές 17/min</li> <li>Έφερε μια περιφερική φλέβα και το τραύμα ήταν καθαρό.</li> <li>Η ασθενής τοποθετήθηκε με το κεφάλι στο πλάι χωρίς μαξιλάρι.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η γενική κατάσταση της ασθενούς ήταν καλή.</li> <li>Αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων.</li> <li>Ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού χωρίς το μαξιλάρι.</li> </ul>

Προβλήματα Ανάγκες	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<u>Αιμορραγία που οφείλεται στην επέμβαση.</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αντιμετώπιση της αιμορραγίας σε σύντομο χρονικό διάστημα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Να τοποθετηθούν πιεστικά επιθέματα και να ενημερωθεί ο γιατρός.</li> <li>Λήψη αίματος για μικροβιολογικές εξετάσεις.</li> <li>Παραπεμπτικό με δείγμα αίματος για διασταύρωση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Τοποθετήθηκαν πιεστικά επιθέματα και ενημερώθηκε ο γιατρός.</li> <li>Έγινε η λήψη αίματος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η αιμορραγία αντιμετωπίστηκε.</li> </ul>
<u>Έντονος πόνος.</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μείωση του πόνου της ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πόνο με τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων (Dynastat 1x2)</li> <li>Συχνή αλλαγή της θέσης της ασθενούς για την ανακούφιση των μελών της.</li> <li>Να εξασφαλιστεί άνετο περιβάλλον.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Συστηματική χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων (Dynastat 1x2) μετά από ιατρική εντολή.</li> <li>Γίνεται συχνή αλλαγή της θέσης της ασθενούς.</li> <li>Απομάκρυνση των συνοδών από τον θάλαμο με την εξασφάλιση άνετου και ζεστού περιβάλλοντος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μειώθηκε η ένταση του πόνου και η ασθενής ένιωσε καλύτερα.</li> </ul>

Προβλήματα Ανάγκες	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<u>Ναυτία-έμετος</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα της ναυτίας.</li> <li>Διατήρηση της ισορροπίας του ισοζυγίου των υγρών και των ηλεκτρολυτών.</li> <li>Ηρεμία και χαλάρωση της ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Να τοποθετηθεί το κεφάλι πλάγια για να αποφευχθεί η εισρόφηση.</li> <li>Να χορηγηθούν υγρά παρεντερικά Normal Saline 0,9% 1000cc 1x1, Dextrose 5% 1x1.</li> <li>Να χορηγηθούν αντιεμετικά φάρμακα (amp Primperan επί εμέτου) με εντολή γιατρού.</li> <li>Να διατηρηθούν καθαρά τα κλινοσκεπέσματα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση επιπλέον υγρών Normal Saline 0,9% 1000cc 1x1, Dextrose 5% 1x1.</li> <li>Έγινε χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων(amp Primperan).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η ασθενής στη διάρκεια του πρώτου 24 ώρου απαλάχθηκε από τη ναυτία και τους εμέτους.</li> <li>Νιώθει καλύτερα και ήρεμη.</li> </ul>

Προβλήματα Ανάγκες	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<u>Πυρετός 38,8° C την 3<sup>η</sup> μετεγχειρητική ή μέρα.</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μείωση της θερμοκρασίας της ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Να γίνεται τρίωρη λήψη της θερμοκρασίας της ασθενούς.</li> <li>Να χορηγηθούν αντιπυρετικά φάρμακα (Lonarid 1x2) με ιατρική εντολή.</li> <li>Να γίνει ανακουφιστικό μπάνιο της ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Έγινε λήψη της θερμοκρασίας της ασθενούς ανά 3 ωρο.</li> <li>Χορηγήθηκε αντιπυρετικό Lonarid.</li> <li>Έγινε ανακουφιστικό μπάνιο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ο πυρετός υποχώρησε μέσα σε 2 ώρες.</li> </ul>
<u>Καθημερινή ατομική καθαριότητα.</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ανακούφιση, αναζωογόνηση και χάλαση του μυϊκού τόνου.</li> <li>Διατήρηση των λειτουργιών του δέρματος απομάκρυνση των εκκρίσεων, του ιδρώτα, των μικροοργανισμών και των νεκρών κυττάρων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Να εξασφαλιστεί κατάλληλη θερμοκρασία του περιβάλλοντος.</li> <li>Αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Απομάκρυνση των συνοδών από το θάλαμο και χρησιμοποίηση παραβάν.</li> <li>Εργαζόμαστε σύντομα για να μην κρυώσει η ασθενής και να μην κουραστεί.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η ασθενής ανακουφίστηκε.</li> </ul>

Προβλήματα Ανάγκες	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<u>Περιποίηση χειρουργικού τραύματος.</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σταθερή επούλωση του τραύματος.</li> <li>• Αποφυγή μολύνσεων με όλα τα μέτρα αντισηψίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να καθαριστεί το τραύμα, να απομακρυνθούν νεκροί ιστοί και να καθαριστούν με αποστειρωμένο νερό.</li> <li>• Να γίνει αντισηψία της τραυματικής περιοχής με betadine και αντισηπτικό spray.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε η πρώτη αλλαγή του τραύματος την 2<sup>η</sup> μετεγχειρητική μέρα.</li> <li>• Η απομάκρυνση των νεκρών ιστών έγινε με αποστειρωμένο ψαλίδι και καθαρισμός με αποστειρωμένο νερό.</li> <li>• Η αντισηψία του τραύματος έγινε με αποστειρωμένη γάζα με λαβίδα και με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια.</li> <li>• Έγινε καθαρισμός της περιφέρειας με betadine και εφαρμογή αντιβιοτικού spray.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε σταδιακή επούλωση του χειρουργικού τραύματος.</li> </ul>

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων σε θέματα υγείας είναι πάρα πολύ σημαντική. Η πολιτεία θα πρέπει να μεριμνήσει για την ορθή ενημέρωση και καθοδήγηση του κοινού. Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην προαγωγή της δημόσιας υγείας, με τη συστηματική επιμόρφωση του προσωπικού και διαφώτιση του κοινού για ανάπτυξη υγιών στάσεων και συμπεριφορών. Θα πρέπει επιπλέον να δοθεί ιδιαίτερο βάρος για την πλήρη ενημέρωση και κάλυψη από το πρόγραμμα πρόληψης όλων των κοινωνικό-οικονομικών στρωμάτων του πληθυσμού.

Αναγνωρίζοντας τον καίριο ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τόσο για την πρόληψη όσο και για την παροχή περίθαλψης, να πραγματοποιηθεί η ανάπτυξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, τόσο στις αστικές όσο και στις αγροτικές περιοχές με την ενίσχυσή τους, με προσωπικό και εξοπλισμό.

Πρέπει να δοθεί αυξημένη σημασία στα θέματα πρωτογενούς πρόληψης (προφύλαξης) και δευτερογενούς πρόληψης (διάγνωσης στα αρχικά στάδια) του καρκίνου. Για το σκοπό αυτό πρέπει να γίνονται διάφορες εκστρατείες διαφώτισης σε σχολεία, κοινότητες και συλλόγους με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού γύρω από το θέμα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, της εξέτασης κατά Παπανικολάου όπως επίσης και για το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τέλος, το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι η έναρξη της σεξουαλικής ζωής θα πρέπει να συνοδεύεται με την έναρξη της επίσκεψης σε γυναικολόγο και την πραγματοποίηση της εξέτασης κατά Παπανικολάου. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εξαρτάται πολύ από τον τρόπο ζωής των γυναικών και όσο πιο νωρίς ενημερωθεί μια γυναίκα για αυτόν τόσο καλύτερα θα μπορέσει να προφυλαχτεί.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Αθανάτου Ε. Κ. (2008) *Κλινική νοσηλευτική βασικές και ειδικές νοσηλείες*. Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα

Ανθούλη Φρ.- Αναγνωστοπούλου, Ε. Καννέλος (2001) *Στοιχεία παθολογικής ανατομικής και ογκολογίας*, Β' έκδοση, Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα

Βαρσαμίδης Κ. (2001) *Φυσιολογία του ανθρώπου*, Εκδόσεις Press, Θεσσαλονίκη

Δετοράκης Ι. (2001) *Οικογενειακός προγραμματισμός*, Έκδοση ΣΤ', Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα

Δετοράκης Ι. (2003) *Βασικές αρχές της υγιεινής*, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα

Ιακωβίδης Β., Ιακωβίδης Α. (2001) *Αρχές ψυχο-ογκολογίας, ψυχοσωματική και σωματοψυχική θεώρηση του καρκίνου*, Εκδόσεις Μαστορίδη, Αθήνα

Κάρλου Χρ., Σουρτζή Π. (2000) *Υγιεινή και ασφάλεια στη χημειοθεραπεία*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

Λούκας Μ., Λάζος Γ., Παρασκευάς Κ. (1996) *Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου*, Εκδόσεις Press, Θεσσαλονίκη

Μαρκίδου Σ. (2001) *Διεθνείς στρατηγικές αντιμετώπισης του καρκίνου*, 1<sup>ο</sup> Διεθνές Συνέδριο, Αθήνα

Μιχαλάς Σ., (2000) *Επίτομη μαιευτική γυναικολογία*, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα

Μπαρμπούνη Ε.- Κωνσταντάκου, (2007) *Ακτινοθεραπεία*, Έκδοση Β΄, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Ντόλατζας Θ. (2002) *Ο γιατρός συμβουλεύει...*, τόμος 2<sup>ος</sup>, Εκδόσεις Λίγγας Αθήνα

Παπαδημητρίου Χρ. Α. (2006) *Γνωρίζω- προλαμβάνω- αντιμετωπίζω*, Έκδοση Α΄, Εκδόσεις Καύκας, Αθήνα

Ραγιά Αφ. Χρ. (2009) *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας- ψυχιατρική νοσηλευτική*, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα

Σαρρής Μ. (2001) *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα

Σαχίνη –Καρδάση Α., Πάνου Μ. (1997) *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική – νοσηλευτικές διαδικασίες*, τόμος 2<sup>ος</sup>, Έκδοση Β΄, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Σαχίνη- Καρδάση Α., Πάνου Μ. (2000) *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική - νοσηλευτικές διαδικασίες*, Εκδόσεις Β΄, Αθήνα

Σαχίνη- Καρδάση Α., Πάνου Μ. (2008) *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική – νοσηλευτικές διαδικασίες*, τόμος Β΄, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Τοκμακίδης Π. (2000) *Μαιευτική*, τεύχος Α΄, Εκδόσεις Press, Θεσσαλονίκη

Φωτίου Σ. (2009) *Γυναικολογική ογκολογία*, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Παπακωνσταντίνου Χρήστος Α. (2012) *Ανασκόπηση της σύγχρονης πραγματικότητας στη διαδικασία πρόληψης του καρκίνου τραχήλου της μήτρας*, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Διπλωματική εργασία, Αθήνα

Δραγασάκη Μ. (2009) *Πρόληψη μαστού και καρκίνου τραχήλου της μήτρας*, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Διπλωματική εργασία, Αθήνα

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Priscilla Lemone, Karen Bruke, (2006) *Παθολογική -χειρουργική νοσηλευτική*, Έκδοση 3η Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα

Osborn, Wraa, Watson, (2013) *Παθολογική -χειρουργική νοσηλευτική*, τόμος 2<sup>ος</sup>, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Susan C. Dewit, (2009) *Παθολογική –χειρουργική νοσηλευτική*, τόμος 1<sup>ος</sup>, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

George H. Sack, Jr., (2002) *Η γενετική στην ιατρική*, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα

Schwartz F., Charles Brunicardi, Dana K. Andersen, Timothy R. Billiar, David L. Dunn, John G. Hanter, Raphael E. Pollack, (2010) *Αρχές χειρουργικής*, Έκδοση 3<sup>η</sup>, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα

Frank H. Netter, (2009) *Παθολογία βασικές αρχές*, τόμος 2<sup>ος</sup>, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Jessica Corner, Christopher Bailey, (2009) *Νοσηλευτική ογκολογία*, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Ignatavicius, Workman, (2008) *Παθολογική –χειρουργική νοσηλευτική*, τόμος 4<sup>ος</sup> Έκδοση 5<sup>η</sup>, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Meg Gulanick, Deidra Dradisuar, Michele Knoll Puzas, (2003) *Μαιευτική και γυναικολογική νοσηλευτική φροντίδα*, Εκδόσεις Ελλην, Αθήνα

G. A. Perry, P. A Potter, (2012) *Βασική νοσηλευτική και κλινικές δεξιότητες*, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla Lemone, (2010) *Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής*, τόμος β, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Helga Fritsch, Wolfgang Kuhnel, (2009) *Εγχειρίδιο Περιγραφικής ανατομικής*, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Shapiro J. Pamela, (2001) *Μαιευτική και γυναικολογική νοσηλευτική*, Εκδόσεις Ελλην, Αθήνα

Richard El. Drake, Wayne Vogle, Adam W. M. Mitchell, (2007) *Ανατομία*, τόμος 1 & 2, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Guyton, M. D, (2004) *Φυσιολογία του ανθρώπου*, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα

Malin Dollinger, M. D, Ernest Rosenbaum, M. D, Greg Cable, (1992) *Ο καρκίνος*, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα

Dewit C. Susan, (2001) *Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας*, τόμος 1, Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα

## Internet

www. Xiniadis.gr γυναικολογία –μαιευτική –υπογονιμότητα, (01/08/2013)

[www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr) Καρακίτσος Πέτρος, Υγεία και γυναικολογία, (14/08/2013)

<http://www.medlook.net>, (05/09/2013)

<http://www.iatronet.gr>, (05/09/2013)



