

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

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΗ  
ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟ  
ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ**

Πτυχιακή Εργασία

Σπουδαστού : ΚΑΒΒΑΔΙΑ ΝΙΚΟΛΑΟΥ

Υπεύθυνος Καθηγητής

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ.

.....

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής  
Εργασίας

1. ....

2. ....

3. ....

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα .....



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	763/8'
----------------------	--------

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

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ  
ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΗ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ  
ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Σπουδαστού : ΚΑΒΒΑΔΙΑ ΝΙΚΟΛΑΟΥ

Πάτρα 1990

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η πτυχιακή αυτή εργασία θα αναφερθεί στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε πάσχοντες από κατάθλιψη.

Ο λόγος που διάλεξα αυτό το θέμα είναι η μεγάλη εντύπωση που μου έκανε η συχνότητά του και μάλιστα σε ψυχιατρικό Νοσοκομείο στο λίγο χρονικό διάστημα που βρίσκομαι σε αυτούς τους χώρους.

Αλλά καιρός είναι να αναφέρω σχετικά με το θέμα που πρόκειται να αναπτύξω.

Σήμερα, πολλοί θαμπωμένοι από τις επιστημονικές κατακτήσεις πιστεύουν πως ο άνθρωπος έγινε ή θα γίνει σύντομα πολύ ισχυρός, ικανός να κατακτήσει όλο τον κόσμο και να λύσει όλα τα προβλήματα της ζωής του.

Αλλά δυστυχώς, αντικρύζοντας την καθημερινή πραγματικότητα διαπιστώνουμε ότι και ο σημερινός άνθρωπος αντιμετωπίζει πολλά και δύσκολα προβλήματα. Ένα τέτοιο πρόβλημα είναι ο καρκίνος που μαστίζει κυριολεκτικά την ανθρωπότητα δημιουργώντας μεγάλο ψυχικό πόνο και τεράστια οικονομικά προβλήματα στις οικογένειες και στις κοινωνίες.

Πως θα γίνει εγκαίρως ανίχνευση και πρόληψη του καρκίνου που αρχίζει τόσο ύπουλα και όταν εμφανιστούν τα συμπτώματα και ανιχνευθούν παθολογικά εργαστηριακά ευρήματα είναι πλέον αργά;

Όσο δύσκολη είναι η έγκαιρη ανίχνευση σε ένα φυσιολογικό κοινό άτομο, ακόμα πιά δύσκολη είναι για κάποιο άτομο που δεν συνεργάζεται με το περιβάλλον του, για ένα ψυχασθενή και ιδιαίτερα για κάποιον που παρουσιάζει καταθλιπτική συνδρομή.

## Α Ν Α Γ Ν Ω Ρ Ι Σ Η

Ενα μεγάλο ευχαριστώ σε όσους με βοήθησαν να φτάσω σε αυτό το σημείο. Σε αυτούς που στάθηκαν κοντά μου και με δίδαξαν την υπομονή και την επιμονή.

Τέλος, ευχαριστώ αυτούς που συνέβαλαν στη συγγραφή αυτής της εργασίας.

# Π Ι Ν Α Κ Α Σ Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Ω Ν

Σελίδα

Πρόλογος  
Αναγνώριση  
Περιεχόμενα

## Κεφάλαιο I

Εισαγωγή (Το πρόβλημα - Σκοπός της εργασίας).....1

## Κεφάλαιο II

Ανατομία και φυσιολογία του γεννητικού συστήματος  
της γυναίκας .....3

Αιτιολογία και επιδημιολογία.....3  
Κατανομή κατά ηλικίες των διαφόρων γυναικολογικών  
καρκίνων.....5

Παθογένεια και εξέλιξη.....6

Συμπτωματολογία .....6

Επέκταση και διασπορά .....7

Στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας .....7

Θεραπεία .....8

Ποσοστά πενταετούς επιβιώσεως .....8

## Κεφάλαιο III

Ψυχική νόσος - Κατάθλιψη .....9

Επιδημιολογικά στοιχεία .....9

Πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία .....10

Σχέση αρρώστου - νοσηλεύτη .....11

## Κεφάλαιο IV

Εκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης γενικά .....13

Προβλήματα της άρρωστης .....13

Σκοποί της Νοσηλευτικής Παρέμβασης .....	14
--	----

### Κεφάλαιο V

Προεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα σε άρρωστο με ψυχασθένεια .....	19
---	----

Παρουσίαση περιστατικών - Διαστάσεις ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης Νοσηλευτικής Φροντίδας με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας .....	20
--	----

### Κεφάλαιο VI

Συμπέρασμα - Προτάσεις .....	34
------------------------------	----

Βιβλιογραφία .....	36
--------------------	----

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι η συχνότερη κακοήθεια του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και έρχεται δεύτερος μετά τον καρκίνο του μαστού στις κυριώτερες μορφές καρκίνου στη γυναίκα. Η νόσος είναι σπάνια κατά τις πρώτες δύο δεκαετίες της ζωής, αλλά μετά αυξάνεται προοδευτικά και φθάνει σε ένα πλατώ στα 40 έως 80 χρόνια της ζωής.

Αντίθετα από τους πολύποδες που βλαστάνουν από τον τραχηλικό σωλήνα ή την εσωτερική επιφάνεια του τραχήλου, ο καρκίνος αφορά όλη την εξωτερική επιφάνεια του τραχήλου και επομένως είναι προσιτός στη διάγνωση κατά τη συνήθη κολπική εξέταση. Η πρόιμη μορφή του τραχηλικού καρκίνου συνίσταται σε μία μικρή περιοχή κυτταρικής μεταβολής που είναι τελείως ασυμπτωματική και άρατη. Αυτό κλείται καρκίνος *in situ*, ή προδιηθητικός. Τοτέστ Παπανικολάου, ή κολπικό επίχρισμα, είναι μία ανώδυνη διαδικασία όπου ένας στιλεός με βαμβάκι περνιέται πάνω από την εξωτερική επιφάνεια του τραχήλου, μαζεύεται ένα τυχαίο δείγμα κυττάρων, που εξετάζεται μικροσκοπικά. Όταν διαπιστωθούν ύποπτα κύτταρα, η βιοψία του τραχήλου μπορεί να επικυρώσει τη διάγνωση του τραχηλικού καρκίνου *in situ* όταν η χειρουργική θεραπεία επιτυγχάνει πλήρη ίαση.

Δυστυχώς ένας μεγάλος αριθμός γυναικών, είτε διότι φοβούνται, είτε γιατί αγνοούν τα πλεονεκτήματα της ετήσιας γυναικολογικής εξέτασης, δεν διαγιγνώσκονται εγκαίρως. Το μέγεθος αυτής της τραγωδίας φαίνεται από το ότι περίπου 10.000 γυναίκες πεθαίνουν καθε χρόνο στις Η.Π.Α. από προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου, μία στατιστική που όμως δεν περιλαμβάνει την ταλαιπωρία των γυναικών και των οικογενειών των, πολλές από τις οποίες είναι μητέρες στα πιο παραγωγικά χρόνια της ζωής τους.

Η εμφάνιση τέτοιας πάθησης σε ένα ψυχιατρικό Νοσοκομείο και μάλιστα περισσοτέρων του ενός περιστατικού, σίγουρα γεννάει απορίες και ερωτήματα που ίσως λόγω του θεσμού που επικρατεί να μείνουν αναπάντητα.

Ίσως επειδή το καθεστώς θεμελιώνεται πάνω σε πειθαρχικές τεχνικές, το πρόγραμμα θεραπείας της διόρθωσης και αλλαγής του έγκλειστου περνάει μέσα από αυτό που τόσο έντονα καταφερόμαστε ενάντια, το ψυχιατρικό άσυλο. Λέξεις όπως προστασία, ανακούφιση, περίθαλψη, χάνουν συνήθως την αξία τους, χωρίς βέβαια αυτό να συμβάνει πάντα.

Η εξουσία των γιατρών έβαλε σε μείονεκτική θέση τους ψυχασθενείς. Ο γιατρός έγινε έτσι πατέρας, νομοθέτης, δικαστής.

Όσο για τον ρόλο του Νοσηλευτικού προσωπικού, αυτός καταντάει να είναι η επιτήρηση. Έτσι η επικοινωνία ανάμεσα στις δύο πλευρές είναι εξαιρετικά περιορισμένη έως ανύπαρκτη.



Αυτή η δομή σχέσεων απονεκρώνει το εγώ του ψυχασθενή και του επιβάλλει ένα εγώ κατ' εικόνα και ομοίωση των απαιτήσεων του συνόλου.

Πιθανώς αυτά να αποτελούν μεμονωμένες καταστάσεις, αλλά σίγουρα υπήρξαν γεγονότα που δεν έπεσαν στη αντιληψή μου.

Ετσι βλέπουμε να μην δίνεται βάση στην περαιτέρω από ψυχιατρικής πλευράς ιατρική περίθαλψη των ψυχασθενών, με αποτέλεσμα σε πολλούς από αυτούς να γίνεται διάγνωση κάποιας πάθησης στο τελευταίο στάδιο της.

Καθήκον μας είναι να χρησιμοποιούμε όλα τα μέσα που έχουμε στη διάθεσή μας για την όσο το δυνατόν έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου, εφ' όσον αυτό αποτελεί σπουδαίο παράγοντα για τη θεραπεία και συγχρόνως τη βοήθεια σε έναν ήδη καταπονημένο άνθρωπο.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι Ι

### **ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από διάφορα όργανα που, αν και έχουν το καθένα διαφορετική λειτουργία, συνεργάζονται στενά μεταξύ τους για να εξασφαλιστεί η αναπαραγωγική τους αποστολή. Τα όργανα αυτά διακρίνονται σε δύο ομάδες, στα εξωτερικά και τα εσωτερικά γεννητικά όργανα, που χωρίζονται από τον παρθενικό υμένα.

Στα εξωτερικά γεννητικά όργανα ανήκουν : τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, η κλειτορίδα, ο πρόδρομος, ο υμένας και οι μείζονες αδένες του προδρόμου (βαρβολίνειοι αδένες). Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα βρίσκονται έξω από την πύελο και είναι γνωστά σαν αιδοίο.

Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα που βρίσκονται μέσα στην πύελο ανήκουν : ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες και οι ωθήκες.

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο, το μεγαλύτερο από τα εσωτερικά γεννητικά όργανα, με παχιά τοιχώματα και βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστης και απευθυσμένου. Εμφανίζει σχήμα αχλαδιού, έχει μήκος 7,5 cm, πλάτος 5 cm, πάχος 2,5 cm και ζυγίζει 45-60 gr. Η μήτρα διαιρείται σε τρία μέρη : (α) στον πυθμένα, το πάνω κυκλωτερές τμήμα, (β) στο σώμα, το μέσο κύριο μέρος και (γ) στον τράχηλο, το κατώτερο λεπτό μέρος που χωρίζεται από το σώμα με τον ισθμό.

Ο τράχηλος της μήτρας είναι ένας κυλινδρικός σχηματισμός με τοιχώματα μάλλον ισχυρά και συνίσταται από ένα εξωτερικό στόμιο, γυρισμένο προς τον κόλπο, και από ένα εσωτερικό στόμιο που επικοινωνεί με την κοιλότητα της μήτρας.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ο όγκος και η μορφή του τραχήλου της μήτρας παραμένουν αμετάβλητοι, μεταβάλλεται όμως η θέση, γιατί σπρώχνεται από το έμβρυο προς τα κάτω και προς τα πίσω.

Ο τράχηλος της μήτρας αποτελείται από συνδετικό ιστό και ελαστικές ίνες. Εξάλλου έχει μία μυϊκή στοιβαδική δομή, χωρισμένη σε πολλαπλές μυϊκές στοιβάδες, κυρίως από το εξωτερικό και εσωτερικό στόμιο. Στο βλεννογόνο του, που δεν εξελίσσεται σε φθαρτό, υπάρχουν πολυάριθμοι αδένες και εκκρίνουν άφθονη βλέννα που εντοπίζεται στον τραχηλικό αυλό. Εδώ σχηματίζει μία ζελατινοειδή συσσώρευση που ονομάζεται "βλεννώδες επίωμα" και που προστατεύει την κοιλότητα της μήτρας από μολύνσεις, εμποδίζοντας το πέρασμα εσωγενών μικροβίων.

### **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Η αιτιολογία και επιδημιολογία του καρκίνου του τραχήλου έχουν μελετηθεί ιδιαίτερα, ίσως περισσότερο απ'ότι οποιοδήποτε άλλο είδος καρκίνου.

Η μεγάλη όμως χρονική διάρκεια αναπτύξεως της νόσου και η πολυπλοκότητα της σχέσεως του τραχηλικού επιθηλίου με παράγοντες του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος, δημιουργούν δυσκολίες στην αναγνώριση ειδικών καρκινογόνων παραγόντων.

Η ανάπτυξη της νόσου σχετίζεται άμεσα με τη σεξουαλική ζωή της γυναίκας. Είναι συχνότερη στις γυναίκες που αρχίζουν τις σεξουαλικές επαφές σε μικρή ηλικία, έχουν πολλούς ερωτικούς συντρόφους και αναφέρουν αφροδίσια νοσήματα. Παρουσιάζεται επίσης συχνότερα στις γυναίκες των χαμηλών κοινωνικών και οικονομικών τάξεων. Αντίθετα είναι σπάνια στις παρθένες και ιδιαίτερα στις καλόγριες.

Ο καρκίνος του τραχήλου είναι λιγότερο συχνός στις Εβραίες και τις Μωαμεθανές, δηλαδή στις συζύγους ανδρών που έχουν υποβληθεί σε περιτομή. Η καλύτερη υγιεινή των ανδρών αυτών και η απουσία σμήγματος, το οποίο έχει ενοχοποιηθεί ως αιτιολογικός παράγοντας, θεωρήθηκαν ως υπεύθυνοι παράγοντες της μικρότερης συχνότητας της νόσου. Έχει αναφερθεί επίσης, ότι τραυματισμοί του τραχήλου κατά τη διάρκεια τοκετών που γίνονται σε νεαρές ηλικίες, σχετίζονται αιτιολογικά με τη νόσο. Η άποψη αυτή υποστηρίζεται από τη διαπίστωση, ότι οι Ινδές που παντρεύονται και γεννούν συνήθως πριν από την ηλικία των 20 χρόνων, παρουσιάζουν τη νόσο νωρίτερα.

Η μέση ηλικία εμφάνισεως καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κυμαίνεται μεταξύ του 48<sup>ου</sup> - 52<sup>ου</sup> έτους, σε αντίθεση με τον ενδοεπιθηλιακό στον οποίο η ηλικία αυτή βρίσκεται γύρω στο 40<sup>ο</sup> έτος.

Έχει υποστηριχθεί επίσης ότι το σπέρμα περιέχει παράγοντες που προκαλούν κακοήθη εξαλλαγή στο επιθήλιο του τραχήλου, αλλά απόδειξη για την υπόθεση αυτή δεν έχει δοθεί.

Η συσχέτιση της σεξουαλικής δραστηριότητας με τον καρκίνο του τραχήλου οδήγησε στη σκέψη της ιογενούς αιτιολογίας της νόσου. Ο ιός έρπητα τύπου 2, ο οποίος προσβάλλει τα γεννητικά όργανα και μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, έχει ενοχοποιηθεί ως καρκινογενετικός παράγοντας.

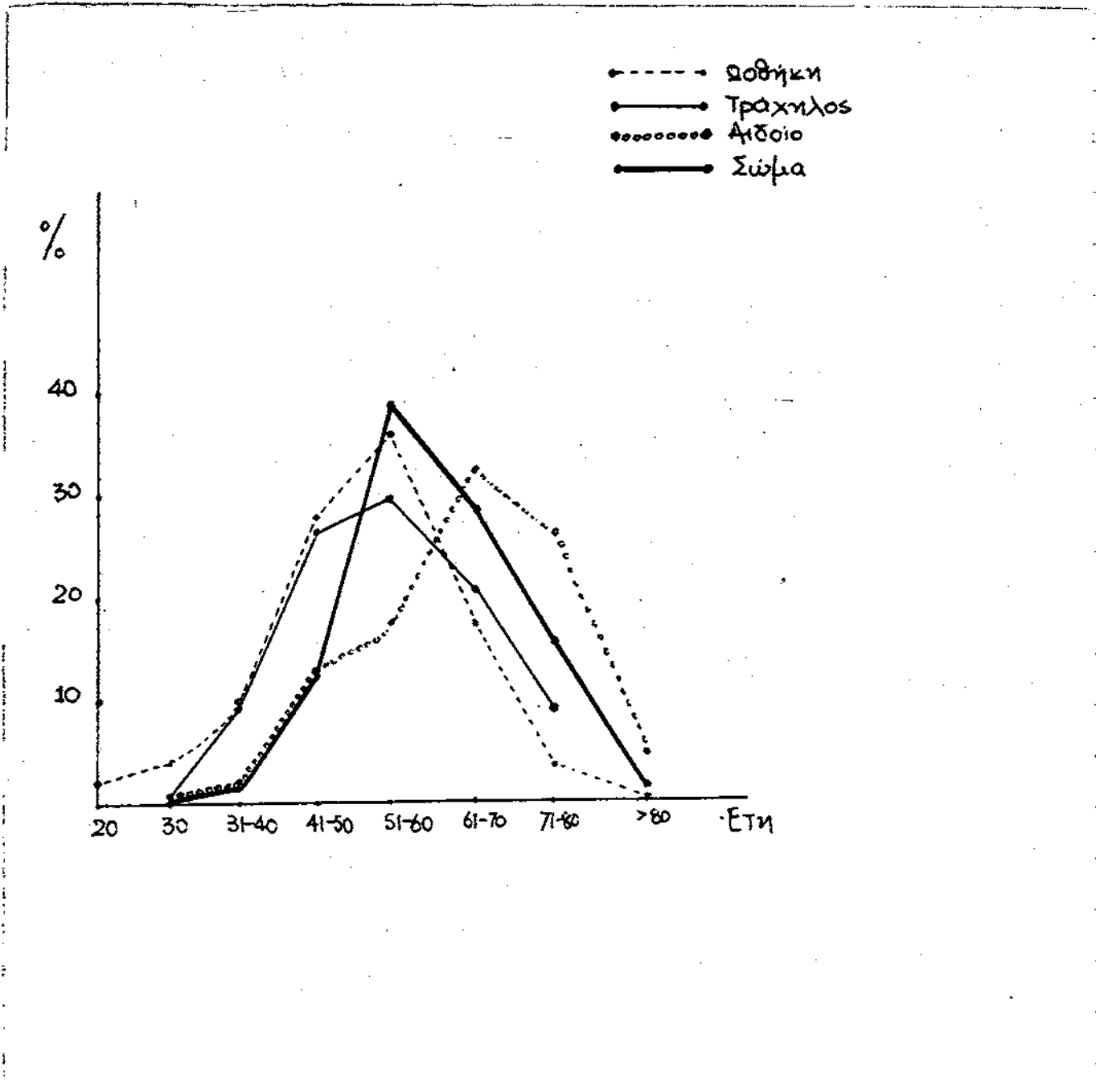
Η ερπητική μόλυνση είναι πολύ σπάνια πριν την εφηβεία και η μέση ηλικία στην οποία παρουσιάζεται είναι τα 20 χρόνια. Η παρακολούθηση γυναικών με έρπητα γεννητικών οργάνων επί ένα έως έξι χρόνια, απέδειξε την ανάπτυξη δυσπλασιών και καρκίνου *in situ* σε συχνότητα δύο και οκτώ φορές μεγαλύτερη, απ'ότι σε υγιείς. Οι ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου παρουσιάζουν αντισώματα κατά του ιού του έρπητα σε ποσοστό πολύ μεγαλύτερο απ'ότι οι υγιείς γυναίκες και το γεγονός αφορά ιδιαίτερα ασθενείς σε νεαρή ηλικία.

Κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου του τραχήλου παρουσιάζουν επίσης τα κορίτσια εκείνα, στις μητέρες των οποίων χορηγήθηκαν συνθετικά οιστρογόνα στη διάρκεια των πρώτων 17 εβδομάδων της κύσεως. Η νόσος εμφανίζεται σε ποσοστό 4:1000 στη διάρκεια της εφηβείας ή αργότερα και εμφανίζει τον τύπο του διαυγοκυτταρικού καρκινώματος.

Μεγαλύτερο ακόμα ποσοστό των κοριτσιών αυτών, παρουσιάζει δυσπλαστικές αλλοιώσεις του επιθηλίου του τραχήλου ή του κόλπου.

Τέλος το αντισυλληπτικό χάπι σχετίζεται με αύξηση της συχνότητας των δυσπλασιών του τραχήλου.

### ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΕΣ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΝ



## ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ

Αρχικά ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται σαν μία βαρεία δσπλασία που βαθμιαία με την πάροδο του χρόνου καταλήγει σε ενδοεπιθηλιακό καρκίνο (in situ). Σε πολλές περιπτώσεις, η προδιηθητική μορφή παραμένει στάσιμη για 7-10 χρόνια. Στο διάστημα αυτό όμως μπορεί να επεκταθεί κατ' επιφάνεια σε μεγαλύτερη περιοχή, τόσο προς το πλακώδες όσο και προς το κυλινδρικό επιθήλιο. Τελικά διασπά το φραγμό της βασικής μεμβράνης και προχωρεί σε βάθος μέσα στο υποκείμενο χόριο.

Βαθύτερη διήθηση μέσα στο στρώμα περικλείει τον κίνδυνο δημιουργίας αιματογενών ή λεμφογενών μεταστάσεων. Εκτός όμως από τις μεταστάσεις, ο όγκος μπορεί να επεκταθεί και τοπικά κατά συνέχεια ιστού και προς τον κόλπο ή προς το ενδομήτριο ή προς τα παραμήτρια εάν μείνει χωρίς θεραπεία. Σε πιά προχωρημένα στάδια καταλαμβάνει την κύστη και τους ουρητήρες και μπορεί να προκαλέσει θάνατο από ουραιμία. Νεφρική ανεπάρκεια με ουραιμία είναι η κυριότερη αιτία θανάτου και σπανιότερες είναι η αιμορραγία, οι λοιμώξεις, η πνευμονική εμβολή, η εντερική απόφραξη και η ηπατική ανεπάρκεια.

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η συμπτωματολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δεν είναι χαρακτηριστική. Συνήθως εκδηλώνεται με κολπική αιμόρροια, υπερέκκριση, ή και πόνο, συμπτώματα από τα οποία δεν είναι δυνατό να υπολογιστεί ο χρόνος εγκαταστάσεως της νόσου ή ο ρυθμός με τον οποίο εξελίσσεται. Συνήθως, η αιμόρροια και η υπερέκκριση χαρακτηρίζουν τα πρωιμότερα στάδια της νόσου, ενώ ο πόνος συνοδεύει τον καρκίνο ο οποίος έχει προσβάλει τους ιστούς πέρα από τον τράχηλο.

Η αιμόρροια είναι το συνηθέστερο κλινικό σύμπτωμα και εμφανίζεται μεταξύ των εμμήνων ρύσεων οι οποίες δεν αλλάζουν χαρακτήρα. Συχνά εκδηλώνεται μετά από συνουσία, σταματά αυτόματα και επανεμφανίζεται μετά από αρκετές ημέρες.

Η κολπική υπερέκκριση, στα αρχικά στάδια, είναι ελαφρού βαθμού και το έκκριμα δυνατόν να είναι κιτρινωπό ή καφέ, ανάλογα με την πρόσμιξη ή όχι αίματος. Σε σπάνιες περιπτώσεις η υπερέκκριση προηγείται της αιμόρροιας, ενώ συνήθως συνυπάρχει με αυτή στα 2/3 των περιπτώσεων. Όταν ο όγκος είναι μεγάλος, ή έχει υποστεί νέκρωση, η κολπική έκκριση είναι δύσοσμη λόγω της δράσεως μικροβίων.

Στην προχωρημένη νόσο, η κολπική υπερέκκριση είναι σταθερή, εντονότερη και δύσοσμη. Ακόμα, χαρακτηρίζεται από το άλγος. Οφείλεται στην απόφραξη των λεμφαγγείων, στη φλεγμονώδη αντίδραση των ιστών και, κυρίως στη διήθηση των γαγγλίων των νευρικών πλεγμάτων της πυέλου.

Η ασθενής παρουσιάζει ωχρότητα, αδυναμία, αναιμία, απώλεια βάρους, οίδημα των κάτω άκρων και αιματουρία.

Ο θάνατος προκαλείται συχνότερα από ουραιμία ή σπανιότερα από λοίμωξη, αμορραγία ή γενικευμένη καρκινωμάτωση καχεξία. Χαρακτηριστικό εύρημα στις ασθενείς που πεθαίνουν από καρκίνο του τραχήλου είναι η διαπίστωση, ότι η νόσος παραμένει εντοπισμένη στην πύελο σε ποσοστό 50=60%, γεγονός που σπάνια παρατηρείται σε άλλα είδη καρκίνου.

Η ιδιομορφία αυτής της νόσου, ενθαρρύνει την προσπάθεια για την όσο το δυνατόν δυναμικότερη αντιμετώπισή της.

### ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΣΠΟΡΑ

Ο καρκίνος του τραχήλου χαρακτηρίζεται από την τάση να επεκτείνεται, κυρίως τοπικά, στην πύελο. Προς τα πλάγια προσβάλλει το χαλαρό ιστό των παραμητρίων και τελικά φθάνει στα πνευλικά τοιχώματα. Προς τα εμπρός επεκτείνεται προς την ουροδόχο κύστη και μάλιστα ταχύτερα, όταν η νόσος αναπτύσσεται στον ενδοτράχηλο. Προς τα πίσω τέλος, διηθεί τους ιερομητρικούς συνδέσμους, το ιερό οστόν και προσβάλλει το έντερο.

### ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

#### ΠΡΟΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Στάδιο 0 : Ενδοεπιθηλιακός ή καρκίνος in situ. Η νόσος εντοπίζεται στο επιθήλιο. Τα καρκινωμάτωση κύτταρα έχουν καταβάλει ολόκληρο το πάχος του επιθηλίου, αλλά δεν διηθούν το στρώμα του τραχήλου.

#### ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Στάδιο I : Ο καρκίνος διηθεί το στρώμα, αλλά περιορίζεται στον τράχηλο της μήτρας. Η διήθηση του στρώματος της μήτρας δεν λαμβάνεται υπ' όψη.

Iα Μικροδιηθητικός καρκίνος  
Μόλις αρχόμενη διήθηση του στρώματος, 5 χιλ.

Iβ Εμφανής διήθηση του στρώματος. Εάν η νόσος εντοπίζεται στον ενδοτράχηλο δεν εκδηλώνεται κλινικά.

Στάδιο II : Ο καρκίνος έχει επεκταθεί πέρα από τον τράχηλο. Μπορεί να διηθεί τον κόλπο, αλλά όχι το κάτω τριτημόριό του. Μπορεί επίσης να διηθεί το παραμήτριο, αλλά να μην φθάνει μέχρι το πνευλικό τοίχωμα.

IIα Η νόσος δεν προσβάλλει το παραμήτριο

IIβ Ψηλαφάται διήθηση του παραμητρίου.

**Στάδιο III** : Ο καρκίνος έχει διηθήσει το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου ή ολόκληρο το παραμήτριο. Στην εξέταση από το ορθό, δεν υπάρχει διάστημα ελεύθερο νόσου μεταξύ της διηθήσεως και του πυελικού τοιχώματος.

IIIα Προσβολή του κάτω τριτημορίου του κόλπου, χωρίς επέκταση στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα.

IIIβ Επέκταση της νόσου μέχρι το πλάγιο πυελικό τοίχωμα και υδρονέφρωση ή ανενεργός νεφρός, λόγω αποφράξεως του ουρητήρα.

**Στάδιο IV** : Ο καρκίνος έχει διασπαρεί εκτός της πυέλου ή έχει προσβάλει το βλεννογόνο της κύστεως ή του όρθου.

IVα Προσβολή της κύστεως ή του εντέρου

IVβ Μεταστάσεις εκτός πυέλου

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι μορφές θεραπείας που εφαρμόζονται, ποικίλλουν από την απλή κωνοειδή εκτομή, μέχρι τη ριζική υστεροεκτομή και πλήρη ακτινοβολία. Οι παράγοντες που λαμβάνονται υπ' όψη κατά την επιλογή του είδους της θεραπείας, χειρουργικής ή ακτινικής ή συνδιασμού των δύο, είναι οι ακόλουθοι : Η έκταση της νόσου, η ηλικία της ασθενούς, γεννητικά όργανα και γενική κατάσταση, μακροσκοπικοί χαρακτήρες του όγκου, ιστολογικοί χαρακτήρες και τέλος ο βαθμός διαφοροποίησεως των κυττάρων.

### ΠΟΣΟΣΤΑ ΠΕΝΤΑΕΤΟΥΣ ΕΠΙΒΙΩΣΕΩΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΤΑ ΣΤΑΔΙΑ

Επιβίωση %	Στάδιο I	Στάδιο II	Στάδιο III	Στάδιο IV
"	88,7	42,4	29,0	0
"	86,4	60,0	26,3	8,8
"	83,9	48,3	28,6	10,0
"	86,6	69,9	42,5	12,8

Εάν ο καρκίνος του τραχήλου μείνει χωρίς θεραπεία ή δεν υπακούει σ' αυτή, επέρχεται ο θάνατος στο 95% των περιπτώσεων σ' ένα διάστημα δύο ετών από την έναρξη των συμπτωμάτων.

### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι Ι Ι

#### ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ - ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Αν και πρόκειται για μία νοσηρή μορφή μελαγχολιών η κατάθλιψη εμφανίζεται όμοια με μία φυσιολογική κατάσταση και προξενείται από μία εξωτερική κατάσταση με την οποία διατηρεί ένα χρονολογικό σύνδεσμο. Το ιδεοαισθητικό βίωμα του ατόμου αναπηδά από το γεγονός - ερέθισμα και ο ασθενής δεν καταφέρνει να απελευθερωθεί από τη θλιβερή εμπειρία. Υπάρχει επομένως μία πόλωση των ιδεών που συνδέει την ύπαρξη του ασθενή με το γεγονός και μία συνεχής επιστροφή, σαν κυριαρχούσα ιδέα, του γεγονότος από το οποίο προκλήθηκε η νοσηρή μορφή.

Γενικά τα καταθλιπτικά σύνδρομα παρουσιάζονται σε αβέβαια άτομα, αγχώδη, συναισθηματικά ανώριμα και τείνοντα να εξετάζουν πεσιμιστικά τα γεγονότα. Οι διάφορες μορφές συναντούνται συχνότερα στις γυναίκες, κυρίως κατά τη νεαρή ηλικία και την ηλικία της κλιμακτηρίου. Κατά την πρώτη περίοδο, τα γεγονότα - ερεθίσματα μπορούν, π.χ. να αντιπροσωπεύονται από αισθηματικά προβλήματα, ενώ κατά τη διάρκεια της ηλικίας της κλιμακτηρίου είναι παρούσες ψυχολογικές δυσκολίες, που χαρακτηρίζουν το πέρασμα από μία γόνιμη περίοδο σε μία στείρα, και σωματικοί παράγοντες που αντιπροσωπεύονται από τη δύσκολη ισορροπία του οργανισμού στο βιολογικό επίπεδο. Συχνά το γεγονός-ερέθισμα είναι η μοναξιά που ακολουθεί την εγκατάλιψη της οικογένειας εκ μέρους των παιδιών.

Με την παρουσία του γεγονότος - ερεθίσματος, παρατηρείται μία φάση έκπληξης που ακολουθείται από μια σύντομη επιθετική αντίδραση ενάντια στο ίδιο το γεγονός. Στη συνέχεια, μπαίνει στην κατάσταση πάθησης, κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μια διαρκή ύπαρξη ηθικού πόνου.

Στη ψυχιατρική, κανείς δεν μπορεί να είναι δογματικός στο να απαρριθμεί νοσηλευτικές μεθόδους, γιατί δύο ασθενείς δεν είναι ποτέ οι ίδιοι και δεν αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο, ακόμη και εάν για διευκόλυνση της κατάστασής τους μπορεί να δοθεί η ίδια ονομασία της ασθένειας και να έχουν την ίδια σαφή βάση θεραπείας.

#### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η καταθλιπτική συνδρομή βρίσκεται στην πέμπτη θέση της κατανομής ως προς το χρόνο νοσηλείας των κατά ομάδες ψυχικών νοσημάτων, με ένα μέσο όρο 22 ημερών. (Εννοείται ο ελάχιστος χρόνος νοσηλείας).

Παρουσιάζεται σε ένα μέσο όρο ηλικία κατά την τετραετία 45-49 χρόνια, ενώ ενδιαφέρον παρουσιάζει ένας αρκετά μεγάλος αριθμός περιστατικών που καταπιάνει την κατηγορία για άνω των 64 χρόνων.



Αφορά περισσότερο γυναίκες από ότι άνδρες και αυτό φαίνεται από τη μεγάλη διαφορά στα ποσοστά εισόδου για πρώτη φορά στο Νοσοκομείο, 68,19% για τις γυναίκες και μόλις 31,81% για τους άνδρες.

Σε αυτή την κατηγορία παρατηρούμε τα εξής:

Ενα ποσοστό 23% των εξερχόμενων, επανεισάγονται μετά χρόνο παραμονής εκτός Νοσοκομείου μικρότερο των 3 μηνών. Το ποσοστό αυτό αφορά 22,2% άνδρες και 25,5% γυναίκες. Τούτο ενδεχομένως συνιστά ότι οι γυναίκες "υποτροπιάζουν" μετά βραχύτερο χρόνο. Το δε συνολικό ποσοστό επανεισόδου στο Νοσοκομείο χωρίς χρονικά περιθώρια αναφέρει 10% στους άνδρες και 90% στις γυναίκες.

### ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η προληπτική ψυχιατρική βρίσκεται ακόμα στα σπάργανα και η αποτελεσματικότητα ή μη, των σημερινών προσπαθειών δεν μπορεί να φανούν σύντομα. Η έρευνα στις διανοητικές αρρώστιες είναι περιορισμένη μερικώς λόγω της έλλειψης ποιοτικών πληροφοριών από άτομα που υποφέρουν από ψυχικές αρρώστιες. Οι μόνες διαθέσιμες στατιστικές είναι εκείνες των Νοσοκομείων που δείχνουν τον αριθμό των ατόμων που επιδυνώθηκαν αρκετά ώστε να χρειάζεται θεραπεία από ψυχίατρο, είτε ως εξωτερικοί άρρωστοι, είτε ως εσωτερικοί στο Νοσοκομείο.

Η διανοητική αρρώστεια δεν είναι δυνατόν να δηλωθεί και υπάρχει κάποιο στίγμα ακόμα, σχετικά με αυτές τις αρρώστιες, από το ευρύ κοινό. Γι' αυτό συχνά αναφέρονται από τους παθολόγους και χειρουργούς σαν "εξάντληση νεύρων", "ατονία", ή "γαστρική διαταραχή".

Η επίδραση του περιβάλλοντος πάνω στο νεαρό παιδί είναι σημαντικός παράγοντας για την πνευματική υγεία και σ' αυτό ακριβώς το σημείο η βοήθεια πρέπει να προσφερθεί σε όσους την χρειάζονται, αν και παραδόξως πολύ συχνά αυτοί που χρειάζονται βοήθεια είναι ελάχιστα πρόθυμοι να την δεχθούν.

Η Νοσηλεύτρια της κοινότητας είναι πιθανόν το πρώτο πρόσωπο που γνωρίζει την ανάγκη της οικογένειας για βοήθεια και θα πρέπει να είναι ικανή να καθοδηγήσει τους γονείς στη δύσκολη περίοδο της ανατροφής ενός παιδιού. Πρέπει να είναι επίσης ικανή να ανακαλύπτει συμπτώματα διανοητικών ασθενειών όπως π.χ. μελαγχολία σε μιά λεχώιδα και να βλέπει αν έχει την σωστή ιατρική φροντίδα.

Η διδασκαλία θεμάτων πνευματικής υγείας θα μπορούσε να αρχίσει σε νεαρή ηλικία, αλλά προς το παρόν κάτι τέτοιο είναι πολύ νεωτεριστικό και δεν υπάρχουν αρκετοί δάσκαλοι, νοσηλευτικό προσωπικό ή γιατροί εκπαιδευμένοι γι' αυτό το ρόλο.

Η δευτερογενής πρόληψη απευθύνεται σ' αυτούς που έχουν πραγματικά δείξει σημεία διανοητικής ασθένειας με σκοπό να επαναφέρει όσο το δυνατό γρηγορότερα το άτομο στην ομαλότητα.

Η πρώτη γραμμή άμυνας βρίσκεται στον γενικό παθολόγο που πρώτος γνωρίζει την υποδομή της οικογένειας του αρρώστου. Δυστυχώς λόγω των μεγάλων πιέσεων σ' αυτή την υπηρεσία και της αυξημένης τάσης για ομαδική θεραπεία, εκτός από την περίπτωση που θα κρατηθούν λεπτομερή ιστορικά, ο άρρωστος μπορεί να σέρνεται από τον ένα γιατρό στον άλλο, κάνοντας ηρεμιστική θεραπεία για τα επιφανειακά συμπτώματα χωρίς να αποκαλύπτονται οι βαθύτερες αιτίες της πάθησής του.

Το τρίτο είδος πρόληψης είναι η έγκαιρη αναγνώριση της εμφανούς διανοητικής πάθησης έτσι ώστε ο άρρωστος να εισαχθεί σε Νοσοκομείο όσο γίνεται πιο γρήγορα, να γίνει η θεραπεία δραστήρια και η διαδικασία της αποκατάστασης, επαγγελματικής και κοινωνικής, να αρχίσει από το πρώτο στάδιο.

Επειδή η απομόνωση είναι ανεπιθύμητη, η κοινωνία πρέπει να δράσει ενεργά στο θέμα της αποκατάστασης και της μετέπειτα φροντίδας του θεραπευμένου αρρώστου, ώστε να τον κρατήσουν σ' αυτή. Χωρίς τη συνεργασία όλων των ενδιαφερομένων, γιατρών, κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών, η θεραπεία δεν μπορεί να είναι τελείως αποτελεσματική.

#### ΣΧΕΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Οι ασθενείς έρχονται σε επικοινωνία με το Νοσηλευτικό προσωπικό διαρκώς κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο Νοσοκομείο και επομένως έχουν κάποια επαφή με αυτό. Αυτό μπορεί να είναι είτε αγάπη και εξάρτηση, ή αδυναμία και δέσιμο, ή φιλοποψία και εξαναγκασμός, ή ακόμα να μην υπάρχει ανταπόκριση.

Είναι σημαντικό, ότι το Νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να καταλάβει την αιτία για την οποία ο ασθενής είναι στο Νοσοκομείο και την φύση της ασθένειάς του, για να είναι ικανό να καταλάβει την αντίδρασή του προς αυτό.

Ο ασθενής θα πρέπει να αναγνωρίζεται σαν προσωπικότητα, γιατί το ότι είναι διανοητικός άρρωστος βέβαια δεν σημαίνει ότι στερείται εξυπνάδας. Είναι ανθρώπινο ον με εμπειρίες από τη ζωή και μπορεί να θεραπευτεί.

Πολλές φορές όμως το ιδανικό μοιάζει απόμακρο. Ένα ψυχιατρικό Νοσοκομείο δεν βλέπει πάντα τον ασθενή σαν προσωπικότητα. Συνήθως κάποια διαταραχή στην κοινωνική συμπεριφορά είναι η αφορμή για κάποιον έξω να κινήσει τη διαδικασία εισαγωγής. Ένα άλλο σημαντικό σημείο πριν ο ασθενής μπει στο Νοσοκομείο, είναι η κλιμακούμενη δυσπιστία με τον "πλησιέστερο" συγγενή του που συνήθως αναλαμβάνει τη διαδικασία εισαγωγής και το γεγονός ότι ο άρρωστος, για ένα θέμα που τον αφορά άμεσα, καταλήγει να αισθάνεται σαν τρίτος σε μία "συμμαχία" μεταξύ του συγγενούς και του γιατρού

Έτσι, βρισκόμενος μέσα, αισθάνεται προδομένος, μπορεί να διαλέξει διάφορους τρόπους αντίδρασης, να κόψει κάθε επικοινωνία, να αρνηθεί να μιλήσει σε συγγενείς, γιατρούς, νοσηλευτές. Όταν ο ψυχοπαθής κουραστεί από μία τέτοια στάση και αρχίσει να συμμετέχει στις καθημερινές συναλλαγές της κλινικής, τότε ο όρος που χρησιμοποιούμε είναι "προσαρμόστηκε". Συστηματικά αναγκάζεται να αποβάλλει όλες τις συνήθειές του και να περάσει ένα σύνολο από εξευτελιστικές διαδικασίες. Εξευτελιστικές όχι μόνο εξαιτίας των απαράδεκτων συνθηκών του ασύλου, αλλά και γιατί προσπαθούν να τον πείσουν ότι οι περιορισμοί και οι στερήσεις στο τμήμα που βρίσκεται δεν είναι τυχαίοι, αλλά είναι απαραίτητες για την κατάσταση του τη συγκεκριμένη στιγμή.

Όταν ο ασθενής αρνηθεί μία αγγαρεία ή δεν φέρεται ευγενικά στο προσωπικό, αυτό παίρνεται σαν σημάδι ότι δεν είναι έτοιμος για εξιτήριο ή ότι υποτροπίασε και όχι ότι πιθανό η κλινική να είναι ένα εχθρικό περιβάλλον για τον άρρωστο. Αντίθετα, λέγεται ότι η εχθρότητά του επιβεβαιώνει την ορθότητα της νοσηλείας του. Οτιδήποτε αναγκαστεί να κάνει ο ασθενής είναι μέρος της θεραπείας του ή της φύλαξής του. Οτιδήποτε κάνει από μόνος του, μπορεί να χαρακτηριστεί σύμπτωμα της διαταραχής του ή της ανάρρωσής του.

Το Ψυχιατρείο δεν λειτουργεί πάνω στη βάση του ψυχιατρικού δόγματος, αλλά στη βάση του συστήματος των ψυχιατρικών πτερυγών (Wards). Δραστικά περιορισμένες συνθήκες ζωής διανέμονται μέσα από τιμωρίες και αμοιβές, εκφρασμένες μέσα από τη γλώσσα των ποινικών θεσμών. Αυτό το πλαίσιο ενεργειών και λόγων χρησιμοποιείται από τους φύλακες και σε αξιοσημείωτο βαθμό από το ανώτερο - νοσηλευτικό προσωπικό, ιδιαίτερα σε σύνδεση με την καθημερινή λειτουργία του Νοσοκομείου.

Πολλές φορές παρατηρούμε μία αδυναμία και μία ανεκτικότητα ενός νοσηλευτή-τριας σ' έναν ασθενή, πράγμα που αποβαίνει σε βάρος των υπολοίπων, καθώς τυγχάνει καλύτερης μεταχείρισης από άποψη ελευθερίας, δουλειάς, φαγητού ή οτιδήποτε άλλο. Αυτό μοιραία απομακρύνει το νοσηλευτή από τους υπόλοιπους ασθενείς και δημιουργείται ένα χάσμα και μία καχυποψία στις σχέσεις τους. Έτσι καθιστά τη ψυχιατρική νοσηλεία ακόμα δυσκολότερη καθώς ο κρίκος της εμπιστοσύνης έχει σπάσει. Αυτός ο "σνομπισμός" των νοσηλευτών έχει σαν αποτέλεσμα την καθυστερημένη ανάρρωση των ασθενών και επανείσοδό τους στην κοινωνία.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

### ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ ΓΕΝΙΚΑ

1. Ιστορικό Υγείας :

- α. Ηλικία
- β. Συζυγική κατάσταση
- γ. Εμμηνο ρύση, μαιευτικό και σεξουαλικό-ιστορικό
- δ. Ατομικές υγιεινές συνήθειες
- ε. Προηγούμενα τραχηλικά προβλήματα
- στ. Χρήση κολπικών αντιβιοτικών
- ζ. Ημερομηνία τελευταίας εξέτασης κολπικού επίχρισματος
- η. Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου

2. Φυσική εκτίμηση :

Η πυελική εξέταση θα αποκαλύψει :

- α. Φυσιολογικά εξωτερικά γεννητικά όργανα
- β. Οχι αξιοσημείωτη αλλαγή στον κολπικό ή τραχηλικό βλεννογόνο

3. Διαγνωστικές εξετάσεις :

- α. Κολπικό επίχρισμα (Pap-test) Στάδιο IV ή V
- β. Κολποσκόπηση (καμμία υποψία ή άτυπες αλλοιώσεις)
- γ. Βιοψία τραχήλου (επισφραγίζει την διάγνωση)

### ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ

- 1. Ψυχολογικά (Ανησυχία, φόβος καρκίνου - θανάτου)
- 2. Προβλήματα σεξουαλικής δραστηριότητας και γονιμότητας, κυρίως αν δεν έχει παιδιά

## ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Άμεσοι:
  - α. Μείωση της ανησυχίας και του φόβου της εγχείρησης.
2. Μακροπρόθεσμοι:
  - α. Παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με τη διάγνωση του καρκίνου.
  - β. Μείωση του κινδύνου υποτροπής.

## ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. Τύποι χειρουργικής παρέμβασης:
  - α. Απλή ολική υστερεκτομή (αφαίρεση μήτρας και τραχήλου).
  - β. Ριζική υστερεκτομή (ολική αφαίρεση της μήτρας - λίπος, ιστοί, λεμφογάγγλια).

Υπάρχουν δύο χειρουργικές προσπελάσεις : η κοιλιακή και η κοιλιακή. (Προτιμάται η κοιλιακή για αποφυγή κινδύνου περιτονίτιδας). Δεν κατορθώνεται όμως η ριζικότητα της κοιλιακής.

2. Προεγχειρητική παρέμβαση:
  - α. Επεξήγηση του όρου "υστερεκτομή" στην άρρωστη και την οικογενειά της.
  - β. Ενημέρωση της άρρωστης σχετικά με την μέτεγχειρητική θεραπεία (ακτινοβολία).
  - γ. Παροχή ευκαιριών στην άρρωστη να εκφράσει τα αισθήματά της, τους φόβους και τις ανησυχίες της, (συγκινησιακή προσαρμογή στην απώλεια των γεννητικών οργάνων).
  - δ. Παροχή φυσικής ετοιμασίας της άρρωστης για το χειρουργείο.
    - εξέταση αιμοσφαιρίνης (αναιμία)
    - προσδιορισμός ομάδας αίματος
    - ενδοφλέβια πνευλογραφία
    - διακοπή αντισυλληπτικών
    - ακτινογραφία θώρακα
    - διδασκαλία αναπνευστικών και κοιλιακών ασκήσεων
    - ετοιμασία εγχειρητικού πεδίου

3. Μετεγχειρητική παρέμβαση:

- α. Λήψη ζωτικών σημείων.
- β. Ανακούφιση από τον πόνο.
- γ. Παρακολούθηση του τραύματος.
- δ. Παρακολούθηση για έγκαιρη διαπίστωση επιπλοκών.  
Όπως : - δημιουργία αιματώματος στην περιοχή της επέμβασης ---> αιμορραγία ---> λοίμωξη και σχηματισμός συριγγίων.  
- αιμορραγία.
- ε. Παρακολούθηση για εμφάνιση προβλημάτων από την κύστη.
  - Προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.
  - Χορήγηση υγρών παρεντερικά.
  - Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα αν η ασθενής δεν ούρησε για 8 ώρες γιατί η παραμονή ούρων στη κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.
- στ. Ανακούφιση από τη δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης.
  - Τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται μέχρις ότου επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου.
  - Χορήγηση υγρών και μαλακής διαίτας μόλις επιστρέψει ο περισταλτισμός.
- ζ. Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών.
  - αλλαγή θέσης κάθε 2 ώρες
  - ενθάρρυνση για βαθιές αναπνοές
  - παρακολούθηση του τραύματος για απώλεια αίματος
  - επισκόπηση κάτω άκρων για παρουσία κίρσων
  - προαγωγή της κυκλοφορίας με ειδικές ασκήσεις και έγκαιρη έγερση.
- η. Πρόληψη λοίμωξης.
  - πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υποθέτων
  - αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική.
- θ. Σχεδιασμός εξόδου από το Νοσοκομείο - Διδασκαλία
  - Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.
  - Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αντικατάστασης αν έχει γίνει ολική υστερεκτομή με ωθηκευκτομή και σαλπινγεκτομή.

- Παροχή συμβουλών στην άρρωστη όπως:
  - να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα για πρόληψη ρήξης των ραμμάτων
  - να αποφεύγει τη συνουσία για 6-8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.
- Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη ότι η κολπική έκκριση που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα είναι φυσιολογική κι ότι η ποσότητα θα μειωθεί σιγά-σιγά και τελικά θα σταματήσει.
- Ενημέρωση της άρρωστης για την πιθανή εμφάνιση "αισθήματος κόπωσης" κατά τις πρώτες ημέρες της επιστροφής της στο σπίτι. Γι' αυτό το λόγο δεν θα πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα.
- Έμφαση για ανάληψη των επαγγελματικών της δραστηριοτήτων μόνο με εντολή γιατρού θα εξαρτηθεί βέβαια από το είδος της εργασίας και τις ανάγκες για εργασία.
- Ενημέρωση της άρρωστης να μην αποθαρρύνεται αν κατά διαστήματα στην περίοδο της ανάρρωσης αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάζει και φαίνεται ασυνήθιστα νευρική. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται συχνά αλλά δεν διαρκούν για πολύ.
- Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού της, παρακολούθηση του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο εξεταστικού ελέγχου για πέντε χρόνια.

#### 4. Ραδιοθεραπεία:

Όταν για οποιονδήποτε λόγο ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στο 1ο και 2ο στάδιο κριθεί μη εγχειρίσιμος ή η καρκινική διήθηση έχει προχωρήσει στο 3ο και 4ο στάδιο, τότε εφαρμόζεται μόνο ακτινοβολία. Σήμερα έχουν χρησιμοποιηθεί πολλοί τέτοιοι τρόποι θεραπείας του τραχηλικού καρκίνου, όπως η εμφύτευση βελόνων ραδίου μέσα στον όγκο, η ενδοκολπική ακτινοβολήση με ακτίνες Rontgen και τελευταία η ενδοϊστική έγχυση ραδιοϊσοτόπων.

Ράδιο, Cesium - 137 ή ραδιενεργό κοβάλτιο εισάγονται μέσα στον ενδοτραχηλικό σωλήνα και τον κόλπο για ορισμένο χρόνο. Για την αποφυγή όμως καταστροφής των παρακείμενων ιστών από την ακτινοβολία α και β (μαλακή), τα ραδιενεργά στοιχεία πριν την χρησιμοποίησή τους τοποθετούνται μέσα σε υποδοχείς (θήκες από πλατίνα) για την απορρόφηση της ακτινοβολίας α και β. Οι υποδοχείς αυτοί απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος της ακτινοβολίας α και β και αφήνουν να περάσει από το τοίχωμά τους η ακτινοβολία γ (σκληρή) που διεισδύει μέσα στον όγκο.

Μιά τέτοια θεραπεία μπορεί να συμπληρωθεί με εξωτερική ακτινοβολία που εφαρμόζεται στην πύελο σε μία προσπάθεια αναχαίτησης και καταστροφής των παραμητρικών, γαγγλιακών και άλλων διηθήσεων της μικρής πύελου.

Μία πολύ δημοφιλής μέθοδος θεραπείας περιλαμβάνει την χρησιμοποίηση εξωτερικής ακτινοβολίας, στη συνέχεια την τοποθέτηση βελόνων ραδίου και στο τέλος επιστροφή πάλι στην εξωτερική ακτινοβολία. Η θεραπεία αυτή διαρκεί περίπου 5-6 εβδομάδες.

α. Ετοιμασία της άρρωστης για εμφύτευση ραδίου.

1. Η νοσηλεύτρια επεξηγεί στην άρρωστη τους λόγους που αποφασίστηκε το είδος αυτό της θεραπείας και απαντά σε ερωτήσεις της.
2. Ετοιμασία της άρρωστης για την εκτέλεση διαφόρων προκαταρκτικών εξετάσεων όπως : εξετάσεις αίματος, βιοψία, Η.Κ.Γ., κυτταρολογική.
3. Εξασφάλιση χρόνου για συζήτηση με την άρρωστη σχετικά με την θεραπεία της.
4. Ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο (γενική νάρκωση) ετοιμασία του εντέρου με υπόκλυσμούς και του κόλπου με πλύσεις.

β. Λήψη ακτινογραφίας λεκάνης αμέσως μετά την τοποθέτηση του ραδίου για τη διαπίστωση τυχόν μετακίνησής του από τη θέση του. Στην περίπτωση αυτή επιβάλλεται αμέσως η αφαίρεση και η διόρθωση, γιατί υπάρχει κίνδυνος όχι μονάχα να μην καταστραφεί όπως πρέπει η καρκινική επεξεργασία, αφού θα βρίσκεται έξω από το πεδίο της ακτινοβολίας, αλλά, το χειρότερο, να προκληθούν βλάβες στους υγιείς ιστούς.

γ. Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατά το διάστημα παραμονής του ραδίου στη μήτρα και στον τράχηλο.

Νοσηλευτική επαγρύπνηση: Η διατήρηση των υποδοχέων του ραδίου στη θέση τους είναι επιτακτική και θα πρέπει να αποφευχθεί κάθε αλλαγή της θέσης τους. Όλα τα νοσηλευτικά μέτρα θα πρέπει να αποβλέπουν στην εκπλήρωση αυτού του αντικειμενικού σκοπού.

1. Χορήγηση διαίτας με μικρό υπόλειμμα για μείωση του περισταλισμού του εντέρου και της πιθανότητας παρεκτόπισης των υποδοχέων.
2. Συχνή παρακολούθηση του καθετήρα για εξασφάλιση φυσιολογικής παροχέτευσης των ούρων. Μία διαταμμένη κύστη μπορεί να πλησιάσει την περιοχή της ραδιενέργειας με αποτέλεσμα βαριάς μορφής ακτινικό έγκαυμα.



3. Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν αντίδραση στην ραδιενέργεια (ναυτία, έμετοι, αύξηση της θερμοκρασίας).
  4. Ενθάρρυνση της άρρωστης για λήψη υγρών και χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων. Χορήγηση βιταμίνης C.
  5. Παροχή σωματικής φροντίδας και εξασφάλιση άνεσης στην άρρωστη.
  6. Ανακούφιση της άρρωστης από το άγχος και τον φόβο.
  7. Προσοχή κατά την παροχή φροντίδας να μην εκτοπιστούν οι βελόνες ραδίου.
- δ. Αφαίρεση ραδίου.
1. Είδοποίηση του χειρουργού μετά τη λήξη του χρόνου εφαρμογής.
  2. Εξασφάλιση αποστειρωμένου υλικού.
  3. Εφαρμογή όλων των προφυλακτικών μέτρων χειρισμού και μεταφοράς του ραδίου στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων.
  4. Χορήγηση καθαρτικού υποκλύσμου μετά την αφαίρεση.
- ε. Φροντίδα της άρρωστης μετά την ακτινοβολία.
1. Διατήρηση του δέρματος της άρρωστης στεγνό.
  2. Παρακολούθηση για εμφάνιση ναυτίας και εμέτων.

Νοσηλευτική επαγρύπνηση: Μη πείτε ποτέ στην άρρωστη ότι μπορεί να εμφανιστούν ναυτία και έμετοι γιατί η υποβολή ενδέχεται να προκαλέσει την εκδήλωσή τους.

3. Παρακαλούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν ακτινική βλάβη του εντέρου (διάρροια).
4. Τονισμός της σπουδαιότητας της ιατρικής παρακολούθησης κάθε μήνα για 6 μήνες, για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της ακτινοβολίας στον όγκο.

Νοσηλευτική επαγρύπνηση: Ένα 5-8% των γυναικών που παρακολουθούνται για τη θεραπεία του ειδικού καρκίνου, μπορεί να αναπτύξουν άλλους πρωτοπαθείς καρκίνους. Γι αυτό τον λόγο η μετέπειτα ιατρική παρακολούθηση είναι βασικής σημασίας ακόμα και αν η άρρωστη είναι ασυμπτωματική.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V

### ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

#### ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟ ΜΕ ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΑ

(θα αναφερθώ σε συγκεκριμένα περιστατικά που συνείβησαν κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής μου).

Ο Ψυχασθενής που μέλλει να χειρουργηθεί παρουσιάζει ορισμένες ιδιομορφίες και αυτοί που πρόκειται να τον αντιμετωπίσουν αισθάνονται ένα δικαιολογημένο δέος ενώπιον του. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι η αναβολή ή ματαίωση εγχειρήσεων, ή εν πάσει περιπτώσει η μη ενασχόληση με τον χειρουργικό ψυχασθενή, με ευχαρίστηση και σιγουριά.

Η εκτεταμένη χορήγηση ψυχοφαρμάκων είναι τελείως ασυμβίβαστη με σύγχρονη χορήγηση οποιουδήποτε οπιούχου ή βαρβιτουρικού. Πως λοιπόν να χορηγηθεί η νάρκωση αν δεν σταματήσει η λήψη ψυχοφαρμάκων επί 15ημέρου;

Η επείγουσα χειρουργική όμως δεν επιτρέπει πλέον ούτε αμφιβολίες ούτε αναβολή. Η πολυφαρμακία είναι συνήθης στον ψυχασθενή, έτσι ώστε σε περίπτωση χορηγήσεως ναρκώσεως, δημιουργείται συνέργεια φαρμάκων ή ίσως και ανταγωνισμός. Έτσι ο αναισθησιολόγος διατάζει τη διακοπή των ψυχοφαρμάκων, με πολλά δυσάρεστα επακόλουθα στην συμπεριφορά των αρρώστων και στην δυσχερή αντιμετώπισή τους στα ψυχιατρικά τμήματα ή την χειρουργική κλινική.

Το Δημόσιο Ψυχιατρείο ακολουθεί την τακτική να μην διακόπτεται κανένα ψυχοφάρμακο προεγχειρητικά, υπό την προϋπόθεση, ότι η χορηγούμενη νάρκωση δεν είναι σχηματική και δογματική όπως αναφέρεται στα αναισθησιολογικά συγγράματα, αλλά ευέλικτη και προσαρμοσμένη στην επί μέρους περίπτωση και τα επί μέρους κριτήρια.

Προχωρώντας στην αντιμετώπιση του χειρουργικού ψυχασθενή παρατηρήσαμε ότι παρουσίασε αναπνευστικό πρόβλημα υπό μορφή χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας. Με τον όρο αυτό εννοούμε συνύπαρξη βρογχίτιδας με παχύρευστα εκκρίμματα και βρογχόσπασμο και εμφυσήματος με σύμπτωση των αεροφόρων οδών, διάταση των κυψελίδων και δύσπνοια. Η κατάσταση αυτή παρέμενε επί μακρό χρονικό διάστημα ασυμπτωματική και επομένως εγκαταλελειμένη.

Μετεγχειρητικά πρέπει ο χειρουργικός ψυχασθενής να επανέλθει ταχύτατα στο θεραπευτικό του σχήμα, διότι διαφορετικά παρουσιάζει έντονα στερητικά φαινόμενα με ψυχοσωματικές εκδηλώσεις και άρνηση, που σαν αποτέλεσμα έχουν να μην είναι δυνατή η νοσηλεία και περιποίησή του.

Βγάζουν τους ορούς, τους κυστικούς καθετήρες, τις παροχετεύσεις, τους γαστρικούς σωλήνες, παρουσιάζουν υπερκινητικότητα, εφίδρωση, διέγερση, μέχρι και εγκατάσταση τυπικών καρδιακών και πνευμονικών επεισοδίων. Τα συνήθη μετεγχειρητικά αναλγητικά χορηγούνται σε αυξημένες δόσεις αν δεν υπάρχει αντένδειξη, το δε δέσιμο του αρρώστου συνιστάται μόνο σαν ύστατη λύση.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ - ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ  
ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Το πρώτο περιστατικό αφορά την Ι.Μ., 61 χρόνων από το Λαύριο Αττικής. Μιά σύντομη ματιά στο ιστορικό της αναφέρεται ότι τελείωσε το δημοτικό, ήταν έξυπνο και νευρικό παιδί, ενώ από συζυγική κτατάσταση είναι άγαμος. Προηγούμενα γυναικολογικά προβλήματα δεν αναφέρονται, αναφέρεται όμως ότι η μητέρα της πέθανε από λευχαιμία. Στο Νοσοκομείο την έφερε η νύφη της, ενώ η πρώτη της εισαγωγή έγινε σε ηλικία 47 χρόνων. Από τότε μπαινόβγαινε για θεραπεία. Άγνωστο αν είχε σεξουαλικές σχέσεις. Το τελευταίο Pap-Test το είχε κάνει το 1984 σε μία από τις περιόδους που βρισκόταν στο Νοσοκομείο.

Πριν τη διάγνωση του καρκίνου και σε κατ' ιδίαν συζητήσεις μαζί της έβγαινε το συμπέρασμα ότι πρόκειται για ένα άτομο ήσυχο και χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα συμπεριφοράς. Παρατηρούσαμε ότι έμενε απομονωμένη από τις άλλες ασθενείς, ήταν ευγενική με όλους και δεν δημιουργούσε κανένα πρόβλημα στο τμήμα. Μας εκμυστηρευόταν ότι δεν θα μπορούσε ν' αντιμετωπίσει τα προβλήματά της όταν θα έβγαινε από το Νοσοκομείο. Σε σχετική ερώτησή μας όμως δεν έλεγε ποιά ήταν τα προβλήματα αυτά.

Η εξέταση έγινε ύστερα από έντονα παράπονα της για δυνατούς πόνους χαμηλά στην κοιλιά. Διαπιστώθηκε πρόβλημα και με την ιστολογική εξέταση έγινε η διάγνωση καρκίνου του ταχήλου της μήτρας στο 3ο στάδιο. Η διάγνωση αυτή έφερε μεγάλη αναστάτωση στην άρρωστη και δημιούργησε ένα αναμενόμενο πρόβλημα στη θεραπευτική της αγωγή.

Πιο κάτω παραθέτω ένα σχεδιάγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας, το οποίο έφτιαξα με σκοπό την καλύτερη προετοιμασία της άρρωστης για την χειρουργική επέμβαση και καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα μετά από αυτή.

Στις 20.11.1989 της έγινε ολική υστερεκτομή.

Προβλήματα ή συμπτώματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εκτέλεση προγράμματος Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα Επιστ/κή Εκτίμηση
1. Ενημερώνουμε την άρρωστη για την διάγνωση. Επιδείνωση της κατάστασής της με άκδηλα ψυχοκινητικά φαινόμενα μετά από αυτό.	1. Να γνωρίζει η άρρωστη για την κατάσταση της. Να ξέρει ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει για αυτή.	1.- Αύξηση δόσεων ψυχοφαρμακευτικής αγωγής. Ιδιαίτερη παρακολούθηση και προσοχή. - Να μην μένει μόνη της.	1.- Της αυξήθηκαν οι δόσεις της φαρμακευτικής αγωγής. - Κάποιος από το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται πάντα κοντά στην άρρωστη.	1. Διατήρηση της κατάστασης της άρρωστης σ' ένα ικανοποιητικό επίπεδο επικοινωνίας. Με την αύξηση των δόσεων αποφύγαμε με πιθανή δυσάρεστη κατάσταση για την άρρωστη.
2. Αρνητισμός. Η άρρωστη δεν δέχεται τροφή και νερό.	2. Να πιστεί η άρρωστη να δεχθεί τροφή και νερό.	2.- Εναρξη θεραπευτικού διαλόγου με την άρρωστη. - Διάθεση χρόνου για παραμονή κοντά της. - Εναέρωση λήψεως τροφής & σεβασμός των προσωπικών συνηθειών και προτιμήσεων στο φαγητό.	2.- Με επιμονή της εδώνει πολιτοποιημένη τροφή με σόριγγο και νερό. Η άρρωστη δεν το δεχόταν και το έβρισκε πάνω στο προσωπικό. - Μετά από πολλές πιέσεις & καθήληση των άκρων, έφαγε λίγο.	2.- Διατήρηση του οργανισμού σε καλή φυσική κατάσταση. - Με τη λήψη τροφής & νερού η άρρωστη δεν κάνει σωματικό βάρος και δεν μας βγάζει από το σχέδιο της χειρουργικής επέμβασης.
3. Συνεχιζόμενος αρνητισμός.	3. Πρόληψη αφυδάτωσης.	3.- Χαρήγηση ορού μετά από συνενόηση με τον γιατρό, εμπλουτισμένου με ηλεκτρολύτες. - Ακριβής μέτρηση & καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.	3.- Εποπαισθήση ορός. - Μέτρηση και καταγραφή ισοζυγίου υγρών. - Συνεχίστηκε το τάξιμα με σόριγγο.	3. Πρόληψη διαταραχής ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και νερού με παρεντερική διατροφή.
4. Στεγνό στόμα λόγω στερήσεως τροφής από το στόμα.	4. Διατήρηση υγρής στοματικής κοιλότητας.	4.- Υγιεινή στόματος κάθε 4 ώρες ή όταν κρίνεται απαραίτητο. - Προσπάθεια να πιστεί η άρρωστη και να δεχθεί τροφή.	4.- Εκτέλεση νοσηλείας υγιεινής στόματος. - Παρά τις προσπάθειες η άρρωστη συνεχίζει να μην δέχεται τροφή.	4.- Υγρά κείλη & γλάσσα. Υγρά βλεννώδη μέλη στη στοματική κοιλότητα όλες τις ώρες.

Προβλήματα ή σύμπτωματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εκτέλεση προγράμματος Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα Επιστ/κή Εκτίμηση
15. Πρόβλημα ξηράς βλεννώδους μεμβράνης στη στοματική κοιλότητα. Χείλη ξηρά και ακαμένα.	15. Διατήρηση υγρής στοματικής κοιλότητας και υγρών χειλιών.	15.- Υγιεινή στόματος όταν κρίνεται απαραίτητο. - Επάλειψη χειλιών με βαζελίνη. - Αύξηση, ή άλλη διαφοροποίηση της φαρμακευτικής αγωγής.	15.- Εκτέλεση νοσηλείας υγιεινής στόματος. - Εκτέλεση ιατρικών οδηγιών για διαφοροποίηση ψυχοφαρμακευτικής αγωγής.	15.- Υγρά βλεννώδη μέλη στοματικής κοιλότητας. - Με τη διαφοροποίηση της φαρμακευτικής αγωγής επήλθε μείωση των ψυχοκινητικών φαινομένων.
16. Αγωνία για την πρόγνωση και αβεβαιότητα για το σχέδιο φροντίδας γιατρού.	16. Δημιουργία ευκαιριών για τη λύση των προβλημάτων.	16. Ζήτηση από το γιατρό να συζητήσει με την άρρωστη και να εξηγήσει τα σκεδιά του.	16. Παρουσία γιατρού και νοσηλευτών δόθηκαν οι απαραίτητες για καθυστασμού εξηγήσεις στην άρρωστη.	16. Ανακούφιση της άρρωστης, δημιουργία καλού θεραπευτικού περιβάλλοντος.
17. Μετά την ανάνηξη κατάσταση της άρρωστης.	17. Φροντίδα για έγκαιρη έγερση.	17. Τοποθέτηση της άρρωστης σε όπια θέση χωρίς μαξιλάρι και με το κεφάλι στο πλάι, για τη διευκόλυνση αποβολής των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας και την απελευθέρωση των αεραγωγών.	17. Η άρρωστη τοποθετήθηκε στην καθορισμένη θέση.	17. Με την τοποθέτηση της άρρωστης στην κατάλληλη θέση προλαβήσαμε τυχόν εισρόφιση ή άλλων μετεχειρητικών επιπλοκών και επιτυχάσαμε έγκαιρη έγερση της άρρωστης.
18. Μετεχειρητικός πόνος.	18. Εξάλληψη του πόνου.	18.- Έλεγχος του τραύματος. - Κορήγηση συνήθων μετεχειρητικών αναλγητικών.	18.- Δόθηκαν παυσίπονα. - Ελέγχτηκε το τραύμα για πιθανή αιμορραγία.	18. Παρακολούθηση του τραύματος και καλή μετεχειρητική πορεία.
19. Νευρογενές shock.	19. Εξάλληψη shock, απότρεψη δυσάρεστων καταστάσεων για την άρρωστη.	19.- Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση Trendelenburg. - Έλεγχος εσωτερικής αιμορραγίας. - Στενή παρακολούθηση ζωτικών και νευρολογικών.	19.- Η άρρωστη τοποθετήθηκε σε θέση Trendelenburg. - Παρακολούθηση και καταγραφή ζωτικών και νευρολογικών σημείων. - Κορήγηση οξυγόνου	19.- Επαρκής οξυγόνωση ιστών. - Επαναφορά της άρρωστης σε φυσιολογική κατάσταση.

Προβλήματα ή συμπτώματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εκτέλεση προγράμματος Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα Επιστ/κή Εκτίμηση
		<ul style="list-style-type: none"> <li>σημείων.</li> <li>- Εξασφάλιση ανοιχτού αεραγωγού και επαρκούς οξυγόνωσης.</li> <li>- Χρήση υγρών I.V.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δεν χρειάστηκε η χρήση ορού.</li> </ul>	
<p>10. Συγκινησιακές διαταραχές. Υπερκινητικότητα.</p>	<p>10. Να επανέλθει η άρρωστη σε ήρεμη κατάσταση όσον αφορά τη σωματική λειτουργία και τη συμπεριφορά.</p>	<p>10. -Στενή παρακολούθηση της άρρωστης.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Έλεγχος παρακετεόλης τραύματος και καθετήρων.</li> <li>-Καθήλωση αν κριθεί απαραίτητο.</li> </ul>	<p>10. -Η άρρωστη παρακολουθείται και ενημερώνεται ο γιαντρός για την κατάσταση της.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ελέγχθηκαν παρακετεύσεις και καθετήρες.</li> <li>-Δεν χρειάστηκε να καηλωθεί.</li> </ul>	<p>10. -Συγκινησιακή στήριξη στην άρρωστη.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Με την παρακολούθηση προλαμβάνουμε μόλυνση του τραχήλου ή περαιτέρω τραυματισμούς.</li> </ul>
<p>11. Μείωση αποβαλλομένων ούρων.</p>	<p>11. -Φυσιολογική ποσότητα αποβαλλομένων ούρων.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Φυσιολογική σύρρηση.</li> </ul>	<p>11. -Παρακολούθηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Χρήση υγρών παρεντερικά μετά από συνενόηση με τον γιατρό.</li> <li>-Εισαγωγή καθετήρα Foley για μριαία μέτρηση όγκου ούρων, ειδικού βάρους pH.</li> <li>-Αναφορά αν δεν υπάρχουν κενόσεις για περισσότερο από 8 ώρες, ή ούρα λιγότερα από 200 cc σε 8 ώρες.</li> </ul>	<p>11. -Τοποθετήθη καθετήρας Foley.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Παρακολουθούνται προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.</li> <li>-Ικανοποιητική ποσότητας ούρων. Δεν χρειάστηκε να δοθεί ορός.</li> </ul>	<p>11. -Ομαλή σύρρηση.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Επιτυγχάνουμε να μην δημιουργηθούν προβλήματα από την κατάσταση.</li> </ul>
<p>12. Μεγάλη κοιλιακή απέκκριση.</p>	<p>12. Εξάλιψη κοιλιακής απέκκρισης.</p>	<p>12. -Πλύση κόλπου και τοποθέτηση αλοιφών ή υποπέτων.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Έλεγχος για δύσοσμα υγρά.</li> </ul>	<p>12. -Της έγινε κοιλιακή πλύση και τοποθετήθηκε κοιλιακό υπόθετο.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Εστάλη δείγμα υγρών στο εργαστήριο.</li> </ul>	<p>12. -Πρόληψη λοίμωξης.</p>

Προβλήματα ή συμπτώματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εκτέλεση προγράμματος Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα Επιστολή/κή Εκτίμηση
13. Δημιουργία αιματώματος στην περιοχή του τραύματος.	13. Εξαφάνιση του αιματώματος και κάθε μορφής επιπλοκή από το χειρουργικό τραύμα.	13. -Έλεγχος παρακέντησης τραύματος. -Σε περίπτωση που αρθεί η απορρόφηση σφαιρούμε το αιμάτωμα αφού κάσουμε μερικά ράγματα του τραύματος. -Χρησιμοποιούμε προληπτική αντιβίωση.	13. -Ελέγχθηκε η παρακέντηση. -Απορροφήθηκε το αιμάτωμα και δεν κρείβάσθηκε επέμβαση και αντιβίωση.	13. -Πρόληψη λοίμωξης και επαναφοράς της άρρωστης στο χειρουργείο. -Αποφεύγουμε την ταλαιπωρία της άρρωστης και την επιδείνωση της κατάστασής της.
14. Δίψα. Ξηρό στόμα.	14. Εξασφάλιση υγρών βλεννογόνων στόματος.	14. -Έλεγχος ποσότητας χορηγούμενων υγρών. -Τοποθέτηση υγρής γάζας στο στόμα για εφύγρανση του εισπνεόμενου αέρα. -Εξασφαλίζουμε την καλή επικοινωνία με την άρρωστη λόγω πιθανότητας να καταπιεί τη γάζα.	14. -Πήγε καλής συνείδησης με την άρρωστη δεν χρησιμοποιούμε την υγρή γάζα. -Εξασφαλίζουμε την ύγρανση με συχνές στοματικές πλύσεις. -Ελέγχον η υγρασία του σάλιου.	14. Διατήρηση υγρής στοματικής κοιλότητας και καλής υγιεινής.
15. Διέγερση - Σόγχιση.	15. Επαναφορά σε ήρεμη κατάσταση.	15. -Κοινοποιούμε την άρρωστη. -Χρησιμοποιούμε ηρεμιστικά αν κρίσει απαραίτητο.	15. -Μετά από εντολή του γιατρού της εδση Ι αρ. Station I.H. -Παραμένουμε κοντά στην άρρωστη.	15. Με τη ηρεμία και την ακινησία διευκολύνεται η απολυσση του τραύματος. Η άρρωστη έχει καλή μετεχειρητική πορεία.
16. Δεν μπορεί να φροντίσει την ατομική της υγιεινή.	16. Καλή υγιεινή σώματος.	16. -Με προσοχή λουτρό στο κρεβάτι. Κάβουμε τα μαλλιά και τα νύχια. -Κανονικά τις αλλαγές τραύματος.	16. -Της έγινε μπάνιο στο κρεβάτι. -Συνεχίστηκαν οι αλλαγές στο τραύμα.	16. -Διατήρηση καλής υγιεινής. -Γρήγορη απολυσση στο τραύμα.

Προβλήματα ή συμπτώματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εκτέλεση προγράμματος Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα Επιστημική Εκτίμηση
17. Αϋνία.	17. Εξασφάλιση καλού ύπνου.	17. -Μείωση παρόβων στο ελάχιστο. -Βοηθάμε την άρρωστη ν' απαλλαγεί από τις σκέψεις ή τους φόβους της. -Της δίνουμε τη δυνατότητα να μιλήσει και να εκφραστεί εφ' όσον αυτό την ανακουφίζει. -Χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων αν κρίνεται απαραίτητα.	17. -Παρακολουθήσαμε τον ρυθμό ύπνου της άρρωστης. -Ανοίξαμε διάλογο με την άρρωστη με θέμα ότι κάτι συναισθηματικά φορτισμένο. -Μετά από συνενόηση με τον γιατρό της χορηγήθηκε υπνωτικό.	17 Με την συζήτηση η άρρωστη ξεχνάει τους φόβους και τις σκέψεις της, ηρεμεί και έτσι εξασφαλίζουμε μερικές ώρες ήσυχου ύπνου.
18. Ανευχία-δυσφορία.	18. Να ηρεμώσει η άρρωστη ώστε να γίνει ευκολότερη η νοσηλευτική της φροντίδα και να επανέλθει γρηγορότερα στο ψυχιατρικό τμήμα.	18. -Ενημερώνουμε την άρρωστη για τη μετεχειρητική της πορεία. -Σχεδιάζουμε την έξοδο της από το χειρουργικό τμήμα. -Διδασκαλία για την μετέπειτα φροντίδα της.	18. -Ενημερώσαμε την άρρωστη σχετικά με την όλη μετεχειρητική της πορεία. -Ετοιμάσαμε την επαναφορά της στο ψυχιατρικό τμήμα. -Της εξηγήσαμε σχετικά για το υπόλοιπο της θέρμης της.	18. -Καλύτερη επικοινωνία με την άρρωστη. -Η καλή κατάσταση της άρρωστης διευκολύνει την ευκολότερη επαναφορά της στο προηγούμενο θεραπευτικό της σκέμα.
19. Μελαγχολική συμπεριφορά. Αισθήματα αναξιοπρέπειας και απελπισίας.	19. Ενθάρρυνση επικοινωνίας και δραστηριότητας. Ενίσχυση της οικογενειακής επικοινωνίας.	19. -Γνώση του αισθήματος της προσωπικής αξίας. -Προσφορά πρακτικής βοήθειας στην αυτοεξυπηρέτησή της. -Εφαρμογή μέτρων για πρόληψη αυτοκτονίας. -Προγραμματισμός για απασχόληση της άρρωστης. -Διδασκαλία της οικογένειας της άρρωστης πως ν' αντιμετωπίζει τη μελαγχολική συμπεριφορά.	19. -δημιουργήσαμε άριστο θεραπευτικό περιβάλλον και συμβάλαμε στην προσέγγιση της ασθενούς με την οικογένειά της. -Φροντίσαμε η άρρωστη να είναι ευχάριστα απασχολημένη κατά την παραμονή της στο τμήμα. -Συζητήσαμε με την οικογένεια για τη μετεπειτα κατάσταση της άρρωστης.	19. Αποφυγή εκκλήσεων και αδιεξόδων. Με την επαναφορά στο ψυχοθεραπευτικό της σκέμα προλαμβάνουμε οστερητικά φαινόμενα και τυχόν υποτροπή της κατάστασης της άρρωστης που σίγουρα θα δυσκόλευε την κατάσταση και θα καθυστερούσε την έξοδό της από το Νοσοκομείο.



Προβλήματα ή συμπτώματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εκτέλεση προγράμματος Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα Επιστ/κή Εκτίμηση
		-Ενθάρρυνση της επικοινωνίας μεταξύ άρρωστης και οικογένειας. -δημιουργία προοπτικής αποκατάστασης.		

Το άλλο περιστατικό αφορά την Α.Χ. 36 χρόνων από την Αθήνα. Το ιστορικό αναφέρει ότι οι γονείς της πέθαναν όταν ήταν μικρή και μεγάλωσε σε αναμορφωτήριο.

Αναφέρεται ότι σε ηλικία 22 χρόνων είχε μία ερωτική απογοήτευση, ενώ η ίδια το αρνείται. Για πρώτη φορά νοσηλεύθηκε στο ψυχιατρικό Νοσοκομείο σε ηλικία 25 χρόνων και από τότε μπαινόβγαινε για νοσηλεία αφού περνούσε διάστημα εκτός Νοσοκομείου για 3 έως 7 μήνες.

Η ίδια είναι συνεργάσιμη μαζί μας, βοηθάει στις δουλειές του τμήματος, είναι ψυχοκινητικά ήρεμη, ενώ σε συζητήσεις αναφέρει ότι διακατέχεται από άγχος και νοιώθει σα να μην της φτάνει ο αέρας γύρω της.

Αναφέρεται ότι μετά από μία έκτρωση εγκαταστάθηκε μία μορφή χρόνιας τραχηλίτιδας, η οποία δεν αντιμετωπίστηκε όπως έπρεπε. Η ίδια δεν φαίνεται να είναι "οπαδός" της καλής υγιεινής του σώματος και ίσως αυτό χρησίμευσε να δημιουργηθεί και να εγκατασταθεί η φλεγμονή.

Κλινική εκδήλωση του καρκίνου δεν υπήρχε. Κατά τη τελευταία της εισαγωγή της έγινε Pap-test και βιοψία τραχήλου και η διάγνωση ήταν καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στο 2ο στάδιο.

Καταβλήθηκαν πολλές προσπάθειες με σκοπό τον καθορισμό της αγωγής εκείνης, η οποία και την ασθενή να θεραπεύσει με ασφάλεια και να είναι λιγότερο τραυματική, ιδιαίτερα όσον αφορά την αναπαραγωγική της ικανότητα.

Αποφασίστηκε η αφαίρεση του όγκου και η υποβολή της ασθενούς σε ακτινοβολία. Χειρουργήθηκε στις 2.10.1989.

Το σχεδιάγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας ορίστηκε:

Προβλήματα ή συμπτώματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εκτέλεση προγράμματος Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα Επιστ/κή Εκτίμηση
1. Αλλαγή της ψυχοκινητικής κατάστασης της άρρωστης.	1. Διατήρηση σε μία ελεγχόμενη κατάσταση.	1. Ενημερώνουμε τον γιατρό για την αλλαγή αυτή και διαμαρμόνουμε ανάλογο θεραπευτικό σχήμα.	1. Ενημερώθηκε ο γιατρός και τροποποιήθη το φαρμακευτικό σχήμα.	1. Με την παρακολούθηση και έγκαιρη επέμβαση αποφεύγουμε υποτροπιάζουσα κατάσταση.
2. Φόβος και αγωνία της ασθενούς για τη χειρουργική επέμβαση.	2. Διόξιμο άγχους και εξασφάλιση συγκινησιακής σταθερότητας.	2.- Εξηγούμε στην άρρωστη για τη φύση της επέμβασης. - Την ενημερώνουμε για την αναισθησία, την ακτινοβολία, τη διαίτα τη συνουσία, τον πόνο.	2. Ενημερώσαμε την άρρωστη σχετικά με την επέμβαση.	2. Με την άρση θεραπευτικού διαλόγου με την άρρωστη εξασφαλίζουμε την ετοιμότητα της και τη συνεργασία της.
3. Διαταραχές ζωτικών σημείων.	3. Επαναφορά των ζωτικών σημείων στο φυσιολογικά.	3.- Σύνδεση ασθενούς με MONITOR. - λεπτομερή λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων. - Αναφορά απόκλισης από το φυσιολογικό και ενημέρωση γιατρού. - Διεκπεραίωση ιατρικών εντολών αν υπάρχουν.	3.- Συνδέσαμε την άρρωστη με το MONITOR. - Ξεχωριστή καταγραφή των ζωτικών σημείων. - Χρησιμοποιήσαμε αντιυπερτασικά φάρμακα μετά από συνεννόηση με το γιατρό.	3. Φυσιολογικά ζωτικά σημεία με την συνεχή παρακολούθηση προλαμβάνουμε τυχόν δυσλειτούργιες καταστάσεις της άρρωστης.
4. Εντονα ψυχοκινητικά προβλήματα.	4. Εξάλειψη κάθε προβλήματος της άρρωστης προσχειρητικά.	4.- Κατανόηση των πολλών προβλημάτων της άρρωστης. - Ειλικρινή συμπαράσταση. - Βοηθάμε την άρρωστη να ξεπεράσει τις ανασφάλειές της. - Παροχή φυσικής ετοιμότητας για το χειρουργείο.	4.- Δισέσαμε χρόνο & παραμείναμε κοντά στην άρρωστη δίχως να την αφήσουμε να μας κοιτάξει και να μας μιλήσει για τα προβλήματά της. - Ετοιμάσαμε την άρρωστη για το χειρουργείο.	4. Με το να ηρεμήσει η άρρωστη και να νιώσει καλά και εμπιστευτικά για τους που την φροντίζουν, βοηθά στο να υπάρχει καλή μετεχειρητική πρόγνωση και γενικά καλή πορεία στο πρόβλημά της.

Προβλήματα ή συμπτώματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εκτέλεση προγράμματος Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα Επιστολική Εκτίμηση
15. Ανάνηξη ασθενούς. Ανάγκες.	15. Εξαφάνιση άμεσων μετεχειρητικών κινδύνων αναισθησίας και επέμβασης.	15.- Τοποθετούμε την άρρωστη σε ύπτια θέση χωρίς μαξιλάρι. - Συνεχής παρακολούθηση. - Συκνή λήψη των ζωτικών σημείων. - Ελέγχος τραύματος.	15.- Τοποθετήσαμε την άρρωστη στην κατάλληλη θέση. - Την συνδέσαμε με MONITOR . - Βρίσκεται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. - Ελέγχθηκε το τραύμα.	15. Με προσοχή και φροντίδα τα ζωτικά σημεία της άρρωστης σταθεροποιούνται μετά τη χειρουργική επέμβαση, το τραύμα δεν μένει εκτεθειμένο και η κατάσταση της άρρωστης βαίνει καλάς.
16. Μετά την ανάνηξη. Ανάγκες.	16. Εξαφάνιση κάθε είδους σωματικού ή ψυχικού προβλήματος μετά την ανάνηξη της άρρωστης.	16.- Διατηρούμε την άρρωστη σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι. - Παρακολουθούμε το τραύμα για διαπίστωση αιμορραγίας. - Ελέγχουμε τις παροκτεθείσεις. - Παρακολουθούμε τη διανοητική και ψυχική κατάσταση της άρρωστης.	16.- Η άρρωστη παραμένει στην ίδια θέση στο κρεβάτι. - Διαπιστώσαμε μικρή αιμορραγία στην τομή. - Ελέγχθηκαν οι παροκτεθείσεις και η γενική κατάσταση της άρρωστης.	16. Με τη συνεχή παρακολούθηση προλαμβάνουμε τυχόν μετεχειρητικές επιπλοκές που αν υπάρχουν, είναι ακόμα στην αρχή και μπορούν ν' αντιμετωπισθούν.
17. Αιμορραγία από την τομή.	17. Να σταματήσουμε την αιμορραγία.	17.- Παρακολούθηση αιμορραγίας. Αν είναι μεγάλη, η άρρωστη επιστρέφει στο χειρουργείο. - Ειδοποιούμε την Τράπεζα Αίματος να υπάρχει έτοιμο για κορήγηση αίμα με την ομάδα της άρρωστης.	17.- Παρακολουθήσαμε την αιμορραγία. Δεν ήταν μεγάλη και έτσι η άρρωστη δεν χρειάστηκε να επιστρέφει στο χειρουργείο. - Καλώσαμε το τραύμα με τη γάζα και κάναμε πιεστική περίδεση. - Χορηγήσαμε ηρεμιστικά στην άρρωστη μετά από συννεύση με το γιατρό.	17. Με το σταμάτημα της αιμορραγίας προλαμβάνουμε κατάσταση shock που θα επιβαρύνει περισσότερο την άρρωστη και θα δυσκολέψει τη θεραπεία της.

Προβλήματα ή σύμπτωματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εκτέλεση προγράμματος Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα Επιστολική Εκτίμηση
8. Χειρουργικό τραύμα.	8. Σωστή αντιμετώπιση του τραύματος και πρόληψη μόλυνσης.	8. - Αλλαγή τραύματος όπως έχει καθοριστεί. - Δεν εκθέτουμε την άρρωστη για πολύ ώρα. - Ελέγχουμε τα ράμματα και τις παρεκτετάσεις. - Σημειώνουμε τις παρατηρήσεις μας στο βιβλίο παρακολούθησης.	8. Σημειώσαμε στο βιβλίο νοσηλεία αλλαγής τραύματος και γενικότερο έλεγχο του τραύματος.	8. Με την επιμελημένη φροντίδα του τραύματος επιτυγχάνουμε την γρήγορη επούλωση του καούς και την αποφυγή μολύνσεων.
9. Πόνος.	9. Απαλλαγή από τον πόνο.	9. Σε περίπτωση που επιμένει ο πόνος και μόνο τότε χορηγούμε μετεχειρητικά αναλγητικά.	9. Χορηγήσαμε μορφίνη Ι.Μ. μετά από ιατρική εντολή.	9. Εξέλιξη του πόνου. Ο πόνος είναι ένα σύμπτωμα που δύσκολα ανέχεται από έναν δύσκολο άρρωστο, όπως ο ψυκασθενής και σίγουρα η απαλοιφή του βοηθάει στη νοσηλεία του.
10. Κοιλιακή διάταση.	10. Ομαλή λειτουργία του εντέρου.	10. - Περιορίζουμε τις τροφές και τα υγρά. - Παρεντερική ανακατάσταση του νερού και των ηλεκτρολυτών που δεν λαμβάνει η άρρωστη. - Χορήγηση υγρών και μαλακής διαίτας μόλις επιστρέψει ο περιστασιασμός του εντέρου. - Εγκαιρη έγερση.	10. Τοποθετήσαμε στην άρρωστη εμπλουτισμένα ορό και σταμάτησαμε τελείως τις στερεές τροφές από το στόμα.	10. Η άρρωστη μετά από 8 ώρες συνήλθε. Επανήλθε ο περιστασιασμός του εντέρου, σταμάτησαμε τον ορό και φτιάξαμε ειδική διαίτα για να μην επανεμφανισθεί το πρόβλημα.

Προβλήματα ή συμπτώματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εκτέλεση προγράμματος Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα Επιστ/κή Εκτίμηση
11. Εγκτάσταση πνευμονικών επεισοδίων.	11. Πολλές φορές τα προβλήματα αυτά έχουν ψυχογενή αίτια, αλλά καλό είναι ν' αντιμετωπίζονται κατάλληλα και να θεραπεύονται.	11. - Διατήρηση ανοικτών αεροφόρων οδών. - Μέτρηση ζωτικών σημείων. - Έλεγχος αναπνοών και προσοχή για δύσπνοια. - Γύρισμα της κεφαλής στο πλάι και προτροπή για βήχα ώστε ν' απομακρυνθούν τυχόν εκκρίσεις βλεννώδεις από το βρογχικό δένδρο. - Χρησιμοποίηση συσκευής οξυγόνου αν κριθεί απαραίτητο. - Χρήρηση βροχοδιασταλτικών φαρμάκων.	11. Πριν εκτελέσουμε την οποιαδήποτε νοσηλεία συζητήσαμε με την άρρωστη γύρω από το πρόβλημά της. Ήταν εμφανές ότι, όταν πρόησε άλλαξε τρόπο συμπεριφοράς και εμφάνισε τεράστια διαφορά στην ψυχοκινητική της κατάσταση. Τα επεισόδια ξεπεράστηκαν και η ίδια έδειχνε χαρούμενη. Ένας λεπτομερής έλεγχος στο ιστορικό αναφέρει παρόμοια επεισόδια και στο παρελθόν.	11. Αποδεικνύεται ότι η νοσηλεία των ψυκασθενών είναι δύσκολη και δεν αρκεί μόνο η αντιμετώπιση φαινομένων. Η παρατήρηση και η συχνή επαφή με τον ψυκασθενή βοηθάει στο να γνωρίζουμε καλύτερα την κατάσταση του και ν' αντιμετωπίζουμε ολοκληρωμένα κάθε πρόβλημα που παρουσιάζεται.
12. Ακτινοθεραπεία.	12. Σωστή εφαρμογή & εκτέλεση της θεραπείας.	12. - Ενημερώνουμε σχετικά την άρρωστη. - Ζητάμε την συνεργασία της στην εκτέλεση της θεραπείας.	12. Ενημερώθηκε η άρρωστη σχετικά με την ακτινοθεραπεία και το πόσο σημαντική είναι στη φάση της αποθεραπείας της.	12. Η άρρωστη συνεργάζεται με το προσωπικό και τους γιατρούς, πράγμα που καθιστά τη θεραπεία ευκολότερη και σωστότερη.
13. Δυσκολία στην ατομική υγιεινή και φροντίδα.	13. Διατήρηση καλής υγιεινής για την άρρωστη.	13. - Βοηθάμε την άρρωστη με μάνινο στο κρεβάτι και γενική καθαριότητα να νοιώσει άνετα και ευχάριστα. - Προσοχή στο τραύμα.	13. Με μεγάλη προσοχή στο τραύμα έγινε μάνινο της άρρωστης στο κρεβάτι.	13. - Ικανοποιούμε μία ανάγκη που η άρρωστη δεν είναι σε θέση να επιτελέσει μόνη της. - Επίσης με τον ίδιο τρόπο βοηθάμε την άρρωστη στην σωματική της ανάγκη.

Προβλήματα ή συμπτώματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εκτέλεση προγράμματος Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα Επιστ/κή Εκτίμηση
14. Κίνδυνος φωτιάς από κάπνισμα.	14. Θροντίζουμε για την ασφάλεια της άρρωστης.	14. Να παραμείνει κάποιος από το νοσηλευτικό προσωπικό μαζί της όταν καπνίζει.	14. Εναλλάξ το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται κοντά στην άρρωστη.	14. Δίνεται μία ακόμα ευκαιρία στην άρρωστη και σε μας να μιλήσουμε και να αναπτόξουμε τις σχέσεις μας.
15. Η άρρωστη παρουσιάζεται ανήσυχη και ύπνη.	15. Εξασφάλιση ηρεμίας και καλού ύπνου.	15. -Μείωση εαυόβων. -Ελάττωση φωτισμού. -Να μην κοιμάται η άρρωστη την ημέρα. -Χρησιμοποιούμε ηρεμιστικά αν κριθεί απαραίτητο. -Προσοχή για απόπειρα αυτοκτονίας.	15. -Εξασφάλισαμε συνθήκες για ήσυχο ύπνο. -Θροντίζουμε για ημερήσια ευχάριστη απασχόληση για την άρρωστη. -Λαμβάνουμε απαραίτητα μέτρα για πρόληψη απόπειρας αυτοκτονίας.	15. Με τη συνεχή παρακολούθηση και τον συνεχή έλεγχο αποκλείουμε άσχημες καταστάσεις για τη ζωή της άρρωστης.
16. Η άρρωστη τραβάει τις παρεκτετασεις. Αιμορραγία τραύματος. Απόπειρα αυτοκτονίας.	16. Να προλάβουμε κάθε άσχημη εξέλιξη για την άρρωστη.	16. -Εισαγωγή της άρρωστης στο χειρουργείο. -Ψυχική τόνωση.	16. Μετά τις πρώτες βοήθειες σταμάτησε η αιμορραγία και δεν κριθείσθηκε η εισαγωγή στο χειρουργείο. Βοηθήσαμε με συζήτηση την άρρωστη να απαλλαγεί από τις τις σκέψεις. Της εξηγήσαμε ότι η επέμβαση δεν θα επηρεάσει τη σεξουαλική της ζωή και πως θα επανέλθει σύντομα στο φυσιολογικό. Προσπαθήσαμε να της τονώσουμε το νόημα της ζωής και πόσα πράγματα μπορεί να κερδίσει από αυτή.	16. Δημιουργώντας ενδιαφέροντα για τη ζωή τονώνουμε το ηθικό της άρρωστης.
17. Τα μέλλον της άρρωστης.	17. Αποκατάσταση της άρρωστης.	17. -Παρακολουθούμε την συμπεριφορά της άρρωστης. -Την επαναφέρουμε στα προηγούμενα	17. Συζητήσαμε με την άρρωστη, προτείνουμε λύσεις στο πρόβλημά της και θέσαμε προβληματισμούς	17. Δίνεται η δυνατότητα στην άρρωστη να συγκρίνει τις προτεινόμενες

Προβλήματα ή συμπτώματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εκτέλεση προγράμματος Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα Επιστ/κή Εκτίμηση
		ψυχοθεραπευτικό της οχήμα. -Φροντίζουμε για τη συνέχιση της θεραπείας της και εκτός Νοσοκομείου. -Προτείνουμε λύσεις για εξασφάλιση απασχόλησης.	σε σχέση με το μέλλον της.	λύσεις με τις δικές της ιδέες και να αποφασίσει το καλύτερο δυνατό γι' αυτή.



## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V I

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Βλέπουμε λοιπόν πόσο δύσκολη είναι η περίθαλψη ενός ψυχασθενή και πόσο κοντά πρέπει να βρίσκεται ο νοσηλευτής για να μπορέσει να βοηθήσει πραγματικά τον άρρωστο. Μερικές φορές υπάρχει η θέληση αλλά λείπουν οι γνώσεις.

Το κατάλληλο "θεραπευτικό πλαίσιο" για τους ψυχωσικούς, οι οποίοι χρειάζονται μιά μακρά ιδρυματική υποστήριξη, πρέπει να είναι σε θέση να απαντά στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της ψυχωσικής λειτουργίας, αλλά παράλληλα να "διαχειρίζεται" τις επιμέρους δυσλειτουργίες που συχνά ορθώνουν εμπόδια στη θεραπεία. Αυτός ο τρόπος ψυχιατρικής δουλειάς απαιτεί αφ'ενός ένα επαρκές δίκτυο κοινοτικών δομών (π.χ. Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Συμβουλευτικό Τμήμα) και αφ'ετέρου κατάλληλη λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας, η οποία αποσκοπεί στην πληρέστερη ψυχοπαθολογική κατανόηση των ασθενών και στην διαμόρφωση της απαιτούμενης κάθε φορά θεραπευτικής στρατηγικής.

Η σύγχρονη ψυχιατρική τείνει ν'αποδώσει ξανά στην κοινωνία και τους πολύ βαρέως πάσχοντες ψυχασθενείς και πρέπει ν'απαντήσουμε θετικά στο κάλέσμά της, γνωστού όντος ότι τα σωματικά προβλήματα αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα στην πιθανή ψυχική βελτίωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλιβιζάτου - Μοσχοβάκη Ρ. "Στοιχεία Φυσιολογίας".  
Εκδόσεις : Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1984.
- Αραβαντινός Δ. "Παθολογία της γυναίκας".  
Εκδόσεις : Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1985.
- Βαρουχάκης Χ. "Επιδημιολογικά στοιχεία αναφερόμενα στους  
εισαχθέντες στο Ψ.Ν.Α."  
Τετράδια Ψυχιατρικής, 16: 32-34, Απρίλιος 1987, Αθήνα 1987.  
Τετράδια Ψυχιατρικής, 17: 42-45, Ιούλιος 1987, Αθήνα 1987.
- Γκούμας - Κωτσιόπουλος. Εγκυκλοπαίδεια "Υγεία", Οδηγός Υγιεινής.  
Εκδόσεις: Δομικής, Τόμος 1ος, σελ. 35-36 και  
Τόμος 4ος, σελ. 714-715, Αθήνα 1989.
- Ζαχαριουδάκης Χ. "Η νάρκωση στον μέλλοντα να χειρουργηθεί  
ψυχασθενή". Τετράδια Ψυχιατρικής, 14: 112-113, Ιανουάριος  
1987, Αθήνα 1987.
- Μεγαλοοικονόμου Θ. "Το άσυλο". Τετράδια Ψυχιατρικής, 14: 38-39,  
Ιανουάριος 1987, Αθήνα 1987.
- Νάνου Κ. "Σημειώσεις Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής". **ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ**
- Ραγιά Α. "Ψυχιατρική Νοσηλευτική".  
Εκδόσεις : Ευνίκη, Αθήνα 1978.
- Σαχίνη - Καρδάση Α., Πάνου Μ. "Παθολογική και Χειρουργική  
Νοσηλευτική". Τόμος 2ος / Μέρος Β'.  
Εκδόσεις : Βήτα, Αθήνα 1985.

