



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΔΡ.ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΑ

ΦΟΙΤΗΤΕΣ: ΦΟΥΝΤΑΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ, ΜΙΛΕ ΒΛΛΑΣΙ

ΠΑΤΡΑ, 2019

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η λοίμωξη από ογκογόνα στελέχη του HPV και η εκδήλωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αν και έχει μειωθεί σημαντικά την τελευταία δεκαετία στον δυτικό κόσμο, εξακολουθεί να συνιστά ένα σοβαρό πρόβλημα των ημερών μας που οι νοσηλευτές καλούνται να διαχειριστούν.

Σκοπός: Η εύρεση των νοσηλευτικών ευθυνών απέναντι στους ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και η ανάδειξη του ρόλου των νοσηλευτών στην αποτελεσματική ολιστική φροντίδα των ασθενών αυτών. Επιπλέον, η διατύπωση της νοσηλευτικής διεργασίας αναφορικά σε δύο κλινικά περιστατικά γυναικών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Υλικό και Μεθοδολογία: Ανασκόπηση των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων Pubmed, GoogleScholar για την περίοδο 2000-2019 με λέξεις-κλειδιά όπως: HPV; cervicalcancer; Nurses' role; education; Vaccination. Επίσης έγινε αναζήτηση σε επιστημονικά συγγράμματα που έχουν εκδοθεί μεταξύ των ίδιων ετών.

Αποτελέσματα: Οι νοσηλευτές έχουν πληθώρα ευθυνών στην διαχείριση ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Συγκεκριμένα έχουν ευθύνες στην αγωγή, προαγωγή υγείας, εκπαίδευση πληθυσμού και κυρίως των εφήβων αναφορικά στον HPV, το εμβόλιο έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και τις ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα ασθενών με καρκίνο του τραχήλου αλλά και κατά την ακτινοθεραπεία και την χημειοθεραπεία. Σε όλα τα στάδια της νόσου του καρκίνου επισημαίνεται η αξία της Νοσηλευτικής Διεργασίας καθώς και της υποστήριξης από τον νοσηλευτή της ασθενούς για την εξασφάλιση της σεξουαλικής και ψυχικής υγείας.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές συνιστούν αναπόσπαστο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας στην διαχείριση ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Είναι λοιπόν αδήριτη η ανάγκη καθένας από εμάς να αναλάβει τις ευθύνες του με στόχο την παροχή της βέλτιστης ποιοτικά ολιστικής φροντίδας ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος τραχήλου της μήτρας, ιός ανθρώπινων θηλωμάτων, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, πληθυσμιακός προσυμπτωματικός έλεγχος , Τεστ-Παπανικολάου

ABSTRACT

Introduction: HPV infection and cervical cancer, although it has declined significantly in the last decade in the western world, continues to be a serious problem nowadays that nurses are called upon to manage.

Purpose: To find out the nursing responsibilities of patients with cervical cancer and to highlight the role of nurses in the effective holistic care of these patients. In addition, the wording of the nursing process regarding two clinical cases of women with cervical cancer.

Material and Methodology: Overview of Pubmed, GoogleScholar online databases for 2000-2019 with keywords such as: HPV; cervicalcancer; Nurses' role; education; Vaccination. There was also a search for scientific papers published between the same years.

Results: Nurses have a wealth of responsibilities in managing cervical cancer patients. Specifically, they have responsibilities in the treatment, health promotion, education of the population, and especially of adolescents regarding HPV, cervical cancer vaccine and safe sex practices, in preoperative and postoperative care of cancer patients and in cancer patients' chemotherapy and radiotherapy. At all stages of cancer, the value of the Nursing Process as well as the nurse's support on the patient to ensure sexual and mental health are highlighted.

Conclusions: Nurses are an integral member of the interdisciplinary health team in the management of cervical cancer patients. It is therefore unthinkable that each of us needs to take responsibility for providing the best quality holistic care for patients with cervical cancer.

Keywords: cervical cancer, human papilloma virus, nursing interventions, prevention, screening, Pap-test

1. ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ανασκόπηση της ανατομίας του γενετικού συστήματος θήλεος και η ιδιαίτερη ιστολογία του τραχήλου της μήτρας.....	8
1.1 Ανατομία γενετικού συστήματος θήλεος.....	8
1.1.1 Εξωτερικά γεννητικά όργανα θήλεος.....	8
1.1.2 Εσωτερικά γεννητικά όργανα θήλεος.....	11
1.2 Ανατομία της μήτρας.....	13
1.2.1 Ανατομία του τραχήλου της μήτρας.....	14
1.2.2 Ανατομία του ισθμού και του σώματος της μήτρας.....	15
1.3 Ιστολογία της μήτρας και τραχήλου της μήτρας.....	16
1.3.1 Ιστολογία του ισθμού και του σώματος της μήτρας.....	16
1.3.2 Ιστολογία του τραχήλου της μήτρας.....	17
1.3.3 Η βλέννη που εκκρίνεται από τον τράχηλο της μήτρας.....	17
1.3.4 Η τραχηλική ζώνη μετάπτωσης.....	18
1.4 Ευπάθεια τραχήλου της μήτρας σε λοιμώξεις.....	19
1.4.1 Ορισμός τραχηλίτιδας.....	20
1.4.2 Κλινική εικόνα τραχηλίτιδας.....	20
1.4.3 Αιτιολογία τραχηλίτιδας.....	21
1.5 HPV και λοίμωξη του τραχήλου της μήτρας.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας- Σχέση με τον HPV....	24

2.1 Καρκίνος τραχήλου της μήτρας.....	24
2.1.1 Επιδημιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	24
2.1.2 Κλινική εικόνα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	25
2.2 Αιτιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	26
2.3 Ο HPV και η εκδήλωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	27
2.4 Η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	28
2.5 Η σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Επίπεδα Πρόληψης του Καρκίνου του τραχήλου της μήτρας- Νοσηλευτικές Ευθύνες.....	33
3.1 Πρόληψη και καρκίνος τραχήλου της μήτρας	33
3.2 Αγωγή Υγείας και καρκίνος τραχήλου της μήτρας.....	33
3.3 Προαγωγή Υγείας και καρκίνος τραχήλου της μήτρας.....	34
3.4 Πρωτογενής πρόληψη- Εμβολιασμός έναντι HPV στελεχών που προξενούν καρκίνο τραχήλου της μήτρας.....	35
3.5 Δευτερογενής πρόληψη- Έγκαιρη διάγνωση προκαρκινικών και καρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας.....	40
3.5.1 Το τεστ- Παπανικολάου.....	40
3.5.2 Τα αποτελέσματα του Τέστ-Παπανικολάου	42
3.5.3 Νοσηλευτικές Ευθύνες και Τέστ-Παπανικολάου.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Θεραπεία του Καρκίνου του τραχήλου της μήτρας- Νοσηλευτικές Ευθύνες.....	44
4.1 Θεραπεία του καρκίνου τραχήλου της μήτρας.....	44
4.2 Χειρουργική Θεραπεία του καρκίνου τραχήλου της μήτρας ανάλογα με το στάδιο.....	44
4.3 Ακτινοθεραπεία του καρκίνου τραχήλου της μήτρας.....	49
4.4 Χημειοθεραπεία του καρκίνου τραχήλου της μήτρας.....	50

4.5 Νοσηλευτικές Ευθύνες σχετικά με την αντιμετώπιση καρκίνου τραχήλου της μήτρας	51
4.5.1 Νοσηλευτικές Ευθύνες κατά την χειρουργική θεραπεία του καρκίνου τραχήλου της μήτρας.....	51
4.5.2 Νοσηλευτικές Ευθύνες στην ακτινοθεραπεία κατά του καρκίνου τραχήλου της μήτρας	55
4.5.3 Νοσηλευτικές Ευθύνες στην χημειοθεραπεία κατά του καρκίνου τραχήλου της μήτρας	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ψυχική και Σεξουαλική Υγεία γυναικών με Καρκίνο τραχήλου της μήτρας- Νοσηλευτικές Ευθύνες	59
5.1 Ορισμός της Ψυχικής Υγείας	59
5.2 Ορισμός της Σεξουαλικής Υγείας.....	59
5.3 Η σχέση μεταξύ σεξουαλικής υγείας και διαταραχής της ψυχικής ισορροπίας	60
5.4 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και διαταραχή της σεξουαλικής υγείας και της ψυχικής ισορροπίας της ασθενούς.....	61
5.5 Νοσηλευτικές Ευθύνες- Ψυχική και Σεξουαλική υγεία ασθενών με Καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.....	62
5.6 Νοσηλευτικές Ευθύνες- Ομάδες Υποστήριξης ασθενών με Καρκίνο του τραχήλου της μήτρας	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Νοσηλευτική Διεργασία- Ορισμός, Στάδια και Χρηστική Αξία στην Κλινική Πράξη	66
6.1 Ορισμός της Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	66
6.2 Βήματα της Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	66
6.3 Εφαρμογή των βημάτων της Νοσηλευτικής Διεργασίας στην Κλινική Πράξη	67

6.4 Η χρηστική αξία της Νοσηλευτικής Διεργασίας στην Κλινική Πράξη- Νοσηλευτική Βασισμένη σε Ενδείξεις.....	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Νοσηλευτική Διεργασία- Φροντίδα σε ασθενείς με καρκίνο τραχήλου μήτρας.....	73
7.1 Περιστατικό 1 ^ο	73
7.2 Περιστατικό 2 ^ο	79
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	82
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	83

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ανασκόπηση της ανατομίας του γενετικού συστήματος θήλεος και η ιδιαίτερη ιστολογία του τράχηλου της μήτρας

1.1 Ανατομία γενετικού συστήματος θήλεος

Το γενετικό σύστημα θήλεος είναι υπεύθυνο για την αναπαραγωγή κατά την σεξουαλικά ώριμη περίοδο ζωής της γυναίκας, δηλαδή από την έναρξη της ήβης ως και την εμμηνόπαυση. Στην γυναίκα, τα γεννητικά όργανα, ανάλογα με το εάν εντοπίζονται πάνω ή κάτω από το πυελικό διάφραγμα και την πυελική περιτονία χαρακτηρίζονται ως εσωτερικά και εξωτερικά γεννητικά όργανα αντίστοιχα (Moore, 2016; Snell, 2010).

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα περιλαμβάνουν την μήτρα, τις δύο ωοθήκες και τους 2 ωαγωγούς (σάλπιγγες) και τον κολεό (κόλπο) ενώ τα εξωτερικά γεννητικά όργανα εμπεριέχουν τον πρόδομο του κολεού, το εφήβαιο, τα μείζονα (μεγάλα) και τα ελάσσονα (μικρά) χείλη του αιδοίου, την κλειτορίδα και τους βαρθολίνιους αδένες (αδένες Bartholin) με τους παραουρηθραίους αδένες. Αξίζει σε αυτό το σημείο να γίνει μια περισσότερο εκτενής περιγραφή των γεννητικών οργάνων κατά σειρά (Moore, 2016).

1.1.1 Εξωτερικά γεννητικά όργανα θήλεος

Το αιδοίο γενικά περιγράφει τα εξωτερικά γεννητικά όργανα και περιέχει το εφήβαιο ή αλλιώς όρος της Αφροδίτης, τα μείζονα και ελάσσονα χείλη του αιδοίου, τον πρόδομο του κολεού με τους βολβούς του και τους παραουρηθραίους και βαρθολίνιους αδένες.

Πιο συγκεκριμένα, το εφήβαιο αποτελεί έπαρμα του δέρματος της κατώτερης κοιλιακής και πυελικής χώρας, ακριβώς μπροστά από την ηβική σύμφυση. Στις γυναίκες από την ήβη και έπειτα, μέσα από την δράση ορμονών από τα επινεφρίδια, το εφήβαιο παρουσιάζει χαρακτηριστικό πρότυπο τρίχωσης.

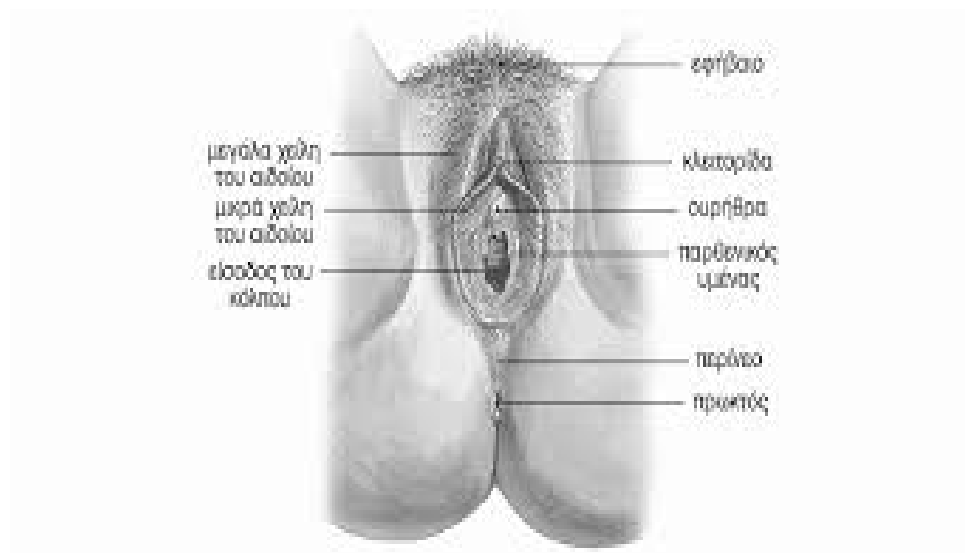
Τα μείζονα και ελάσσονα χείλη είναι δερματικές πτυχές του αιδοίου που αρχίζουν από το εφήβαιο και καταλήγουν όπισθεν στην ραφή του περινέου. Από

εμβρυολογικής προέλευσης αντιστοιχούν στο ανδρικό όσχεο. Το δέρμα στα χείλη του αιδοίου περιέχει τριχικούς θυλάκους και σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Στα δε μείζονα χείλη του αιδοίου καταλήγουν εκατέρωθεν οι στρογγυλοί σύνδεσμοι της μήτρας αλλά οι τελευταίοι δεν συμβάλλουν σημαντικά στην στήριξη της μήτρας στην ανατομική της θέση αλλά συνιστούν μια μικρή βοήθεια εξώθησης του εμβρύου κατά μήκος του γενετικού σωλήνα στον φυσιολογικό τοκετό. Τα ελάσσονα χείλη εδράζονται έσωθεν των μεγάλων χειλέων, και μπροστά σχηματίζουν την πόσθη αλλά και τον χαλινό της κλειτορίδας, ενώ οπισθίως τον χαλινό των ελάσσονων χειλέων. Στα ελάσσονα χείλη υπάρχει καλά αναπτυγμένο φλεβικό αγγειακό δίκτυο.

Έπειτα, η κλειτορίδα είναι στυτικός ιστός, αντίστοιχος στους άρρενες με το πέος και αποτελείται από σώμα και βάλανο και τα δύο σκέλη. Η ελεύθερη μοίρα της κλειτορίδας είναι η βάλανος μαζί με ένα μικρό μέρος του σώματος, ενώ τα σκέλη με το μεγαλύτερο μέρος του σώματος συνιστούν την κεκρυμμένη μοίρα. Η βάλανος της κλειτορίδας διαθέτει πολλαπλές εξειδικευμένες νευρικές απολήξεις για την σεξουαλική διέγερση.

Ο πρόδομος του κολεού εκτείνεται μεταξύ της κλειτορίδας και του χαλινού των ελάσσονων χειλέων. Στον πρόδομο, όπως λέει και το όνομά του, εκβάλλουν η ουρήθρα και ο κολεός. Στο κάτω μέρος του προδόμου υπάρχει ο σκαφοειδής βόθρος. Το κατώτερο στόμιο του κολεού, που εκβάλλει στον πρόδομο, αποφράσσεται από τον παρθενικό υμένα, ο οποίος και είναι ένα ινώδες πέταλο με ελαστικές ίνες και επαλείφεται εξωτερικά από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, σαν το δέρμα. Ανάλογα από το σχήμα και την υφή του υμένα, ο τελευταίος διακρίνεται σε μηνοειδή, δακτυλιοειδή, δίθυρο, ηθμοειδή, και κροσσωτό. Ατρησία του παρθενικού υμένα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται στα κορίτσια πριν από την έναρξη της εμμήνου ρύσεως καθότι συνοδεύεται από επιπλοκές για την υγεία. Τέλος, τα υπολείμματα του παρθενικού υμένα μετά την πρώτη συνουσία, και ιδίως όμως μετά από τοκετό, αποτελούν τα «μύρτα» (Moore, 2016; Snell, 2010).

Στον πρόδομο του κολεού ανευρίσκονται και οι βολβοί του προδόμου οι οποίοι είναι ανάλογοι με τα σηραγγώδη σώματα της ουρήθρας του άνδρα, και περιέχουν πυκνά φλεβικά δίκτυα, τα οποία προκαλούν διόγκωση των βολβών κατά την σεξουαλική επαφή. Στην παρακείμενη περιοχή εντοπίζονται και οι βαρθολίνειοι αδένες (αδένες του Bartholin). Πρόκειται για μικρού μεγέθους στρογγυλούς αδένες στα πλάγια του κατώτερου στομίου του κολεού, κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων. Οι αδένες αυτοί είναι υπεύθυνοι να εκκρίνουν βλέννα για την ύγρανση του κόλπου κατά την συνουσία. Τέλος, οι παραουρηθραίοι αδένες εκβάλλουν στο στόμιο της ουρήθρας ενώ οι μεγαλύτεροι από αυτούς τους αδένες, οι αδένες του Skene εκβάλλουν στον πρόδομο του κολεού (Moore, 2016; Snell, 2010).



Εικ 1.1.Εξωτερικά γεννητικά όργανα θήλεος
(<http://repository.library.teimes.gr/xmlui/bitstream/handle>)

1.1.2 Εσωτερικά γεννητικά όργανα θήλεος

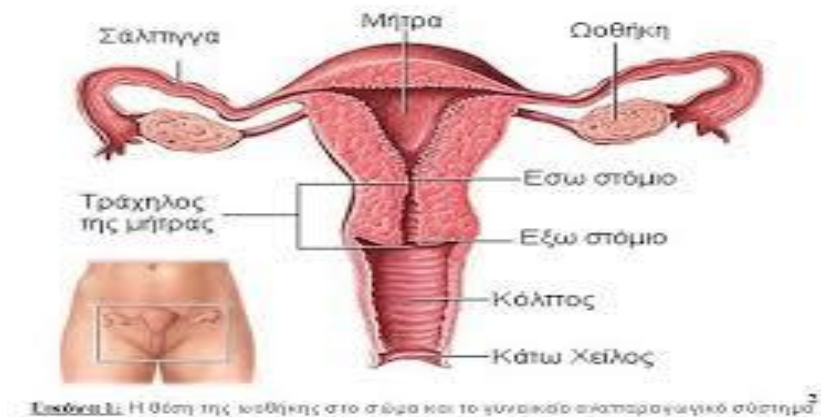
Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα ανήκουν ο κολεός, η μήτρα, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί και οι ωοθήκες. Ο ωαγωγός και η σύστοιχη ωοθήκη αποτελούν το εξάρτημα διαμέσου του οποίου πορεύεται το γονιμοποιημένο στην λήκυθο ωάριο μέχρι να εμφυτευθεί εν τέλει στο ενδομήτριο της μήτρας.

Αρχικά, ο κόλπος (κολεός) είναι ένας ινομυώδης διατατός σωλήνας, μήκους στην ενήλικη γυναίκα περίπου 8-9 cm που εκτείνεται από τον πρόδομο (κάτω στόμιο) μέχρι τον τράχηλο της μήτρας (άνω στόμιο). Είναι το όργανο της συνουσίας αλλά και ο γεννητικός σωλήνας διαμέσου του οποίου εξέρχεται το κύημα. Το τοίχωμα του κολεού καλύπτεται κατά σειρά από τέσσερις στιβάδες, οι οποίες από μέσα προς έξω είναι: α) ινώδες στρώμα, το οποίο και προέρχεται από την πυελική περιτονία που καλύπτει τον κοκκυγικό μυ και τον ανελκτήρα του πρωκτού μυ, β) μυϊκές και ελαστικές ίνες του ανελκτήρα, γ) το συνδετικό στρώμα που είναι πλούσιο σε αιμοφόρα αγγεία και τέλος δ) πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Το τοίχωμα του κολεού παρουσιάζει ριπιδωτές πτυχές για να μπορεί να διατείνεται κατά την συνουσία αλλά και τον τοκετό. Τέλος, το άνω μέρος του κολεού που περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας, σχηματίζει τον πρόσθιο, τον οπίσθιο και τους πλάγιους θόλους.

Στην συνέχεια, άνωθεν του κολεού εντοπίζεται η μήτρα που είναι είναι κοίλο μυώδες όργανο, αχλαδοειδούς σχήματος και μήκους 7-8 cm, που προέρχεται εμβρυολογικά από την συνένωση των πόρων του Müller. Η μήτρα διαθέτει ιδιαίτερα παχύ μυϊκό τοίχωμα προκειμένου να διατείνεται κατά την κύηση και να φιλοξενεί το συνεχώς αυξανόμενο σε όγκο έμβρυο. Η μήτρα, υποδιαιρείται ανατομικά στον τράχηλο, στον ισθμό και τέλος, στο σώμα της μήτρας. Φυσιολογικά, στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες το μέγεθος της μήτρας υποστρέφει, ενώ ταυτόχρονα η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου, σχεδόν εξαφανίζεται (Moore, 2016; Snell, 2010).

Ύστερα, οι ωαγωγοί (σάλπιγγες) συνιστούν δύο λεπτούς μυϊκούς αγωγούς μήκους περίπου 10-12 cm που αρχίζουν από τον πυθμένα της μήτρας και φθάνουν μέχρι τις ωοθήκες. Κάθε ωαγωγός, υποδιαιρείται ανατομικά σε τέσσερα επιμέρους τμήματα που είναι: α) το μητριαίο τμήμα, β) ο ισθμός, γ) η λήκυθος, όπου λαμβάνει χώρα η γονιμοποίηση του ωαρίου και τέλος δ) ο κώδων. Έκαστος ωαγωγός, εδράζεται στο άνω χείλος του μεσοσαλπιγγίου, το οποίο συνιστά μέρος του πλατέως συνδέσμου της μήτρας και καλύπτεται επομένως από ορογόνο χιτώνα. Εσωτερικά βέβαια, υπάρχει ο μυϊκός χιτώνας, ενώ ο αυλός καλύπτεται από μονόστιβο κροσσωτό επιθήλιο μια και τα κροσσωτά κύτταρα χρησιμεύουν στην μεταφορά των γαμετών και του γονιμοποιημένου ωαρίου (ζυγωτού), ενώ δε, τα υπάρχοντα εκκριτικά κύτταρα συμβάλλουν στην ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου στην λήκυθο. Τέλος, η διάμετρος του αυλού του ωαγωγού στον ισθμό αλλά και στο μητριαίο τμήμα είναι 5 mm περίπου, ενώ στην λήκυθο περίπου 1 cm.

Οι ωοθήκες είναι οι γεννητικοί αδένες του θήλεος, όπως είναι οι όρχεις αντιστοίχως στον άνδρα. Οι ωοθήκες εδράζονται εκατέρωθεν της μήτρας και είναι αδένες σχήματος δίκην αμυγδάλου, μήκους 3-4 cm και πάχους 1-3 cm στην σεξουαλικά ώριμη γυναίκα. Η στήριξη της ωοθήκης επιτελείται από τον κρεμαστήρα και τον ίδιο σύνδεσμο αυτής. Οι ωοθήκες από έξω προς τα έσω αποτελούνται από: α) βλαστικό επιθήλιο, το οποίο και καλύπτει την επιφάνειά της και με την σειρά του δομείται από ένα στοίχο πλατέων κυττάρων, β) την φλοιώδη μοίρα, η οποία και είναι μία λεπτή ζώνη συνδετικού ιστού (στρώμα) όπου υπάρχουν τα ωοθυλάκια σε διάφορα στάδια ανάπτυξης και τέλος γ) την μυελώδη μοίρα, η οποία ανευρίσκεται στο κέντρο της ωοθήκης και η οποία αποτελείται από συνδετικό ιστό, αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία, νεύρα και ορισμένα εμβρυικά υπολείμματα (Moore, 2016; Snell, 2010).



Εικ 1.2. Εσωτερικά γεννητικά όργανα θήλεος

(<https://pdfs.semanticscholar.org/3a51/eb2b2528382428b68e0fd6ca47aa64cb601e.pdf>)

1.2 Ανατομία της μήτρας

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σταθούμε παραπάνω στην ανατομία της μήτρας και του τραχήλου της μήτρας. Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο, αχλαδοειδούς σχήματος και μήκους 7-8 cm, που προέρχεται εμβρυολογικά από την συνένωση των πόρων του Müller. Η μήτρα, υποδιαιρείται ανατομικά στον τράχηλο, στον ισθμό και τέλος, στο σώμα της μήτρας που είναι υπεύθυνο για την φιλοξενία του κυήματος (Moore, 2016; Snell, 2010; Sadler, 2006).

Η μήτρα βρίσκεται στο κατώτερο μέρος της κοιλιακής χώρας της γυναίκας σε ενδοπευελική θέση. Το ανώτερο μέρος της μήτρας είναι το σώμα της μήτρας που φιλοξενεί το έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το κατώτερο μέρος της μήτρας ονομάζεται τράχηλος της μήτρας και είναι ένας ινομυώδης σωλήνας, που επιτρέπει την επικοινωνία μεταξύ του σώματος της μήτρας και του κολεού. Ο τράχηλος της μήτρας είναι που διαστέλλεται κατά τον τοκετό προκειμένου να επιτραπεί η έξοδος του εμβρύου διαμέσου του γεννητικού σωλήνα (Sadler, 2006). Πιο αναλυτικά ακολουθούν τα εξής.

1.2.1 Ανατομία του τραχήλου της μήτρας

Ο τράχηλος, στην ενήλικη γυναίκα έχει μήκος περί τα 2-3 cm και διακρίνεται στην α) υπερκολπική και στην β) ενδοκολπική μοίρα, η οποία όπως λέει και η λέξη προβάλλει μέσα στον κολεό της σεξουαλικά ώριμης γυναίκας, σχηματίζοντας τους θόλους. Η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο όπως είναι το επιθήλιο του κολεού, ενώ ο ενδοτραχηλικός αυλός καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο, που καταδύεται σε κρύπτες με εκκριτική δραστηριότητα. Πράγματι, ο ενδοτράχηλος παράγει κυρίως βλέννα από τους τραχηλικούς αδένες για να προφυλάσσει, ως πώμα, από την είσοδο μικροβίων το σώμα της μήτρας και τις σάλπιγγες αλλά και να ενεργοποιεί τα σπερματοζωάρια για την επίτευξη της γονιμοποίησης. Τέλος, το έξω στόμιο του τραχήλου, έχει διάμετρο 4 mm και παραμένει στρόγγυλο στις άτοκες γυναίκες, ενώ αποκτά διάμετρο 6 mm και καθίσταται εγκαρσίως ερρηγμένο στις πολυτόκες με φυσιολογικές γέννες (Moore, 2016; Smith, 2004).

Ο τράχηλος της μήτρας είναι το χαμηλότερο τμήμα της μήτρας, ένα μέρος του οποίου προβάλλει εντός του κολπικού αυλού. Ο αυλός του τραχήλου τελικά προς τα κάτω εκβάλλει στην κολπική κοιλότητα στο έξω στόμιο όπου παρατηρείται σημαντική μεταβολή του καλυπτικού επιθηλίου. Στο σημείο αυτό, έχουμε την λεγόμενη ζώνη μετάπτωσης που είναι σημείο πολλών παθολογικών αλλοιώσεων. Η εξωτερική επιφάνεια του τραχήλου που προβάλλει μέσα στον αυλό του κόλπου ονομάζεται εξωτράχηλος ενώ το τμήμα που επενδύει τον τραχηλικό αυλό είναι ο ενδοτράχηλος (Smith, 2004).

Σε όλο του το μήκος, ο τράχηλος είναι κυλινδρικός και συμμετρικός. Έχει μήκος 3 cm και διάμετρο 2-2.5 cm . Μετά όμως από εγκυμοσύνη και τοκετό μοιάζει με βαρέλι. Το στρώμα του τραχήλου αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες που εδράζονται ανάμεσα σε πλούσιο ινοκολλαγονώδη ιστό. Η αναλογία των τους ποικίλλει βάσει της ηλικίας της γυναίκας και του παράγοντα της τεκνοποίησης. Το στρώμα του τραχήλου είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο στην επίδραση των ωοθηκικών ορμονών που παράγονται σε διαφορετικές φάσεις του καταμήνιου κύκλου. Οι ορμόνες αυτές με την σειρά τους, καθιστούν περισσότερο μαλακούς τους ιστούς

του τραχήλου, μειώνοντας τον αριθμό των συνδέσεων των κολλαγόνων ινών και αυξάνοντας εν τέλει την πρόσληψη ύδατος από τη θεμέλια ουσία.

Αν και ο τράχηλος της μήτρας είναι κατά κανόνα συμπαγής και ελαστικός και ο τραχηλικός αυλός αντίστοιχα αποτελεί ένα στενό κανάλι, στο σύνολό του μπορεί να διαταθεί κάτω από ορισμένες συνθήκες. Αυτή η ιδιότητα είναι που χρησιμοποιείται στη γυναικολογία για τη λήψη δείγματος τραχηλικού βλεννογόνου για ιστολογική εξέταση για διάγνωση παθολογικών βλαβών (Moore, 2016; Smith, 2004).



Εικ 1.3. Ο τράχηλος της μήτρας μέσω κολποσκόπησης(<https://www.alamy.it/foto-immagine-illustrazione-dell'anatomia-della-cervice-il-collo-dell'utero-135545557.html>)

1.2.2 Ανατομία του ισθμού και του σώματος της μήτρας

Ο ισθμός της μήτρας αντιστοιχεί στην πιο στενή μοίρα του σώματος της τελευταίας, ενώ το σώμα της μήτρας συνιστά το κοίλο και μεγαλύτερο τμήμα της. Το άνω τμήμα του σώματος της μήτρας ονομάζεται πυθμένας, και από αυτό εκπορεύονται οι στρογγύλοι σύνδεσμοι που καταλήγουν στα μείζονα χείλη του αιδοίου όπως και προαναφέρθηκε. Γενικά, στο σώμα της μήτρας προσφύονται πολλοί σύνδεσμοι οι οποίοι αντιστοιχούν σε περιτοναϊκές πτυχές αλλά δεν συμβάλλουν τόσο στην στήριξη της, όσο ο τράχηλος της μήτρας και η βάση της μήτρας. Το σώμα της μήτρας αποτελείται από παχύ μυϊκό τοίχωμα το οποίο και

περικλείει την ενδομητρική κοιλότητα, η οποία είναι τριγωνικού σχήματος με την βάση προς τον πυθμένα (Moore K, 2016).

Οι πολυάριθμοι σύνδεσμοι της μήτρας περιλαμβάνουν τους εξής: α) στρογγύλοι σύνδεσμοι, που φέρονται από τις πλάγιες επιφάνειες του πυθμένα της μήτρας καταλήγοντας στα μεγάλα χείλη του αιδοίου, β) πλατείς σύνδεσμοι, οι οποίοι είναι περιτοναϊκές πτυχές που άρχονται από την πρόσθια και την οπίσθια επιφάνεια της μήτρας ως τα πλάγια και στο πυελικό περιτόναιο, γ) οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι, οι οποίοι και εκφύονται από το οπίσθιο κάτω τοίχωμα της μήτρας και τελικά καταφύονται στο ιερό οστό και δ) εγκάρσιοι σύνδεσμοι γνωστοί και ως σύνδεσμοι του McKenrodt, οι οποίοι εκφύονται από τις πλάγιες επιφάνειες του τραχήλου της μήτρας και τελικά προσφύονται στα τοιχώματα της πυέλου (Moore, 2016; Sadler, 2006; Smith, 2004).

1.3 Ιστολογία της μήτρας και τραχήλου της μήτρας

Η μήτρα είναι ένα όργανο με ενδιαφέρουσα ιστολογική εικόνα. Το σώμα και ο ισθός της μήτρας έχουν κοινή ιστολογία σε αντίθεση με τον τράχηλο της μήτρας (Zieher et al., 2010).

1.3.1 Ιστολογία του ισθμού και του σώματος της μήτρας

Το σώμα και ο ισθμός, ιστολογικά από έξω προς τα μέσα διαθέτουν τα εξής: α) ορογόνο χιτώνα, β) το μυομήτριο και γ) το ενδομήτριο. Το μυομήτριο δε χωρίζεται σε επιμέρους στιβάδες που είναι: α) εξωτερική, που αποτελείται από κάθετες και από εγκάρσιες λείες μυϊκές ίνες οι οποίες αρχίζουν από τον πυθμένα και φθάνουν μέχρι τον τράχηλο, β) η μέση στιβάδα είναι παχύτερη και αποτελείται από αγκυλωτές μυϊκές ίνες που φθάνουν μέχρι το έσωτραχηλικό στόμιο και τέλος, γ) την εσωτερική στιβάδα που αποτελείται από κάθετες και από αγκυλωτές ίνες. Τέλος, το ενδομήτριο αποτελείται από κυλινδρικό επιθήλιο και από το στρώμα το οποίο εμπεριέχει αδένες, τριχοειδή, αιμοφόρα αγγεία και λεμφαγγεία. Το ενδομήτριο είναι η στιβάδα της μήτρας η οποία με την επίδραση ορμονών υφίσταται πολλαπλές μεταβολές κατά την διάρκεια του κύκλου και

αποπίπτει κατά την εμμηνορροσία και να αποκατασταθεί κατά την παραγωγική φάση του καταμήνιου κύκλου (Colvin and Abdullatif, 2013).

1.3.2 Ιστολογία του τραχήλου της μήτρας

Όπως και προαναφέρθηκε ο τράχηλος υποδιαιρείται στον ενδο- και εξω-τράχηλο, των οποίων η ιστολογική εικόνα διαφέρει σημαντικά. Αρχικά, ο εξωτράχηλος καλύπτεται από μη κερατινοποιημένο πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, όπως και ο κολεός, μια και συνέχεται με το επιθήλιο των κολπικών θόλων. Το επιθήλιο του εξωτραχήλου, όπως και αυτό που καλύπτει τον κολεό είναι πλούσιο σε γλυκογόνο κατά την περίοδο της αναπαραγωγικής ηλικίας και υφίσταται συνεχώς κυκλικές αλλαγές, στη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου υπό την επίδραση των ωοθηκικών ορμονών, δηλαδή των οιστρογόνων και της προγεστερόνης (Colvin and Abdullatif, 2013).

Αντίθετα, ο ενδοτραχηλικός σωλήνας καλύπτεται από μονόστιβο κυλινδρικό βλεννο-εκκριτικό επιθήλιο. Πιο συγκεκριμένα, σε επιμήκεις ή εγκάρσιες ιστολογικές τομές του ενδοτραχήλου δίνουν την εικόνα ύπαρξης αδενικών δομών, δηλαδή ενδοτραχηλικών βλεννωδών αδένων. Οι αδένες του ενδοτραχήλου φέρουν μεταξύ των βλεννο-εκκριτικών κυλινδρικών κυττάρων διάσπαρτα κροσσωτά κυλινδρικά κύτταρα που περιβάλλονται από στρώμα ινοκολλαγόνωδους ιστού αλλά και λείο μυϊκό ιστό, πλούσιο σε αγγεία. Τα κροσσωτά κύτταρα του ενδοτραχήλου χρησιμεύουν στην μεταφορά της τραχηλικής βλέννας προς τον κολεό. Τα επιθηλιακά αυτά κύτταρα φέρουν λεπτές μικρολάχνες που είναι ορατές μόνο σε εξέταση με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο (Colvin and Abdullatif, 2013; Lemaine and Simmons, 2013).

1.3.3 Η βλέννη που εκκρίνεται από τον τράχηλο της μήτρας

Η τραχηλική βλέννα εκκρίνεται από τους αδένες του τραχήλου κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής και συνεισφέρει άμεσα στη λίπανση του κολεού ενώ συγχρόνως εμποδίζει την είσοδο βακτηριδίων στην ενδομητρική κοιλότητα. Πριν από την εφηβεία, όπως και μετά την εμμηνόπαυση, το ποσό της τραχηλικής

βλέννας είναι ελάχιστο. Ο λόγος είναι ότι η εκκριτική δραστηριότητα των ενδοτραχηλικών αδένων ρυθμίζεται από τα παραγώμενα οιστρογόνα και είναι μέγιστη κατά την ωορρηξία. Κατά τη διάρκεια δε του έμμηνου κύκλου, οι φυσικοχημικές ιδιότητες της τραχηλικής βλέννας υφίστανται ανάλογες σημαντικές αλλαγές (Champer et al., 2018).

Πιο αναλυτικά, στην ωορρηξία η τραχηλική βλέννα είναι άφθονη, λεπτόρρευση και υδαρής με αλκαλικό pH. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά διευκολύνουν την μετακίνηση των σπερματοζωαρίων. Η βλέννη αποτελείται από ένα δίκτυο μορίων γλυκοπρωτεΐνης, του οποίου οι ενδιάμεσοι χώροι καταλαμβάνονται από υγρό πλούσιο σε ιόντα Na⁺, K⁺, και Cl⁻. Η μεγάλη αυτή συγκέντρωση των ιόντων είναι υπεύθυνη για την ικανότητα κρυστάλλωσης της βλέννας στο μικροσκόπιο, η οποία στη φάση της ωορρηξίας δίνει την εικόνα «πολύκλαδης φτέρης». Μετά όμως από την ωορρηξία η βλέννα ελαττώνεται, γίνεται ιξώδης και αποκτά όξινο pH για να εμποδίζει τη είσοδο των σπερματοζωαρίων, σφραγίζοντας έτσι τη μήτρα, η οποία προετοιμάζεται για την πιθανή εμφύτευση του ωαρίου (Colvin and Abdullatif, 2013; Lemaine and Simmons, 2013; Champer et al., 2018).

1.3.4 Η τραχηλική ζώνη μετάπτωσης

Η τραχηλική ζώνη μετάπτωσης αντιστοιχεί στο σημείο της πλακώδους-κυλινδρικής συμβολής του τραχήλου, το σημείο δηλαδή, όπου το κυλινδρικό επιθήλιο του ενδοτραχήλου συναντά το πλακώδες επιθήλιο του εξωτραχήλου. Αυτή η περιοχή του τραχηλικού επιθηλίου συνιστά την πιο πιθανή θέση ανάπτυξης διαφόρων παθολογικών αλλοιώσεων (Colvin and Abdullatif, 2013; Lemaine and Simmons, 2013; Champer et al., 2018).

Στο έμβρυο, η συμβολή του πλακώδους και του κυλινδρικού επιθηλίου βρίσκεται αρχικά στην περιοχή του έξω στομίου, αλλά η ακριβής θέση της κατά τη γέννηση φαίνεται ότι επηρεάζεται από την ενδομήτρια δράση των ορμονών της μήτρας της μητέρας. Κατά την εφηβεία ωστόσο, η ορμονική επίδραση επινεφριδιακών ορμονών προκαλεί την «μετατόπιση» του κυλινδρικού επιθηλίου προς τον εξωτράχηλο, με αποτέλεσμα το σχηματισμό της τραχηλικής διάβρωσης, γεγονός,

το οποίο και ενισχύεται από την πρώτη εγκυμοσύνη, ειδικά όταν αυτή συμβαίνει λίγο μετά την εμμηναρχή. Πριν από την ήβη, το pH του κολεού και του τραχήλου είναι αλκαλικό, αλλά στη συνέχεια η βακτηριακή διάσπαση του γλυκογόνου του κολπικού και του τραχηλικού πλακώδους επιθηλίου δημιουργεί ένα όξινο περιβάλλον με pH κοντά στην τιμή 3 (Lemaine and Simmons, 2013; Champet et al., 2018).

Αυτή η έκθεση του ευαίσθητου κυλινδρικού τραχηλικού επιθηλίου στο μετεφηβικό όξινο περιβάλλον του κολεού επάγει περαιτέρω την πλακώδη μεταπλασία και τη δημιουργία της ζώνης μετάπτωσης (αντί του σημείου συμβολής ενδο- και εξω-τραχήλου) (Champet et al., 2018).

Για αυτόν τον λόγο, η συμβολή των δύο μοιρών στις γυναίκες μπορεί να έχει ποικίλο μέγεθος. Η θέση της όμως είναι πάντα κοντά στο έξω στόμιο. Στις μεγαλύτερες γυναίκες είναι πιθανό το σημείο συμβολής να εδράζεται μέσα στον ενδοτραχηλικό σωλήνα. Η ζώνη μετάπτωσης στον τράχηλο, αποτελείται από πλακώδες επιθήλιο το οποίο εντοπίζεται στην περιοχή, ενώ πριν υπήρχε κυλινδρικό επιθήλιο. Κάτω από τη ζώνη μετάπτωσης το στρώμα του τραχήλου συχνά διηθείται από λευκοκύτταρα, τα οποία και είναι τμήμα του αμυντικού μηχανισμού έναντι της εισβολής μικροοργανισμών στο γεννητικό σύστημα διαμέσου του κολεού.

Τέλος, η ζώνη μετάπτωσης είναι δυνατόν να μελετηθεί με τη λήψη δείγματος κυττάρων από την επιφάνειά της, την επίστρωσή τους σε πλάκα και τη χρώση τους με τη μέθοδο κατά Παπανικολάου (τραχηλικό επίχρισμα ή Pap test) από κυτταρολόγο (Champet et al., 2018; Mitra et al., 2016).

1.4 Ευπάθεια τραχήλου της μήτρας σε λοιμώξεις

Ο τράχηλος της μήτρας δεδομένου ότι συνιστά το ανώτερο στόμιο του κολεού δύναται να προσβληθεί από λοιμώξεις με ανιούσα πορεία οι οποίες σχετίζονται με την σεξουαλική επαφή. Πράγματι, όταν μια σεξουαλικά δραστήρια γυναίκα έρχεται σε επαφή δίχως την χρήση προφυλακτικού, κινδυνεύει να «κολλήσει» από τον σύντροφο της διάφορα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τα οποία

δεν εγκαθίστανται απλά στον κολεό αλλά ακολουθούν ανοδική πορεία προς την μήτρα και τα εξαρτήματα και που μπορεί να έχουν βαρύτατες συνέπειες για την γυναίκα. Ο λόγος κυρίως γίνεται για χλαμύδια, βλεννόρροια, τριχομονάδα, ερπητοϊούς (HSV) και τους ιούς των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV) (Mitra et al., 2016). Η λοίμωξη και η φλεγμονή του τραχήλου είναι γνωστή ως τραχηλίτιδα (Champer et al., 2018; Mitra et al., 2016).

1.4.1 Ορισμός τραχηλίτιδας

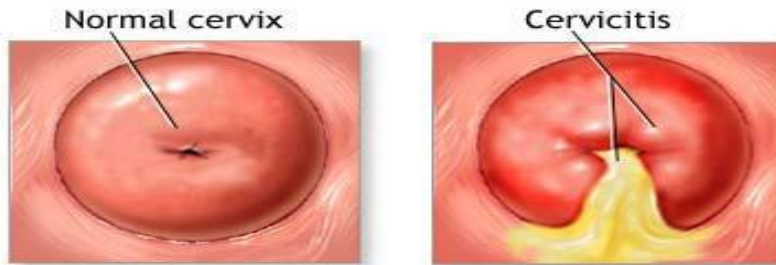
Με τον όρο τραχηλίτιδα αναφερόμαστε στη φλεγμονή του τραχήλου της μήτρας. Στην συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων, η τραχηλίτιδα οφείλεται σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, δηλαδή σε μικρόβια που μεταδίδονται μέσω της συνουσίας, αλλά και σε άλλου τύπου μολύνσεις, όπως ερεθισμούς ή αλλεργίες που παρουσιάζει η γυναίκα. Η τραχηλίτιδα αποτελεί μια σχετικά συχνή νόσος, μια και παραπάνω από τις μισές γυναίκες του θα εμφανίσουν τραχηλίτιδα σε κάποια φάση της ζωής τους (Mitra et al., 2016).

1.4.2 Κλινική εικόνα τραχηλίτιδας

Τα συμπτώματα της τραχηλίτιδας δεν είναι ειδικά μια και περιλαμβάνουν: α) κολπικές εκκρίσεις, β) κνησμό, γ) πόνος κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, δ) ανώμαλη κολπική αιμόρροια είτε μια αίσθηση δυσφορίας ή βάρους στην πύελο. Αν η τραχηλίτιδα εξελιχθεί σε φλεγμονώδη νόσο της πυέλου, θα εμφανιστεί και σαν συνοδό σύμπτωμα, πυρετός, έντονος πόνος χαμηλά στην κοιλιά αλλά και πυώδεις, δύσοσμες εκκρίσεις από τον κολεό.

Συχνά συμπτώματα της τραχηλίτιδας είναι: α) ο πόνος κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, β) πυελικό άλγος, γ) αιμόρροια, δ) άφθονες κολπικές εκκρίσεις και ε) κνησμός στον κολεό (Mitra et al., 2016).

Cervicitis symptoms include a red and inflamed cervix with an unusual discharge



ADAM.

Εικ 1.5. Κλινική εικόνα τραχηλίτιδας (<https://terzakis-obgyn.gr>)

1.4.3 Αιτιολογία τραχηλίτιδας

Κύριο αίτιο της τραχηλίτιδας είναι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως είναι τα χλαμύδια, η γονόρροια (βλεννόρροια), οι τριχομονάδες αλλά και ιογενείς φλεγμονές όπως ο έρπης και φυσικά ο ιός των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (HPV). Ωστόσο, μια τραχηλίτιδα ενδέχεται και να οφείλεται σε μολύνσεις από εξάπλωση των βακτηρίων που συνήθως βρίσκονται στην πρωκτογεννητική περιοχή, στα πλαίσια μιας βακτηριδιακής κολπίτιδας και συνεπακόλουθης τραχηλίτιδας .

Τραχηλίτιδα βέβαια, μπορεί να προκαλέσουν και μη λοιμογόνα αίτια, όπως κάποιος ερεθισμός ή αλλεργία (αρκετά συχνά στο latex). Μια χρόνια και παραμελημένη τραχηλίτιδα μπορεί να διατηρείται και να επιδεινώνεται από ερεθισμούς που οφείλονται σε κολπικά ενθέματα, όπως το διάφραγμα, ή το ένθεμα υποστήριξης της μήτρας (πεσσός), αλλά και σε χημικά προϊόντα, όπως σπερματοκτόνα και λιπαντικά. Το λατέξ δε των προφυλακτικών είναι μια αρκετά συχνή αιτία χρόνιας τραχηλίτιδας που οφείλεται σε αλλεργική αντίδραση και συσσώρευση ηωσινόφιλων και IgE στην περιοχή (Mitra et al., 2016).

1.5 HPV και λοίμωξη του τραχήλου της μήτρας

Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενοι ιοί των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV) φαίνεται να εισέρχονται στον γυναικείο οργανισμό από μικροτραυματισμούς είτε στο δέρμα, είτε και στους βλεννογόνους του κατώτερου γεννητικού συστήματος και στην συνέχεια αρχίζουν να πολλαπλασιάζονται μέσα στα κύτταρα του επιθηλίου και τελικά δημιουργούν εστίες ενεργού λοίμωξης (Mitra et al., 2016).

Στην συνέχεια, εάν το ανοσοποιητικό σύστημα του θήλεος δεν μπορεί να αντιροπήσει την λοιμογόνο εισβολή, η λοίμωξη από τον ιό HPV εξαπλώνεται μέσα σε διάστημα λίγων μηνών τόσο στο δέρμα όσο και στους βλεννογόνους του κατώτερου γεννητικού συστήματος. Στη γυναίκα, οι αλλοιώσεις από την λοίμωξη, ανευρίσκονται κυρίως στον τράχηλο της μήτρας, αλλά και στον κολεό, στο αιδοίο, στην ευρύτερη περιοχή του περινέου και στην περιπρωκτική χώρα (Mitra et al., 2016; Branca et al., 2004).

Η φάση αυτή της λοίμωξης, χαρακτηρίζεται ως η φάση της ενεργού λοίμωξης η οποία και διαρκεί περίπου 3- 6 μήνες. Στη διάρκειά της ενεργού λοίμωξης, μπορεί να εμφανιστούν αλλοιώσεις στις προαναφερθείσες περιοχές. Στην συνέχεια, ακολουθεί η φάση της εξισορρόπησης του ιικού φορτίου από το ανοσοποιητικό σύστημα. Σε αυτό το στάδιο, οι αλλοιώσεις σε ορισμένους ασθενείς υποχωρούν χωρίς θεραπεία, επειδή το ανοσοποιητικό σύστημα κατορθώνει να εξουδετερώσει μόνο του τον ιό (Fu et al., 2015).

Μετά και από την φάση εξισορρόπησης, στο μεγαλύτερο ποσοστό των μολυσμένων ατόμων έχουμε μόνιμη υποχώρηση των αλλοιώσεων. Οι αλλοιώσεις που οφείλονται σε μη ογκογόνα στελέχη του HPV υποχωρούν αρκετά πιο γρήγορα. Σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών ωστόσο διατηρείται υποτροπιάζουσα νόσος. Σε αυτήν την κατηγορία ασθενών, εάν έχει γίνει μόλυνση από στέλεχος HPV υψηλού κινδύνου, είναι πιθανό να αναπτυχθούν προκαρκινικές αλλοιώσεις (δυσπλασία) και φυσικά καρκίνος στο μέλλον, λόγω κάποιας αδυναμίας στο ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου (Branca et al., 2004).

Ο κίνδυνος για κακοήθη εξαλλαγή της αρχικής δυσπλασίας που υπάρχει στις περιπτώσεις αυτές, αυξάνεται με την ηλικία, μια και αποδυναμώνονται οι προστατευτικοί οργανισμοί και συσσωρεύονται μεταλλάξεις. Το παρόν ερμηνεύει και γιατί ανιχνεύονται αλλοιώσεις απλής λοίμωξης σε γυναίκες μικρότερης ηλικίας των 20 ετών, ενώ η πλειοψηφία των προκαρκινικών αλλοιώσεων ανευρίσκονται σε γυναίκες ηλικίας 21-30 ετών και οι περισσότεροι καρκίνοι εντοπίζονται μετά την ηλικία των 30 ετών (Branca et al., 2004; Fu et al., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας- Σχέση με τον HPV

2.1 Καρκίνος τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας συνιστά την ανάπτυξη κακοήθειας προερχόμενης από τα τραχηλικά κύτταρα. Υπό φυσιολογικές συνθήκες, τα κύτταρα του τραχήλου αναπτύσσονται, διαιρούνται και πολλαπλασιάζονται για να δημιουργήσουν νέα κύτταρα για τις ανάγκες του γυναικείου οργανισμού. Όταν όμως παρατηρείται ανεξέλεγκτος κυτταρικός πολλαπλασιασμός και παθολογική συσσώρευση τραχηλικών κυττάρων που διηθούν την βασική μεμβράνη του επιθηλίου, τότε πια γίνεται λόγος για κακοήγη νεοπλασία του τραχήλου ή λιγότερο δόκιμα, καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Fu et al., 2015).



Εικ 2.1. Καρκίνος τραχήλου μήτρας σε διαφορετικά στάδια διήθησης (
<http://skartadosnikolaos.gr/gynaikologia/pathiseis-traxiloy-tis-mitras/>)

2.1.1 Επιδημιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας συνιστά τον δεύτερο περισσότερο συχνό καρκίνο των γυναικών σε παγκόσμια κλίμακα. Το 80% των περιπτώσεων των γυναικών παγκοσμίως εντοπίζεται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Από την άλλη, στις δυτικές κοινωνίες όπως στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη, είναι η όγδοη πιο συχνή κακοήθεια στον πληθυσμό. Αυτή η σημαντική επιδημιολογική διαφορά οφείλεται αποκλειστικά στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου με την εφαρμογή του τεστ Παπανικολάου, και συνεπακόλουθα στην έγκαιρη θεραπεία της νόσου. Στην

χώρα μας συγκεκριμένα, κάθε χρόνο, διαγιγνώσκονται κατά μέσο όρο 700 νέα περιστατικά καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ περίπου 300 γυναίκες τελικά χάνουν τη ζωή τους εξαιτίας της νόσου αυτής (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013).

Πράγματι, με την ευρεία, ετήσια εφαρμογή του τεστ-Παπανικολάου στον δυτικό κόσμο, στα πλαίσια του τυπικού γυναικολογικού ελέγχου, οι θάνατοι από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μειώθηκαν κατά ποσοστό 75% μέσα στα τελευταία 50 χρόνια. Επιπλέον, στην Ευρωπαϊκή Ένωση, τα στοιχεία του 2004 καταδεικνύουν 34000 νέα περιστατικά καρκίνου, αλλά 16000 θανάτους γυναικών από την νόσο (Haoran et al., 2016; ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013).

Τέλος, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προσβάλλει κυρίως γυναίκες 40 με 50 ετών, αν και ο ανεπαρκής και μη επιμελής ετήσιος γυναικολογικός έλεγχος συνεπάγεται πολλές φορές την εκδήλωση της νόσου και σε αρκετά νεότερες γυναίκες (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013). Στο 90 % των περιπτώσεων της νόσου πρόκειται για πλακώδες καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας, ενώ σε ποσοστό μόλις 10% πρόκειται για αδenoκαρκίνωμα. Το εντυπωσιακό είναι ότι το 99% των περιπτώσεων κακοήθειας οφείλεται σε παραμελημένη γυναικολογική βλάβη και εγκατάσταση δυσπλασίας και *in situ* αρχικά καρκινώματος στον τράχηλο της μήτρας της ασθενούς (Haoran et al., 2016; Fu et al., 2015).

2.1.2 Κλινική εικόνα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας συνιστά τον δεύτερο πιο συχνό κακοήθες νεόπλασμα στις γυναίκες του δυτικού κόσμου, αμέσως μετά από τον καρκίνο του μαστού. Η κλινική εικόνα της νόσου δεν έχει παθογνωμονικά συμπτώματα που να συμβάλλουν άμεσα στον καθορισμό της διάγνωσης.

Τα συμπτώματα της νόσου συγκεκριμένα περιλαμβάνουν τα εξής: α) αιμορραγία από τον κολεό στο ήμισυ κάθε καταμήνιου κύκλου, κατόπιν σεξουαλικής επαφής, πλύσης ή γυναικολογικής εξέτασης, β) παρατεταμένη περίοδος, γ) αυξημένες και συνεχείς κολπικές εκκρίσεις, δ) πυελικό άλγος και ε) άλγος κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής και στ) σταγονοειδής αιμορραγία κατά την σεξουαλική επαφή (Pimple et al., 2016). Αν βέβαια, η νόσος βρίσκεται σε

προχωρημένο στάδιο και επεκταθεί σημαντικά μπορεί να εκδηλωθεί συρίγγιο μεταξύ του τραχήλου της μήτρας και της ουροδόχου κύστεως, ή μεταξύ του τραχήλου και του ορθού οπισθίως ή και να προκύψουν λεμφαδενικές διογκώσεις στην πύελο και την βουβωνική χώρα λόγω διήθησης των επιχώριων λεμφαδένων (Κρεατσάς, 2009).

Κατά την κολποσκόπηση δε, που ο γυναικολόγος έχει την δυνατότητα να δει την μακροσκοπική εικόνα του τραχήλου της μήτρας, σε αρκετές περιπτώσεις, ο κακοήθης όγκος είναι άμεσα ορατός. Η εικόνα του είναι ως εξωφυτικός ανθοκραμβοειδής όγκος ή έχει την μορφή έλκους. Τέλος, όταν αναπτύσσεται κατά μήκος του ενδοτραχηλικού σωλήνα, ο τράχηλος μπορεί να έχει μορφή δίκην βαρελιού και το κακοήθες νεόπλασμα να είναι έντονα ψηλαφητό κατά την δακτυλική εξέταση από το ορθό (Κρεατσάς, 2009; Monk and Herzog, 2007).

2.2 Αιτιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας παρουσιάζει ένα ευρύ φάσμα αιτιολογικών παραγόντων, με κύριο ωστόσο αιτιολογικό παράγοντα, την προηγούμενη λοίμωξη από ογκογόνο στέλεχος του ιού HPV (ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων). Πράγματι, η λοίμωξη από τον ιό κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής επιτρέπει τη μετάδοση του ιού ακόμη και στις περιπτώσεις που χρησιμοποιείται προφυλακτικό, καθώς στους φορείς υπάρχουν περιοχές προσβεβλημένες από τον ιό που δεν καλύπτονται από το προφυλακτικό που χρησιμοποιείται από τον σύντροφο (Pimple et al., 2016).

Με άλλα λόγια, σήμερα πιστεύεται ότι ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας για την εκδήλωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι η επίμονη και παραμελημένη λοίμωξη από ογκογόνα στελέχη του HPV, οι οποίοι είναι και σχεδόν πάντα παρόντες στο επιθήλιο του τραχήλου όταν τίθεται η διάγνωση του καρκίνου στην ασθενή. Οι τύποι (στελέχη) 16 και 18 είναι οι πιο συχνοί και είναι υπεύθυνοι για το 70% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Για την τελική εκδήλωση της νόσου ωστόσο χρειάζεται και η συνεργασία κι άλλων παραγόντων προδιάθεσης (Κρεατσάς, 2009).

Στο μεταξύ, προδιαθεσικοί παράγοντες για την εκδήλωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συνιστούν τα εξής: α) εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων, β) πρώιμη έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας, γ) πολυτοκία, δ) ανίχνευση προκαρκινικών αλλοιώσεων CIN I, CIN II, CIN III στο τεστ PAP, ε) το κάπνισμα, στ) διατροφή φτωχή σε βιταμίνες A και B, ζ) η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων από την ασθενή, η) ανοσοκαταστολή και θ) συννοσηρότητα από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Mitra et al., 2016; Κρεατσάς, 2009).

Από το σύνολο των γυναικών που μολύνονται από τον ιό HPV, ένα μικρό ποσοστό θα αναπτύξει τελικά καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ανάλογα και με τους συμμετέχοντες προδιαθεσικούς παράγοντες. Το σημείο από το οποίο αρχίζει η κακοήθης υπερπλασία είναι συνηθέστερα η ζώνη μετάπτωσης μεταξύ του ενδοτραχήλου και του εξωτραχήλου (Branca et al., 2004).

2.3 Ο HPV και η εκδήλωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας σχετίζεται σχεδόν πάντοτε με λοίμωξη από ογκογόνο στέλεχος του HPV. Τα στελέχη του HPV (Human Papilloma Viruses – Ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων) αποτελούν μια μεγάλη οικογένεια DNA-ιών οι οποίοι προσβάλλουν τόσο γυναίκες όσο και άνδρες ασθενείς. Στις μέρες μας, έχουν εντοπιστεί 100 διαφορετικοί γονότυποι και άρα στελέχη HPV. Τα στελέχη αυτά ταξινομούνται με αριθμούς με βάση τις γονιδιωματικές τους διαφορές (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013). Από αυτούς δεν είναι όλοι ογκογόνοι και χαρακτηρίζονται ως «χαμηλού κινδύνου» στελέχη.

Οι HPV «χαμηλού κινδύνου» είναι οι 6, 11, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72 και 81 οι οποίοι προκαλούν κατά κανόνα καλοήθεις αλλοιώσεις, όπως οξυτενή κονδυλώματα στον τράχηλο της ασθενούς ή και σε εξωτερικά γεννητικά όργανα. Στην χώρα μας, πιο συχνά είναι υπεύθυνα τα στελέχη 6 και 11 του ιού HPV. Σε αντίθεση, τα στελέχη HPV «υψηλού κινδύνου» είναι τα 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 και 82 υπό κατάλληλες συνθήκες δύνανται να προκαλέσουν καρκίνους σε διάφορα όργανα που πέρα από τον τράχηλο της

μήτρας είναι ο κολεός, το αιδοίο, ο πρωκτός, το πέος στους άρρενες και τέλος ο στοματοφάρυγγας (Μορτάκης, 2016).

Οι καλοήθειες αρχικά αλλοιώσεις εντοπίζονται συνήθως μέσα στο πρώτο εξάμηνο από την μόλυνση. Το παρόν τεκμηριώνεται από μελέτες σε περιπτώσεις εμφανών οξυτενών κονδυλωμάτων σε ασθενείς. Υπάρχουν ωστόσο και λίγες περιπτώσεις στις οποίες οι κονδυλωματώδεις αλλοιώσεις εμφανίζονται πολύ αργότερα. Σε αυτήν την καθυστέρηση, φαίνεται να παίζει ρόλο το γεγονός ότι το ανοσοποιητικό σύστημα κατέστειλε αρχικά τα στελέχη HPV που μόλυναν τα παρακείμενα κύτταρα του ιστού αλλά μετά, σε κάποια χρονική στιγμή, άρχισε να φουντώνει η φλεγμονή στα επιθήλια και να εμφανίζονται αλλοιώσεις (Μορτάκης, 2016; Κρεατσάς, 2009).

Επιπλέον, μια ομάδα από στελέχη του HPV (περίπου 40 στελέχη), τα οποία και ονομάζονται γεννητικοί τύποι, παρουσιάζουν ιδιαίτερο κλινικό ενδιαφέρον μια και αποδείχθηκε, ότι δεν προκαλούν μόνο θηλώματα αλλά και δυσπλασίες, δηλαδή προκαρκινικές αλλοιώσεις και τελικά καρκίνους σε διάφορα όργανα και ιστούς. Οι γεννητικοί τύποι των HPV μεταδίδονται κατά κύριο λόγο με την σεξουαλική επαφή. Αυτή η ομάδα στελεχών του ιού έχει τεκμηριωθεί ότι προσβάλλει πιο συχνά όργανα του κατώτερου γεννητικού συστήματος, της περιοχής γύρω από τον πρωκτό και σπανιότερα της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα και του λάρυγγα (Μορτάκης, 2016; Pimple et al., 2016; Fu et al., 2015).

2.4 Η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μια νόσος που αν διαγνωσθεί έγκαιρα δύναται να αντιμετωπισθεί και γενικά στα δύο πρώτα στάδια, παρουσιάζει υψηλό προσδόκιμο πενταετούς και δεκαετούς επιβίωσης (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013).

Η διάγνωση της νόσου προϋποθέτει την λήψη ιστοτεμαχίου και την ιστολογική του εξέταση από παθολογοανατόμο. Στις αρχόμενες περιπτώσεις της νόσου, όπου έχει ανιχνευθεί κάποια δυσπλασία με τέστ-Παπανικολάου, η κατάλληλη για την λήψη βιοψίας περιοχή δεν φαίνεται άμεσα με την εξέταση, αλλά, αντίθετα, απαιτείται κολποσκοπικός έλεγχος για την εντόπιση της και την λήψη κατευθυνόμενης βιοψίας, ή ακόμη και η εξαίρεση όλης της ζώνης μετάπτωσης του τραχήλου. Αν τέλος η νόσος αναπτύσσεται στον ενδοτράχηλο, η λήψη του

ιστού γίνεται με απόξεση. Αν ο όγκος είναι εμφανής, αρκεί η λήψη τεμαχιδίου με ειδική λαβίδα βιοψίας προκειμένου να τεθεί η τελική διάγνωση (Κρεατσάς, 2009).

2.5 Η σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μια νόσος που σε αντίθεση με τα άλλα είδη γυναικολογικού καρκίνου, σταδιοποιείται κλινικά. Το παρόν οφείλεται στο ότι η πλειονότητα των ασθενών με την νόσο αυτήν αντιμετωπίζονται και θεραπεύονται απλά με ακτινοβόληση του όγκου (Κρεατσάς, 2009).

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά την FIGO είναι κλινική και βασίζεται απαραίτητα σε (Fu et al., 2015):

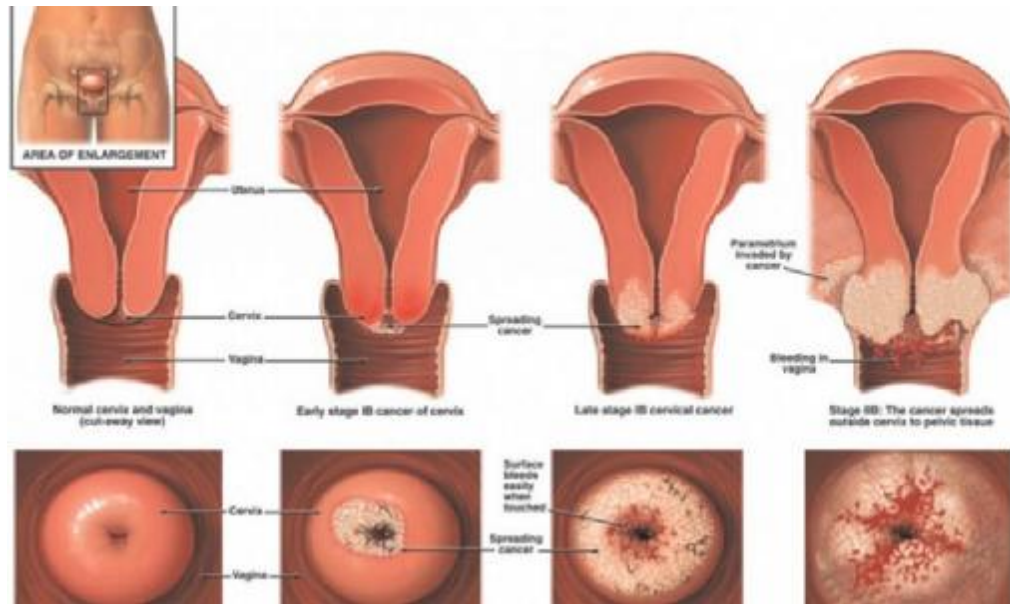
- Κλινική εξέταση, η οποία και περιλαμβάνει λεπτομερή φυσική εξέταση της κοιλιάς, της πυέλου, ορθοκολπική δακτυλική εξέταση και ψηλάφηση για τυχόν διογκωμένους λεμφαδένες
- Κολποσκόπηση για άμεση επισκόπηση και έλεγχο του κολπικού τοιχώματος
- Ακτινογραφία θώρακος για εντόπιση τυχόν μεταστάσεων
- Κυστεοσκόπηση
- Ορθοσκόπηση
- Βαριούχο υποκλυσμό σε περιπτώσεις που ενέχεται προσβολή του παχέος εντέρου
- Ενδοφλέβια πυελογραφία
- Εξέταση υπό νάρκωση

Επιπρόσθετα, σε περίπτωση που είναι διαθέσιμες τεχνικές όπως: α) η μαγνητική τομογραφία ή/ και β) το PET scanning τότε η εξέταση υπό νάρκωση μπορεί να παραληφθεί. Οι απεικονιστικές αυτές εξετάσεις, καθώς και η αξονική τομογραφία δεν συμπεριλαμβάνονται στην κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου κατά την FIGO, αλλά η αξιοποίηση των πληροφοριών που συμβάλλει στον

καλύτερο σχεδιασμό της ολιστικής και εξατομικευμένης θεραπείας (Fu et al., 2015).

Πιο συγκεκριμένα, η αξονική τομογραφία (CT) επιτρέπει την ανάδειξη και την εκτίμηση του μεγέθους τυχόν διογκωμένων λεμφαδένων, αλλά και την εντόπιση ουρητηρικής απόφραξης σε περίπτωση διήθησης παρακείμενων οργάνων από τα καρκινικά κύτταρα. Από την άλλη, η μαγνητική τομογραφία (MRI) επιτρέπει την απεικόνιση της ανατομίας της πυέλου, την εκτίμηση του μεγέθους όγκου, του βάθους διήθησης στον ιστό, της τυχόν επέκτασης στα παραμήτρια, διήθησης της ουροδόχου κύστης ή ενδεχόμενα του ορθού. Τέλος, η PET scan είναι μια απεικονιστική μέθοδος που χρησιμοποιείται για την ανίχνευση των λεμφαδενικών μεταστάσεων σε σχέση με την αξονική και την μαγνητική τομογραφία (Monk and Herzog, 2007).

Δεδομένων των παραπάνω προκύπτει το εξής σύστημα σταδιοποίησης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας το οποίο και απεικονίζεται παραστατικά βάσει των ευρημάτων της κολποσκόπησης στην αμέσως επόμενη εικόνα (εικόνα 2.4.). Στην παρούσα εικόνα αναδεικνύονται οι σχετικές της νόσου και των εκάστοτε σταδίων αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας και των παρακείμενων ιστών.



Εικ 2.4. Στάδια εξέλιξης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας
<https://omegalive.com.cy/arxizei-to-programma-enarkshs-plhthysmiakoy-programmatos-prolhpshtoy-karkinoy-ths-mhtras>

Η σταδιοποίηση της FIGO, ήδη από το 1994 ως και σήμερα ορίζει ότι είναι τα στάδια:

A) **Στάδιο 0:** καρκίνος in situ ή βαριά δυσπλασία.

B) **Στάδιο I:** ο καρκίνος εντοπίζεται στον τράχηλο της μήτρας.

IA: μόνο ιστολογική διάγνωση, όχι ορατός καρκίνος.

IB: ορατά κλινική νόσος εντοπισμένη στον τράχηλο ή προκλινική και με βαθύτερη διήθηση από το στάδιο IA.

Γ) **Στάδιο II:** ο καρκίνος διηθεί και ιστούς που εντοπίζονται εκτός μήτρας αλλά δεν φτάνει στο κάτω 1/3 του κολεού ή στα πυελικά τοιχώματα.

Δ) **Στάδιο III:** ο καρκίνος διηθεί το κάτω 1/3 του κολεού ή τα πυελικά τοιχώματα ή υπάρχει υδρονέφρωση.

Ε) **Στάδιο IV:** ο καρκίνος έχει επεκταθεί εκτός της πυέλου και διηθεί τον βλεννογόνο της ουροδόχου κύστης ή του ορθού (Κρεατσάς ΓΚ, 2009).

Ανάλογα με το στάδιο της νόσου στο οποίο και βρίσκεται η ασθενής καθορίζεται η κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει χειρουργική θεραπεία, ριζική ακτινοθεραπεία ή και χημειοθεραπεία με τα κατάλληλα για την περίπτωση φαρμακευτικά σκευάσματα. Εντούτοις, είναι παραπάνω από σαφές ότι η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη (Κρεατσάς, 2009).

Η πρόληψη συνίσταται αρχικά στην εκπαίδευση του πληθυσμού για τον HPV και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, δηλαδή στην αγωγή υγείας. Στο παρόν διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο οι νοσηλευτές και ακόμη περισσότερο οι νοσηλευτές των Κέντρων Υγείας και των σύγχρονων ΤοΜΥ (Τοπικές μονάδες υγείας) του κράτους, ομάδες οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) που στελεχώνονται από μια ολιγομελή διεπιστημονική ομάδα με βασική τους αποστολή τη παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ. Επιπρόσθετα, παράμετρος για την πρόληψη, είναι η προαγωγή της υγείας. Με τον όρο αυτό γίνεται λόγος για τον εμβολιασμό έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων, που είναι κύρια υπεύθυνος για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, στον οποίο οι νοσηλευτές συμμετέχουν ενεργά για άλλη μια φορά. Τέλος, στο κομμάτι της πρόληψης συγκαταλέγεται και η έγκαιρη διάγνωση μέσω τεστ- Παπανικολάου στα πλαίσια screening του γενικού πληθυσμού (Smith, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Επίπεδα Πρόληψης του Καρκίνου του τραχήλου της μήτρας- Νοσηλευτικές Ευθύνες

3.1 Πρόληψη και καρκίνος τραχήλου της μήτρας

Ο ακρογωνιαίος λίθος στην αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι δίχως αμφιβολία η πρόληψη της νόσου. Η πρόληψη του καρκίνου αυτού, δεδομένου ότι σχεδόν πάντοτε οφείλεται σε λοίμωξη από ογκογόνο στέλεχος του HPV και σε ελλιπή αντιμετώπιση της προκαρκινικής βλάβης, βασίζεται τόσο σε παρεμβάσεις αγωγής και προαγωγής της υγείας, όσο και στην έγκαιρη διάγνωση και στην άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση. Σε όλα αυτά τα επίπεδα πρόληψης εκδήλωσης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ο ρόλος και οι δράσεις του νοσηλευτή είναι καθοριστικής σημασίας για την υγεία του πληθυσμού (Canfell et al., 2017; Καλαμπόκη, 2017).

3.2 Αγωγή Υγείας και καρκίνος τραχήλου της μήτρας

Η αγωγή της υγείας είναι βασικό στοιχείο στην πρόληψη των νοσημάτων γενικά, και στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ειδικά. Η αγωγή της υγείας αφορά στην εκπαίδευση και την ενημέρωση του πληθυσμού από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας αναφορικά στο παραπάνω πρόβλημα υγείας (Sherry et al., 2018; Καλοκαιρινού, 2009).

Στην όλη διαδικασία της εκπαίδευσης του πληθυσμού, καθοριστικής σημασίας είναι και οι δράσεις των νοσηλευτών. Πιο συγκεκριμένα, ο σχολικός και παιδιατρικός νοσηλευτής οφείλουν να ενημερώσουν τους γονείς για την αναγκαιότητα του εμβολιασμού των κοριτσιών με το εμβόλιο έναντι ογκογόνων στελεχών του HPV, που μειώνει δραστικά το ενδεχόμενο το παιδί τους μελλοντικά να νοσήσει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Καλαμπόκη, 2017).

Εξίσου σημαντική είναι και η πληροφόρηση στα πλαίσια αγωγής της υγείας και από νοσηλευτές κέντρων υγείας αστικού τύπου αλλά και στην περιφέρεια, αλλά και των νοσηλευτών των σύγχρονων ΤοΜΥ. Πέρα από την ενημέρωση του πληθυσμού για το εμβόλιο, απαραίτητη είναι και η αγωγή υγείας αναφορικά στην σεξουαλική υγεία.

Πιο αναλυτικά, οι νοσηλευτές στα σχολεία αλλά και στην κοινότητα, θα πρέπει να ενημερώνουν τον πληθυσμό και ιδιαίτερα τους εφήβους για τις ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, για την αναγκαιότητα της χρήσης προφυλακτικού και την αποφυγή της μετάδοσης του ιού HPV μεταξύ σεξουαλικών συντρόφων. Επιπρόσθετα, είναι απαραίτητο στα πλαίσια της αγωγής υγείας, οι νοσηλευτές της κοινότητας να ενημερώνουν και να ευαισθητοποιούν τις γυναίκες για τον ετήσιο γυναικολογικό τους έλεγχο. Εξάλλου, ο τυπικός και τακτικός γυναικολογικός έλεγχος και η εξέταση τεστ-Παπανικολάου είναι ένα από τα βασικότερα στοιχεία στην φαρέτρα μας για την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Sherry et al., 2018; Rosen et al., 2015; ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013; Κρεατσάς, 2009).

3.3 Προαγωγή Υγείας και καρκίνος τραχήλου της μήτρας

Η προαγωγή της υγείας αφορά σε παρεμβάσεις οι οποίες συμβάλλουν άμεσα στην αποφυγή πρόκλησης μιας νόσου, όπως η αποφυγή και η διακοπή του καπνίσματος, η τακτική σωματική άσκηση και ο εμβολιασμός του πληθυσμού (Sherry et al., 2018; Rosen et al., 2015; Καλοκαιρινού, 2009).

Η προαγωγή της υγείας και συνεπακόλουθα η αποφυγή της εκδήλωσης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συνίσταται στον εμβολιασμό των κοριτσιών ηλικίας 12-26 ετών με το εμβόλιο έναντι ορισμένων ογκογόνων στελεχών του ιού HPV (Sherry et al., 2018; Rosen et al., 2015; ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013). Πράγματι, ο εμβολιασμός αποτελεί μια αποτελεσματική και ασφαλή μέθοδο προαγωγής της υγείας, στην οποία για άλλη μια φορά, οι νοσηλευτές της κοινότητας έχουν ενεργό ρόλο. Ακριβέστερα, συχνά οι νοσηλευτές της κοινότητας ή οι σχολικοί νοσηλευτές καλούνται να εμβολιάσουν τα νεαρά κορίτσια και να τα ενημερώσουν

για τυχόν άμεσες παρενέργειες του εμβολίου αλλά και για την αποδοτικότητά του (Sherry et al., 2018; Rosen et al., 2015; Bartlett and Peterson, 2015).

3.4 Πρωτογενής πρόληψη- Εμβολιασμός έναντι HPV στελεχών που προξενούν καρκίνο τραχήλου της μήτρας

Ο εμβολιασμός των κοριτσιών του πληθυσμού τουλάχιστον έναντι ογκογόνων στελεχών του HPV συνιστά μια από τις σημαντικότερες παρεμβάσεις που στοχεύουν στην καταπολέμηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Με άλλα λόγια, ενώ μέχρι πρόσφατα η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας βασιζόταν αποκλειστικά στην ανίχνευση βλαβών στο επιθήλιο του τραχήλου με το διάσημο τεστ Παπανικολάου και την άμεση και έγκαιρη θεραπεία αυτών πριν εξελιχθούν σε κακοήθεις όγκους, πλέον και το εμβόλιο κατά του HPV έχει ενσωματωθεί στην θεραπευτική μας φαρέτρα (WHO, 2018; Κρεατσάς, 2009). Με άλλα λόγια, μέσω του εμβολιασμού, γίνεται δυνατή, για πρώτη φορά, η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (WHO, 2018; Sherry et al., 2018; Κόντε, 2014).

Στις μέρες μας, τα εμβόλια που διατίθενται στην αγορά έναντι του HPV είναι δύο. Πιο συγκεκριμένα, είναι α) το διδύναμο και β) το τετραδύναμο εμβόλιο. Στην κλινική πράξη, τόσο το διδύναμο όσο και το τετραδύναμο εμβόλιο είναι ανοσοενισχυμένα και ανασυνδυασμένα ασφαλή εμβόλια που εμπεριέχουν υψηλής καθαρότητας σωματίδια προσομοιάζοντα στελεχών του ιού. Οι τύποι αυτοί που εμπεριέχονται στα εμβόλια είναι οι τύποι 16 και 18 και για τα δύο και επιπλέον οι τύποι 6 και 11 για το τετραδύναμο (Κόντε, 2014). Στην Ελλάδα διατίθενται και τα δύο είδη εμβολίου, με κοινό δοσολογικό σχήμα 3 δόσεων (Yildirim and Abarazi, 2014; ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013).

Συγκεκριμένα, για το διδύναμο εμβόλιο οι δόσεις είναι στους 0-1-6 μήνες και για το τετραδύναμο εμβόλιο είναι στους 0-2-6 μήνες. Η διάρκεια της προστασίας του εμβολιασμένου ατόμου από τον ιό παρακολουθείται με μελέτες, όμως έχει διαπιστωθεί υψηλός και δραστικός τίτλος αντισωμάτων και για τα επόμενα 9

χρόνια μετά από τον εμβολιασμό. Σε αυτό το σημείο βέβαια θα πρέπει να υπογραμμισθεί ότι ο εμβολιασμός δεν υποκαθιστά πλήρως και σε καμία περίπτωση τον τακτικό προληπτικό έλεγχο για την έγκαιρη διάγνωση και εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (WHO, 2018; Κοντέ, 2014).

Αμφότερα τα εμβόλια έναντι του HPV έχουν λάβει άδεια ασφαλούς χορήγησης σε περισσότερες από 100 χώρες ανά τον κόσμο. Στην Ευρώπη, συγκεκριμένα, σύμφωνα με έρευνα του Ευρωπαϊκού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, 23 από τα 28 Κράτη- Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν υιοθετήσει τον εμβολιασμό έναντι του HPV στο βασικό πρόγραμμα εμβολιασμού των θήλεων (WHO, 2018; Yildirim and Abarazi, 2014; ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013).

Στην Ελλάδα το εμβόλιο έναντι του HPV συμπεριλαμβάνεται επίσημα στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών, ήδη από το 2008 (Κρεατσάς, 2009). Ωστόσο, τα ποσοστά του εμβολιασμού των κοριτσιών παραμένουν δυστυχώς σε χαμηλά επίπεδα και υπάρχει σημαντική καχυποψία των εφήβων ή/ και των γονέων τους γύρω από την ασφάλεια του εμβολίου και την αποτελεσματική του δράση (IMS, 2018; Yildirim and Abarazi, 2014; ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013).



Εικ 3.3. Εμβολιασμός έναντι HPV με το πολυδύναμο Gardasil
(<https://gynecology.today/content>)

Και τα δύο εμβόλια που κυκλοφορούν στην Ελλάδα, έχουν εγκριθεί για χορήγηση σε κορίτσια από τις ηλικίες 9 ετών και άνω, και συνηθέστερα στις ηλικίες 12-26 ετών (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013). Πιο αναλυτικά,

- Το τετραδύναμο εμβόλιο χρησιμοποιείται για την προφύλαξη των θήλεων από τα παρακάτω:
 - προκαρκινικές αλλοιώσεις σε όργανα του γεννητικού συστήματος, όπως αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου γενικότερα αλλά και του κολεού
 - τις προκαρκινικές αλλοιώσεις στην ανατομική περιοχή του πρωκτού,
 - τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας
 - τον καρκίνο του πρωκτού που σχετίζονται με συγκεκριμένα ογκογόνα στελέχη του HPV και τέλος,
 - τους ακροχορδόνες των γεννητικών οργάνων, δηλαδή το καλόηθες οξυτενές κονδύλωμα, που και αυτό σχετίζεται

με συγκεκριμένα στελέχη του HPV (WHO, 2018; Yildirim and Abarazi, 2014; Κοντέ, 2014).

- Από την άλλη, το διδύναμο εμβόλιο χορηγείται για την πρόληψη αποκλειστικά των:
 - προκαρκινικές αλλοιώσεις σε όργανα του γεννητικού συστήματος, όπως αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου γενικότερα αλλά και του κολεού
 - τις προκαρκινικές αλλοιώσεις στην ανατομική περιοχή του πρωκτού,
 - τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (WHO, 2018; Yildirim and Abarazi, 2014; Κοντέ, 2014).

Τέλος, στην Ελλάδα, το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών συνιστά ρητά τον εμβολιασμό έναντι του HPV σε όλα τα κορίτσια ηλικίας 12-15 ετών, αλλά και σε νεαρά κορίτσια και γυναίκες ηλικίας 15-26 ετών, εάν τυχόν δεν έχουν εμβολιαστεί σε μικρότερες συνιστώμενες ηλικίες. Σε όλες αυτές τις ομάδες ασφαλώς και το κόστος καλύπτεται πλήρως από τα ασφαλιστικά ταμεία (IMS, 2018; Thomas, 2016; Κοντέ, 2014; ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013).



Εικ 3.4. *Επισήμανση του εμβολιασμού των κοριτσιών έναντι του HPV*
<https://encryptedtbn0.gstatic.com/images>



Εικ 3.6. *Η απεικόνιση της αναγκαιότητας του εμβολιασμού έναντι του HPV*
<http://www.imop.gr/sex/ios-twn-anthrwpinwn-thhlwmatwn-hpv>

Αν και στην χώρα μας ο εμβολιασμός έναντι του HPV επικεντρώνεται στον γυναικείο πληθυσμό, ο εμβολιασμός και των αγοριών θα μπορούσε να επιταχύνει την εξάλειψη του ιού και την αποφυγή νέας διάγνωσης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Ωμέγαlive, 2016; ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013). Με άλλα λόγια, με στόχο τα επόμενα χρόνια να σπάσει πλήρως αυτή η αλυσίδα μετάδοσης του ιού που προκαλεί τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, τόσο ο ΔΗΣΥ όσο και ο ΠΑΣΥΚΑΦ επιδότησαν από το 2016 την απόφαση της κυβέρνησης που ορίζει ότι εννέα χιλιάδες αγόρια 12-13 χρόνων πρόκειται να ενταχθούν στο πληθυσμιακό πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου της μήτρας μέσω δωρεάν εμβολιασμών (Thomas, 2016; Ωμέγαlive, 2016) .

Εξάλλου, ο εμβολιασμός με τα ήδη υπάρχοντα εμβόλια προλαμβάνει ποσοστό μεγαλύτερο του 70% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και επιπρόσθετα, τις περισσότερες από τις άλλες μορφές καρκίνου της γεννητικής χώρας και του λάρυγγα. Ακόμη, το τετραδύναμο εμβόλιο προλαμβάνει ως και το 90% των γεννητικών κονδυλωμάτων (WHO, 2018).

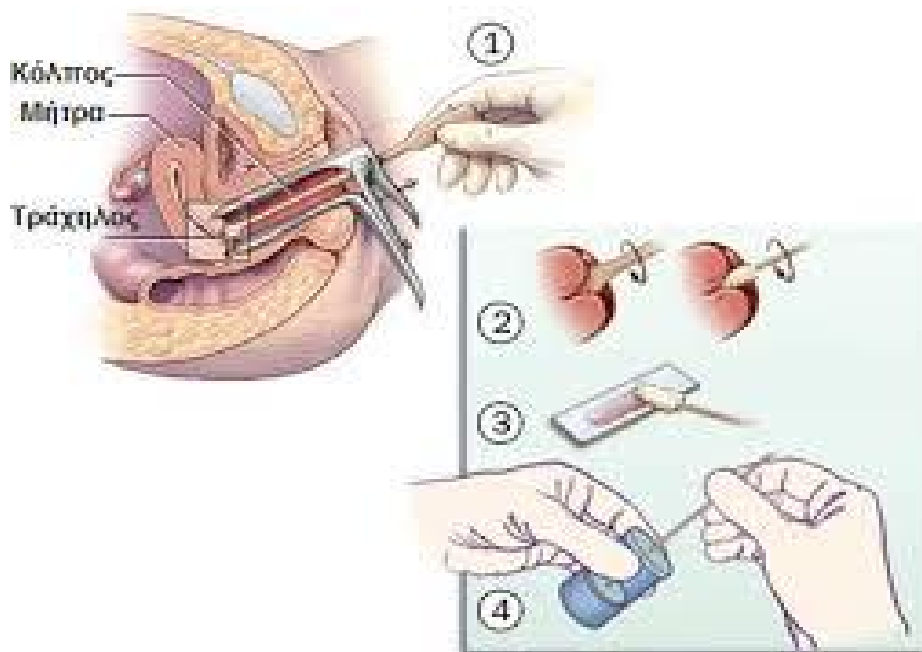
3.5 Δευτερογενής πρόληψη- Έγκαιρη διάγνωση προκαρκινικών και καρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας

Η έγκαιρη διάγνωση τόσο των προκαρκινικών όσο και καρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας στα πλαίσια του screening του γενικού πληθυσμού με την ετήσια γυναικολογική εξέταση και το τέστ- Παπανικολάου είναι ακρογωνιαίος λίθος στην καταπολέμηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Canfell et al, 2017; Κρεατσάς ΓΚ, 2009).

3.5.1 Το τέστ- Παπανικολάου

Το Τεστ-Παπανικολάου είναι μια πολύ απλή, ανώδυνη και πολύ γρήγορη εξέταση που εφαρμόζεται σε γυναίκες που είναι σεξουαλικά δραστήριες. Στα πλαίσια αυτής της εξέτασης, ο ιατρός ή ο νοσηλευτής θα εισάγει την συσκευή που ονομάζεται κολποδιαστολέας, στον κολεό προκειμένου να διατηρήσει τα κολπικά τοιχώματα ανοιχτά και να παρέχεται η απαραίτητη πρόσβαση στον

τράχηλο της μήτρας. Στη συνέχεια λαμβάνεται ένα μικρό δείγμα κυττάρων από τον τράχηλό της γυναίκας. Σε αυτήν την φάση, οι περισσότερες γυναίκες αναφέρουν ότι νιώθουν μια ελαφρά ώθηση και ενδεχομένως ερεθισμό κατά τη διάρκεια της σύντομης απόξεσης του τραχήλου τους. Έπειτα, το δείγμα των κυττάρων από τον τράχηλο της γυναίκας θα κρατηθεί και θα σταλεί σε ένα εργαστήριο όπου και θα εξεταστεί για την παρουσία μη φυσιολογικών, άτυπων κυττάρων (Thomas, 2016).



Εικ 3.7. Τα βήματα που ακολουθούνται στο τέστ-Παπανικολάου
(<http://www.mycolab.gr/test-papanikolaou-test-pap/>)

Το επίχρισμα τραχήλου του τέστ-Παπανικολάου (Pap-test) χρησιμοποιείται προκειμένου να διαγνωστεί η πιθανή ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία ή/και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (Κρεατσάς, 2009). Επιπρόσθετα, το τέστ-Παπανικολάου χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη και για την εκτίμηση της ορμονικής κατάστασης του τραχηλικού επιθηλίου αλλά και την αναγνώριση της ενδεχόμενης παρουσίας σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπως δηλαδή η λοίμωξη με τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) (Thomas, 2016; Ωμέγαlive, 2016).

3.5.2 Τα αποτελέσματα του Τέστ-Παπανικολάου

Μετά από την λεπτομερή γυναικολογική εξέταση, υπάρχουν δυο πιθανά αποτελέσματα από ένα τεστ-Παπανικολάου. Το αποτέλεσμα δείχνει φυσιολογικό ή μη φυσιολογικό επιθήλιο του τραχήλου. Πιο συγκεκριμένα, ένα φυσιολογικό τεστ-Παπανικολάου σημαίνει ότι δεν εντοπίστηκαν άτυπα κύτταρα ή παθολογικές αλλοιώσεις. Από την άλλη, ένα μη-φυσιολογικό πόρισμα δεν υποδεικνύει ότι δεν εντοπίστηκαν μη φυσιολογικά κύτταρα στο επιθήλιο του τραχήλου ούτε ότι η ασθενής έχει καρκίνο (Canfell et al., 2017; Κρεατσάς, 2009) .

Στην κλινική πράξη, υπάρχουν διάφορα επίπεδα μη φυσιολογικών κυττάρων που μπορούν να εντοπισθούν σε παθολογικό επίχρισμα τραχήλου της μήτρας. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να εντοπισθούν άτυπα κύτταρα ή ήπια, μέτρια, ή και σοβαρή δυσπλασία, ή ακόμη και καρκίνωμα ή καρκίνωμα in situ (δηλαδή μη διηθητική βλάβη).

Σε κάθε περίπτωση, ανάλογα με τα αποτελέσματα των εξετάσεων από το τεστ-Παπανικολάου, μπορεί ο θεράπων να συστήσει στην γυναίκα να αυξήσει την συχνότητα των τεστ-Παπανικολάου ή να κάνει μια εξέταση που ονομάζεται κολποσκόπηση ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Κατά τη διάρκεια μιας εξέτασης κολποσκοπίας, ο επαγγελματίας υγείας χρησιμοποιεί φως και μεγέθυνση για να δει τον κολεό και τους τραχηλικούς ιστούς πιο ξεκάθαρα.

Το τεστ-Παπανικολάου είναι υψηλής ακρίβειας διαγνωστική δοκιμασία με αποτέλεσμα να μειώνει σημαντικά τα ποσοστά καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και τη θνησιμότητα κατά ποσοστό 80% .

Εν κατακλείδι, ο κύριος σκοπός του τεστ-Παπανικολάου είναι να εντοπισθούν οι πιθανές κυτταρικές αλλοιώσεις στον τράχηλο, οι οποίες θα μπορούσαν να οφείλονται σε λοίμωξη από τον ιό του HPV (Ωμέγαlive, 2016; Κρεατσάς, 2009).

3.5.3 Νοσηλευτικές Ευθύνες και Τέστ-Παπανικολάου

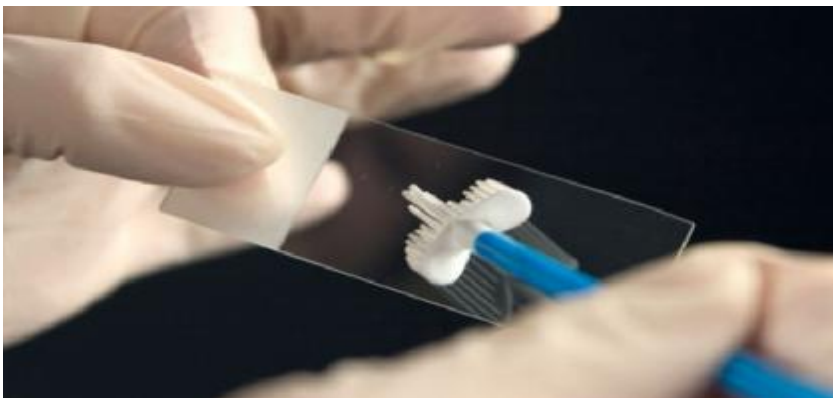
Ο νοσηλευτής έχει ευθύνες στην εφαρμογή ενός τεστ-Παπανικολάου σε μια ασθενή, καθώς θα πρέπει να τις εξηγήσει λεπτομερώς την διαδικασία και την

αναγκαιότητα της διαδικασίας, για να εξασφαλίσει την συναίνεση της και την ομαλή εκτέλεση της διαγνωστικής αυτής δοκιμασίας (Sherman et al., 2019; Smith, 2004).

Αρχικά, ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξηγήσει πως όλες οι σεξουαλικά ενεργές γυναίκες διατρέχουν κίνδυνο να προσβληθούν κάποια στιγμή από τον ιό HPV και ως εκ τούτου θα πρέπει να κάνουν τεστ-Παπανικολάου σε ετήσια βάση. Ακόμη, θα πρέπει να εξηγήσει στην γυναίκα ότι η παρούσα διαγνωστική εξέταση δεν ανιχνεύει άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες πέραν από τον HPV (Smith, 2009). Γυναίκες με ενεργό λοίμωξη χρειάζεται να παρακολουθούνται περισσότερο συχνά, ανά εξάμηνο δηλαδή για την αξιολόγηση του τραχήλου για τυχόν ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις (Κρεατσάς, 2009).

Στην συνέχεια, ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξηγήσει ένα-ένα τα βήματα της διαδικασίας. Συγκεκριμένα, ένας βαμβακοφόρος στειλούς εισάγεται στον κολεό και χρησιμοποιείται για λήψη επιχρίσματος από τον ενδοτράχηλο. Στην συνέχεια, το επίχρισμα τοποθετείται σε αντικειμενοφόρο πλάκα.

Ενώ η γυναίκα παραμένει σε γυναικολογική θέση, το μητροσκόπιο εισέρχεται από τον θέραπποντα στον κολεό για την επισκόπηση του τραχήλου της μήτρας. Μια πλαστική ή ξύλινη σπάτουλα χρησιμοποιείται για την απόξεση του στομίου του τραχήλου και άλλων δυνητικά ύποπτων περιοχών για ιστολογικές αλλοιώσεις και τέλος και αυτό το υλικό τοποθετείται σε αντικειμενοφόρο πλάκα. Έπειτα, ο κυτταρολόγος αναλύει στο μικροσκόπιο τα δείγματα και εξάγει το πόρισμα του τεστ-Παπανικολάου (Κρεατσάς, 2009).



Εικ 3.8. Το πλακάκι με το επίχρισμα του τραχήλου της μήτρας από το τεστ-Παπ (<https://www.ilialive.gr>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Θεραπεία του Καρκίνου του τραχήλου της μήτρας- Νοσηλευτικές Ευθύνες

4.1 Θεραπεία του καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Ο ακρογωνιαίος λίθος στην αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι δίχως αμφιβολία η πρόληψη της νόσου και όχι η θεραπευτική αποκατάσταση μετά από την εμφάνιση των ιστολογικών αλλοιώσεων στον τράχηλο (Smith, 2004). Πάραυτα, όταν φθάνει η ασθενής να χρειαστεί θεραπεία για την αντιμετώπιση της νόσου, οι θεραπευτικές επιλογές εξατομικεύονται και εξαρτώνται σχεδόν αποκλειστικά από το στάδιο της νόσου και άρα το μέγεθος του όγκου, το βάθος διήθησης του τραχήλου αλλά και την εξάπλωση της νόσου σε παρακείμενα όργανα του σώματος και γειτονικούς λεμφαδένες. Οι θεραπευτικές μέθοδοι που επιστρατεύονται, περιλαμβάνουν την χειρουργική εκτομή, την ακτινοθεραπεία και την χημειοθεραπεία (Sherman, 2016; Κρεατσάς, 2009).

4.2 Χειρουργική Θεραπεία του καρκίνου τραχήλου της μήτρας ανάλογα με το στάδιο

Όταν αντιμετωπίζουμε ασθενή με προκαρκινικές αλλοιώσεις στον τράχηλο της μήτρας ή/και καρκίνο τραχήλου της μήτρας *in situ* (δηλαδή μη διηθητικό καρκίνο) η αντιμετώπιση βασίζεται μεν σε χειρουργικές τεχνικές, οι οποίες όμως είναι το δυνατόν λιγότερο επεμβατικές. Ο λόγος είναι το ότι αφενός επιθυμούμε να εξαλείψουμε τις κακοήθεις αλλοιώσεις, αφετέρου όμως να διατηρήσουμε κατά το δυνατόν περισσότερο ακέραιη την μήτρα (Κρεατσάς, 2009).

Συνοπτικά, οι τεχνικές περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

1. **Laser εξάχνωση:** Με την παρούσα μέθοδο, μία δέσμη μονοχρωματικού φωτός εισέρχεται στο επιθήλιο του τραχήλου και καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα που εντοπίζονται στην περιοχή.

2. **Loop εκτομή:** Στην τρέχουσα μέθοδο, ηλεκτρικό ρεύμα διοχετεύεται στον τράχηλο μέσω ενός λεπτού ηλεκτροφόρου σύρματος και αφαιρείται η αλλοίωση που εντοπίζεται στην περιοχή του τραχήλου.
3. **Κωνοειδής εκτομή:** Με την μέθοδο αυτή, πραγματοποιείται μια ευρύτερη εκτομή ιστού κωνοειδούς σχήματος, που περιλαμβάνει και την αλλοίωση που βλάπτει τον τράχηλο της μήτρας.

Όταν αντιμετωπίζουμε ασθενή με πρώιμο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (**Στάδια I-IIA**) (η αφαίρεση της μήτρας (υστερεκτομή) μαζί με τον ιστό που την περιβάλλει συνιστά την θεραπευτική παρέμβαση εκλογής. Σε αυτό το σημείο αξίζει να δούμε τα στάδια και την κατάλληλη χειρουργική θεραπεία πιο αναλυτικά (Κρεατσάς, 2009).

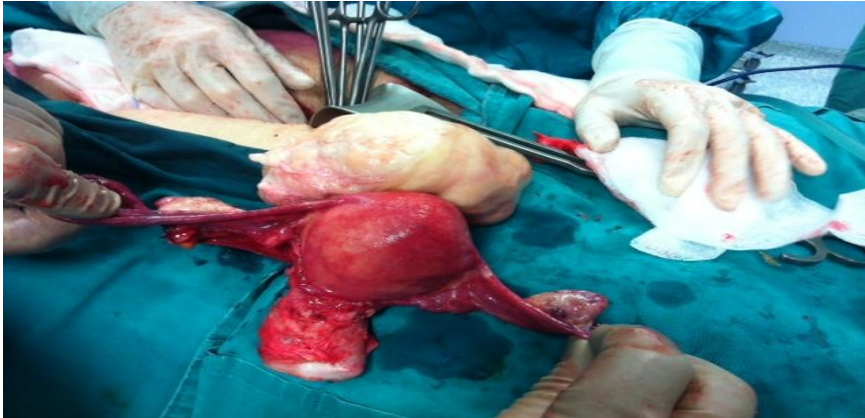
Στο **Στάδιο IA1** ο κίνδυνος λεμφαδενικών μεταστάσεων είναι μικρότερος του 1% και η θεραπεία εκλογής θεωρείται η απλή ολική υστερεκτομή σε γυναίκες που έχουν ήδη τεκνοποιήσει και δεν επιθυμούν περαιτέρω κυήσεις. Στις περιπτώσεις ωστόσο που η ασθενής επιθυμεί να τεκνοποιήσει τότε η θεραπεία εκλογής είναι η κωνοειδής εκτομή. Στο **Στάδιο IA2** ο κίνδυνος των λεμφαδενικών μεταστάσεων σε παρακείμενους λεμφαδένες αυξάνεται και είναι της τάξης του 6 - 7%. Σε αυτό λοιπόν το στάδιο η θεραπεία εκλογής για ασθενείς που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν στην συνέχεια είναι η ριζική τραχηλεκτομή σε συνδυασμό με το λεμφαδενικό πυελικό και παραορτικό καθαρισμό είτε με λαπαροτομία, είτε και λαπαροσκοπικά. Από την άλλη, σε ασθενείς που δεν επιθυμούν να τεκνοποιήσουν, τότε η ριζική υστερεκτομή σε συνδυασμό με τον λεμφαδενικό καθαρισμό (πυελικό και παραορτικό) είναι η θεραπεία εκλογής. Η ίδια θεραπεία εφαρμόζεται και σε ασθενείς με **στάδια IB** αλλά και σε ασθενείς **σταδίου IIA** (Κρεατσάς, 2009).

Στα πλαίσια της χειρουργικής εκτομής της μήτρας ριζικά ή κατά μέρος, αφαιρούνται επίσης και οι πυελικοί λεμφαδένες. Στην συνέχεια, οι λεμφαδένες εξετάζονται για πιθανή ύπαρξη παθολογικών ευρημάτων και καρκινικών κυττάρων. Αν βέβαια αντιμετωπίζουμε ασθενή με συνοδούς παράγοντες κινδύνου όπως διήθηση λεμφαδένων, διήθηση λεμφαγγείων ή και διήθηση των ιστών που περιβάλλουν την μήτρα, τότε η υστερεκτομή θα πρέπει να ακολουθείται από ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία (Κρεατσάς, 2009).

Όταν αντιμετωπίζουμε ασθενείς με τοπικά προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (**Στάδια IIB-IVA**), δηλαδή ασθενείς που η νόσος εκτείνεται πέρα από τα όρια της μήτρας στους παρακείμενους ιστούς ή/και σπλάχνα η χειρουργική θεραπεία δεν αποτελεί επαρκή αντιμετώπιση από μόνη της. Με άλλα λόγια, βάσει αποτελεσμάτων μεγάλων κλινικών μελετών, η ακτινοθεραπεία φαίνεται να αποτελεί την κύρια θεραπευτική προσέγγιση στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο και χορηγείται ως συνδυασμός ακτινοθεραπείας και βραχυθεραπείας. Προκειμένου δε, να ενισχυθούν τα θεραπευτικά αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας, χορηγείται στις ασθενείς σε εβδομαδιαία βάση

ακτινοευαισθητοποιούς χημειοθεραπεία, φάρμακα δηλαδή που εμπεριέχουν πλατίνη (Κρεατσάς, 2009).

Τέλος, όταν αντιμετωπίζουμε ασθενείς με καρκίνο τραχήλου της μήτρας **σταδίων IVB** (δηλαδή ασθενείς με μεταστάσεις) αλλά και ασθενείς με **υποτροπή της νόσου** η χημειοθεραπεία αποτελεί την θεραπευτική παρέμβαση εκλογής προκειμένου να αντιμετωπισθεί ο καρκίνος, να παραταθεί η ζωή και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής της ασθενούς. Ωστόσο, σε περίπτωση που η νόσος υποτροπιάζει τοπικά στην πύελο, η θεραπεία τροποποιείται ανάλογα και περιλαμβάνει τη χειρουργική, την ακτινοθεραπεία και την ενδοϊστική βραχυθεραπεία (Κρεατσάς, 2009).



Εικ.4.1. Εκτομή μήτρας χειρουργικά (<https://www.gynoncology.gr/ogkoi-somatos-mitras>)



Εικ 4.2. Λαπαροσκοπική υστερεκτομή για καρκίνο τραχήλου της μήτρας
(<https://www.karfitsa.gr/gynaikologikoi-karkinoi-egkairi-diagnosi-giatros/>)

4.3 Ακτινοθεραπεία του καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Η ακτινοθεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής για τα **στάδια IIB, III, IVA** σε συνδυασμό πάντα με χημειοθεραπεία με πλατίνα για την επίτευξη ακτινοευαίσθητοποίησης των καρκινικών κυττάρων. Λίγο πιο αναλυτικά, στο **στάδιο IB2** όπου ο όγκος του κακοήθους νεοπλασματος είναι μεγάλος σε μέγεθος, η θεραπεία εκλογής θεωρείται η συνδυαστική με χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία της ασθενούς.

Πέρα από τα παραπάνω, η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται επικουρικά με την χειρουργική θεραπεία σε περιπτώσεις ασθενών που έχουν ήδη υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος υποδεικνύει στοιχεία υψηλού κινδύνου, σε συνδυασμό ή/και όχι με χημειοθεραπεία.

Τέλος, η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε ασθενείς οι οποίες δεν πληρούν τα κριτήρια για χειρουργική επέμβαση λόγω συνοδών συννοσηροτήτων που δεν επιτρέπουν το χειρουργείο (Kessler, 2017; Κρεατσάς, 2009).



Εικ 4.3. Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας
(<http://aktinothrapeia.gr>)

4.4 Χημειοθεραπεία του καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Η χημειοθεραπεία είναι η επέμβαση εκλογής για την αντιμετώπιση καρκίνου τραχήλου της μήτρας **σταδίου IVB** (δηλαδή μεταστατικής νόσου) αλλά και σε ασθενείς με **εξωπυελικές υποτροπές**. Επιπλέον, η χημειοθεραπεία που εμπεριέχει πλατίνες εφαρμόζεται σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία για την μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος της ακτινοθεραπείας σε πιο πρώιμα στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Κρεατσάς, 2009).

Η ένδειξη για χημειοθεραπευτικά που εμπεριέχουν πλατίνη όπως το Keytruda, αφορά σε περιπτώσεις ασθενών των οποίων η νόσος επιδεινώθηκε είτε κατά τη διάρκεια είτε και μετά την ολοκλήρωση του κύκλου χημειοθεραπείας για καρκίνο τραχήλου της μήτρας (HealthPharma, 2018).



Εικ 4.4. Πλατινούχο θεραπευτικό σκεύασμα που χορηγείται σε ασθενείς με καρκίνο τραχήλου της μήτρας (<https://www.healthpharma.gr>)

4.5 Νοσηλευτικές Ευθύνες σχετικά με την αντιμετώπιση καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Οι νοσηλευτές είναι οι κατεξοχήν υπεύθυνοι επαγγελματίες υγείας για την φροντίδα ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Sherman et al., 2019; Smith, 2004). Πιο συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής που αναλαμβάνει μια ασθενή με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας θα πρέπει στην αρχή να πάρει ένα πλήρες ιστορικό της ασθενούς με έμφαση στο αναπαραγωγικό και σεξουαλικό της ιστορικό. Με αυτόν τον τρόπο ο νοσηλευτής δύναται να εκτιμήσει τις εκάστοτε τις γυναικολογικές ανησυχίες της ασθενούς και να καλύψει τις ανάγκες της αλλά και τυχόν απορίες που μπορεί να έχει η ίδια αναφορικά στην νόσο και την θεραπεία της (Sherman et al., 2019; Sherman, 2016; Καλαμπόκη, 2018; Πατηράκη-Κουρμπάνη, 2006).

Η σωστή προεγχειρητική προετοιμασία, η κατάλληλη μετεγχειρητική φροντίδα, η πρόληψη λοιμώξεων, η εκπαίδευση της ασθενούς αλλά και η συναισθηματική υποστήριξη της ασθενούς είναι βασικές ευθύνες που οφείλει να καλύψει ένας νοσηλευτής. Παράλληλα με αυτά, είναι παραπάνω από σαφές ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει σε κάθε στάδιο της θεραπείας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας να επιστρατεύει την Νοσηλευτική Διεργασία για να σχεδιάσει το πλέον κατάλληλο, ολιστικό και εξατομικευμένο για κάθε ασθενή ξεχωριστά, σχέδιο φροντίδας (Sherman et al., 2019; Sherry et al., 2018; Rosen et al., 2015; Bartlett and Peterson, 2015).

4.5.1 Νοσηλευτικές Ευθύνες κατά την χειρουργική θεραπεία του καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Οι νοσηλευτές που αναλαμβάνουν την φροντίδα ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας που πρόκειται να χειρουργηθούν έχουν ευθύνες τόσο στην προεγχειρητική όσο και στην μετεγχειρητική τους φροντίδα (Sherman et al., 2019; Smith, 2004). Πιο συγκεκριμένα οι ευθύνες των νοσηλευτών συνίστανται σε:

Προεγχειρητικές Νοσηλευτικές Ευθύνες:

- Λήψη λεπτομερούς ιστορικού της ασθενούς
- Καταγραφή φαρμάκων που λαμβάνει πιθανά η ασθενής και ερώτηση στον θεράποντα για το αν τα φάρμακα αυτά επηρεάζουν με κάποιον τρόπο την χειρουργική επέμβαση και άρα θα πρέπει να διακοπούν
- Ενημέρωση του ιατρού σε περίπτωση συμπτωμάτων γριπώδους συνδρομής
- Σύσταση στην ασθενή για διακοπή καπνίσματος προεγχειρητικά
- Καταγραφή προηγούμενων χειρουργείων
- Καταγραφή αλλεργιών
- Ενημέρωση της ασθενούς και παροχή βοήθειας αν κρίνεται αναγκαίο σε:
 - Αφαίρεση βερνικιού από τα νύχια
 - Αφαίρεση κοσμημάτων, τεχνητής οδοντοστοιχίας και ακουστικού
 - Περιορισμό τροφών προεγχειρητικά βάσει ιατρικών οδηγιών
 - Μέτρηση και αξιολόγηση των ζωτικών σημείων της ασθενούς και ενημέρωση του θεράποντα επί εύρεσης παθολογικών ευρημάτων
 - Επεξήγηση της χειρουργικής διαδικασίας στην ασθενή αλλά και στο υποστηρικτικό της δίκτυο, που την συνοδεύει
- Γραφειοκρατικός έλεγχος για έγγραφα συναίνεσης ασθενούς
- Υποκλισμός
- Κένωση της ουροδόχου κύστεως
- Χορήγηση της κατάλληλης προεγχειρητικής φαρμακευτικής αγωγής
- Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς (Sherman, 2016; Καλαμπόκη, 2018; Κρεατσάς, 2009; Pamela, 2012; Smith, 2004).

Μετεγχειρητικές Νοσηλευτικές Ευθύνες:

Όταν πια ολοκληρωθεί η χειρουργική επέμβαση και η ασθενής επιστρέψει στην χειρουργική-γυναικολογική κλινική οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν νέες ευθύνες. Τα πιο βασικά ζητήματα που έχουν να διαχειριστούν οι νοσηλευτές είναι α) η διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου και των συνεπακόλουθών του διαταραχών, β) η αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού ρίγους, γ) η πρόληψη λοιμώξεων χειρουργικού πεδίου και η πλήρης αποκατάσταση της ασθενούς και τελικά η δ) η ανάκτηση της λειτουργικότητάς της και η ικανότητα πλήρους αυτό-φροντίδας (Shermanetal., 2019; Καλαμπόκη, 2018; Kessler, 2017). Πιο συγκεκριμένα, οι ευθύνες του νοσηλευτή είναι οι παρακάτω:

- Λήψη, καταγραφή και αξιολόγηση των ζωτικών σημείων της ασθενούς με το που φθάνει στην χειρουργική κλινική
- Ενημέρωση του θεράποντα σε περίπτωση εύρεσης παθολογικών ευρημάτων
- Άμεση αντιμετώπιση μετεγχειρητικού ρίγους, πόνου ή χαμηλού κορεσμού της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο
- Νοσηλευτική διάγνωση του μετεγχειρητικού οξέος πόνου και αξιολόγηση της έντασης με την χρήση κλιμάκων
- Έλεγχος του χειρουργικού τραύματος για συλλογή πύου ή αιμορραγία
- Έλεγχος της διούρησης
- Παρότρυνση και υποστήριξη σε αναπνευστικές ασκήσεις
- Νοσηλευτική διάγνωση μετεγχειρητικού ρίγους κι άμεση διαχείριση με ισοθερμικά καλύμματα και χορήγηση ενδοφλέβιων διαλυμάτων που έχουν προηγουμένως θερμανθεί στους 37°C
- Όλα τα παραπάνω σε συνδυασμό με την εξασφάλιση της υγιεινής του ασθενούς και του χειρουργικού τραύματος προάγουν την πρόληψη λοιμώξεων του αναπνευστικού, του ουροποιητικού και του χειρουργικού τραύματος

- Εκπαίδευση και παρότρυνση της οικογένειας αλλά και των λοιπών συνοδών τόσο στην ψυχολογική υποστήριξη, όσο και στην φροντίδα της ασθενούς
- Κινητοποίηση της ασθενούς σταδιακά για ανάκτηση της λειτουργικότητάς της
- Έλεγχος για θρόμβους στις κνήμες και τις γάμπες
- Ενημέρωση του φυσιοθεραπευτή και παρότρυνση της ασθενούς για παθητική και ενεργητική κινητοποίηση των κάτω άκρων
- Εντόπιση πραγματικών προβλημάτων ή κινδύνων που αντιμετωπίζει η ασθενής και σχεδιασμός του κατάλληλου πλάνου φροντίδας καθόλα την διάρκεια της θεραπείας
- Εκπαίδευση της ασθενούς αναφορικά στην σεξουαλική της υγεία
- Ενημέρωση της ασθενούς αναφορικά στο follow-up και άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις που θα ακολουθήσουν (Καλαμπόκη, 2018; Johnson-Mallardetal., 2012; Pamela, 2012).

4.5.2 Νοσηλευτικές Ευθύνες στην ακτινοθεραπεία κατά του καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Οι νοσηλευτές έχουν να διαχειριστούν μια πλειάδα ευθυνών όταν αναλαμβάνουν την φροντίδα γυναικών ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Johnson-Mallardetal., 2012; Smith, 2004). Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές έχουν να διαχειριστούν τα παρακάτω:

Πριν από την έναρξη της ακτινοθεραπείας:

- Αρχικά, γενική αξιολόγηση της κατάστασης της ασθενούς
- Λήψη νοσηλευτικού ιστορικού
- Ενημέρωση της ασθενούς και παροχή πληροφοριών σχετικά με την νόσο και την ακτινοθεραπεία

- Τακτική αξιολόγησή του δέρματος που πρόκειται να εκτεθεί στην ακτινοβολία και περιποίησή του με κατάλληλα σκευάσματα και ενυδάτωση της περιοχής
- Εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης της ασθενούς και παραπομπή σε ειδικό αν κρίνεται απαραίτητο στα πλαίσια της διασυνδεδετικής φροντίδας (Canfelleetal., 2017; Pamela, 2012; Smith, 2004).

Μετά από την ακτινοθεραπεία:

- Αξιολόγηση της κόπωσης με κλίμακες
- Αξιολόγηση της περιοχής του δέρματος που ακτινοβολείται για ερεθισμό και ερυθρότητα
- Αποκατάσταση αλλοιώσεων του δέρματος με ειδικά σκευάσματα σε περίπτωση βλάβης από την ακτινοθεραπεία
- Αξιολόγηση ενοχλημάτων από το ΓΕΣ (ναυτία, έμετος)
- Διαχείριση διαταραχών και αποκατάσταση τυχόν αφυδάτωσης
- Αξιολόγηση για σεξουαλική δυσλειτουργία
- Ενημέρωση για την νόσο και την σεξουαλική δραστηριότητα
- Follow-up στο εξάμηνο για χρόνιες παρενέργειες όπως συρίγγια και ινώσεις του δέρματος (Καλαμπόκη, 2018; Canfelleetal., 2017; Κρεατσάς, 2009).



Εικ 4.8. Ερύθημα του δέρματος μετά από ακτινοθεραπεία
(<https://www.google.com/search>)

4.5.3 Νοσηλευτικές Ευθύνες στην χημειοθεραπεία κατά του καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Οι νοσηλευτές που αναλαμβάνουν την φροντίδα γυναικών ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία για προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχουν να διαχειριστούν ευθύνες όπως οι παρακάτω (Shermanetal., 2019; Sherryetal., 2018).

Πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας:

- Αρχικά, γενική αξιολόγηση της κατάστασης της ασθενούς
- Λήψη νοσηλευτικού ιστορικού κι εντόπιση διαταραχών για ενημέρωση του θεράποντος και αντιμετώπισή τους
- Λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων
- Ενημέρωση της ασθενούς και του υποστηρικτικού της δικτύου για την χημειοθεραπεία
- Ενημέρωση για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αυτής παρέμβασης, τόσο τις άμεσες όσο και τις μακροπρόθεσμες
- Ενημέρωση θεράποντος σε περίπτωση αναιμίας, ουδετεροπενίας ή ενεργού λοίμωξης
- Χορήγηση βάσει ιατρικής οδηγίες αντιεμετικών και λοιπών φαρμάκων
- Επαρκής ενυδάτωση της ασθενούς (Sherman et al., 2019)

Μετά από την έναρξη της χημειοθεραπείας:

- Παρακολούθηση του ασθενούς και μέτρηση των ζωτικών σημείων ανά τακτά χρονικά διαστήματα
- Παρακολούθηση της ασθενούς για άμεσες παρενέργειες όπως ερύθημα στην περιοχή χορήγησης και αλλεργική αντίδραση
- Παρακολούθηση για εξαγγελίωση του χημειοθεραπευτικού
- Παρακολούθηση για ναυτία

- Έλεγχος διούρησης
- Αξιολόγηση λοιπών συμπτωμάτων
- Αξιολόγηση επιπέδου κατανόησης του ασθενούς αναφορικά στην χημειοθεραπεία
- Συμβουλευτική για την διαχείριση κοινών παρενεργειών της χημειοθεραπείας
- Αξιολόγηση της κόπωσης
- Παρότρυνση του υποστηρικτικού δικτύου στην φροντίδα της ασθενούς (Shermanetal., 2019; Καλαμπόκη, 2018; Pamela, 2012; Κρεατσάς, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ψυχική και Σεξουαλική Υγεία γυναικών με Καρκίνο τραχήλου της μήτρας- Νοσηλευτικές Ευθύνες

5.1 Ορισμός της Ψυχικής Υγείας

Η ψυχική υγεία, ορίζεται ως η κατάσταση της ψυχολογικής ευεξίας ή ως η απουσία ψυχικής νόσου. Είναι η «ψυχολογική κατάσταση κάποιου, ο οποίος λειτουργεί σε ικανοποιητικό επίπεδο συναισθηματικής και συμπεριφορικής προσαρμογής» (Bingham and Banner, 2014).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ψυχική υγεία περιλαμβάνει «μεταξύ άλλων και την υποκειμενική ευεξία, το πώς αντιλαμβάνεται ο καθένας την αυτό-αποτελεσματικότητά του, την αυτονομία, την επάρκεια, τη διαγενεακή στήριξη και την αυτοπραγμάτωση του καθένα, ως προς το διανοητικό και συναισθηματικό δυναμικό του» (WHO, 2014). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, υποστηρίζει ότι η ευεξία του καθενός, εμπεικλείεται στην συνειδητοποίηση των ικανοτήτων του, στο να ανταπεξέρχεται στα φυσιολογικά άγχη της ζωής, στη παραγωγική εργασία και στην προσφορά στην κοινότητα (WHO, 2014; Bingham and Banner, 2014).

5.2 Ορισμός της Σεξουαλικής Υγείας

Η κατανόηση του όρου «σεξουαλική υγεία» δομείται εν μέρει από πολιτικά, κοινωνικά και ιστορικά γεγονότα, όπως τα επακόλουθα γεγονότα της σεξουαλικής επανάστασης του 1960, ο αγώνας για τα αναπαραγωγικά δικαιώματα και τις αμβλώσεις, τα κινήματα για τα δικαιώματα των ομοφυλοφίλων και την απειλή του HIV/AIDS (World Association for Sexology, 2000.)

Μετά από δουλειά τουλάχιστον τριών δεκαετιών, η Σεξουαλική υγεία ορίζεται ως η πληρότητα των σωματικών, συναισθηματικών, πνευματικών αλλά και κοινωνικών στοιχείων της σεξουαλικής ύπαρξης, με τρόπο τέτοιο ώστε να εμπλουτίζουν και να ομορφαίνουν την προσωπικότητα του ατόμου, την επικοινωνία του με τους άλλους και την αγάπη. Με άλλα λόγια, η Σεξουαλική

υγεία είναι η εμπειρία της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικό- πολιτισμικής ευεξίας η οποία σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα (World Association for Sexology, 2000).

5.3 Η σχέση μεταξύ σεξουαλικής υγείας και διαταραχής της ψυχικής ισορροπίας

Η σεξουαλική υγεία είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ψυχική υγεία ενός ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, ακριβώς με τον ίδιο τρόπο που σωματικά και ψυχικά προβλήματα συμβάλλουν στην εμφάνιση σεξουαλικής δυσλειτουργίας και διαταραχών, έτσι και οι σεξουαλικές δυσπραγίες δύνανται να οδηγήσουν σε προβλήματα που διαταράσσουν την σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου (World Association for Sexology, 2000).

Η σεξουαλική υγεία δεν περιορίζεται στην απουσία δυσλειτουργίας αλλά ούτε περιορίζεται μόνο στα αναπαραγωγικά χρόνια ενός ατόμου. Η σεξουαλική υγεία αφορά και στην δυνατότητα κατανόησης και στάθμισης των κινδύνων, ευθυνών και πιθανών επιπτώσεων της σεξουαλικής πράξης και της εγκράτειας αντίστοιχα, όταν χρειάζεται (Surgeon General's Report, 2001).

Η σεξουαλική υγεία συνιστά μια σπουδαία παράμετρο για την σωματική και ψυχική υγεία. Είναι ένα καίριο τμήμα της ταυτότητάς του ατόμου που επηρεάζει την καθημερινότητα του και την λειτουργικότητά του σε όλα τα επίπεδα της ζωής του (Nakoroulou et al., 2009; World Association for Sexology, 2000).

Σχηματικά, η άμεση αλληλεπίδραση της σεξουαλικής υγείας με την ψυχική υγεία είναι η εξής:

.... MENTAL HEALTH



Reflects sexual satisfaction to mental health

Improves self-confidence and emotional expression

Raises our mood, protecting us from depression

Increases emotional intimacy within the couple and satisfaction from the relationship

Enhances sociability and trust to people



Εικ 5.1. Σχέση ψυχικής και σεξουαλικής υγείας
(<http://www.imop.gr/node/2777>)

5.4 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και διαταραχή της σεξουαλικής υγείας και της ψυχικής ισορροπίας της ασθενούς

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας συνιστά μια σοβαρή κακοήθεια η οποία εντοπίζεται στην ευρύτερη περιοχή των έσω γεννητικών οργάνων της γυναίκας. Η διάγνωση του καρκίνου αποτελεί για την ασθενή μια κατάσταση που προξενεί άγχος, ταραχή αλλά και θλίψη με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η ψυχική της ισορροπία, γεγονός που επιδρά άμεσα και στην ψυχική της ηρεμία και υγεία (Κρεατσάς, 2009).

Επιπλέον, η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου υπαγορεύει την χειρουργική εκτομή της περιοχής του τραχήλου που πάσχει ή και μεγαλύτερου μέρους των γεννητικών οργάνων της γυναίκας. Το παρόν επιδρά άμεσα στην ψυχολογία της. Πιο αναλυτικά, πολλές ασθενείς βιώνουν την διαταραχή εικόνας ειδώλου της ασθενούς με αποτέλεσμα να βιώνουν το αίσθημα του φόβου ή και της ντροπής και, ασχέτως του αν θέλουν, να δηλώνουν άρνηση για σεξουαλικές επαφές με τον σύντροφό τους.

Η αδυναμία του να μπορέσει μια γυναίκα, ανεξαρτήτου ηλικίας, να σεβαστεί το σώμα της και την σεξουαλική της επιθυμία εξαιτίας του «ταμπού» της νόσου ή της θεραπείας της νόσου επηρεάζει άμεσα την ψυχική της υγεία. Το παρόν οδηγεί σε μια πλειάδα καθημερινών προβλημάτων. Αρχικά, διαταράσσεται ο ύπνος και η ποιότητα του ύπνου της ασθενούς. Η ίδια λόγω δυσθυμίας παρουσιάζει απόσυρση και κοινωνική απομόνωση. Ακόμη, δεδομένου ότι διαταράσσεται η σεξουαλική της υγεία, διαταράσσεται και η αυτοπεποίθησή της με απόρροια την διαταραχή της κοινωνικότητας του ατόμου και τον περιορισμό των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων.

Ακόμη και αν το οικογενειακό περιβάλλον και το φιλικό περιβάλλον της ασθενούς είναι φιλικό και συμπονετικό, αυτό δεν συνεπάγεται ότι η ίδια θα νιώθει απόλυτα καλά με το σώμα της, θα νιώθει έτοιμη για σεξουαλική αλληλεπίδραση με τον σύντροφό της και δεν θα βιώνει θλίψη και ανασφάλεια (Κρεατσάς, 2009).

Δεδομένων αυτών, καθίσταται παραπάνω από σαφές ότι οι επαγγελματίες υγείας, και δη οι νοσηλευτές που δίνουν έμφαση στην ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών τους, θα πρέπει να έχουν ενεργό διάλογο με τις ασθενείς τους και τους συντρόφους τους για θέματα σεξουαλικότητας και ψυχικής υγείας (Nakorouliou et al., 2009).

5.5 Νοσηλευτικές Ευθύνες- Ψυχική και Σεξουαλική υγεία ασθενών με Καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και η θεραπεία του είναι καταστάσεις που μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς την σεξουαλική και ψυχική υγεία μιας

ασθενούς, ανεξάρτητα από την ηλικία της, το υποστηρικτικό της πλαίσιο αλλά και την συμπεριφορά του συντρόφου της. Πράγματι, η σεξουαλική και ψυχική υγεία των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι εξαιρετικά ευένδοτη και προκειμένου να μην διαταραχθεί ή να αποκατασταθεί είναι απαραίτητη η ενεργός νοσηλευτική δραστηριότητα (Smith, 2004).

Αρχικά, ο νοσηλευτής έχει ευθύνη στην εκπαίδευση της ασθενούς και του υποστηρικτικού της πλαισίου. Πιο συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξηγήσει στην ασθενή ότι η ούτε η νόσος αλλά ούτε και η θεραπεία της νόσου δεν συνεπάγεται την διακοπή των σεξουαλικών επαφών. Ειδικά στις νεαρές γυναίκες που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν, ο νοσηλευτής πρέπει να εξηγήσει ότι η χειρουργική επέμβαση είναι συντηρητική και δεν αποτρέπει την σεξουαλική επαφή μεταξύ των συντρόφων και την κύηση (Nakoroulou et al., 2009; Smith, 2004).

Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενθαρρύνει τόσο την ασθενή όσο και τον σύντροφό της να διατυπώσουν τυχόν απορίες που θα πρέπει να επιλυθούν αναφορικά στην σεξουαλική υγεία της ασθενούς αλλά και του ζεύγους κατά επέκταση. Στο μεταξύ, όπως έχει ήδη αναφερθεί ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερωθεί για το σεξουαλικό ιστορικό της ασθενούς και να της μιλήσει για την επικινδυνότητα της μετάδοσης του HPV.

Ακόμη, ο νοσηλευτής θα πρέπει να λάβει και ένα πλήρες ιστορικό ψυχικής υγείας της ασθενούς. Μέσα από αυτό, ο νοσηλευτής δύναται να εκτιμήσει το πόσο επιρρεπής είναι η ασθενής στην εκδήλωση ψυχικών διαταραχών εξαιτίας της νόσου και των επικείμενων της στρεσογόνων συνθηκών. Αν ο νοσηλευτής συνειδητοποιήσει ότι ενέχεται κίνδυνος για ψυχική διαταραχή όπως κατάθλιψη, αγχώδης διαταραχή, μετατραυματικό στρες τότε, στα πλαίσια της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής, θα πρέπει να ενημερώσει άμεσα ψυχίατρο και να παραπέμψει την ασθενή σε αυτόν για την αποκατάσταση της (Saumanaki et al., 2010).

5.6 Νοσηλευτικές Ευθύνες- Ομάδες Υποστήριξης ασθενών με Καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι ενημερωμένος και ευαισθητοποιημένος αναφορικά σε Ομάδες Υποστήριξης ασθενών κι εν προκειμένω γυναικών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Με αυτόν τον τρόπο ο νοσηλευτής μπορεί να ενθαρρύνει τόσο την ασθενή όσο και το υποστηρικτικό της δίκτυο να συμμετάσχουν σε ομάδες υποστήριξης και αυτοβοήθειας που μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης της γυναίκας, στην ανάκτηση της σεξουαλικότητάς της και στην ψυχική της ισορροπία και υγεία (ΑγκαλιάΖΩ, 2010).

Συγκεκριμένα, στην χώρα μας η Ομάδα Υποστήριξης Ασθενών με Καρκίνο «ΑγκαλιάΖΩ» είναι μια καλά οργανωμένη, μη-κυβερνητική ομάδα που παρέχει συναισθηματική, ψυχολογική αλλά και κοινωνική υποστήριξη σε γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Πιο συγκεκριμένα, ο Οργανισμός «ΑγκαλιάΖΩ» στέκεται εδώ και τουλάχιστον δέκα χρόνια στο πλάι όλων των ασθενών με καρκίνο καθώς και των οικείων τους, προσπαθώντας να προσφέρει στήριξη και ενίσχυση με πολλούς τρόπους. Σκοπός του είναι:

1. Η πλήρης εφαρμογή των μεθόδων πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με σκοπό την ύπαρξη ολοένα και λιγότερων ασθενών.
2. Η ενεργός υποστήριξη των ασθενών και του οικείου τους περιβάλλοντος σε όλους τους τομείς δυσκολίας τους.
3. Η συναισθηματική τους υποστήριξη και η παροχή ψυχολογικής βοήθειας.
4. Να εξασφαλίσει ότι μια ασθενής με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, όπως και η οικογένειά της θα έχουν ψυχοκοινωνική και οικονομική στήριξη για όσο διάστημα κρίνεται απαραίτητο βάσει των αναγκών τους (ΑγκαλιάΖΩ, 2010).



Εικ. 5.2. Ο Οργανισμός «Αγκαλιάζω» (<https://www.oekk.gr>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Νοσηλευτική Διεργασία- Ορισμός, Στάδια και Χρηστική Αξία στην Κλινική Πράξη

6.1 Ορισμός της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Η Νοσηλευτική διεργασία συνιστά τόσο τρόπο σκέψης, όσο και δράσης των νοσηλευτών που βασίζεται στην επιστημονική μεθοδολογία με στόχο την επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο ασθενής, τον σχεδιασμό ενός κατάλληλου, ολιστικού και εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας και την έγκαιρη διάγνωση δυνητικών και πραγματικών κινδύνων που απειλούν το επίπεδο υγείας του ασθενούς (Pamela, 2012; Πατηράκη-Κουρμπάνη, 2006).

Πιο συγκεκριμένα, η νοσηλευτική διεργασία συνιστά ένα πολύτιμο εργαλείο στα χέρια των νοσηλευτών για τον προσδιορισμό των εκάστοτε προβλημάτων των ασθενών, αλλά ταυτόχρονα και μια οργανωμένη μέθοδο για την ικανοποίηση των ανάγων των ασθενών και την επίλυση των ζητημάτων που τους αφορούν (Pamela, 2012; Smith, 2004). Με άλλα λόγια, η νοσηλευτική διεργασία επιστρατεύεται από τους νοσηλευτές για την διασφάλιση της βέλτιστης δυνατής ποιότητας φροντίδας των ασθενών.

6.2 Βήματα της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Η Νοσηλευτική διεργασία αποτελεί μια evidence-based (βασισμένη σε ενδείξεις) προσέγγιση που αξιοποιούν οι νοσηλευτές για την φροντίδα των ασθενών τους σε ξεχωριστά αλλά ταυτόχρονα αλληλένδετα βήματα. Πιο αναλυτικά, η Νοσηλευτική διεργασία μπορεί να χωριστεί στα πέντε παρακάτω στάδια (Πατηράκη-Κουρμπάνη, 2006):

1. **Αξιολόγηση:** όπου γίνεται αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή
2. **Διάγνωση:** ανάλυση των καταγεγραμμένων ευρημάτων τόσο των αντικειμενικών, όσο και των υποκειμενικών και διατύπωση της κατάλληλης Νοσηλευτικής Διάγνωσης
3. **Σχεδιασμός:** προγραμματισμός της νοσηλείας και σχεδιασμός του κατάλληλου, ολιστικού και εξατομικευμένου πλάνου φροντίδας της ασθενούς

4. **Εφαρμογή:** εδώ γίνεται η εκτέλεση φροντίδας βάσει σχεδίου και τέλος,
5. **Εκτίμηση αποτελεσμάτων:** αξιολογούνται τα αποτελέσματα του σχεδίου φροντίδας και γίνεται εκ νέου συλλογή στοιχείων, αντικειμενικών και υποκειμενικών.

Σχηματικά, η Νοσηλευτική Διεργασία αναπαρίσταται ως εξής:



Εικ 6.1. Τα στάδια-βήματα της Νοσηλευτικής Διεργασίας
(<https://slideplayer.gr/slide/11192345/>)

6.3 Εφαρμογή των βημάτων της Νοσηλευτικής Διεργασίας στην Κλινική Πράξη

Η Νοσηλευτική Διεργασία δεν συνιστά απλά μια θεωρητική προσέγγιση. Πράγματι, η Νοσηλευτική Διεργασία είναι ένα πολύτιμο εργαλείο που πρέπει να εφαρμόζει καθημερινά στην κλινική πράξη έκαστος νοσηλευτής (Πατηράκη-Κουρμπάνη, 2006). Μόνο μέσα από την εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας

στην καθημερινή κλινική πράξη, ο νοσηλευτής ασκεί την επιστήμη του όπως αυτή βασίζεται σε ενδείξεις και τεκμηριώνει το έργο του και την αποτελεσματικότητα του τελευταίου.

Η Νοσηλευτική Διεργασία στην κλινική ξεκινάει με το βήμα της **Αξιολόγησης**. Στο πρώτο αυτό βήμα, πραγματοποιείται συστηματική συλλογή τόσο υποκειμενικών, όσο και αντικειμενικών στοιχείων για την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή αλλά και την αναγνώριση τυχόν παραγόντων κινδύνου που απειλούν πραγματικά ή δυνητικά την υγεία του.

Τα δεδομένα αυτά διακρίνονται σε αντικειμενικά και υποκειμενικά ανάλογα με την πηγή από την οποία προέρχονται και το εάν είναι μετρήσιμα ή όχι.

Πιο συγκεκριμένα, ως υποκειμενικά, θεωρούνται στοιχεία τα οποία λαμβάνονται από τον ασθενή και την οικογένεια μέσω ιστορικού, ενώ ως αντικειμενικά χαρακτηρίζονται τα στοιχεία που συλλέγονται και προέρχονται από διαγνωστικές εξετάσεις, από την μέτρηση ζωτικών σημείων, την παρατήρηση του ασθενούς και την φυσική εξέταση αλλά και δεδομένα που καταγράφονται από άλλους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τον ασθενή αυτόν (Πατηράκη-Κουρμπάνη, 2006).



Εικ 6.2. Η μέτρηση σακχάρου και λοιπές διαγνωστικές εξετάσεις θεωρούνται αντικειμενικά στοιχεία

(<https://www.onmed.gr/ygeia/story/327859/sakxaro-poies-einai-oi-fysiologikes-times>)

Οι τεχνικές που επιστρατεύει ένας νοσηλευτής προκειμένου να επιτύχει την συλλογή των δεδομένων του είναι οι εξής:

- Λήψη νοσηλευτικού ιστορικού
- Κλινική εξέταση
- Ανασκόπηση του ιατρικού ιστορικού και του ιατρικού φακέλου
- Ανασκόπηση των εργαστηριακών ευρημάτων
- Συζήτηση με οικογένεια και λοιπό υποστηρικτικό δίκτυο
- Συνεργασία με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα
- Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Αμέσως μετά από την συλλογή των ευρημάτων, ο νοσηλευτής θα πρέπει να διατυπώσει τις νοσηλευτικές του διαγνώσεις κατά NANDA βάσει των ευρημάτων του και των ζητημάτων που παρουσιάζει ο ασθενής, προχωρώντας έτσι στο δεύτερο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας (Πατηράκη- Κουρμπάνη, 2006). Η NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) είναι μια επαγγελματική οργάνωση νοσηλευτών που ενδιαφέρονται για την τυποποιημένη νοσηλευτική ορολογία, η οποία ιδρύθηκε επίσημα το 1982 και αναπτύσσει, ερευνά, διαδίδει και βελτιώνει την ονοματολογία, τα κριτήρια και την ταξινόμηση των νοσηλευτικών διαγνώσεων. Το 2002, η NANDA επανεκκινήθηκε ως NANDA International ως απάντηση στο ευρύτερο πεδίο της συμμετοχής της. Η NANDA International δημοσίευσε νοσηλευτική διάγνωση τριμηνιαία, η οποία έγινε το διεθνές περιοδικό της νοσηλευτικής γνώσης το 2002.. Η Νοσηλευτική Διάγνωση αφορά στην διατύπωση και την καταγραφή στον νοσηλευτικό φάκελο του ασθενούς ενός υπαρκτού ή δυνητικού προβλήματος υγείας μαζί με την αιτιολογία του και τα υποστηρικτικά δεδομένα της ύπαρξής του. Η διατύπωση αυτή βασίζεται τόσο στα υποκειμενικά όσο και στα αντικειμενικά δεδομένα που έχει συλλέξει ο νοσηλευτής.

Αφού διατυπωθούν οι ανάλογες νοσηλευτικές διαγνώσεις, ο νοσηλευτής προχωράει, πάντα σε συνεργασία και συνεννόηση με τον ασθενή στο τρίτο στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας , δηλαδή στον Σχεδιασμό. Σε αυτό το στάδιο γίνεται ο προγραμματισμός της νοσηλείας. Αρχικά, θα πρέπει να γίνει η

ιεράρχηση των προβλημάτων του ασθενούς, ανάλογα με το αν είναι υψηλής, μέσης και χαμηλής προτεραιότητας. Βάσει αυτών των προβλημάτων, γίνεται η διατύπωση και η καταγραφή των νοσηλευτικών στόχων σε συνεργασία πάντα με τον ασθενή και ο προσδιορισμός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που πρέπει να πραγματοποιηθούν. Επιπλέον, σε αυτό το στάδιο λαμβάνει χώρα ο καθορισμός των κριτηρίων αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας του σχεδίου φροντίδας και εγκαθίσταται η συνεργασία τόσο με τον ασθενή, όσο και με την οικογένεια και την νοσηλευτική ομάδα (Πατηράκη- Κουρμπάνη, 2006).



Εικ 6.3. Σχεδιασμός του πλάνου φροντίδας σε συνεργασία του νοσηλευτή με τον ασθενή για τον καθορισμό εφικτών στόχων και την διατύπωση και καταγραφή ανάλογων νοσηλευτικών παρεμβάσεων (<https://onlinenursing.duq.edu/blog/nurses-role-patient-education-patient-satisfaction/>)

Αμέσως μετά, ακολουθεί το στάδιο της **Εφαρμογής** του Πλάνου Φροντίδας του ασθενή. Σε αυτό το στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας, στην κλινική πράξη πραγματοποιείται η εκτέλεση των ήδη διατυπωμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Επιπρόσθετα, σε αυτό το βήμα ο νοσηλευτής ενθαρρύνει όλο και περισσότερο την συμμετοχή του ασθενή μέσα από εκπαίδευση αλλά και θεραπευτικό διάλογο τόσο με τον ασθενή όσο και με το υποστηρικτικό του πλαίσιο για να ενισχυθεί η αυτό-φροντίδα. Τέλος, βάσει

των αναγκών του ασθενούς, ο νοσηλευτής αναλαμβάνει την επικοινωνία με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας για να εξασφαλίσει τον συντονισμό και την οργάνωση παρεμβάσεων που θα αυξήσουν την λειτουργικότητα του ασθενή (Πατηράκη- Κουρμπάνη, 2006).

Τέλος, μετά από την εφαρμογή των παρεμβάσεων του προηγούμενου σταδίου, ακολουθεί το τελευταίο στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας, που είναι η **Εκτίμηση των αποτελεσμάτων**. Εδώ αξιολογείται ο βαθμός επίτευξης των επιθυμητών στόχων, εάν και σε πιο βαθμό έχουν επιτευχθεί αλλά και ο έλεγχος της αντίδρασης του ασθενούς στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόστηκαν προηγουμένως. Τέλος, επανεξετάζεται ολόκληρο το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας και γίνονται οι απαραίτητες αλλαγές που τυχόν χρειάζονται (Πατηράκη- Κουρμπάνη, 2006).



Εικ 6.4. Συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας υγείας στα πλαίσια της Νοσηλευτικής Διεργασίας και της ολιστικής φροντίδας του ασθενή (<https://online.rivier.edu/improving-nurse-physician-communication/>)

6.4 Η χρηστική αξία της Νοσηλευτικής Διεργασίας στην Κλινική Πράξη- Νοσηλευτική Βασισμένη σε Ενδείξεις

Η Νοσηλευτική Διεργασία δεν συνιστά απλά μια θεωρητική προσέγγιση αλλά είναι ένα πολύτιμο εργαλείο που πρέπει να εφαρμόζει καθημερινά στην

κλινική πράξη έκαστος νοσηλευτής για να επιτύχει την ολιστική και παράλληλα εξατομικευμένη φροντίδα των ασθενών του (Πατηράκη- Κουρμπάνη, 2006).

Με άλλα λόγια, η Νοσηλευτική Διεργασία είναι η μέθοδος που οφείλει να επιστρατεύει καθημερινά στην κλινική πράξη ένας νοσηλευτής προκειμένου να επιτύχει την υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή του. Εξάλλου, μονάχα μόνο μέσα από την Νοσηλευτική Διεργασία, ο νοσηλευτής μιας κλινικής εντοπίζει τους κινδύνους ή τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας ασθενής και άρα μπορεί να ασκεί **Νοσηλευτική Βασισμένη σε Ενδείξεις** (Pamela, 2009).

Εν συνεχεία, ο νοσηλευτής δύναται να συνεργαστεί τόσο με τον ασθενή όσο και με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας για να εξασφαλίσει την βέλτιστη δυνατή φροντίδα του ασθενή του. Τέλος, μέσα από την εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας, ο νοσηλευτής οργανώνει και καταγράφει το έργο και την ποιότητα της δουλειάς του και εν κατακλείδι τεκμηριώνει το κλινικό και ταυτόχρονα επιστημονικό του έργο (Πατηράκη-Κουρμπάνη, 2006). Σχηματικά, η Νοσηλευτική που βασίζεται σε Ενδείξεις έχει την παρακάτω δομή:



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Νοσηλευτική Διεργασία- Φροντίδα σε ασθενείς με καρκίνο τραχήλου μήτρας

7.1 Περιστατικό 1^ο

Η ασθενής Α.Κ., 57 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ στις 13/6/2019 λόγω αιφνίδιας μετεμμηνοπαυσιακής μητρορραγίας και έντονου άλγους στο υπογάστριο. Ακολούθησε άμεσα γυναικολογική εξέταση, όπου διαπιστώθηκε αιμορραγία από τον τράχηλο και σκλήρυνση του πρόσθιου χείλους του τραχήλου της μήτρας. Λήφθηκε τραχηλικό επίχρισμα. Η ιστολογική εξέταση έδειξε πλακώδες καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας με νεκρωτικές εστίες. Ο συνεπακόλουθος απεικονιστικός έλεγχος έδειξε μη προσβολή των παρακείμενων σπλάχνων και γειτονικών λεμφαδένων. Η ασθενής είναι έγγαμη, με 3 τέκνα και σε εμμηνόπαυση. Αφού δεν υπήρχε ενδεχόμενο επόμενης κύησης, ως θεραπεία εκλογής ορίσθηκε η ριζική υστερεκτομή.

Μετά από 3 μέρες έγινε εισαγωγή της ασθενούς στην Χειρουργική-Γυναικολογική Κλινική για να γίνει το προγραμματισμένο χειρουργείο της ολικής υστερεκτομής. Στον προεγχειρητικό έλεγχο οι εργαστηριακές εξετάσεις ήταν φυσιολογικές. Τα ζωτικά σημεία ήταν ΑΠ: 120/74mmHg, 88 σφίξεις ανά λεπτό, 16 ανάσες ανά λεπτό, spO₂%: 97% και θερμοκρασία 37°C. Η ασθενής δεν είχε συννοσηρότητες. Αναφέρει ωστόσο προηγούμενη αλλεργική αντίδραση Η ασθενής έχει άριστο διανοητικό επίπεδο αλλά είναι ιδιαίτερα στρεσαρισμένη κι αγχωμένη με το επικείμενο χειρουργείο και ανέφερε ότι φοβάται την νάρκωση και το αποτέλεσμα του χειρουργείου μήπως δεν ξαναδεί τα παιδιά της.

Μετά από την συλλογή αντικειμενικών στοιχείων από τον ιατρικό φάκελο και τις εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και την συλλογή στοιχείων από το νοσηλευτικό ιστορικό ο νοσηλεύτης συνεχίζει την **Νοσηλευτική Διεργασία**

στα πλαίσια της προεγχειρητικής φροντίδας της ασθενούς. Παρακάτω διατυπώνονται οι σχετικές νοσηλευτικές διαγνώσεις.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Σχεδίου Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p><i>Παρατηρήθηκε φόβος στην ασθενή λόγω της νάρκωσης και τη πιθανότητα να μην ξαναδεί τα παιδιά της</i></p>	<p>Φόβος θανάτου</p> <p>Αντικειμενικός Σκοπός: Διαχείριση και μείωση του φόβου πριν την εισχώρηση της ασθενούς στο χειρουργικό θάλαμο</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η συναισθηματική υποστήριξη της ασθενούς για το άγνωστο για αυτήν χ/ο 2. Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ο νοσηλευτής ενημέρωσε την ασθενή για το χ/ο και το χαμηλό ποσοστό θνησιμότητας όπως και την διάρκεια της νάρκωσης και πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες 2. Επίσκεψη της ασθενούς από την οικογένεια του για να περιβάλλεται από οικία πρόσωπα 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής είναι ενήμερη για το χ/ο και συναινεί 2. Η ασθενής αισθάνεται λιγότερο φόβο και ενθαρρυμένη για την εισαγωγή στο θάλαμο
<p><i>Η ασθενής δείχνει στρεσαρισμένη λόγω του χειρουργείου της ολικής υστερεκτομής</i></p>	<p>Άγχος, όπως φαίνεται από λεκτική αναφορά της ασθενούς για το επικείμενο χ/ο</p> <p>Αντικειμενικός Σκοπός: Διαχείριση του άγχους της ασθενούς πριν μπει για την χειρουργική επέμβαση</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενημέρωση και εκπαίδευση της ασθενούς για το χειρουργείο 2. Επιστράτευση τεχνικών χαλάρωσης, όπως κατευθυνόμενη σκέψη, διατάσεις και αναπνευστικές ασκήσεις 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ο νοσηλευτής ενημέρωσε την ασθενή για την επέμβαση (διάρκεια, αναγκαιότητα και ανεπιθύμητες ενέργειες) 2. Διδασκαλία τεχνικών χαλάρωσης 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής είναι ενήμερη για το χ/ο και συναινεί 2. Η ασθενής αναφέρει ότι δεν είναι πλέον τόσο αγχωμένη



Εικ 7.1. Checklist προ-εγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας
(<https://gr.pinterest.com/pin/230105862195459515/?lp=true>)

Μετά από την ολοκλήρωση του χειρουργείου και την φροντίδα στην ανάνηψη η ασθενής επέστρεψε στην Χειρουργική-Γυναικολογική Κλινική. Αμέσως ο νοσηλευτής αξιολόγησε τα ζωτικά σημεία ΑΠ: 140/90mmHg, 104 σφίξεις ανά λεπτό, 19 ανάσες ανά λεπτό, $spO_2\%$: 96% και θερμοκρασία 35,1°C. Το επίπεδο συνείδησης της ασθενούς ήταν φυσιολογικό και η τελευταία ανέφερε έντονο άλγος στην περιοχή της χειρουργικής τομής καθώς και ότι κρυώνει. Ο νοσηλευτής παρατήρησε τρόμο των άκρων και περιφερική κυάνωση. Η εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας κατά την **άμεση μετεγχειρητική περίοδο** είναι η εξής:

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Σχεδίου Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Η ασθενής αναφέρει έντονο πόνο στη περιοχή της τομής	Οξύς πόνος , όπως φαίνεται από αυξημένες σφίξεις και ΑΠ και λεκτική αναφορά ασθενούς	<ol style="list-style-type: none"> 1. Παρεντερική χορήγηση αναλγητικών βάσει ιατρικής οδηγίας 2. Αλλαγή θέσης σώματος 	Η ασθενής έλαβε APOTEL 1gIV σε 100ccNaCL 0,9% βάσει της ιατρικής οδηγίας	Η ασθενής αναφέρει ανακούφιση από τον πόνο με τη χορήγηση του φαρμάκου
Η ασθενής δηλώνει ότι κρυώνει καθώς παρατηρείται τρόμο των άκρων και περιφερική κυάνωση	Ρίγος , όπως φαίνεται από λεκτική αναφορά της ασθενούς	<ol style="list-style-type: none"> 1. Τοποθέτηση ισοθερμικής κουβέρτας στην ασθενή 2. Τακτική μέτρηση της θερμοκρασίας σώματος ανά μισάωρο 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ο νοσηλευτής έβαλε ισοθερμικό κάλυμμα και άλλα θερμαντικά σώματα 2. Αξιολογεί ανά μισάωρο την θερμοκρασία ασθενούς 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής αναφέρει ανακούφιση 2. Δεν τρέμει πλέον με τη θερμοκρασία της στους 36,7°C 3. Δεν παρουσιάζει κυάνωση

Τις επόμενες ημέρες της νοσηλείας της ασθενούς στην κλινική η τελευταία παρουσιάζει αιφνίδια άλγος στο υπογάστριο και πυρετό 38,4°C. Ο νοσηλευτής αξιολογεί τα υπόλοιπα ζωτικά σημεία ΑΠ: 130/80mmHg, 100 σφίξεις ανά λεπτό, 18 ανάσες ανά λεπτό, spO₂ %: 96%. Στην συνέχεια ελέγχει την κοιλιά της ασθενούς και παρατηρεί συλλογή πύου στην χειρουργική τομή και οίδημα των χειλέων του τραύματος. Ο νοσηλευτής ειδοποίησε τον θεράποντα που όρισε διάγνωση λοίμωξης του χειρουργικού πεδίου. Η νοσηλευτική διεργασία είναι:

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Σχεδίου Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
------------	-------------------------	---	----------------------------	---------------------------

Η ασθενής παρουσιάζει έντονο πόνο στο υπογάστριο	Οξύς πόνος , όπως φαίνεται από αυξημένες σφίξεις και ΑΠ και λεκτική αναφορά ασθενούς	<ol style="list-style-type: none"> 1. Παρεντερική χορήγηση αναλγητικών βάσει ιατρικής οδηγίας 2. Αλλαγή θέσης σώματος ασθενούς 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής έλαβε ΑΡΟΤΕΛ 1gIV σε 100ccNaCL 0,9% βάσει της ιατρικής οδηγίας 2. Ο νοσηλευτής τοποθέτησε τον ασθενή σε βολική θέση 	Η ασθενής αναφέρει ανακούφιση από τον πόνο στα 20 λεπτά από την χορήγηση του φαρμάκου
Παρατηρείται συλλογή πύου και οίδημα στο τραύμα όπως και ερεθισμός γύρω από αυτό	Κίνδυνος λοίμωξης τραύματος	<ol style="list-style-type: none"> 1. Παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών βάσει ιατρικής οδηγίας 2. Καθαρισμός τραύματος 3. Εκπαίδευση ασθενούς στον καθαρισμό τραύματος 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ο νοσηλευτής χορηγεί colliisporin 1*3 IV βάσει ιατρικής οδηγίας 2. Πραγματοποιείται αλλαγή τραύματος 3. Διδάσκει στην ασθενή και την οικογένειά της πώς να φροντίζει το τραύμα 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Σταματάει η εκροή πύου από το τραύμα 2. Το οίδημα και ο ερεθισμός υποχωρούν 3. Η ασθενής και η οικογένειά της γνωρίζουν πλέον πώς να φροντίζουν το τραύμα στο σπίτι
Παρουσιάζει πυρετό με αυξημένη θερμοκρασία 38,4° C	Πυρετός	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση αντιπυρετικών 2. Τοποθετούμε κομπρέσες 3. Χορήγηση υγρών 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση παρακεταμόλης 120mg σε 5ml 2. Ο νοσηλευτής τοποθέτησε κομπρέσες για την πτώση πυρετού 3. Ο νοσηλευτής φρόντισε για την χορήγηση υγρών για την ενυδάτωση της ασθενούς 	Η θερμοκρασία έπεσε στους 37,1° C με τον πυρετό να υποχωρεί

7.2 Περιστατικό 2°

Η ασθενής ΛΣ., 65 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ στις 3/5/2019 λόγω αιφνίδιας μετεμμηνοπαυσιακής μητρορραγίας και έντονου άλγους στο υπογάστριο. Ακολούθησε άμεσα γυναικολογική εξέταση, όπου διαπιστώθηκε αιμορραγία από τον τράχηλο και σκλήρυνση του πρόσθιου χείλους του τραχήλου της μήτρας. Λήφθηκε τραχηλικό επίχρισμα. Η ιστολογική εξέταση έδειξε πλακώδες καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας με νεκρωτικές εστίες.

Ο συνεπακόλουθος απεικονιστικός έλεγχος έδειξε διήθηση των παρακείμενων εντερικών ελίκων του παχέος εντέρου και γειτονικών λεμφαδένων. Η ασθενής είναι έγγαμη, με 2 τέκνα και σε εμμηνόπαυση. Αφού δεν υπήρχε ενδεχόμενο επόμενης κύησης, ως θεραπεία εκλογής ορίσθηκε η ριζική υστερεκτομή και η μερική κολεκτομή με εγκατάσταση κολοστομίας. Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος κατέδειξε την αναγκαιότητα συμπληρωματικής χημειοθεραπείας με σισπλατίνη.

Η ασθενής σήμερα (28/6/2019) εισήχθη στην Ογκολογική Κλινική του Νοσοκομείου για έναρξη του 1^{ου} κύκλου χημειοθεραπειών. Ο νοσηλευτής στα πλαίσια της Νοσηλευτικής Διεργασίας κάνει ανασκόπηση του ιατρικού της φακέλου και λαμβάνει ζωτικά σημεία πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας. Είναι ΑΠ 130/80mmHg, 90 σφίξεις ανά λεπτό, 18 ανάσες ανά λεπτό, spO₂%: 96%. Δεν παρουσιάζει συνοδές νόσους. Στην συνέντευξη φάνηκε λυπημένη και αγχωμένη με την κατάσταση της υγείας της. Αναφέρει ότι είναι κουρασμένη και δεν κοιμάται καλά γιατί είναι αγχωμένη και ότι έχει μόνιμο φόβο το να μην πέσουν τα μαλλιά της με την θεραπεία. Τέλος, εκμυστηρεύεται στον νοσηλευτή ότι εδώ κι ένα μήνα που έχει την κολοστομία δυσκολεύεται να την περιποιηθεί και συχνά οι κενώσεις φεύγουν από το σακουλάκι και λερώνεται και ντρέπεται πολύ. Η νοσηλευτική διεργασία είναι η εξής:

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Σχεδίου Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Η ασθενής δεν γνωρίζει πώς να περιποιηθεί την κολοστομία	1. Έλλειμα γνώσεων για φροντίδα στομίας , όπως φαίνεται από λεκτική αναφορά της ασθενούς Αντικειμενικός Σκοπός: Η ασθενής θα μάθει άμεσα από την εκπαίδευση τον σωστό τρόπο περιποίησης της στομίας της και θα επιδεικνύει αυτοπεποίθηση	Διδασκαλία τεχνικής περιποίησης στομίας και αλλαγής σάκου	Ο νοσηλευτής διδάσκει στην πράξη την ασθενή και ελέγχει το επίπεδο κατανόησης της	Η ασθενής μαθαίνει να περιποιείται σωστά την στομία της
Η ασθενής έχει άγχος όπως αναφέρει στη συνέντευξη	2. Άγχος , όπως φαίνεται από λεκτική αναφορά της ασθενούς και φόβο αλωπεκίας από την ΧΜ/Θ Αντικειμενικός Σκοπός: Διαχείριση του άγχους της ασθενούς πριν από την έναρξη ΧΜ/Θ	1. Ενημέρωση της ασθενούς για τον κίνδυνο αλωπεκίας 2. Αναφορά τεχνικών επίλυσης του προβλήματος όπως κρυοθεραπεία θυλάκων και εύρεση μιας κατάλληλης περούκας	Ο νοσηλευτής ενημέρωσε την ασθενή για το ενδεχόμενο αλωπεκίας με ενδιαφέρον, κατανόηση και ειλικρίνεια. Και ανέφερε εναλλακτικές τεχνικές επίλυσης του ζητήματος	Η ασθενής αναφέρει ότι δεν είναι εξίσου αγχωμένη
Η ασθενής έχει κόπωση λόγω έλλειψης ύπνου	3. Αυπνία , Όπως φαίνεται από λεκτική αναφορά λόγω άγχους Αντικειμενικός Σκοπός: Η ασθενής θα αναφέρει βελτίωση του ύπνου σε διάστημα μιας εβδομάδας	1. Συζήτηση με την ασθενή για τους παράγοντες που της δημιουργούν άγχος 2. Επίλυση στρεσογόνων καταστάσεων από κοινού 3. Διδασκαλία τεχνικών χαλάρωσης και 4. Κατευθυνόμενη σκέψης	1. Εύρεση στρεσογόνων παραγόντων 2. Επίλυση των προβλημάτων που προκαλούν στρες με εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη 3. Παραπομπή σε ψυχολόγο και ομάδες αυτοβοήθειας 4. Διδασκαλία και επιστράτευση τεχνικών χαλάρωσης	Η ασθενής αναφέρει μειωμένο στρες και βελτίωση της ποιότητας του ύπνου της

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στα πλαίσια της παρούσας πτυχιακής εργασίας και μέσα από ενδελεχή ανασκόπηση τόσο της ελληνικής όσο και της διεθνούς βιβλιογραφίας φάνηκε ότι οι νοσηλευτές έχουν να αναλάβουν μια πλειάδα ευθυνών σε κάθε στάδιο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Πράγματι, με βασικό εφόδιο την Νοσηλευτική Διεργασία, οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν ευθύνες και διαχειρίζονται τις ανάγκες και τα προβλήματα ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε οποιαδήποτε φάση της νόσου.

Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές έχουν ρόλο στην αγωγή και την προαγωγή της υγείας στα πλαίσια της πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αλλά και στην έγκαιρη του διάγνωση. Αν η νόσος έχει εγκατασταθεί, οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που θα εκπαιδεύσουν την ασθενή και που αναλαμβάνουν την εξατομικευμένη και ταυτόχρονα ολιστική της φροντίδα, δίνοντας έμφαση στην ψυχική και σεξουαλική της υγεία.

Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές μέσα από την χρήση της Νοσηλευτικής Διεργασίας αναλαμβάνουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων και των δυνητικών κινδύνων της ασθενούς κατά την προεγχειρητική και μετεγχειρητική περίοδο αλλά και κατά την φάση της επικουρικής ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας.

Εν κατακλείδι, οι νοσηλευτές συνιστούν αναπόσπαστο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας στην διαχείριση ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Είναι λοιπόν αδήριτη η ανάγκη καθένας από εμάς να αναλάβει τις ευθύνες του με στόχο την παροχή της βέλτιστης ποιοτικά ολιστικής φροντίδας ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bartlett JA, Peterson JA. (2011) The uptake of Human Papillomavirus (HPV) vaccine among adolescent females in the United States: a review of the literature. *J Sch Nurs.* 2011 Dec;27(6):434-46.

Branca M, Costa S, Mariani L, Sesti F, Agarossi A, di Carlo A, Galati M, Benedetto A, Ciotti M, Giorgi C, Criscuolo A, Valieri M, Favalli C, Paba P, Santini D, Piccione E, Alderisio M, De Nuzzo M, di Bonito L, Syrjänen K. (2004) Assessment of risk factors and human papillomavirus (HPV) related pathogenetic mechanisms of CIN in HIV-positive and HIV-negative women. Study design and baseline data of the HPV-Pathogenesis study. *Eur J Gynaecol Oncol*;25(6): 689-98.

Bingham R, Banner N. The definition of mental disorder: evolving but dysfunctional? *J Med Ethics.* 2014 Aug;40(8):537-42

Canfell K, Caruana M, Gebiski V, Darlington-Brown J, Heley S, Brotherton J, Gertig D, Jennett CJ, Farnsworth A, Tan J, Wrede CD, Castle P, Saville M. (2017) Cervical screening with primary HPV testing or cytology in a population of women in which those aged 33 years or younger had previously been offered HPV vaccination: Results of the Compass pilot randomised trial. *PLoS Med.* Sep 19;14(9):e1002388.

Champer M, Wong AM, Champer J, Brito IL, Messer PW, Hou JY, Wright JD. (2018) The role of the vaginal microbiome in gynaecological cancer. *BJOG.* Feb;125(3): 309-315.

Colvin CW, Abdullatif H. (2013) Anatomy of female puberty: The clinical relevance of developmental changes in the reproductive system. Clin Anat. Jan;26(1): 115-29.

Fu TC, Fu Xi L, Hulbert A, Hughes JP, Feng Q, Schwartz SM, Hawes S, Koutsky LA, Winer RL. (2015) Short-term natural history of high-risk human papillomavirus infection in mid-adult women sampled monthly. Int J Cancer ;137(10):2432-42.

HealthPharma. (2018) Νέα ένδειξη στο Keytruda για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Διαθέσιμο σε: <https://www.healthpharma.gr/pharmacy> (Ημερομηνία επίσκεψης: 22/6/2019).

IMS data, Greece. (2018) 2007-April2018.

Johnson-Mallard V, Thomas TL, Kostas-Polston EA, Barta M, Lengacher CA, Rivers D. (2012) The nurse's role in preventing cervical cancer: A cultural framework. Am Nurse Today. Jul 1;7(7).

Kessler A. (2017) Cervical Cancer: Prevention and Early Detection. Semin Oncol Nurs. 2017 May;33(2):172-183.

Li Haoran, Xiaohua Wu, and Xi Cheng. (2016) Advances in diagnosis and treatment of metastatic cervical cancer. J Gynecol Oncol. 2016 Jul;27(4): 43-51.

Lemaine V and Simmons PS. (2013) The adolescent female: Breast and reproductive embryology and anatomy. Clin Anat. 2013 Jan;26(1):22-8.

Mitra A, MacIntyre D, Marchesi JR, Lee YS, Bennett PR, Kyrgiou M. (2016) The vaginal microbiota, human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia: what do we know and where are we going next? *Microbiome*. 1;4(1): 58.

Monk BJ, Herzog TJ. (2007) The evolution of cost-effective screening and prevention of cervical carcinoma: implications of the 2006 consensus guidelines and human papillomavirus vaccination. *Am J Obstet Gynecol*. Oct;197(4):337-9.

Moore K. (2016) Κλινική Ανατομία. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2016.

Monk BJ and Herzog TJ. (2007) The evolution of cost-effective screening and prevention of cervical carcinoma: implications of the 2006 consensus guidelines and human papillomavirus vaccination. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Oct;197(4):337-9.

Nakopoulou E, Papaharitou S, Hatzichristou D. (2009) Patients' Sexual Health: A Qualitative Research Approach on Greek Nurses' Perceptions. *The Journal of Sexual Medicine*;6 (8): 2124-2132.

Pamela L. (2012) Κλινικές Νοσηλευτικές Δεξιότητες και Νοσηλευτική Διεργασία. Ιατρικές Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα.

Pimple S, Mishra G, Shastri S. (2016) Global strategies for cervical cancer prevention. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2016 Feb;28(1):4-10.

Rosen BL, Goodson P, Thompson B, Wilson KL. (2015) School nurses' knowledge, attitudes, perceptions of role as opinion leader, and

professional practice regarding human papillomavirus vaccine for youth. J Sch Health. 2015 Feb;85(2):73-81.

Sadler T. (2006) Βασική ιατρική εμβρυολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2006.

Saunamäki N, Matilda Andersson M, Engström D (2010) Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. Journal of Advanced Nursing 66(6), 1308–1316.

Sherman SM, Cohen CR, Denison HJ, Bromhead C, Patel H. (2019) A survey of knowledge, attitudes and awareness of the human papillomavirus among healthcare professionals across the UK. Eur J Public Health.

Sherman S. (2016) HPV-Nursing in Practice. Available in: <https://www.nursinginpractice.com/article/human-papillomavirus>

Sherry JS, Collins SK, McKinnies RC, Fleege A, Walter ML. (2018) Human Papilloma Virus and the Nurse's Role in Education and Prevention. Health Care Manag (Frederick). Jul/Sep;37(3):268-272.

Smith DB. (2004) Female pelvic floor health: a developmental review. J Wound Ostomy Continence Nurs;31(3): 130-7.

Snell RS. (2010) Κλινική Ανατομία. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2010.

Surgeon General Report. (2001) The Surgeon General's Call to Action to Promote Sexual Health and Responsible Sexual Behavior. PDF

Thomas TL. (2016) Cancer Prevention: HPV Vaccination. Semin Oncol Nurs. 2016 Aug;32(3):273-80.

WHO. (2017) Meeting of the Global Advisory Committee on Vaccine Safety, 7-8 June 2017. Weekly Epidemiological Report, 14 July 2017. 92th Year/ No 28, 2017, 92, 393–404.
http://www.who.int/vaccine_safety/committee/reports/en/

World Health Organization. Mental health: a state of well-being; 2014. Διαθέσιμο σε: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

World Association for Sexology. (2000) Available in: <http://www.worldsexology.org/>

Yildirim JG and Arabaci Z. (2014) Innovations in HPV vaccination and roles of nurses in cervical cancer prevention. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(23):10053-6.

ΑγκαλιάΖΩ (2017) Σκοπός του Οργανισμού- Ενίσχυση Ασθενών με Καρκίνο. Διαθέσιμο σε: <https://www.oekk.gr>

ΚΕΕΛΠΝΟ (2013) Επιδημιολογικά δεδομένα καρκίνου τραχήλου της μήτρας. Διαθέσιμο σε: <http://www.keelpno.gr/Portals/0/Newsletter.pdf> (Ημερομηνία επίσκεψης 12/6/2019).

Καλαμπόκη Β. (2018) Καρκίνος του Τραχήλου της Μήτρας και Νοσηλευτικές Ευθύνες. ΑΤΕΙ Θεσσαλίας, Λάρισα.

Καλοκαιρινού Α. (2009) Κοινωνική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 1^η έκδοση, 2005.

Κρεατσάς ΓΚ. (2009) Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2009.

Κοντέ Β. (2014). Εμβόλια. Ενημερωτικό δελτίο. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. 43(4):6-8.

Μορτάκης Α. (2016) HPV και καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Διαθέσιμο σε: <https://mortakis.hpvinfoscenter.gr/hpv-causes/hpv-xamilou-kindynou-ti-prokaloun/> (Ημερομηνία επίσκεψης 23/6/2019).

Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. (2006) Νοσηλευτική Ογκολογία-Πλαίσιο Φροντίδας. Ιατρικές Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα.