



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
« ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ
ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»



ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΦΙΑ

ΓΑΡΕΙΟΥ ΑΙΜΙΛΙΑ

ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΜΠΕΧΛΟΥ ΛΑΜΠΡΙΝΗ

ΠΑΤΡΑ, 2021

ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί μια προσπάθεια ολοκλήρωσης των σπουδών μας στο τμήμα νοσηλευτικής του πανεπιστημίου Πατρών (πρώην ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας). Η εργασία μας αποτελεί μια ολοκληρωμένη παρουσίαση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Κατά την διάρκεια της εκπόνησης της, διευκρινίστηκε πως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μια απειλητική νόσο για την ζωή, καθώς είναι διεθνώς ο τέταρτος πιο κοινός καρκίνος στις γυναίκες. Συνεπώς ο ρόλος του νοσηλευτή συνδράμει στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της νόσου. Ο λόγος για τον οποίο ασχοληθήκαμε με το συγκεκριμένο θέμα, είναι επειδή πιστεύουμε ότι παρά το γεγονός πως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί έγκαιρα (τεστ Παπανικολάου, εμβόλιο), εξακολουθεί να αντιπροσωπεύει το 3,2% όλων των καρκίνων μεταξύ των γυναικών παγκοσμίως.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά για την στήριξη της καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας την εποπτεύουσα καθηγήτριά μας κα Μπέγλου Λαμπρινή.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος αποτελεί μια απειλητική νόσο για τη ζωή. Πρόκειται για ένα γεγονός χωρίς οριοθετημένη χρονική διάρκεια. Τα στοιχεία της απειλής της ζωής, της ματαίωσης, των προσδοκιών και της ενδεχόμενης καταστροφής-ψυχικής και σωματικής, σε φαντασιωσικό ή πραγματικό επίπεδο κινητοποιούν τους μηχανισμούς άμυνας και τις ψυχικές εκείνες διεργασίες που θα μπορούσαν να ελέγξουν το άγχος που αναδύεται. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου έχει υψηλό οικονομικό κόστος που επιβαρύνει το Σύστημα Υγείας, προκύπτει από την παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο, τις χειρουργικές επεμβάσεις, τις υψηλής ακρίβειας και κόστους διαγνωστικές εξετάσεις αλλά κυρίως από τους θεραπευτικούς χειρισμούς που περιλαμβάνουν την ιδιαίτερα ακριβή φαρμακευτική αγωγή. Πέραν από το οικονομικό, το κοινωνικό κόστος είναι δυσβάστακτο για τη συνοχή της πολιτείας. Οι πάσχοντες υφίστανται μεγάλες αλλαγές στην οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική τους ζωή. Στο φιλικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, αντιμετωπίζουν συχνά τον οίκτο ή και την απόρριψη, γεγονός που δημιουργεί πρόσθετο δυσβάστακτο ψυχικό φορτίο στους ασθενείς, οι οποίοι ενοχοποιούν τον εαυτό τους για ό,τι συνέβη. Στην προσπάθεια για την σωστή και επιτυχή αντιμετώπιση του καρκίνου, η γνώση και η έγκυρη ενημέρωση των ίδιων των γυναικών αποτελεί πρωταρχικό και καθοριστικό παράγοντα. Ο ρόλος μας ως εξειδικευμένοι επιστήμονες στον καρκίνο εκτείνεται, πολύ πέρα από τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την ευαισθητοποίηση του κοινού για την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία των συγκεκριμένων καρκίνων, που στην πλειοψηφία θα μπορούσαν να προληφθούν.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας εργασία είναι η σφαιρική παρουσίαση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, η ανάδειξη του ρόλου του νοσηλευτή στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και στην φροντίδα των ασθενών αυτών σύμφωνα με τα σύγχρονα διεθνή δεδομένα. Επιπλέον και η νοσηλευτική διεργασία αφορά μέρος του σκοπού, όπου απαρτίζεται από δύο κλινικά περιστατικά γυναικών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Υλικό και μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την συγγραφή της παρούσας πτυχιακής εργασία είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφία έγινε μέσα από επιστημονικές βάσεις όπως είναι το Pubmed, το Google

Scholar και το Science direct για την περίοδο 2011 με 2021. Επίσης έγινε αναζήτηση σε ελληνικά επιστημονικά συγγράμματα με τη ίδια χρονική περίοδο.

Αποτελέσματα: Το αποτέλεσμα από αυτή την βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι πως η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση είναι το βασικό πλεονέκτημα για μια γυναίκα που διαγιγνώσκεται με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ταυτόχρονα ο ρόλος του νοσηλευτή παίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο για τις γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας διότι παρέχει εκπαίδευση, ενημέρωση και βοηθούν σε ενέργειες για την θεραπεία των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος, τράχηλος μήτρας, γυναίκα, πρόληψη, θεραπεία

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a life-threatening disease. This is an event with no time limit. The elements of life threatening, frustration, expectations and possible catastrophe - mental and physical, on a fantasy or real level mobilize the defense mechanisms and those mental processes that could control the emerging stress. The treatment of cancer has a high financial cost borne by the Health System, resulting from the patient's stay in the hospital, surgeries, high-precision and cost diagnostic tests but mainly from the treatments that include the very expensive medication. Apart from the economic, the social costs are unbearable for the cohesion of the state. Patients undergo major changes in their family, professional and social life. In their friendly and family environment, they often face pity or even rejection, which creates an additional unbearable mental burden on patients, who blame themselves for what happened. In the effort for the correct and successful treatment of cancer, the knowledge and valid information of the women themselves is a primary and decisive factor. Our role as specialized scientists in cancer extends far beyond the treatment and awareness of the public for the timely diagnosis and effective treatment of these cancers, which in the majority could be prevented.

Purpose: The purpose of the present study is the global presentation of cervical cancer, the promotion of the role of the nurse in cervical cancer and the care of these patients with modern international data. In addition, the nursing process is part of the purpose, which consists of two clinical cases of women with cervical cancer.

Methodology and material: The method used to write this dissertation is the literature review. The literature review was done through scientific databases such as Pubmed, GoogleScholar and Science direct for the period 2011 to 2021. Also a search was made in Greek scientific books with the same time period.

Result: The result of this literature review is that prevention and early diagnosis is the key benefit for a woman diagnosed with cervical cancer. At the same time the role of the nurse plays a very important role for women with cervical cancer because they provide education, information and help in actions for the treatment of patients with cervical cancer.

Keywords: cancer, cervical cancer, woman, prevention, treatment

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

Πρόλογος-Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
Abstract.....	5
Εισαγωγή.....	10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

1.1 Ανατομία γεννητικού συστήματος γυναίκας.....	10
1.2 Φυσιολογία γεννητικού συστήματος της γυναίκας.....	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

2.1 Ορισμός του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	15
2.2 Αιτιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	15
2.3 Επιδημιολογία του καρκίνου του του τραχήλου της μήτρας	17
2.4 Διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	19
2.5 Κλινική εικόνα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	22
2.6 Σταδιοποίηση του καρκίνου της τραχήλου της μήτρας.....	23
2.7 Θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	27
2.8 Πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	29
2.9 Μεταστάσεις του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

3.1 Ανακουφιστική και παρηγορητική φροντίδα.....	32
3.2 Εφαρμογή ανακουφιστικής φροντίδας.....	33
3.3 Ταξινόμηση μονάδων ανακουφιστικής φροντίδας.....	35
3.4 Ηθικά διλήματα στην ανακουφιστική φροντίδα ογκολογικών ασθενών.....	38
3.5 Προβλήματα για την ανάπτυξη της ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα.....	39
3.6 Δομές υποστήριξης ασθενών.....	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	42
4.1.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	43
4.1.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	44
4.1.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην τριτογενή πρόληψη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	45
4.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση του καρκίνου του του τραχήλου της μήτρας.....	46
4.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία.....	47
4.3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική αντιμετώπιση	47

4.3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς	48
4.3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς	49
4.3.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία.....	50
4.3.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην χημειοθεραπεία.....	51
4.3.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη	54
4.4 Νοσηλευτική φροντίδα σθενών με προχωρημένη και τελική νόσο.....	55
4.5 Φροντίδα στο τέλος της ζωής.....	57
4.5.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

5.1 Νοσηλευτική διεργασία.....	60
5.2 Μελέτη 1 ^{ης} περίπτωσης ασθενούς	61
5.3 Μελέτη 2 ^{ης} περίπτωσης ασθενούς.....	68
Συμπεράσματα	77
Βιβλιογραφία.....	78
Πίνακες εικόνων.....	86

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πτυχιακή εργασία που ακολουθεί αποτελεί μια προσπάθεια διερεύνησης του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Η εργασία αποτελείται από 5 κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο έχουμε παρουσίαση της ανατομίας και της φυσιολογίας του γεννητικού συστήματος της γυναίκας. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά, γενικά περί καρκίνου του τράχηλου της μήτρας, πιο συγκεκριμένα αναφέρεται στον ορισμό του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας, στην αιτιολογία, στην επιδημιολογία, στην διάγνωση, στην κλινική εικόνα, στην σταδιοποίηση, στην θεραπεία, στην πρόληψη και στις μεταστάσεις. Στην συνέχεια στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι βασικές αρχές φροντίδας ογκολογικών ασθενών, πιο συγκεκριμένα σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην ανακουφιστική και παρηγορητική φροντίδα, στην εφαρμογή ανακουφιστικής φροντίδας, στην ταξινόμηση μονάδων ανακουφιστικής φροντίδας, στα ηθικά διλήματα στην ανακουφιστική φροντίδα ογκολογικών ασθενών, στα προβλήματα της ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα και τέλος αναφέρεται στις δομές υποστήριξης ασθενών. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται ο ρόλος του νοσηλευτή, ειδικότερα θα δούμε τον ρόλο του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας, όπου απαρτίζεται από την πρωτογενή, την δευτερογενή και την τριτογενή πρόληψη του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας, θα δούμε το ρόλο του νοσηλευτή στην διάγνωση του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας, το ρόλο του νοσηλευτή στην θεραπεία η οποία και αυτή απαρτίζεται από την χειρουργική αντιμετώπιση, περιεγχειρητικά και μετεγχειρητικά. Επίσης αναλύεται ο ρόλος στην ακτινοθεραπεία και στην χημειοθεραπεία. Σε αυτό το κεφάλαιο ακόμα θα δούμε την νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με προχωρημένη και τελική νόσο, όπου σε αυτό το κομμάτι θα αναλύονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Τέλος στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην νοσηλευτική διεργασία και σε δύο περιστατικά μαζί με τις νοσηλευτικές διεργασίες τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

1.1 Ανατομία γεννητικού συστήματος της γυναίκας

Βάση του Snell (2011), το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από τα εξωτερικά και εσωτερικά όργανα. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα ή αλλιώς το αιδοίο αποτελούν :

- Το εφηβαίο ή όπως αλλιώς ονομάζεται το «όρος της Αφροδίτης»
- Τα μικρά χείλη
- Τα μεγάλα χείλη
- Η κλειτορίδα
- Ο πρόδρομος του κόλπου
- Βολβοί του προδρόμου του κόλπου

Το εφήβαio είναι η σαρκώδης επιφάνεια η οποία βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση. Το δέρμα του εφηβαίου έχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες. Ηβική σύμφυση λέγεται το σημείο που ενώνονται τα οστά της λεκάνης (Frick et al., 2014).

Τα μικρά χείλη είναι δερματικές πτυχές εντός των μεγάλων χειλέων. Τα μεγάλα χείλη είναι δερματικές πτυχές που ξεκινούν από το εφήβαio και καταλήγουν στο περίνεο. Η κλειτορίδα έχει μέγεθος 4-12 εκατοστά. Παρομοιάζεται με μόνη διαφορά το διαχωρισμό της από την ουρήθρα. Περιέχει σηραγγώδη σώματα και αποτελείται από δύο σκέλη. Ο πρόδρομος του κόλπου βρίσκεται μπροστά από τη κλειτορίδα και πίσω από το σκαφοειδή βόθρο. Στον πυθμένα του μπροστά προβάλλει η ουρήθρα και προς τα πίσω ο κόλπος. Οι βολβοί του προδρόμου του κόλπου σχηματίζονται από στυτικό ιστό και βρίσκονται εκατέρωθεν της εισόδου του κόλπου (Snell, 2011).

Βάση του Snell (2011), τα εσωτερικά γεννητικά όργανα είναι:

- Ο κόλπος
- Οι ωοθήκες
- Η μήτρα

- ο Οι σάλπιγγες



ΕΙΚΟΝΑ 1: Εσωτερικά γυναικεία γεννητικά όργανα (<https://images.app.goo.gl/SZmwQiKaF8oAe1WHA>)

Ο κόλπος είναι ένας σωλήνας από ινώδη και ελαστικό ιστό που συνδέει τον πρόδρομό του με τον τράχηλο της μήτρας. Η θέση του είναι όπισθεν της ουρήθρας και έμπροσθεν του εντέρου. Το πρόσθιο τοίχωμα έχει μήκος από 6 έως 8 εκατοστά ενώ το οπίσθιο είναι κατά 1 έως 2 εκατοστά μακρύτερο. Στα πλάγια του κόλπου βρίσκονται οι ανεκκτήρες του πρωκτού και η πυελική περιτονία. Ο βλεννογόνος αποτελείται από χόριο, ινώδη ιστό, φτωχό σε αδένες και το επιθήλιο. Η άφθονη χλωρίδα (κολποβακτηρίδια του Doderlein) συντηρεί τη καθαρότητα του κόλπου με όξινο pH. Η αιμάτωση του κόλπου προέρχεται από τις μητροκολπικές αρτηρίες, μεσαίες και κάτω κολπικές. Η νευρώση του κόλπου προέρχεται από τα κολπικά πλέγματα και πυελικά σπλαγγικά νεύρα, το κατώτερο τμήμα του κόλπου νευρώνεται από το αιδοϊκό νεύρο (Snell, 2011).

Η μήτρα είναι κοίλο, μυώδες όργανο. Ως προς το άνω μέρος της επικοινωνεί με τα δύο σαλπινγικά στόμια, ενώ με το κάτω μέρος της, τον ισθμό, επικοινωνεί με τον τραχηλικό σωλήνα και τη κοιλότητα του κόλπου. Η μήτρα αποτελείται από τέσσερα μέρη: τον πυθμένα, το σώμα της μήτρας, τον ισθμό και τον τράχηλο. Το όριο του πυθμένα και του στόματος ορίζεται από τα στόμια εκατέρωθεν των σαλπίγγων. Η τριγωνική κοιλότητα μήκους 6 εκατοστών καταλήγει στον ισθμό και ακολούθως στον ενδοτράχηλο. Η αγγείωση στη μήτρα παρέχεται από τη μητρίαία και κλάδους της ωοθηκικής αρτηρίας. Τα λεμφαγγεία της μήτρας πορεύονται επιφανειακά κάτω από

το περιτόναιο. Η νεύρωση της μήτρας είναι κινητική και αισθητική, οι κινητικές ίνες προέρχονται από τα ανώτερα θωρακικά γάγγλια και πορεύονται με το αορτικό πλέγμα και το κοιλιακό γάγγλιο. Τέλος, οι αισθητικές ίνες, βρίσκονται στα συμπαθητικά και παρασυμπαθητικά πλέγματα που συνδέονται με το 2^ο, 3^ο και 4^ο ιερό νεύρο. Οι σάλπιγγες είναι δύο μυϊκοί σωλήνες που εξέρχονται της μήτρας στο κέρασ της, έχουν μήκος 10 έως 12 εκατοστά, πορεύονται στο άνω χείλος του πλατέως συνδέσμου και καταλήγουν στο ελεύθερο στόμιο (Frick et al., 2014).

Οι ωθήκες ονομάζονται οι δυο γυναικείες γονάδες, οι οποίες είναι τοποθετημένες στη μικρή πύελο, δεξιά και αριστερά, στο ωθητικό βοθρίο. Το έδαφος του βοθρίου σχηματίζεται από την περιτονία του ψοίτη μυός. Οι ωθήκες έχουν σχήμα αμυγδαλοειδές, μήκος 3 εκατοστών, πλάτος 1,5 εκ. και πάχος 1εκ. Επιπλέον η επιφάνεια της ωθήκης είναι λεία μέχρι τη γέννηση των κοριτσιών έως την ήβη. Στη πορεία παρατηρούνται διάφορα οζίδια και ουλές, συνέπεια ωρίμανσης και ωοθυλακιορρηξιών. Η αιμάτωση της ωθήκης προέρχεται από τις ωθητικές αρτηρίες, που είναι κλάδοι της κοιλιακής αορτής. Τα νεύρα προέρχονται από το ωθητικό συμπαθητικό πλέγμα (Snell, 2011).

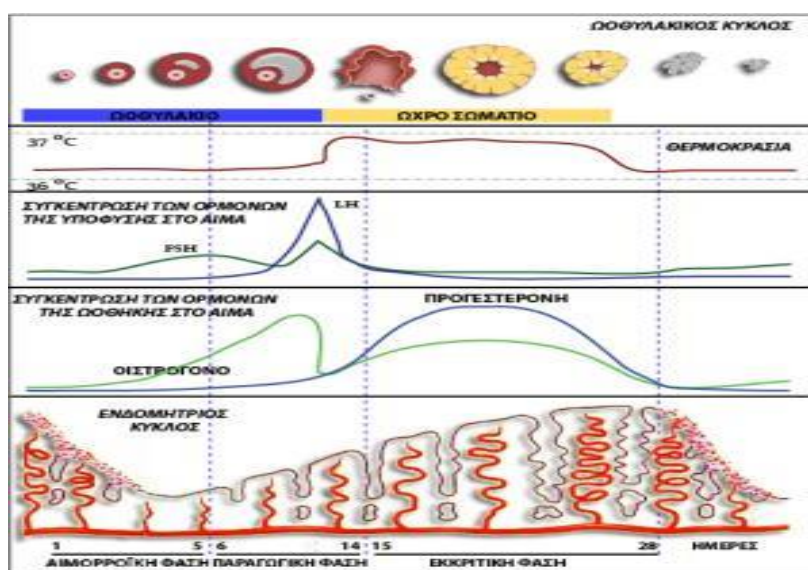
1.2 Φυσιολογία γεννητικού συστήματος της γυναίκας

Εμμηνορρυσία, εμμηναρχή και εφηβεία: Η εφηβεία είναι ένας όρος που χαρακτηρίζει ολόκληρο το μεταβατικό στάδιο μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της σεξουαλικής ωριμότητας. Αν και τα νεαρά κορίτσια εκκρίνουν μικρές και σταθερές ποσότητες οιστρογόνων, παρουσιάζεται μια αξιοσημείωτη αύξηση μεταξύ των 8 και 11 ετών. Ο όρος εμμηναρχή δηλώνει τη πρώτη έμμηνη ρύση (Lowdermilk & Shannon, 2013).

Εμμηνορρυσιακός κύκλος: Ο κύκλος αρχίζει με την εμμηνορρυσιακή φάση η οποία διαρκεί από την 1^η έως τη 5^η μέρα. Το μέσο στρώμα αποκολλάται και απορρίπτεται ως έμμηνη ρύση για διάστημα 3 έως 7 μέρες. Όταν το ωριμάζων ωοθυλάκιο ξεκινά να παράγει οιστρογόνα από την 6^η έως τη 14^η μέρα, τότε αρχίζει η αναπαραγωγική φάση. Έτσι το μέσο στρώμα του ενδομητρίου αναπαράγεται, ενώ οι σπειροειδείς αυξάνονται. Από την άλλη, η βλέννα του τραχήλου της μήτρας λεπταίνει και σχηματίζει αυλούς προκειμένου να βοηθήσει το σπέρμα να μετακινηθεί ευκολότερα μέσα στη μήτρα. Η τελευταία φάση, η οποία διαρκεί από την 14^η έως την 28^η μέρα, ονομάζεται εκκριτική φάση του κύκλου. Καθώς παράγει προγενεστερόνη το ωχρό

σωμάτιο, σε συνδυασμό με τα αυξημένα επίπεδα επιδρούν στο ενδομήτριο, προκαλώντας τη παραγωγή γλυκογόνου μέσα στη μήτρα, προκαλώντας τη βλέννα του τραχήλου από λεπτή σε παχιά, φράζοντας έτσι το έσω στόμιο. Αν σε αυτή τη φάση δε συμβεί γονιμοποίηση τότε τα επίπεδα των ορμονών πέφτουν (Le mone et al., 2014).

Ωοθηκικός κύκλος: Πριν ξεκινήσει η ωοθηλακιορρηξία, υπό την επίδραση της FSH και των οιστρογόνων, αρχίζουν να ωριμάζουν σε κάθε ωοθήκη 1 έως 30 ωοθυλάκια. Το ωοκύτταρο ωριμάζει, επέρχεται η ωοθηλακιορρηξία και το κενό ωοθυλάκιο αρχίζει να μεταμορφώνεται σε ωχρο σωματίο. Η ωοθυλακική αυτή φάση (προωοθυλακιορρηκτική φάση) του ωοθηκικού κύκλου διαφέρει σε διάρκεια από γυναίκα σε γυναίκα και θεωρείται υπεύθυνη σχεδόν για όλες τις παρατηρούμενες διαφορές στη διάρκεια του ωοθηκικού κύκλου (Lowdermilk & Shannon, 2013).



Εικόνα 2:Ο κύκλος της γυναίκας (<https://images.app.goo.gl/jq3etgu2eqhn37kw8>)

Μετά την ωοθηλακιορρηξία, τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται. Η ωχρινική φάση αρχίζει αμέσως μετά την ωοθηλακιορρηξία και τελειώνει με την έναρξη της εμμηνορρυσίας. Αυτή η μεταωοθυλακιορρηκτική φάση συνήθως απαιτεί 14 ημέρες (κυμαίνεται από 13 έως 15 ημέρες). Το ωχρο σωματίο αγγίζει την κορυφή της λειτουργικής του δραστηριότητας 8 ημέρες μετά την ωοθηλακιορρηξία, εκκρίνοντας οιστρογόνα και προγεστερόνη. Τη στιγμή που η ωχρινική λειτουργία φτάνει στη μέγιστη δυνατότητα της, το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται στο ενδομήτριο. Αν

δεν γίνει η εμφύτευση, το ωχρό σωματίο υποστρέφεται, τα επίπεδα των αστεροειδών ορμονών στο αίμα μειώνονται και παρουσιάζεται η εμμηνορρυσία (Lowdermilk & Shannon, 2013).

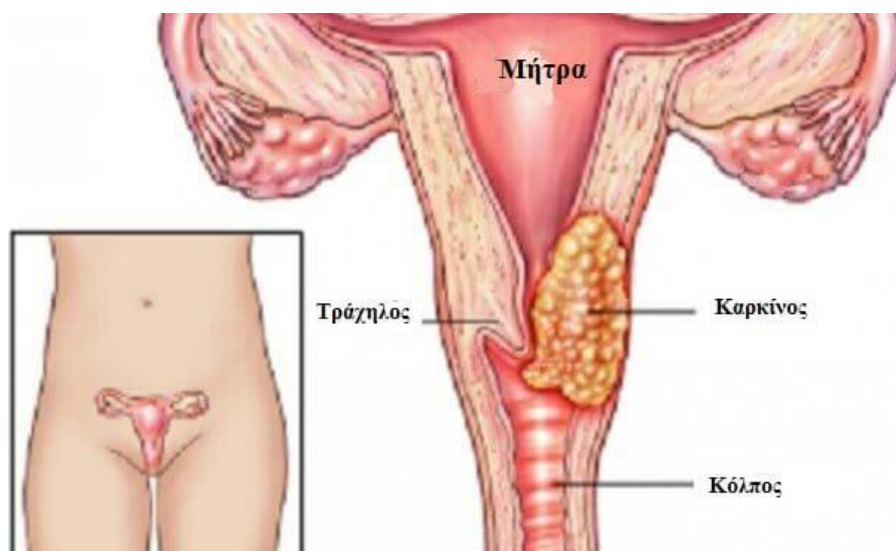
Ο κύκλος του ενδομητρίου: Ο κύκλος του ενδομητρίου διαιρείται σε τέσσερις φάσεις. Κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσιακής φάσης, η απόπτωση των λειτουργικών δύο τρίτων του ενδομητρίου, ξεκινά από την περιοδική αγγειοσυστολή στις ανώτερες στιβάδες του. Το βασικό στρώμα διατηρείται πάντοτε και η αναγέννηση αρχίζει κατά το τέλος του κύκλου, από τα κύτταρα που προέρχονται από τα εναπομείναντα αδενικά υπολείμματα ή από τα κύτταρα του στρώματος στη βασική στιβάδα. Η παραγωγική φάση είναι η περίοδος της ταχείας ανάπτυξης που διαρκεί περίπου από την 5η ημέρα μέχρι την ημέρα της ωοθυλακιωρρηξίας. Η επιφάνεια του ενδομητρίου αποκαθίσταται πλήρως σε 4 ημέρες περίπου ή λίγο πριν το τέλος της αιμορραγίας. Μετά το σημείο αυτό παρουσιάζεται οκταπλασιασμός ή δεκαπλασιασμός του πάχους του ενδομητρίου με μια τάση σταθεροποίησης της ανάπτυξης κατά την ωοθυλακιωρρηξία. Η παραγωγική φάση εξαρτάται από την οιστρογονική διέγερση που προέρχεται από τα ωοθυλάκια (Lowdermilk & Shannon, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

2.1 Ορισμός του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

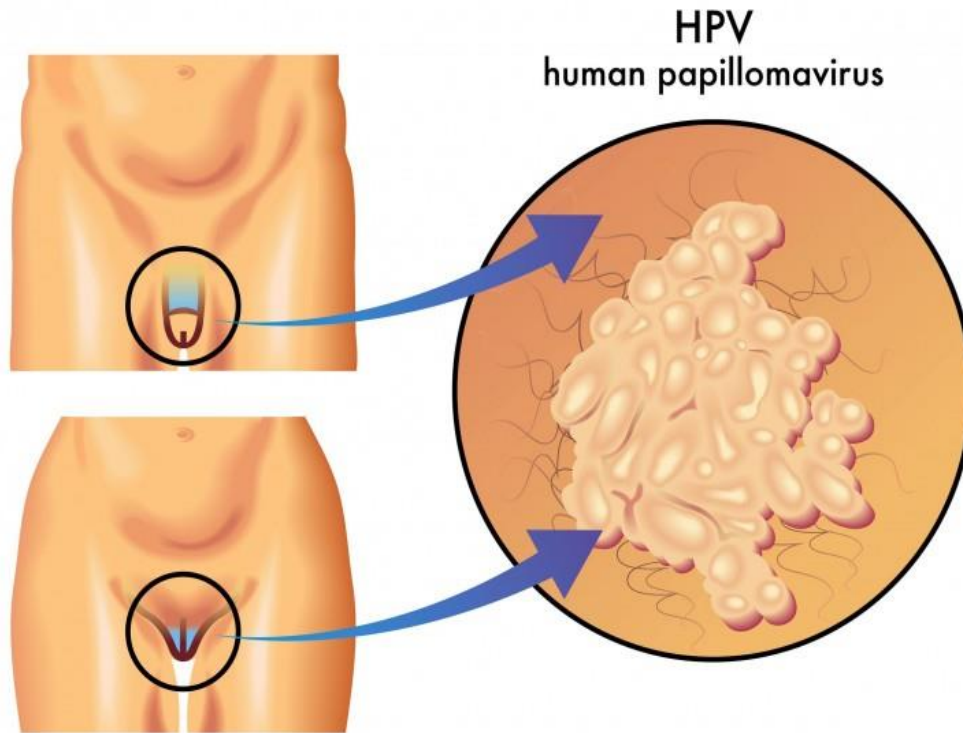
Τα κύτταρα της μήτρας υφίστανται ανανέωση συνεχώς αντικαθιστώντας τα νεκρά κύτταρα σε νέα. Όμως, αν χαθεί ο έλεγχος παραγωγής τους τότε είναι δυνατόν να αναπαράγονται σε μεγάλο και ταυτόχρονα ανεξέλεγκτο βαθμό. Έτσι, δημιουργείται μια παθολογική μάζα που ονομάζεται όγκος. Οι όγκοι αυτοί μπορεί να είναι καλοήθεις είτε κακοήθεις (Χαράτση και Γιωτάκη, 2014).



Εικόνα 3: καρκίνος τραχήλου της μήτρας (<https://images.app.goo.gl/jq3etgu2eqhn37kw8>)

2.2 Αιτιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus- HPV) έχει αποδειχθεί ότι είναι ο αιτιολογικός παράγοντας στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου εξαρτάται από την επικράτηση του HPV μαζί με άλλους συμπαραγόντες, όπως η σεξουαλική δραστηριότητα και η κύηση σε νεαρή ηλικία, το κάπνισμα, η ανοσοποιητική επάρκεια, ο τύπος και η διάρκεια χρήσης αντισυλληπτικών, η διατροφή και η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση (Gadducci et al., 2011).



Εικόνα 4: : Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (human papilloma virus) (https://images.app.goo.gl/yg12i25kn9vncyh5a)

Στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται, επίσης, η ανοσοκαταστολή, η μικρή ηλικία της πρώτης συνουσίας, (διπλάσιος κίνδυνος σε ηλικίες <18), οι πολλοί σεξουαλικοί σύντροφοι, κύηση σε μικρή ηλικία, το κάπνισμα ή έστω η έκθεση σε περιβάλλον καπνιστών, το ιστορικό σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων (όπως χλαμύδια, έρπητας γεννητικών οργάνων) το ιστορικό αιδοϊκής ή κολπικής ενδοεπιθηλιακής βλάβης ή καρκίνου, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η μη λευκή φυλή. Ιδιαίτερο ρόλο φαίνεται να παίζει η συνολική έκθεση στο κάπνισμα, με τις συστηματικές καπνίστριες να έχουν υπερδιπλασιο κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου (Frumovitz, 2014).

2.3 Επιδημιολογία σε σχέση με καρκίνο του τραχήλου

Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας είναι διεθνώς ο τέταρτος πιο κοινός καρκίνος στις γυναίκες (Mailinh et al., 2018).

Κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται περίπου 570.000 περιπτώσεις καρκίνου τραχήλου της μήτρας, αντιπροσωπεύοντας το 3,2% όλων των καρκίνων μεταξύ των γυναικών παγκοσμίως (Stillman et al., 2012).

Περισσότερο από το 85% όλων των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συμβαίνουν παγκοσμίως, με ορισμένες υποσαχάριες Αφρικανικές χώρες να εμφανίζουν εκτιμώμενα ποσοστά επίπτωσης δέκα φορές υψηλότερα από το καθορισμένο από την ΠΟΥ όριο εξάλειψης των 4 ανά 100.000 (Bray et al., 2017; Egue et al., 2019; Lorenzoni et al., 2020).

Οι περισσότερες περιπτώσεις της νόσου, προκαλούνται από λοίμωξη του ανθρώπινου θηλώματος (HPV) που είναι η πιο κοινή σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη παγκοσμίως. (World Health Organization, 2016; American Cancer Society, 2016).

Ωστόσο με τη συμβολή του κυτταρολογικού ελέγχου (Τεστ Παπανικολάου) και του εμβολιασμού έναντι των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), μείωσε σημαντικά τη θνησιμότητα της νόσου, η οποία αποτελείται από 80% - 90% (Markowitz et al., 2012; American Cancer Society, 2012).

Η νόσος χαρακτηρίζεται “ασθένεια ανισότητας” λόγω της δυσανάλογης συχνότητας και θνησιμότητας μεταξύ χωρών χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και των χωρών με υψηλό εισόδημα. Η Ανατολική, Νότια, Μέση Αφρική και η Μελανησία ορίζονται ως περιοχές υψηλού κινδύνου από τον ΠΟΥ, με κύρια αιτία θανάτων τον καρκίνο μεταξύ γυναικών (311.000 θάνατοι) στην Αφρική και τη Κεντρική Αμερική (World Health Organization, 2018).

Τα υψηλά ποσοστά καρκίνου τραχήλου της μήτρας σε αυτές τις περιοχές, αντικατοπτρίζουν πιθανώς αυξημένο κίνδυνο ιστορικού, αυτό εξηγείται από τα υψηλά ποσοστά μετάδοσης του HPV και του HIV. Καθώς η συχνότητα εμφάνισης και η θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συνδέονται σαφώς με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, τα πρότυπα της νόσου ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ και εντός των περιοχών του κόσμου (Arbyn et al., 2020; Ginsburg et al., 2017).

Σε παγκόσμιο επίπεδο η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι τα 53 χρόνια, κυμαινόμενη από 44 χρόνια έως 68 χρόνια, καθώς και η μέση ηλικία θανάτου από τη νόσο είναι τα 59 χρόνια, και κυμαίνεται από 45 χρόνια έως 76 χρόνια (Arbyn et al., 2018).

Αντιθέτως στις πιο ανεπτυγμένες χώρες, τα εκτιμώμενα ποσοστά συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου τραχήλου της μήτρας αρχίζουν να αυξάνονται μετά την ηλικία των 25 ετών, φτάνοντας στην κορυφή περίπου της ηλικίας των 40 ετών (Arbyn et al., 2020).

Τα πληθυσμιακά μέτρα επιβίωσης του καρκίνου σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και διαχείρισης της νόσου (Coleman, 2014).

Σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ, τα δεδομένα επιβίωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας από το PBCR (2001–2009), έδειξαν διαφορές στην επιβίωση μεταξύ ασπρόμαυρων γυναικών σε όλες τις πολιτείες των ΗΠΑ που περιλαμβάνονται στη μελέτη (Arnold et al., 2019).

Το υψηλό ποσοστό καρκίνων που διαγνώστηκε σε μακρινό στάδιο μεταξύ των μαύρων γυναικών έδειξε την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις για τη βελτίωση της επιβίωσης σε αυτόν τον πληθυσμό (Benard et al., 2017).

Παρόμοια αποτελέσματα ανά εθνικότητα έχουν αναφερθεί από το Εθνικό Μητρώο Καρκίνου της Νοτίου Αφρικής, όπου παρατηρήθηκε υψηλότερη 5ετής επιβίωση μεταξύ λευκών και Ινδών / Ασιάτων (60-80%) σε σχέση με τις μαύρες γυναίκες (40-50%) (Olorunfemi et al., 2018).

Πιο πρόσφατα, τα δεδομένα επιβίωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που συλλέχθηκαν από 11 υποσαχάρια PBCR ανέφεραν μια μέση σχετική επιβίωση 3 και 5 ετών (44% και 33%) αντίστοιχα, με τα 2/3 των σταδιακών περιπτώσεων να διαγιγνώσκονται στα τελευταία στάδια, III-IV (Sengayi-Muchengeti et al., 2020).

2.4 Διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Η έγκαιρη ανίχνευση καρκίνου τραχήλου της μήτρας, βελτιώνει σημαντικά τις πιθανότητες επιτυχούς θεραπείας και μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση καρκινικών κυττάρων από πρόωρες μεταβολές του τραχήλου της μήτρας. Σε ορισμένες περιπτώσεις τα συμπτώματα της νόσου μπορούν να συνδράμουν στην αποφυγή καθυστερήσεων στη διάγνωση (American Cancer Society, 2016).

Ωστόσο αρκετές γυναίκες έχουν ελλειπείς γνώσεις όσον αφορά τον γυναικολογικό έλεγχο, καθώς δεν γνωρίζουν τα οφέλη της έγκαιρης ανίχνευσης της νόσου (Kessler, 2012).

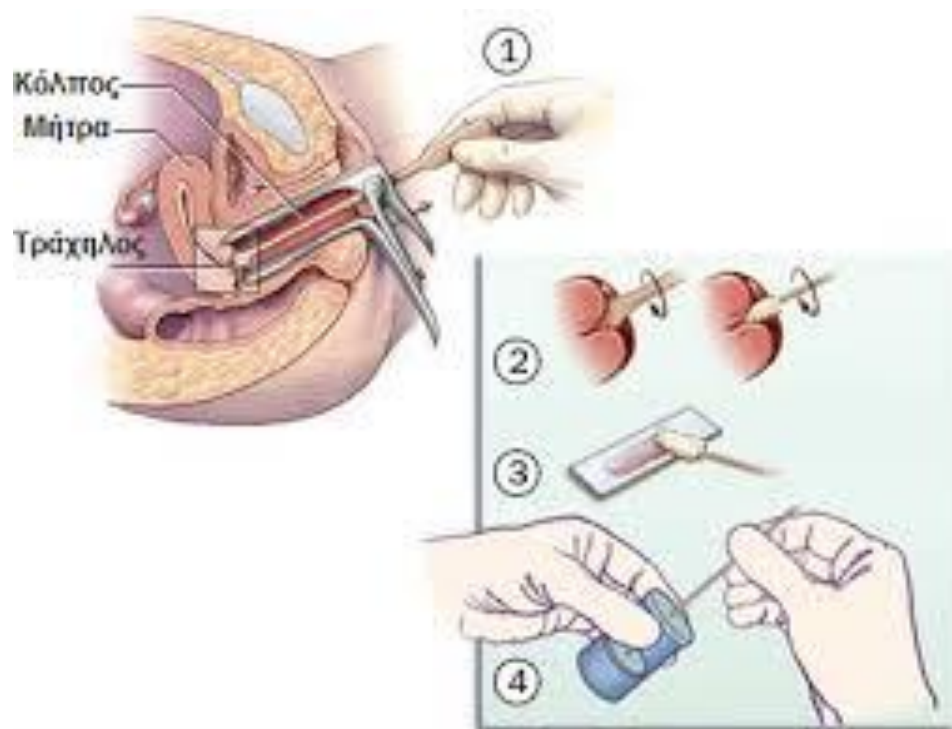
Οι οδηγίες προσυμπτωματικού ελέγχου συνιστώνται για τις γυναίκες ηλικίας 21 – 65 ετών, με διακοπή της εξέτασης έπειτα την ηλικία των 65 ετών, εφόσον έχει τεκμηριωθεί αρνητικός έλεγχος. Η ηλικία της διάγνωσης αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου, ωστόσο η μέση ηλικία διάγνωσης παραμένει νέα σε σύγκριση με άλλες κακοήθειες (49 ετών το 2016) (Gnade et al., 2021).

Οπτική εξέταση: Σε αυτή την εξέταση, οι αλλοιώσεις του τραχήλου επισημαίνονται με ασετικό οξύ και ιώδιο Lugol. Πραγματοποιείται επάλειψη του τραχήλου με ασετικό οξύ, χρησιμοποιώντας ένα μεγάλο βαμβακοφόρο στυλέο ή δοχείο μη μηχανισμό ψεκασμού (spray) και έπειτα από ένα λεπτό φωτίζεται με μια λάμπα 100 W. Στις περιοχές όπου υπάρχει αλλοιωμένο επιθήλιο εμφανίζεται λευκή χρώση. Με αυτή την εξέταση ο ιατρός μπορεί να προβεί σε διάγνωση τραχηλίτιδας, κυστίτιδας, κονδυλώματος, νεοπλασίας, καρκίνου κ.ο.κ. Αν γίνει εμποτισμός του τραχήλου με ιώδιο Lugol, μπορεί να διαγνωστεί αν ο τράχηλος είναι φυσιολογικός, μη φυσιολογικός ή καρκινικός. Το ιώδιο εμποτίζει το φυσιολογικό επιθήλιο σκούρο καφέ, λόγω της ύπαρξης γλυκογόνου στα κύτταρα. Αδυναμία χρώσης του επιθηλίου υποδηλώνει απουσία γλυκογόνου χωρίς αυτό να αποτελεί απαραίτητα ένδειξη επιθηλιακής βλάβης. Επομένως αν το επιθήλιο χρωματιστεί είναι υγιές, διαφορετικά είναι μη φυσιολογικό (Frumovitz, 2014).

Τεστ παπ: Το Τεστ Παπανικολάου είναι μια κυτταρολογική εξέταση η οποία ανιχνεύει νωρίς τις προκαρκινικές και τις καρκινικές βλάβες των κυττάρων, οι οποίες δεν έχουν γίνει ακόμη καρκίνος αλλά αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή θα μεταπέσουν σε καρκίνο και μπορεί να γίνει με τη λήψη δείγματος εκκρίσεων. Η τεχνική περιλαμβάνει ξύσιμο ή βούρτσισμα ενός

δείγματος κυττάρων από τη περιοχή ή τη συλλογή εκκρίσεων του σώματος που περιέχουν κύτταρα και οι εκκρίσεις μπορεί να είναι τραχηλικό έκκριμα, απόχρεμψη, πλευριτικό υγρό κ.α. Το δείγμα τοποθετείται σε αντικειμενοφόρο πλάκα και αποστέλλεται στο εργαστήριο όπου εξετάζονται μικροσκοπικά τα κύτταρα. Το Τεστ Παπ θα πρέπει να ξεκινήσει στην ηλικία των 21 ετών και οι γυναίκες ηλικίας 21 – 29 ετών θα πρέπει να ελέγχονται κάθε 3 χρόνια (Frumovitz, 2014; Tsikouras et al., 2016).

Ενώ η δευτερογενής εξέταση μπορεί να αποτρέψει τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας, ανιχνεύοντας τις προκαρκινικές βλάβες, δεν προβαίνουν όλες οι γυναίκες στη συνιστώμενη εξέταση (Kessler, 2017).

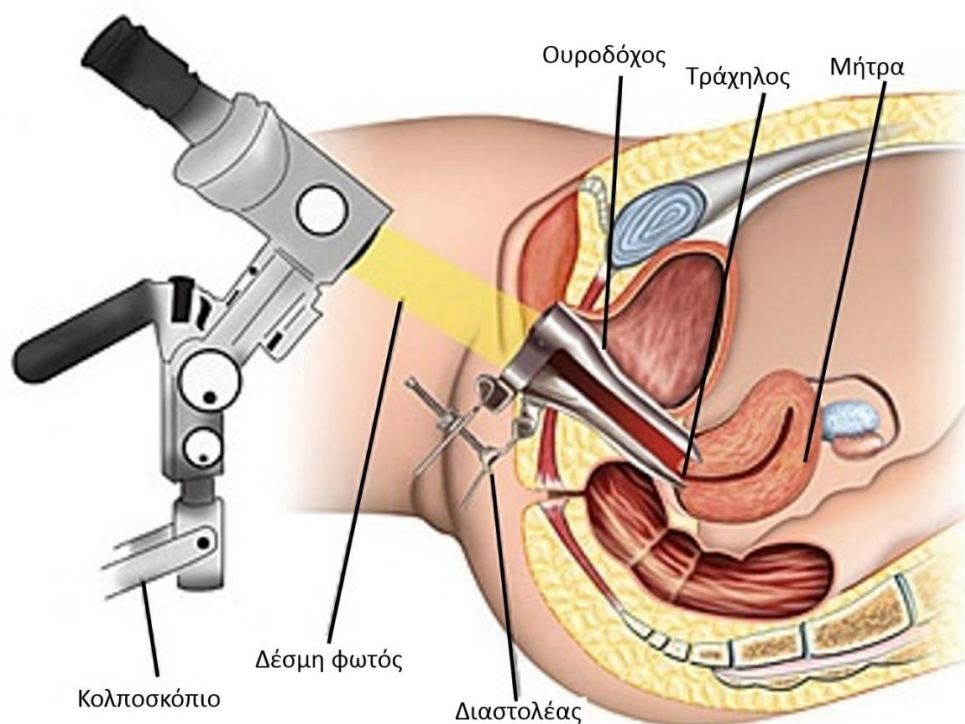


Εικόνα 5: τεστ Παπανικολάου (<https://www.mycolab.gr/exetaseis/test-pap/>)

Βιοψία μέσω κολποσκόπησης: Όταν η κυτταρολογική εξέταση είναι αρνητική και υπάρχουν ύποπτα συμπτώματα θα πρέπει να εξετάζεται ο τράχηλος με κολποσκόπηση, βιοψία και ενδοτραχηλική απόξεση. Κάποιοι πρώιμοι καρκίνοι δεν εντοπίζονται εύκολα, ακόμη και βαθιά διεισδυτικοί όγκοι μπορεί να είναι κάπως παραπλανητικοί κατά την εξέταση (Marth et al., 2017).

Η κολποσκοπική εξέταση περιλαμβάνει συστηματικό έλεγχο του τραχήλου και ολόκληρου του κατώτερου γεννητικού συστήματος, με έμφαση στον έλεγχο του

επιπολής επιθήλιου. Η εξέταση πραγματοποιείται με τη χρήση ειδικού μικροσκοπίου του κολποσκοπίου, ο ιατρός εξετάζει τον τράχηλο και τον κόλπο σε μεγέθυνση και μπορεί να προσδιορίσει τυχόν ανώμαλες περιοχές στο τραχηλικό επιθήλιο (Frumovitz, 2014 : Το Βήμα του Ασκληπιού, 2017).



Εικόνα 6: κολποσκόπηση (<https://giatrasivf.com/colposcopy-hpv/>)

Ηρν dna τεστ: Είναι μια εξέταση η οποία ανιχνεύει μολύνσεις από τύπους HPV που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε καρκίνο. Πραγματοποιείται όταν το Τεστ Παπ δείξει κυτταρικές αλλοιώσεις, ώστε να διαπιστωθεί αν η παρουσία τους οφείλεται σε στελέχη του HPV που μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο τραχήλου της μήτρας. Δεν υποκαθιστά το Τεστ Παπ καθώς συμπληρώνει την διαγνωστική ακρίβεια, δεδομένου ότι το Τεστ Παπ μπορεί να οδηγήσει σε ψευδώς αρνητικό αποτέλεσμα σε ποσοστό 20%. Οι περισσότερες λοιμώξεις από τον HPV είναι αυτοθεραπευόμενες και δεν προκαλούν προκαρκινικές κυτταρικές αλλαγές. Μόνο η χρόνια λοίμωξη από συγκεκριμένους τύπους HPV θα μπορούσε να οδηγήσει σε ανωμαλίες του τραχήλου της μήτρας. Εάν αυτές οι ανωμαλίες δεν αντιμετωπιστούν, μπορεί να εξελιχθούν σε

καρκίνο τραχήλου της μήτρας μετά από χρόνια. Η δοκιμή HPV πρέπει να χρησιμοποιείται σε ηλικίες 21 – 29 ετών έπειτα από μη φυσιολογικά ευρήματα του Τεστ Παπανικολάου. Οι γυναίκες μεταξύ 30 και 65 ετών πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο τόσο με το Τεστ Παπανικολάου όσο και με το τεστ HPV (κάθε 5 χρόνια). Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή και δεν έχουν καρκίνο τραχήλου της μήτρας ή ιστορικό σοβαρών προκαρκινικών βλαβών, δεν πρέπει να εξετάζονται (Tsikouras et al., 2016).

Τέλος συστήνεται οι ασθενείς με καρκίνο τραχήλου της μήτρας > στάδιο 1^α1 να προβαίνουν σε μαγνητική τομογραφία της λεκάνης, για την αξιολόγηση του τραχήλου καθώς είναι σε θέση να ανιχνεύσει την εξάπλωση της νόσου, όπως και CT κοιλίας και στήθους για έλεγχο τυχόν μακρινής εξάπλωσης (Koutsopoulos et al., 2020).

2.5 Κλινική εικόνα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Παρά το γεγονός ότι ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας είναι μια ασθένεια που μπορεί να προληφθεί, αρκετές γυναίκες έχουν ελάχιστη επίγνωση όσον αφορά τα συμπτώματα της νόσου (Bray et al., 2018).

Η κλινική εικόνα της νόσου δεν έχει παθογνωμονικά συμπτώματα που να οδηγούν στον καθορισμό της άμεσης διάγνωσης της. Στα αρχικά στάδια ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας είναι ασυμπτωματικός, και μπορεί να διαγνωστεί έπειτα από εξέταση ρουτίνας ή πυελική εξέταση (Stapley & Hamilton, 2011).

Για αυτό τον λόγο είναι σημαντικό οι γυναίκες να κάνουν τακτικό γυναικολογικό έλεγχο, ώστε να γίνεται έγκαιρα η διάγνωση. Η νόσος έχει ειδικά και γενικά συμπτώματα όπως κάθε κακοήθεια. Όσον αφορά τα ειδικά συμπτώματα, το συνηθέστερο είναι η κολπική αιμορραγία, και παρόλο που είναι εμφανές σύμπτωμα δεν αφυπνίζει ιδιαίτερα την γυναίκα, καθώς η ίδια μπορεί να το θεωρήσει φυσιολογικό. Ωστόσο θα πρέπει να επισκεφθεί τον γυναικολόγο της εάν εμφανίσει τα εξής: αιμορραγία μεταξύ των περιόδων, βαρύτερες περίοδοι, αιμορραγία μετά τη σεξουαλική επαφή, αιμορραγία μετά την εμμηνόπαυση, αιμορραγία μετά την πυελική εξέταση, αιμορραγία με αποτέλεσμα κόπωση ή ζάλη που προκαλεί αναιμία (Olowookere, 2019).

Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις συχνό σύμπτωμα της νόσου είναι και τα δύσοσμα κολπικά υγρά που μπορεί να περιέχουν αίμα, η δυσουρία, καθώς και η αιμορραγία

από το έντερο σε περίπτωση διήθησης του παχέος εντέρου (Γκοβίνα και Κωσταντινίδης, 2019).

Σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, και συνήθως σε παραμελημένες καταστάσεις, τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι πόνος στη πύελο ή την οσφύ που υποδηλώνει απόφραξη του σύστοιχου ουρητήρα, μηνορραγίες, πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή και πόνος στη πλάτη. Όταν η νόσος επεκταθεί, εμφανίζονται κάποια συμπτώματα ανάλογα με τη θέση και το βάρος της μετάστασης. Σε σπάνιες περιπτώσεις προχωρημένης νόσου μπορεί να προκληθεί πόνος και οίδημα του ενός ή και των δύο κάτω άκρων. Καθώς ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο, μπορεί να αρχίσει να πιέζει τα νεύρα στο πυελικό τοίχωμα με αποτέλεσμα πόνο και οίδημα στα κάτω άκρα. Ενώ το οίδημα θα μπορούσε να είναι αποτέλεσμα ορισμένων ιατρικών προβλημάτων, όταν συνοδεύεται από άλγος στα κάτω άκρα θα μπορούσε να είναι προειδοποιητικό σημάδι της νόσου (Olowookene, 2019 ; Γκοβίνα και Κωσταντινίδης, 2019).

Η τριάδα του οιδήματος κάτω άκρων, ο πόνος των πλευρών και η ισχιαλγία υποδηλώνουν εισβολή στο πυελικό τοίχωμα (Rajaram et al., 2012).

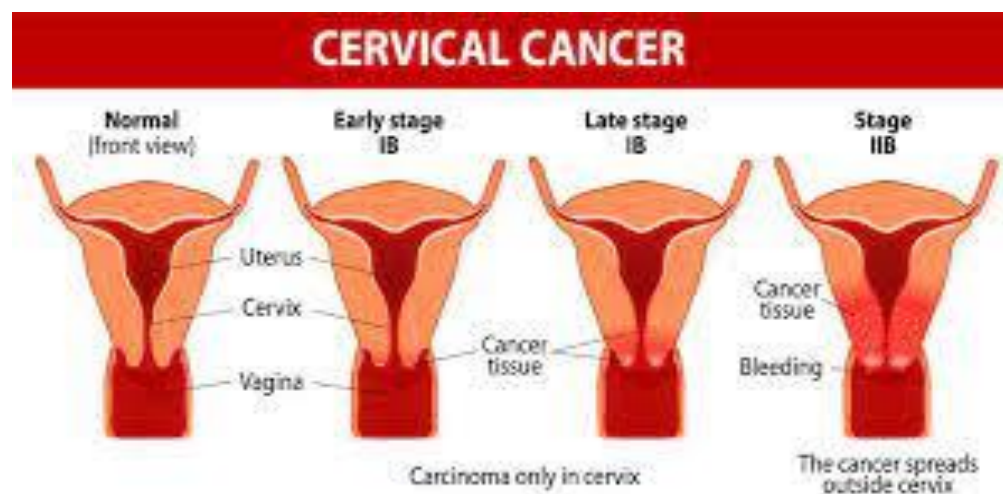
Τέλος στα γενικά συμπτώματα περιλαμβάνονται η απώλεια της όρεξης και η ανεξήγητη απώλεια βάρους. Τα σημεία και τα συμπτώματα αυτά μπορεί να προκληθούν και από άλλες καταστάσεις, ωστόσο αν συνεχιστούν συνιστάται η επίσκεψη σε γυναικολόγο (Olowookene, 2019).

2.6 Σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Το στάδιο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά τη διάγνωση αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιβίωσης της νόσου. Η κατανομή σταδίου αντικατοπτρίζει την επίγνωση των συμπτωμάτων, τις καθυστερήσεις στην αναζήτηση φροντίδας και την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων διαλογής για τις ηλικιακές ομάδες – στόχους (Ryzhov et al., 2021).

Όταν διαγνωστεί ο καρκίνος, έπειτα έχει σειρά ο συστηματικός έλεγχος προκειμένου να διαπιστωθεί η διασπορά του όγκου. Αυτή η διαδικασία καλείται σταδιοποίηση και μπορεί να είναι κλινική ή παθολογοανατομική. Η πρώτη περιλαμβάνει τις απεικονιστικές μεθόδους (υπέρηχο, αξονική, μαγνητική τομογραφία κ.α), ενώ η

δεύτερη είναι πιο συγκεκριμένη και ακολουθεί το σύστημα όγκος – λεμφαδένας - μετάσταση (TNM), που έχει δημιουργηθεί από την American Joint Committee on Cancer και την International Union Against Cancer. Το σύστημα TNM απαιτεί προσεκτική εξέταση του δείγματος της βιοψίας και αξιολογεί 3 παραμέτρους: α) το μέγεθος και την έκταση της διήθησης του βασικού όγκου (T score), β) τον αριθμό και την εντόπιση των ιστολογικά διηθόμενων επιχώριων λεμφαδένων (N score), γ) τη παρουσία ή την απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων (M score). Το M score στηρίζεται κυρίως σε πληροφορίες που προέρχονται από τη κλινική όσο και από την παθολογοανατομική σταδιοποίηση. Το άθροισμα από το σύστημα TNM ομαδοποιείται σε παθολογικά στάδια από το 1 έως το IV (Andreoli & Caprener's, 2018).



Εικόνα 7: Σχηματική σταδιοποίηση καρκίνου τραχήλου της μήτρας

(https://www.researchgate.net/figure/Different-stages-of-Cervical-Cancer_fig2_338077600)

Στάδιο I	Καρκίνος εντοπισμένος στον τράχηλο(ανεξάρτητα επέκτασης στο σώμα της μήτρας)
Στάδιο IA	Διηθητικός καρκίνος που ανιχνεύεται μόνο μικροσκοπικά. Βάθος διήθησης του στρώματος έως 5mm και εύρος διήθησης έως 7mm. Τυχόν διήθηση αγγείων-λεμφαγγείων δεν αλλάζει το στάδιο
Στάδιο IA1	Βάθος διήθησης του στρώματος έως 3mm και εύρος διήθησης έως 7mm
Στάδιο IA2	Βάθος διήθησης του στρώματος 3-5mm και εύρος διήθησης έως 7mm
Στάδιο IB	Κλινικά ορατός όγκος περιορισμένος στον τράχηλο ή μικροσκοπική βλάβη μεγαλύτερη από T1a2/IA2.Περιλαμβάνει όλες τις μακροσκοπικά ορατές βλάβες ακόμα και αυτές με επιφανειακή διήθηση
Στάδιο IB1	Κλινικά ορατή νόσος έως 4cm στη μέγιστη διάσταση
Στάδιο IB2	Κλινικά ορατή νόσος πάνω από 4cm στη μέγιστη διάσταση
Στάδιο II	Καρκίνος τραχήλου που επεκτείνεται εκτός μήτρας αλλά όχι στο πυελικό τοίχωμα ή στο κατώτερο τριτημόριο του κόλπου
Στάδιο IIA	Όγκος που δε διηθεί τα παραμήτρια
Στάδιο IIA1	Κλινικά ορατή νόσος έως 4cm στη μέγιστη διάσταση
Στάδιο IIA2	Κλινικά ορατή νόσος πάνω από 4cm στη μέγιστη διάσταση
Στάδιο IIB	Όγκος που διηθεί τα παραμήτρια
Στάδιο III	Ο όγκος επεκτείνεται στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα και/ή διηθεί το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου και/ή προκαλεί υδρονέφρωση ή μη λειτουργικό νεφρό
Στάδιο IIIA	Ο όγκος διηθεί το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου χωρίς επέκταση στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα
Στάδιο IIIB	Ο όγκος επεκτείνεται στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα και/ή προκαλεί υδρονέφρωση ή μη λειτουργικό νεφρό
Στάδιο IVA	Διήθηση του βλεννογόνου της ουροδόχου κύστεως ή του ορθού και/ή επέκταση εκτός της αληθούς πυέλου)

Στάδιο Ο όγκος διηθεί απομακρυσμένα όργανα

IVB

Πίνακας 1. Σταδιοποίηση καρκίνου τραχήλου της μήτρας (ESGO) (Πηγή: European Society of Gynaecology Oncology, 2017)

Βάση των Γκοβίνα και Κωσταντινίδη (2019), οι εξετάσεις που χρησιμοποιούνται για τη σταδιοποίηση είναι οι εξής:

- κλινική εξέταση
- ακτινογραφία πνευμόνων
- αξονική τομογραφία
- λεμφαγγειογραφία
- υπερηχογράφημα
- μαγνητική τομογραφία
- ενδοφλέβια πυελογραφία
- κυστεοσκόπηση
- ορθοσκόπηση
- χειρουργική διερεύνηση σε περιπτώσεις που θα αντιμετωπιστούν με ακτινοθεραπεία

Τέλος η απεικόνιση MRI έχει σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση της τοπικής έκτασης της νόσου σε προχωρημένες περιπτώσεις, ειδικά αν υπάρχει υποψία εισβολής στην ουρήθρα (Alkatout et al., 2015).

2.7 Θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Ριζική τραχεικτομή: Η ριζική τραχεικτομή θεωρείται η καλύτερη μέθοδος φροντίδας σε ασθενείς με πρώιμο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, που ενδιαφέρονται για μελλοντική γονιμότητα (Marcelo et al., 2015).

Η ριζική τραχεικτομή μπορεί να δημιουργηθεί με διάφορες χειρουργικές τεχνικές όπως, την ριζική κοιλιακή τραχεικτομή, την ριζική κοιλιακή τραχεικτομή και την ριζική τραχεικτομή υποβοηθούμενη από ρομποτική. Η επιλογή της ριζικής τραχεικτομής εξαρτάται από την εκτίμηση του ασθενούς, το μέγεθος του όγκου και την προτίμηση του χειρουργείου. Σε έρευνες που έχουν γίνει έχει διαπιστωθεί ότι η ριζική τραχεικτομή προτιμάται κυρίως σε στάδια IA1, IA2 και IB1 (CH Kim et al., 2012).

Επίσης η ριζική τραχεικτομή επιλέγεται σε ασθενείς ηλικία κάτω των 40-45 ετών, η ιστολογία του καρκινώματος να είναι πλακώδους ή αδενοκαρκινώματος, να μην υπάρχουν ενδείξεις εξάπλωσης των λεμφαδένων, να μη υπάρχει ιστορικό εξασθένησης της γονιμότητας και τέλος να υπάρχει ισχυρή επιθυμία να διατηρηθεί η γονιμότητα (Costales et al., 2018).

Υστερεκτομή: Βάση των Aarts et al. (2015), η υστερεκτομή χωρίζεται σε τέσσερις κατηγορίες, οι οποίες είναι οι εξής: κοιλιακή υστερεκτομή (AH), κοιλιακή υστερεκτομή (VH), λαπαροσκοπική υστερεκτομή (LH) και ρομποτική υστερεκτομή (RH).

- Κοιλιακή υστερεκτομή (AH): περιλαμβάνει την αφαίρεση της μήτρας μέσω μίας τομής στην κάτω κοιλιακή χώρα. Συνήθως χρησιμοποιείται για κακοήθειες (π.χ ενδομητρίωση, συμφύσεις).
- Κοιλιακή υστερεκτομή (VH): περιλαμβάνει την αφαίρεση της μήτρας μέσω του κόλπου, χωρίς κοιλιακή τομή. Χρησιμοποιείται για πρόπτωση μήτρας και για ανωμαλίες της έμμηνου ρύσεως. Είναι λιγότερο επεμβατική από την κοιλιακή υστερεκτομή. Τα πλεονεκτήματα είναι ότι έχει λιγότερες μεταγγίσεις αίματος, λιγότερη εμπύρετη νοσηρότητα και λιγότερο κίνδυνο τραυματισμού του ουρητήρα. Τα μειονεκτήματα είναι υπάρχουν περισσότερες αιμορραγίες και μεγαλύτερος κίνδυνος τραυματισμού της ουροδόχου κύστης.

- Λαπαροσκοπική υστερεκτομή (LH): περιλαμβάνει την χρήση λαπαροσκοπίας για την υστερεκτομή. Υπάρχουν τρεις κατηγορίες της LH και είναι οι εξής: λαπαροσκοπική υποβοηθούμενη κολπική υστερεκτομή (LAVH), λαπαροσκοπική υστερεκτομή (LH) και ολική λαπαροσκοπική υστερεκτομή (TLH).
- Ρομποτική υστερεκτομή (RH): χρησιμοποιείτε ένα ρομποτικό σύστημα, όπου επιτρέπει περισσότερες εργονομικές κινήσεις. Ο χειρουργός κάθεται πίσω από το ρομπότ και χειρίζεται τα λαπαροσκόπια.

Κρυοθεραπεία: Η κρυοθεραπεία είναι μια σχετικά απλή και ασφαλής διαδικασία που καταστρέφει τα προκαρκινικά κύτταρα χρησιμοποιώντας συμπιεσμένο ψυκτικό αέριο όπως το οξείδιο του αζώτου ή το διοξείδιο του άνθρακα για να παγώσει τον εκτραχηλικό ιστό. Δεν απαιτείται αναισθησία. Η διαδικασία χρησιμοποιεί ένα κρύο μπουρνούζι χρησιμοποιώντας άκρη κατασκευασμένο από εξαιρετικά αγωγίμο μέταλλο όπως ασήμι ή χαλκό που κάνει άμεση επιφανειακή επαφή με την έκκριση τραχήλου. Το ψυκτικό αέριο στη συνέχεια ρέει, οδηγώντας σε καταστροφή ανώμαλου τραχήλου της μήτρας λόγω ακραίων ψυχρών θερμοκρασιών. Η κρυονέκρωση επιτυγχάνεται με κρυστάλλωση ενδοκυτταρικού νερού. Το μειονέκτημα της κρυοθεραπείας είναι ότι δεν υπάρχει διαθέσιμο δείγμα ιστού για να επιβεβαιωθεί η ιστολογία και η έκταση της εμπλοκής της βλάβης. Η κρυοθεραπεία δεν είναι κατάλληλη για τη θεραπεία μεγάλων βλαβών που δεν μπορούν να καλυφθούν από τον ανιχνευτή ή βλάβες που βρίσκονται στον ενδοτραχηλικό σωλήνα (Gauravi et al., 2011).

Χημειοθεραπεία: Η ταυτόχρονη χημειο-ακτινοβολία (με μόνο σισπλατίνη ή σε συνδυασμό) είναι επί του παρόντος η τυπική προσέγγιση θεραπείας για ασθενείς με τοπικά προχωρημένη νόσο. Στην θεραπεία αυτή όμως δεν επιτυγχάνουν όλοι οι ασθενείς με αποτέλεσμα, να απαιτούνται εναλλακτικές προσεγγίσεις για τη βελτίωση του αποτελέσματος για αυτούς. Η θεραπεία με bevacizumab (αναστολέας αγγειακού ενδοθηλιακού αυξητικού παράγοντα) μαζί με χημειοθεραπεία σχετίζεται με βελτιωμένη επιβίωση σε ασθενείς με υποτροπιάζον ή μεταστατικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Kumar et al., 2018).

Η επικουρική χημειοθεραπεία διερευνάται επίσης για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας πρώιμου σταδίου (στάδια IA2, IB1 ή IIA) με παρουσία παραγόντων κινδύνου

όπως (μετάσταση λεμφαδένων, εισβολή λεμφοαγγειακού χώρου και βάθος εισβολής άνω των 10 mm, μικροσκοπική παραμετρική εισβολή, μη πλακώδης ιστολογία και θετικά χειρουργικά περιθώρια). Μετά από χειρουργική επέμβαση διατήρησης της γονιμότητας η χημειοθεραπεία που ακολουθείται είναι με νέο ανοσοενισχυτικό όπου είναι εφικτή σε προσεκτικά επιλεγμένους νέους ασθενείς με ογκώδη νόσο IB1 (Kumar et al., 2016).

Ακτινοθεραπεία: Το RT χρησιμοποιείται συχνά στη διαχείριση ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, είτε ως οριστική θεραπεία για εκείνους με τοπικά προχωρημένη νόσο, είτε ως ανοσοενισχυτική θεραπεία μετά από ριζική υστερεκτομή για εκείνους που έχουν έναν ή περισσότερους παθολογικούς κινδύνους παράγοντες (π.χ. θετικοί λεμφαδένες, παραμετρική διήθηση, θετικά χειρουργικά περιθώρια, μεγάλο μέγεθος όγκου, βαθιά στρωματική εισβολή, LVSI). Για ασθενείς με τοπικά προχωρημένους καρκίνους, το αρχικό RT από 40 έως 45 Gy σε ολόκληρη τη λεκάνη, είναι συχνά απαραίτητο για να επιτευχθεί συρρίκνωση του όγκου για να επιτραπεί η βέλτιστη ενδοκοιλιακή τοποθέτηση. Με ενδοκοιλιακά συστήματα χαμηλής δόσης, συνιστώνται συνολικές δόσεις από βραχυθεραπεία και ακτινοβολία εξωτερικής δέσμης έως σημείο A τουλάχιστον 80 Gy για μικρούς όγκους, με συνιστώμενες δόσεις 85 Gy ή υψηλότερες για μεγαλύτερους όγκους (Koh et al., 2013).

2.8 Πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Εμβόλιο: Το εμβόλιο ανήκει στην πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η FDA ενέκρινε τρία εμβόλια που αποδείχθηκαν αποτελεσματικά στην πρόληψη της λοίμωξης από τον HPV: πρώτων ένα δισθενές εμβόλιο, το οποίο καλύπτει τα HPV-16 και HPV-18, δεύτερον ένα τετράπλευρο εμβόλιο, το οποίο εκτός από τα HPV-16 και HPV-18 καλύπτει επίσης τα HPV-6 και HPV-11 και τρίτων ένα εμβόλιο 9-σθένους που εγκρίθηκε το 2014, το οποίο καλύπτει πέντε επιπλέον γονότυπους HPV υψηλού κινδύνου. Η χορήγηση του εμβολίου συνιστάται σε γυναίκες ηλικιακής ομάδας από 9-26 ετών (Bulletin, 2016).

Τεστ Παπανικολάου: Είναι η κυτταρολογική εξέταση που ανήκει στην δευτερογενή πρόληψη. Η κυτταρολογική εξέταση Παπανικολάου μπορεί να δώσει ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα για προκαρκινικά κύτταρα σε περίπου 20% των περιπτώσεων. Υπάρχει επίσης και η εξέταση Παπανικολάου που με χρήση κυτταρολογίας υγρής φάσης (Thin Prep Pap test) που χρησιμοποιείται τα τελευταία

χρόνια, η συγκεκριμένη εξέταση υπερτερεί σε σχέση με την κλασική μέθοδο επίστρωση του υλικού σε γυάλινα πλακάκια, ενώ παρουσιάζει αρνητική πρόγνωση 97-100%. Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται και το HPV test στις γυναίκες ηλικίας από 30 έως 35 ετών, όπου αν το test αποβεί θετικό τότε θα πρέπει να υποβάλλονται άμεσα σε τεστ Παπανικολάου. Η κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου προτείνεται να γίνεται κάθε δύο χρόνια σε γυναίκες ηλικίας από 20-30 ετών και κάθε χρόνο σε γυναίκες ηλικίας από 30-65 ετών (Γκοβίνα και Κωνσταντινίδης, 2019).

Ηρν: Η μόλυνση από τον HPV των γεννητικών οργάνων σχετίζεται με την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Ο έλεγχος καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και ο εμβολιασμός HPV είναι τα κύρια μέτρα που συνιστώνται σήμερα για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Chelimo et al., 2012).

Ο HPV είναι ένας μη τυλιγμένος ιός δίκλωνου δεοξυριβονουκλεϊκού οξέος (DNA) με περισσότερους από 100 γονότυπους. Το ιικό γονιδίωμα κωδικοποιεί πρώιμες ρυθμιστικές πρωτεΐνες (E1, E2, E5, E6 και E7) και όψιμες δομικές πρωτεΐνες (L1 και L2). Η μετάδοση συμβαίνει κυρίως μέσω της σεξουαλικής οδού και εκτιμάται ότι περίπου το 80% των γυναικών θα προσβληθούν από τη μόλυνση κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η πλειοψηφία καθαρίζει τη λοίμωξη από την έμφυτη ανοσία τους, συνήθως εντός 9-12 μηνών. Εκείνοι με επίμονη μόλυνση με γονότυπους υψηλού κινδύνου διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης νεοπλασίας. Από τους 30-40 τύπους HPV που μολύνουν την ανογεννητική οδό, υπάρχουν 13 υψηλού κινδύνου (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 και 68) και 5 πιθανά τύποι HPV υψηλού κινδύνου (53, 66, 70, 73 MM9 και 82 MM4). Ο HPV16 / 18 είναι οι πιο επιθετικοί και είναι πιθανό να παραμείνουν και ενσωματώνονται στο γονιδίωμα του ξενιστή και προκαλούν νεοπλασία του τραχήλου της μήτρας (Bhatla & Singhal, 2020).

Συνήθης μέθοδος μετάδοσης είναι με σεξουαλική επαφή με τον ιό που έχει κατατεθεί στη βασική μεμβράνη του τραχήλου της μήτρας. Στη συνέχεια προσλαμβάνεται από τα βασικά κύτταρα και η ιική ενίσχυση λαμβάνει χώρα με την ωρίμανση του πλακώδους επιθηλίου. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας, παραμένει κρυμμένο από το ανοσοποιητικό σύστημα του ξενιστή, οπότε δεν προκαλεί ανοσοαπόκριση σε πολλές περιπτώσεις. Πολλές από τις γυναίκες που έχουν μολυνθεί με HPV δεν αναπτύσσουν κλινικά ανιχνευμένα επίπεδα αντισωμάτων στον ορό και έτσι κινδυνεύουν να επανεμφανιστούν με τον ίδιο τύπο HPV (Carter et al., 2011).

2.9 Μεταστάσεις του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Η μετάσταση του καρκίνου είναι μια διαδικασία διάδοσης των καρκινικών κυττάρων από μια πρωτογενή μάζα όγκου σε διαφορετική θέση μέσω αιμοφόρων αγγείων και λεμφικών αγγείων. Τα καρκινικά κύτταρα δεν είναι όλα μεταστατικά, όμως ούτε όλα τα κύτταρα εντός μεταστατικών όγκων μπορούν να μετασταθούν, τα τέσσερα βασικά στάδια της μεταστατικής διαδικασίας του καρκίνου είναι η απόσπαση, η μετανάστευση, η εισβολή και η προσκόλληση. Όλα τα παραπάνω στάδια του καρκίνου διαφέρουν μεταξύ τους αλλά και αλληλοσυνδέονται (Guan, 2015).

Βάση των Gardner et al. (2020), οι πιο συχνές μεταστάσεις από τον καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι:

- Ο καρκίνος του πνεύμονα με ποσοστό 59%
- Ο καρκίνος του ήπατος με ποσοστό 16%
- Ο καρκίνος των οστών με ποσοστό 23%
- Ο καρκίνος του εγκεφάλου με ποσοστό 2%

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

3.1 Ανακουφιστική και παρηγορητική φροντίδα

Σύμφωνα με τον Becker (2018), ο Π.Ο.Υ ορίζει την ανακουφιστική φροντίδα ως μια προσέγγιση που έχει σαν στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των ασθενών και των οικογενειών τους, οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα που συσχετίζονται με απειλητικά νοσήματα για τη ζωή τους. Πιο συγκεκριμένα η ανακουφιστική φροντίδα:

- Ανακουφίζει από τον πόνο και τα ενοχλητικά συμπτώματα
- Ενδυναμώνει την διάθεση για ζωή, θεωρώντας το θάνατο απόλυτα φυσιολογικό
- Δεν προσπαθεί να επισπεύσει ούτε να αναβάλλει την ιδέα του θανάτου
- Ενσωματώνει το ψυχολογικό και πνευματικό επίπεδο του ασθενούς
- Προσφέρει ποιότητα στην υγεία , ώστε οι ασθενείς να ζήσουν όσο ενεργά γίνεται μέχρι το θάνατο
- Βοηθάει της οικογένειες να αντιμετωπίσουν την ασθένεια του μέλους της αλλά και τη δική τους θλίψη
- Προσεγγίζει σε ομαδικό επίπεδο, για να μπορεί να διαχειριστεί τις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους συμπεριλαμβανόμενης και τη συμβουλευτική πένθους
- Ενισχύει τη ποιότητα ζωής, ενδεχομένως επιβραδύνει την εξέλιξη της ασθένειας
- Εφαρμόζεται σε πρώιμο στάδιο της ασθένειας σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες που παρατείνουν τη ζωή, όπως η χημειοθεραπεία και ερευνά τρόπους ώστε να κατανοούνται και να αντιμετωπίζονται οι οδυνηρές επιπλοκές της ασθένειας

Παράλληλα αντιμετωπίζει τον κάθε ασθενή ως μοναδικό, εφαρμόζοντας εξατομικευμένα μοντέλα φροντίδας. Οι όροι ανακουφιστική και παρηγορητική φροντίδα έχουν την ίδια σημασία και στην Ελλάδα έχουν χρησιμοποιηθεί για την απόδοση του όρου «Palliative Care». Η παρηγορητική φροντίδα σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη ορίζεται ως «η ανακούφιση ή ο μετριασμός του ψυχικού πόνου με ενθαρρυντικά λόγια ή πράξεις» ενώ στην ελληνική κουλτούρα ο όρος έχει αρνητική χροιά, καθώς συνδέεται με την παρηγοριά στον άρρωστο υπονοώντας προσπάθειες ανακούφισης έως ότου να καταλήξει. Η ανακουφιστική φροντίδα, έχει την έννοια της συνεχιζόμενης υποστήριξης του ασθενή χωρίς να υπονοείται η έννοια του τέλους της ζωής, αφορά το ψυχολογικό κυρίως επίπεδο αλλά επεκτείνεται και σε άλλα επίπεδα όσον αφορά τη ποιότητα της ζωής. Ο όρος ορίζεται ως «το αίσθημα που προκαλεί η απαλλαγή από ψυχικό ή σωματικό πόνο, βάρος, πίεση» (Becker, 2018).

3.2 Εφαρμογή ανακουφιστικής φροντίδας

Σύμφωνα με έρευνες του Becker (2018), η ανακουφιστική φροντίδα έχει θετική απήχηση στις κλινικές εκβάσεις του καρκίνου με αποτέλεσμα χαμηλότερη ένταση των συμπτωμάτων, τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής, την αύξηση της επιβίωσης καθώς και λιγότερο επιθετικές θεραπείες στο τέλος της ζωής του ασθενούς που συνεπάγεται με την ικανοποίηση των ίδιων αλλά και των οικογενειών τους. Η βέλτιστη εφαρμογή της ανακουφιστικής φροντίδας βασίζεται στην ολιστική προσέγγιση των ασθενών και των οικογενειών τους και αποτελείται από τα εξής βήματα:

- Έμφαση στην ανάπτυξη ανοιχτής και ανθρώπινης επικοινωνίας στην οποία συμμετέχουν οι ασθενείς, οι οικογένειες, οι εθελοντές και οι επαγγελματίες υγείας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από ενσυναίσθηση και επικοινωνιακές δεξιότητες που θα συνδράμουν στην δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή. Θα πρέπει να ακούει τον ασθενή και την οικογένεια, δίνοντας προσοχή σε βαθύτερες σκέψεις, φόβους και επιθυμίες χωρίς να τους επικρίνουν. Ακόμη θα πρέπει να μεταφέρει όλες τις χρήσιμες πληροφορίες στον ασθενή, να σέβεται, να αποδέχεται και να υποστηρίζει τις επιθυμίες και τις αποφάσεις τους, όπως για παράδειγμα την άρνηση της θεραπείας ή το αίτημα παραμονής στο σπίτι. Τέλος οι επικοινωνιακές δεξιότητες του νοσηλευτή συμβάλλουν στη διαχείριση δύσκολων θεμάτων όπως η

ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων και η συζήτηση γύρω από τον θάνατο, παρέχοντας ψυχολογική υποστήριξη σε βάθος χρόνου.

- Εκτίμηση των (ανικανοποίητων) αναγκών υγείας κάθε ασθενή και της οικογένειάς του, σεβασμός της αυτονομίας και του δικαιώματος της επιλογής. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας προκύπτουν όταν δεν αντιστοιχούν οι αντιλήψεις των ασθενών στην αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, με σκοπό να μην επιτυγχάνεται η μέγιστη ευεξία. Οι ανάγκες ταξινομούνται σε σωματικές, επικοινωνίας, οικονομικές, πληροφόρησης, καθημερινής δραστηριότητας, ψυχοκοινωνικές, ψυχολογικές και πνευματικές. Αντίστοιχα υπάρχουν προβλήματα που αφορούν τους φροντιστές και χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη αφορά προσωπικά ζητήματα που σχετίζονται με την εργασία, την έλλειψη διαθέσιμου χρόνου, τις ανάγκες των άλλων μελών της οικογένειας, τα ψυχολογικά προβλήματα, τις δαπάνες για τη φροντίδα των ασθενών, και τα σωματικά προβλήματα όπως η αυπνία και η υπερκόπωση. Η δεύτερη κατηγορία αφορά θέματα που σχετίζονται με τις ανάγκες των ασθενών που φροντίζουν, όπως παρεμβάσεις ανακούφισης συμπτωμάτων και με την αντίληψη που έχουν για αυτές. Κατά την πρώτη επίσκεψη οι ασθενείς θα πρέπει να εκτιμώνται σε ομάδα ανακουφιστικής φροντίδας ως μέρος της ογκολογικής εκτίμησης, σε διάστημα που η αλλαγή της κατάστασης το επιβάλλει. Η συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων γύρω από τον θάνατο είναι περιορισμένη στις περισσότερες χώρες όπως και στην Ελλάδα, καθώς αποφεύγεται μια ανοιχτή συζήτηση μεταξύ ασθενών, οικογενειών και επαγγελματιών υγείας σχετικά με το χώρο επιθυμίας του επικείμενου θανάτου ή σχετικά με άλλες πρακτικές παράτασης επιβίωσης όπως η εισαγωγή σε μονάδα εντατικής θεραπείας.
- Εφαρμογή ενός ρεαλιστικού προγράμματος θεραπευτικής παρέμβασης σε κατάλληλο περιβάλλον. Για την εφαρμογή του απαιτείται συντονισμός και φροντίδα από μια μεγάλη ομάδα επαγγελματιών υγείας, σε νοσοκομειακό και εξωνοσοκομειακό επίπεδο ώστε η φροντίδα να μπορεί να ανταποκρίνεται στις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενή. Τα σχέδια φροντίδας συνήθως εστιάζονται σε κοινά και συχνά συμπτώματα όπως η κόπωση, τα ψυχολογικά προβλήματα λόγω του φόβου υποτροπής, της αλλαγής εικόνας σώματος και του επώδυνου θανάτου. Ωστόσο η διεπιστημονική ομάδα οφείλει να προτείνει

λύσεις και σε άλλα προβλήματα όπως οικονομικά, κοινωνικά και σε ζητήματα πνευματικότητας.

Οι τομείς αυτοί αποτελούν βασικές προϋποθέσεις των προγραμμάτων και των παρεμβάσεων της ανακουφιστικής φροντίδας, καθώς συνθέτουν τον πυρήνα της. Σε διεθνές επίπεδο υπάρχουν πολλά παραδείγματα επιτυχημένων μοντέλων ανακουφιστικής φροντίδας, όμως σε πολλές χώρες η ανάπτυξη της υπολείπεται, ιδιαίτερα όσο αφορά στην επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας και στη διαθεσιμότητα κατάλληλων δομών και υπηρεσιών (Becker, 2018).

3.3 Ταξινόμηση μονάδων ανακουφιστικής φροντίδας

Η ανακουφιστική φροντίδα αφορά σε ποικίλες υπηρεσίες και επίπεδα φροντίδας που πρέπει να εστιάζουν στις εξατομικευμένες ανάγκες των ασθενών εφαρμόζοντάς τις από το νοσοκομείο έως το σπίτι του ασθενούς (Maddock et al., 2011).

Σύμφωνα με τους Maddock et al. (2011), με βάση τα παραπάνω η ανακουφιστική φροντίδα διακρίνεται:

- Ως προς το είδος/ επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας ταξινομείται σε βασική, γενική και σε εξειδικευμένη ανακουφιστική φροντίδα. Η βασική ΑΦ παρέχεται μόνο περιστασιακά σε ασθενείς, σε διάφορους χώρους και υπηρεσίες από επιστήμονες υγείας που έχουν επιμορφωθεί στις θεμελιώδεις αρχές της ΑΦ. Περιλαμβάνει φαρμακευτικά και μη μέτρα για τον έλεγχο των συμπτωμάτων και την επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένεια. Οι εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας στη προσφορά βασικής ανακουφιστικής φροντίδας αναγνωρίζουν τα άτομα που χρειάζονται εξειδικευμένη ΑΦ και προβαίνουν στην ανάλογη παραπομπή. Ακόμη θα πρέπει να είναι διαθέσιμη από γενικούς ιατρούς, παθολόγους, νοσηλευτές και από το προσωπικό των γενικών νοσοκομείων. Επομένως η ΑΦ θα πρέπει να περιλαμβάνεται στα προγράμματα βασικής εκπαίδευσης των ιατρών, νοσηλευτών και των επαγγελματιών υγείας και να παρέχεται συνεχές επαγγελματική επιμόρφωση. Η γενική ΑΦ παρέχεται από επαγγελματίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και από ειδικούς που διαχειρίζονται ασθενείς με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα, οι οποίοι έχουν επαρκή γνώση και δεξιότητες βασικής ΑΦ, αν και η ΑΦ δεν αποτελεί το κύριο

αντικείμενο εργασίας τους. Στις δράσεις τους περιέχεται η αξιολόγηση και η διαχείριση των συμπτωμάτων, η φροντίδα του τέλους ζωής, η επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένεια σχετικά με τη διάγνωση και την πρόγνωση. Η ομάδα αποτελείται από έναν ιατρό γενικής ιατρικής και μια ειδικευόμενη νοσηλεύτρια, και συνεργάζονται με κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο ή και εθελοντές. Οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στην ΑΦ αλλά δεν την ασκούν ως κύρια ειδικότητα θα πρέπει να αποκτήσουν ειδική εκπαίδευση, εξάσκηση και δεξιότητες. Τέλος όσο αφορά την εξειδικευμένη ανακουφιστική φροντίδα, παρέχεται σε υπηρεσίες παροχής ΑΦ και εφαρμόζεται από μια ομάδα εξειδικευμένων ιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, κληρικών και άλλων οι οποίοι έχουν ως κύρια απασχόληση την παροχή ΑΦ. Φροντίζουν ασθενείς με αυξημένες ανάγκες, συνεπώς απαιτούν υψηλότερο επίπεδο κατάρτισης και εξειδικευμένο προσωπικό. Τα μέλη διαθέτουν αναγνωρισμένη εκπαίδευση, συνήθως σε μεταπτυχιακό επίπεδο, η οποία επαναλαμβάνεται ως μετεκπαίδευση στο πλαίσιο της συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης.

- Ως προς τις μονάδες παροχής φροντίδας

Η ΑΦ ταξινομείται σε μονάδες του νοσοκομείου και της κοινότητας οι οποίες περιλαμβάνουν τις υπηρεσίες που προσφέρονται στο σπίτι του ασθενούς, και προσφέρουν βασική, γενική είτε εξειδικευμένη ΑΦ. Σκοπός των μονάδων είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων, η αντιμετώπιση των παρενεργειών της θεραπείας, η ψυχοκοινωνική υποστήριξη του ασθενούς και των φροντιστών καθώς και η ομαλή μετάβαση από το νοσοκομείο στο σπίτι ή σε κάποια άλλη δομή. Παρέχουν εξειδικευμένη και διεπιστημονική φροντίδα στους ασθενείς, εξειδικευμένη εκπαίδευση στους επαγγελματίες υγείας και εθελοντές και μπορεί να λειτουργούν με ή χωρίς κρεβάτια νοσηλείας. Ωστόσο οι ασθενείς που έχουν ανάγκη την ΑΦ μπορούν να υποστηριχθούν από μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ξενώνες φροντίδας και ένα μέρος αυτών από μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης, εξειδικευμένα τμήματα ανακουφιστικής φροντίδας, γηριατρικές μονάδες. Η διεπιστημονική ομάδα υποστηρίζει τον ασθενή, την οικογένεια και άλλους επαγγελματίες υγείας, προσφέροντάς τους συμβουλές και καθοδήγηση για την κάλυψη των αναγκών, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η παραμονή του ασθενούς μέχρι να καταλήξει. Οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε ξενώνα, συνήθως βρίσκονται στη τελευταία φάση της ζωής του, με ένα προσδόκιμο ζωής μικρότερο από 6 μήνες, οπότε η νοσοκομειακή φροντίδα

είναι μη απαραίτητη συνήθως και η φροντίδα στο σπίτι είναι δυσχερής. Όσον αφορά το θάνατο, το προσωπικό που εργάζεται σε αυτές τις δομές υποστηρίζει και τις οικογένειες των νοσούντων πριν και μετά το θάνατο. Στα κέντρα ημέρας οι ασθενείς παρακολουθούνται σε ημερήσια ή σε εβδομαδιαία βάση και η φιλοσοφία τους είναι να κοινωνικοποιούν τους ασθενείς. Τέλος τα κέντρα ανοιχτής περίθαλψης είναι για ασθενείς που μένουν στο σπίτι αλλά βρίσκονται σε θέση να επισκεφθούν μονάδες ανοιχτής περίθαλψης. Οι παροχές τους είναι πολλές, όπως ο έλεγχος συμπτωμάτων, τηλεφωνική υποστήριξη, παρακολούθηση ασθενών έπειτα το πέρας της νοσηλείας όπως και η διασύνδεση των εμπλεκόμενων επαγγελματιών στη φροντίδα του ασθενούς. Κυρίως απευθύνονται σε ασθενείς που βρίσκονται στα πρώτα στάδια της νόσου και εξακολουθούν να λαμβάνουν χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία.

ο Ως προς τις φάσεις της φροντίδας σε σχέση με το χρόνο από το τέλος της ζωής

Βάση αυτής της ταξινόμησης, η ΑΦ καλύπτει ένα σύνολο υπηρεσιών οι οποίες περιλαμβάνουν παροχές που ξεκινούν από τη στιγμή που θα γίνει η διάγνωση και επεκτείνονται καθώς η νόσος επιδεινώνεται και δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με τις συνήθεις θεραπείες. Οι δράσεις της ΑΦ περιγράφονται στον ορισμό του ΠΟΥ, πιο συγκεκριμένα ο ασθενής προσαρμόζεται σε ένα νέο περιβάλλον φροντίδας, το οποίο υποστηρίζεται από μεγάλο αριθμό κοινοτικών υπηρεσιών, ανεξάρτητα από τη πρόγνωση, περιλαμβάνοντας άμβλυση των συμπτωμάτων, ψυχολογική υποστήριξη, ανακουφιστική χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή χειρουργική παρέμβαση με στόχο τη βέλτιστη ποιότητα των ασθενών. Μέρος της ΑΦ είναι η φροντίδα τελικού σταδίου η οποία διαρκεί εβδομάδες έως μήνες πριν επέλθει ο θάνατος, διάστημα όπου ο ασθενής και η οικογένεια αποκτούν επίγνωση του περιορισμένου χρόνου ζωής. Σε αυτή τη φάση συνεχίζεται η διαχείριση των σωματικών συμπτωμάτων, η ψυχολογική υποστήριξη, η πνευματική φροντίδα και η θεραπευτική αγωγή που ακολουθεί ο ασθενής. Ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας παρέχεται από κοινοτικές υπηρεσίες στο σπίτι, καθώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί και η φροντίδα σε ειδικούς ξενώνες.

3.4 Ηθικά διλλήματα στην ανακουφιστική φροντίδα ογκολογικών ασθενών

Βάση των Mitchell et all. (2014), οι νοσηλευτές είναι αναπόσπαστα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας της ανακουφιστική φροντίδας παρέχουν καθοδήγηση, θεραπεία και βασική φροντίδα σε ανθρώπους που βιώνουν ένα ευάλωτο στάδιο της

ζωής τους, έχοντας ως γνώμονα τις βιοηθικές αρχές και την τήρησή τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργείται μια ισχυρή σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών όπου η επιτυχής ανακουφιστική φροντίδα μπορεί να μην αποτελεί τη θεραπεία αλλά να προϋποθέτει τη διακοπή της, προκειμένου να επιτευχθεί ένα αξιοπρεπές τέλος ζωής. Η βιοηθική προσέγγιση σχετικά με την ανακουφιστική φροντίδα της ογκολογικής και ιδιαίτερα το τέλος της ζωής επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως την επιθυμία του ασθενούς και των συγγενών, τα πιστεύω και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας, τα πρωτόκολλα και τις κατευθυντήριες οδηγίες του τμήματος που νοσηλεύεται ο ασθενής, τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας του επαγγέλματος, τις δεξιότητες επικοινωνίας και τη προηγούμενη εμπειρία στη διαχείριση ανάλογων καταστάσεων. Ενδεικτικά θέματα που προκύπτουν από τη φροντίδα είναι:

- Η κατανομή των πόρων (πρόσβαση σε ακριβές θεραπείες)
- Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία
- Η επιλογή διακοπής θεραπείας
- Ο σεβασμός επιλογής και της αυτονομίας του ασθενούς
- Η αποκάλυψη της αλήθειας
- Η ενήμερη συγκατάθεση και η λήψη απόφασης από συγγενείς ασθενών με αδυναμία αυτόνομης απόφασης
- Οι προκαθορισμένες οδηγίες
- Η επιλογή του τόπου νοσηλείας
- Το δικαίωμα στην άρνηση
- Οι οδηγίες μη ανάνηψης
- Ζητήματα άρνησης, απόσυρσης, ματαιότητας θεραπείας
- Η ηθική διάσταση χορήγησης θεραπείας ενάντια στις πεποιθήσεις του ασθενούς

3.5 Προβλήματα για την ανάπτυξη της ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα

Δεν υπάρχει κατάλληλο νομικό πλαίσιο για τη παροχή ΑΦ σε παιδιά , εφήβους ή ενήλικες στη χώρα
Έλλειψη κανονιστικών διατάξεων για τη παροχή ΑΦ σε δημόσια θεραπευτήρια
Δεν υπάρχουν Εθνικά Πρότυπα λειτουργίας υπηρεσιών ΑΦ, ούτε κατευθυντήριες οδηγίες για την παροχή τους
Οι ΜΚΟ που παρέχουν κατ' οίκον ΑΦ (και/ή ξενώνες νοσηλείας) δεν έχουν άδεια λειτουργίας, διότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει κατάλληλο σχετικό νομικό και ρυθμιστικό πλαίσιο
Οι σχετικές διατάξεις για τους εθελοντές είναι ημιτελές και οι ΜΚΟ που χρησιμοποιούν εθελοντές είναι εκτεθειμένες σε πιθανό έλεγχο της επιθεώρησης εργασίας
Σύμφωνα με το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο δεν υπάρχει ειδική πρόβλεψη που να επιτρέπει στους ασθενείς να εκφράσουν την επιθυμία τους για μη ανάνηψη, με τρόπο δεσμευτικό και χωρίς ποινικές συνέπειες
Η διαδικασία πρόσβασης στα οπιοειδή και η δυνατότητα προμήθειάς τους για χρήση στο σπίτι είναι χρονοβόρα και απαιτητική
Οι ΜΚΟ που παρέχουν κατ' οίκον ΑΦ (και/ ή ξενώνες) δεν έχουν άδεια συνταγογράφησης ως πάροχοι ΑΦ
Ανεπαρκείς γνώσεις ΑΦ των γιατρών, των παιδιάτρων (ιδιαίτερα των νευρολόγων παιδιάτρων) και άλλων επαγγελματιών υγείας και παιδείας
Τα Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας λειτουργούν με σκοπό την αξιολόγηση και πιστοποίηση της αναπηρίας των ασφαλισμένων. Οι γιατροί που υπηρετούν στα κέντρα αυτά δεν έχουν εκπαιδευτεί και δεν γνωρίζουν τι είναι ΑΦ και τις ειδικές ανάγκες των παιδιών, εφήβων και ενηλίκων που πάσχουν από απειλητικές για τη ζωή ασθένειες
Η κοινή γνώμη δεν είναι ενημερωμένη ως προς το τι ακριβώς προσφέρει η ΑΦ και εξακολουθεί να θεωρεί τον πόνο ως αναπόφευκτο
Δεν υπάρχει πρόσβαση σε υπηρεσίες ΑΦ στα μεγάλα νοσοκομεία σε όλη τη χώρα
Μικρός αριθμός ασθενών (παιδιών και ενηλίκων) έχει πρόσβαση και επομένως επωφελείται από τις υφιστάμενες υπηρεσίες ΑΦ οι οποίες παρέχονται από εξειδικευμένες και αναγνωρισμένες ΜΚΟ. Υπάρχουν ήδη μεγάλες λίστες αναμονής ασθενών και οι πάροχοι ΑΦ αδυνατούν να ανταποκριθούν λόγω περιορισμένων πόρων
Δεν υπάρχουν δομές ή μεταβατικές διαδικασίες για την παροχή ΑΦ σε εφήβους ή νεαρούς ενήλικες που μέχρι πρόσφατα ήταν αποδέκτες παιδιατρικής φροντίδας. Χρειάζεται να

δημιουργηθούν υπηρεσίες και δομές, οι οποίες θα στελεχώνονται με επαγγελματίες υγείας που θα είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών αυτής της ηλικίας
Μη ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών τους σχετικά με τις υφιστάμενες υπηρεσίες ΑΦ, με αποτέλεσμα η παραπομπή τους σε παρεχόμενες υπηρεσίες να είναι χρονοβόρα, γεγονός που έχει αρνητικό αντίκτυπο στην αποτελεσματικότητα των ιατρικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων
Ελλειπείς γνώσεις και ανεπαρκής ψυχοκοινωνική στήριξη σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες (και τις οικογένειές τους) που χρειάζονται ΑΦ εκ μέρους δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων
Ανεπαρκής χρηματοδότηση για την αγορά του απαραίτητου εξοπλισμού για τη παροχή κατ' οίκον ΑΦ σε παιδιά και ενήλικες (πχ ανεμιστήρες, ειδικά/ορθοπεδικά στρώματα, κρεβάτια, περιπατητήρες, συμπληρωματικό εξοπλισμό για φυσιοθεραπεία κλπ)
Έλλειψη στοιχείων, όσον αφορά τα αποτελέσματα και το αντίκτυπο της παροχής της ΑΦ στην Ελλάδα
Απουσία ενός Εθνικού Μητρώου Απειλητικών για τη ζωή ασθενειών παιδιών ή ενηλίκων και ανεπαρκής έλεγχος της συνέχειας στη παροχή φροντίδας στους ασθενείς αυτούς. Τα μόνα διαθέσιμα στοιχεία σε εθνικό επίπεδο, είναι ο αριθμός των θανάτων παιδιών και ενηλίκων και η αιτία του θανάτου, χωρίς συνήθως να προσδιορίζεται η πραγματική ασθένεια, αλλά μόνο το σύμπτωμα που τελικά οδήγησε στο θάνατο
ΜΚΟ: Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, ΑΦ: Ανακουφιστική Φροντίδα, ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Πηγή: Μελέτη σκοπιμότητας για την ανακουφιστική φροντίδα στην Ελλάδα 2019

3.6 Δομές υποστήριξης ασθενών

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας στην Ελλάδα υπάρχει πληθώρα εθελοντικών οργανώσεων και επιστημονικών ενώσεων αλλά ελάχιστες δομές υποστήριξης εκτός νοσοκομείου. Ακόμη η έλλειψη εθνικού αρχείου νεοπλασιών και της γνώσης επίπτωσης του επιπολασμού της νόσου δρα ανασταλτικά στη σωστή καταγραφή του προβλήματος του καρκίνου, επομένως στη σωστή οργάνωση και δημιουργία των αντίστοιχων δομών υποστήριξης. Παρακάτω παρατίθενται κάποιες δομές οι οποίες ανήκουν λειτουργικά και οργανωτικά σε νοσοκομείο:

- Το Ελληνικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά (Ε.Α.Ν.Π) «ΜΕΤΑΞΑ» το οποίο παρέχει κατ' οίκον νοσηλεία από το 1979. Η ομάδα αποτελείται από νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας και γιατρό που προσφέρει ιατρονοσηλευτική φροντίδα.
- Το Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς (Γ.Ο.Ν.Κ.) «ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ» το οποίο διαθέτει κατ' οίκον νοσηλεία από το 1987. Η ομάδα αποτελείται από κοινοτικούς νοσηλευτές και εξυπηρετεί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Γ.Ο.Ν.Κ.
- Η Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής «Τζένη Καρέζη» του Α' εργαστηρίου ακτινολογίας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, προσφέρει δωρεάν ολοκληρωμένη και εξειδικευμένη ανακουφιστική φροντίδα σε χρόνιους πάσχοντες (ασθενείς με καρκίνο και μη). Λειτουργεί από το 1992 και είναι παράρτημα του Αρεταίειου Νοσοκομείου. Η διεπιστημονική ομάδα αποτελείται από γιατρούς, νοσηλευτές και ψυχολόγους) και σκοπός της είναι η ολοκληρωμένη και συνεχής φροντίδα του ασθενούς και της οικογένειάς του. Ο έλεγχος του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων, καθώς των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων αποτελεί προτεραιότητα, αφού στόχος είναι η καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου της μήτρας

Η πρόληψη για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας χωρίζεται σε δύο επίπεδα, στο πρωτογενές και στο δευτερογενές. Στο πρώτο επίπεδο στόχος του νοσηλευτή είναι να προλάβει το πρόβλημα πριν εμφανιστεί, ενώ στο δεύτερο η πρόληψη είναι η πρόληψη της νόσου πριν εγκατασταθεί μόνιμα στον οργανισμό (Kessler, 2017).

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προληπτική διαδικασία, διότι αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας. Αυτός ο ρόλος είναι πολύ σημαντικός για τις αναπτυσσόμενες χώρες που αντιμετωπίζουν ταχείες κοινωνικές και οικονομικές μεταβολές, που συνδέονται άμεσα και με την αύξηση των καρκίνων λόγω των διαφορετικών παραγόντων κινδύνου. Συνεπώς, οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τη συχνότητα και τη θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας βελτιώνοντας τις πρακτικές προσυμπτωματικού ελέγχου (Kamberi et al., 2016).

Σύμφωνα με τον Akyuz et al. (2011), εξετάστηκε η γνώση γυναικών σχετικά με τον HPV σε 79 γυναίκες που ήταν θετικές για HPV, αλλά δεν είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και σε 150 γυναίκες που ήταν αρνητικές για HPV. Το αποτέλεσμα ήταν ότι οι γυναίκες που ήταν θετικές για τον ιό HPV γνώριζαν τι είναι ιός, πως μεταδίδεται και ότι προκαλεί καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενώ οι γυναίκες που ήταν αρνητικές για HPV είχαν άγνοια για όλα τα παραπάνω. Επίσης καμία γυναίκα δεν γνώριζε ότι το τεστ Παπανικολάου ήταν απαραίτητο για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Έτσι, φαίνεται πως δεν ήταν αρκετά ενημερωμένες για το πώς να προστατευτούν και πώς να διαγνώσουν πρόωγα τον καρκίνο. Το προσωπικό υγείας στο οποίο συμπεριλαμβάνονται και οι νοσηλευτές πρέπει να παρέχει επαρκείς πληροφορίες στις γυναίκες για την πρόληψη και την προστασία τους από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

4.1.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρωτογενή πρόληψη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Πιο συγκεκριμένα όσον αφορά την πρωτογενή πρόληψη ο νοσηλευτής πρέπει αρχικά να παρέχει ενημέρωση για την προστασία από τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, στις οποίες ανήκει και ο HPV που είναι υπεύθυνος για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενθαρρύνοντας τη χρήση μεθόδων αντισύλληψης όπως τα προφυλακτικά, τα διαφράγματα και η υιοθέτηση προληπτικών μέτρων εναντίον ρισοκίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών (αποφυγή πολλαπλών ερωτικών συντρόφων) (Yildirim & Arabaci, 2014).

Ακόμη, ο νοσηλευτής πρέπει να παρέχει τεκμηριωμένες πληροφορίες σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του προληπτικού εμβολίου έναντι του HPV καθώς προκαλούν ανησυχίες σε ένα ποσοστό γυναικών με αποτέλεσμα να μην εμβολιάζονται (Kessler, 2017).

Η δημιουργία εκπαιδευτικών εκστρατειών από τους νοσηλευτές για την ανάγκη λήψης του εμβολίου και την ολοκλήρωση των απαιτούμενων δόσεων είναι εξίσου σημαντική (Teitelman et al., 2009; Kessler, 2017).

Εφόσον όμως ξεκινήσει ο εμβολιασμός, ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να ξεκινήσει στρατηγικές υπενθύμισης των δόσεων. Τέτοιες στρατηγικές μπορεί να είναι τηλεφωνικές υπενθυμίσεις ή υπενθυμίσεις μέσω μηνυμάτων με αποτέλεσμα να επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό η ολοκλήρωση των δόσεων του εμβολίου (Kessler, 2017).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας φτάνει μέχρι και το σχολικό περιβάλλον. Η τοποθέτηση ενός νοσηλευτή πρωτοβάθμιας φροντίδας σε ένα σχολείο μπορεί να βελτιώσει την ολοκλήρωση του εμβολιασμού έναντι του HPV (Whelan et al., 2014).

Ακόμη, η παροχή εκπαιδευτικών μαθημάτων για τον HPV στα οποία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται και τα αγόρια και η προσφορά ευέλικτων ραντεβού για τους γονείς και τους μαθητές σχετικά με ερωτήσεις, από κάποιον αρμόδιο νοσηλευτή μπορούν να συμβάλουν εξίσου στην ολοκλήρωση του εμβολιασμού έναντι του HPV (Whelan et al., 2014).

4.1.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη δευτερογενή πρόληψη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Η δευτεροβάθμια πρόληψη περιλαμβάνει τον προσυμπτωματικού έλεγχο με σκοπό να αυξηθεί η επιβίωση, να ελαττωθούν οι επιπλοκές, να εντοπιστούν και να θεραπευτούν σε αρχικό στάδιο, καθώς και τη συνεχή παρακολούθηση των ατόμων ούτως ώστε να αποφευχθεί η περαιτέρω διάδοση της νόσου (Stanhope & Lancaster, 2016).

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μια γυναικολογική ασθένεια που μπορεί να αποφευχθεί και μια ουσιαστική πτυχή της πρόληψής της είναι η επωφελής έγκαιρη ταυτοποίηση των προκακοήθων βλαβών από το Τεστ Παπ (Khudairi et al., 2017).

Ο νοσηλευτής συμμετέχει στην εξέταση και στη συμβουλευτική σχετικά με τον HPV και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Nies & McEwen, 2013).

Από τις μελέτες που έγιναν για το τεστ Παπ, οι περισσότερες έδειξαν ότι οι νοσηλευτές παρέχουν ή προτείνουν το τεστ Παπ σε ασθενείς (72% έως 98%) (Smith et al., 2014).

Διάφορα μέσα μπορούν να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά για να επιτευχθεί η κατάλληλη εκπαίδευση σχετικά με το Παπανικολάου, όπως η εκπαίδευση των προγραμμάτων σπουδών στα πανεπιστήμια, οι εκστρατείες ευαισθητοποίησης, τα ενημερωτικά φυλλάδια, το διαδίκτυο, η τηλεόραση, το ραδιόφωνο και το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης. Οι φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής είναι τα μελλοντικά εργατικά στελέχη στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με την προληπτική εξέταση κατά Παπανικολάου στο γενικό πληθυσμό. Οι σωστές γνώσεις σχετικά με τη δοκιμασία του τεστ Παπ (σχετικά με το πότε να ξεκινήσει, πότε να σταματήσει και τη συχνότητα των εξετάσεων) είναι ζωτικής σημασίας για να εξασφαλιστεί το μέγιστο όφελος και η τήρηση των προληπτικών μέτρων που εμπλέκονται στη δοκιμή (Khudairi et al., 2017).

Έρευνες έχουν αποδείξει πως οι νοσηλευτές εκτός από το συμβουλευτικό ρόλο που έχουν, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο τους καθιστά ικανούς να εκτελούν κιάλας το τεστ Παπ (Rennie et al., 2015).

Συνήθως, όταν ο νοσηλευτής είναι θηλυκού γένους, οι γυναίκες ασθενείς νιώθουν πιο άνετα και είναι ευκολότερο για τον νοσηλευτή να προσφέρει βοήθεια στον τομέα του

συντονισμού και της πληροφόρησης. Επιπλέον, έχει την υπομονή να ακούσει τις ανησυχίες των ασθενών του και να δώσει συμβουλές σχετικά με την αντιμετώπιση της κατάστασης του καρκίνου. Μπορεί να στηρίξει την ανάπτυξη ενός τοπικού δικτύου πόρων και να συνδεθεί με άλλους πόρους εάν είναι απαραίτητο (Thygesen et al., 2012).

4.1.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη τριτογενή πρόληψη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Μεγάλο μέρος της τριτοβάθμιας πρόληψης εστιάζει στην διαχείριση των συμπτωμάτων, στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη, στην πρόληψη του θανάτου, στην επιβράδυνση της νόσου και στη βελτίωση της πρόγνωσης. Περιλαμβάνει τη καθημερινή πράξη στις υπηρεσίες υγείας, τη θεραπευτική δηλαδή παρέμβαση, η οποία αρχίζει μετά την κλινική εκδήλωση της νόσου. Πολλές ασθενείς δηλώνουν ανασφάλεια, φόβο και άγχος μετά από την ανακοίνωση ύπαρξης καρκίνου. Οι νοσηλευτές λειτουργούν ως ομάδες στήριξης που θα βοηθήσουν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τη νόσο τους. Οι νοσηλευτές βρίσκονται στην κατάλληλη θέση για την αξιολόγηση της ψυχικής διάθεσης των γυναικών που πάσχουν και μπορούν να τις βοηθήσουν να αναζητήσουν και να διατηρήσουν με συνέπεια τη θεραπεία (Stanhope & Lancaster, 2016).

Οι γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με επεμβατικό καρκίνο του τραχήλου, πρέπει να τους παρέχεται τόση φροντίδα ώστε η διαθέσιμη θεραπεία να πετύχει στο στόχο της που δεν είναι άλλος πέρα από τον περιορισμό της εξάπλωσης του καρκίνου. Η θεραπεία του επεμβατικού καρκίνου απαιτεί συνεισφορές από πολλούς επαγγελματίες υγείας όπως είναι ο γυναικολόγος ογκολόγος, ο ακτινοθεραπευτικός ογκολόγος, ο ιατρός ογκολόγος, ο ακτινολόγος και ο ειδικός νοσηλευτής. Η ίδρυση ενός περιφερειακού κέντρου θεραπείας με κατάλληλα καταρτισμένους επαγγελματίες θα μπορούσε να αποτελέσει πρόκληση σε περιβάλλον χαμηλών πόρων και σε αγροτικές περιοχές (Ngan et al., 2011).

4.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Οι αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας βασίζονται στα αποτελέσματα των διαγνωστικών ευρημάτων από την διεπιστημονική ομάδα. Ένα άτομο που είναι ύποπτο για την ύπαρξη καρκίνου υποβάλλεται σε μία σειρά διαγνωστικών εξετάσεων για τον προσδιορισμό της θέσης, της έκτασης αλλά και τον τύπο του καρκίνου. Στα διαγνωστικά μέσα περιλαμβάνεται ένα πλήρες ιστορικό, τα κατάλληλα απεικονιστικά τεστ, οι παρεμβατικές διαδικασίες που έχουν γίνει, οι εργαστηριακές εξετάσεις και οι παθολογοανατομικές εξετάσεις του ιστού ή του αίματος. Στόχος του νοσηλευτή στη διάγνωση είναι να προετοιμάζει τον ασθενή και την οικογένειά του για κάθε εξέταση και διαδικασία. Αυτό περιλαμβάνει την επεξήγηση τη διαδικασίας της εξέτασης αλλά και οποιαδήποτε προετοιμασία είναι απαραίτητη πριν τη διαγνωστική εξέταση (Osborn et al., 2016).

Συχνά, ζητείται από το νοσηλευτή να βοηθήσει στην πραγματοποίηση διαφόρων διαγνωστικών εξετάσεων. Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί λεπτομερώς για την διαδικασία που πρόκειται να ακολουθήσει και ερωτάται από το νοσηλευτή ως προς το τι μπορεί να κάνει για να μειώσει τη δυσφορία και το άγχος της. Μετά από την ενημέρωση για κάποιες διαδικασίες, ίσως να απαιτείται η συναίνεση της ασθενούς και ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να διασφαλίσει ότι ο επαγγελματίας υγείας έχει λάβει τη συναίνεση της. Επίσης πριν από την έναρξη οποιαδήποτε διαδικασίας, οι νοσηλευτές πρέπει να απαντούν με σαφήνεια και ακρίβεια σε σχετικές ερωτήσεις των ασθενών με σκοπό την συναισθηματική αποσυμφόρηση τους (Dewit, 2013).

Οι νοσηλευτές πρέπει να παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της περιόδου που η ασθενής υποβάλλεται σε διαγνωστικές εξετάσεις, τόσο στην ίδια όσο και στην οικογένειά της, καθώς βιώνουν έντονο άγχος και κάποιες φορές είναι προτιμότερο να μην αναφέρεται η λέξη καρκίνος διότι μπορεί η ασθενής και η οικογένεια να βιώσουν έντονο φόβο στη πιθανότητα ενός θετικού τεστ (Osborn et al., 2016).

Δοκιμασία Παπανικολάου - νοσηλευτικές παρεμβάσεις: Το επίχρισμα από το Test Pap χρησιμοποιείται για τη διάγνωση της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας καθώς και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Χρησιμοποιείται επίσης για την εκτίμηση της ορμονικής κατάστασης και την αναγνώριση της παρουσίας σεξουαλικά

μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπως η λοίμωξη του ιού ανθρωπίνων κονδυλωμάτων ή θηλωμάτων (HPV). Με τη γυναίκα να κάθεται σε γυναικολογική θέση, εισέρχεται το μητροσκόπιο για επισκόπηση του τραχήλου της μήτρας. Μια πλαστική σπάτουλα χρησιμοποιείται για την απόξεση του στομίου του τραχήλου και άλλων ύποπτων περιοχών και το υλικό τοποθετείται σε αντικειμενοφόρο πλάκα για κυτταρολογική εξέταση. Ένας βαμβακοφόρος στειλούς χρησιμοποιείται για τη λήψη δείγματος από τον ενδοτράχηλο, και το δείγμα αυτό τοποθετείται σε άλλη αντικειμενοφόρο πλάκα (Lowdermilk & Shannon, 2013).

Κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας, ο νοσηλευτής πρέπει να βεβαιωθεί ότι η γυναίκα δεν έχει κάνει κολπικές πλύσεις, δεν έχει χρησιμοποιήσει κολπικά φάρμακα και δεν είχε σεξουαλική επαφή τουλάχιστον 24 έως 48 ώρες πριν από τη διαδικασία. Αν η γυναίκα έχει έμμηνη ρύση, προγραμματίζεται η εξέταση για άλλη χρονική στιγμή, με καταλληλότερο χρόνο για τη δοκιμασία να θεωρείται το μέσον του έμμηνου κύκλου. Ο νοσηλευτής εξηγεί στη γυναίκα τη διαδικασία και τι πρόκειται να αισθανθεί κατά τη διάρκεια της εξέτασης και λήψης του δείγματος. Το κυτταρολογικό βουρτσάκι εισέρχεται στον ενδοτράχηλικό χώρο και περιστρέφεται κατά 90° έως 180° και στη συνέχεια ακολουθεί μια ελαφρά απόξεση από ολόκληρη τη ζώνη μετάπτωσης με τη χρήση σπάτουλας. Αν η γυναίκα έχει κάνει υστερεκτομή, λαμβάνεται δείγμα από το κολόβωμα. Τα δείγματα αποστέλλονται στο κυτταρολογικό εργαστήριο αμέσως για μικροσκόπηση, με αξιολόγηση και με γραπτή αναφορά στα παθολογικά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένων και των καρκινικών κυττάρων (Lowdermilk & Shannon, 2013).

4.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία

Οι επιλογές που υπάρχουν ως θεραπεία για το καρκίνο του τράχηλου της μήτρας είναι το χειρουργείο, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία. Ο νοσηλευτής συναντάται και στις τρεις επιλογές θεραπείας (Osborn et al., 2016).

4.3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική αντιμετώπιση

Ο ρόλος του νοσηλευτή στο περιεγχειρητικό περιβάλλον περιλαμβάνει την προετοιμασία του ασθενούς για το χειρουργείο, την πρόληψη και θεραπεία μετεγχειρητικών επιπλοκών και την προετοιμασία του ασθενούς για εξιτήριο. Ο νοσηλευτής ακολουθεί κανόνες και κατευθυντήριες οδηγίες, οι οποίες αποτελούν τη βάση για την προσφορά μιας υψηλού επιπέδου φροντίδας στον ασθενή που

υποβάλλεται σε χειρουργείο. Στόχος κάθε νοσηλευτή είναι να παρέχει μία ποιοτική συλλεκτική φροντίδα ενισχύοντας έτσι τη συνεργασία μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενούς. Κάθε νοσηλευτής παρέχει εξατομικευμένη φροντίδα σεβόμενος πάντα τις προσωπικές, πολιτισμικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις του ασθενούς (Osborn et al., 2016).

4.3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς

Ο ασθενής ενημερώνεται για το πότε πρέπει να γίνει η εισαγωγή του στο νοσοκομείο, αν χρήζει νοσηλείας ή όχι πριν τη χειρουργική επέμβαση και τι πρέπει να προσέχει πριν την εισαγωγή του στη κλινική. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για ένα κομμάτι δραστηριοτήτων πριν από το χειρουργείο. Σκοπός του κάθε νοσηλευτή είναι να εκτιμήσει την ετοιμότητα του ασθενούς για την εγχείρηση, να αναγνωρίσει πιθανούς κινδύνους του χειρουργείου, να ενημερώσει τον ασθενή σχετικά με την επέμβαση, να τον προετοιμάσει για το μετεγχειρητικό στάδιο, να τον ενημερώσει για τη παροχή φροντίδας στο σπίτι και φυσικά να του προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη (Osborn et al., 2016).

Η εξέταση αυτή συνηθίζεται να γίνεται το πρωί του χειρουργείου. Ο νοσηλευτής ακολουθούν μία φόρμα αξιολόγησης η οποία περιλαμβάνει τη λήψη ενός ιστορικού, τη φυσική εξέταση και τη λειτουργική αξιολόγηση. Η λήψη ιστορικού περιλαμβάνει ερωτήσεις ως προς την ηλικία, τις αλλεργίες, τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, το οικογενειακό ιστορικό, αν υπάρχει προγενέστερο ιατρικό ιστορικό και τη χρήση ουσιών (τσιγάρο, ποτό). Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει την καταγραφή των ζωτικών σημείων, τη τοποθέτηση φλεβικής γραμμής, τη λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος, τη λήψη διαγνωστικών εξετάσεων (γενική αίματος) και τη καταγραφή της λειτουργικής κατάστασης της ασθενούς. Γενικά, ο νοσηλευτής δίνει κατευθυντήριες οδηγίες στην ασθενή πριν το χειρουργείο. Αυτές αφορούν τη νηστεία που πρέπει να ακολουθήσει η ασθενής – ελαφρά διατροφή (σούπες, άλυπα φαγητά) και λήψη καθαρών υγρών (νερό, χυμοί, τσάι) δύο ημέρες πριν το χειρουργείο και αποχή εντελώς από όλα τουλάχιστον 8 ώρες πριν το χειρουργείο, τη διακοπή του καπνίσματος για 12 ώρες πριν το χειρουργείο, τη προετοιμασία της περινεϊκής περιοχής (πλύσιμο και ξύρισμα), την αφαίρεση βερνικιού από τα νύχια καθώς προτείνεται η διακοπή της αυτόβουλης λήψης των φαρμακευτικών αγωγών που λάμβαναν μέχρι πρότινος και λήψη αυτών μόνο μετά από συνεννόηση με τον ιατρό.

Επίσης, ο νοσηλευτής προετοιμάζει τον ασθενή δίνοντας του να φορέσει την χειρουργική ποδιά, είναι υπεύθυνος να διασφαλίσει την ενυπόγραφη συναίνεση της ασθενούς για το χειρουργείο, της ζητάει και τη βοηθά να αφαιρέσει όλα τα τιμαλφή και όλες τις πρόσθετες συσκευές (φακοί επαφής, τεχνητές οδοντοστοιχίες) και είναι υπεύθυνος να παραδώσει το χειρουργικό φάκελο της ασθενούς στον τραυματιοφορέα (Osborn et al., 2016).

4.3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς

Η μετεγχειρητική περίοδος ξεκινά αμέσως μετά την ολοκλήρωση της χειρουργικής επέμβασης. Ο νοσηλευτής εκτελεί συστηματική εκτίμηση της ασθενούς ελέγχοντας το επίπεδο συνείδησης, τη καρδιαγγειακή και αναπνευστική λειτουργία, το γαστρεντερικό και το ουροποιητικό σύστημα, τη διαχείριση του πόνου, την ακεραιότητα του δέρματος, τα ζωτικά σημεία, την ικανότητα κίνησης του ασθενούς, τις παροχετεύσεις και την ψυχοκοινωνική του διάθεση παρέχοντας ψυχολογική υποστήριξη και απάντηση στις ερωτήσεις του ασθενή για τη μείωση του στρες και του άγχους. Μετά την μεταφορά του στο θάλαμο της κλινικής ο νοσηλευτής εστιάζει στη λειτουργική αποκατάσταση και στην εκπαίδευσή του για τη φροντίδα του μετά την έξοδό του και την επιστροφή στο σπίτι του. Οι μετεγχειρητικοί ασθενείς αξιολογούνται πολύ συχνά διότι μπορεί η κατάσταση τους να αλλάξει ακαριαία. Ελέγχεται η πυρετική τους δραστηριότητα, η οποία είναι αποτέλεσμα φλεγμονής, αφυδάτωσης ή τραυματισμού των ιστών, ο κορεσμός του οξυγόνου, γίνεται αξιολόγηση της εντερικής λειτουργικότητας (έλεγχος εντερικών ήχων, κενώσεις, αέρια), η οποία πρέπει να επέλθει στα φυσιολογικά μετά από λίγες ώρες, αξιολόγηση της νεφρικής λειτουργίας (οι ασθενείς πρέπει να ουρήσουν τουλάχιστον 6 με 8 ώρες μετά την επέμβαση), καταμέτρηση των όγκων των προσλαμβανόμενων και των αποβαλλόμενων υγρών καθώς και τον όγκο των παροχετευμένων υγρών. Βασικός νοσηλευτικός στόχος είναι η αξιολόγηση του πόνου, η άρση του ασθενούς από το κρεβάτι προς κινητοποίηση του και η επαρκής ξεκούραση του. Η ξεκούραση του ασθενούς στοχεύει στην αποτελεσματικότερη λειτουργία του ανοσοποιητικού και στη πνευματική διαύγεια του. Η κινητοποίηση γίνεται με τη βοήθεια του νοσηλευτή συνήθως την επόμενη ημέρα από αυτή της επέμβασης και βοηθά κυρίως στην κινητοποίηση της περισταλτικότητας του εντέρου. Ο νοσηλευτής μπορεί να συμβουλευσει τους ασθενείς να υποστηρίξουν το τραύμα και να παίρνουν βαθιές αναπνοές κατά τη κινητοποίησή τους, τα οποία έχουν ως στόχο την ύφεση του πόνου

και της ναυτίας. Αν η ασθενής παραπονεθεί ότι πονάει, ο νοσηλευτής βρίσκεται δίπλα της για να κάνει αξιολόγηση του πόνου (με κλίμακα πόνου), να της εξηγήσει γιατί πονά (κάκωση των ιστών) και να λάβει μέτρα άρσης του πόνου και άνεσης της ασθενούς. Η παρουσία του νοσηλευτή είναι για να παρέχει στήριξη και ψυχολογική υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια στην ασθενή αλλά και στην οικογένεια, μειώνοντας τη στρεσογόνο κατάσταση που βιώνουν (Osborn et al., 2016).

Μια βασική ανάγκη των μετεγχειρητικών ασθενών είναι η εκπαίδευση και η ενημέρωση τους σχετικά με τη φροντίδα που μπορούν να παρέχουν στον εαυτό τους μετά το εξιτήριο. Οι νοσηλευτές διδάσκουν στους ασθενείς πώς να φροντίζουν το χειρουργικό τραύμα και το δέρμα (συχνές πλύσεις με ορό και καλό στέγνωμα της περιοχής, ειδικότερα αν έχει γίνει εκσπλάχνωση), πώς μπορούν να περιορίσουν τον κνησμό στην περιοχή (χρήση λοσιόν χωρίς λάδι στην επιφάνεια του δέρματος), και πώς μπορούν να αντιληφθούν έγκαιρα τυχόν σημεία λοίμωξης (LeMone et al., 2014).

4.3.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία

Σύμφωνα με τους Λαβδανίτη και Ζυγά (2012), ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και η συμβολή του στην αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία είναι σημαντική. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκπαιδεύσει τον ασθενή και την οικογένεια του με πληροφορίες για την ασθένεια, τις διαγνωστικές εξετάσεις που θα πρέπει να πραγματοποιηθούν, καθώς και για τους στόχους της ακτινοθεραπείας. Επίσης θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για την διαδικασία της ακτινοθεραπείας, για την χορήγηση της ακτινοθεραπείας, για τις ανεπιθύμητες παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν κατά την διάρκεια και μετά από την ακτινοθεραπεία, καθώς και για τον τρόπο αντιμετώπισης τους. Η φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει τα εξής:

- πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων πριν την έναρξη της ακτινοθεραπείας
- χορήγηση απαραίτητων φαρμάκων βάση ιατρικής οδηγίας πριν και κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας
- αντιμετώπιση επείγουσων καταστάσεων κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας (αλλεργικές αντιδράσεις, απώλεια συνείδησης και επιληψία)

- αντιμετώπιση παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία όπου διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες

Οι οξείες παρενέργειες εμφανίζονται κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας ή μερικές εβδομάδες μετά την ακτινοθεραπεία, ενώ οι χρόνιες παρενέργειες εμφανίζονται μήνες ή ακόμα και χρόνια μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας. Οι πιο συχνές οξείες παρενέργειες είναι:

- κόπωση
- αντιδράσεις του δέρματος
- προβλήματα από τον γαστρεντερικό σωλήνα όπως (ναυτία, έμετος, διάρροια)
- βλενογονίτιδα στόματος
- σεξουαλική δυσλειτουργία

Ενώ κάποιες από τις χρόνιες παρενέργειες είναι:

- οι ινώσεις ιστών ή δέρματος
- οι νεκρώσεις ιστών
- τα συρίγγια (ορθοκυστικά ή κυστεοκολπικά)
- η χρόνια περικαρδίτιδα
- η χρόνια ακτινική κυστίτιδα
- τα δευτερογενή νεοπλάσματα

4.3.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην χημειοθεραπεία

Σύμφωνα με τους Roe & Lennan (2014), ο νοσηλευτής ως σημαντικό μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, μπορεί να εφαρμόσει το συμφωνημένο σχέδιο, αξιολογώντας και προσαρμόζοντας τη θεραπεία καθώς εξελίσσεται. Ωστόσο, είναι ζωτικής σημασίας οι ασθενείς να παραμένουν σε επαφή με τον ογκολόγο τους σε διαφορετικά σημεία στο ταξίδι της θεραπείας τους, και αυτό συνήθως καθορίζεται από την τοπική πολιτική. Ο σκοπός της κλινικής επανεξέτασης πριν από κάθε κύκλο

χημειοθεραπείας είναι να εντοπίσει τυχόν τοξικότητες που είχαν βιώσει προηγουμένως, να αξιολογήσει την ικανότητα του ατόμου να συνεχίσει και να εφαρμόσει τυχόν προγραμματισμένες αλλαγές στην πορεία της θεραπείας. Ένας νοσηλευτής που πραγματοποιεί αυτήν την αναθεώρηση πρέπει να είναι ικανός και να διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις σχετικά με τη συγκεκριμένη χημειοθεραπεία που λαμβάνει ο ασθενής και την πρόθεσή του. Ο σκοπός της κλινικής επανεξέτασης πριν από κάθε κύκλο χημειοθεραπείας είναι να εντοπίσει τυχόν τοξικότητες που είχαν βιώσει προηγουμένως, να αξιολογήσει την ικανότητα του ατόμου να συνεχίσει και να εφαρμόσει τυχόν προγραμματισμένες αλλαγές στην πορεία της θεραπείας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι οι εξής:

Ουδετεροποιητική σήψη: η Ουδετεροποιητική σήψη είναι απειλητική για την ζωή. Η επίπτωση εξαρτάται από την μυελοκατασταλτική φύση του φαρμάκου της χημειοθεραπείας που χορηγείται. Προκαλείται από την τοξική επίδραση της χημειοθεραπείας στα ουδετερόφιλα. Η θεραπεία περιλαμβάνει άμεση χορήγηση αντιβιοτικού ευρέος φάσματος και πλήρους σηπτικής επεξεργασίας για τον προσδιορισμό του αιτιολογικού παθογόνου.

Ναυτία και εμετός που προκαλείται από την χημειοθεραπεία: η ναυτία και ο έμετος που προκαλείται από την χημειοθεραπεία, είναι μια από τις δυσάρεστες παρενέργειες και αναφέρεται από τους ασθενείς ως ο μεγαλύτερος φόβος κατά την έναρξη της θεραπείας. Η θεραπεία περιλαμβάνει συμβουλές σχετικά με το φαγητό, την αποφυγή ισχυρών μυρωδιών, ενώ ο βελονισμός έχει δείξει αποτελέσματα και το τζίντζερ αποτελεί μια δημοφιλή θεραπεία. Η πρόληψη για την ναυτία και τον έμετο που προκαλείται από την χημειοθεραπεία, είναι η αντιεμετική θεραπεία.

Διάρροια που προκαλείται από την χημειοθεραπεία: η διάρροια είναι μια συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια που παρατηρείται στους ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, αλλά οι αιτίες τις είναι πολυπαραγοντικές. Οι αιτίες μπορεί να είναι βλάβες του βλεννογόνου στο εσωτερικό του γαστρεντερικού σωλήνα, υπερβολική χρήση αντιβιοτικών, κακή χρήση αντιδιαρροικών παραγόντων, σύνδρομο δυσαπορρόφησης. Ο βασικός τρόπος αντιμετώπισης είναι ο έλεγχος με την χρήση λοπεραμίνης και για την διασφάλιση της ενυδάτωσης σε περίπτωση επίμονης διάρροιας μπορεί να δοκιμαστεί η οκτρεοτίδη. Οι συνέπειες της διάρροιας χωρίς την θεραπεία είναι η νεφρική ανεπάρκεια και η διάτρηση. Όποιος ασθενής εμφανίζει

διάρροια τρίτου και τετάρτου βαθμού χρειάζεται εισαγωγή στο νοσοκομείο για ενυδάτωση και διερεύνηση αιτίας. Ο νοσηλευτής έχει σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση των μηνυμάτων σχετικά με το πότε πρέπει να επικοινωνήσει με τη γραμμή βοήθειας και να διασφαλίσει ότι τα φάρμακα αποθηκεύονται και χορηγούνται με ασφάλεια.

Αλωπεκίαση: επειδή η ρίζα της τρίχας έχει υψηλή ροή αίματος, επιτρέπει τη λήψη χημειοθεραπείας, με αποτέλεσμα να χάνονται τα μαλλιά από όλο το σώμα και όχι μόνο από το κεφάλι. Η αλωπεκία είναι η ορατή παρενέργεια που προκαλείται από την χημειοθεραπεία, με αποτέλεσμα να απειλεί την εικόνα του σώματος και την αυτοπεποίθηση των ατόμων. Για αυτό το λόγο πολλοί ασθενείς επιλέγουν μια περούκα για την αντιμετώπιση της εικόνας του σώματος τους που αλλάζει. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να δώσει συμβουλές και στρατηγικές για την διαχείριση της τριχόπτωσης και να δώσει ευαίσθητα μηνύματα σχετικά με την αναγέννηση.

Στοματίτιδα: η στοματίτιδα είναι μια παρενέργεια της χημειοθεραπείας και χαρακτηρίζεται από πόνο και φλεγμονή της επιφάνειας του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας, που καταστρέφει τα υγιή κύτταρα στο στόμα. Η σοβαρότητα εξαρτάται από τον τύπο του χημικοθεραπευτικού φαρμάκου και την δόση που χορηγείται. Η θεραπεία είναι η μείωση της δόσης της χημειοθεραπείας. Ο νοσηλευτής έχει ως ρόλο να προτείνει πιθανές στρατηγικές για την ελαχιστοποίηση των επιβλαβών επιπτώσεων της χημειοθεραπείας.

Κούραση: η κόπωση είναι μια συχνή ανεπιθύμητη παρενέργεια, όπου τις περισσότερες φορές παραμένει πέρα από την θεραπεία. Η διαχείριση του πόνου είναι η εξασφάλιση ξεκούρασης, η εξασφάλιση επαρκούς πρόληψης θερμίδων και η διόρθωση της αναιμίας είναι άλλα μέτρα που πρέπει να ληφθούν υπόψιν, καθώς και να προσδιοριστεί αν υπάρχει κατάθλιψη.

Υπερευαισθησία: η υπερευαισθησία είναι ένας γενικός όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει όλους τις αλλεργικές αντιδράσεις φαρμάκων ακόμα και αναφυλαξίες που μπορούν να συμβούν. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος αντίδρασης είναι οι ταξάνες (docetaxel και paclitaxel), και τα μονοκλωνικά αντισώματα (π.χ. trastuzumab, rituximab και cetuximab). Στους ασθενείς που χορηγούνται αυτά τα φάρμακα θα πρέπει να χορηγείται προληπτική θεραπεία.

Περιφερική νεφροπάθεια: Οι ταξάνες και οι οξαλιπλατίνη είναι τα πιο κοινά φάρμακα που προκαλούν περιφερική νεφροπάθεια. Δεν υπάρχει διαθέσιμη θεραπεία για την

περιφερική νεφροπάθεια, αλλά η διαχείριση περιλαμβάνει την πρόληψη περαιτέρω ζημιών, την ανακούφιση και την ψυχολογική υποστήριξη, επίσης η διόρθωση των διατροφικών ελλείψεων θεωρείται ωφέλιμη.

Εξαγγείωση: η εξαγγείωση είναι συνέπεια της λήψης ενδοφλέβιας χημειοθεραπείας και συμβαίνει όταν η χημειοθεραπεία περνάει στον περιβάλλοντα ιστό. Οι παράγοντες χημειοθεραπείας είναι τρεις: επιφυλακτικοί, ερεθιστικοί και φυσαλίδες. Η διαχείριση της εξαγγείωσης εξαρτάται από τον παράγοντα χημειοθεραπείας και τα διαθέσιμα αντιδότες. Ο νοσηλευτής στην κλινική έχει διαρκή ευθύνη να διενεργεί αξιολογήσεις φλεβών για να διασφαλίζει ότι δεν υπάρχουν σημάδια εξαγγείωσης και να καθορίζει εάν η χορήγηση χημειοθεραπείας προκαλεί την εύθραυστη φλέβα. Θα πρέπει να εκτιμήσει την ανάγκη για συσκευή κεντρικής πρόσβασης, να συμβουλευθεί τον ασθενή ανάλογα και να αναφερθεί στην κατάλληλη υπηρεσία για τοποθέτηση.

4.3.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη

Βάση των Λαβδανίτη και Αβραμίκα (2011), συνήθως μετά το τέλος της θεραπείας οι ασθενείς βιώνουν μια ανησυχία, αβεβαιότητα και άγχος για τυχόν επανεμφάνιση της νόσου. Αντίθετα κάποιοι άλλοι ασθενείς αναπτύσσουν θετικό αίσθημα κατά την διάρκεια της θεραπείας, το οποίο συνεχίζει να υπάρχει και μετά το τέλος της θεραπείας. Τέτοια αισθήματα είναι:

- η αυξημένη αυτοεκτίμηση
- η αυξημένη πνευματικότητα
- τα αυξημένα αισθήματα καλής και ειρηνικής πρόθεσης
- η απόδοση μεγαλύτερου νοήματος για την ζωή

Αυτές οι θετικές επιδράσεις θεωρούνται σαν πλεονέκτημα της θεραπείας και χαρακτηρίζονται σαν μετατραυματική ανάπτυξη. Οι τρόποι ψυχοκοινωνικής υποστήριξης που μπορεί να συνεργαστούν οι νοσηλευτές με κατάλληλους επιστήμονες είναι οι εξής: παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων ώστε να ελαττωθεί η αβεβαιότητα και να αυξηθούν οι ικανότητες προσαρμογής κατά τη διάρκεια της επιβίωσης. Αυτή η παροχή είναι πιθανό να περιλαμβάνει ατομικά μαθήματα, εργαστήρια, και διδασκαλία μικρών ομάδων. Επιπλέον, οποιοδήποτε γραπτό υλικό και υλικό που προέρχεται από το διαδίκτυο από αξιόπιστες πηγές και το οποίο

αναφέρεται στην επιβίωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί.. Η παροχή συμβουλών μπορεί να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να βοηθήσει συναισθηματικά τους επιβιώσαντες. Οι ατομικές συναντήσεις ή οι ομαδικές, η οικογενειακή συμβουλευτική, η υποστήριξη από το σύντροφο και την οικογένεια είναι απαραίτητη. Η αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων κάθε ασθενή θα πρέπει να πραγματοποιείται (π.χ. ανησυχία για επανεμφάνιση της νόσου, γονιμότητα, αλλαγές στη σχέσεις). Επίσης θα πρέπει να δίνεται έμφαση στις προσωπικές δυνάμεις των ατόμων καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

4.4 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με προχωρημένη και τελική νόσο

Σύμφωνα με τους Κωσταντινίδη και Φιλαλήθη (2014), η εκτίμηση των αναγκών είναι μια στρατηγική που εστιάζει στην αναγνώριση των ανησυχιών που βιώνουν οι ασθενείς που δεν έχουν αντιμετωπιστεί επαρκώς. Μέσα από τη συλλογή συγκεκριμένων πληροφοριών, σκοπός της είναι να αποφασιστεί το είδος της θεραπείας που θα παραχθεί στον άρρωστο. Οι σημαντικότερες ανάγκες υγείας των ογκολογικών ασθενών μπορούν να ταξινομηθούν σε 3 κύριες ομάδες: ως προς τη κατηγορία (σωματικές, ψυχολογικές κλπ) , ως προς το βαθμό ικανοποίησης, και ως προς το είδος και τη κατάσταση των ατόμων (νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς, ασθενείς με προχωρημένη νόσο κλπ). Οι ανάγκες υποστήριξης, ομαδοποιούνται ανά κατηγορία και είναι οι ακόλουθες:

Σωματικές: Σε μια ανασκόπηση των Solano και συν. 2006, για τη μελέτη 11 συχνών συμπτωμάτων σε δείγμα που κυμαινόταν από 2.888 έως 10.379 ασθενείς, σε ποσοστό 50% τα συμπτώματα που εμφανίστηκαν ήταν ο πόνος, η κόπωση και η δυσκολία στην αναπνοή. Αντίστοιχα σε ανασκόπηση μελετών των Teunissen και συν. 2007 η οποία αφορούσε ογκολογικούς ασθενείς τελικού σταδίου, τα πιο συχνά συμπτώματα που βρέθηκαν ήταν η κόπωση, η απώλεια βάρους, η έλλειψη ενέργειας, η αδυναμία και η απώλεια της όρεξης. Κάποια συμπτώματα που συνυπάρχουν συνήθως είναι η αϋπνία, η δυσκοιλιότητα, οι αλλαγές στη γεύση, η ναυτία και οι έμετοι, οι διαταραχές της διάθεσης, η απώλεια μνήμης η ξηροστομία κ.α., καθώς η παρουσία και η έντασή τους καθορίζονται από το αν λαμβάνουν ή όχι οι ασθενείς θεραπεία.

Ψυχολογικές: Οι ψυχολογικές αντιδράσεις (δυσφορία, έντονο άγχος, κατάθλιψη, φόβος για τον επικείμενο θάνατο) παρατηρούνται στους ογκολογικούς ασθενείς, ανεξάρτητα από τη φάση που βρίσκονται. Η παρουσία δύο ή περισσότερων σοβαρών

συμπτωμάτων, η κακή πρόγνωση, η αρνητική σχέση με τη θρησκεία, η ανησυχία για μελλοντικές προσδοκίες αλλά και τα κοινωνικά ζητήματα που προκύπτουν, επιδρούν σε μεγάλο βαθμό στη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και επιδεινώνεται όταν συνοδεύονται από ανικανοποίητες πληροφοριακές ανάγκες, λόγω της στάσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και την ελλιπή υποστήριξη της οικογένειας.

Αναφερόμενες ψυχολογικές ανάγκες που πρέπει να αντιμετωπιστούν είναι η μείωση της ανησυχίας, της νευρικότητας, του φόβου για το μέλλον, τη πιθανότητα επανεμφάνισης του καρκίνου και της αίσθησης απώλειας ελέγχου και εξάρτησης.

Κοινωνικές: Στις κοινωνικές ανάγκες περιλαμβάνονται η ελάττωση της εξάρτησης από τους άλλους και της κοινωνικής απομόνωσης, η διατήρηση του ελέγχου καθημερινών δραστηριοτήτων και η κοινωνική αποδοχή στη κοινότητα. Όσον αφορά τις οικονομικές ανάγκες, συνδέονται με την απώλεια εισοδήματος λόγω της νόσου, τη ρύθμιση εξόδων για την αγορά ιατρικών ειδών και άλλων υλικών.

Πνευματικές/ θρησκευτικές: Οι ανικανοποίητες ανάγκες πνευματικότητας θέτουν τους ασθενείς σε αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και μειωμένο αίσθημα γαλήνης καθώς η ανάγκη πνευματικής προετοιμασίας για τον θάνατο έχει εξαιρετική σημασία. Πρέπει να παρέχεται η δυνατότητα στους ασθενείς να εκφράζονται για θέματα πνευματικότητας και να προσεύχονται εφόσον το επιθυμούν. Η αξιολόγηση των θρησκευτικών αντιλήψεων βοηθάει στην αναγνώριση πηγών δύναμης, οι οποίες θα αποτελέσουν αποτελεσματικές στρατηγικές προσαρμογής στη νόσο.

Πληροφόρησης/ επικοινωνίας: Η χρήση της δυσνόητης ιατρικής ορολογίας δυσχεραίνει στους ασθενείς την αναζήτηση και κατανόηση των κατάλληλων πληροφοριών. Ένα μέρος αυτού του προβλήματος είναι πως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν λαμβάνει επαρκή εκπαίδευση σε τεχνικές επικοινωνία για να καλύψει αυτές τις ανάγκες, οι οποίες είναι σημαντικές για τη μείωση του άγχους και της σύγχυσης που προκαλεί η πρόγνωση της νόσου, πληροφοριών σχετικά με τις διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπείες, καθώς και πληροφορίες που διευκολύνουν τη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή και την οικογένειά του.

Τακτικές καθημερινότητας: Οι ανικανοποίητες ανάγκες συχνά αφορούν θέματα όπως η αδυναμία στάθμευσης κοντά στο ογκολογικό κέντρο, ανάγκη επίλυσης προβλημάτων καθημερινότητας (ενδυμασία, μαγείρεμα). Αρκετοί ασθενείς εκφράζουν την ανάγκη για υποστήριξη των παιδιών τους κατά τη διάρκεια των

θεραπειών, όσον αφορά τη μετακίνηση από και προς το νοσοκομείο, όπως και την ανάγκη βελτίωσης της μειωμένης απόδοσης στην εργασία. Η συστηματική αξιολόγηση των αναγκών υγείας ασθενών και φροντιστών πραγματοποιείται συνήθως μέσω της συζήτησης με τον ασθενή, τον φροντιστή και την ομάδα υγείας, χρησιμοποιώντας διάφορα εργαλεία όπως ειδικά ερωτηματολόγια. Η συζήτηση πρέπει να περιλαμβάνει και γενικές ερωτήσεις, εκτός του εργαλείου, όπως «ποιο θεωρείτε το σημαντικότερο πρόβλημα/ανάγκη για υποστήριξη αυτή τη στιγμή;». Με τη βοήθεια των εργαλείων αναγνωρίζονται οι ασθενείς υψηλού κινδύνου και ενισχύεται η ολιστική προσέγγιση και τρόπος διαχείρισης προβλημάτων. Κάποια από αυτά τα εργαλεία είναι κατάλληλα για χρήση στην κλινική πρακτική και στους ασθενείς με προχωρημένη νόσο, τέτοια είναι: το Needs Evaluation Question – naire (NEQ), το Needs at the End of Life Screening Tool (NEST) κλπ. Η εκτίμηση των αναγκών συχνά συμπληρώνεται και από ειδικά ερωτηματολόγια καταγραφής της δυσφορίας, όπως το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), το Distress Thermometer (DT), καθώς και από ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής όπως το EORTC QLQ-C30. Υπάρχουν ειδικά εργαλεία για την αξιολόγηση του πένθους όπως είναι το Bereavement Risk Index (BRI). Τέλος, τα ερωτηματολόγια εκτίμησης αναγκών, παρόλο που ενισχύουν τον ενιαίο τρόπο προσέγγισης των ασθενών, δεν έχουν υιοθετηθεί στη καθημερινή κλινική πρακτική (Κωσταντινίδης και Φιλαλήθης, 2014).

4.5 Φροντίδα στο τέλος της ζωής

Η τελική φροντίδα περιλαμβάνει νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τις τελευταίες ημέρες/ ώρες του ασθενή, την άμεση μεταθανάτια φροντίδα, όπως και τη διαχείριση της απώλειας του πένθους. Μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η εξασφάλιση αξιοπρεπούς θανάτου, στον τόπο επιλογής του ασθενή, η παροχή ανακούφισης των συμπτωμάτων, καθώς και η μείωση του φόβου του θανάτου. Ένα μεγάλο δείγμα ασθενών δηλώνει πως θα ήθελε να πεθάνει στο σπίτι, επιλογή η οποία επηρεάζεται κυρίως από τη σωματική τους επιβάρυνση, όπως και από τη γνώμη της οικογένειας και των φροντιστών. Έντονοι προβληματισμοί δημιουργούνται στους ανεκπαιδευτους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι αδυνατούν να αποδεχτούν το θάνατο ως πιθανό αποτέλεσμα των παρεμβάσεών τους. Τα προβλήματα είναι πιο έντονα όταν ο θάνατο προκύπτει έπειτα από μακροχρόνια νοσηλεία/ φροντίδα, καθώς έχουν αναπτυχθεί

σχέσεις ανάμεσα στον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας. Για τους ογκολογικούς ασθενείς σημεία επικείμενου θανάτου αποτελούν η συνεχής κατάκλιση, η σύγχυση, η αυξανόμενη κόπωση, ο ύπνος, η λήψη ελάχιστων ποσοτήτων υγρών κλπ. Ακόμη θα πρέπει να διερευνώνται ανάγκες θρησκευτικότητας, πνευματικότητας του ασθενή και της οικογένειάς του, καθώς και πιθανές πολιτισμικές ή θρησκευτικές ιδιαιτερότητες και πρακτικές στο τελετουργικό της φροντίδας νεκρού. Η αναζήτηση θεμάτων των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο πραγματοποιείται από εκπαιδευμένο προσωπικό της ΑΦ. Στους ασθενείς τελικού σταδίου η ΑΦ μπορεί να διευκολύνει τη λήψη αποφάσεων σχετικά με θέματα θεραπείας (αποφυγή επιθετικών παρεμβάσεων, συγκατάθεση σε νέες θεραπείες, δωρεά οργάνων, όπως και η δήλωση επιθυμίας τύπου θανάτου). Τέλος, είναι σημαντικό τις τελευταίες ώρες της ζωής, ο ασθενής να μετακινείται σε ειδικό μονόκλινο δωμάτιο, ώστε να μην ενοχλούνται οι υπόλοιποι ασθενείς από την παρουσία των συγγενών και να μην επηρεάζονται ψυχολογικά από τον επικείμενο θάνατο (Faull et al., 2012).

4.5.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Ο κύριος σκοπός της θεραπείας είναι η ίαση ή η υποχώρηση των επώδυνων συμπτωμάτων καθώς και η επιμήκυνση της επιβίωσης με τη καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής. Η έγκαιρη παρέμβαση μειώνει σημαντικά τη παραμονή στο νοσοκομείο, όμως απαιτείται η άμεση παρέμβαση της διεπιστημονικής ομάδας, η ικανοποιητική επικοινωνία και συνεργασία με τους φροντιστές οι οποίοι αναλαμβάνουν ένα μεγάλο βάρος φροντίδας στο σπίτι, όπου στο σύνολο διευκολύνουν τη πορεία των ασθενών προς το θάνατο χωρίς να υποφέρουν. Τα συμπτώματα τα οποία προκαλούν τη μεγαλύτερη δυσφορία, συνήθως δεν είναι τα σημαντικότερα αλλά τα πιο απειλητικά για τη ζωή, σύμφωνα με τους ασθενείς καθώς προκαλεί σύγχυση στον καθορισμό των προτεραιοτήτων για τη φροντίδα τους. Η υποεκτίμηση των συμπτωμάτων, η χαμηλή βαθμολόγηση στη κλίμακα Karnofsky και η μικρή ηλικία αυξάνουν τον κίνδυνο ανεπαρκούς θεραπείας. Η υποστηρικτική φροντίδα ορίζεται ως η φροντίδα που συμβάλλει ώστε ο ασθενής και η οικογένειά του να μπορέσουν να διαχειριστούν το βίωμα του καρκίνου και εκτείνεται από τη περίοδο πριν την οριστική διάγνωση, κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και των θεραπειών. Εστιάζει στον έλεγχο των συμπτωμάτων και στη ποιοτική επιμήκυνση της

ζωής των ογκολογικών ασθενών. Η υποστηρικτική φροντίδα ταυτίζεται σε πολλά σημεία με την ανακουφιστική φροντίδα όταν γίνεται αναφορά στους ασθενείς με προχωρημένη νόσο, διότι στο πλαίσιο ορισμού τους περιλαμβάνονται η διαχείριση των συμπτωμάτων, η ποιότητα ζωής και η φροντίδα για την κάλυψη των αναγκών που βιώνουν οι ασθενείς. Η υποστηρικτική φροντίδα όμως έχει μεγαλύτερο πεδίο δράσης από τους νεοδιαγνωσθέντες μέχρι τους ΑΠΝ και γενικότερα σε ασθενείς με μικρό ποσοστό επιβίωσης μέχρι και την περίοδο του πένθους. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ενός προγράμματος παρέμβασης μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας διαδικασίας πολλών σταδίων. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται η εκτίμηση των αναγκών, της ποιότητας ζωής και η ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα σε συνδυασμό με συναντήσεις πρόσωπο με πρόσωπο, χρήση ειδικών ερωτηματολογίων, κλινική εξέταση κλπ. Οι εκτιμώμενες ανάγκες φροντίδας προέρχονται συνήθως από προβλήματα για τα οποία ο ασθενής ζητά υποστήριξη, ενώ οι παρεμβάσεις εστιάζουν κυρίως σε ανάγκες που πηγάζουν από τις προτιμήσεις των ασθενών. Ακόμη σημαντικοί παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη πριν την εφαρμογή του, ταξινομούνται σε αυτούς που σχετίζονται με τον ασθενή (πρωταρχική θέση καρκίνου, ηλικία, φύλο, θεραπείες, εκπαίδευση, κ.α), τους φροντιστές (προσωπικά προβλήματα υγείας, οικογενειακή δομή, οικονομικές και κοινωνικές πτυχές κ.α) και τις τοπικές υπηρεσίες υγείας (υφιστάμενα τμήματα ογκολογίας, μονάδες ΑΦ κ.α) Σχετικά με τη διάκρισή τους, οι παρεμβάσεις ταξινομούνται ανάλογα με το χώρο όπου προσφέρεται η υποστήριξη (πχ. νοσοκομείο, σπίτι), το χρονικό διάστημα από την αρχική διάγνωση (πχ νεοδιαγνωσθέντες, τελικού σταδίου), τη θεραπευτική αγωγή, τις ομάδες- στόχους που χρειάζονται υποστήριξη (ασθενείς, φροντιστές, επαγγελματίες υγείας) και τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που συμμετέχουν στην παρέμβαση. Οι παρεμβάσεις που μπορεί να εφαρμοστούν είναι η ψυχολογική συμβουλευτική, η σωματική άσκηση, η προφορική και γραπτή πληροφόρηση και οι τεχνικές μείωσης πόνου, κόπωσης και κατάθλιψης. Υποβοηθητικές είναι και οι υποστηρικτικές δομές (κοινωνική φροντίδα, μονάδες αποκατάστασης, υποστήριξη από ιερείς). Τέλος, τα προγράμματα θα πρέπει να είναι σε άμεση συνεργασία και συντονισμό και να περιλαμβάνουν διάφορες ομάδες δράσης και παροχής υπηρεσιών, εκτός της βασικής διεπιστημονικής ομάδας, όπως ομάδες συμβουλευτικής υποστήριξης ασθενών και των οικογενειών τους, εκπαίδευση σε εξοπλισμό, υποστήριξη εργασιών στο σπίτι και μεταφορά από και προς το νοσοκομείο (Carlson et al., 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Βάση του Μπακάλη (2015), η νοσηλευτική διεργασία είναι μια συστηματική και δυναμική διαδικασία ή ένα σύνολο ενεργειών που εστιάζει σε στόχους και δραστηριότητες, οι οποίες είναι αλληλένδετες. Χρησιμοποιείται από το νοσηλευτή έτσι ώστε να καθορίσει, να σχεδιάσει και να εφαρμόσει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία στοχεύει στην επίτευξη των στόχων. Η νοσηλευτική διεργασία προκύπτει:

- Σειρά προγραμματισμένων ενεργειών που εκτελούνται για την επίτευξη ενός στόχου
- Μέθοδος σχεδιασμού και παροχή περίθαλψης
- Μέθοδος επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων
- Επιστημονικά βασισμένη για την κατανόηση των ανθρώπινων αναγκών/ προβλημάτων
- Μια συστηματική μέθοδος φροντίδας για να παρέχει ένα πλαίσιο εργασίας στους νοσηλευτές

5.2 Μελέτη 1^{ης} περίπτωσης ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: X

Πατρώνυμο: X

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Ηλικία: 25 ετών

Φύλο: Θήλυ

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμη

Τέκνα: Κανένα

Σχέση με την οικογένεια: Υποστηρικτική

Οικονομική κατάσταση: Καλή

Επάγγελμα: Λογίστρια

Ασφαλιστικός Φορέας: ΙΚΑ

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο – Αιτία εισαγωγής: Καμία εισαγωγή στο παρελθόν

Οικογενειακό ιστορικό: Η μητέρα της είχε νοσήσει από καρκίνο τραχήλου της μήτρας πριν από 5 χρόνια

Ημερομηνία εισαγωγής: 22/07/2021

Διάγνωση εισαγωγής : Λοίμωξη γεννητικού συστήματος

Πηγή ιστορικού: Η ίδια η ασθενής

Ασθενής X, 25 ετών προσήλθε στο τμήμα των επειγόντων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 22/7/2021 και ώρα 22:30, συνοδευόμενη από τον σύντροφό της.

Συμπτώματα ασθενούς: πυρετό 38,8° C , πόνο στη κοιλιακή χώρα ο οποίος επιδεινώνεται έπειτα από τη σεξουαλική επαφή, οίδημα στα κάτω άκρα και δύσσομες κολπικές εκκρίσεις οι οποίες έχουν γίνει αντιληπτές τις τελευταίες 10 ημέρες.

Από το ατομικό ιστορικό της δεν προκύπτει κάποιο πιθανό πρόβλημα υγείας , όμως από το οικογενειακό ιστορικό προκύπτει πως η μητέρα της είχε νοσήσει από καρκίνο τραχήλου της μήτρας πριν από 5 χρόνια.

Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο πραγματοποιήθηκε λήψη ζωτικών σημείων:

- Θερμοκρασία: 38,8° C
- Α.Π: 140/94mmHg
- Σφύξεις: 97/λεπτό
- SpO2: 98%
- Αναπνοές: 26/λεπτό

Η ασθενής έκανε εισαγωγή στην γυναικολογική κλινική για την αντιμετώπιση του πυρετού, και διερεύνηση του οιδήματος καθώς και των κοιλικών εκκρίσεων. Η διάγνωση που προκύπτει είναι ότι ο πυρετός προέρχεται από τον πόνο, και σε συνδυασμό με τις δύσοσμες κοιλικές εκκρίσεις πιθανώς να υπάρχει κάποια λοίμωξη.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής αναφέρει κοιλιακό πόνο 	<ul style="list-style-type: none"> • Οξύς πόνος 	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει ενημέρωση του ιατρού ώστε χορηγηθεί αναλγητικό φάρμακο 	<ul style="list-style-type: none"> • Της χορηγήθηκε αναλγητικό φάρμακο βάση ιατρικής οδηγίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο πόνος ελαττώθηκε μετά την χορήγηση του αναλγητικού
	<ul style="list-style-type: none"> • Ταχύπνοια 	<ul style="list-style-type: none"> • Θα πρέπει ο νοσηλευτής να διδάξει την ασθενή τεχνικές για ομαλή και ρυθμική αναπνοή, καθώς και να την καθησυχάσει ώστε να μην κάνει ταχύπνοια 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής εκπαιδεύτηκε ώστε να πραγματοποιεί αυτές τις τεχνικές αναπνοής και ηρέμησε 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετά την εκπαίδευση που πραγματοποιήθηκε η ασθενής, όποτε πονάει ακολουθεί αυτές τις τεχνικές

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Πυρετός 	<ul style="list-style-type: none"> • Λοίμωξη 	<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη εργαστηριακών εξετάσεων 	<ul style="list-style-type: none"> • Λήφθηκαν εργαστηριακές εξετάσεις όπου έδειξαν υψηλό αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων 	<ul style="list-style-type: none"> • Σύμφωνα με την ιατρική οδηγία χορηγήθηκε αντιπυρετικό φάρμακο, ώστε να αντιμετωπιστεί ο πυρετός
	<ul style="list-style-type: none"> • Αναποτελεσματική ή θερμορύθμιση 	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων από τον νοσηλευτή 	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα από τον νοσηλευτή 	<ul style="list-style-type: none"> • Τα ψυχρά επιθέματα μείωσαν τον πυρετό σε δέκατα
	<ul style="list-style-type: none"> • Κίνδυνος ηλεκτρολυτικών διαταραχών 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση ιατρού για παρακολούθηση της ασθενούς, χορήγηση ορού για ενυδάτωση και ισορροπία των ηλεκτρολυτών 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε χορήγηση ορών και ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι οροί και τα ηλεκτρολυτικά διαλύματα ενυδάτωσαν την ασθενή

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Δύσοσμες κολπικές εκκρίσεις 	<ul style="list-style-type: none"> • Λοίμωξη 	<ul style="list-style-type: none"> • Γυναικολογική εξέταση και εκτίμηση 	<ul style="list-style-type: none"> • Κατά την γυναικολογική εξέταση πραγματοποιήθηκε καλλιέργεια κολπικού επιχρίσματος, το οποίο ήταν θετικό στη βακτηριακή κοιλίτιδα. Στη συνέχεια ο γυναικολόγος χρησιμοποίησε αντιβιογράμμα, ώστε να χορηγήσει στην ασθενή τη κατάλληλη θεραπεία 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής χορήγησε την αντιβίωση σύμφωνα με την ιατρική οδηγία και τα συμπτώματα της λοίμωξης εξαλείφθηκαν
	<ul style="list-style-type: none"> • Σεξουαλική ή δυσλειτουργία 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής να ενημερώσει την ασθενή πως θα πρέπει να απέχει από σεξουαλική δραστηριότητα 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής ενημερώθηκε για την αποχή της από τη σεξουαλική επαφή για κάποιο χρονικό 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής συμμορφώθηκε και έκανε αποχή από τις σεξουαλικές δραστηριότητες

	<ul style="list-style-type: none"> • Αναποτελεσματική διαχείριση της υγείας 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση από τον νοσηλευτή για την σωστή υγιεινή της ευαίσθητης περιοχής, και την πρόληψη όσον αφορά τη σεξουαλική επαφή 	<ul style="list-style-type: none"> • Ολοκληρώθηκε η ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με τη σωστή υγιεινή της ευαίσθητης περιοχής, καθώς παρακολούθησε και μια ημερίδα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας 	<ul style="list-style-type: none"> • Μέσα από την ενημέρωση από τον νοσηλευτή και από την παρακολούθηση της ημερίδα, η ασθενής έγινε πιο προσεκτική και έμαθε τη σημαντικότητα της προφύλαξης
--	--	---	--	--

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Οίδημα κάτω άκρων 	<ul style="list-style-type: none"> • Κίνδυνος διαταραχής ισοζυγίου υγρών 	<ul style="list-style-type: none"> • Μέτρηση 24 ώρου ισοζυγίου υγρών • Θα πρέπει να γίνει αύξηση των προσλαμβανόμενων υγρών βάσει ιατρικής οδηγίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Πραγματοποιήθηκε 24ωρη μέτρηση ισοζυγίου υγρών • Αυξήθηκαν τα προσλαμβανόμενα υγρά σύμφωνα με την ιατρική οδηγία 	<ul style="list-style-type: none"> • Η 24ωρη μέτρηση του ισοζυγίου βοήθησε ώστε να δει ο ιατρός και ο νοσηλευτής την ολοκληρωμένη κατάσταση της ασθενούς αλλά και να δουν αν βοήθησαν τα υγρά που της χορήγησαν • Η ασθενής φορτίστηκε επαρκώς με υγρά που της χορηγήθηκαν έπειτα από ιατρική οδηγία
	Κατακράτηση υγρών	Θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα διαιτολόγιο άναλο με συνεργασία του γιατρού, του νοσηλευτή, του διαιτολόγου	Δημιουργήθηκε πλάνο διατροφής για άναλο δίαιτα ώστε να συμβάλλει στη μείωση των οιδημάτων	Με την δημιουργία του άναλου πλάνου διατροφής μειώθηκαν σε αρκετό βαθμό τα οίδηματα

5.3 Μελέτη 2^{ης} περίπτωσης ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Χ

Πατρώνυμο: Χ

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Ηλικία: 51 ετών

Φύλο: Θήλυ

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

Τέκνα: 4

Σχέση με την οικογένεια: Απουσία οικογενειακού περιβάλλοντος

Οικονομική κατάσταση: Μέτρια

Επάγγελμα: Οικιακά

Ασφαλιστικός Φορέας: ΙΚΑ

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο – Αιτία εισαγωγής: 12/4/2015 λόγω τοκετού του τέταρτου τέκνου

Οικογενειακό ιστορικό: -

Ημερομηνία εισαγωγής: 31/08/2021

Διάγνωση εισαγωγής : Καρκίνος τραχήλου μήτρας

Πηγή ιστορικού: Η ίδια η ασθενής

Ασθενής Χ, 51 ετών προσήλθε στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «ΆΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ» στις 31/08/2021 και ώρα 19:00μ.μ.

Συμπτώματα ασθενούς: ανώμαλη κολπική αιμόρροια ανάμεσα στις περιόδους τις τελευταίες 14 ημέρες, συμπτώματα δυσουρίας και ανεξήγητη απώλεια βάρους τον τελευταίο μήνα. Ακόμη εμφανίζει άγχος κι φόβο γιατί έχει 4 παιδιά και φοβάται να κάνει εισαγωγή στο νοσοκομείο γιατί ο άντρας της εργάζεται και δεν έχει κάποιον να φροντίζει τα παιδιά της για όσο θα λείπει.

Από το ατομικό ιστορικό προκύπτει πως κατά τον ετήσιο γυναικολογικό προληπτικό έλεγχο, από το Τεστ Παπανικολάου διαγνώστηκε ύπαρξη προκαρκινικών αλλοιώσεων. Ο γιατρός συνέστησε να διενεργηθεί και κολποσκόπηση για συμπληρωματική γνωμάτευση, όμως η ασθενής αρνήθηκε να υποβληθεί σε αυτή λόγω φόβου. Συμπληρωματικά, η ασθενής έχει περάσει ουρολοίμωξη δύο φορές στο παρελθόν όπου έλαβε θεραπεία. Όσον αφορά το οικογενειακό της ιστορικό δεν προκύπτει κάτι.

Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο πραγματοποιήθηκε λήψη ζωτικών σημείων:

- Θερμοκρασία: 37,4° C
- ΑΠ: 100/85mmHg
- Σφύξεις: 103/λεπτό
- SpO2: 97%
- Αναπνοές: 28/λεπτό

Τα κλινικά συμπτώματα (αιμόρροια, ανεξήγητη απώλεια βάρους, οξύς πόνος) σε συνδυασμό με την ολοκλήρωση μιας σειράς εξετάσεων όπου υποβλήθηκε η ασθενής, διάγνωσαν καρκίνο τραχήλου της μήτρας. Η ασθενής είναι έγγαμη με 4 τέκνα, και σε εμμηνόπαυση. Εφόσον δεν υπάρχει ενδεχόμενο κύησης ως θεραπεία εκλογής ορίστηκε η ριζική υστερεκτομή. Έπειτα από δύο ημέρες έγινε η εισαγωγή της ασθενούς στην γυναικολογική κλινική, για να γίνει το προγραμματισμένο χειρουργείο της ριζικής υστερεκτομής.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής αναφέρει κοιλιακή αιμόρροια 	<ul style="list-style-type: none"> • Οξύς πόνος 	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκαν αναλγητικά φάρμακα έπειτα από ιατρική οδηγία και ξεκίνησε η προετοιμασία της για το χειρουργείο 	<ul style="list-style-type: none"> • Έπειτα από τη χορήγηση αναλγητικών, ο πόνος ελαττώθηκε
	<ul style="list-style-type: none"> • Εμφάνιση ανώμαλης κοιλιακής αιμόρροιας • Κίνδυνος αιμορραγίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Διενέργεια κολλοσκόπησης και γυναικολογικής εκτίμησης 	<ul style="list-style-type: none"> • Πραγματοποιήθηκε η κολλοσκόπηση, η γυναικολογική εκτίμηση είναι η διενέργεια χειρουργείου με θεραπεία εκλογής, τη ριζική υστερεκτομή λόγω διάγνωσης καρκίνου τραχήλου της μήτρας σε προχωρημένο στάδιο 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργείο ριζικής υστερεκτομής όπου ολοκληρώθηκε με επιτυχία • Πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή της στην ογκολογική κλινική για σταθεροποίηση και παρακολούθηση έπειτα από το χειρουργείο

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής αναφέρει πόνο κατά την ούρηση 	<ul style="list-style-type: none"> • Οξύς πόνος 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων βάσει ιατρικής οδηγίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Πραγματοποιήθηκε χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων βάσει της ιατρικής οδηγίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο πόνος αντιμετωπίστηκε σε μεγάλο βαθμό
	<ul style="list-style-type: none"> • Αίσθημα καύσου 	<ul style="list-style-type: none"> • Καλλιέργεια ούρων βάσει ιατρικής οδηγίας • Συχνή τοπική καθαριότητα 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αντιβίωσης σύμφωνα με την ιατρική οδηγία έπειτα από τη καλλιέργεια ούρων • Η ασθενής ξεκίνησε να προσέχει περισσότερο την υγιεινή της καθαριότητα σε καθημερινή βάση 	<ul style="list-style-type: none"> • Έπειτα από τη χορήγηση της αντιβίωσης, αντιμετωπίστηκε το σύμπτωμα της δυσουρίας • Η καθημερινή εφαρμογή καθαριότητας συνέβαλλε στην αποφυγή λοιμώξεων
	<ul style="list-style-type: none"> • Μειωμένη αποβολή ούρων 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως και μικρή δόση διουρητικών φαρμάκων βάσει ιατρικής οδηγίας • Λήψη νερού καθημερινά 	<ul style="list-style-type: none"> • Της χορηγήθηκαν υγρά και μικρή δόση διουρητικών φαρμάκων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία • Η ασθενής λαμβάνει καθημερινά 2 λίτρα νερό 	<ul style="list-style-type: none"> • Η χορήγηση υγρών και διουρητικών βοήθησαν στο να αυξηθεί η διούρηση • Η ασθενής ξεκίνησε να ενυδατώνεται σε καθημερινή βάση

	<ul style="list-style-type: none"> • Κίνδυνος διαταραχής ισοζυγίου υγρών 	<ul style="list-style-type: none"> • Μέτρηση 24ώρου ισοζυγίου υγρών 	<ul style="list-style-type: none"> • Πραγματοποιήθηκε 24ωρη μέτρηση ισοζυγίου 	<ul style="list-style-type: none"> • Το ισοζύγιο υγρών συνέβαλλε στην ακριβή μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών που λαμβάνει η ασθενής
--	---	--	--	---

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής αναφέρει αρκετή απώλεια κιλών το τελευταίο χρονικό διάστημα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανεξήγητη απώλεια βάρους 	<ul style="list-style-type: none"> • Πραγματοποίηση γενικών εξετάσεων αίματος, υπερήχου άνω – κάτω κοιλίας και αξονικής ώστε να διαπιστωθεί η αιτία της απώλειας βάρους 	<ul style="list-style-type: none"> • Ολοκληρώθηκαν οι εξετάσεις όπου μαζί με την ιατρική γνωμάτευση, διαγνώστηκε πως η αιτία της απώλειας βάρους είναι ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας για τον οποίο υποβλήθηκε σε χειρουργείο 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής αύξησε το σωματικό της βάρος, ακολουθώντας το διατροφικό πλάνο που σχεδίασε ο διατροφολόγος
	<ul style="list-style-type: none"> • Ελλιπής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών 	<ul style="list-style-type: none"> • Υπολογισμός δείκτη μάζας σώματος και δημιουργία διατροφικού πλάνου για αύξηση του σωματικού βάρους σε συνεργασία του γιατρού, του νοσηλευτή και του διατροφολόγου 	<ul style="list-style-type: none"> • Σύμφωνα με τα κιλά και το ύψος της υπολογίστηκε ο ΔΜΣ και η ασθενής βγήκε πως είναι ελλιποβαρής. Σχεδιάστηκε το διατροφικό πλάνο για αύξηση του σωματικού βάρους της ασθενούς και τέθηκε σε εφαρμογή 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ΔΜΣ έπειτα την αύξηση του βάρους βγήκε φυσιολογικός. Με το πλάνο διατροφής που εφαρμόστηκε, η ασθενής αύξησε και διατηρεί τα κιλά της
	<ul style="list-style-type: none"> • Μειωμένη σωματική ικανότητα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής θα πρέπει εμπνεύσει την ασθενή ώστε 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής ανέκτησε τη δύναμή της κατά ένα μεγάλο βαθμό και σε 	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμόζει σε καθημερινή βάση τις ασκήσεις που

		να ξεκινήσει να αθλείται σιγά σιγά, ώστε να ανακτήσει την δύναμή της	συνεργασία του νοσηλευτή και του φυσικοθεραπευτή ή διδάχθηκε κάποιες ασκήσεις τις οποίες πρέπει να κάνει 4 φορές την εβδομάδα ώστε να επανέλθει πάλι η σωματική της ικανότητα	της έδειξε ο φυσικοθεραπευτής σε συνεργασία με τον νοσηλευτή και ήδη είναι καλύτερα
--	--	---	--	---

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής παρουσιάζει επεισόδια διαπαροδικής σύγχυσης 	<ul style="list-style-type: none"> • Κατάθλιψη • Κοινωνική απομόνωση 	<ul style="list-style-type: none"> • Να πραγματοποιηθεί ψυχολογική εκτίμηση ώστε να καθοριστεί η κατάσταση της ασθενούς και να μπορέσει να δεχτεί το σώμα της μετά το χειρουργείο. Ακόμη ο νοσηλευτής θα πρέπει να την διδάξει για να μπορεί να αυτοεξυπηρετείται όταν δεν θα έχει τη βοήθεια του συζύγου της μετά την επέμβαση, αλλά και τον σύζυγό της για να μπορεί να συνδράμει 	<ul style="list-style-type: none"> • Πραγματοποιήθηκε ψυχολογική εκτίμηση όπου διαγνώστηκε κατάθλιψη ήπιας μορφής και της χορηγήθηκαν αγχολυτικά φάρμακα. Ο σύζυγος είναι δίπλα της και με τη βοήθεια εκείνου και του ψυχολόγου, η ασθενής έχει κάνει μεγάλη πρόοδο όσον αφορά την καθημερινότητά της και προσπαθεί να επανέλθει στην κανονικότητα 	<ul style="list-style-type: none"> • Η χορήγηση των αγχολυτικών συνέβαλλαν στην αλλαγή διάθεσης της ασθενούς καθώς και ο σύζυγός της συνδράμει στον μέγιστο βαθμό, στηρίζοντας την να αναρρώσει πλήρως

	<ul style="list-style-type: none"> • Φόβος 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής φοβάται πως δεν θα μπορεί να έχει τον ίδιο γονεϊκό ρόλο που είχε πριν από την επέμβαση. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να την συμβουλευσει, να την ενθαρρύνει πως έπειτα από ένα χρονικό διάστημα θα μπορεί να αναλάβει πλήρως τον γονεϊκό της ρόλο 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ψυχολόγος σε συνεργασία με τον νοσηλευτή συμβούλευσαν την ασθενή και την καθησύχασαν πως η ζωή της θα επανέλθει σε κανονικότητα έπειτα από ένα μικρό χρονικό διάστημα 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ψυχολογική υποστήριξη και η συμβολή του νοσηλευτή που βρίσκεται δίπλα της, συνέβαλλαν στην εξάλειψη του φόβου της ασθενούς
--	---	---	---	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο πιο συχνός καρκίνος που προσβάλλει τις γυναίκες παγκοσμίως. Οι αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι αρκετές, με κυριότερη αυτή του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus- HPV). Ωστόσο, υπάρχουν και συμπαράγοντες όπως όπως η σεξουαλική δραστηριότητα και η κύηση σε νεαρή ηλικία, το κάπνισμα, η ανοσοποιητική επάρκεια, ο τύπος και η διάρκεια χρήσης αντισυλληπτικών, η διατροφή και η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση. Όταν ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας δεν ανιχνευτεί έγκαιρα θα υπάρξουν σοβαρές επιπτώσεις και η εξέλιξη της νόσου θα είναι ραγδαία. Για αυτό το λόγο η έγκαιρη πρόληψη και η διάγνωση είναι τα δύο βασικότερα στάδια για την καλύτερη ίαση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προληπτική διαδικασία, διότι αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας. Αυτός ο ρόλος είναι πολύ σημαντικός για τις αναπτυσσόμενες χώρες που αντιμετωπίζουν ταχείες κοινωνικές και οικονομικές μεταβολές, που συνδέονται άμεσα και με την αύξηση των καρκίνων λόγω των διαφορετικών παραγόντων κινδύνου. Συνεπώς, οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τη συχνότητα και τη θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας βελτιώνοντας τις πρακτικές προσυμπτωματικού ελέγχου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Akyuz, A., Yilmaz, C., Yenen, M.C., Yavan, T. & Kılıc A., 2011. Women's awareness of the human papilloma virus and related health problems. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), p. 2703–2712.
- Al Khudairi, H., et al., 2017. 'Public Awareness and Knowledge of Pap Smear as a Screening Test for Cervical Cancer among Saudi Population in Riyadh City', *Cureus*, 9(1), pp. 1–8. doi: 10.7759/cureus.984
- Alkatout I., Schubert M., Garbrecht N., Weigel MT., Jonat W., Mundhenke C., Gunther V., (2015) Vulvar cancer: Epidemiology, clinical presentation and management options, *International Journal of Women's Health*, 7, pp. 305 - 313
- American Cancer Society (2016) Cervical cancer, early detection.
- American Cancer Society, (2016) HPV and Cancer what is HPV.
- Anthony Costales MD, Chad Michener MD, Pedro F. Escobar-Rodriguez MD, MHL, (2018) 'Radical Trachelectomy For Early Stage Cervical Cancer', 'Springer Link', 19 Νοεμβρίου
- Arbyn M., Weiderpass E., Bruni L., Sanjose S., Saraiya M., Ferlay J., & Bray F., (2020) Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis, *the lancet: global health*, 8(2) pp. 191 – 203.
- Austin B. Gardner, Lindsey M. Charo, Amandeep K. Mann, Daniel S. Kapp, Ramez N. Eskander & John K. Chan, (2020) 'Ovarian, uterine, and cervical cancer patients with distant metastases at diagnosis: most common locations and outcomes', *Clinical & Experimental Metastasis*, 37, p.p 107-113
- Becker . Θεμελιώδεις διαστάσεις της ανακουφιστικής φροντίδας στη νοσηλευτική. Τεκμηριωμένη γνώση και πρακτική. Επιμέλεια έκδοσης Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε, Κατσαράγκης Σ. Εκδόσεις Broken hills publishers, 2018
- Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel L.R., Torre L.A., Jemal A., (2018) Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide

for 36 cancers in 185 countries, CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68 (6) pp. 394 - 424.

Carlson LE., Waller A., Mitchell AJ. Screening for distress and unmet needs in patients with cancer review and recommendations. J Clin Oncol 2012; 30 (11): 1160 - 77

Carol Chelimo, Trecia A Wouldes, Linda D. Cameron, J. Mark Elwood, (2012) 'Risk factors for and prevention of human papillomaviruses (HPV), genital warts and cervical cancer', Journal of Infection, 66(3), pp. 207-217

CH Kim, N.R. Abu-Rustum, D.S. Chi, G.J. O Gardner, M.M. Leitao Jr., J. Carter, R.R. Barakat, Y. Sonoda, (2012) 'Reproductive outcomes of patients undergoing radical trachelectomy for early-stage cervical cancer', 'GYNECOLOGIC ONCOLOGY', 125 (3), pp. 585-588.

Cohen P.A., Jhingran A., Oaknin A., Denny L., (2019) Seminar Cervical cancer, the lancet, 393 (10167) pp. 169 – 182.

European Society of Gynaecological Oncology (ESBO), (2017) Καρκίνος τραχήλου μήτρας, κατευθυντήριες οδηγίες 2017.

Faull C., Nickolson A., Black F., Handbook of palliative care, 3rd edition. Willey Blackwell, 2012

Frick H.,Leonhardt H., & Starck D., (2014) . Ειδική Ανατομία, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιανού,Αθήνα.

Frumovitz M., (2014) Invasive cervical cancer: Epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and diagnosis, Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 14, pp. 677 – 686.

Gadducci A, Barsotti C, Cosio S, Domenici L, Genazzani AR. (2011). Smoking habit, immune suppression, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy use and cervical carcinogenesis: a review of the literature. Gynecol Endocrinol. 27:597-604

Gauravi A. Mishra, Sharmila A. Pimple, Surendra S. Shastri, 2011 'An overview of prevention and early detection of cervical cancers', Indian Journal of Medical and Pediatric Oncology, 32(2), pp. 125-132

Gnade CM., Hill EK., Botkin HE., Hefel AR., Hansen HE., Sheets KA., Mott SL., Hardy – Faibanks AJ., Stockdale CK., (2021) Is the age of cervical cancer diagnosis changing over time?, *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 50 (7).

Johanna WM Aarts, Theodoor E Nieboer, Neil Johnson, Emma Tavender, Ray Garry, Ben Willem J Mol, Kirsten B Kluivers, 2015 ‘Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease’ ,Cochrane Library

Jonathan R. CARTER, Zongqun DING, Barbara R. ROSE, (2011) ‘HPV infection and cervical disease: A review’, *ANZJOG*, 51(2), pp.103-108

Kamberi, F., et al., 2016. ‘Nurses, healthy women and preventive gynecological examinations - Vlora City Scenario, Albania’, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(1), pp. 311–314. doi: 10.7314/APJCP.2016.17.1.311

Kessler TA., (2012) Increasing mammography and cervical cancer knowledge and screening behaviors with an educational program, *Oncology Nursing Forum*, 39 (1) pp. 61 – 68

Kessler TA., (2017) Cervical Cancer: prevention and early detection, *Seminars in Oncology*, 33 (2) pp. 172 – 183

Kessler, T.A., 2017. Cervical Cancer: Prevention and Early Detection. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(2), p. 172–183.

Koutsopoulos IC., Newton CL., Mould A.T., (2020) Invasive cervical cancer, *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 30 (6) pp. 167 – 174.

Kumar L., Gupta S., 2016 ‘Integrating Chemotherapy in the Management of Cervical Cancer: A Critical Appraisal’, *Karger*, 91(1), pp.8-17

Lalit Kumar, P.Harish, Prabhat S. Malik, S. Khurana, 2018 ‘Chemotherapy and targeted therapy in the management of cervical cancer’, *Current Problems in Cancer*, 42(2), pp.120-128

LeMone, P., Burke, K. Bauldoff G., 2014. Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενή. 5η Έκδοση. Β' Τόμος. Αθήνα. Εκδόσεις: Λαγός

- Lowdermilk D., Shannon P. (2013). Νοσηλευτική Μητρότητα.
- Maddock C., Lewis I., Ahmad K., Sullivan R. Online information needs of cancer patients and their organizations. *Ecancermedicalsecience*. 2011; 5:235
- Mailinh V., Jim Y., Olutosin A. Awolude., & Linus C., (2018) Cervical cancer worldwide, current problems in cancer, 42(5) pp. 451 – 534.
- Marcelo A., Vieira, Gabriel J., Rendón, Mark Munsell, Lina Echeverri, Michael Frumovitz, Kathleen M. Schmeler, Rene Pareja, Pedro F. Escobar, Ricardo dos Reis, Pedro T. Ramirez,(2015) ‘Radical trachelectomy in early-stage cervical cancer: A comparison of laparotomy and minimally invasive surgery’, ‘GYNECOLOGIC ONCOLOGY’, 138 (3), pp. 585-589
- Markowitz L.E., Tsu V., Deeks S.L., Cubie H., Wang S.A., Vicari A.S., Brotherton J.M., (2012) Human Papillomavirus Vaccine Introduction – The first five years, *Vaccine*, 30 (5) pp. 139 – 148.
- Marth C., Landoni F., Mahner S., McCormack M., Martin – Gonzalez A., Colombo N., (2017) Cervical cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow – up, *Annals of Oncology driving innovation in oncology*, 28 (4).
- Mitchell SA, Hoffman AJ, Clark JC, DeGennaro RM, Poirier P., Weisbrod BL. Putting evidence into practice: an update of evidence – based interventions for cancer – related fatigue during and following treatment. *Clin J Oncol Nurs*. 2014; 18 Suppl: 38 - 53
- Neerja Bhatla, Seema Singhal, (2020) ‘Primary HPV screening for cervical cancer’, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*,65, pp.98-108
- Ngan, H., Y., S., et al., 2011. ‘Asia Oceania Guidelines for the Implementation of Programs for Cervical Cancer Prevention and Control’, *Journal of Cancer Epidemiology*, 2011(ii), pp. 1–24. doi: 10.1155/2011/794861
- Olowookere – Anjarin E.J., (2019) Symptoms and treatment of cervical cancer.
 Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
https://www.academia.edu/40590179/CLINICAL_SYMPTOMS_AND_TREATMENT_OF_CERVICAL_CANCER Τελευταία προσπέλαση: 12/6/2021

Pineros M., Sarayia M., Baussano I., Bonjour M., Chao A., & Bray F., (2021) The role and utility of population- based cancer registries in cervical cancer surveillance and control, preventive medicine, 144.

Practice Bulletin No. 157, 2016 ‘Cervical Cancer Screening and Prevention’, Obstetrics & Gynecology, 127(1) ,pp.1-20

Rabia Faridi, Amreen Zahra, Khalida Khan & Muhammad Idrees, (2011) ‘Oncogenic potential of Human Papillomavirus (HPV) and its relation with cervical cancer’, Virology Journal, 269

Rennie, D., Boxsell, J., Pedretti, K., 2015. ‘A team care model of cervical screening in a general practice’. The Royal College of General Practitioners, 44(7), pp. 515–518.

Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

[http://www.racgp.org.au/download/Documents/AFP/2015/July/July_ProfessionalRen
nie.pdf](http://www.racgp.org.au/download/Documents/AFP/2015/July/July_ProfessionalRen
nie.pdf) Τελευταία προσπέλαση:15/6/2021

Ryzhov A., Corbex M., Pineros M., Barchuk A., Andreasyan D., Djaklich S., Ten E., Yaumenenka A., Bray F., Znaor A., (2021) Comparison of breast cancer and cervical cancer stage distributions in ten newly independent states of the former Soviet Union: a population – based study, The Lancet Oncology, 22 (3) pp. 361 – 369.

Saslow D., Solomon D., Lawson H.W., Killackey M., Kulasingam S.L., Chain J., Garcia A.R., Moriarty A.T., Waxman A.G., Wilbur D.C., Wentzensen N., Downs L.S., Spitzer M., Moscicki A.B., Franco E.L., Stoler M.H Schiffman M., Castle P.E., Myers E.R., (2012) American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer, American Society Cancer, 62 (3) pp. 147 – 172.

Smith, A., A., Kepka, D., Yabroff, K. R., 2014. Advanced practice registered nurses, physician assistants and cancer prevention and screening: A systematic review’, BMC Health Services Research. BMC Health Services Research, 14(1), pp. 1–14. doi: 10.1186/1472-6963-14-68.

Snell R.,(2011).Κλινική Ανατομική, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας,Αθήνα

Thygesen, M., K., et al., 2012. Gynecological cancer patients differentiated use of help from a nurse navigator: A qualitative study', BMC Health Services Research. BMC Health Services Research, 12(1), p. 1. doi: 10.1186/1472-6963-12-168

Tsikouras P., Zervoudis S., Manav B., Tomara E., Iatrakis G., Romanidis C., Bothou A., Galazios G., (2016) Cervical cancer: screening, diagnosis and staging, Journal of B.U.ON: official journal of Balkan Union of Oncology, 21 (2) pp. 320 – 325.

Vaccine, 32(36), p. 4665–4671. • Yildirim, G.J & Arabaci, Z., 2014. Innovations in HPV Vaccination and Roles of Nurses in Cervical Cancer Prevention. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 15(23), p. 10053–10056.

Whelan, N.W., Steenbeek, A., Misener, R.M., Scott, J., Smith, B. & D'Angelo-Scott, H., 2014. Engaging parents and schools improves uptake of the human papillomavirus (HPV) vaccine : Examining the role of the public health nurse. Vaccine, 32(36), p. 4665–4671.

World Health Organization, (2016) Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer.

Wui-Jin Koh, Benjamin E. Greer, Nadeem R. Abu-Rustum, Sachin M. Apte, MD, Susana M. Campos, MD, MPH, John Chan, Kathleen R. Cho, David Cohn, Marta Ann Crispens, Nefertiti DuPont, MD, Patricia J. Eifel, David K. Gaffney, MD, Robert L. Giuntoli, II, Ernest Han, MD, Warner K. Huh, John R. Lurain, Lainie Martin, Mark A. Morgan, David Mutch, Steven W. Remmenga, R. Kevin Reynolds, William Small Jr, Nelson Teng, MD, Todd Tillmanns, Fidel A. Valea, Nicole R. McMillian, and Miranda Hughes,(2013) 'NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology', Cervical Cancer, Μάρτιος

Xiangming Guan, (2015) 'Cancer metastases: challenges and opportunities', Acta Pharmaceutica Sinica B, 5(5), p.p 402-418

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Andreoli TE., & Carpenter C., (2018) Cecil Βασική Παθολογία. Κύπρος: Εκδόσεις Πασχαλίδης, Broken Hill Publishers LTD.

Βιβιλάκη Β, Γιαννακοπούλου Μ, Γκοβίνα Ο, Ζωγραφάκης – Σφακιανάκης Μ, Θεοδοσοπούλου Ε, Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α, Καμπά Ε, Κανελλόπουλος Α, Καυγά Α, Καυκιά Θ, Κοντέος Γ, Κουρκούτα Λ, Κριτσωτάκης Γ, Κωσταντινίδης Θ, Λαβδανίτη Μ, Λαχανά Ε, Μαντζούκος Σ, Μάργαρη Ν, Μηνασίδου Ε, Μπακάλης Ν, Μπαμίδης Π, Μπελλάλη Θ, Νταφογιάννη Χ, Παπασταύρου Ε, Σαράφης Π, Σιαμάγκα Ε, Τσέλικα Α & Χαραλάμπους Α. (2015) Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη Φροντίδα Υγείας. Κύπρος: Π.Χ Πασχαλίδης

DeWit, S., 2013. Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας. 3 η Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος

Καννελόπουλος Δ. (2017) Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας: Νεότερα δεδομένα, Το Βήμα του Ασκληπιού, 16 (4).

Κωσταντινίδης Θ., Φιλαλήθης Α. Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο. Η νοσηλευτική προσέγγιση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31 (4): 412 – 22

Λαβδανίτη Μαρία, Αβραμικά Μαρία, (2011) ‘Η επιβίωση του ασθενούς με καρκίνο μετά το τέλος της θεραπείας-Ο ρόλος του νοσηλευτή’, Το βήμα του Ασκληπιού, 10(4), p.p 490-501

Λαβδανίτη. Μ. ,Ζυγά Σ., (2012) ‘Νεότερα δεδομένα για το ρόλο του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία’, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 4(1), p.p 13-17

Nies, M., A., McEwen, M., 2013. Κοινωνική Νοσηλευτική: Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας – Προάγοντας την Υγεία των Πληθυσμών. 5 η Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος

Osborn, K., Wraa, C., Watson, A. & Holleran, R., 2016. Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική: Προετοιμασία για την Νοσηλευτική Πρακτική. Τόμος 2ος . 2η Επαυξημένη και Βελτιωμένη Έκδοση. Λευκωσία: Π.Χ. Πασχαλίδης

Ουρανία Γκοβίνα και Θεοχάρης Κωνσταντινίδης (2019) Βασικές Αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής & Ανακουφιστικής Φροντίδας: Από Τη Θεωρητική Προσέγγιση Στην Κλινική Φροντίδα. Broken Hill

Stanhope, M., & Lancaster, J., 2016. Κοινωνική Νοσηλευτική. 2η Ελληνική Έκδοση. Λευκωσία: Π.Χ. Πασχαλίδης

Υπουργείο υγείας. Μη κυβερνητικές – μη κερδοσκοπικές οργανώσεις στήριξης ασθενών και των οικογενειών τους. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://www.moh.gov.gr/articles/citizen/c69-xrhisimoi-syndesmoi/352-syllogoi-asthenwn> Τελευταία προσπέλαση: 30/6/2021

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ:

ΕΙΚΟΝΑ 1: Εσωτερικά γυναικεία γεννητικά όργανα.....	11
ΕΙΚΟΝΑ 2: Ο κύκλος της γυναίκας.....	13
ΕΙΚΟΝΑ 3: Καρκίνος τραχήλου της μήτρας.....	15
ΕΙΚΟΝΑ 4: Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus, HPV)...	16
ΕΙΚΟΝΑ 5: Τεστ Παπανικολάου.....	21
ΕΙΚΟΝΑ 6: Κολποσκόπηση.....	22
ΕΙΚΟΝΑ 7: Σχηματική σταδιοποίηση καρκίνου τραχήλου μήτρας.....	25
ΕΙΚΟΝΑ 8: Λήψη επιχρίσματος με τη μέθοδο του τεστ Παπ.....	48